

Kwaliteitssystemen in zorginstellingen

De stand van zaken in 2000



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

Dr. E.M. Sluijs
Dr. C. Wagner

Utrecht, april 2000

NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon 030 27 29 700 -
Fax 030 27 29 729 - WWW.NIVEL.NL

Opdrachtgever: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS).

ISBN 90-6905-467-1

Dit rapport is samen met twee andere kwaliteitsrapporten in een cassette gebundeld.

Deze andere rapporten zijn getiteld:

- Tabellenboek kwaliteitssystemen de stand van zaken per zorgsector in 2000.
- Overzichtstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990-2000.

Bestelwijze: U kunt deze cassette telefonisch of schriftelijk bestellen bij het NIVEL

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

VOORWOORD	5
1 INLEIDING	7
1.1 Voorgeschiedenis	7
1.2 Kwaliteitssystemen	11
1.3 Vraagstelling	15
2 OPZET EN METHODE VAN ONDERZOEK	19
2.1 Inleiding	19
2.2 Ontwikkeling van de vragenlijst	19
2.3 Onderzoekspopulatie, respons en non-respons	23
2.4 Typering van ontwikkelingsfasen	26
3 KWALITEITSSYSTEMEN DE STAND VAN ZAKEN IN 2000	29
3.1 Inleiding	29
3.2 Beleid en strategie	29
3.3 Medewerkers	32
3.4 Procesbeheersing door normering	34
3.5 Procesbeheersing door deelsystemen	36
3.6 Participatie van patiënten, cliënten of familie	40
3.7 Samenwerking en ketenkwaliteit	42
3.8 De ontwikkelingsfase van de kwaliteitssystemen	43
4 EFFECTEN EN INZICHT IN KOSTEN VAN KWALITEITSZORG	47
4.1 Inleiding	47
4.2 Gepercipieerde effecten van kwaliteitszorg	47
4.3 Inzicht in de kosten van kwaliteitszorg	52
5 DE VOORUITGANG SINDE 1995	55
5.1 Inleiding	55
5.2 De vergelijking tussen 1995 en 2000	55
5.3 Mogelijke verklaringen voor verschillen in vooruitgang	60
6 VERSCHILLEN TUSSEN SECTOREN	65
6.1 Inleiding	65
6.2 De vergelijking tussen sectoren	65
6.3 Verklaring van verschillen tussen de sectoren	71

7	TOEKOMSTPLANNEN EN CERTIFICERING	75
7.1	Inleiding	75
7.2	Gebruikte modellen en systemen	75
7.3	Externe beoordeling en certificering	76
7.4	Toekomstplannen van de instellingen	80
8	SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	85
8.1	Inleiding	85
8.2	Algemene stand van zaken in 2000	87
8.3	Vergelijking tussen 1995 en 2000	91
8.4	Toekomstplannen	96

BIJLAGE 1: Percentage instellingen met kwaliteitsactiviteiten in 1995-2000

BIJLAGE 2: Vragenlijst kwaliteitssystemen in ziekenhuizen

VOORWOORD

Dit rapport laat zien in hoeverre kwaliteitssystemen zijn ingevoerd in Nederlandse zorginstellingen. De stand van zaken in 2000 wordt vergeleken met die in 1995 waardoor zichtbaar wordt welke vooruitgang de instellingen de afgelopen vijf jaar hebben geboekt. Het rapport bevat informatie over de gepercipieerde effecten van kwaliteitszorg en biedt zicht op de toekomstplannen van de instellingen. De gegevens zijn gebaseerd op een representatief onderzoek onder 1142 zorginstellingen in alle sectoren van de gezondheidszorg en aanverwante welzijnszorg.

Dit rapport beschrijft de stand van zaken over alle zorginstellingen gezamenlijk. Gedetailleerde gegevens over elk van de elf sectoren afzonderlijk (thuiszorg, ziekenhuizen, gehandicaptenzorg et cetera) zijn te vinden in het Tabellenboek, dat bij dit rapport is gevoegd. Dat tabellenboek bevat alle informatie over de instellingen in een specifieke sector en geeft daarmee een nauwkeurig beeld van de kwaliteitssystemen in elke sector.

In dit voorliggende rapport staan de instellingen centraal. Een aparte overzichtstudie is uitgevoerd naar kwaliteitszorg door beroepsbeoefenaren met als titel: 'Overzichtstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990 -2000' (Bennema-Broos, Sluijs en Wagner, 2000). Die studie omvat 11 beroepsgroepen. De resultaten laten zien welke kwaliteitssystemen anno 2000 door de verschillende beroepsgroepen worden gehanteerd en welke gegevens over de effecten daarvan bekend zijn.

Beide onderzoeken zijn uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.

De volgende personen hebben gedurende de onderzoeksperiode (of een deel daarvan) geparticipeerd in de begeleidingscommissie:

Prof. Dr. A.F. Casparie, voorzitter

Mr. G.J. Bloemendal, respectievelijk A.L.J.E. Martens, arts (ZN)

Mw. Prof. Dr. M.C.H. Donker (Trimbos-instituut en EUR)

Mw. Drs. A.G.M. Driessen, respectievelijk Dr. B. Tellegen (NP/CF)

Prof. Dr. N.S. Klazinga (Sociale Geneeskunde UvA en CBO)

Mr. F.M. Meijer (LCKZ)

Mw. Drs. F.M.C. Timmer (Prismant, voorheen NZi)

Mw. Mr. C.M. Trentelman, respectievelijk Mw. Mr. M.E.W.H. Joosten (IGZ)

Mw. Drs. G. Verbeek, respectievelijk Mw. Drs. D. Radema (NIZW)

Drs. A.J.M. Zengerink, respectievelijk Drs. B.P. van Beek (Ministerie van VWS)

Het onderzoek is uitgevoerd door Mw. Dr. C. Wagner en Mw. Dr. E.M. Sluijs.

Onze dank gaat uit naar de leden van de begeleidingscommissie, naar de vertegenwoordigers van de koepel/branche organisaties en naar alle instellingen die aan dit onderzoek hebben meegewerkt.

Wij hopen dat de resultaten voor velen van nut zijn bij de verdere invulling van het kwaliteitsbeleid.

Utrecht, 30 april 2000

Emmy Sluijs
Cordula Wagner

Leeswijzer: de volgende vragen worden beantwoord:

Wat is de stand van zaken m.b.t. de kwaliteitssystemen in 2000? zie hoofdstuk 3.

Wat zijn de gepercipieerde effecten van kwaliteitszorg? zie hoofdstuk 4.

Welke vooruitgang is sinds 1995 geboekt? zie hoofdstuk 5.

Zijn er verschillen tussen de zorgsectoren? zie hoofdstuk 6.

Wat zijn de toekomstplannen van de instellingen? zie hoofdstuk 7.

1 INLEIDING

1.1 Voorgeschiedenis

In dit onderzoek is in kaart gebracht hoever zorginstellingen gevorderd zijn met het invoeren van een kwaliteitssysteem. Een kwaliteitssysteem verwijst naar een uitgebreid stelsel van bedrijfskundige regels die een instelling hanteert om constant een hoge kwaliteit te kunnen leveren en fouten te voorkomen. Het begrip kwaliteitssysteem is rond 1990 als nieuw begrip in de zorgsector geïntroduceerd. Het is daarmee een vrij jong fenomeen in de zorgsector vergeleken met het bedrijfsleven, waar kwaliteitssystemen al decennia ingang hebben gevonden.

Overheidsbeleid

De ontwikkeling van kwaliteitssystemen in de zorgsector is een uitvloeisel van een koerswijziging in het overheidsbeleid eind jaren negentig. Tot die tijd stelde de overheid gedetailleerde kwaliteitseisen op, waaraan instellingen moesten voldoen om een erkenning als zorginstelling te krijgen. Met de toenemende complexiteit en specialisaties in de zorgsector groeide het inzicht dat kwaliteitsbewaking veel beter daar kan plaatsvinden waar de zorg wordt verleend, dan door een overheid die daar op grote afstand van staat. De overheid gaat zich beperken tot het stellen van algemene kaders en legt de verantwoordelijkheid voor kwaliteitsbewaking bij de zorgaanbieders zelf. Uitgangspunt daarbij is de gedachte dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties in goed onderling overleg afspraken maken omtrent het waarborgen van de kwaliteit. Op die wijze ontstaat een continue wisselwerking tussen de drie partijen, waarmee een evenwichtige zelfregulering in de zorgsector wordt beoogd.

Deze koerswijziging en de motieven daarvoor zijn vastgelegd in de Nota Kwaliteit van Zorg (Ministerie van WVC, 1991).

Leidschendamafspraken

In dat vooruitzicht van deregulering werden in 1989 en 1990 de eerste Leidschendamconferenties gehouden waar alle betrokken partijen afspraken hebben gemaakt omtrent ieders verantwoordelijkheden ten aanzien van de kwaliteit van zorg. Die partijen waren alle koepels van zorgaanbieders, patiënten-/consumentenorganisaties, zorgverzekeraars en de overheid.

In het kader van dit rapport is de belangrijkste afspraak dat zorgaanbieders de kwaliteit van de door hen geleverde zorg inzichtelijk zouden maken en kwaliteitssystemen zouden invoeren die zich lenen voor externe beoordeling. Afsproken werd ook dat zorgverzekeraars en patiënten-/consumentenorganisatie structureel betrokken worden bij het kwaliteitsbeleid van de zorgaanbieders en bij de beoordeling van de kwaliteit.

In 1995 zijn deze eerste Leidschendamafspraken geëvalueerd. De belangrijkste conclusie was dat het ontwikkelen van kwaliteitssystemen veel meer tijd vroeg dan de aanvankelijk geplande vijf jaren. In grote lijnen werd besloten om op dezelfde voet door te gaan¹ en de situatie opnieuw te bekijken in 2000 op de vierde Leidschendamconferentie. De gegevens uit dit onderzoek zijn mede als input voor deze vierde conferentie bedoeld.

Wettelijk kader

De hier geschetste afspraken zijn in grote lijnen terug te vinden in de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Deze wet is in 1996 van kracht geworden en wordt in de loop van 2000 geëvalueerd. Deze wet bevat een aantal bepalingen over de wijze waarop zorgaanbieders de kwaliteit van zorg dienen te bewaken. De belangrijkste zijn:

1. De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan, dat wil zeggen zorg van goed niveau die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt.
2. Zorgaanbieders zijn verplicht tot systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg. Daartoe dient de zorgaanbieder:
 - op systematische wijze gegevens over de kwaliteit van zorg te verzamelen en te registreren;
 - op basis daarvan dient systematisch te worden getoetst in hoeverre verantwoorde zorg is verleend;
 - op basis van deze toetsing dienen zo nodig veranderingen te worden aangebracht.

Hoewel niet letterlijk in de wet opgenomen verwijzen deze bepalingen naar het kwaliteitssysteem dat de zorginstelling dient te hanteren en naar het cyclische karakter van de kwaliteitsbewaking. Bepalingen van gelijke strekking gelden voor individuele beroepsbeoefenaren, vastgelegd in de Wet BIG.

Patiënten en zorgverzekeraars

De kwaliteitswet weerspiegelt het streven naar zelfregulering. Om de inbreng van zorgverzekeraars en patiënten-/consumentenorganisaties te waarborgen is in de wet vastgelegd dat de resultaten van het overleg met deze partijen bij het kwaliteitsbeleid betrokken dienen te worden.

De overheid heeft het afgelopen decennium getracht de positie van patiënten-/consumenten(organisaties) te versterken. Op landelijk en regionaal niveau zijn financiële middelen aan deze organisaties ter beschikking gesteld. Sinds enkele jaren is hiervoor structureel een budget van 32 mln beschikbaar (via het zogenoemde patiëntenfonds). In toenemende mate gaan patiënten /consumentenorganisaties er

¹ Specifieke aandacht zou daarbij besteed moeten worden aan: de inbreng van patiënten; de afstemming tussen beroepsbeoefenaren en instellingsmanagement; de inbreng van de financier; de externe oriëntatie en ketenkwaliteit; de organisatiebrede opbouw van het systeem.

toe over de kwaliteit van zorginstellingen te beoordelen. Om dit mogelijk te maken zijn in sommige sectoren financiële middelen gereserveerd (via zogenoemde kwaliteitsfondsen). In de thuiszorg is dit al enkele jaren een realiteit en in andere care sectoren bestaan vergevorderde plannen.

De positie van patiënten is daarnaast versterkt via recente wetgeving, namelijk de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector in 1995, de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst eveneens in 1995 en via de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen die in 1996 is ingevoerd.

Hoewel nog geen sprake is van een evenwichtige zelfregulering tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumenten(organisaties) wordt met het beleid beoogd dat patiënten/consumenten(organisaties) op den duur als gelijkwaardige partij kunnen optreden.

Naast zorgaanbieders en patiënten is aan zorgverzekeraars een belangrijke rol toebedacht in de zelfregulatie op het gebied van kwaliteit. Zorgverzekeraars hebben meer vrijheden gekregen in het al dan niet contracteren van zorgaanbieders. In Leidschendam is afgesproken dat zorgverzekeraars kwaliteit laten meewegen in hun contracteerbeleid en dat het tot hun verantwoordelijkheid behoort de kwaliteit te beoordelen. In hoeverre zorgverzekeraars zich hier actief mee bezighouden is niet bekend. Voor meer informatie over de samenwerking tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders, en patiënten-/consumentenorganisaties verwijzen wij naar de rapportage van het Verwey Jonker instituut waarin deze samenwerking op regionaal niveau in kaart is gebracht.

De stand van zaken in 1995

In 1995 is voor het eerst op landelijke schaal in kaart gebracht hoever zorginstellingen in alle sectoren gevorderd waren met de ontwikkeling van de kwaliteitssystemen (Wagner et al, 1995)¹. Ruim 1100 instellingen werkten aan het onderzoek mee.

Uit de resultaten bleek dat het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem een lange aanlooptijd vergde en veel ingrijpender was dan aanvankelijk was gedacht. Niet verwonderlijk waren er dan ook nog nauwelijks integrale kwaliteitssystemen operationeel. De meerderheid van de instellingen werkte projectgewijze aan kwaliteitsbewaking of verbetering. Bijvoorbeeld projecten gericht op het ontwikkelen van protocollen, het ontwikkelen van toetsing, het regelen van de overdracht van de patiënt etcetera. Een minderheid stond in 1995 aan het begin van de ontwikkelingen en was bezig met bijvoorbeeld het instellen van stuurgroepen en/of kwaliteitscommissies en scholing van het management in kwaliteitszorg. Van de instellingen had 2% in het geheel nog geen initiatieven ontplooid. Nadere details zijn in

¹ C. Wagner, D.H.. de Bakker, E.M.Sluijs. Kwaliteitssystemen in instellingen: de stand van zaken in 1995. Utrecht, NIVEL, 1995.

hoofdstuk 5 van dit rapport te vinden, waarin de stand van zaken in 1995 vergeleken wordt met de stand van zaken in 2000.

In 1995 werd geconstateerd dat kwaliteitssystemen zich toen nog midden in het proces van ontwikkeling bevonden en dat destijds ook nog niet was uitgekristalliseerd hoe een kwaliteitssysteem er precies uit zou moeten zien. Inmiddels is dat wel bekend omdat nagenoeg elke sector voor de eigen instellingen een model kwaliteitssysteem heeft ontwikkeld (zie de volgende paragraaf).

Effecten van een kwaliteitssysteem

In 1995 bleek dat de instellingen hoge verwachtingen hadden omtrent de effecten van een kwaliteitssysteem. Driekwart van de respondenten was van mening dat de kwaliteitssystemen zouden resulteren in een verbetering van de patiëntgerichtheid en klantvriendelijkheid, dat het systeem zou leiden tot meer tevredenheid van de medewerkers en een grotere inzet van het personeel en dat een kwaliteitssysteem zou bijdragen aan een verbetering van het imago van de instelling en een betere beheersbaarheid (Wagner, 1995).

In veel jaarverslagen van instellingen is te lezen dat kwaliteitsprojecten inderdaad tot verbeteringen hebben geleid. Incidenteel hebben dergelijke projecten indrukwekkende verbeteringen in kwaliteit en doelmatigheid opgeleverd. Over de effecten van het kwaliteitssysteem als geheel en de mate waarin dit systeem bijdraagt aan de kwaliteit van zorg in een instelling zijn doorgaans nog geen gegevens te vinden omdat daar nog nauwelijks onderzoek naar is verricht.

Een uitzondering vormt een recent onderzoek van Wagner onder verpleeghuizen (Wagner, 1999)¹. Zij onderzocht of de mate waarin een kwaliteitssysteem aanwezig is gerelateerd was aan de gezondheidstoestand van de bewoners. Als indicatoren voor deze gezondheidstoestand werd gebruik gemaakt van de (outcome)gegevens die standaard in de SIVIS-registratie² zijn opgenomen, zoals de disability-score, het voorkomen van decubitus, catheter gebruik etc).

In zijn algemeenheid bleek dat er geen relatie was tussen de gezondheidstoestand van de bewoners en de mate waarin het kwaliteitssysteem ontwikkeld was. Wel waren er significant minder onwenselijke uitkomsten (decubitus, cathetergebruik) in verpleeghuizen met een verder ontwikkeld kwaliteitssysteem, gekoppeld aan een goed functionerende cliëntenraad. De conclusie was dat deze resultaten met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden omdat er nog nauwelijks verpleeghuizen waren met een volledig kwaliteitssysteem en omdat (via het vragenlijst

¹ C.Wagner. Quality systems in Dutch health care organizations (dissertation). Utrecht, NIVEL, 1999.

² SIVIS-registratie: Landelijk Verpleeghuis Registratie Systeem van de Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg (SIG), sinds 1-1-2000 Prismant.

onderzoek) niet vastgesteld kon worden hoe het kwaliteitssysteem in de praktijk functioneerde (Wagner, 1999).

In welke mate kwaliteitssystemen anno 2000 volgens de instellingen zelf bijdragen aan de kwaliteit van zorg is te zien in hoofdstuk 4, waarin verslag wordt gedaan van de gerapporteerde effecten van een kwaliteitssysteem en naar de mate waarin de instelling inzicht heeft in de kosten die met het invoeren van een kwaliteitssysteem gemoeid zijn.

1.2 Kwaliteitssystemen

Kwaliteit van zorg

Alvorens in te gaan op het doel van een kwaliteitssysteem wordt kort stilgestaan bij het begrip 'kwaliteit'.

Wat 'goede kwaliteit van zorg' is, staat niet objectief vast. Het is een subjectief begrip. Voor zorgverleners leggen professionaliteit en effectiviteit veel gewicht in de schaal als het gaat om het beoordelen van kwaliteit. Voor patiënten wordt kwaliteit mede bepaald door de wijze waarop zij tegemoet worden getreden. En zorgverzekeraars zullen doelmatigheid zwaar laten meewegen.

In de kwaliteitwet wordt kwaliteit aangeduid als verantwoorde zorg van goed niveau, waarbij vier aspecten van belang zijn die - vrij vertaald - inhouden:

- dat de zorg bijdraagt aan de gezondheid, het welbevinden en de kwaliteit van leven van de patiënt (doeltreffendheid);
- dat de kosten van de zorgverlening in verhouding staan tot de resultaten ervan (doelmatigheid);
- dat de zorg op een respectvolle manier wordt verleend (patiëntgericht);
- dat het zorgaanbod is afgestemd op de behoeften aan zorg (tegemeet komt aan reële behoeften).

Deze aspecten weerspiegelen dat het perspectief van patiënten of cliënten een belangrijke rol speelt in het definiëren van kwaliteit. Dat perspectief staat ook in kwaliteitssystemen centraal, zoals hierna wordt toegelicht.

De belangrijkste kenmerken van een kwaliteitssysteem

Zoals eerder gezegd is een kwaliteitssysteem een uitgebreid stelsel van bedrijfskundige regels. Het doel daarvan is te waarborgen dat een constante en goede kwaliteit wordt geleverd en dat fouten zoveel als mogelijk is worden voorkomen. Dit alles moet in het bedrijfsleven leiden tot een goed functionerende organisatie met tevreden klanten. In feite is dat ook het doel van de kwaliteitssystemen die in de zorgsector ontwikkeld worden.

Het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem in de zorgsector gebeurt niet in een vacuüm. Binnen een instelling wordt doorgaans al op diverse manieren aan kwaliteitsbewaking gewerkt (denk aan intercollegiale toetsing) en bestaan traditioneel protocollen voor specifieke onderdelen van de zorgverlening.

Een nieuw element in een kwaliteitssysteem is het cyclische karakter van kwaliteitsbewaking. De gedachte is dat het bijvoorbeeld geen zin heeft een protocol te ontwikkelen als de naleving niet wordt bewaakt en geen periodieke actualisering van het protocol plaatsvindt. Het streven is deelsystemen te ontwikkelen (c.q. feedbackmechanismen) die als een continue vorm van kwaliteitsbewaking en -bevordering functioneren.

Een kwaliteitssysteem heeft - zowel in het bedrijfsleven als in de zorgsector - in ieder geval drie kenmerken die als het ware het mechanisme van het systeem vormen, namelijk:

1. *Behoeften van klanten*: een eerste kenmerk van een kwaliteitssysteem is dat behoeften van klanten bekend moeten zijn, zodat een bedrijf weet welke producten moeten worden aangeboden (de 'ontwerpfase' genoemd).

Vertaald naar de zorgsector betekent dit, dat het zorgaanbod wordt afgestemd op de zorgvragen van gebruikers en de specifieke behoeften van de onderscheiden doelgroepen (ouderen, jeugdigen, minderheden). Vraaggerichtheid is derhalve kenmerkend voor een kwaliteitssysteem.

Het systeem bevat dan ook altijd een aantal procedures om de zorgbehoeften in kaart te brengen, zoals: behoefteonderzoek onder (potentiele) gebruikers, raadpleging van patiënten-organisaties, overleg met verwijzers en aanpalende zorgaanbieders in de regio et cetera.

Dergelijke procedures zijn bedoeld om het zorgaanbod voortdurend te kunnen aanpassen aan veranderende zorgbehoeften in de samenleving.

2. *Evaluaties door gebruikers*. Een tweede kenmerk is de evaluatie door gebruikers. De tevredenheid van klanten is een maatstaf voor kwaliteit. Daarnaast is hun oordeel van belang om te signaleren waar de kwaliteit tekort schiet of niet aan de verwachtingen voldoet. De organisatie kan vervolgens gerichte acties ondernemen om verbeteringen aan te brengen.

Een kwaliteitssysteem bevat daarom altijd procedures voor evaluaties door gebruikers. Voorbeelden daarvan in de zorgsector zijn: waarderingsonderzoeken of meningspeilingen onder patiënten of cliënten, exit interviews, raadpleging van de cliëntenraad, externe beoordeling door patiënten-/consumentenorganisaties en de klachtenanalyse. Op vergelijkbare wijze vervullen meningspeilingen onder verwijzers of ketenpartners eenzelfde functie.

Hiermee ontstaat een feedbackmechanisme om voortdurend verbeteringen te kunnen aanbrengen.

3. *Resultaatmetingen*. In het bedrijfsleven draait het gehele kwaliteitssysteem om resultaatmetingen als basis voor het verbeteren van de organisatie en de werkprocessen. Registraties en statistieken worden als onontbeerlijk beschouwd om de kwaliteit te kunnen monitoren. Het adagio is sturen op basis van feedback-informatie.

Ook in de kwaliteitswet is dit principe terug te vinden. De wet schrijft voor dat zorgaanbieders systematisch gegevens over de kwaliteit van zorg verzamelen, op basis daarvan toetsen en zo nodig verbeteringen aanbrengen.

Resultaatmetingen in de zorgsector zijn nog onderontwikkeld. Daarom wordt in de kwaliteitssystemen tot nu toe vooral gebruik van risico-registraties, zoals complicaties, infecties, decubitus, ongevallen, vermijdbare fouten, en dergelijke. Resultaten in positieve zin over de uitkomsten van zorg worden nog weinig gebruikt. Veel instellingen zijn nog op zoek naar indicatoren of parameters voor kwaliteit.

Deze drie principes weerspiegelen het dynamische karakter van een kwaliteitssysteem. Via een cyclisch proces van meten en bijsturen moet een kwaliteitssysteem waarborgen dat de zorg wordt aangepast aan veranderende zorgbehoeften, dat feedback van patiënten tot verbeteringen leidt en dat wordt gestuurd op basis van resultaatmetingen.

In dit kader wordt ook wel gesproken over de 'lerende organisatie', waarbij flexibiliteit en bereidheid tot veranderen onontbeerlijk zijn. Dat verklaart tevens waarom kwaliteitsmanagement niet alleen bestaat uit het invoeren van een aantal procedures, maar ook uit het aankweken van een mentaliteitsverandering gericht op voortdurend verbeteren.

In de praktijk is er in zorginstellingen geen sprake van één systeem, maar van een scala aan processen, normen en deelsystemen die samen het kwaliteitssysteem vormen. Dat geheel is vanzelfsprekend veel meer omvattend in complexe organisaties als ziekenhuizen vergeleken met een verzorgingshuis.

Inmiddels heeft nagenoeg elke zorgsector een eigen model-kwaliteitssysteem¹ ontwikkeld, waarin is vastgelegd aan welke eisen het kwaliteitssysteem in de sector in het ideale geval zou moeten voldoen. Daarnaast worden ook algemene modellen of methoden gebruikt, zoals het HKZ-model, het INK-model, de BSC-methode en de ISO-normen².

In het kader van dit rapport wordt niet ingegaan op de overeenkomsten en verschillen tussen de modellen. Hiervoor verwijzen we naar het recent verschenen boek van de Nederlandse Vereniging voor Kwaliteit en Zorg: Kwaliteitsmodellen in de zorgsector

¹ Een overzicht van (concept) modellen die gebruikt zijn bij het ontwikkelen van de vragenlijst is als appendix bij dit hoofdstuk opgenomen.

² HKZ = Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector; INK = Instituut Nederlandse Kwaliteitsprijs en onderscheiding; BSC = Balanced Score Card; ISO = International Organization for Standardization.

(Van Wersch et al, 1999).¹ Wij volstaan met de opmerking dat de modellen veel overeenkomsten vertonen als het gaat om de concrete eisen - vaak meer dan honderd - die aan het systeem worden gesteld. Afhankelijk van de sector worden specifieke accenten gelegd, bijvoorbeeld in verpleeghuizen op de mens- en zorgvisie of in ziekenhuizen op medisch-technische kwaliteit.

De modellen verschillen met name in de indelingssystematiek (de dimensies die worden onderscheiden). In dit onderzoek wordt niet voor één van de modellen gekozen. In 1995 is uitgegaan van elementen die in diverse modellen en kwaliteitstheorieën terug te vinden zijn. In het huidige onderzoek wordt hierop voortgeborduurd. Vooruitlopend op hoofdstuk 2 - waar de ontwikkeling en verantwoording van de vragenlijst wordt beschreven - geven we hier alvast een overzicht van de 10 onderdelen c.q. dimensies die in de huidige vragenlijst zijn opgenomen. De klassieke indeling in structuur, proces en uitkomst is daarin te herkennen (Donabedian, 1980)².

Structuur

- Kwaliteitsbeleid (en de nodige documenten zoals kwaliteitshandboek etc.)
- Medewerkers (professionele kwaliteit, motivatie, arbeidssatisfactie)

Proces

- Primaire processen (normering en protocollering)
- Bewaking van processen (via toetsing, controles, audits etc.)
- Samenwerking en ketenkwaliteit (gezamenlijke kwaliteitsbewaking)
- Patiënten en cliënten (inspraak en betrokkenheid)

Outcome

- Effecten van het kwaliteitssysteem (positieve effecten en neveneffecten)
- Kwaliteitskosten (inzicht in de kosten van het kwaliteitssysteem)

Uit onderzoek blijkt dat het invoeren van kwaliteitszorg niet gelijk opgaat in alle gebieden van de organisatie. Ook kunnen professionals bijvoorbeeld verder zijn met hun kwaliteitsbewaking dan het instellingsmanagement, en andersom (Hardjono et al, 1993)³. In 1995 was het beleid ten aanzien van de medewerkers bijvoorbeeld het verst ontwikkeld en de betrokkenheid van patiënten en cliënten het minst ver

¹ S. van Wersch, S.Winters-Van der Meer, J.Zomerplaag (eds). Kwaliteitsmodellen in de zorgsector. Nederlandse Vereniging voor Kwaliteit en Zorg (NVKZ). Utrecht, Uitgeverij SWP, 1999.

² A.Donabedian. Explorations in quality assessment and monitoring. Vol.1: The definitions of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, 1980.

³ T.W.Hardjono, F.W.Hes. De Nederlandse kwaliteitsprijs en onderscheiding. Deventer, Kluwer, Kwaliteitskunde, 1993.

Wagner, 1996; 1999). De ontwikkeling verloopt doorgaans in fasen, zoals hierna wordt toegelicht.

De ontwikkeling van een kwaliteitssysteem

Bij het ontwikkelen en invoeren van een kwaliteitssysteem gaat men veelal stapsgewijze te werk. Er is daarin een min of meer plausibele volgorde te ontdekken die er in grote lijnen als volgt uitziet (Wagner et al, 1995).

1. Voorbereidende fase: men begint doorgaans met het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid en daaraan gekoppeld het opstellen van een actieplan of kwaliteitswerkplannen. Een stuurgroep wordt ingesteld evenals commissies of werkgroepen die uitvoering aan het kwaliteitsbeleid gaan geven. Het management en een aantal medewerkers volgen cursussen om te worden geschoold in kwaliteitszorg.
2. Procesbeheersing: in deze fase worden kwaliteitsprojecten opgezet en wordt op diverse afdelingen aan kwaliteitsverbeteringen gewerkt. Afdelingen maken eigen kwaliteitswerkplannen en er worden doorgaans veel protocollen opgesteld. Incidenteel wordt tevredenheidsonderzoek onder patiënten uitgevoerd. Kenmerkend voor deze fase is dat er nog geen sprake is van een samenhangend systeem, maar dat veel activiteiten een ad hoc karakter hebben.
3. Samenhang en verankering: In deze fase worden alle activiteiten met elkaar in samenhang gebracht. Het gehele zorgproces is van A tot Z in kaart gebracht, vanuit de route die de patiënt doorloopt. De verantwoordelijkheden van alle betrokken disciplines zijn vastgelegd en overgangen worden goed geregeld. Via periodieke controles (audits) wordt nagegaan of de kwaliteitsdeelsystemen goed werken. Alle procedures zijn overzichtelijk gebundeld in een handboek. In het ideale geval worden resultaten systematisch gemeten (bijv. via een management-informatiesysteem) op basis waarvan het beleid en de procedures worden aangepast.

