

Kwaliteitssystemen in de GGZ

Deel 2

State-of-the-art en ontwikkelingen sinds 1995

A. De Veer (Nivel)
A. Theuws (Nivel)
C. Wagner (Nivel)
M. van Ooyen-Houben (Trimbos-instituut)
M. Place (Trimbos-instituut)

Utrecht, mei 2000

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

Nivel, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Tel. 030 2729700 - Fax 030 2729729

Trimbos-instituut - Postbus 725 - 3500 AS Utrecht - Tel. 030-2971100 -
Fax 030 2971111

Opdrachtgever: ZorgOnderzoek Nederland (ZON)

ISBN 90-6905-470-1

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 (Nederlands 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	Achtergrond en doel van het onderzoek	7
1.2	Aandachtsgebieden van kwaliteitszorg	8
1.3	Ontwikkelingsfasen voor kwaliteitssystemen	10
1.4	Vraagstellingen en leeswijzer	11
2	Onderzoeksmethode	13
2.1	Inleiding	13
2.2	De vragenlijst	13
2.3	Respons	14
2.4	Aanpak van de analyses	15
3	Randvoorwaardelijke processen in de organisatie	17
3.1	Beleid en organisatie	17
3.2	Personeelsmanagement	22
3.3	Middelenmanagement	24
4	Het primaire zorgproces	29
4.1	Management van processen op programma- of afdelingsniveau	29
4.2	Management van het primaire proces	31
5	Gepercipieerde effecten van kwaliteitssystemen	35
6	De rol van cliënten bij kwaliteitsbeleid	39
7	Ontwikkeling in kwaliteitssystemen	43
7.1	Verschillen tussen deelsectoren	43
7.2	Vergelijking tussen 1995 en 2000	52
7.3	Ontwikkeling van kwaliteitssystemen	56
8	Toekomstplannen van de instellingen	65
9	Samenvatting en conclusie	69
	Literatuur	77
		3

- Bijlage 1** Vragenlijst naar kwaliteitssystemen in GGZ-instellingen
- Bijlage 2** Schema ontwikkelingsfasen voor kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg
- Bijlage 3** Tabellen vergelijking 1995 en 2000 over instellingen die zowel in 1995 als in 2000 een vragenlijst hebben ingevuld
- Bijlage 4** Tabellen vergelijking 1995 en 2000 over alle responderende instellingen

Voorwoord

In dit rapport treft u de resultaten aan van een onderzoek naar het kwaliteitsbeleid in instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg (GGZ). Het onderzoek had de vorm van een schriftelijke enquête en is gehouden tussen eind 1999 en april 2000. Het geeft een landelijk representatief beeld van het gebruik van kwaliteitsinstrumenten en –indicatoren in GGZ-instellingen. Het gebruik wordt niet alleen in getallen uitgedrukt, maar ook in termen van inpassing in het kwaliteitssysteem van de instelling. Daarnaast wordt beschreven welke effecten kwaliteitssystemen in instellingen hebben en welke rol cliënten vervullen bij het kwaliteitsbeleid. Welke prioriteiten instellingen hebben bij hun toekomstige kwaliteitsbeleid en welke informatie ze gebruiken om deze vast te stellen, is eveneens een thema dat aan de orde komt. Eventuele verschillen tussen sectoren binnen de GGZ worden nagegaan. Bovendien wordt de huidige stand van zaken vergeleken met 1995, toen een soortgelijk onderzoek is gedaan in GGZ-instellingen (Wagner et al, 1995).

Het onderzoek is uitgevoerd in een samenwerkingsproject van NIVEL en Trimbos-instituut. Het maakt deel uit van een groter project, waarin ook op een kwalitatieve manier is gekeken naar de waarde en het gebruik van kwaliteitsinstrumenten en –indicatoren in de instellingen. Het eerste rapport beschrijft het kwalitatieve onderzoek en is getiteld: Gereedschap voor kwaliteitszorg in de GGZ. Deel 1: Een onderzoek naar het gebruik van kwaliteitsinstrumenten en -indicatoren in de praktijk (Place et al, 2000). Van de informatie uit deze studie is gebruik gemaakt bij de formulering van de vragen voor het onderhavige kwantitatieve onderzoeksdeel van het project.

Het project als geheel – het kwalitatieve en het kwantitatieve deel – is uitgevoerd in het kader van het programma Kwaliteit van zorg in de geestelijke gezondheidszorg van ZorgOnderzoek Nederland (ZON). Dit programma wil de ontwikkeling en borging van kwaliteit in de GGZ bevorderen. Dit onderzoek wil daar een bijdrage aan leveren door inzicht te geven in de mate waarin instrumenten en indicatoren voor kwaliteit in de GGZ zijn ingevoerd en samenhangen te beschrijven die kunnen laten zien welke factoren van belang zijn voor een goed kwaliteitsbeleid.

Samen met de resultaten uit de kwalitatieve studie biedt het project een state-of-the-art van de waarde en het gebruik van relevante instrumenten en indicatoren voor kwaliteitszorg.

De gegevens waarop dit tweede, kwantitatieve, rapport zich baseert zijn verzameld in een aparte studie naar de stand van zaken in alle Nederlandse Gezondheidszorginstellingen. De resultaten van deze studie, waarin de GGZ als sector wordt vergeleken met andere sectoren zoals ziekenhuizen, verpleeghuizen, heeft als titel: Kwaliteitssystemen in Zorginstellingen: de stand van zaken in 2000 (Sluijs en Wagner, 2000).

Beide onderzoeken (zowel het kwalitatieve als het kwantitatieve) werden begeleid door een commissie bestaande uit de volgende personen:

- dhr. G.H. ter Avest, Psychiatrisch Ziekenhuis Veldwijk
- mw. M. Bot (voorzitter), Stichting De Meren
- dhr. J. Brinkmann, GGZ Nederland
- dhr. T.A.W. van der Schoot, Inspectie voor de Gezondheidszorg
- dhr. J. Schlärmann, NP/CF.
- mw. M. Steketee, Verwey-Jonker Instituut
- mw. M. van der Wolf-Timmermans, Vindicta RIBW's

Wij danken de leden van de begeleidingscommissie voor hun bijdragen. Onze dank gaat ook uit naar mw. Dr. E.M. Sluijs, die het GGZ-specifieke deel van de vragenlijst ontwikkeld heeft.

Utrecht, 1 mei 2000

1 Inleiding

1.1 *Achtergrond en doel van het onderzoek*

Ruim tien jaar geleden, tijdens de Leidschendamconferenties van 1989 en 1990, hebben zorginstellingen afgesproken dat ze kwaliteitssystemen gingen invoeren.

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 (Sluijs en Wagner, 2000). Vijf jaar geleden, tijdens de Leidschendamconferentie van 1995, bleek dat het ontwikkelen van kwaliteitssystemen meer tijd kost dan men aanvankelijk verwachtte. Er werd afgesproken door te gaan met het ontwikkelen van kwaliteitssystemen. Tijdens de vierde Leidschendamconferentie, in mei 2000, zal opnieuw naar de stand van zaken gekeken worden. Ter voorbereiding op deze conferentie is een onderzoek gedaan naar de stand van zaken over alle Nederlandse zorginstellingen. De stand van zaken wordt beschreven in het rapport 'Kwaliteitssystemen in Zorginstellingen: de stand van zaken in 2000' (Sluijs en Wagner, 2000).

Ter ondersteuning van het kwaliteitsbeleid binnen de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg bestond de behoefte de in de brede studie verzamelde gegevens voor deze sector nader te beschrijven. Doel van het onderhavige onderzoek is dan ook een beschrijving te geven van de ontwikkelingen en stand van zaken van het kwaliteitsbeleid binnen de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.

Omdat de geestelijke gezondheidszorg uit instellingen bestaat die verschillende typen zorg leveren, worden de volgende deelsectoren onderscheiden:

- Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuizen (APZ)
- Regionale Instellingen Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (Riagg)
- Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW)
- Medisch kinderdagverblijven/-tehuizen (MKD/T).

In toenemende mate bundelen instellingen uit verschillende deelsectoren zich tot één organisatie. Dit type organisaties wordt in dit rapport aangeduid met de term 'geïntegreerde instelling'. Daarnaast vormen de instellingen voor verslavingszorg een aparte categorie. Bij de beschrijving van de ontwikkelingen en stand van zaken zal gekeken worden naar verschillen tussen de

typen instellingen. In het vervolg van dit rapport zal gesproken worden over zes deelsectoren (APZ, Riagg, RIBW, MKD/T, geïntegreerde instelling, verslavingszorg). Alle instellingen samen worden in dit rapport verder aangeduid met de term GGZ.

1.2 *Aandachtsgebieden van kwaliteitszorg*

Bij het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem ontlenen instellingen doorgaans houvast aan een bepaald model. Een dergelijk model beschrijft welke onderdelen of aandachtsgebieden uit de organisatie bijdragen aan kwaliteitszorg. In de GGZ worden meerdere modellen gehanteerd, zoals het IIT-model van de branche-organisatie GGZ Nederland, het INK-model, het algemene HKZ-model en modellen ontwikkeld door cliëntenorganisaties. In 1997 is GGZ Nederland gestart met het organiseren van interinstitutionele toetsingen. Ten behoeve van deze toetsingen is een model ontwikkeld (GGZ Nederland, 1997), waarbij het algemene model van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) als uitgangspunt is genomen. Een ander model dat binnen de GGZ gehanteerd wordt is het INK-model van het Instituut Nederlandse Kwaliteitsprijs.

De modellen verschillen wat betreft hun functie en insteek. Het INK-model staat in de traditie van Total Quality Management en 'business excellence'. De roots liggen bij de Amerikaanse Baldrige Award en in de resultaatgerichte profitorganisaties. Instellingen gebruiken het model om hun eigen manier van werken en de resultaten die dit oplevert systematisch te beoordelen en tot een bepaling van de eigen positie te komen, als basis voor een verdere opbouw en verbetering van hun kwaliteitsbeleid. De zelfevaluatie vormt een basis voor interne en externe audits. Het HKZ-model komt voort uit de wens in de zorgsector om tot harmonisatie te komen van verschillende kwaliteitsbeoordelingen. Het model omvat de standaarden van de International Standardization Organization (ISO), maar voegt daaraan aanvullende en nieuwe elementen toe waardoor het past bij de werkwijzen van instellingen in de zorgsector. Het model geeft het primaire proces een centrale plaats in het kwaliteitsbeleid: de zorg aan de cliënt wordt gezien als het essentiële proces in de zorg, waar andere processen om draaien. In de GGZ-uitwerking worden kwaliteitscriteria geformuleerd waaraan het primaire proces en randvoorwaardelijke processen in de organisatie zouden moeten voldoen om tot goede kwaliteit van zorg te komen (van Ooyen-Houben et al, 1998; Place et al, 1999). Ook aan uitkomsten wordt aandacht

besteed. Het model wordt momenteel gebruikt voor interinstitutionele toetsingen in GGZ-instellingen.

Behalve de verschillen hebben de modellen overeenkomsten. Enkele belangrijke zijn: het belang dat wordt gehecht aan het werken volgens de kwaliteitscyclus, heldere procesbeschrijvingen, duidelijkheid van beleid, en het belang van de inbreng en mening van klanten. Wat betreft aandachtsgebieden en kwaliteitsaspecten lopen de modellen niet veel uiteen. Waar zij van elkaar verschillen kunnen ze elkaar aanvullen.

In dit onderzoek zijn we uitgegaan van zes aandachtsgebieden waarin zowel die van het INK- als die van het HKZ-model kunnen worden ondergebracht. Het zijn de volgende:

Randvoorwaardelijke processen

1. Beleid en organisatie. Hier gaat het om processen op instellingsniveau, waarbij op basis van interne en externe omstandigheden en ontwikkelingen duidelijke visies, doelstellingen en plannen worden uitgewerkt, uitgevoerd en getoetst.
2. Personeelsmanagement. Dit aandachtsgebied betreft de wijze waarop medewerkers bij het kwaliteitsbeleid worden betrokken en hoe hun deskundigheid wordt bevorderd.
3. Middelenmanagement. Dit betreft de inzet van middelen om tot goede kwaliteit van zorg te komen.

Het primaire proces

1. Management van processen op programma- of afdelingsniveau. Hier gaat het om procesbeheersing door bevordering van systematisch en planmatig werken en het gebruiken van informatie (indicatoren) over hulpvragen, processen en uitkomsten van de zorg om verbeteringen en vernieuwingen aan te brengen.
2. Management van het primaire proces. Dit betreft het systematisch en cyclisch werken in individuele zorgprocessen.

Effecten van kwaliteitssystemen

1. Effecten van kwaliteitssystemen. In dit aandachtsgebied gaat het om de resultaten van kwaliteitszorg, die kunnen worden uitgedrukt in waardering door betrokkenen (klanten, medewerkers), bedrijfsresultaten en klinische resultaten.

De eerste drie aandachtsgebieden betreffen randvoorwaardelijke processen in de organisatie. Deze drie aandachtsgebieden beïnvloeden het primaire proces, de kernactiviteit van de instelling. Het vierde en vijfde aandachtsgebied hebben een directere betrekking met het primaire proces. Ze vertegenwoordigen twee abstractieniveaus: het programma- of afdelingsniveau en het individuele (cliënt-hulpverlener) niveau. Het laatste aandachtsgebied betreft de resultaten van het kwaliteitssysteem. Het meten van resultaten is essentieel voor het verkrijgen van de benodigde feedback. Hierdoor ontstaat een cyclisch proces van meten en bijsturen.

Binnen elk aandachtsgebied kan de instelling kwaliteitsinstrumenten inzetten.

Een kwaliteitsinstrument wordt gedefinieerd als een methode of procedure om de kwaliteit van zorg op een systematische wijze te bewaken en te verbeteren. Kwaliteitsinstrumenten kunnen ingedeeld worden naar normerende en toetsende en verbeterende instrumenten. Een normerend instrument geeft aan hoe gehandeld zou moeten worden. Een toetsend of verbeterend instrument is een manier om het handelen te toetsen aan eerder gestelde doelen of normen, en om verbeteringen door te voeren. In combinatie vormen deze instrumenten een cyclus van normeren, toetsen en verbeteren: een kwaliteitscyclus.

1.3 *Ontwikkelingsfasen voor kwaliteitssystemen*

Wagner et al (1995) onderscheiden in de ontwikkeling van kwaliteitssystemen verschillende fasen. Deze fasering is in 2000 in overleg met deskundigen uit het veld aangepast aan de huidige inzichten in kwaliteitsbeleid (Sluijs en Wagner, 2000). Wagner et al (1995) toonden aan dat kwaliteitssystemen in een bepaalde ontwikkelingsvolgorde vormgegeven werden. Er werden vier fasen onderscheiden:

1. Oriëntatie/bewustwordingsfase (fase 0). In deze fase begint een instelling zich te oriënteren op kwaliteitszorg. Daarbij begint men met bijvoorbeeld de missie op schrift te zetten. Ook wordt het belang van voortdurende vakinhoudelijke scholing van hulpverleners onderkend. Gestart wordt met het protocolleren van specifieke onderdelen van het zorgproces.
2. Voorbereidende fase (fase 1). In deze fase staat men aan het begin van de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid. Men start veelal met het opstellen van actieplannen of kwaliteitswerkplannen. Een stuurgroep wordt ingesteld evenals commissies of werkgroepen die uitvoering aan het kwali-

teitsbeleid geven. Het management en een aantal medewerkers volgen cursussen om te worden geschoold in kwaliteitszorg.

3. Procesbeheersing (fase 2). Nu worden er 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 cliënten 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.
4. Samenhang en verankering (fase 3). 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 cliënt 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 op basis waarvan het beleid en de procedures worden aangepast. Kortom: men werkt met de kwaliteitskringloop. Als deze laatste fase is bereikt kan de instelling formeel een ISO-certificaat verwerven.

1.4 *Vraagstellingen en leeswijzer*

Het doel van deze studie is een overzicht te geven van de stand van zaken en ontwikkeling van kwaliteitssystemen in de GGZ. De volgende vragen worden beantwoord:

1. Wat is de stand van zaken voor wat betreft het kwaliteitsbeleid in de instellingen?

De stand van zaken wordt beschreven aan de hand van de in paragraaf 1.3 onderscheiden aandachtsgebieden. De randvoorwaardelijke processen in de organisatie (beleid en organisatie, personeelsmanagement, middelenmanagement) worden beschreven in hoofdstuk 3. Het management van het primaire proces (op programma- of afdelingsniveau en op individueel niveau) staat centraal in hoofdstuk 4. En in hoofdstuk 5 worden de effecten van kwaliteitssystemen beschreven.

2. Welke rol spelen cliënten in het kwaliteitsbeleid van de instellingen?

Tijdens de Leidschendam-conferentie in 1995 is afgesproken dat de inbreng van cliënten een speciaal aandachtsgebied is. Daarom wordt in hoofdstuk 6 de rol van cliënten in het kwaliteitsbeleid belicht.

3. Welke ontwikkelingen zijn zichtbaar in de instellingen?

Subvragen daarbij zijn:

a. Welke verschillen in voortgang zijn er tussen de deelsectoren in de GGZ?

Hierbij wordt onderscheid gemaakt in Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ), Regionale instellingen ambulante geestelijke gezondheidszorg (Riagg), Regionale Instellingen voor Beschermd wonen (RIBW's), Verslavingszorg, Medisch Kinderdagverblijven/-tehuizen (MKD/T), en geïntegreerde instellingen.

b. Welke veranderingen zijn er in het kwaliteitsbeleid opgetreden sinds 1995?

c. In welke ontwikkelingsfase bevindt het kwaliteitsbeleid zich?

Deze vragen staan centraal in hoofdstuk 7.

4. Waar is het toekomstig kwaliteitsbeleid van de instellingen op gericht?

In hoofdstuk 8 wordt nader ingegaan op het kwaliteitsbeleid en de prioriteiten van instellingen in de nabije toekomst.

Alvorens de resultaten te presenteren, wordt in het volgende hoofdstuk (hoofdstuk 2) de methode van onderzoek beschreven: de vragenlijst, de wijze waarop de vragenlijst is ontwikkeld en afgenomen, de respondenten en het responspercentage en de gebruikte analysemethoden.

2 Onderzoeksmethode

2.1 *Inleiding*

Ter voorbereiding van de vierde kwaliteitsconferentie in 2000 is een groot-schalige inventarisatie gedaan naar kwaliteitssystemen in de Nederlandse gezondheidszorginstellingen (Sluijs en Wagner, 2000). In dat onderzoek werden alle sectoren in de gezondheidszorg betrokken, waaronder de geestelijke gezondheidszorg, en is een herhaling van een in 1995 gehouden onderzoek gedaan. Om na te kunnen gaan wat er zoal veranderd is in de afgelopen vijf jaren, zijn de vragen uit de kern van de vragenlijst nagenoeg hetzelfde gebleven. Daarnaast is in 2000 voor de GGZ-instellingen, in overleg met GGZ Nederland en gebaseerd op deel 1 van dit onderzoek, een aantal vragen toegevoegd die specifiek betrekking hebben op de GGZ en waar de sector meer over wilde weten. In het onderzoek dat in onderhavig rapport beschreven wordt, is gebruikgemaakt van de gegevens uit bovengenoemd onderzoek.

2.2 *De vragenlijst*

De vragenlijst bevatte voornamelijk gesloten vragen en is opgenomen in bijlage 1. De kern van de vragenlijst bestaat uit vragen die vergelijkbaar zijn met 1995 en is verdeeld over een aantal onderdelen (zie ook Sluijs en Wagner, 2000):

- het kwaliteitsbeleid en de documenten (8 items);
- personeelsbeleid (12 items);
- procesbeheersing door normering en protocollering (8 items);
- procesbewaking en -verbetering via deelsystemen (16 items);
- betrokkenheid van patiënten en cliënten (7 items);
- effecten van kwaliteitssystemen (26 items).

Vervolgens is in overleg met de koepel/branche-organisaties in de Nederlandse gezondheidszorg een aantal vragen toegevoegd (voor de verantwoording van de gevolgde procedure zie Sluijs en Wagner, 2000). 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 een 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?
- Beschikt u over protocollen (waarbij een reeks protocollen werd voorgelegd)?
- Gebruikt u indicatoren voor monitoring (waarbij een reeks indicatoren werd voorgelegd)?

Omdat, in overleg met de begeleidingscommissie, gekozen is voor een model van kwaliteitszorg (namelijk een integratie van het INK en HKZ-model, zie ook inleiding) worden de items niet conform de volgorde van de vragenlijst beschreven. Hieronder wordt steekwoordgewijs een aantal instrumenten genoemd behorend bij de diverse aandachtsgebieden. Voor een nadere verantwoording van deze indeling en voor de waarde van de diverse instrumenten in het kwaliteitsbeleid wordt verwezen naar het eerste deelrapport (Place et al, 2000).

Beleid en organisatie: missie op schrift, kwaliteitswerkplan, kwaliteitshandboek, klachtenreglement en behandeling, interne en extern audits, benchmarking.

Personeelsmanagement: deskundigheidsbevordering en scholing, functioneringsgesprekken, exitgesprekken.

Middelenmanagement: begrotingen.

Management van processen op programma- of afdelingsniveau: productomschrijvingen, kwaliteitswerkplannen op programma- of afdelingsniveau, verbeterprojecten.

Management van het primaire proces: protocollen, intervisie, supervisie.

Effecten van kwaliteitssystemen: waardering van cliënten en medewerkers, bedrijfsresultaten, klinische resultaten.

2.3 Respons

De vragenlijst is gestuurd naar de directie c.q. het management van alle GGZ-instellingen in Nederland. De adressenlijst is verstrekt door GGZ Nederland. GGZ Nederland heeft tevens een aanbevelingsbrief geschreven die met elke vragenlijst is meegestuurd. Voor een zuivere vergelijking met

1995 werd ernaar gestreefd instellingen uit 1995 opnieuw te enquêteren.

Omdat er sinds 1995 veel fusies zijn geweest was het echter niet altijd duidelijk welke instellingen van de nieuwe adressenlijst ook nog terug te vinden waren op de adressenlijst van 1995. Daarom is de vragenlijst ook gestuurd naar de instellingen op de adressenlijst van 1995. Hierdoor kregen bepaalde instellingen meerdere vragenlijsten. In de begeleidende brief werd gewezen op deze mogelijkheid met het verzoek in zo'n geval één vragenlijst in te vullen.

De instellingen hebben twee reminders ontvangen, een schriftelijke na een maand en een telefonische na weer drie weken. In het totaal zijn 248 instellingen in de GGZ benaderd en zijn 144 vragenlijsten ingevuld geretourneerd. De respons komt hiermee op 59%. Dit is iets lager dan de respons over alle instellingen in de gezondheidszorg, die 66% is (Sluijs en Wagner, 2000).

In de vragenlijst is gevraagd welk type zorg de instelling levert. Daarbij kon men kiezen uit de volgende categorieën: APZ-zorg, PAAZ-zorg, Riagg-zorg, RIBW-zorg, Verslavingszorg, MKD/T-zorg. Op deze manier werden de instellingen ingedeeld in deelsectoren. Indien bij een instelling meerdere zorgtypen aangekruist zijn, wordt de instelling beschouwd als een 'geïntegreerde instelling'. De 144 responderende instellingen betreffen de volgende deelsectoren:

28 Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ)

24 Regionale instellingen ambulante geestelijke gezondheidszorg (Riagg)

25 Regionale Instellingen voor Beschermd wonen (RIBW's)

19 Instellingen voor verslavingszorg

17 Medisch Kinderdagverblijven/-tehuizen (MKD/T)

31 Geïntegreerde instellingen.

2.4 *Aanpak van de analyses*

Allereerst wordt beschreven hoeveel instellingen bepaalde kwaliteitsactiviteiten ingevoerd hebben (vraagstelling 1). De percentages in de tabellen zijn berekend op grond van het aantal instellingen dat betreffende vraag heeft beantwoord. Daarom verschilt het totaal aantal instellingen (N) per vraag.

Ook de rol van de cliënten (vraagstelling 2) en de toekomstplannen van de instellingen (vraagstelling 4) worden beschreven aan de hand van percentages. Evenals bij vraagstelling 1 zijn de percentages berekend op grond van het aantal instellingen dat betreffende vraag heeft beantwoord en verschilt

daardoor het totaal aantal instellingen (N) per vraag.

De verschillen tussen de deelsectoren (vraagstelling 3a) zijn getoetst met chi-kwadraat toetsen, waarbij telkens één sector vergeleken wordt met de overige sectoren. Er wordt gesproken over een significante afwijking indien de p-waarde kleiner of gelijk is aan 0,05.

