

## KWALITEITSSYSTEMEN IN INSTELLINGEN

### De stand van zaken in 1995

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



drieharingstraat 6  
postbus 1568 3500 bn utrecht  
tel. 030 319946 fax 030 319290

Utrecht, juni 1995

NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg,  
Drieharingstraat 6, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht. tel. 030-319946, telefax  
030-319290.

NRV, Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Plein van de Verenigde  
Naties 21, Postbus 7100, 2701 AC Zoetermeer. tel. 079-687311, telefax 079-  
621487.

Opdrachtgever: Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), Zoetermeer

Mede gefinancierd door de Programma Commissie Kwaliteit van Zorg  
Onderzoek (KWAZO NWO).

#### CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK DEN HAAG

Wagner, C.

Kwaliteitssystemen in instellingen: de stand van zaken /  
C. Wagner, D.H. de Bakker, E.M. Sluijs. - Utrecht: NIVEL,  
Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg;  
Zoetermeer: NRV, Nationale Raad voor de Volksgezondheid  
ISBN 90-6905-272-5

Trefw.: kwaliteitszorg; gezondheidszorg

Tekstverwerking en lay-out: José Velthuis  
Omslag: Mieke Cornelius  
Drukwerk: Boekbinderij Post

Bestelwijze: U kunt deze publicatie telefonisch of schriftelijk bestellen bij het  
NIVEL en de NRV.

De prijs bedraagt f 25,- (exclusief verzendkosten).

NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg,  
Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, tel. 030-319946, telefax 030-319290.

NRV, Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Postbus 7100, 2701 AC  
Zoetermeer, tel. 079-687311, telefax 079-621487.

# INHOUDSOPGAVE

<b>VOORWOORD</b>	1
<b>1. INLEIDING</b>	3
1.1 Voorgeschiedenis	3
1.2 Maatschappelijke context	4
1.3 Kwaliteitssystemen	7
<b>2. METHODE</b>	13
2.1 Inleiding	13
2.2 Ontwikkeling van de vragenlijst	13
2.3 Onderzoekspopulatie, respons en non-respons	16
2.4 Typering van ontwikkelingsfasen	20
<b>3. KWALITEITZORG IN INSTELLINGEN: STAND VAN ZAKEN</b>	29
3.1 Aandachtsgebieden voor kwaliteitszorg	29
3.2 Beleid en strategie	30
3.3 Personeelsbeleid	32
3.4 Procesbeheersing door normering	34
3.5 Procesbeheersing door deelsystemen	36
3.6 Participatie van patiënten en cliënten	40
3.7 Samenwerking tussen instellingen	42
3.8 Conclusies	43
<b>4. ONTWIKKELINGSFASEN VAN DE KWALITEITSSYSTEMEN</b>	45
4.1 Inleiding	44
4.2 De ontwikkelingsfase per aandachtsgebied	45
4.3 De fase waarin de kwaliteitssystemen zich bevinden	48
4.4 Verschillen tussen de sectoren	51
4.5 Mogelijke verklaringen voor verschillen tussen sectoren	53
4.6 Conclusie	61

<b>5.</b>	<b>EFFECTEN VAN KWALITEITSSYSTEMEN</b>	63
5.1	Inleiding	63
5.2	Verwachte en gerealiseerde effecten	63
5.3	Verschillen tussen sectoren	67
5.4	Effecten gerelateerd aan de ontwikkelingsfase van het systeem	70
5.5	Conclusies	72
<b>6.</b>	<b>TOEKOMSTIGE ONTWIKKELINGEN</b>	75
6.1	Inleiding	75
6.2	Toekomstplannen van de instellingen	75
6.3	Voorwaarden voor continuering	78
6.4	Conclusies	81
<b>7.</b>	<b>SAMENVATTING VAN DE RESULTATEN</b>	83
7.1	Inleiding	83
7.2	Activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering	83
7.3	De ontwikkeling van de kwaliteitssystemen	85
7.4	Effecten van de kwaliteitssystemen	87
7.5	Toekomstplannen en continuering	88
<b>8.</b>	<b>SLOTBESCHOUWING EN AANBEVELINGEN VAN DE BEGELEIDINGSCOMMISSIE</b>	91
8.1	Slotbeschouwing	91
8.2	Aanbevelingen	94
8.3	Tot slot	99

## **ADDENDUM**

De stand van zaken in apotheken	101
---------------------------------	-----

<b>LITERATUUR</b>	113
-------------------	-----

## **BIJLAGEN**

Bijlage 1: Leidschendamafspraken

Bijlage 2: Enquête

Bijlage 3: Methodologische verantwoording van het faseringsmodel

Bijlage 4: Overzicht per sector



## VOORWOORD

Dit rapport laat zien hoever zorginstellingen in Nederland gevorderd zijn met de ontwikkeling en invoering van kwaliteitssystemen. In toenemende mate blijken zorginstellingen de kwaliteitsbewaking en -bevordering op een systematische wijze ter hand te nemen, zo blijkt uit de resultaten. De ontwikkeling van kwaliteitssystemen in de zorgsector wordt daarmee een realiteit. De gegevens zijn gebaseerd op een landelijk representatief onderzoek onder zorginstellingen in alle sectoren van de gezondheidszorg en aanverwante welzijnszorg.

De stand van zaken in dit rapport kan worden beschouwd als een evaluatie van 5 jaar expliciete aandacht voor kwaliteitsbeleid op alle niveaus, ingezet met de in 1989 en 1990 gehouden Leidschendamconferenties. De deelnemende organisaties spraken toen af binnen vijf jaar kwaliteitssystemen te zullen ontwikkelen en in te voeren om de kwaliteit van zorg te waarborgen. De Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid (VC VOK) werd ingesteld om de ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitssystemen (en de andere Leidschendamafspraken) te volgen en te bewaken. Deze commissie werd ondergebracht bij de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV).

Het voorliggende rapport is het derde dat in opdracht van de NRV en ten behoeve van de VC VOK is geschreven. In het eerste, 'Kwaliteitssystemen in ontwikkeling' stonden koepelorganisaties centraal. De wijze waarop zij in 1992 de ontwikkeling van kwaliteitssystemen stimuleerden en de benodigde instrumenten ontwikkelden is hierin beschreven. Het tweede rapport 'Kwaliteitssystemen in uitvoering' laat zien hoe de implementatie van een kwaliteitssysteem verloopt en welke factoren dit beïnvloeden. Het rapport beschrijft welke ervaringen 'voorlopers' inmiddels in 1993 met de invoering van een kwaliteitssysteem hadden opgedaan. Dit derde rapport tenslotte, geeft een representatief overzicht van de stand van zaken bij zorginstellingen in Nederland. De gegevens zijn gebaseerd op een schriftelijke enquête onder 1785 instellingen, die eind 1994 is gehouden.

De drie studies zijn verricht onder begeleiding van een team van deskundigen met als voorzitter Prof.Dr.A.F.Casparie. In dit begeleidingsteam participeerden: Mw.Mr.R.Bering (NRV), Mw.Prof.Dr.M.C.H.Donker (NcGv en EUR) Drs.J.S.Dubbelboer (NZI), N.S.Klazinga, arts (CBO en EUR), Drs.P.Kleingeld

(NPCF), Prof.Dr.P.A.H. van Lieshout (NIZW). Het onderzoek is uitgevoerd door Mw.Drs.C.Wagner, Dr.D.H.de Bakker en Mw.Dr.E.M.Sluijs van het NIVEL.

De centrale vragen in dit rapport zijn:

- a) Hoeveel zorginstellingen zijn bezig met het opbouwen van een kwaliteitssysteem en hoe vullen zij dat concreet in?
- b) In welke fase van ontwikkeling verkeren de kwaliteitssystemen in de zorgsector en welke factoren beïnvloeden deze ontwikkelingen?
- c) Zijn er al positieve effecten van kwaliteitssystemen zichtbaar geworden?
- d) Wat zijn de toekomstplannen van de instellingen met betrekking tot de verdere ontwikkeling van het kwaliteitssysteem?

Voor de beantwoording van deze vragen is eerst gekeken uit welke onderdelen de kwaliteitssystemen zijn opgebouwd en in welke volgorde de ontwikkeling van zo'n systeem doorgaans verloopt. Vervolgens wordt beschreven in welke ontwikkelingsfase de systemen zich bevinden en welke verschillen hierin tussen de sectoren bestaan. Mogelijke verklaringen voor deze verschillen worden onderzocht. Tenslotte wordt ingegaan op de positieve, en incidenteel negatieve, effecten die de instellingen rapporteren en de toekomstplannen.

De leden van de begeleidingscommissie geven in hoofdstuk 8 een beschouwing op de resultaten. Tevens doen zij een aantal aanbevelingen voor toekomstige beleidsontwikkelingen.

Dit rapport is in de eerste plaats geschreven voor de zorginstellingen zelf. Het laat zien hoe managers en professionals zich de afgelopen vijf jaar ingezet hebben om het abstracte begrip kwaliteitssysteem een betekenisvolle invulling te geven. De resultaten van dit onderzoek laten daarnaast aan patiënten en consumenten, overheid en financiers zien wat vijf jaar gezamenlijke aandacht voor kwaliteitsbeleid op alle niveaus in Nederland tot nu toe heeft opgeleverd. We hopen dat dit rapport daarmee een stimulans is om op de ingeslagen weg door te gaan om daarmee een effectieve, samenhangende en patiëntgerichte zorg in toenemende mate te waarborgen.

Utrecht, juni 1995.

# 1. INLEIDING

## 1.1 Voorgeschiedenis

In 1990 werden op de Leidschendamconferenties tussen alle betrokken partijen afspraken gemaakt over het lange-termijn kwaliteitsbeleid: overheid, aanbieders van zorg, patiënten/consumentenorganisaties en verzekeraars (bijlage 1). Eén van de afspraken was dat de aanbieders van zorg binnen vijf jaar kwaliteitssystemen zouden ontwikkelen en invoeren. Uitgangspunt was de gedachte dat een kwaliteitssysteem, net als in het bedrijfsleven, een goed middel was om de kwaliteit te beheersen en hierover verantwoording af te leggen aan derden via externe beoordeling van het kwaliteitssysteem.

Een breed samengestelde commissie, de Vaste Commissie Voortgang Ontwikkeling Kwaliteitsbeleid (VC VOK) werd voor 5 jaar ingesteld om de voortgang van de afspraken te volgen en de ontwikkelingen te stimuleren. De commissie liet de voortgang van de kwaliteitssysteemontwikkeling in kaart brengen via drie opeenvolgende onderzoeken, waarvan dit de laatste is.

Uit het eerste onderzoek, dat plaats vond onder koepelorganisaties van zowel instellingen als beroepsbeoefenaren, bleek dat de meeste koepelorganisaties van instellingen begonnen met het formuleren van de kwaliteitseisen waaraan de instellingen in hun sector zouden moeten voldoen (Sluijs en de Bakker, 1992). Alle koepelorganisaties, ook die van beroepsbeoefenaren, ontwikkelden daarnaast instrumenten en hulpmiddelen voor kwaliteitsbewaking (methoden voor registratie, toetsing, visitatie, klachtbehandeling, patiëntenraadpleging enzovoorts). De instellingen en beroepsbeoefenaren konden deze instrumenten gebruiken bij de opbouw van hun kwaliteitssysteem. De koepelorganisaties vervulden een faciliterende rol. Zij benadrukten dat de verantwoordelijkheid voor kwaliteitsbeleid bij de instellingen en beroepsbeoefenaren zelf lag.

Hoe instellingen en beroepsbeoefenaren zelf tewerk gingen bij het implementeren van een kwaliteitssysteem werd in het tweede onderzoek (Sluijs e.a., 1994) in kaart gebracht via interviews met degenen die hier al een aantal jaren ervaring mee hadden (de 'voorlopers'). Hieruit bleek dat de kwaliteitssystemen geleidelijk tot stand kwamen. Het kwaliteitssysteem werd opgebouwd, enerzijds door uitbreiding en systematisering van bestaande kwali-

teitsbewakende procedures, en anderzijds door op zoveel mogelijk plaatsen in de instelling 'verbeterprojecten' te starten. Slechts een enkeling ontwikkelde een totaalsysteem volgens de ISO-systematiek (o.a. ziekenhuislaboratoria). De conclusie was dat - ook een geleidelijke - invoering van een kwaliteitssysteem grote inzet vraagt van alle medewerkers en professionals én een mentaliteitsverandering; dat een succesvolle invoering capabele sturing van het management vereist, en dat voor de invoering van een kwaliteitssysteem een termijn van 10 jaar niet ongewoon is. Desondanks bleek men met enthousiasme en grote betrokkenheid aan de verdere invoering te werken. Blijkbaar werd dit als een nieuwe uitdaging en stimulans ervaren. Een tweede conclusie was dat beroepsbeoefenaren wel instrumenten voor kwaliteitsbewaking ontwikkelden (intercollegiale toetsing, visitatie, herregistratie) maar dat het begrip 'kwaliteitssysteem' vooral van toepassing werd geacht op organisaties waarbij de eindverantwoordelijkheid bij de directie berust. Omdat in het huidige onderzoek de nadruk ligt op de systemen zijn beroepsbeoefenaren buiten beschouwing gelaten. Over o.a. huisartsen, specialisten en paramedici verschijnen aparte studies (Klazinga,1992; Grol,1993; Wensing e.a.,1993; Timmermans e.a.,1994; Driessen e.a.,1995; Theuvenet e.a.,1995).

Wetende dat de kwaliteitssystemen geleidelijk tot stand komen wordt in dit rapport, via een landelijk representatief onderzoek onder alle zorginstellingen in Nederland, beschreven hoe de ontwikkeling verloopt en in welke fase van ontwikkeling de kwaliteitssystemen zich bevinden. Ook wordt gekeken of inmiddels zichtbaar is in hoeverre de kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg overeenkomen met die in het bedrijfsleven en of inmiddels effecten zichtbaar zijn. Het onderzoek is gebaseerd op een schriftelijke enquête onder 1785 instellingen. Vooraf lijkt het goed om na vijf jaar op een rijtje te zetten welke maatschappelijke ontwikkelingen tot deze expliciete aandacht voor kwaliteit hebben geleid.

## **1.2 Maatschappelijke context**

Voordat in Leidschendam werd afgesproken kwaliteitssystemen in te voeren waren 'voorlopers' in de zorgsector al begonnen met een systematische en gestructureerde aanpak van kwaliteitsbewaking en -bevordering. Aanvankelijk vooral binnen professies (specialisten waren in de zeventiger jaren al met toetsing begonnen), later ook op het niveau van de instelling. Managers van instellingen gingen te rade bij het bedrijfsleven waar kwaliteitssystemen inmiddels stevig ingeburgerd raken en algemeen verondersteld worden bij te

dragen aan de resultaten, de klantgerichtheid en het imago van het bedrijf. Zo bezien sloten de Leidschendamconferenties aan bij deze in gang gezette, zij het nog prille, ontwikkeling. Het feit dat niet alleen de aanbieders van zorg, maar ook overheid, patiënten/consumentenorganisaties en verzekeraars belang hadden bij kwaliteitsafspraken valt te begrijpen uit de volgende ontwikkelingen.

De aangekondigde marktwerking in de zorgsector met het plan Dekker vormde een aanleiding tot bezinning op kwaliteit. Het doel van deze plannen was om - net als in het bedrijfsleven - kostenbesparing en kwaliteitsverhoging te bewerkstelligen via concurrentie. Het financierings- en verzekeringsstelsel zou hiertoe worden gewijzigd. De Leidschendamafspraken anticipeerden enerzijds op deze - niet verwezenlijkte - plannen. Los daarvan anticipeerden de afspraken ook op - inmiddels wel gedeeltelijk gerealiseerde -overheidsplannen om taken op het gebied van kwaliteitsbewaking aan het veld te delegeren en meer bevoegdheden aan verzekeraars te geven. Het erkenningstelsel zou vervangen worden door een algemene kwaliteitswet omdat de gedetailleerde regelgeving door de overheid niet naar wens functioneerde. Met het opheffen van erkenningen verdwijnt ook de vanzelfsprekende - aan een erkenning gekoppelde - financiering via de AWBZ en de Ziekenfondswet. Financiering zou via contracten met verzekeraars geregeld worden. Zij zouden meer vrijheid krijgen om al dan niet contracten met een instelling af te sluiten op basis van de prijs en kwaliteit van het geleverde produkt (zorginkoop). Om te voorkómen dat verzekeraars uitsluitend naar prijs en niet naar kwaliteit zouden kijken hadden zowel aanbieders als patiënten belang bij de Leidschendamafpraak dat verzekeraars mede op kwaliteit zouden contracteren. Verzekeraars kregen de verantwoordelijkheid kwaliteit te beoordelen. Zorgaanbieders zouden hiertoe de kwaliteit zichtbaar moeten maken, bijvoorbeeld via het kwaliteitssysteem. Hoewel verzekeraars zich de eerste jaren terughoudend opstelden, worden geleidelijk aan kwaliteitsafspraken in regionale overleggen en in contracten gerealiseerd.

Verzekeraars kunnen zich hierbij beroepen op de Kwaliteitswet Zorginstellingen die bij de Tweede Kamer in behandeling is (Min. VWS, 1994). Instellingen worden bij deze wet verplicht tot een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg, waarover verantwoording moet worden afgelegd. Deze kwaliteitswet geldt ook voor niet-erkende instellingen en bestrijkt daarmee een grotere groep instellingen dan het oorspronkelijke erkenningstelsel.

Aan beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg worden vergelijkbare eisen

aan de kwaliteitsbewaking gesteld via de Wet BIG (Min. VWS, 1992). Los van deze wetgevende maatregelen kan de wens tot kwaliteitsbeheersing bij beroepsgroepen begrepen worden uit het professionaliseringsproces. Een kenmerk van professionalisering is "een adequate beheersing van het beroepsgedrag en bewaking van het kwaliteitsniveau van de beroepsgroep". Hiertoe worden door beroepsgroepen steeds verdergaande maatregelen genomen. De traditionele sociale controle en het tuchtrecht worden uitgebreid met protocollering, toetsings- en visitatiesystemen. Beroepsbeoefenaren konden zich vinden in de Leidschendamafspraken omdat deze logisch aansloten bij al eerder in gang gezette ontwikkelingen naar verdere professionalisering.

Vanuit de noodzaak tot kostenbeheersing (budgettering) en vanuit de eigen verantwoordelijkheid voor kwaliteit, groeide ook bij het instellingsmanagement de wens tot beheersing van de (zorgverlenings)processen in de instelling. Door schaalvergroting en specialisatie waren zorginstellingen uitgegroeid tot complexe organisaties, waarbij steeds meer hulpverleners bij de zorg rond een patiënt werden betrokken. De bewaking en verbetering van de organisatorische samenhang en onderlinge afstemming van het gehele zorgverleningsproces zou, net als de procesbewaking in het bedrijfsleven, de doelmatigheid en de kwaliteit ten goede komen.

Naast overheidsmaatregelen en professionalisering van zowel beroepsbeoefenaren als instellingsmanagement kunnen de ontwikkelingen met name ook begrepen worden vanuit de tijdgeest. Deze wordt niet alleen gekenmerkt door een besef van verantwoord omgaan met schaarse middelen, maar ook door gerichtheid op de klant: 'het produkt moet voldoen aan de behoefte en wensen van de gebruiker'. In de gezondheidszorg had de democratiseringsgolf al geleid tot mondiger patiënten en sinds de zeventiger jaren ontstond meer aandacht voor de rechten van de patiënt: genoemd kunnen worden modelovereenkomsten, klachtenregelingen, de BOPZ, de WGBO en binnenkort de Wet op Patiëntenraden en het Klachtrecht. Recent zijn ook tevredenheidsmetingen in opkomst. De Leidschendamafspraken om patiënten/consumenten en hun organisaties meer inspraak te geven in de kwaliteit van zorg paste in een ontwikkeling naar meer klant- c.q. patiëntgerichtheid.

Hoe die kwaliteitsbewaking in de zorgsector gestalte moest krijgen was in 1990 nog niet bekend. Hoewel het gebruik van de term 'kwaliteitssysteem' impliciet verwees naar de kwaliteitsbewaking in de industrie, werd in de gezondheidszorg een eigen aanpak ontwikkeld, die voortborduurde op wat al

aan kwaliteitsbewaking gangbaar was. Om te zien in hoeverre deze aanpak overeenkomt dan wel afwijkt van de (bedrijfsmatige) theorieën over kwaliteitsbewaking wordt hierna de essentie daarvan beschreven.

### 1.3 Kwaliteitssystemen

#### *Ontwikkeling van een kwaliteitssysteem*

De ontwikkeling van een kwaliteitssysteem is een fase in de zorg voor kwaliteit (Wiersema, 1994). Deze zorg voor kwaliteit verloopt in het bedrijfsleven volgens de hierna te noemen ontwikkelingsfasen (Hardjono e.a., 1993). Kenmerkend voor elke volgende fase is dat de zorg voor kwaliteit steeds verbreed wordt, namelijk:

1. Produktkwaliteit (controle van afzonderlijke produkten)
2. Proceskwaliteit (beheersing van processen)
3. Systeemkwaliteit (samenhang tussen processen)
4. Ketenkwaliteit (samenhang met processen buiten de instelling)
5. Total Quality Management (maatschappelijke functie van de organisatie).

In de eerste drie fasen wordt het kwaliteitssysteem opgebouwd. De ontwikkeling daarvan verloopt doorgaans als volgt. In de beginfase is de zorg voor kwaliteit beperkt tot de controle van afzonderlijke produkten of diensten. Vervolgens gaat men proberen fouten in de eindprodukten te voorkómen door het beheersen van de produktieprocessen: de deelprocessen worden op elkaar afgestemd en de overgangen worden bewaakt. In de derde fase tracht men alle processen in onderlinge samenhang te brengen. Kwaliteit wordt namelijk niet alleen bepaald door het produktieproces op zich, maar ook door de organisatie van de instelling als geheel (beleid, infrastructuur, leiding enzovoorts). Men tracht de wisselwerking tussen beleidsmaatregelen en produktieprocessen te beheersen. Ook gaat men kwaliteitseisen stellen aan toeleveringsbedrijven. Op dat moment spreekt men van systeemkwaliteit oftewel het kwaliteitssysteem. In die fase kan men in aanmerking komen voor een ISO-certificaat.

Na de opbouw van het kwaliteitssysteem volgt in het bedrijfsleven als vierde stap de zogenaamde 'ketenkwaliteit': de zorg voor kwaliteit wordt uitgebreid naar een keten van organisaties. Dit betekent dat samengewerkt wordt met aangrenzende sectoren omdat ook daar de kwaliteit beïnvloed wordt. Bijvoorbeeld bij aflevering, of onderhoud en reparatie; denk in de gezondheidszorg aan afstemming en continuïteit. Of dergelijke samenwerking ook in de gezondheidszorg een vierde fase is, dat wil zeggen pas op gang komt

nadat het kwaliteitssysteem af is, valt te betwijfelen. In sommige sectoren was en is samenwerking tussen instellingen al een realiteit, voordat van kwaliteitssystemen sprake was. In de ouderenzorg, in de GGZ'en, in gezondheidscentra (home-teams, werkafspraken) wordt frequent samengewerkt, en in de verslavingszorg is zelfs samenwerking tussen gezondheidszorg, welzijn en justitie niet ongewoon. Denk ook aan de meer dan 2000 zorgvernieuwingenprojecten waar samenwerking centraal staat (Groot e.a., 1995). Samenwerking en afstemming lijkt in de zorgsector meer een voorwaarde voor kwaliteit dan een volgende fase in de kwaliteitsbewaking. In hoeverre deze samenwerking al dan niet parallel verloopt aan de ontwikkeling van kwaliteitssystemen wordt in dit onderzoek geanalyseerd.

In dit onderzoek laten we de vijfde fase - Total Quality Management - buiten beschouwing. In grote lijnen verstaat men hieronder een integratie van alle zorg voor kwaliteit, inclusief ARBO-zorg en de zorg voor het milieu zowel binnen als buiten de instelling. Hoe een dergelijke integratie eruit zou moeten zien in de zorgsector lijkt een vraag voor de toekomst.

#### *Aandachtsgebieden voor kwaliteitszorg*

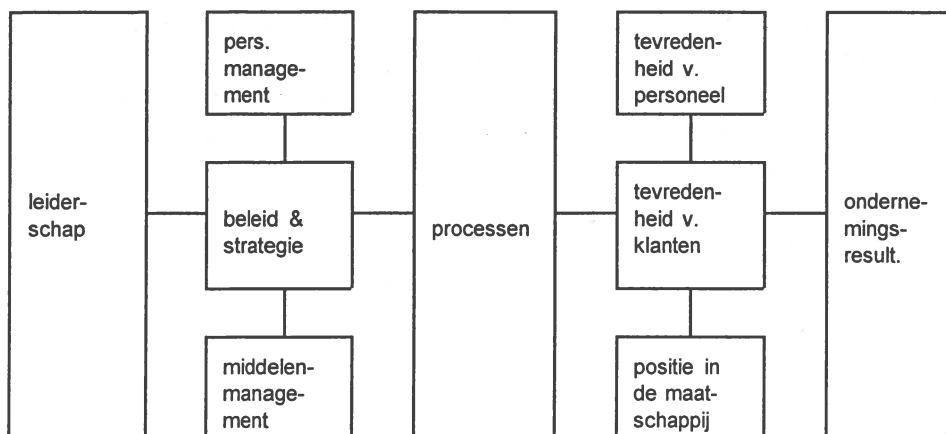
Hierboven is de ontwikkeling in grote lijnen geschetst. Daarin kan een nuancering worden aangebracht. Kwaliteitsbewaking op het ene aspect kan verder ontwikkeld zijn dan op een ander aspect (Hardjono e.a. 1993). Ook kunnen professionals bijvoorbeeld verder zijn met hun kwaliteitsbewaking dan het instellingsmanagement, en andersom. Daarom wordt onderscheid gemaakt in aandachtsgebieden, die lijken op de klassieke indeling in structuur, proces en uitkomst (Donabedian, 1980). De aandachtsgebieden in kwaliteits-theorieën zijn:

- Beleid en organisatie: hoever is het kwaliteitsbeleid ontwikkeld?
- Processen: in hoeverre is procesbeheersing gerealiseerd?
- Resultaten: in hoeverre zijn gegevens over resultaten beschikbaar?

Belangrijk is de samenhang tussen deze gebieden: bij het beoordelen van een kwaliteitssysteem wordt gekeken in hoeverre er een wisselwerking is tussen kwaliteitsbeleid en procesbeheersing én in hoeverre beide gebaseerd zijn op kennis over resultaten. Gegevens over resultaten zijn onontbeerlijk. Deze gegevens vormen de basis voor zowel het bewaken of verbeteren van processen als voor het aanpassen van beleid en organisatorische voorwaarden. In figuur 1 is de samenhang schematisch weergegeven (Bron: Hardjono, 1993).



Figuur 1. Aandachtsgebieden voor kwaliteitszorg in het bedrijfsleven



De vier linkerblokken in het schema betreffen het beleid en de organisatorische voorwaarden, het centrale blok staat voor de beheersing van processen, en de vier rechterblokken worden beschouwd als resultaten. Dit schema wordt gehanteerd door de European Quality Award en afgeleid daarvan door de Stuurgroep Nederlandse Kwaliteit (EFQM, 1992). De onderscheiden aandachtsgebieden zijn in de kwaliteitsenquête terug te vinden. Welke kwaliteitsactiviteiten in elk aandachtsgebied thuishoren wordt in hoofdstuk 2 beschreven en in bijlage 3 verantwoord. Op deze plaats beperken we ons tot de grote lijnen en algemene principes, voor zover mogelijk vertaald naar de zorgsector.

*Aandachtsgebied: organisatie van de instelling*

Zoals hiervoor betoogd wordt ervan uitgegaan dat er een wisselwerking is tussen de organisatie van de instelling en (hulpverlenings)processen en resultaten. Kwaliteitsactiviteiten ter verbetering van de organisatie kunnen betrekking hebben op vier onderdelen: beleid en strategie, leiderschap, management van personeel en van middelen.

Bij beleid en strategie gaat het om het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid op instellingsniveau en om bewaking van zowel de uitvoering als de effectiviteit ervan. Van belang daarbij is de relatie tussen beleid en zorgverleningsprocessen, bijvoorbeeld doordat beleidsprioriteiten gebaseerd zijn op gegevens over resultaten van behandelingen, tevredenheid van patiënten, calamiteiten- of klachtenregistraties, wachtlijsten enzovoorts.

In kwaliteitstheorieën wordt veel belang gehecht aan leiderschap. Het gaat daarbij om de vraag: wat doen managers zelf om de instelling te stimuleren tot zorg voor kwaliteit; vervullen zij een voorbeeldrol en dragen zij zorg voor

noodzakelijke voorwaarden en adequate ondersteuning?

Management van personeel en middelenmanagement spreekt eigenlijk voor zich. De kern is dat kennis en kunde van medewerkers ingezet wordt voor kwaliteitsverbetering. Is het personeelsbeleid erop gericht essentiële deskundigheden in stand te houden en verder te ontwikkelen? Worden medewerkers gestimuleerd tot kwaliteitszorg, bijvoorbeeld door hen bevoegdheden en verantwoordelijkheden op dit gebied te geven (empowerment)? Hebben zij de bereidheid hierover verantwoording af te leggen (accountability)? "Van belang is de mate waarin de instelling erin slaagt de belangen van de organisatie en de belangen van het individu op een lijn te brengen" (Hardjono e.a., 1993).

Op zich zijn deze aandachtsgebieden ook voor zorginstellingen niet nieuw; bij kwaliteitsmanagement gaat het vooral om de invloed van deze organisatorische maatregelen op de hulpverleningsprocessen en daarmee op de resultaten. Het gaat om doordachtheid, onderlinge afstemming, consequente toepassing en sturing.

#### *Aandachtsgebied: Processen*

Bij de beheersing van processen gaat het zowel om kwaliteitsactiviteiten van professionals, vooral gericht op de hulpverleningsprocessen, als om kwaliteitsactiviteiten van het management, vooral gericht op organisatorische processen. Zoals eerder betoogd is de samenhang daartussen essentieel.

Voor het beheersen van zorgverleningsprocessen zal ten eerste duidelijk moeten zijn uit welke deelprocessen deze zijn opgebouwd, welke disciplines daarbij betrokken zijn en hoe overgangen in dat proces geregeld zijn (overdracht, afstemming, nazorg enzovoorts). Om de kwaliteit daarvan te kunnen bewaken is overeenstemming nodig over de criteria of de eisen die daaraan worden gesteld. Normering of protocollering maakt meting mogelijk.

Daarnaast zijn goed functionerende deelsystemen nodig om zowel de afzonderlijke verrichtingen (deelprocessen) als de totaliteit te beheersen. Professionals zelf kunnen deelsystemen hanteren om hun beroepsmatig handelen te bewaken, bijvoorbeeld via patiëntenbesprekingen of intercollegiale toetsing. Voor beheersing van het gehele proces zijn discipline-overstijgende activiteiten nodig, bijvoorbeeld registraties van infecties, calamiteiten, klachten, tevredenheidsmetingen enzovoorts).

Voor ondersteunende afdelingen of diensten geldt in feite hetzelfde mechanisme. Via deelsystemen, zoals functioneringsgesprekken, veiligheidsinspecties of accountantscontrole, worden afzonderlijke organisatie-onderdelen bewaakt. De wisselwerking tussen organisatie en hulpverlening krijgt gestalte op beleidsniveau, enerzijds door beleidsmaatregelen af te stemmen op verbetering van de hulpverleningsprocessen, anderzijds door periodiek te beoordelen

of de onderdelen van het kwaliteitssysteem goed functioneren en het gewenste effect sorteren (interne audits) zodat tijdige bijstelling en verbetering mogelijk wordt.

#### *Aandachtsgebied: resultaten*

Alle hiervoor genoemde maatregelen moeten uiteindelijk leiden tot verbetering van processen met als doel goede resultaten in financiële en niet-financiële zin. In de gezondheidszorg liggen niet-financiële resultaten vooral in de gezondheidswinst en de effectiviteit van behandelingen. Twee aandachtsgebieden die expliciet worden onderscheiden zijn de tevredenheid van klanten en tevredenheid van het personeel. In kwaliteitstheorieën wordt ervan uitgegaan dat een instelling op den duur niet kan overleven zonder tevreden patiënten, tevreden werknemers en 'een goed gezinde omgeving' (Hardjono e.a., 1993).

Zoals eerder opgemerkt is het uitgangspunt dat kennis over deze resultaatgebieden de basis vormt voor de kwaliteitsactiviteiten. De indicatoren die gebruikt worden om resultaten te meten zouden dan ook in het ideale geval van direct nut moeten zijn voor bijstelling van beleid en processen. In de gezondheidszorg zijn uitkomsten van de zorgverlening niet altijd in harde maten te meten. Al enkele jaren wordt gewerkt aan de ontwikkeling van relevante uitkomstindicatoren, waarbij de tevredenheid van patiënten in ieder geval als belangrijke indicator wordt beschouwd.

Indirecte indicatoren kunnen zijn: bereik van de doelgroepen, vermindering van incidenten, fouten of klachten, vermindering van wachttijden, vermindering van heropnamen, en ook, tevredenheid van het personeel.

De vraag is of de hierboven geschetste aandachtsgebieden eveneens herkenbaar zijn in de kwaliteitsactiviteiten van zorginstellingen. In zijn algemeenheid is de vraag of de kwaliteitssystemen in de zorgsector op dezelfde wijze worden opgebouwd als in het bedrijfsleven. Daartoe zullen achtereenvolgens de volgende vragen worden beantwoord:

1. Hoeveel zorginstellingen zijn bezig met het opbouwen van een kwaliteitssysteem en hoe vullen zij dat concreet in?
2. Welke aandachtsgebieden voor kwaliteitszorg zijn in de gezondheidszorg te onderscheiden en komen deze overeen met die in het bedrijfsleven?

3. In welke volgorde verloopt de ontwikkeling van kwaliteitssystemen in de zorgsector en komt dit overeen met de ontwikkelingsfasen uit het bedrijfsleven?
4. In welke fase van ontwikkeling verkeren de kwaliteitssystemen in de zorgsector en welke factoren beïnvloeden deze ontwikkelingen?
5. Zijn er al positieve effecten van kwaliteitssystemen zichtbaar geworden?
6. Wat zijn de toekomstplannen van de instellingen met betrekking tot de verdere ontwikkeling van het kwaliteitssysteem?

Bij het beantwoorden van deze vragen wordt steeds gekeken of er opvallende verschillen zijn tussen de sectoren. Mogelijke verklaringen hiervoor worden onderzocht.

Bij het interpreteren van de resultaten in dit rapport moet steeds in acht worden genomen dat de vragenlijsten gericht zijn aan en ingevuld door directie of management van de instelling. De resultaten zijn daarmee een weergave van de wijze waarop de leiding de zorg voor kwaliteit in de instelling percipieert.

## **2. OPZET EN METHODE VAN ONDERZOEK**

### **2.1 Inleiding**

Het doel van dit onderzoek is in kaart te brengen hoever zorginstellingen zijn gevorderd met de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem. Om een representatief beeld van elke zorgsector te kunnen geven moeten in totaal meer dan 1000 instellingen bevroegd worden. Als onderzoeksmethode is daarom gekozen voor een schriftelijke vragenlijst. In paragraaf 2.2 wordt de ontwikkeling van de vragenlijst beschreven. Paragraaf 2.3 geeft een overzicht van de onderzoekspopulatie en de respondenten. De non-responsanalyse geeft zicht op de representativiteit van de gegevens.