Als deze derde fase bereikt is kan de instelling een formeel ISO certificaat verwerven. In een volgende stap kan ernaar worden gestreefd de kwaliteit van de gehele zorgketen te waarborgen. Het gaat dan in essentie om afstemming van de zorg die door de verschillende instellingen wordt verleend (bijvoorbeeld ziekenhuis - thuiszorg) en om afstemming van de kwaliteitsbewaking door die instellingen. Het doel is de continuïteit van zorg voor de patiënt te waarborgen en lacunes en doublures in de zorg te voorkomen. De hier bedoelde afstemming tussen instellingen verkeert nog in het experimentele stadium.

1.3 Vraagstelling

Het algemene doel van dit onderzoek is een representatief beeld te geven van de mate waarin kwaliteitssystemen in 2000 ontwikkeld zijn en welke voortgang sinds

1995 is geboekt. De volgende vragen liggen ten grondslag aan dit onderzoek:

1. Wat is de stand van zaken m.b.t. de mate waarin kwaliteitssystemen in 2000 ontwikkeld zijn in de Nederlandse zorginstellingen?
Deze vraag wordt in hoofdstuk 3 beantwoord.
2. Wat zijn de gepercipieerde effecten van kwaliteitszorg en in welke mate hebben de zorginstellingen inzicht in de kosten die het invoeren van een kwaliteitssysteem met zich meebrengt en in de besparingen die een kwaliteitssysteem op zou kunnen leveren?
De gegevens staan in hoofdstuk 4.
3. Welke vooruitgang hebben de zorginstellingen sinds 1995 geboekt met het ontwikkelen en invoeren van een kwaliteitssysteem?
Hoofdstuk 5 laat de vooruitgang zien.
4. Wat zijn de overeenkomsten en verschillen tussen de zorgsectoren in de mate waarin de kwaliteitssystemen ontwikkeld zijn?
Deze worden in hoofdstuk 6 beschreven.
5. Wat zijn de toekomstplannen van de instellingen met betrekking tot de verdere invoering van de kwaliteitssystemen en streeft men daarbij al dan niet naar een vorm van certificering of accreditering?
Zie hoofdstuk 7 voor de toekomstplannen.

Met nadruk wijze wij op de beperkingen van dit onderzoek:

Ten eerste: dit vragenlijst-onderzoek geeft een indicatie van de mate waarin een kwaliteitssysteem **aanwezig** is. Hoe het systeem in de instelling **functioneert** is via vragenlijst onderzoek niet na te gaan.

Ten tweede: de enquêtes zijn gericht aan de directie van de instellingen. De gegevens weerspiegelen dus de visie van directie c.q. management.

BIJLAGE: Voorbeelden van de (concept-)modellen per sector die in 1999 zijn gebruikt bij het ontwikkelen van de vragenlijst. (inmiddels zijn voor alle sectoren definitieve versies vastgesteld).

Geestelijke Gezondheidszorg GGZ

Kwaliteitstoetsing in de GGZ. Een voorlopig instrument voor interinstitutionele toetsing in instellingen voor GGZ. GGZ Nederland, september 1997.

Gehandicaptenzorg

Model Kwaliteitssysteem Gehandicaptenzorg. (ten behoeve van de experimenteerfase project Kwaliteit in Zicht). Utrecht, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 1998.

Gemeentelijke Gezondheidsdiensten GGD

Certificatieschema Ambulancezorg, sectorspecifiek deel. Utrecht, Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector SHKZ, 1997.

Gezondheidscentra

Beoordelings-/Certificatieschema Gezondheidscentra (concept mei 1999). Utrecht, Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector SHKZ, 1999.

Algemeen Maatschappelijk Werk AMW

Afgewogen. Kwaliteitsnormen voor de organisatie van de hulpverlening bij instellingen voor maatschappelijk werk. J.Buitink en S.Dym, Rijswijk, VOG sectie AMW, 1995.

Sociaal Pedagogische Diensten SPD

Goed, Beter, Kwaliteit. Werkboek voor kwaliteitsverbetering door Sociaal Pedagogische Diensten. Utrecht, SOMMA en Trimbos-instituut, 1998.

Thuiszorg

Certificatieschema Instellingen voor Thuiszorg. Utrecht, Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector SHKZ, 1997.

Verpleeghuizen

Model Intern Kwaliteitssysteem voor Verpleeghuizen (MIK-V). Kwaliteit in care en cure. Utrecht, Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg, 1998.

Verzorgingshuizen

Certificatieschema Verzorgingshuizen. Utrecht, Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector SHKZ, 1998.

Ziekenhuizen

NIAZ Kwaliteitsborgingsnorm. Kwaliteitssysteem en Toetsingsinstrument. Leiden NIAZ-bureau, 1998.

2 OPZET EN METHODE VAN ONDERZOEK

2.1 Inleiding

Het onderzoek is zo opgezet dat de stand van zaken in 2000 kan worden vergeleken met die van 1995. Voor de destijds gemaakte keuzes wat betreft de opzet van het onderzoek en een uitgebreide beschrijving van de kwaliteitsliteratuur wordt verwezen naar Wagner et al (1995) en Wagner (1999).

Er is in dit onderzoek wederom een vragenlijst-onderzoek uitgevoerd onder ruim 1100 instellingen.

In 1995 werd één vragenlijst gebruikt voor alle zorgsectoren. Via 85 items werd de aanwezigheid van een kwaliteitssysteem en de effecten daarvan 'gemeten'. Deze 85 items zijn weer op identieke wijze opgenomen in de huidige vragenlijst. Zij vormen het **vaste** deel van de vragenlijst.

Daarnaast zijn nieuwe vragen toegevoegd die per sector verschillen. Deze sector-specifieke vragen vormen het **variabele** deel van de vragenlijst. In paragraaf 2.2 wordt het vaste en variabele deel van de vragenlijst toegelicht.

Paragraaf 2.3 geeft een overzicht van de onderzoekspopulatie en de respondenten. De non-responsanalyse geeft zicht op de representativiteit van de gegevens.

Paragraaf 2.4 is gewijd aan het typeren van de verschillende fasen in de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem. Deze ontwikkelingsfasen vormen de basis voor de verdere analyses in dit rapport.

2.2 Ontwikkeling van de vragenlijst

Vast deel van de vragenlijst

De items die voor alle sectoren identiek zijn en vergelijkbaar zijn met 1995 betreffen, ten eerste, vijf dimensies van een kwaliteitssysteem, namelijk: (zie de vragenlijst in bijlage 1):

- Beleid en strategie (8 items)
- Medewerkers (o.a. scholing in kwaliteitszorg) (12 items)
- Procesbeheersing door normering en protocollering (8 items)
- Procesbewaking en -verbetering via deelsystemen (16 items)
- Betrokkenheid van patiënten en cliënten (7 items)

Zoals eerder opgemerkt zijn deze dimensies niet afgeleid van één specifiek model. Deze vijf dimensies zijn op empirische wijze (via factor-analyse) tot stand gekomen en bleken (in 1995) betrouwbare schalen te vormen (met de Crombach's Alpha

variërend van .71 tot .86). Daarom zijn in de huidige lijst slechts twee items veranderd¹ (Wagner et al, 1995).

De huidige vragenlijst is verbeterd omdat de terminologie in elke sector-lijst zorgvuldig is aangepast aan de terminologie die in elke sector gebruikelijk is. Het doel daarvan is verschillen in interpretatie van de vragen te voorkomen. Ter illustratie: als het gaat om tevredenheidsmetingen wordt bijvoorbeeld in de lijst van verpleeghuizen de term 'waarderingsonderzoek onder cliënten' gebruikt, terwijl in de vragenlijst voor de thuiszorg de term 'gebruikersraadpleging onder klanten' wordt gebruikt. Op die wijze is getracht de herkenbaarheid van de vragen voor elke sector te vergroten en daarmee de betrouwbaarheid.

De tweede set vragen die identiek is aan 1995 betreffen de effecten van het kwaliteitssysteem. Dit maakt het mogelijk om te zien in welke mate de effecten die men in 1995 van een kwaliteitssysteem verwachtte, vijf jaar later inderdaad zijn gerealiseerd. Deze effect-vragen omvatten drie dimensies, namelijk:

- Welke positieve effecten zijn opgetreden? (13 items)
- In welke opzichten is de regelgeving veranderd? (7 items)
- Zijn er onbedoelde negatieve effecten opgetreden (6 items)

Ook hier is de terminologie per sector aangepast. Daarnaast zijn aan de 'oude' vragen - op basis van voortschrijdend inzicht - enkele vragen toegevoegd². Deze nieuwe vragen zullen buiten de vergelijking met 1995 worden gehouden.

Variabel deel van de vragenlijst

Het ontwikkelen van het nieuwe sectorspecifieke deel van de vragenlijst is gebeurd in nauw overleg met elke koepel/branche-organisatie. Het doel daarvan was aanvullende vragen op te nemen over kwaliteitsactiviteiten die binnen een sector van cruciaal belang voor het kwaliteitssysteem worden geacht. In gezondheidscentra zijn dat bijvoorbeeld de 'multidisciplinaire werkafspraken' en in ziekenhuizen 'de visitaties van de medisch specialisten'.

Voor het opsporen van dergelijke sectorspecifieke onderwerpen is als volgt te werk gegaan.

Eerst is per sector via een literatuurstudie in kaart gebracht welke normen in die sector voor het kwaliteitssysteem gelden. Deze normen waren ontleend aan de (concept-)model kwaliteitssystemen van elke sector. Zie het overzicht van modellen

¹ Een item is verwijderd omdat dit slecht begrepen werd, namelijk de vraag naar 'kwaliteitsprofielen'. Een item is toegevoegd, namelijk een vraag naar het gebruik van Benchmarking.

² Met betrekking tot de positieve effecten is een vraag toegevoegd naar de mate waarin zorgprocessen verbeterd zijn, en een vraag naar de mate waarin de outcome verbeterd is. Met betrekking tot de regelgeving is toegevoegd de vraag: of toepassing van de regels beter wordt getoetst; en de vraag of: de werking van procedures beter wordt geëvalueerd en geactualiseerd.

in de bijlage bij hoofdstuk 1). Op die wijze ontstonden tien verschillende lijsten met kwaliteitsnormen¹, namelijk voor (in alfabetische volgorde):

- Geestelijke Gezondheidszorg,
- Gehandicaptenzorg,
- Gemeentelijke Gezondheidsdiensten,
- Gezondheidscentra,
- Maatschappelijk Werk Instellingen,
- Sociaal Pedagogische Diensten,
- Thuiszorginstellingen (reguliere en particuliere),
- Verpleeghuizen,
- Verzorgingshuizen,
- Ziekenhuizen.

Per sector is de lijst met normen in een interview voorgelegd aan (vertegenwoordigers van) de koepel/branche-organisatie met de vraag: Welke van deze onderwerpen zijn van belang voor het kwaliteitssysteem in uw sector en moeten in de vragenlijst worden opgenomen?

De door de koepel/branche-organisatie aangewezen onderwerpen zijn vervolgens door de onderzoekers vertaald in enquête-vragen. Deze vragen zijn wederom voorgelegd aan de koepel/branche-organisatie en op basis van het commentaar aangepast. Voor een laatste check is de vragenlijst becommentarieerd door twee externe kwaliteitsdeskundigen².

De vertegenwoordigers van de koepel/branche-organisaties bleken voor een deel dezelfde onderwerpen te noemen. Dit betekent dat ook een aantal vragen in het variabele deel van de vragenlijst voor alle sectoren gelijk is. Het gaat om de volgende vragen:

- Welke voorzieningen heeft de instelling voor kwaliteitszorg getroffen?
- Wie zijn de 'trekkers' van kwaliteitszorg in de instelling?
- Hoeveel verbeterprojecten zijn in 1999 in uitvoering?
- Welke gegevens gebruikt u voor evaluatie en bijstelling van het beleid?
- Is er samenhang in het kwaliteitsbeleid van management en professionals?
- Is er bij zorgketens sprake van gezamenlijke kwaliteitsbewaking?
- Op welke wijze hebben cliënten inspraak in de zorg?
- In hoeverre heeft men inzicht in kwaliteitskosten?
- Wat zijn de belangrijkste prioriteiten op de korte en lange termijn?

¹ Een overzicht van deze lijsten is op aanvraag bij de auteurs verkrijgbaar. De titel is: Voortgangsrapportage van het NIVEL-onderzoek naar kwaliteitssystemen in de zorgsector voor Leidschendam 2000, Utrecht, NIVEL, 1999.

² De heer W.M.L.C.M. Schellekens (directeur kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO) en Prof. dr. N.S. Klazinga (UvA).

Naast deze vergelijkbare vragen zijn per sector specifieke vragen gesteld, bijvoorbeeld naar de protocollen of indicatoren die in een bepaalde sector worden gebruikt, of de ketenpartners waarmee wordt samen-gewerkt¹. Ter wille van de overzichtelijkheid zullen deze sectorspecifieke vragen in het kader van dit rapport beperkt worden beschreven. In het bij dit rapport behorende Tabellenboek zijn alle details per sector te vinden. Ook kunnen per sector aanvullende artikelen of rapporten worden geschreven, indien daartoe opdrachten worden verstrekt. Overigens worden de gegevens van een sector anoniem aan de eigen koepel/branche-organisatie ter beschikking gesteld, zodat deze voor beleidsdoeleinden kunnen worden gebruikt².

Verklarende factoren

Een laatste set vragen heeft betrekking op de organisatiekenmerken van de instelling. Het doel daarvan is te onderzoeken of deze kenmerken gerelateerd zijn aan de fase waarin een kwaliteitssysteem verkeert of aan de vooruitgang die sinds 1995 is geboekt (zie voor de literatuur Wagner, 1999). De vragen hebben betrekking op:

- de omvang van de organisatie (aantal fte),
- de organisatiekenmerken (hiërarchisch of plat; formeel of informeel, etc),
- de cultuur in de instelling (resultaatgericht, vernieuwend etc.)³,
- externe druk (wachtlijsten, werkdruk, concurrentie etc.).

De verwachting is dat kwaliteitssystemen verder ontwikkeld zijn in flexibele en veranderingsgerichte organisaties, zoals eerder onderzoek heeft aangetoond (Shortell, 1998)⁴.

Ter wille van de vergelijkbaarheid is de vragenlijst - evenals in 1995 - weer gericht aan de directie c.q. het management van de instelling. De overwegingen daarbij waren, ten eerste, dat het management uiteindelijk verantwoordelijk is voor het ontwikkelen en invoeren van een kwaliteitssysteem. Ten tweede kan worden verwacht dat het management het overzicht heeft over de ontwikkelingen in de instelling. Een mogelijk nadeel is dat het management van zeer grote instellingen misschien minder

¹ Een kopie van de sectorspecifieke vragenlijst kan bij de auteurs worden opgevraagd.

² De gegevens worden alleen anoniem aan de koepelorganisatie ter beschikking gesteld indien instellingen daar in de vragenlijst schriftelijk toestemming voor hebben gegeven. Indien de instelling geen toestemming heeft gegeven worden de gegevens niet verstrekt.

³ Voor de vragen naar de cultuur van de instelling is de vragenlijst uit het onderzoek van Shortell gebruikt, omdat in dat onderzoek een relatie werd gevonden tussen de mate waarin het kwaliteitssysteem ontwikkeld was en de cultuur in de instelling (Shortell et al, 1998). De lijst is vertaald en in verkorte vorm in de enquête opgenomen.

⁴ S.M. Shortell et al. Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: concept versus implementation. Health Services Research, 1995;30(2):377-401.

op de hoogte is van concrete activiteiten van medewerkers of afdelingen. Gezien de beperkte duur en middelen was het ook ditmaal niet mogelijk het middenkader en/of de uitvoerenden van de instellingen te enquêteren.

2.3 Onderzoekspopulatie, respons en non-respons

Onderzoekspopulatie

Aan het onderzoek hebben de lidinstellingen van alle 11¹ koepel- of branche-organisaties deelgenomen (zie tabel 2.1). Zij verstrekten ook de adressen van de lidinstellingen. Elke koepel/brancheorganisatie heeft eveneens een aanbevelingsbrief opgesteld die met elke enquête is meegestuurd.

Van 10 sectoren zijn **alle** lidinstellingen geënquêteerd. Alleen in de sector verzorgingshuizen is vanwege de omvang van de sector (1400 verzorgingshuizen) een steekproef getrokken van 381 verzorgingshuizen². Deze omvangrijke steekproef was gebaseerd op het verzoek van de WoonZorg Federatie om evenveel verzorgingshuizen als verpleeghuizen in het onderzoek mee te nemen.

Voor een zuivere berekening van de vooruitgang sinds 1995 was het streven de vergelijking te baseren op de instellingen die zowel in 1995 als 2000 hadden gerespondeerd. Aan de instellingen is daartoe in het huidige onderzoek hetzelfde codenummer toegekend als vijf jaar geleden.

In de praktijk bleek dit problemen te geven. Door de fusiegolf van de laatste jaren waren veel instellingen opgegaan in een Stichting of Zorggroep. Meer dan de helft (53%) van de instellingen meldt anno 2000 deel uit te maken van een Zorggroep of Stichting. Om toch informatie over de 'oude' instellingen te verkrijgen is de enquête zowel toegestuurd aan de Zorggroep of Stichting als aan de 'oude' instellingen. Deze waren niet altijd te achterhalen vanwege de met fusies gepaard gaande naamsveranderingen.

¹ In 1995 was er nog sprake van 15 koepel/branche-organisaties. Sinds die tijd hebben de organisaties in de gehandicapten zorg zich tot één branche-organisatie verenigd, evenals die in de geestelijke gezondheidszorg. Ten tijde van dit onderzoek was het samengaan van de koepelorganisaties van verpleeghuizen en verzorgingshuizen nog niet geëffectueerd.

² Bij de verzorgingshuizen is als volgt tewerk gegaan. Allereerst zijn de 86 verzorgingshuizen meegenomen die in 1995 hebben gerespondeerd (zij vormen groep 1). Als aanvulling heeft de WoonZorgFederatie een extra steekproef getrokken (zij vormen groep 2). Vervolgens zijn verdubbelingen eruit gehaald zodat 381 instellingen overbleven.

Dit betekent dat een zorggroep of stichting vaak meerdere enquêtes heeft gehad¹. In totaal zijn 2301 enquêtes verstuurd. Nadat verdubbelingen zijn verwijderd blijven 1739 potentiële respondenten over.

Respons

1739 potentiële respondenten hebben in november 1999 de vragenlijst met een aanbevelingsbrief van de eigen koepelorganisatie ontvangen. In de brief was vermeld dat de instellingen - evenals in 1995 - een individuele terugrapportage zouden krijgen, waarin de stand van zaken in de eigen instelling vergeleken wordt met het gemiddelde in de sector. Destijds werd deze terug-rapportage hoog gewaardeerd.

De instellingen hebben twee reminders ontvangen, een schriftelijke reminder na een maand en een telefonisch reminder na weer drie weken. In totaal hebben 1142 instellingen de enquête ingevuld. Dit is over het totaal een respons van 66%. Tabel 2.1 toont de respons per sector.

Tabel 2.1 Het percentage instellingen dat per sector heeft gereageerd

Sector	N	respons (N)	%
Thuiszorginstellingen (LVT)	90	81	90%
Gehandicaptenzorg (VGN)	267	182	69%
Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ Nederland)	248	144	59%
Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (LVGGD)	52	46	89%
Verzorgingshuizen (Arcares)	294	193	66%
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%
Verpleeghuizen (Arcares)	274	195	71%
Particuliere thuiszorginstellingen (BTN)	38	20	53%
Totaal	1739	1142	66%

De hoogste respons is verkregen van de thuiszorginstellingen (90%), direct gevolgd door de GGD'en (89%). Een vrij lage respons is te zien bij de particuliere thuiszorgorganisaties (53%) en bij AMW-instellingen (52%).

Bij de interpretatie van de gegevens in dit rapport moet rekening worden gehouden met het feit dat twee sectoren een aparte positie innemen. Ten eerste zijn

¹ Deze aanpak is niet vlekkeloos verlopen. Regelmatig stuurden de instellingen hun enquête naar de centrale Zorggroep-directie, die dus meerdere enquêtes op het bureau kreeg en er vervolgens één voor alle aangesloten instellingen invulde en de andere vernietigde. De responsberekening werd daardoor complex.

gezondheidscentra geen instellingen, maar samenwerkingsverbanden van disciplines. Dit betekent dat een kwaliteitssysteem in een gezondheidscentrum een wat ander karakter kan hebben. Ten tweede hebben GGD'en een geheel andere cliëntenpopulatie vergeleken met zorginstellingen, omdat zij zich onder andere met spoedeisende hulp en met collectieve preventie bezighouden. Dit heeft consequenties voor de mate waarin patiënten bij de GGD betrokken (kunnen) worden.

Non-responsanalyse

Via de telefonische reminder (drie weken na de schriftelijke reminder) zijn gegevens verkregen over de non-respondenten. De vragen werden gesteld aan de directie-secretaresse.

Ten eerste is gevraagd naar de reden van (eventuele) weigering om mee te werken. Van de non-respondenten zei 51% geen tijd te hebben of teveel enquêtes te ontvangen. Een tweede reden was dat de instelling deel uitmaakte van een zorggroep of stichting en niet zelf een enquête in wilde vullen (27%). Een minderheid (7%) gaf aan dat men nog aan het begin stond van kwaliteitszorg en men het invullen van de lijst daarom niet zinvol vond. De overige 15% noemde diverse andere redenen, bijvoorbeeld dat de lijst niet op hun instelling van toepassing was.

Om te zien of de non-respondenten afwijken van de respondenten zijn aan de non-respondenten twee vragen omtrent de kwaliteitszorg gesteld. Ten eerste is gevraagd of er een kwaliteitsfunctionaris of kwaliteitsstuurgroepen/commissies in de instelling functioneren. Ten tweede is gevraagd of tevredenheidsmetingen onder cliënten of patiënten worden gehouden.

Van de respondenten meldt 71% dat tevredenheidsmetingen onder patiënten/cliënten worden gehouden; bij de non-respondenten is dat 41%, terwijl 32% van de directie-secretarissen aangaf dit niet te weten of de vraag niet wilde beantwoorden (6%).

Bij de respondenten is in 74% een kwaliteitsfunctionaris of kwaliteitsstuurgroep/commissie ingesteld; bij de non-respondenten is dat 41% terwijl 33% aangaf dit niet te weten of de vraag niet wilde beantwoorden (5%).

Deze bevindingen doen vermoeden dat de non-respondenten in zijn algemeenheid minder ver gevorderd zijn met kwaliteitszorg vergeleken met de respondenten. Met name in sectoren met een lage respons kunnen de gegevens in dit rapport een vertekening in positieve richting geven. Voor de sectoren met een hoge respons geldt dat in veel mindere mate.

Analyse

De verschillen tussen 1995 en 2000 zijn tweezijdig getoetst met de non-parametrische McNemar test voor afhankelijke groepen, omdat de vergelijking betrekking heeft op dezelfde instellingen die in 1995 en in 2000 hebben gerespondeerd. Omdat de gegevens geen intervalniveau hebben is voor een non-parametrisch test gekozen.

Via een meervoudige regressie-analyse is getoetst welke organisatiekenmerken een onafhankelijke bijdrage leveren aan verklaring van de variantie tussen de instellingen. Via een meervoudige multi-niveau-analyse (MLN) is getoetst of de variatie tussen sectoren groter of kleiner is dan de variantie tussen instellingen binnen eenzelfde sector. Deze MLN-analyse wordt gebruikt om na te gaan of de mate waarin kwaliteitszorg in een instelling ontwikkeld is, verklaard kan worden uit het feit dat men tot een bepaalde sector behoort (geaggregeerd niveau).

Om uitspraken over alle instellingen in Nederland te kunnen doen zouden de gegevens gewogen moeten worden naar het aantal instellingen in elke sector, indien met een steekproef wordt gewerkt. In het onderhavige onderzoek zou dit alleen voor de verzorgingshuizen nodig zijn (in alle andere sectoren zijn alle instellingen benaderd). Deze weging is niet toegepast omdat dan een vertekend beeld voor de zorgsector als geheel zou ontstaan. Het zou namelijk betekenen dat de gegevens van de verzorgingshuizen vijf maal zo zwaar zouden gaan meetellen vergeleken met de andere sectoren en dus de gegevens zouden domineren. Er is eveneens niet gewogen naar de omvang van de respons per sector, omdat slechts 13% van de verschillen tussen de instellingen toe te schrijven is aan verschillen tussen de sectoren. Dit betekent dat hierna absolute cijfers over de stand van zaken in de instellingen worden gepresenteerd.

2.4 Typering van ontwikkelingsfasen

In paragraaf 1.2 is beschreven dat de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem doorgaans in drie fasen verloopt. Deze fasen zijn kortweg te typeren als de fase van voorbereiding, de fase van projecten en de fase van een samenhangend systeem. De berekening van deze fasen is in 1995 op empirische wijze tot stand gekomen (Wagner, 1995; 1999). In schema 2.1 is de fase-indeling overzichtelijk weer-gegeven. We volstaan hier met een korte toelichting.

Voor het berekenen van de fasen zijn de kwaliteitsactiviteiten uit de vragenlijst aan een van de drie fasen toebedeeld.

- Fase 1: Kenmerkend voor de voorbereidende fase is bijvoorbeeld het instellen van commissies en stuurgroepen en scholing van de medewerkers in kwaliteitszorg etc. (zie schema 2.1 aan het einde van dit hoofdstuk). Indien een instelling niet verder is dan deze activiteiten wordt de instelling geacht in fase 1 te zijn.
- Fase 2: Indien de instelling - naast de activiteiten uit fase 1 - diverse projecten op het gebied van kwaliteit uitvoert, valt de instelling in de tweede fase. Bijvoorbeeld projecten op het gebied van protocollering, cliëntenraadpleging, intercollegiale toetsing et cetera.

Fase 3: Indien de instelling - behalve deze projecten - tracht kwaliteitszorg organisatiebreed in te voeren, wordt de instelling geacht in fase 3 aangeland te zijn. Kenmerkend voor fase 3 is bijvoorbeeld dat de leiding het overzicht heeft over alle protocollen en procedures die worden gehanteerd (kwaliteitshandboek), dat naleving en het functioneren van de procedures periodiek wordt beoordeeld (interne audits) en dat resultaten systematisch worden gebruikt voor het aanbrengen van verbeteringen (verbetercyclus).

Deze fase-indeling heeft een cumulatief karakter. Empirisch is getoetst dat instellingen in bijvoorbeeld fase 3 doorgaans de meerderheid van de activiteiten uit de voorafgaande fasen uitvoert. Datzelfde geldt voor instellingen in fase 2.

Naast deze 3 fasen is een nul-fase van toepassing indien een instelling nog geen activiteiten op het gebied van kwaliteitszorg heeft ondernomen.

Deze fase-indeling is ook van toepassing op de verschillende deel-gebieden in de organisatie (beleid, medewerkers, protocollering, etc.). Uit onderzoek blijkt namelijk dat kwaliteitszorg op het ene deel-gebied doorgaans verder ontwikkeld is dan op het andere. Een instelling kan bijvoorbeeld ver zijn op het gebied van protocollering, maar minder ver als het gaat om de deelsystemen of de betrokkenheid van cliënten. Daarom wordt de fase-indeling ook berekend per deelgebied of dimensie op dezelfde wijze als hierboven uiteen is gezet.

In het huidige onderzoek zijn met name de eisen voor fase 3 in enkele opzichten aangescherpt vergeleken met 1995. Dit is gedaan omdat dat koepel en brancheorganisaties inmiddels hoge eisen voor de kwaliteitssystemen in hun sector hebben geformuleerd. In 1995 waren deze eisen nog niet bekend.

Met name worden in dit onderzoek alleen activiteiten aan fase 3 toebedeeld indien 'resultaten systematisch voor bijsturing worden gebruikt'. Dit is een van de belangrijkste kenmerken van een kwaliteitssysteem, zoals in hoofdstuk 1 is toegelicht. In 1995 werden in dit opzicht minder zware eisen gesteld.

Een tweede reden voor aanscherping ligt in de inmiddels ingevoerde kwaliteitswetgeving. Het uitbrengen van een kwaliteitsjaarverslag was in 1995 aan fase 3 toebedeeld. Omdat dit echter - met het invoeren van de Kwaliteitswet in 1996 - een wettelijke verplichting voor alle zorginstellingen is geworden, hoort het kwaliteitsjaarverslag in fase 1 thuis.

De vergelijking tussen 1995 en 2000 zal op basis van deze aangescherpte indeling plaatsvinden. Dat betekent dat de respondenten uit 1995 opnieuw zijn ingedeeld op basis van de nieuwe fase-indeling.

Schema 2.1 op de volgende pagina geeft de aangescherpte fase-indeling.