Veranderingen ten opzichte van 1995 (vraagstelling 3b) zijn beschreven voor de instellingen die zowel in 1995 als in 2000 een vragenlijst hebben ingevuld. Dit zijn in het totaal 64 instellingen. Deze groep wijkt enigszins af van de totale groep instellingen: Riagg's en RIBW's zijn oververtegenwoordigd, terwijl MKD/T's en geïntegreerde instellingen ondervertegenwoordigd zijn. De 64 instellingen wijken niet statistisch significant af van de andere instellingen wat betreft de omvang van de instelling uitgedrukt in fte's. Ook zijn er geen significante verschillen wat betreft de beschikbaarheid van een apart budget voor kwaliteitsbeleid, van een aparte kwaliteitsfunctionaris, en de aanwezigheid van een stuurcommissie voor kwaliteitsbeleid.

Verschillen tussen 1995 en 2000 zijn getoetst met de McNemar test voor verschillen tussen afhankelijke groepen. Ook hier is weer een significantieniveau van 0,05 gehanteerd.

Ten slotte wordt gekeken naar de 'ontwikkelingsfase' waarin het kwaliteitsbeleid verkeert (vraagstelling 3c). Met behulp van chi-kwadraat analyses wordt gekeken naar relaties tussen fase en de effecten van kwaliteitszorg. We baseren ons daar op het in 1995 door Wagner et al gehanteerde model over de ontwikkeling in kwaliteitssystemen. Dit model is in 2000 in overleg met deskundigen uit het veld aangepast aan de huidige inzichten in kwaliteitsbeleid (Sluijs en Wagner, 2000). Deze fase-indeling is door Wagner et al (1995) toegepast op vijf aandachtsgebieden van een kwaliteitssysteem. Deze vijf aandachtsgebieden zijn in het onderzoek van 1995 via factoranalyses vastgesteld. Hieronder wordt kort ingegaan op de aandachtsgebieden en de wijze waarop de fase-indeling daarop wordt toegepast. Voor een precieze indeling van de fasen, zoals toegepast in dit onderzoek, wordt verwezen naar bijlage 2. De vijf aandachtsgebieden die onderscheiden worden zijn (Wagner et al, 1995; Sluijs en Wagner, 2000): beleid en strategie, personeelsbeleid, procesbeheersing door normering, procesbeheersing door deelsystemen, participatie van cliënten.

3 Randvoorwaardelijke processen in de organisatie

In dit hoofdstuk wordt de stand van zaken besproken wat betreft de aandachtsgebieden die betrekking hebben op randvoorwaardelijke processen in de organisatie (onderdeel van vraagstelling 1). In paragraaf 3.1 staat het aandachtsgebied 'beleid en organisatie' centraal. Wat de instellingen ondernemen op het gebied van personeels- en middelenmanagement staat centraal in de paragrafen 3.2 en 3.3.

3.1 *Beleid en organisatie*

Het management¹ van een instelling is uiteindelijk verantwoordelijk voor het kwaliteitsbeleid. In deze paragraaf gaan we nader in op de manier waarop het management het kwaliteitsbeleid aanpakt. Zij kan een aantal zaken schriftelijk vastleggen, zoals de visie van het management op kwaliteitszorg en de voorwaarden voor goede zorg. Het kwaliteitsbeleid kan uiteengezet worden in een kwaliteitswerkplan. Middels een kwaliteitsjaarverslag kan de instelling naar buiten toe inzichtelijk maken wat men aan kwaliteit heeft gedaan. Het kwaliteitsbeleid van de instelling kan getoetst worden door audits, visitaties en dergelijke. Een management informatiesysteem biedt het management handvatten voor het (verder) verbeteren van de kwaliteit van de zorg. In deze paragraaf wordt de stand van zaken weergegeven met betrekking tot activiteiten op het gebied van beleid en organisatie in de GGZ. Voordat ingegaan wordt op de instrumenten die instellingen inzetten, wordt gekeken naar de modellen die in de GGZ gebruikt worden en de personen die binnen de instellingen het kwaliteitsbeleid stimuleren.

Inrichting van het kwaliteitsbeleid

Bij het vormgeven aan een integraal kwaliteitsbeleid kunnen modellen een belangrijke steun zijn. In tabel 3.1 wordt een overzicht gegeven van de gebruikte modellen. Hierbij is het zowel mogelijk dat een instelling gebruik maakt van één model bij de inrichting van het kwaliteitssysteem, als van combinaties van modellen. Uit de tabel is af te leiden dat men het meest gebruik maakt van het INK-model (60%) en het GGZ-model voor interimstitutionele toetsing (53%). Dit laatste model is gebaseerd op het HKZ-

¹ Met management worden leidinggevendenden aangeduid: afdelings-, cluster- of sectorhoofden, directies en raden van bestuur.

model. Het algemene, niet specifiek voor de GGZ uitgewerkte, HKZ-model wordt minder gehanteerd.

Tabel 3.1 Gebruikte modellen bij de inrichting van het kwaliteitssysteem (N=137)

	<i>Totaal %</i>
INK - Instituut Nederlandse Kwaliteit	60
GGZ -interinstitutionele toetsing IIT	53
HKZ -Harmonisatiemodel van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector	29
LPR of NP/CF -Kwaliteitscriteria vanuit cliëntenperspectief	15
ISO - International Standards of Organisation	12
BSC - Balanced Score Card	12
anders	18
geen keuze gemaakt	5

Door 15% van alle instellingen wordt enkel het INK-model gebruikt, 14% hanteert alleen het GGZ-model voor interinstitutionele toetsing, en 4% alleen het algemene HKZ-model. Maar de meeste instellingen gebruiken meerdere modellen. Ruim de helft (58%) van alle instellingen hanteert één van deze drie modellen samen met een ander model.

'Trekking' van kwaliteitsbeleid

In tabel 3.2 wordt aangegeven wie 'trekking' zijn van het kwaliteitsbeleid binnen een instelling. Uit de tabel blijkt dat de belangrijkste trekking in de lijnfuncties zitten en dat het dan gaat om de leidinggevend: in 81% van de instellingen is de directie een belangrijke 'trekking' van kwaliteitszorg. Ook hoofden en leidinggevend zijn vaak 'trekking' (33%), terwijl de professionals en medewerkers minder vaak de trekkingrol vervullen (23%). Ter stimulering van het kwaliteitsbeleid wordt veelal gekozen voor een kwaliteitsfunctionaris (58%) of een stuurgroep (35%). Er wordt weinig gebruik gemaakt van een extern bureau (1%).

Tabel 3.2 'Trekkers' van kwaliteitszorg (N=144)

	<i>Totaal %</i>
directie of management	81
kwaliteitsfunctionaris	58
stuurgroep/commissie	35
hoofden/leidinggevenden	34
professionals/medewerkers	23
extern bureau/adviseur	1
niemand in het bijzonder	1
anders	15

Activiteiten

Tabel 3.3 geeft een overzicht van de mate waarin de instelling over documenten beschikt. Het overgrote deel (89%) heeft een privacy-reglement. Dus ondanks de wettelijke plicht, geeft 11% van de instellingen aan geen privacy-reglement te hebben. Vrijwel alle instellingen hebben de missie van de instelling schriftelijk vastgelegd (88%). Ook lijkt het hebben van een dossierreglement en registratieregels vrij vanzelfsprekend. De instellingen die dergelijke documenten nog niet bezitten geven vrijwel allemaal aan er wel mee bezig te zijn.

Slechts 18% van de instellingen beschikt over een kwaliteitshandboek. Dit is niet verwonderlijk als men er vanuit gaat dat voorafgaande aan het samenstellen van een kwaliteitshandboek procedures en protocollen aanwezig moeten zijn. Overigens zegt 49% van de instellingen bezig te zijn met de ontwikkeling van een kwaliteitshandboek.

Tabel 3.3 Percentage instellingen dat ondergenoemde documenten bezit

	<i>Nee</i>	<i>In ontwikkeling</i>	<i>Ja</i>	<i>N</i>
privacyreglement	4	6	89	144
missie op schrift	3	9	88	144
dossierreglement	5	19	75	140
registratieregels	15	19	66	131
kwaliteitsbeleid op schrift	12	29	58	144
kwaliteitswerkplan op instellingsniveau	10	42	48	144
interne gedragscode	42	24	44	139
professioneel statuut	59	18	23	133
kwaliteitshandboek	33	49	18	142

Tabel 3.4 Percentage instellingen dat met ondergenoemde toetsende en verbeterende instrumenten werkt (percentages)

	<i>Totaal %</i>	<i>N</i>
klachtenanalyse	91	131
periodiek overleg met cliëntenraad	84	143
kwaliteitsjaarverslag	79	143
management informatie systeem	78	142
commissies (zoals FONA/MIP)	75	143
interinstitutionele toetsing	50	142
benchmarking (spiegelinformatie)	46	143
interne audit (interne beoordeling van kwaliteitssysteem)	45	141
visitatie door beroepsgroepen	18	122
visitatie door cliënten	11	122
beoordeling door extern instituut (certificerende instelling of INK-audit)	8	122

Tabel 3.4 bevat een aantal instrumenten dat het management ter beschikking staat om het kwaliteitsbeleid van de instelling te toetsen en te verbeteren. Uit de tabel blijkt dat 91% van de instellingen de klachten analyseert en in 84% van de instellingen periodiek overleg met de cliëntenraad plaatsvindt. Een deel van de instellingen geeft echter aan dat het raadplegen van de cliëntenraad en de klachtanalyses nog onvoldoende gebruikt worden voor bijsturing van het beleid (resp. 35% en 54%, niet in tabel). Een opmerking hierbij is dat het hebben van een cliëntenraad verplicht is gesteld in de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (1996). De aanwezigheid van een klachtenreglement is verplicht door middel van de Wet Klachtrecht Cliënten Zorginstellingen (1995).

De meeste instellingen beschikken over een kwaliteitsjaarverslag (79%). Eigenlijk is dit nog weinig omdat sinds de Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996) het wettelijk verplicht is tot het uitbrengen van een dergelijk verslag.

Ruim driekwart van de instellingen (78%) bezit een Management Informatie Systeem, maar dit wordt nog niet systematisch gebruikt voor bijsturing: 56% vindt dat de resultaten nog onvoldoende benut worden (niet in tabel). Ook functioneren in driekwart van de instellingen (75%) één of meerdere commissies die geregistreerde gegevens periodiek analyseren. Veelal (45%) gebeurt dit cyclisch. Andere vormen van toetsing zijn minder gebruikelijk. De helft van de instellingen heeft ervaring met interinstitutionele toetsing (50%). Ook heeft 45% interne audits georganiseerd om het kwaliteitsbeleid te toetsen en te verbeteren. Meestal zijn interne audits en interinstitutionele toetsing nog geen cyclische activiteit. Veel minder erva-

ring is opgedaan met visitaties en beoordelingen door externe instituten.

Het aantal instellingen dat benchmarking toepast (46%), lijkt vrij groot. In de vragenlijst is benchmarking als volgt omschreven: 'de instelling spiegelt haar functioneren aan andere instellingen om verbeteringen te realiseren'. Vrijwel altijd wordt aangegeven dat men er weliswaar mee bezig is maar dat de resultaten onvoldoende gebruikt worden voor bijsturing (42%).

Eén van de afspraken van de Leidschendamconferentie van 1995 was dat samenwerkende zorgaanbieders meer aandacht aan ketenkwaliteit zouden besteden. Tien procent van de instellingen geeft aan dat de vraag naar ketenkwaliteit voor hen niet van toepassing is. De meerderheid van de instellingen (57%) zegt niets aan gezamenlijke kwaliteitsbewaking te doen. De overige instellingen (33%) hebben wel gezamenlijke kwaliteitsactiviteiten. Hierbij gaat het voornamelijk om een gezamenlijke visie op schrift en protocollen voor overdracht van cliënten en afspraken over verantwoordelijkheden. Gezamenlijke evaluaties van de ketenzorg komen nog nauwelijks voor.

Samenvatting

We kunnen concluderen dat vrijwel alle organisaties bezig zijn met kwaliteitsbeleid. Veelal heeft men een keuze gemaakt het kwaliteitsbeleid volgens een bepaald model vorm te geven. Lijnfunctionarissen, en met name de directie en leidinggevendenden binnen de lijn, zijn trekkers van het kwaliteitsbeleid. In ruim de helft van de instellingen wordt het kwaliteitsbeleid (mede) getrokken door een kwaliteitsfunctionaris.

De meeste instellingen hebben hun missie schriftelijk vastgelegd. De wijze waarop men richting geeft aan het kwaliteitsbeleid staat bij tweederde van de instellingen op papier. Eenderde heeft dus nergens vastgelegd wat het kwaliteitsbeleid inhoudt en hoe men de doelen denkt te bereiken. Nog minder frequent vindt het kwaliteitsbeleid zijn neerslag in de vorm van een kwaliteitshandboek. Het management geeft nadere sturing aan het kwaliteitsbeleid door kwaliteitsjaarverslagen, het instellen van commissies en in mindere mate via interinstitutionele toetsing en interne audit. Ook de mening van cliënten wordt daarbij betrokken, maar veel instellingen geven aan dat deze betrokkenheid in het beleid nog onvoldoende is.

De laatste jaren zijn er een aantal wetten tot stand gekomen ter versterking van de rol van de cliënt. Opmerkelijk is dat er nog steeds instellingen zijn die aangeven onvoldoende systematisch gebruik te maken van de adviezen van de cliëntenraad. Ook is opmerkelijk dat ruim de helft van de

instellingen de klachten van cliënten onvoldoende gebruikt voor bijsturing van het beleid. Eén op elke vijf instellingen heeft geen kwaliteitsjaarverslag en één op elke tien instellingen heeft nog geen privacy-reglement.

3.2 *Personeelsmanagement*

In deze paragraaf gaat het om de wijze waarop de organisatie omgaat met het personeel. Uiteindelijk zijn het immers de medewerkers¹ die kwalitatief goede zorg moeten geven. Het is derhalve belangrijk het personeel daartoe te stimuleren en ze daarbij de benodigde ondersteuning te geven.

Personeelsbeleid gericht op kwaliteitsbeleid

In tabel 3.5 wordt een overzicht gegeven van verschillende maatregelen die door instellingen worden genomen om kwaliteitszorg te stimuleren onder hun medewerkers. Uit de tabel kan worden afgeleid dat de mogelijkheden voor personeel om zich verder te ontwikkelen op het gebied van kwaliteit in de meeste gevallen aanwezig zijn. Vrijwel alle instellingen (91%) melden dat medewerkers gestimuleerd worden om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen. Ook kunnen medewerkers in 83% van de instellingen binnen werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten. Medewerkers voorzien van systematische feedback over de bereikte resultaten is veel minder gebruikelijk (23%).

Scholing van medewerkers en leidinggevenden vindt in resp. 69% en 73% van de instellingen plaats. Bij nieuw personeel lijkt minder aandacht te zijn voor kwaliteitszorg. Bij nieuwe medewerkers wordt in 33% van de gevallen geselecteerd op positieve attitude ten aanzien van kwaliteitszorg. In slechts 7% van alle instellingen worden nieuwe medewerkers geschoold in kwaliteitszorg.

In ruim de helft van de instellingen geeft de directie expliciet sturing aan de kwaliteitsactiviteiten. Dit gebeurt door duidelijk te maken wat de verwachtingen zijn van medewerkers in het kader van het kwaliteitsbeleid (62%), de uitvoering van werkplannen te bewaken (54%) en te controleren of medewerkers zich aan gemaakte afspraken houden (47%).

¹ Met 'medewerkers' worden hulpverleners, begeleiders, therapeuten en behandelaars bedoeld.

De instelling kan feedback krijgen op het personeelsbeleid door regelmatig functioneringsgesprekken te houden. Ook kan feedback verkregen worden door exit-gesprekken met vertrekkende medewerkers. Op grond van deze informatie kan men het personeelsbeleid verbeteren. Nagenoeg overal (99%, niet in tabel) worden functionerings- of beoordelingsgesprekken gehouden, maar deze gesprekken worden nog niet overal systematisch gebruikt voor bijsturing van het beleid. In 43% van de instellingen wordt aangegeven dat er onvoldoende met de gesprekken gedaan wordt. Bijna de helft (49%) van de instellingen zegt exit-gesprekken te houden (niet in tabel).

Tabel 3.5 Percentage instellingen dat de volgende maatregelen treft op het gebied van personeelsbeleid (N=143)

	<i>Totaal %</i>
<i>Stimulering</i>	
Medewerkers* worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen	91
Medewerkers kunnen binnen werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten	82
Medewerkers ontvangen systematische feedback over de bereikte resultaten	23
<i>Selectie en scholing</i>	
Scholing van management en leidinggevenden	73
Scholing van medewerkers	69
Scholing naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid	51
Selectie van nieuw personeel met een positieve attitude ten aanzien van kwaliteitszorg	33
Nieuwe medewerkers worden geschoold in kwaliteitszorg	7
<i>Sturing</i>	
Directie** geeft aan wat van medewerkers wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling	62
Directie bewaakt de werkplannen van afdelingen, diensten of voorzieningen	54
Directie toetst of medewerkers zich houden aan de, in het kader van het kwaliteitsbeleid, gemaakte afspraken	46

* Medewerkers staat ook voor professionals

** Directie staat ook voor leiding en management

Samenvatting

Terwijl een ruime meerderheid van de instellingen aangeeft dat medewerkers gestimuleerd worden mee te doen aan kwaliteitsactiviteiten en scholing daarvoor krijgen, is het wat minder gebruikelijk dat de directie expliciet sturing geeft aan kwaliteitsactiviteiten. Ongeveer de helft van de directies maakt aan medewerkers duidelijk wat van hen verwacht wordt in het kader van het kwaliteitsbeleid, bewaakt werkplannen en gaat na of medewerkers

zich aan gemaakte afspraken houden. Er zijn weinig instellingen waar medewerkers systematisch feedback krijgen over de bereikte resultaten. Feedback op het personeelsbeleid krijgt men via functionerings- of beoordelingsgesprekken en, in mindere mate, via exit-gesprekken met vertrekkende medewerkers.

3.3 *Middelenmanagement*

In de literatuur over kwaliteitszorg wordt het middelenmanagement als één van de gebieden genoemd die relevant zijn bij een alomvattend kwaliteitsbeleid in een instelling. Middelenmanagement betreft het gebruik en beheer van de beschikbare middelen. Er is maar een beperkt budget en dat moet optimaal ingezet worden. Management moet bijvoorbeeld besluiten of men extra voorzieningen voor kwaliteitszorg vrijmaakt, door bijvoorbeeld een kwaliteitsfunctionaris in dienst te nemen. Ook zal het management moeten afwegen of medewerkers vrijgeroosterd kunnen worden voor kwaliteitsactiviteiten, waardoor ze minder tijd hebben voor directe hulpverlening. In deze paragraaf gaat het in de eerste plaats om de mate waarin instellingen middelen inzetten ten behoeve van het kwaliteitsbeleid. Het gaat daarbij om drie typen kostenposten: 1. de voorzieningen die getroffen worden om het kwaliteitsbeleid een impuls te geven, 2. de tijd die medewerkers vrijgeroosterd worden om te participeren in kwaliteitsactiviteiten, en 3. de kosten van diverse kwaliteitsactiviteiten (zoals verbeterprojecten). In de tweede plaats wordt ingegaan op de mate waarin instellingen inzicht hebben in de kosten van de diensten en producten die geleverd worden. Om een goede afweging te kunnen maken hoe de (beperkte) budgetten besteed worden is inzicht in dergelijke kosten nodig.

Extra voorzieningen

De eerste kostenpost zijn de extra voorzieningen die getroffen worden voor kwaliteitszorg. In tabel 3.6 wordt weergegeven welke aparte voorzieningen door instellingen worden getroffen om invulling te geven aan kwaliteitszorg. Slechts enkele instellingen (n=9, 6%) hebben geen aparte voorzieningen. Uit de tabel kan worden afgeleid dat in een groot deel van de instellingen (63%) een kwaliteitsfunctionaris aanwezig is. De helft (49%) heeft ook een stuurgroep kwaliteitszorg in het leven geroepen. Slechts 11% van de instellingen heeft een extern bureau ingeschakeld. Opvallend is het geringe percentage instellingen dat aangeeft een apart budget te hebben voor kwaliteitszorg: 31%.

Tabel 3.6 Percentage instellingen met aparte voorzieningen voor kwaliteitszorg (N=144)

	<i>Totaal %</i>
kwaliteitsfunctionaris	63
stuurgroep kwaliteitszorg	49
apart budget	31
extern bureau	11
anders	22
geen extra voorzieningen	6

De tweede kostenpost vormt de tijd die hulpverleners en medewerkers besteden aan allerlei kwaliteitsactiviteiten. De mate waarin werktijd van medewerkers wordt vrijgemaakt om deel te nemen aan activiteiten op het gebied van kwaliteitszorg is weergegeven in tabel 3.7. Bijna alle instellingen (94%) roosteren tijd in voor vakinhoudelijke na- en bijscholing. Ook is het vrij gebruikelijk om binnen de reguliere werktijd aandacht te besteden aan intervisie (87%) en casuïstiekbesprekingen (81%). Training in kwaliteitszorg blijft enigszins achter bij de overige activiteiten; in 19% van de gevallen wordt hiervoor tijd vrijgemaakt.

Tabel 3.7 Percentage instellingen dat voor professionele hulpverleners werktijd vrijmaakt voor activiteiten ten behoeve van kwaliteitsbeleid (N=143)

<i>tijd vrijmaken ten behoeve van:</i>	<i>Totaal %</i>
vakinhoudelijke na- bijscholing	94
intervisie	87
casuïstiekbesprekingen	81
ontwikkelen van richtlijnen/protocollen	76
werkbegeleiding	75
supervisie	64
participeren in verbeterteams	59
intercollegiale toetsing	46
training in kwaliteitszorg	19

Inzicht in de kosten van kwaliteitszorg

Om middelen efficiënt in te kunnen zetten is inzicht in de kosten van allerlei activiteiten die het ontwikkelen en invoeren van een kwaliteitsstelsel met zich meebrengen nodig. De kosten van deze activiteiten zijn te onderscheiden in preventiekosten (bijvoorbeeld scholing, procedures),

beoordelingskosten (bijvoorbeeld audits, certificering), en herstelkosten (bijvoorbeeld klachtafhandeling). In tabel 3.8 wordt een overzicht gegeven van de mate waarin instellingen inzicht hebben in preventiekosten (ofwel verbeterkosten). Hieruit blijkt dat driekwart van de instellingen (75%) inzicht heeft in de kosten van (een deel van) de kwaliteitsactiviteiten. Er bestaat met name inzicht in de kosten van scholing in kwaliteitszorg (70%).

Tabel 3.8 Percentage instellingen dat inzicht heeft in de kosten van verbeteractiviteiten (N=142)

	<i>Totaal %</i>
inzicht in kosten	75
<i>inzicht in kosten van:</i>	
scholing in kwaliteitszorg	70
inzicht in kosten verbeterprojecten	27
inzicht in kosten procedures/protocolen	19
inzicht in kosten intercollegiale toetsing	9

Inzicht in beoordelings- en herstelkosten is minder aanwezig bij instellingen, respectievelijk 39% en 38% (tabel 3.9 en tabel 3.10). Dan gaat het daarbij vooral om inzicht in de kosten van meningspeilingen, klachtenafhandeling en claims. In de kosten van overige beoordelings- en herstelactiviteiten bestaat nauwelijks inzicht.

Tabel 3.9 Percentage instellingen dat inzicht heeft in beoordelingskosten (N=142)

	<i>Totaal %</i>
inzicht in kosten	39
<i>inzicht in kosten van:</i>	
registreren van gegevens	22
interinstitutionele toetsing/visitaties	18
meningspeilingen/waarderingsonderzoeken	16
externe beoordeling door cliënten-/consumentenorganisaties	7
interne beoordelingen/audits	6
externe beoordeling i.v.m. certificering	5
complicatieregistratie	1

**Tabel 3.10 Percentage instellingen dat inzicht heeft in herstelkosten
(N=141)**

	<i>Totaal %</i>
inzicht in kosten	38
<i>inzicht in kosten van:</i>	
klachtenafhandeling	30
claims/schadevergoedingen	23
verlenging van behandelduur/ligduur	6
dubbel werk/inefficiënt werk	4
verspilling van materiaal	3
diagnostiek en behandeling door complicaties	1

Kostprijsberekeningen

Het maken van kostprijsberekeningen voor diensten en producten kan een ondersteuning bieden voor een weloverwogen inzet van middelen. Bij het kiezen van bepaalde kwaliteitsactiviteiten kan men nagaan of een daling van de kostprijs mogelijk is (bijvoorbeeld door efficiëntere zorgprocessen) of dat de prijs-kwaliteit verhouding gunstiger wordt. In tabel 3.11 wordt weergegeven in welke mate door instellingen gewerkt wordt met een intern kostprijsstelsel. Hieruit blijkt dat de meeste instellingen (49%) geen kostprijsberekeningen maken. Instellingen die dat wel doen (totaal 40%) hebben dit vooral per product en/of dienst.