Paragraaf 2.4 is gewijd aan het typeren van ontwikkelingsfasen in de kwaliteitssystemen. Allereerst is onderzocht of de onderscheiden aandachtsgebieden (beleid, personeel enzovoorts) inderdaad in de enquête-resultaten terug te vinden zijn. Vervolgens is getoetst of de - op theoretisch gronden - vastgestelde ontwikkelingsfasen, worden bevestigd door de resultaten. Deze ontwikkelingsfasen vormen de basis voor de verdere analyses in het rapport. Het hoofdstuk besluit met een schematisch overzicht van de ontwikkelingsfasen en de criteria die daarbij zijn gehanteerd.

### **2.2 Ontwikkeling van de vragenlijst**

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

Bij het ontwikkelen van de vragenlijst is een compromis gezocht tussen twee tegenstrijdige eisen. Aan de ene kant was het gewenst een zo volledig

mogelijk beeld te krijgen van het kwaliteitssysteem. Dit betekent dat gevraagd zou moeten worden naar alle activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking en -verbetering in alle gebieden van de organisatie. Aan de andere kant was het van belang de vragenlijst beknopt te houden om de respons te verhogen. Besloten werd de omvang van de vragenlijst zodanig te beperken dat deze in 20 a 30 minuten kon worden ingevuld.

De consequentie hiervan is dat in de enquête een aantal activiteiten buiten beschouwing blijft. In het vorige hoofdstuk is beschreven dat activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking en -bevordering betrekking kunnen hebben op 9 aandachtsgebieden; de enquête beslaat 6 van deze aandachtsgebieden. We geven een overzicht van de gebieden die wel en die niet in de enquête zijn opgenomen:

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

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

senteerd wordt. De resultaten geven wel een indicatie van de ontwikkelingsfase waarin de kwaliteitssystemen zich bevinden.

In bijlage 2 (de enquête) is te zien welke vragen bij elk van de overige aandachtsgebieden zijn gesteld. Bij het formuleren van deze vragen is zoveel mogelijk aangesloten bij eerder ontwikkelde vragenlijsten (School et al, 1993; NVAGG, 1994) en bij kwaliteitseisen die vermeld staan in de Kwaliteitskenmerken die voor diverse sectoren zijn ontwikkeld. Ook zijn vragen toegevoegd die voor de zorgsector van specifiek belang zijn, namelijk de mate waarin patiënten participeren en de mate waarin de instelling samenwerkt met andere instellingen of sectoren om continuïteit en afstemming te waarborgen.

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

- 1) nee, de activiteit vindt niet plaats;
- 2) de activiteit is in ontwikkeling;
- 3) de activiteit vindt regulier plaats (en volgens de kwaliteitskringloop).

Op basis van dit onderscheid wordt in paragraaf 2.4 onderzocht op welke wijze de verschillende ontwikkelingsfasen kunnen worden getypeerd.

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

Tenslotte wordt gevraagd naar de effecten van het kwaliteitssysteem, zowel naar positieve als naar mogelijke negatieve effecten.

Een eerste concept van de vragenlijst is voor commentaar voorgelegd aan alle koepelorganisaties. Hun opmerkingen en suggesties (met name ook wat betreft de gehanteerde terminologie) zijn verwerkt. Een tweede conceptvragenlijst is op proef ingevuld door 14 directies van instellingen. Zij vonden de

enquête begrijpelijk en er werden geen onderwerpen gemist. Wel is op hun advies de volgorde van de vragen veranderd.

## 2.3 Onderzoekspopulatie, respons en non-respons

### *Onderzoekspopulatie*

Aan het onderzoek hebben de lidinstellingen van 16 koepelorganisaties deelgenomen. De adressen zijn verkregen via de koepelorganisaties. In het kort zijn dit de koepels in de verstandelijke en lichamelijke gehandicapten sector, de verpleeghuissector, de ziekenhuissector, de sectoren van de geestelijke gezondheidszorg, gezondheidscentra, thuiszorginstellingen, verzorgingshuizen/bejaardenoorden en het algemeen maatschappelijk werk. Als enige beroepsgroep zijn ook apothekers geënuquêteerd omdat ook zij een hiërarchisch organisatorisch verband vormen.

Om per sector een betrouwbaar beeld te krijgen zijn bij 13 van de 16 sectoren alle lidinstellingen van de desbetreffende koepelorganisatie geënuquêteerd. Bij drie sectoren is gezien de omvang van de sector een steekproef getrokken. Bij de Woon Zorg Federatie (voorheen Vereniging van Nederlandse Bejaardenoorden) en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, beiden met een ledenbestand van boven de 1500 leden, is een steekproef van 10% getrokken. Bij de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuiszorg is een steekproef van 50% getrokken (160 instellingen).

### *Respons*

Aan 1785 instellingen is begin oktober 1994 de vragenlijst met een aanbevelingsbrief van de eigen koepelorganisatie en een aanbevelingsbrief van de begeleidingscommissie verstuurd. Tevens zijn na verloop van tijd twee reminders verstuurd. De eerste na drie weken in de vorm van een brief en de tweede na nog eens zes weken in de vorm van een brief plus een vragenlijst. Een uitzondering op deze procedure is gemaakt voor apothekers<sup>1</sup>.

Van de 1785 instellingen zijn 36 instellingen niet meegerekend; 22 instellingen waren opgeheven, gefuseerd of net opgericht; 9 instellingen bleken

---

1

In overleg met de KNMP is besloten de vragenlijst enigszins aan te passen en meer toe te snijden op de specifieke situatie van de apotheker.



uitsluitend administratieve taken te hebben en 5 brieven konden niet worden bezorgd.

Van de 1749 instellingen hebben 1147 instellingen of, in enkele gevallen een cluster van instellingen, de enquête geretourneerd. Dit is een netto respons van 66%. Dit percentage stijgt tot 71% wanneer we uitgaan van het aantal instellingen waarop de vragenlijst betrekking heeft. Ten eerste is in enkele gevallen namelijk een gezamenlijke vragenlijst ingevuld door meerdere instellingen die in een stichting verenigd zijn. Dit komt voor in de sectoren: gehandicapten zorg (dag- en woonvoorzieningen of woonvormen), bij gezondheidscentra en de beschermende woonvormen. Ten tweede kwam het voor dat één enquête betrekking had op meer organisatorische eenheden, bijvoorbeeld zowel op een thuiszorginstelling zelf als op de daarbij horende instelling voor algemeen maatschappelijk werk. Hierdoor zijn de 1147 ontvangen enquêtes van toepassing op 1247 instellingen. In tabel 2.1 wordt een overzicht gegeven van de respons per sector.

Tabel 2.1 Het percentage instellingen dat per sector heeft gereageerd

Sector	N	respons %
FIAD-Wdt, Dag- en woonvoorzieningen	135	75
LVG, Gezondheidscentra	115	76
LVT, Thuiszorginstellingen	140	81
NeVIV, Verslavingszorg	48	62
NVBW, Beschermende woonvormen	45	91
NVGGz, Psychiatrische Instellingen	98	73
NVGz, Instellingen v. Gehandicapten	128	68
NVvz, Verpleeghuizen	159	75
NVZ, Ziekenhuizen	143	76
SOMMA, Sociaal Pedagogische Diensten	41	90
WZF (VNB), Verzorgingshuizen	157	55
VOG-AMW, Inst. voor Alg. Maatschappelijk Werk	159	67
NFVLG, Woonvormen en Activiteitencentra	109	89
NVAGG, RIAGG's	57	84
LVGGD, GGD'en	60	75
KNMP, Apothekers	155	42
Totaal	1749	71

Uit bovenstaande tabel blijkt dat de respons bij 13 van de 16 sectoren goed (>65%) genoemd mag worden. In drie sectoren is de respons lager dan 65%: bij apothekers, instellingen voor verslavingszorg en verzorgingshuizen. Hoewel apothekers kwaliteitssystemen invoeren bleek uit reacties dat de

gebruikte terminologie in de vragenlijst niet goed aansloot bij hun situatie, ook niet na de aanpassingen die wij hadden gemaakt. Het in de enquête gemaakte onderscheid tussen management en professionals doet kunstmatig aan, omdat apothekers immers beide zijn. We moeten constateren dat voor beroepsgroepen een andere enquête ontwikkeld zou moeten worden. De wel verkregen gegevens van apothekers zullen daarom in een apart hoofdstuk worden behandeld. De hoofdstukken 3 tot en met 7 hebben dus betrekking op 15 sectoren en 1134 respondenten. In de paragrafen waarin de verschillen tussen sectoren worden beschreven, is uitgegaan van 1182 respondenten. Dit verschil is te verklaren doordat 48 instellingen expliciet hebben aangegeven dat hun enquête betrekking heeft op twee organisatorische eenheden die tot verschillende sectoren behoren.

De scheiding tussen management en professionals gaf ook problemen bij zeer kleine instellingen, zoals wel voorkomt in de verslavingszorg. De lagere respons is hierdoor gedeeltelijk verklaarbaar. Voor kleine organisaties (soms vijf medewerkers) bleek het moeilijk de eigen activiteiten 'kunstmatig' te splitsen in verschillende aandachtsgebieden. In grotere organisaties is deze splitsing vaak in de organisatiestructuur vastgelegd. Ten slotte gaven enkele directies van verzorgingshuizen te kennen dat zij onvoldoende tijd beschikbaar hadden om alle nieuwe managementtaken (kwaliteitsbeleid, ARBO-beleid, etc.) tegelijkertijd uit te voeren.

De reacties wijzen erop dat de ontwikkelde vragenlijst wellicht meer geschikt is voor organisaties van enige omvang, die wat betreft middelen en tijd beschikken over een duidelijke managementfunctie.

#### *Non-respons analyse*

Ondanks de goede respons is het van belang te weten in hoeverre instellingen die niet hebben gereageerd verschillen van instellingen die dit wel hebben gedaan. Daarom is een beperkt non-respons onderzoek uitgevoerd onder 106 instellingen uit drie sectoren: verpleeghuizen, instellingen voor gehandicaptenzorg en instellingen voor verslavingszorg. De instellingen in deze sectoren verschillen zowel in omvang als in organisatievorm (gehuisvest in één of in meerdere lokaties).

In een telefonisch interview werd enerzijds gevraagd naar de reden van non-respons, anderzijds werden telefonisch de volgende drie enquêtevragen gesteld om een vergelijking te kunnen maken:

- a) heeft de instelling een kwaliteitsfunctionaris?
- b) heeft de instelling een kwaliteitsbeleid geformuleerd?
- c) heeft de instelling een protocol voor de voorlichting aan patiënten/cliënten?

Hoewel ook 'leiderschap' als aandachtsgebied in de enquête opgenomen was, geven de gegevens geen grond om 'leiderschap' als apart aandachtsgebied te benoemen. De bij 'leiderschap' gestelde vragen naar de wijze waarop het management de medewerkers stimuleert, blijken sterk samen te hangen met het personeelsbeleid. Leiderschap is in de enquêtevragen dus niet als apart aandachtsgebied te herkennen. In de toekomst zullen hierover andere vragen gesteld moeten worden.

Er is weinig samenhang te zien in de vragen naar samenwerking met externe partijen en naar de voorwaarden die worden gecreëerd. In de verdere analyses gaan we bij deze twee onderwerpen niet uit van één dimensie maar van de afzonderlijke vragen.

De uitkomsten van de factoranalyse geven geen uitsluitel over de ontwikkelingsfasen in het kwaliteitssysteem. Men had kunnen verwachten dat in de factoranalyse zichtbaar zou worden dat activiteiten die in een eerdere fase plaatsvinden met elkaar samen zouden hangen, alsook activiteiten die in een latere fase plaatsvinden. Een dergelijke samenhang is in de aandachtsgebieden niet te zien. Het is niet zo dat bijvoorbeeld eerst beleidsdocumenten ontwikkeld worden, vervolgens het personeelsbeleid en daarna protocollering plaatsvindt. De ontwikkelingsfasen lopen als het ware dwars door deze aandachtsgebieden heen. Om die reden worden de ontwikkelingsfasen hierna per aandachtsgebied vastgesteld.

#### *Ontwikkelingsfasen*

Om vast te stellen in welke volgorde de ontwikkelingen binnen een aandachtsgebied verlopen gaan we uit van de algemene theorie over de ontwikkeling van kwaliteitssystemen. In hoofdstuk 1 is beschreven dat kwaliteitssystemen doorgaans drie fasen doorlopen: controle van produkten, beheersing van processen en als derde fase het aanbrengen van samenhang via het kwaliteitssysteem. De eerste fase, produktcontrole, is in de zorgsector een vrijwel onbekend fenomeen. Om die reden beschouwen we het creëren van voorwaarden voor kwaliteitsbewaking, zoals scholing en het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid als een eerste fase in de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem. De daaraan voorafgaande oriëntering of bewustwordingsfase beschouwen we als de uitgangssituatie oftewel de 0-fase. Op basis van de hierna te noemen fasering zijn als eerste stap alle activiteiten ingedeeld in een van de volgende fasen (zie schema 1 aan het einde van dit hoofdstuk voor het overzicht):

**0) Oriëntering en bewustwording:** de uitgangssituatie is dat professionals traditioneel zorgdragen voor de kwaliteit van hun eigen behandelingen of verrichtingen (professionele kwaliteit). Men gaat zich als eerste stap oriënteren op mogelijkheden om de zorg voor kwaliteit systematischer aan te pakken.

**1) Voorbereidende fase:** in deze fase worden voorbereidingen getroffen voor procesbeheersing. Er wordt een kwaliteitsbeleid ontwikkeld en men werkt aan een infrastructuur voor kwaliteitsbewaking. Hiervoor worden de nodige voorwaarden gecreëerd (scholing, kwaliteitscommissies, enzovoorts.);

**2) Uitvoering van procesbeheersing:** Via experimenten en (verbeter)projecten wordt gewerkt aan procesbeheersing. Getracht wordt discipline of afdelingsgrenzen te overschrijden. De kwaliteitsbewaking wordt systematischer aangepakt onder andere door de kwaliteitskringloop toe te passen. Het oordeel van patiënten wordt periodiek gemeten.

**3) Systematisering en verankering:** In deze fase ontstaat de samenhang tussen de kwaliteitsbewakende activiteiten, bijvoorbeeld doordat de resultaten van verbeterprojecten ook invloed hebben op het personeelsbeleid. De effectiviteit van de deelsystemen wordt bewaakt. Er komt een wisselwerking tot stand tussen kwaliteitsactiviteiten van professionals en kwaliteitsactiviteiten op organisatorisch niveau (management). Door deze onderlinge wisselwerking en samenhang ontstaat het kwaliteits-'systeem'.

Deze algemene uitgangspunten vormde de basis voor het indelen van de activiteiten. De criteria die daarbij zijn gehanteerd zijn gedetailleerd beschreven op de laatste pagina's van dit hoofdstuk in tabel 2.2.

Als tweede stap is gecontroleerd of instellingen inderdaad deze lineaire aanpak volgen. Hiertoe is nagegaan of instellingen die activiteiten uit fase 3 uitvoeren (bijvoorbeeld interne audits) de activiteiten uit eerdere fases al achter zich hebben (heeft men bijvoorbeeld een kwaliteitsbeleid of kwaliteitswerkplannen). Uit de statistische analyses (zie bijlage 3) blijkt dat de voorgestelde volgorde bij de meerderheid van de instellingen te zien is. De volgorde klopt het vaakst bij het aandachtsgebied 'deelsystemen' (90% van de instellingen), en het minst vaak bij 'patiëntenparticipatie' (71% van de instellingen). Op basis van de gegevens kan worden geconcludeerd dat de meerderheid van de instellingen eenzelfde volgorde volgt bij het ontwikkelen van kwaliteitsactiviteiten, althans wanneer dit per aandachtsgebied bekeken wordt.

Tenslotte is onderzocht of de ontwikkelingen in alle aandachtsgebieden gelijk opgaan. Als een instelling met de ontwikkeling van bijvoorbeeld het kwaliteitsbeleid in fase 2 zit, zit de instelling dan ook op de overige vier gebieden in

fase 2. Dit blijkt niet het geval te zijn. De conclusie is dat de ontwikkeling van kwaliteitsactiviteiten - althans volgens de wijze waarop dat in de enquête gemeten is - niet per definitie gelijk opgaat over alle aandachtsgebieden. Als men bijvoorbeeld 2 of drie aandachtsgebieden ver ontwikkeld heeft, betekent dat niet noodzakelijkerwijze dat ook de andere twee gebieden ver ontwikkeld zijn. Voor de verdere analyses in dit rapport betekent dit dat zoveel mogelijk uitgegaan wordt van de afzonderlijke ontwikkelingen per aandachtsgebied.

### *Conclusies*

- 1) De kwaliteitsactiviteiten in zorginstellingen zijn in te delen in 5 aandachtsgebieden. Deze indeling wordt ook in de volgende hoofdstukken aangehouden.
- 2) Instellingen die één aandachtsgebied ver ontwikkeld hebben zijn niet noodzakelijkerwijze even ver op de andere aandachtsgebieden. De ontwikkelingsfase waarin het kwaliteitssysteem van de instelling zich bevindt moet per aandachtsgebied bekeken worden.

## Schema 1 Ontwikkelingsfasen voor kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg

FASEN	Beleid en strategie	Personeelsbeleid	Procesbeheersing door normering	Procesbeheersing door deelsystemen	Participatie van patiënt/cliënt
0: oriëntatie/bewustwording	<ul style="list-style-type: none"> <li>- missie</li> <li>- produktomschrijving</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- stimuleren vakinhoudelijke ontwikkeling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- protocollen v. specifieke behandeling</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- toetsing mono-/multidisciplinair</li> <li>- zorgplannen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- patiënt wordt niet betrokken</li> </ul>
1: voorbereiding/ontwikkelen infrastructuur	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kwaliteitsbeleid</li> <li>- kwaliteitswerkplan instelling</li> <li>- kwaliteitsprofielen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- scholing leiding</li> <li>- scholing medewerkers</li> <li>- deeln. in werktijd</li> <li>- directie geeft aan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- voor voorlichting</li> <li>- specifieke doelgroepen</li> <li>- voor voorbehouden handelingen</li> <li>- voor medische hulpmidd.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- commissies</li> <li>- klachtenregistratie</li> <li>- cliëntenraad</li> <li>- functioneringsgesprek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- bespreken van uitkomsten</li> <li>- beoordelen of doelen gehaald</li> </ul>
2: uitvoering/ad hoc/projectmatig	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kwaliteitswerkplan sommige afdelingen</li> <li>- kwaliteitswerkplan alle afdelingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- directie toetst</li> <li>- directie bewaakt</li> <li>- selectie nieuw pers.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kritische momenten</li> <li>- samenwerking andere instellingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- tevredenheidsonderzoek</li> <li>- behoefteonderzoek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- incidenteel participeren in comm., proj. en bij het ontw./opst. van criteria/protocol</li> </ul>
3: systematisch aanpak/-verankering in bedrijfsvoering	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kwaliteitsjaarverslag</li> <li>- kwaliteitshandboek</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- systematische feedback</li> <li>- scholing n.a.v. prioriteiten in kwaliteitsbeleid</li> <li>- scholing nieuw personeel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- routing patiënt</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- managementinfosysteem</li> <li>- interne audit</li> <li>- interinstitutionele toetsing</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- systematisch participeren in comm., proj. en bij het ontw./opst. van criteria/protocol</li> </ul>

Tabel 2.2 Insluitingscriteria voor de indeling van alle activiteiten in een aandachtsgebied en ontwikkelingsfase

---

### STRATEGIE EN BELEID

- Fase 0:* Instellingen in deze fase zijn een missie en/of produktomschrijvingen aan het ontwikkelen of hebben dit reeds gedaan. De instellingen beschikken nog niet over kwaliteitsprofielen, een kwaliteitsbeleid, kwaliteitswerkplannen, een kwaliteitsjaarverslag of een kwaliteitshandboek.
- Fase 1:* Instellingen in deze fase hebben een kwaliteitsbeleid of zijn dit aan het ontwikkelen. Tevens ontwikkelen zij c.q. beschikken zij over kwaliteitsprofielen en een kwaliteitswerkplan op instellingsniveau.
- Fase 2:*
- sommige afdelingen hebben of ontwikkelen een kwaliteitswerkplan
  - de instelling is bezig voor alle afdelingen een kwaliteitswerkplan te ontwikkelen
  - men is een kwaliteitsjaarverslag en kwaliteitshandboek aan het ontwikkelen
- Fase 3:*
- alle afdelingen beschikken over een kwaliteitswerkplan
  - de instelling heeft een kwaliteitsjaarverslag en een kwaliteitshandboek

### PERSONEELSBELEID

- Fase 0:*
- instellingen die geen extra voorzieningen hebben getroffen voor het invoeren en onderhouden van activiteiten voor kwaliteitsbewaking/-verbetering
  - instellingen die niet beschikken over een personeelsbeleid dat gericht is op het kwaliteitsbeleid
  - instellingen waarin de directie de betrokkenheid van de medewerkers niet in een of andere vorm stimuleert
  - medewerkers worden gestimuleerd zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen
- Fase 1:*
- zowel de leiding als de medewerkers worden geschoold
  - medewerkers kunnen binnen werktijd deelnemen aan activiteiten voor kwaliteitsbewaking/-verbetering
  - de directie geeft aan wat van medewerkers in het kader van het kwaliteitsbeleid wordt verwacht
- Fase 2:*
- de directie toetst of medewerkers zich houden aan de afspraken die gemaakt zijn in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling
  - de directie bewaakt de afdelings-/voorzieningswerkplannen
  - bij de selectie van nieuw personeel wordt gelet op een positieve attitude ten aanzien van kwaliteitszorg
- Fase 3:*
- nieuw personeel wordt meteen geschoold in kwaliteitsbewaking/-verbetering
  - deskundigheidsbevordering vindt plaats naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid
  - de directie geeft systematisch feedback over de bereikte resultaten aan medewerkers
- 

- vervolg -

### PROCESBEHEERSING DOOR NORMERING

- Fase 0:*
- instellingen die niet werken volgens protocollen
  - instellingen die protocollen ontwikkelen
  - instellingen met protocollen gericht op specifieke behandel-/begeleidingsvormen/verrichtingen
- Fase 1:* Instellingen met protocollen gericht op:
- voorlichting aan de patiënt/bewoner/cliënt/klant
  - voor specifieke doelgroepen en diagnoses
  - voor voorbehouden handelingen
  - voor het gebruik van medische hulpmiddelen
- Fase 2:* Instellingen met protocollen voor:
- kritische momenten in het zorg-/dienstverleningsproces
  - samenwerking met/overdracht naar andere instellingen/zorgverleners
- Fase 3:* Instellingen met protocollen voor de routing van de patiënt/cliënt/bewoner/klant

### PROCESBEHEERSING DOOR DEELSYSTEMEN

- Fase 0:*
- instellingen zonder een deelsysteem
  - instellingen die bezig zijn met mono- of multidisciplinaire intercollegiale toetsing
  - instellingen die bezig zijn met zorgplannen
- Fase 1:* Instellingen die beschikken over de volgende activiteiten of de activiteiten volgens een cyclisch proces uitvoeren:
- commissies
  - klachtenregistratie
  - cliëntenraad
  - functioneringsgesprekken
- Fase 2:* Instellingen die over de volgende activiteiten beschikken of deze volgens een cyclisch proces laten uitvoeren:
- tevredenheidsonderzoek onder gebruikers, verwijzers en/of medewerkers
  - behoefteonderzoek onder gebruikers en/of verwijzers
- Instellingen die de volgende activiteiten systematisch uitvoeren en deze hebben ingebed in het totale kwaliteitssysteem:
- commissies
  - klachtenregistratie
  - cliëntenraad
  - functioneringsgesprekken
- Fase 3:* Instellingen die één of meer van de volgende activiteiten cyclisch of systematisch gebruiken
- management-informatie-systeem
  - interne audit
  - interinstitutionele toetsing
- Instellingen die één of meer van de volgende activiteiten systematisch gebruiken:
- tevredenheidsonderzoek onder gebruikers, verwijzers en/of medewerkers
  - behoefteonderzoek onder gebruikers en/of verwijzers
-



- vervolg tabel 2.2 -

---

#### **PARTICIPATIE VAN PATIËNTEN/CLIËNT/BEWONER/KLANT**

- Fase 0:* De patiënt/cliënt/bewoner/klant wordt niet betrokken bij activiteiten voor kwaliteitsbewaking/-verbetering.
- Fase 1:* De patiënt/cliënt/bewoner/klant wordt incidenteel betrokken bij het bespreken van de uitkomsten van satisfactieonderzoek en het beoordelen of de gestelde doelen zijn gehaald.
- Fase 2:* De patiënt/cliënt/bewoner/klant wordt altijd betrokken bij het bespreken van de uitkomsten van satisfactieonderzoek en het beoordelen of de gestelde doelen zijn gehaald.  
De patiënt/cliënt/bewoner/klant wordt incidenteel betrokken bij het ontwikkelen van criteria en protocollen, en/of participeert in commissies en projecten.
- Fase 3:* De patiënt/cliënt/bewoner/klant wordt altijd betrokken bij het ontwikkelen van criteria en protocollen, en/of participeert in commissies en projecten.
-



### **3. KWALITEITSZORG IN INSTELLINGEN: STAND VAN ZAKEN**

#### **3.1 Aandachtsgebieden voor kwaliteitszorg**

In dit hoofdstuk wordt een overzicht gegeven van de kwaliteitsactiviteiten die door Nederlandse zorginstellingen worden uitgevoerd. Deze activiteiten kunnen worden beschouwd als de bouwstenen van het kwaliteitssysteem. Bij de beschrijving maken we onderscheid in de vijf aandachtsgebieden voor kwaliteitszorg, die op basis van statistische analyses (zie hoofdstuk 2) te onderscheiden zijn, namelijk:

- Beleid en strategie;
- Personeelsbeleid;
- Procesbeheersing via normering;
- Procesbeheersing via deelsystemen;
- Participatie van gebruikers c.q. patiënten, cliënten of bewoners.

Paragraaf 3.2 begint met het kwaliteitsbeleid. Beschreven wordt hoeveel zorginstellingen inmiddels beschikken over een kwaliteitsbeleid en over andere documenten op het gebied van kwaliteit zoals een kwaliteitshandboek en een kwaliteitsjaarverslag.

Paragraaf 3.3 beschrijft in hoeverre het personeelsbeleid in de instelling gericht is op (realisering van) het kwaliteitsbeleid (bijvoorbeeld via selectie van personeel) en in hoeverre het management hiervoor de voorwaarden creëert (bijvoorbeeld via deskundigheidsbevordering en ondersteuning).

In paragraaf 3.4 staat de normering centraal, en dan met name de ontwikkeling van protocollen, standaarden of richtlijnen. Beschreven wordt in hoeverre de instelling volgens dergelijke protocollen werkt en de mate waarin protocollen de discipline- of afdelingsgrenzen overschrijden.

Paragraaf 3.5 geeft een overzicht van de deelsystemen die gehanteerd worden om de processen te beheersen. Het gaat hierbij zowel om deelsystemen die door professionals worden gehanteerd, zoals zorgplannen of intercollegiale toetsing, als om deelsystemen die voor de gehele instelling gelden zoals functioneringsgesprekken, tevredenheidsonderzoek enzovoorts.

In paragraaf 3.6 wordt beschreven in welke mate patiënten, cliënten of bewoners bij de kwaliteitsbewaking worden betrokken. Tenslotte wordt in paragraaf 3.7 kort beschreven hoeveel instellingen samenwerken met andere sectoren om afstemming en continuïteit te bewerkstelligen.

Elke paragraaf begint met een overzicht van de stand van zaken over alle instellingen gezamenlijk, waarna de verschillen tussen sectoren worden belicht.

## 3.2 Beleid en strategie

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

Een volgende stap is de uitvoering van dit beleid. Het kwaliteitsbeleid wordt vertaald in concrete maatregelen die in werkplannen worden vastgelegd. Aan de hand van dergelijke werkplannen wordt het beleid uitgevoerd en geëvalueerd.

Tenslotte zal de instelling de aandacht voor kwaliteit zichtbaar willen maken, enerzijds om het vertrouwen in en het imago van de instelling te vergroten, anderzijds om verantwoording aan derden af te leggen. Via een kwaliteitshandboek maakt men zichtbaar dat de instelling het overzicht heeft over alle gangbare procedures, en via een kwaliteitsjaarverslag kan men aantonen op welke wijze men het afgelopen jaar aan kwaliteitsverbetering heeft gewerkt.

In tabel 3.1 is te zien hoeveel zorginstellingen reeds over dergelijke documenten beschikken en hoeveel zorginstellingen bezig zijn met de ontwikkeling ervan. De aantallen zijn uitgedrukt in percentages.

Tabel 3.1 Percentage instellingen dat beschikt over onderstaande documenten met betrekking tot het kwaliteitsbeleid (N=1134)

	nee	i.o.	ja	miss.
Missie of visie op schrift	7	18	74	1
Produktomschrijvingen	21	41	36	2
Kwaliteitsprofielen	40	42	15	3
Kwaliteitsbeleid op schrift	33	43	21	3
Kwaliteitswerkplan voor de instelling	40	39	18	3
Kwaliteitswerkplan voor sommige afdelingen	47	24	21	8
Kwaliteitswerkplan voor alle afdelingen	61	26	6	7
Kwaliteitsjaarverslag	66	19	12	3
Kwaliteitshandboek	61	30	5	4

De tabel moet als volgt gelezen worden: 7% van de instellingen heeft geen missie op schrift, bij 18% van de instellingen wordt gewerkt aan het ontwikkelen ervan en 74% van de instellingen heeft een missie op schrift gesteld (door 1% is deze vraag niet ingevuld).

Bijna de helft van de instellingen (ruim 40%) is bezig met het expliciteren van de zorg of diensten die geleverd worden (produktomschrijvingen) en met het vaststellen van de eisen die daaraan worden gesteld (kwaliteitsprofielen). Bij eenderde van de instellingen zijn produktomschrijvingen inmiddels voorhanden (36%).

Bij eveneens bijna de helft van de instellingen (ruim 40%) wordt gewerkt aan de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid en de vertaling daarvan in kwaliteitswerkplannen. Door een vijfde van de instellingen is dit inmiddels voltooid.

Slechts een klein deel van de instellingen is aangeland bij de volgende stap, het afleggen van verantwoording via een kwaliteitsjaarverslag of een kwaliteitshandboek (respectievelijk 12% en 5%). Wel is te zien dat een kwart van de instellingen hieraan werkt (respectievelijk 19% en 30%).

De verschillen tussen sectoren kunnen als volgt worden getypeerd. Het grootste verschil is te zien bij zogenaamde 'produktomschrijvingen': in drie sectoren beschikt de helft van de instellingen over produktomschrijvingen (LVT, SOMMA, GGD) terwijl dit in ziekenhuizen nauwelijks voorkomt (10% van de ziekenhuizen). Daarentegen hanteert de helft van de ziekenhuizen kwaliteitswerkplannen op een aantal afdelingen terwijl het gemiddelde voor alle zorginstellingen nog niet op een kwart ligt (21%). In hoofdstuk 4 gaan we in op mogelijke verklaringen voor deze verschillen.

Opvallend is ook dat veel RIAGG's inmiddels een kwaliteitsbeleid hebben geformuleerd (41%) vergeleken met het gemiddelde in Nederland (21%). Relatief veel gezondheidscentra (37%) leggen verantwoording af via een kwaliteitsjaarverslag terwijl dat in andere sectoren nog niet gebruikelijk is.

Concluderend kunnen we stellen dat de meerderheid van de instellingen een kwaliteitsbeleid heeft geformuleerd dan wel daarmee bezig is. Ongeveer de helft van de instellingen heeft het kwaliteitsbeleid in concrete werkplannen vertaald of is daarmee bezig. Verantwoording van het kwaliteitsbeleid via kwaliteitsjaarverslagen of een kwaliteitshandboek komt bij een minderheid van de instellingen voor.

### 3.3 Personeelsbeleid

Het zijn de medewerkers en de professionals in een instelling die kwaliteit uiteindelijk gestalte geven, zowel in de hulp of zorg die zij verlenen als in de samenwerking met elkaar. Dat is de reden dat in kwaliteitstheorieën veel nadruk wordt gelegd op personeelsbeleid en leiderschap. Uitgangspunt is daarbij de vraag: wat doen directie en management om medewerkers en professionals te stimuleren tot zorg voor kwaliteit? Vervullen zij een voorbeeldrol en waarderen zij de inspanningen die medewerkers zich getroosten? Het belang dat de leiding aan kwaliteit hecht komt tot uiting in de wijze waarop de leiding het werk van medewerkers en professionals ondersteunt en de voorwaarden daarvoor creëert. In het personeelsbeleid kan dat zichtbaar worden in bijvoorbeeld (het budget voor) deskundigheidsbevordering en scholing, of het inruimen van extra tijd voor kwaliteitsactiviteiten. Wanneer directie en management de zorg voor kwaliteit serieus nemen zal dat ook tot uiting komen in de leiding en sturing die daaraan wordt gegeven. Maatregelen die zorginstellingen nemen om het personeelsbeleid af te stemmen op het kwaliteitsbeleid zijn in tabel 3.2 te zien.

Tabel 3.2 Percentage instellingen dat de volgende maatregelen treft op het gebied van personeelsbeleid (N=1134)

---

<b>Stimulering</b>	
Medewerkers*) worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen	70%
Medewerkers kunnen binnen werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten	60%
Medewerkers ontvangen systematische feedback over de bereikte resultaten	35%
<b>Selectie en scholing</b>	
Scholing van medewerkers en professionals	66%
Scholing van management en leidinggevenden	63%
Scholing naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid	44%
Selectie van nieuw personeel met een positieve attitude ten aanzien van kwaliteitszorg	44%
Nieuwe medewerkers worden geschoold in kwaliteitszorg	16%

---

- vervolg -

---

**Sturing**

Directie**) geeft aan wat van medewerkers wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling	59%
Directie bewaakt de werkplannen van afdelingen, diensten of voorzieningen	39%
Directie toetst of medewerkers zich houden aan de, in het kader van het kwaliteitsbeleid, gemaakte afspraken	38%

---

\*) Medewerkers staat ook voor professionals

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

In ruim tweederde van de instellingen melden de directies dat zij de medewerkers en professionals stimuleren om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen en dat kwaliteitsactiviteiten binnen werktijd mogen geschieden. Minder vaak krijgen de medewerkers systematisch feedback over resultaten van de kwaliteitsactiviteiten (35% van de instellingen). In hoeverre medewerkers dit ook zelf zo ervaren is niet in dit onderzoek gemeten.

In eveneens tweederde van de instellingen worden zowel medewerkers als leiding geschoold in kwaliteitszorg. Scholing in kwaliteitszorg betekent doorgaans dat methoden geleerd worden om de kwaliteitsbewaking en -verbetering op een systematische wijze aan te pakken, en dat de mentaliteit wordt bijgebracht om kritisch naar eigen werk te kijken. Weinig instellingen (16%) melden dat ook nieuwe medewerkers systematisch worden geschoold. (Door personeelsverloop dreigen ingezette veranderingen te verwateren, zo hebben de voorlopers ervaren, Sluijs e.a., 1994).

In ongeveer eenderde van de instellingen geven directie en management expliciete sturing aan de kwaliteitsactiviteiten, door het bewaken van de (kwaliteits)werkplannen van de afdelingen of door te toetsen of de medewerkers zich aan de gemaakte afspraken houden. In hoeverre directie en management zelf een stimulerende voorbeeldrol vervullen is niet gevraagd (het is moeilijk voorstelbaar dat directies zelf zo'n vraag met 'nee' zouden beantwoorden).