Schema 2.1 Ontwikkelingsfasen voor kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg

FASEN	Beleid en strategie	Medewerkers	Procesbeheersing door nummering	Procesbeheersing door deelsystemen	Betrokkenheid van patient/client
0: oriëntatie/bewustwording	<ul style="list-style-type: none"> - missie - productomschrijving 	<ul style="list-style-type: none"> - stimuleren vakinhoudelijke ontwikkeling 	<ul style="list-style-type: none"> - protocollen v. specifieke behandeling 	<ul style="list-style-type: none"> - toetsing mono-/multidisciplinair - zorgplannen 	<ul style="list-style-type: none"> - patient wordt niet betrokken
1: voorbereiding	<ul style="list-style-type: none"> - kwaliteitsbeleid - kwaliteitswerkplan instelling - kwaliteitsjaarverslag 	<ul style="list-style-type: none"> - scholing leiding - scholing medewerkers - deeln. in werktijd - directie geeft aan 	<ul style="list-style-type: none"> - voor voorlichting - specifieke doelgroepen - voor voorhouden handelingen - voor medische hulpmidd. 	<ul style="list-style-type: none"> - commissies - klachtenregistratie - cliëntenraad - functioneringsgesprek 	<ul style="list-style-type: none"> - bespreken van uitkomsten of beoordelen of doelen gehaald
2: uitvoering/ad hoc projectmatig	<ul style="list-style-type: none"> - kwaliteitswerkplan sommige afdelingen - kwaliteitswerkplan alle afdelingen 	<ul style="list-style-type: none"> - directe toetst - directie bewaakt - selectie nieuw pers. - scholing nieuw personeel 	<ul style="list-style-type: none"> - samenwerking andere instellingen 	<ul style="list-style-type: none"> - tevredenheidsonderzoek - behoefteonderzoek - management infosyst. - interinstitutionele toetsing 	<ul style="list-style-type: none"> - opstellen proto-col of ontwik-kelen criteria
3: systematisch aanpak	<ul style="list-style-type: none"> - kwaliteitshandboek en kwaliteitswerkplan instelling 	<ul style="list-style-type: none"> - systematische feedback en scholing n.a.v. prioriteiten in kwaliteitsbeleid 	<ul style="list-style-type: none"> - routing patient en kritische momenten 	<ul style="list-style-type: none"> - interne audit en syst. tevredenheidsz onder cliënten 	<ul style="list-style-type: none"> - participatie in commissies of in verbeterprojecten

Kenmerkend voor fase 3 is dat de instelling - naast de meerderheid van activiteiten uit de vorige fasen - beschikt over:

- een kwaliteitswerkplan voor de instelling en een kwaliteitshandboek;
- dat medewerkers systematisch feedback krijgen over de resultaten en dat scholing plaatsvindt op basis van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid;
- dat er procedures zijn voor de gehele routing van cliënten en dat er protocollen zijn voor kritische momenten in het zorgproces;
- dat er een systeem functioneert van interne audits en dat systematisch meningspeilingen onder cliënten worden gehouden;
- dat cliënten (of hun organisaties) participeren in kwaliteitscommissies of in verbeterprojecten (naast activiteiten uit fase 2).

3 KWALITEITSSYSTEMEN DE STAND VAN ZAKEN IN 2000

3.1 Inleiding

De vraag die in dit hoofdstuk wordt beantwoord is: Wat is de stand van zaken in 2000 met betrekking tot de ontwikkeling van de kwaliteitssystemen in de zorginstellingen? Dit hoofdstuk geeft een algemeen beeld van de stand van zaken over alle zorgsectoren gezamenlijk.

In het vorige hoofdstuk is beschreven dat een kwaliteitssysteem activiteiten omvat op tenminste zes gebieden. Deze worden achtereenvolgens besproken, namelijk:

- Beleid en strategie (paragraaf 3.2);
- Medewerkers (paragraaf 3.3);
- Protocollen en procedures (paragraaf 3.4);
- Deelsystemen (paragraaf 3.5);
- Betrokkenheid van patiënten en cliënten (paragraaf 3.6);
- Samenwerking en ketenkwaliteit (paragraaf 3.7).

De samenhang tussen deze gebieden komt aan bod in paragraaf 3.8. Dan wordt beschreven in welke ontwikkelingsfase de kwaliteitssystemen verkeren. Elke paragraaf wordt besloten met een korte conclusie.

Bij dit hoofdstuk zijn twee opmerkingen van belang:

Ten eerste worden de gegevens in dit hoofdstuk gepresenteerd over alle zorginstellingen tezamen, zodat snel een beeld over de algemene stand van zaken wordt verkregen. De vergelijking met 1995 wordt apart behandeld in hoofdstuk 5. De verschillen tussen de sectoren worden apart behandeld in hoofdstuk 7.

Ten tweede wordt - zoals al eerder is opgemerkt - niet ingegaan op de onderwerpen die specifiek voor één sector gelden. Dit zou de overzichtelijkheid niet ten goede komen. Dergelijke sectorspecifieke onderwerpen worden alleen behandeld als zij ter illustratie kunnen dienen van het algemene beeld. Het Tabellenboek bij dit rapport geeft een volledig en gedetailleerd overzicht per sector.

3.2 Beleid en strategie

Bij het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid dient zich altijd de vraag aan: "Wat willen we als instelling bereiken; welke 'producten' willen wij leveren; welke eisen worden daaraan gesteld en wat is onze visie op zorg?" De eerste vragen in de enquête hebben betrekking op deze onderwerpen (zie tabel 3.1).

De uitwerking van het kwaliteitsbeleid vindt doorgaans plaats in werkplannen of actieplannen waarin de concrete maatregelen worden beschreven.

Instellingen die vergevorderd zijn met kwaliteitszorg stellen een kwaliteitshandboek samen, om alle geldende regels en procedures overzichtelijk bij elkaar te hebben. De omschrijving in de enquête luidde: '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'.

De instelling zal de kwaliteit via het jaarverslag inzichtelijk willen maken, enerzijds om het vertrouwen in en het imago van de instelling te vergroten, anderzijds om verantwoording aan derden af te leggen. Het uitbrengen van een kwaliteitsjaarverslag is sinds 1996 een wettelijke verplichting vanwege de Kwaliteitswet.

Tabel 3.1 toont hoeveel zorginstellingen over de hier genoemde documenten beschikken en hoeveel zorginstellingen bezig zijn met de ontwikkeling ervan. De aantallen zijn uitgedrukt in percentages.

Tabel 3.1 Percentage instellingen dat beschikt over onderstaande documenten met betrekking tot het kwaliteitsbeleid (N=1142)

	nee	i.o.	ja	missing
Missie of visie op schrift	3	9	88	-
Kwaliteitsjaarverslag	9	13	78	-
Kwaliteitsbeleid op schrift	9	39	51	1
Productomschrijvingen	12	41	46	1
Kwaliteitswerkplan voor de instelling	14	43	42	1
Kwaliteitswerkplan voor sommige afdelingen	16	29	32	23
Kwaliteitswerkplan voor alle afdelingen	24	40	16	20
Kwaliteitshandboek	30	50	19	1

i.o. = in ontwikkeling

De tabel moet als volgt worden gelezen: 3% van de instellingen heeft geen missie op schrift en bij 9% van de instellingen is deze in ontwikkeling. Nagenoeg alle instellingen (88%) hebben een missie geformuleerd of geëxpliciteerd vanuit welke visie de zorg wordt verleend.

Veel instellingen brengen naar hun zeggen een kwaliteitsjaarverslag uit (78%), of als apart verslag of als afzonderlijk deel in het algemene jaarverslag (zoals deze vraag in de enquête was omschreven). Het kwaliteitsjaarverslag was enkele jaren geleden nog een onbekend fenomeen in de zorgsector en men mag aannemen dat invoering van de Kwaliteitswet zijn invloed heeft gehad.

De helft van de instellingen heeft een kwaliteitsbeleid op schrift gesteld en nog eens 39% is bezig met de ontwikkeling daarvan. Een interessant gegeven daarbij is (niet in de tabel) dat management en professionele hulpverleners gezamenlijk een integraal kwaliteitsbeleid ontwikkelen in tweederde van de instellingen. In de overige is dat (nog) niet gerealiseerd.

Dat het kwaliteitsbeleid wordt uitgewerkt in kwaliteitswerkplannen is min of meer vanzelfsprekend. Omtrent het grote aantal missende waarden bij de vraag naar

kwaliteitswerkplannen op afdelingsniveau is enige toelichting op zijn plaats. Werkplannen op afdelingsniveau zijn namelijk niet van toepassing indien de instelling maar uit één afdeling bestaat, zoals bij veel kleine instellingen het geval is.

Relatief weinig instellingen (19%) zijn zover gevorderd dat zij alle regels en procedures al overzichtelijk in een kwaliteitshandboek hebben gebundeld. Door de helft van de instellingen wordt hieraan gewerkt.

De vraag is of de instellingen extra voorzieningen hebben getroffen om het kwaliteitsbeleid ten uitvoer te kunnen brengen. Dit blijkt bij nagenoeg alle instellingen het geval te zijn (niet in de tabel). Het meest frequent wordt gemeld dat een of meerdere kwaliteitsfunctionarissen of kwaliteitscoördinatoren zijn aangesteld (61%) en/of dat een extern bureau is ingeschakeld (16%). Toch zegt slechts 22% dat een apart budget voor kwaliteitszorg is gereserveerd. Blijkbaar worden de salarissen van kwaliteitsfunctionarissen en de professionele hulpverleners niet als apart budget beschouwd (in hoofdstuk 5 wordt nader op deze kostenaspecten ingegaan).

Om te zien wie de motor is achter het kwaliteitsbeleid is gevraagd naar de 'trekkers' van kwaliteitszorg in de instelling. Bij alle instellingen blijken dat meerdere partijen te zijn. Verreweg het meest frequent wordt gemeld dat directie en management de motor achter het kwaliteitsbeleid zijn (72%) alsmede de hoofden en leidinggevendenden (35%). Minder vaak worden de professionals als trekkers van kwaliteitszorg beschouwd, namelijk door 18% van de instellingen. Kwaliteitszorg lijkt daarmee verankerd in de lijnorganisatie.

Iets meer dan de helft van de instellingen (53%) geeft aan dat ook de kwaliteitsfunctionaris een stimulerende rol vervult alsmede - hoewel in mindere mate - de stuurgroepen of commissies (36%).

Samenvatting

Globaal gezien is de helft van de instellingen bezig met de uitvoering van een kwaliteitsbeleid, terwijl bij nagenoeg alle overige instellingen het kwaliteitsbeleid in ontwikkeling is. Door eveneens de helft wordt aan een kwaliteitshandboek gewerkt. Een minderheid heeft dit inmiddels gereed.

De meerderheid - maar niet allen - legt wel verantwoording af via het uitbrengen van een kwaliteitsjaarverslag.

Dat het de instellingen ernst is met kwaliteitszorg mag blijken uit het feit dat nagenoeg alle instellingen extra voorzieningen voor kwaliteitszorg hebben getroffen. Tweederde heeft kwaliteitsfunctionaris(sen) aangesteld.

Directie en management zeggen de motor achter het kwaliteitsbeleid te zijn, wat in kwaliteitstheorieën ook noodzakelijk wordt geacht. Enerzijds moet daarbij in acht worden genomen dat de gegevens de perceptie van de directies weerspiegelen (de enquête was aan hen gericht). Anderzijds is deze bevinding in lijn met de directie-

verantwoordelijkheid voor het functioneren van het kwaliteitssysteem als geheel. Op de activiteiten van de professionele hulpverleners wordt in volgende hoofdstukken ingegaan.

3.3 Medewerkers

Het zijn de medewerkers en de professionals in een instelling die kwaliteit uiteindelijk gestalte geven, zowel in de hulp of zorg die zij verlenen als in de samenwerking met elkaar. Dat is de reden dat in kwaliteitstheorieën veel nadruk wordt gelegd op motiverend leiderschap en op een goede aansturing van het kwaliteitsbeleid. Aansturing blijkt noodzakelijk om de vaart erin te houden en continuïteit te waarborgen.

Tabel 3.2 Percentage instellingen dat de volgende maatregelen treft op het gebied van personeelsbeleid (N=1142)

<i>Stimulering</i>	
Medewerkers* worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen	81%
Medewerkers kunnen binnen werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten	79%
Medewerkers ontvangen systematische feedback over de bereikte resultaten	23%
<i>Selectie en scholing</i>	
Scholing van medewerkers en professionals	72%
Scholing van management en leidinggevenden	67%
Scholing naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid	42%
Selectie van nieuw personeel met een positieve attitude ten aanzien van kwaliteitszorg	35%
Nieuwe medewerkers worden geschoold in kwaliteitszorg	11%
<i>Sturing</i>	
Directie** geeft aan wat van medewerkers wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling	59%
Directie bewaakt de werkplannen van afdelingen, diensten of voorzieningen	45%
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

In de enquête is gevraagd wat directie en management doen om medewerkers en professionals te stimuleren tot kwaliteitszorg. Dit komt onder andere tot uiting in de voorwaarden die worden gecreëerd, zoals de tijd die voor kwaliteitsactiviteiten wordt ingeruimd en het budget dat voor deskundigheidsbevordering en scholing beschikbaar is. Ook is gevraagd naar de mate waarin sturing aan het kwaliteitsbeleid wordt gegeven. Tabel 3.2 geeft de resultaten.

Vier op de vijf instellingen melden dat medewerkers en professionals gestimuleerd worden om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen. Ook kunnen zij binnen werktijd aan kwaliteitsactiviteiten deelnemen, volgens de meerderheid van de directies. Minder vaak krijgen medewerkers feedback over resultaten van de kwaliteitsactiviteiten (23% van de instellingen). In hoeverre medewerkers dit ook zelf zo ervaren is niet in dit onderzoek gemeten.

In eveneens tweederde van de instellingen worden zowel medewerkers als leiding geschoold in kwaliteitszorg, bijvoorbeeld in toetsing, in kwaliteitsmanagement, in het analyseren van processen of het opstellen van protocollen. In weinig instellingen (11%) worden ook nieuwe medewerkers in kwaliteitszorg geschoold.

In minder dan de helft van de instellingen (45%) geven directie of management expliciet sturing aan de kwaliteitsactiviteiten, door het bewaken van de (kwaliteits-) werkplannen of door te toetsen of de medewerkers zich aan de gemaakte afspraken houden.

Het is de vraag of voor alle soorten kwaliteitsactiviteiten tijd wordt ingeroosterd of dat dit selectief gebeurt. In enkele sectoren is daar expliciet naar gevraagd in de vragenlijst. Ter illustratie laat tabel 3.3 hoe thuiszorginstellingen daarmee omgaan. (Gegevens over andere sectoren zijn in het tabellenboek te vinden dat als bijlage bij dit rapport is gevoegd).

Tabel 3.3 Percentage thuiszorginstellingen dat voor verpleegkundigen en verzorgenden werktijd heeft ingeroosterd voor een of meer van de hierna genoemde activiteiten (N =81)

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

In bijna alle thuiszorginstellingen is tijd ingeroosterd voor patiëntbesprekingen en voor vakinhoudelijke bij- en nascholing. Ook voor het ontwikkelen en implementeren van richtlijnen of protocollen wordt frequent tijd vrijgemaakt. Minder vaak is tijd ingeruimd voor training in methoden en technieken voor kwaliteitszorg.

Samenvatting

Samenvattend blijkt dat de meerderheid van de instellingen een actief beleid voert om de medewerkers te stimuleren tot kwaliteitszorg en dat daarvoor ook tijd wordt vrijgemaakt. Er zijn echter weinig instellingen waarin de medewerkers ook feedback krijgen over de resultaten van kwaliteitszorg.

Het feit dat nieuwe medewerkers nauwelijks in kwaliteitszorg worden geschoold kan een risico vormen voor de continuïteit van kwaliteitsactiviteiten.

3.4 Procesbeheersing door normering

In elk kwaliteitssysteem ligt een zwaar accent op een goede organisatie van de processen die nodig zijn om de 'producten' of diensten te leveren. Daartoe wordt het gehele proces van begin tot het einde in kaart gebracht en wordt gezorgd dat deelprocessen goed op elkaar aansluiten en er geen verdubbelingen of hiaten ontstaan. In de zorgsector kan dit leiden tot het stroomlijnen of zelfs tot het herontwerpen van zorgprocessen.

In het kwaliteitssysteem wordt niet geëist dat alle processen op die wijze worden vastgelegd. Dat zou tot onnodige bureaucratie leiden. Het gaat om de primaire processen die in hoge mate de kwaliteit bepalen. Daarnaast is het zaak om risicovolle of complexe processen te beheersen die afbreuk aan de kwaliteit zouden kunnen doen of kwaliteitsrisico's met zich meebrengen. In de zorgsector valt te denken aan overdrachtsmomenten, maar ook aan procedures rond veiligheid, infecties, etcetera.

Het vastleggen van dergelijke processen gebeurt in zogenoemde 'procedures', protocollen of richtlijnen. Tabel 3.4 geeft een indicatie van de mate waarin enkele zorgonderdelen in procedures of protocollen zijn vastgelegd.

Tabel 3.4 Percentage instellingen dat onderstaande procedures of protocollen hanteert (N=1142)

Procedures/protocollen m.b.t.	%
Specifieke behandeling/verrichting/begeleiding	84%
Voorbehouden handelingen	72%
Routing van de patiënt/cliënt/bewoner van aanmelding tot afsluiting	57%
Medische hulpmiddelen	53%
Voorlichting aan patiënt/cliënt/bewoner	49%
Kritische momenten in het zorg-/dienstverleningsproces	45%
Specifieke doelgroepen of diagnosegroepen	44%
Samenwerking met/overdracht aan andere zorgaanbieders	44%

Protocolen die in nagenoeg alle instellingen worden gehanteerd betreffen specifieke vakinhoudelijke of vaktechnische verrichtingen van de professionele hulpverleners, bijvoorbeeld voor diagnostiek of specifieke behandelingen. Ook de voorbehouden handelingen in het kader van de Wet BIG zijn - voor zover in een instelling van toepassing - in nagenoeg alle instellingen geregeld (bij AMW en RIAGG of SPD is dat niet van toepassing).

Procedures voor de gehele routing van de patiënt of cliënt - die in het kwaliteitssysteem zo'n belangrijke plaats innemen - zijn bij iets meer dan de helft van de instellingen vastgelegd. Het minst vaak zijn de overdrachtsmomenten en de samenwerking met andere zorgaanbieders in procedures of protocollen vastgelegd.

Dit algemene beeld voor de gehele zorgsector zegt nog weinig over de specifieke protocollen die in een sector worden gebruikt. Ter illustratie laat tabel 3.5 zien welke protocollen in de ziekenhuissector worden gebruikt en in welke mate de toepassing daarvan periodiek wordt getoetst (Gegevens over andere protocollen in andere sectoren zijn te vinden in het tabellenboek bij dit rapport).

Tabel 3.5 Percentage ziekenhuizen dat de hierna genoemde protocollen hanteert en de naleving periodiek toetst (N=101)

	protocol is aanwezig	toepassing wordt periodiek onderzocht
<i>Actuele ziekenhuisprotocollen voor:</i>		
Aanvragen van bloed(producten)	75	30
Bloedtransfusie beleid	75	33
Medicatiebeleid	65	29
Prophylactisch antibiotica gebruik	66	28
Pre-operatieve screening	64	23
Het invullen van patiëntenstatus/dossiers	53	15
<i>Preventieve protocollen</i>		
MIP-meldingen	94	41
Infectie-preventie	86	50
Preventie van decubitus	79	40
Voorkomen van medicatie(toedienings)fouten	47	22
Vermijden van valincidenten	42	15
<i>Klachtenprotocollen</i>		
Klachtenbehandeling	95	49
Klachtenbemiddeling	92	49
Klachtenopvang	91	49
WA-procedure (wettelijke aansprakelijkheid)	60	34

Het eerste dat opvalt in de tabel is dat de percentages in de tweede kolom beduidend lager zijn dan in de eerste kolom. Er zijn veel protocollen aanwezig in de meeste ziekenhuizen, maar in minder dan de helft van de ziekenhuizen wordt onderzocht of het protocol ook wordt toegepast. Het meest frequent gebeurt dat ten aanzien van infectiepreventie. Protocollen waarbij de naleving het minst frequent wordt getoetst betreffen het invullen van de patiëntenstatus en het vermijden van valincidenten.

Samenvatting

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat in de meerderheid van de zorginstellingen met protocollen en/of procedures wordt gewerkt. Verwijzend naar de eisen van een kwaliteitssysteem vallen twee zaken op. Ten eerste, dat minder dan de helft van de instellingen procedures heeft opgesteld voor de kritische momenten in het zorgproces. Ten tweede blijkt dat weinig ziekenhuizen toetsen of de protocollen en richtlijnen ook worden toegepast. Dat dit wel wordt aanbevolen spreekt min of meer voor zich.

3.5 Procesbeheersing door deelsystemen

Een deelsysteem is een onderdeel van het kwaliteitssysteem waarmee de kwaliteit van een deel van de zorgverlening systematisch wordt bewaakt. Voorbeelden van dergelijke cyclische processen zijn intercollegiale toetsing, meningspeilingen, interne audits et cetera. Via deze activiteiten wordt gemeten of de zorg aan de gestelde eisen voldoet op basis waarvan verbeteringen kunnen worden aangebracht.

In de inleiding is toegelicht dat dit het meest kenmerkende is van een kwaliteitssysteem, namelijk bijsturing op basis van (gemeten) resultaten. In de vragenlijst is daarom niet alleen gevraagd welke deelsystemen de instelling hanteert, maar is ook gevraagd of de resultaten systematisch voor bijsturing worden gebruikt. De antwoordcategorieën zijn:

- de resultaten worden nog onvoldoende voor bijsturing gebruikt;
- de resultaten worden systematisch voor bijsturing gebruikt.

Tabel 3.6 laat zien welke deelsystemen de instellingen gebruiken en in welke mate de gegevens voor bijsturing worden gebruikt (in percentages).

De tabel laat zien dat de helft van de instellingen meldt dat gegevens uit de zorgplannen systematisch voor bijsturing worden gebruikt. Dit houdt in dat de zorg aan de individuele cliënt op basis van het zorgplan regelmatig wordt bijgesteld, wat het doel is van een zorgplan. Ook intercollegiale toetsing wordt in tweederde van de instellingen gebruikt om de kwaliteit van zorg te verbeteren. De gegevens daaruit worden systematische gebruikt voor bijsturing in 13% van de instellingen. Veel respondenten (54%) zijn van mening dat de gegevens uit de intercollegiale toetsing nog onvoldoende voor bijsturing worden gebruikt.

Tabel 3.6 Percentage instellingen dat onderstaande deelsystemen hanteert (N=1142), 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

	nee n.v.t.	gedeel- telijk	ja, volle- dig	missing
<i>Zorgverlening</i>				
Zorgplannen of begeleidingsplannen	10	38	51	1
Commissies (infecties, FONA, enz.)	26	30	42	2
Intercollegiale toetsing monodisciplinair.	31	54	13	2
Intercollegiale toetsing multidisciplinair	49	37	10	4
<i>Organisatie</i>				
Functionerings-/beoordelingsgesprekken	7	35	57	1
Klachtenregistratie/behandeling	16	42	41	1
Management informatiesysteem	39	43	16	2
Interne audits	55	32	11	2
Interinstitutionele toetsing/visitatie	77	14	8	1
Benchmarking	49	40	10	1
<i>Patiënten en gebruikers</i>				
Clëntenraad / familieraad	22	32	45	1
Tevredenheidsonderzoek gebruikers	28	43	28	1
Tevredenheidsonderzoek medewerkers	42	39	18	1
Tevredenheidsonderzoek verwijzers	77	17	4	2
Behoeftesonderzoek gebruikers	64	23	5	8
Behoeftesonderzoek verwijzers	75	19	4	2

Uit kolom drie van de tabel blijkt dat gegevens uit de functionerings- of beoordelingsgesprekken het meest frequent voor bijstelling worden gebruikt. Direct gevolgd door de gegevens uit de klachtenregistratie of klachtenanalyse. Nog weinig instellingen kennen een systeem van interne audits. In de vragenlijst was interne audit omschreven als: 'een interne beoordeling van het kwaliteitssysteem, dat wil zeggen dat periodiek wordt beoordeeld of alle onderdelen van het kwaliteitssysteem werken zoals ze bedoeld zijn en wordt beoordeeld of alle procedures worden nageleefd en effectief zijn'. Dergelijke audits zijn een vereiste voor formele certificering.

Als het gaat om feedback van patiënten of cliënten speelt de cliëntenraad een hoofdrol, zo blijkt uit de tabel. Van de instellingen gebruikt 45% de feedback van de cliëntenraad systematisch voor bijsturing van het beleid. 32% van de directies meldt dat dit in hun instelling nog onvoldoende gerealiseerd is. Ook gegevens uit de

tevredenheidsonderzoeken worden volgens hen nog niet ten volle benut. Onderzoek naar de behoeften van (potentiele) cliënten (c.q. marktverkenning) blijkt niet gebruikelijk te zijn in de zorgsector, zo laten de resultaten zien. Op welke wijze een zorginstelling het zorgaanbod afstemt op nieuwe doelgroepen en nieuwe zorgbehoeften is niet bekend.

De hier beschreven deelsystemen hebben per definitie een structureel karakter. Daarnaast worden in instellingen diverse kwaliteitsactiviteiten uitgevoerd op projectbasis die een ad-hoc karakter hebben. De bekendste daarvan zijn de zogenoemde verbeterprojecten, waarbij een onderwerp of probleem op een systematische wijze wordt aangepakt om kwaliteitsverbeteringen te realiseren. 60% van de instellingen (niet in de tabel) meldt dat in de instelling dergelijke projecten worden uitgevoerd. Het aantal verbeterprojecten dat in 1999 werd uitgevoerd bedroeg gemiddeld 6 per instelling (range 1 - 58; mediaan = 2). Grote instellingen hebben meer verbeterprojecten dan kleine instellingen. Het maximum aantal werd genoemd door een ziekenhuis (met 1750 fte) waarin in het jaar 1999 58 verbeterprojecten werden uitgevoerd.

Ten aanzien van systematische gegevensverzameling is de vraag relevant of instellingen indicatoren gebruiken om de kwaliteit te monitoren. Een indicator is een meetbare grootheid (getal of waarde) die vooral tot doel heeft afwijkingen in kwaliteit te signaleren, zodat snel actie kan worden ondernomen. Voorbeelden zijn uitkomst of resultaat gegevens, wachttijden, klachten, maar ook bijvoorbeeld ziekte en verloop van medewerkers. De vraag naar indicatoren verschilde per sector, zodat geen overall beeld kan worden gegeven. Ter illustratie geeft schema 3.7 een overzicht van het percentage instellingen in elke sector dat indicatoren meet en de drie meest gebruikte indicatoren in elke sector.

De grote meerderheid van de instellingen meldt dat indicatoren worden gebruikt voor monitoring van de kwaliteit. De top drie van meest genoemde indicatoren vertoont verrassend veel gelijkenis in alle sectoren. Het zijn met name klachten, wachttijden, ziekte en verloop van medewerkers en productiecijfers die voor monitoring worden gebruikt. Hierbij moet in acht worden genomen dat professionele hulpverleners andere indicatoren kunnen gebruiken dan het instellingsmanagement. In ziekenhuizen is daar specifiek naar gevraagd. Dan blijkt dat door medisch specialisten de volgende top drie aan indicatoren wordt gebruikt:

- productiecijfers van afdelingen (64%),
- medische uitkomst gegevens (bijv. complicaties (63%),
- klachtenregistratie (59%).

Een overzicht van alle indicatoren is in het tabellenboek bij dit rapport opgenomen.

Tabel 3.7 Per sector het percentage instellingen dat indicatoren meet en de top drie van de indicatoren die voor monitoring worden gebruikt (N=1142)

	percentage	top drie van de indicatoren	
Thuiszorg LVT	93%	- klachten	90%
		- ziekte/verloop van medewerkers	82%
		- wachtlijsten/tijden	70%
Gehandicaptenzorg	84%	- klachten	79%
		- ziekte/verloop van medewerkers	74%
		- FOBO fouten en bijna-ongevallen	74%
GGZ	76%	- wachttijden	55%
		- aanbod van cliënten/doelgroepen	50%
		- klachten	47%
GGD	80%	- productiecijfers	72%
		- klachten	65%
		- ziekte/verloop medewerkers	52%
Verzorgingshuizen	86%	- gegevens over zorgzwaart	74%
		- ziekte/verloop van medewerkers	74%
		- incidentenregistratie	62%
Ziekenhuizen	91%	- productiecijfers	91%
		- klachten	91%
		- ziekte/verloop medewerkers	90%
Gezondheidscentra	75%	- klachten	61%
		- productiecijfers	58%
		- ziekte/verloop van medewerkers	46%
SPD	82%	- toegangstijden/wachtlijsten	79%
		- ziekte/verloop van medewerkers	61%
		- klachten	61%
AMW	86%	- productiecijfers	85%
		- toegangstijden/wachtlijsten	64%
		- ziekte/verloop van medewerkers	59%
Verpleeghuizen	85%	- ziekte/verloop van medewerkers	76%
		- klachten	75%
		- incidenten	72%
Thuiszorg BTN	95%	- klachten	75%
		- evaluaties van zorgplannen	75%
		- incidenten	65%

Samenvatting

De meerderheid van de instellingen houdt zich bezig met systematische bewaking van de kwaliteit via de diverse deelsystemen die in deze paragraaf zijn besproken en via verbeterprojecten. De gegevens worden nog onvoldoende voor bijsturing gebruikt. Er worden wel indicatoren gebruikt voor monitoring van de kwaliteit. Deze betreffen vooral de productie van de instelling en klachten. Weinig instellingen meten indicatoren op zorginhoudelijk gebied om de kwaliteit en resultaten van de zorg te monitoren.

3.6 Participatie van patiënten, cliënten of familie

In de vorige paragraaf is beschreven dat tweederde van de instellingen meningspeilingen onder patiënten of cliënten uitvoert. Deze paragraaf beschrijft op welke andere wijze de gebruikers bij de kwaliteit worden betrokken, bijvoorbeeld bij het opstellen van kwaliteitscriteria of het participeren in een kwaliteitscommissie.

In de vragenlijst is onderscheid gemaakt tussen patiënten of cliënten(raad) in de instelling en patiëntenorganisaties van **buiten** de instelling, zoals RP/CP's of categorale patiëntenverenigingen (op het gebied van bijvoorbeeld diabetes, reuma, et cetera). Sommige instellingen blijken de betreffende patiëntenvereniging te betrekken bij het protocol dat voor die specifieke aandoening wordt ontwikkeld.

In tabel 3.8 is te zien hoeveel instellingen de cliëntenraad (of individuele patiënten/cliënten) bij kwaliteitszorg betrekken en hoe vaak dat geldt voor een patiëntenvereniging.