Tabel 3.11 Percentage instellingen dat werkt met een intern kostprijsstelsel (N=140)

	<i>Totaal %</i>
onbekend	11
geen kostprijsstelsel	49
wel kostprijsberekening	40
<i>interne berekening van de kosten:</i>	
per product (bijv. dagbehandeling, maaltijdvoorziening)	30
per dienst (bijv. facilitaire dienst, verplegingsdienst)	23
van alle verrichtingen/activiteiten binnen het zorgproces	11
voor het totale zorgproces per cliëntcategorie	7

Samenvatting

Middelenmanagement verwijst naar het gebruik en beheer van de beschikbare middelen. Inzicht in de kosten van de verschillende activiteiten kan bijdragen tot een weloverwogen inzet van middelen. Vrijwel alle instellingen hebben aparte voorzieningen (bijvoorbeeld een kwaliteitsfunctionaris,

stuurgroep, apart budget) getroffen ten behoeve van het kwaliteitsbeleid. Ook hebben veelal medewerkers binnen hun aanstellingstijd ruimte voor kwaliteitsactiviteiten. Het gaat dan vooral om zaken die direct met het primaire proces te maken hebben zoals vakinhoudelijke bijscholing, intervisie en casuïstiekbesprekingen. Tijd voor trainingen in kwaliteitszorg is minder gebruikelijk. De meeste instellingen hebben geen inzicht in de kosten van allerlei kwaliteitsbevorderende activiteiten. Uitzondering daarop vormen de kosten voor de scholing van medewerkers en management in kwaliteitszorg, die bekend zijn bij zeven van de tien instellingen. Het maken van kostprijsberekeningen van diverse producten of activiteiten is nog vrij ongebruikelijk in de GGZ.

4 Het primaire zorgproces

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke instrumenten de instellingen inzetten die meer direct gerelateerd zijn aan het verloop van het primaire zorgproces (als onderdeel van vraagstelling 1). In paragraaf 4.1 gaat het om instrumenten die gebruikt worden bij het vaststellen van het beleid op programma- of afdelingsniveau. In paragraaf 4.2 gaat het om instrumenten die het primaire proces beschrijven.

4.1 *Management van processen op programma- of afdelingsniveau*

In deze paragraaf staan maatregelen centraal die worden genomen om bewaking en beheersing van processen op programma of afdelingsniveau¹ te bevorderen. De processen op dit niveau kunnen gezien worden als een verdere uitwerking van de beleidskaders zoals die door het instellingsmanagement worden uitgezet. Op afdelings- of programmaniveau kunnen de producten die geleverd worden, alsmede de doelgroepen waar de producten voor bestemd zijn, vastgelegd worden in productprofielen of productomschrijvingen. Via intercollegiale toetsing en het bepalen van de waarde van bepaalde indicatoren kan men nagaan in hoeverre men aan de productomschrijvingen voldoet. Ook kan een afdeling- of programma een eigen kwaliteitswerkplan maken en verbeterprojecten opzetten om het zorgproces te optimaliseren.

Tabel 4.1 Gebruik van normerende instrumenten t.b.v. het management van programma's of afdelingen (percentages)

	<i>Nee</i>	<i>In ontwikkeling</i>	<i>In bezit</i>	<i>N</i>
productomschrijvingen	6	48	46	144
kwaliteitswerkplan sommige afdelingen	22	39	39	109
kwaliteitswerkplan op alle afdelingen	32	47	21	107

¹ Wanneer gesproken wordt van management op programma of afdelingsniveau, dan wordt daaronder ook het niveau van circuits, sectoren binnen instellingen en clusters in de GGZ begrepen.

Management van processen op programma- of afdelingsniveau

Uit tabel 4.1 blijkt dat bijna de helft van de instellingen (46%) werkt met productomschrijvingen. Degene die nog niet daarover beschikken zeggen er wel mee bezig te zijn (48%).

Slechts 21% van de instellingen beschikt werkelijk over kwaliteitswerkplannen op alle afdelingen. Een iets groter aantal (39%) heeft werkplannen op sommige afdelingen. Overigens is bijna de helft van alle instellingen wel bezig met de ontwikkeling van kwaliteitswerkplannen.

Tabel 4.2 Toetsing en verbetering op het niveau van programma's of afdelingen (percentages)

	<i>Totaal %</i>	<i>N</i>
gebruik van indicatoren voor monitoring/bijsturing	81	134
verbeterprojecten in 1999	69	137
intercollegiale toetsing	46	143

Gebruik van toetsende en verbeterende instrumenten wordt in tabel 4.2 weergegeven. Het merendeel van de instellingen (81%) gebruikt indicatoren voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit. Veel instellingen (69%) geven aan het afgelopen jaar tenminste één verbeterproject te hebben gehad. Het toetsen en verbeteren van het zorgproces middels intercollegiale toetsing is minder gebruikelijk (46%).

In tabel 4.3 wordt een overzicht gegeven van de mate waarin instellingen gebruik maken van verschillende indicatoren. Meest genoemd worden indicatoren die iets zeggen over de zorgvraag: te weten, het aanbod van doelgroepen (54%), de zorgzwaarte van instromende cliënten (46%), en de indicatie van cliënten (42%). De wachttijden vormen de meest gebruikte indicator voor de kwaliteit van het zorgproces (59%). Uitkomst-indicatoren hebben vooral betrekking op het aantal klachten van cliënten (51%) en de tevredenheid van de cliënt over de hulpverlening (42%). Alle andere indicatoren worden minder frequent gebruikt.

Tabel 4.3 Percentage instellingen dat genoemde indicatoren hanteert (N=134)

	<i>Totaal %</i>
<i>input-indicatoren</i>	
aanbod van doelgroepen/cliënten	54
zorgzwaarte van doelgroepen/cliënten	46
toegeleiding, indicatie van cliënten	42
<i>proces-indicatoren</i>	
wachttijden voor hulpverlening	59
frequentie en duur van de hulpverlening per cliënt	40
percentage cliëntgebonden tijd van hulpverleners	34
aantal en aard van dwangmiddelen en maatregelen	20
aantal onvrijwillige opnames en dwangbehandelingen	17
wisselingen van 'hoofd'behandelaar	5
<i>uitkomst-indicatoren</i>	
aantal klachten van cliënten	51
tevredenheid van cliënt over hulpverlening	42
aanwezige en ontslagen cliënten naar behandelduur en diagnose	35
aanwezige en ontslagen cliënten naar type hulpverlening	31
aantal drop-outs of eenzijdige verbrekingen	28
mate van doelrealisatie bij afsluiting van behandeling	27
vermindering van klachten/stoornissen	26
mate van herstel in sociaal functioneren	16

Samenvatting

Ten behoeve van het management van afdelingen of programma's worden productomschrijvingen gemaakt en kwaliteitswerkplannen opgesteld. Veel instellingen zijn hiermee bezig, een minderheid heeft dergelijke documenten reeds opgesteld. Een ruime meerderheid van de instellingen geeft aan de zorgprocessen te monitoren met indicatoren. Daarbij wordt vooral gebruikgemaakt van input-indicatoren, wat niet verwonderlijk is omdat men dergelijke gegevens vaak registreert in het kader van de productie-afspraken met verzekeraars. Het meten van uitkomsten van de zorg in termen van het functioneren van de cliënt of de mate van doelrealisatie komt veel minder vaak voor.

4.2 *Management van het primaire proces*

Centraal in de gehele zorgverlening staat het primaire proces. Het primaire proces kan men normeren door het te beschrijven in de vorm van een richtlijn, protocol, of standaard. Op het niveau van de individuele cliënt kan

het vastgelegd worden in een zorgplan. Via allerlei overlegstructuren kan men nagaan of hulpverleners zich aan gemaakte afspraken houden en waar afspraken nog gemaakt of veranderd moeten worden.

Management van het primaire proces

Om te bewerkstelligen dat zorgverlening van constante kwaliteit is kunnen protocollen, waarin het ideale verloop van een proces wordt beschreven, een hulpmiddel zijn. In tabel 4.4 wordt een overzicht gegeven van de mate waarin verschillende protocollen worden gebruikt door instellingen. Een belangrijke noot hierbij is dat sommige percentages laag kunnen uitvallen vanwege het niet van toepassing zijn van het betreffende protocol in deelsectoren.

Tabel 4.4 Percentage instellingen dat genoemde protocollen heeft

	<i>Totaal %</i>	<i>N</i>
<i>protocollen voor:</i>		
grensoverschrijdend hulpverlenersgedrag	75	131
specifieke behandelingen/verrichtingen	73	142
de routing van aanmelding tot afsluiting	66	142
crisisinterventie	66	131
kritische momenten in het zorgproces	59	142
voorbehouden handelingen	56	142
voorlichting aan de cliënt	53	142
specifieke doelgroepen of diagnoses	49	142
toepassing van dwang/separatie	40	131
het gebruik van (medische) hulpmiddelen	39	142
samenwerking met/overdracht naar andere zorgaanbieders	35	142
hulp bij zelfdoding	22	131
stervensbegeleiding	7	131

Uit de tabel blijkt dat in driekwart van de instellingen een protocol voor grensoverschrijdend hulpverlenersgedrag (75%) aanwezig is. In 73% van de gevallen zijn specifieke behandelingen/verrichtingen geprotocolleerd. De routing van aanmelding tot afsluiting is in 66% van de instellingen in een protocol beschreven. Hetzelfde geldt voor crisisinterventie. Ruim de helft van de instellingen (53%) heeft de voorlichting aan de cliënt geprotocolleerd.

Tabel 4.5 Percentage instellingen dat (primaire) procesbeschrijvingen heeft opgesteld (N=143)

	<i>Totaal %</i>
geen procesbeschrijvingen	17
indicatiestelling/intake is beschreven	77
behandelproces is beschreven	62
afsluiting/ontslag is beschreven	62
geneesmiddelenbeheer is beschreven	54

Uit tabel 4.5 is te lezen dat 17% van de instellingen geen procesbeschrijvingen heeft. De overige instellingen (82%) hebben wel onderdelen van zorgprocessen beschreven. Meestal gaat het dan om de beschrijving van het proces van indicatiestelling/intake (77%).

Met betrekking tot het gebruik van zorgplannen blijkt dat deze in bijna alle instellingen aanwezig zijn (96%) (niet in tabel). In de meeste gevallen is ook een procedure voor het bijhouden van deze zorgplannen aanwezig (78%). In slechts 53% van de instellingen worden zorgplannen systematisch voor bijsturing gebruikt.

Tabel 4.6 Instellingen waarin de toepassing van genoemd protocol, indien aanwezig, periodiek wordt onderzocht (percentages)

	<i>Totaal %</i>	<i>N</i>
<i>protocollen voor:</i>		
toepassing van dwang/separatie	56	52
stervensbegeleiding	44	9
crisisinterventie	36	87
grensoverschrijdend hulpverlenersgedrag (bijv. seksuele intimidatie, agressie)	34	98
hulp bij zelfdoding	28	29

Ook protocollen dienen getoetst te worden, bijvoorbeeld op het gebruik en op de werkbaarheid. In tabel 4.6 wordt een overzicht gegeven van de mate waarin bepaalde protocollen periodiek worden onderzocht. In de tabel is gepercenteerd over het aantal instellingen dat genoemd protocol had. Alleen het protocol met betrekking tot toepassing van dwang/separatie wordt binnen instellingen in redelijke mate periodiek onderzocht (56%).

Tabel 4.7 Percentage instellingen waarin ondergenoemde activiteiten plaatsvinden ter toetsing en verbetering van het primaire proces (N=143)

	<i>Totaal %</i>
interview	87
casuïstiekbesprekingen	81
werkbegeleiding	75
supervisie	64

In tabel 4.7 wordt het gebruik van een aantal toetsende of verbeterende instrumenten weergegeven. Men zou bijvoorbeeld in casuïstiekbesprekingen kunnen nagaan of men volgens protocol werkt. Interview en casuïstiekbesprekingen zijn de meest gebruikelijke overlegsituaties (87% en 81%), maar ook werkbegeleiding en supervisie worden vaak genoemd (75% en 64%).

Samenvatting

Protocolleren is een veel gebruikte manier om de zorgverlening te normeren. De meest algemeen aanwezige protocollen betreffen grensoverschrijdend hulpverlenersgedrag, specifieke handelingen en verrichtingen, de routing van de cliënt en crisisinterventie. Het gebruik van protocollen zou periodiek getoetst moeten worden. De resultaten laten zien dat dit in de meerderheid van de instellingen niet gebeurt. Er zijn verschillende overlegvormen waarin men de kwaliteit van het primaire proces bespreekbaar kan maken. Dit kan er bijvoorbeeld toe leiden dat een protocol moet worden aangepast. Er is geen duidelijke voorkeur voor één bepaalde overlegvorm. Interview, casuïstiekbesprekingen, werkbegeleiding en supervisie worden in een meerderheid van de instellingen toegepast.

5 Gepercipieerde effecten van kwaliteitssystemen

In dit hoofdstuk staan de effecten die de invoering van een kwaliteitssysteem teweeg kan brengen centraal (vraagstelling 1). Het kan hier gaan om positieve effecten, bijvoorbeeld toename van tevredenheid van cliënten of een kostenbesparing, maar ook om negatieve effecten. Bij negatieve effecten kan gedacht worden aan een stijging van kosten of een toegenomen werkdruk. Tenslotte worden mogelijke gevolgen voor regels en procedures besproken. Opgemerkt moet worden dat het hier gaat over door het management gepercipieerde effecten. De effecten moeten afgezet worden tegen de kosten van het kwaliteitsbeleid. Voor het inzicht in de kosten wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Tabel 5.1 Percentage instellingen dat positieve effecten heeft bereikt, dan wel verwacht te bereiken, ten gevolge van het kwaliteitsbeleid (percentages)

	<i>bereikt</i>	<i>verwacht¹</i>	<i>N</i>
<i>cliënten</i>			
toename van cliëntgerichtheid	19	78	140
toename van tevredenheid cliënten	11	83	138
<i>personeel</i>			
toename tevredenheid van personeel	6	85	136
toename van inzet en flexibiliteit personeel	10	66	136
<i>organisatie</i>			
toename beheersbaarheid van organisatie door management	18	68	140
betere profilering van instelling	18	75	141
toename tevredenheid van externe partijen	14	83	137
<i>kwaliteit van zorg</i>			
verbetering van zorgprocessen	20	79	141
verbetering van behandelresultaten	8	82	135
<i>rendement</i>			
toename productiviteit van instelling	7	58	133
kostenbesparing op lange termijn in de eigen instelling	1	36	132
kostenbesparing, maar niet in de eigen instelling	1	23	115

1. Bereikte en verwachte effecten zijn elkaar uitsluitende antwoordcategorieën.

Effecten van kwaliteitssystemen

In tabel 5.1 is te zien welke positieve effecten instituten verwachten of bereikt hebben. Uit de tabel kan worden afgeleid dat nog relatief weinig instellingen positieve effecten hebben bereikt ten gevolge van het kwaliteitsbeleid. Bijna alle percentages wat betreft de bereikte effecten zijn lager dan 20%. Het vaakst (20%) wordt gezegd dat de zorgprocessen verbeterd zijn. Ook de cliëntgerichtheid vindt men relatief vaak verbeterd (19%). Opvallend is dat dit blijkbaar niet tot gevolg heeft dat de behandelresultaten verbeteren (8%) en cliënten meer tevreden zijn (11%). De meeste instellingen verwachten echter wel positieve effecten. Indien bereikte positieve effecten en verwachte positieve effecten worden samengevoegd tot één antwoordcategorie liggen vrijwel alle percentages rond de 90%. Een uitzondering daarop is kostenbesparing, zowel binnen als buiten de instelling. Bij samenvoeging tot één antwoordcategorie geeft 38% aan een kostenbesparing te verwachten of te hebben bereikt op lange termijn binnen de instelling. 23% geeft aan een kostenbesparing te verwachten of te hebben bereikt buiten de eigen instelling. Blijkbaar verwacht men doorgaans niet dat het goedkoper wordt ten gevolge van het kwaliteitsbeleid.

Tabel 5.2 Percentage instellingen dat aangeeft dat er negatieve effecten zijn ten gevolge van het kwaliteitsbeleid (N=128)

	<i>Totaal %</i>
werkdruk is toegenomen	56
kosten zijn gestegen	30
verstarring c.q. gebrek aan flexibiliteit bij het personeel	6
demotivatie/ontevredenheid bij personeel	6
er zijn geen negatieve effecten	27

Kwaliteitszorg kan ook onbedoelde negatieve effecten met zich meebrengen. Op de vraag of er negatieve effecten zijn opgetreden antwoordt ruim een kwart van de instellingen ontkennend (27%)(tabel 5.2). De overige instellingen geven aan negatieve effecten van kwaliteitszorg te ervaren. Meest in het oog springend is daarbij de toename van de werkdruk. Ruim de helft van de instellingen (56%) geeft aan dat de werkdruk is toegenomen. Dertig procent van de instellingen geeft aan dat kwaliteitszorg een kostenstijging met zich mee heeft gebracht.

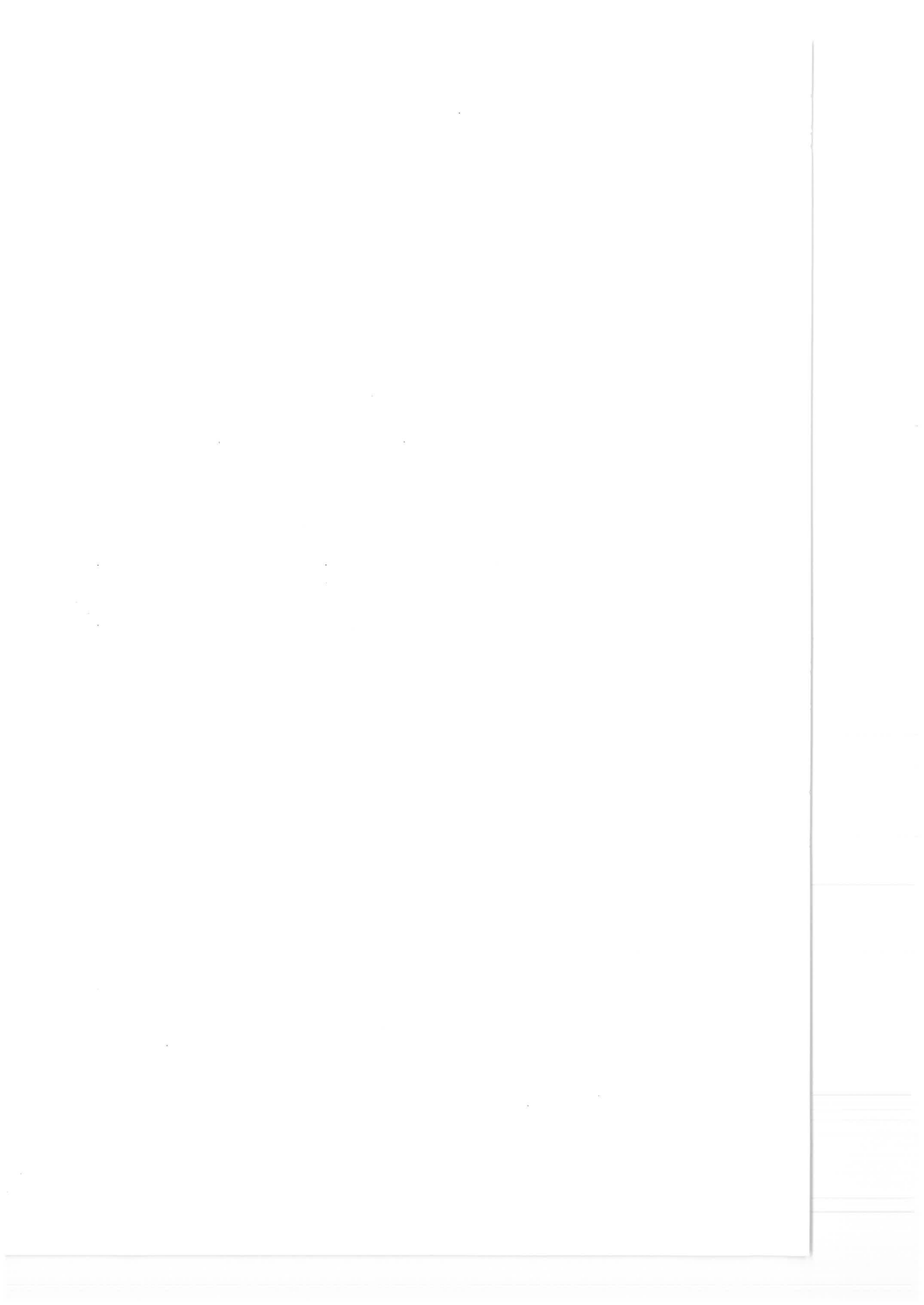
Tabel 5.3 Percentage instellingen waarin regels en procedures zijn veranderd ten gevolge van kwaliteitszorg (N=140)

	<i>Totaal %</i>
geen invloed	6
er zijn regels/procedures bijgekomen	73
impliciete regels/procedures zijn geformaliseerd	71
regels/procedures worden beter bewaakt	64
werking van regels/procedures wordt beter geëvalueerd en geactualiseerd	62
toepassing van regels/procedures wordt beter getoetst	47
overbodige regels zijn verwijderd	29

Gevraagd is of kwaliteitszorg effecten heeft gehad voor de regels en procedures van de instellingen. Enerzijds verwacht men een toename van regelgeving doordat meer onderdelen schriftelijk worden vastgelegd. Anderzijds zullen regels ook verdwijnen omdat ze, als ze in het kader van de kwaliteitszorg onder de loep genomen worden, overbodig blijken. In tabel 5.3 wordt weergegeven welke veranderingen zich hebben voorgedaan met betrekking tot regels en procedures ten gevolge van kwaliteitszorg. Dát kwaliteitszorg een invloed heeft op regels is duidelijk: slechts zes procent van de instellingen geeft aan dat er geen invloed is. Bij bijna driekwart van de instellingen (73%) zijn er nieuwe regels bijgekomen. In 71% van de gevallen zijn impliciete regels/procedures geformaliseerd. Het bewaken van de toepassing van de regels, het toetsen en actualiseren van regels blijft hier nog wat bij achter.

Samenvatting

We kunnen concluderen dat de beloning van kwaliteitszorg tot nu toe mager is. De verwachtingen lijken nog steeds hoog, maar het aantal instellingen dat daadwerkelijk effecten rapporteert is beperkt. Eigenlijk zijn de meest genoemde effecten negatief: de werkdruk is toegenomen en de kosten zijn gestegen. Kwaliteitszorg is daarnaast merkbaar in de (toename van) regels en procedures binnen de instellingen en de actievere manier waarop daarmee omgegaan wordt.



6 De rol van cliënten bij kwaliteitsbeleid

In dit hoofdstuk staat de betrokkenheid van cliënten¹ bij het kwaliteitsbeleid van een instelling centraal (vraagstelling 2). Hierbij gaat het om de betrokkenheid van cliënten bij kwaliteitsactiviteiten, het informeren van cliënten over hun rechtspositie, en het geven van inspraak in de hulpverlening.

Tabel 6.1 Instellingen die cliënten of hun belangenorganisaties betrekken in de diverse kwaliteitsactiviteiten (percentages)

	<i>Totaal %</i>	<i>N</i>
bespreken van uitkomsten van meningspeilingen, klachtbehandeling etc	76	130
ontwikkelen van kwaliteitscriteria/normen	62	127
opstellen van protocollen/standaarden	54	124
beoordelen of doelen t.a.v. kwaliteit zijn gehaald	48	122
participatie in (kwaliteits)commissies	47	115
participatie in verbeterprojecten	46	113

De mate waarin cliënten worden betrokken bij het kwaliteitsbeleid

Vrijwel alle instellingen (89%) geven aan op een of andere manier cliënten bij het kwaliteitsbeleid te betrekken. In tabel 6.1 wordt een overzicht gegeven van de mate waarin instellingen cliënten betrekken in het kwaliteitsbeleid. Dergelijke betrokkenheid kan gestalte krijgen door medewerking van individuele cliënten te vragen, maar ook door de cliëntenraad te vragen of cliëntenorganisaties van buiten de instelling. Driekwart van de instellingen bespreekt uitkomsten van bijv. meningspeilingen of klachtenbehandeling met hun cliënten. Participatie van cliënten in de diverse kwaliteitsactiviteiten gebeurt in ongeveer de helft van de instellingen.

De mate waarin instellingen hun cliënten standaard schriftelijke informatie verstrekken over hun rechtspositie wordt weergegeven in tabel 6.2. Hieruit kan worden afgeleid dat cliënten in het algemeen worden ingelicht over het klachtenmeldpunt en klachtenreglement (88%). Ook is het vrij gebruikelijk om informatie te geven over de uitwisseling van gegevens aan derden, het opvragen van gegevens bij derden, en het inzage-, correctie, en kopierecht van het cliëntendossier. Zeven procent van de instellingen geeft op geen enkele manier standaard schriftelijke informatie aan cliënten.

¹ De term 'cliënt' staat ook voor patiënt, bewoner of klant.