Er zijn geen opvallende verschillen tussen sectoren. Wel zijn er accentverschillen. Bijvoorbeeld, zowel bij GGD'en als woonvormen en activiteitencentra (NFVLG) melden veel instellingen (76 en 80%) dat medewerkers in kwaliteitszorg worden geschoold. In de verslavingszorg krijgen medewerkers frequent feedback over resultaten (57%) terwijl dat door GGD'en juist relatief weinig wordt gemeld (20%). Als tweede voorbeeld melden veel verzorgingshuizen (WZF) dat personeel geselecteerd wordt met een positieve attitude ten

aanzien van kwaliteit (61%), terwijl relatief weinig sturing uitgeoefend wordt door het bewaken van werkplannen of het toetsen van afspraken (27%).

Verondersteld wordt dat dergelijke verschillen - naast de cultuur in de sector - mede verklaard kunnen worden door de ontwikkelingsfase waarin een kwaliteitssysteem verkeert: indien men net gestart is met het systeem valt er nog weinig feedback te geven; indien nog geen kwaliteitswerkplannen aanwezig zijn valt er weinig te bewaken. De mate waarin deze activiteiten samenhangen met de ontwikkelingsfase van het kwaliteitssysteem wordt in hoofdstuk 4 geanalyseerd.

### **3.4 Procesbeheersing door normering**

Veel zorginstellingen zijn bezig met het beschrijven van de zorg of diensten die zij leveren (produktomschrijvingen) en de kwaliteitseisen die daaraan worden gesteld (kwaliteitsprofielen), zoals paragraaf 3.2 liet zien. In het verlengde daarvan ligt het beschrijven van de zorgverleningsprocessen op zich, dat wil zeggen de wijze waarop en de volgorde waarin de zorg- of dienstverlening tot stand komt. Om te zorgen dat deze processen van constante kwaliteit zijn worden protocollen, richtlijnen of standaarden gemaakt waarin het ideale verloop van het proces wordt vastgelegd. Aan de hand daarvan kunnen processen bewaakt en dus beheerst worden. De afgelopen 10 jaar is met name door de medische professies hard gewerkt aan de totstandkoming van richtlijnen, protocollen of standaarden. Bijvoorbeeld de consensusrichtlijnen bij medisch specialisten en de NHG-standaarden in de huisartsgeneeskunde. In zorginstellingen, waar doorgaans meerdere hulpverleners bij de zorgverlening betrokken zijn, wordt in toenemende mate getracht om ook de overgangen en de onderlinge afstemming van de deelprocessen te beheersen. De mate waarin zorginstellingen op één of meerdere afdelingen protocollen, richtlijnen of standaarden hanteren, voor onderdelen van het zorgproces of voor het gehele proces is in tabel 3.3 te zien.



Tabel 3.3 Percentage instellingen dat onderstaande protocollen of standaarden hanteert (N=1134)

<b>Protocollen/standaarden m.b.t.</b>	
Specifieke behandeling/verrichting/begeleiding	66%
Routing van de patiënt/cliënt/bewoner van aanmelding tot afsluiting	41%
Vorbehouden handelingen	40%
Voorlichting aan patiënt/cliënt/bewoner	40%
Kritische momenten in het zorg-/dienstverleningsproces	36%
Specifieke doelgroepen of diagnosegroepen	36%
Medische hulpmiddelen	30%

In tweederde van de instellingen worden protocollen of standaarden gehanteerd voor specifieke behandelingen of verrichtingen. Ook risicovolle momenten in de zorgverlening en voorbehouden handelingen zijn in eenderde van de instellingen protocollair geregeld. Door 41% van de instellingen wordt gemeld dat protocollen zijn ontwikkeld voor de hele routing van de patiënt van aanmelding tot afsluiting, of voor een aspect in dat proces, bijvoorbeeld de voorlichting aan patiënt, cliënt of bewoner.

Bovenstaande cijfers moeten met enige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd: een kwart van de instellingen meldt dat in de gehele instelling volgens dergelijke protocollen of standaarden wordt gewerkt; bij driekwart van de instellingen is dit beperkt tot een of meerdere afdelingen in de instelling.

Er zijn geen grote verschillen tussen de sectoren wanneer het gaat om protocollen voor specifieke behandelingen of verrichtingen. GGD'en en ziekenhuizen spannen hierin de kroon. Er zijn wel verschillen in de mate waarin de hele routing van de patiënt van aanmelding tot ontslag protocollair is vastgelegd: dit wordt vaak gemeld door instellingen voor verslavingszorg, Sociaal-Pedagogische Diensten, woonvormen, activiteitencentra en RIAGG's (ruim de helft van de instellingen) en minder vaak door verzorgingshuizen, thuiszorginstellingen en dag- en woonvoorzieningen (rond eenderde van de instellingen). Verschillen in protocollair werken zijn er daarnaast omdat in een aantal sectoren geen medische hulpmiddelen worden gebruikt en niet of nauwelijks sprake is van voorbehouden handelingen. Dergelijke protocollen worden dan ook niet of nauwelijks gemeld door instellingen voor Algemeen Maatschappelijk Werk, Beschermd Wonen en Sociaal-Pedagogische Diensten.

### 3.5 Procesbeheersing door deelsystemen

In de inleiding is betoogd dat bewaking, beheersing en verbetering van processen centraal staat in een kwaliteitssysteem. Zodra dat op een cyclische wijze gebeurt spreekt men van een 'deelsysteem'. Dit komt erop neer dat systematisch gemeten wordt of het (zorg)proces aan de gestelde eisen voldoet en dat op basis van deze gegevens verbeteringen worden aangebracht. Intercollegiale toetsing is wellicht het meest bekende voorbeeld maar ook kunnen registraties van infecties, calamiteiten en klachten of tevredenheidsmetingen systematisch worden gebruikt voor het bewaken en verbeteren van de kwaliteit. Niet alleen zorgverleningsprocessen maar ook ondersteunende en organisatorische processen kunnen op deze wijze systematisch worden bewaakt, zowel door professionals als door management en leiding. Wat voor het kwaliteitssysteem als geheel geldt, namelijk verbeteringen aanbrengen op basis van (gegevens over) resultaten, geldt ook voor de deelsystemen.

Zoals eerder opgemerkt ontstaat een kwaliteitssysteem als alle deelsystemen een samenhangend geheel vormen en er een wisselwerking tussen hulpverleningsprocessen enerzijds en beleid en organisatorische voorwaarden anderzijds tot stand is gebracht. De deelsystemen zijn dan als het ware ingebed in het totale kwaliteitssysteem. In tabel 3.4 is te zien: hoeveel instellingen inmiddels deelsystemen ontwikkeld hebben; in hoeverre deze deelsystemen cyclisch verlopen; of ingebed zijn in het kwaliteitssysteem van de instelling. In de laatste kolom staat het percentage instellingen dat de vraag niet heeft beantwoord.

Tabel 3.4 Percentage instellingen dat onderstaande deelsystemen  
 - ontwikkeld heeft,  
 - waarbij het deelsysteem cyclisch functioneert,  
 - waarbij het deelsysteem is ingebed in het kwaliteitssysteem.  
 (N=1134)

	ja	cycl.	syst.	nee	miss
<b>a. zorgverlening</b>					
Zorgplannen of begeleidingsplannen	31	29	18	17	5
Commissies (infecties, FONA, enz.)	22	14	12	42	10
Intercollegiale toetsing monodisc.	44	12	6	32	6
Intercollegiale toetsing multidisc.	29	8	5	50	8

- vervolg -

- vervolg tabel 3.4 -

	ja	cycl.	syst.	nee	miss
<b>b. organisatie</b>					
Functionerings/beoordelingsgespr.	28	28	20	15	9
Klachtenregistratie/behandeling	43	14	14	25	4
Management informatiesysteem	28	5	8	53	6
Interne audits	19	5	4	64	8
Interinstitutionele toetsing/visi.	23	4	2	63	8
<b>c. patiënten en gebruikers</b>					
Cliëntenraad / familieraad	30	12	10	42	6
Tevredenheidsonderzoek gebruikers	35	7	9	44	5
Tevredenheidsonderzoek medewerkers	30	8	6	51	5
Tevredenheidsonderzoek verwijzers	15	3	2	72	8
Behoeftesonderzoek gebruikers	27	2	2	62	7
Behoeftesonderzoek verwijzers	24	3	1	64	8

#### ad.a. Zorgverlening

Bij 31% van de instellingen zijn zorg- of behandelplannen ontwikkeld en bij 29% van de instellingen worden deze ook op een cyclische wijze gehanteerd. Zorgplannen worden gebruikt voor bewaking van de individuele zorg- of dienstverlening: de zorgdoelen en de daadwerkelijk verleende zorg worden in een dergelijk plan vastgelegd en er wordt geëvalueerd in hoeverre de zorgdoelen zijn bereikt. Bij 18% van de instellingen zijn deze procedures ingebed in het kwaliteitssysteem van de instelling. Daarmee bedoelen we dat de zorgplannen niet alleen gebruikt worden voor de individuele zorgverlening maar op een ander niveau ook worden gebruikt om bijvoorbeeld de zorgtoewijzing te verbeteren of de zorg anders te organiseren. Met name in de gehandicaptenzorg wordt frequent met zorgplannen gewerkt, in GGD'en, gezondheidscentra en ziekenhuizen is dat niet gebruikelijk.

Eveneens een sectorspecifieke activiteit is het instellen van speciale commissies om bijvoorbeeld infecties, hygiëne, calamiteiten te bewaken (verplicht binnen het erkenningensysteem). De mate waarin dergelijke commissies een 'slapend' bestaan leiden dan wel systematisch werken aan verbeteringen op basis van registratiegegevens valt af te leiden uit de volgende cijfers: 46% van de verpleeghuizen meldt dat de commissies een cyclisch proces doorlopen en nog eens 30% van de verpleeghuizen meldt dat de activiteiten van de commissies zijn ingebed in het kwaliteitssysteem van het verpleeghuis. Voor ziekenhuizen is dat respectievelijk 32% en 27%, in de gehandicaptenzorg is dat 27% en 26%, in psychiatrische instellingen is dat 21% en 18% en in de

beschermende woonvormen is dat respectievelijk 16% en 21%. In de overige sectoren is dit minder of komen dergelijke commissies niet voor.

In tweederde van de instellingen vinden vormen van intercollegiale toetsing plaats. Dit kan overigens betrekking hebben op één afdeling of één discipline. In ruim eenderde van de instellingen is sprake van multidisciplinaire toetsingsactiviteiten. Dit laatste is vooral te zien in sectoren waar multidisciplinaire samenwerking de gewoonte is, zoals in de verslavingszorg en bij de RIAGG's. Mono- en multidisciplinaire toetsing zijn per definitie activiteiten van professionals. Het is dan ook niet verwonderlijk dat deze vormen van toetsing zelden ingebed zijn in het kwaliteitssysteem van de instelling (minder dan 10%). Een uitzondering hierop vormen de sociaal pedagogische diensten, het algemeen maatschappelijk werk, de beschermende woonvormen en de RIAGG's. De verbinding tussen professionele toetsingsactiviteiten en het kwaliteitsbeleid van de instelling lijkt vooralsnog afwezig.

#### ad.b. Organisatie

In een ruime meerderheid van de instellingen worden regelmatig functionerings- of beoordelingsgesprekken met de medewerkers gehouden. Bij 20% van de instellingen is deze activiteit onderdeel van het kwaliteitssysteem van de instelling. Dit betekent dat in de functioneringsgesprekken bijvoorbeeld expliciet wordt gekeken naar de bijdrage die de medewerker levert aan de kwaliteitsbewaking en -verbetering, het kan ook betekenen dat het kwaliteitsbeleid of het personeelsbeleid wordt bijgesteld op basis van de informatie die uit de functioneringsgesprekken naar voren komt. Dit wordt het meest frequent gemeld in de sector van de gehandicaptenzorg. Ruim eenderde van de instellingen die verbonden zijn aan de FIAD/Wdt, NVAGG, LVGGD en NVGz meldt dat de functioneringsgesprekken een cyclische activiteit zijn. Bij de helft van de woonvormen en activiteitencentra is dit onderdeel van het kwaliteitssysteem. De overige sectoren ontlopen elkaar niet veel, functioneringsgesprekken komen relatief weinig voor in gezondheidscentra.

Een klachtenregistratie kan als 'deelsysteem' functioneren indien de klachten periodiek en systematisch worden geanalyseerd en indien op basis van deze gegevens structurele verbeteringen worden aangebracht. Door driekwart van de instellingen wordt een klachtenregistratie bijgehouden. Volgens bijna eenderde van de instellingen (28%) wordt deze registratie volgens een cyclisch proces geanalyseerd of is tevens onderdeel van het kwaliteitssysteem. Bij dit laatste kan men zich voorstellen dat de klachten niet alleen worden teruggekoppeld naar de individuele behandelaar maar dat op basis

van deze gegevens aanpassingen plaatsvinden in bijvoorbeeld de overdracht, de organisatie van de zorg of het nascholingsbeleid. Met name veel gezondheidscentra (26%), psychiatrische instellingen (24%) en verpleeghuizen (22%) melden dat de klachtenregistratie op deze wijze als onderdeel van het kwaliteitssysteem wordt gebruikt. Door instellingen in de verslavingszorg wordt het minst melding gemaakt van een systematische analyse van klachtenregistraties.

Kwaliteitsbewaking met behulp van een management-informatiesysteem is nog niet de gewoonte in de zorgsector. Een management informatiesysteem is in de vragenlijst omschreven als: een systeem dat gegevens bevat over de zorg die aan de doelgroepen wordt verleend en de uitkomsten daarvan, zodat evaluatie en bijsturing van de kwaliteit van zorg op basis van gegevens kan geschieden. Bijna tweederde van de RIAGG's en instellingen voor thuiszorg maakt melding van een dergelijk systeem; in de volgende sectoren is dat ongeveer de helft van de instellingen: woonvormen en activiteitencentra, instellingen voor algemeen maatschappelijk werk, psychiatrische instellingen en GGD'en. In de overige sectoren heeft minder dan de helft van de instellingen de beschikking over een management informatiesysteem. Bij 8% van de instellingen is een dergelijk systeem onderdeel van het kwaliteitssysteem.

Kwaliteitsbewaking kan ook op een hoger niveau plaatsvinden door middel van interne audits of door visitatie of interinstitutionele toetsing. Met interne audit wordt bedoeld dat het management periodiek (jaarlijks of tweejaarlijks) onderzoekt of de kwaliteitsbewaking resultaat heeft: het management beoordeelt de kwaliteitsbewakende activiteiten of deelsystemen op hun effectiviteit en op basis van deze gegevens worden procedures of deelsystemen aangepast en verbeterd. Bij visitatie of interinstitutionele toetsing gebeurt in feite hetzelfde, maar dan niet door het management zelf maar door externen, tot nu toe meestal door beroepsgenoten. Ook bij visitatie of interinstitutionele toetsing worden suggesties voor verbetering gedaan.

Bij een kwart van de instellingen vindt deze interne of externe toetsing incidenteel of ad hoc plaats. Het is (nog) geen systematische activiteit in de zorgsector.

#### ad.c. Patiënten en gebruikers

De meningen van patiënten of gebruikers kunnen worden gebruikt voor systematische kwaliteitsverbetering, onder meer via het overleg met de cliënten- of familieraad, via tevredenheidsonderzoek en via behoeftepeilingen.

Systematisch overleg met cliënten-, familie- of bewonersraad is in de hierna te noemen sectoren bij 50% tot ruim 90% van de instellingen gangbaar. Achter elke sector vermelden we het percentage instellingen dat dit overleg hanteert als onderdeel van het kwaliteitssysteem: de woonvormen en activiteitencentra: NFVLG (25%) NVGz (19%), FIAD/Wdt (12%); verpleeghuizen (17%), psychiatrische instellingen (15%), verzorgingshuizen (12%), ziekenhuizen (7%), sociaal pedagogische diensten (6%), en beschermende woonvormen (6%). In de overige sectoren komt dit niet of nauwelijks voor, mede omdat cliënten of familieraden daar niet of nauwelijks gebruikelijk zijn.

In kwaliteitstheorieën wordt de tevredenheid van zowel de klanten als het personeel beschouwd als een belangrijke richtinggevende factor in het kwaliteitsbeleid. Ook in de zorgsector komen tevredenheidsmetingen regelmatig voor, zoals uit tabel 3.4 blijkt. Ongeveer de helft van de instellingen meldt dat onderzoek wordt gedaan naar de tevredenheid van patiënten of naar de tevredenheid van de medewerkers (over het werk, de werkdruk, de leiding, de arbeidsomstandigheden enzovoorts). Tot nu toe gebeurt dit doorgaans incidenteel of op ad hoc basis. Weinig instellingen melden dat dit periodiek wordt herhaald als onderdeel van het kwaliteitssysteem. Het meest frequent wordt systematisch onderzoek naar de tevredenheid van patiënten gemeld door ziekenhuizen (18%), thuiszorginstellingen (14%), dag- en woonvoorzieningen (14%), RIAGG's (11%) gezondheidscentra (12%), verpleeghuizen (10%) en beschermende woonvormen (10%). Onderzoek naar de tevredenheid van het personeel wordt het minst frequent genoemd door ziekenhuizen en het meest frequent door dag- en woonvoorzieningen (14%). Onderzoek naar tevredenheid van verwijzers of degenen naar wie verwezen wordt komt nog minder vaak voor. Datzelfde geldt voor behoefte- of marktonderzoek, zoals tabel 3.4 laat zien.

### **3.6 Participatie van patiënten, cliënten of familie**

In de vorige paragraaf ging het o.a. om systematische raadpleging van patiënten, in deze paragraaf wordt gekeken of patiënten ook op andere wijzen bij het kwaliteitsbeleid worden betrokken.

Patiënten nemen in de gezondheidszorg een andere plaats in dan klanten in het bedrijfsleven. In het bedrijfsleven wordt meestal een produkt los van de klant gemaakt, in de gezondheidszorg is de patiënt direct persoonlijk betrokken bij, en object van de zorg- of hulpverlening. Om die reden wordt binnen de kwaliteitssystemen in de zorgsector de participatie van patiënten of

cliënten als apart aandachtsgebied opgenomen. In tabel 3.5 is te zien hoeveel instellingen de patiënt, cliënt of bewoner betrekken bij activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering.

Tabel 3.5 Percentage instellingen waar patiënten\*) bij de kwaliteitsactiviteiten worden betrokken a) afhankelijk van het onderwerp of b) altijd (N=1134)

	nee nvt	afh.v. onderwerp	altijd	miss.
Bespreken uitkomsten van klachtenregistratie, satisfactie-onderzoek en dergelijk	35	30	29	6
Beoordelen of de (kwaliteits)doelen zijn gehaald	40	40	12	8
Ontwikkelen van normen of criteria	46	40	7	7
Opstellen van protocollen of standaarden	53	35	5	7
Participatie in (kwaliteits)commissies	53	33	7	7
Participatie in verbeterprojecten	51	35	6	8

\*) Met patiënten worden ook bedoeld cliënten en bewoners of hun familie en belangenorganisaties.

Door 29% van de instellingen wordt gemeld dat de uitkomsten van klachtenregistraties of satisfactie-onderzoeken altijd met patiënten, cliënten of bewoners worden besproken. Bij 30% van de instellingen is dit afhankelijk van het onderwerp. Er zijn grote verschillen tussen de sectoren te zien: in de volgende 5 sectoren meldt meer dan 75% van de instellingen dat incidenteel of altijd de uitkomsten van klachtenregistraties of satisfactie-onderzoek met patiënten worden besproken: verpleeghuizen, verzorgingshuizen en instellingen in de gehandicaptenzorg (NVGz, NFVLG, FIAD/Wdt). Uitzonderingen vormen de GGD'en en instellingen voor algemeen maatschappelijk werk waar cliënten minder vaak bij kwaliteitsactiviteiten worden betrokken (in ongeveer een kwart van de instellingen). Iets minder instellingen betrekken patiënten bij het beoordelen of de doelen van de kwaliteitsactiviteiten zijn gehaald.

Bij ruim eenderde van de instellingen participeren patiënten, cliënten of bewoners incidenteel in kwaliteitscommissies of verbeterprojecten, of worden zij betrokken bij het ontwikkelen van criteria of protocollen. Een dergelijke participatie van patiënten is bijna altijd afhankelijk van het onderwerp en is geen gangbare activiteit bij alle onderwerpen die aan de orde zijn.

### 3.7 Samenwerking tussen instellingen

In het bedrijfsleven blijkt men zich in eerste instantie bezig te houden met de ontwikkeling van het (interne) kwaliteitssysteem, om de kwaliteitsbewaking pas daarna uit te breiden tot buiten de muren van de instelling, bijvoorbeeld de overdrachtsituatie van de ene naar de andere zorgaanbieder. Deze zogenaamde 'ketenkwaliteit' wordt beschouwd als een fase in de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid, die volgt op de fase waarin het kwaliteitssysteem is opgebouwd. Deze volgorde lijkt minder van toepassing op de gezondheidszorg, zoals in hoofdstuk 1 is betoogd, omdat zorg voor afstemming en continuïteit als min of meer vanzelfsprekend wordt beschouwd. Uit de enquête blijkt ook dat ruim tweederde van alle instellingen regelmatig overleg heeft met andere instellingen of zorgsectoren en dat meer dan de helft van alle instellingen participeert in gezamenlijke verbeterprojecten. De talloze zorgvernieuwingsprojecten zijn daar een voorbeeld van.

Als besluit van dit hoofdstuk kijken we daarom naar de mate waarin deze samenwerking geformaliseerd is, dat wil zeggen de mate waarin afspraken met andere instellingen of sectoren schriftelijk zijn vastgelegd. In de enquête is specifiek gevraagd naar schriftelijke afspraken met betrekking tot overdracht en verwijzing van patiënten. We geven hierna het percentage instellingen dat dergelijke schriftelijke afspraken heeft, per sector en in volgorde van frequentie:

Instellingen voor thuiszorg	66%
RIAGG's	63%
Instellingen voor verslavingszorg	57%
Instellingen voor algemeen maatschappelijk werk	54%
Psychiatrische instellingen	50%
Gezondheidscentra	48%
Verpleeghuizen	46%
Beschermende woonvormen	44%
Verzorgingshuizen	42%
GGD'en	42%
Ziekenhuizen	41%
Instellingen voor gehandicaptenzorg	41%
Dag- en woonvoorzieningen voor verstandelijk gehandicapten	40%
Sociaal-pedagogische diensten	30%
Woonvormen en activiteitencentra	23%



De verschillen tussen de sectoren zijn niet bijzonder groot. In zijn algemeenheid blijkt 40% tot 60% van de instellingen afspraken rond overdracht en verwijzing schriftelijk te hebben vastgelegd. Dit wordt het meest frequent genoemd in de ambulante zorgverlening (thuiszorg, RIAGG, verslavingszorg en maatschappelijk werk). Het minst frequent komt dit voor in de gehandicaptenzorg en bij sociaal-pedagogische diensten. In hoofdstuk 4 wordt nagegaan of deze externe samenwerking wel of niet samenhangt met de fase waarin het kwaliteitssysteem van de instelling zich bevindt.

### **3.8 Conclusies**

De meerderheid van de instellingen in de zorgsector heeft een kwaliteitsbeleid op papier gezet of is daar mee bezig, ongeveer de helft heeft ook vorderingen gemaakt met het vertalen van het kwaliteitsbeleid naar concrete activiteiten. Verantwoording naar buiten bijvoorbeeld in de vorm van een kwaliteitsjaarverslag komt bij een minderheid van de instellingen voor.

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

Protocollen en standaarden worden hoe langer hoe meer gemeengoed in de zorgsector. De meest voorkomende vorm is protocollen gericht op specifieke behandelingen of verrichtingen. Daarnaast komen protocollen gericht op de gehele routing van de patiënt, op voorbehouden handelingen, voorlichting, kritische momenten in de zorgverlening, specifieke doelgroepen en medische hulpmiddelen elk bij tussen de 30% en 40% van de instellingen voor. Welke protocollen precies voorkomen hangt samen met de sector. Aangekend moet worden dat als protocollen in een bepaalde instelling voorkomen dat niet wil zeggen dat zij in de hele instelling voorkomen. Vaak zijn zij alleen op bepaalde afdelingen ingevoerd.

Bij de meeste instellingen komen deelsystemen voor als bijvoorbeeld intercollegiale toetsing, klachtregistratie of tevredenheidsonderzoek. Eigenlijk is het beter te spreken van onderdelen van deelsystemen omdat in de meeste

gevallen de kwaliteitskringloop niet in zijn geheel wordt doorlopen. Inbedding van het deelsysteem in het totale kwaliteitssysteem komt slechts in een kleine minderheid van de instellingen voor.

In ongeveer de helft van de instellingen worden patiënten/cliënten of hun organisaties betrokken bij activiteiten op het gebied van kwaliteitszorg. Het meest bij bespreken van de uitkomsten van klachtenregistraties, satisfactieonderzoek en dergelijke, maar ook bij de normontwikkeling en bij verbeterprojecten. Participatie is in het algemeen afhankelijk van het onderwerp en niet standaardonderdeel van de procedure.

In de meeste instellingen houdt kwaliteitszorg niet op bij de deur van de instelling, maar vindt overleg plaats met andere organisaties die bij de patiëntenzorg zijn betrokken. Het percentage met schriftelijk vastgelegde afspraken met andere instellingen varieert afhankelijk van de sector tussen de 40% en de 60%.

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

## **4. ONTWIKKELINGSFASEN VAN DE KWALITEITSSYSTEMEN**

### **4.1 Inleiding**

In het vorige hoofdstuk is beschreven wat instellingen concreet aan kwaliteitsbewaking en -bevordering doen. Een kwaliteitssysteem ontstaat pas als de afzonderlijke activiteiten op elkaar worden afgestemd. Totdat deze afstemming bereikt is doorlopen instellingen een aantal ontwikkelingsfasen. De vraag die in dit hoofdstuk centraal staat is: hoever zijn de instellingen met de opbouw van het kwaliteitssysteem gevorderd? Is er al sprake van enige samenhang tussen de activiteiten?

Uit de enquête-resultaten blijkt dat instellingen niet zonder meer in één ontwikkelingsfase kunnen worden ingedeeld. Voor elk aandachtsgebied dat in hoofdstuk drie is beschreven kan de ontwikkelingsfase verschillen. Rekening houdend met deze verschillen wordt in paragraaf 4.2 eerst ingegaan op de ontwikkelingsfasen van de afzonderlijke aandachtsgebieden om vervolgens in paragraaf 4.3 een gemiddelde score te berekenen die het mogelijk maakt instellingen in te delen in een ontwikkelingsfase voor kwaliteitssystemen als geheel; dat wil zeggen voor alle aandachtsgebieden.

De vraag of de sectoren verschillen in de ontwikkelingsfase waarin het kwaliteitssysteem verkeert wordt in paragraaf 4.4 beantwoord. In paragraaf 4.5 wordt onderzocht of de verschillen tussen de sectoren te verklaren zijn uit bijvoorbeeld de omvang van de instellingen, enkele organisatiekenmerken of vanuit de concurrentie die in de sector heerst. Het hoofdstuk besluit met conclusies.

### **4.2 De ontwikkelingsfase per aandachtsgebied**

In hoofdstuk 2 is beschreven dat de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem globaal verloopt in vier fasen:

0. Oriëntering en bewustwording,
1. Voorbereidende fase,
2. Uitvoering van procesbeheersing,
3. Systematisering en verankering in de bedrijfsvoering.

Deze ontwikkelingsfasen kunnen worden doorlopen voor de aandachtsgebieden beleid en strategie, personeelsbeleid, procesbeheersing door normering,

procesbeheersing door deelsystemen en de participatie van cliënten/bewoners. Door te kijken naar de activiteiten die instellingen met betrekking tot kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbeheersing ontplooiën kan worden bepaald in welke ontwikkelingsfase een instelling zich op de verschillende aandachtsgebieden bevindt. Deze activiteiten kunnen worden gezien als indicatoren voor het bereiken van een bepaalde ontwikkelingsfase.

De activiteiten voor kwaliteitsbewaking en verbetering zijn daartoe toegeedeeld aan de verschillende ontwikkelingsfases c.q. aandachtsgebieden. Hoe die toedeling tot stand is gekomen is uitgelegd in hoofdstuk 2 en bijlage 3. Het uiteindelijke resultaat van deze exercitie staat in tabel 4.1. Als een instelling aan één van de indicatoren uit een bepaalde ontwikkelingsfase voldoet wordt gesteld dat die ontwikkelingsfase is bereikt. Een voorbeeld: als een instelling of een kwaliteitsbeleid of een kwaliteitswerkplan of een kwaliteitsprofiel bezit is de voorbereidende fase bereikt. Om een uitsluitende indeling te verkrijgen zijn de instellingen vervolgens toegeedeeld aan de verst bereikte ontwikkelingsfase. Dus als een instelling naast een kwaliteitsbeleid (=voorbereidende fase) ook een kwaliteitsjaarverslag (=systematische aanpak/verankering) heeft is die instelling toegeedeeld aan de ontwikkelingsfase 'systematische aanpak/verankering'.

Uit tabel 4.1 kan dus worden afgelezen welke activiteiten instellingen in de gezondheidszorg achtereenvolgens ontwikkelen. Op het gebied beleid en strategie beginnen instellingen bijvoorbeeld met het op schrift zetten van de missie, de eigen visie op zorg. Vervolgens worden in het kwaliteitsbeleid de doelstellingen omschreven en vertaald naar concrete maatregelen op instellings- en afdelingsniveau. Tenslotte wordt in fase 3 met behulp van het kwaliteitsjaarverslag verantwoording afgelegd over de ondernomen activiteiten in het kader van kwaliteitszorg. Althans, dat is bij het denken in ontwikkelingsfasen de achterliggende veronderstelling. Of de activiteiten altijd in die volgorde worden ontplooid is echter maar de vraag. Als dat zo zou zijn zou een instelling die een bepaalde fase heeft bereikt ook aan de indicatoren uit de voorgaande fases moeten voldoen. Dat is niet altijd het geval. Uit de statistische analyses (bijlage 3) blijkt dat de indeling in tabel 4.1 bij ruim driekwart van de instellingen te zien is. De volgorde klopt het vaakst bij het aandachtsgebied 'deelsystemen' (90% van de instellingen), en het minst vaak bij 'patiëntenparticipatie' (71% van de instellingen). Op basis van de gegevens kan worden geconcludeerd dat de meerderheid van de instellingen eenzelfde volgorde volgt bij het ontwikkelen van kwaliteitsactiviteiten, althans wanneer dit per aandachtsgebied bekeken wordt.

Tabel 4.1 Indicatoren voor het bereiken van ontwikkelingsfasen voor kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg per aandachtsgebied

FASEN	Beleid en strategie	Personeelbeleid	Procesbeheersing door normering	Procesbeheersing door deelsystemen	Participatie van patiënten/cliënten
oriëntatie/bewustwording	Missie Produktomschrijving	Stimuleren vakinhoudelijke ontw.	Protocollen voor specifieke behandeling	Toetsing mono-/multidisciplinair zorgplannen	Patiënt wordt niet betrokken
voorbereidingsfase	Kwaliteitsbeleid Kwaliteitswerkplan instelling Kwaliteitsprofielen	Scholing leiding Scholing medewerkers Deeln. in werktijd Directie geeft aan	Voorlichting, Specifieke doelgroepen, Voorbehouden handelingen, Medische hulpmiddelen	Commissies Klachtenregistratie Cliëntenraad Functioneringsgesprekken	Bespreken van uitkomsten Beoordelen of doelen gehaald
uitvoeringsfase	Kwaliteitswerkplan sommige afdelingen Kwaliteitswerkplan alle afdelingen	Directie toetst Directie bewaakt Selectie nieuw personeel	Kritische momenten, Samenwerking andere inst.	Tevredenheidszorg Behoeftes	Incidenteel participeren in commissies, projecten en bij het ontw./opst. v. criteria/protocollen
systematische aanpak/verankering	Kwaliteitsjaavverslag Kwaliteitshandboek	Systematische feedback Prioriteiten nav kwaliteitsbeleid Scholing nieuw personeel	Routing patiënt	Managementsysteem Interne audit Interinstitutionele toetsing	Systematisch participeren in commissies, projecten en bij het ontw./opst. van criteria/protocollen

De resultaten van de toedeling van de responderende instellingen aan de ontwikkelingsfasen per aandachtsgebied zijn weergegeven in tabel 4.2.

Uit de tabel blijkt dat instellingen niet op alle gebieden even ver gevorderd zijn met de ontwikkeling van kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten. Het percentage instellingen dat zich in een bepaalde ontwikkelingsfase bevindt verschilt sterk per aandachtsgebied.

Tabel 4.2 Percentage instellingen per aandachtsgebied en ontwikkelingsfase

	beleidsdocumenten	personeelsbeleid	normering	deelsystemen	participatie
oriëntatiefase	16	5	20	5	21
voorbereidingsfase	17	14	12	47	41
uitvoeringsfase	48	19	26	21	24
fase van verankering	19	62	42	28	14
Totaal	100	100	100	100	100

Het personeelsbeleid blijkt veruit het meest ontwikkeld te zijn in de instellingen: in ruim 60% van de instellingen probeert men de continuïteit van de

kwaliteitszorg te waarborgen door het ontplooiën van een of meer van de volgende maatregelen: de deskundigheidsbevordering te baseren op prioriteiten in het kwaliteitsbeleid, ook de nieuwe medewerkers scholen in kwaliteitszorg en/of systematische feedback aan de medewerkers geven omtrent de resultaten.

Eveneens relatief ver ontwikkeld is de protocollering van de zorgverlening: door 42% van de instellingen wordt gemeld dat protocollen ontwikkeld zijn voor de gehele routing van de patiënt van opname tot ontslag of van intake tot afsluiting van de zorg. Dat sectoren in dit opzicht verschillen komt in de volgende paragraaf aan de orde.

De participatie van patiënten is nog geen gemeengoed in de instellingen, bij slechts 14% van de instellingen worden patiënten systematisch betrokken bij de zorg voor kwaliteit (fase 3). Ook zijn er relatief weinig instellingen die reeds structureel verantwoording afleggen via een kwaliteitsjaarverslag (fase 3 in het aandachtsgebied beleid en strategie).

Men kan, evenals in de vorige inventarisatie, concluderen dat de instellingen vooralsnog meer gericht zijn op interne zaken dan op externe partijen of patiënten/gebruikers.

### **4.3 De fase waarin de kwaliteitssystemen zich bevinden**

We zeiden reeds dat als een instelling op één aandachtsgebied ver was dit nog niet wil zeggen dat men op de andere aandachtsgebieden ook in een vergevorderde ontwikkelingsfase is. In deze paragraaf wordt dat nader onderzocht. Door het berekenen van correlatiecoëfficiënten is nagegaan in hoeverre de scores op de ontwikkelingsfases (lopend van 0 tot 3) in de verschillende aandachtsgebieden met elkaar verband houden. Tabel 4.3 laat zien dat er positieve correlaties zijn tussen de ontwikkelingsfases waarin men verkeert op de afzonderlijke aandachtsgebieden. De verbanden zijn zwak positief. Dat wil zoveel zeggen dat als men ver is op een bepaald aandachtsgebied men gemiddeld ook verder is op een ander aandachtsgebied, maar dat de variatie rond het gemiddelde groot is.