Tabel 3.8 Percentage instellingen waar patiënten/cliënten en/of patiëntenorganisaties bij kwaliteitsactiviteiten worden betrokken (N=1142)

	nee nvt	cliënten- raad*	patiënten organisaties	beide	missing
Bespreken uitkomsten van klachtenregistratie, satisfactie-onderzoek en dergelijk	25	56	5	4	10
Ontwikkelen van normen of criteria	44	36	4	3	13
Beoordelen of de (kwaliteits)doelen zijn gehaald	43	34	3	1	19
Participatie in (kwaliteits)commissies	49	29	3	1	18
Opstellen van protocollen of standaarden	49	29	2	1	19
Participatie in verbeterprojecten	48	26	4	1	21

* of (commissies van) patiënten in de instelling

Patiënten of cliënten(raad) worden in ruim de helft van de instellingen betrokken bij het bespreken van de uitkomsten van bijvoorbeeld de klachtenregistratie of satisfactie-onderzoek. In ongeveer eenderde van de instellingen worden patiënten of

cliënten betrokken bij andere kwaliteitsactiviteiten, zoals het opstellen van normen of criteria en/of het ontwikkelen van protocollen. Er zijn weinig instellingen die (ook) patiëntenorganisaties bij het kwaliteitsbeleid betrekken. Deze organisaties, en dan met name de RP/CP's, blijken wel een grotere rol te spelen als het gaat om het beoordelen van de kwaliteit. 9% van de instellingen (niet in de tabel) zegt dat de instelling door een patiënten-/consumentenorganisaties is beoordeeld.

Om nader te onderzoeken hoe die betrokkenheid wordt ingevuld is in de enquête expliciet gevraagd op welke wijze patiënten/cliënten en hun organisaties inspraak hebben in de zorgverlening. Tabel 3.9 geeft de resultaten van de verpleeghuizen en de verzorgingshuizen (gegevens over andere sectoren zijn in het tabellenboek te vinden).

Tabel 3.9 Percentage verzorgingshuizen en verpleeghuizen waarin patiënten-/cliënten en hun organisaties inspraak hebben in de zorgverlening

	verzorgingshuizen N=193	verpleeghuizen N=195
<i>Individueel niveau</i>		
Cliënten hebben inspraak in het zorg/behandelplan	86%	92%
Periodiek wordt het oordeel van de patiënt/cliënt gevraagd	57%	60%
<i>Cliëntenraad</i>		
Met de cliëntenraad wordt periodiek overlegd	95%	99%
Aanbevelingen cliëntenraad worden vertaald in (nieuw) beleid	76%	85%*
Aan de cliëntenraad wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	79%	87%
<i>Patiënten-/cliëntenorganisaties</i>		
Met cliëntenorganisaties wordt periodiek overlegd	34%	19%*
Cliëntenorganisaties beoordelen de instelling	8%	3%*
Aanbevelingen van deze organisaties worden vertaald in (nieuw) beleid	14%	12%
Aan deze organisaties wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	9%	5%

* significant verschil, $p < .05$

Ook deze tabel laat zien dat cliënten, behalve op het individuele niveau, vooral inspraak hebben via de cliëntenraad. De ruime meerderheid van alle verpleeg- en verzorgingshuizen meldt dat aanbevelingen van de cliëntenraad worden vertaald in nieuw beleid en dat ook aan de cliëntenraad wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan. Overleg met patiënten/consumentenorganisaties, bijvoorbeeld RP/CP's, vindt wat vaker plaats in verzorgingshuizen vergeleken met

verpleeghuizen. Datzelfde geldt voor het beoordelen van de instelling door deze organisaties. Dit komt, zoals eerder opgemerkt, nog niet zo frequent voor.

Samenvatting

De betrokkenheid van patiënten en cliënten bij de zorg en hun inspraak krijgt met name vorm krijgt via de cliëntenraad in de instelling. Het gaat daarbij vooral om het bespreken van uitkomsten van klachtenregistraties, resultaten van meningspeilingen enzovoorts. De aanbevelingen van de cliëntenraad worden door de ruime meerderheid van de instellingen gebruikt voor bijstelling van het beleid.

3.7 Samenwerking en ketenkwaliteit

Het belang van samenwerking staat in de zorgsector niet meer ter discussie. Onderlinge afstemming is nodig tussen alle bij de patiënt betrokken disciplines en hulpverleners om doublures of lacunes in de zorg te voorkomen. Het gaat daarbij niet alleen om de samenwerking tussen de zorgverleners in de instelling zelf, maar ook om samenwerking met aanpalende zorgaanbieders buiten de instelling, zodat voor de patiënt een aaneengesloten zorgpakket ontstaat. Een groot aantal instellingen is betrokken bij transmurale zorg en er is een begin gemaakt met het ontwikkelen van zogenoemde zorgketens voor bijvoorbeeld de zorg voor patiënten met diabetes, astma en CVA.

Hoe de kwaliteitsbewaking van dergelijke transmurale zorg en zorgketens eruit zou moeten zien en welk aandeel elke betrokken discipline daarin heeft is nog niet uitgekristalliseerd. Enerzijds kan elke disciplines de kwaliteit van het eigen aandeel in de zorg bewaken en gezamenlijk zorgen voor afstemming van de beroepseigen kwaliteitsbewaking. Het is ook denkbaar dat gestreefd wordt naar een gezamenlijke vorm van kwaliteitsbewaking.

Ruim de helft van de instellingen (56%) geeft aan dat **geen gezamenlijke** kwaliteitsbewaking plaatsvindt; bij 35% van de instellingen is dat wel het geval. In de enquête is gevraagd hoe de instellingen op dit moment invulling geven aan een gezamenlijke kwaliteitsbewaking. De resultaten staan in tabel 3.10.

Van alle instellingen meldt circa een op de vijf dat er een gemeenschappelijke visie op de zorgverlening is ontwikkeld, dat er protocollen zijn voor de overdrachtsmomenten in het zorgproces en dat er gezamenlijk overleg plaatsvindt tussen de betrokken zorgverleners om de kwaliteit te evalueren. Andere vormen van kwaliteitsbewaking, bijvoorbeeld via een gemeenschappelijke registratie van uitkomsten of via een gezamenlijke klachtenregistratie komen erg weinig voor (minder dan 10%).

N.B. er is uitsluitend gevraagd naar **gezamenlijke** kwaliteitsbewaking; de percentages zeggen niets over de kwaliteitsbewaking die door elke discipline afzonderlijk wordt uitgevoerd.

Van de instellingen die de kwaliteitsbewaking **gezamenlijk** vorm geven zegt minder dan de helft dat de verantwoordelijkheden voor ieders aandeel in de zorg expliciet zijn vastgelegd.

Tabel 3.10 De wijze waarop instellingen invulling geven aan een gezamenlijke kwaliteitsbewaking bij transmurale zorg en zorgketens (N=1142).

	%
Een gemeenschappelijke visie op papier	20%
Gezamenlijke protocollen voor overdracht van de cliënt	20%
Gezamenlijk overleg om de kwaliteit te evalueren	18%
Een expliciete verantwoordelijkheidstoedeling	15%
Een methodiek van registratie van bijv. uitkomsten	8%
Gezamenlijke besprekingen van uitkomstgegevens	8%
Een gemeenschappelijke klachtregistratie	6%
Een gemeenschappelijke cliëntenraadpleging	4%
Een gemeenschappelijke kwaliteitsverslaglegging	4%

Samenvatting

Er is relatief weinig sprake van gezamenlijke kwaliteitsbewaking bij transmurale zorg of zorgketens. In welke mate de betrokken zorgverleners de kwaliteit van het eigen aandeel in de zorgverlening bewaken is niet bekend. Een punt van zorg is de bevinding dat de verantwoordelijkheden zelden expliciet zijn toebedeeld. Ook zonder gezamenlijke kwaliteitsbewaking is dat (conform de kwaliteitswet) een vereiste.

3.8 De ontwikkelingsfase van de kwaliteitssystemen

Nu de stand van zaken per deelgebied in kaart is gebracht, wordt in deze laatste paragraaf gekeken in welke fase van ontwikkeling de kwaliteitssystemen zich bevinden. We herinneren eraan dat daarbij van vier fasen wordt uitgegaan:

fase 0 = nog geen activiteiten t.a.v. kwaliteitszorg ontplooid;

fase 1 = de voorbereidende fase;

fase 2 = projectenfase;

fase 3 = een samenhangend kwaliteitssysteem.

De indeling van de fasen is in hoofdstuk 2 toegelicht. Tabel 3.11 laat zien hoever de afzonderlijke deelgebieden ontwikkeld zijn; daarna wordt ingegaan op het systeem als geheel.

De tabel moet als volgt worden gelezen. 4% van de instellingen heeft nog geen kwaliteitsbeleid of kwaliteitsdocumenten ontwikkeld. 17% is bezig met de voorbereidingen daartoe en bij 66% is de meerderheid van de documenten gereed.

13% beschikt over alle documenten inclusief een kwaliteitshandboek voor de gehele instelling.

Tabel 3.11 Ontwikkelingsfase per deelgebied van het kwaliteitssysteem (N=1142)

	fase 0	fase 1	fase 2	fase 3	totaal
Beleid en strategie	4%	17%	66%	13%	100%
Medewerkers	2%	26%	58%	15%	100%
Protocollen en procedures	3%	29%	37%	29%	98%*
Deelsystemen	-	53%	41%	6%	100%
Patiënten en cliënten	23%	24%	24%	29%	100%

* 2 % is missing

De vergelijking tussen de vijf deelgebieden laat zien dat er inderdaad verschillen zijn in de mate waarin kwaliteitszorg op de onderscheiden gebieden ontwikkeld is. Relatief veel instellingen (29%) zijn in fase 3 aangeland als het gaat om de ontwikkeling van protocollen en procedures. Dat betekent dat men in ieder geval protocollen voor kritische momenten in het zorgproces hanteert en dat de routing van de patiënt of cliënt in procedures is geregeld. Relatief weinig instellingen bevinden zich in fase 3 als het gaat om de deelsystemen die worden gehanteerd. Dat komt onder andere omdat de resultaten van de deelsystemen nog onvoldoende voor bijsturing worden gebruikt, zoals in paragraaf 3.6 is besproken.

Ten aanzien van de participatie van patiënten of cliënten valt op dat 23% van de instellingen zich in de 0-fase bevindt. Dit wordt veroorzaakt doordat patiënten en cliënten in enkele sectoren nauwelijks bij de kwaliteitszorg worden betrokken. Het gaat dan met name om de GGD'en, instellingen voor Algemeen Maatschappelijk Werk en ook wel de Gezondheidscentra. In hoofdstuk hoofdstuk 6 (vergelijking tussen sectoren) wordt nader op de verschillen tussen sectoren ingegaan.

Indien een instelling op de meerderheid van de gebieden fase drie heeft bereikt beschouwen wij dat als een indicatie dat de instelling als geheel in fase 3 is aangeland en van een kwaliteitssysteem mag worden gesproken.

De totale stand van zaken wat betreft de ontwikkelingsfase van het kwaliteitssysteem als geheel ziet er als volgt uit.

2% in fase 0
 29% in fase 1
 64% in fase 2
 5% in fase 3.

Deze indeling is gebaseerd op aangescherpte criteria voor een kwaliteitssysteem, zoals in hoofdstuk 2 is besproken. In totaal 57 instellingen (5%) voldoen aan deze

(hoge) eisen en hebben fase 3 bereikt. De meerderheid van de overige instellingen bevindt zich in fase 2, waarbij wel tal van projecten en activiteiten worden ondernomen, maar nog geen samenhangend systeem is bereikt. Relatief veel instellingen (29%) bevinden zich nog in de voorbereidende fase. Deze instellingen zijn bezig met het creëren van de voorwaarden voor kwaliteitszorg, zoals het aanstellen van een kwaliteitsfunctionaris, het instellen van een stuurgroep of commissies en scholing in kwaliteitszorg.

In hoofdstuk 5 wordt ingegaan op mogelijke verklaringen voor de verschillen tussen de instellingen en wordt geanalyseerd welke organisatiekenmerken samenhangen met een ver ontwikkeld kwaliteitssysteem en met de voortgang die sinds 1995 is geboekt. Eerst wordt in het nu volgende hoofdstuk ingegaan op de gepercipieerde effecten van de kwaliteitssystemen.

Samenvatting

De ontwikkeling van kwaliteitszorg gaat niet gelijk op voor alle gebieden in de organisatie. Instellingen zijn bijvoorbeeld verder gevorderd met de ontwikkeling van protocollen en procedures dan met de systematische bewaking van de kwaliteit met behulp van deelsystemen.

De grootste verschillen tussen de instellingen bestaan in de mate waarin patiënten of cliënten (of hun organisaties) bij de kwaliteitszorg worden betrokken: Grote betrokkenheid van patiënten of cliënten is te zien in ruim een kwart van de instellingen terwijl er bijna evenveel instellingen zijn waarin nauwelijks sprake is van cliëntenparticipatie. Dit verschil is grotendeels terug te voeren tot verschillen tussen de sectoren (zie hoofdstuk 6).

Twee derde van de instellingen werkt op een projectmatige manier aan kwaliteitszorg (fase 2). Bijna eenderde is nog bezig met het treffen van voorbereidingen voor kwaliteitszorg. Een kleine minderheid 5% heeft inmiddels een samenhangend kwaliteitssysteem voor de gehele organisatie.

Daarbij moet in acht worden genomen dat de criteria voor een kwaliteitssysteem (fase 3) zijn aangescherpt vergeleken met de criteria die in 1995 werden gehanteerd. De lat is hoger gelegd nu de laatste jaren meer inzicht in het wezen van een kwaliteitssysteem in de zorgsector is ontstaan en de koepelorganisaties hoge eisen stellen aan het kwaliteitssysteem in hun sector.

4 EFFECTEN EN INZICHT IN KOSTEN VAN KWALITEITSZORG

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de vraag, wat de gepercipieerde effecten zijn van een kwaliteitssysteem en in welke mate de instellingen inzicht hebben in de kosten die het hanteren van een kwaliteitssysteem met zich meebrengt.

Paragraaf 4.1 beschrijft welke effecten van kwaliteitszorg worden verwacht en welke effecten inmiddels zijn bereikt. We herinneren eraan dat de gegevens gebaseerd zijn op de enquêtes die door directie en management zijn ingevuld, zodat het om gepercipieerde effecten gaat. Paragraaf 4.2 laat zien in welke mate een instelling heeft in de kosten die het ontwikkelen en invoeren van een kwaliteitssysteem met zich meebrengt en in de kosten van fouten, schadeclaims et cetera.

Er is niet gevraagd naar bedragen van werkelijk gemaakte kosten omdat instellingen van mening verschillen over de vraag welke kosten wel en niet tot kwaliteitskosten gerekend moeten worden en welke kosten tot de normale bedrijfsvoering behoren. Die problematiek wordt momenteel in een separaat project voor de instellingen in de ouderenzorg onderzocht. De resultaten daarvan komen omstreeks juni 2000 beschikbaar.

4.2 Gepercipieerde effecten van kwaliteitszorg

Effecten van het kwaliteitssysteem op de resultaten van de instelling

In kwaliteitstheorieën wordt ervan uitgegaan dat een kwaliteitssysteem leidt tot minder fouten en meer doelmatigheid doordat de processen beheerst en gestroomlijnd verlopen. De tevredenheid van klanten zou toenemen omdat de dienstverlening voortdurend wordt aangepast op basis van de feedback die van hen wordt verkregen. In zijn algemeenheid wordt ervan uitgegaan dat betere ondernemingsresultaten worden geboekt omdat het beleid voortdurend wordt aangepast op basis van resultaatmetingen.

De effecten die de instellingen tengevolge van kwaliteitszorg rapporteren staan vermeld in tabel 4.1. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen de effecten die men reeds bereikt heeft en effecten die men in de toekomst al dan niet verwacht te bereiken.

Bij het interpreteren van deze tabel moet worden bedacht dat 53% van de instellingen (nog) geen effecten rapporteert, terwijl de overige instellingen doorgaans 1 of 2 effecten hebben aangekruist. Een instelling heeft 11 effecten aangekruist (de range loopt van 0 tot 12 effecten).

Tabel 4.1 Percentage instellingen dat positieve effecten van het kwaliteitssysteem heeft bereikt dan wel verwacht (N=1142)

	bereikt	verwacht	niet verw.	missing
<i>Patiënten/ cliënten</i>				
Toename van de klantgerichtheid	23	71	2	4
Toename van tevredenheid van cliënten	16	75	4	5
<i>Medewerkers</i>				
Toename van tevredenheid van medewerkers	11	78	6	5
Toename van de inzet van de medewerkers	16	62	15	7
<i>Organisatie</i>				
Betere beheersbaarheid van de instelling	15	71	9	5
Betere profilering van de instelling	17	76	3	4
Toename van tevredenheid van externe partijen	14	74	6	6
<i>Kwaliteit van zorg</i>				
Verbeteringen in de zorgprocessen	25	70	1	4
Verbeteringen in de resultaten van de zorg	14	77	4	5
<i>Rendement</i>				
Toename van de productiviteit	12	53	27	8
Kostenbesparing in de eigen instelling	6	41	44	9
Kostenbesparing, maar niet in de eigen instelling	3	23	51	23

De effecten die inmiddels bereikt zijn hebben met name betrekking op de zorgprocessen en de klantgerichtheid. Een kwart van de instellingen meldt dat de zorgprocessen in de instelling zijn verbeterd. Minder vaak geldt dat voor de resultaten van de zorg (14%). De klantgerichtheid of patiënt vriendelijkheid is in 23% van de instellingen toegenomen. Dat blijkt niet per definitie te leiden tot een grotere tevredenheid van patiënten of cliënten gezien het feit dat hier minder vaak effecten worden gerapporteerd. De overige effecten, zoals een betere beheersbaarheid of een betere profilering van de instelling, worden gemiddeld door circa 15% van de instellingen gemeld. Kostenbesparingen worden nauwelijks als effect van de kwaliteitszorg genoemd.

Opvallend zijn de hoge verwachtingen die de instellingen hebben omtrent de effecten die men in de toekomst denkt te bereiken. Op nagenoeg alle fronten verwacht driekwart van de instellingen dat positieve effecten zullen worden bereikt. Zelfs hogere productiviteit en kostenbesparingen worden door bijna de helft van de instellingen verwacht.

De hier gepresenteerde cijfers hebben betrekking op het gemiddelde over alle instellingen. De verwachting is dat instellingen die vergevorderd zijn met een kwaliteitssysteem meer effecten hebben bereikt dan degenen die zich nog in de eerste of tweede fase bevinden. Die veronderstelling is getoetst door de drie groepen instellingen met elkaar te vergelijken, de instellingen in fase 1, fase 2 en in fase 3. Instellingen met meer dan 10 niet ingevulde items zijn in deze analyse niet meegenomen. Tabel 4.2 geeft de resultaten.

Tabel 4.2 Vergelijking tussen instellingen in fase 1, 2 of 3 wat betreft de positieve effecten die zijn bereikt (N=1105)

	beginnend (fase 1)	midden (fase 2)	vergevorderd (fase 3)
<i>Patiënten/cliënten</i>			
Toename van de klantgerichtheid	14	27	51*
Toename van tevredenheid van gebruikers	9	18	46*
<i>Medewerkers</i>			
Toename tevredenheid van de medewerkers	10	11	36*
Toename van de inzet van de medewerkers	10	18	33*
<i>Organisatie</i>			
Betere beheersbaarheid v d. instelling	8	17	50*
Betere profilering van de instelling	10	18	60*
Toename van tevredenheid van externe partijen	11	15	47*
<i>Kwaliteit van zorg</i>			
Verbeteringen in de zorgprocessen	15	28	61*
Verbeteringen in de uitkomst van de zorg	8	15	51*
<i>Rendement</i>			
Toename van de productiviteit	9	13	35*
Kostenbesparing in de eigen instelling	4	6	22*
Kostenbesparing, maar niet in de eigen instelling	2	3	18*

* significant verschil p. <.05

Er is in alle opzichten een significant verschil tussen de groepen instellingen in de mate waarin volgens de respondenten effecten van het kwaliteitssysteem zijn bereikt. Dat geldt met name voor de instellingen die in fase 3 zijn aangeland vergeleken met de overigen.

Meer dan de helft van de instellingen met een kwaliteitssysteem (fase 3) meldt dat zorgprocessen zijn verbeterd (61%) en 51% meldt dat de zorg tot betere uitkomsten of resultaten heeft geleid. De helft van de instellingen of meer zegt dat het imago van

de instelling dankzij het kwaliteitssysteem is verbeterd en dat de klantgerichtheid is toegenomen. Kostenbesparingen worden minder vaak bereikt. Toch wordt door 22% van de instellingen gerapporteerd dat de doelmatigheid tengevolge van het kwaliteitssysteem is verhoogd en ervaart een derde van de instellingen een toename in de productiviteit.

Instellingen die nog aan het begin staan van de kwaliteitsactiviteiten en bezig zijn met het creëren van de voorwaarden (fase 1) hebben - zoals kan worden verwacht - nog weinig gemerkt van positieve effecten van kwaliteitszorg, zo blijkt uit tabel 4.2.

Effecten van het kwaliteitssysteem op de regelgeving in de instelling

Het invoeren van een kwaliteitssysteem betekent dat men tracht meer greep te krijgen op de processen in de instelling. In hoofdstuk 3 was te zien dat deze procesbeheersing enerzijds gerealiseerd wordt door protocollering van de zorgverlening, anderzijds door het hanteren van deelsystemen. Verwacht mag worden dat de invoering van een kwaliteitssysteem gepaard gaat met een toename van de regelgeving in de instelling. Door een kritische evaluatie van regels en procedures mag ook worden verwacht dat overbodige regels die niet bijdragen aan kwaliteitsbewaking worden gewijzigd of afgeschaft.

De mate waarin de regelgeving in de instelling is veranderd, is in tabel 4.3 te zien. Letterlijk is in de enquête gevraagd: "Is het aantal en de aard van de regels en procedures in uw instelling veranderd tengevolge van kwaliteitszorg?"

Tabel 4.3 Percentage instellingen dat een verandering in de regelgeving rapporteert uitgesplitst per fase (N=1105)

	fase 1	fase 2	fase 3	totaal**
<i>Regelingen en procedures</i>				
Toename van regels en procedures	68	79	84*	72%
Formalisering van regels en procedures	48	63	89*	57%
Bewaking van regels en procedures	41	65	88*	56%
Werking beter geëvalueerd en geactualiseerd	36	60	91*	52%
Betere toetsing van regels en procedures	27	49	84*	42%
Verwijdering van regels en procedures	21	35	52*	30%

* significant verschil $p < .05$

** instellingen hebben meerdere antwoorden aangekruist

Gemiddeld is in de helft van alle instellingen een verandering in de regelgeving te zien, zoals de laatste kolom toont. Opvallend zijn de verschillen tussen de instellingen in fase 3 vergeleken met de overige instellingen. Nagenoeg alle instellingen die een kwaliteitssysteem hebben ingevoerd (fase 3) rapporteren op alle gebieden veranderingen in de regelgeving: 91% van deze instellingen zegt dat de werking van regels en procedures beter wordt geëvalueerd en dat de regels beter

worden geactualiseerd. Ook is sprake van een formalisering en betere bewaking van de regels. Significant meer instellingen in fase 3 hebben overbodige regels en procedures afgeschaft.

Tot slot moet worden gezien of kwaliteitszorg ook onbedoelde negatieve effecten met zich meebrengt. Daarom is letterlijk in de enquête gevraagd: "Zijn er negatieve effecten in uw instelling opgetreden tengevolge van kwaliteitszorg?" In totaal 34% van de instellingen zegt dat zij geen negatieve effecten hebben ervaren. Tabel 4.4 laat zien op welke gebieden negatieve effecten zijn opgetreden.

Tabel 4.4 Percentage instellingen waarbij negatieve effecten tengevolge van kwaliteitszorg zijn opgetreden, uitgesplitst per fase (N=1105)

	fase 1	fase 2	fase 3	totaal
De werkdruk is toegenomen	39	50	57*	43
De kosten zijn gestegen	23	30	54*	27
Minder flexibiliteit bij de medewerkers	4	7	13*	6
Demotivatie bij de medewerkers	3	4	7	4

* significant verschil $p < .05$

Het meest frequent wordt genoemd dat de werkdruk tengevolge van de kwaliteitszorg is toegenomen. Gemiddeld over het totaal genomen heeft het invoeren van kwaliteitszorg bij een kwart van de instellingen tot een kostenstijging geleid.

De vergelijking tussen de instellingen in de verschillende fases laat zien dat ruim de helft van de instellingen in fase 3 zegt dat het hanteren van een kwaliteitssysteem extra kosten met zich meebrengt. Dit lijkt een blijvende kostenstijging te zijn en niet alleen meerkosten die gepaard gaan met de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem. Bij drie van de vier negatieve effecten is er een significant verschil tussen de instellingen in fase 3 vergeleken met de overige instellingen. Er is geen significant verschil in de mate waarin kwaliteitszorg geleid heeft tot demotivatie van de medewerkers.

Samenvatting

De effecten van kwaliteitszorg zijn nog niet op grote schaal merkbaar in de zorginstellingen. Over het geheel genomen meldt circa 15% van de instellingen dat positieve effecten tengevolge van kwaliteitszorg zijn bereikt.

Er is een opvallend verschil tussen de instellingen in fase 3, die inmiddels beschikken over een samenhangend kwaliteitssysteem vergeleken met degenen die nog niet zover zijn. Significant meer effecten worden gerapporteerd door instellingen met een kwaliteitssysteem (fase 3). Ruim de helft van hen meldt dat onder meer zowel de

zorgprocessen als de uitkomsten van de zorg zijn verbeterd tengevolge van kwaliteitszorg.

De verschillen tussen instellingen in fase 2 en 3 zijn veel groter dan de verschillen tussen de instellingen die in fase 1 of 2. Blijkbaar moet voor het bereiken van substantiële effecten eerst een omslagpunt worden bereikt waarbij van projecten naar een systeem voor de gehele organisatie wordt overgeschakeld.

Tegenover de opbrengsten van een kwaliteitssysteem staan de inspanningen (werkdruk) en kosten die het invoeren van een kwaliteitssysteem met zich meebrengt. Dit blijken niet alleen aanloop en ontwikkelingskosten van het systeem te zijn. Vooral instellingen in fase 3 melden dat het hanteren van een kwaliteitssysteem extra kosten met zich meebrengt.

4.3 Inzicht in de kosten van kwaliteitszorg

In de enquête is gevraagd in welke mate instellingen inzicht hebben in de kosten die het invoeren van kwaliteitszorg met zich meebrengt. Een derde van de instellingen zegt dat de kosten en baten van projecten (kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten) worden berekend. Over de kosten van het gehele kwaliteitssysteem (op instellingsniveau) zijn nog geen gegevens bekend. Ook is nog niet duidelijk welke kosten tot de normale bedrijfsvoering behoren en welke kosten als extra kwaliteitskosten moeten worden aangemerkt.

In het bedrijfsleven is het gebruikelijk om onderscheid te maken in preventie-kosten (bijvoorbeeld risico-analyses), beoordelingskosten (bijvoorbeeld audits) en herstelkosten (reparaties, claims). In de enquête is gevraagd of instellingen inzicht in dergelijke kosten hebben. Tabel 4.5 geeft de resultaten.

Tabel 4.5 laat zien dat tweederde van de instellingen de kosten van scholing in kwaliteitszorg in beeld heeft. De overige verbeterkosten, verbonden aan verbeterprojecten of het ontwikkelen van protocollen zijn bij ongeveer eenderde van de instellingen bekend.

Minder inzicht is er in kosten van beoordelingen en meningspeilingen. Deze kosten zijn onbekend bij de ruime meerderheid van de instellingen. Slechts een op de vijf instellingen meldt dat bekend is wat meningspeilingen kosten en 14% kent de kosten van externe beoordelingen bij bijvoorbeeld certificering.

In zijn algemeenheid hebben instellingen geen inzicht in zogenoemde herstelkosten zoals behandeling van complicaties, verlenging van behandelduur, of verspilling van materiaal. De kosten van klachtenbehandeling en schadeclaims zijn wel bij een kwart van de instellingen bekend.

Tabel 4.5 Percentage instellingen dat inzicht heeft in kosten van kwaliteitszorg

	%
<i>Verbeterkosten (preventie)</i>	
Scholing (van medewerkers en management) in kwaliteitszorg	66%
Het opzetten en uitvoeren van verbeterprojecten	31%
Ontwikkelen/implementeren van procedures/protocollen	28%
Intercollegiale/afdelingsgebonden toetsing	14%
<i>Beoordelingskosten</i>	
Meningspeilingen/waarderingsonderzoeken	20%
Registreren van gegevens (bijvoorbeeld indicatoren)	19%
Externe beoordeling i.v.m. accreditatie/certificering (INK, HKZ, etc.)	14%
Interne beoordelingen/interne audits	10%
Interinstitutionele toetsing/visitaties	8%
Registratie van incidenten/complicaties	6%
Externe beoordeling door patiënten/consumentenorganisaties	6%
<i>Herstelkosten</i>	
klachtenafhandeling	26%
claims/schadevergoedingen	24%
verlenging van behandelduur	7%
verspilling van materiaal	6%
dubbel werk/inefficiënt werk	5%
kosten t.g.v. diagnostiek en behandeling van complicaties	5%

Om een berekening van kosten en baten van kwaliteitszorg te kunnen maken zouden in het ideale geval gedetailleerde kostprijsberekeningen nodig zijn van zorgprocessen en van alle activiteiten binnen dat zorgproces. Op die wijze zou berekend kunnen worden hoeveel besparingen bijvoorbeeld het stroomlijnen van zorgprocessen oplevert.

Dergelijke kostprijsberekeningen zijn tot nu toe nauwelijks gangbaar in de zorgsector. 53% meldt dat niet met een kostprijsstelsel wordt gewerkt.

Van degenen die wel met een kostprijsstelsel werken rapporteert een kwart van de instellingen dat de kosten per afdeling of dienst worden berekend (niet in de tabel). De kosten van het zorgproces zelf, bijvoorbeeld de kosten per patiëntencategorie of aandoening (CVA, COPD, reuma) worden door 11% van de instellingen berekend, en de kosten van de verrichtingen binnen dat zorgproces blijken in 12% van de instellingen te worden berekend.

Samenvatting

Weinig instellingen hebben inzicht in de kosten die aan kwaliteitszorg verbonden zijn. Dat geldt voor preventiekosten en beoordelingskosten, maar dat geldt evenzeer voor de kosten die verbonden zijn klachten en schadeclaims en kosten voor het herstel van fouten of complicaties.