Tabel 6.2 Percentage instellingen dat hun cliënten standaard schriftelijke informatie verstrekt over hun rechtspositie (N=140)

	<i>Totaal %</i>
klachtenmeldpunt en klachtenregeling	88
toestemming voor het leveren van gegevens aan derden	77
toestemming van cliënt voor het opvragen van gegevens bij derden	76
inzage-, correctie-, kopierecht van dossier	75
privacy-reglement	71
vertrouwenspersoon	56
verbod op ongewenste intimiteiten	46
voorafgaande toestemming voor het gebruik van audiovisuele middelen	40
geen standaard schriftelijke informatie	7

Tabel 6.3 Percentage instellingen dat op ondergenoemde manieren cliënten en cliëntenorganisaties inspraak geeft in de hulpverlening (N=142)

	<i>Totaal %</i>
<i>individuele cliënten</i>	
betrekken van cliënten bij opstellen en evalueren hulpverleningsplan	96
geen verrichtingen zonder toestemming van cliënt (WGBO)	78
bij afsluiting wordt oordeel cliënt gevraagd	46
<i>cliëntenraad</i>	
periodiek overleg met cliëntenraad	90
aanbevelingen van cliëntenraad worden vertaald in (nieuw) beleid	75
cliëntenraad wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	75
<i>cliënten/consumentenorganisaties</i>	
periodiek overleg met deze organisaties	37
aanbevelingen van deze organisaties worden vertaald in (nieuw) beleid	16
organisaties wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	11
cliëntenorganisaties toetsen de instelling	9

Ten slotte is gevraagd hoe cliënten inspraak hebben in de hulpverlening (tabel 6.3). Individuele cliënten hebben vooral inspraak in het opstellen en evalueren van het hulpverleningsplan. Minder vaak (46%) wordt bij de afsluiting van de hulp het oordeel van de cliënt gevraagd. De inspraak van de cliëntenraad verloopt vrijwel overal via een periodiek overleg tussen management en raad. Instellingen geven aan dat aanbevelingen van de cliëntenraad vertaald worden in (nieuw) beleid en dat de cliëntenraad teruggekoppeld krijgt wat de instelling met aanbevelingen heeft gedaan. Dit wijst erop dat de rol van cliëntenraden binnen instellingen redelijk goed is ingebed.

Met betrekking tot cliëntenorganisaties is dit anders: weinig instellingen worden door cliëntenorganisaties getoetst (9%). Aanbevelingen van cliëntenorganisaties worden in slechts 16% van de instellingen vertaald naar beleid.

Samenvatting

Voor wat betreft de rol van cliënten kunnen we concluderen dat cliënten op verschillende manieren in het kwaliteitsbeleid betrokken worden. Ook het standaard verstrekken van informatie aan cliënten over rechten en voorzieningen voor cliënten is vrij gebruikelijk. Inspraak van cliënten verloopt vooral via individuele cliënten en via de cliëntenraad. Veel ongebruikelijker is het dat cliëntenorganisaties inspraak hebben in de hulpverlening van de instelling.

7 Ontwikkeling in kwaliteitssystemen

De ontwikkelingen in kwaliteitssystemen (vraagstelling 3) wordt beantwoord in dit hoofdstuk. Er wordt op drie manieren naar ontwikkelingen gekeken. In de eerste paragraaf (paragraaf 7.1) gaat het om verschillen in het kwaliteitsbeleid tussen de deelsectoren in de GGZ. Daarna wordt een vergelijking gemaakt tussen de stand van zaken in 1995 en in 2000 (paragraaf 7.2). Ten slotte wordt beschreven in welke ontwikkelingsfase het kwaliteitssysteem in de instellingen zich bevindt (paragraaf 7.3).

7.1 *Verschillen tussen deelsectoren*

In deze paragraaf wordt per deelsector aangegeven welke statistisch significante afwijkingen er bestaan ten opzichte van de overige deelsectoren. Indien een percentage gegeven wordt van een deelsector wordt dit steeds vergeleken met het percentage van de restgroep (de overige deelsectoren). In de tekst wordt dit als volgt aangegeven (deelsector % versus overige deelsectoren %). Het eerste percentage is van de betreffende deelsector, het tweede percentage is van de restgroep.

De volgende deelsectoren worden onderscheiden:

- Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuizen (APZ) (n=28);
- Regionale Instellingen Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (Riagg) (n=24);
- Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW) (n=25);
- Verslavingszorg (n=19);
- Medisch kinderdagverblijven/-tehuizen (MKD/T) (n=17);
- Geïntegreerde instellingen (n=31).

Elke deelsector wordt in een aparte paragraaf beschreven, waarbij we ons beperken tot de statistisch significante verschillen tussen de deelsector en de overige deelsectoren ($p < 0,05$). Aan het einde van elke paragraaf wordt een korte conclusie gegeven. We beseffen dat elke paragraaf veel informatie bevat. Niet iedereen zal echter in alle deelsectoren even geïnteresseerd zijn en de lezer wordt dan ook aangeraden zich te beperken tot die deelsectoren waar de belangstelling naar uitgaat.

Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuizen (APZ)

De deelsector APZ verschilt op een aantal punten significant van de overige deelsectoren. In de wijze waarop aan kwaliteitsbeleid wordt vormgegeven

maakt de deelsector APZ significant minder gebruik van registratieregels (44% versus 71%). Wat betreft middelenmanagement geldt dat het aantal instellingen dat geen inzicht heeft in kosten van kwaliteitsactiviteiten, binnen de deelsector APZ significant groter is dan in andere deelsectoren (44% versus 21%).

Het gebruik van indicatoren met betrekking tot input-, proces- en uitkomst in de deelsector APZ verschilt niet significant van het gebruik van indicatoren in de andere deelsectoren.

Ten aanzien van gebruikte protocollen doet zich een aantal verschillen voor ten opzichte van de rest. Protocollen voor de routing van aanmelding tot afsluiting (46% versus 70%) en samenwerking met andere zorgaanbieders (14% versus 40%) worden significant minder frequent gebruikt door de deelsector APZ. Een protocol voor toepassing van dwang of separatie wordt door algemeen psychiatrisch ziekenhuizen vaker toegepast (74% versus 31%) dan door de meeste anderen. Ook hier geldt dat dit verklaarbaar is door het niet van toepassing zijn van dit protocol in de andere deelsectoren, met uitzondering van de geïntegreerde instellingen.

De betrokkenheid van cliënten bij kwaliteitsactiviteiten is binnen de APZ significant minder ten opzichte van de anderen als het gaat om de ontwikkeling van kwaliteitscriteria (42% versus 67%).

Voor evaluatie en bijstelling van het instellingsbeleid maakt slechts 12% van de instellingen in de deelsector APZ gebruik van waarderingsonderzoek bij medewerkers. Door de meeste andere deelsectoren wordt dit onderzoek significant vaker gebruikt, ook al liggen deze percentages niet hoger dan 58%.

Ten slotte blijkt dat binnen de deelsector APZ de prioriteit voor externe beoordeling significant hoger ligt dan bij de anderen (22%). De andere deelsectoren geven hieraan vrijwel allen weinig prioriteit (7%).

We kunnen concluderen dat de Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuizen per aandachtsgebied slechts op een paar activiteiten verschillen van de andere deelsectoren. Hierbij geldt in de meeste gevallen dat percentages van de deelsector APZ significant lager zijn dan de percentages van andere deelsectoren.

Een uitzondering vormt het gebruik van een protocol voor de toepassing van dwang of separatie. Ook wordt een andere prioriteit gegeven aan externe beoordeling: hierbij liggen de percentages van de deelsector APZ significant hoger dan bij de overige deelsectoren.

Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (Riagg)

In de voorzieningen die getroffen worden ten behoeve van de kwaliteitszorg valt op dat Riagg's statistisch significant minder vaak een kwaliteitsfunctionaris is dienst hebben (38% versus 62%). De deelsector Riagg wijkt met betrekking tot de invulling van het kwaliteitsbeleid af in het gebruik van een dossierreglement. Door de Riagg's wordt dit significant vaker toegepast (96% versus 71%). Een missie op schrift is bij Riagg's significant minder vaak aanwezig dan bij de overige deelsectoren (68% versus 92%). Riagg-instellingen noemen significant minder vaak dat commissies (zoals FONA/MIP) aanwezig zijn (35% versus 82%). Ook benchmarking wordt minder genoemd in vergelijking tot anderen (22% versus 50%).

In personeelsbeleid komt naar voren dat Riagg's minder mogelijkheden bieden tot scholing van management en leidinggevenden dan andere deelsectoren (52% versus 77%).

Met betrekking tot middelenmanagement blijkt dat een significant groter aantal Riagg-instellingen geen gebruik maakt van een kostprijssysteem vergeleken met de rest (74% versus 43%). Ook stellen (statistisch significant) minder instellingen werktijd van professionals beschikbaar voor het ontwikkelen van richtlijnen en protocollen (57% versus 79%).

De deelsector Riagg gebruikt minder vaak productomschrijvingen dan de andere deelsectoren (21% versus 51%). Indicatoren voor zorgzwaarte van doelgroepen/cliënten komen ook significant minder voor binnen deze deelsector (14% versus 51%). Aantal en aard van dwangmiddelen en maatregelen komt helemaal niet voor als indicator (0% versus 24%). Waarschijnlijk zijn deze indicatoren hier minder van toepassing. Indicatoren voor percentage cliëntgebonden tijd van hulpverleners worden door Riagg's vaak aangegeven (67%) in vergelijking tot de andere deelsectoren waarin deze percentages in alle gevallen onder 37% liggen.

In het gebruik van protocollen wijkt de deelsector Riagg in twee gevallen af ten opzichte van de andere deelsectoren. Een protocol voor specifieke doelgroepen of diagnoses wordt door een significant groter deel van de Riagg-instellingen gebruikt (74% versus 45%). Hetzelfde geldt voor crisisinterventie, de deelsector Riagg kent hiervoor vaker een protocol (87% versus 62%). Geen van de Riagg-instellingen maakt gebruik van een protocol voor toepassing van dwang/separatie (0% versus 48%), wat logisch is omdat dergelijke protocollen alleen van toepassing zijn binnen klinische settings.

Zorgplannen zijn in bijna alle instellingen binnen de gehele sector GGZ aanwezig. Riagg-instellingen wijken hier iets af van de andere deelsectoren.

Zij beschikken in een significant kleiner aantal instellingen over individuele zorgplannen (83% versus 97%).

Ten slotte blijkt dat Riagg's voor de bijstelling van hun instellingsbeleid in significant mindere mate gebruik maken van resultaten van interne toetsing (9% versus 33%). Interne toetsing wordt door geen van de Riagg-instellingen aangegeven als een prioriteit voor de toekomst.

Samengevat lijken Riagg's ten opzichte van de andere deelsectoren iets minder ver te zijn in het op schrift stellen van kwaliteitsbeleid (beleid en organisatie). Riagg-instellingen beschikken minder vaak over een missie op schrift, productomschrijvingen en zorgplannen dan de andere deelsectoren. Riagg's hebben minder vaak een kwaliteitsfunctionaris in dienst. Verder blijkt uit de resultaten dat de Riagg's minder prioriteit leggen bij het gebruik van interne toetsing, in vergelijking tot de andere deelsectoren.

Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW)

In de wijze waarop aan het kwaliteitsbeleid wordt vormgegeven is binnen de deelsector RIBW een aantal statistisch significante verschillen te constateren ten opzichte van de andere deelsectoren. Een model voor inrichting van het kwaliteitssysteem vanuit patiëntenperspectief wordt door 39% van de RIBW's gebruikt terwijl de meeste andere deelsectoren (op uitzondering van de geïntegreerde instellingen) dit model niet of nauwelijks gebruiken. Daarnaast hebben RIBW's minder vaak registratieregels (29% versus 74%) ten opzichte van de andere deelsectoren. RIBW's hebben significant minder vaak een Management Informatie Systeem (50% versus 83%). Een interne audit wordt door RIBW's significant vaker toegepast (68% versus 41%). Met betrekking tot voorzieningen voor kwaliteitszorg is de aanwezigheid van een stuurgroep kwaliteitszorg significant groter (72% versus 44%) in de deelsector RIBW dan in de andere deelsectoren.

RIBW's wijken met name af van de andere deelsectoren in het gebruik van indicatoren. De input-indicator: zorgzwaarte van doelgroepen/cliënten is in een significant groter deel van de RIBW-instellingen aanwezig (78% versus 39%) dan in andere instellingen. Hetzelfde geldt voor de uitkomst-indicator: tevredenheid van de cliënt over de hulpverlening (65% versus 37%). Voor een aantal andere indicatoren geldt dat deze minder vaak worden gebruikt door RIBW's. Het gaat hier om de uitkomstindicator voor aanwezige en ontslagen cliënten naar behandelduur en diagnose (13% versus 40%). Aantal onvrijwillige opnames en dwangbehandelingen, en aantal en aard van dwangmiddelen en maatregelen is niet aan de orde in de

deelsector RIBW, en worden logischerwijs ook niet als indicator gebruikt.

Ook in het gebruik van protocollen wijken de RIBW's af ten opzichte van de rest. RIBW's gebruiken vaker (80% versus 55%) protocollen voor kritische momenten in het zorgproces. Protocollen voor specifieke behandelingen/verrichtingen (28% versus 82%), voorbehouden handelingen (36% versus 61%), het gebruik van medische hulpmiddelen (8% versus 45%) en specifieke doelgroepen of diagnoses (20% versus 56%) worden significant minder toegepast binnen de RIBW-sector. Een protocol voor toepassing van dwang/separatie is nergens aanwezig (0% versus 46%).

In RIBW's wordt de werking van regels/procedures beter geëvalueerd en geactualiseerd dan in de andere instellingen (84% versus 57%).

In betrokkenheid van cliënten bij kwaliteitsactiviteiten zijn drie statistisch significante verschillen waarneembaar. RIBW's betrekken cliënten vaker bij het opstellen van protocollen/standaarden dan anderen (84% versus 47%). Hetzelfde geldt voor participatie van cliënten in (kwaliteits)commissies (68% versus 42%). Minder vaak wordt gezegd dat er geen verrichtingen plaatsvinden zonder toestemming van de cliënt (60% versus 81%).

Met betrekking tot prioriteiten voor de toekomst verschillen de RIBW's op een aantal punten van de overige deelsectoren. RIBW's leggen significant minder prioriteit bij het opstellen van zorgprogramma's dan de anderen (33% versus 70%). Hetzelfde geldt voor het opstellen van zorgcircuits intern (8% versus 31%). RIBW's leggen een significant hogere prioriteit dan anderen bij interne audits (46% versus 22%) en bij regionale afstemming en samenwerking (83% versus 55%). Mogelijk is in andere deelsectoren al meer samenwerking aanwezig.

Concluderend lijken RIBW's in vergelijking tot de andere instellingen (met uitzondering van MKD/T's) meer belang te hechten aan interne toetsing (audits). Deze manier van toetsing is niet alleen vaker aanwezig binnen deze deelsector maar wordt ook gezien als een prioriteit voor de toekomst.

Tevens blijkt dat RIBW's een aantal indicatoren en protocollen vaker gebruiken en andere juist minder vaak gebruiken dan de overige deelsectoren. Cliënten worden vaker betrokken bij het opstellen van protocollen en participeren vaker in kwaliteitscommissies.

Verslavingszorg

De deelsector verslavingszorg wijkt niet significant af van andere deelsectoren met betrekking tot het aandachtsgebied beleid en organisatie. In het

personeelsbeleid worden binnen de verslavingszorg nieuwe medewerkers het meest frequent geschoold in kwaliteitszorg (21%). Hiermee wijken zij significant af van de overige deelsectoren waarin nieuwe medewerkers niet of nauwelijks worden geschoold in kwaliteitszorg (5%).

Met betrekking tot middelenmanagement blijkt dat instellingen voor verslavingszorg vaker inzicht hebben in beoordelingskosten dan de andere deelsectoren (63% versus 35%).

In het gebruik van indicatoren wijkt de verslavingszorg enkel af van de anderen ten aanzien van de uitkomst-indicator: aantal drop-outs of eenzijdige verbrekingen (50% versus 24%). Vanwege het karakter van de verslavingszorg lijkt dit een logisch gegeven.

Een protocol wat door instellingen voor verslavingszorg significant vaker wordt gebruikt dan door anderen is samenwerking met of overdracht naar andere zorgaanbieders (67% versus 30%).

Voor evaluatie en bijstelling van het instellingsbeleid wordt door de deelsector verslavingszorg vaker gebruik gemaakt van een aantal methoden dan de andere deelsectoren. Dit geldt voor marktonderzoek bij potentiële cliënten (53% versus 23%), waarderingsonderzoek bij medewerkers (58% versus 28%), opvattingen van de financier (95% versus 67%) en resultaten van interne audits (53% versus 26%).

Ten slotte legt de verslavingszorg net zoals de RIBW's significant minder prioriteit voor de toekomst bij het opstellen van zorgprogramma's (37% versus 68%).

Samengevat wijken instellingen voor verslavingszorg weinig af van de andere instellingen. In evaluatie en bijstelling van het instellingsbeleid lijkt de verslavingszorg verder gevorderd in het gebruik van methoden dan de meeste andere deelsectoren.

Medisch kinderdagverblijven/-tehuizen (MKD/T)

De medisch kinderdagverblijven/-tehuizen verschillen op drie punten in het gebruik van toetsende instrumenten in kwaliteitsbeleid ten opzichte van de andere deelsectoren. Hierbij gaat het om een significant groter aantal MKD/T's dat gebruik maakt van een interne audit (77% versus 41%) en interinstitutionele toetsing (100% versus 44%), terwijl een relatief kleiner deel van de MKD/T's de cliëntenraad erbij betreft (35% versus 91%).

Met betrekking tot middelenmanagement worden binnen de deelsector MKD/T vaker tijd vrijgemaakt voor werkbegeleiding (100%) dan in de andere deelsectoren. Voor supervisie geldt het omgekeerde, hiervoor wordt

door de MKD/T's significant minder vaak tijd vrijgemaakt (24% versus 69%). Binnen de deelsector MKD/T heeft 88% van de instellingen geen inzicht in herstellkosten. In de overige deelsectoren ligt dit percentage significant lager (58%).

In het gebruik van normerende instrumenten ten behoeve van het management van programma's of afdelingen is er één statistisch significante afwijking van de deelsector MKD/T ten opzichte van de rest. Hierbij gaat het om het gebruik van productomschrijvingen. In 88% van de instellingen binnen de deelsector MKD/T wordt hiervan gebruik gemaakt in vergeleken met 40% in de andere deelsectoren

Ten aanzien van het gebruik van indicatoren wijken MKD/T's niet significant af van de overige sectoren.

De medisch kinderdagverblijven of -tehuizen maken allen (100%) gebruik van een protocol voor grensoverschrijdend hulpverlenersgedrag. Hierin verschillen zij significant van de andere deelsectoren waarin dit protocol door 72% van de instellingen wordt gebruikt. Minder aanwezig binnen de deelsector MKD/T zijn protocollen voor kritische momenten in het zorgproces (29% versus 63%) en crisisinterventie (29% versus 71%) en toepassing van dwang/separatie (7% versus 44%). Dit laatstgenoemde protocol is waarschijnlijk weinig van toepassing in de deelsector MKD/T.

Met betrekking tot negatieve effecten wordt door 88% van de instellingen en binnen de deelsector MKD/T aangegeven dat de werkdruk is toegenomen ten gevolge van het kwaliteitsbeleid. Dit wijkt significant af van de mate waarin dit effect wordt aangedragen door andere deelsectoren (51%).

Een significant verschil bestaat in de mate waarin cliënten worden betrokken bij de ontwikkeling van kwaliteitscriteria/normen. Binnen MKD/T worden cliënten hierin minder vaak betrokken dan in andere deelsectoren (23% versus 67%). Cliëntenraden hebben binnen de deelsector MKD/T minder inspraak in de hulpverlening dan in de andere deelsectoren. Hierbij gaat het om de mate waarin periodiek overleg plaatsvindt met de cliëntenraad (63% versus 94%), de vertaling van aanbevelingen van de cliëntenraad naar nieuw beleid (44% versus 79%) en de mate waarin aan de cliëntenraad wordt verteld wat met hun aanbevelingen wordt gedaan (44% versus 79%). Geen enkele instelling geeft aan periodiek overleg te hebben met een cliënten/consumentenorganisatie(0% versus 42%).

In de evaluatie en bijstelling van instellingsbeleid wordt door de deelsector MKD/T ook minder gebruik van opvattingen van de cliëntenraad (38% versus 86%) dan in andere deelsectoren. Hetzelfde geldt voor opvattingen van de financier (38% versus 74%). MKD/T's geven in 81% van de gevallen

aan dat zij voor bijstelling van het instellingsbeleid gebruik maken van externe toetsing. Dit lijkt een vreemd percentage aangezien geen van de instellingen voor MKD/T aangeeft gebruik te maken van een beoordeling door een extern instituut of van visitatie door cliënten. Visitatie door beroepsgroepen wordt slechts door 24% van de MKD/T's gehanteerd.

Ten slotte is het opstellen van zorgcircuits binnen geen enkele instelling een prioriteit voor de toekomst.

Verschillend ten opzichte van de andere deelsectoren is de mate waarin binnen de MKD/T's gebruik wordt gemaakt van interne audits en interinstitutionele toetsing. Binnen deze instellingen wordt hiervan significant meer gebruik gemaakt dan in andere deelsectoren.

Daarnaast is het aantal instellingen binnen de deelsector MKD/T, dat aangeeft dat de werkdruk is toegenomen significant groter dan bij de andere instellingen. De rol van cliënten in het kwaliteitsbeleid is in deze deelsector minder dan bij de andere deelsectoren.

Geïntegreerde instellingen

Een groter aantal van de geïntegreerde instellingen heeft bij de inrichting van het kwaliteitsbeleid gebruikgemaakt van het INK-model vergeleken met de andere deelsectoren (83% versus 52%). Ook een model vanuit patiëntenperspectief wordt door geïntegreerde instellingen vaker gebruikt dan door anderen (33% versus 10%). In 90% van de geïntegreerde instellingen is op directieniveau een keuze gemaakt voor een bepaald kwaliteitssysteem, dit percentage is significant hoger dan deze percentages bij de andere deelsectoren (60%). Alle geïntegreerde instellingen (100% versus 68%) beschikken over commissies (zoals FONA/MIP).

Binnen geïntegreerde instellingen is significant vaker dan bij anderen een kwaliteitsfunctionaris aanwezig (84% versus 57%).

In het kader van management van processen op programma of afdelingsniveau geldt dat in de geïntegreerde instellingen het meest vaak een kwaliteitsplan aanwezig is voor sommige afdelingen (62% versus 32%). Hierin verschillen de geïntegreerde instellingen significant van de andere instellingen waarbij deze percentages aanzienlijk lager liggen.

Het gebruik van indicatoren door geïntegreerde instellingen wijkt op een aantal punten af van de rest. Een proces-indicator voor aantal onvrijwillige opnames en dwangbehandelingen wordt een groot gedeelte van de geïntegreerde instellingen aangegeven (47% versus 9%). Hetzelfde geldt voor aantal en aard van dwangmiddelen en -maatregelen (57% versus 10%). De meeste

andere instellingen (met uitzondering van de algemeen psychiatrisch ziekenhuizen) gebruiken deze indicatoren niet of nauwelijks.

Geïntegreerde instellingen gebruiken in een behoorlijk aantal protocollen significant vaker dan de andere instellingen. Hierbij gaat het om protocollen voor: specifieke behandelingen/verrichtingen (100% versus 65%), voorbehouden handelingen (77% versus 51%), kritische momenten in het zorgproces (77% versus 54%), specifieke doelgroepen of diagnoses (87% versus 39%), toepassing van dwang/separatie (90% versus 24%) en hulp bij zelfdoding (45% versus 15%).

In betrokkenheid van cliënten bij kwaliteitsactiviteiten valt op dat cliënten in een groter aantal (67% versus 40%) geïntegreerde instellingen kunnen participeren in verbeterprojecten dan het geval is in andere instellingen. Ook hebben instellingen (statistisch significant) vaker een periodiek overleg met cliënten/consumentenorganisaties (60% versus 31%). Binnen 93% van de geïntegreerde instellingen worden geen verrichtingen gedaan zonder toestemming van de cliënt. In andere instellingen ligt dit percentage significant lager (73%).

In evaluatie en bijstelling van het instellingsbeleid wordt door de geïntegreerde instellingen significant vaker (50% versus 27%) gebruik gemaakt van waarderingsonderzoek bij medewerkers dan door anderen (met uitzondering van de verslavingszorg). Het aantal geïntegreerde instellingen dat streeft naar visitatie door beroepsgroepen is het grootst vergeleken met de rest (29% versus 11%).

Prioriteiten voor de toekomst van geïntegreerde instellingen die significant afwijken van de overige deelsectoren zijn het werken volgens cyclus (71% versus 48%) en het opstellen van zorgcircuits intern (52% versus 21%). De percentages van overige deelsectoren liggen hierbij in de meeste gevallen een stuk lager.