Tabel 4.3 Correlatiecoëfficiënten tussen de ontwikkelingsfase op de afzonderlijke aandachtsgebieden en de somscore van de ontwikkelingsfase over alle aandachtsgebieden

	beleids- documenten	personeels- beleid	normering	deel- systemen	participatie
personeelsbeleid	.25				
normering	.22	.15			
deelsystemen	.30	.29	.21		
participatie	.14	.23	.12	.22	

n.b. alle correlaties zijn statistisch significant ( $p < .01$ )

Om toch uitspraken te kunnen doen over de ontwikkelingsfase waarin het kwaliteitssysteem van de instellingen als geheel zich bevindt is een 'gemiddelde score' berekend over de scores op de vijf aandachtsgebieden. Deze score loopt van 0 (een instelling zit in alle aandachtsgebieden in de voorbereidende fase) tot en met 3 (een instelling zit in alle aandachtsgebieden in de systematische fase). Door deze score af te ronden op gehele getallen ontstaat de volgende indeling:

- 2% van de instellingen bevindt zich gemiddeld in de oriënterende fase (score  $< 0,5$ ); dat wil zeggen dat zij op bijna alle gebieden net zijn begonnen met expliciete activiteiten voor kwaliteitsbewaking en verbetering
- 26% van de instellingen is bezig met het creëren van voorwaarden; men bevindt zich gemiddeld in de voorbereidende fase (score  $\geq 0,5$  maar  $< 1,5$ );
- 59% van de instellingen is projectgewijs bezig met het systematiseren van kwaliteitsbewakende activiteiten (gemiddeld in de experimentele fase, score  $\geq 1,5$  maar  $< 2,5$ ); en,
- 13% van de instellingen is bezig met een systematische aanpak van kwaliteitsbewaking, of inbedding van deze activiteiten in de bedrijfsvoering; deze instellingen zijn op bijna alle gebieden bezig de activiteiten in te bedden in het dagelijks handelen (gemiddeld in fase 3, opbouw van het kwaliteitssysteem, score  $\geq 2,5$ ).

Dit is, zoals gezegd, een zeer globale indicatie omdat instellingen op het ene aandachtsgebied (bijvoorbeeld beleid) veel verder kunnen zijn dan op een ander aandachtsgebied (patiëntenparticipatie), zoals in tabel 4.2 te zien was. De gemiddelde score correleert wel redelijk hoog met de scores op de afzonderlijke aandachtsgebieden: .62 met het aandachtsgebied beleidsdocumenten, .61 met personeelsbeleid, .60 met normering, .65 met deelsystemen

en .55 met participatie. Als een instelling hoog scoort op de gemiddelde score voor het kwaliteitssysteem als geheel is de kans dus groot dat deze ook hoog scoort op een bepaald aandachtsgebied en vice versa. Deze gemiddelde score zegt daarom wel iets over de ontwikkelingsfase waarin het kwaliteitssysteem van de gehele instelling zich bevindt, al zullen er altijd variaties blijven bestaan tussen de aandachtsgebieden.

De instellingen kunnen aan de hand van de hierboven genoemde vier fasen verder getypeerd worden. Het mag duidelijk zijn dat deze typering een versimpeling van de werkelijkheid is.

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

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

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



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

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

#### **4.4 Verschillen tussen de sectoren**

In het vorige hoofdstuk is geconstateerd dat er verschillen tussen de sectoren zijn in het type kwaliteitsactiviteiten dat de instellingen hanteren en in de frequentie waarmee dat gebeurt. De vraag is nu of dat eveneens betekent dat de sectoren verschillen in de ontwikkelingsfase waarin de kwaliteitssystemen zich bevinden. In tabel 4.3 zijn deze verschillen zichtbaar gemaakt. In de tabel is te zien in welke sectoren de kwaliteitszorg verder ontwikkeld is vergeleken met het gemiddelde (aangeduid met een '+') en in welke sectoren de kwaliteitszorg minder ver ontwikkeld is vergeleken met het gemiddelde (aangeduid met een '-'). Alleen verschillen die statistisch significant zijn ( $p < .05$ ), zijn in de tabel vermeld. (zie volgende pagina)

Bezien we eerst de gemiddelde 'overall'-ontwikkeling dan valt op dat de beschermende woonvormen (NVBW), de verpleeghuizen (NZZ), de ziekenhuizen (NVZ) en de voorzieningencentra lichamelijk gehandicapten (NFVLG) verder zijn dan gemiddeld. Minder ver dan gemiddeld zijn de thuiszorginstellingen (LVT), de GGD'en (LVGGD) en de instellingen voor algemeen maatschappelijk werk (het AMW). Gesteld moet echter worden dat de variatie

groot is. Ook binnen bijvoorbeeld de thuiszorginstellingen zijn er instellingen in een vergevorderde ontwikkelingsfase en binnen de ziekenhuizen zijn er instellingen minder ver gevorderd. Slechts 5% van de totale variatie in ontwikkelingsfase wordt verklaard door verschillen tussen sectoren.

Tabel 4.3 Verschillen in de ontwikkelingsfase) van het kwaliteitssysteem tussen de sectoren (per aandachtsgebied en gemiddelde score)

Coepel	Beleid en strategie	Personeels-beleid	Procesbe-heersing door normering	Procesbe-heersing door deelsyst.	Participa-tie van cliënten/ patiënten	Gemid-delde score
Fiad	0	0	-	0	+	0
LVG	0	0	0	0	-	0
LVT	0	0	-	0	-	-
NeVIV	0	0	0	0	-	0
NVBW	0	0	0	0	+	+
NVGGZ	0	0	0	0	-	0
NVGz	0	0	-	0	+	0
NVVz	0	0	+	0	+	+
NVZ	+	-	+	+	0	+
SOMMA	-	0	0	-	0	0
WZF	0	0	-	-	+	0
AMW	0	0	-	-	-	-
NFVLG	0	+	+	+	+	+
NVAGG	0	0	+	+	0	0
LVGGD	0	-	0	-	-	-

+ = statistisch significant verder in de ontwikkeling (t-toets,  $p < .05$ )

- = statistisch significant minder ver in de ontwikkeling (t-toets,  $p < .05$ )

0 = ontwikkeling komt overeen met het algemeen gemiddelde (t-toets,  $p > .05$ )

Het bovenstaande beeld verschilt ook per aandachtsgebied. De grootste verschillen tussen de sectoren liggen in de mate waarin patiënten, cliënten of bewoners bij de kwaliteitszorg worden betrokken: in 6 sectoren gebeurt dat relatief frequent, terwijl dat in 6 andere sectoren veel minder de gewoonte is.

Frequente participatie van patiënten is te zien in de volgende sectoren:

Gehandicaptenzorg (Fiad)

Beschermende woonvormen (NVBW)

Gehandicaptenzorg (NVGz)

Verpleeghuizen (NVVz)

Verzorgingshuizen (WZF)

Gehandicaptenzorg (NFVLG)

Relatief weinig participatie van patiënten wordt gemeld door:

Gezondheidscentra (LVG)

Thuiszorginstellingen (LVT)

Instellingen voor verslavingszorg (NeVIV)

Psychiatrische ziekenhuizen (NVGGz)

Instellingen voor algemeen maatschappelijk werk (AMW)

Gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD)

Wat hierin opvalt is het verschil tussen ambulante hulpverlening en langdurige intramurale zorgverlening: instellingen die zorg verlenen aan langdurig inwonende patiënten betrekken deze patiënten relatief vaak bij het kwaliteitsbeleid van de instelling. In de ambulante hulpverlening is dat veel minder de gewoonte.

Een tweede verschil tussen de sectoren is te zien bij de procesbeheersing door normering, dat wil zeggen de mate waarin protocollen, standaarden of richtlijnen ontwikkeld zijn. Dit wordt relatief vaak gemeld door verpleeghuizen, ziekenhuizen, instellingen verbonden aan de NFVLG en door de RIAGG's. Minder dan gemiddeld vindt protocolontwikkeling plaats in instellingen verbonden aan de FIAD en de NVGz, thuiszorginstellingen, AMW-instellingen en verzorgingshuizen. Vooralsnog lijken deze verschillen moeilijk te verklaren. De volgende paragraaf gaat daar nader op in.

Een derde verschil ligt vooral in de mate waarin deelsystemen gehanteerd worden om de processen te beheersen. Meer dan gemiddeld vindt dit plaats in ziekenhuizen, RIAGG's en instellingen verbonden aan de NFVLG. Instellingen die relatief weinig deelsystemen hanteren zijn sociaal pedagogische diensten, verzorgingshuizen, instellingen voor algemeen maatschappelijk werk en GGD'en.

Er zijn opvallend weinig verschillen tussen de sectoren in de mate waarin het beleid ontwikkeld is, dat geldt zowel voor beleid en strategie als voor het personeelsbeleid.

#### **4.5 Mogelijke verklaringen voor verschillen tussen sectoren**

De vraag is in hoeverre de boven omschreven verschillen het resultaat zijn van specifieke ontwikkelingen in de verschillende sectoren zoals het beleid van de koepelorganisatie dan wel meer algemene kenmerken van de instelling. Zo zal bijvoorbeeld een grotere instelling meer mogelijkheden hebben om een staffunctionaris vrij te maken om een kwaliteitsbeleid te ontwikkelen

en te implementeren. Aan de andere kant zal het in grote, complexe organisaties waarschijnlijk moeilijker zijn om veranderingen door te voeren. Ook kenmerken van de structuur van de organisatie zullen een mogelijke verklaring bieden voor verschillen in ontwikkelingsfase. Zo zal het in platte organisaties relatief gemakkelijker zijn om veranderingen door te voeren. In de vorige inventarisatie hebben we gezien dat invoering van een kwaliteitssysteem vaak tot veranderingen in de organisatie leidt. Hiërarchische organisaties worden na invoering vaak platter en platte, sterk gedemocratiseerde organisaties worden vaak meer gestructureerd na invoering. Als recentelijk reorganisaties zijn doorgevoerd of fusies hebben plaatsgevonden kan dit echter belemmerend werken omdat een zekere 'veranderingsmoeheid' is opgetreden. Aan de andere kant kan een fusie juist de aanleiding vormen om aan kwaliteitszorg te gaan doen en op die manier een gemeenschappelijke cultuur te bewerkstelligen. Verder kan de organisatiecultuur een rol spelen. Zo zal het in organisaties die worden gekenmerkt door een behoudende cultuur sowieso moeilijker zijn om veranderingen door te voeren. Doordat in de ene sector de cultuur meer behoudend kan zijn dan in de andere kan dit dus leiden tot verschillen tussen sectoren in ontwikkelingsfase waarin men verkeert. Het totstandbrengen van cultuurveranderingen is vaak één van de eerste (tijdrovende) stappen bij het invoeren van een kwaliteitssysteem. Tenslotte kan de buitenwereld een rol spelen. Een hoge concurrentiedruk kan voor instellingen aanleiding vormen om zich door middel van invoering van een kwaliteitssysteem extern te profileren. Een als gevolg van een toenemende vraag hoge werkdruk kan belemmerend werken voor het ontwikkelen en invoeren van een kwaliteitssysteem.

In de enquête zijn een aantal kenmerken van de organisatie gevraagd. Welke dit zijn, voor welk achterliggend concept zij staan en hoe zij naar verwachting zullen samenhangen met de ontwikkelingsfase waarin het kwaliteitssysteem verkeert is in het navolgende schema weergegeven.

Schema 4.1 Hypotheses over de invloed van organisatiekenmerken op de ontwikkelingsfase waarin het kwaliteitssysteem van een instelling verkeert

enquêtevraag	hypothese
aantal FTE's	door schaalgrootte meer mogelijkheden om staf vrij te maken, echter doorvoeren veranderingen is complexer, dus geen duidelijke hypothese dat men verder of minder ver is.
organisatiestructuur plat-hiërarchisch (vijfpuntschaal)	in platte organisaties is het gemakkelijker veranderingen door te voeren en zal men dus verder zijn.
besluitvorming centraal-decentraal (vijfpuntschaal)	geen duidelijke hypothese te formuleren, bij centrale besluitvorming is het nemen van besluiten eenvoudiger maar het invoeren zal moeilijker zijn omdat de werkvloer er niet bij betrokken is.
ingrijpende veranderingen laatste jaren (fusies, reorganisaties) (niet/wel)	reorganisaties kunnen leiden tot 'veranderingsmoeheid', een fusie kan echter ook de aanleiding vormen om aan kwaliteitszorg te gaan doen; geen duidel. hypothese dus.
houding tav vernieuwing behoudend-flexibel (vijfpuntschaal)	in flexibele organisaties is het eenvoudiger om vernieuwingen door te voeren.
meeste handelingen vastgelegd in protocollen (vijfpuntschaal)	als men reeds veel protocollen had, dan is het eenvoudiger om een kwaliteitssysteem in te voeren.
sterke autonomie professionals (gem.score 7 items, $\alpha=.92$ )	een sterke autonomie van de professionals wordt vaak als belemmerend gezien om veranderingen door te voeren.
hoge ervaren concurrentie- druk (vijfpuntschaal)	indien men een hoge concurrentiedruk ervaart kan dat aanleiding zijn om zich door middel van een kwaliteits-systeem te profileren.
vaak inspelen op nieuwe doelgroepen/produkten (vijfpuntschaal)	het steeds moeten inspelen op nieuwe doelgroepen/produkten kan belemmerend werken op de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem omdat het een grote druk op de organisatie legt.
moeilijker om aan toenemende vraag te voldoen (vijfpuntschaal)	instellingen die een grote druk ervaren als gevolg van een toenemende vraag zullen minder geneigd zijn vernieuwingen door te voeren

De vraag is nu in hoeverre verschillen tussen sectoren het gevolg zijn van verschillen in bovengenoemde kenmerken van de organisatie. Tabel 4.4a en 4.4b laat zien dat er, zoals overigens te verwachten viel, verschillen tussen sectoren zijn. We bespreken alleen de sectoren die op meerdere punten

duidelijk afwijken van het gemiddelde. Veruit de grootste instellingen zijn de ziekenhuizen. Deze instellingen worden verder gekenmerkt doordat men zichzelf meer dan gemiddeld kenschetst als behoudend ten aanzien van vernieuwingen en een sterke autonomie van de professionals. Gezondheidscentra kenmerken zich ook door een sterke autonomie van de professionals, door een platte organisatie met een decentrale besluitvorming en door een betrekkelijke rust in de organisatie (weinig ingrijpende veranderingen). Deze organisaties ondervinden weinig concurrentiedruk en zien zich minder dan gemiddeld geconfronteerd met nieuwe doelgroepen en een toenemende vraag. De voorzieningencentra voor lichamelijk gehandicapten wijken ook op meerdere punten af van het gemiddelde. Het gaat hier om kleine organisaties met een sterk decentrale besluitvorming en een flexibele houding ten aanzien van vernieuwingen. De onderlinge communicatie is niettemin sterk geformaliseerd en veel handelingen zijn vastgelegd in protocollen. De RIAGG's, tenslotte, zijn eveneens gemiddeld klein van omvang, maar worden juist gekenmerkt door een hiërarchische organisatiestructuur, weinig ingrijpende veranderingen en een relatief geringe autonomie van de professionals. Men ziet zich hier wel in sterke mate geconfronteerd met een toenemende vraag.

Tabel 4.4a Organisatiekenmerken per sector (gemiddelde scores op een vijfpuntschaal)

	platte org. struct.	decentrale besluit- vorming	behou- dend t.a.v. ver- nieuwing	gefor- mali- seerde commu.	veel proto- collen	veel concur- rentie	nieuwe doel- groep	toe- name vraag
FIAD	3.4	3.0	2.4	2.9	2.4	2.9	4.2	2.3
LVG	3.8	3.2	2.7	2.6	2.6	2.1	2.8	2.8
LVT	3.0	2.7	2.7	2.9	2.7	3.1	3.8	3.4
NeVIV	3.2	3.1	2.4	2.9	2.4	2.1	4.1	3.6
NVBW	3.5	2.8	2.5	2.7	2.6	2.7	3.7	3.1
NVGGz	3.0	3.0	2.7	2.9	2.5	2.1	3.3	2.8
NVGz	3.3	3.1	2.5	2.6	2.3	2.8	3.9	2.7
NVVz	3.3	2.8	2.5	2.9	3.0	2.6	3.6	2.8
NVZ	3.0	2.9	2.9	2.7	2.9	2.8	3.2	3.1
SOMMA	3.0	2.5	2.5	2.6	2.6	3.2	3.7	3.0
WZF	3.6	3.0	2.4	2.7	2.6	2.6	3.7	2.7
AMW	3.0	2.9	2.6	2.8	2.4	2.5	3.9	3.9
NFVLG	3.3	3.2	2.2	3.3	3.0	2.4	3.7	3.4
NVAGG	2.8	2.6	2.8	2.9	2.5	2.5	4.0	4.1
LVGGD	3.6	3.0	2.7	2.5	2.7	2.7	4.2	3.1
Gemid.	3.2	2.9	2.6	2.8	2.6	2.6	3.7	3.1
s.d.	0.9	0.8	0.9	0.9	1.0	1.2	1.1	1.2

Tabel 4.4b Organisatiekenmerken per sector, vervolg

	gem. aantal FTE's *	autonomie professionals (gem. schaal score)	% met ingrijpende verandering
FIAD	369	3.0	60.0
LVG	102	3.7	22.2
LVT	422	2.8	73.7
NeVIV	262	2.9	73.3
NVBW	388	2.7	66.7
NVGGz	290	2.9	73.6
NVGz	334	3.2	50.6
NVVz	240	3.2	60.8
NVZ	951	3.6	68.8
SOMMA	373	2.5	77.1
WZF	89	3.1	54.7
AMW	114	2.5	74.5
NFVLG	77	2.8	61.3
NVAGG	86	2.5	39.6
LVGGD	104	3.0	51.1
Gemiddelde	298	3.0	61
s.d.	526	0.9	

\* het aantal FTE's is in een aantal sectoren gebaseerd op de stichting waarin instellingen verenigd zijn

Vervolgens is met behulp van multivariate analyse (meervoudige stapsgewijze regressie-analyse) nagegaan welke van de organisatiekenmerken samenhangen met de ontwikkelingsfase waarin het kwaliteitssysteem verkeert. De resultaten van deze analyse zijn weergegeven in tabel 4.5.

De tabel laat zien dat instellingen waarbij de meeste handelingen zijn vastgelegd in protocollen het verst zijn in ontwikkelingsfase. Dit gegeven vertoont de hoogste samenhang met de gemiddelde score, het beleid en de processen. Met name dit laatste is betrekkelijk logisch. Als men al protocollen had zal het eenvoudiger zijn om de fase 'systematisch' te bereiken in de zin dat er protocollen zijn voor de gehele routing van opname naar ontslag.

Een tweede organisatiekenmerk dat samenhangt met de ontwikkelingsfase is de mate waarin men behoudend is ten aanzien van vernieuwing. Instellingen die zichzelf als behoudend kenschetsen zijn minder ver in ontwikkelingsfase op alle aandachtsgebieden behalve 'procesbeheersing door normering'. Indien instellingen vaak moeten inspelen op nieuwe doelgroepen is men gemiddeld verder in ontwikkelingsfase op de meeste aandachtsgebieden. Kennelijk maakt de flexibiliteit die nodig is om hier op in te spelen het gemakkelijker om

in te spelen op nieuwe eisen die worden gesteld in het kader van het kwaliteitsbeleid.

De omvang van de instelling als gemeten aan de hand van het aantal FTE's is met name van invloed op het op schrift zetten van het kwaliteitsbeleid en de invoering van deelsystemen. Het is voorstelbaar dat juist voor deze aandachtsgebieden schaalgrootte van belang is. Instellingen die met een groeiende vraag geconfronteerd worden zijn verder in ontwikkelingsfase op de aandachtsgebieden beleid en maar minder ver op het terrein van participatie. Het laatste is in overeenstemming met de verwachting dat de werkdruk die met een toenemende vraag gepaard gaat belemmerend werkt op het invoeren van kwaliteitszorg. Instellingen met een platte organisatiestructuur zijn, tenslotte, verder op het terrein van participatie en instellingen met een decentrale besluitvorming zijn verder op het terrein van personeelsbeleid.

Tabel 4.5 Meervoudige regressie-analyse met de ontwikkelingsfase per aandachtsgebied op organisatiekenmerken: statistisch significante beta's ( $p < .05$ )

	ontwikkelingsfase					
	gemid- delde	beleid	per- soneel	proto- collen	deelsys- temen	partici- patie
aantal FTE's	.07	.09	-	-	.15	-
platte organisatiestructuur	-	-	-	-	-	.09
decentrale besluitvorming	.09	-	.08	-	-	-
ingrijpende verandering	-	-	-	-	-	-
behoudend t.a.v. vernieuwing	-.18	-.07	-.18	-	-.17	-.13
geformaliseerde communicatie	-	-	-	-	-	.07
veel protocollen	.31	.20	.17	.33	.16	.04
sterke autonomie professionals	-	-	-	-	-	-
veel concurrentie	-	-	-	-	-	-
vaak inspelen op nieuwe doelgroepen	.10	-	.11	-	.07	.11
verwacht groeiende vraag	-	.09	-	-	-	-.12
$r^2$	.20	.07	.11	.12	.10	.08

Verrassend genoeg is er geen enkele samenhang met de ervaren concurrentiedruk en de autonomie van de professionals. Voor instellingen die een hoge concurrentiedruk ervaren bestaat er niet meer aanleiding om hard te werken aan de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem. Een grote mate van autonomie van de professionals werkt in tegenstelling tot wat werd aangenomen niet belemmerend voor de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem. Of er de afgelopen jaren al dan niet ingrijpende veranderingen als reorganisaties of fusies hebben plaatsgevonden blijkt ook niet van invloed te zijn op de ontwik-



kelingsfase waarin het kwaliteitssysteem verkeert. De reorganisatie- en fusiedrift in de gezondheidszorg blijkt dus niet ten koste te gaan van het invoeren van kwaliteitszorg.

De conclusie die kan worden getrokken is dat de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem vooral samenhangt met interne factoren: de Ausgangssituatie (had men al veel protocollen) en verder vooral kenmerken van de cultuur van de organisatie (houding ten aanzien van vernieuwingen en flexibiliteit). De omvang van de organisatie en de kenmerken van de organisatiestructuur spelen ook een rol, maar zijn van ondergeschikt belang. Er zijn geen aanwijzingen dat externe factoren zoals de concurrentiedruk een belangrijke rol spelen. Evenmin zijn er aanwijzingen dat een sterke autonomie van de professionals of recente fusie- of reorganisatieprocessen belemmerend werken. De dynamiek van het kwaliteitssysteem lijkt dus veeleer intern dan extern bepaald.

Nu kunnen we terug naar onze vraag of verschillen tussen sectoren in ontwikkelingsfase kunnen worden verklaard uit de organisatiekenmerken. Dit is onderzocht door na te gaan of in de multivariate analyse nog verschillen tussen sectoren blijven bestaan als wordt gecontroleerd voor organisatiekenmerken. De resultaten zijn weergegeven in tabel 4.6.

In paragraaf 4.4 werd al geconstateerd dat de verschillen tussen sectoren niet bijzonder groot zijn in vergelijking tot de verschillen binnen sectoren. Die verschillen tussen sectoren worden nog kleiner als rekening wordt gehouden met het feit dat sectoren verschillen in organisatiekenmerken. Al blijven er wel sectorspecifieke verschillen bestaan.

Tabel 4.6 Verschillen in de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem tussen de sectoren

Coepel	Beleid en strategie	Personeelsbeleid	Procesbeheersing door normering	Procesbeheersing door deelsyst.	participatie van cliënten/patiënten	Gemiddelde score
Fiad	0	0	0	0	+	0
LVG	0	0	0	0	0	0
LVT	0	0	-	0	-	-
NeVIV	0	0	0	0	-	0
NVBW	0	0	0	0	+	+
NVGGZ	0	0	+	+	0	0
NVGz	0	0	0	0	+	0
NVVz	0	0	0	0	+	0
NVZ	0	0	0	0	0	0
SOMMA	-	0	0	-	0	0
WZF	0	0	-	0	+	0
AMW	0	0	-	0	-	-
NFVLG	0	0	0	0	+	+
NVAGG	0	0	+	+	0	+
LVGGD	0	-	0	-	-	-

+ = significant verder in de ontwikkeling ( $p < .05$ )

- = significant minder ver in de ontwikkeling ( $p < .05$ )

0 = ontwikkeling komt overeen met het algemeen gemiddelde ( $p > .05$ )

We zien dat als we tabel 4.6 vergelijken met tabel 4.3. Bij sommige sectoren verdwijnen de verschillen. We zien dat bijvoorbeeld bij de ziekenhuizen. Dat deze instellingen ver gevorderd zijn met de ontwikkeling van kwaliteitssystemen heeft vooral te maken met de organisatiekenmerken, in dit geval met name de omvang. Ook bij de voorzieningencentra voor lichamelijk gehandicapten en de verpleeghuissector verdwijnt een belangrijk deel van de verschillen.

De afwijkende positie van de GGD'en, het AMW, de verzorgingshuizen en de sociaal pedagogische diensten worden hier echter niet of gedeeltelijk door verklaard. Dat deze verschillen blijven bestaan kan te maken hebben met de specifieke kenmerken van juist die sector, alsmede het koepelbeleid dat wellicht op specifieke instrumenten is gericht.

Aan de andere kant komen er ook enige verschillen bij. De gemiddelde score van de RIAGG's is, indien rekening wordt gehouden met de organisatiekenmerken hoger dan die van de andere instellingen. Hetzelfde geldt voor de intramurale GGZ op de aandachtsgebieden procesbeheersing door normering en deelsystemen.

Vergelijken we de beide tabellen (4.3 en 4.6) per aandachtsgebied, dan blijkt dat de verschillen op de aandachtsgebieden procesbeheersing door normering en deelsystemen voor een belangrijk deel worden wegverklaard door de organisatiekenmerken. De verschillen tussen sectoren in de mate waarin patiënten/cliënten/bewoners participeren (die al het grootst waren zonder dat rekening werd gehouden met organisatiekenmerken) blijven echter bestaan. Bij dit aandachtsgebied wordt 14% van de variatie verklaard door verschillen tussen sectoren. Bij de andere aandachtsgebieden ligt het percentage dat wordt verklaard door verschillen tussen sectoren ruimschoots beneden de 5%. Sector specifieke kenmerken zullen hierbij mogelijk een rol spelen. Al eerder werd gerefereerd aan het verschil tussen ambulante en langdurige, intramurale zorg. Het is voorstelbaar dat patiëntenparticipatie eenvoudiger te realiseren is in instellingen waar een permanente relatie is tussen instelling en cliënt en waar ook nog veel contacten tussen cliënten onderling mogelijk zijn. Dit in tegenstelling tot instellingen met verspreid wonende cliënten die een veel vluchtiger relatie hebben met de instelling en met medecliënten.

## **4.6 Conclusie**

In dit hoofdstuk hebben we laten zien dat de ontwikkelingsfase waarin instellingen verkeren per aandachtsgebied kunnen verschillen. Het verst zijn de instellingen op het terrein van het personeelsbeleid. Eveneens relatief ver ontwikkeld is de protocollering van de zorgverlening. De participatie van cliënten is echter nog geen gemeengoed in instellingen. De conclusie kan worden getrokken dat instellingen meer gericht zijn op interne zaken dan op externe partijen of patiënten/gebruikers.

De instellingen zijn vervolgens ingedeeld naar ontwikkelingsfase van het kwaliteitssysteem als geheel. Dan blijkt dat 2% van de instellingen nog weinig activiteiten ontplooit, 26% bevindt zich gemiddeld in de voorbereidende fase, 59% bevindt zich (gemiddeld) in de fase van het projectgewijs invoeren van kwaliteitsbewakende activiteiten en 13% van de instellingen is op de meeste aandachtsgebieden bezig met een systematische aanpak van kwaliteitsbewaking en inbedding van deze activiteiten in de bedrijfsvoering.

Er bestaan verschillen tussen sectoren in de ontwikkelingsfase waarin de kwaliteitssystemen verkeren. Deze verschillen zijn op de meeste aandachtsgebieden klein. De variaties tussen instellingen binnen sectoren is aanzienlijk groter. De verschillen tussen sectoren worden nog kleiner als rekening wordt gehouden met verschillen in organisatiekenmerken.

Op één aandachtsgebied bestaan wél duidelijke verschillen. De sectoren

verschillen duidelijk in de mate waarin patiënten/cliënten/gebruikers participeren bij de kwaliteitszorg. Deze verschillen blijven bestaan als rekening wordt gehouden met organisatiekenmerken. Zij kunnen in verband worden gebracht met sectorspecifieke eigenschappen. In sectoren met langdurige, intramurale hulpverlening is de patiëntenparticipatie verder ontwikkeld dan in de ambulante, dan wel kortdurende hulpverlening.

De ontwikkelingsfase waarin het kwaliteitssysteem verkeert blijkt vooral samen te hangen met interne factoren op instellingsniveau en niet zozeer met externe factoren in de omgeving van de instelling.

Zo kan de conclusie worden getrokken dat de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem vooral samenhangt met de uitgangssituatie (had men al veel protocollen) en verder vooral met kenmerken van de cultuur van de organisatie (houding ten aanzien van vernieuwingen en flexibiliteit). De omvang van de organisatie en de kenmerken van de organisatiestructuur spelen ook een rol, maar zijn van ondergeschikt belang.

Er zijn geen aanwijzingen dat externe factoren zoals de concurrentiedruk een belangrijke rol spelen. Evenmin zijn er aanwijzingen dat een sterke autonomie van de professionals of recente fusie- of reorganisatieprocessen belemmerend werken. De dynamiek van het kwaliteitssysteem lijkt dus veeleer intern dan extern bepaald.

## **5. EFFECTEN VAN KWALITEITSSYSTEMEN**

### **5.1 Inleiding**

Nadat wij in het vorige hoofdstuk hebben laten zien hoe ver instellingen met het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem zijn, laten wij in dit hoofdstuk zien wat de aandacht voor kwaliteit oplevert. De vraag die beantwoord wordt is de vraag welke positieve effecten de instellingen inmiddels hebben ondervonden van de expliciete aandacht die zij aan kwaliteit besteden. Paragraaf 5.2 geeft hier een overzicht van. Om te beginnen wordt beschreven welke effecten het kwaliteitssysteem heeft op de resultaten van de instelling. Vervolgens wordt gekeken welke consequenties het systeem heeft gehad op de regelgeving in de instelling: is er een toe- of afname van het aantal regels?

In paragraaf 5.3 worden enkele opvallende verschillen tussen de sectoren beschreven. Paragraaf 5.4 gaat in op de verschillen binnen sectoren omdat verwacht mag worden dat instellingen die al verder gevorderd zijn met de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem meer positieve effecten ondervinden dan zij die net begonnen zijn. Of dit werkelijk zo is wordt onderzocht. Paragraaf 5.5 besluit met de conclusies.

### **5.2 Verwachte en gerealiseerde effecten**

#### *Effecten van het kwaliteitssysteem op de resultaten van de instelling*

In kwaliteitstheorieën wordt ervan uitgegaan dat een kwaliteitssysteem leidt tot betere resultaten. De voortdurende verbetering van de processen moet leiden tot betere producten en vooral ook meer tevreden klanten. Omdat de zorg voor kwaliteit staat of valt met de inzet van het personeel wordt daarnaast veel belang gehecht aan de tevredenheid van het personeel. Zoals in hoofdstuk 1 is beschreven zou een kwaliteitssysteem niet alleen bijdragen aan tevredenheid maar ook aan verbetering van de financiële resultaten: de beheersing van processen zou moeten leiden tot minder fouten of doublures en dus tot meer efficiëntie en doelmatigheid.

In hoeverre dergelijke effecten inmiddels in de zorginstellingen zichtbaar zijn geworden is in tabel 5.1 te zien. Omdat veel kwaliteitssystemen nog in de fase van ontwikkeling verkeren is in de tabel onderscheid gemaakt tussen

effecten die worden verwacht en effecten die inmiddels gerealiseerd of bereikt zijn.

Tabel 5.1 Percentage instellingen dat positieve effecten van het kwaliteitssysteem heeft bereikt dan wel verwacht (N=1134)

	bereikt	verwacht	niet verw.	missing
<b>tevredenheid patiënten en gebruikers</b>				
toename klantgerichtheid	19	74	2	5
toename tevredenheid gebruikers	16	73	5	6
<b>tevredenheid medewerkers</b>				
toename tevredenheid personeel	15	71	8	6
toename inzet personeel	16	55	21	8
<b>functioneren van de instelling</b>				
betere profilering van de instelling	17	74	4	5
betere beheersbaarheid v d. instelling	15	68	11	6
<b>financiële resultaten</b>				
kostenbesparing	4	36	50	10

Driekwart van de instellingen verwacht dat het kwaliteitssysteem de klantgerichtheid vergroot, dat wil zeggen dat meer rekening wordt gehouden met de wensen en met de tevredenheid van de patiënt. Bij bijna een vijfde van de instellingen (19%) is een grotere klantgerichtheid inmiddels ook zichtbaar geworden. Daarnaast meldt 16% van de instellingen dat ook bij externe partijen zoals verwijzers, patiënten- of cliëntenorganisaties of verzekeraars een toename van tevredenheid is te zien. Bij driekwart van de instellingen is dit resultaat nog niet zichtbaar. Wel verwacht de meerderheid dat door de kwaliteitsactiviteiten de tevredenheid van externe partijen toe zal nemen; slechts 5% van de instellingen verwacht dit niet.

De kwaliteitsactiviteiten blijken positieve maar ook negatieve consequenties te hebben voor de medewerkers in de instelling. Driekwart van de instellingen verwacht dat de tevredenheid van het personeel zal toenemen. Dit is bij 15% van de instellingen bereikt. Daarnaast meldt 16% van de instellingen dat de kwaliteitsactiviteiten hebben geleid tot een grotere inzet en flexibiliteit van het personeel. Echter, dat dit grote inspanningen van de medewerkers vraagt blijkt wel uit het feit dat de werkdruk in 42% van de instellingen is toegenomen (niet in de tabel). Bij de meerderheid heeft dit niet geleid tot demotivatie of ontevredenheid van het personeel; bij ruim 4% van de instellingen is dit wel het geval. Ook meldt 5% van de instellingen dat het kwaliteitssysteem leidt tot

minder flexibiliteit of verstarring bij de medewerkers. De toename van regels en procedures - zoals we hierna zullen beschrijven - is daar ongetwijfeld debet aan. Het mag duidelijk zijn dat het invoeren van een kwaliteitssysteem een grote wissel trekt op de medewerkers.

De positieve effecten die de instelling als geheel ondervindt liggen vooral in een betere profilering van de instelling (door 17% bereikt en door 74% verwacht). Ook uit het vorige onderzoek bleek dat het verbeteren van het imago van de instelling voor velen een van de redenen was om aan kwaliteitszorg te beginnen. Men wilde dat vooral realiseren door het verbeteren van de interne organisatie van de instelling (Sluijs e.a., 1994). Dit wordt ook in dit onderzoek bevestigd. In tabel 5.1 is te zien dat de kwaliteitsactiviteiten moeten leiden tot een toename van de beheersbaarheid van de organisatie door het management, wat bij 15% van de instellingen al is bereikt en bij 68% wordt verwacht.

Van alle mogelijke positieve effecten wordt kostenbesparing het minst vaak genoemd: hoewel 36% van de instellingen op de lange termijn wel kostenbesparingen verwacht rapporteert slechts 4% van de instellingen dat dit inmiddels merkbaar is geworden. Daarentegen meldt 19% van de instellingen dat de kosten gestegen zijn. De verklaring hiervoor ligt waarschijnlijk in de extra kosten die het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem met zich meebrengt (scholing, kwaliteitsfunctionaris, externe ondersteuning, informatiesystemen enzovoorts). In het vorige onderzoek werd door enkele instellingen een extra budget van ongeveer f.100,- per medewerker per jaar gereserveerd. In kwaliteitstheorieën wordt ervan uitgegaan dat deze investering zich terugverdient omdat een betere procesbeheersing op den duur leidt tot een beter produkt, tevreden klanten en meer doelmatigheid. In hoeverre dit laatste gerealiseerd wordt in de zorgsector wanneer de systemen verder ontwikkeld zijn zal de toekomst moeten uitwijzen.