Bij negen op de tien instellingen is het niet de gewoonte om de kostprijs te berekenen van het zorgproces per aandoening of categorie cliënten. Dat betekent dat instellingen op dit moment ook nog niet goed in staat zijn de kosten en baten van kwaliteitszorg tegen elkaar af te wegen.

5 DE VOORUITGANG SINDS 1995

5.1 Inleiding

De vraag die in dit hoofdstuk centraal staat is: welke vooruitgang hebben de instellingen met de ontwikkeling van hun kwaliteitssysteem geboekt sinds 1995? Paragraaf 5.2 laat zien welke kwaliteitsactiviteiten zijn toe- of afgenomen in de instellingen. In 5.3 wordt gezocht naar verklaringen voor verschillen in vooruitgang.

Wij wijzen erop dat de hierna volgende vergelijking tussen 1995 en 2000 is gebaseerd op het aantal kwaliteitsactiviteiten dat instellingen in 1995 en in 2000 uitvoeren. Dat is een beperking van de vergelijking omdat het **aantal** activiteiten nog niets zegt over de samenhang binnen het kwaliteitssysteem. Deze beperking moet in gedachten worden gehouden bij de interpretatie van de gegevens in dit hoofdstuk.

5.2 De vergelijking tussen 1995 en 2000

Voor de vergelijking met 1995 zijn in de vragenlijst voor een deel dezelfde vragen gesteld als in het onderzoek uit 1995 (zie de toelichting in hoofdstuk 2). Deze vragen vormen de basis voor de hierna te presenteren vergelijking. In tabel 5.1 is te zien hoeveel procent van de instellingen kwaliteitsactiviteiten uitvoerden in 1995 en in 2000.

De tabel is gebaseerd op alleen die instellingen die zowel in 1995 als in 2000 gerespondeerd hebben. Er is dus sprake van een één op één vergelijking.

In totaal waren dit 492 instellingen (43%). In de vergelijking zijn instellingen met 10 of meer niet ingevulde items niet meegenomen. Daardoor blijven 474 instellingen over voor de werkelijke vergelijking.

Via een non-parametrische McNemar toets (zie hoofdstuk 2) is getoets of er significante verschillen in positieve dan wel negatieve zin zijn opgetreden.

Een positief verschil (vooruitgang) is aangegeven met een (*) in de tweede kolom (2000). Een negatief verschil (achteruitgang) is aangegeven met een (*) in de eerste kolom (1995).

In bijlage 1 is eenzelfde vergelijking te zien, maar dan over de totale stand van zaken, dat wil zeggen over alle instellingen die in 1995 en in 2000 hebben gerespondeerd. Die bijlage toont dat er slechts geringe verschillen zijn tussen de stand van zaken bij de 474 instellingen in de hierna volgende tabel en de totale stand van zaken.

We bespreken eerst de opvallendste bevindingen per deelgebied en gaan vervolgens in op het kwaliteitssysteem als geheel.

Tabel 5.1 Percentage instellingen met kwaliteitsactiviteiten in 1995-2000 (N=474)

	1995 %	2000 %
<i>Beleid</i>		
Missie of visie op schrift	75	88*
Productomschrijvingen	36	48*
Kwaliteitsbeleid op schrift	20	56*
Kwaliteitswerkplan voor de instelling	15	44*
Kwaliteitshandboek	7	19*
Kwaliteitsjaarverslag	13	84*
<i>Medewerkers</i>		
Functionerings-/beoordelingsgesprek	77	93*
Stimulering van vakinhoudelijke ontwikkelingen	72	83*
Kwaliteitsactiviteiten binnen werktijd	58	81*
Systematische feedback over resultaten	34*	22
Scholing van medewerkers en professionals	66	73*
Scholing van management en leidinggevenden	63	68
Scholing n.a.v. prioriteiten in het kwaliteitsbeleid	41	44
Selectie van nieuw personeel met een positieve attitude	45*	33
Scholing van nieuwe medewerkers in kwaliteitszorg	15	11
Directie geeft aan wat van medewerkers wordt verwacht	59	60
Directie bewaakt de werkplannen van afdelingen	37	48*
Directie toetst of medewerkers zich aan afspraken houden	33	43*
<i>Procedures of protocollen</i>		
Specifieke behandelingen of verrichtingen	67	86*
Vorbehouden handelingen	42	72*
Routing van de patiënt of cliënt	38	57*
Medische hulpmiddelen	37	53*
Voorlichting aan patiënt of cliënt	36	50*
Kritische momenten in het zorgproces	40	50*
Specifieke doelgroepen of diagnosegroepen	39	45*
Samenwerking en overdracht van cliënten	46	46
<i>Deelsystemen</i>		
Zorgplannen of begeleidingsplannen	79	88*
Commissies (infecties, FONA, enz.)	54	75*
Intercollegiale toetsing monodisc.	66	67
Intercollegiale toetsing multidisc.	44	47

-vervolg-

-vervolg tabel 5.1-

	1995	2000
	%	%
Klachtenregistratie/behandeling	74	85*
Management informatiesysteem	38	61*
Interne audits	26	45*
Interinstitutionele toetsing/visi.	29*	23
Cliëntenraad/familieraad	53	77*
Tevredenheidsonderzoek gebruikers	50	71*
Tevredenheidsonderzoek medewerkers	43	58*
Tevredenheidsonderzoek verwijzers	18	25*
Behoeftesonderzoek gebruikers	32	28
Behoeftesonderzoek verwijzers	28	25
<i>Betrokkenheid patiënten of cliënten</i>		
Bespreken uitkomsten van klachtenregistratie etc.	61	66
Ontwikkelen van normen of criteria	48	45
Beoordelen of de (kwaliteits)doelen zijn gehaald	56*	39
Participatie in (kwaliteits)commissies	42*	32
Opstellen van protocollen of standaarden	41*	33
Participatie in verbeterprojecten	42*	29

* significant p. <.05

Beleid: Op alle gebieden is een significante vooruitgang vergeleken met 1995 te zien. De grootste verandering heeft betrekking op de kwaliteitsjaarverslagen. In 1995 bracht 13% van de instellingen een kwaliteitsjaarverslag uit, in 2000 is dat gestegen tot 84% van de instellingen. De invoering van de kwaliteitswet in 1996 waarbij het uitbrengen van een kwaliteitsjaarverslag een wettelijke verplichting is geworden, is daar ongetwijfeld debet aan.

Een significante toename is daarnaast te zien bij het aantal instellingen dat een kwaliteitsbeleid op schrift heeft gesteld. In 1995 was dat een op de vijf instellingen, inmiddels heeft ruim de helft van de instellingen een kwaliteitsbeleid op schrift gesteld. Hoewel het percentage instellingen met een kwaliteitshandboek is verdubbeld betreft dit ook in 2000 nog een kleine minderheid.

Medewerkers: Weinig opvallende verschuivingen zijn te zien in de activiteiten die de medewerkers betreffen. In 1995 werden al vrij veel activiteiten op dit gebied ondernomen en deze zijn enigszins, maar niet opvallend toegenomen. Wel is er een toename te zien in het percentage instellingen dat een systeem van functioneringsgesprekken hanteert (nu 93% vergeleken met 77% in 1995). Ook melden meer instellingen dat werktijd is ingeruimd voor kwaliteitsactiviteiten (81% vergeleken met 58% in 1995).

Op twee gebieden is een achteruitgang te zien: ten eerste melden minder instellingen dat de medewerkers systematisch feedback krijgen over de resultaten van kwaliteitszorg. Ten tweede wordt minder vaak gemeld dat bij de selectie van nieuw personeel expliciet gekeken wordt of men een positieve attitude heeft op het gebied van kwaliteit. Of dat komt omdat men bij het huidige personeels tekort weinig te kiezen heeft, is niet bekend.

Procedures en protocollen: Op bijna alle gebieden is er een significante toename in het aantal instellingen dat protocollen of procedures heeft opgesteld. De grootste toename is hier te zien bij de voorbehouden handelingen die met de invoering van de Wet BIG dienen te zijn vastgelegd. In 1995 was dat bij 42% van de instellingen het geval, in 2000 is dat bijna verdubbeld tot 72%. Een vrij grote toename is ook te zien in de protocollen voor de routing van de cliënt, de voorlichting aan cliënten en het gebruik van medische hulpmiddelen. Bij de hier gepresenteerde getallen moet in acht worden genomen dat de vraag naar medische hulpmiddelen in een aantal sectoren niet van toepassing is (AMW, SPD, RIAGG).

Er is geen verschil in het aantal instellingen dat protocollen of procedures heeft opgesteld voor de samenwerking met andere instellingen en/of voor de overdracht van patiënten of cliënten.

Deelsystemen: Voor een zuivere vergelijking van de deelsystemen is uitgegaan van de dichotomie: wel of geen deelsysteem, ongeacht hoe systematisch de instelling die deelsystemen hanteert.¹ De belangrijkste verandering is hier de toename in het aantal cliëntenraden. Sinds de invoering van de WMCZ is dat een wettelijke verplichting. In 1995 functioneerde in 53% van de instellingen een cliëntenraad, in 2000 is dat toegenomen tot 77%. Bij de interpretatie van dit cijfer moet rekening worden gehouden met het feit dat een aantal instellingen (onder andere GGD en AMW) niet is gelukt voldoende gegadigden te vinden voor het instellen van een cliënten raad. Op vier gebieden is daarnaast een opvallende toename te zien:

- de commissies voor infecties, FONA etc (van 54% naar 75%);
- de management informatiesystemen (van 38% naar 61%);
- de interne audits (van 26% naar 45%);
- tevredenheidsonderzoek onder gebruikers (van 50% naar 71%);
- tevredenheidsonderzoek onder medewerkers (van 43% naar 58%).

Op de overige gebieden zijn de verschuivingen kleiner.

Een afname betreft het aantal instellingen dat participeert in interinstitutionele toetsing. We vermoeden dat interinstitutionele toetsing in een aantal gevallen heeft plaatsgemaakt voor externe beoordeling en certificering (zie hiervoor hoofdstuk 7).

Patiënten en cliënten: Vergeleken met 1995 is de betrokkenheid van patiënten bij de kwaliteitszorg niet toe- maar afgenomen. Op vier van de zes gebieden is een

¹ In 2000 zijn de antwoordcategorieën bij deze vraag enigszins veranderd vergeleken met 1995. Wel vergelijkbaar is de antwoordcategorie: men hanteert dit deelsysteem niet of wel.

significant verschil in negatieve richting te zien. In 2000 minder instellingen dat patiënten of cliënten worden betrokken bij bijvoorbeeld het ontwikkelen van normen en criteria of bij het ontwikkelen van protocollen of standaarden. Deze uitkomst is tegen de verwachting, temeer omdat op de Leidschendamconferentie in 1995 was afgesproken dat de komende jaren extra aandacht aan de inbreng van patiënten en cliënten zou worden gegeven, omdat van die inbreng ook toendertijd weinig sprake was.

Bij de hier gesignaleerde afname van de inbreng van patiënten en cliënten in de kwaliteitsactiviteiten moet in acht worden genomen dat het aantal cliëntenraden significant is toegenomen en dat veel meer instellingen tevredenheidsonderzoek onder gebruikers doen vergeleken met 1995. In de beschouwing gaan we in op de implicaties van deze bevindingen.

Op basis van de fase-indeling die in hoofdstuk 2 is besproken is gekeken in welke fases de kwaliteitssystemen zich bevinden in 2000 vergeleken met 1995. Ook bij deze vergelijking zijn alleen de vergelijkbare 474 instellingen betrokken. Uit de resultaten blijkt dat wel vooruitgang is geboekt maar dat geen grote verschuivingen zijn opgetreden. In 1995 bevond 56% van de instellingen zich in fase 2, in 2000 is dat 64%. Het aantal instellingen met een samenhangend kwaliteitssysteem is gestegen van 3% in 1995 naar 6% in 2000.

De vooruitgang is minder groot dan was verwacht. Een van de oorzaken hiervan is de bevinding dat een aantal instellingen niet meer, maar juist minder kwaliteitsactiviteiten zegt uit te voeren vergeleken met 1995. In totaal 30% van de 474 instellingen heeft in de huidige enquête minder activiteiten aangekruist dan in 1995. Bij 15% van gaat het daarbij om enkele activiteiten (1 tot 5), maar bij eveneens 15% van de instellingen gaat het om meer dan 5 activiteiten. Wat hiervan de oorzaak is, is niet bekend. Voor een deel kan deze 'achteruitgang' op een artefact berusten omdat in 1995 misschien ten onrechte activiteiten zijn aangekruist die nu in 2000 beter gedefinieerd zijn (denk aan een management informatiesysteem of interne audits). Dat er ook instellingen zijn die met een aantal kwaliteitsactiviteiten zijn gestopt kan niet worden ontkend.

Samenvatting

De vergelijking tussen 1995 en 2000 is gebaseerd op alleen die instellingen die zowel in 1995 als 2000 hebben gerespondeerd en waarvan de situatie inmiddels niet (door fusies) is veranderd. Dit blijkt een minderheid van de instellingen te zijn namelijk 492 van de 1142 is 43%. Over veranderingen bij de andere 57% van de instellingen zijn geen gegevens bekend.

Op drie gebieden is een beduidende toename van kwaliteitsactiviteiten te zien, namelijk ten aanzien van de kwaliteitsdocumenten (beleid, werkplannen, handboeken), de protocollering en het invoeren van deelsystemen.

Vergeleken met 1995 is de betrokkenheid van patiënten en cliënten veranderd. Enerzijds is de mate waarin patiënten of cliënten bij de kwaliteitszorg worden significant afgenomen vergeleken met 1995. Anderzijds zijn er veel meer instellingen die periodiek tevredenheidsmetingen of meningspeilingen onder patiënten of cliënten houden en is het aantal cliëntenraden substantieel toegenomen.

De vooruitgang is het grootst op die gebieden waarop wetgeving tot stand is gekomen. Het gaat dan met name om het uitbrengen van een kwaliteitsjaarverslag (Kwaliteitswet), om protocollering van voorbehouden handelingen (Wet BIG) en het instellen van een cliëntenraad (Wet Medezeggenschap).

Hoewel de meerderheid van de instellingen significante vooruitgang heeft geboekt is er ook een relatief groot aantal instellingen (namelijk 146 van de 474) dat minder kwaliteitsactiviteiten uitvoert vergeleken met 1995. De reden hiervan is niet bekend.

We herinneren eraan dat de vergelijking is gebaseerd op het **aantal** uitgevoerde activiteiten. Dit zegt weinig over de samenhang binnen het kwaliteitssysteem en de wijze waarop dat in de instelling functioneert.

5.3 Mogelijke verklaringen voor verschillen in vooruitgang

Om te onderzoeken welke factoren een mogelijke verklaring kunnen vormen voor het feit dat sommige instellingen meer vooruitgang hebben geboekt bij de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem dan andere, is een stapsgewijze multiple regressieanalyse uitgevoerd op de instellingen die zowel in 1995 als 2000 gerespondeerd hebben. Als afhankelijke variabele is de toe- of afname van het aantal kwaliteitsactiviteiten genomen. Daartoe is een verschilscore berekend door het aantal activiteiten in 1995 af te trekken van het aantal in 2000.

De verwachtingen omtrent de factoren die van invloed zijn op de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem zijn in schema 5.1 kort beschreven. Deze factoren zijn in de analyse (als onafhankelijke variabelen) meegenomen. De in schema 5.1 genoemde hypothesen zijn afgeleid van een literatuuronderzoek, beschreven in de eerder genoemde dissertatie van Wagner (1999).

Schema 5.1 Hypotheses over de invloed van organisatiekenmerken op de vooruitgang die sinds 1995 is geboekt.

onderwerp	hypothese gevolgd door de vraag in de enquête (-)
Samenhang	De hypothese is dat een goede samenhang tussen de kwaliteitsactiviteiten van het management en de professionele hulpverleners positief samenhangt met de geboekte vooruitgang: <ul style="list-style-type: none">- er is wel/geen geïntegreerd kwaliteitsbeleid van management en professionals
Kwaliteitsmodel	De hypothese is dat meer vooruitgang is geboekt indien uitgegaan wordt van een kwaliteitsmodel voor de instelling: <ul style="list-style-type: none">- op directieniveau is ja/nee een keuze gemaakt voor een model kwaliteitssysteem.
Organisatiestructuur	De hypothese is dat de volgende kenmerken positief samenhangen met de geboekte vooruitgang: <ul style="list-style-type: none">- de besluitvorming is centraal (i.t.t. decentraal) (6-puntschaal)- er is veel protocollair geregeld (i.t.t. weinig) (6-puntschaal)
Medewerkers	De hypothese is dat de volgende kenmerken positief samenhangen met de vooruitgang die is geboekt (6-puntschaal): <ul style="list-style-type: none">- flexibele houding van de medewerkers (i.t.t. behoudend)- grote betrokkenheid van medewerkers bij de instelling (i.t.t. weinig)
Werkdruk	De hypothese is dat de hierna genoemde omstandigheden een negatieve invloed hebben op de vooruitgang van het kwaliteitsstelsel omdat deze de aandacht op eisen (6-puntschaal): <ul style="list-style-type: none">- te veel wachtlijsten- te hoge werkdruk- teveel onvervulbare vacatures- fusies of de nasleep daarvan- te hoog ziekteverzuim
Concurrentie	De hypothese is dat concurrentie positief samenhangt met de geboekte vooruitgang vanwege de behoefte zich op kwaliteit te profileren: <ul style="list-style-type: none">- het al dan niet ervaren van concurrentie (6-puntschaal)

Tabel 5.2 Meervoudige regressieanalyse (N=474)

- als afhankelijke variabele het verschil in aantal kwaliteitsactiviteiten in 1995 en 2000;
- als onafhankelijke variabelen kenmerken van organisatiestructuur en cultuur.

	Beta
In zijn algemeenheid veel protocollair geregeld in de instelling	.14*
Op directieniveau is gekozen voor een kwaliteitsmodel/systeem voor de instelling	.11*
Samenhang in kwaliteitsbeleid van management en professionals	.10*
Flexibele houding van medewerkers t.o.v. vernieuwingen	.10*
Aantal formatieplaatsen	-.02
Besluitvorming is centraal	.04
Medewerkers hebben veel/weinig binding met de instelling	.02
Teveel mensen op de wachtlijst	-.07
Te hoge werkdruk	.02
Teveel onvervulbare vacatures	.04
Te druk met fusie of de nasleep daarvan	.01
Teveel concurrentie	-.02
Te hoog ziekteverzuim	.04

* significant $p < .05$

Multiple R = .27, Adjusted R² = .07

De analyse laat zien dat vier hypothesen omtrent een verklaring van de vooruitgang worden bevestigd.

Instellingen hebben vergeleken met 1995 meer vooruitgang geboekt indien er in zijn algemeenheid veel protocollair geregeld is in de instelling.

Meer vooruitgang is ook geboekt indien op directieniveau een keuze is gemaakt voor een kwaliteitsmodel of systeem voor de gehele instelling, in tegenstelling tot de situatie waarin op een ad hoc wijze aan kwaliteitsactiviteiten wordt gewerkt.

Een verklaring voor de vooruitgang ligt ook in de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid op organisatorisch en (medisch) inhoudelijk gebied c.q. samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van het management en de professionele hulpverleners. Tenslotte is meer vooruitgang geboekt als de medewerkers in de instelling een flexibele houding tegenover vernieuwingen hebben (in tegenstelling tot medewerkers met een meer behoudende attitude).

Er is geen relatie tussen de omvang van de organisatie en de geboekte vooruitgang.

De andere veronderstellingen die in schema 5.1 waren geformuleerd worden niet bevestigd. Er is geen significante relatie tussen de geboekte vooruitgang en een centrale besluitvorming in de instelling. Evenmin met de mate waarin de medewerkers zich bij de instelling voelen betrokken. Er is ook geen significante relatie in positieve of negatieve zin met de factoren die in zijn algemeenheid invloed hebben op de werkdruk, zoals het bestaan van wachtlijsten, onvervulbare vacatures of een te hoog ziekteverzuim.

Samenvatting

De verschillen in de vooruitgang die instellingen hebben geboekt worden voor een deel verklaard door vier factoren:

- er is veel protocollair geregeld;
- er ligt een kwaliteitsmodel of systeem ten grondslag aan de kwaliteitsactiviteiten;
- er is een geïntegreerd kwaliteitsbeleid van management en professionals;
- medewerkers hebben een flexibele instelling.

6 VERSCHILLEN TUSSEN SECTOREN

6.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op overeenkomsten en verschillen tussen de sectoren in de mate waarin de kwaliteitssystemen ontwikkeld zijn. Daartoe worden in paragraaf 6.2 de sectoren naast elkaar gezet en worden de opvallendste verschillen besproken. In paragraaf 6.3 wordt ingegaan op mogelijke verklaringen voor de gevonden verschillen.

Bij de interpretatie van de gegevens moet rekening worden gehouden met verschillen in werksetting tussen de sectoren, waardoor sommige kwaliteitsactiviteiten niet van toepassing zijn in een sector.

Daarnaast herinneren we eraan dat er grote verschillen zijn in de respons per sector (van 90% bij de LVT-thuiszorginstellingen tot 52% bij de AMW-instellingen en 53% bij de particuliere thuiszorgorganisaties).

6.2 De vergelijking tussen sectoren

Uit het in 1995 gehouden onderzoek bleek dat de verschillen binnen een sector groter zijn dan de verschillen tussen de sectoren. Slechts 5% van de variatie kon destijds verklaard worden door de verschillen tussen sectoren. Verschil was er met name in de mate waarin patiënten of cliënten bij de zorg werden betrokken: dit kwam meer voor in langdurige intramurale zorg dan in de ambulante zorg. Dit wordt ook in dit onderzoek bevestigd.

Er zijn verschillen tussen de sectoren in de aard van de kwaliteitsactiviteiten die worden ondernomen omdat dat inherent is aan het werk in de sector. Voorbehouden handelingen bijvoorbeeld komen niet in alle sectoren voor, en dus ook geen protocollen voor dergelijke handelingen. Op de verschillen die inherent zijn aan het werk in de sector wordt in dit hoofdstuk niet ingegaan.

Wel wordt ingegaan op verschillen in min of meer universele kwaliteitsactiviteiten, zoals het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid of meningspeilingen onder cliënten.

Tabel 6.1 geeft een totaal-overzicht uitgesplitst per sector. Onderstreept zijn die cijfers die 25% of meer van het totale gemiddelde afwijken, in positieve dan wel negatieve zin.

Tabel 6.1 Percentage instellingen met onderstaande kwaliteitsactiviteiten: verschillen tussen sectoren (zie noot gezondheidscentra)*

	Thz	geh	ggz	ggd	vzh	zkh	gezc	spd	amw	vph	btn	gem.
N=	81	182	144	46	193	101	67	28	85	195	20	1142
Beleid												
Missie of visie op schrift	94	93	88	65	88	91	76	89	84	91	70	88
Productomschrijvingen	96	43	46	63	43	22	40	50	60	32	60	46
Kwaliteitsbeleid op schrift	73	47	58	37	52	56	36	46	38	53	50	51
Kwaliteitswerkplan voor de instelling	55	37	48	30	43	41	36	29	28	48	45	42
Kwaliteitshandboek	30	17	18	28	24	10	9	11	18	20	35	19
Kwaliteitsjaavverslag	89	74	79	87	81	97	82	64	29	86	30	78
Medewerkers												
Functionerings-/beoordelingsgespr.	87	94	99	91	89	97	82	93	87	92	95	92
Stimulering van vakinhoudelijke ontwikkelingen	79	81	90	78	74	82	64	100	82	84	85	81
Kwaliteitsactiviteiten binnen werktijd	78	78	82	76	73	88	67	86	91	78	65	79
Systematische feedback over resultaten	28	26	23	11	30	19	10	29	28	16	50	23
Scholing van medewerkers en professionals	77	74	67	74	76	74	55	68	79	71	60	72
Scholing van management en leidinggevenden	68	68	72	57	68	77	40	57	60	70	55	67
Scholing n.a.v. prioriteiten in het kwaliteitsbeleid	51	43	51	22	40	39	21	32	49	42	50	42
Selectie van nieuw personeel met een positieve attitude	24	40	33	20	34	29	33	61	42	35	60	34
Scholing van nieuwe medewerkers in kwaliteitszorg	24	12	7	9	7	12	10	7	17	7	25	11
Directie geeft aan wat van medewerkers wordt verwacht in	69	57	62	35	64	65	40	61	55	57	70	59
Directie bewaakt de werkplannen van afdelingen	54	52	54	61	30	42	37	61	51	41	45	45
Directie toetst of medewerkers zich aan afspraken houden	46	41	46	20	35	30	39	61	37	39	55	39
Procedures of protocollen												
Specifieke behandelingen of verrichtingen	79	81	72	94	87	96	91	79	58	99	70	84
Voorbehouden handelingen	74	76	56	78	91	93	42	11	8	95	55	72
Routing van de patiënt of cliënt	75	55	65	46	51	46	51	93	74	48	60	57
Medische hulpmiddelen	57	55	38	54	60	65	34	14	2	81	20	53
Voorlichting aan patiënt of cliënt	62	25	52	37	54	74	63	54	37	47	55	49

-vervolg-

-vervolg tabel 6.1

	Thz	geh	ggz	ggd	vzh	zkh	gezc	spd	amw	vph	btn	gem.
N=	81	182	144	46	193	101	67	28	85	195	20	1142
Kritische momenten in het zorgproces	36	49	58	39	38	56	21	64	21	53	40	45
Specifieke doelgroepen of diagnosegroepen	49	24	49	37	29	85	38	50	29	46	30	44
Samenwerking en overdracht	54	24	34	52	45	67	45	50	49	45	65	44
<i>Deelsystemen</i>												
Zorgplannen of begeleidingsplannen	95	98	93	41	92	84	57	93	82	98	90	89
Commissies (infecties, FONA, enz.)	57	77	74	35	82	98	30	57	32	95	30	72
Intercollegiale toetsing monodisc.	67	58	65	83	52	70	90	75	80	71	45	66
Intercollegiale toetsing multidiscipl.	23	45	53	44	48	60	76	43	28	49	45	47
Klachtenregistratie/behandeling	94	76	91	78	83	93	67	78	66	87	75	82
Management informatiesysteem	88	48	77	70	53	58	31	82	71	48	70	59
Interne audits	55	47	44	40	41	44	36	36	49	38	70	44
Interinstitutionele toetsing/visi.	10	20	49	7	11	54	24	11	7	13	20	22
Clëntenraad/familieraad	89	95	84	7	97	63	35	89	33	93	25	77
Tevredenheidsonderzoek gebruikers	91	73	67	48	67	82	70	68	66	67	90	71
Tevredenheidsonderzoek medewerkers	73	61	50	46	49	54	62	75	67	52	75	57
Tevredenheidsonderzoek verwijzers	28	15	30	31	9	55	8	14	25	12	55	21
Behoeftesonderzoek gebruikers	32	39	27	19	34	25	16	43	27	17	40	28
Behoeftesonderzoek verwijzers	20	18	27	13	18	36	8	32	23	30	40	23
<i>Betrokkenheid patiënten of cliënten</i>												
Bespreken uitkomsten van klachtenregistratie etc	82	76	68	22	72	57	37	62	19	87	55	66
Ontwikkelen van normen of criteria	47	54	55	6	50	39	17	65	8	49	35	43
Beoordelen of de (kwaliteits)doelen zijn gehaald	53	44	42	4	43	22	8	47	12	55	50	38
Participatie in (kwaliteits)commissies	35	48	38	0	41	28	8	14	2	44	10	33
Opstellen van protocollen of standaarden	20	56	46	2	33	18	11	61	5	35	15	32
Participatie in verbeterprojecten	28	43	36	4	36	30	9	15	2	41	30	31

Onderstreept: het verschil met het gemiddelde in de gehele zorgsector is meer dan 25%

* Vragen naar o.a. personeelsbeleid zijn alleen van toepassing in loondienstcentra en dus in relatief veel centra niet van toepassing.

Hierna worden alle sectoren kort getypeerd. Hoewel daarbij een opsomming niet vermeden kan worden, verwachten wij dat lezers met name geïnteresseerd zijn in de stand van zaken in de eigen sector.

Thuiszorg instellingen LVT (regulier): Het eerste dat opvalt is het grote aantal thuiszorginstellingen (96%) dat product omschrijvingen heeft ontwikkeld (het gemiddelde in de zorgsector is 46%). Veel thuiszorginstellingen hebben een kwaliteitsbeleid ontwikkeld. In zijn algemeenheid beschikt thuiszorginstellingen over meer kwaliteitsdocumenten, vergeleken met het gemiddelde. Ook zijn er meer protocollen voor de routing van de cliënt en voor de voorlichting aan cliënten.

Meer dan gemiddeld worden nieuwe medewerkers in kwaliteitszorg geschoold. Frequent melden thuiszorginstellingen dat een management-informatiesysteem wordt gehanteerd (88% vergeleken gemiddeld 59%). En veel instellingen doen tevredenheidsonderzoek of meningspeilingen onder cliënten, medewerkers en verwijzers. Cliënten of cliëntenraad worden meer dan gemiddeld betrokken bij het bespreken van de uitkomsten van de klachtenregistratie en bij het beoordelen of de gestelde doelen zijn gehaald.

Wat minder voorkomt in de thuiszorginstellingen is selectie van personeel met een positieve attitude t.a.v. kwaliteitszorg en het betrekken van cliënten of cliëntenraad bij het ontwikkelen van protocollen.

Gehandicaptenzorg: In de gehandicaptenzorg bestaan op twee dimensies betekenisvolle verschillen met het gemiddelde. Ten eerste is er in de gehandicaptenzorg vaker sprake van participatie van cliënten. Op vier van de zes gebieden is het verschil meer dan 25% met het gemiddelde (betrokkenheid van cliënten(raad) bij het ontwikkelen van criteria of normen, het participeren in kwaliteitscommissies et cetera). Meer dan gemiddeld wordt in de gehandicaptenzorg onderzoek gedaan naar de wensen van (potentiele) gebruikers.