Op basis van bovenstaande lijkt het erop dat de geïntegreerde instellingen redelijk gevorderd zijn met de inrichting van kwaliteitsbeleid. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de hoge mate waarin door directies een keuze gemaakt wordt voor een bepaald model of uit het aanwezig zijn van een kwaliteitsfunctionaris in de meeste geïntegreerde instellingen. Daarnaast is in geïntegreerde instellingen het meest frequent een kwaliteitswerkplan aanwezig voor sommige afdelingen.

Ook is er een aantal protocollen dat in geïntegreerde instellingen vaker aanwezig is dan in andere instellingen. Dit kan een vertekend beeld geven omdat een aantal protocollen voor de andere deelsectoren (bijvoorbeeld

dwang en separatie in RIBW's) niet van toepassing is.

Cliënten nemen in relatief veel instellingen deel aan verbeterprojecten. Geïntegreerde instellingen hebben vaker periodiek overleg met consumenten/cliëntenorganisaties.

7.2 *Vergelijking tussen 1995 en 2000*

In deze paragraaf worden de veranderingen beschreven die zich de afgelopen vijf jaar hebben voorgedaan met betrekking tot kwaliteitsbeleid binnen instellingen (vraagstelling 3b). Per aandachtsgebied is een vergelijking gemaakt tussen 1995 en 2000. Een deel van de vragen uit 1995 is ten behoeve van deze vergelijking ook in 2000 gesteld. De onderzoekgroep bestaat uit instellingen die zowel in 1995 als in 2000 een vragenlijst hebben ingevuld (N=64). Dit is gedaan om de vergelijkbaarheid tussen beide metingen te optimaliseren. Nadeel is dat bij de vergelijking slechts een klein deel van de instellingen is betrokken. In bijlage 3 wordt in tabellen een overzicht gegeven van de resultaten. Voor geïnteresseerden zijn de percentages ook berekend over alle responderende instellingen uit 1995 en 2000 (zie bijlage 4). Bij de interpretatie van deze percentages moet men er rekening mee houden dat het aandeel van de geïntegreerde instellingen in 2000 is toegenomen.

Als we de tabellen uit bijlage 3 bekijken dan valt op dat er in het algemeen sprake is van een toename van het aantal instellingen dat gebruikmaakt van de diverse kwaliteitsinstrumenten.

Beleid en organisatie

Veel instellingen zijn de laatste vijf jaar bezig geweest met het schriftelijk vastleggen van kwaliteitsbeleid. Dit blijkt uit een statistisch significante stijging van het aantal instellingen dat een missie op schrift zet (87% nu vergeleken met 68% in 1995), het kwaliteitsbeleid vastlegt (69% nu vergeleken met 27% in 1995) en kwaliteitsjaarverslagen maakt (86% nu vergeleken met 16% in 1995).

Ook is er een statistisch significante stijging in het aantal instellingen dat een Management Informatie Systeem heeft. Bijna alle instellingen (94%) geven aan dat periodiek overleg plaatsvindt met de cliëntenraad. Dat was in 1995 nog 52%. Het werken met commissies die periodiek geregistreerde gegevens (zoals FONA/MIP/klachten) analyseren, het houden van interne audits en interinstitutionele toetsing en het hebben van een kwaliteitshandboek is niet (statistisch significant) veranderd.

Personeelsmanagement

De afgelopen vijf jaar is er weinig veranderd in de wijze waarop instellingen voorzieningen treffen voor medewerkers ten behoeve van kwaliteitszorg. Dit geldt met name voor sturing van de directie (bijvoorbeeld bewaking van werkplannen), maar ook voor selectie en scholing van medewerkers en management. In de meeste gevallen is hier wel een lichte stijging waarneembaar ten opzichte van 1995, maar deze is niet statistisch significant. Een uitzondering hierop vormt de selectie van nieuw personeel op een positieve attitude ten aanzien van kwaliteitszorg en het aantal instellingen waarin nieuwe medewerkers worden geschoold in kwaliteitszorg. Bij deze twee variabelen is sprake van een daling in 2000 ten opzichte van 1995 (niet significant).

Met betrekking tot stimulering van medewerkers in kwaliteitsactiviteiten is wel een tweetal statistisch significante verschillen waarneembaar. Medewerkers kunnen vaker deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten binnen werktijd (78% nu vergeleken met 59% in 1995). Daarnaast ontvangen medewerkers in een statistisch significant kleiner deel van de instellingen (nu 29% vergeleken met 48% in 1995) systematische feedback over de bereikte resultaten.

Het houden van functionerings-/beoordelingsgesprekken is ook statistisch significant toegenomen (100% nu vergeleken met 78% in 1995).

Middelenmanagement

De mate waarin instellingen beschikken over aparte voorzieningen voor kwaliteitszorg is de afgelopen vijf jaar, op één uitzondering na, gelijk gebleven. Nog steeds beschikt ongeveer een kwart van de instellingen, net als in 1995, over een apart budget voor kwaliteitszorg. Een commissie of stuurgroep voor kwaliteitszorg was in 1995 in 53% van de instellingen aanwezig en nu in 55% van de instellingen.

Een statistisch significant verschil is er in gebruik van een extern bureau of adviseur bij kwaliteitszorg. In 1995 werd daarvan door een derde van de instellingen gebruik gemaakt, nu nog slechts door 13% van de instellingen. Daar tegenover staat dat nu iets meer instellingen beschikken over een kwaliteitsfunctionaris (56% vergeleken met 44% in 1995). Dit verschil is echter niet statistisch significant.

Management processen op programma of afdelingsniveau

Alleen met de normerende instrumenten is een vergelijking mogelijk ten opzichte van 1995. Ten aanzien van deze normerende instrumenten kan

worden opgemerkt dat er de afgelopen vijf jaar geen statistisch significante veranderingen zijn opgetreden. Een lichte stijging is waarneembaar in het gebruik van productomschrijvingen (nu 42% vergeleken met 27% in 1995).

Het gebruik van kwaliteitswerkplannen voor zowel sommige afdelingen als alle afdelingen is tevens licht gestegen (respectievelijk van 23% naar 42% en van 13% naar 23%).

Management van het primaire proces

Bij een vergelijking van het gebruik van protocollen tussen 1995 en 2000, komt naar voren dat alleen het gebruik van een protocol voor voorbehouden handelingen statistisch significant is toegenomen (van 19% naar 56%). Dit is niet verwonderlijk aangezien voorbehouden handelingen op basis van de wet BIG dienen te worden vastgelegd. Het percentage ligt bij 56% omdat voorbehouden handelingen niet in alle deelsectoren van toepassing zijn.

Opvallend is dat het gebruik van protocollen voor samenwerking met of overdracht naar andere zorgaanbieders (hoewel niet statistisch significant) is afgenomen van 47% in 1995 tot 34% in 2000.

Effecten van kwaliteitssystemen

In 2000 zijn net als in 1995 bij weinig instellingen positieve effecten bereikt ten gevolge van het kwaliteitsbeleid. Minder dan 20% van de instellingen heeft in 2000 positieve effecten bereikt op het gebied van tevredenheid van cliënten, personeel of externe partijen. Hetzelfde geldt voor de beheersbaarheid van de organisatie door het management of de profilering van de instelling. Met betrekking tot kostenbesparing geven de instellingen aan in 2000 zelfs helemaal geen positieve effecten te hebben bereikt.

Er is één statistisch significant verschil waarneembaar: in 2000 is minder vaak een toename van inzet en flexibiliteit van het personeel bereikt (7%) dan in 1995 (21%).

Hoewel weinig instellingen positieve effecten hebben bereikt worden wel positieve effecten verwacht. Het aantal instellingen dat positieve effecten verwacht is vrijwel bij alle variabelen gelijk gebleven tussen 1995 en 2000. Een verschil is er wel tussen het aantal instellingen dat nu positieve effecten verwacht op het gebied van inzet en flexibiliteit van het personeel (66%) vergeleken met het aantal dat positieve effecten verwachtte in 1995 (44%).

Met betrekking tot het bereiken van negatieve effecten geldt dat er geen verschillen zijn tussen 1995 en 2000. Het grootste aantal instellingen geeft zowel in 1995 (49%) als in 2000 (56%) aan dat de werkdruk is toegenomen.

Veranderingen in regels en procedures ten gevolge van kwaliteitszorg

zijn in 2000 ongeveer gelijk gebleven aan veranderingen in 1995. Nog steeds geldt dat er in de meeste gevallen regels en procedures zijn bijgekomen en dat deze ook vaak beter worden bewaakt. Een statistisch significante stijging is waarneembaar ten aanzien van het aantal impliciete regels of procedures dat is geformaliseerd. In 1995 gaf 51% van de instellingen aan dat deze verandering zich had voorgedaan ten opzichte van 75% in 2000.

De rol van cliënten bij kwaliteitsbeleid

De mate waarin cliënten worden betrokken bij het kwaliteitsbeleid verschilt in 2000 niet (statistisch) significant van de situatie in 1995. In ongeveer driekwart van de instellingen worden cliënten zowel in 1995 als in 2000 betrokken bij de bespreking van uitkomsten van bijvoorbeeld meningspeilingen of klachtenbehandeling. Het aantal instellingen waarin cliënten participeren in (kwaliteits)commissies of betrokken zijn bij de beoordeling van kwaliteitsdoelen is iets afgenomen. De betrokkenheid bij de ontwikkeling van kwaliteitscriteria, protocollen of standaarden en de participatie in verbeterprojecten is iets toegenomen.

Bijstelling van kwaliteitsbeleid

Slechts op een aantal punten is hier een vergelijking mogelijk tussen 1995 en 2000. In de wijze waarop gegevens worden gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het instellingsbeleid (de bepaling van toekomstig beleid) kan een vergelijking worden gemaakt met betrekking tot marktonderzoek bij potentiële cliënten en marktonderzoek bij verwijzers. In beide gevallen is een lichte (niet statistisch significante) daling waarneembaar in het aantal instellingen dat deze methoden toepast. Marktonderzoek bij potentiële cliënten vond in 1995 bij 31% van de instellingen plaats, in 2000 bij 25% van de instellingen. Marktonderzoek bij verwijzers werd in 1995 door 44% van de instellingen gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het instellingsbeleid, in 2000 door 28% van de instellingen.

Daarnaast is een vergelijking mogelijk met betrekking tot het streven van instellingen naar (her)beoordeling. Hier geldt dat er geen statistisch significante verschillen bestaan tussen de mate waarin instellingen in de toekomst gebruik willen maken van de verschillende typen van beoordeling. Het streven naar interinstitutionele toetsing, visitatie door cliënten/consumentenorganisatie en visitatie door een onafhankelijk instituut is iets toegenomen.

7.3 *Ontwikkeling van kwaliteitssystemen*

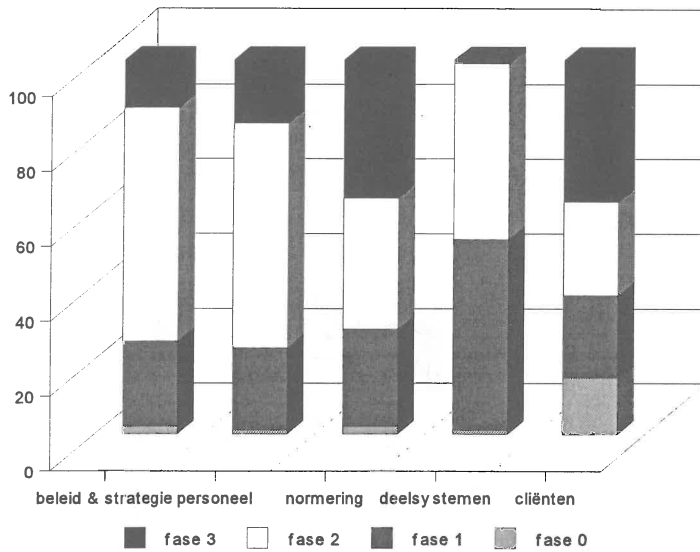
In deze paragraaf kijken we naar de ontwikkeling in de kwaliteitssystemen binnen instellingen (vraagstelling 3c), waarbij we uitgaan van het in 1995 door Wagner et al gehanteerde fasen met de wijzigingen die in 2000 daarin zijn aangebracht (Sluijs en Wagner, 2000). In fase 0 is er nog geen sprake van systematisch kwaliteitsbeleid. In fase 1 worden de voorbereidingen getroffen voor het kwaliteitsbeleid. Beheersing van de processen staat centraal in de tweede fase. In de laatste fase is de kwaliteitskringloop geïmplementeerd waarin continu sprake is van toetsen en verbeteren en activiteiten zijn ingebed in de dagelijkse bedrijfsvoering. De fasen-indeling van Wagner et al is geënt op vijf aandachtsgebieden van kwaliteitssystemen: beleid en strategie, personeel, procesbeheersing door normering (protocollen en procedures), procesbeheersing door deelsystemen, en cliënten (zie hoofdstuk 2).

Fasen in kwaliteitssystemen

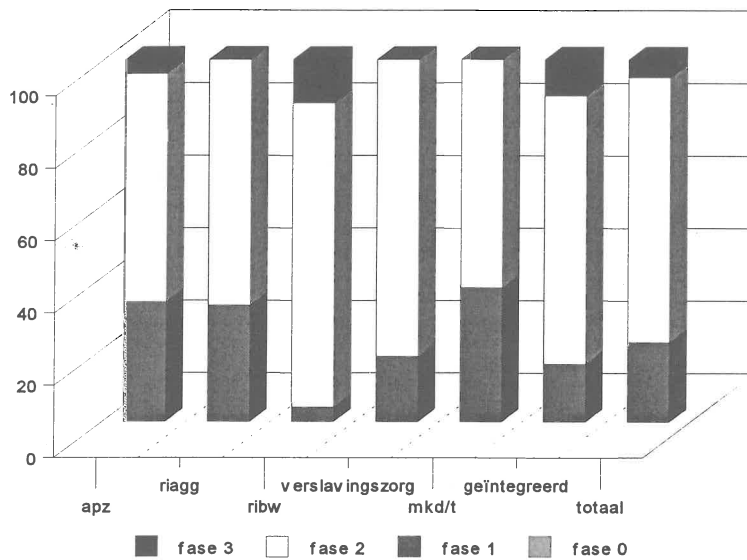
In figuur 7.1 staan over de gehele GGZ de fasen per aandachtsgebied van het kwaliteitssysteem weergegeven. Duidelijk is dat instellingen het verst zijn met het opzetten van normeringen middels protocollen en procedures. Ruim eenderde van de instelling (37%) zit anno 2000 in fase 3 en nog eens ruim eenderde (35%) bevindt zich in fase 2. Voor wat betreft beleid en strategie en het personeelsbeleid bevinden de meeste GGZ-instellingen (respectievelijk 63% en 60%) zich in de fase 2, de fase van procesbeheersing. Het systematisch toepassen van deelsystemen is minder ontwikkeld. Vrijwel alle instellingen zitten in fase 1 (51%) en fase 2 (47%). Opmerkelijk is de spreiding in fasen wat betreft participatie van cliënten. Een relatief groot percentage instellingen verkeert in fase 3 (38%). Daar staat echter tegenover dat er ook een relatief groot aantal instellingen is dat de cliënten op geen enkele manier in het kwaliteitsbeleid betreft (15%).

Over alle vijf aandachtsgebieden bezien, kunnen we concluderen dat gemiddeld 73% van de GGZ-instellingen zich in fase 2 bevindt. De overige instellingen zitten vooral in fase 1 (22%), en in mindere mate in fase 3 (5%). Van geen enkele instelling kan gezegd worden dat men niet bezig is met kwaliteitszorg.

Figuur 7.1 Ontwikkelingsfase per aandachtsgebied van het kwaliteits-systeem

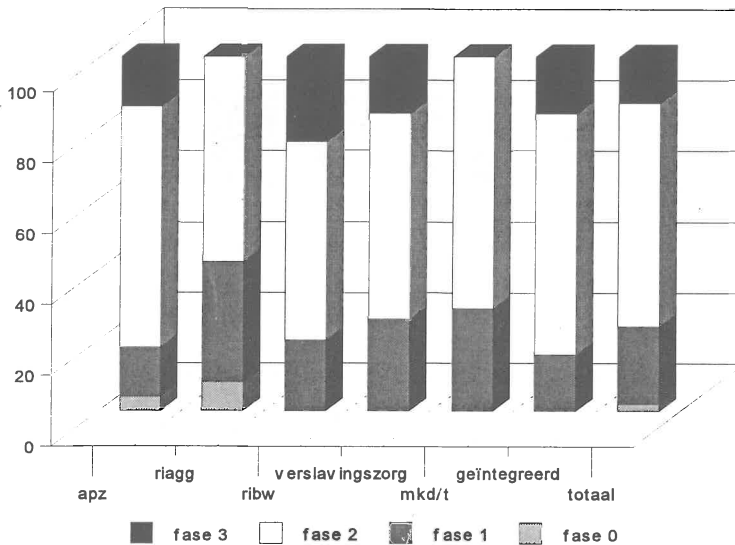


Figuur 7.2 Gemiddelde ontwikkelingsfase per deelsector



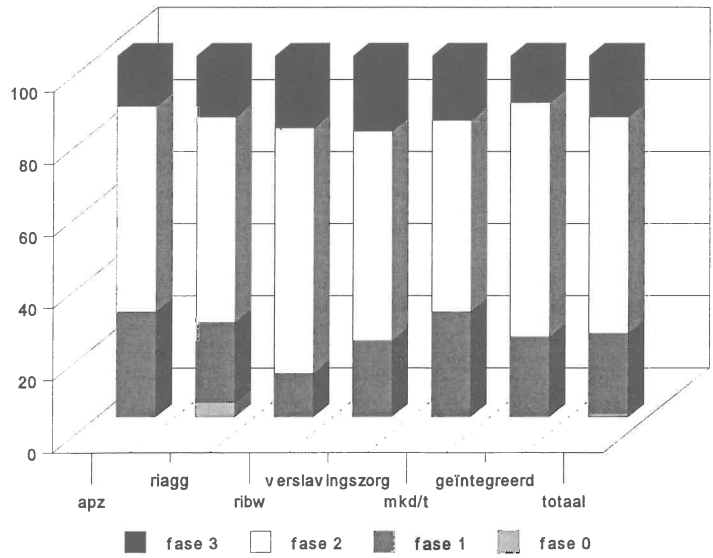
De verschillen tussen de deelsectoren staan afgebeeld in figuur 7.2 tot en met 7.7. In de laatste staaf staat de indeling in fasen over alle GGZ-instellingen. Kijken we naar de gemiddelde fase over alle vijf aandachtsgebieden berekend dan lijken RIBW's iets verder in hun kwaliteitsbeleid (figuur 7.2). Er is slechts één RIBW (4%) dat zich in fase 1 bevindt. De overige instellingen zijn verder. De RIBW's lijken ook iets meer in fase 3 te zitten (12%).

Figuur 7.3 Ontwikkelingsfase op het aandachtsgebied beleid en strategie per deelsector

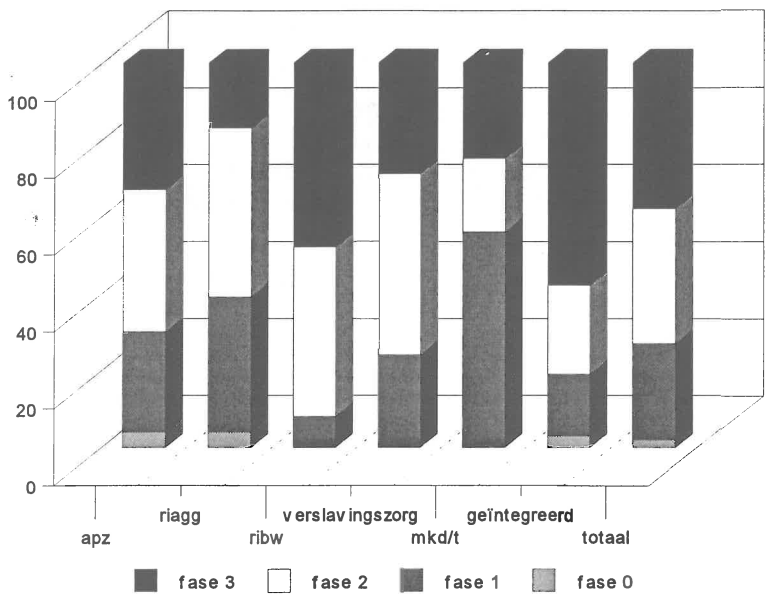


Kijkend naar de verschillende aandachtsgebieden binnen het kwaliteitsbeleid dan lijken Riagg's wat minder ver op het aandachtsgebied beleid en strategie (figuur 7.3). In deze deelsector zit 8% van de instellingen in fase 0, 33% in fase 1, 56% in fase 3 en geen enkele instelling in fase 3. Alle andere deelsectoren hebben minder instellingen in fasen 0 en 1 en meer instellingen in fase 3 (met uitzondering van de MKD/T's).

Figuur 7.4 Ontwikkelingsfase op het aandachtsgebied personeelsbeleid per deelsector



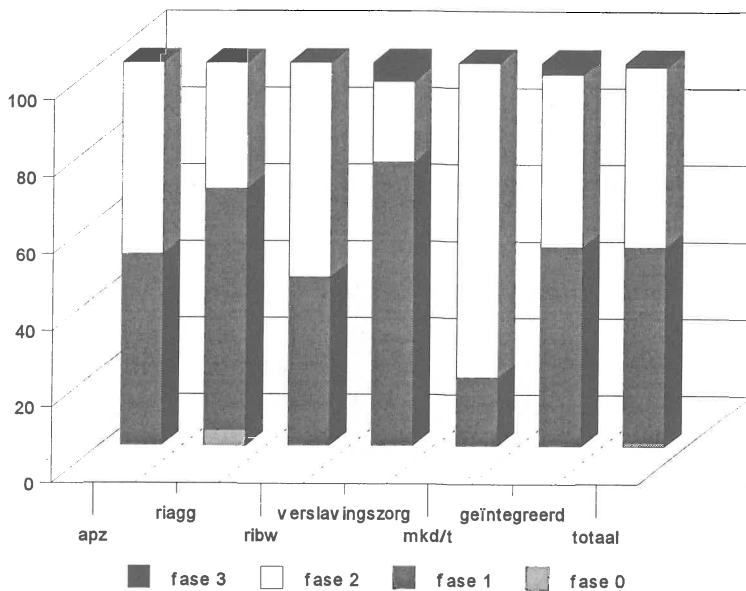
Figuur 7.5 Ontwikkelingsfase op het aandachtsgebied procesbeheersing door normering per deelsector



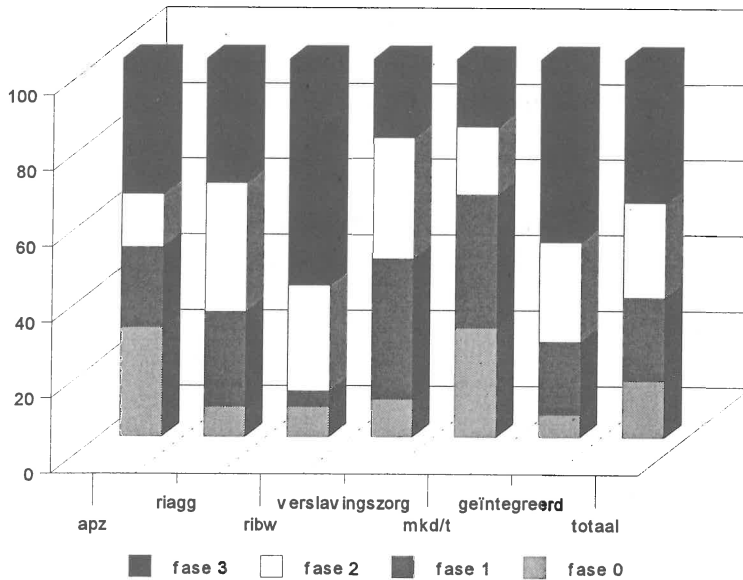
Bij het aandachtsgebied personeelsbeleid zijn de verschillen tussen de deelsectoren nihil (figuur 7.4).

Grotere variatie tussen de deelsectoren is zichtbaar als we kijken naar de mate waarin men bezig is met normering door protocollen en procedures (figuur 7.5). RIBW's en de geïntegreerde instellingen steken in gunstige zin af bij de andere deelsectoren. Relatief veel instellingen bevinden zich in fase 3 (RIBW's 48% en geïntegreerd 58%, de overige deelsectoren tussen 17% en 33%). Iets minder vaak lijken MKD/T's te kiezen voor normering. Het overgrote deel (56%) bevindt zich hier nog in de eerste fase. MKD/T's zijn daarentegen relatief wat verder in procesbeheersing door het ontwikkelen van deelsystemen: 82% van de instellingen zit in fase 2 (figuur 7.6).