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat de effecten die volgens de directies optreden overwegend positief zijn voor de gebruikers (meer tevredenheid bij patiënten en externe partijen) en voor de instelling als geheel (betere profilering en beheersbaarheid). Op twee andere gebieden treden zowel positieve als negatieve effecten op. Een grotere inzet van het personeel gaat gepaard met een hogere werkdruk. De aanloop- en ontwikkelingskosten van het kwaliteitssysteem zorgen aanvankelijk voor kostenverhoging. Kostenbesparing wordt door bijna de helft van de instellingen verwacht maar is bij de meerderheid (nog) niet bereikt.

### *Effecten van het kwaliteitssysteem op de regelgeving in de instelling*

Het invoeren van een kwaliteitssysteem betekent dat men tracht meer greep te krijgen op de processen in de instelling. In hoofdstuk 3 was te zien dat deze procesbeheersing enerzijds gerealiseerd wordt door protocollering van de zorgverlening, anderzijds door het hanteren van deelsystemen. Verwacht mag worden dat de invoering van een kwaliteitssysteem derhalve gepaard gaat met een toename van de regelgeving in de instelling, terwijl (doorgaans in een latere fase) overbodige procedures worden gewijzigd of zinloze bureaucratie wordt afgeschaft. De mate waarin de regelgeving in de instelling veranderd is, is in tabel 5.2 te zien. Letterlijk is in de enquête gevraagd: "Is in uw instelling het aantal en de aard van de regels en procedures onder invloed van de bewuste aandacht voor kwaliteitsbewaking en -verbetering veranderd?"

Tabel 5.2 Percentage instellingen dat een verandering in de regelgeving rapporteert (N=1134).

	% instellingen *
<b>Regelingen en procedures</b>	
Toename van regels en procedures	59%
Formalisering van regels en procedures	50%
Bewaking van regels en procedures	47%
Verwijdering van regels en procedures	27%

\* instellingen hebben meerdere antwoorden aangekruist

Bij ruim de helft van de instellingen hebben de kwaliteitsactiviteiten geleid tot een toename van het aantal regels en procedures in de instelling. Bij de helft van de instellingen zijn informele regels geformaliseerd. Dit kan betekenen dat impliciete afspraken op schrift worden gesteld of dat routinehandelingen worden geëxpliciteerd of geprotocolleerd (bijvoorbeeld de behandeling van specifieke patiëntencategorieën, de overdracht van patiënten, de rapportage naar verwijzers enzovoorts).

Bij bijna de helft van de instellingen worden bestaande regels en procedures beter bewaakt. Bijvoorbeeld: Zijn de zorgplannen volledig ingevuld? Wordt de klachtenregistratie periodiek geanalyseerd? Rapporteren commissies en werkgroepen regelmatig over hun bevindingen? Worden voorgenomen (werk)plannen gerealiseerd? In zijn algemeenheid kan men zeggen dat ad-hoc activiteiten worden gesystematiseerd. De deelsystemen zijn daar een voorbeeld van.



Door bijna eenderde van de instellingen wordt gemeld dat inmiddels overbodige regels en procedures zijn verwijderd. We weten niet of dit gebeurd is omdat het 'papieren' procedures waren of dat de verwijdering gebaseerd was op onderzoek naar de effectiviteit van de procedures. Door slechts 8% van de instellingen wordt gemeld dat er niets aan de regelgeving is veranderd.

Samenvattend is de bevinding dat de kwaliteitsactiviteiten enerzijds leiden tot een toename en formalisering van de regelgeving, anderzijds tot het afschaffen van (wellicht ineffectieve) regelgeving.

### **5.3 Verschillen tussen sectoren**

In deze paragraaf beschrijven we kort in welke sectoren meer of minder effecten opgetreden zijn. Voor een deel kan dit liggen aan de ontwikkelingsfase waarin de kwaliteitssystemen zich bevinden - dit wordt in paragraaf 5.4 geanalyseerd. Voor een deel kunnen per sector ook specifieke effecten optreden, temeer daar we in paragraaf 4.3 gezien hebben dat de sectoren wel sterk verschillen in de mate waarin de patiëntenparticipatie gerealiseerd is, maar nauwelijks verschillen wanneer het gaat om de ontwikkeling van beleid en strategie en ontwikkeling van het personeelsbeleid.

In tabel 5.3 is te zien in welke sectoren significant meer instellingen positieve effecten rapporteren vergeleken met het gemiddelde en in welke sectoren minder instellingen dergelijke effecten rapporteren (respectievelijk aangeduid met een '+' en met een '-'). Het gaat in deze tabel alleen om de reeds bereikte effecten (en niet om de verwachte effecten).

Tabel 5.3 Sectoren waarin significant meer (+) of minder (-) instellingen positieve effecten hebben bereikt

Lidinstellingen van:	toename tevr. pers.	toename klantger.	toename tevr. ext. part.	beheersbaarh.	toename inzet pers.	betere profil	lagere kosten
Fiad	0	0	0	0	0	+	0
LVG	0	0	+	0	0	0	0
LVT	0	0	0	0	0	-	0
NeVIV	0	0	0	0	+	0	0
NVBW	0	-	0	0	0	0	0
NVGGz	0	-	0	0	-	0	0
NVGz	0	0	0	-	-	0	-
NVVz	0	0	0	0	0	0	0
NVZ	-	0	0	-	0	0	0
SOMMA	0	0	0	0	0	0	0
WZF	0	0	-	0	+	0	0
AMW	0	0	0	0	0	0	0
NFVLG	+	+	+	+	+	0	-
NVAGG	0	0	0	0	0	0	0
LVGGD	-	0	-	0	-	0	0

+ significant meer instellingen

- significant minder instellingen

0 geen significant verschil met het gemiddelde

#### *Verschillen in gerealiseerde positieve effecten*

Meer positieve effecten dan gemiddeld zijn te zien bij de woonvormen en activiteitencentra voor lichamelijk gehandicapten. Meer instellingen melden hier dat de tevredenheid van alle partijen is toegenomen, dat de activiteiten hebben geleid tot meer inzet van het personeel en een grotere klantgerichtheid en dat de organisatie beter beheersbaar is. De kosten zijn niet gedaald, integendeel.

Relatief veel gezondheidscentra zeggen dat externe partijen meer tevreden zijn, in verzorgingshuizen en in de verslavingszorg is de inzet van het personeel vooral toegenomen, en de dag- en woonvoorzieningen maken melding van een betere profilering van de instellingen.

In de volgende sectoren melden relatief minder instellingen dat positieve effecten opgetreden zijn: GGD'en, instellingen voor gehandicaptenzorg, psychiatrische instellingen en ziekenhuizen. Het lijkt erop dat informele kleine organisaties meer effecten constateren dan grote, meer hiërarchische organisaties.

#### *Verschillen in verwachtingen omtrent positieve effecten*

De verschillen tussen de sectoren zijn minder groot wanneer het gaat om de effecten die men (in de toekomst) van het kwaliteitssysteem verwacht. Bijna

unaniem verwachten de instellingen dat de patiënt/cliëntgerichtheid toe zal nemen evenals de tevredenheid van externe partijen. Daarnaast verwacht men een betere profilering van de instelling. Het is opvallend dat de verwachtingen ten aanzien van patiënten en (externe) klanten zo eensluidend zijn. Dat het kwaliteitssysteem op de lange termijn zal bijdragen aan meer doelmatigheid verwacht meer dan de helft van de gezondheidscentra, de ziekenhuizen en de thuiszorginstellingen, terwijl slechts 23% van de sociaal pedagogische diensten dit verwacht. Meer dan gemiddeld melden deze diensten dat de kosten gestegen zijn. Ten aanzien van overige negatieve effecten zijn weinig (significante) verschillen tussen de sectoren te zien. In zijn algemeenheid zijn de verwachtingen van de kwaliteitszorg meer eensluidend dan de reeds bereikte resultaten.

#### *Verschillen in verandering van regelgeving*

Er zijn weinig opvallende verschillen tussen de sectoren in de mate waarin de regelgeving is veranderd. In volgorde van frequentie zijn de meeste veranderingen te zien bij de woonvormen en activiteitencentra, waar overigens ook de meeste effecten werden gesignaleerd. Veel RIAGG's melden een toename en een formalisering van de regelgeving. Formalisering is ook bij gezondheidscentra te zien. In veel ziekenhuizen zijn er zowel regelingen bijgekomen alsook regels verwijderd. In hoeverre meer effecten optreden naarmate het systeem verder ontwikkeld is komt hierna aan de orde.

Tabel 5.4 Verschil tussen sectoren in verandering van regelgeving

Sector	toename regels	formalis. regels	bewaking regels	verwijdering regels
Fiad	0	0	0	0
LVG	0	+	0	-
LVT	-	-	0	0
NeVIV	0	0	0	0
NVBW	0	0	-	0
NVGGz	0	0	0	0
NVGz	0	-	0	0
NVVz	+	0	0	+
NVZ	0	0	0	0
SOMMA	0	0	0	0
WZF	0	0	-	0
AMW	0	0	0	0
NFVLG	0	+	+	+
NVAGG	+	+	0	0
LVGGD	0	0	0	0

+ significant verder in de ontwikkeling

- significant minder ver in de ontwikkeling

0 geen samenhang met de ontwikkelingsfase

## 5.4 Effecten gerelateerd aan de ontwikkelingsfase van het systeem

In hoeverre meer effecten optreden naarmate het kwaliteitssysteem verder ontwikkeld is te zien in tabel 5.5. De groep instellingen die het verst gevorderd is met de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem wordt daartoe vergeleken met de overige instellingen. Vergevoerd betekent in dit geval dat de instelling op minimaal 4 van de 5 aandachtsgebieden activiteiten verricht die in fase 3 ingedeeld zijn. Totaal zijn dit 137 instellingen. In de tabel wordt alleen gekeken naar de inmiddels bereikte effecten.

Tabel 5.5 Vergelijking van bereikte positieve effecten tussen instellingen met een ver ontwikkeld kwaliteitssysteem (groep I; n=137) en het gemiddelde van de resterende instellingen (groep II; N=914). Percentage instellingen dat bereikte effecten rapporteert

Percentage instellingen met bereikte effecten	Groep I (vergevoerd)	Groep II (gemiddeld)
<b>tevredenheid patiënten en gebruikers</b>		
toename klantgerichtheid	38%	18%
toename tevredenheid gebruikers	33%	15%
<b>tevredenheid medewerkers</b>		
toename tevredenheid personeel	31%	13%
toename inzet personeel	25%	15%
<b>functioneren van de instelling</b>		
betere profilering van de instelling	40%	14%
betere beheersbaarheid v d. instelling	26%	14%
<b>financiële resultaten</b>		
kostenbesparing	4%	4%

In tabel 5.5 is te zien dat niet alle instellingen met een ver ontwikkeld kwaliteitssysteem inmiddels op alle gebieden positieve effecten hebben bereikt. Gemiddeld geldt dit voor ruim eenderde van de instellingen. Wel blijkt dat bij significant meer instellingen effecten optreden wanneer het kwaliteitssysteem verder ontwikkeld is, wanneer we dit vergelijken met het gemiddelde van de overige instellingen: bijna tweemaal zoveel instellingen uit groep I rapporteren positieve effecten.

Een verder ontwikkeld kwaliteitssysteem draagt vooral bij aan een betere profilering van de instelling (40% versus 14%), aan een toename van de klantgerichtheid en aan een toename van tevredenheid van patiënten en van

het personeel. Het verschil tussen beide groepen instellingen is relatief wat minder groot als we kijken naar de toename van de inzet van het personeel en de betere beheersbaarheid van de organisatie. Alleen in de gerealiseerde kostenbesparingen is er geen verschil tussen de groepen. In zijn algemeenheid kan worden geconcludeerd dat naarmate het kwaliteitssysteem verder ontwikkeld is, meer positieve effecten zichtbaar worden, maar dat de kosten niet dalen.

De laatste vraag is nu, of deze effecten met name toe te schrijven zijn aan het feit dat in de hierboven genoemde instellingen organisatiebreed aan kwaliteitszorg wordt gewerkt (op alle aandachtsgebieden) of dat dergelijke effecten vooral te maken hebben met activiteiten op een speciaal aandachtsgebied. In tabel 5.6 is daarom uitgezet welke effecten optreden, wanneer één aandachtsgebied ver ontwikkeld is. Daartoe zijn de volgende 5 groepen van instellingen geselecteerd:

Groep I: Kwaliteitsbeleid is tot en met fase 3 ontwikkeld (n=216)

Groep II: Personeelsbeleid is tot en met fase 3 ontwikkeld (n=695)

Groep III: Protocollering is tot en met fase 3 ontwikkeld (n=458)

Groep IV: Deelsystemen zijn tot en met fase 3 ontwikkeld (n=309)

Groep V: Patiëntenparticipatie is tot en met fase drie ontwikkeld (n=154)

In tabel 5.6 is te zien hoeveel procent van de instellingen in elke groep positieve effecten heeft gerealiseerd. In de tabel is te zien of instellingen met een ver ontwikkeld kwaliteitsbeleid (groep I) meer effecten rapporteren dan instellingen met bijvoorbeeld een ver ontwikkeld personeelsbeleid (groep II) (vergelijk de rij-percentages).

De tabel moet als volgt gelezen worden: van de instellingen met een ver ontwikkeld kwaliteitsbeleid meldt 37% een toename van de klantgerichtheid, terwijl slechts 24% van de instellingen dit meldt wanneer het personeelsbeleid ver ontwikkeld is.

Als algemeen beeld komt uit de tabel naar voren dat minder instellingen positieve effecten realiseren wanneer één aandachtsgebied ver ontwikkeld is. Een uitzondering vormt het aandachtsgebied beleid en strategie. Instellingen die op dit gebied vergevorderd zijn melden bijna evenveel positieve effecten als instellingen die op alle gebieden ver zijn gevorderd. Wanneer alleen één van de andere gebieden ver ontwikkeld is meldt 20%-25% van de instellingen positieve effecten. Dit is iets hoger dan het algemeen gemiddelde, dat tussen 15%-19% ligt, als in tabel 5.1 was te zien. In twee opzichten is hierin een opvallend verschil te zien. Wanneer ten aanzien van de deelsystemen veel activiteiten ontwikkeld zijn, meldt 36% van de instellingen een toename van

klantgerichtheid. Ook de participatie van patiënten levert bij 27% van de instellingen een bijdrage aan de klantgerichtheid.

Tabel 5.6 Vergelijking van bereikte positieve effecten tussen vijf groepen van instellingen

Percentage instellingen met bereikte effecten	Groep I Beleid	Groep II Person.	Groep III Protoc.	Groep IV Deelsyst.	Groep V Patiënt.
<b>tevredenheid patiënten en gebruikers</b>					
toename klantgerichtheid	37%	24%	24%	36%	27%
toename tevredenheid gebr.	31%	21%	25%	26%	16%
<b>tevredenheid medewerkers</b>					
toename tevredenheid pers.	26%	20%	20%	22%	20%
toename inzet personeel	22%	21%	19%	18%	21%
<b>functioneren van instelling</b>					
betere profilering	37%	22%	22%	28%	20%
betere beheersbaarheid	25%	21%	18%	20%	18%
<b>financiële resultaten</b>					
kostenbesparing	3%	4%	4%	4%	4%

Concluderend wijzen de gegevens erop dat significant meer positieve effecten worden bereikt wanneer de kwaliteitszorg op alle aandachtsgebieden in de organisatie ver ontwikkeld is. Het is niet zo dat deze effecten toegeschreven kunnen worden aan de kwaliteitszorg op één gebied. Op basis van deze gegevens lijkt een integrale aanpak een meerwaarde op te leveren.

## 5.5 Conclusies

In dit hoofdstuk is onderzocht of inmiddels positieve effecten van de kwaliteitssystemen zichtbaar beginnen te worden. Als eerste conclusie kan worden gesteld dat méér effecten optreden naarmate het kwaliteitssysteem verder ontwikkeld is. Dit wijst erop dat de inspanningen resultaat hebben. Er is een toename van de klantgerichtheid en een grotere tevredenheid bij patiënten, cliënten of gebruikers. Deze gerichtheid op klanten of gebruikers is ook wat een kwaliteitssysteem beoogt en als deze ontwikkelingen zich doorzetten zal dit ongetwijfeld bijdragen tot een meer centrale plaats van patiënten in de gezondheidszorg. Dat dit vooralsnog niet leidt tot lagere kosten is teleurstellend maar niet onbegrijpelijk. Enerzijds kan de stroomlijning van procedures tot minder doublures of fouten leiden, anderzijds kan het beter tegemoet

komen aan de wensen van gebruikers ook betekenen dat meer of betere zorg moet worden verleend. Op basis van de gegevens in dit rapport is hier vooralsnog geen uitspraak over te doen. Het feit dat méér effecten optreden indien het systeem verder ontwikkeld is, is hoopgevend voor de instellingen die nog midden in de ontwikkeling van zo'n systeem zitten.

Een tweede constatering is dat het kwaliteitssysteem meer resultaten oplevert wanneer kwaliteitsactiviteiten op alle aandachtsgebieden ver ontwikkeld zijn, vergeleken met de situatie dat slechts een gebied ver ontwikkeld is. Dit betekent dat een organisatiebrede aanpak van de kwaliteitszorg een meerwaarde oplevert. Dit gegeven pleit voor een evenwichtige ontwikkeling van de kwaliteitszorg in de gehele organisatie.

Een derde effect is dat de zorg voor kwaliteit leidt tot een betere profilering van de instelling en tot een betere beheersing van de processen in de organisatie. Bijna unaniem melden de instellingen dat regels en procedures zijn aangepast, geformaliseerd of beter worden bewaakt. Enerzijds geeft dit meer bureaucratie - er zijn regels bijgekomen - anderzijds blijken overbodige regels te worden verwijderd. Deze gegevens wijzen erop dat er een rationalisering van de bedrijfsvoering plaatsvindt.

Als vierde effect hebben alle activiteiten een grotere inzet van het personeel tot gevolg maar eveneens wordt alom een toename van de werkdruk genoemd. De balans tussen deze twee zaken zal nauwkeurig in het oog moeten worden gehouden om te voorkómen dat de inzet van de medewerkers omslaat in demotivatie. Dat de kwaliteitszorg bij een deel van de instellingen ook leidt tot meer tevredenheid bij het personeel wijst erop dat er ook een stimulerende werking vanuit gaat.





## **6. TOEKOMSTIGE ONTWIKKELINGEN**

### **6.1 Inleiding**

In dit laatste hoofdstuk staan toekomstige ontwikkelingen centraal. Twee vragen worden beantwoord. Hoe gaat men verder met de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem en welke activiteiten hebben dan de eerste prioriteit? Dit wordt beschreven in paragraaf 6.2. De tweede vraag is: welke voorwaarden zijn nodig om de in gang gezette ontwikkelingen te continueren? Concreet is aan de directies van de instellingen gevraagd welke maatregelen overheid, financiers of koepelorganisaties zouden moeten nemen om de verdere ontwikkeling van kwaliteitssystemen te stimuleren. Wie moet zich bezig houden met het beoordelen van de kwaliteitssystemen en is een vorm van certificering al dan niet gewenst? Paragraaf 6.3 gaat hier op in. Het hoofdstuk besluit met de conclusies.

### **6.2 Toekomstplannen van de instellingen**

Uit de gegevens in dit rapport blijkt dat het kwaliteitssysteem bij ongeveer een kwart van de instellingen in de voorbereidende fase verkeert. De meerderheid van de instellingen werkt aan de verdere opbouw van het systeem en is bezig om via projecten en experimenten onderdelen van het systeem in te voeren. De vraag is nu, wat prioriteit heeft bij de instellingen: op welke van de vijf onderscheiden aandachtsgebieden zijn de meeste inspanningen gericht? We kijken achtereenvolgens hoeveel instellingen prioriteit geven aan de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid, het personeelsbeleid, protocollering, de verdere ontwikkeling van deelsystemen of de patiëntenparticipatie. Daarnaast wordt beschreven welke andere prioriteiten door de instellingen worden gesteld. Letterlijk is in de enquête gevraagd: "Welke concrete activiteiten voor kwaliteitsbewaking\verbetering hebben bij de directie het komende jaar prioriteit?". Tabel 6.1 laat zien welke prioriteiten de instellingen in elke sector hebben gesteld.

Tabel 6.1 Percentage instellingen per sector dat het komende jaar prioriteit geeft aan een aandachtsgebied \*

Sector	Beleid	personeels- management	normering	deel- systemen	participatie gebruikers
Fiad	53	10	14	47	7
LVG	39	3	49	53	14
LVT	54	6	13	41	26
NeVIV	53	1	13	36	--
NVBW	54	7	15	46	20
NVGGz	51	3	19	47	7
NVGz	48	9	13	53	9
NVVz	63	8	28	40	6
NVZ	60	7	15	45	14
SOMMA	41	4	27	54	13
WZF	48	8	20	48	6
AMW	44	20	23	43	12
NFVLG	38	37	26	49	4
NVAGG	65	8	35	54	19
LVGGD	58	24	22	33	4
Totaal	51	18	22	46	11

\* meerdere prioriteiten per instelling

De instellingen geven het komende jaar de meeste prioriteit aan de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid (gemiddeld 51% van de instellingen) en aan de verdere ontwikkeling of systematisering van de deelsystemen (gemiddeld 46% van de instellingen).

Met name bij veel ziekenhuizen, verpleeghuizen en RIAGG's heeft het beleid prioriteit, bij gezondheidscentra is dat minder vaak het geval. Het is niet zo dat vooral instellingen die nog weinig aan beleidsontwikkeling gedaan hebben, zich hiermee gaan bezighouden, integendeel, slechts 22% van de instellingen die aan het begin van deze ontwikkeling staan (fase 0) richten zich op het beleid tegenover gemiddeld de helft van de overige instellingen (die in fase 1 t/m 3).

Concrete activiteiten die ten aanzien van het beleid genoemd worden zijn onder andere:

- het ontwikkelen van kwaliteitsplannen;
- het ontwikkelen van integrale kwaliteitszorg;
- het verder invullen van de kwaliteitskenmerken van de koepel;
- het maken van produktomschrijvingen;
- het maken van een kwaliteitshandboek;
- het ontwikkelen van een visie of missie.

Bijna de helft van de instellingen die zich op het beleid richten gaan werken aan de (verdere) implementatie van het beleid. De meerderheid van hen geeft daarbij geen nadere specificatie. Degenen die dat wel doen melden bijvoorbeeld dat speciale projecten of experimenten zijn of worden gestart (74 maal genoemd), dat de interne communicatie en coördinatie wordt verbeterd (32) en dat speciale aandacht wordt gegeven aan het motiveren en stimuleren van de medewerkers (27). Geconcludeerd kan worden dat het accent ligt op beleidsontwikkeling maar dat inmiddels ook veel instellingen de ontwikkelingsfase gepasseerd zijn en hun aandacht richten op invoering c.q. implementatie van het beleid.

Zoals eerder gezegd staat de beheersing van processen centraal in een kwaliteitssysteem. Dit weerspiegelt zich in de prioriteiten die door de instellingen worden gesteld. Interessant is hier dat - behalve bij gezondheidscentra - veel meer accent ligt op procesbeheersing door het invoeren van deelsystemen (46%) dan via normering of protocollering (22%).

Dit kan betekenen dat de aanvankelijke aandacht voor het maken van protocollen verschuift naar systematische bewaking van protocollen, standaarden en richtlijnen. De instellingen noemen onder andere de volgende activiteiten:

- het verbeteren en/of stroomlijnen van zorgprocessen;
- (het verbeteren van) zorg- of behandelplannen;
- het invoeren van toetsing incl. intercollegiale toetsing;
- het evalueren van kwaliteitsactiviteiten incl. interne audits;
- het ontwikkelen van een management informatiesysteem;
- tevredenheidsmetingen bij patiënten/gebruikers.

Naast het verbeteren van de zorgverlening zelf ligt een accent op toetsing en evaluatie: 57 instellingen melden dat zij gaan onderzoeken of de kwaliteitsbewaking het beoogde effect heeft. Ook lijkt de behoefte aan gegevens toe te nemen: 43 instellingen ontwikkelen een (management)informatiesysteem. Volgens de gegevens blijven ook tevredenheidsmetingen toenemen, althans onder patiënten of cliënten. Daarnaast geeft 11% van de instellingen prioriteit aan de verdere uitbreiding van patiëntenparticipatie (zie laatste kolom).

De hier gestelde prioriteiten weerspiegelen in grote lijnen een voortgang van de al in gang gezette activiteiten zoals in hoofdstuk 3 was te zien. Afwijkend is dat relatief veel instellingen prioriteiten geven aan het evalueren van kwaliteitsactiviteiten. Tenslotte is een interessante bevinding dat juist degenen die ver zijn met de deelsystemen (fase 3), hier prioriteit aangeven (60%). Dit

kan betekenen dat men doorgaat met deze ontwikkelingen totdat de deelsystemen zijn ingebed in het kwaliteitssysteem van de instelling.

Er zijn vrij grote verschillen tussen sectoren op het gebied van personeelsbeleid: relatief veel woonvormen en activiteitencentra gaan zich bezighouden met bijvoorbeeld scholing en deskundigheidsbevordering en ook wel met ARBO-beleid. Dit geldt ook voor GGD'en en instellingen voor algemeen maatschappelijk werk. Het is opvallend dat de helft van de instellingen heeft aangegeven (zie hoofdstuk 3) tevredenheidsmetingen onder de medewerkers te houden (doorgaans incidenteel of ad-hoc), terwijl minder dan 10 instellingen aangeven dat het meten van de tevredenheid bij de medewerkers het komende jaar prioriteit heeft. Vooralsnog lijkt dit in de zorginstellingen geen structurele activiteit te zijn (of binnenkort te worden).

Overige prioriteiten die worden gesteld (gemiddeld door minder dan 5% van de instellingen) betreffen het creëren van de voorwaarden, het verbeteren van de samenwerking met andere instellingen en het verbeteren van het middenmanagement (3% van de instellingen). Het lijkt zinvol om in een volgende enquête middenmanagement als apart aandachtsgebied op te nemen.

### **6.3 Voorwaarden voor continuering**

De afgelopen jaren heeft met name de overheid een aantal projecten gesubsidiëerd om - zoals in Leidschendam was afgesproken - de ontwikkeling van kwaliteitssystemen te stimuleren. Een extra impuls zou daarnaast uitgaan van de Kwaliteitswet Zorginstellingen, waarin een systematische bewaking van de kwaliteit wettelijk verplicht wordt gesteld. De vraag is nu, zijn deze maatregelen afdoende om de in gang gezette ontwikkelingen te continuëren of vraagt dat andersoortige maatregelen? Daarom is in de enquête letterlijk de volgende open vraag aan de directies gesteld: "Hoe kunnen volgens u de overheid, koepels en financiers de zorginstellingen stimuleren om blijvend systematische aandacht aan kwaliteit te besteden?" De antwoorden zijn in tabel 6.2 weergegeven.

Tabel 6.2 Maatregelen die volgens de directies van instellingen nodig zijn om de ontwikkeling van kwaliteitssystemen te continueren \*

Maatregelen m.b.t.:	aantal	%
Deskundigheidsbevordering en ondersteuning	605	39%
Externe beoordeling	366	24%
Financiering van (ontwikkelings)kosten	295	19%
Wetgeving en regelgeving	87	5%
Stabiliteit en duidelijkheid	82	5%
Arbeidsomstandigheden en werkdruk	24	2%
Overig	88	6%
Totaal	1547	100%

\* meerdere maatregelen per instelling genoemd

Uit de tabel blijkt dat de meeste instellingen behoefte hebben aan hulp bij de verdere ontwikkeling en invoering van de kwaliteitssystemen (totaal 605 maal genoemd). Deskundigheidsbevordering, opleiding en een goed scholingsaanbod wordt 329 maal genoemd en ondersteuning in de vorm van hulpmiddelen, instrumenten en voorbeelden wordt 276 maal genoemd. Dat de koepelorganisaties daarin een rol kunnen vervullen wordt door 52 instellingen expliciet vermeld. De overigen doen hierover geen uitspraken. Het belang dat aan scholing, instrumenten en ondersteuning wordt gehecht valt te begrijpen uit het feit dat de meerderheid van de instelling en nog bezig is met de (verdere) ontwikkeling van de kwaliteitssystemen. Voor de continuering lijkt men vooral behoefte te hebben aan effectieve methoden om de kwaliteitsbewaking en -verbetering te realiseren.

Als tweede stimulans voor continuering worden systemen van externe beoordeling genoemd, met het accent op certificering. Van de 366 instellingen, die voorstander zijn van externe beoordeling, acht ruim tweederde (249 instellingen) certificering gewenst, terwijl eenderde (117 instellingen) voorstander is van visitatie, interinstitutionele toetsing of beoordeling door de koepelorganisatie als stimulans voor continuëring.

Hoewel 249 instellingen certificering een goed middel achten voor continuëring zijn veel minder instellingen van plan zichzelf te laten certificeren. Als we kijken door wie de instellingen zichzelf willen laten beoordelen, zoals in de enquête is gevraagd, ontstaat een ander beeld. Het volgende staatje toont de antwoorden:

- visitatie door de koepelorganisatie	285	28%
- interinstitutionele toetsing	206	21%
- certificerende instelling	167	17%

- beoordeling door patiëntenorganisatie	87	9%;
- overige vormen van beoordeling	249	25%

Bijna de helft van de instellingen is voornemens het kwaliteitssysteem te laten beoordelen door de koepelorganisatie of via interinstitutionele toetsing (doorgaans ook vanuit de koepel georganiseerd). 167 instellingen hebben plannen zich te laten certificeren en nog eens 87 instellingen willen zich laten beoordelen door patiëntenorganisaties. Een kwart van de instellingen (284) heeft geen voornemens om het systeem te laten beoordelen. Let wel, het gaat hier om toekomstplannen in de komende drie jaar (zoals in de enquête was gevraagd).

De conclusie is dat een ruime meerderheid van plan is het kwaliteitssysteem door de koepelorganisatie te laten beoordelen. Echter een minderheid heeft aangegeven dat dergelijke visitaties voldoende zijn om de verdere ontwikkeling van kwaliteitssystemen te continueren. In dit opzicht heeft men meer verwachtingen van certificatie, waarbij ongeveer 15% van de instellingen aangeeft ook zelf de komende drie jaar gecertificeerd te willen worden.

In tabel 6.2 worden als derde en vierde voorwaarde voor continuering de financiering en regelgeving genoemd. Het gaat hier zowel om de financiering van aanloop- en ontwikkelingskosten als om het opnemen van de extra kwaliteitskosten in de tariefopbouw. Dit valt te begrijpen uit het feit dat de aanloop en ontwikkelingskosten aanzienlijk blijken te zijn, zoals in het vorige hoofdstuk is beschreven: één op de vijf instellingen maakt gewag van een kostenstijging, terwijl minder dan 5% kostenbesparingen heeft gerealiseerd. Op dit moment zijn kwaliteitskosten nog niet verdisconteerd in de tariefopbouw.

Ten aanzien van de wet- en regelgeving wordt zowel gewezen op de wenselijkheid dat de kwaliteitwet wordt ingevoerd als op de noodzaak kwaliteitsactiviteiten op te nemen in contracten met verzekeraars en in CAO-overeenkomsten. Ongeveer 5% van de instellingen acht het introduceren van het marktmechanisme en dus vermindering van regelgeving een goede manier om de kwaliteitssysteemontwikkeling te stimuleren.

Van een iets andere orde, tot slot, is de behoefte aan stabiliteit en aan duidelijkheid omtrent de eisen die met name door de financiers aan de kwaliteitsbewaking (zullen) worden gesteld. Ook in vorige jaren is deze wens meermalen kenbaar gemaakt (Sluijs e.a., 1992, 1994). De behoefte aan stabiliteit (en stabiele financiering) valt te begrijpen wanneer we zien dat bijna tweederde van de instellingen (totaal 689 = 61%) meldt dat de instelling in de afgelopen jaren ingrijpende veranderingen heeft ondergaan in de vorm van

bijvoorbeeld fusies of reorganisaties. Verreweg de meeste van deze reorganisaties en fusies zijn van recente datum, namelijk van 1992 tot en met heden.

## **6.4 Conclusies**

De gegevens in dit laatste hoofdstuk wijzen erop dat de zorginstellingen van plan zijn op de ingeslagen weg door te gaan. Een ruime meerderheid van de instellingen heeft ook voor de komende jaren concrete prioriteiten gesteld om de zorg voor kwaliteit verder te ontwikkelen. Hierin zijn geen trendbreuken of opvallende verschuivingen te zien vergeleken met de activiteiten die al in gang waren gezet. De verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid en de deelsystemen krijgen de meeste aandacht. Personeelsmanagement, maar vooral ook participatie van gebruikers heeft bij opvallend weinig instellingen prioriteit. Van deze prioriteitenstelling valt af te leiden dat de kwaliteitssystemen zich nog midden in de fase van ontwikkeling bevinden.

Voor de continuering is er dan ook in de eerste plaats behoefte aan verdere scholing en aan effectieve methoden en instrumenten om de kwaliteitszorg te realiseren. Naast de erkenning van de kwaliteitszorg in wet- en regelgeving wordt ook belang gehecht aan het opnemen van kwaliteitsactiviteiten in de CAO-overeenkomsten. Daarnaast blijkt veel belang te worden gehecht aan beoordeling van de kwaliteitssystemen, met name door de koepelorganisatie. In toenemende mate wordt echter ook externe beoordeling of een vorm van certificering van belang geacht om de continuering te waarborgen. Op welke wijze dit in de zorgsector gerealiseerd gaat worden, zal de toekomst moeten uitwijzen.





## **7 SAMENVATTING VAN DE RESULTATEN**

### **7.1 Inleiding**

Dit hoofdstuk bevat een korte samenvatting van het onderzoek. In het hierna volgende hoofdstuk geeft de begeleidingscommissie een beschouwing op de resultaten en een aantal aanbevelingen voor toekomstige beleidsontwikkelingen.

In zijn algemeenheid laten de gegevens in dit rapport zien dat de zorginstellingen bijna zonder uitzondering de kwaliteitsbewaking en verbetering expliciet ter hand hebben genomen. De wijze waarop zij dat doen wordt in paragraaf 7.2 beschreven. Deze kwaliteitsbewaking vormt bij de meerderheid nog geen samenhangend systeem: deze blijken nog volop in ontwikkeling te zijn, zo laat paragraaf 7.3 zien. Desondanks beginnen de effecten al zichtbaar te worden. Het effect is onder andere een grotere tevredenheid bij patiënten en een betere profilering van de instelling, althans wanneer het kwaliteitssysteem wat verder ontwikkeld is (paragraaf 7.4). Dat ook de werkdruk voor de medewerkers toeneemt is de keerzijde van de medaille. Nagenoeg alle instellingen zijn van plan op de ingeslagen weg door te gaan, zo blijkt uit de toekomstplannen in paragraaf 7.5. Wel hebben de directies daarbij vooral behoefte aan een goed scholingsaanbod en ondersteuning. Ook verwacht men dat externe beoordeling van de kwaliteitssystemen een bijdrage kan leveren aan verdere continuering.

De gegevens in dit rapport zijn gebaseerd op 1134 enquêtes, ingevuld door directies van instellingen uit alle zorgsectoren. Door de goede respons (71%) kan aangenomen worden dat de gegevens een representatief beeld geven, echter uitsluitend vanuit het perspectief van het management. De medewerkers zijn niet geënquêteerd.

### **7.2 Activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering**

Een ruime meerderheid van de instellingen heeft in een missie de uitgangspunten voor de zorgverlening geformuleerd. Gemiddeld één op de vijf instellingen heeft deze visie vertaald in een expliciet kwaliteitsbeleid en geconcreti-

seerd in kwaliteitswerkplannen. Bij RIAGG's komt dit het vaakst voor (twee op de vijf). De meerderheid van de instellingen is deze documenten aan het ontwikkelen. Wellicht mede doordat de instellingen zich middenin deze ontwikkelingen bevinden is nog maar één op de tien instellingen zover dat zij verantwoording over de activiteiten afleggen in een kwaliteitsjaarverslag. Bij gezondheidscentra komt dit vaker voor. Hoewel het maken van een dergelijk jaarverslag verplicht wordt bij het inwerking treden van de kwaliteitswet is de meerderheid daar nu (eind 1994) nog niet aan toe.

Inmiddels komt het kwaliteitsbeleid bij veel instellingen wel tot uiting in het personeelsbeleid, bijvoorbeeld bij de selectie of nascholing van het personeel. Tweederde van de instellingen meldt dat zowel medewerkers als leidinggevenden inmiddels zijn geschoold in kwaliteitszorg. Het management stimuleert de medewerkers tot kwaliteitszorg, maar oefent minder vaak expliciete sturing uit: eenderde van de directies bewaakt en toetst de gemaakte afspraken. Stimulering, maar vooral ook sturing blijkt nodig om de in gang gezette ontwikkelingen te continueren, zo heeft een aantal 'voorlopers' ervaren (Sluijs e.a., 1994).

Dat medewerkers actief betrokken zijn bij kwaliteitsbewaking en verbetering blijkt onder andere uit de protocollen, standaarden en richtlijnen die op grote schaal voor de eigen discipline ontwikkeld zijn. Bij twee op de vijf instellingen zijn inmiddels ook protocollen aanwezig die de hele routing van de patiënt beslaan van aanmelding tot ontslag, evenals protocollen voor kritische momenten in het zorgproces zoals onderlinge afstemming en overdracht. Aan stroomlijning van het zorgproces wordt gewerkt.

Veel instellingen zijn van plan ook de komende jaren door te gaan met verdere protocollering, maar in de toekomstplannen ligt meer accent op het beheersen van processen. Vermoedelijk heeft de ervaring geleerd dat procedures nodig zijn om de naleving van protocollen te waarborgen.

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

Procedures die in veel instellingen worden gehanteerd zijn onder andere vormen van intercollegiale toetsing, zorg- of behandelplannen, klachtenregistraties en functioneringsgesprekken. Tevredenheidsonderzoek of meningspeiling bij patiënten of cliënten wordt door eenderde van de instellingen verricht, zij het dat dit nog vaak ad-hoc gebeurt. Wat minder vaak voorkomt is behoef-

te-onderzoek onder gebruikers of verwijzers. Weinig instellingen beschikken over een (management)informatie systeem waarin de resultaten van de zorgverlening worden vastgelegd.

Het is niet zo dat alle hier genoemde activiteiten inmiddels ook als deelsysteem (c.q. feedbackprocedure) functioneren, in de zin dat de procedures periodiek worden herhaald en dat de gegevens systematisch worden gebruikt voor bijstelling van beleidsmaatregelen en zorgprocessen. Dit is gemiddeld bij 10 tot 20% van de instellingen het geval. Dat hier wel aan wordt gewerkt blijkt uit het feit dat ruim de helft van de instellingen de komende jaren prioriteit geeft aan de verdere ontwikkeling van deelsystemen.

In de helft van de instellingen worden patiënten of cliënten bij de kwaliteitsbewaking en verbetering betrokken, bijvoorbeeld door klachtenregistraties of uitkomsten van satisfactie-onderzoek met hen of hun vertegenwoordigers te bespreken. Minder vaak worden zij ook betrokken bij het formuleren van kwaliteitseisen of het ontwikkelen van protocollen of richtlijnen. Als dit gebeurt is dat afhankelijk van het onderwerp dat aan de orde is, zo melden de directies. Patiëntenparticipatie komt vaker voor in verpleeghuizen, verzorgingshuizen, beschermende woonvormen en in de gehandicaptenzorg vergeleken met de overige sectoren. In de ambulante hulpverlening worden patiënten minder bij de kwaliteitsactiviteiten betrokken dan in de langdurige zorgverlening aan inwonende patiënten of cliënten.

De algemene conclusie is dat nagenoeg alle instellingen een scala aan activiteiten voor kwaliteitsbewaking en verbetering heeft ontplooid. Bij de meerderheid vormen deze activiteiten nog geen samenhangend systeem, zoals de volgende paragraaf laat zien. De ontwikkelingen vragen meer tijd dan de in Leidschendam geplande vijf jaar.

### **7.3 De ontwikkeling van de kwaliteitssystemen**

Aan de invoering van een kwaliteitssysteem gaan doorgaans twee fasen vooraf, zo laat dit rapport zien. In de eerste fase worden voorwaarden gecreëerd voor kwaliteitsbewaking en verbetering (bijvoorbeeld scholing) en in de tweede fase volgt de invoering daarvan, doorgaans op experimentele wijze of in de vorm van projecten. In de derde fase ontstaat het kwaliteitssysteem doordat de kwaliteitsbewaking en verbetering regulier onderdeel wordt van de bedrijfsvoering, alle gebieden in de organisatie omvat en een samenhangend

geheel vormt. Op basis van deze driedeling is de stand van zaken in de zorgsector als volgt te typeren:

Bij een kwart van de instellingen bevindt de kwaliteitszorg zich in de voorbereidende fase (fase 1);

De ruime meerderheid is bezig met de invoering van kwaliteitsbewaking via experimenten of projecten (fase 2);

Ruim 10% van de instellingen heeft fase 3 bereikt. Bij hen omvat de kwaliteitszorg alle gebieden van de organisatie en is onderdeel van de bedrijfsvoering.

Welke concrete activiteiten de instellingen in fase 1, 2 of 3 verrichten wordt hierna toegelicht.

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

De meerderheid van de instellingen die bezig is met de projectgewijze invoering van kwaliteitsbewaking en verbetering verricht onder andere een aantal van de volgende activiteiten. Op diverse (maar niet op alle) afdelingen worden kwaliteitsprojecten uitgevoerd en wordt geëxperimenteerd met nieuwe vormen van kwaliteitsbewaking en verbetering. Afdelingen beschikken over eigen kwaliteitsplannen en de uitvoering daarvan wordt (mede) door de directie bewaakt. Getracht wordt de zorgprocessen te beheersen door bijvoorbeeld ook overdracht, nazorg of kritische momenten in het zorgproces in protocollen vast te leggen. Het oordeel van patiënten en cliënten wordt via satisfactie-onderzoek of meningspeilingen gemeten.

Instellingen in fase 3 kenmerken zich door de systematische aanpak van de kwaliteitsbewaking en de onderlinge samenhang. Deskundigheidsbevordering vindt bijvoorbeeld plaats op basis van de prioriteiten in het kwaliteitsbeleid. De kwaliteitsbewaking beslaat het gehele zorgproces van aanmelding tot ontslag. Gegevens over de resultaten van de zorgverlening zijn beschikbaar in een (management)informatiesysteem en de medewerkers krijgen structure-

le feedback over de resultaten. Patiënten of cliënten worden regulier bij de kwaliteitsbewaking en verbetering betrokken. Alle kwaliteitsactiviteiten worden periodiek op hun effectiviteit beoordeeld (interne audit) en de instelling legt hierover verantwoording af in een kwaliteitsjaarverslag.

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

De verschillen tussen de sectoren in de mate waarin de kwaliteitssystemen ontwikkeld zijn, zijn niet opvallend groot. Voor een deel blijken deze verklaard te kunnen worden door de cultuur in de instelling. De kwaliteitszorg is doorgaans verder ontwikkeld in instellingen waarin de medewerkers in zijn algemeenheid een positieve en flexibele houding tegenover vernieuwingen hebben. Het is niet zo dat in grote organisaties de kwaliteitssystemen verder ontwikkeld zijn dan in kleine organisaties. Wel hebben grote organisaties wat vaker het kwaliteitsbeleid op schrift gesteld. De verwachting dat de systemen verder ontwikkeld zouden zijn in sectoren waar veel concurrentie heerst wordt door de gegevens niet bevestigd. De ontwikkeling van het kwaliteitssysteem hangt evenmin samen met de mate van professionele autonomie in de instelling. Tenslotte blijken instellingen die recentelijk een fusie of een reorganisatie doormaakten niet verder of minder ver met de ontwikkeling van kwaliteitssystemen. De conclusie is dat een verklaring voor verschillen in de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem vooral gezocht moet worden in de bereidheid tot veranderen en vernieuwen bij de medewerkers.

## **7.4 Effecten van de kwaliteitssystemen**

Uit de gegevens blijkt dat alle activiteiten voor kwaliteitsbewaking en verbetering effecten opleveren. Een eerste bevinding is dat deze effecten met name zichtbaar worden wanneer het kwaliteitssysteem verder ontwikkeld is en alle gebieden in de organisatie omvat (fase 3). De instellingen die dit inmiddels hebben bereikt maken melding van tweemaal zoveel effecten dan de instellin-

gen waarbij het kwaliteitssysteem nog niet of minder ver ontwikkeld is, hetgeen alleszins verklaarbaar is.

Gemiddeld meldt één op de vijf instellingen dat de kwaliteitsactiviteiten hebben geleid tot meer patientgerichtheid in de instelling, een grotere inzet van de medewerkers en meer tevredenheid bij patiënten en andere partijen. Bij de instellingen die al vergevorderd zijn wordt dit tweemaal zo vaak gemeld (door twee op de vijf instellingen).

Het resultaat is ook een betere profilering van de instelling en een betere interne organisatie c.q. beheersbaarheid. De veranderingen in de regelgeving zijn hier ongetwijfeld debet aan. Bij een meerderheid van alle instellingen heeft de kwaliteitszorg geleid tot verandering van regels en procedures. Enerzijds is het aantal regels en procedures toegenomen, anderzijds zijn bestaande regels geformaliseerd en worden zij beter bewaakt. Bij een minderheid van de instellingen zijn inmiddels ook (ineffectieve) procedures verwijderd.

In zijn algemeenheid zijn de kosten niet gedaald. Slechts bij 4% van de instellingen hebben de kwaliteitsactiviteiten besparingen opgeleverd. Bijna één op de vijf instellingen meldt daarentegen dat de ontwikkeling en invoering van een kwaliteitssysteem een kostenstijging met zich meebrengt. In hoeverre dit vooral aanloop- en ontwikkelingskosten zijn is niet bekend.

Als negatief effect wordt door veel instellingen een verhoging van de werkdruk gerapporteerd. Dat bij één op de drie instellingen desondanks ook de tevredenheid van het personeel is toegenomen betekent ongetwijfeld dat het werken aan kwaliteitszorg ook voldoening kan geven en stimulerend werkt.

Als algemene conclusie kan worden gesteld dat kwaliteitszorg met name resultaten oplevert wanneer dit verder ontwikkeld is en bovendien dat een integrale organisatiebrede aanpak van de kwaliteitszorg een meerwaarde heeft boven afzonderlijke kwaliteitsactiviteiten.

## **7.5 Toekomstplannen en continuering**

In zijn algemeenheid blijken instellingen door te gaan met de ingezette ontwikkelingen. Bijna alle directies hebben expliciet aangegeven de zorg voor kwaliteit ook de komende jaren verder uit te breiden. Het accent ligt daarbij met name op de verdere ontwikkeling én implementatie van het kwaliteitsbe-

leid en op de verdere ontwikkeling van de deelsystemen. Bij de helft van de instellingen hebben deze activiteiten de eerste prioriteit. Minder instellingen geven eerste prioriteit aan het ontwikkelen van protocollen, richtlijnen of standaarden. In de toekomstige activiteiten ligt daarmee meer accent op beheersing van processen dan op normering.

In mindere mate wordt eerste prioriteit gegeven aan de verdere ontwikkeling van patientenparticipatie (een op de tien instellingen) en aan meningspeiling bij patiënten of gebruikers. De gerichtheid op patiënten of cliënten neemt hiermee gestaag toe maar is vooralsnog niet algemeen gebruikelijk in de zorgsector.

In grote lijnen weerspiegelen de gestelde prioriteiten een logisch vervolg van de in gang gezette ontwikkelingen. Er zijn geen opvallende verschuivingen in de toekomstplannen te zien.

Tot slot de voorwaarden voor continuering. Aan de directies is gevraagd welke maatregelen nodig zijn om de aandacht voor kwaliteitszorg niet te laten verslappen en de verdere ontwikkeling van de kwaliteitssystemen te continueren.

Volgens bijna de helft van de directies is (in deze fase) vooral scholing en ondersteuning nodig. Deze wens onderstreept de bevinding dat de instellingen nog volop bezig zijn met het ontwikkelen van kwaliteitszorg en daarbij behoefte hebben aan (informatie over) effectieve methoden om de kwaliteitsbewaking vorm te geven.

Volgens bijna een kwart van de instellingen zal een vorm van externe beoordeling of certificering een goede stimulans zijn om de continuering te waarborgen. Als derde mogelijkheid wordt het aanpassen van wet- en regelgeving genoemd, zowel door de overheid (kwaliteitswet) als door andere partijen (contracten van financiers en CAO-afspraken).

Tot slot, wijst een deel van de directies erop dat de verdere ontwikkeling van kwaliteitszorg enige stabiliteit in de instelling vereist. Daar ontbrak het de laatste jaren nogal aan gezien de vele fusies en reorganisaties die recent zijn doorgevoerd.





## **8 SLOTBESCHOUWING EN AANBEVELINGEN VAN DE BEGELEIDINGSCOMMISSIE**

### **8.1 Slotbeschouwing**

Dit onderzoek geeft inzicht in de wijze waarop kwaliteitssystemen in de Nederlandse zorgsector tot ontwikkeling komen. In veel opzichten beantwoorden de onderzoeksresultaten aan de verwachtingen die op grond van de eerste twee onderzoeken konden worden geformuleerd. Daarnaast biedt het onderzoek een aantal nieuwe inzichten en geeft het aanleiding om sommige bestaande veronderstellingen te herzien.

De algemene indruk die uit dit onderzoeksrapport naar voren komt is dat de motivatie bij instellingsmanagers om aandacht aan kwaliteit te besteden hoog is. Het is om meerdere redenen verrassend om te constateren hoeveel er de afgelopen vijf jaar op gang is gekomen. Om te beginnen wisten we vijf jaar geleden nog nauwelijks wat 'kwaliteitszorg' in de gezondheidszorg zou moeten inhouden. De betekenis van de begrippen 'kwaliteit' en 'kwaliteitssysteem' en de consequenties daarvan voor de praktijk zijn in korte tijd nader geconcretiseerd. De voortvarendheid en het enthousiasme waarmee kwaliteitszorg ter hand wordt genomen zijn bijzonder, enerzijds omdat 61 % van de ondervraagde instellingen de afgelopen jaren te maken heeft gehad met een fusie of reorganisatie, anderzijds omdat een aantal externe prikkels uit het bedrijfsleven in de zorgsector ontbreken:

Concurrentie wordt in de literatuur bijvoorbeeld als een belangrijke prikkel voor het kwaliteitsbeleid omschreven. Uit dit onderzoek blijkt echter dat de aandacht en energie die in kwaliteitszorg wordt gestoken niet samenhangt met de ervaren concurrentiedruk.

Een andere veronderstelling is dat kwaliteitszorg zichzelf terugverdient. In de zorgsector is dit nog niet gebleken: 36 % van de instellingen verwacht op termijn wel besparingen, maar slechts bij 4 % van de instellingen zijn al besparingen gerealiseerd. Bij 19 % van de instellingen zijn de kosten gestegen. Het veelal werken met jaarlijks vastgestelde budgetten maakt het voor instellingen in mindere mate lonend besparingen te realiseren: efficiencyverbetering betekent binnen de vigerende financieringssystematiek van de meeste zorginstellingen niet noodzakelijkerwijze een kostenreductie.

Bij 42 % van de instellingen brengt kwaliteitszorg een hogere werkdruk met zich mee. Blijkens de antwoorden op de enquête leidt dit bij het merendeel

van de medewerkers niet tot ontevredenheid: blijkbaar heeft men er iets voor over en sluit de kwaliteitsgerichte benadering aan bij de professionele attitude en inzet van werkers in de gezondheidszorg.

De veronderstelling dat het invoeren van een kwaliteitssysteem in zorginstellingen ingewikkeld is, omdat professionele autonomie belemmerend zou werken op de invoering van kwaliteitssystemen, wordt door dit onderzoek niet gestaafd. Wel blijkt dat instellingen medewerkers/professionals meer en beter kunnen betrekken bij het kwaliteitsbeleid. Voorts wordt gewezen op de noodzaak kwaliteitsactiviteiten op te nemen in CAO-overeenkomsten.

Uit het onderzoek komt verder naar voren dat instellingen veel belang hechten aan een goede ontwikkeling van de externe beoordelingssystematiek. Opvallend veel instellingen geven aan dat certificatie op termijn een belangrijke stimulans voor continuering van de kwaliteitszorg kan zijn. Op korte termijn opteert het merendeel voor visitatie door de koepelorganisatie of voor interinstitutionele toetsing. Certificatie komt vooralsnog op de derde plaats, terwijl een klein gedeelte van de instellingen aangeeft zich door een patiëntenorganisatie te willen laten beoordelen.

Het aardige en interessante van dit onderzoek is, dat de ontwikkelingen in de zorgsector zijn afgezet tegen het model ontwikkeld door de Stuurgroep Nederlandse Kwaliteit. Dit maakt een vergelijking met het bedrijfsleven mogelijk.

#### *Zorgsector versus bedrijfsleven*

Bij de opzet van de vragenlijst is het model van de Stuurgroep Nederlandse Kwaliteit gehanteerd. Dit (op de systematiek van de European Quality Award gebaseerde) model, is voor het bedrijfsleven ontwikkeld. Het onderscheidt negen aandachtsgebieden voor kwaliteitszorg en vijf ontwikkelingsfasen die organisaties doorlopen bij de ontwikkeling van een integraal kwaliteitssysteem.

Een vergelijking tussen de ontwikkelingen in het bedrijfsleven en de zorgsector leert al snel dat het bedrijfsleven zich sterk op de klanten en op de externe markt richt, terwijl de zorgsector zich kenmerkt door de oriëntatie op de interne procesbeheersing. Verder wijzen de onderzoeksresultaten erop dat de zorgsector bij de invoering van kwaliteitszorg andere aandachtsgebieden en een andere fasering kent dan het bedrijfsleven.

De vijf belangrijkste aandachtsgebieden die bij invoering van kwaliteitszorg in de zorgsector kunnen worden onderscheiden zijn:

1. personeelsmanagement;
2. procesbeheersing door normering en protocollering;

3. procesbeheersing door het invoeren van deelsystemen voor kwaliteits-toetsing en -bevordering;
4. het bepalen van het kwaliteitsbeleid en de strategische uitwerking daarvan in kwaliteitswerkplannen;
5. participatie en feedback van cliënten/patiënten.

Sommige instellingen beginnen hun activiteiten op het gebied van kwaliteitszorg via het personeelsmanagement, andere starten met protocollering, weer andere met de invoering van deelsystemen. De onderscheiden aandachtsgebieden verkeren dikwijls in een verschillend ontwikkelingsstadium. Wanneer een instelling reeds ver gevorderd is op het ene aandachtsgebied, is er weliswaar een iets grotere kans dat zij ook ver gevorderd is op een ander aandachtsgebied, maar erg sterk is deze correlatie niet.

Eén aanpak en fasering die bij de invoering van kwaliteitszorg voor alle instellingen op dezelfde wijze verloopt, is in het materiaal niet terug te vinden. Wanneer we toch proberen, 'het' ontwikkelingsstadium van kwaliteitssystemen in 'de' zorgsector te schetsen - dus met voorbijgaan aan alle nuances die in de praktijk voorkomen - dan lijken de meeste instellingen de oriëntatiefase en voorbereidingsfase achter de rug te hebben. Bijna tweederde van de instellingen is aangeland in de fase van experimenteren en implementeren van deelsystemen. Een echt systematische aanpak van kwaliteitszorg op alle terreinen tegelijkertijd, en een integratie van kwaliteitsactiviteiten in de bedrijfsvoering, is nog vrijwel nergens gerealiseerd. Het accent ligt vooralsnog op het motiveren en scholen van het personeel voor kwaliteitszorg, en de normering van deelprocessen. De oriëntatie op behoeften en tevredenheid van gebruikers blijft in vergelijking met het bedrijfsleven achter en ook voor de komende jaren staat dit onderwerp niet hoog op de agenda van de instellingen.

#### *Wat heeft de zorgsector aan het model van de Stuurgroep Nederlandse Kwaliteit?*

Ondanks de geconstateerde verschillen tussen zorgsector en bedrijfsleven, bevat het model van de Stuurgroep Nederlandse Kwaliteit diverse aanknopingspunten voor de verdere ontwikkeling van kwaliteitssystemen in de zorgsector.

- Ten eerste wijst het op de noodzaak om de behoeften en tevredenheid van gebruikers systematischer na te gaan dan nu gebeurt. Juist in de zorgsector waar de patiënten zo direct betrokken zijn bij de zorgverlening, waar keuzevrijheid beperkt is en waar feedback nog niet vanzelf tot stand komt, is dit een belangrijk punt.

- Ten tweede wijst het model op de noodzaak om de activiteiten in de verschillende aandachtsgebieden uiteindelijk te integreren in één kwaliteitssysteem: strategisch beleid en kwaliteitsbeleid, personeelsmanagement, procesbeheersing en betrokkenheid van de gebruikers zullen in onderlinge samenhang gericht moeten worden op de doelstellingen van de organisatie.
- Ten derde moet er - wellicht meer dan in het bedrijfsleven - bijzondere aandacht zijn voor de inbreng en satisfactie van de medewerkers en professionals. 'Tevredenheid van de medewerkers' wordt door de Stuurgroep Nederlandse Kwaliteit beschouwd als apart aandachtsgebied voor het management in het kader van kwaliteitszorg. Tevredenheidsmetingen onder het personeel komen in de zorgsector slechts incidenteel voor, zo blijkt uit het onderzoek. Het toetsen en bevorderen van de tevredenheid zal in de zorgsector, mede gezien de bijzondere positie van professionals in zorginstellingen, een eigen invulling moeten krijgen.
- Het model van de Stuurgroep Nederlandse Kwaliteit vraagt aandacht voor de samenhang van het eigen kwaliteitsbeleid van de instelling met dat van de omringende zorgaanbieders: de 'keten-kwaliteit'. Dit begrip sluit aan bij de noodzaak van meer aandacht voor de continuïteit van zorgprocessen en het doorbreken van het 'lijnen-denken' van de jaren '70.

Met name op deze vier terreinen liggen de komende jaren de uitdagingen voor de zorgsector.

Er liggen geen standaard-recepten en voorbeelden uit het bedrijfsleven klaar, want ook daar is de kwaliteitssysteemontwikkeling nog lang niet uitgekristalliseerd. Nog slechts een kleine minderheid van de bedrijven heeft een 'kwaliteitssysteem', dat enigszins beantwoordt aan het model van de Stuurgroep Nederlandse Kwaliteit. De komende jaren zal de zorgsector dus zijn eigen koers moeten blijven uitzetten.

## 8.2 Aanbevelingen

*Aanbevelingen op instellingsniveau:*

I. In de meeste zorgsectoren bestaat nog relatief weinig aandacht voor aansluiting van het aanbod op de behoefte. Behoeft- en tevredenheidsonderzoek onder cliënten/gebruikers vindt weinig plaats en er wordt slechts beperkt gebruik gemaakt van het oordeel van de gebruikers over de bereikte resultaten. De instellingen die deze instrumenten wel toepassen doen dat meestal

incidenteel of ad hoc, en vrijwel nooit als systematisch onderdeel van het kwaliteitsbeleid of de kwaliteitscyclus. (Vertegenwoordigers van) patiënten, bewoners of familieleden van patiënten worden incidenteel betrokken bij de kwaliteitsactiviteiten in de instellingen. Te weinig is sprake van de participatie van patiënten in kwaliteitscommissies of verbeterprojecten, van betrokkenheid bij het ontwikkelen van kwaliteitscriteria of protocollen, van besprekingen van de uitkomsten van kwaliteitstoetsingen met patiënten.

*Zorginstellingen zullen zich meer op de behoeften en tevredenheid van hun gebruikers moeten richten.*

*De betrokkenheid van patiënten/cliënten dient het ad hoc karakter te overstijgen en een regulier onderdeel van het kwaliteitssysteem te worden.*

II. Uit het onderzoek blijkt dat de meeste instellingen niet het totaal aan relevante aandachtsgebieden betrekken bij het invoeren van kwaliteitszorg-principes. Er worden weliswaar veel instrumenten en deelsystemen ontwikkeld en ingevoerd, maar het lijkt erop, dat veel kwaliteitsdeelsystemen relatief geïsoleerd en onvolledig worden toegepast: de samenhang tussen de verschillende onderdelen is niet altijd duidelijk en de ontwikkelde instrumenten worden onvoldoende ingezet in een cyclisch proces van normeren, toetsen en verbeteren. Veel aandacht gaat naar het beschrijven van processen, het protocolleren en standaardiseren. Dat is ook logisch, want deze activiteiten vormen de basis voor kwaliteitsborging. Toch moet het niet blijven steken bij borging alleen: dat zou een statisch en mogelijk bureaucratisch geheel opleveren. Kwaliteitsborging is noodzakelijk, maar het is minstens zo belangrijk om met behulp van de informatie die uit het kwaliteitssysteem voortvloeit het diagnostisch vermogen ten aanzien van de eigen organisatie te verhogen en daar waar nodig verbeteringen aan te brengen.

Een logische volgende stap in de ontwikkeling kan dan ook zijn, dat het kwaliteitsbeleid de komende jaren in het teken komt te staan van een organisatiebrede aanpak, gericht op het oplossen van knelpunten en het aanbrengen van verbeteringen.

*Bij de invoering van kwaliteitssystemen besteden instellingen in een zo vroeg mogelijke fase aandacht aan de participatie en feedback van cliënten/patiënten, aan procesbeheersing, aan het personeelsmanagement en aan de ontwikkeling van beleid en strategie.*

*De komende jaren zullen de thans ontwikkelde instrumenten en methoden nadrukkelijk gebruikt moeten worden om aantoonbare kwaliteitsverbeteringen te realiseren.*

III. Instellingen kunnen medewerkers/professionals intensiever betrekken bij het kwaliteitsbeleid. Het personeelsmanagement biedt verschillende mogelijkheden om doelstellingen van het kwaliteitsbeleid te verwerkelijken. Deze mogelijkheden lijken nog onvoldoende benut te worden.

Om te beginnen blijkt uit het onderzoek dat de meeste instellingen medewerkers/professionals geen systematische feedback geven over de bereikte resultaten.

*Systematische feedback aan de medewerkers over het behalen van de in het kwaliteitsbeleid beoogde resultaten is een belangrijke stap bij de verder ontwikkeling van kwaliteitssystemen.*

Ten tweede blijkt dat instellingsmanagers er zelden op toezien dat afspraken en regels die met het oog op kwaliteitsborging - en verbetering zijn ontworpen, ook werkelijk worden nageleefd.

Het is in veel instellingen met andere woorden nogal vrijblijvend of medewerkers/professionals hun medewerking aan het realiseren van het kwaliteitsbeleid verlenen.

*Deelname aan kwaliteitsbevorderende activiteiten moet zijn vrijblijvende karakter verliezen. Bij de praktische uitwerking van het kwaliteitsbeleid moeten verantwoordelijkheden en bevoegdheden duidelijk worden toegedeeld.*

Ten derde is voor een succesvolle invoering van kwaliteitszorgprincipes van belang dat de medewerkers/professionals het beoogde kwaliteitsbeleid begrijpen en er het nut van inzien. Het moet aantrekkelijk zijn om op de gewenste manier te gaan werken, en het is dan ook van belang dat de instelling af en toe peilt hoe tevreden/ontevreden de medewerkers zijn over de manier waarop zij werken. Het wegnemen van hinderlijke aspecten van het werk, het oplossen van praktische problemen en het honoreren van suggesties voor verbeteringen kunnen de motivatie en daarmee de inzet en het werkplezier van medewerkers/professionals verhogen.

*Om een motiverend werkklimaat te realiseren moet het instellingsmanagement erop toezien dat interne beleidsmaatregelen aansluiten bij opvattingen, behoeften en inzichten van professionals.*

*Bij de invoering van kwaliteits(deel)systemen en verbetermaatregelen is het - met het oog op de interne samenhang en met het oog op de medewerking van professionals - aan te bevelen met multidisciplinaire projecten te starten.*

*Tevredenheidsonderzoek onder medewerkers kan - als relatief nieuw instrument in het totale arsenaal aan kwaliteitsinstrumenten - verder ontwikkeld worden.*

IV. De ontwikkelde kwaliteitssystemen zijn nog sterk intern georiënteerd: er wordt vooral gekeken naar de kwaliteit van het 'eigen' zorgproces.

Toch verkennen veel zorginstellingen al samenwerkingsmogelijkheden met aanpalende instellingen, met als oogmerk de continuïteit van zorg te bevorderen. Aanvankelijk ging het daarbij vooral om afspraken over de overdracht: de verwijzing van de patiënt van de ene naar de andere instelling. Inmiddels gaat men in sommige sectoren echter samenwerken in geïntegreerde 'programma's' of 'circuits', waarbij gelijktijdig aan eenzelfde patiënt zorgfuncties vanuit verschillende instellingen, in onderlinge samenhang, worden aangeboden.

Er ontstaat een bredere definitie van kwaliteit van zorg dan voorheen: zorg op maat kan niet meer uitsluitend door één instelling worden geboden, maar vergt de gelijktijdige inbreng van meerdere instellingen in een geïntegreerd behandelbeleid. Wanneer deze ontwikkeling zich doorzet, zal dat ook consequenties krijgen voor de kwaliteitssystemen van instellingen. Zorgvisies en het bijbehorende kwaliteitsbeleid zullen deels op regionaal niveau ontwikkeld worden, behandel- en verwijsprotocollen dienen in overleg tussen collega-instellingen tot stand te komen, en de kwaliteitstoetsing en -bevordering kunnen evenmin meer geheel binnen de instellingsgrenzen blijven maar zullen noodzakelijkerwijs die grenzen overschrijden.

*Met het oog op het realiseren van ketenkwaliteit zullen instellingen hun kwaliteitsbeleid meer moeten richten op de samenwerking en afstemming met andere zorgaanbieders, ter waarborging van de continuïteit van zorgprocessen.*

### *Aanbevelingen op landelijk niveau*

Zoals al eerder is opgemerkt, komt als algemene indruk uit dit rapport naar voren, dat de motivatie bij instellingsmanagers om aandacht aan kwaliteit te besteden hoog is. Gerichte ondersteuning is evenwel nodig om dit enthousiasme vast te houden. Sommige kwaliteitsactiviteiten worden nog slechts in een minderheid van de instellingen toegepast. Om verschillende redenen betreft het hier activiteiten en/of instrumenten van een dusdanige complexiteit dat zij niet (of niet gemakkelijk) in iedere instelling afzonderlijk ontwikkeld kunnen worden.

*De begeleidingscommissie beveelt voor de komende jaren landelijke ondersteuning en voorlichting aan ten aanzien van de ontwikkeling en invoering van de volgende activiteiten en instrumenten:*

- *Activiteiten gericht op het realiseren van ketenkwaliteit.*
- *Activiteiten gericht op de afstemming tussen instellingsmanagers en professionals (bijvoorbeeld de ontwikkeling van een instrument om te meten in hoeverre de interne beleidsmaatregelen aansluiten bij de opvattingen, behoeften en inzichten van professionals, ontwikkeling tevredenheidsonderzoek onder medewerkers).*
- *Activiteiten gericht op het verhelder en minder vrijblijvend maken van de betrokkenheid van patiënten/consumenten. (De betrokkenheid van patiënten/consumenten moet op korte termijn zijn vrijblijvende karakter verliezen. Er moet helderheid komen over de aard van de kwaliteitsactiviteiten waarbij zulke betrokkenheid zinvol is, en over de manier waarop zij vorm gegeven kan worden.)*
- *Activiteiten gericht op het verder ontwikkelen van methodieken met behulp waarvan de kwaliteit van zorg en de effectiviteit van de ontwikkelde kwaliteitssystemen inzichtelijk kunnen worden gemaakt. (Bijvoorbeeld management-informatiesystemen met behulp waarvan zorgprocessen beter kunnen worden beheerst en gestuurd.)*
- *Activiteiten gericht op het inzichtelijk maken van externe toetsing/beoordeling.*

Uit het onderzoek in de zorgsector blijkt vooralsnog niet dat investeringen in kwaliteitszorg zichzelf terugverdienen. Integendeel: bij het merendeel van de instellingen brengen kwaliteitsbeheersing en -verbetering hogere kosten met zich mee.



De kosten van kwaliteitszorg behoren tot de normale bedrijfskosten. Hetzelfde geldt voor de kosten van milieu-zorg en Arbo-zorg. Wanneer de eisen die aan instellingen gesteld worden steeds hoger worden, zullen daarmee ook de normale bedrijfskosten stijgen.

Bij de financiering moet met deze kostenstijging rekening worden gehouden. Ergo: er moet een verband komen tussen de aanwezigheid van een aantoonbaar en effectief kwaliteitsbeleid en de prijs voor het produkt c.q. de hoogte van het budget.

*De komende jaren zal de veronderstelling dat investeringen in kwaliteitszorg zichzelf terugverdienen, onderzocht moeten worden. Onderzoek is nodig om tot betrouwbare uitspraken te komen over de relatie tussen investeringen enerzijds en kostenreductie/besparingen anderzijds.*

*Op basis van de uitkomsten van dergelijk onderzoek moet vervolgens bepaald worden of wijziging in de financiering van zorg nodig is. Uitgangspunt daarbij is dat financiering van de zorg moet aansluiten op de eisen die uit oogpunt van kwaliteitsbeheersing en -verbetering aan die zorg gesteld worden.*

### **8.3 Tot slot**

Gezien de stand van zaken - we zijn een eind op weg maar er liggen nog belangrijke uitdagingen voor ons - dient de invoering van kwaliteitssystemen in instellingen blijvend door externe partijen gestimuleerd te worden. Daaraan kan een overeengekomen, samenhangend landelijk kwaliteitsbeleid een belangrijke bijdrage leveren.

Voor een overzicht van de stand van zaken lijkt een inventarisatie op gezette tijden zinvol. De in dit onderzoek ontwikkelde vragenlijst kan daarbij behulpzaam zijn.



## **ADDENDUM. DE STAND VAN ZAKEN BIJ APOTHEKERS**

### **A.1 Inleiding**

In de vorige hoofdstukken is de stand van zaken met betrekking tot de invoering van kwaliteitssystemen besproken van 15 sectoren in de gezondheidszorg en aanverwante welzijnszorg. De ontwikkelingen bij de apothekers worden apart beschreven omdat, zoals reeds in hoofdstuk twee is vermeld, de vragenlijst gedurende het onderzoek voor apothekers is aangepast waardoor de resultaten niet zonder meer kunnen worden vergeleken. Apothekers waren als enige beroepsgroep in het onderzoek meegenomen omdat de apotheek als een instelling/organisatie beschouwd kan worden. Apotheken nemen echter onder 'zorginstellingen' een bijzondere positie in omdat patiënten daar wel geadviseerd maar niet behandeld worden én omdat apothekers zowel management als professional zijn. De enquêtevragen naar bijvoorbeeld patiëntenparticipatie en autonomie van professionals bleken daardoor niet goed beantwoordbaar. De gegevens van de wel beantwoorde vragen worden in dit hoofdstuk beknopt weergegeven. Voor zover mogelijk zullen opvallende verschillen met de zorginstellingen worden besproken. De gegevens kunnen niet als representatief worden beschouwd voor alle apotheken gezien de lage respons (42%).

Voor een goed begrip van dit hoofdstuk wordt aanbevolen hoofdstuk 1 en 2 van dit rapport te lezen. Daarin wordt uiteengezet hoe de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem doorgaans verloopt en dat binnen een kwaliteitssysteem een onderscheid wordt gemaakt in aandachtsgebieden voor kwaliteitszorg.

Vooraf zij opgemerkt dat het kwaliteitssysteem in de apotheek meer aspecten omvat (bijvoorbeeld controle van medicijnbeheer en -bereiding, medicatiebewaking enzovoorts) dan in de enquête tot uiting komt. Met dit voorbehoud worden de hiernavolgende resultaten gepresenteerd.

In dit hoofdstuk worden drie vragen beantwoord.

Paragraaf A.2: Welke activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering worden door apothekers ondernomen ten aanzien van het beleid, het personeelsbeleid, de protocollering en deelsystemen?

Paragraaf A.3: Wat zijn de effecten die als gevolg van de kwaliteitsbewakende activiteiten zijn opgetreden?

Paragraaf A.4: Wat zijn de toekomstplannen van de apothekers ten aanzien van de verdere uitbreiding van het kwaliteitssysteem en wat zouden overheid,

financiers of KNMP moeten doen om de ontwikkelingen te continueren?  
Het hoofdstuk besluit met enkele conclusies.

## A.2 Activiteiten voor kwaliteitsbewaking- en verbetering

Voor het beschrijven van de kwaliteitsactiviteiten van apothekers zijn deze ingedeeld in de gebieden beleid en strategie, personeelsbeleid, procesbeheersing door normering en procesbeheersing door deelsystemen.

### *Beleid en strategie*

De mate waarin de apotheek expliciet aandacht besteedt aan kwaliteitszorg komt tot uiting in het kwaliteitsbeleid van de apotheek. Tabel 1 geeft allereerst een overzicht van de schriftelijke documenten waarover apotheken ten aanzien van kwaliteitszorg beschikken (zoals een kwaliteitsbeleid op schrift, kwaliteitswerkplannen, kwaliteitsjaarverslag of kwaliteitshandboek). In de tabel is te zien welk percentage van de respondenten over dergelijke documenten beschikt dan wel bezig is met de ontwikkeling ervan.

Tabel 1 Percentage apotheken dat beschikt over onderstaande documenten met betrekking tot het kwaliteitsbeleid (N=65)

	nee	i.o.	ja	miss.
Missie of visie op schrift	57	6	37	-
Produktomschrijvingen	48	12	39	1
Kwaliteitsbeleid op schrift	43	17	39	1
Kwaliteitswerkplan	37	15	48	-
Kwaliteitsjaarverslag	88	6	5	1
Kwaliteitshandboek	29	34	35	2

Uit de tabel blijkt dat bij 37% van de apotheken een missie op schrift is gesteld, bij 6% wordt gewerkt aan het ontwikkelen ervan. Ruim de helft van de apothekers heeft (57%) heeft geen visie of missie geformuleerd. Van de respondenten heeft 39% in produktomschrijvingen geëxpliciteerd welke producten en diensten geleverd worden en bij nog eens 12% zijn produktomschrijvingen in ontwikkeling. De helft van de apothekers heeft de doelstellingen ten aanzien van kwaliteit in een kwaliteitsbeleid vastgelegd of is hiermee bezig.

Kwaliteitswerkplannen komen frequenter voor. Bijna tweederde van de apothekers heeft concrete kwaliteitsplannen of werkplannen voor de apotheek opgesteld. Een klein deel van de respondenten legt op dit moment verant-

woording af via een kwaliteitsjaarverslag. Wel is te zien dat veel apotheken (35%) verantwoording afleggen via een kwaliteitshandboek waarin de procedures staan omschreven die worden gehanteerd om de kwaliteit te bewaken en te waarborgen. Bij nog eens 34% van de apotheken is dit handboek in ontwikkeling.

Indien we de apothekers vergelijken met de andere sectoren valt op dat meer apotheken een kwaliteitswerkplan hebben ontwikkeld (48% tegenover 18% bij de zorginstellingen) en dat een kwaliteitshandboek in apotheken meer wordt gehanteerd vergeleken met de zorginstellingen (35% tegenover 5%). Vergeleken met de instellingen hebben de respondenten minder vaak een missie of visie op schrift gesteld (37% tegenover 74% bij de zorginstellingen).

### *Personeelsbeleid*

De manier waarop het personeel wordt gestimuleerd en ondersteund kan van grote invloed zijn op de inzet bij kwaliteitsactiviteiten en de bereidheid mee te werken aan veranderingen. Uiteindelijk moeten de apothekersassistenten in hun werk en directe contact met de cliënt de kwaliteit gestalte geven. De wijze waarop de apotheker de medewerkers hierin stimuleert toont tabel 2.

Tabel 2 Percentage apotheken dat de volgende maatregelen treft op het gebied van personeelsbeleid (N=65)

<b>Stimulering</b>	
Apothekersassistenten worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen	83
Apothekersassistenten kunnen binnen werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten	46
Apothekersassistenten ontvangen systematische feedback over de bereikte resultaten	42
<b>Selectie en scholing</b>	
Scholing van apothekersassistenten	95
Scholing van de apotheekleiding	85
Scholing naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid	29
Selectie van nieuw personeel met een positieve attitude ten aanzien van kwaliteitszorg	63
Nieuwe apothekersassistenten worden geschoold in kwaliteitszorg	29
<b>Sturing</b>	
Apotheker geeft aan wat van assistenten wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van de apotheek	82
Apotheker bewaakt het werkplan van de apotheek	15
Apotheker toetst of assistenten zich houden aan de, in het kader van het kwaliteitsbeleid, gemaakte afspraken	66

Dat kwaliteitszorg ook in de apotheek een verandering vraagt in de manier van werken blijkt uit het feit dat in bijna alle apotheken de assistenten en de apotheekleiding worden geschoold in kwaliteitszorg (95% en 85%). Eveneens bij een ruime meerderheid van de apotheken worden de assistenten gestimuleerd zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen. Minder vaak krijgen zij feedback over de resultaten van de kwaliteitszorg.

Over het algemeen stuurt de apotheekleiding de kwaliteitsactiviteiten aan door aan te geven wat in het kader van het kwaliteitsbeleid van de assistenten wordt verwacht, en door te toetsen of assistenten zich houden aan de gemaakte afspraken. Minder vaak wordt gemeld dat de uitvoering van het kwaliteitswerkplan wordt bewaakt.

Vergeleken met de andere sectoren besteden apothekers meer aandacht aan scholing en geven zij vaker aan wat van hun medewerkers wordt verwacht. Ook toetsen meer apothekers of de medewerkers zich aan de gemaakte afspraken houden. Minder vaak daarentegen vindt de scholing plaats naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid.

Geconcludeerd kan worden dat er veel aandacht bestaat voor (scholing) van de individuele medewerkers. Minder vaak wordt een expliciete verbinding gelegd tussen het kwaliteitsbeleid en het personeelsbeleid in de zin dat scholing plaatsvindt op basis van prioriteiten in dit beleid of dat medewerkers feedback krijgen over de resultaten.

#### *Procesbeheersing door normering*

Naast het omschrijven van de diensten die de apotheek levert, worden ook de dienstverleningsprocessen beschreven en vastgelegd in protocollen en standaarden. De mate waarin apotheken deze hanteren voor onderdelen van het dienstverleningsproces of voor het gehele proces is in tabel 3 te zien.

Tabel 3 Percentage apotheken dat onderstaande protocollen of standaarden hanteert (N=65)

<b>Protocollen/standaarden m.b.t.</b>	
Medicijnbereiding	95
Medicijn-/voorraadbeheer	76
Specifieke verrichtingen	65
Cliëntenvoorlichting	52
Medicatiebegeleiding	52
*Receptbehandeling (aanname tot aflevering)	42
Vrije verkoop van geneesmiddelen	38
Optreden aan de balie	29
Contacten/samenwerking met voorschrijvende artsen	19

In bijna alle apotheken is de medicijnbereiding vastgelegd in protocollen. Daarnaast bestaan bij ruim tweederde van de apotheken protocollen voor het beheren van de medicijnvoorraad en voor specifieke handelingen. Ook de voorlichting die aan patiënten/cliënten gegeven dient te worden is bij de helft van de respondenten protocollair vastgelegd. In 42% van de apotheken is de receptbehandeling van aanname tot aflevering protocollair geregeld. Relatief weinig apotheken (19%) hebben daarentegen hun samenwerking met voorschrijvende artsen in protocollen of standaarden geregeld.

Een vergelijk met andere sectoren is niet rechtstreeks mogelijk omdat de protocollen die binnen de apotheek worden gehanteerd sterk verschillen van andere sectoren. Indien er wordt gekeken naar de overeenkomstige protocollen dan blijkt dat specifieke verrichtingen en de voorlichting aan de cliënt in de apotheek vaker protocollair is vastgelegd.

#### *Procesbewaking door deelsystemen*

In deze paragraaf worden de deelsystemen (feedbacksystemen) besproken die in een apotheek kunnen worden gehanteerd. Van een deelsysteem is sprake als op een cyclische wijze het dienstverleningsproces wordt gemeten, beoordeeld en verbeterd. Een systeem voor medicatiebewaking of het farmacotherapeutisch overleg zijn voorbeelden van dergelijke feedbacksystemen. Niet alleen dienstverleningsprocessen, maar ook ondersteunende en organisatorische processen kunnen op deze wijze systematisch worden bewaakt en verbeterd. Het doel van een deelsysteem is het aanbrenge van verbeteringen op basis van (gemeten) resultaten.

In tabel 4 (volgende pagina) is te zien: hoeveel apotheken inmiddels deelsystemen ontwikkeld hebben; in hoeverre deze deelsystemen cyclisch verlopen en of zij ingebed zijn in het kwaliteitssysteem van de apotheek. In de laatste kolom staat het percentage apotheken dat de vraag niet heeft beantwoord.

#### ad. a. Dienstverlening

Uit de tabel blijkt dat bijna alle apothekers deelnemen aan intercollegiale toetsing c.q. visitatie. Bij apothekers is deze vorm van kwaliteitsbeoordeling en -verbetering sinds 15 jaar gebruikelijk. De tabel laat zien dat de meeste apotheken deelsystemen hebben ontwikkeld om het dienstverleningsproces te bewaken en te verbeteren. Alle apotheken bewaken het medicijngebruik van cliënten en ruim de helft gebruikt een geautomatiseerd systeem om de individuele cliënt voor te lichten over werking en bijwerking van de voorgeschreven medicijnen. Alle apothekers werken regulier met huisartsen samen in het farmacotherapie-overleg.

Tabel 4 Percentage apotheken dat onderstaande deelsystemen  
 - ontwikkeld heeft,  
 - waarbij het deelsysteem cyclisch functioneert,  
 - waarbij het deelsysteem is ingebed in het kwaliteitssysteem.  
 (N=65)

	ja	cycl.	syst.	nee	miss
<b>a. dienstverlening</b>					
Intercollegiale toetsing/visitatie	55	23	14	8	-
Geautomatiseerd systeem voor individuele voorlichting over gebruik, werking en bijwerking van medicijnen	22	-	33	44	-
Medicatiebewaking	52	-	48	-	-
Farmacotherapeutisch overleg	43	38	19	-	-
<b>b. organisatie</b>					
Functionerings/beoordelingsgespr.	35	14	14	21	15
Klachtenregistratie/behandeling	31	1	9	52	6
Apotheker informatiesysteem	20	2	17	49	-
Interne audits	34	6	5	43	12
<b>c. cliënten en voorschrijvers</b>					
Tevredenheidsonderzoek gebruikers	35	8	3	49	5
Tevredenheidsonderzoek medewerkers	52	12	5	28	3
Tevredenheidsonderzoek voorschrijvers	19	2	-	71	9
Behoeftesonderzoek gebruikers	14	3	-	79	5
Behoeftesonderzoek voorschrijvers	5	1	-	88	6

#### ad. b. Organisatie

Ongeveer de helft van de respondenten hanteert deelsystemen om de bedrijfsvoering te verbeteren. Een mogelijkheid om dit te bereiken is het ontwikkelen van een apotheker-informatie-systeem waarbij gegevens worden verzameld over de diensten die aan verschillende groepen cliënten worden verleend en de uitkomsten daarvan zodat evaluatie en bijsturing van de kwaliteit kan plaatsvinden. Ook de klachtenregistratie kan op die wijze worden gebruikt. Een andere mogelijkheid is het houden van functionerings- en beoordelingsgesprekken met de apothekersassistenten. Bij 14% van de apotheken is deze activiteit systematisch onderdeel van het kwaliteitssysteem. Dit betekent dat de gesprekken worden gebruikt om de bijdrage die de assistente levert aan kwaliteitsbewaking en -verbetering te bespreken en bij geconstateerde tekortkomingen het scholingsbeleid hierop aan te passen.



#### ad. c. Cliënten en voorschrijvers

Bijna de helft van de respondenten meldt dat tevredenheidsonderzoek wordt gedaan onder cliënten of patiënten. Vaker nog wordt de tevredenheid van de medewerkers gepeild. Deze meningspeilingen gebeuren veelal nog ad-hoc of incidenteel en (nog) niet systematisch als onderdeel van het kwaliteitssysteem. Evenmin als zorginstellingen houden de geënquêteerde apothekers zich bezig met behoefte- of marktonderzoek. In de zorgsector blijkt dit nog weinig gebruikelijk te zijn.

De conclusie is dat de situatie in grote lijnen vergelijkbaar is met die in de zorginstellingen. Met uitzondering van behoefte-onderzoek zijn veel deelsystemen ontwikkeld, maar deze zijn nog weinig ingebed in het kwaliteitssysteem van de organisatie. Anders gezegd, de gegevens worden nog niet op systematische wijze gebruikt voor bijstelling van het (kwaliteits)beleid en de daaruit voortvloeiende maatregelen.

### **A.3 Effecten van het kwaliteitssysteem**

In de enquête is zowel gevraagd welke positieve effecten men inmiddels bereikt heeft dankzij de kwaliteitsactiviteiten als welke effecten men ervan verwacht. In het bedrijfsleven wordt een kwaliteitssysteem geacht bij te dragen aan tevredenheid van klanten en medewerkers en bij te dragen aan de financiële resultaten omdat de procesbeheersing leidt tot meer efficiëntie en doelmatigheid. In hoeverre dit bij de apothekers inmiddels zichtbaar is geworden laat tabel 5 zien.

Tabel 5 Percentage apotheken dat positieve effecten van het kwaliteits-systeem heeft bereikt dan wel verwacht (N=65)

	bereikt	verwacht	niet verw.	missing
<b>tevredenheid patiënten en gebruikers</b>				
toename klantgerichtheid	34	55	6	5
toename tevredenheid gebruikers	14	63	17	6
<b>tevredenheid medewerkers</b>				
toename tevredenheid personeel	45	35	15	5
toename inzet personeel	31	37	26	6
<b>functioneren van de instelling</b>				
betere profilering van de instelling	12	75	8	5
betere beheersbaarheid van de instelling	19	55	17	9
<b>financiële resultaten</b>				
kostenbesparing	9	35	48	8

Opvallend veel apothekers (45%) melden dat de tevredenheid van de medewerkers is toegenomen dankzij de expliciete aandacht voor kwaliteitszorg. Eenderde van hen meldt ook dat het personeel zich meer inzet voor het werk. Echter, 52% van de apothekers (niet in de tabel) rapporteert dat de kwaliteitsactiviteiten leiden tot een hogere werkdruk.

Een tweede effect betreft de klantgerichtheid in de apotheek. Meer cliëntgerichtheid of klantvriendelijkheid is in 34% van de apotheken te zien.

Volgens de respondenten heeft het kwaliteitssysteem tot nu toe weinig bijgedragen aan het imago van de apotheek, slechts 12% maakt gewag van een betere profilering. Wel is driekwart van de apothekers van mening dat het kwaliteitssysteem (in de toekomst) zal leiden tot een betere profilering of een beter imago. Evenmin als bij de zorginstellingen zijn in apotheken kostenbesparingen gerealiseerd, integendeel, 40% van de respondenten (niet in de tabel) merkt op dat de kosten gestegen zijn. In hoeverre dit aanloop- of ontwikkelingskosten zijn is niet bekend. In zijn algemeenheid is in de tabel te zien dat, hoewel de minderheid van de apothekers inmiddels positieve effecten heeft bereikt, de meerderheid deze wel in de toekomst verwacht.

Als tweede gevolg van het kwaliteitssysteem blijkt dat de regelgeving in de apotheken is veranderd. In tabel 6 zijn deze veranderingen weergegeven.

Tabel 6 Percentage apotheken dat een verandering in de regelgeving rapporteert (N=65)

Regelingen en procedures	% apotheken
Toename van regels en procedures	66
Formalisering van regels en procedures	43
Bewaking van regels en procedures	39
Verwijdering van regels en procedures	22

Maar liefst tweederde van de apothekers rapporteert dat het aantal regels in de apotheek is toegenomen. Daarnaast zijn regels geformaliseerd of worden beter bewaakt. Bij weinig respondenten zijn regels en procedures verwijderd. Doorgaans blijkt overigens ook pas in een latere fase bij de kwaliteitssysteemontwikkeling (bij de interne audits) welke regels overbodig of ineffectief zijn en dus verwijderd kunnen worden.

### A.3 Toekomstplannen en continuering

De vraag is op welke wijze de geënquêteerde apothekers de komende jaren verder gaan met de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem. Daartoe is in de enquête (in een open vraag) gevraagd welke concrete kwaliteitsactiviteiten het komend jaar prioriteit hebben. De antwoorden van de apothekers zijn ingedeeld in de vijf eerder onderscheiden aandachtsgebieden. In tabel 7 worden de prioriteiten bij de apothekers vergeleken met die bij de zorginstellingen.

Tabel 7 Percentage apotheken dat het komende jaar prioriteit geeft aan een aandachtsgebied vergeleken met de andere sectoren

	% apotheken	% zorginstellingen
Beleid en strategie	12	51
Personeelsmanagement	6	18
Procesbeheersing via normering	17	22
Procesbeheersing via deelsystemen	31	46
Clïëntgerichtheid (participatie)	34	11

De apothekers geven de hoge prioriteit aan kwaliteitsactiviteiten met betrekking tot patiënten en cliënten, bijvoorbeeld tevredenheidsmetingen, voorlichting of cliëntgerichtheid. In de zorginstellingen werd dit juist het minst frequent als prioriteit gesteld (34% van de apotheken en 11% van de zorginstellingen). Door relatief veel apotheken wordt eveneens prioriteit gegeven aan de verdere ontwikkeling van de deelsystemen en de inbedding daarvan in het kwaliteitssysteem. Ook door veel zorginstellingen werd dit als voornemen voor de komende jaren genoemd. De aandacht voor de verdere ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid (en kwaliteitsdocumenten) speelt wel bij de helft van de zorginstellingen maar wordt slechts door 12% van de apothekers genoemd. Door weinig apothekers wordt prioriteit gegeven aan de verdere ontwikkeling van het personeelsbeleid. Concluderend kan men stellen dat cliëntgerichtheid en procesbeheersing de komende jaren centraal staat in de apotheek.

De maatregelen die overheid, financiers of KNMP zouden moeten nemen om de continuering van de kwaliteitsontwikkeling te stimuleren zijn in tabel 8 weergegeven.

Tabel 8 Aantal apothekers dat maatregelen nodig acht om de ontwikkeling van kwaliteitssystemen te continueren (N=64)

Maatregelen m.b.t.:	aantal	%
Externe beoordeling	11	17
Financiering van (ontwikkelings)kosten	9	14
Wetgeving en regelgeving	2	3
Stabiliteit en duidelijkheid	1	1
Overig	3	5
Totaal	26	40

Het eerste wat opvalt is dat slechts 40% van de respondenten speciale maatregelen nodig acht voor continuering. We vermoeden dat kwaliteitsbewaking in de apotheek dermate gebruikelijk is dat geen expliciete maatregelen voor continuering nodig worden geacht. Ook meldt geen van de apothekers dat deskundigheidsbevordering en ondersteuning noodzakelijk is, iets wat de meerderheid van de zorginstellingen wenselijk vindt. Of dit betekent dat bij de apothekers voldoende know-how aanwezig is, is niet bekend maar kan worden verondersteld. Volgens 11 apothekers kan externe beoordeling bijdragen aan continuering en volgens 9 apothekers is financiering van (ontwikkelingskosten) gewenst. Een voorzichtige conclusie is dat apothekers

op eigen kracht verder gaan met de kwaliteitssysteemontwikkeling.

## **Conclusies**

Evenals de zorginstellingen zijn apothekers actief bezig met activiteiten op het terrein van kwaliteitsbewaking en -verbetering. Dat komt tot uiting in het aanwezig zijn van documenten over kwaliteitszorg (zoals een kwaliteitswerkplan of een kwaliteitshandboek), scholing en sturing van het personeel met betrekking tot kwaliteit, de aanwezigheid van protocollen en standaarden en de aanwezigheid van vaste procedures gericht op kwaliteitsbeheersing (bijvoorbeeld medicatiebewaking, farmacotherapeutisch overleg).

In vergelijking met andere sectoren zijn er verschillen die samenhangen met de aard van het werk in de apotheeksector. De sterke nadruk op procedures en protocollen vastgelegd in een kwaliteitshandboek is daardoor niet verrassend. Opvallend is de hoge prioriteit die apotheken hechten aan het vergroten van de cliëntgerichtheid in de toekomstige activiteiten. Aangetekend moet worden dat de hier beschreven apotheken misschien zullen voorlopen op de gemiddelde apothekers in Nederland gezien de lage respons op de enquête. Niettemin kan worden geconstateerd dat ook in de apotheek kwaliteitszorg een bekend verschijnsel is geworden.



## LITERATUUR

Casparie AF. De (actieve) rol van de beroepsgroep bij de kwaliteitsborging. Medisch Contact 45, 1990, 51/52, 1538-1539.

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

Driessen MJ, Sluijs EM, Dekker J. Kwaliteitsontwikkeling paramedische zorg. Utrecht, NIVEL, 1995.

EFQM, FQM. The European Model for Self-Appraisal. Brussel EFQM, 1992.

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

Groot R de (red.). Innovatie in de zorgsector. Jaarboek 1995. Utrecht, De Tijdstroom, 1995.

Hardjono TW, Hes FW. De Nederlandse Kwaliteitsprijs en Onderscheiding. Deventer, Kluwer, Kwaliteitskunde, 1993.

Klazinga NS. Kwaliteitsborging van medische-specialistische zorgverlening. In: Handboek kwaliteit van zorg. Utrecht, De Tijdstroom BV, 1992.

Ministerie van WVC. Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. 's Gravenhage, SDU Uitgeverij, 1992.

Ministerie van WVC. Kwaliteitsweg zorginstellingen. 's Gravenhage, SDU Uitgeverij, 1994.

Miltenburg I. Onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van een vraag over activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering (scriptie). Utrecht, Universiteit van Utrecht, 1995.

NVAGG. Tweede vervolgonderzoek kwaliteitsbeleid NVAGG-lidinstellingen 1993. Utrecht, 1994.

School MAA, Kooy CH van der, Kleine CM, Wiersema MI. Checklist kwaliteitszorg ziekenhuizen. Een instrument voor zelfdiagnose. Utrecht, NZi/NVZ, 1993.

Sluijs EM, Bakker DH de. Kwaliteitssystemen in ontwikkeling. Een inventarisatie van de kwaliteitssystemen die ontwikkeld zijn of ontwikkeld worden door koepels van beroepsbeoefenaren en koepels van instellingen in de gezondheidszorg en verwante welzijnszorg. Utrecht, NIVEL/NRV, 1992.

Sluijs EM, Bakker DH de, Dronkers J. Kwaliteitssystemen in uitvoering. Utrecht/Zoetermeer, NIVEL/NRV, 1994.

Theuvenet PJ, Driessen APPM, Merkus JMWM, Casparie AF, Wiel-Maas J van de, Kuipers WLR (red.). Kwaliteitsbeleid Medische Specialisten. Utrecht, 1995.

Timmermans JE, Sluijs EM, Dekker J, Hartog WHM den. Kwaliteitsbeleid paramedische beroepen. Utrecht, NIVEL/CBO, 1994.

Wensing M, Grol R, Dubois V. Invoering van kwaliteitsbevordering in de huisartsgeneeskunde; knelpunten en behoeften bij huisartsen. Maastricht/Nijmegen, Werkgroep Onderzoek Kwaliteit, 1993.

Wiersema MI. Hobbels en hefboomen in kwaliteitsmanagement. In: Handboek Kwaliteit van Zorg. Casparie e.a. (red). Utrecht, De Tijdstroom, 1994.





NATIONALE  
RAAD VOOR DE  
VOLKSGEZONDHEID

Gebouw Meerhorst III  
Boerhaavelaan 1  
2713 HA Zoetermeer  
Telefoon 079-710311  
Telefax 079-510881

Postbus 7100  
2701 AC Zoetermeer

BIJLAGE 1

## AFSPRAKEN OVER KWALITEITSBELEID

Opgesteld tijdens de vervolgonferentie 'Kwaliteit van Zorg'  
op 14 en 15 juni 1990 te Leidschendam

In deze bijlage tref u een integrale weergave van de afspraken aan (letterlijk overgenomen uit Medisch Contact nr. 27/28, 1990).



## I Preambule

Binnen het huidige tijdsbestek met zijn herziening van het stelsel van ziektekostenverzekering en kwaliteitswetgeving kan het nader concretiseren van een *samenhangend* kwaliteitsbeleid tussen de vier betrokken actoren worden uitgewerkt aan de hand van de onderstaande driehoeksrelatie. De drie partijen die deel uitmaken van deze relatie zijn de aanbieders, de patiënten en de verzekeraars<sup>1</sup>. De overheid wordt in deze benadering gezien als een kaderstellende partij. Tijdens de conferentie 'Kwaliteit van Zorg' op 6 en 7 april 1989 is een aantal uitspraken geformuleerd, welke inhouden dat het beleid van de overheid afhankelijk moet worden gesteld van initiatieven die door aanbieders, patiënten en verzekeraars in onderlinge samenhang tot stand komen. De verantwoordelijkheid van de overheid ligt derhalve in de randvoorwaardelijke sfeer conform het streven naar een meer afstandelijke overheidsbemoeienis. De verantwoordelijkheden van overheid en veld zijn op te vatten als communicerende vaten in die zin dat als de rol van een van deze actoren verandert, dit automatisch ook wijziging voor de anderen tot gevolg heeft.



Gesteld kan worden dat om te komen tot een samenhangend kwaliteitsbeleid er een nadere invulling moet plaatsvinden van de afzonderlijke zijden van de driehoeksrelatie. Deze benadering zou uiteindelijk moeten leiden tot afspraken inzake kwaliteit van zorg tussen

patiënten/consumenten - aanbieders - I  
patiënten/consumenten - verzekeraars - II  
aanbieders - verzekeraars - III

Afspraken in de bovenbeschreven relaties zijn geen nieuw fenomeen binnen de zorg. In dit kader kan verwezen worden naar de modelovereenkomst KNMG - LPCP, de in ontwikkeling zijnde overeenkomst tussen de LPCP en de NZR en de kwaliteitsaspecten opgenomen in het zogenaamde Vijf Partijen Akkoord. Dit laatste onderstreept dat de afspraken niet beperkt blijven tot bilaterale overeenkomsten.

### Thema 1: verantwoordelijkheden

Ten aanzien van het aspect verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg dient allereerst te worden vastgesteld op welk niveau (individu, koepel, instelling, gemeente, provincieregio, rijk) deze verantwoordelijkheid ligt. In de intentieverklaring zoals overeengekomen tijdens de startconferentie wordt de primaire verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de verleende zorg gelegd bij de aanbieders. Het beleid van de verzekeraars moet het leveren van goede kwaliteit mogelijk maken. Tevens dienen de verzekeraars de gewenste kwaliteit te contracteren. De patiënt krijgt meer verantwoordelijkheid. De overheid voert een zodanig beleid dat partijen hun verantwoordelijkheid ten aanzien van de kwaliteit van zorg kunnen waarmaken. De vraag

<sup>1</sup> Er zijn weliswaar andere zorgfinanciers dan verzekeraars zoals de gemeenten als financiers van GGD-en (Gemeenschappelijke/Gemeentelijke Gezondheidsdiensten) en het AMW (Algemeen Maatschappelijk Werk). In deze hoedanigheid passen zij niet in het model dat tijdens de conferentie is besproken.

is op welk niveau die verantwoordelijkheid ligt. Voortvloeiend uit de eerste conferentie kan, ten behoeve van nadere afspraken tijdens de vervolgconferentie, gesteld worden dat de landelijke 'koepels' van de betrokken partijen worden geacht het voortouw te nemen bij de uitvoering van de afspraken van de vervolgconferentie. Vanuit het landelijk niveau dient de vertaalslag te worden gemaakt van de uitkomsten van de conferentie naar een concrete operationalisering op de overige niveaus: dit dient mede te worden gebaseerd op datgene wat op deze niveaus reeds is ontwikkeld of in ontwikkeling is.

#### **Thema 2: criteria**

criterium is een begrip dat op verschillende manieren wordt uitgelegd. In het kader van het tot stand komen van een samenhangend kwaliteitsbeleid zal een eenduidige definitie moeten worden gehanteerd. Gekozen is voor de definitie zoals geformuleerd in de onlangs verschenen 'Discussienota Algemeen Begrippenkader Kwaliteitsbevordering' van de NRV: 'Kenmerk of maatstaf, op grond waarvan beoordeling plaatsvindt'. De drie partijen dienen elk hun eigen criteria te ontwikkelen op grond van hun verantwoordelijkheid met betrekking tot kwaliteit. Dit laat onverlet dat ook door of namens de overheid criteria kunnen worden ontwikkeld.

#### **Thema 3: kwaliteitssystemen**

Gelet op de 'Discussienota Algemeen Begrippenkader Kwaliteitsbevordering' en het rapport 'Certificatie van Instellingen' (mei 1990, beide van de NRV) wordt hier een onderscheid gemaakt tussen interne kwaliteitssystemen en externe kwaliteitsbeoordeling. Interne kwaliteitssystemen zijn met name gericht op het bewaken en bevorderen van de kwaliteit van zorgverlening en van de kwaliteit van de geleverde zorg. Externe kwaliteitsbeoordeling is beoordeling van de kwaliteit van de verleende zorg door een ter zake kundige instantie die onafhankelijk staat ten opzichte van degene die beoordeeld wordt.

#### **Thema 4: middelen**

Voor het tot stand brengen van een samenhangend kwaliteitsbeleid kunnen de volgende soorten middelen worden onderscheiden: overeenkomsten, financiële middelen en wetgeving.

## II Afspraken

### Thema 1: verantwoordelijkheden

1. a. De gewenste kwaliteit van zorg wordt in eerste aanleg door de aanbieders geformuleerd en gewaarborgd. Om het kwaliteitskader voor de individuele beroepsbeoefenaar te kunnen aangeven dient de beroepsgroep in ieder geval een beroepscode te hebben (hierbij kan ook gedacht worden aan standaarden, criteria en richtlijnen) en een beroepsprofiel.  
b. Aanbieders van zorg dienen zich blijvend toetsbaar op te stellen, hetgeen onder andere tot uiting dient te komen in een periodieke openbare verslaglegging, op een nader te bepalen aggregatieniveau.  
c. Het uitwerken van het kwaliteitsbeleid moet gebeuren aan de hand van de 'Discussienota Begrippenkader kwaliteit van de beroepsuitoefening' van de NRV (1986) (hoofdingeling hiervan is: methodisch-technisch handelen, attitude en organisatie) en een rapport inzake begrippenkader kwaliteit van instellingen, dat momenteel wordt voorbereid door de NRV. Afhankelijk van het aan de orde zijnde kwaliteitsaspect gebeurt het vaststellen van het kwaliteitsbeleid in overleg met patiënten en/of verzekeraars.
2. Het is enerzijds de verantwoordelijkheid van de diverse beroepsbeoefenaren zelf kwaliteits-systemen voor de beroepsuitoefening te ontwikkelen en anderzijds van het management van de instellingen om samen met de beroepsbeoefenaren kwaliteitssystemen te ontwikkelen betreffende de organisatorische structuur, de verantwoordelijkheden, de procedures, de processen en de voorzieningen voor het ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg.
3. Patiënten/consumenten hebben een verantwoordelijkheid bij het medebeoordelen van de kwaliteit van zorg. Voor de te beoordelen aspecten wordt verwezen naar de passage hierboven onder 1.c. Patiënten/consumentenorganisaties zullen vanuit hun specifieke betrokkenheid naar deze kwaliteitsaspecten kijken. Zo kunnen algemene patiëntenverenigingen zich meer richten op de aspecten attitude en organisatie en kunnen de categorale patiëntenverenigingen meer gericht zijn op de beoordeling van het aspect 'methodisch-technisch' handelen. De verantwoordelijkheid van patiënten/consumenten wordt met aanbieders van zorg in afspraken vastgelegd. De in de afspraken vastgelegde verantwoordelijkheden kunnen zowel rechten als plichten voor de patiënt inhouden.
4. De verantwoordelijkheid van de verzekeraars is het beoordelen van de kwaliteit van zorg, in het bijzonder wat betreft de aspecten doelmatigheid en organisatie. Ook aspecten als methodisch-technisch handelen en attitude kunnen onderdeel zijn van beoordeling door verzekeraars. Tevens is het de verantwoordelijkheid van de verzekeraars mede op grond van kwaliteit te contracteren en daarover verantwoording af te leggen. Daarnaast scheppen de verzekeraars in overleg met patiëntenorganisaties, aanbieders en overheid de voorwaarden om tot een verantwoord kwaliteitsniveau te komen.
5. De landelijke overheid is verantwoordelijk voor het scheppen van (wettelijke) voorwaarden voor het formuleren en realiseren van een adequaat kwaliteitsniveau door de drie betrokken partijen. De overheid formuleert in eerste instantie niet zelf kwaliteitseisen, maar kan de gebieden aangeven waarvoor deze eisen moeten worden opgesteld. De overheid formuleert de eisen indien het veld niet tot een te operationaliseren pakket van kwaliteitseisen komt. De overheid dient een stimulerend beleid te voeren om betrokkenen gelijke mogelijkheden te bieden om te komen tot afspraken op het gebied van kwaliteit. Tenslotte legt de overheid de basiskwaliteitseisen wettelijk vast zoals die door het veld zijn geformuleerd. De overheid draagt er zorg voor dat ingrijpen in geval van gebrek aan kwaliteit wettelijk wordt mogelijk gemaakt, waarbij sancties niet zijn uitgesloten. In dat kader dient de overheid duidelijkheid te scheppen over de bevoegdheden van het Staatstoezicht en over de normen op basis waarvan de overheid kan ingrijpen.

6. Het Staatstoezicht zal naast de gebruikelijke repressieve toezichtstaken controleren of er kwaliteitstoetsings- en kwaliteitsbevorderende systemen zijn en kan tevens, indien het daartoe aanleiding ziet, de deugdelijkheid en effectiviteit daarvan controleren. Daarnaast wordt het Staatstoezicht in adviserende zin betrokken bij het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid door aanbieders, verzekeraars en patiënten/consumenten.

#### **Thema 2: criteria**

1. Kwaliteitscriteria, zoals bij voorkeur te formuleren door de beroepsgroepen en instellingen, al dan niet in overleg met patiënten/consumenten<sup>2</sup> en verzekeraars (zie hiervoor de preambule), dienen betrekking te hebben op de aspecten zoals geformuleerd in de discussienota Begrippenkader kwaliteit van de beroepsuitoefening en het rapport inzake begrippenkader kwaliteit van instellingen (dit laatste is zoals vermeld nog in ontwikkeling<sup>3</sup>). De drie partijen formuleren ieder hun eigen kwaliteitscriteria op grond van hun eigen verantwoordelijkheden voor kwaliteit van zorg.
2. De kwaliteitscriteria dienen zodanig te worden ontwikkeld dat zijn slechts op één manier te duiden zijn en onderwerp kunnen zijn van toetsing.
3. Alle criteria kunnen onderdeel vormen van afspraken die worden overeengekomen tussen de partijen die deel uitmaken van de driehoeksrelatie.
4. Alle criteria dienen onderdeel van kwaliteitsbewakings-, bevorderings- en beheersingssystemen te zijn welke door de overheid wettelijk kunnen worden vastgesteld.

#### **Thema 3: kwaliteitssystemen**

##### *Interne kwaliteitssystemen*

1. De aanbieders (de beroepsbeoefenaren en de instellingen) werken aan het opzetten van een intern kwaliteitssysteem dat gericht is op het bewaken, bevorderen en beheersen van de kwaliteit volgens de afgesproken criteria.
2. Een onderdeel van het interne kwaliteitssysteem is het beoordelen van kwaliteit. Kwaliteitsbeoordeling vindt plaats aan de hand van de kwaliteitscriteria (zie afspraken onder thema 2). Instrumenten ten behoeve van de beoordeling zijn onder meer:
  - a. intercollegiale/interinstitutionele toetsing: intercollegiale toetsing/interinstitutionele toetsing kan worden gekoppeld aan een systeem van registratie/herregistratie.
  - b. registratie/herregistratie/re-examinering: ten behoeve van herregistratie kan - ter beoordeling van de desbetreffende beroepsgroep - bij- en nascholing verplicht worden gesteld.
  - c. structurele feedback van de gebruikers van zorg.
3. In eerste instantie wordt door middel van positieve incentives kwaliteitsbevordering respectievelijk de opzet van een intern kwaliteitssysteem gestimuleerd. In een later stadium moet eventueel correctie van de gestimuleerde activiteiten plaatsvinden. Als dit alles niet tot het gewenste resultaat leidt, worden sancties uitgevoerd volgens een nader uit te werken systeem.
4. Interne kwaliteitssystemen dienen zodanig te zijn dat zij externe beoordeling van de kwaliteit van zorg mogelijk maken. De aanwezigheid van een intern kwaliteitssysteem is een basiskwaliteitseis.

---

<sup>2</sup> Ook beroepsbeoefenaren kunnen afnemers zijn.

<sup>3</sup> De betreffende Discussienota begrippenkader kwaliteit van instellingen is in oktober 1990 door de NRV uitgebracht (secr. NRV).

### Externe kwaliteitsbeoordeling

1. Externe kwaliteitsbeoordeling dient bij voorkeur haar aangrijpingspunt te hebben op interne kwaliteitssystemen. Tevens kan zij de resultaten van zorg tot onderwerp hebben.<sup>4</sup>
2. In de op te stellen afspraken tussen de drie partijen dienen nadere bepalingen te worden opgenomen ten aanzien van het functioneren van het interne kwaliteitssysteem.
3. Ten aanzien van de openbaarheid van gegevens dienen tussen de drie partijen afspraken te worden gemaakt.
4. Een instrument voor kwaliteitsbeoordeling betreft een procedure voor onafhankelijke klachtenopvang en/of behandeling en uitvoering van patiënten/consumentenonderzoek. De uitkomsten van klachtenbehandeling en patiënten/consumentenonderzoek dienen teruggekoppeld te worden naar de kwaliteitscriteria. Tevens kunnen in nadere afspraken tussen de drie partijen bepalingen omtrent sancties naar aanleiding van klachten worden opgenomen.
5. Indien voor een groep beroepsbeoefenaren en/of instellingen wordt besloten tot de invoering van een systeem van certificatie, dienen hieraan de volgende voorwaarden te worden gekoppeld (gebaseerd op het NRV-advies):
  - 'certificatie is per definitie een vorm van onafhankelijke toetsing'
  - certificatie dient op basis van een groeimodel, zoals gepresenteerd in het rapport NRV 'Certificatie van instellingen' te worden ingevoerd, bij voorkeur:
    - a. als de ontwikkeling van modellen van interne kwaliteitssystemen heeft plaatsgevonden;
    - b. als de betrokkenheid van potentiële belanghebbenden nader is ingevuld.Op korte termijn dient hierover op bestuurlijk niveau tussen de aanbieders, patiënten/consumumenten en verzekeraars nader te worden besloten. Het Staatstoezicht dient hierbij in adviserende zin te worden betrokken.

### Thema 4: middelen

1. a. Kwaliteit moet onderdeel uitmaken van de overeenkomst tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder. De derde partij (patiënten/consumentenorganisaties) behoort daarbij betrokken te zijn.
  - b. In overeenkomsten kunnen incentives worden opgenomen tot kwaliteitsbevordering.
2. a. De financiering van aanloop- en ontwikkelingskosten moet beschikbaar komen als resultaat van overleg tussen de daarvoor in aanmerking komende groeperingen binnen de vier actoren.
  - b. Kosten van kwaliteitsbewaking, -beoordeling en -bevordering behoren tot de bedrijfsvoering van de gezondheidszorg. Het financieringssysteem moet daarop toegesneden zijn. Deze kosten dienen verdisconteerd te worden in de prijs per eenheid produkt.
3. Wetgeving kan worden beschouwd als middel om het kwaliteitsbeleid, zoals dit tot stand moet komen tussen partijen in de beschreven driehoeksrelatie, te stimuleren en te waarborgen. Indien wordt gekomen tot een wet op de kwaliteit van zorg, dient deze het karakter te hebben van een raamwet, wat inhoudt dat deze wet niet primair gericht is op de kwaliteitscriteria zelf doch voornamelijk op procedures en verantwoordelijkheden/bevoegdheden via welke totstandkoming van kwaliteitseisen en kwaliteitssystemen wordt gestimuleerd en gewaarborgd.

---

<sup>4</sup> Ten aanzien van het begrip 'resultaten van zorg' vindt tussen partijen nader overleg plaats.

4. De aanbieders, patiënten/consumenten en verzekeraars maken afspraken ten einde te waarborgen dat voldoende (dat is: valide en relevante) informatie voor kwaliteitsbeoordeling en -bewaking beschikbaar komt en blijft voor alle partijen, met inachtneming van de privacy-voorschriften.
5. De overheid en/of de verzekeraars voeren een beleid dat erop gericht is patiënten/consumentenorganisaties zodanig toe te rusten dat zij in staat zijn de kwaliteit van zorg te beoordelen en dienaangaande activiteiten te ontwikkelen.
6. De verzekeraars zullen overgaan tot het instellen van verzekerdenraden.
7. Verzekerden kunnen een actieve rol vervullen ter zake van kwaliteit, indien zij de vrijheid krijgen om van verzekeraar te wisselen. Daarbij dient een acceptatieplicht (zonder risico-selectie) te gelden.
8. Er is onderzoek nodig ten behoeve van het kwaliteitsbeleid. Dit onderzoek dient een onderbouwing te zijn van de inhoudelijke ontwikkeling van criteria en systemen voor kwaliteitsbevordering, waaronder de beoordeling van kosten en baten.
9. De overheid zal in overleg met het veld de totstandkoming van de klachtenwetgeving met kracht continueren.



### III Planning

#### Thema 1: verantwoordelijkheden

Tijdsplanning is hierop niet van toepassing.

#### Thema 2: criteria

1. Binnen twee jaar zullen partijen - het initiatief hiertoe zal binnen een half jaar door de aanbieders worden genomen - komen tot afspraken over:
  - de gebieden waarop de criteria betrekking hebben en de partijen die daarover met elkaar tot afspraken zullen komen.
  - een procedure om tot formuleren van de criteria te komen door de ter zake belanghebbende partijen;
  - een procedure om te komen tot prioriteitenstelling en de behandeling van de criteria;
  - een procedure om geschillen over formulering en prioriteitenstelling op te lossen;
  - een procedure om tot implementatie van de - reeds in het verleden - geformuleerde criteria te komen.
2. Binnen een termijn van vijf jaar zullen aan de hand van de onder 1 gestelde procedures de ontwikkelde criteria in overeenkomsten tussen de betrokken partijen zijn opgenomen:
  - specifiek wordt hierbij bedoeld de criteria voor goed medewerkerschap en goed verzekeraarschap;
  - tussen aanbieders en patiënten zullen de positie en de rechten en verantwoordelijkheden van de patiënt hierin worden betrokken;
  - in overleg tussen patiëntenorganisaties en verzekeraars zullen kwaliteitsbepalingen ten behoeve van polissen worden opgesteld.

#### Thema 3: systemen

1. Analoog aan het ontwikkelingstraject van kwaliteitscriteria (zie thema 2) dienen partijen in de driehoeksrelatie binnen een termijn van twee jaar procedure-afspraken te hebben gemaakt over het ontwikkelen van kwaliteitssystemen.
2. Binnen een termijn van vijf jaar moeten interne kwaliteitssystemen operationeel zijn.

#### Thema 4: middelen

Met uitzondering van de punten 4 en 9 dienen deze afspraken operationeel te zijn bij invoering van de stelselwijziging gezondheidszorg. De punten 4 en 9 dienen binnen een jaar te zijn gerealiseerd.

### IV Voortgangsbewaking

De NRV zal worden gevraagd een commissie te formeren die de voortgang controleert en jaarlijks rapporteert. De NRV zal deze commissie binnen een half jaar samenstellen in overleg met de geledingen binnen de gezondheidszorg.



BIJLAGE 2

1979



postbus 1568  
3500 BN Utrecht  
telefoon 030 319946

# Vragenlijst inventarisatie kwaliteitssystemen

---

## HET KWALITEITSBELEID

### 1. In hoeverre beschikt uw instelling over onderstaande documenten?

#### Documenten

Missie op schrift: de visie en uitgangspunten van de instelling

'Produkt'omschrijvingen: gedetailleerde omschrijving van de zorg die aan verschillende doelgroepen wordt verleend

Kwaliteitsprofielen: concrete omschrijvingen van de kwaliteitskenmerken en kwaliteitsnormen waaraan de zorg moet voldoen

Kwaliteitsbeleid op schrift: een omschrijving van de doelstellingen t.a.v. kwaliteit en het kwaliteitsniveau alsmede de wegen die daarnaar moeten leiden

Kwaliteitswerkplan op instellingsniveau: een uitwerking van het kwaliteitsbeleid in concrete maatregelen en activiteiten om het kwaliteitsbeleid te realiseren

Kwaliteitswerkplan op afdelings-/voorzieningenniveau voor **sommige** afdelingen/voorzieningen

Kwaliteitswerkplan op afdelings-/voorzieningenniveau voor **alle** afdelingen/voorzieningen

Kwaliteitsjaarverslag: een verantwoording van alle activiteiten die in het kader van kwaliteitszorg ondernomen zijn en de resultaten daarvan

Kwaliteitshandboek: een omschrijving van alle procedures die worden gehanteerd om de kwaliteit te bewaken en te waarborgen en de personen die verantwoordelijk zijn voor het handhaven daarvan

nee	in ont- wikkeling	ja

#### TOELICHTING \*:

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

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

Sinds 19.....

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

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

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

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

---

**REDENEN VOOR KWALITEITSZORG**

---

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

**Redenen**

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

	speelde niet mee	speelde enigszins mee	speelde in grote mate mee

---

## RANDVOORWAARDEN EN PERSONEELSMANAGEMENT

---

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

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

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

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

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

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

---

## WERKEN VOLGENS PROTOCOLLEN

---

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

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

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

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

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

---

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

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





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

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

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

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

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....

---

## EXTERNE ORIËNTATIE

---

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

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

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

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

---

## EFFECTEN EN TOEKOMST VAN KWALITEITSBEWAKING/-VERBETERING

---

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

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

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

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

**Effecten:**

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

	wordt niet verwacht	wordt verwacht	reeds bereikt

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

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

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

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

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

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

---

## ORGANISATIEKENMERKEN

---

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

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

---

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

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

---

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

..... fte's

---

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

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

sinds 19.....

---

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

- |   |                                   |                                |
|---|-----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> LVT            | <input type="checkbox"/> NVAGG    | <input type="checkbox"/> NVZ   |
| <input type="checkbox"/> VNB            | <input type="checkbox"/> NVBW     | <input type="checkbox"/> NVGz  |
| <input type="checkbox"/> NeVIV          | <input type="checkbox"/> NVGGZ    | <input type="checkbox"/> NVVz  |
| <input type="checkbox"/> LVGGD          | <input type="checkbox"/> Fiad/Wdt | <input type="checkbox"/> KNMP  |
| <input type="checkbox"/> LVG            | <input type="checkbox"/> NFVLG    | <input type="checkbox"/> SOMMA |
| <input type="checkbox"/> VOG-sectie/AMW | <input type="checkbox"/> anders   |                                |

23. Wilt u aangeven wie de vragenlijst heeft ingevuld?

- directie
- anders, namelijk (functie) .....

---

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

- nee
- ja

---

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

---



## **BIJLAGE 3**

### **Methodologische verantwoording van het gehanteerde fase-model**

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

#### **A. De toedeling van activiteiten aan aandachtsgebieden**

In eerste instantie zijn alle vragen naar activiteiten voor kwaliteitsbewaking/verbetering op theoretische gronden ingedeeld (deductie) in de vooraf veronderstelde aandachtsgebieden van de Nederlandse Kwaliteitsprijs, zoals beleid & strategie, voorwaarden, leiderschap, personeelsmanagement, procesbeheersing, externe oriëntatie en resultaten. Vragen die ingaan op de redenen om aan kwaliteitsverbetering te werken, de ervaren voor- en nadelen, enzovoorts zijn buiten beschouwing gelaten. Vervolgens is de samenhang tussen de vragen waarvan verondersteld werd dat deze tot één aandachtsgebied behoren getoetst met een gedwongen één factor oplossing. Bij een factoranalyse zoekt men via het waargenomen verband tussen een aantal variabelen (vragen) naar de achterliggende grootheid of factor. De mate waarin de latente variabele (achterliggende grootheid) een rol speelt bij de scores op de afzonderlijke vragen wordt uitgedrukt in een 'wegingsgetal' (factorlading) tussen 0 (geen rol) en 1 (volledig bepaald).

Uit deze analyse bleek dat de statistische samenhang tussen activiteiten die verondersteld werden tot een aandachtsgebieden te horen laag was. De

verklaarde variantie was bij het aandachtsgebied voorwaarden 13,6%, bij leiderschap 17,3% en bij personeelsmanagement 14,8%. Om deze reden is besloten verder te zoeken naar een toedeling van activiteiten aan aandachtsgebieden die meer aan zou sluiten bij het empirische materiaal.

In een tweede stap zijn de vragen niet op voorhand ingedeeld in aandachtsgebieden zoals in de eerste stap, maar is een factoranalyse zonder vooronderstellingen op alle variabelen uitgevoerd (alleen de variabelen met betrekking tot kwaliteitszorg). In deze stap is dus geprobeerd via inductie van het empirische materiaal te komen tot achterliggende dimensies. Dit zou kunnen leiden tot dimensies die instellingen onderscheiden naar ontwikkelingsfase op een bepaald aandachtsgebied. Het zou ook kunnen leiden tot dimensies die instellingen onderscheiden die op een bepaald aandachtsgebied bezig zijn van instellingen die op een ander aandachtsgebied bezig zijn.

Omdat niet op voorhand aangenomen kan worden dat factoren onafhankelijk van elkaar zijn, is een factoranalyse met oblimin rotatie uitgevoerd, met als voorwaarde dat alleen variabelen die hoger dan 0.30 scoren op een bepaalde factor worden geselecteerd. De met behulp van deze factoranalyse verkregen factoren zijn pas als factor aangemerkt als de eigenwaarde<sup>1</sup> groter is dan 1. Een overzicht van de verklaarde varianties van de verkregen factoren is weergegeven in Tabel 1.

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

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

De factoren 1 tot en met 5 verklaren tezamen 34% van de variantie tussen de instellingen. De eerste factor, procesbeheersing door deelsystemen, heeft hierin het grootste aandeel. De twee laatste factoren zijn niet in het model

<sup>1</sup> De mate waarin een factor de verschillen tussen instellingen verklaart, wordt de eigenwaarde genoemd.



opgenomen omdat de verklaarde variantie zeer laag is en de eigenwaarde van beide factoren niet of nauwelijks boven de 1 uitkomt. Dit is factor 6 (samenwerking tussen instellingen) en factor 7 (aandachtsgebied voorwaarden zoals een kwaliteitsfunctionaris of ondersteuning).

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

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

Variabelen	Factorlading
<b>Factor 1: Procesbeheersing door deelsystemen</b>	
1. Behoeftte onderzoek onder gebruikers	.82849
2. Interinstitutionele toetsing/visitatie	.79490
3. Behoeftte onderzoek onder verwijzers of andere partijen	.77555
4. Tevredenheidsonderzoek medewerkers/professionals	.77460
5. Tevredenheidsonderzoek onder verwijzers of diegenen naar wie verwezen wordt	.75394
6. Interne audit	.74292
7. Management-informatie-systeem	.72617
8. Intercollegiale toetsing monodisciplinair	.69440
9. Tevredenheidsonderzoek onder gebruikers	.67968
10. Intercollegiale toetsing multidisciplinair	.63959

- vervolg -

- vervolg tabel 1 -

Variabelen	Factorlading
11. Cliënten-/familieraad	.63767
12. Klachtenregistratie en -behandeling	.63576
13. Commissies (bijv. voor infecties, FONA/MIP, calamiteiten)	.62694
14. Zorg-/begeleidingsplan	.55846
15. Functionerings-/beoordelingsgesprekken	.31968
<b>Factor 2: Personeelsbeleid</b>	
1. scholing/deskundigheidsbevordering van medewerkers/professionals	.64068
2. scholing/deskundigheidsbevordering van leidinggevenden/management	.61865
3. nieuwe medewerkers/professionals worden geschoold in kwaliteitsbewaking/-verbetering	.46043
4. medewerkers/professionals kunnen binnen werktijd deelnemen aan activiteiten voor kwaliteitsverbetering	.43528
5. de directie toetst of de medewerkers/professionals zich houden aan de afspraken die gemaakt zijn in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling	.41496
6. selectie van nieuw personeel met een positieve attitude t.a.v. kwaliteitszorg	.40606
7. deskundigheidsbevordering vindt plaats naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid	.40340
8. medewerkers/professionals worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen	.38832
9. de directie geeft aan wat van medewerkers/professionals wordt verwacht in het kader van het kwaliteitsbeleid van de instelling	.35494
10. geven van systematische feedback over de bereikte resultaten aan medewerkers/professionals	.34684
11. bewaking van de afdelings-/voorzieningswerkplannen	.32085
<b>Factor 3: Participatie van patiënten/cliënten</b>	
1. ontwikkelen van kwaliteitscriteria/normen	.90639
2. opstellen protocollen/standaarden	.90378
3. beoordelen of beoogde doelen t.a.v. kwaliteit worden gehaald	.97395
4. participatie in (kwaliteit)commissies	.97078
5. participatie in verbeterprojecten	.85510
6. bespreken uitkomsten van satisfactieonderzoek, klachtenregistratie, etc.	.81344
<b>Factor 4: Beleid en strategie</b>	
1. kwaliteitswerkplan op instellingsniveau	-.77252
2. kwaliteitsbeleid op schrift	-.67725
3. kwaliteitsjaarverslag	-.66936
4. kwaliteitswerkplan of afdelings-/voorzieningenniveau voor alle afdelingen/voorzieningen	-.64231
5. kwaliteitsprofielen	-.63029
6. kwaliteitshandboek	-.60465
7. kwaliteitswerkplan op afdelings-/voorzieningenniveau voor sommige afdelingen/voorzieningen	-.58434
8. 'produkt'omschrijvingen	-.45321

- vervolg -

- vervolg tabel 1 -

Variabelen	Factorlading
<b>Factor 5: Procesbeheersing door normering</b>	
1. protocollen/standaarden gericht op specifieke behandel-/begeleidingsvormen/verrichtingen	.61555
2. protocollen/standaarden voor het gebruik van medische hulpmiddelen	.58607
3. protocollen/standaarden voor voorbehouden handelingen	.55839
4. protocollen/standaarden voor de voorlichting aan de patiënt/cliënt/bewoner/klant	.49892
5. protocollen/standaarden voor specifieke doelgroepen en diagnoses	.47911
6. protocollen/standaarden voor kritische momenten in het zorg-/dienstverleningsproces	.36668
7. protocollen/standaarden voor de routing van de patiënt/cliënt/bewoner/klant van aanmelding tot afsluiting van de zorg	.35447

De gevonden factoren/aandachtsgebieden kunnen als volgt kort worden gekarakteriseerd.

De factor beleid en strategie maakt het mogelijk instellingen die ver gevorderd zijn met het ontwikkelen van beleidsdocumenten als een kwaliteitsbeleid, kwaliteitswerkplannen of een kwaliteitsjaarverslag te onderscheiden van instellingen die nog aan het begin staan.

De factor personeelsbeleid wordt bepaald door de scholing van (nieuwe) medewerkers en management en de manier waarop de directie de medewerkers stimuleert bij het ontwikkelen van activiteiten voor kwaliteitsbewaking/-verbetering.

De factor procesbeheersing door normering geeft aan in hoeverre instellingen gebruik maken van protocollen, richtlijnen en standaarden om het dienstverleningsproces te sturen.

De sterkste factor in het algehele model, procesbeheersing door deelsystemen, verklaart 15% van de verschillen tussen instellingen en wordt gevormd door uiteenlopende deelsystemen op het gebied van de professionals, de organisatie en de patiënt of cliënt.

Een voor de gezondheidszorg specifieke factor is de participatie van patiënten/cliënten. Deze factor onderscheidt instellingen die hun patiënten/cliënten betrekken bij het ontwikkelen van criteria, protocollen of kwaliteitsprojecten van instellingen die de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem meer zien als een interne aangelegenheid.

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

gend genoemd kan worden.

Tabel 3 Overzicht van Cronbach's  $\alpha$  voor de uit de factoranalyse geselecteerde aandachtsgebieden

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

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

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

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

### B. De vaststelling van de ontwikkelingsfase per aandachtsgebied

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

- a) Op theoretische gronden is bepaald of een activiteit thuis hoort in één van de volgende fasen: bewustwording/oriëntatie, bouw van een infrastructuur/voorbereiding, experimenteel karakter/uitvoering, en systematische aanpak/verankering.
- b) Het percentage instellingen dat de activiteit reeds heeft ontwikkeld: indien bijvoorbeeld 80% van alle instellingen een bepaalde activiteit heeft ontwikkeld, lijkt het aannemelijk dat de activiteit bij een vroege ontwikkelingsfase hoort.
- c) De op grond van de eerste twee criteria gemaakte rangorde moest aansluiten bij ervaringen van deskundigen uit het veld (leden van de begeleidingscommissie).

De precieze inclusiecriteria per fase en aandachtsgebied zijn reeds weergegeven in hoofdstuk 2. De op deze manier ontstane indeling is te zien in tabel 5. Als een instelling aan één van de indicatoren uit een bepaalde ontwikkelingsfase voldoet wordt gesteld dat die ontwikkelingsfase is bereikt. Als een instelling voldoet aan de indicatoren voor meerdere ontwikkelingsfasen is deze ingedeeld bij de verst gevorderde ontwikkelingsfase.

Tabel 5 Indicatoren voor het bereiken van ontwikkelingsfasen voor kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg per aandachtsgebied

FASEN	Beleid en strategie	Personeelbeleid	Procesbeheersing door normering	Procesbeheersing door deelsystemen	Participatie van patiënten/cliënten
oriëntatie/bewustwording	Missie Produktomschrijving	Stimuleren vakinhoudelijke ontw.	Protocollen voor specifieke behandeling	Toetsing mono-/multidisciplinair zorgplannen	Patiënt wordt niet betrokken
voorbereidingsfase	Kwaliteitsbeleid Kwaliteitswerkplan instelling Kwaliteitsprofielen	Scholing leiding Scholing medewerkers Deeln. in werktijd Directie geeft aan	Voorlichting, Specifieke doelgroepen, Voorbehouden handelingen, Medische hulpmiddelen	Commissies Klachtenregistratie Cliëntenraad Functioneringsgesprekken	Bespreken van uitkomsten Beoordelen of doelen gehaald
uitvoeringsfase	Kwaliteitswerkplan sommige afdelingen Kwaliteitswerkplan alle afdelingen	Directie toetst Directie bewaakt Selectie nieuw personeel	Kritische momenten, Samenwerking andere inst.	Tevredenheidsoz Behoeftesz	Incidenteel participeren in commissies, projecten en bij het ontw./opst. v. criteria/protocollen
systematische aanpak/verankering	Kwaliteitsjaavverslag Kwaliteitshandboek	Systematische feedback Prioriteiten nav kwaliteitsbeleid Scholing nieuw personeel	Routing patiënt	Managementinfosysteem Interne audit Interinstitutionele toetsing	Systematisch participeren in commissies, projecten en bij het ontw./opst. van criteria/protocollen

De indeling en opeenvolging van de ontwikkelingsfasen wordt in deze laatste stap geverifieerd door na te gaan in hoeverre instellingen in een bepaalde fase de activiteiten behorende bij een eerdere fase reeds hebben ontwikkeld. Indien er bij het ontwikkelen en implementeren van een kwaliteitssysteem sprake is van het doorlopen van opeenvolgende fasen dan zouden bijvoorbeeld instellingen die in fase drie zijn ingedeeld één of meer activiteiten van elke der eerdere fasen reeds moeten ontplooiën. In tabel 6 is per ontwikkelingsfase het percentage van de instellingen weergegeven dat voldoet aan de voorgaande ontwikkelingsfasen. Indien de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem bij alle instellingen in de veronderstelde volgorde zou verlopen, zouden alle percentages op 100% uitkomen.

Tabel 6 Percentage van de instellingen per ontwikkelingsfase die ook voldoet aan tenminste één van de indicatoren uit de voorgaande fasen

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

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

Als een instelling zich in een bepaalde fase bevindt zijn doorgaans ook activiteiten uit de voorgaande fasen ontplooid, zo laat tabel 6 zien. Bij alle aandachtsgebieden ligt het percentage boven de 70% en bij twee aandachtsgebieden (beleid en strategie en deelsystemen) zelfs rond de 90%. Deze fase-indeling wordt dan ook in de verdere analyses gebruikt.

## Bijlage 4

In het rapport is in hoofdstuk drie een overzicht gegeven van de kwaliteitsactiviteiten die door Nederlandse zorginstellingen per aandachtsgebied worden uitgevoerd. In deze bijlage worden in vijf tabellen dezelfde activiteiten gepresenteerd, maar deze keer uitgesplitst per sector.

In tabel 1 is te zien hoeveel instellingen per sector beleidsdocumenten heeft ontwikkeld zoals een missie, een kwaliteitsbeleid of kwaliteitswerkplannen.

In tabel 2 worden de activiteiten op het gebied van personeelsbeleid gepresenteerd. Voor de duidelijkheid is de indeling uit het rapport in stimulering, selectie en scholing, en sturing aangehouden.

De activiteiten die samenhangen met het aandachtsgebied procesbeheersing door normering worden weergegeven in tabel 3. Door de verschillende sectoren naast elkaar te zetten worden de verschillen in het hanteren van protocollen duidelijk. Bij het interpreteren van de tabel moet ermee rekening worden gehouden dat sommige protocollen in bepaalde sectoren minder relevant zijn.

Tabel 4 gaat in op de deelsystemen die in een instelling volgens een cyclisch proces van meten, beoordelen en verbeteren verlopen, of al ingebed zijn in het algehele kwaliteitssysteem van de instelling. In het laatste geval vindt tevens terugkoppeling plaats naar betrokkenen en wordt er samenhang aangebracht tussen het deelsysteem en andere kwaliteitsactiviteiten.

In tabel 5, tenslotte, is te zien hoeveel instellingen per sector hun patiënten/cliënten/bewoners betrekken bij activiteiten voor kwaliteitsbewaking en -verbetering. Hierbij is het mogelijk de patiënt/cliënt/bewoner altijd te betrekken of afhankelijk van het onderwerp.

---

Tabel 1 Percentage instellingen per sector dat over onderstaande beleidsdocumenten beschikt

Beleidsdocumenten	Eiad	LVG	LVT	NeVIV	NVBW	NVGGZ	NVGZ	NVVZ	NVZ	SOMMA	WZF	AMW	NFVLG	NVAGG	LVGGD
Missie	77	72	69	80	65	79	85	82	71	78	71	64	84	72	78
Produktschrijving	36	22	53	37	39	45	41	34	10	64	33	40	47	26	49
Kwaliteitsbeleid	20	38	23	17	27	26	15	22	24	14	15	26	8	41	9
Kwaliteitswerkplan instellingsniveau	21	38	25	7	22	19	14	17	15	20	11	21	14	25	7
Kwaliteitswerkplan sommige afdelingen	12	27	26	21	16	33	20	20	50	3	20	21	13	25	32
Kwaliteitswerkplan alle afdelingen	14	5	3	3	14	14	6	4	4	3	6	7	7	10	-
Kwaliteitsjaarverslag	7	37	5	10	15	15	13	12	12	6	4	12	15	7	2
Kwaliteitshandboek	2	4	3	10	10	4	4	12	3	3	12	5	5	5	5



Tabel 2 Percentage instellingen per sector dat onderstaande activiteiten op het gebied van personeelsbeleid heeft ontplooid

Personneelsbeleid	Fiad	LVG	LVT	NeVIV	NVBW	NVGGZ	NVGGZ	NVZ	SOMMA	WZF	AMW	NFVLG	NVAGG	LVGGD
<b>Stimulering</b>														
Vakinhoudelijk ontwikkelen	66	59	58	73	81	79	71	77	64	78	58	68	81	76
In werktijd deelnemen aan kw.activiteiten	45	74	61	47	68	54	55	63	62	51	54	72	65	60
Systematische feedback	26	36	32	57	44	33	21	34	29	43	44	35	40	20
<b>Selectie en scholing</b>														
Schooling medewerkers	62	72	53	70	71	58	66	68	69	62	63	73	46	76
Schooling management	60	59	52	67	63	64	61	72	60	57	69	63	58	64
Schooling nav prioriteiten kwaliteitsbeleid	43	43	46	50	56	43	41	42	38	43	41	56	42	31
Selectie nieuw personeel met pos. attitude	40	48	28	53	42	32	43	53	36	41	61	43	42	29
Nieuwe medewerkers scholen in kw.zorg	19	6	16	13	24	10	20	14	14	14	17	21	13	11
<b>Sturing</b>														
Directie geeft aan wat wordt verwacht	55	47	66	67	54	57	61	60	62	51	58	63	69	44
Directie bewaakt werkplannen	52	39	26	63	32	36	35	36	26	35	27	33	58	56
Directie toetst of medewerkers zich houden aan afspraken	42	40	33	40	37	36	37	44	30	30	28	46	48	13

Tabel 3 Percentage instellingen per sector dat onderstaande protocollen en standaarden in de instellingen gebruikt

Protocollen/standaarden	Fiad	LVG	LVT	NeVIV	NVBW	NVGGZ	NVGZ	NVZ	SOMMA	WZF	AMW	NFVLG	NVAGG	LVGGD
Specifieke behandeling/verrichting	53	85	53	53	54	72	59	80	43	47	45	78	63	96
Routing patiënt/cliënt	28	41	32	50	39	46	35	47	60	33	39	65	63	47
Voorbehouden handelingen	43	24	45	7	10	26	39	65	-	35	6	77	19	64
Voorlichting patiënt/cliënt/bewoner	19	57	34	37	42	49	22	43	38	36	25	52	46	40
Kritische momenten in het zorgproces	34	36	23	37	51	60	33	48	35	27	14	33	60	24
Specifieke doelgroepen	14	84	30	33	12	38	25	33	5	14	19	30	58	49
Medische hulpmiddelen	21	21	25	33	10	31	31	52	3	35	6	42	27	38

**Tabel 4 Percentage instellingen per sector waarin onderstaande deelsystemen op een cyclisch of systematische wijze worden gehanteerd**

Deelsystemen	Fiad	LVG	LVT	NeVIV	NVBW	NVGGZ	NVGZ	NVZ	SOMMA	WZF	AMW	NFVLG	NVAGG	LVGGD
<b>Zorgverlening</b>														
Zorgplannen	76	15	36	46	63	61	84	70	29	42	31	71	42	10
Commissies	7	4	7	27	37	38	52	76	59	17	2	12	16	5
Monodisciplinaire intercollegiale toetsing	8	17	17	35	29	13	13	25	34	27	5	24	13	14
Multidisciplinaire intercollegiale toetsing	12	21	5	29	22	21	14	15	19	13	8	17	32	12
<b>Organisatie</b>														
Functioneringsgesprekken	65	35	41	52	39	58	69	56	53	44	32	80	75	58
Klachtenregistratie	19	32	27	7	32	32	29	50	45	19	15	27	33	20
Management-informatie-systeem	19	-	19	21	11	16	14	7	11	12	14	24	28	7
Interne audit	18	5	6	11	5	3	7	7	14	9	9	14	16	-
Interinstitutionele toetsing	4	7	4	7	6	8	3	2	22	-	4	9	9	-
<b>Patiënten/cliënten</b>														
Cliënten-familieraad	35	5	8	4	30	27	46	50	13	8	4	43	13	-
Tevredenheidsonderzoek gebruikers	18	16	22	10	28	20	7	20	32	8	12	15	26	2
Tevredenheidsonderzoek verwijzers	-	11	3	-	-	1	5	2	22	-	2	2	18	2
Tevredenheidsonderzoek medewerkers	13	6	11	25	18	16	20	11	11	14	13	44	9	4
Behoeftte-onderzoek gebruikers	3	-	3	7	5	-	5	4	8	-	7	14	2	2
Behoeftte-onderzoek verwijzers	1	1	3	-	8	3	4	3	11	-	1	10	7	-

**Tabel 5 Percentage instellingen per sector dat zijn patiënten/cliënten/bewoners betreft bij onderstaande activiteiten**

Participatie tijd	Fiad	LVG	LVT	NeVIV	NVBW	NVGGZ	NVGZ	NVZ	SOMMA	WZF	AMW	NFVLG	NVAGG	LVGGD	
Bespreken uitkomsten klachtenregistratie, satisfactie-onderzoek, etc.	76	61	46	44	69	56	75	84	66	72	77	27	76	54	30
Beoordelen of doelen zijn gehaald	75	35	60	44	71	46	69	69	52	66	73	27	69	45	40
Ontwikkelen normen/criteria	71	40	36	41	77	37	66	64	40	69	72	14	71	40	32
Opstellen protocollen/standaarden	68	22	19	38	79	34	64	51	27	69	68	14	70	27	23
Participatie (kwaliteits)commissies	65	23	21	37	58	38	61	61	31	52	60	11	66	26	16
Participatie verbeterprojecten	73	33	21	37	57	40	63	66	32	56	63	10	64	26	11