Een tweede verschil met het gemiddelde is dat op drie gebieden minder vaak protocollen of procedures op schrift zijn gesteld. Dat geldt protocollen of procedures voor de voorlichting aan cliënten, specifieke doelgroepen en voor samenwerking of overdracht van cliënten. Op de overige gebieden zijn er geen opvallende verschillen met het gemiddelde.

GGZ: De instellingen in de sector GGZ lijken in grote lijnen op het gemiddelde beeld in de zorgsector dat uitgebreid in hoofdstuk 3 is besproken. Er zijn relatief veel GGZ-instellingen die protocollen hebben opgesteld voor kritische momenten in het hulpverleningsproces. Opvallend is het grote aantal GGZ-instellingen dat melding maakt van een management informatiesysteem en het aantal dat deelneemt aan interinstitutionele toetsing. In de GGZ is dat 49% van de instellingen terwijl het gemiddeld in de zorgsector op 22% ligt. Meer dan gemiddeld worden cliënten in de GGZ betrokken bij het opstellen van kwaliteitsnormen en criteria en bij het opstellen van protocollen.

Minder frequent wordt gemeld dat nieuwe medewerkers in kwaliteitszorg worden geschoold.

verschillen tussen sectoren

GGD: De GGD'en wijken in veel opzichten af van het gemiddelde, deels veroorzaakt door de afwijkende positie die GGD-en in de zorgsector innemen, zoals al in de inleiding is vermeld.

Relatief veel GGD'en hebben een kwaliteitshandboek opgesteld en beschikken over productomschrijvingen, maar de overige kwaliteitsdocumenten zijn op GGD-niveau juist minder vaak aanwezig (deze kunnen wel op het niveau van een GGD-afdeling aanwezig zijn).

Meer dan gemiddeld bewaakt de directie de werkplannen van de afdelingen. Ook wordt frequent melding gemaakt van intercollegiale toetsing in de GGD en van tevredenheidsonderzoek onder verwijzers en andere keten-partners.

In de openbare gezondheidszorg is frequent sprake van eenmalige contacten. Dat verklaart wellicht dat weinig gewerkt wordt met zorg- of behandelplannen. Klanten of klantengroepen zijn in alle opzichten nauwelijks bij het kwaliteitsbeleid van GGD'en betrokken. Slechts 7% van de GGD'en heeft een cliëntenraad ingesteld. Of dat wel tot de mogelijkheden behoort en op welke andere wijze klanten bij het GGD beleid betrokken zouden kunnen worden is niet duidelijk.

Verzorgingshuizen: Verzorgingshuizen wijken in zijn algemeenheid niet sterk af van het gemiddelde. Meer dan gemiddeld hebben verzorgingshuizen een kwaliteitshandboek opgesteld en krijgen de medewerkers feedback over de resultaten van kwaliteitszorg. Bijna alle verzorgingshuizen hebben protocollen voor voorbehouden handelingen opgesteld. Verzorgingshuizen spannen de kroon als het gaat om het aantal instellingen waarin een cliëntenraad functioneert. In 97% van de verzorgingshuizen is dat het geval, vergeleken met 77% gemiddeld. Relatief vaak participeren bewoners in (kwaliteits)commissies.

Minder frequent wordt gemeld dat de directie de werkplannen bewaakt en minder frequent worden nieuwe medewerkers in kwaliteitszorg geschoold.

Ziekenhuizen: Op 11 gebieden is er in de ziekenhuissector een verschil met het gemiddelde in positieve zin en op 3 gebieden in negatieve zin. Allereerst brengt 97% van de ziekenhuizen een kwaliteitsjaarverslag uit (gemiddeld 78%). In ziekenhuizen beduidend vaker met protocollen en procedures gewerkt vergeleken met het gemiddelde in de zorgsector (dit geldt voor protocollen op vier gebieden, zoals in de tabel valt te zien). Zoals te verwachten was zijn in nagenoeg alle ziekenhuizen commissies actief (zie ook hoofdstuk 3). Meer dan gemiddeld wordt ook deelgenomen aan interinstitutionele toetsing en ook wordt vaker onderzoek gedaan naar de opvattingen van verwijzers.

In negatieve zin wijken ziekenhuizen af in de mate waarin productomschrijvingen zijn ontwikkeld (22% vergeleken met 46% gemiddeld). Minder dan gemiddeld zijn patiënten of cliëntenraad betrokken bij de kwaliteitszorg.

Gezondheidscentra: Dat gezondheidscentra een ander beeld laten zien is te verwachten omdat een gezondheidscentrum niet als instelling getypeerd kan worden, zoals al in de inleiding is vermeld. Het is een samenwerkingsverband van een aantal disciplines. We gaan niet op alle verschillen in maar beperken ons tot de meest opvallende. Ten eerste blijkt dat in gezondheidscentra beduidend meer dan gemiddeld wordt deelgenomen aan intercollegiale toetsing, zowel mono- als multidisciplinair. Er zijn relatief veel zogenoemde multidisciplinaire werkafspraken, waarin de zorg voor specifieke doelgroepen of diagnoses is geëxpliciteerd (88% vergeleken met 44% gemiddeld). Ook zijn er frequent protocollen voor de voorlichting aan patiënten.

Relatief weinig centra hebben een kwaliteitsbeleid geformuleerd. Wat weinig voorkomt in gezondheidscentra zijn protocollen voor kritische momenten in het zorgproces. Minder dan gemiddeld worden patiënten of cliënten bij kwaliteitszorg betrokken en er zijn ook relatief weinig gezondheidscentra die een cliëntenraad hebben ingesteld.

Sociaal Pedagogische Diensten: Meer dan gemiddeld wordt in SPD'en feedback aan de medewerkers gegeven over de behaalde resultaten van kwaliteitszorg. Veel SPD'en (61%) melden dat bij de selectie van nieuwe personeel expliciet gekeken wordt men een positieve attitude ten aanzien van kwaliteitszorg heeft. Meer dan in andere sectoren toetst de directie of de medewerkers zich houden aan de afspraken die in het kader van kwaliteitszorg zijn gemaakt en wordt een management-informatie-systeem bijgehouden. Nagenoeg alle SPD'en rapporteren dat procedures zijn opgesteld voor de routing die de cliënt doorloopt (93%). Er wordt meer dan gemiddeld onderzoek gedaan naar de tevredenheid van de medewerkers. Op nagenoeg alle gebieden worden cliënten meer dan gemiddeld bij de (kwaliteits)zorg betrokken.

Minder vaak wordt gemeld dat een kwaliteitswerkplan voor de instelling is opgesteld en dat nieuwe medewerkers in kwaliteitszorg worden geschoold.

Algemeen Maatschappelijk Werk: Relatief veel AMW-instellingen hebben productomschrijvingen opgesteld (60%). Bij de selectie van nieuw personeel wordt gelet op een positieve attitude t.a.v kwaliteitszorg en relatief vaak worden nieuwe medewerkers ook in kwaliteitszorg geschoold. Meer dan gemiddeld hebben AMW-instellingen procedures voor de routing van de cliënt opgesteld (74% vergeleken met 57% gemiddeld). Andere protocollen en procedures worden minder vaak gemeld. Relatief weinig AMW-instellingen hebben een kwaliteitsbeleid geformuleerd of kwaliteitswerkplannen opgesteld. Minder dan gemiddeld zijn cliënten bij de kwaliteitszorg in AMW-instellingen betrokken. Dat wordt mede veroorzaakt door het feit dat in de sector weinig cliëntenraden zijn ingesteld.

Verpleeghuizen: De kwaliteitszorg in verpleeghuizen lijkt in grote lijnen op het beeld dat voor de gehele zorgsector is geschetst. Meer dan gemiddeld zijn protocollen opgesteld voor voorbehouden handelingen (95%) en voor medische hulpmiddelen (81%). Ook zijn vaker commissies ingesteld voor bijvoorbeeld infectiepreventie,

verschillen tussen sectoren

melding van incidenten etcetera. Meer dan gemiddeld worden cliënten of bewoners(commissies) bij kwaliteitszorg betrokken, met name bij het bespreken van de uitkomsten van klachtenregistratie en bij het beoordelen of de gestelde kwaliteitsdoelen zijn gehaald. Ook participeren cliënten relatief vaak in commissies of verbeterprojecten.

Minder vaak melden verpleeghuizen dat productomschrijvingen zijn ontwikkeld. Ook minder dan gemiddeld worden nieuwe medewerkers in kwaliteitszorg geschoold.

Particuliere thuiszorg instellingen: De gegevens van de particuliere thuiszorginstellingen moeten met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd vanwege de lage aantallen (N=20) en lage respons.

Meer dan gemiddeld werken deze instellingen met productomschrijvingen. Relatief veel instellingen hebben een kwaliteitshandboek samengesteld en houden interne audits. Bij de selectie van personeel wordt gelet op een positieve attitude t.a.v. kwaliteitszorg en medewerkers krijgen meer dan gemiddeld feedback over de behaalde resultaten. Veel instellingen hebben procedures voor de overdracht van cliënten. Vaker dan gemiddeld melden deze instellingen dat bij alle partijen meningspeilingen of tevredenheidsonderzoeken worden uitgevoerd.

Wat in deze instellingen minder voorkomt is een systeem van intercollegiale toetsing. In relatief weinig instellingen is een cliëntenraad ingesteld (25% vergeleken 77% gemiddeld) en een minderheid van de instellingen brengt een kwaliteitsjaarverslag uit.

Samenvatting

Er zijn verschillen tussen de sectoren in de accenten die in het totaal van de kwaliteitszorg worden gelegd. Deze verschillen zijn voor een groot deel inherent aan verschillen in het soort zorg dat wordt gegeven of de setting waarin die zorg wordt verleend.

Een verschil dat ook in 1995 al werd geconstateerd ligt in de mate waarin patiënten of cliënten bij kwaliteitszorg worden betrokken. In de ambulante zorg komt dat minder voor dan in de langdurige intramurale zorg. Met name door GGD'en, AMW en gezondheidscentra worden weinig melding gemaakt participatie van cliënten of patiënten. De wijze waarop een vorm van cliëntenparticipatie in die sectoren vorm gegeven zou kunnen worden verdient nadere verkenning.

6.3 Verklaring van verschillen tussen de sectoren

Op basis van de hier beschreven vergelijking kunnen (nog) geen uitspraken worden gedaan omtrent de sectoren die ver dan wel minder ver gevorderd zijn met de invoering van kwaliteitszorg. Eerst moet worden geanalyseerd in welke mate organisatiekenmerken een verklaring vormen voor de hier gevonden verschillen.

In deze paragraaf wordt eerst in zijn algemeenheid onderzocht welke factoren van invloed zijn op de mate waarin een kwaliteitssysteem ontwikkeld is. Vervolgens wordt nagegaan of die factoren eveneens een verklaring vormen voor de verschillen tussen de sectoren.

Tabel 6.2 toont de resultaten van de meervoudige regressie-analyse over alle instellingen die in 2000 hebben gerespondeerd (instellingen met meer dan 10 missende waarden in de vragenlijst zijn buiten beschouwing gelaten. De veronderstellingen omtrent de organisatiekenmerken die van invloed zijn op de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem zijn in het vorige hoofdstuk besproken (zie schema 5.1).

Tabel 6.2 Meervoudige regressieanalyse (N=1104)
 - afhankelijke variabele: ontwikkelingsfase van het kwaliteitssysteem
 - onafhankelijke variabelen: kenmerken van de organisatie

	Beta
In zijn algemeenheid veel protocollair geregeld in de instelling	.32*
Op directieniveau is gekozen voor een kwaliteitsmodel/systeem	.16*
Flexibele houding van medewerkers t.o.v. vernieuwingen	.14*
Teveel mensen op de wachtlijst	-.14*
Samenhang in kwaliteitsbeleid van management en professionals	.09*
Besluitvorming is centraal	-.09*
Aantal formatieplaatsen	.04
Medewerkers hebben veel/weinig binding met de instelling	.00
Te hoge werkdruk	.00
Teveel onvervulbare vacatures	-.03
Te druk met fusie of de nasleep daarvan	.00
Teveel concurrentie	-.04
Te hoog ziekteverzuim	-.02

* significant $p < .05$

Multiple R = .48 Adjusted R² = .23

Bijna een kwart (23%) van de variatie tussen de instellingen in de mate waarin het kwaliteitssysteem ontwikkeld is wordt verklaard door de in tabel 6.2 genoemde factoren. Vier factoren bleken ook een verklaring te vormen voor de vooruitgang die sinds 1995 was geboekt, namelijk als traditioneel al veel protocollair geregeld is in de instelling, als op directieniveau een keuze is gemaakt voor een kwaliteitsmodel of systeem voor de gehele instelling, als medewerkers flexibel staan tegenover vernieuwingen en als management en professionals samen een geïntegreerd kwaliteitsbeleid hebben geformuleerd. Dit is in overeenstemming met de eerder geformuleerde hypothesen.

Twee factoren hebben een negatieve relatie met de mate waarin een kwaliteitssysteem ontwikkeld is. Ten eerste zijn instellingen minder ver met de

ontwikkeling van het kwaliteitssysteem als er - naar eigen zeggen - teveel mensen op de wachtlijst staan. Ten tweede is er een zwakke negatieve relatie tussen een centrale besluitvorming en de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem. De veronderstelling dat een centrale besluitvorming een positieve invloed op de ontwikkelingen zou hebben moet daarmee worden verlaten.

De overige in tabel 6.2 genoemde factoren hebben op zich geen significante relatie met de fase waarin het kwaliteitssysteem zich bevindt. De werkdruk en een hoog ziekteverzuim blijken in tegenstelling tot de verwachting geen significant invloed te hebben. Ook de verwachting dat veel concurrentie een stimulans vormt voor het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem wordt niet bevestigd. Tenslotte blijkt - ook in tegenstelling tot de verwachting - dat de vele fusies van de laatste jaren blijkbaar geen belemmering vormen voor de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem.

Verschillen in ontwikkelingsfase tussen de sectoren

Om de verschillen tussen de sectoren in kaart te brengen is in tabel 6.3 per sector te zien hoeveel instellingen in die sector zich in fase 0 of 1 bevinden wat betreft de ontwikkelingsfase van het kwaliteitssysteem en hoeveel instellingen zich in fase 2 of 3 bevinden.

Tabel 6.3 Aantal en percentage instellingen in fase 0 of 1 en in fase 2 of 3 (N=1104)*

	fase 0 of 1		fase 2 of 3		totaal	
Thuiszorginstellingen	10	12%	70	88%	80	100%
SPD	4	14%	24	86%	28	100%
Verpleeghuizen	37	19%	157	81%	194	100%
Gehandicaptenzorg	40	22%	139	78%	179	100%
GGZ	35	25%	106	75%	141	100%
Verzorgingshuizen	60	31%	133	69%	193	100%
BTN thuiszorginstellingen	6	35%	11	65%	17	100%
Ziekenhuizen	39	39%	62	61%	101	100%
AMW	49	61%	31	39%	80	100%
Gezondheidscentra	32	70%	14	30%	46	100%
GGD	32	71%	12	29%	45	100%

* instellingen met meer dan 10 missende waarden in de vragenlijst zijn bij de fase-indeling buiten beschouwing gelaten

Tabel 6.3 toont dat 10 thuiszorginstellingen (12%) zich in fase 0 of 1 bevinden, terwijl 88% in fase 2 of 3 is aangeland. Voor verpleeghuizen zijn deze percentages respectievelijk 19% en 81%. Relatief weinig instellingen uit de sector AMW, GGD en Gezondheidscentra bevinden zich in fase 2 of 3. Dit heeft voor een deel te maken met de door ons gehanteerde criteria, waarbij er sprake moet zijn van aanzienlijke

betrokkenheid van cliënten of patiënten om in fase 2 of 3 te worden ingedeeld. Zoals eerder opgemerkt ontbreekt cliëntenparticipatie vaak bij de ambulante hulpverlening.

Wetende dat organisatiestructuren en met name ook de cultuur per sector verschilt is via een multiniveau-analyse (zie hoofdstuk 2) nagegaan in welke mate de verschillen tussen de instellingen toegeschreven kunnen worden aan de verschillen tussen de sectoren.

Uit deze analyse blijkt ten eerste dat de verschillen tussen de instellingen binnen een sector vele malen groter zijn dan de verschillen tussen de sectoren. Van alle variantie wordt 87% veroorzaakt door de verschillen tussen de instellingen. Slechts 13% van de variantie wordt veroorzaakt door verschillen tussen de sectoren.

Sectoren waarin relatief veel instellingen ver zijn met de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem zijn: de thuiszorg (LVT), de gehandicaptenzorg, de GGZ en de SPD'en.

Een middenpositie wordt ingenomen door de sector ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen en de particuliere thuiszorginstellingen.

Minder ver zijn de sectoren AMW, GGD en Gezondheidscentra. Hiervoor is al opgemerkt dat dit voor een deel veroorzaakt wordt door de door ons gehanteerde criteria, waarbij participatie van cliënten of patiënten veel gewicht in de schaal legt.

Samenvatting

De verschillen tussen de instellingen - in de mate waarin het kwaliteitssysteem ontwikkeld is - zijn vele malen groter tussen de instellingen binnen een sector dan tussen de sectoren onderling.

De verschillen kunnen voor een deel worden verklaard door een aantal factoren die een relatie hebben met de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem. Kwaliteitszorg is verder ontwikkeld indien op directieniveau gekozen is voor een bepaald model of systeem, indien het management en de professionele hulpverleners gezamenlijk een geïntegreerd kwaliteitsbeleid formuleren, indien de medewerkers in de instelling een positieve houding tegenover vernieuwingen hebben en indien er sprake is van een meer decentrale dan centrale besluitvormingsstructuur in de instelling.

Er is een negatieve relatie tussen de mate waarin het kwaliteitssysteem ontwikkeld is en de opvatting van respondenten dat teveel mensen op de wachtlijst staan.

7 TOEKOMSTPLANNEN EN CERTIFICERING

7.1 Inleiding

In dit laatste hoofdstuk staan toekomstige ontwikkelingen centraal. Drie vragen worden beantwoord.

De eerste vraag is welke modellen en systemen worden het meest frequent gebruikt? (zie paragraaf 7.2).

Ten tweede wordt ingegaan op externe beoordeling en certificering. De vraag is hier hoeveel instellingen toewerken naar certificering of accreditering en hoeveel instellingen reeds een certificaat hebben verworven (paragraaf 7.3).

Tenslotte wordt beschreven welke prioriteiten de instellingen hebben gesteld op de korte en de lange termijn (paragraaf 7.4).

7.2 Gebruikte modellen en systemen

Van de instellingen geeft in totaal 67% aan dat op directieniveau inmiddels gekozen is voor een specifiek model of kwaliteitssysteem. In een open vraag is vervolgens gevraagd voor welk systeem is gekozen. De meest gekozen modellen staan in tabel 7.1 vermeld (in aantallen en in percentages).

Tabel 7.1 Top tien van meest gekozen modellen of systemen anno 2000

	N	%
MIK-V model	241	21%
INK-model	137	12%
HKZ-model	135	12%
MKG-model gehandicaptenzorg	88	8%
ISO-systeem	50	4%
NIAZ/PACE normen	44	4%
VOG-AMW-model	26	2%
EKV-eisen verzorgingshuizen	14	1%
LVT-lidmaatschapseisen	11	1%
TQM	5	-
Overig of missing	391	34%
Totaal	1142	99%

Wij wijzen erop dat een model vaker is gekozen naarmate zich meer instellingen uit die sector onder de respondenten bevinden. Verpleeg- en verzorgingshuizen zijn het best vertegenwoordigd met in totaal 388 respondenten).

Met nadruk wordt er daarnaast op gewezen dat dit overzicht tijdgebonden is. Sommige kwaliteitsmodellen zijn van zeer recente datum (bijvoorbeeld in de GGZ) en konden ten tijde van dit onderzoek dus ook nog nauwelijks worden gekozen.

Gezien het bovenstaande is het niet verwonderlijk dat het sectorspecifieke MIK-V model voor verpleeghuizen het meest frequent gekozen, niet alleen door directies van verpleeghuizen, maar ook door een aantal verzorgingshuizen. Ook andere sector-specifieke modellen, zoals voor de gehandicaptenzorg, de ziekenhuizen en het AMW zijn in de top-tien terug te vinden.

Van de algemene modellen die niet aan een sector gebonden zijn, worden zowel het INK-model als het HKZ-model vrij frequent gebruikt. Voor het ISO-systeem geldt dat wat minder.

Ongeveer 10% van de instellingen kiest niet voor één model, maar voor meerdere modellen of systemen. In ziekenhuizen wordt voor de laboratoria bijvoorbeeld (ook) gewerkt met de CCKL normen en er zijn GGD'en die zowel HKZ als ISO gebruiken. Ook zijn er instellingen die een eigen combinatie van de modellen maken.

Om een genuanceerder beeld te krijgen van de modellen én de handleidingen van de koepelorganisatie die de instelling bij het opbouwen van een kwaliteitssysteem gebruikt zijn voor elke sector specifieke vragen gesteld. Het overzicht daarvan vindt u per sector in het tabellenboek bij dit rapport.

7.3 Externe beoordeling en certificering

In Leidschendam is afgesproken dat de kwaliteitssystemen zich zouden lenen voor externe beoordeling en dat de zorgaanbieders zich toetsbaar zouden opstellen. Deze paragraaf geeft een beeld van het aantal instellingen dat door externe partijen is beoordeeld. We beperken ons daarbij tot beoordelingen door patiënten-/consumentenorganisaties of ouderverenigingen en beoordelingen door andere externe partijen, bijvoorbeeld een certificerende instelling. Andere vormen van visitatie en beoordelingen door koepelorganisaties blijven hier buiten beschouwing omdat deze per sector verschillen (zie daarvoor het tabellenboek). De resultaten staan in tabel 7.2.

De tabel toont dat beoordelingen door patiënten-/consumentenorganisaties het meest frequent plaats hebben gevonden in de thuiszorg. 27% van de reguliere thuiszorginstellingen en 20% van de particuliere thuiszorginstellingen rapporteren dat zij door een RP/CP of andere cliëntenorganisatie zijn beoordeeld. Daarna volgen de ziekenhuizen met 14%. Zelden melden AMW-instellingen of GGD'en dat zij door een patiënten-/consumentenorganisaties zijn beoordeeld.

Tabel 7.2 Percentage instellingen dat reeds extern is beoordeeld door:

a. een patiënten-/consumentenorganisatie, en

b. een onafhankelijk extern bureau.

En het percentage dat streeft naar een beoordeling.

	door patiënten-/cons. org		door extern bureau	
	reeds beoordeeld %	streven %	reeds beoordeeld %	streven %
Thuiszorginstellingen	27	16	16	26
Gehandicaptenzorg	9	14	3	18
GGZ	9	19	7	22
GGD	2	9	28	30
Verzorgingshuizen	8	7	4	16
Gezondheidscentra	3	9	5	6
SPD	7	29	4	21
AMW	1	1	9	21
Verpleeghuizen	3	8	8	24
Particuliere thuiszorg	20	5	10	30
Ziekenhuizen	14	14	14	17*
Ziekenhuizen CCKL			28	34
Ziekenhuizen			9	50

* Van de ziekenhuizen geeft daarnaast nog eens 28% aan dat men beoordeeld is door het accreditatie-instituut van de CCKL en 34% streeft naar een (nieuwe) CCKL beoordeling.

Van de ziekenhuizen is daarnaast 9% beoordeeld in het kader van de NIAZ/PACE-normen en 50% van de ziekenhuizen streeft naar een (nieuwe) beoordeling in het kader van NIAZ/PACE.

De instellingen die streven naar een (nieuwe) beoordeling door organisaties van cliënten zijn het meest frequent te vinden onder de SPD'en en in de GGZ-sector.

Vergeleken met de beoordelingen door patiëntenorganisaties komt het vaker voor dat instellingen door een extern bureau zijn beoordeeld, bijvoorbeeld in het kader van certificering. Bij deze beoordelingen door externe bureau's spannen de Ziekenhuizen (zie noot bij de tabel) en de GGD'en de kroon. Bij ziekenhuizen zijn meerdere externe partijen actief in het beoordelen van het ziekenhuis of afdelingen van ziekenhuizen.

Over het geheel genomen streeft ruim 20% in de zorgsector naar een beoordeling door een extern bureau.

Er is in de enquête niet gevraagd naar beoordelingen door zorgverzekeraars of financiers. Wel is gevraagd in welke mate het overleg met en de opvattingen van zorgverzekeraars/financiers worden gebruikt bij het evalueren en bijstellen van het beleid. Uit de gegevens blijkt dat eenderde (33%) tot ruim vier vijfde (86%) van de instellingen meldt dat het overleg met de zorgverzekeraar (of financier) wordt gebruikt

voor evaluatie en bijstelling van het beleid. Er zijn in dit opzicht grote verschillen tussen de sectoren. Als we de instellingen indelen in de mate waarin men het overleg met de zorgverzekeraar of financier verwerkt in het beleid dan ontstaat het volgende beeld:

Veel instellingen in de sectoren: SPD, AMW en LVT-thuiszorg melden de inbreng van de zorgverzekeraar/financier (meer dan 80% van de instellingen);

Een middenpositie wordt ingenomen door Ziekenhuizen, Verpleeghuizen, Gehandicaptenzorg, GGZ en GGD (60-80% van de instellingen);

Relatief weinig inbreng van de zorgverzekeraar/financier wordt gemeld door Verzorgingshuizen, Particuliere thuiszorg en Gezondheidscentra (33%-56% van de instellingen).

Dat deze verschillen te maken hebben met verschillen in de wijze van financiering en de positie die de zorgverzekeraar/financier ten opzichte van de instellingen heeft mag worden aangenomen.

In tabel 7.3 is te zien in welke mate de beoordelingen in de zorgsector gericht zijn op het verwerven van een certificaat, en zo ja, welk certificaat. De tabel toont hoeveel procent van de instellingen werkt aan het behalen van een certificaat en hoeveel procent van de instellingen reeds een certificaat in bezit heeft.

Gemiddeld werkt een derde tot ruim de helft van alle instellingen in een sector aan het behalen van een certificaat. Een uitzondering vormen de ziekenhuizen die nagenoeg allemaal aan een of meerdere certificaten werken.

Er zijn relatief weinig instellingen die inmiddels een formeel certificaat hebben verworven. Relatief veel ziekenhuizen bezitten inmiddels ISO-certificaten en/of mede CCKL-certificaten. Ook veel GGD'en hebben inmiddels een of meerdere ISO-certificaten voor een of meerdere afdelingen verworven (28%).

In de overige sectoren is het bezit van een certificaat nog een grote uitzondering. Wel heeft de meerderheid van de LVT-thuiszorginstellingen een keurmerk van de koepelorganisatie (78%).

Tabel 7.3 Per sector het percentage instellingen dat
 a. werkt aan het verkrijgen van een keurmerk of certificaat, en
 b. dat reeds een certificaat of keurmerk heeft verworven*

		werkt aan certificaat %	bezit certificaat %
Thuiszorg LVT	- keurmerk van de LVT	4	78
	- HKZ-certificaat	47	3
	- ISO-certificaat	7	6
Gehandicaptenzorg	- keurmerk van de koepel	20	-
	- HKZ-certificaat	10	-
	- ISO-certificaat	4	1
GGZ	- INK-audit	27	2
	- HKZ-certificaat	10	-
	- ISO-certificaat	5	4
GGD	- ISO-certificaat	9	28
	- HKZ-certificaat	35	7
Verzorgingshuizen	- MIK-V-certificaat	27	-
	- HKZ-certificaat	20	1
	- WoonZorg-label	17	4
	- ISO-certificaat	6	1
Ziekenhuizen	- NIAZ accreditatie	47	1
	- CCKL-certificaat	45	22
	- ISO-certificaat	11	20
	- HKZ-certificaat	6	-
SPD	- HKZ-certificaat	4	-
	- ISO-certificaat	4	-
AMW	- Keurmerk van de koepel	18	2
	- HKZ-certificaat	14	-
	- ISO-certificaat	12	1
Verpleeghuizen	- MIK-V-certificaat	46	1
	- ISO-certificaat	4	2
Thuiszorg BTN	- HKZ-certificaat	25	-
	- ISO-certificaat	20	5

* In de sector gezondheidscentra is deze vraag niet gesteld.

7.4 Toekomstplannen van de instellingen

Uit de gegevens in dit rapport blijkt dat de meerderheid van de instellingen nog bezig is met de verdere opbouw van een kwaliteitssysteem. De vraag is dan relevant op welke wijze men verder gaat. In de vragenlijst is (in gesloten categorieën) gevraagd wat de belangrijkste prioriteiten op het gebied van kwaliteitszorg zijn voor het komend jaar, dus op de korte termijn. Tabel 7.4 geeft de resultaten.

Tabel 7.4 Percentage instellingen dat de hierna volgende prioriteiten heeft gesteld voor het komend jaar* (N=1142)

<i>Prioriteit op korte termijn (een jaar)</i>	
Kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten	63%
Consequent werken volgens de kwaliteitscyclus	51%
Opstellen van protocollen of procedures	51%
Regionale afstemming en samenwerking	43%
Scholing in kwaliteitszorg	42%
Waarderingsonderzoek of meningspeilingen	41%
Afstemming van zorgprocessen intern	32%
Interne toetsingen c.q. audits	28%
Afstemming van zorgprocessen met ketenpartners	21%
Externe beoordeling of certificering	12%

* meerdere antwoorden aangekruist

Het eerste aandachtsgebied voor het komend jaar is duidelijk de verdere uitbouw van kwaliteitszorg. Bijna tweederde van de instellingen geeft voorrang aan kwaliteitsprojecten en de helft van de instellingen geeft prioriteit aan het opstellen van protocollen en procedures en het consequent werken volgens de kwaliteitscyclus (plan-do-check-act).

Een tweede aandachtsgebied is regionale afstemming en samenwerking, hoewel minder dan de helft van de instellingen aangeeft dat dit een belangrijke prioriteit is voor het komend jaar.

Ten derde staat ook scholing in kwaliteitszorg nog steeds vrij hoog op de prioriteitenlijst. Het is duidelijk niet zo dat management en medewerkers van alle instellingen inmiddels voldoende vaardigheden op het gebied van kwaliteitszorg bezitten.