Figuur 7.6 Ontwikkelingsfase op het aandachtsgebied procesbeheersing door deelsystemen per deelsector



Figuur 7.7 Ontwikkelingsfase op het aandachtsgebied cliënten per deelsector



Ten slotte blijken RIBW's en geïntegreerde instellingen cliënten actiever in hun kwaliteitsbeleid te betrekken dan de overige deelsectoren (figuur 7.7). MKD/T's lijken wat minder actief: 65% zit in fase 0 of 1 (in de overige deelsectoren varieert dit van 12% bij RIBW's tot 50% bij APZ-en).

Samenvattend kunnen we concluderen dat de verschillen in ontwikkelingsfasen tussen de deelsectoren gering is. De bevinding dat gemiddeld gezien de RIBW's wat verder zijn in het kwaliteitsbeleid, is vooral het gevolg van het feit dat men meer bezig is met normering en een sterkere betrokkenheid van cliënten bij kwaliteitszorg kent. De Riagg-sector lijkt zich wat minder sterk ontwikkeld te hebben op het aandachtsgebied beleid en strategie. MKD/T's liggen wat achter in het normeren en zijn juist wat verder met het ontwikkelen van deelsystemen. Ten slotte onderscheiden geïntegreerde instellingen zich doordat zij relatief sterk zijn in normeren en in het betrekken van cliënten in het kwaliteitsbeleid.

Effecten van kwaliteitsbeleid in relatie tot de ontwikkelingsfase

Zoals in hoofdstuk 5 bleek, zijn de daadwerkelijk bereikte positieve effecten over de gehele GGZ-sector bezien nog gering. Dit terwijl de overgrote meerderheid op termijn positieve effecten verwacht. Tot nu toe meldt de

meerderheid vooral negatieve effecten zoals een toenemende werkdruk en hogere kosten. Men kan zich afvragen of de positieve effecten uitblijven omdat het kwaliteitsbeleid nog niet ver genoeg ontwikkeld is. In dat geval zouden instellingen die in een hogere ontwikkelingsfase zijn, meer positieve effecten ervaren. Of de negatieve effecten verminderen is moeilijk voorspelbaar, maar uiteindelijk zou de kosten-baten balans ten gunste van het kwaliteitsbeleid moeten uitpakken.

Tabel 7.1 Vergelijking tussen instellingen in fase 1, 2 of 3 wat betreft de positieve effecten die zijn bereikt (percentages)

	<i>fase 1</i> <i>voorbereiding</i>	<i>fase 2</i> <i>procesbeheersing</i>	<i>fase 3</i> <i>samenhang</i>	<i>p</i>
<i>cliënten</i>				
toename van cliëntgerichtheid	7	20	50	0,040
toename van tevredenheid cliënten	3	11	50	0,005
<i>personeel</i>				
toename tevredenheid van personeel	-	6	17	0,206
toename van inzet en flexibiliteit personeel	4	9	60	0,001
<i>organisatie</i>				
toename beheersbaarheid van organisatie	10	17	67	0,004
betere profilering van instelling	3	17	67	0,001
toename tevredenheid van externe partijen	4	13	50	0,009
<i>kwaliteit van zorg</i>				
verbetering van zorgprocessen	10	19	71	0,001
verbetering van behandelresultaten	7	3	71	0,000
<i>rendement</i>				
toename productiviteit van instelling	7	3	29	0,016
kostenbesparing op lange termijn in eigen instelling	-	-	-	-
kostenbesparing, maar niet in de eigen instelling	-	1	-	0,840

Tabel 7.1 laat per ontwikkelingsfase zien, hoeveel procent van de instellingen positieve effecten hebben bereikt. We kunnen concluderen dat alle genoemde positieve effecten, met uitzondering van de grotere tevredenheid van het personeel en kostenbesparing buiten de eigen instelling, vaker bereikt zijn bij instellingen in een hogere ontwikkelingsfase. In fase 2 lijken de positieve effecten merkbaar te worden, blijkend uit het grotere percentage

instellingen dat positieve effecten heeft bereikt in vergelijking met instellingen in fase 1. Instellingen in fase 3 rapporteren beduidend vaker positieve effecten. Een kanttekening hierbij is dat er slechts zeven instellingen in fase 3 zitten.

Tabel 7.2 Vergelijking tussen instellingen in fase 1, 2 en 3 wat betreft negatieve effecten zijn ten gevolge van het kwaliteitsbeleid (percentages)

	<i>fase 1</i> <i>voorbereiding</i>	<i>fase 2</i> <i>procesbeheersing</i>	<i>fase 3</i> <i>samenhang</i>	<i>p</i>
kosten zijn gestegen	32	29	29	0,966
verstarring c.q. gebrek aan flexibiliteit bij personeel	5	8	-	0,677
werkdruk is toegenomen	46	58	43	0,454
demotivatie/ontevredenheid bij personeel	-	7	14	0,305
er zijn geen negatieve effecten	36	24	29	0,471

Tabel 7.2 geeft de relatie weer tussen de ontwikkelingsfase en de ervaren negatieve effecten van kwaliteitsbeleid. Het blijkt dat een hogere ontwikkelingsfase niet gepaard gaat met een verhoging van negatieve gevolgen, zoals een verhoging van de kosten van kwaliteitszorg of een toename van de werkdruk.

Tabel 7.3 Vergelijking tussen instellingen in fase 1, 2 en 3 wat betreft de mate waarin regels en procedures zijn veranderd ten gevolge van kwaliteitszorg (percentages)

	<i>fase 1</i> <i>voorbereiding</i>	<i>fase 2</i> <i>procesbeheersing</i>	<i>fase 3</i> <i>samenhang</i>	<i>p</i>
geen invloed	18	3	-	0,011
er zijn regels/procedures bijgekomen	61	76	86	0,211
overbodige regels zijn verwijderd	11	33	29	0,064
regels/procedures worden beter bewaakt	46	66	86	0,077
impliciete regels/procedures zijn geformaliseerd	64	71	100	0,177
toepassing regels/procedures wordt beter getoetst	29	49	100	0,003
werking van regels/procedures wordt beter geëvalueerd en geactualiseerd	43	68	86	0,025

Ten slotte is gekeken naar de relatie tussen ontwikkelingsfase en regels en procedures (tabel 7.3). Het blijkt dat een hogere ontwikkelingsfase niet zo zeer gepaard gaat met meer regels en procedures, maar vooral met een betere toetsing en actualisering van de regels en procedures.

Samenvatting

Anno 2000 kan men stellen dat men in iedere instelling in de GGZ bezig is met het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid. Bijna driekwart van de instellingen zit in de fase die zich kenmerkt door procesbeheersing. Eenvijfde van de instellingen bevindt zich nog in de voorbereidende fase. Nog weinigen, 5% van de instellingen, zijn bezig met het inbedden van de activiteiten in de dagelijkse bedrijfsvoering. De verschillen tussen de verschillende deelsectoren in de GGZ wat betreft ontwikkelingsfase zijn klein.

Tot nu toe is er volgens het management van de instellingen nog vrij weinig positiefs bereikt. Dat de inspanningen uiteindelijk (in de ervaring van het management) zullen lonen blijkt uit de analyses in deze paragraaf. De instellingen in ontwikkelingsfasen 2 en 3 rapporteren meer bereikte effecten. Dit gaat maar gedeeltelijk gepaard met een toename van negatieve effecten zodat geconcludeerd kan worden dat de uiteindelijke kosten-baten balans in de toekomst gunstig(er) zal uitvallen.

8 Toekomstplannen van de instellingen

In dit hoofdstuk staan toekomstige ontwikkelingen binnen de GGZ centraal. Aan de orde komen het streven naar (her)beoordelingen en kwaliteitscertificaten en de prioriteiten voor de toekomst. Maar allereerst wordt ingegaan op de informatiebronnen die instellingen gebruiken om het instellingsbeleid te bepalen.

Tabel 8.1 Percentage instellingen dat ondergenoemde gegevensbronnen gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het instellingsbeleid (percentages)

	<i>Totaal %</i>	<i>N</i>
opvattingen van de cliëntenraad	81	139
opvattingen van de financier	71	139
waarderingsonderzoek bij cliënten	53	139
opvattingen van ketenpartners	50	139
exitinterviews onder medewerkers	49	139
resultaten van externe toetsing (visitatie)	45	139
waarderingsonderzoek bij medewerkers	32	139
exitinterviews onder cliënten	30	139
resultaten van interne toetsing (audits)	30	139
marktonderzoek bij potentiële cliënten	27	143
marktonderzoek bij verwijzers	27	143

Het kwaliteitsbeleid in de nabije toekomst

Om instellingsbeleid te bepalen wordt door instellingen gebruikgemaakt van verschillende gegevens. Uit tabel 8.1 blijkt dat met name opvattingen van de cliëntenraad (81%) en opvattingen van de financier (71%) worden meegenomen voor evaluatie en bijstelling van het instellingsbeleid. Terwijl de opvattingen van cliënten(raad) en financier veelal invloed hebben op het instellingsbeleid, wordt de waardering van medewerkers minder vaak meegenomen. Marktonderzoek bij verwijzers of potentiële cliënten wordt nog niet veel gebruikt (in beide gevallen door 27% van de instellingen).

Tabel 8.2 Percentage instellingen dat naar ondergenoemde typen van (her)beoordeling in de komende drie jaren streeft (N=122)

	<i>Totaal %</i>
interinstitutionele toetsing	37
visitatie door onafhankelijk instituut (certificerende instelling of INK-audit)	26
visitatie door cliënten/consumentenorg.	23
visitatie door beroepsgroepen	15

Tabel 8.2 geeft een overzicht van de typen (her)beoordelingen waar de instellingen in de komende jaren naar streven. De meeste instellingen streven naar interinstitutionele toetsing (37%). Naar andere vormen van externe beoordeling wordt minder gestreefd. Ruim een kwart van de instellingen streeft naar een visitatie door een onafhankelijk instituut.

Tabel 8.3 De typen kwaliteitskeurmerken of certificaten die men heeft of waarnaar gestreefd wordt (N=144)

	<i>in bezit</i>	<i>wordt aan gewerkt</i>	<i>totaal %</i>
INK-audit	2	27	29
HKZ-certificaat	-	10	10
ISO-certificaat	3	5	8
anders	-	4	4
streeft (nog) niet naar certificaat	62		

Een dergelijke visitatie door een onafhankelijk instituut kan uitmonden in het behalen van een kwaliteitscertificaat. In tabel 8.3 worden typen certificaten weergegeven die instellingen in de nabije toekomst (dat wil zeggen binnen drie jaar) wensen te behalen, dan wel reeds behaald hebben. waarnaar door instellingen wordt gestreefd. De meerderheid streeft nog niet naar een kwaliteitskeurmerk of certificaat (62%). De INK-audit geniet de meeste voorkeur: 29% van de instellingen heeft deze reeds doorlopen of streeft ernaar.

Tabel 8.4 Belangrijkste kwaliteitsprioriteiten van de instellingen voor het komend jaar (N=142)

	<i>Totaal %</i>
opstellen van zorgprogramma's	63
waarderingsonderzoeken	60
regionale afstemming en samenwerking	60
opstellen beschrijvingen primaire proces	56
werken volgens cyclus (plan-do-check-act)	53
kwaliteitsprojecten/verbeterprojecten	51
zorgcircuits opstellen met ketenpartners	50
scholing in kwaliteitszorg	35
zorgcircuits opstellen intern	28
interne toetsingen (audits)	26
anders	10

Prioriteiten voor de toekomst

Wat zijn nu de prioriteiten voor de nabije toekomst? Belangrijkste prioriteit binnen de GGZ in het komend jaar is het primaire zorgproces. Uit tabel 8.4 blijkt dat een ruime meerderheid van de instellingen aandacht gaat besteden aan het opstellen van zorgprogramma's, regionale afstemming en samenwerking, en het opstellen van procesbeschrijvingen.

Een tweede thema is het uitvoeren van waarderingsonderzoeken.

Het werken aan kwaliteitszorg middels verbeterprojecten en het doorlopen van de kwaliteitscyclus vormt het derde aandachtsgebied.

Als vierde thema komt de ketenzorg. Bijna de helft van de instellingen gaat in het komend jaar samen met de ketenpartners aan de slag met het opstellen van zorgcircuits.

Het grootste deel van de instellingen zal het komende jaar geen prioriteit geven aan scholing van medewerkers in kwaliteitszorg, interne zorgcircuits, interne audits en (externe) certificering.

Samenvatting

Instellingen laten zich bij het bepalen van het instellingsbeleid in belangrijke mate leiden door de opvattingen van cliënten, via de cliëntenraad of via waarderingsonderzoek, en financiers. In de komende drie jaar wil ruim een kwart van de instellingen gecertificeerd zijn of een INK-audit doorlopen hebben.

Bezien we de nabije toekomst van de GGZ-instellingen dan wordt in veel instellingen prioriteit gegeven aan het verbeteren van primaire processen. Ook zal in veel instellingen aandacht zijn voor waarderingsonderzoek. Het werken aan kwaliteitszorg in termen van verbeterprojecten en werken volgens de kwaliteitscyclus heeft daarmee geen hoogste prioriteit.



9 Samenvatting en conclusies

Achtergrond en vraagstelling

In het onderhavige onderzoek wordt beschreven wat de instellingen in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg (GGZ) doen in het kader van hun kwaliteitsbeleid. Ruim tien jaar geleden (tijdens de Leidschendamconferenties van 1989 en 1990) hebben zorginstellingen afgesproken dat ze kwaliteitssystemen gingen invoeren. 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 (Sluijs en Wagner, 2000). Vijf jaar geleden, tijdens de Leidschendamconferentie van 1995, bleek dat het ontwikkelen van kwaliteitssystemen meer tijd kost dan men aanvankelijk verwachtte. Er werd afgesproken door te gaan met het ontwikkelen van kwaliteitssystemen. Tijdens de vierde Leidschendamconferentie, in mei 2000, zal opnieuw naar de stand van zaken gekeken worden.

Het doel van deze studie is een overzicht te geven van de stand van zaken in 2000 in de GGZ. De volgende vragen worden beantwoord:

1. Wat is de stand van zaken voor wat betreft het kwaliteitsbeleid in de instellingen?

De stand van zaken wordt beschreven aan de hand van aandachtsgebieden voor kwaliteitssystemen. Deze aandachtsgebieden zijn gebaseerd op een combinatie van het model van het Instituut Nederlandse Kwaliteit (INK) en het model van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) zoals dat uitgewerkt is door de GGZ (van Ooyen-Houben et al, 1998). De volgende zes aandachtsgebieden worden onderscheiden: beleid en organisatie, personeelsmanagement, middelenmanagement, management van het primaire proces op programma- of afdelingsniveau, management van het primaire proces op individueel niveau, en de effecten van kwaliteitssystemen.

2. Welke rol spelen cliënten in het kwaliteitsbeleid van de instellingen?

Tijdens de Leidschendam conferentie in 1995 is afgesproken dat de inbreng van cliënten een speciaal aandachtsgebied is. Daarom wordt de rol van cliënten in het kwaliteitsbeleid belicht.

3. Welke ontwikkelingen zijn zichtbaar in de instellingen?

Subvragen daarbij zijn:

- a. Welke verschillen in voortgang zijn er tussen de deelsectoren in de GGZ?

Hierbij wordt onderscheid gemaakt in Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ), Regionale instellingen ambulante geestelijke gezondheidszorg (Riagg), Regionale Instellingen voor Beschermd wonen (RIBW's), Verslavingszorg, Medisch Kinderdagverblijven/-tehuizen (MKD/T), en geïntegreerde instellingen.

- b. Welke veranderingen zijn er in het kwaliteitsbeleid opgetreden sinds 1995?

- c. In welke ontwikkelingsfase bevindt het kwaliteitsbeleid zich?

4. Waar is het toekomstig kwaliteitsbeleid van de instellingen op gericht?

Respondenten

Het management van alle GGZ-instellingen in Nederland heeft eind 1999 een vragenlijst ontvangen. In dit rapport wordt dus verslag gedaan van het kwaliteitsbeleid, zoals gezien door het management van de instelling. In totaal zijn 248 instellingen in de GGZ benaderd en 144 vragenlijsten ingevuld geretourneerd (respons=59%). De 144 responderende instellingen betreffen de volgende deelsectoren:

28 Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ)

24 Regionale instellingen ambulante geestelijke gezondheidszorg (Riagg)

25 Regionale Instellingen voor Beschermd wonen (RIBW's)

19 instellingen voor verslavingszorg

17 Medisch Kinderdagverblijven/-tehuizen (MKD/T)

31 geïntegreerde instellingen.

Stand van zaken in het kwaliteitsbeleid (vraagstelling 1)

We kunnen concluderen dat vrijwel alle organisaties bezig zijn met kwaliteitsbeleid. Veelal wordt daarbij een keuze gemaakt voor een bepaald model. Meest gekozen worden het INK model en het GGZ-model voor interinstitutionele toetsing (een voor de GGZ nadere uitwerking van het HKZ-model). Lijnfunctionarissen, en met name de directie en leidinggevenden binnen de lijn, zijn trekkers van het kwaliteitsbeleid. Ruim de helft van de instellingen heeft een kwaliteitsfunctionaris in dienst en eenderde van de instellingen heeft een apart budget voor kwaliteitszorg gereserveerd.

De meeste instellingen hebben een missie op schrift gesteld. De wijze waarop men richting geeft aan het kwaliteitsbeleid staat bij tweederde van de instellingen op papier. Eenderde heeft dus nergens vastgelegd wat het

kwaliteitsbeleid inhoudt en hoe men de doelen denkt te bereiken. Minder frequent vindt het kwaliteitsbeleid zijn neerslag in de vorm van een kwaliteitshandboek. Dit is niet verwonderlijk omdat het kwaliteitshandboek pas tot stand kan komen als processen en procedures beschreven zijn. Op instellingsniveau wordt het kwaliteitsbeleid getoetst en verbeterd door kwaliteitsjaarverslagen op te stellen, toetsingscommissies in het leven te roepen, en in mindere mate door interinstitutionele toetsing en interne audits. Instellingen vinden bij het bepalen van het kwaliteitsbeleid de mening van cliënten belangrijk, blijkend uit het grote aantal instellingen dat gebruik maakt van de klachtenanalyses en periodiek overleg met de cliëntenraad. Anderzijds wordt aangegeven dat op dit punt nog veel te verbeteren is door het meer systematisch te doen.

Een ruime meerderheid van de instellingen geeft aan dat medewerkers gestimuleerd worden mee te doen aan kwaliteitsactiviteiten en scholing daarvoor krijgen. In ongeveer de helft van de instellingen geeft de directie expliciet sturing geeft aan kwaliteitsactiviteiten. Sturing kan gegeven worden door bijvoorbeeld aan medewerkers duidelijk te maken wat van hen verwacht wordt in het kader van het kwaliteitsbeleid, door na te gaan of medewerkers zich aan in het kader van het kwaliteitsbeleid gemaakte afspraken houden, of door toe te zien op de uitvoering van kwaliteitswerkplannen. Er zijn weinig instellingen waar medewerkers systematisch feedback krijgen over de bereikte resultaten.

Feedback op het personeelsbeleid krijgt men vrijwel overal in functionerings- of beoordelingsgesprekken en, in mindere mate, in exit-gesprekken met vertrekkende medewerkers. Informatie uit dergelijke gesprekken wordt naar de mening van de respondenten echter nog onvoldoende systematisch gebruikt voor het bijstellen van het beleid.

Middelenmanagement verwijst naar het gebruik en beheer van de beschikbare middelen. Inzicht in de kosten van de verschillende activiteiten kan bijdragen tot een weloverwogen inzet van middelen. Kwaliteitsbeleid kost geld. Vrijwel alle instellingen hebben bijvoorbeeld aparte voorzieningen (zoals een kwaliteitsfunctionaris, stuurgroep, apart budget) getroffen ten behoeve van het kwaliteitsbeleid. Ook hebben medewerkers vaak binnen hun aanstellingstijd ruimte voor kwaliteitsactiviteiten. Tijd voor trainingen in kwaliteitszorg is minder gebruikelijk. De meeste instellingen hebben doorgaans geen inzicht in de precieze kosten van allerlei kwaliteitsbevorderende activiteiten. Uitzondering daarop vormen de kosten voor de scholing

van medewerkers en management in kwaliteitszorg, die bekend zijn bij zeven van de tien instellingen. Het maken van kostprijsberekeningen voor diverse producten of activiteiten is nog vrij ongebruikelijk in de GGZ. We kunnen concluderen dat nader inzicht in de kosten van kwaliteitszorg meer aandacht verdient.

Ten behoeve van het management van afdelingen of programma's kunnen productomschrijvingen gemaakt en kwaliteitswerkplannen opgesteld worden. Dit gebeurt nog relatief weinig maar de meeste instellingen geven wel aan bezig te zijn met de ontwikkeling daarvan.

Een ruime meerderheid van de instellingen geeft aan de zorgprocessen te monitoren met indicatoren. Daarbij wordt vooral gebruikgemaakt van input-indicatoren, wat niet verwonderlijk is omdat men dergelijke gegevens vaak registreert in het kader van de productie-afspraken met verzekeraars. Het meten van uitkomsten van de zorg in termen van het functioneren van de cliënt of de mate van doelrealisatie komt veel minder vaak voor.

Protocolleren is een manier om de zorgverlening te normeren. De meeste instellingen hebben protocollen voor grensoverschrijdend hulpverlenersgedrag, specifieke handelingen en verrichtingen, de routing van de cliënt en crisisinterventie. Het gebruik van protocollen zou periodiek getoetst moeten worden. De resultaten laten zien dat dit in de meerderheid van de instellingen niet gebeurt.

Er zijn verschillende overlegvormen waarin men de kwaliteit van het primaire proces bespreekbaar kan maken. Er is geen duidelijke voorkeur voor één bepaalde overlegvorm. Intervisie, casuïstiekbesprekingen, werkbegeleiding en supervisie worden in een meerderheid van de instellingen toegepast.

Kijkend naar wat instellingen hebben bereikt met hun kwaliteitsbeleid, kunnen we concluderen dat de beloning van kwaliteitszorg, over de gehele GGZ bezien, tot nu toe mager is. De verwachtingen lijken daarentegen nog steeds hoog, maar het aantal instellingen dat daadwerkelijk positieve effecten rapporteert is beperkt. Eigenlijk zijn de effecten die het meest genoemd worden negatief: de werkdruk is toegenomen en de kosten zijn gestegen. Kwaliteitszorg is daarnaast merkbaar in de (toename van) regels en procedures binnen de instellingen en de actievere manier waarop daarmee omgegaan wordt. Toch is er reden voor het optimisme. Momenteel zijn de meeste instellingen nog bezig met het beheersen van processen (fase 2). Instellingen

die verder zijn in hun kwaliteitsbeleid, zo blijkt uit de resultaten, rapporteren meer positieve effecten. Dit terwijl de negatieve effecten niet verder toenemen.

De rol van cliënten in het kwaliteitsbeleid (vraagstelling 2)

Voor wat betreft de rol van cliënten kunnen we concluderen dat de meerderheid van de instellingen cliënten betreft in hun kwaliteitsactiviteiten. Eenderde van de instellingen geeft echter ook aan dat dit nog onvoldoende systematisch gebeurt. Het standaard verstrekken van informatie aan cliënten over rechten en voorzieningen voor cliënten is vrij gebruikelijk. Inspraak van cliënten verloopt vooral via individuele cliënten en via de cliëntenraad. Veel ongebruikelijker is het dat cliëntenorganisaties inspraak hebben in de hulpaanbod van de instelling.

Ontwikkelingen: Verschillen tussen deelsectoren (vraagstelling 3a)

Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuizen verschillen per aandachtsgebied slechts op een paar activiteiten van de andere deelsectoren. Hierbij geldt in de meeste gevallen dat percentages van de sector APZ significant lager zijn dan de percentages van andere deelsectoren.

Riagg's lijken ten opzichte van de andere deelsectoren iets minder ver te zijn in het op schrift stellen van kwaliteitsbeleid. Riagg-instellingen beschikken minder vaak over een missie op schrift, productomschrijvingen en zorgplannen dan de andere deelsectoren. Verder blijkt uit de resultaten dat Riagg's minder prioriteit leggen bij het gebruik van interne toetsing, in vergelijking tot de andere deelsectoren.

RIBW's lijken in vergelijking tot de andere instellingen meer belang te hechten aan interne toetsing (audits). Deze manier van toetsing is niet alleen vaker aanwezig binnen deze deelsector maar wordt ook gezien als een prioriteit voor de toekomst. Tevens blijkt dat RIBW's een aantal indicatoren en protocollen vaker gebruiken en andere juist minder vaak gebruiken dan de overige deelsectoren.

Instellingen voor verslavingszorg wijken weinig af van de andere instellingen. In evaluatie en bijstelling van het instellingsbeleid lijkt de verslavingszorg verder gevorderd in het gebruik van methoden dan de meeste andere sectoren.

In MKD/T's wordt vaker gebruikgemaakt van interne audits en interinstitutionele toetsing. Daarnaast is het aantal instellingen binnen deze deelsector dat aangeeft dat de werkdruk is toegenomen significant groter dan bij de andere instellingen.

Ten slotte vallen geïntegreerde instellingen op doordat er vaker een kwaliteitsfunctionaris is. Daarnaast is in geïntegreerde instellingen het meest frequent een kwaliteitswerkplan aanwezig voor sommige afdelingen.

Geconcludeerd wordt dat er geen grote verschillen zijn tussen de deelsectoren wat betreft de inzet van bepaalde kwaliteitsinstrumenten. Verschillen in het soort protocollen zijn veelal verklaarbaar uit de aard van de zorg die geleverd wordt.

Ontwikkelingen: Veranderingen in kwaliteitsbeleid sinds 1995 (vraagstelling 3b)

Als we de verschillen met 1995 bekijken dan kan geconcludeerd worden dat men vooral bezig is geweest met het schriftelijk vastleggen van het instellingsbeleid. Meer instellingen hebben nu een missie op schrift en werken met kwaliteitsbeleidsplannen en kwaliteitsjaarverslagen.

Ook is gewerkt aan het verbeteren van de transparantie binnen de instelling, blijkend uit de toename van het aantal instellingen met een Management Informatie Systeem.

Wat betreft de cliënten zit de verandering vooral in het periodiek overleg met de cliëntenraad. De meeste directies hebben nu een periodiek overleg met de cliëntenraad (1995: 52% en 2000: 94%). Toch is er geen stijging gevonden in de verschillende kwaliteitsactiviteiten (zoals verbeterprojecten) waarin cliënten betrokken worden.

Wat betreft het personeelsbeleid in het kader van kwaliteitszorg is er nauwelijks wat veranderd. Medewerkers mogen nu vaker binnen werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten. Anderzijds krijgt men in 2000 minder vaak systematisch feedback over de bereikte resultaten. Dit is opmerkelijk gezien het feit dat het werken aan transparantie één van de afspraken was tijdens de Leidschendamconferentie in 1995.

Ook zijn er geen opvallende wijzigingen in het gebruik van instrumenten voor het management van het zorgproces op afdelingsniveau en het primaire proces. Uitzondering is de toename in het aantal instellingen met een protocol voor voorbehouden handelingen.

Wat betreft de voorzieningen die instellingen hebben ter stimulering van het kwaliteitsbeleid blijkt dat minder instellingen momenteel nog een extern bureau inschakelen ter ondersteuning van het kwaliteitsbeleid. In 1995 schakelde eenderde van de instellingen een extern bureau in. In 2000 is dat nog slechts 13%. We kunnen hier wellicht uit concluderen dat er nu binnen de instellingen zelf voldoende kennis en kunde is.

Men zou kunnen verwachten dat zo langzaam aan instellingen vaker

positieve effecten zouden melden als gevolg van het kwaliteitsbeleid. Dit is niet het geval. Het percentage instellingen dat positieve en negatieve effecten ervoer is in vijf jaar niet veranderd.

Of activiteiten in het kader van ketenkwaliteit zijn toegenomen kan niet worden nagegaan omdat daar in de vragenlijst van 1995 niet naar gevraagd is. Het begrip ketenkwaliteit is de laatste vijf jaar pas sterk in de belangstelling gekomen.

Ontwikkelingen: Fasen in kwaliteitssystemen (vraagstelling 3c)

Voor het beantwoorden van deze vraag is gebruikgemaakt van een fasenindeling, zoals gebruikt door Sluijs en Wagner (2000). In fase 0 is er nog geen sprake van kwaliteitsbeleid. In fase 1 worden de voorbereidingen getroffen voor het kwaliteitsbeleid. Beheersing van de processen staat centraal in de tweede fase. In de laatste fase wordt de kwaliteitskringloop geïntroduceerd waarin continu sprake is van toetsen en verbeteren en activiteiten zijn ingebed in de dagelijkse bedrijfsvoering.

Uit de analyses blijkt dat alle instellingen op een of andere manier bezig zijn met kwaliteitszorg. Over alle vijf aandachtsgebieden bezien, kunnen we concluderen dat gemiddeld 73% van de GGZ-instellingen zich in fase 2 bevindt. In deze fase is men vooral bezig met het beheersen van processen. De overige instellingen zitten vooral in fase 1 (22%), en in mindere mate in fase 3 (5%). In fase 1 worden de voorbereidingen getroffen voor het kwaliteitsbeleid. In fase 3 wordt de kwaliteitskringloop geïntroduceerd waarbij continu sprake is van een cyclus van normeren, toetsen en verbeteren.

De verschillen in ontwikkelingsfasen tussen de deelsectoren zijn minimaal. RIBW's zijn gemiddeld gezien wat verder in het kwaliteitsbeleid. Dit is vooral het gevolg van het feit dat men meer bezig is met normering en een sterkere betrokkenheid van cliënten bij kwaliteitszorg kent. De Riagg-sector lijkt zich wat minder sterk ontwikkeld te hebben op het aandachtsgebied beleid en strategie. MKD/T's liggen wat achter in het normeren en zijn juist wat verder met het ontwikkelen van deelsystemen. Ten slotte onderscheiden geïntegreerde instellingen zich doordat zij relatief sterk zijn in normeren en in het betrekken van cliënten in het kwaliteitsbeleid.

Toekomstplannen van instellingen (vraagstelling 4)

Bezien we de nabije toekomst van de GGZ-instellingen dan wordt in veel instellingen prioriteit gegeven aan het verbeteren van primaire processen.

Ook zal in veel instellingen aandacht zijn voor waarderingsonderzoek. Ruim een kwart van de instellingen wil in de komende drie jaren beoordeeld worden door een onafhankelijk instituut, bijvoorbeeld een certificerende instelling worden of een INK-audit doorlopen.

Volgens het management van de instelling wordt het instellingsbeleid in belangrijke mate bepaald door de opvattingen van cliënten, via de cliëntenraad of via waarderingsonderzoek, en van financiers.

In dit rapport staat de stand van zaken in het kwaliteitsbeleid in de GGZ beschreven. Interessant is te weten hoe deze stand van zaken zich verhoudt met die in andere zorgsectoren. Sluijs en Wagner (2000) concluderen dat de stand van zaken in de GGZ in grote lijnen een goede afspiegeling is van de stand van zaken in de gehele zorgsector. 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 informatie systeem en het aantal dat deelneemt aan interinstitutionele toetsing. 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.

Tot nu toe is er volgens het management van de instellingen nog weinig positiefs bereikt. Dat de inspanningen uiteindelijk (in de ervaring van het management) zullen lonen blijkt uit dit rapport. De instellingen in ontwikkelingsfase 3 rapporteren meer bereikte positieve effecten. Dit gaat maar gedeeltelijk gepaard met een toename van negatieve effecten zodat naar verwachting de uiteindelijke kosten-baten balans in de toekomst gunstig(er) zal uitvallen.

Literatuur

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

Ooyen-Houben M van, Place M, Nabitz U. Het SHKZ/GGZ-kader en het INK-model. *Kwaliteit in Beeld*, 8(3): 4-6, 1998.

Place M, Ooyen-Houben M van, Linssen L, Steinmann A. Kwaliteitstoetsing in de GGZ. Een instrumentv voor interinstitutionele toetsing in instellingen voor GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut/GGZ Nederland, 1999.

Place M, Ooyen-Houben M van, Veer A de, Wagner C. Gereedschap voor kwaliteitszorg in de GGZ. Deel 1: Een onderzoek naar het gebruik van kwaliteitsinstrumenten en -indicatoren in de praktijk. Utrecht: Trimbos-instituut/Nivel, 2000

Sluijs EM, Wagner C. Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2000. Utrecht: Nivel, 2000

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

BIJLAGE 1



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 03

Code

Groep

VRAGENLIJST NAAR KWALITEITSSYSTEMEN

in GGZ - instellingen

Inhoud:

- **Beleid**
- **Medewerkers**
- **Procedures en protocollen**
- **Deelsystemen**
- **Samenwerking en ketenkwaliteit**
- **Cliënten**
- **Effecten**
- **Kwaliteitskosten**
- **Cultuur en structuur**
- **Toekomst**

Bij nagenoeg alle vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk en kunt u dus meerdere alternatieven aankruisen

BELEID EN STRATEGIE: DOCUMENTEN

B1. In hoeverre beschikt uw instelling over onderstaande documenten?

	nee of niet van toepassing	in ontwikkeling	ja, in bezit
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 instellingsniveau: een uitwerking van het kwaliteitsbeleid in concrete maatregelen om het kwaliteitsbeleid te realiseren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kwaliteitswerkplannen (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"/>
Kwaliteitsjaarsverslag (of kwaliteitsdeel in het algemene jaarsverslag) over 1998: 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. In hoeverre beschikt uw instelling over onderstaande reglementen of codes?

	nee of n.v.t.	in ontwikkeling	ja, in bezit
- een interne gedragscode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- een professioneel statuut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- een privacyreglement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- een dossierreglement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- registratieregels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B3. Zijn in uw instelling voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg?

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

B4. Wie zijn de 'trekkers' van kwaliteitszorg in uw instelling?

- niemand in het bijzonder
 de stuurgroep/commissie
 de kwaliteitsfunctionaris
 een extern bureau/adviseur
 de professionals (zorgverleners)
 directie of management
 hoofden/leidinggevendenden
 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 mede n.a.v. prioriteiten in het kwaliteitsbeleid
- nieuwe medewerkers/professionals worden geschoold in kwaliteitszorg

Sturing

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

M2. Wordt voor de professionele hulpverleners werktijd ingeroosterd/vrijgemaakt voor een of meer van de volgende activiteiten?

voor professionele hulpverleners is tijd ingeroosterd/vrijgemaakt voor:

- volgen van vakinhoudelijke na- en bijscholing
- training in methoden en technieken van kwaliteitszorg
- casuïstiekbesprekingen
- werkbegeleiding
- intervisie
- supervisie
- intercollegiale toetsing
- participeren in verbeterteams/projecten
- ontwikkelen van richtlijnen/protocollen

PROTOCOLLEN EN PROCEDURES

P1. Wat voor soort protocollen (of richtlijnen) - voor zover van toepassing - worden in uw instelling gebruikt?

protocollen voor het professioneel handelen:

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

P2. Welke van onderstaande protocollen zijn aanwezig en van welke wordt de toepassing periodiek onderzocht?

	protocol/richtlijn is aanwezig	toepassing wordt periodiek onderzocht
protocollen voor:		
- crisisinterventie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- toepassing van dwang/separatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- hulp bij zelfdoding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- stervensbegeleiding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- grensoverschrijdend hulpverlenersgedrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

- nee
- ja, er is vastgelegd dat elk protocol dient te bevatten: (*alleen aankruisen wat van toepassing is*)
 - de datum waarop het protocol is gemaakt
 - wie het protocol heeft ontwikkeld
 - wie het protocol heeft vastgesteld
 - voor wie het protocol is bedoeld
 - de datum waarop revisie/actualisering plaatsvindt

P4. Is er (op sommige afdeling of in de gehele instelling) een protocollenbank en een procedure (systeem) voor het actualiseren van protocollen?

- nee
- op sommige afdelingen is er een protocollenbank
- op sommige afdelingen zijn er eveneens procedures voor het actualiseren van protocollen.
- voor de gehele instelling is er een protocollenbank
- voor de gehele instelling gelden procedures voor het actualiseren van protocollen.

P5. Beschikt uw instelling over procesbeschrijvingen voor de primaire processen? Dit houdt in dat alle stappen beschreven zijn inclusief degenen die hiervoor verantwoordelijk zijn.

- nee
- ja, er zijn procesbeschrijvingen voor de volgende onderdelen van het primaire proces:
 - indicatiestelling/intake
 - behandelproces
 - afsluiting of ontslag
 - geneesmiddelenbeheer

DEELSYSTEMEN

D1. Vinden in uw instelling - voor zover van toepassing- onderstaande activiteiten plaats? Zo ja, zijn zij een cyclisch onderdeel van het kwaliteitssysteem?

1 = nee of niet van toepassing in onze sector

2 = ja, de activiteit bestaat maar nog niet volledig cyclisch (resultaten worden nog onvoldoende voor bijsturing gebruikt)

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

1 2 3

Intercollegiale toetsing monodisciplinair:

beroepsgenoten werken groepsgewijze aan het toetsen en verbeteren van hun handelen (ook verbeterteams, kwaliteitscirkels)

Intercollegiale toetsing multidisciplinair:

verschillende disciplines werken gezamenlijk aan het toetsen en verbeteren van hun handelen

Gebruik zorgplannen:

in individuele zorgplannen wordt de verleende zorg vastgelegd en periodiek geëvalueerd aan de hand van vooraf gestelde doelen

Commissies (bijvoorbeeld voor infecties, FONA/MIP, calamiteiten):

commissies analyseren periodiek de geregistreerde gegevens op basis waarvan structurele verbeteringen worden aangebracht

Functionerings-/ beoordelingsgesprekken:

met medewerkers worden periodiek functionerings-, beoordelings- of loopbaangesprekken gehouden

Interne beoordeling van het kwaliteitssysteem (interne audit):

periodiek wordt beoordeeld of alle onderdelen van het kwaliteitssysteem werken zoals ze bedoeld zijn (c.q. wordt beoordeeld of alle procedures worden nageleefd en effectief zijn)

Interinstitutionele toetsing/visitatie:

collega-instellingen (of beroepsgenoten) beoordelen de instelling en doen suggesties voor verbeteringen

Management-informatie-systeem:

een management-informatiesysteem verschaft periodieke overzichten van de verleende zorg en de uitkomsten daarvan. Op basis van deze gegevens wordt het (kwaliteits)beleid geëvalueerd en zonodig bijgesteld

Waarderingsonderzoek onder gebruikers:

periodiek wordt aan gebruikers een oordeel over de verleende zorg gevraagd (ook tevredenheids-onderzoek etc.)

Waarderingsonderzoek onder verwijzers of andere ketenpartners:

(ook tevredenheidsonderzoek of meningspeiling)

Waarderingsonderzoek onder medewerkers/ professionals:

periodiek wordt medewerkers/professionals gevraagd of zij tevreden zijn over het werk, de werkdruk, de arbeidsvoorwaarden, enzovoorts (ook tevredenheidsonderzoek of meningspeiling)

Marktonderzoek naar behoeften van (potentiele) gebruikers:

de instelling gaat via marktonderzoek na wat de behoeften zijn aan zorg of (nieuwe) producten

Marktonderzoek onder verwijzers of andere ketenpartners:

de instelling gaat via marktonderzoek na wat verwijzers (of andere partijen) van de instelling verwachten

Klachtenanalyse:

overzichten van de klachtencommissie, de klachtenopvang en de klachtbemiddeling worden periodiek geëvalueerd op basis waarvan structurele verbeteringen worden aangebracht

Cliëntenraad:

op basis van periodiek overleg met de cliëntenraad worden verbeteringen in de kwaliteit van zorg gerealiseerd

Benchmarking:

de instelling spiegelt haar functioneren aan andere instellingen om verbeteringen te realiseren

D2. Hoeveel multidisciplinaire verbeterprojecten zijn in 1999 in uitvoering? Het gaat hier uitsluitend om schriftelijk vastgelegde en door het management goedgekeurde projecten.

- geen of niet van toepassing
- (aantal verbeterprojecten vermelden)

D3. Is er voor de gehele instelling een procedure (systematiek) voor het bijhouden van zorgplannen en wat is daarin geregeld?

- op instellingsniveau is er geen procedure voor de zorgplannen
- op instellingsniveau is er wel een procedure voor zorgplannen, daarin is onder andere geregeld: (aankruisen wat van toepassing is)
 - welke gegevens dienen te worden vastgelegd
 - welke inspraak de cliënt heeft
 - op welke termijn en hoe evaluatie van de hulpverlening plaatsvindt
 - op welke termijn en hoe de volledigheid van zorgplannen wordt gecontroleerd

D4. Welke gegevens worden op instellingsniveau gebruikt voor evaluatie en -bijstelling van het instellingsbeleid?

- waarderingsonderzoek onder cliënten
- waarderingsonderzoek onder medewerkers
- exitinterviews onder cliënten
- exitinterviews onder medewerkers
- opvattingen van de cliëntenraad
- opvattingen van ketenpartners
- opvattingen van de financier
- resultaten van interne toetsingen (audits)
- resultaten van externe toetsingen of visitaties
- anders namelijk

D5. Welke indicatoren worden gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit?

- er worden geen indicatoren voor monitoring gebruikt
- er worden wel indicatoren voor monitoring gebruikt, namelijk:

Input-indicatoren

- het aanbod van doelgroepen/cliënten
- de toegeleiding, indicatie(stelling) van cliënten
- de zorgzwaarte van de doelgroepen/cliënten

Procesindicatoren

- wachttijden voor hulpverlening of (onderdelen van) zorgprogramma's
- frequentie en duur van de hulpverlening per cliënt
- wisselingen van 'hoofd-behandelaar'
- aantal onvrijwillige opnames en dwangbehandelingen
- aantal en aard van dwangmiddelen en maatregelen
- percentage cliëntgebonden tijd van hulpverleners

Uitkomstindicatoren

- aanwezige en ontslagen cliënten naar behandelduur en diagnose
- aanwezige en ontslagen cliënten naar type hulpverlening of zorgprogramma
- vermindering van klachten/stoornissen
- mate van herstel in sociaal functioneren
- tevredenheid van de cliënt over de hulpverlening
- aantal klachten van cliënten
- aantal drop-outs of eenzijdige verbreking van de behandeling
- mate van doelrealisatie bij afsluiting van de behandeling

Anders, namelijk

SAMENWERKING EN KETENKWALITEIT

S1. Kunt u een indruk geven van de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van het management (organisatorisch) en van de professionele hulpverleners (zorginhoudelijk)?

management en professionals:

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

S2. Met welke ketenpartners vindt structureel overleg plaats over raakvlakken in het primaire proces?

- andere GGZ-aanbieders in de regio
- huisartsen
- ziekenhuis
- thuiszorg
- maatschappelijke werk
- maatschappelijke opvang
- arbeidsbemiddeling/integratie
- woningbouw verenigingen
- justitie/politie
- anderen, namelijk

S3. Is er bij transmurale zorg of zorgketen(s) sprake van een gezamenlijke kwaliteitsbewaking door de samenwerkende zorgaanbieders (=ketenpartners)?

- nee, er is geen gezamenlijke kwaliteitsbewaking
- ja, er is wel gezamenlijke kwaliteitsbewaking, met de volgende elementen:
 - gezamenlijk overleg om de kwaliteit te evalueren
 - een gemeenschappelijke visie op papier
 - gezamenlijke protocollen waarin de overdracht van de cliënt wordt geregeld
 - een expliciete verantwoordelijkheidstoedeling
 - een methodiek van registratie van bijvoorbeeld uitkomsten van de zorg
 - gezamenlijke besprekingen van deze uitkomstgegevens
 - een gemeenschappelijke cliëntenraadpleging
 - een gemeenschappelijke klachtregistratie
 - een gemeenschappelijke kwaliteitsverslaglegging
- niet van toepassing

S4. Wilt u aangeven voor welke doelgroepen of zorgprogramma's een dergelijke gezamenlijke kwaliteitsbewaking bestaat?

- niet van toepassing
- deze gezamenlijke kwaliteitsbewaking is er voor
.....
.....
.....

CLIËNTEN

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

	nee of n.v.t.	ja, cliënten of cliëntenraad worden betrokken	ja, cliëntenorga- nisaties worden betrokken
- ontwikkelen van kwaliteitscriteria/normen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- opstellen van protocollen/standaarden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beoordelen of de beoogde doelen t.a.v. kwaliteit worden gehaald	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- participatie in (kwaliteits)commissies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- participatie in verbeterprojecten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- het bespreken van uitkomsten van meningspeilingen, klacht- behandeling, etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- anders,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C2. Verstreekt de instelling standaard schriftelijke informatie aan cliënten over hun rechtspositie?

- nee, standaard wordt geen schriftelijke informatie over rechtspositie verstrekt
- ja, standaard wordt schriftelijke informatie over rechtspositie verstrekt,
namelijk over: (*aankruisen wat van toepassing is*)
 - inzage-, correctie- en kopierecht van hun dossier
 - voorafgaande toestemming voor het gebruik van audiovisuele hulpmiddelen
 - het klachtenmeldpunt en de klachtenregeling
 - het verbod op ongewenste intimiteiten
 - de vertrouwenspersoon
 - toestemming van de cliënt voor het opvragen van gegevens bij derden
 - toestemming voor het leveren van gegevens aan derden
 - privacy-reglement

C3. Op welke wijze hebben cliënten (en cliëntenorganisaties) inspraak in de hulpverlening?

individuele cliënten

- cliënten worden betrokken bij het opstellen en evalueren van het hulpverleningsplan
- er vinden geen verrichtingen plaats zonder toestemming van de cliënt (WGBO)
- bij afsluiting wordt het oordeel van de cliënt gevraagd (bijvoorbeeld exit-interviews)

cliëntenraad

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

cliënten/consumentenorganisaties

- er is periodiek overleg met cliënten/consumentenorganisaties (bijvoorbeeld RP/CP)
- cliëntenorganisaties toetsen de instelling
- de aanbevelingen van deze organisaties worden vertaald in (nieuw) beleid
- aan deze organisaties wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan

EFFECTEN

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

	wordt niet verwacht	wordt wel verwacht	reeds bereikt
<i>klanten</i>			
- toename van klantgerichtheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- toename van tevredenheid van cliënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>personeel</i>			
- toename van tevredenheid van het personeel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- toename van de inzet en flexibiliteit van het personeel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>organisatie</i>			
- toename van de beheersbaarheid van de organisatie door het management	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- betere profilering van de instelling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- toename van tevredenheid van externe partijen (bijvoorbeeld verwijzers, financiers, cliëntenorganisaties, enz.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>kwaliteit van zorg</i>			
- verbetering van de zorgprocessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- verbetering van de behandelresultaten (outcome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>rendement</i>			
- toename van de productiviteit van de instelling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kostenbesparing op lange termijn in de eigen instelling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kostenbesparing, maar niet in de eigen instelling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>anders, namelijk</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E2. Zijn regels en procedures in uw instelling veranderd tengevolge van kwaliteitszorg?

- nee, geen invloed
- er zijn regels/procedures bijgekomen
- overbodige regels/procedures zijn verwijderd
- de regels/procedures worden beter bewaakt
- impliciete regels/procedures zijn geformaliseerd
- de toepassing van regels/procedures wordt beter getoetst
- de werking van regels/procedures wordt beter geëvalueerd en geactualiseerd

E3. Zijn er negatieve effecten in uw instelling opgetreden tengevolge van kwaliteitszorg?

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

KWALITEITSKOSTEN

- K1. Zijn kosten voor verbeterprojecten intern of extern onderwerp van discussie?**
- nee
 - ja, intern
 - ja, extern met de financier/zorgverzekeraar
- K2. Evalueert uw instelling de kosten en baten van verbeterprojecten?**
- nee
 - ja, alleen de kosten
 - ja, kosten en baten
 - anders, namelijk
- K3. Heeft uw instelling inzicht in de kosten van hierna genoemde kwaliteitsactiviteiten (zogenoemde preventiekosten)?**
- geen inzicht
 - wel inzicht, namelijk in de kosten van:
 - scholing (van medewerkers en management) in kwaliteitszorg
 - ontwikkelen/implementeren van procedures/protocollen
 - het opzetten en uitvoeren van verbeterprojecten
 - intercollegiale/afdelingsgebonden toetsing
 - anders, namelijk
- K4. Heeft uw instelling inzicht in hierna genoemde beoordelingskosten?**
- geen inzicht
 - wel inzicht, namelijk in de kosten van:
 - registreren van gegevens (bijvoorbeeld indicatoren)
 - complicatieregistratie
 - interne beoordelingen/interne audits
 - meningspeilingen/waarderingsonderzoeken
 - interinstitutionele toetsing/visitaties
 - externe beoordeling door patiënten/consumentenorganisaties
 - externe beoordeling i.v.m. accreditatie/certificering (HKZ, INK, NIAZ etc.)
 - anders, namelijk
- K5. Heeft uw instelling inzicht in hierna genoemde herstelkosten?**
- geen inzicht
 - wel inzicht, namelijk in de kosten van:
 - klachtenafhandeling
 - claims/schadevergoedingen
 - verspilling van materiaal
 - dubbel werk/inefficiënt werk
 - verlenging van behandelduur 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 instelling gewerkt met een intern kostprijsstelsel?**
- onbekend
 - nee
 - ja, intern berekent onze instelling:
 - de kosten per dienst (bijvoorbeeld facilitaire dienst, verplegingsdienst)
 - de kosten per product (bijvoorbeeld dagbehandeling, maaltijdvoorziening)
 - de kosten voor het totale zorgproces per patiëntencategorie (bijvoorbeeld CVA-patiënten)
 - de kosten van alle verrichtingen/activiteiten binnen dat zorgproces

CULTUUR EN STRUCTUUR

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

de organisatiestructuur is hiërarchisch of plat	<i>hiërarchisch</i>	<i>plat</i>
de besluitvorming is centraal of decentraal	<i>centraal</i>	<i>decentraal</i>
in de instelling is veel of weinig protocollair geregeld	<i>veel</i>	<i>weinig</i>
de houding tegenover vernieuwingen is behoudend of flexibel	<i>behoudend</i>	<i>flexibel</i>
de onderlinge communicatie is formeel of informeel	<i>formeel</i>	<i>informeel</i>
medewerkers hebben weinig/veel binding met de instelling	<i>weinig</i>	<i>veel</i>
onze instelling is voorloper of volgend m.b.t. kwaliteitszorg	<i>voorloper</i>	<i>volgend</i>

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 de positie van uw instelling

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

TOEKOMST

T1. Is uw instelling al eens beoordeeld in de afgelopen 5 jaar? En streeft u ernaar de instelling (opnieuw) te laten beoordelen in de komende 3 jaar?

	de instelling is reeds beoordeeld	de instelling streeft naar een (nieuwe) beoordeling
- met behulp van interinstitutionele toetsing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- met behulp van visitatie door de beroepsgroepen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- door een cliënten/consumentenorganisatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- door een onafhankelijk instituut (bijvoorbeeld een certificerende instelling of via een INK-audit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T2. Wordt in uw instelling gewerkt aan het verkrijgen van een kwaliteitskeurmerk of certificaat of is dat reeds in bezit?

	wordt niet aan gewerkt	wordt wel aan gewerkt	is reeds in ons bezit
- een HKZ-certificaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- een ISO-certificaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- een INK-audit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

T3. Indien u het INK-model gebruikt, heeft u al een zelf-evaluatie gedaan?

- niet van toepassing
 nee
 ja, mijn score op de zelfevaluatie is punten

T4. Wat zijn de belangrijkste kwaliteitsprioriteiten in uw instelling voor het komend jaar?

- scholing in kwaliteitszorg
 opstellen van procesbeschrijvingen voor het primaire proces
 opstellen van zorgprogramma's
 kwaliteitsprojecten / verbeterprojecten
 consequent werken volgens de kwaliteitscyclus (plan-do-check-act)
 waarderingsonderzoeken (onder cliënten en/of verwijzers)
 interne toetsingen (audits)
 externe beoordeling/certificering
 zorgcircuits opstellen intern
 zorgcircuits ontwikkelen met ketenpartners
 regionale afstemming en samenwerking
 anders namelijk

T5. Lange termijn: wat zijn de twee belangrijkste aandachtsgebieden voor uw instelling voor de komende vijf jaar?

- 1
- 2

T6. Wilt u aankruisen volgens welke modellen of systemen het kwaliteitssysteem wordt ingericht? En/of welke publicaties daarbij worden gebruikt?

- GGZ - Interinstitutionele toetsing ITT (Kwaliteitstoetsing in de GGZ)
 ISO - International Standards of Organization
 INK - Instituut Nederlandse Kwaliteit
 BSC - Balanced Score Card
 HKZ - Harmonisatiemodel van de St. Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector
 LPR of NP/CF - Kwaliteitscriteria vanuit cliëntenperspectief.
 Anders, namelijk

T7. Is er op directieniveau een keuze gemaakt voor een kwaliteitssysteem voor de gehele instelling?

nee

ja, er is gekozen voor

T8. Kunt u aangeven hoeveel formatieplaatsen uw instelling heeft?

..... fte in onze instelling

T9. Is uw instelling onderdeel van een grotere zorggroep of stichting?

nee

ja, de naam daarvan is:
met in totaal fte in de zorggroep/stichting

T10. Wilt u aankruisen welke zorgsoorten uw instelling levert?

De zorg van onze instelling is te typeren als:

APZ-zorg

PAAZ-zorg

RIAGG-zorg

RIBW-zorg

Verslavingszorg

MKD/MKT-zorg

T11. Wilt u aangeven wie de vragenlijst heeft ingevuld?

directie/management

kwaliteitsfunctionaris

anders, namelijk functie

T12. Geeft u toestemming om deze gegevens anoniem aan uw eigen branche-organisatie ter beschikking te stellen?

nee

ja

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst

Voor het terugzenden kunt u de antwoordvelop gebruiken.
Wij zouden het op prijs stellen als u een (kwaliteits)jaarverslag van uw instelling mee wilt sturen.

* * * * *

T13. Verzoek van uw branche-organisatie

Uw branche-organisatie wil graag inzicht krijgen in waardevolle initiatieven op het gebied van kwaliteitszorg.

Mag GGZ-Nederland naar behoefte contact met u opnemen om eventueel nadere informatie bij u in te winnen?

nee

ja, mijn naam en telefoonnummer is

Bijlage 2: Schema 2.1 Ontwikkelingsfasen voor kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg

FASEN	Beleid en strategie	Medewerkers	Procesbeheersing door normering	Procesbeheersing door deelsystemen	Betrokkenheid van patiënt/cliënt
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"> - patiënt wordt niet betrokken
1: voorbereiding	<ul style="list-style-type: none"> - kwaliteitsbeleid - kwaliteitswerkplan instelling - kwaliteitsjaarslag 	<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"> - directie 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 protocol of ontwikkelken 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 patiënt en kritische momenten 	<ul style="list-style-type: none"> - interne audit en syst. tevredenheidsonder 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 fases - 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).

Bijlage 3: Tabellen vergelijking 1995 en 2000 over instellingen die zowel in 1995 als in 2000 een vragenlijst hebben ingevuld (N=64)

Tabel 1 *Beleid en organisatie: aanwezigheid van normerende documenten (percentages)*

	1995	2000	sign	N
missie op schrift	68	87	*	63
kwaliteitsbeleid op schrift	27	69	*	62
kwaliteitswerkplan op instellingsniveau	13	49	*	61
kwaliteitshandboek	10	20		60

*= significant (chikwadraat in McNemar toets; $p < 0,05$)

Tabel 2 *Beleid en organisatie: aanwezigheid van toetsende en verbeterende instrumenten (percentages)*

	1995	2000	sign	N
kwaliteitsjaарverslag	16	86	*	62
commissies	64	77		56
interne audit	37	44		57
interinstitutionele toetsing	32	46		59
Management Informatie Systeem	48	77	*	60
Klachtenanalyse	77	90		62
Cliëntenraad	52	94	*	63

*= significant (chikwadraat in McNemar toets; $p < 0,05$)

Tabel 3 *Personeelsmanagement: instellingen met aparte voorzieningen voor kwaliteitszorg (percentages)*

	1995	2000	sign	N
<i>Stimulering</i>				
Medewerkers worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen	81	91		63
Medewerkers kunnen binnen werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten	59	78	*	63
Medewerkers ontvangen systematische feedback over de bereikte resultaten	48	29	*	63
<i>Selectie en scholing</i>				
Scholing van medewerkers	62	67		63
Scholing van management en leidinggevenden	64	71		63
Scholing naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid	41	49		63
Selectie van nieuw personeel met een positieve attitude ten aanzien van kwaliteitszorg	37	29		63
Nieuwe medewerkers worden geschoold in kwaliteitszorg	13	5		63
<i>Sturing</i>				
Directie geeft aan wat van medewerkers wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling	54	64		63
Directie bewaakt de werkplannen van afdelingen, diensten of voorzieningen	48	52		63
Directie toets of medewerkers zich houden aan de, in het kader van het kwaliteitsbeleid, gemaakte afspraken	40	49		63

*= significant (chikwadraat in McNemar toets; $p < 0,05$)

Tabel 4 *Personeelsmanagement: toetsing en verbetering door maatregelen op het gebied van personeelsbeleid*

	1995	2000	sign	N
functionerings-/beoordelingsgesprekken	78	100	*	59

*= significant (chikwadraat in McNemar toets; $p < 0,05$)

Tabel 5 *Middelenmanagement: instellingen met aparte voorzieningen voor kwaliteitszorg (percentages)*

	1995	2000	sign	N
geen extra voorzieningen	6	6		64
apart budget	22	25		64
stuurgroep kwaliteitszorg	53	55		64
kwaliteitsfunctionaris	44	56		64
extern bureau	33	13	*	64
anders	16	28		64

*= significant (chikwadraat in McNemar toets; $p < 0,05$)

Tabel 6 *Management processen op programma of afdelingsniveau: normerende instrumenten t.b.v. het management van programma's of afdelingen (percentages)*

	1995	2000	sign	N
productomschrijvingen	27	42		60
kwaliteitswerkplannen voor sommige afdelingen	23	42		43
kwaliteitswerkplannen voor alle afdelingen	13	23		47

*= significant (chikwadraat in McNemar toets; $p < 0,05$)

Tabel 7 *Management van het primaire proces: gebruikte protocollen (percentages)*

	1995	2000	sign	N
<i>protocollen voor:</i>				
specifieke behandelingen/verrichtingen	64	72		64
voorlichting aan de cliënt	47	53		64
voorbehouden handelingen	19	56	*	64
het gebruik van (medische) hulpmiddelen	38	41		64
kritische momenten in het zorgproces	63	67		64
specifieke doelgroepen of diagnoses	33	42		64
de routing van aanmelding tot afsluiting	48	56		64
samenwerking met/overdracht naar andere zorgaanbieders	47	34		64

*= significant (chikwadraat in McNemar toets; $p < 0,05$)

Tabel 8 *Management van het primaire proces: gebruik van zorgplannen (percentages)*

	1995	2000	sign	N
individuele zorgplannen aanwezig	90	95		62

*= significant (chikwadraat in McNemar toets; $p < 0,05$)

Tabel 9 *Effecten van kwaliteitssystemen: aantal instellingen dat positieve effecten heeft bereikt ten gevolge van het kwaliteitsbeleid (percentages)*

	1995	2000	sign	N
<i>cliënten</i>				
toename van cliëntgerichtheid	13	16		62
<i>personeel</i>				
toename tevredenheid personeel	13	4		56
toename van inzet en flexibiliteit van het personeel	23	7	*	57
<i>organisatie</i>				
toename beheersbaarheid van organisatie door management	18	13		63
betere profilering van de instelling	18	12		61
toename tevredenheid van externe partijen	17	10		59
<i>rendement</i>				
kostenbesparing op lange termijn in de eigen instelling	2	-		52

*= significant (chikwadraat in McNemar toets; $p < 0,05$)

Tabel 10 *Effecten van kwaliteitssystemen: aantal instellingen dat negatieve effecten heeft bereikt ten gevolge van het kwaliteitsbeleid (percentages)*

	1995	2000	sign	N
kosten zijn gestegen	28	35		57
verstarring c.q. gebrek aan flexibiliteit bij het personeel	5	7		57
werkdruk is toegenomen	49	56		57
demotivatie/ontevredenheid bij personeel	4	9		57
er zijn geen negatieve effecten	21	26		57

*= significant (chikwadraat in McNemar toets; $p < 0,05$)

Tabel 11 *Effecten van kwaliteitssystemen: aantal instellingen waarin regels en procedures zijn veranderd ten gevolge van kwaliteitszorg (percentages)*

	1995	2000	sign	N
geen invloed	5	5		63
er zijn regels/procedures bijgekomen	60	68		63
overbodige regels zijn verwijderd	24	25		63
regels/procedures worden beter bewaakt	49	64		63
impliciete regels/procedures zijn geformaliseerd	51	75	*	63

*= significant (chikwadraat in McNemar toets; $p < 0,05$)

Tabel 12 *De rol van cliënten bij kwaliteitsactiviteiten: betrokkenheid van cliënten bij kwaliteitsbeleid (percentages)*

	1995	2000	sign	N
ontwikkelen van kwaliteitscriteria /normen	55	62		53
opstellen van protocollen/standaarden	50	58		50
beoordelen of doelen t.a.v. kwaliteit zijn gehaald	58	50		50
participatie in (kwaliteits)commissie	49	40		45
participatie in verbeterprojecten	35	42		43
bespreken van uitkomsten van meningspeilingen, klachtbehandeling etc.	72	79		53

*= significant (chikwadraat in McNemar toets; $p < 0,05$)

Tabel 13 *Toekomstige ontwikkelingen: gebruikte gegevens voor evaluatie en bijstelling van het instellingsbeleid (percentages)*

	1995	2000	sign	N
marktonderzoek bij potentiële cliënten	31	25		61
marktonderzoek bij verwijzers	44	28		61

*= significant (chikwadraat in McNemar toets; $p < 0,05$)

Tabel 14 *Toekomstige ontwikkelingen*: de typen van (her)beoordeling waar de instellingen in de komende drie jaren naar streven (percentages)

	1995	2000	sign	N
interinstitutionele toetsing	36	33		42
visitatie door cliënten/consumentenorganisatie	21	26		42
visitatie door onafhankelijk instituut	12	24		42

*= significant (chikwadraat in McNemar toets; $p < 0,05$)

Bijlage 4: Tabellen vergelijking 1995 (N=189) en 2000 (N=144) over alle responderen instellingen

Tabel 1 *Beleid en organisatie. aanwezigheid van normerende documenten (percentages)*

	1995	2000
missie op schrift	74	88
kwaliteitsbeleid op schrift	28	58
kwaliteitswerkplan op instellingsniveau	18	48
kwaliteitshandboek	7	18

Tabel 2 *Beleid en organisatie. aanwezigheid van toetsende en verbeterende instrumenten (percentages)*

	1995	2000
kwaliteitsjaarverslag	12	79
commissies	62	75
interne audit	31	45
interinstitutionele toetsing	28	50
Management Informatie Systeem	49	78
Klachtenanalyse	73	91
Cliëntenraad	50	84

Tabel 3 *Personeelsmanagement: instellingen met aparte voorzieningen voor kwaliteitszorg (percentages)*

	1995	2000
<i>Stimulering</i>		
Medewerkers worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen	79	91
Medewerkers kunnen binnen werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten	58	82
Medewerkers ontvangen systematische feedback over de bereikte resultaten	40	23
<i>Selectie en scholing</i>		
Scholing van medewerkers	59	73
Scholing van management en leidinggevendenden	62	69
Scholing naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid	46	51
Selectie van nieuw personeel met een positieve attitude ten aanzien van kwaliteitszorg	40	33
Nieuwe medewerkers worden geschoold in kwaliteitszorg	14	7
<i>Sturing</i>		
Directie geeft aan wat van medewerkers wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling	60	62
Directie bewaakt de werkplannen van afdelingen, diensten of voorzieningen	45	54
Directie toets of medewerkers zich houden aan de, in het kader van het kwaliteitsbeleid, gemaakte afspraken	39	46

Tabel 4 *Personeelsmanagement: toetsing en verbetering door maatregelen op het gebied van personeelsbeleid*

	1995	2000
functionerings-/beoordelingsgesprekken	85	99

Tabel 5 *Middelenmanagement: instellingen met aparte voorzieningen voor kwaliteitszorg (percentages)*

	1995	2000
geen extra voorzieningen	8	64
apart budget	18	31
stuurgroep kwaliteitszorg	48	49
kwaliteitsfunctionaris	43	63
extern bureau	28	11
anders	16	22

Tabel 6 *Management processen op programma of afdelingsniveau: normerende instrumenten t.b.v. het management van programma's of afdelingen (percentages)*

	1995	2000
productomschrijvingen	37	46
kwaliteitswerkplannen voor sommige afdelingen	26	39
kwaliteitswerkplannen voor alle afdelingen	11	21

Tabel 7 *Management van het primaire proces: gebruikte protocollen (percentages)*

	1995	2000
<i>protocollen voor:</i>		
specifieke behandelingen/verrichtingen	62	73
voorlichting aan de cliënt	44	53
voorbehouden handelingen	18	56
het gebruik van (medische) hulpmiddelen	26	39
kritische momenten in het zorgproces	54	59
specifieke doelgroepen of diagnoses	37	49
de routing van aanmelding tot afsluiting	49	66
samenwerking met/overdracht naar andere zorgaanbieders	38	35

Tabel 8 *Management van het primaire proces: gebruik van zorgplannen (percentages)*

	1995	2000
individuele zorgplannen aanwezig	88	96

Tabel 9 *Effecten van kwaliteitssystemen: aantal instellingen dat positieve effecten heeft bereikt ten gevolge van het kwaliteitsbeleid (percentages)*

	1995	2000
<i>cliënten</i>		
toename van cliëntgerichtheid	13	19
<i>personeel</i>		
toename tevredenheid personeel	12	6
toename van inzet en flexibiliteit van het personeel	13	10
<i>organisatie</i>		
toename beheersbaarheid van organisatie door management	17	18
betere profilering van de instelling	18	18
toename tevredenheid van externe partijen	17	14
<i>rendement</i>		
kostenbesparing op lange termijn in de eigen instelling	4	1

Tabel 10 *Effecten van kwaliteitssystemen: aantal instellingen dat negatieve effecten heeft bereikt ten gevolge van het kwaliteitsbeleid (percentages)*

	1995	2000
kosten zijn gestegen	21	30
verstarring c.q. gebrek aan flexibiliteit bij het personeel	4	6
werkdruk is toegenomen	45	56
demotivatie/ontevredenheid bij personeel	2	6
er zijn geen negatieve effecten	25	27

Tabel 11 *Effecten van kwaliteitssystemen: aantal instellingen waarin regels en procedures zijn veranderd ten gevolge van kwaliteitszorg (percentages)*

	1995	2000
geen invloed	7	6
er zijn regels/procedures bijgekomen	61	73
overbodige regels zijn verwijderd	25	29
regels/procedures worden beter bewaakt	45	64
impliciete regels/procedures zijn geformaliseerd	51	71

Tabel 12 *De rol van cliënten bij kwaliteitsactiviteiten: betrokkenheid van cliënten bij kwaliteitsbeleid (percentages)*

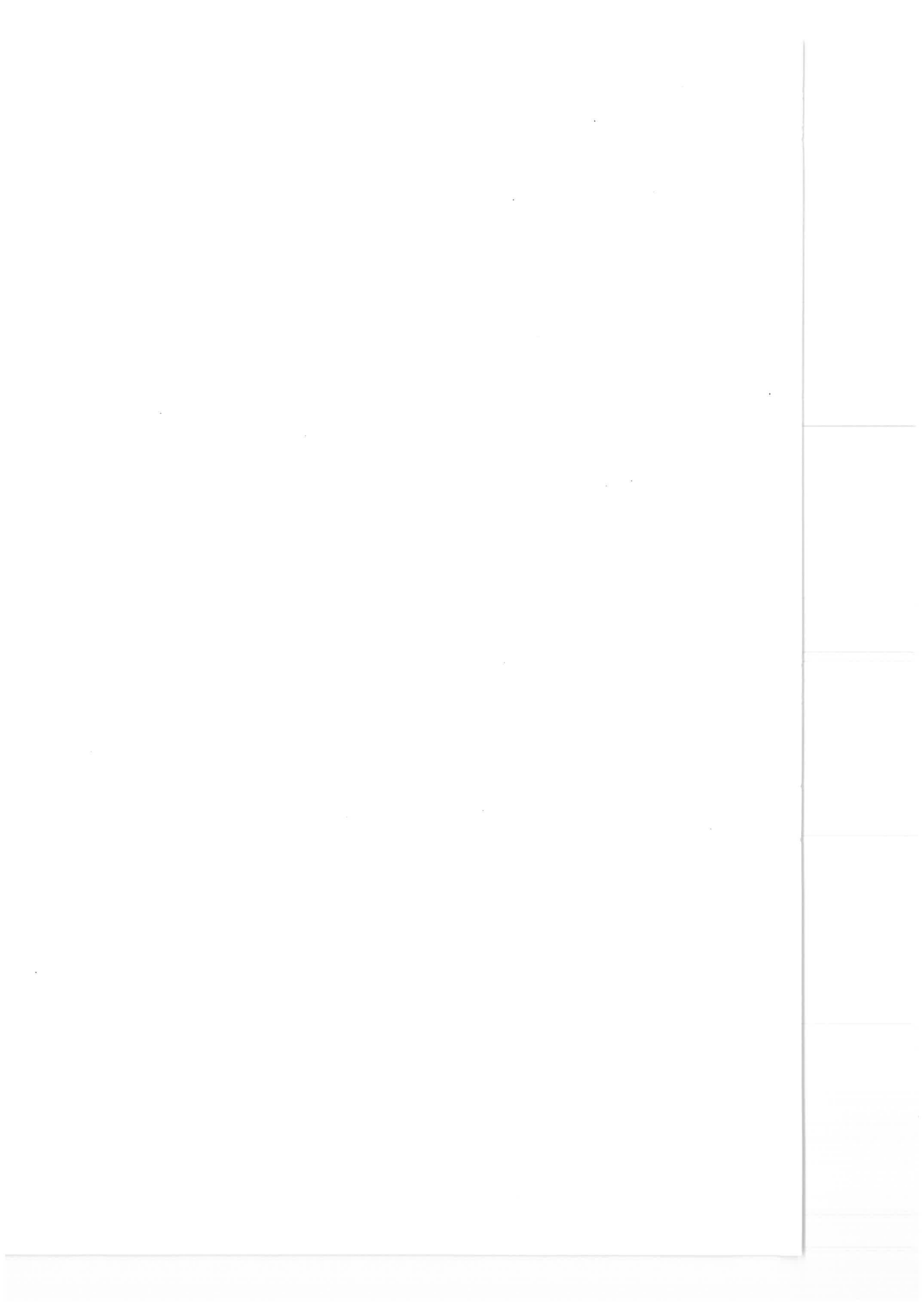
	1995	2000
ontwikkelen van kwaliteitscriteria/normen	46	62
opstellen van protocollen/standaarden	42	54
beoordelen of doelen t.a.v. kwaliteit zijn gehaald	51	48
participatie in (kwaliteits)commissie	39	47
participatie in verbeterprojecten	39	46
bespreken van uitkomsten van meningspeilingen, klachtbehandeling etc.	57	76

Tabel 13 *Toekomstige ontwikkelingen: gebruikte gegevens voor evaluatie en bijstelling van het instellingsbeleid (percentages)*

	1995	2000
marktonderzoek bij potentiële cliënten	25	27
marktonderzoek bij verwijzers	38	27

Tabel 14 *Toekomstige ontwikkelingen: de typen van (her)beoordeling waar de instellingen in de komende drie jaren naar streven (percentages)*

	1995	2000
interinstitutionele toetsing	35	37
visitatie door cliënten-/consumentenorganisatie	13	23
visitatie door onafhankelijk instituut	15	26



Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2000

Auteurs: E.M.Sluijs, C.Wagner

Utrecht: NIVEL, 2000

Dit rapport beschrijft hoever kwaliteitssystemen anno 2000 ontwikkeld zijn in alle sectoren van de Nederlandse gezondheidszorg. Ook laten de gegevens zien welke vooruitgang zorginstellingen sinds 1995 hebben geboekt met de invoering van een kwaliteitssysteem. De resultaten zijn gebaseerd op een grootschalig onderzoek waaraan 1142 zorginstellingen hebben deelgenomen. Een van de conclusies is dat het invoeren van een samenhangend kwaliteitssysteem een meerwaarde heeft vergeleken met een verzameling kwaliteitsprojecten.

Bij dit rapport hoort een Tabellenboek waarin de stand van zaken in elke zorgsector afzonderlijk op gedetailleerde wijze is beschreven.

Overzichtstudie Kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990-2000

Auteurs: M.Bennema-Broos, E.M.Sluijs, C.Wagner

Utrecht: NIVEL, 2000

Dit rapport geeft een overzicht van de kwaliteitssystemen die de afgelopen 10 jaar ontwikkeld zijn door de beroepsbeoefenaren in de zorgsector in Nederland. Aan elk van de volgende beroepsgroepen is een hoofdstuk gewijd: medisch specialisten, huisartsen, verpleeghuisartsen, sociaal geneeskundigen, tandartsen, apothekers, verloskundigen, verpleegkundigen en verzorgenden, paramedische beroepen, psychologen en alternatieve genezers. De gegevens zijn gebaseerd op een literatuurstudie per beroepsgroep, met het accent op gegevens over de implementatie en -voorzover bekend - de effecten van kwaliteitszorg. Tegelijk met dit rapport verschijnt een rapport over de kwaliteitssystemen in zorginstellingen in 2000.

Tabellenboek kwaliteitssystemen: de stand van zaken per zorgsector in 2000

Auteurs: E.M.Sluijs, C.Wagner

Utrecht: NIVEL, 2000

Dit uitgebreide Tabellenboek geeft een overzicht van de kwaliteitssystemen in 2000 in elke zorgsector afzonderlijk. Het rapport bevat gedetailleerde gegevens over de kwaliteitszorg in Ziekenhuizen, Thuiszorginstellingen, Verpleeghuizen, Verzorgingshuizen, Gezondheidscentra, de Geestelijke Gezondheidszorg, de Gehandicaptenzorg, de GGD'en, AMW-instellingen en Social Pedagogische Diensten. Dit Tabellenboek is gebaseerd op een grootschalig onderzoek waaraan 1142 zorginstellingen in Nederland hebben meegewerkt.

De resultaten van dit onderzoek staan beschreven in het rapport: Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2000. Dit Tabellenboek hoort daar als naslagwerk bij.