Bijna evenveel instellingen geven daarnaast aan dat prioriteit gegeven wordt aan waarderingsonderzoek of meningspeilingen.

Bij 12% van de instellingen is certificering dit jaar de belangrijkste prioriteit.

Wat de belangrijkste prioriteiten op de lange termijn voor de instellingen zijn is in tabel 7.5 te zien. Letterlijk is gevraagd: 'Wat zijn de twee belangrijkste aandachtsgebieden voor uw instelling voor de komende vijf jaar?' Met opzet is niet gevraagd naar kwaliteitszorg. Via een geheel open vraag wilden wij zien welke plaats men toekent aan kwaliteitszorg in het geheel van alle andere activiteiten die in een instelling de aandacht vragen.

toekomstplannen en certificering

De tabel moet als volgt worden gelezen. In de laatste kolom staat dat 50% van alle 1142 instellingen de komende vijf jaar kwaliteitszorg een van de twee belangrijkste aandachtsgebieden vindt. Twee belangrijke aandachtsgebieden zijn daarnaast de samenwerking met andere zorgaanbieders inclusief het ontwikkelen van zorgprogramma's, transmurale zorg en ketenkwaliteit. De GGZ en de ziekenhuizen spannen in dit opzicht de kroon.

Even belangrijk is de aandacht voor de bedrijfsvoering zoals bijvoorbeeld het verbeteren van de leiding of aansturing, reorganisatie of het verhogen van de productiviteit of de efficiëntie. Relatief vaak wordt ook gemeld dat het imago en profilering van de instelling de komende jaren prioriteit heeft (of de positionering van de instelling binnen de zorggroep waar men deel van uitmaakt).

In totaal geeft een kwart van de instellingen de komende vijf jaar hoge prioriteit aan de vraaggerichtheid van de zorg, de klantvriendelijkheid of de medezeggenschap en inspraak van patiënten of cliënten. Op het gebied van vraaggestuurde zorg zijn het vooral de instellingen in de gehandicapten zorg en de SPD'en die meer dan 20% in positieve zin van het gemiddelde afwijken.

Tenslotte heeft ook de arbeidsmarktproblematiek en de werkdruk veel aandacht in 17% van de instellingen, waarbij relatief vaak werd opgemerkt dat de werving en scholing van deskundig personeel hoog op de agenda staat.

Samenvatting

In tweederde van de instellingen is op directieniveau gekozen voor een specifiek kwaliteitsmodel of systeem. Wij verwachten dat daardoor meer samenhang in de kwaliteitszorg in een instelling zal ontstaan. Gezien het feit dat kwaliteitszorg met name veel oplevert als een samenhangend systeem is ingevoerd (hoofdstuk 4), lijkt dat een gunstige ontwikkeling.

In Leidschendam is in 1990 afgesproken dat de kwaliteitssystemen die de zorgaanbieders zouden ontwikkelen toetsbaar moeten zijn en zich moeten lenen voor externe beoordeling. De gegevens laten zien dat die externe beoordelingen op gang beginnen te komen. Hoewel het nu nog een minderheid van de instellingen betreft zijn er wel relatief veel instellingen die van plan zijn zich door een externe instantie te laten beoordelen of streven naar het verwerven van een formeel certificaat. Tien jaar geleden was dit nog een onbekend fenomeen in de zorgsector.

De mate waarin de opvattingen van de zorgverzekeraar/financier worden gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid verschillen sterk per sector (van 33% tot 86% van de instellingen in een sector). Wij vermoeden dat deze verschillen te maken hebben met de wijze van financieren en met de positie die de zorgverzekeraar/financier in die sector tegenover de instellingen inneemt.

Prioriteiten die de instellingen voor het komend jaar stellen liggen duidelijk op het gebied van de verdere ontwikkeling van kwaliteitszorg. De meerderheid gaat verder

met het uitvoeren van kwaliteitsprojecten en met het opstellen van procedures. De helft van de instellingen geeft prioriteit aan het consequent werken volgens de kwaliteitscyclus. Dit is verheugend, gegeven het feit (hoofdstuk 3) dat gegevens uit bijvoorbeeld toetsing of meningspeilingen nog onvoldoende voor bijsturing worden gebruikt en naleving van procedures vaak niet wordt getoetst.

Ook op de lange termijn is kwaliteitszorg een van de twee belangrijkste aandachtsgebieden voor de helft van de instellingen. Voor de toekomst staat ook samenwerking met andere zorgaanbieders hoog op de agenda evenals het ontwikkelen van vraaggerichte of vraaggestuurde zorg. De arbeidsmarktproblematiek en het werven en scholen van voldoende en deskundig personeel vraagt alle aandacht in bijna 17% van de instellingen.

Tabel 7.5 Percentage instellingen dat onderstaande prioriteiten stelt voor de komende 5 jaar (N= 1142)*

	Thz	geh	ggz	ggd	vzh	zkh	gezc	spd	amw	vph	btn	gem.
	N=81	182	144	46	193	101	67	28	85	195	20	1142
Belangrijke prioriteiten												
Kwaliteitszorg algemeen en kwaliteitssystemen	28	49	51	61	63	63	31	39	60	44	35	50
Samenwerking en afstemming (transmuraal en keten)	46	12	62	13	18	54	54	32	24	37	5	33
Bedrijfsvoering algemeen	36	28	29	39	25	30	45	39	35	28	90	32
Vraag- en klant gerichtheid	30	47	21	20	17	16	18	57	16	26	5	25
Medewerkers arbeidsmarktbeleid, werving en deskundigheid	35	13	8	4	19	6	22	7	22	22	55	17
Zorgvernieuwing of uitbreiding productaanbod	9	13	8	2	14	5	13	14	9	14	-	11
Nieuwbouw, verbouw, renovatie	-	3	2	-	15	7	16	-	-	21	-	8
Fusie of de nasleep daarvan	2	8	10	11	9	10	3	7	9	10	-	8

* instellingen konden maximaal 2 prioriteiten aangeven (open vraag)
 onderstreept is een **absolute** afwijking van 20% of meer van het totaal gemiddelde



8 SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

8.1 Inleiding

Deze samenvatting geeft een overzicht van de wijze waarop zorginstellingen in Nederland invulling geven aan kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering. Op landelijk niveau is in kaart gebracht in welke mate de zorginstellingen anno 2000 kwaliteitssystemen hebben ontwikkeld en ingevoerd.

Aanleiding tot het onderzoek is de Leidschendamconferentie in mei 2000 waar het kwaliteitsbeleid in de zorgsector wordt geëvalueerd. Dan wordt gezien welke voortgang de zorginstellingen sinds 1995 hebben geboekt met de invoering van een kwaliteitssysteem.

In 1995 is de stand van zaken wat betreft de kwaliteitssystemen voor het eerst op landelijke schaal in kaart gebracht. Het huidige onderzoek is in feite een vervolgmeting om een vergelijking in de tijd te kunnen maken.

De invoering van kwaliteitssystemen vloeide voort uit een koerswijziging in het overheidsbeleid gericht op zelfregulering tussen de drie partijen, zorgvragers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De bedoeling was dat deze drie partijen - in goed onderling overleg - afspraken over het kwaliteitsbeleid in de zorgsector zouden maken. Dit is gebeurd op de zogenoemde Leidschendamconferenties. Een belangrijke afspraak was dat zorgaanbieders kwaliteitssystemen zouden gaan invoeren om de kwaliteit van zorg te waarborgen en de kwaliteit inzichtelijk en toetsbaar te maken. Via de Kwaliteitswet Zorginstellingen is dat sinds 1996 een wettelijke verplichting voor de instellingen geworden.

Uit het landelijke onderzoek in 1995 bleek dat de meerderheid van de instellingen bezig was met tal van kwaliteitsactiviteiten en kwaliteitsprojecten, maar dat de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem veel ingrijpender was en veel meer tijd vergde dan men aanvankelijk dacht. Daarom werd in 1995 op de derde Leidschendamconferentie besloten op dezelfde voet door te gaan en werden de afspraken herbevestigd.

In 2000 worden deze afspraken geëvalueerd en zullen nieuwe afspraken over het toekomstige kwaliteitsbeleid in de zorgsector worden gemaakt. Dat is de aanleiding tot het verschijnen van dit onderzoeksrapport. De gegevens kunnen worden gebruikt voor het bepalen van een standpunt over het toekomstige kwaliteitsbeleid. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Deze samenvatting is beperkt tot de kwaliteitssystemen van **zorginstellingen**. Een tweede studie is verricht naar de kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren. Daarover is een apart NIVEL-rapport verschenen.

Methoden en respondenten

Het onderzoek is uitgevoerd onder de zorginstellingen in Nederland in de periode eind 1999 begin 2000. Via een schriftelijke enquête is aan zorginstellingen gevraagd hoever zij zijn met de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem in de instelling. In totaal hebben 1142 zorginstellingen de enquête ingevuld. De respons was 66%. Alle zorgsectoren hebben in het onderzoek geparticipeerd. Het aantal zorginstellingen dat per sector heeft meegedaan en de respons per sector staan in tabel 1.

Tabel 8.1 Het aantal aangeschreven instellingen, en het aantal en percentage instellingen dat heeft gereageerd per sector

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

Alle koepel- of brancheorganisaties van deze sectoren hebben meegewerkt aan het ontwikkelen van de vragenlijsten en zij hebben allen een aanbevelingsbrief opgesteld die met de enquête is meegestuurd.

De vragenlijsten waren voor een deel vergelijkbaar met de vragenlijst die in 1995 is afgenomen. Voor een deel zijn sectorspecifieke vragen toegevoegd die zijn toegenomen op de situatie en activiteiten in elke sector. Denk bijvoorbeeld aan het visiteren van de medisch specialistische maatschappen in ziekenhuizen of de multidisciplinaire werkafspraken in gezondheidscentra. Deze sectorspecifieke gegevens zijn te vinden in het Tabellenboek, dat als bijlage bij dit rapport hoort. Dat tabellenboek geeft de gedetailleerde stand van zaken weer in elke zorgsector afzonderlijk.

Uit de non-responsanalyse blijkt dat de instellingen die niet hebben gereageerd wat minder kwaliteitsactiviteiten uitvoeren dan degenen die de enquête wel hebben ingevuld. Daarom moet rekening worden gehouden met een lichte vertekening van de resultaten in positieve richting. Deze vertekening geldt met name voor de sectoren met een lage respons en geldt niet of nauwelijks voor sectoren met een hoge respons.

Beperkingen van het onderzoek

Het onderzoek kent twee beperkingen. Ten eerste zijn de enquêtes - evenals dat in 1995 is gebeurd - gericht aan het management van de instellingen. Dit betekent dat de gegevens de perceptie van directie of management weerspiegelen. Of de opvattingen van de directie worden gedeeld door de zorgverleners die in de instelling werkzaam zijn is niet bekend.

Ten tweede, in de vragenlijst kon - vanwege de lengte - niet worden gevraagd naar alle activiteiten die een instelling op het gebied van kwaliteit onderneemt. Er is gevraagd naar een aantal activiteiten die een indicatie geven van de mate waarin een kwaliteitssysteem aanwezig is. Hoe het kwaliteitssysteem daadwerkelijk in de instelling functioneert is via een vragenlijstonderzoek niet na te gaan.

Met inachtneming van deze beperkingen wordt hierna ingegaan op algemene trends in de ontwikkelingen en de implicaties daarvan. Wij realiseren ons dat daarbij geen recht wordt gedaan aan de specifieke ontwikkelingen in elke sector afzonderlijk. Deze zijn te vinden in het Tabellenboek, dat wij dan ook aanbevelen.

Eerst wordt ingegaan op de algemene stand van zaken. Vervolgens op de vooruitgang die sinds 1995 is geboekt en tenslotte op de toekomstplannen van de instellingen.

8.2 Algemene stand van zaken in 2000

De situatie waarin de instellingen zich in 2000 bevinden

De situatie van veel zorginstellingen is ingrijpend veranderd vergeleken met 1995. Op grote schaal zijn fusies aangegaan en zorggroepen in het leven geroepen. Ruim de helft (53%) van de instellingen meldt in de enquête deel uit te maken van een zorggroep of stichting. De fusiebewegingen zijn het grootst in de GGZ, de gehandicaptenzorg en in de sector verpleeg- en verzorgingshuizen. Enkele instellingen hebben dan ook als belangrijkste prioriteit voor de komende jaren letterlijk opgeschreven: 'rust in de tent'.

Onze veronderstelling dat de ontwikkeling van de kwaliteitssystemen zou stagneren doordat veel instellingen druk zijn met fusies of de nasleep daarvan is in het onderzoek getoetst. Deze veronderstelling blijkt niet juist. Uit het onderzoek blijkt dat instellingen die fusieprocessen hebben doorgemaakt of nog doormaken gemiddeld even ver zijn met het invoeren van een kwaliteitssysteem als instellingen die geen fusieprocessen doormaken.

Wij nemen aan dat een fusie ook een aanleiding kan zijn om de organisatie en de zorgprocessen samen met de fusiepartners opnieuw in te richten en goed te regelen. Tenslotte is dat - het goed inrichten en stroomlijnen van zorgprocessen - de basis van een kwaliteitssysteem.

Overall stand van zaken.

Op grond van de resultaten van het onderzoek kan de algemene stand van zaken als volgt worden getypeerd.

- Bijna eenderde van de instellingen bevindt zich nog in de voorbereidende fase op het gebied van kwaliteitszorg. Dat wil zeggen dat stuurgroepen of kwaliteitscommissies zijn ingesteld en dat medewerkers in kwaliteitszorg worden geschoold.
- Bij de ruime meerderheid van de instellingen (twee derde) heeft kwaliteitszorg een projectmatig karakter. Dat wil zeggen dat tal van kwaliteitsactiviteiten en projecten worden uitgevoerd maar dat er nog weinig sprake is van een samenhangend kwaliteitssysteem dat de gehele organisatie omvat.
Dat instellingen daar wel aan werken blijkt uit het feit dat de ruime meerderheid van de instellingen (67%) in de enquête aangeeft dat inmiddels op directieniveau een keuze is gemaakt voor een specifiek kwaliteitsmodel of kwaliteitssysteem.
- Een kleine minderheid (5% = 57 instellingen) beschikt wel over een dergelijk kwaliteitssysteem. Niet verwonderlijk heeft een aantal van deze instellingen inmiddels ook formele keurmerken of certificaten verworven. Wat betreft het cyclische karakter van het kwaliteitssysteem melden nagenoeg al deze instellingen (circa 90%) dat zij de werking van regels en procedures beter evalueren en actualiseren en dat de naleving van regels beter wordt bewaakt.

Bij deze algemene stand van zaken wijzen wij er met nadruk op dat wij in het huidige onderzoek de lat hoger hebben gelegd in vergelijking met 1995. Dit is gedaan omdat ook in de modellen die de branche-organisaties hebben ontwikkeld, hoge eisen aan een kwaliteitssysteem worden gesteld. De eisen die in het huidige onderzoek met name zijn aangescherpt betreffen het cyclische karakter van de kwaliteitszorg. In het huidige onderzoek spreken wij pas van een kwaliteitssysteem indien de resultaten van bijvoorbeeld toetsing, meningspeilingen, klachten enzovoorts systematisch voor bijsturing van het beleid worden gebruikt. Dat een samenhangend kwaliteitssysteem een meerwaarde heeft vergeleken met een projectgewijze aanpak blijkt uit de hierna te presenteren effecten van de kwaliteitssystemen.

Gepercipieerde effecten van het kwaliteitssysteem

De resultaten laten zien dat de ruime meerderheid (circa 75%) van de zorginstellingen in zijn algemeenheid veel effecten van de kwaliteitssystemen verwachten maar dat nog weinig instellingen inmiddels daadwerkelijk positieve effecten van het systeem hebben bereikt of ervaren.

Een nadere analyse laat zien dat er een groot verschil in de effecten van kwaliteitszorg is tussen de instellingen met een samenhangend kwaliteitssysteem en instellingen die nog niet zover zijn. Instellingen met een kwaliteitssysteem rapporteren op alle gebieden ruim tweemaal zoveel effecten als de instellingen die via projecten aan kwaliteit werken.

Hoewel het aantal instellingen met een kwaliteitssysteem een kleine groep betreft (5%) rapporteren zij de volgende effecten van de kwaliteitszorg, namelijk:

- bijna tweederde van deze instellingen (61%) meldt dat zorgprocessen tengevolge

samenvatting, conclusies en aanbevelingen

- van de kwaliteitszorg zijn verbeterd en 51% meldt dat ook de uitkomsten van de zorg zijn verbeterd;
- de helft of meer van deze instellingen zegt daarnaast dat het kwaliteitssysteem heeft bijgedragen aan het verhogen van de klantgerichtheid en heeft bijgedragen aan het imago van de instelling en aan een betere beheersbaarheid van de organisatie.
 - eenderde van de instellingen met een kwaliteitssysteem meldt (daarnaast) in de enquête dat de productiviteit is toegenomen en bijna een kwart (22%) van de instellingen met een kwaliteitssysteem zegt dat het systeem kostenbesparingen heeft opgeleverd.

Hoewel het hier gaat om een klein aantal instellingen met een kwaliteitssysteem blijkt uit de analyses dat deze instellingen opvallend meer effecten hebben bereikt dan de overige instellingen.

Uit deze gegevens concluderen wij dat er wat betreft de effectiviteit van kwaliteitszorg blijkbaar een omslagpunt bestaat bij de overgang van een projectgewijze aanpak (met relatief weinig effecten) naar een samenhangend kwaliteitssysteem (met veel effecten). Dit mag een belangrijke bevinding worden genoemd.

In dit opzicht is het gunstig dat nagenoeg elke sector inmiddels over een model-kwaliteitssysteem beschikt en dat de meerderheid van de directies ook een keuze voor een model of systeem heeft gemaakt. Overigens moet worden opgemerkt dat die modellen zeer veelomvattend zijn en doorgaans meer dan 100 gedetailleerde eisen bevatten omtrent datgene wat in de instelling op het gebied van kwaliteitsbewaking en -verbetering geregeld zou moeten zijn. Omdat deze modellen en systemen van recente datum zijn is het begrijpelijk dat instellingen al deze eisen nog niet hebben ingevuld en wij vermoeden dat men daar waarschijnlijk nog een aantal jaren voor nodig zal hebben.

Het onderzoek laat zien dat naast deze effecten de inspanningen en de kosten staan die het invoeren van een kwaliteitssysteem met zich mee brengt. Ook op dit gebied bestaan er significante verschillen tussen de instellingen die geen en die wel een samenhangend kwaliteitssysteem hebben ingevoerd, zo blijkt uit het onderzoek. Van de instellingen met een kwaliteitssysteem meldt ruim de helft (54%) dat de invoering van een kwaliteitssysteem extra kosten met zich meebrengt. Het gaat bij deze instellingen niet meer om de ontwikkelingskosten van het systeem maar om het laten functioneren van het kwaliteitssysteem. Ook is de regelgeving in de instelling geformaliseerd en is het aantal regels toegenomen.

Daartegenover staat dat de helft van deze instellingen met een kwaliteitssysteem in de enquête rapporteert dat overbodige regels en procedures zijn verwijderd.

Wij leiden daaruit af dat overbodige bureaucratie, die geen bijdrage aan de kwaliteit levert, is afgeschaft. Het lijkt erop dat een kwaliteitssysteem tot een functionelere en rationelere bedrijfsvoering leidt of kan leiden.

Aanbeveling:

Het feit dat het hanteren van een kwaliteitssysteem gepaard gaat met extra regelgeving en bij de helft van de instellingen extra kosten met zich meebrengt leidt bijna vanzelf tot de aanbeveling om bij het invoeren van een kwaliteitssysteem zorgvuldig na te gaan welke procedures wel en welke geen bijdrage leveren aan de kwaliteit om op die manier de extra regelgeving en (eventuele) kosten die het kwaliteitssysteem met zich meebrengt zoveel als mogelijk is te beperken.

Verklaringen voor verschillen tussen de instellingen

De resultaten van het onderzoek laten zien dat er zeer grote verschillen zijn tussen de instellingen binnen een en dezelfde sector. De vraag waarom het kwaliteitssysteem in sommige instellingen veel verder ontwikkeld is dan in andere instellingen is op basis van het onderzoek voor een deel te beantwoorden.

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat vier factoren significant positief van invloed zijn op de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem. Kwaliteitssystemen zijn verder ontwikkeld indien:

1. op directieniveau gekozen is voor een specifiek kwaliteitsmodel of -systeem voor de gehele instelling;
2. de professionele hulpverleners en het management van de instellingen samen één geïntegreerd kwaliteitsbeleid hebben ontwikkeld (in contrast met de instellingen waarbij het management en de professionele hulpverleners elk een eigen kwaliteitsbeleid ontwikkelen);
3. de medewerkers in de instelling een flexibele houding tegenover vernieuwingen hebben en open staan voor veranderingen;
4. in de instelling sprake is van een meer decentrale besluitvorming (in vergelijking met een meer centrale besluitvormingsstructuur).

Uit deze bevindingen concluderen wij dat zowel de cultuur (de menselijke factoren) als de structuur invloed hebben op de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem in de instelling. Wat betreft de cultuur is de houding van de medewerkers van belang, hetgeen ook al in eerder onderzoek werd gevonden en lijkt ook de samenwerking tussen management en professionele hulpverleners een factor van betekenis te zijn.

Wat betreft de structurele kenmerken vermoeden wij dat enerzijds een centrale regie door de directie nodig is, maar dat - gezien de positieve invloed van decentrale besluitvorming - ook de medewerkers zelf voldoende verantwoordelijkheden voor kwaliteitszorg moeten dragen.

Een veronderstelling in het onderzoek was, dat ook instellingen die veel concurrentie ervaren verder zouden zijn met de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem vanuit de behoefte zich op het gebied van kwaliteit te profileren. Uit de resultaten blijkt dat deze veronderstelling niet wordt bevestigd. De mate waarin het kwaliteitssysteem ontwikkeld is, is niet gerelateerd aan het al dan niet ervaren van concurrentie. Overigens zijn er relatief weinig instellingen die melden veel concurrentie te ervaren.

Uit het onderzoek blijkt dat kwaliteitssystemen minder ver ontwikkeld zijn bij instellingen die rapporteren dat er teveel mensen op de wachtlijst staan. Er is een significante negatieve relatie tussen deze factor en de mate waarin het kwaliteitssysteem ontwikkeld is.

Naar onze mening zijn twee interpretaties mogelijk. Het kan zijn dat lange wachtlijsten belemmerend werken op de ontwikkeling van kwaliteitszorg door de druk die de instelling ervaart om wachtlijsten - voor zover mogelijk - weg te werken. Het kan ook zijn dat het ontbreken van een goed functionerend kwaliteitssysteem tot langere wachtlijsten leidt. Op basis van dit cross-sectionele onderzoek kunnen geen uitspraken over oorzaak en gevolg worden gedaan.

Het onderzoek laat zien dat er - behalve grote verschillen tussen instellingen - ook verschillen tussen de sectoren bestaan in de mate waarin kwaliteitszorg ontwikkeld is.

Deze verschillen tussen de sectoren blijken voor een deel toe te schrijven te zijn aan het feit dat patiënten en cliënten in de ambulante hulpverlening minder bij de kwaliteit worden betrokken dan bij langdurige of intramurale zorg. De resultaten laten zien dat patiënten of cliënten beduidend minder vaak bij de kwaliteitszorg worden betrokken in de sectoren AMW, GGD en Gezondheidscentra in vergelijking met bijvoorbeeld de gehandicaptenzorg of de verpleeg- en verzorgingshuizen. Dit verschil werd ook reeds in het onderzoek in 1995 gevonden. Een op de vijf AMW-instellingen meldt bijvoorbeeld dat men wel een poging heeft gedaan een cliëntenraad in het leven te roepen, maar dat daarvoor niet voldoende leden konden worden gevonden.

Aanbeveling

Op grond van de bevinding dat patiënten en cliënten relatief weinig bij de kwaliteitszorg betrokken zijn in de ambulante hulpverlening, bevelen wij aan dat opnieuw wordt nagedacht over de wijze waarop patiënten of cliënten ook in deze sectoren bij de kwaliteitszorg kunnen worden betrokken.

8.3 Vergelijking tussen 1995 en 2000

Vooruitgang en achteruitgang vergeleken met 1995.

De vergelijking tussen 1995 en 2000 is gebaseerd op 474 instellingen die zowel in 1995 als in 2000 hebben gerespondeerd. Er is dus sprake van een één op één vergelijking. De vergelijking is gebaseerd op het aantal kwaliteitsactiviteiten dat de instellingen uitvoerden in 1995 en in 2000.

Wij benadrukken daarbij dat dit aantal nog niets zegt over de samenhang in het kwaliteitssysteem, zodat de gegevens met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden.

Uit de resultaten blijkt dat er zowel vooruitgang als ook achteruitgang te zien is in het aantal kwaliteitsactiviteiten dat in 2000 door de instellingen wordt uitgevoerd.

De ruime meerderheid van de instellingen (69%) heeft vooruitgang, en vaak ook aanzienlijke vooruitgang geboekt. Zij verrichten in 2000 meer kwaliteitsactiviteiten dan in 1995.

Daartegenover staat dat 146 van de onderzochte 474 instellingen (=31%) niet vooruit maar achteruit is gegaan. Zij rapporteren minder kwaliteitsactiviteiten in vergelijking met 1995.

Een verklaring voor deze bevinding is vooralsnog moeilijk te geven. Voor een deel kan deze achteruitgang op een artefact berusten. Bedoeld wordt dat sommige instellingen in 1995 misschien een te rooskleurig beeld van de situatie hebben geschetst omdat destijds nog niet precies bekend was wat moet worden verstaan onder bijvoorbeeld een management informatiesysteem of interne audits. Inmiddels bestaat daaromtrent meer duidelijkheid. Deze begrippen zijn in de huidige vragenlijst dan ook nauwkeuriger omschreven, vergeleken met de vragenlijst in 1995.

Er zijn echter ook instellingen die aanzienlijk minder kwaliteitsactiviteiten uitvoeren dan in 1995. De reden daarvan is niet bekend.

Uit deze bevinding leiden wij af dat de verschillen tussen de instellingen in de mate waarin aan kwaliteitszorg wordt gewerkt misschien niet kleiner maar groter zijn geworden.

Aanbeveling

Op grond van de bevinding dat een aantal instellingen niet méér maar minder kwaliteitsactiviteiten uitvoert in vergelijking met 1995, bevelen wij aan:

Ten eerste dat meer inzicht wordt verkregen in de reden waarom een aantal instellingen minder kwaliteitsactiviteiten is gaan uitvoeren;

Ten tweede, dat de partijen zich op de Leidschendamconferentie beraden over de mogelijkheden om instellingen die achterblijven te stimuleren door te gaan met de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem.

Kwaliteitsdocumenten en protocollering

De aandachtsgebieden waarop instellingen de meeste vooruitgang hebben geboekt betreffen de ontwikkeling van kwaliteitsdocumenten en protocollering, zo blijkt uit het onderzoek. Vergeleken met 1995 hebben ruim tweemaal zoveel instellingen een kwaliteitsbeleid op schrift gesteld en een kwaliteitswerkplan voor de instelling opgesteld. Ook hebben de instellingen op bijna alle gebieden meer protocollen en procedures opgesteld, bijvoorbeeld voor de voorlichting aan cliënten of voor de routing die de cliënt doorloopt. De grootste toename is te zien in de protocollering van voorbehouden handelingen: in 1995 had 40% van de instellingen protocollen voor voorbehouden handelingen opgesteld en in 2000 is dat gestegen tot 72%. Dat deze toename te maken heeft met de invoering van de wet BIG mag worden verondersteld.

Ondanks deze toename in protocollering blijkt uit het onderzoek dat in minder dan de helft van de instellingen (45%) protocollen zijn opgesteld voor kritische momenten in het zorgproces.

Wij achten dit een teleurstellende bevinding, temeer omdat via een kwaliteitssysteem juist die zaken geregeld zouden moeten worden waarbij kwaliteitsrisico's op kunnen treden of risico's bestaan voor afbreuk van de kwaliteit.

Aanbeveling

Op grond van de bevinding dat minder dan de helft van de instellingen protocollen heeft opgesteld voor kritische momenten in het zorgproces, bevelen wij aan dat instellingen bij hun verdere protocolontwikkeling vooral kiezen voor kritische momenten in de zorgprocessen of risicovolle gebeurtenissen die afbreuk aan de kwaliteit zouden kunnen doen.

Patiënten en cliënten

De onderzoeksresultaten laten zien dat betrokkenheid van patiënten en cliënten bij de kwaliteitszorg zowel in positieve als in negatieve zin is veranderd. In positieve zin is er een significante toename te zien in het aantal instellingen dat een cliëntenraad heeft ingesteld: 52% in 1995 en 77% in 2000. Dat dit mede te danken is aan de invoering van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorgsector mag worden verondersteld. Een toename in dezelfde orde van grootte is te zien in het aantal meningspeilingen of tevredenheidsonderzoeken onder patiënten of cliënten (51% in 1995 en 71% in 2000).

Wij leiden daaruit af dat wetgeving wel degelijk invloed heeft op de kwaliteitsontwikkelingen, maar dat ook zonder wetgeving veranderingen plaatsvinden.

Een verandering in negatieve richting betreft de mate waarin patiënten of cliënten bij de kwaliteitszorg in de instelling worden betrokken. De resultaten tonen dat de participatie van cliënten niet toe maar afgenomen is. Vergeleken met 1995 zijn er minder instellingen die zeggen dat cliënten worden betrokken bij het opstellen van richtlijnen of protocollen of bij het bespreken van de uitkomsten van klachtenregistraties. Ook zijn er minder instellingen waar cliënten participeren in (kwaliteits)commissies of verbeterprojecten.

Een verklaring voor deze bevindingen is niet eenvoudig. Wij vermoeden dat instellingen - en misschien ook cliënten(organisaties) zelf - inmiddels ervaren hebben welke vormen van inspraak en feedback méér, en welke vormen minder functioneel zijn voor het kwaliteitsbeleid in de instelling. Misschien is het zo dat (systematische) feedback door cliëntenraden en via meningspeilingen functioneler is dan (incidentele) betrokkenheid van cliënten in een (kwaliteits)commissie of verbeterproject. Naar onze mening dwingen deze bevindingen tot een bezinning op de rol en functie van zorgvragers met betrekking tot het kwaliteitsbeleid van de instelling.

Aanbeveling

Wij bevelen aan dat zorgaanbieders en patiënten/cliënten(organisaties) met elkaar in gesprek gaan over deze bevinding en zich gezamenlijk beraden over de vraag welke vormen van inspraak en feedback, door wie en op welk niveau door beide partijen als het meest zinvol worden ervaren.

Bijsturing van het kwaliteitsbeleid op basis van resultaten

Het onderzoek laat zien dat nagenoeg alle instellingen meerdere deelsystemen c.q. feedbacksystemen hanteren voor een cyclische bewaking en verbetering van de kwaliteit. Vergeleken met 1995 is er vooral een toename te zien in de management-informatiesystemen (van 41% van de instellingen naar 59%) en in de interne audits (van 28% naar 44%). De definities in de vragenlijst luiden: een management informatiesysteem verschaft periodieke overzichten van de verleende zorg en de resultaten daarvan. 'Interne audit' was gedefinieerd als: een interne beoordeling van het kwaliteitssysteem, waarbij 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.

Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat er geen toename is te zien in het aantal instellingen waarin de professionele hulpverleners aan intercollegiale toetsing deelnemen (in 1995 en in 2000 is dat in tweederde van de instellingen het geval).

Uit deze bevindingen leiden wij af dat de afgelopen jaren het accent vooral is gelegd op beheersmatige aspecten van kwaliteitszorg, namelijk het ontwikkelen van informatiesystemen en interne beoordelingen van het kwaliteitssysteem.

Dat in dit opzicht de ideale situatie zeker nog niet is bereikt blijkt uit twee bevindingen.

Ten eerste is een derde tot de helft van de respondenten van mening dat de resultaten van bijvoorbeeld toetsing, meningspeilingen, klachten enzovoorts nog onvoldoende voor bijsturing van het beleid worden gebruikt, zo heeft men in de enquête aangegeven. Ook meer dan de helft van degenen die hebben geparticipeerd in benchmarking vindt dat de resultaten daarvan nog onvoldoende voor bijsturing worden gebruikt. Daarnaast blijkt dat er vaak geen systematische toetsing plaatsvindt van de naleving van protocollen en procedures.

Ten tweede blijkt dat er - behalve meningspeilingen onder patiënten of cliënten - nog weinig zorginhoudelijke indicatoren worden gemeten om de kwaliteit van zorg te kunnen monitoren en zo nodig bij te sturen. Met zorginhoudelijke indicatoren worden gegevens over de uitkomsten van de zorgverlening bedoeld. De meest gebruikte indicatoren zijn de productiecijfers, klachten en ziekte en verloop van de medewerkers.

Bij deze bevinding moet worden aangetekend dat de enquête is ingevuld door directie of management. Wij weten niet of zorgverleners zelf meer gebruik maken van zorginhoudelijke indicatoren.

Dat het gebruik van zorginhoudelijke indicatoren van groot belang is om de kwaliteit te kunnen monitoren spreekt voor zich.

Deze resultaten leiden tot twee aanbevelingen.

Aanbevelingen

Omdat de instellingen zelf aangeven dat de resultaten van veel deelsystemen en feedbacksystemen nog onvoldoende voor bijsturing worden gebruikt, is de aanbeveling dat instellingen meer met deze feedbacksystemen gaan doen.

Omdat nog zeer weinig instellingen melding maken van zorginhoudelijke indicatoren om de kwaliteit van zorg te monitoren, bevelen wij aan dat de zorgverleners gericht werken aan het opstellen of ontwikkelen van dergelijke indicatoren.

Zorgverzekeraars/financiers

In Leidschendam is afgesproken dat zorgverzekeraars/financiers worden betrokken bij het kwaliteitsbeleid van zorgaanbieders, hetgeen ook in de Kwaliteitswet is vastgelegd. Eenderde tot ruim vier vijfde van de instellingen meldt dat het overleg met de zorgverzekeraar (of financier) wordt gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid. Er zijn in dit opzicht grote verschillen tussen de sectoren. Als we de instellingen indelen in de mate waarin men het overleg met de zorgverzekeraar of financier verwerkt in het beleid dan ontstaat het volgende beeld:

- veel instellingen in de sectoren SPD, AMW en Thuiszorg melden dat het overleg met de zorgverzekeraar/financier wordt gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid;
- een middenpositie wordt in dit opzicht ingenomen door Ziekenhuizen, Verpleeghuizen, Gehandicaptenzorg, GGZ en GGD;
- relatief weinig instellingen in de sector Verzorgingshuizen, Particuliere thuiszorg en Gezondheidscentra melden dat het overleg met zorgverzekeraar/financier voor bijstelling van het beleid wordt gebruikt.

Wij nemen aan dat deze verschillen te maken hebben met verschillen in de wijze van financiering en met de formele positie die de zorgverzekeraar/financier tegenover de zorgaanbieder inneemt.

Samenwerking en ketenkwaliteit

In het onderzoek is gevraagd of een vorm van gezamenlijke kwaliteitsbewaking door de betrokken zorgaanbieders bestaat bij transmurale zorg en ketenzorg.

Van de instellingen geeft de helft aan dat de betrokken zorgaanbieders gezamenlijk invulling geven aan kwaliteitsbewaking bij transmurale zorg of zorgketens. De respondenten melden dat dergelijke gezamenlijke kwaliteitsbewaking doorgaans vorm krijgt via een gezamenlijk overleg (18% van de instellingen) een gezamenlijk opgestelde zorgvisie (20%) en/of protocollen voor de overdracht van de patiënt of cliënt (20%).

Van de instellingen met een gezamenlijke vorm van kwaliteitsbewaking meldt een minderheid (15%) dat de verantwoordelijkheden tussen de betrokken zorgaanbieders expliciet zijn toegewezen. Wij achten dat een zorgelijke bevinding.

Aanbeveling

Op grond van de bevinding dat bij transmurale zorg en ketenzorg de verantwoordelijkheden van de betrokken zorgaanbieders doorgaans niet expliciet zijn toebedeeld, bevelen wij aan deze verantwoordelijkheids-toedeling als eerste goed te regelen bij transmurale zorg of bij de ontwikkeling van zorgketens.

8.4 Toekomstplannen

Externe beoordeling

In Leidschendam was al in 1990 afgesproken dat de zorgaanbieders zich toetsbaar op zouden stellen en dat de kwaliteitssystemen van de zorgaanbieders zich zouden lenen voor externe beoordeling. Deze beoordelingen zijn nog geen gemeengoed in de zorgsector.

Over het geheel genomen geeft ongeveer 10% van de instellingen aan dat men beoordeeld is door een patiënten/consumentenorganisatie (bijvoorbeeld door een RP/CP, Federatie van Ouderverenigingen enzovoorts). Wat meer instellingen (circa 20%) zijn van plan om zich in de toekomst te laten beoordelen door een extern bureau in het kader van accreditatie of certificering.

Inmiddels zijn het met name ziekenhuizen en GGD'en - ruim een kwart - die een of meerdere ISO-, CCKL of HKZ-certificaten bezitten. In de overige sectoren zijn dat nog uitzonderingen.

Het ziet ernaar uit dat externe beoordelingen in de zorgsector het experimentele stadium voorbij zijn en op gang beginnen te komen.

Toekomstplannen

Ook uit de toekomstplannen van de instellingen blijkt dat kwaliteitszorg zich een stevige plaats in de zorgsector heeft verworven. Voor de helft van de instellingen is dit een van de belangrijkste aandachtsgebieden voor de komende vijf jaar. Dat daarbij prioriteit wordt gegeven aan het consequent werken volgens de kwaliteitscyclus mag - zo laten de resultaten van dit onderzoek zien - een veelbelovende ontwikkeling worden genoemd.

Nu na tien jaar een veelheid aan kwaliteitsinstrumenten voorhanden is lijkt de tijd rijp om bij de implementatie van kwaliteitszorg de kosten en baten kritisch tegen elkaar af te wegen en te onderzoeken wat de effecten van de verschillende kwaliteitsactiviteiten zijn.

Aanbeveling

Onderzoek is nodig naar de effecten van kwaliteitszorg zodat kosten en baten tegen elkaar afgewogen kunnen worden bij de verdere implementatie van de kwaliteitssystemen.

BIJLAGE 1 PERCENTAGE INSTELLINGEN MET KWALITEITS- ACTIVITEITEN IN 1995-2000 (TOTALE BESTAND)

	1995 N=1134	2000 N=1142
<i>Beleid</i>		
Missie of visie op schrift	74	88
Productomschrijvingen	36	46
Kwaliteitsbeleid op schrift	21	51
Kwaliteitswerkplan voor de instelling	18	42
Kwaliteitshandboek	5	19
Kwaliteitsjaarverslag	12	78
<i>Medewerkers</i>		
Functionerings-/beoordelingsgesprekken	76	92
Stimulering van vakinhoudelijke ontwikkelingen	70	81
Kwaliteitsactiviteiten binnen werktijd	60	79
Systematische feedback over resultaten	35	23
Scholing van medewerkers en professionals	66	72
Scholing van management en leidinggevenden	63	67
Scholing n.a.v. prioriteiten in het kwaliteitsbeleid	44	42
Selectie van nieuw personeel met een positieve attitude	44	34
Scholing van nieuwe medewerkers in kwaliteitszorg	16	11
Directie geeft aan wat van medewerkers wordt verwacht	59	59
Directie bewaakt de werkplannen van afdelingen	39	45
Directie toetst of medewerkers zich aan afspraken houden	38	39
<i>Procedures of protocollen</i>		
Specifieke behandelingen of verrichtingen	66	84
Voorbehouden handelingen	40	72
Routing van de patiënt of cliënt	41	57
Medische hulpmiddelen	30	53
Voorlichting aan patiënt of cliënt	40	49
Kritische momenten in het zorgproces	36	45
Specifieke doelgroepen of diagnosegroepen	36	44
Samenwerking en overdracht van cliënten	40	44
<i>Deelsystemen</i>		
Zorgplannen of begeleidingsplannen	78	89
Commissies (infecties, FONA, etc.)	48	72
Intercollegiale toetsing monodisc.	62	66

-vervolg-

-vervolg bijlage 1-

	1995 N=1134	2000 N=1142
Intercollegiale toetsing multidisc.	42	47
Klachtenregistratie/behandeling	71	82
Management informatiesysteem	41	59
Interne audits	28	44
Interinstitutionele toetsing/visi.	29	22
Cliëntenraad/familieraad	52	77
Tevredenheidsonderzoek gebruikers	51	71
Tevredenheidsonderzoek medewerkers	44	57
Tevredenheidsonderzoek verwijzers	20	21
Behoeftesonderzoek gebruikers	31	28
Behoeftesonderzoek verwijzers	28	23
<i>Betrokkenheid patiënten of cliënten</i>		
Bespreken uitkomsten van klachtenregistratie etc	59	66
Ontwikkelen van normen of criteria	47	43
Beoordelen of de (kwaliteits)doelen zijn gehaald	52	38
Participatie in (kwaliteits)commissies	40	33
Opstellen van protocollen of standaarden	40	32
Participatie in verbeterprojecten	41	31

BIJLAGE 2



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 06

Code

Groep

VRAGENLIJST NAAR KWALITEITSSYSTEMEN in Ziekenhuizen

Inhoud:

- Beleid
- Medewerkers
- Procedures en protocollen
- Deelsystemen
- Samenwerking en ketenkwaliteit
- Patiënten
- 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 ziekenhuis over onderstaande documenten?

	nee of niet van toepassing	in ontwikkeling	ja, in bezit
Missie op schrift: de uitgangspunten en visie van de instelling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
'Product'omschrijvingen: gedetailleerde omschrijving van de zorg die de instelling aan de verschillende doelgroepen verleent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kwaliteitsbeleid op schrift: 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"/>
Kwaliteitswerkplan op ziekenhuisniveau: een uitwerking van het kwaliteitsbeleid in concrete maatregelen om het kwaliteitsbeleid te realiseren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kwaliteitsplannen (ook verbeterplannen) op afdelingsniveau - voor sommige afdelingen - voor alle afdelingen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Kwaliteitsjaarverslag (of kwaliteitsdeel in het algemene jaarverslag): 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"/>
Kwaliteitshandboek: 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 ziekenhuis voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg?

- nee, geen extra voorzieningen
- ja, er is een apart intern gereserveerd budget voor kwaliteitszorg
- ja, stuurgroep(en) of commissie(s) is/zijn ingesteld
- ja, kwaliteitsfunctionaris(sen)/coördinator(en) is/zijn aangesteld
- ja, een extern bureau of adviseur is ingeschakeld
- anders, namelijk

B3. Wie zijn de 'trekkers' van kwaliteitszorg in uw ziekenhuis?

- 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 leidinggevenden/management
- scholing/deskundigheidsbevordering van medewerkers/professionals
- deskundigheidsbevordering vindt plaats naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid
- nieuwe medewerkers/professionals worden geschoold in kwaliteitszorg

Sturing

- de directie/management geeft aan wat van medewerkers/professionals wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis
- de directie/management toetst of de medewerkers/professionals zich houden aan de afspraken die gemaakt zijn in het kader van het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis
- de directie/management bewaakt de uitvoering van de afdelingswerkplannen
- geen van bovenstaande activiteiten

M2. Is voor verplegend personeel, voor paramedici of voor medisch specialisten werktijd ingeroosterd/vrijgemaakt voor een of meer van de volgende activiteiten?

<i>tijd is ingeroosterd/vrijgemaakt voor:</i>	verplegend personeel	paramedici	specialisten
- volgen van vakinhoudelijke na- en bijscholing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- training in methoden en technieken van kwaliteitszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- multidisciplinaire patiëntbesprekingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- intercollegiale toetsing/toetsingsstudies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- visitaties door de beroepsverenigingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- participeren in verbeter-/kwaliteitsprojecten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ontwikkelen van protocollen/richtlijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M3. Welke maatschappen zijn in 1999 gevisiteerd door hun wetenschappelijke vereniging?

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6

M4. Wat wordt gedaan met de visitatie-rapporten die de maatschap ontvangt?

- de visitatierapporten worden besproken in de maatschap
- de visitatie-rapporten worden besproken in de medische staf
- de visitatie-rapporten worden besproken met de directie
- n.a.v. de visitatie worden verbeteracties gepland en op schrift gesteld
- de resultaten van deze verbeteracties worden gepubliceerd in het jaarverslag

PROTOCOLLEN EN PROCEDURES

P1. Wat voor soort protocollen (of richtlijnen) worden in uw ziekenhuis gebruikt?

Protocollen voor het professioneel handelen:

- gericht op specifieke vaktechnische verrichtingen
- voor de voorlichting aan de patiënt
- 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 patiënt van aanmelding tot afsluiting van de zorg
- voor samenwerking met/overdracht naar andere zorgaanbieders

P2. Voor welke van onderstaande zaken zijn actuele ziekenhuisprotocollen aanwezig? En bij welke daarvan wordt de toepassing periodiek onderzocht?

	is aanwezig	toepassing wordt periodiek onderzocht
<i>een actueel ziekenhuisprotocol voor:</i>		
- het invullen van patiëntenstatus/dossiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- prophylactisch antibiotica gebruik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- pre-operatieve screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- medicatiebeleid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bloedtransfusie beleid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- aanvragen van bloed(producten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>preventieve protocollen</i>		
- infectie-preventie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- preventie van decubitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- vermijden van valincidenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- voorkomen van medicatie(toedienings)fouten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- MIP-meldingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>klachtenprotocollen</i>		
- klachtenopvang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- klachtenbemiddeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- klachtenbehandeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- WA-procedure (wettelijke aansprakelijkheid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P3. Is er ziekenhuisbreed een uniforme wijze voor het opstellen van protocollen?

- nee
- ja, in elk protocol wordt vermeld (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 ziekenhuisbreed een procedure (systeem) voor het documenteren en actualiseren van protocollen?

- nee
- nee, maar daar wordt aan gewerkt
- er is ziekenhuisbreed een protocollenbank (of documentsysteem)
- er is ziekenhuisbreed ook een procedure voor het actualiseren van protocollen

DEELSYSTEMEN

D1. Vinden in uw ziekenhuis 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 gebruikt voor bijsturing)

3 = ja, het is een cyclisch onderdeel van ons kwaliteitssysteem (resultaten worden systematisch gebruikt voor bijsturing)

	1	2	3
Intercollegiale toetsing monodisciplinair:			
beroepsgenoten werken groepsgewijze aan het toetsen en verbeteren van hun handelen (ook verbetereteams, kwaliteitscirkels)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intercollegiale toetsing multidisciplinair:			
verschillende disciplines werken gezamenlijk aan het toetsen en verbeteren van hun handelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebruik zorg/behandelplannen:			
in individuele zorg/behandelplannen wordt de verleende zorg vastgelegd en periodiek geëvalueerd aan de hand van vooraf gestelde doelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Commissies (bijv. voor infecties, FONA/MIP, calamiteiten):			
commissies analyseren periodiek de geregistreerde gegevens op basis waarvan structurele verbeteringen worden aangebracht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Functionerings-/ beoordelingsgesprekken:			
met medewerkers worden periodiek functionerings-, beoordelings- of loopbaangesprekken gehouden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interinstitutionele toetsing/visitatie:			
collega-instellingen (of beroepsgenoten) beoordelen de instelling en doen suggesties voor verbeteringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningspeiling onder patiënten:			
periodiek wordt aan patiënten een oordeel over de verleende zorg gevraagd (ook tevredenheidsonderzoek)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meningspeiling onder verwijzers of andere ketenpartners:			
(ook tevredenheidsonderzoek of waarderingsonderzoek)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marktonderzoek naar behoeften van (potentiële) gebruikers:			
de instelling gaat via marktonderzoek na wat de behoeften zijn aan (nieuwe) zorg of producten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marktonderzoek onder verwijzers of andere ketenpartners:			
de instelling gaat via marktonderzoek na wat verwijzers (of andere partijen) van het ziekenhuis verwachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Klachtenanalyse:			
overzichten van de klachtencommissie, de klachtenopvang en de klachtenbemiddeling worden periodiek geëvalueerd op basis waarvan structurele verbeteringen worden aangebracht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clënten/patiëntenraad:			
op basis van periodiek overleg met de cliëntenraad worden verbeteringen in de kwaliteit van zorg gerealiseerd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benchmarking:			
men spiegelt zich op specifieke parameters aan andere instellingen om verbeteringen te realiseren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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. Zijn er ziekenhuiscommissies die systematisch nagaan of hun aanbevelingen tot verbeteringen hebben geleid? Zo ja, welke?

- nee
- ja, commissies die dit nagaan zijn:
 - infectie-commissie
 - FONA/MIP-commissie
 - formularium commissie
 - commissie bloedtransfusie beleid
 - commissie antibiotica beleid
 - decubites commissie
 - necrologie commissie
 - intercollegiale toetsingscommissie
 - anders, namelijk

D4. Welke gegevens worden door de medische staf en welke door de (top)managers gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid?

<i>Gebruikte gegevens:</i>	door medische staf	door (top)managers
- meningspeilingen onder patiënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- meningspeilingen onder medewerkers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- exitinterviews met patiënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- exitinterviews met medewerkers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- opvattingen van de cliëntenraad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- opvattingen van ketenpartners	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- opvattingen van de financier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bevindingen uit interne toetsingen (audits)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bevindingen uit externe toetsingen of visitaties	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D5. Welk indicatoren worden door de medische staf en welke door (top)managers gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit?

<i>Gebruikte indicatoren:</i>	door medische staf	door (top)managers
- productiecijfers van afdelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- medische outcome gegevens (bijv. complicaties)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- toegangstijden (tijd tot de eerste afspraak)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- doorstroomtijden (van totale zorgproces)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- wachttijden (in de wachtkamer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ziekte en verloop van medewerkers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- formele klachtenregistratie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- overzichten van ongenoegens en klachtenbemiddeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SAMENWERKING EN KETENKWALITEIT

S1. Kunt u een indruk geven van de samenhang in het kwaliteitsbeleid van ziekenhuisdirectie en medisch specialisten?

ziekenhuisdirectie en medisch specialisten:

- ontwikkelen elk hun eigen kwaliteitsbeleid
- ontwikkelen een eigen kwaliteitsbeleid, maar streven naar afstemming
- ontwikkelen samen een geïntegreerd kwaliteitsbeleid
- anders, namelijk

S2. Wordt in uw ziekenhuis gewerkt aan het herontwerpen (redesign/break-through) van afdelings-overstijgende zorgprocessen? Zo ja, op welke wijze?

- nee, dit is niet aan de orde
- ja, er wordt gewerkt aan herontwerp van afdelingsoverstijgende zorgprocessen
namelijk (aankruisen wat van toepassing is):
 - via een enkel voorbeeldproject
 - via verbeterprojecten op diverse afdelingen
 - op ziekenhuisniveau is dit structureel onderdeel van het beleid
 - anders, namelijk

S3. Vindt structureel overleg plaats over raakvlakken in het primaire proces met keten-partners? Wilt u aankruisen wat van toepassing is?

- nee (of onbekend)
- ja, er is structureel overleg met:
 - huisartsen
 - thuiszorg
 - verpleeghuizen
 - GGZ-instellingen
 - revalidatie-instelling(en)
 - diverse 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 gezamenlijk kwaliteitsbewaking, met de volgende elementen:
 - gezamenlijk overleg om de kwaliteit te evalueren
 - een gemeenschappelijke visie op papier
 - gezamenlijke protocollen waarin de overdracht van de patiënt wordt geregeld
 - een expliciete verantwoordelijkheidstoedeling
 - een methodiek van registratie van bijv. uitkomsten van de zorg
 - gezamenlijke besprekingen van deze uitkomstgegevens
 - een gemeenschappelijke patiëntenraadpleging
 - een gemeenschappelijke klachtenregistratie
 - een gemeenschappelijke kwaliteitsverslaglegging

S5. Kunt u aangeven voor welke ziekte-specifieke zorgketens een dergelijke kwaliteitsbewaking bestaat?

- CVA
- diabetes
- astma/copd
- anders, namelijk

PATIËNTEN EN CLIËNTEN

C1. Bij welke kwaliteitsactiviteiten worden patiënten en/of hun belangenorganisaties betrokken?

	nee, of n.v.t.	ja, patiënten of cliëntenraad worden betrokken	ja, patiëntenorga- 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,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C2. Verstreekt het ziekenhuis standaard schriftelijke informatie aan patiënten over hun rechtspositie? Zo ja, over welke aspecten?

- nee, standaard wordt geen schriftelijke informatie over rechtspositie verstreekt
- ja, standaard wordt schriftelijke informatie over rechtspositie verstreekt, namelijk over (aankruisen wat van toepassing is):
- het toestemmingsvereiste (conform de WGBO)
 - het klachtenmeldpunt en de klachtenregeling
 - de privacy-bescherming
 - inzagerecht
 - WA-procedure
 - de cliëntenraad

C3. Op welke wijze hebben patiënten (en hun organisaties) inspraak in de ziekenhuiszorg?

individueel niveau

- patiënten hebben inspraak bij het opstellen van hun behandelplan
- samen met de patiënt wordt het behandelplan geëvalueerd

cliëntenraad

- er is periodiek overleg met de cliëntenraad
- aanbevelingen van de cliëntenraad worden vertaald in (nieuw) beleid
- aan de cliëntenraad wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan

patiënten/consumentenorganisaties

- er is periodiek overleg met patiënten/consumentenorganisatie(s) (bijv. RP/CP)
- patiënten/consumentenorganisaties toetsen het ziekenhuis
- aanbevelingen van deze organisaties worden vertaald in (nieuw) beleid
- aan deze organisaties wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan

anders, namelijk

EFFECTEN

E1. Welke positieve effecten verwacht u (of zijn reeds bereikt) tengevolge van kwaliteitszorg?

	wordt niet verwacht	wordt wel verwacht	reeds bereikt
<i>patiënten</i>			
- toename van patiëntgerichtheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- toename van tevredenheid van patiënten	<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 (bijv. verwijzers, financiers, patiëntenorganisaties, enz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>kwaliteit van zorg</i>			
- verbetering van de behandel-/zorgprocessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- verbetering van de behandelresultaten (outcome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>rendement</i>			
- toename van de productiviteit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kostenbesparing op lange termijn in het eigen ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kostenbesparing, maar niet in het eigen ziekenhuis	<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 ziekenhuis 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 ziekenhuis 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 ziekenhuis de kosten en baten van verbeterprojecten?

- nee
- ja, alleen de kosten
- ja, kosten én baten
- anders, namelijk

K3. Heeft uw ziekenhuis inzicht in hierna genoemde kosten van 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 ziekenhuis inzicht in hierna genoemde beoordelingskosten?

- geen inzicht
- wel inzicht, namelijk in de kosten van:
 - registreren van gegevens (bijv. indicatoren)
 - complicatieregistratie
 - interne beoordelingen/interne audits
 - meningspeilingen/waarderingsonderzoeken
 - interinstitutionele toetsing/visitaties
 - externe beoordeling door patiënten/consumentenorganisaties
 - externe beoordeling i.v.m. accreditatie/certificering (NIAZ, ISO, INK etc)
 - anders, namelijk

K5. Heeft uw ziekenhuis 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 of ligduur
 - kosten t.g.v. diagnostiek en behandeling van complicaties
 - anders, namelijk

K6. Voor het berekenen van de kosten en baten van kwaliteitszorg zouden gedetailleerde kostprijsberekeningen nodig zijn. Wordt in uw ziekenhuis gewerkt met een kostprijsstelsel?

- onbekend
- nee
- ja, ons ziekenhuis berekent:
 - de kosten per dienst (bijv. facilitaire dienst, verplegingsdienst)
 - de kosten per product (bijv. dagbehandeling, maaltijdvoorziening)
 - de kosten voor het totale zorgproces per patiëntencategorie (bijv. CVA-patiënten)
 - de kosten van alle verrichtingen/activiteiten binnen dat zorgproces

CULTUUR EN STRUCTUUR

U1. Hoe zou u de organisatiestructuur en cultuur in uw ziekenhuis typeren?

de organisatiestructuur is hiërarchisch of plat	hiërarchisch	plat
	----- ----- ----- ----- -----	
de besluitvorming is centraal of decentraal	centraal	decentraal
	----- ----- ----- ----- -----	
in het ziekenhuis 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 het ziekenhuis	weinig	veel
	----- ----- ----- ----- -----	
ons ziekenhuis 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 ziekenhuis

		helemaal mee eens			helemaal mee oneens
<i>wachlijsten:</i>	teveel mensen staan op de wachtlijst voor ons ziekenhuis	-----	-----	-----	-----
<i>werkdruk:</i>	de werkdruk in ons ziekenhuis is te hoog	-----	-----	-----	-----
<i>vacatures:</i>	het ziekenhuis heeft teveel onvervulbare vacatures	-----	-----	-----	-----
<i>fusies:</i>	het ziekenhuis is te druk met een fusie of de nasleep daarvan	-----	-----	-----	-----
<i>concurrentie:</i>	het ziekenhuis ervaart teveel concurrentie	-----	-----	-----	-----
<i>ziekteverzuim:</i>	het ziekteverzuim in het ziekenhuis is te hoog	-----	-----	-----	-----

TOEKOMST

T1. Zijn onderdelen van uw ziekenhuis al eens beoordeeld in de afgelopen 5 jaar? En/of streeft u ernaar (onderdelen van) het ziekenhuis (opnieuw) te laten beoordelen in de komende 3 jaar?

	het ziekenhuis is reeds beoordeeld:	het ziekenhuis streeft naar een (nieuwe) beoordeling
- met behulp van interinstitutionele toetsing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- met behulp van accreditatie georganiseerd door NIAZ/PACE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- door een patiënten/consumentenorganisatie bijv. 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"/>
- door het accreditatie-instituut van de CCKL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T2. Wordt in uw ziekenhuis gewerkt aan het verkrijgen van kwaliteitskeurmerken of (deel)certificaten of bezit u die al?

	wordt niet aan gewerkt	wordt wel aan gewerkt	is reeds in ons bezit
- accreditatie van het NIAZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- HKZ-certificaat/certificaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ISO-certificaat/certificaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- een CCKL-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/accreditatie/certificering
- herontwerp van zorgprocessen intern
- herontwerp van zorgprocessen met ketenpartners
- regionale afstemming en samenwerking
- anders, namelijk

T4. Lange termijn: Wat zijn de twee belangrijkste aandachtsgebieden voor uw ziekenhuis voor de komende vijf jaar?

- 1
- 2

T5. Wilt u aankruisen welke modellen of systemen in het ziekenhuis worden gebruikt om het kwaliteitssysteem vorm te geven? En/of welke publicaties daarbij als leidraad worden gebruikt?

- PACE - Proefaccreditatie van ziekenhuizen
- NIAZ - Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
- ISO - International Standards of Organization
- INK - Instituut Nederlandse Kwaliteit
- CCKL - Richtlijn voor Klinisch Chemisch Laboratoria
- GLP - Good Laboratory Practice
- GCP - Good Clinical Practice
- GMP - Good Medical Practice
- HKZ - Harmonisatiemodel van de St. Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector
- NP/CF - Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief.
- NP/CF - Instrument Patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen

T6. Is op directieniveau een keuze gemaakt voor een kwaliteitssysteem voor het gehele ziekenhuis?

- nee
- ja, er is gekozen voor:

T7. Kunt u aangeven hoeveel formatieplaatsen uw ziekenhuis heeft?

..... fte in ons ziekenhuis

T8. Is uw ziekenhuis onderdeel van een zorggroep of stichting?

- nee
- ja, de naam daarvan is
met in totaal fte in de zorggroep of stichting

T9. Wilt u aangeven wie de vragenlijst heeft ingevuld?

- directie/management
- kwaliteitsfunctionaris
- anders, namelijk functie

T10. Geeft u toestemming om deze gegevens anoniem aan de NVZ 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 ziekenhuis mee wilt sturen.

* * * * *

T11. Verzoek van de NVZ

De NVZ wil graag inzicht krijgen in waardevolle initiatieven op het gebied van kwaliteitszorg.
Mag de NVZ contact met u opnemen om eventueel nadere informatie in te winnen?

- nee
- ja, mijn naam en telefoonnummer is:

