

## KOSTEN EN EFFECTEN VAN KWALITEITSSYSTEMEN IN DE OUDERENZORG: een exploratieve studie

mw. dr. C. Wagner  
mw. drs. M. van Oort

met medewerking van:  
mw. dr. E.M. Sluijs  
dr. G.G. van Merode  
mw. M. Verdegaal



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

augustus 2000

Nivel - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg  
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon 030 272 9700 - Fax 030 272 9729

ISBN 90-6905-486-8

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

# INHOUD

VOORWOORD	5
1 INLEIDING	7
1.1 Verwachtingen over kosten en effecten	7
1.2 Doel van het onderzoek	8
1.3 Opbouw van het rapport en leeswijzer	9
2 METHODE VAN ONDERZOEK	10
2.1 Inleiding	10
2.2 Opzet van het onderhavige onderzoek	10
2.3 De indeling van de instellingen in de verschillende ontwikkelingsfasen van een kwaliteitssysteem	11
2.4 Het in kaart brengen van de kosten die gepaard gaan met het ontwikkelen, invoeren en onderhouden van een kwaliteitssysteem	13
2.5 De indicatoren die gebruikt zijn om de effecten in kaart te brengen	14
2.6 Het verzamelen van gegevens met betrekking tot de effecten	15
2.6.1 Gegevensverzameling binnen verpleeg- en verzorgingshuizen	15
2.6.2 Gegevensverzameling binnen instellingen voor thuiszorg	16
2.7 Gegevensverzameling op sectorniveau	16
2.8 Samenvatting	17
3 KOSTEN EN EFFECTEN VAN KWALITEITSSYSTEMEN: EEN VERHELDING VAN BEGRIPPEN	18
3.1 Inleiding	18
3.2 Inhoud van kwaliteitssystemen	19
3.2.1 Om welke activiteiten gaat het?	19
3.3 Kosten van kwaliteitssystemen	20
3.4 Herstellkosten	22
3.5 Mogelijke effecten van kwaliteitssystemen	22
3.6 Discussie	23
4 INZICHT IN KOSTEN EN ERVAREN EFFECTEN VAN KWALITEITSSYSTEMEN OP SECTORNIVEAU	25
4.1 Inleiding	25
4.2 Methode	25
4.3 Resultaten	25
4.4 Samenvatting en conclusies	30
5 DE KOSTEN VAN KWALITEITSSYSTEMEN IN 11 INSTELLINGEN VOOR OUDERENZORG	32
5.1 Inleiding	32
5.2 Methode	32
5.3 Resultaten	33
5.3.1 Preventie- en beoordelingskosten	33
5.3.2 Kosten verbeterprojecten	37
5.3.3 Omvang kwaliteitsactiviteiten op sectorniveau	37
5.3.4 Geëxtrapoleerde kosten op sectorniveau	39
5.4 Conclusie	40

6	KOSTEN EN EFFECTEN VAN KWALITEITSSYSTEMEN IN VERPLEEG- EN VERZORGINGSHUIZEN	42
6.1	Inleiding	42
6.2	Methoden	43
6.3	Preventie- en beoordelingskosten van een kwaliteitssysteem	43
6.4	Herstelkosten	44
6.4.1	Voorbeeld 1: kosten van psychofarmacagebruik	44
6.4.2	Voorbeeld 2: kosten van decubitusbehandeling	46
6.5	De effecten van kwaliteitssystemen	49
6.5.1	Organisatieniveau	49
6.5.2	Procesniveau	50
6.5.3	Bewonersniveau: klinische indicatoren	51
6.5.4	Bewonersniveau: de woonfunctie en het oordeel van bewoners	52
6.6	Samenvatting en conclusies	55
7	KOSTEN EN EFFECTEN VAN KWALITEITSSYSTEMEN IN DE THUISZORG	56
7.1	Inleiding	56
7.2	Kosten en effecten van een kwaliteitssysteem in de thuiszorg	56
7.2.1	Preventie- en beoordelingskosten	57
7.3	Resultaten: waardering van cliënten	58
7.4	Samenvatting en conclusies	60
8	SAMENVATTING EN CONCLUSIES	61
8.1	Inleiding	61
8.2	Wat is de aard en de omvang van de kosten die gemaakt worden bij het ontwikkelen, invoeren en onderhouden van een kwaliteitssysteem?	61
8.3	Wat zijn de (ervaren) effecten van een functionerend kwaliteitssysteem?	62
	LITERATUUR	65
	BIJLAGEN:	
	Bijlage 1: Beoordelingsformulier HKZ-schema	
	Bijlage 2: Beoordelingsformulier MIK-V	
	Bijlage 3: Plan van aanpak observaties	
	Bijlage 4: Kostenberekening van decubitusbehandeling	
	Bijlage 5: Overzicht van de kosten van psychofarmaca	



## VOORWOORD

Dit rapport laat zien welke kosten instellingen in de ouderenzorg maken om een kwaliteitssysteem te ontwikkelen, te implementeren en te onderhouden. De resultaten zijn gebaseerd op de gegevens van 11 instellingen verdeeld over 3 sectoren uit de ouderenzorg. Tegenover de kosten kunnen effecten staan, zoals meer transparantie en duidelijkheid, meer tevreden cliënten, betere klinische uitkomsten of minder herstelkosten. Het gaat om een exploratief onderzoek waarin de kosten van kwaliteitssystemen en de mogelijke relatie tussen kosten en effecten wordt onderzocht. De resultaten van het onderzoek kunnen, gezien het kleine aantal deelnemende instellingen, niet zonder meer gegeneraliseerd worden naar de hele sector. Representativiteit van de resultaten voor de gehele sector was geen doelstelling van het onderzoek. Het doel was zicht te krijgen op de omvang en variatie in kosten en de veroorzakers daarvan. De individuele instellingen kunnen als voorbeeld dienen, waarbij de resultaten inzicht geven in de gegevens die nodig zijn voor een goede kosten-baten afweging.

Het rapport is naast de inleiding en het methodehoofdstuk opgebouwd uit 5 artikelen die afzonderlijk te lezen zijn en aangeboden zijn/worden aan tijdschriften. Dit betekent dat u tijdens het lezen herhalingen van informatie uit voorgaande hoofdstukken kunt tegenkomen.

Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport. De volgende personen hebben gedurende de onderzoeksperiode (of een deel daarvan) geparticipeerd in de begeleidingscommissie:

Dhr. drs. A.A.H. van Alphen, voorzitter  
Prof. dr. N.S. Klazinga (Sociale Geneeskunde UVA)  
Dhr. H. Kouwenhoven (LOC)<sup>1</sup>  
Dhr. A.L.J.E. Martens, arts (ZN)  
Mw. drs. H.A.M. Oosterom (Arcares)<sup>2</sup>  
Mw. drs. J.A.M. Oskam (LVT)  
Dhr. H. Plokker, respectievelijk Mw. Emanuel (IGZ)  
Mw. drs. M. van der Putten (Ministerie van VWS)  
Mw. drs. T. van Sprundel (Arcares)<sup>1</sup>  
Dhr. dr. G.G. van Merode (Universiteit Maastricht)

Onze dank gaat uit naar de leden van de begeleidingscommissie, naar de vertegenwoordigers van de koepelorganisaties, naar de contactpersonen, personeelsleden en bewoners van de instellingen die bereid zijn geweest om een actieve bijdrage te leveren in de vorm van gegevensverzameling en bereidheid tot het laten verrichten van observaties binnen de instelling. Zonder de actieve bijdrage van de instellingen en de verantwoordelijke contactpersonen had het onderzoek niet plaats kunnen vinden. Wij hopen dat de resultaten voor velen van nut zijn bij de verdere invulling van het kwaliteitsbeleid.

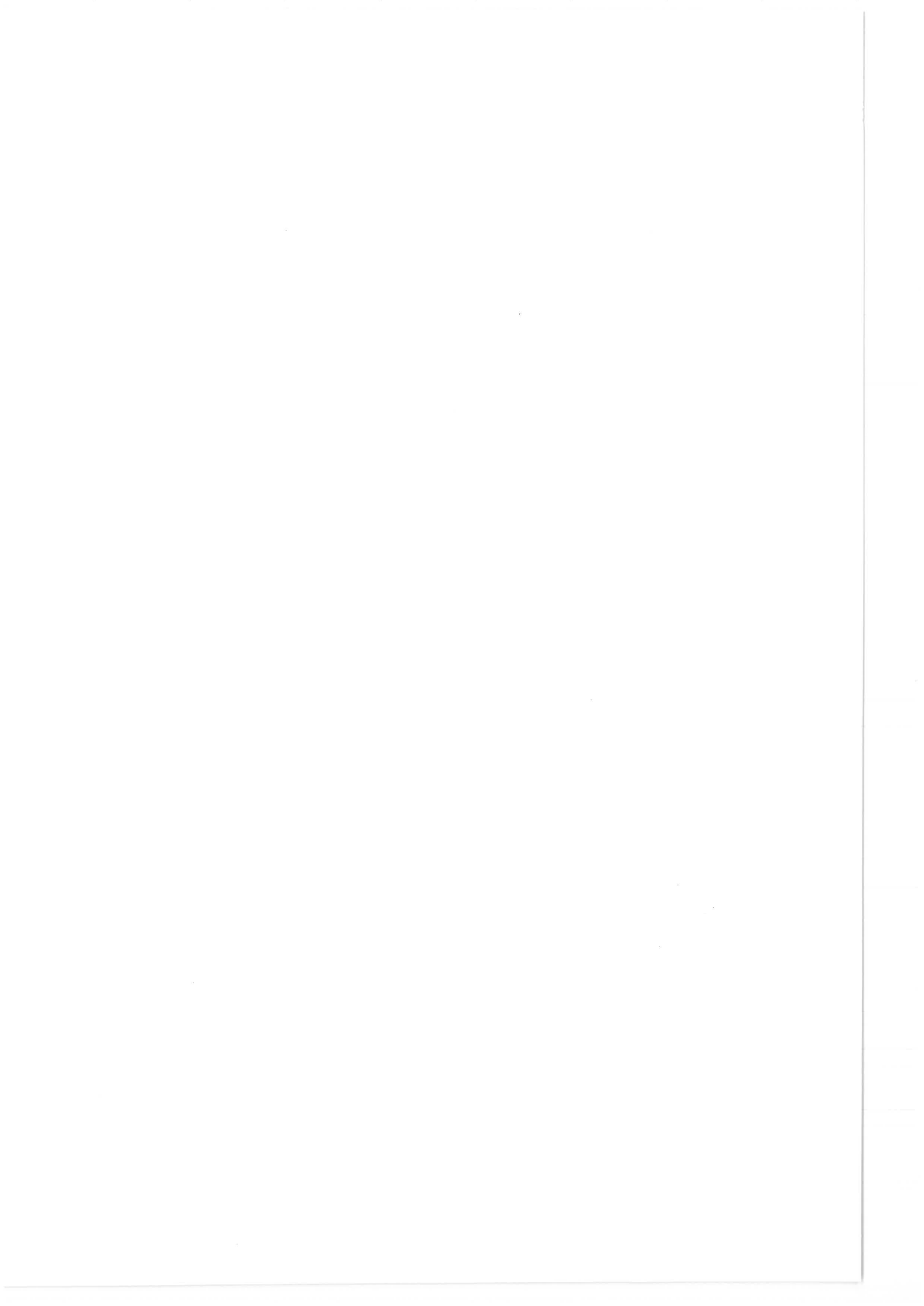
Utrecht, augustus 2000

Cordula Wagner  
Maureen van Oort

---

<sup>1</sup> voorheen ook werkzaam bij de NP/CF

<sup>2</sup> NVVZ +WZF zijn per 1 januari 2000 gefuseerd onder de naam Arcares



# 1 INLEIDING

Geleidelijk aan zijn vele verpleeghuizen, verzorgingshuizen en instellingen voor thuiszorg actief met het invoeren van kwaliteits(deel)systemen. Voor de thuiszorg is, als een van de eerste sectoren, een certificatieschema door de Stichting HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector) ontwikkeld aan de hand waarvan thuiszorginstellingen zich extern kunnen laten certificeren. In de Stichting HKZ participeren patiënten-/consumentenvertegenwoordigers, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Een onafhankelijk College van Deskundigen stelt het certificatieschema, dat gebaseerd is op de geldende normen in het veld, vast. Het schema wordt door een certificerende instellingen toegepast bij een externe onafhankelijk toetsing. Voor verzorgingshuizen bestaat eveneens een HKZ-schema<sup>1</sup>. Voor verpleeghuizen biedt het Model Intern Kwaliteitssysteem (MIK-V) houvast bij het ontwikkelen en implementeren van een kwaliteitssysteem. De eerste instellingen zijn extern beoordeeld en gecertificeerd.

Door de voortdurende druk op de budgetten, de toenemende zorgvraag en het groeiende tekort aan personeel bestaat het gevaar dat er een stagnatie optreedt in de huidige 'kwaliteitsgolf'. Zorginstellingen geven aan dat structureel kwaliteitsbeleid ook (ten dele) structureel extra middelen vraagt. Ook in de afspraken van Leidschendam III (1995) is onderkend dat voor het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid onderzoek, ondersteuning en financiële middelen noodzakelijk zijn.

In de meerjarenafspraken Verpleging & Verzorging is vastgelegd dat in principe kwaliteitsbeleid een vanzelfsprekend onderdeel van het zorgproces moet worden en dat de menskracht en middelen daarvoor in het zorgbudget zelf beschikbaar zijn. Een uitzondering wordt gemaakt voor het structureel opzetten en implementeren van een kwaliteitssysteem dat extra middelen kan vragen.

Een kwaliteitssysteem<sup>2</sup> is een middel om de kwaliteit van de geleverde zorg te verbeteren, te bewaken en transparant te maken voor derden. De invoering van kwaliteitssystemen is vastgelegd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Een deel van de instellingen is reeds vergevorderd met het invoeren van kwaliteits(deel)systemen, terwijl andere instellingen nog aan het begin staan van deze ontwikkeling.

In mei 2000 is de kwaliteitssysteemontwikkeling op de vierde Leidschendamconferentie geëvalueerd. Dit vormt tevens de eerste aanzet voor het evalueren van de kwaliteitswet. Voor deze evaluatie is het niet voldoende te weten hoeveel instellingen een kwaliteitssysteem hebben ingevoerd, maar dient ook gekeken te worden in hoeverre kwaliteitssystemen geschikt zijn om de kwaliteit van zorg te bewaken en te verbeteren en hoe dit effect zich verhoudt tot de kosten van het invoeren en onderhouden van een kwaliteitssysteem. De onderhavige studie vormt hiervoor een aanzet.

## 1.1 Verwachtingen over kosten en effecten

De verwachtingen ten aanzien van de effecten van kwaliteitszorg zijn zowel onder het instellingsmanagement als onder uitvoerenden groot. Zo verwachten bijvoorbeeld managers dat

---

<sup>1</sup> Beoordelingschema/certificatieschema verzorgingshuizen, HKZ, Utrecht, juni 1998.

<sup>2</sup> Een kwaliteitssysteem is de organisatorische structuur, verantwoordelijkheden, procedures, processen en voorzieningen voor het ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg (NNI, 1992).

de tevredenheid van patiënten en personeel toeneemt, dat de beheersbaarheid van de organisatie verbetert en het mogelijkheden biedt voor een verdere profilering van de instelling. Relatief weinig managers verwachten een kostenbesparing op de langere termijn (Wagner e.a., 1995). Dit in tegenstelling tot algemene uitspraken over het terugverdienen van de kosten voor kwaliteitszorg door efficiëntieverbeteringen. Verpleegkundigen en verzorgenden in instellingen verwachten dat systematische kwaliteitszorg op maat voor de cliënt bevordert, de afstemming met collega's en andere disciplines verbetert, en meer mogelijkheden biedt voor de eigen ontwikkeling (Wagner e.a., 1997).

Tot nu toe is er nog weinig kennis over de kosten en effecten van het invoeren en onderhouden van kwaliteits(deel)systemen. Tot de kosten van kwaliteitszorg worden in het bedrijfsleven preventie-, beoordelings-, en herstelkosten gerekend. Preventiekosten worden gemaakt om kwaliteitsafwijkingen en fouten te voorkomen, bijvoorbeeld met behulp van kwaliteits(deel)systemen, training en opleiding, en bevordering van kwaliteitsbewustzijn. Beoordelingskosten worden gemaakt bij het beoordelen van het functioneren van kwaliteits(deel)systemen met behulp van interne audits, visitaties, een externe beoordeling vanuit cliëntenperspectief of certificering (Bandel e.a., 1997). Herstelkosten komen ten slotte voort uit het herstellen van kwaliteitsafwijkingen en fouten. Voorbeelden van herstelkosten zijn bijvoorbeeld verspilling van materiaal, het overdoen van werkzaamheden, onderzoek naar oorzaken van fouten en overbodige handelingen door inefficiëntie. Daarnaast wordt een onderscheid gemaakt tussen incidentele en structurele kosten. Bij incidentele kosten gaat het om investeringskosten bij het ontwikkelen en invoeren van een kwaliteitssysteem, terwijl structurele kosten vooral gemaakt worden bij het instandhouden en beheersen van het ingevoerde kwaliteitssysteem en het monitoren van de kwaliteit van zorg.

## 1.2 Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is meer inzicht te verkrijgen in de kosten die voor verpleeghuizen, verzorgingshuizen en instellingen voor thuiszorg verbonden zijn aan het ontwikkelen en invoeren van kwaliteitszorg. Hierbij gaat het om het voeren van structureel kwaliteitsbeleid gericht op de ontwikkeling en inrichting van een geïntegreerd intern kwaliteitssysteem zoals bedoeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Leidschendamconferenties. Representativiteit is geen doelstelling van het onderzoek. Het gaat om het verkrijgen van inzicht in de variatie van kosten tussen instellingen en de veroorzakers ervan.

Aanvullend beoogt het onderzoek meer zicht te krijgen op de (ervaren) effecten van kwaliteitssystemen. Hiertoe behoren door directie en cliënten/bewoners ervaren effecten, feitelijk meetbare verbeteringen aan de hand van indicatoren op organisatie-, proces- en cliëntniveau en mogelijk toekomstige doelmatigheidswinst door het verminderen van herstelkosten.

Mogelijke effecten van kwaliteitssystemen zoals bijvoorbeeld: efficiëntere zorgprocessen, minder wachttijden en wachtlijsten, betere klinische uitkomsten voor de patiënt, minder complicaties, of een betere kwaliteit van leven, kunnen het beste onderzocht worden in een longitudinaal vergelijkend onderzoek. Bij het onderhavige onderzoek gaat het, op grond van de beschikbare tijd en financiële middelen, om een cross-sectioneel onderzoek. Hierdoor is de aandacht in eerste instantie uitgegaan naar de plaatsen waar de kosten van kwaliteitszorg worden gemaakt en de ervaren c.q. subjectieve effecten van een functionerend kwaliteitssysteem in de ouderenzorg. Aanvullend is geprobeerd na te gaan welke herstelkosten instellingen moeten maken omdat de aard en omvang van herstelkosten inzicht kunnen geven in toekomstige doelmatigheidswinst.

De volgende vragen en deelvragen worden in het onderzoek beantwoord:

1. Wat is de aard en de omvang van de kosten die gemaakt worden bij het ontwikkelen, invoeren en onderhouden van een kwaliteitssysteem?
  - 1.1 Welke activiteiten horen bij het ontwikkelen, implementeren en onderhouden van een kwaliteitssysteem en wat zijn reguliere activiteiten? (hoofdstuk 3)
  - 1.2 Welke kosten zijn met deze activiteiten gemoeid en zijn er verschillen tussen instellingen? (hoofdstuk 5)
  - 1.3 Wat zijn de geschatte kosten van deze activiteiten op sectorniveau? (hoofdstuk 4)
2. Wat zijn de (ervaren) effecten van een functionerend kwaliteits(deel)systeem?
  - 2.1 Wat zijn de ervaren effecten op organisatie-, proces- en cliëntniveau? (hoofdstuk 6)
  - 2.2 Kunnen gemeten effecten op organisatie-, proces- en cliëntniveau gerelateerd worden aan de ontwikkelingsfase van het kwaliteitssysteem? (hoofdstukken 4, 6 en 7)

### **1.3 Opbouw van het rapport en leeswijzer**

Het rapport bestaat naast deze inleiding uit een methode hoofdstuk en 5 artikelen die afzonderlijk te lezen zijn en aangeboden zijn/worden aan tijdschriften. Dit betekent dat sommige relevante stukken tekst in meerdere hoofdstukken terugkomen. Hoofdstuk 3 beschrijft de toepassing van de belangrijkste begrippen rondom kwaliteitskosten en effecten in de ouderenzorg. In hoofdstuk 4 wordt op sectorniveau nagegaan in hoeverre instellingen inzichte hebben in preventie-, beoordelings- en herstelkosten. Tevens wordt een relatie gelegd tussen de ontwikkelingsfase van het kwaliteitssysteem en de ervaren effecten ervan. In hoofdstuk 5 worden ter illustratie de feitelijke kosten van een aantal instellingen berekend en worden 2 scenario's beschreven waarin de kosten van de instellingen worden geëxtrapoleerd naar de sector ouderenzorg. De kosten en effecten op organisatie-, proces- en cliëntniveau worden voor 8 verpleeg- en verzorgingshuizen in hoofdstuk 6 en voor 3 thuiszorginstellingen in hoofdstuk 7 beschreven. In hoofdstuk 8 worden de belangrijkste resultaten en conclusies van het onderzoek nog eens per vraagstelling samengevat.

## 2 METHODE

### 2.1 Inleiding

Om de onderzoeksvragen te beantwoorden is een multiple case-study in 11 verpleeghuizen, verzorgingshuizen en instellingen voor thuiszorg verricht. Aanvullend zijn resultaten van een grootschalig survey-onderzoek onder alle verpleeghuizen, instellingen voor thuiszorg en een steekproef van 320 verzorgingshuizen dat door het Nivel in oktober 1999 is uitgevoerd meegenomen (Leidschendamonderzoek).

In paragraaf 2.2 wordt de opzet van het onderhavige onderzoek beschreven. Paragraaf 2.3 geeft een overzicht van de indeling in de ontwikkelingsfasen van het kwaliteitssysteem van de deelnemende instellingen. Paragraaf 2.4 is gewijd aan de manier waarop kosten in kaart zijn gebracht die gepaard gaan met het ontwikkelen, invoeren en onderhouden van een kwaliteitssysteem. De gebruikte indicatoren die van belang zijn om de mogelijke opbrengsten te operationaliseren, worden weergegeven in paragraaf 2.5. In paragraaf 2.6 wordt vermeld hoe de gegevens met betrekking tot de resultaten verzameld zijn en in 2.7 gaat het over gegevensverzameling op sectorniveau. Het hoofdstuk sluit in paragraaf 2.8 met een samenvatting.

### 2.2 Opzet van het onderhavige onderzoek

In totaal waren twaalf instellingen uitgenodigd deel te nemen aan het onderzoek: 3 combinatie verpleeg- en verzorgingshuizen, 3 stand-alone verzorgingshuizen, 3 stand-alone verpleeghuizen en 3 stand-alone thuiszorginstellingen. De instellingen zijn door de desbetreffende koepelorganisaties geselecteerd en voor het onderzoek benaderd. De selectiecriteria voor deelnemende instellingen waren als volgt:

- a. De instellingen hebben als doelstelling kwaliteits- en klantgericht werken in alle lagen van de organisatie met behulp van een geïntegreerd kwaliteitssysteem. Hiertoe is een meerjarenkwaliteitsplan opgesteld waarin is opgenomen hoe en in welk tempo het geïntegreerde kwaliteitssysteem ontwikkeld wordt (verdelen van bevoegdheden/verantwoordelijkheden, activiteiten die deel uitmaken van het kwaliteitssysteem, et cetera).
- b. Per sector wordt 1 instelling gekozen die net is begonnen met het invoeren van een kwaliteitssysteem (meten aanloopkosten), 1 instelling die bezig is kwaliteitsdeelsystemen te implementeren (meten invoeringskosten), en 1 instelling die beschikt over een functionerend kwaliteitssysteem (meten structurele onderhoudskosten).
- c. De instelling heeft niet langer dan 1 jaar geleden het oordeel van bewoners over de kwaliteit van zorg gemeten (waarderingsonderzoek).
- d. De instelling heeft gekozen voor een procedure voor het cyclisch toetsen van kwaliteit van zorg en het op grond daarvan formuleren van verbeteracties.
- e. Bereidheid tot openbaarheid van informatie over opbouw en werkwijze van het kwaliteitssysteem en de erbij behorende kosten.

Van de 12 instellingen die benaderd zijn, hebben er 11 instellingen deel genomen aan het onderzoek. Gedurende de dataverzameling bleek dat het oordeel van bewoners in verpleeg- en verzorgingshuizen niet in alle instellingen op een vergelijkbare manier was gemeten, waardoor de gegevens niet gebruikt konden worden voor nadere analyse in het kader van

het onderhavige onderzoek. Hiervoor in de plaats zijn door de onderzoekers observaties in de instelling uitgevoerd. Voor de thuiszorg kon wel gebruik worden gemaakt van vergelijkbare gegevens van cliëntenoordelen uit het Benchmark onderzoek (PWC/Berenschot 1999). In de thuiszorg zijn dan ook geen observaties uitgevoerd.

De deelnemende instellingen zijn gedurende het onderzoek 3 keer bijeen geweest om de voortgang en de resultaten van het onderzoek te bespreken. De bijeenkomsten hadden betrekking op:

- a. het afbakenen van het begrip kwaliteitskosten in termen van kosten van een kwaliteitssysteem en reguliere kosten;
- b. het benoemen van effecten uitgedrukt in kwaliteitsindicatoren;
- c. het benoemen van herstelkosten.

De resultaten van de bijeenkomsten waren mede uitgangspunt bij de dataverzameling van het onderzoek.

### **2.3 De indeling van de instellingen in de verschillende ontwikkelingsfasen van een kwaliteitssysteem**

Met de instellingen zijn oriënterende gesprekken gevoerd om vast te stellen welke activiteiten zij uitvoeren in het kader van systematische kwaliteitszorg. Aan de hand daarvan zijn de instellingen ingedeeld in 3 ontwikkelingsfasen. Het betreffen de fasen die doorlopen moeten worden om structureel kwaliteitsbeleid te voeren gericht op de ontwikkeling en inrichting van een geïntegreerd kwaliteitssysteem zoals bedoeld in de kwaliteitswet zorginstellingen en de Leidschendamconferenties. De indeling heeft plaats gevonden met behulp van het MIK-V (Model Intern Kwaliteitssysteem Verpleeghuizen) en de certificatieschema's van de stichting HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector). Het MIK-V is opgebouwd uit 70 activiteiten en het HKZ-schema uit 58 activiteiten. Per instelling is geïnventariseerd hoeveel activiteiten van het MIK-V of HKZ-schema in ontwikkeling of aanwezig zijn binnen de instelling. Hierbij is het niet aanwezig zijn van een bepaalde activiteit de zwaarste wegingsfactor voor de instelling om ingedeeld te worden in een lagere fase van ontwikkeling. De reden hiervoor is dat de instelling zich dan nog niet bezig houdt met een bepaalde activiteit die wel van belang wordt geacht voor de invoering van een kwaliteitssysteem.

In de hierna volgende 4 tabellen wordt het aantal activiteiten dat iedere instelling in de afzonderlijke ontwikkelingsfasen in ontwikkeling heeft of reeds ontwikkeld heeft weergegeven. Voor het overzicht wordt de indeling per sector in afzonderlijke tabellen weergegeven. De tabellen kunnen als volgt gelezen worden: elke tabel geeft gegevens weer van 1 sector, per sector bevindt iedere instelling zich in een andere ontwikkelingsfase van het kwaliteitssysteem, voor de indeling in fasen zijn de HKZ-schema's gebruikt voor de verzorgingshuis- en thuiszorgsector en het MIK-V voor de verpleeghuizen en combinatie verpleeg-/verzorgingshuizen. De schema's bevatten respectievelijk 58 en 70 activiteiten waar de instellingen over moeten beschikken om gecertificeerd te kunnen worden. Activiteiten kunnen in ontwikkeling zijn of deels in ontwikkeling wat betekent dat de activiteit deels is ingevoerd en nog deels in ontwikkeling is.

De verdeling tussen activiteiten die niet aanwezig, in ontwikkeling of deels in ontwikkeling zijn worden weergegeven in de tabel.

Tabel 2.1 Overzicht van het aantal aanwezige activiteiten in 3 verzorgingshuizen per ontwikkelingsfase van een kwaliteitssysteem

sector	ontwikkelings- fase van het kwal.systeem	totaal waaruit het schema bestaat	niet aanwezig	in ontwik- keling	deels in ontwikkeling
verzorgingshuis	fase 1	58	13	4	0
	fase 2	58	5	2	0
	fase 2*	58	3	2	2

\* instelling is in 1997 gecertificeerd. Vóór 1998 waren de eisen voor certificering minder omvangrijk, dan na 1998

Uit tabel 2.1 blijkt dat de instelling in fase 1 dertien activiteiten nog niet ontwikkeld heeft, terwijl in de instelling in fase 2 vijf activiteiten niet aanwezig zijn. Tevens is te zien dat ook de instelling in fase 3 nog niet over alle activiteiten beschikt, terwijl dit van een gecertificeerde instelling wel wordt verwacht. Een verklaring is dat de instelling vóór 1998 het WZF kwaliteitslabel heeft ontvangen. De eisen zijn na 1998 aangescherpt. Met het oog op de vergelijkbaarheid gelden voor alle instellingen dezelfde eisen, waardoor de instelling voor het onderhavige onderzoek ingedeeld is in fase 2.

Tabel 2.2 Overzicht van het aantal aanwezige activiteiten in 3 verpleeghuizen per ontwikkelingsfase van een kwaliteitssysteem

sector	ontwikkelings- fase van het kwal.systeem	totaal waaruit het schema bestaat	niet aanwezig	in ontwik- keling	deels in ontwikkeling
verpleeghuiszorg	fase 1	70	9	4	0
	fase 2	70	2	19	1
	fase 3	70	0	0	0

In tabel 2.2 is te zien dat het verpleeghuis in fase 1 over 9 van de 70 activiteiten nog niet beschikt, terwijl de instelling in fase 3 alle activiteiten heeft ontwikkeld. Er kan terecht worden gesproken van een verschil in ontwikkelingsfase.

Tabel 2.3 Overzicht van het aantal aanwezige activiteiten in 2 combinatie verzorgings-/verpleeghuizen per ontwikkelingsfase van een kwaliteitssysteem

sector	ontwikkelings- fase van het kwal.systeem	totaal waaruit het schema bestaat	niet aanwezig	in ontwik- keling	deels in ontwikkeling
combinatie verpleeg-/ verzorgingshuis	fase 1	70	8	0	2
	fase 3	70	0	0	0

Uit tabel 2.3 blijkt dat de instelling in fase 1 nog 8 activiteiten moet gaan ontwikkelen om mogelijk gecertificeerd te worden. De instelling in fase 3 heeft alle 70 activiteiten ingevoerd.



Tabel 2.4 Overzicht van het aantal aanwezige activiteiten in 3 thuiszorginstellingen per ontwikkelingsfase van een kwaliteitssysteem

sector	ontwikkelings- fase van het kwal.systeem	totaal waaruit het schema bestaat	niet aanwezig	in ontwik- keling	deels in ontwikkeling
instellingen voor thuiszorg	fase 1	58	8	5	0
	fase 2	58	0	16	0
	fase 3	58	0	0	1

Tabel 2.4 toont dat bij de thuiszorginstelling in fase 1 nog 8 activiteiten niet aanwezig zijn. Bij de instelling in fase 2 zijn 16 activiteiten in ontwikkeling en bij de instelling in fase 3 zijn bijna alle activiteiten aanwezig (1 activiteit is nog deels in ontwikkeling).

## 2.4 Het in kaart brengen van de kosten die gepaard gaan met het ontwikkelen, invoeren en onderhouden van een kwaliteitssysteem

Uitgangspunt voor het bepalen van de kosten van een kwaliteitssysteem zijn de kwaliteitsmodellen die in de afzonderlijke sectoren ontwikkeld zijn (MIK-V en HKZ model). Aan de hand van deze modellen zijn de kwaliteitsactiviteiten geïnventariseerd. Hiervoor zijn de schema's voorzien van een onderverdeling naar reguliere activiteit of systeemactiviteit die doorgaans op dit moment als extra activiteit voor het kwaliteitssysteem wordt beschouwd. Indien sprake is van een systeemactiviteit is nagegaan of de kosten te berekenen zijn en/of de opbrengsten hiervan bekend zijn. De keuze voor de extra activiteiten is gebaseerd op consensus onder de deelnemende instellingen. De kosten zijn vervolgens gerangschikt naar preventie-, beoordelings- of herstelkosten en naar de kosten van verbeterprojecten. Getracht is personele en materiële kosten van de posten in tabel 2.5 in kaart te brengen. Buiten beschouwing blijven indirecte kosten zoals huisvestings- en bureaunkosten.

Tabel 2.5 Kostenposten waarover gegevens zijn verzameld

preventiekosten	beoordelingskosten	verbeterprojecten	herstelkosten
- scholing in kwaliteitszorg	- interne audit	- privacy	- dubbel werk
- introductieprogramma kwaliteit	- waarderingsonderzoek cliënten	- opnameprocedure	- verzuim en ziekte
- intercollegiale toetsing	- waarderingsonderzoek medewerkers	- schriftelijke communicatie	- uitzendkrachten
- schriftelijke procedures	- externe toetsing	- mogelijke andere projecten	- zoekraken goederen
- kwaliteitsbeleid	- externe toetsing cliëntenorganisatie		- oninbare vorderingen c.q. gemis van budget
- kwaliteitsplan	- certificering		- onderbezetting capaciteit
- opzet/beheer kwaliteits-systeem			
- kwaliteitsfunctionaris			
- kwaliteitsjaarverslag			
- kwaliteitshandboek			
- communicatie over kwaliteit			

In verband met de onderlinge vergelijkbaarheid is voor het berekenen van de kosten het salaris per groep functionarissen gestandaardiseerd en gebaseerd op het gemiddelde van een salarisschaal. Hierbij is de salarisschaal van de Thuiszorg als uitgangspunt genomen. Het nieuwe functie-opbouwstelsel (FWG 3) was op het moment van het onderzoek nog minder ingeburgerd. Tevens is uitgegaan van een opslagfactor van 1,5 in verband met

werkgeverslasten op het brutosalaris van het personeel, 13 maandsalarissen en een normatieve werkweek van 36 uur.

## 2.5 De indicatoren die gebruikt zijn om de effecten in kaart te brengen

De effecten van kwaliteitszorg zijn geoperationaliseerd met behulp van kwaliteitsindicatoren. Om de indicatoren bruikbaar te maken voor kwaliteits- en kostenbeheersing is voor ieder aspect gekeken naar de consequenties van een kwaliteitsafwijking en de meetbaarheid van de indicator. Ook moest het gaan om maten die vaker in kaart gebracht kunnen worden en gevoelig zijn voor verbeteringen. Bij de keuze van de te meten indicatoren zijn de resultaten van door het LOC (Landelijke Organisatie Cliëntenraden)<sup>1</sup> uitgevoerd onderzoek als uitgangspunt genomen (LOC, 2000). Het onderzoek geeft aan welke behoeftegebieden door de cliënt als belangrijk worden gezien. Gezien het feit dat de cliënt de afnemer van het product 'geboden zorg' is, is rekening gehouden met datgene wat de cliënt belangrijk vindt in de zorgverlening. Uit het LOC onderzoek kwamen de volgende 8 behoeftegebieden naar voren:

1. zinvolle bezigheden;
2. eigen leven leiden;
3. medische zorg;
4. persoonlijke aandacht;
5. toiletbezoek;
6. veiligheid;
7. wonen;
8. eten en drinken.

Elk behoeftegebied kan onderverdeeld worden in normen. Het behoeftegebied eten en drinken kan bijvoorbeeld onderverdeeld worden in tijden waarop de maaltijden genuttigd worden, keuze uit meerdere menu's, et cetera. Gezien de beschikbare tijd en middelen was het niet haalbaar om uit elk behoeftegebied alle normen te onderzoeken. Getracht is om met zo min mogelijk indicatoren, zo veel mogelijk duidelijkheid te scheppen. Na een afbakening van de te meten indicatoren is er aanvankelijk voor gekozen om per behoeftegebied minimaal 2 normen te kiezen, om zo een redelijke indicatie te kunnen geven van het niveau van verantwoorde zorg op dit gebied. Tijdens het onderzoek bleek dat situaties in de instellingen dermate verschillend waren dat het niet mogelijk bleek in alle instellingen 2 normen per behoeftegebied via observaties te meten. Hierdoor konden niet alle relevante kwaliteitsaspecten vanuit cliëntenperspectief worden gemeten.

In tabel 2.6 is te zien welke indicatoren uiteindelijk meegenomen konden worden in het onderhavige onderzoek. De indicatoren zijn ingedeeld in organisatie-, proces- en uitkomstindicatoren.

---

<sup>1</sup> LOC en NVBV zijn per 1 januari 2000 gefuseerd onder de naam LOC

Tabel 2. 6 Overzicht van de voor het onderzoek gebruikte indicatoren voor verpleeg- en verzorgingshuizen

procesindicatoren	organisatie-indicatoren	uitkomstindicatoren algemeen	uitkomstindicatoren klinisch
het individuele zorgdossier: - actualiteit van informatie - overzichtelijkheid - hanteerbaarheid - verpleegdoelen - evaluatie volgens afspraak	woonfunctie: - winkel - restaurant - wandeltuin - nieuwskrant - keuzemenu - verhouding vrijwilligers/bewoners	- aantal MIP-meldingen - verzuimfrequentie van personeel - tevredenheid van cliënten - verloop medewerkers	- decubitusprevalentie - prevalentie probleemgedrag - prevalentie psychofarmaca-gebruik - prevalentie incontinentie

Voor de instellingen voor thuiszorg zijn verschillende aspecten van de waardering van cliënten gebruikt voor het in kaart brengen van de effecten van kwaliteitssystemen. Het ging om de volgende aspecten:

- het nakomen van afspraken;
- bejegening;
- inspraak cliënt;
- deskundigheid medewerker;
- informeren cliënt.

## 2.6 Het verzamelen van gegevens met betrekking tot de effecten

### 2.6.1 Gegevensverzameling binnen verpleeg- en verzorgingshuizen

Om de effecten van een kwaliteitssysteem in kaart te brengen, zijn 7 verpleeg- en verzorgingshuizen gedurende 3 dagen bezocht. Een achtste instelling voor intramurale ouderenzorg is niet bezocht door de onderzoekers, maar heeft voor zo ver mogelijk gegevens aangeleverd. De 7 instellingen zijn ieder gedurende 3 dagen door de onderzoekers bezocht, waarbij op de eerste dag een bezoek werd gebracht aan de instelling door 2 onderzoekers en de overige 2 dagen is de instelling bezocht door 1 onderzoeker. Tijdens deze bezoeken is middels een mondeling en schriftelijk interview informatie verzameld over afspraken en procedures zoals die binnen de instelling gelden. Omtrent de eerder genoemde behoeftegebieden is getracht om de opgestelde indicatoren te toetsen. Dit toetsen vond plaats middels het doen van observaties, het voeren van gesprekken met bewoners en personeel en het inzien van documenten.

#### *Verkrijgen van gegevens via een mondeling interview.*

In iedere instelling is een gestructureerd interview met de contactpersoon van de instelling gehouden. Na aanvang van het onderzoek is in overleg met de begeleidingscommissie besloten om aanvullend gesprekken te houden met een aantal bewoners om een indruk te krijgen van de ervaren kwaliteit van zorg. Binnen 4 instellingen zijn informele gesprekken gehouden. Deze keuze is gemaakt toen bleek dat de door de instellingen zelf gehouden waarderingsonderzoeken niet onderling vergelijkbaar waren en daardoor voor het onderzoek niet bruikbaar bleken. Hierdoor is het oordeel van cliënten onderbelicht gebleven. Ook zijn aan een beperkt aantal medewerkers en vrijwilligers vragen gesteld tijdens de observaties, echter kan hier niet worden gesproken van systematische interviews, gezien de gesprekken afhankelijk waren van de situatie en de beschikbare tijd van de desbetreffende personen.

### *Verkrijgen van uitkomstgegevens*

Via de instelling zijn onderstaande uitkomstgegevens verkregen:

1. prevalentie van decubitus onder bewoners;
2. prevalentie van psychofarmaca gebruik onder bewoners;
3. prevalentie van incontinentie onder bewoners;
4. prevalentie van probleemgedrag onder bewoners;
5. verzuimfrequentie onder medewerkers.

De uniformiteit van de gegevens is bevorderd door de begrippen zoals decubitus, psychofarmaca gebruik, et cetera te omschrijven en in- en exclusie criteria op te stellen.

### *Verkrijgen van gegevens via observaties*

Het betreffen zowel participatieve als niet participatieve observaties. Participatieve observaties zijn met name verricht tijdens de zorgverlening, zoals observeren tijdens de maaltijd en tevens meehelpen met de maaltijdbegeleiding van de bewoners. Niet participatieve observaties zijn naast de participatieve observaties op ieder moment van de dag verricht. Deze hebben met name betrekking op het gedrag van bewoners en personeel en op de organisatie-indicatoren uit tabel 2.6.

### *Gebruikmaken van bestaande informatie*

Uit bestaande informatie is gebruik gemaakt van de geregistreerde MIP-meldingen (Meldingen Incidenten Patiëntenzorg). Ook is getracht na te gaan in hoeverre het personeel binnen de instelling, de gemaakte afspraken met betrekking tot registratie van informatie na komt. Het bijhouden van het individueel zorgdossier door het personeel dient hiervoor als de belangrijkste indicator. Om dit te toetsen zijn in iedere instelling 10-15 zorgdossiers, na informed consent van de bewoner, ingezien. Verder beschikten de deelnemende verpleeg- en verzorgingshuizen over gegevens uit cliënt-waarderingsonderzoeken. De diversiteit tussen de verschillende onderzoeken was echter erg groot, waardoor een vergelijking van de resultaten niet mogelijk bleek te zijn.

## **2.6.2 Gegevensverzameling binnen instellingen voor thuiszorg**

Drie instellingen voor thuiszorg hebben deel genomen aan het onderhavige onderzoek. Bij de instellingen voor thuiszorg hebben geen observaties plaats gevonden, maar is gebruik gemaakt van de resultaten van cliënt-waarderingsonderzoeken. Het hiervoor genoemde onderzoek is verricht onder cliënten van alle instellingen voor thuiszorg in het kader van het Benchmark onderzoek. Hiernaast hebben de 3 thuiszorgorganisaties een vragenlijst met vragen over ziekteverzuim en verloop onder personeel ingevuld, dit betreft dezelfde vragenlijst als welke ingevuld is door de verpleeg- en verzorgingshuizen. Ook zijn bij de thuiszorgorganisaties dezelfde kostenposten in kaart gebracht als bij de verpleeg- en verzorgingshuizen.

## **2.7 Gegevensverzameling op sectorniveau**

Zoals vermeld in de inleiding zijn aanvullend gegevens gebruikt uit een ander onderzoek dat in oktober 1999 door het Nivel is verricht onder ruim 1.100 zorginstellingen. In dat onderzoek is per sector, waaronder de verpleeghuissector, de sector voor verzorgingshuizen en de thuiszorgsector een specifieke vragenlijst ontwikkeld. Een gedeelte van de vragenlijst betreft het inzicht in de kosten van een kwaliteitssysteem en de positieve en negatieve effecten van een kwaliteitssysteem. De vragenlijst is verstuurd naar het management van 696 instellingen uit de aan dit onderzoek deelnemende sectoren. In de verzorgingshuissector is vanwege het grote aantal verzorgingshuizen de vragenlijst steekproefsgewijs aan 320

instellingen verstuurd, de respons bedraagt 66% (N=193). In de verpleeghuis- en thuiszorgsector hebben alle instellingen de specifieke vragenlijst ontvangen. De respons bedraagt 71% (N=195) voor de verpleeghuissector en 78% (N=101) voor de thuiszorgsector (reguliere en particuliere instellingen). Aan het onderzoek hebben uiteindelijk 490 instellingen voor ouderenzorg meegedaan.

## 2.8 Samenvatting

Het onderhavige onderzoek betreft een cross-sectioneel onderzoek waarin multiple-cases opgenomen zijn. Aanvullend is gebruik gemaakt van de mogelijkheid om gegevens uit een landelijk representatief onderzoek mee te nemen. In totaal hebben 11 instellingen deelgenomen aan het onderzoek uit 3 verschillende sectoren in de ouderenzorg. Deze sectoren betreffen: het verzorgingshuis, instellingen voor verpleeghuiszorg en instellingen voor thuiszorg. Per sector is 1 instelling gekozen die net is begonnen met het invoeren van een kwaliteitssysteem, 1 instelling die bezig is kwaliteitssystemen te implementeren en 1 instelling die beschikt over een functionerend kwaliteitssysteem. De selectie van de instellingen uit de verschillende fasen is verricht door de koepelorganisaties. Om te bevestigen of de indeling van de instellingen in de ontwikkelingsfasen van het kwaliteitssysteem zoals de koepelorganisaties die hebben uitgevoerd nog actueel is, zijn de instellingen door de onderzoekers ingedeeld in fasen met behulp van het HKZ-schema (bijlage 1) en het MIK-V (bijlage 2). Vervolgens zijn voor alle instellingen de kosten in kaart gebracht, welke zijn gerangschikt naar preventie-, beoordelings- en herstelkosten en naar de kosten van verbeterprojecten. Na een investering van extra kosten aan kwaliteitszorg, is het van belang om het nut van deze investering in kaart te brengen. Dit vond plaats door middel van het operationaliseren van de mogelijke effecten met behulp van kwaliteitsindicatoren. De informatie die van belang is om uitspraken te doen over de mogelijke effecten van kwaliteitssystemen is op 3 verschillende manieren verzameld: door middel van mondelinge en schriftelijke interviews, observaties en door middel van zorgdossieranalyse. Bij de organisaties voor thuiszorg hebben geen observaties plaats gevonden, maar is gebruik gemaakt van de resultaten van het landelijke cliënt-waarderingsonderzoek.

### 3 KOSTEN EN EFFECTEN VAN KWALITEITSSYSTEMEN: EEN VERHELDERING VAN BEGRIPPEN<sup>1</sup>

#### 3.1 Inleiding

Verzorgingshuizen, verpleeghuizen en instellingen voor thuiszorg zijn volop bezig met het ontwikkelen en implementeren van kwaliteitssystemen. Enkelen zijn gecertificeerd of anderszins extern beoordeeld. De kosten van een certificatie zijn duidelijk zichtbaar, terwijl veel van de kosten die gepaard gaan met het invoeren en instant houden van een kwaliteitssysteem onzichtbaar blijven. Regelmatig wordt bij de overheid of bij onderhandelingen met zorgverzekeraars aangegeven dat het implementeren van kwaliteitssystemen extra geld kost. Harde cijfers ontbreken. Van de verzekeraars komen reacties, waarin wordt 'verzekerd' dat de kosten van kwaliteitssystemen zichzelf terug zullen verdienen door bijvoorbeeld efficiëntiewinst.

Uit eerder onderzoek onder 1100 zorginstellingen blijkt dat 36% van de instellingen op termijn kostenbesparingen verwacht en 4% van de instellingen deze bereikt heeft (Wagner e.a., 1995). Drie jaar later blijkt uit een onderzoek onder 74 verpleeghuizen dat het percentage verpleeghuizen dat kostenbesparingen zegt te hebben bereikt, gedaald is van 4% naar 3%, terwijl nog steeds 37% kostenbesparingen verwacht. De keerzijde hiervan is dat 63% van de instellingen geen financiële resultaten, in de zin van kostenbesparingen, verwacht. Zorginstellingen verwachten daarentegen wel resultaten zoals een toename in tevredenheid van bewoners, medewerkers en externe partijen, een betere beheersbaarheid van de organisatie en profilering van de instelling (Klein Ikkink en Wagner, 2000).

Een andere discussie die gevoerd wordt als het om de kosten van kwaliteitssystemen gaat is het onderscheid tussen reguliere zorg en kwaliteitszorg. Dit onderscheid vervaagt naarmate kwaliteitssystemen beter zijn geïmplementeerd, aangezien kwaliteitssystemen uiteindelijk deel gaan uitmaken van de reguliere bedrijfsvoering. Maar, wat tot de reguliere zorg behoort is geen vaststaand gegeven. De laatste jaren zijn door de overheid, zorgverzekeraars en cliënten nieuwe eisen geformuleerd waaraan instellingen moeten voldoen, zoals bijvoorbeeld nieuwe regels voor de hygiëne bij het bereiden van maaltijden. Hierbij gaat het om nieuwe normen die deel gaan uitmaken van een kwaliteitssysteem.

Recentelijk is bij het Nivel een explorierend onderzoek gestart naar de kosten en resultaten van kwaliteitssystemen bij 11 instellingen in de ouderenzorg. Bij het selecteren van de deelnemende instellingen is rekening gehouden met de verschillende stadia bij het implementeren van kwaliteitssystemen, te weten: oriëntatie/voorbereiding, uitvoering en onderhoud/verankering. Hierop aansluitend gaat het bij het onderzoek om de vraag welke kosten gemaakt worden voor het ontwikkelen, implementeren en onderhouden van kwaliteitssystemen. Het gaat dus niet om de operationele kosten van het zorgproces. Tevens wordt in het onderzoek nagegaan welke resultaten instellingen bereikt hebben. Het doel van dit artikel is een bijdrage te leveren aan de discussie over kwaliteitskosten. In het artikel worden de belangrijkste begrippen voor het bepalen van de kosten en resultaten van kwaliteitssystemen, zoals die in het bedrijfsleven worden gehanteerd, vertaald naar de ouderenzorg.

---

<sup>1</sup> Wagner, C., Merode, G.G. van. Kosten en resultaten van kwaliteitssystemen. *Zorgvisie* 2000;5:18-23.

## 3.2 Inhoud van kwaliteitssystemen

Uitgangspunt voor het bepalen van de kosten van een kwaliteitssysteem zijn de kwaliteitsmodellen die in de afzonderlijke sectoren ontwikkeld zijn. Voor verzorgingshuizen en instellingen voor thuiszorg is door de Stichting HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector) in samenwerking met alle belanghebbende veldpartijen een certificatieschema opgesteld. In het certificatieschema staan de activiteiten vermeld die een instelling geïmplementeerd moet hebben om in aanmerking te komen voor het HKZ kwaliteitskeurmerk. De normen die in het schema zijn opgenomen weerspiegelen de minimum normen waaraan een kwaliteitssysteem moet voldoen. Voor verpleeghuizen geldt het MIK-V (Model Intern Kwaliteitssysteem Verpleeghuizen) als referentiekader. Zowel de HKZ-schema's als het MIK-V omschrijven activiteiten zoals bijvoorbeeld kwaliteitsbeleidsplannen, klachten- en incidentenregistraties, scholing, procesbeheersing en een documentensysteem.

### 3.2.1 Om welke activiteiten gaat het?

De activiteiten die benoemd worden in de certificatieschema's en het MIK-V kunnen globaal in 2 categorieën worden ingedeeld. Ten eerste zijn er activiteiten die instellingen tot de reguliere zorg rekenen. Verder zijn er nieuwe activiteiten die tot doel hebben fouten en suboptimale zorg te voorkomen (preventie), het functioneren van het kwaliteitssysteem te beoordelen, en afhankelijk van de resultaten van een beoordeling de zorg te verbeteren middels verbeterprojecten. Deze activiteiten moeten structureel worden toegepast om continue verbetering van de zorg mogelijk te maken. Bij het implementeren van de nieuwe activiteiten kan tevens worden nagegaan of bestaande reguliere activiteiten kunnen vervallen (substitutie).

Voor het bepalen van de kosten die verbonden zijn aan het systematisch bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit is het onderscheid tussen reguliere activiteiten (behorende tot de normale productiekosten) en kwaliteitssysteem-activiteiten van belang. Tot kwaliteitskosten behoren beheerskosten zoals preventie- en beoordelingskosten en herstelkosten (Feigenbaum, 1983).

Uit de inventarisatie bij de 11 instellingen blijkt dat een deel van de activiteiten die in de HKZ-schema's en het MIK-V worden beschreven expliciet gezien worden als onderdeel van de reguliere zorg, terwijl een ander deel gezien wordt als extra activiteit in het kader van het kwaliteitsbeleid en het kwaliteitssysteem. In tabel 3.1 worden de resultaten weergegeven.

Tabel 3.1 Overzicht van de indeling in reguliere activiteiten en activiteiten voor het kwaliteitssysteem

reguliere activiteiten	activiteiten kwaliteitssysteem
<p><i>Voorbeelden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- beleidsplan algemeen beleid</li> <li>- expliciteren van mens- en zorgvisie</li> <li>- informatieverstrekking aan cliënten en externe partijen</li> <li>- totaaloverzicht producten/diensten</li> <li>- systeem zorgplannen</li> <li>- medicijnbeheer en -distributie</li> <li>- functiebeschrijvingen</li> <li>- functionerings-/beoordelingsgesprekken</li> <li>- cliëntenraad</li> <li>- incidentenregistratie</li> <li>- ondernemingsraad</li> <li>- verslaglegging</li> <li>- klachtenregistratie/-behandeling</li> </ul>	<p><i>Preventie:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- scholing medewerkers/management in kwaliteitszorg</li> <li>- introductieprogramma nieuwe medewerkers</li> <li>- intercollegiale toetsing</li> <li>- schriftelijke procedures, richtlijnen, documenten</li> <li>- procedure- en documentenbeheer/handboek</li> <li>- beleidsdagen/kwaliteitsberaad</li> <li>- kwaliteitsbeleid en -plan</li> <li>- kwaliteitsfunctionaris/coördinator/stuurgroep</li> <li>- communicatie over kwaliteitsbeleid, bijvoorbeeld via krant, bulletin</li> <li>- kwaliteitsjaarverslag</li> <li>- kwaliteitsgroepen/-teams</li> </ul> <p><i>Beoordeling:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- interne audit</li> <li>- waarderingsonderzoek cliënten</li> <li>- waarderingsonderzoek medewerkers</li> <li>- externe audit en toetsing</li> </ul> <p><i>Verbeterprojecten, voorbeelden:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- project zorgplansystematiek</li> <li>- project was verzorging</li> <li>- project zorgbemiddeling</li> <li>- project wachttijdbeheer</li> <li>- project imago verbetering</li> </ul>

Voor de activiteiten die behoren tot het kwaliteitssysteem kan aanvullend onderscheid gemaakt worden tussen de stadia 'ontwikkeling', 'implementatie' en 'onderhoud'. Het stadium waarin een activiteit zich bevindt kan tussen instellingen verschillen. Op het moment dat het stadium 'onderhoud' is bereikt, gaat het niet meer om een extra activiteit maar om een reguliere activiteit die mogelijk oude routines en activiteiten kan vervangen of efficiënter kan laten verlopen.

Daarnaast kan het voorkomen dat een instelling nog niet beschikt over alle reguliere activiteiten die in het HKZ-schema of het MIK-V worden genoemd. Deze instelling moet als het ware een inhaalslag maken, waar eveneens kosten mee gemoeid zijn. Een veel voorkomend voorbeeld is het beschikbaar hebben van een totaaloverzicht van de producten en diensten die de instelling levert. In het algemeen blijkt uit tabel 3.1 dat instellingen een onderscheid kunnen aanbrengen tussen reguliere en kwaliteitssysteem activiteiten.

### 3.3 Kosten van kwaliteitssystemen

De activiteiten die in tabel 3.1 zijn benoemd als activiteiten voor systematische kwaliteitsbewaking kunnen, afhankelijk van de fase waarin het kwaliteitssysteem zich bevindt, ontwikkel-, implementatie- of borgingskosten met zich meebrengen. Ontwikkel- en implementatiekosten zijn éénmalige investeringskosten; kosten verbonden aan het onderhouden en borgen van bestaande kwaliteitsactiviteiten zijn structurele kosten die elk jaar terugkomen. De kosten van verbeterprojecten kunnen investeringskosten zijn om een gerichte kwaliteitsverbetering te kunnen bereiken. Aan de andere kant wordt van instellingen verwacht dat zij continue de zorg blijven verbeteren en vernieuwen. Dergelijke vernieuwingen worden veelal projectmatig aangepakt. Vanuit dat oogpunt gaat het bij verbeterprojecten om structurele kosten die een instelling moet maken. Enkele voorbeelden van kwaliteitskosten zijn te zien in tabel 3.2.



In de tabel zijn voor de 3 kostencategorieën voorbeelden gegeven van activiteiten die in de desbetreffende categorie vallen, de denkbeeldige inzet van het personeel, en de rekeneenheden die aangeeft hoe vaak iets voorkomt.

*Voorbeeld:*

*De kosten voor het opstellen van een procedure bestaan bijvoorbeeld uit de kosten van een werkgroep, bestaande uit een stafmedewerker, een leidinggevende en een uitvoerende. De werkgroep komt gedurende een half jaar 4 keer bijeen. Elke bijeenkomst duurt 2 uur. Voor de afwezigheid van de uitvoerende wordt vervanging geregeld. Voor de implementatie van de nieuwe procedure bij de medewerkers vindt er uitleg plaats in het reguliere werkoverleg; hieraan zijn geen extra kosten verbonden. Indien hiervoor een extra overleg wordt gepland, is er sprake van extra kosten. Indien de instelling 4 afdelingen heeft die ieder 1 uur uittrekken voor de introductie tijdens een extra overleg dan zijn er ook extra kosten. Aanvullend wordt voor enkele medewerkers aparte bijscholing afgesproken. Ten slotte wordt het functioneren van de procedure eens per jaar geëvalueerd door een lid van het managementteam.*

Tabel 3.2 Voorbeelden van ontwikkel-, implementatie en borgingskosten

activiteit	personeel	middel	aantal uren
<i>Ontwikkelkosten:</i>			
- opstellen van een procedure	leidinggevende + stafmedewerker	overleg/ tijd	4x2 uitvoerende + vervanging
- ontwikkelen vragenlijst waarderingsonderzoek	stafmedewerker	tijd	5 dg. x 8uur
- beschrijving producten/ diensten	hoofd afdeling + 2 medewerkers	overleg/ tijd	4 afd., 3 maand 2 uur per week
<i>Implementatiekosten:</i>			
- introduceren nieuwe procedure	10 medewerkers per afd.	overleg/tijd	4 afd.; 1 uur
- uitvoeren waarderings- onderzoek cliënten	stafmedewerker	tijd	20 dg. x 8 uur
- scholing nieuwe werkwijzen	3 medewerkers + vervanging	cursus/tijd	12 uur per medewerker.
<i>Borgingskosten:</i>			
- toetsen en evalueren bestaande procedure	medewerker MT-team	tijd	20 uur
- feedback resultaten waarderingsonderzoek	10 medewerkers	overleg/ tijd	4 afd., 1overleg van 1uur
- borgen kwaliteitsbewustzijn	50 medewerkers	beleidsdag	8 uur

Voor alle kwaliteitsactiviteiten in een instelling kunnen op deze manier de kosten in kaart worden gebracht. Verwacht wordt dat instellingen die net zijn begonnen met het systematisch bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit vooral éénmalige investeringskosten hebben voor het ontwikkelen en implementeren van kwaliteitsactiviteiten, terwijl instellingen met een functionerend kwaliteitssysteem vooral structurele kosten hebben voor het onderhouden en verbeteren van de kwaliteit.

De mate van gedetailleerdheid van de kostenberekening hangt mede af van het beoogde gebruik. Voor het bepalen van de kosten verbonden aan het ontwikkelen, implementeren en onderhouden van kwaliteitssystemen, kan worden volstaan met het bepalen van de extra activiteiten en de kosten ervan. Aangezien een financier alleen extra activiteiten zou willen

vergoeden is de hiervoor genoemde kostenberekening toereikend. Bij de uiteindelijke berekening van de kosten van het kwaliteitssysteem, moet ook rekening worden gehouden met kosten die naar verwachting verminderen, zoals bijvoorbeeld herstelkosten, minder kosten door het elimineren van dubbel werk, het laten vallen van oude routines en minder overleg door meer duidelijkheid en transparantie.

### 3.4 Herstelkosten

Herstelkosten zijn de kosten van onvoldoende kwaliteit en het herstellen van fouten die tijdens de reguliere zorgverlening optreden. Herstelkosten zijn verspillingen, dat wil zeggen kosten die ontstaan doordat de geplande kwaliteit van producten of diensten niet wordt gerealiseerd. Het gaat om afwijkingen van de gestelde norm. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen interne en externe herstelkosten (Feigenbaum, 1983). Bij interne herstelkosten gaat het om kosten ten behoeve van het herstellen van kwaliteitsafwijkingen en fouten voordat het product de klant heeft bereikt. Bij externe herstelkosten gaat het om bovengenoemde kosten nadat het product de klant heeft bereikt (Bandel, 1997). In de praktijk kan zich de paradox voordoen dat instellingen die gedetailleerde normen opstellen meer kans hebben op afwijkingen van de norm. Voorbeelden van herstelkosten zijn weergegeven in tabel 3.3.

Tabel 3.3 Een weergave van voorkomende interne en externe herstelkosten

interne herstelkosten	externe herstelkosten
- planningsproblemen en uitzendkrachten	- schadeclaims van bewoners/cliënten
- oninbare vorderingen c.q. gemis van budget	- incidenten en ongevallen
- verzuim en ziekte personeel	- medicatiefouten
- onderbezetting capaciteit	- onnodig lijden bewoner/cliënt
- dubbel werk	- zoekraken goederen
- verzekeringen	- reputatieschade

Alle instellingen kunnen met bovengenoemde herstelkosten te maken krijgen, maar niet alle instellingen hebben inzicht in de omvang van herstelkosten. Het meten van herstelkosten is veelal moeilijk omdat deze soms verweven zitten in andere kosten, verschillend gewaardeerd worden, de kosten naar gelang kunnen verschillen (bijvoorbeeld planningsproblemen) of de kosten door andere partijen gemaakt moeten worden. Het meten van herstelkosten moet derhalve in de praktijk waarschijnlijk beperkt worden tot een aantal meetbare posten.

In kostentheorieën wordt ervan uitgegaan dat er een relatie bestaat tussen de omvang van de preventie- en beoordelingskosten van een kwaliteitssysteem en de herstelkosten voor onvoldoende kwaliteit. Naarmate de preventie- en beoordelingskosten toenemen, zullen de herstelkosten afnemen (Bandel e.a., 1997). Het dalen van de herstelkosten is in deze een resultaat van een goed functionerend kwaliteitssysteem.

### 3.5 Mogelijke effecten van kwaliteitssystemen

De mogelijke effecten kunnen worden afgeleid van de doelstelling van instellingen in de ouderenzorg. De zorginstellingen streven naar het leveren van verantwoorde zorg. Hiervan is sprake als de geboden zorg beantwoordt aan de reële behoefte van de cliënt, deze inhoudelijk uitgevoerd wordt volgens de geldende normen van de beroepsgroep en organisatie (effectief), en doelmatig en cliëntgericht wordt verleend. Een kwaliteitssysteem is hierbij een

middel om de organisatorische structuur, verantwoordelijkheden, procedures en processen zodanig in te richten dat verwacht mag worden dat de geleverde zorg inderdaad verantwoord zal zijn. Aanvullend worden in kwaliteitsmodellen nog 3 andere resultaatgebieden onderscheiden, te weten waardering van cliënten, waardering van medewerkers en waardering door de maatschappij. In tabel 3.4 wordt een overzicht gegeven van de kwaliteitsindicatoren die de 11 instellingen per resultaatgebied hebben genoemd. Deze worden nog niet structureel in instellingen geregistreerd en zijn om die reden ook niet allemaal voor het onderhavige onderzoek gebruikt als een kwaliteitsindicator.

Tabel 3.4 Voorbeelden van kwaliteitsindicatoren per resultaatgebied voor instellingen in de ouderenzorg

resultaatgebieden	verpleeg-/verzorgingshuizen	thuiszorginstellingen
<b>1 Verantwoorde zorg</b>		
effectiviteit zorgverlening	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aantal cliënten met probleemgedrag</li> <li>- aantal nagekomen afspraken</li> <li>- prevalentie decubitus</li> <li>- prevalentie psychofarmacagebruik</li> <li>- aantal ongevallen, incidenten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aantal ongevallen/incidenten</li> <li>- aantal nagekomen afspraken</li> <li>- aantal geïndiceerde cliënten dat thuis kan blijven</li> </ul>
doelmatigheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aantal ad hoc werkzaamheden</li> <li>- verhouding directe/indirecte zorg</li> <li>- correcte administratie cliënt</li> <li>- aantal uitzendkrachten</li> <li>- aantal cliënten op wachtlijst in relatie tot productie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aantal keren dubbel voorrijden</li> <li>- verhouding directe/indirecte zorg</li> <li>- verhouding wachtlijst/productie</li> <li>- kengetallen bedrijfsvoering</li> <li>- interne bureaucratie</li> <li>- aantal planningsfouten</li> </ul>
cliëntgerichtheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aantal medewerkers per cliënt</li> <li>- privacy, aantal 1-pers.kamers</li> <li>- voldoen aan individuele behoeftes</li> <li>- omvang wachttijd op medewerker</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aantal medewerkers per cliënt</li> <li>- voldoen aan individuele behoeftes</li> <li>- % cliënten waarbij geïndiceerde zorg wordt geleverd</li> </ul>
<b>2 Waardering cliënt</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aantal klachten bij commissie</li> <li>- oordeel bewoner over</li> <li>- krijgen geïndiceerde zorg</li> <li>- nakomen van afspraken</li> <li>- aanwezigheid vaste contactpers.</li> <li>- meebeslissen in de zorg</li> <li>- praten over fouten</li> <li>- bejegening</li> <li>- afstemmen werkzaamheden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aantal klachten bij commissie</li> <li>- oordeel cliënt over:</li> <li>- krijgen geïndiceerde zorg</li> <li>- nakomen van afspraken</li> <li>- aanwezigheid vaste contactpers.</li> <li>- meebeslissen in de zorg</li> <li>- praten over fouten</li> <li>- bejegening</li> <li>- afstemmen werkzaamheden</li> </ul>
<b>3 Waardering medewerker</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- correcte inschaling medewerkers</li> <li>- aantal klachten</li> <li>- verloop medewerkers</li> <li>- ziekteverzuim</li> <li>- verloop leerlingen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- % tevreden medewerkers</li> <li>- aantal klachten</li> <li>- verloop medewerkers</li> <li>- ziekteverzuim</li> </ul>
<b>4 Waardering maatschappij</b>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aantal vrijwilligers</li> <li>- imago/reputatieschade</li> <li>- aantal schadeclaims</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- aantal schadeclaims</li> <li>- imago/reputatieschade</li> </ul>

### 3.6 Discussie

In het voorgaande zijn de begrippen reguliere zorg versus activiteiten voor een kwaliteitssysteem, investeringskosten versus structurele kosten, en preventie- en beoordelingskosten versus herstellkosten besproken. Het artikel heeft laten zien dat kwaliteitssystemen extra activiteiten met zich meebrengen. Tevens is ingegaan op de mogelijke resultaten van

kwaliteitssystemen ten aanzien van verantwoorde zorg en de waardering van medewerkers, cliënten en de maatschappij. Zoals in de inleiding aangegeven verwachten de meeste directies van instellingen geen kostenbesparingen van kwaliteitssystemen, maar wel verbeteringen in de organisatie en de kwaliteit van zorg.

De vraag is door wie de extra kosten die gemaakt worden voor het ontwikkelen, implementeren en onderhouden van kwaliteitssystemen betaald kunnen en moeten worden. Kwaliteitssystemen zijn via de Kwaliteitswet Zorginstellingen door de overheid verplicht gesteld, zonder hier structurele financiële middelen tegenover te stellen. Uit het overzicht van reguliere en kwaliteitssysteem-activiteiten blijkt dat substitutie tussen de activiteiten maar in beperkte mate mogelijk is. Bij een kwaliteitssysteem gaat het om extra activiteiten die door de instelling extra gefinancierd moeten worden. Het ontwikkelen en implementeren van activiteiten vindt meestal projectmatig plaats en brengt incidentele kosten met zich mee. Voor projecten kan soms externe financiering worden verkregen, terwijl voor de structurele kosten voor het onderhouden van een kwaliteitssysteem en het continue verbeteren van de zorg (nog) geen extra gelden beschikbaar zijn.

Verdient een goed functionerend kwaliteitssysteem zichzelf terug? Tot nu toe hebben alleen sommige verbeterprojecten in de ziekenhuissector aantoonbaar kostenbesparingen opgeleverd. Binnen de ouderenzorg en voor een kwaliteitssysteem als geheel zijn kostenbesparingen nog niet aangetoond. Als de kosten van kwaliteitssystemen zichzelf niet terugverdienen in de zin van financiële kostenbesparing zullen de extra kosten op de een of andere manier verrekend moeten worden. Indien de kwaliteit van de zorg verbetert, kan gesteld worden dat een beter product gewoon meer kosten met zich mee brengt en dus duurder wordt. Indien de zorg door kwaliteitssystemen niet verbetert, rijst de vraag of kwaliteitssystemen wel verplicht moeten zijn.

Een andere mogelijkheid is een onderscheid te maken tussen het instellingsperspectief en het maatschappelijk perspectief bij het beoordelen van de kosten en resultaten van kwaliteitssystemen. Als vanuit maatschappelijk perspectief blijkt dat kwaliteitssystemen zichzelf terug verdienen, bijvoorbeeld door de toegenomen transparantie en vertrouwen van de burger in de gezondheidszorg, terwijl dit voor instellingen niet geldt, dan kan het nog zinvol zijn om kwaliteitssystemen te hebben.

## 4 INZICHT IN KOSTEN EN ERVAREN EFFECTEN VAN KWALITEITS-SYSTEMEN OP SECTORNIVEAU

### 4.1 Inleiding

Al jaren wordt in de Nederlandse gezondheidszorg gewerkt met een vaststaand macrobudget en instellingsbudgetten. Bij een toenemende zorgvraag leidt dit onherroepelijk tot schaarste. Zorginstellingen worden hierdoor gedwongen keuzes te maken, zoals behandelingen beperken of de doelmatigheid verhogen. Van kwaliteitssystemen wordt verwacht dat deze helpen zorgprocessen beter te beheersen, waardoor meer gedaan kan worden met dezelfde middelen of hetzelfde voor minder geld (doelmatigheidswinst). In het algemeen wordt geschat dat zorginstellingen een stuk doelmatiger zouden kunnen werken. In hoeverre kwaliteitssystemen hieraan bijdragen is niet bekend. Sinds 10 jaar werken zorginstellingen aan het ontwikkelen en implementeren van kwaliteitssystemen, met als doel de transparantie van de zorgverlening te vergroten en de doeltreffendheid, doelmatigheid en cliëntgerichtheid van de zorg te verbeteren. Het implementeren van kwaliteitssystemen vraagt investeringen die zich terug moeten verdienen door de gewenste effecten te bereiken. De vraag is in hoeverre instellingen de gewenste effecten bereikt hebben en in hoeverre de baten opwegen tegen de kosten. Voor een goede kosten baten afweging is het nodig dat instellingen inzicht hebben in de kosten van kwaliteitszorg.

In dit artikel wordt beschreven welke effecten directies van zorginstellingen verwachten van kwaliteitszorg en welke effecten inmiddels bereikt zijn. Tevens wordt ingegaan op de mate waarin instellingen inzicht hebben in preventie-, beoordelings- en herstelkosten.

### 4.2 Methode

Eind 1999 - begin 2000 is aan 696 directies van instellingen in de ouderenzorg een schriftelijke vragenlijst verstuurd met gesloten vragen over de positieve en negatieve effecten van kwaliteitszorg en vragen over kwaliteitskosten. Van de thuiszorginstellingen en verpleeghuizen zijn alle instellingen voor het onderzoek benaderd.

Bij verzorgingshuizen is een steekproef getrokken van 20%. Aan het onderzoek hebben uiteindelijk 489 instellingen deelgenomen, waaronder 101 (78%) reguliere en particuliere thuiszorginstellingen, 193 (66%) verzorgingshuizen, en 195 (71%) verpleeghuizen.

Bij de effecten van kwaliteitszorg gaat het om gepercipieerde effecten van het management. De vragen naar kwaliteitskosten richten zich op de mate waarin een instelling inzicht heeft in de kosten die het ontwikkelen, invoeren en onderhouden van een kwaliteitssysteem met zich meebrengt. Er is niet gevraagd naar bedragen van werkelijk gemaakte kosten. Dit is wel gedaan bij een kleine groep instellingen (N=11) waarvan de resultaten te lezen zijn in het volgende hoofdstuk.

### 4.3 Resultaten

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

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

wordt ervan uitgegaan dat betere ondernemingsresultaten worden geboekt omdat het beleid voortdurend wordt aangepast op basis van resultaatmetingen. De effecten die de instellingen tengevolge van kwaliteitszorg rapporteren staan vermeld in tabel 4.1. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen de effecten die men reeds bereikt heeft en effecten die men in de toekomst al dan niet verwacht te bereiken.

Bij het interpreteren van deze tabel moet worden bedacht dat 56% van de instellingen (nog) geen effecten rapporteert, terwijl de overige instellingen doorgaans 1, 2 of 3 effecten hebben aangekruist. Vijf instellingen hebben aangegeven 11 positieve effecten bereikt te hebben (de range loopt van 0 tot 11 effecten).

De effecten die inmiddels bereikt zijn, verschillen tussen de sectoren. De meest bereikte effecten per sector zijn in tabel 4.1 onderstreept. In de thuiszorg hebben de effecten met name betrekking op de profilering van de instelling, de cliënttevredenheid, de zorgprocessen en de productiviteit. In verzorgingshuizen zijn vooral effecten bereikt als het gaat om de klantgerichtheid, de inzet van medewerkers en de tevredenheid van externe partijen, zoals financiers en patiënten-/consumentenorganisaties. In verpleeghuizen wordt melding gemaakt van een toename van de klantgerichtheid en een verbetering van de zorgprocessen. Een toename in de tevredenheid van het personeel en kostenbesparingen worden nauwelijks als effect van kwaliteitszorg genoemd. Gezien over de gehele sector meldt hooguit 1 op de 5 instellingen dat positieve effecten bereikt zijn.

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

Tabel 4.1 Percentage instellingen dat rapporteert positieve effecten van het kwaliteitssysteem bereikt te hebben (N=489)

	thuiszorg (N=101)		verzorgingshuizen (N=193)		verpleeghuizen (N=195)	
	bereikt	verwacht	bereikt	verwacht	bereikt	verwacht
<i>Patiënten/cliënten:</i>						
toename van de klantgerichtheid	<u>22</u>	76	<u>22</u>	77	<u>21</u>	78
toename van tevredenheid van gebruikers	<u>25</u>	75	<u>17</u>	76	<u>15</u>	82
<i>Medewerkers:</i>						
toename van tevredenheid van medewerkers	10	85	16	79	8	90
toename van de inzet van de medewerkers	19	65	<u>23</u>	67	12	74
<i>Organisatie:</i>						
betere beheersbaarheid van de instelling	17	77	16	78	12	82
betere profilering van de instelling	<u>24</u>	76	<u>23</u>	75	11	85
toename van tevredenheid van externe partijen	<u>22</u>	75	16	78	10	80
<i>Kwaliteit van zorg:</i>						
verbeteringen in de zorgprocessen	<u>30</u>	69	19	81	<u>24</u>	75
verbeteringen in de resultaten van de zorg	<u>24</u>	75	14	83	15	80
<i>Rendement:</i>						
toename van de productiviteit	<u>22</u>	66	15	63	10	54
kostenbesparing in de eigen instelling	8	61	10	48	4	55
kostenbesparing niet in de eigen instelling	2	<u>43</u>	5	30	1	31

De effecten die het meest zijn bereikt binnen de sector zijn onderstreept

De hier gepresenteerde cijfers hebben betrekking op het gemiddelde van alle instellingen in de ouderenzorg. De verwachting is dat instellingen die vergevorderd zijn met een kwaliteitssysteem (fase 3) meer effecten hebben bereikt dan degenen die zich nog in de voorbereidingsfase (fase 1) of implementatiefase (fase 2) bevinden. In de ouderenzorg bevindt zich 19% van de instellingen in fase 1, 75% in fase 2 en 6% in fase 3. Die veronderstelling is getoetst door de 3 groepen instellingen met elkaar te vergelijken. Tabel 4.2 geeft de resultaten.

Tabel 4.2 Vergelijking tussen instellingen in fase 1, 2 of 3 wat betreft de ervaren positieve effecten die bereikt zijn (in %) (N=489)

	beginnend (fase 1) N=93	midden (fase 2) N=365	vergevorderd (fase 3) N=31
<i>Patiënten/cliënten:</i>			
toename van de klantgerichtheid	10	23	44*
toename van tevredenheid van gebruikers	9	18	44*
<i>Medewerkers:</i>			
toename tevredenheid van de medewerkers	7	11	36*
toename van de inzet van de medewerkers	12	17	44*
<i>Organisatie:</i>			
betere beheersbaarheid van de instelling	2	16	48*
betere profilering van de instelling	9	17	68*
toename van tevredenheid van externe partijen	7	14	48*
<i>Kwaliteit van zorg:</i>			
verbeteringen in de zorgprocessen	7	25	58*
verbeteringen in de uitkomst van de zorg	6	16	50*
<i>Rendement:</i>			
toename van de productiviteit	6	15	42*
kostenbesparing in de eigen instelling	2	7	25*
kostenbesparing, maar niet in de eigen instelling	1	3	13*

\* significant verschil  $p < 0.05$  tussen instellingen in fase 3 en instellingen die nog in een lagere ontwikkelingsfase verkeren

Er is in alle opzichten een significant verschil tussen de instellingen in de 3 verschillende ontwikkelingsfasen in de mate waarin effecten van het kwaliteitssysteem zijn bereikt. Dat geldt met name voor de instellingen die in fase 3 zijn beland bij de verankering en het onderhouden van een kwaliteitssysteem, vergeleken met de overigen. Van de instellingen met een functionerend kwaliteitssysteem (fase 3) meldt 58% dat zorgprocessen zijn verbeterd en 50% meldt dat de zorg tot betere uitkomsten of resultaten leidt. Tweederde van de instellingen geeft aan dat systematische kwaliteitszorg geleid heeft tot een betere profilering van de instelling. Bijna de helft van de instelling meldt dat de beheersbaarheid van de instelling en de tevredenheid van externe partijen is toegenomen. Kostenbesparingen worden minder vaak gerapporteerd, namelijk door 25% van de instellingen. 42% Ervaart een toename in de productiviteit, dat wil zeggen dat er meer zorg wordt verleend met dezelfde middelen. Indirect zou dit een kostenbesparing kunnen betekenen.

#### *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. Deze procesbeheersing wordt enerzijds gerealiseerd door protocollering van de zorgverlening, anderzijds door het hanteren van deelsystemen. Verwacht mag worden dat de invoering van een kwaliteitssysteem gepaard gaat met een

toename van de regelgeving in de instelling, terwijl (doorgaans in een latere fase) overbodige procedures die niet bijdragen aan kwaliteitsbewaking worden gewijzigd of afgeschaft. Van de instellingen heeft 5% (niet in tabel) aangegeven dat kwaliteitszorg geen invloed heeft gehad op de regelgeving. De mate waarin de regelgeving in de overige instellingen is veranderd, is in tabel 4.3 te zien.

Tabel 4.3 Percentage instellingen dat een verandering in de regelgeving rapporteert (N=489)

	fase 1 N=93	fase 2 N=365	fase 3 N=31
<i>Regelingen en procedures*:</i>			
bewaking van regels en procedures	44	65	92**
de werking wordt beter geëvalueerd en geactualiseerd	26	61	92**
toename van regels en procedures	66	81	84**
formalisering van regels en procedures	40	62	84**
beter toetsing van regels en procedures	25	48	84**
verwijdering van regels en procedures	27	38	64**

\* instellingen hebben meerdere antwoorden aangekruist

\*\* significant verschil  $p < .05$

Bij 92% van de instellingen in fase 3 blijkt dat de naleving van de regels vaker wordt getoetst en dat de werking van regels en procedures beter wordt geëvalueerd. In 84% van de instellingen heeft kwaliteitszorg een toename van regels en procedures tot gevolg gehad en zijn impliciete regels geformaliseerd, denk hierbij bijvoorbeeld aan het vastleggen van mondelinge afspraken. In tweederde van de instellingen zijn overbodige regels en procedures verwijderd.

Tot slot moet worden gezien of kwaliteitszorg ook onbedoelde negatieve effecten met zich meebrengt. In totaal 55% van de instellingen zegt dat zij geen negatieve effecten hebben ervaren, maar 45% van de instellingen ervaart een of meer van de genoemde negatieve effecten. Tabel 4.4 laat zien op welke gebieden negatieve effecten zijn opgetreden en in welke mate het voorkomen van negatieve effecten gerelateerd is aan de ontwikkelingsfase waarin het kwaliteitssysteem zich bevindt.

Tabel 4.4 Percentage instellingen dat rapporteert dat negatieve effecten tengevolge van kwaliteitszorg zijn opgetreden (N=489)

negatieve effecten	fase 1 N=93	fase 2 N=365	fase 3 N=31
de ervaren werkdruk is toegenomen	26	42	44*
de kosten zijn gestegen	26	30	40
verstarring, minder flexibiliteit bij de medewerkers	1	5	16*
demotivatie en ontevredenheid bij de medewerkers	-	3	-

\* significante verschil  $p < .05$

- negatief effect komt niet voor

De meeste negatieve effecten treden op bij instellingen die ver gevorderd zijn met de implementatie van een kwaliteitssysteem. Het meest frequent wordt genoemd dat de werkdruk tengevolge van de kwaliteitszorg is toegenomen en dat het invoeren van kwaliteitszorg tot een kostenstijging heeft geleid.

Een toetsing van de verschillen tussen instellingen in fase 1, 2 of 3 laat zien dat de kostenstijging het meest frequent wordt gemeld door instellingen die in fase 3 verkeren, 40% van hen meldt een kostenstijging. Van de instellingen in fase 1 noemt 26% een kostenstijging en



in fase 2 is dat 30%. Deze verschillen zijn niet significant in tegenstelling tot de verschillen in de toename van de werkdruk en de verstarring van het personeel.

#### *Inzicht in de kosten van kwaliteitszorg*

Tegenover de effecten staan de kosten die het ontwikkelen en invoeren van een kwaliteits-systeem met zich meebrengt. De helft van de instellingen zegt dat de kosten en baten van verbeterprojecten worden geëvalueerd. De kosten van verbeterprojecten kunnen intern of extern onderwerp van discussie zijn. Meer dan de helft van de instellingen geeft aan dat de kosten intern ter discussie staan. Een derde van de instellingen in de thuiszorg is extern met de zorgverzekeraar in discussie over de kosten van verbeterprojecten. Dit geldt eveneens voor 19% van de verpleeghuizen en 8% van de verzorgingshuizen.

In het bedrijfsleven is het gebruikelijk om onderscheid te maken in preventie-kosten (bijvoorbeeld scholing in kwaliteitszorg, ontwikkelen van procedures en een kwaliteitsbeleid), beoordelingskosten (bijvoorbeeld audits) en herstelkosten (reparaties en claims). Een nadere uitwerking van deze begrippen voor de ouderenzorg is te vinden in hoofdstuk 3. De mate waarin instellingen inzicht hebben in dergelijke kosten is te zien in tabel 4.5.

Tabel 4.5 Percentage instellingen dat inzicht heeft in preventiekosten van kwaliteitszorg

preventiekosten	thuiszorg N=101	verzorgingshuizen N=193	verpleeghuizen N=195
scholing in kwaliteitszorg	72	75	67
opzet en uitvoering van verbeterprojecten	36	37	29
ontwikkelen/implementeren van procedures/ protocollen	30	37	24
intercollegiale/afdelingsgebonden toetsing	16	9	19

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

Tabel 4.6 Percentage instellingen dat inzicht heeft in beoordelingskosten van kwaliteitszorg

beoordelingskosten	thuiszorg N=101	verzorgingshuizen N=193	verpleeghuizen N=195
meningspeilingen/waarderingsonderzoeken	29	20	16
registreren van gegevens (b.v. indicatoren)	22	18	14
externe beoordeling i.v.m. labeling/ certificering (INK, HKZ, et cetera)	46	17	11
interne beoordelingen/interne audits	18	15	5
inter-institutionele toetsing/visitaties	6	12	4
registratie van incidenten/complicaties	22	18	14
externe beoordeling door patiënten consumentenorganisaties	22	7	2

Tabel 4.6 laat zien dat instellingen minder inzicht hebben in kosten van beoordelingen en meningspeilingen dan inzicht in preventiekosten waarvan de gegevens in de vorige tabel getoond zijn. Deze kosten zijn onbekend bij de ruime meerderheid van de instellingen. In het algemeen hebben instellingen in de thuiszorg meer inzicht in de kosten van meningspeilingen, externe beoordeling in verband met certificering en externe beoordeling door cliëntenorganisaties. Dit kan samenhangen met het bestaan van het kwaliteitsfonds in de thuiszorg en de langere traditie in cliëntenonderzoek.

Tabel 4.7 geeft aan dat instellingen weinig inzicht hebben in zogenoemde herstelkosten zoals dubbel en inefficiënt werk, verlenging van behandelduur, of verspilling van materiaal. De

kosten van klachtenbehandeling en schadeclaims zijn wel bij 21% tot 35% van de instellingen bekend.

Tabel 4.7 Percentage instellingen dat inzicht heeft in herstelkosten van kwaliteitszorg

herstelkosten	thuiszorg N=101	verzorgingshuizen N=193	verpleeghuizen N=195
klachtenafhandeling	31	21	24
claims/schadevergoedingen	35	21	30
verlenging van behandelduur	5	9	9
verspilling van materiaal	4	9	9
dubbel werk/inefficiënt werk	10	9	3
kosten t.g.v. diagnostiek en behandeling van complicaties	1	5	9

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

Dergelijke kostprijsberekeningen zijn tot nu toe nauwelijks gangbaar in de zorgsector. Circa 40% meldt dat niet met een kostprijsstelsel wordt gewerkt, in de thuiszorg geldt dit voor een derde van de instellingen.

Van degenen die wel met een kostprijsstelsel werken rapporteert de helft van de instellingen in de thuiszorg dat de kosten per product worden berekend (niet in de tabel) en een derde geeft aan dat kosten per dienst worden berekend. In de verpleeg- en verzorgingshuizen worden de kosten voor een derde per dienst en voor een derde per product berekend.

De kosten van het zorgproces zelf, bijvoorbeeld de kosten per patiëntencategorie of aandoening (CVA, COPD, reuma) worden door 3% tot 11% van de instellingen berekend, en de kosten van de verrichtingen binnen dat zorgproces blijken in 8% tot 16% van de instellingen te worden berekend. In de thuiszorg vinden dergelijke berekeningen vaker plaats.

#### 4.4 Samenvatting en conclusies

Het artikel is in zijn geheel gebaseerd op zelfrapportage en gepercipieerde instellingsgebonden kosten en effecten. De resultaten laten zien dat instellingen in de ouderenzorg hoge verwachtingen hebben van de effecten van kwaliteitszorg. Een beperkte groep instellingen heeft de verwachte effecten in de praktijk bereikt, waarbij instellingen die ver gevorderd zijn met de invoering van kwaliteitssystemen duidelijk meer effecten bereikt hebben. De resultaten laten zien dat er een omslag plaatsvindt als instellingen overgaan van de meer activiteiten georiënteerde fase naar de systeemfase waarin de samenhang tussen activiteiten wordt aangebracht en inbedding plaatsvindt in de dagelijkse bedrijfsvoering. Over het algemeen verwachten minder instellingen dat systematische kwaliteitszorg tot kostenbesparing zal leiden, wel wordt verwacht dat naast de tevredenheid van cliënten, medewerkers en externe partijen de productiviteit verbetert. Dat de geringe verwachtingen ten aanzien van kostenbesparing gedeeltelijk terecht zijn, blijkt uit het feit dat instellingen die vergevorderd zijn met de implementatie van kwaliteitssystemen vaker melden dat de kosten gestegen zijn. Dit zou deels te wijten kunnen zijn aan de toename van het aantal regels en procedures in instellingen die vervolgens bewaakt en geëvalueerd moeten worden. Voor het bewaken en evalueren wordt tijd gevraagd van medewerkers die in die tijd geen andere werkzaamheden kunnen verrichten. Het lijkt van belang een goede balans te vinden tussen het opstellen van regels en procedures en de eigen verantwoordelijkheid van de hulpverleners. Aangezien een toename in productiviteit indirect ook een kostenbesparing

betekent, is het van belang na te gaan hoe instellingen deze productiviteitsstijging bereikt hebben.

In het algemeen kan niet gezegd worden dat de kosten van kwaliteitssystemen vooral liggen in de ontwikkeling en implementatie ervan, evenmin kan zonder meer gezegd worden dat kwaliteitssystemen zichzelf terugverdienen, aangezien maar bij een deel van de vergevorderde instellingen kostenbesparingen (25%) en productiviteitsstijgingen (42%) zijn opgetreden.

Naast inzicht in de effecten van kwaliteitssystemen is ook inzicht nodig in de preventie-, beoordelings- en herstelkosten. Aan de hand van deze informatie zouden instellingen kosten en baten kunnen afwegen en middelen gericht kunnen verdelen. Behalve ten aanzien van verbeterprojecten en scholing in kwaliteitszorg, blijken niet veel instellingen inzicht te hebben in de preventie- en beoordelingskosten die aan kwaliteitszorg verbonden zijn. In het algemeen blijken de instellingen in de thuiszorg meer inzicht te hebben in de kosten dan de verpleeg- en verzorgingshuizen. Nog minder inzicht hebben instellingen in herstelkosten, de kosten die het gevolg zijn van het leveren van onvoldoende kwaliteit. Deze kosten zouden met het implementeren van een kwaliteitssysteem juist omlaag moeten gaan, omdat de efficiëntiewinst in het verminderen van herstelkosten zou kunnen liggen.

## 5 DE KOSTEN VAN KWALITEITSSYSTEMEN IN 11 INSTELLINGEN VOOR OUDERENZORG

### 5.1 Inleiding

In de beleving van managers en medewerkers van zorginstellingen kost het invoeren en onderhouden van een kwaliteitssysteem extra tijd en geld. Hoeveel geld hiermee gemoeid is, is niet bekend. In dit artikel wordt aan de hand van een aantal case-studies een overzicht gegeven van de kosten die 11 thuiszorginstellingen, verzorgings- en verpleeghuizen het afgelopen jaar hebben gemaakt bij het ontwikkelen, invoeren en onderhouden van een kwaliteitssysteem.

In de praktijk worden van oudsher door professionals activiteiten ondernomen om de kwaliteit van de zorgverlening te bewaken. Voorbeelden hiervan zijn vakinhoudelijke scholing, MIP-commissies (Melding Incidenten Patiëntenzorg), inhoudelijke protocollen en patiëntenbesprekingen. Sinds 10 jaar zijn zorginstellingen, eerst op kleine schaal en in de laatste jaren op steeds grotere schaal, begonnen met het systematisch bewaken en verbeteren van de kwaliteit van zorg door het invoeren van een kwaliteitssysteem en het uitvoeren van verbeterprojecten.

Een kwaliteitssysteem is het geheel aan bedrijfskundige en inhoudelijke regels en procedures die een instelling hanteert om constant hoge kwaliteit te kunnen leveren en fouten te voorkomen. Systematische *kwaliteitsbewaking* richt zich op het bereiken van gestelde doelen en het voorkomen van fouten en afwijkingen in het proces. Indien problemen worden geconstateerd wordt het proces bijgesteld; het gaat om verbeteringen naar aanleiding van problemen. Systematische *kwaliteitsverbetering* daarentegen is erop gericht de kwaliteit van zorg continue in kleine stappen te verbeteren (incremental change) dan wel de zorg ingrijpend te verbeteren (break through) door het systeem van zorg verlenen te veranderen. Uit onderzoek is gebleken dat naarmate instellingen verder gevorderd zijn met het invoeren van een kwaliteitssysteem, zij vaker melden dat de kosten ten gevolge van kwaliteitszorg zijn gestegen (Sluijs en Wagner, 2000).

In het bedrijfsleven wordt bij het berekenen van kwaliteitskosten onderscheid gemaakt in reguliere productiekosten en kwaliteitskosten, waaronder preventie-, beoordelings- en herstellkosten. Het gaat om kosten voor het voorkomen respectievelijk vaststellen van ongewenste kwaliteitsafwijkingen, alsmede de kosten als gevolg van kwaliteitsafwijkingen (VKN, 1999). Voor instellingen in de ouderenzorg zijn deze begrippen nader uitgewerkt in hoofdstuk 3. De vraag is: Welke kosten maken instellingen in de ouderenzorg voor het ontwikkelen, invoeren en onderhouden van een kwaliteitssysteem? En, zijn er verschillen tussen instellingen?

### 5.2 Methode

Voor het beantwoorden van de vragen zijn bij 11 instellingen, te weten: 3 thuiszorginstellingen, 3 verzorgingshuizen, 3 verpleeghuizen en 2 gecombineerde verpleeg- en verzorgingshuizen, gegevens verzameld over de extra activiteiten die de instellingen het afgelopen jaar hebben uitgevoerd om een kwaliteitssysteem te ontwikkelen, in te voeren of te onderhouden. De keuze voor de extra activiteiten is gebaseerd op consensus onder de deelnemende instellingen (zie hoofdstuk 3). De activiteiten hebben vooral betrekking op de beheersmatige aspecten van een kwaliteitssysteem. De overige activiteiten behoren volgens

de instellingen tot de reguliere zorgverlening. Bij het selecteren van deelnemende instellingen is bewust gekozen voor een evenredige verdeling van instellingen die net zijn begonnen met het invoeren van een kwaliteitssysteem, instellingen die hiermee gevorderd zijn en instellingen die over een kwaliteitssysteem beschikken en reeds een certificaat hebben behaald. Na het inventariseren van de extra kwaliteitsactiviteiten, is voor elke activiteit nagegaan welke personele en materiële kosten met de uitvoering ervan gemoeid zijn. Hierbij is voor elke activiteit onderscheid gemaakt in ontwikkel- en implementatiekosten (incidentele kosten) en onderhoudskosten (structurele kosten). Buiten beschouwing blijven indirecte kosten zoals huisvestings- en bureaurokosten. In verband met de onderlinge vergelijkbaarheid is voor het berekenen van de kosten het salaris per groep functionarissen gestandaardiseerd op het gemiddelde van de salarisschaal. De salarisschalen zijn gebaseerd op de CAO Thuiszorg, de salarisschalen van verpleeg- en verzorgingshuizen waren met het nieuwe functiewaarderingsstelsel (FWG 3.0) nog aan veranderingen onderhevig. Tevens is uitgegaan van een opslagfactor voor werkgeverslasten van 1,5 op het brutosalaris van het personeel, 13 maandsalarissen en een normatieve werkweek van 36 uur.

## 5.3 Resultaten

### 5.3.1 Preventie- en beoordelingskosten

In tabel 5.1 worden de extra activiteiten genoemd die instellingen in de ouderenzorg op dit moment uitvoeren om de kwaliteit van zorg systematisch te bewaken en te bevorderen. Andere activiteiten die in het certificatieschema van de stichting HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector) of het MIK-V (Model Intern Kwaliteitssysteem Verpleeghuizen) worden genoemd, zoals bijvoorbeeld vakinhoudelijke richtlijnen, zorgplannen, functioneringsgesprekken en een cliëntenraad, worden door de instellingen tot de reguliere zorg/activiteiten gerekend<sup>1</sup>.

In de volgende 6 tabellen worden de preventie- en beoordelingskosten beschreven van 3 verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen. De kosten van de 2 gecombineerde verpleeg-/verzorgingshuizen die aan het onderzoek hebben deelgenomen komen sterk overeen met de kosten die de verpleeghuizen hebben gemaakt.

In de eerste tabel worden de directe personele kosten weergegeven die 3 verpleeghuizen in de verschillende ontwikkelingsfasen van het kwaliteitssysteem in 1999 hebben gemaakt om de kwaliteit van zorg te bewaken en fouten te voorkomen. Uit de inventarisatie bleek dat instellingen vooral personele kosten maken en dat materiële kosten zoals het huren van een zaal, het drukken van informatiemateriaal of krant, en het aanschaffen van software incidenteel zijn.

#### *Verpleeghuizen*

Uit tabel 5.1 blijkt dat de instelling in fase 1 nog niet alle activiteiten ontplooid heeft, 1 activiteit nog incidenteel (i) plaatsvindt en een deel reeds structureel (s) uitgevoerd wordt. Bij nagenoeg alle activiteiten is de kwaliteitsfunctionaris (KF) betrokken; de kosten voor de kwaliteitsfunctionaris zijn maar een keer meegerekend. De vermelde kosten bij de overige activiteiten hebben betrekking op de kosten die gemaakt worden doordat andere medewerkers uit de instelling, zoals het management en verzorgenden, bij de activiteiten betrokken zijn. De instelling in fase 2, zo blijkt, heeft hogere kosten dan de instelling in fase 1. De kosten zitten vooral in het grotere aantal schriftelijke procedures dat aanwezig is en bewaakt en geëvalueerd moet worden. Tevens worden meer medewerkers expliciet in kwaliteitszorg

---

<sup>1</sup> Dit betekent dat bij het interpreteren van de resultaten rekening gehouden moet worden met de beperkte en vooral beheersmatige invulling van het begrip 'kwaliteitssysteem'.

geschoold, en is meer geld uitgegeven aan het aanstellen van een kwaliteitsfunctionaris. In de laatste kolom van tabel 5.1 is te zien dat het onderhouden van een kwaliteitssysteem minder geld kost als het ontwikkelen ervan.

Tabel 5.1 Overzicht van directe preventiekosten per ontwikkelingsfase in 1999 van 3 verpleeghuizen; personele kosten afgerond in duizenden gulden

preventie-activiteiten	kosten per activiteit		
	fase 1 (N=1)	fase 2 (N=1)	fase 3 (N=1)
1 scholing in kwaliteitszorg	-	23.000,= (i)	1.000,= (s)
2 introductieprogr. kwaliteit	-	35.000,= (s)	-
3 intercollegiale toetsing	2.000,= (s)	4.000,= (s)	3.000,= (s)
4 schriftelijke procedures	3.000,= (s)	8.000,= (i)	11.000,= (s)
5 kwaliteitsbeleid	3.000,= (i)	5.000,= (s)	geïntegreerd
6 kwaliteitsplan	-	3.000,= (s)	5.000,= (s)
7 beheer kwaliteitssysteem	8.000,= (s)	-	4.000,= (s)
8 kwaliteitsfunctionaris (KF)	16.000,= (s)	116.000,= (s)	-
9 kwaliteitsjaarverslag	KF	3.000,= (s)	1.000,= (s)
10 kwaliteitshandboek	11.000,= (s)	3.000,= (i)	niet bekend
11 communicatie kwaliteit	2.000,= (s)	2.000,= (s)	13.000,= (s)
kosten uitgedrukt in % van het budget	0,6%	0,5%	0,2%

- activiteit vindt niet plaats  
 KF Kwaliteitsfunctionaris  
 s structureel  
 i incidenteel

In tabel 5.2 is te zien welke activiteiten de 3 verpleeghuizen in 1999 hebben uitgevoerd om de kwaliteit van zorg of het kwaliteitssysteem te (laten) beoordelen en de directe kosten die hiermee gemoeid waren.

Tabel 5.2 Overzicht van directe beoordelingskosten per ontwikkelingsfase in 1999 van 3 verpleeghuizen; personele kosten afgerond in duizenden gulden

beoordelingsactiviteiten	instelling		
	fase 1 (N=1)	fase 2 (N=1)	fase 3 (N=1)
1 interne audit	-	7.000,=	11.000,=
2 waarderingsonderzoek. cliënten	100,=	1.000,=	1.000,=
3 waarderingsonderzoek. medewerkers	-	14.000,=	1.000,=
4 ext. toetsing	11.000,=	-	8.000,=
5 ext. Toetsing cliëntenorganisatie.	-	-	-
6 certificering	-	-	3.000,= (herbeoord.)
kosten uitgedrukt in % van het budget	0,2%	0,05%	0,1%

- activiteit vindt niet plaats  
 i.o. activiteit is in ontwikkeling

Uit tabel 5.2 blijkt dat de instelling in fase 1 en fase 2 nog maar in beperkte mate activiteiten uitvoeren voor het beoordelen van het kwaliteitssysteem. De instellingen hebben bijvoorbeeld wel een waarderingsonderzoek onder cliënten uitgevoerd en eenmalig de instelling laten doorlichten c.q. zelf doorgelicht. De instelling in fase 3 heeft vooral kosten gemaakt voor het uitvoeren van interne audits en het laten certificeren van de instelling. Door het uitvoeren van meer activiteiten liggen de beoordelingskosten van het onderhouden van een kwaliteitssysteem hoger dan bij het ontwikkelen en invoeren van een systeem. Aan

het percentage van het budget is te zien dat de grootte van de instelling mede bepalend is. De instellingen in fase 2 en 3 geven absoluut meer geld uit aan beoordelingsactiviteiten, maar het aandeel van het instellingsbudget is lager dan bij de instelling in fase 1. Indien de directe personele kosten uit tabel 5.1 en tabel 5.2 bij elkaar worden opgeteld en afgezet tegen het totale budget van de instelling, blijkt dat de instelling in de eerste fase 0,6% van het budget besteed heeft aan preventie-activiteiten en 0,2% aan beoordelingsactiviteiten. De instelling in de tweede fase heeft 0,5% besteed aan preventie en 0,05% aan beoordelingsactiviteiten, terwijl de instelling met een kwaliteitssysteem 0,2% aan preventie en 0,1% aan beoordelingsactiviteiten heeft besteed.

### Verzorgingshuizen

Uit tabel 5.3 blijkt net als in tabel 5.1 dat de instelling in fase 1 nog niet alle activiteiten ontplooid heeft, een deel incidenteel (i) plaatsvindt en procedures deels reeds structureel (s) gehanteerd worden. De instelling heeft geen kwaliteitsfunctionaris aangesteld. De vermelde kosten hebben betrekking op de kosten die gemaakt worden doordat medewerkers uit de instelling de activiteiten uitvoeren. De instelling in fase 2 geeft relatief het meeste geld uit aan preventie-activiteiten. De grootte van een instelling en daarmee het budget bepalen in sterke mate de relatieve kosten.

Tabel 5.3 Overzicht van directe preventiekosten per ontwikkelingsfase in 1999 van 3 verzorgingshuizen; personele kosten afgerond in duizenden gulden

preventie-activiteiten	kosten per activiteit		
	fase 1 (N=1)	fase 2 (N=1)	fase 3 (N=1)
1 scholing in kwaliteitszorg	6.000,= (i)	13.000,= (i)	-
2 introductieprogramma kwaliteit	-	-	-
3 intercollegiale toetsing	-	-	-
4 schriftelijke procedures	3.000,= (s)	27.000,= (s)	27.000,= (i/s)
5 kwaliteitsbeleid	3.000,= (i)	alg. beleidsplan	7.000,= (s)
6 kwaliteitsplan	-	2.000,= (i)	KF
7 beheer kwaliteitssysteem	-	4.000,= (s)	18.000,= (s)
8 kwaliteitfunctionaris (KF)	-	13.000,= (s)	81.000,= (s)
9 kwaliteitsjaarverslag	-	KF	KF
10 kwaliteitshandboek	-	1.000,= (i)	1.000,= (s)
11 communicatie kwaliteit	-	5000,= (s)	-
		6000,= (i)	
kosten uitgedrukt in % van het budget	0,4%	3,2%	2,3%

- activiteit vindt niet plaats
- KF Kwaliteitsfunctionaris
- s structureel
- i incidenteel

In tabel 5.4 is te zien welke activiteiten de 3 verzorgingshuizen in 1999 hebben uitgevoerd om de kwaliteit van zorg of het kwaliteitssysteem te (laten) beoordelen en de directe kosten die hiermee gemoeid waren.

Tabel 5.4 Overzicht van de directe beoordelingskosten per ontwikkelingsfase in 1999 van 3 verzorgingshuizen; personele kosten afgerond in duizenden gulden

beoordelingsactiviteiten	instelling		
	fase 1 (N=1)	fase 2 (N=1)	fase 3 (N=1)
1 interne audit	-	-	6.000,=
2 waarderingsonderzoek cliënten	1.000,=	1.400,=	5.000,=
3 waarderingsonderzoek medewerkers	2.000,=	-	11.000,=
4 externe toetsing	-	-	-
5 externe toetsing cliëntenorganisaties	-	-	-
6 certificering	-	10.000,=	14.000,=
kosten uitgedrukt in % van het budget	0,08%	0,3%	0,6%

- activiteit vindt niet plaats

Uit tabel 5.4 blijkt dat de instelling in fase 1 een waarderingsonderzoek heeft uitgevoerd onder cliënten en medewerkers; van interne of externe toetsing is nog geen sprake. Dit is begrijpelijk aangezien het kwaliteitssysteem voor een groot deel nog ontwikkeld moet worden. Deze instelling beschikt, net als de overige instellingen, daarentegen wel over de in het HKZ-schema genoemde reguliere activiteiten. De instelling in fase 3 heeft vooral kosten gemaakt voor een waarderingsonderzoek onder medewerkers en de certificering. Een externe toetsing door een cliëntenorganisatie heeft tot nu toe nog niet plaatsgevonden. De kosten voor preventie liggen bij de instelling in fase 3 hoger dan de beoordelingskosten. Indien de directe personele kosten uit tabel 5.3 en tabel 5.4 bij elkaar worden opgeteld en afgezet tegen het totale budget van de instelling, blijkt dat de instelling in fase 2 relatief het meeste geld besteed.

### Thuiszorg

Ten slotte worden in de volgende 2 tabellen de extra kosten weergegeven die 3 thuiszorginstellingen in 1999 hebben gemaakt voor het ontwikkelen, implementeren en onderhouden van een kwaliteitssysteem.

Tabel 5.5 Overzicht van de preventiekosten van 3 thuiszorginstellingen per ontwikkelingsfase in 1999; personele kosten afgerond op duizenden gulden

preventie-activiteiten	thuiszorginstelling		
	fase 1 (N=1)	fase 2 (N=1)	fase 3 (N=1)
1 scholing in kwaliteitszorg	2.000,= (i)	-	9.000,= (s)
2 introductieprogramma kwaliteit	2.000,= (i)	1.000,= (s)	71.000,= (i)
3 intercollegiale toetsing	-	niet bekend	7.000,= (s)
4 schriftelijke procedures	5.000,= (s)	pm zie 5,7,8	47.000,= (s)
5 kwaliteitsbeleid	2.000,= (i)	13.000,= (s)	regulier
6 kwaliteitsplan	2.000,= (i)	pm zie 5,7,8	regulier
7 opzet/beheer kwaliteitssysteem	4.000,= (s)	75.000,= (i)	23.000,= (s)
8 kwaliteitfunctionaris (KF)	6.000,= (s)	6.000,= (s)	21.000,= (s)
9 kwaliteitsjaarverslag	KF	KF	1.000,= (s)
10 kwaliteitshandboek	-	KF	17.000,= (s)
11 communicatie kwaliteit	-	-	-
kosten in % van het budget	0,09%	0,2%	0,4%

KF Kwaliteitsfunctionaris  
 - activiteit niet aanwezig  
 s kosten zijn structureel  
 i kosten zijn incidenteel



Van de 3 instellingen heeft de instelling in fase 3 relatief de meeste kosten gemaakt. Bij de verpleeg- en verzorgingshuizen was dit telkens de instelling die het kwaliteitssysteem aan het ontwikkelen of implementeren was. De kosten van de instelling in fase 2 zitten vooral in het opzetten van het kwaliteitssysteem en het aantrekken van een externe adviseur die daarbij ondersteuning heeft geboden.

In de laatste kolom van tabel 5.5 is te zien dat de kosten voor het introductieprogramma, de schriftelijke procedures, het beheer van het kwaliteitssysteem en de kwaliteitsfunctionaris structureel hoger liggen dan bij de eerste 2 instellingen. Vergeleken met de instelling in fase 2 kost het beheren van het kwaliteitssysteem (fase 3) minder geld dan het opzetten ervan (fase 2).

Uit tabel 5.6 blijkt dat de instelling in fase 1 weliswaar beoordelingsactiviteiten uitvoert, maar dat de kosten die hieraan verbonden zijn niet bekend zijn. De instelling in fase 2 voert nog maar in beperkte mate activiteiten uit voor het beoordelen van het kwaliteitssysteem. De instelling in fase 3 heeft vooral kosten gemaakt door het uitvoeren van interne audits en het laten certificeren van de instelling. Het is duidelijk dat niet in iedere fase dezelfde activiteiten worden uitgevoerd. De enige activiteit die in elke ontwikkelingsfase van het kwaliteitssysteem verricht wordt betreft het cliënt-waarderingsonderzoek. Aangezien een deel van de kosten niet bekend is, is het niet zinvol uit te rekenen hoeveel procent van het budget aan beoordelingskosten wordt besteed.

Tabel 5.6 Overzicht van directe beoordelingskosten per ontwikkelingsfase in 3 thuiszorginstellingen in 1999; personele kosten afrond op duizenden gulden

beoordelingsactiviteiten	instelling		
	fase 1 (N=1)	fase 2 (N=1)	fase 3 (N=1)
1 interne audit	-	5000,=	14000,=
2 waarderingsonderzoek cliënten	2000,=	n.b.	n.b.
3 waarderingsonderzoek medewerkers	n.b.	-	n.b.
4 externe toetsing	n.b.	-	-
5 externe toetsing cliëntenorganisaties	-	-	-
6 certificering	n.b.	-	28.000,=*
% van het budget	??	??	0.2+??

- activiteit vindt niet plaats

n.b. activiteit wordt wel verricht, maar de instelling heeft geen inzicht in de kosten van de activiteit

\* inclusief f 20.000,= aan bureaustkosten

### 5.3.2 Kosten verbeterprojecten

Naast preventie- en beoordelingsactiviteiten gericht op het bewaken van de kwaliteit van zorg, worden door veel instellingen verbeterprojecten uitgevoerd met als doel de kwaliteit van zorg te verbeteren. De kosten van een gemiddeld verbeterproject bedragen volgens de instellingen circa f 5.000,= gulden door de inzet van personeel. Maar de range waarbinnen de kosten van verbeterprojecten liggen loopt van f 600,= gulden voor het aanpassen van een bestaande procedure tot f 150.000,= gulden voor een project om de informatievoorziening aan de bewoner te verbeteren en f 250.000,= gulden voor bijvoorbeeld een verbouwing om de zorg meer aan te laten sluiten aan de behoefte van bewoners.

### 5.3.3 Omvang kwaliteitsactiviteiten op sectorniveau

De tot nu toe gepresenteerde gegevens hebben betrekking op individuele instellingen uit de afzonderlijke sectoren waarvan het kwaliteitssysteem zich bij iedere instelling in een andere ontwikkelingsfase bevindt. De gepresenteerde kosten dienen als voorbeeld en om later 2 scenario's door te rekenen voor de kosten op sectorniveau. Voor het doorrekenen van de

scenario's wordt eerst gekeken naar de mate waarin de genoemde activiteiten in de sector voorkomen (tabellen 5.7, 5.8 en 5.9). Vervolgens wordt voor het eerste scenario uitgegaan van de minste kosten per activiteit van een instelling in fase 1 en voor het tweede scenario van de hoogste kosten per activiteit van een instelling in fase 3. Hierdoor ontstaat een minimum en een maximum variant die de aard en omvang laat zien van de kosten die de sector in 1999 heeft gemaakt voor het ontwikkelen, implementeren en onderhouden van kwaliteitssystemen.

In de volgende 2 tabellen is eerst te zien in welke mate instellingen in de ouderenzorg preventie- en beoordelingsactiviteiten uitvoeren. De percentages hebben betrekking op 489 instellingen; circa een kwart van de instellingen in de ouderenzorg (zie ook hoofdstuk 4).

Tabel 5.7 Percentage instellingen met onderstaande preventie-activiteiten

activiteiten	totaal N=489	thuiszorg instellingen N=101	verzorgings- huis N=193	verpleeg- huis N=195
1 kwaliteitsjaarverslag	82	77	81	86
2a scholing in kwaliteitszorg voor medew.	73	73	76	71
2b scholing in kwaliteitszorg voor leiding	68	65	69	70
3 kwaliteitsfunctionaris	67	66	66	67
4 kwaliteitsbeleid	56	68	52	53
5a intercollegiale toetsing mono. (incidenteel)	50	52	39	61
5b intercollegiale toetsing mono. (structureel)	12	11	14	10
7 kwaliteitsplan	47	54	43	48
8 kwaliteitshandboek	24	31	24	20
9a schriftelijke richtlijnen kritische momenten + routing + overdracht	20	23	18	21
12 communicatie kwaliteit (info+feedback)	20	26	21	14
13 introductieprogramma kwaliteit	10	24	7	7

De activiteiten in tabel 5.7 zijn geordend naar de mate waarin deze aanwezig zijn in de sector. Het meest frequent (82%) wordt door instellingen een kwaliteitsjaarverslag opgesteld. Zoals we eerder zagen, wordt het kwaliteitsjaarverslag vooral door de kwaliteitsfunctionaris geschreven, die in 67% van de instellingen aanwezig is. In drie kwart van de instellingen vindt scholing in kwaliteitszorg plaats en de helft van de instellingen beschikt over een kwaliteitsbeleid. Minder frequent worden aparte kranten of nieuwsbrieven uitgegeven om over kwaliteitszorg te communiceren met medewerkers of beschikken instellingen over een introductieprogramma kwaliteit voor nieuwe medewerkers. De mate waarin activiteiten aanwezig zijn verschilt voor de sub-sectoren in de ouderenzorg.

In tabel 5.8 zijn de activiteiten te zien die instellingen uitvoeren om de kwaliteit van zorg of het kwaliteitssysteem te beoordelen.

Tabel 5.8 Percentage instellingen met onderstaande beoordelingsactiviteiten

beoordelingsactiviteiten	totaal N=489	thuiszorg instellingen N=101	verzorgings- huis N=193	verpleeg- huis N=195
1a waarderingsonderzoek cliënten (incid.)	39	43	38	39
1b waarderingsonderzoek cliënten (struct.)	33	49	29	28
2a waarderingsonderzoek medewerkers (incid.)	40	53	34	39
2b waarderingsonderzoek medewerkers (struct.)	15	21	15	13
3a interne audit (incidenteel)	30	36	31	27
3b interne audit (structureel)	13	22	10	11
4 externe toetsing koepel	27	91	11	8
5 externe toetsing cliëntenorganisaties	13	27	13	4
6 certificering	11	16	7	11

Uit tabel 5.8 blijkt dat 39% van de instellingen incidenteel waarderingsonderzoek onder cliënten en medewerkers uitvoert. In mindere mate vinden de activiteiten structureel plaats. Dat dit consequenties heeft voor de omvang van de kwaliteitskosten is in tabel 5.2 te zien.

Ten slotte is voor de ouderenzorg nagegaan in hoeverre instellingen verbeterprojecten uitvoeren. Ruim tweederde van de instellingen heeft het afgelopen jaar verbeterprojecten uitgevoerd. Het aantal projecten loopt uiteen van 1 tot 53 per instelling (tabel 5.9). De meeste instellingen voeren per jaar 2 tot 3 verbeterprojecten uit.

Tabel 5.9 Percentage instellingen met verbeterprojecten en aantal projecten

verbeterprojecten	totaal N=489	thuiszorg instellingen N=101	verzorgings- huis N=193	verpleeg- huis N=195
% instellingen	66	61	68	75
aantal projecten 1999 (range)	1-53	1-15	1-16	1-53

### 5.3.4 Geëxtrapoleerde kosten op sectorniveau

Om zicht te krijgen op de directe kosten van kwaliteitssystemen op sectorniveau kunnen de gegevens over de kosten van de preventie- en beoordelingsactiviteiten gecombineerd worden met het aantal instellingen in de sector dat de activiteiten uitvoert. In tabel 5.10 wordt een overzicht gegeven van de geschatte kosten van preventie-activiteiten voor een kwart van de instellingen in de ouderenzorg (N=489). Uitgangspunt voor de berekening was dat de activiteiten structureel worden uitgevoerd. Hierbij zijn voor scenario 1 de laagste kosten voor een activiteit en voor scenario 2 de hoogste kosten van een instelling gehanteerd.

Tabel 5.10 Overzicht van 2 scenario's van geëxtrapoleerde preventiekosten in 1999 in instellingen voor ouderenzorg (N=489); afgerond op duizenden gulden

preventie-activiteiten*	% instellingen	N	scenario 1 minimum variant	scenario 2 maximum variant
1 scholing in kwaliteitszorg	71	346	692.000,=	8.114.000,=
2 introductieprogr. kwaliteit	10	51	102.000,=	3.621.000,=
3 intercollegiale toetsing	12	57	114.000,=	399.000,=
4 schriftelijke procedures	20	98	294.000,=	4.606.000,=
5 kwaliteitsbeleid	56	274	546.000,=	1.918.000,=
6 kwaliteitsplan	47	229	458.000,=	1.145.000,=
8 kwaliteitfunctionaris	67	325	1.950.000,=	37.700.000,=
9 kwaliteitsjaarverslag	82	402	KF	KF
10 kwaliteitshandboek	24	115	115.000,=	1.955.000,=
11 communicatie kwaliteit	20	94	188.000,=	470.000,=
<b>totaal sector over 1999</b>			<b>4.461.000,=</b>	<b>54.928.000,=</b>

\* over 'beheer kwaliteitssysteem' zijn geen gegevens verzameld

Tabel 5.10 kan als volgt worden gelezen: 71% van de instellingen schoolt medewerkers en managers in kwaliteitszorg. Dit komt neer op 346 instellingen uitgaande van de 489 instellingen. Als instellingen hieraan gemiddeld 2.000,= gulden uitgeven komt dit op sector niveau neer op 692.000,= gulden (scenario 1). In scenario 2 wordt ervan uitgegaan dat instellingen gemiddeld 9.000,= gulden aan scholing uitgeven. Voor de sector betekent dit  $346 \times 9.000 = 3.114.000,=$  (scenario 2). Op vergelijkbare wijze zijn voor alle activiteiten de kosten voor de sector geschat. De totale geschatte preventiekosten voor 1999 bedragen

in scenario 1 circa 4,5 miljoen gulden en in scenario 2 circa 55 miljoen gulden. Verondersteld kan worden dat de werkelijke kosten binnen deze bandbreedte liggen. Indien alle instellingen over de gewenste activiteiten zouden beschikken, zou het bedrag navenant hoger zijn.

In 1999 heeft een kwart van de sector aan beoordelingsactiviteiten in scenario 1 circa 2 miljoen gulden en in scenario 2 circa 5,5 miljoen gulden uitgegeven. Ook dit bedrag zou hoger uitvallen als meer instellingen de gewenste activiteiten zouden uitvoeren.

Tabel 5.11 Geëxtrapoleerde beoordelingskosten in 1999 in instellingen voor ouderenzorg (N=489) afgerond op duizenden gulden.

preventieactiviteiten	% instellingen	N	scenario 1 minimum variant	scenario 2 maximum variant
1 interne audit (struct.)	13	63	-	693.000,=
2 waarderingsoz. cliënten (struct.)	33	160	16.000,=	800.000,=
3 waarderingsoz. medew. (struct.)	15	75	150.000,=	1.050.000,=
4 externe toetsing (b.v. koepel)	27	126	1.008.000,=	1.386.000,=
5 externe toetsing cliëntenorganisaties	13	48	864.000,=	864.000,=
6 certificering	11	58	174.000,=	812.000,=
totale sector ouderenzorg over 1999			2.212.000,=	5.605.000,=

Gezien de grote diversiteit aan verbeterprojecten en de uiteenlopende kosten die ermee gemoeid zijn, is geen berekening op sectorniveau uitgevoerd. Duidelijk is wel, dat het soms om aanzienlijke bedragen kan gaan.

## 5.4 Conclusie

In dit artikel wordt voor het eerst nagegaan hoeveel geld een aantal instellingen voor ouderenzorg investeert in het ontwikkelen, invoeren en onderhouden van een kwaliteitssysteem. De kosten van deze instellingen zijn als voorbeeld gebruikt om in 2 scenario's de kosten voor een kwart van de ouderenzorg te schatten. In het algemeen lijkt het invoeren van een kwaliteitssysteem meer kosten met zich mee te brengen dan het onderhouden ervan. De verschillen in kosten hangen samen met de grotere hoeveelheid activiteiten en deels met de grotere hoeveelheid regels en procedures waarmee het invoeren en instandhouden van een kwaliteitssysteem gepaard gaat. Vanuit dat oogpunt is het aan te bevelen om het aantal regels en procedures zo beperkt mogelijk te houden en vooral te kijken of procedures niet overbodig zijn geworden en afgeschaft kunnen worden. Aangezien elke procedure geld kost, zou de sector nog eens kritisch naar de bestaande certificatieschema's en het Model Intern Kwaliteitssysteem kunnen kijken om alleen die procedures te handhaven die door een ieder van groot belang worden geacht.

Uit ander onderzoek is gebleken dat het management van instellingen met een kwaliteitssysteem meer effecten ervaart, zoals toegenomen klantgerichtheid, betere profilering van de instelling en meer tevreden cliënten, dan instellingen die het systeem nog invoeren (Sluijs en Wagner, 2000). Daarentegen zijn positieve effecten op het oordeel van cliënten niet aangetoond in onderzoek waarin de cliënten zelf zijn ondervraagd (Klein Ikkink en Wagner, 2000).

Een duidelijke nieuwe kostenpost voor instellingen die aan systematische kwaliteitszorg werken, zijn de beoordelingskosten. Uit kostenoogpunt lijkt het belangrijk het aantal beoordelingen te beperken en deze goed op elkaar af te stemmen. Deze aanbeveling is ook

uitgesproken tijdens de vierde Leidschendamconferentie in mei 2000. Voor het echt verbeteren van de zorgverlening worden door instellingen veel verbeterprojecten uitgevoerd die soms grote investeringen kunnen vragen. Afgezet tegen het budget van instellingen blijkt dat de kosten van een kwaliteitssysteem 0,3% tot 3,5% van het totale budget kunnen bedragen. Instellingen die een kwaliteitssysteem ontwikkelen en invoeren geven naar verhouding meer geld uit aan preventie-activiteiten, terwijl instellingen in de onderhoudsfase geld uitgeven aan preventie en beoordeling. De genoemde kosten worden gemaakt om de status quo te handhaven en om extern verantwoording af te leggen. Dit zijn nog niet de kosten voor het verbeteren van de zorgverlening (verbeterprojecten).

## 6 KOSTEN EN EFFECTEN VAN KWALITEITSSYSTEMEN IN VERPLEEG- EN VERZORGINGSHUIZEN

### 6.1 Inleiding

Geleidelijk aan zijn veel verpleeghuizen en verzorgingshuizen actief geworden met het invoeren van kwaliteits(deel)systemen<sup>1</sup>. Een kwaliteitssysteem verwijst naar een uitgebreid stelsel van bedrijfskundige regels dat een instelling hanteert om constant een hoge kwaliteit te kunnen leveren en fouten te voorkomen (Sluijs en Wagner, 2000). Voordat een instelling kan beschikken over een functionerend kwaliteitssysteem moeten de ontwikkelings- en invoeringsfasen zijn doorlopen. In dit hoofdstuk wordt gekeken in hoeverre de gemeten resultaten op organisatie-, proces- en cliëntniveau van 8 instellingen gerelateerd kunnen worden aan de ontwikkelingsfasen van een kwaliteitssysteem. Verondersteld wordt dat een optimaal zorgproces zal leiden tot optimale processen en resultaten voor de cliënt. Hiermee kunnen kwaliteitssystemen worden gezien als middel om de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven voor de cliënt te verbeteren. Er bestaat echter nog geen duidelijkheid over wat het hebben van kwaliteitssystemen nu werkelijk oplevert in de zin van materiële en immateriële effecten. Het is dan ook van belang de bestaande effecten van het werken met kwaliteitssystemen zo goed mogelijk in kaart te brengen om het nut van kwaliteitssystemen te kunnen bepalen.

Om een oordeel te kunnen geven over de effecten van een functionerend kwaliteits(deel)systeem moeten de resultaten afgezet kunnen worden tegen een opvatting van het begrip kwaliteit van zorg. Kwaliteit is een subjectief begrip, daarom is het van belang dat men een uitgangspunt heeft, een idee van wat kwaliteit in de ouderenzorg inhoudt. Naar aanleiding van gesprekken die onderzoekers hebben gehouden met bewoners en verzorgend personeel kan gezegd worden dat goede zorg ingaat op de behoeften van de cliënt. Grofweg kunnen 3 hoofdlijnen worden onderscheiden in de menselijke levensbehoeften:

- de behoeften aan fysiek welbevinden (hieronder vallen zaken als voeding, lichamelijke zorg, veiligheid en onderdak);
- behoefte aan liefde/geborgenheid (mogelijkheid om relaties aan te gaan, contacten met familie levend houden en respectvolle bejegening);
- behoefte aan zelfverwerkelijking (het ontwikkelen van capaciteiten, de mogelijkheid om keuzes te maken en een eigen invulling te geven aan het bestaan (Maslow, 1978)).

Naar aanleiding van de hierboven genoemde punten kan het volgende gezegd worden over kwaliteit in de ouderenzorg:

*'Kwaliteit in de ouderenzorg wordt bepaald door de mate waarin bewoners/ cliënten hun eigen leven kunnen leiden binnen de instelling waarin zij wonen en de mate waarin zij tegemoet gekomen worden in hun behoeften en wensen.'*

De vraag die in dit hoofdstuk zal worden beantwoord luidt:

*'Wat zijn de kosten en mogelijke effecten van een functionerend kwaliteitssysteem binnen verpleeg- en verzorgingshuizen?'*

---

<sup>1</sup>Een deelsysteem is een onderdeel van het kwaliteitssysteem waarmee de kwaliteit van een deel van de zorgverlening systematisch wordt bewaakt. Voorbeelden van dergelijke cyclische processen zijn intercollegiale toetsing, meningspeilingen, interne audits et cetera (Sluijs en Wagner, 2000).

In paragraaf 6.2 wordt uitgelegd welke methoden toegepast zijn, om de kosten en mogelijke effecten in kaart te brengen. Paragraaf 6.3 laat zien welke kosten gespaard kunnen gaan met het ontwikkelen, implementeren en onderhouden van een kwaliteitssysteem. De kosten naar aanleiding van fouten en afwijkingen in kwaliteit ofwel de herstellkosten worden door middel van 2 voorbeelden geschetst in paragraaf 6.4. Rekening houdend met de verschillende soorten effecten worden in paragraaf 6.5 de resultaten op organisatie-, proces- en bewonersniveau weergegeven. Het hoofdstuk besluit in paragraaf 6.6 met conclusies.

## 6.2 Methoden

Aan het onderzoek hebben 3 verzorgingshuizen, 3 verpleeghuizen en 2 combinatie verpleeg-/verzorgingshuizen deelgenomen. De kwaliteitssystemen van de deelnemende instellingen verkeren in verschillende ontwikkelingsfasen, te weten: ontwikkelings-, invoerings- of onderhoudsfase. Het bepalen van de ontwikkelingsfase waarin de instelling zich bevindt, heeft plaats gevonden met behulp van het MIK-V (Model Intern Kwaliteitssysteem) en het HKZ-schema voor verzorgingshuizen van de Stichting HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector) (Bijlage I en II). In het MIK-V en het HKZ-schema worden 70 respectievelijk 58 kwaliteitsactiviteiten genoemd waaraan instellingen moeten voldoen om gecertificeerd te kunnen worden. Per instelling is geïnventariseerd hoeveel activiteiten in ontwikkeling en/of niet aanwezig zijn. Alleen instellingen die beschikken over alle activiteiten die in het schema genoemd worden kunnen in fase 3 ofwel de onderhoudsfase worden ingedeeld. De indeling van de instelling in fase 1 of 2 wordt bepaald door het aantal activiteiten dat niet aanwezig en/of nog in ontwikkeling is. Hierbij is het niet aanwezig zijn van een activiteit de zwaarste wegingsfactor voor de indeling van een instelling in een lagere fase. Nadat de indeling van de instellingen in fasen heeft plaats gevonden zijn 7 van de 8 instellingen door onderzoekers bezocht met als doel het meten van effecten van kwaliteitszorg. De effecten van kwaliteitszorg, waaronder effecten op organisatie-, proces- en cliëntniveau zijn geoperationaliseerd met behulp van kwaliteitsindicatoren. Een achtste instelling is niet bezocht maar heeft voor zover mogelijk gegevens aangeleverd. De gegevensverzameling heeft plaats gevonden door middel van observaties, inzage in zorgdossiers en gesprekken met een klein aantal medewerkers en bewoners.

## 6.3 Preventie- en beoordelingskosten van een kwaliteitssysteem

Het ontwikkelen, invoeren en onderhouden van een kwaliteitssysteem gaat gepaard met kosten. Het gaat om de kosten voor extra activiteiten die een instelling maakt ten behoeve van het kwaliteitssysteem, de systeemactiviteiten. Indien sprake is van een systeemactiviteit is nagegaan of de kosten te berekenen zijn en/of de effecten hiervan bekend zijn. De kosten zijn vervolgens gerangschikt naar preventie- en beoordelingskosten. Preventiekosten worden gemaakt om kwaliteitsafwijkingen en fouten te voorkomen, bijvoorbeeld met behulp van kwaliteits(deel)systemen, training en opleiding en bevordering van kwaliteitsbewustzijn. Beoordelingskosten worden gemaakt bij het beoordelen van het functioneren van kwaliteits-(deel)systemen met behulp van interne audits, visitaties, een externe beoordeling vanuit cliëntenperspectief of certificering (Bandel e.a., 1997).

Tabel 6.1 Directe preventie- en beoordelingskosten per ontwikkelingsfase in 1999 van 3 verpleeg- en 3 verzorgingshuizen; personele kosten weergegeven in percentage van het instellingsbudget

preventie- en beoordelingskosten	verpleeghuis			verzorgingshuis		
	fase 1	fase 2	fase 3	fase 1	fase 2	fase 2
preventiekosten	0,6%	0,5%	<b>0,2%</b>	<b>0,4%</b>	3,2%	2,3%
beoordelingskosten	0,2%	<b>0,05%</b>	0,1%	<b>0,08%</b>	0,3%	0,6%

In tabel 6.1 is te zien dat het verpleeghuis in fase 3 in verhouding tot het budget van de instelling de laagste kosten maakt voor preventie-activiteiten en de instelling in fase 1 relatief de hoogste kosten. Bij de verzorgingshuizen is dat de instelling in fase 2, de implementatiefase. Bij de beoordelingskosten wordt verondersteld dat deze hoger worden naarmate de ontwikkelingsfase van het kwaliteitssysteem verder gevorderd is. Voor de verzorgingshuizen gaat deze veronderstelling op; het verzorgingshuis in fase 3 heeft relatief de hoogste beoordelingskosten. Bij de verpleeghuizen geeft juist het huis in fase 1 relatief meer geld van het budget uit aan beoordelingsactiviteiten. Het hogere percentage wordt veroorzaakt doordat het om een kleine instelling gaat, waarbij een gering aantal activiteiten reeds een groter deel van het budget vragen.

## 6.4 Herstelkosten

Herstelkosten komen voort uit het herstellen van kwaliteitsafwijkingen en fouten. Voorbeelden van herstelkosten zijn bijvoorbeeld verspilling van materiaal, het overdoen van werkzaamheden, kosten van decubitusbehandeling (in het geval dat decubitus meer voorkomt dan noodzakelijk) en kosten van psychofarmacagebruik (indien psychofarmacagebruik verminderd zou kunnen worden door het toepassen van alternatieve maatregelen). Om inzicht te geven in de relatie tussen kosten en effecten van preventie-activiteiten binnen instellingen worden er in deze paragraaf 2 voorbeelden uitgewerkt. Ten eerste wordt een relatie gelegd tussen het aantal cliënten dat psychofarmaca gebruikt en de kosten van psychofarmaca. Ook wordt er een aantal procedures genoemd die instellingen hanteren om het psychofarmacagebruik terug te dringen (preventie). Ten tweede wordt er een relatie gelegd tussen preventie-activiteiten, decubitusprevalentie en de kosten van decubitusbehandeling. Andere herstelkosten worden buiten beschouwing gelaten, omdat instellingen daarover onvoldoende gegevens konden verstrekken.

### 6.4.1 Voorbeeld 1: kosten van psychofarmaca-gebruik

Om een indruk te geven van de kosten van psychofarmaca-gebruik binnen de ouderenzorg is voor iedere instelling afzonderlijk een berekening gemaakt. In Tabel 6.2 wordt een overzicht gegeven van de kosten per farmacotherapeutische groep<sup>1</sup>. Om een goed overzicht te geven van de werkelijke kosten van een recept, is gekozen voor de vermelding van de kosten per maand. Voor de kosten wordt in eerste instantie uitgegaan van de standaard dosis van het geneesmiddel. De DDD (defined daily dose) is een benadering van de hoeveelheid per dag die een volwassene gemiddeld nodig heeft bij gebruik voor de hoofdindicatie van het geneesmiddel. Bij de berekening van de vermelde prijzen is uitgegaan van een standaardrecept voor 1 maand (bijlage 3). De bedragen zijn exclusief BTW (Bron: farmacotherapeutisch Kompas).

<sup>1</sup>Geneesmiddelen ingedeeld naar stoffen en werkzaamheid van stoffen



Tabel 6.2 Prevalentie en geschatte kosten van het gebruik van psychofarmaca binnen verpleeg- en verzorgingshuizen per jaar (N=7)  
(afgerond op duizenden respectievelijk tientallen gulden)

sector	fasering kwaliteits-systeem	aantal bewoners	aanwezigheid psychofarmacabeleid	aantal bewoners dat antidepressiva gebruikt	aantal bewoners dat neuroleptica gebruikt	aantal bewoners dat anxiolytica gebruikt	aantal bewoners dat hypnotica gebruikt	kosten aan psychofarmaca voor de instelling per jaar
verzorgingshuis	fase 1	70 (12*)	nee	5 (7%)	7 (10%)	5 (7%)	9 (13%)	f 12.000,=
	fase 2	52 (10*)	nee	0 (0%)	5 (10%)	4 (8%)	3 (6%)	f 6.000,=
	fase 2	111 (13*)	nee	7 (6%)	12 (11%)	7 (6%)	37 (33%)	f 21.000,=
verpleeghuis	fase 1	60 (60*)	nee	3 (5%)	11 (18%)	10 (17%)	5 (8%)	f 16.000,=
	fase 2	155 (41*)	nee	42 (27%)	36 (23%)	53 (34%)	58 (37%)	f 86.000,=
	fase 3	169 (169*)	ja	21 (12%)	27 (16%)	7 (4%)	11 (7%)	f 35.000,=
combinatie verpleeg- verzorg***	fase 1	156 (66*)	nee	27 (11%)	74 (29%)	29 (11%)	89 (34%)	f 94.000,=

\* aantal P.G.-bewoners

\*\*\* bij de gecombineerde instelling in fase 3 was het niet mogelijk om gegevens te verzamelen

In tabel 6.2 is te zien dat wanneer de totale kosten van psychofarmacagebruik afgezet worden tegen het totaal aantal bewoners, het verzorgingshuis in fase 2 gemiddeld f 120,= uit geeft aan psychofarmaca per bewoner per jaar (de totale kosten van psychofarmacagebruik zijn gedeeld door alle bewoners van de instelling) en daarmee de laagste kosten aan psychofarmaca heeft binnen de sector. Bij de sector verpleeghuiszorg heeft het verpleeghuis dat in fase 3 verkeert de minste uitgaven aan psychofarmaca per bewoner, betreffende gemiddeld f 200,= per bewoner per jaar.

Het gebruik van psychofarmaca zal, gezien de doelgroep, nooit tot nul kunnen worden terug gebracht. Het blijkt wel mogelijk te zijn de omvang van psychofarmaca-gebruik in de ouderenzorg voor de behandeling van slapeloosheid en geestelijke onrust terug te dringen door het toepassen van alternatieve maatregelen. Zo heeft een verpleeghuis dat beschikt over een functionerend kwaliteitssysteem (fase 3) bewuste keuzes gemaakt om het psychofarmacagebruik binnen de ouderenzorg terug te dringen. Één van de keuzes is om de bewoners 's nachts niet meer te verdrogen en dit te ondervangen door het gebruik van incontinentiemateriaal dat veel vocht kan absorberen. Doordat bewoners 's nachts niet meer worden verdroogd (mits een andere keuze de voorkeur krijgt) kunnen bewoners doorslapen. Bewoners worden niet meer onderbroken in hun slaap en vertonen daardoor minder onrustig gedrag. Het gebruik van psychofarmaca is daardoor afgenomen. Ook heeft de kleinschalige omvang van de groepen binnen de instelling positieve invloeden op het psychofarmacagebruik. Bewoners in kleine groepen krijgen minder prikkels op zich af waardoor zij rustiger worden.

#### 6.4.2 Voorbeeld 2: kosten van decubitusbehandeling

Binnen de ouderenzorg doet zich regelmatig het probleem decubitus voor. Decubitus ofwel doorliggen staat voor elke degeneratieve verandering die veroorzaakt wordt onder invloed van de op weefsels inwerkende comprimerende krachten en schuifkrachten (Severens, 1999). De ernst van decubitus wordt weergegeven door middel van 4 gedefinieerde stadia, waarbij stadium I het minst ernstig is en stadium IV de ernstigste vorm van decubitus betreft. Op basis van de landelijke prevalentiecijfers van de verschillende decubitusgraden worden de kosten voor verpleeghuizen geschat tussen de 414 miljoen en 1,3 miljard (Severens, 1999). Decubitus is zeker niet in alle gevallen te voorkomen, wel is het een probleem bij decubitus dat, ondanks het bestaan van richtlijnen ter preventie de aandoening vaker voorkomt dan noodzakelijk (Severens, 1999). Het toepassen van risico-inventarisatie en preventiemaatregelen zou de situaties waarin decubitus *onnodig* ontstaat moeten voorkomen. Zo heeft het verpleeghuis in fase 1 bij iedere bewoner die een vergroot risico op decubitus loopt een wisseliggings-schema boven het bed van de bewoner opgehangen, waarop de verzorging kan zien wanneer bij de bewoner wisseliggings moet plaats vinden. Nadat wisseliggings heeft plaats gevonden moet de verzorging de handeling paraferen. Wanneer er minder kosten worden uitgegeven aan decubitusbehandeling vindt een daling in de herstelkosten plaats. In tabel 6.3 wordt een overzicht gegeven van de activiteiten die instellingen verrichten in het kader van decubitusbeleid en decubituspreventie. Tevens worden decubitusprevalentie en behandelkosten weergegeven. Ter illustratie worden voor 3 instellingen welke inzicht hebben in de decubitusprevalentie en in de genezingsstijd, de kosten van decubitus weergegeven. Deze kostenberekening is gebaseerd op prevalentiecijfers die door de instelling zijn verschaft. De kostenberekening beperkt zich louter tot personele (alleen verzorging en verpleging) en materiële kosten die gemaakt worden ter genezing van decubitus. Dit betekent dat kosten die gerelateerd zijn aan de primaire preventie van decubitus buiten beschouwing zijn gelaten. Inzet van personeel en materieel dat niet dagelijks plaats vindt is omgerekend naar de gemiddelde geschatte kosten per dag. Als uitgangspunt is de behandeling van een decubituswond zonder complicaties in stadium III genomen. Wat betreft de wondbehandelingsproducten is er een zeer grote diversiteit. Om

een zekere standaardisatie toe te passen is hiervoor als uitgangspunt de behandeling met materiaal waarvan de gemiddelde draagtijd 3 dagen betreft genomen.

Uit tabel 6.3 blijkt dat er binnen het verzorgingshuis in fase 1 een decubitusbeleid is en een decubituspreventieplan, maar er wordt geen risicomeetinstrument toegepast, er is geen decubitus behandelteam en de prevalentie van decubitus in voorgaande jaren is niet geregistreerd. Een kostenberekening voor decubitusbehandeling is wegens gebrek aan gegevens maar voor 3 instellingen mogelijk. Te zien is in de tabel dat de geschatte kosten voor decubitusbehandeling f 600,= bedraagt voor het verzorgingshuis in fase 2 en deze kosten bedragen f 9.000,= voor het verpleeghuis in fase 2. Voor het combinatie verpleeg-/verzorgingshuis, worden deze kosten geschat op f4.000,= per jaar. Instellingen in de verpleeghuissector hebben meer gegevens op het gebied van decubituspreventie en prevalentie schriftelijk vastgelegd dan instellingen in de verzorgingshuissector. Dit komt omdat decubitus binnen de verzorgingshuissector gemiddeld gezien niet zo veel voorkomt. Ondanks het feit dat decubitus niet veel voorkomt is het toch van belang dat decubitus waar mogelijk wordt voorkomen. Ten eerste is decubitus voor de patiënt vervelend en ten tweede brengt de decubitusbehandeling veel kosten met zich mee. Doordat 4 van de 7 instellingen geen inzicht hebben in de decubitusprevalentie van het voorgaande jaar kunnen zij ook geen inzicht hebben in de kosten die gepaard gaan met de genezing van decubitus, welke onder herstelkosten gerekend kunnen worden. Inzicht in deze kosten maakt het mogelijk de kosten van extra preventie-activiteiten af te zetten tegen de kosten van behandeling. In theorie kan een instelling er dan voor kiezen om niet meer extra te investeren in decubituspreventie omdat de kosten van behandeling niet meer wezenlijk kunnen worden verminderd. In de praktijk kan daarentegen de verwachte winst voor het welbevinden van bewoners dusdanig zwaar wegen dat ondanks de mogelijk geringe financiële meerwaarde wel voor preventie-activiteiten wordt gekozen.

Tabel 6.3 Decubitusbeleid, decubitusprevalentie en de geschatte kosten van decubitusbehandeling binnen de instellingen (N=7); afgerond op duizenden gulden

instelling	fasering	aanwezigheid decubitus-beleid*	aanwezigheid decubitus preventie- plan	toepassen van risico meetinstrument	aanwezigheid decubitus behandel- team	geregistreerde decubi- tusprevalentie 1999	genezingstijd van decubitus	kosten van decubitus- behandeling per jaar**
verzorgingshuis	fase 1	ja	ja	nee	nee	nee	0-2 weken	-
	fase 2	nee	nee	nee	nee	3 (6%)	4-6 weken	f 600,=
	fase 2	nee	ja	nee	nee	nee	n.b.	-
verpleeghuis	fase 1	ja	ja	ja	nee	nee	n.b.	-
	fase 2	ja	ja	nee	ja	50 (18%)	4-6 weken	f 9.000,=
	fase 3	nee	nee	nee	ja	17 (9,8%)***	n.b.	-
combinatie verpleeg-/ verzorgingshuis	fase 1	ja	ja	nee	nee	20 (8%)	4-6 weken	f 4.000,=

\* er is sprake van diversiteit op het gebied van decubitusbeleid tussen de verschillende instellingen

\*\* bij het berekenen van de kosten is uitgegaan van een gemiddelde genezingstijd van 35 dagen

\*\*\* berekende percentage is gebaseerd op de meting van 1 dag

n.b. niet bekend

- wegens gebrek aan gegevens niet te berekenen

## 6.5 De effecten van kwaliteitssystemen

Het doel van een kwaliteitssysteem is dat het leidt tot minder fouten en meer doelmatigheid doordat de processen beheerst en gestroomlijnd verlopen. Veel instellingen vinden dat het invoeren van kwaliteitssystemen tot meer transparantie en duidelijkheid over procedures en verantwoordelijkheden leidt. Mogelijke effecten op organisatie-, proces- en bewonersniveau worden in de volgende 3 sub-paragrafen beschreven.

### 6.5.1 Organisationsniveau

Drie kwaliteitsindicatoren op organisatorisch niveau die de instellingen rapporteren staan vermeld in tabel 6.4.

Tabel 6.4 Kwaliteitsindicatoren op organisatieniveau (N=8)

sector	fasering van kwaliteitssysteem	verzuimfrequentie personeel 1999*	verloop mede-werkers in 1999	gemiddeld aantal MIP-meldingen per bewoner in 1998
Verzorgingshuis:	fase 1	0,40	5 (7%)	n.b.
	fase 2	1,25	3 (4%)	n.b.
	fase 2	1,51**	3 (9%)	5
Verpleeghuis:	fase 1	2,78	31 (21%)	7,6 (1999)***
	fase 2	1,4	84 (n.b.)	7,5
	fase 3	0,78	94 (32%)	4,7 (1999)***
Combinatie verpleeg-/verzorgingshuis:	fase 1	3,2	86 (27%)	2,1
	fase 3	1,4	118 (19%)	9,7

\* verzuimfrequentie = aantal afzonderlijke ziekmeldingen/totaal aantal personeelsleden

\*\* gegevens gelden voor 1 vestiging van de instelling

\*\*\* alleen gegevens van 1999 beschikbaar en niet van 1998

n.b. instelling kan de informatie niet verstrekken

( ) percentages tussen haakjes in de kolom personeelsverloop staan voor het totale personeelsbestand

In de tabel worden de gegevens van 8 (inclusief de instelling die niet is bezocht voor observaties) instellingen uit 2 verschillende sectoren gepresenteerd. Bij de verzuimfrequentie (gemiddeld aantal ziekmeldingen per medewerker) moet worden bedacht dat het gaat om het gemiddeld aantal ziekmeldingen per persoon in het jaar 1999. Hierbij moet vermeld worden dat de verkregen gegevens omtrent het verzuimpercentage en de verzuimduur dermate verschillend berekend waren door de instellingen (inclusief en exclusief zwangerschap), waardoor het geen zin had om deze gegevens te vergelijken en mee te nemen in het onderzoek. Het verloop van het personeel is gebaseerd op het aantal medewerkers dat de instelling verliet en waarvoor de vacature opgevuld moest worden. Het gemiddeld aantal MIP-meldingen (Meldingen Incidenten Patiëntenzorg) per bewoner is berekend door het aantal MIP-meldingen te delen door het aantal bewoners.

De tabel kan als volgt worden gelezen: het verzorgingshuis in fase 1 en het verpleeghuis dat beschikt over een functionerend kwaliteitssysteem hebben de laagste verzuimfrequentie in de eigen sector met een score van 0.40 en respectievelijk 0.78 voor het verpleeghuis. De cijfers van het verloop van personeel is in de verzorgingshuissector het laagst in fase 2 en in de verpleeghuissector in fase 1. Van ieder afzonderlijk item is het gunstigst gemeten resultaat binnen iedere sector vet gedrukt. Uit de tabel blijkt geen relatie tussen kwaliteitsindicatoren op organisatieniveau en ontwikkelingsfase van het kwaliteitssysteem.

### 6.5.2 Procesniveau

Bij de effecten op procesniveau gaat het om de beheersing van processen in de instelling. Er zijn meerdere kwaliteitsindicatoren die op dit gebied genoemd kunnen worden. Met behulp van dossieronderzoek en vragen aan verpleegkundigen is gekeken naar het gebruik van zorgdossiers en standaard verpleegplannen binnen de instellingen, op de resultaten hiervan wordt in deze paragraaf verder ingegaan. Per instelling zijn tussen de 8 en 15 zorgdossiers beoordeeld. De kwaliteit van het zorgdossier zal erg afhangen van de deskundigheid van diegenen die er mee werken en van de beschikbaarheid en toegankelijkheid van informatie. Worden veel beslissingen genomen op basis van onjuiste informatie uit het zorgdossier, dan zal het zorgdossier eerder een bedreiging vormen voor de kwaliteit. Een kwalitatief goed zorgdossier moet aan bepaalde eisen voldoen, zoals overzichtelijkheid en het moet actueel zijn (Grypdonck, 1998). Een aantal items dat belangrijk wordt gevonden in de verpleegkunde zijn getoetst middels de opgestelde indicatoren.

Tabel 6.5 toont dat het zorgdossier op de items actualiteit, overzichtelijkheid, hanteerbaarheid, kwaliteit van verpleegdoelen en evaluatie van het zorgplan binnen afgesproken tijdsbestek, is gemeten. De beoordeling heeft plaats gevonden middels het toekennen van plussen of minnen, waarbij een (-) staat voor een slechte score, een (+ -) voor een matige score en een (++) staat voor het weergeven van de informatie in het zorgdossier op een goed niveau. Wanneer een zorgdossier op een bepaald item erg goed scoort worden 2 plussen toegekend (++).

Tabel 6.5 Weergave van de kwaliteitsbeoordeling van het individueel zorgdossier (N=7)

instelling	fasering van kwaliteits-systeem	actualiteit van informatie	overzichtelijkheid	hanteerbaarheid	kwaliteit verpleegdoelen	evaluatie volgens afspraak
verzorgingshuis	fase 1	+ -	-	-	-	+ -
	fase 2	+ -	+ -	+	x	+ -
	fase 3	+	+	+	+ -	x
verpleeghuis	fase 1	+	++	++	++	++
	fase 2	+	++	+	++	+
	fase 3	+	++	+	x	+
combinatie verpleeg-/verzorgingshuis*	fase 1	-	-	-	-	+

- ++ informatie is prima weergegeven in het zorgdossier
- + voldoet aan afspraken en normen
- + - voldoet op matig-niveau aan de afspraken en normen
- voldoet niet aan de afspraken en normen
- x item was niet aanwezig in het zorgdossier
- \* Bij 1 combinatie verpleeg-/verzorgingshuis zijn zorgdossiers ingezien

Afspraken en normen voor een goede kwaliteit van een zorgdossier zijn afgeleid van theorieën uit de verpleegkunde. In het zorgdossier behoort de schriftelijke verslaglegging van de verpleegproblemen, de verpleegdoelen, de planning, de rapportage van de uitvoering van de zorg en de evaluatie te zijn vastgelegd (Salentein, 1998). Door een goede schriftelijke verslaglegging kan zorg gecontinueerd worden, doordat iedere verzorgende en ook de bewoner weet wat de afspraken omtrent de zorgverlening zijn. De toekenning van plussen en minnen voor het beoordelen van de verschillende aspecten uit het zorgdossier is gebaseerd op concrete maatstaven. Bij actualiteit van informatie in het zorgdossier is het van belang dat de informatie die beschreven staat over de cliënt geldig is op het moment van inzage in het dossier. Ter illustratie kan hierbij genoemd worden dat tijdens het onderhavige onderzoek dossiers zijn ingezien waarin verpleegdoelen gesteld zijn die dateerden van 6 jaar

geleden. Om de overzichtelijkheid van het zorgdossier in kaart te brengen is bijvoorbeeld gekeken of de informatie gestructureerd gepresenteerd wordt, duidelijk leesbaar is en geen overbodige gegevens bevat, die het overzicht verstoort. Met betrekking tot de hanteerbaarheid gaat het erom dat degene die het dossier inziet op eenvoudige wijze de benodigde informatie kan vinden en bijvoorbeeld dat er geen losse blaadjes in de map zitten. Om uitspraken te doen over de kwaliteit van de verpleegdoelen is onder andere op de volgende punten gelet: is het verpleegdoel eenduidig gesteld, zodat het voor iedereen op dezelfde manier te begrijpen is, voorzien van een datum en wordt er een probleem, doel, actie en evaluatie (datum) beschreven. Of de zorgplannen binnen het afgesproken tijdsbestek worden geëvalueerd is nagegaan doordat geïnventariseerd is wat de afspraken binnen de instelling zijn omtrent de evaluatie van het dossier en vervolgens is nagegaan of deze afspraken nagekomen zijn.

Tabel 6.5 moet als volgt worden gelezen: het verzorgingshuis in fase 1 scoort op geen enkel item goed, op 2 items zijnde actualiteit van informatie en evaluatie volgens afspraak, matig en op de overige items onvoldoende. In de verpleeghuissector scoort het verpleeghuis in fase 1 het gunstigst. Daarnaast scoren de andere 2 verpleeghuizen ook goed op de kwaliteit van het zorgdossier. Bij het verpleeghuis in fase 3 wordt niet gewerkt met verpleegdoelen, maar met begeleidingsplannen. Van de 2 combinatie verpleeg-/verzorgingshuizen wordt alleen het huis in fase 1 vermeld, omdat het bij het andere huis niet mogelijk bleek zorgdossiers in te zien. Uit de tabel blijkt geen duidelijke relatie tussen de ontwikkelingsfase van het kwaliteitssysteem en de kwaliteit van de zorgdossiers.

### **6.5.3 Bewonersniveau: klinische indicatoren**

Ten slotte worden in deze paragraaf de resultaten op klinische kwaliteitsindicatoren beschreven. Verondersteld wordt dat instellingen die verder zijn met de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem betere klinische uitkomsten hebben. De relatie wordt weergegeven in tabel 6.6.

Bij de effecten op bewonersniveau gaat het om de lichamelijke en geestelijke gesteldheid van de bewoners. Tabel 6.6 laat zien dat het verzorgingshuis in fase 1 een decubitusprevalentie van 4% heeft, de prevalentie van psychofarmacagebruik bedraagt 37%, de prevalentie van incontinentie 46% en de prevalentie van probleemgedrag is 4%. De vergelijking van resultaten op de kwaliteitsindicatoren tussen de verschillende fasen laat zien dat bij het verpleeghuis en het verzorgingshuis in fase 3 niet de gunstigste resultaten zijn gemeten. Als kanttekening moet hierbij vermeld worden dat de gemiddelde leeftijd van bewoners in bepaalde huizen erg hoog ligt welke kan bijdragen aan bijvoorbeeld een hogere prevalentie van incontinentie. De gemiddelde leeftijd van bewoners in het verzorgingshuis in fase 2 ligt bijvoorbeeld op 91 jaar. Uit onderzoek in Amerika is daarentegen gebleken dat verschillen tussen instellingen op de meeste kwaliteitsindicatoren niet wezenlijk veranderen door correctie voor zorgzwaarte van bewoners (Karon en Zimmerman, 1996).

Aan de gepresenteerde cijfers kunnen geen oorzaak en gevolg conclusies worden ontleend omdat de gegevens op één moment in de tijd zijn verzameld. Wel kan voor de onderzochte instellingen worden aangegeven of er een relatie bestaat tussen de resultaten op bewonersniveau en de aanwezigheid van een functionerend kwaliteitssysteem.

Tabel 6.6 Klinische kwaliteitsindicatoren op bewonersniveau (N=7)

instelling	fasering van kwaliteits-systeem	decubitus prevalentie	prevalentie psychofarmaceutisch gebruik	prevalentie incontinentie	prevalentie probleemgedrag
verzorgingshuis	fase 1	3%	37%	46%	4%
	fase 2	2%	23%	52%	19%
	fase 3	2%	63%*	50%	18%
verpleeghuis	fase 1	10%	33%	73%	18%
	fase 2	16%	56%	57%	4%
	fase 3	8%	38%	70%	n.b.
combinatie verpleeg-/verzorgingshuis	fase 1	4%**	41%	47%	18%

\* berekend over 1 vestiging van de instelling

\*\* betreft zowel cliënten uit het verzorgingshuis en het verpleeghuis

n.b. informatie was niet voorhanden binnen de instelling

#### 6.5.4 Bewonersniveau: de woonfunctie en het oordeel van bewoners

In deze sub-paragraaf wordt in grote lijnen weergegeven in welke mate instellingen tegemoet komen aan de behoeften van de cliënt. De informatie is verzameld door middel van observaties door de onderzoeker en het houden van een klein aantal gesprekken met bewoners. De geobserveerde onderwerpen zijn afgeleid van de onderwerpen die verpleeg- en verzorgingshuisbewoners in eerder onderzoek hebben aangewezen als belangrijk voor de autonomie en een goed woon- en leefklimaat (LOC, 2000). De reacties van bewoners worden ter illustratie in de tekst cursief weergegeven. Als uitgangspunt zijn de basale behoeften genomen waarin de meeste mensen tegemoet gekomen willen worden, waaronder: eigen leven leiden, zinvolle bezigheden, de behoefte aan het maken van keuzen en de behoeften aan liefde en geborgenheid. De resultaten van de observaties worden in tabel 6.7 gepresenteerd.

De beoordeling heeft plaats gevonden middels het toekennen van plussen en minnen aan de indicatoren, waarbij een (-) staat voor het niet aanwezig zijn van een voorziening, een (+) betekent dat de voorziening in een matige kwaliteit aanwezig is, een (+) duidt aan dat de voorziening aanwezig is. Elke (+) die vervolgens extra aangegeven staat duidt op een betere beoordeling. Om een objectieve beoordeling van de kwaliteitsindicatoren te laten plaatsvinden zijn concrete maatstaven gehanteerd. Als uitgangspunt zijn telkens de behoeftegebieden die de bewoner van belang acht genomen.



Tabel 6.7 Kwaliteitsindicatoren voor de woonfunctie (N=7)

instelling	fase	winkel	restaurant	wandeltuin	nieuwskrant	keuzemenu	verhouding vrijwilligers/ bewoners
verzorgingshuis	fase 1	++	++	+	+	+	+++
	fase 2	++	+-	+	+	++	++
	fase 3	++	-	++	++	+	+
verpleeghuis	fase 1	-	-	+	-	+	+++
	fase 2	++	+	-	+	+	++
	fase 3	+++	+++	+-	++	+++	+
combinatie verpleeg-/ ver- zorgingshuis*	fase 1	+-	+-	+	+-	-	++

- voorziening is niet aanwezig

+ - voorziening is van matige kwaliteit (bijvoorbeeld verkoop van een beperkt aantal artikelen aan een balie i.p.v. in een winkel)

+ voorziening is aanwezig

++/

+++ duidt op extra kwaliteit en service naar de bewoner toe

\* instelling is niet te vergelijken met andere instellingen uit dezelfde sector

Een bewoner vindt het over het algemeen belangrijk om zo veel mogelijk zijn of haar eigen leven te leiden<sup>1</sup>. Dat betekent zo weinig mogelijk afhankelijk te zijn van derden. Op het gebied van eigen leven leiden kan als voorbeeld genoemd worden het zelf bepalen wanneer men op wil staan. Hierover zijn vragen gesteld aan een paar bewoners uit verschillende instellingen. De ervaringen van de bewoners zijn divers:

*'Ja, ik mag mijn wensen daarover uiten.'*

*'Nee, want er zijn tijden afgesproken.'*

*'Het verschilt, soms duurt het erg lang voordat ze me komen verzorgen, de reden daarvan is dat ze in piekuren weinig hulp hebben.'*

*'Ik mag niet uitslapen, want ik word dagelijks om 8 uur gewekt.'*

Ook 'het zelf kunnen doen van de boodschappen' draagt bij aan het zoveel mogelijk kunnen leiden van het eigen leven. De aanwezigheid van een winkel binnen de instelling biedt bewoners de mogelijkheid zelfstandig boodschappen te doen. De indicator is getoetst op concrete punten zoals verkoop van artikelen aan een balie of in een winkel, openingstijden van de winkel en het assortiment in de winkel.

Op het gebied van zinvolle bezigheden is gevraagd naar de mening van bewoners over het activiteitsaanbod binnen de instelling. De meningen zijn uiteenlopend zoals:

*'Vanwege beperkingen door mijn ziekte MS sluiten de activiteiten niet altijd goed aan bij mijn mogelijkheden.'*

*'Ik zit hier een groot gedeelte van de dag voor me uit te staren en de dagen duren zo lang, ik zou graag veel meer activiteiten verrichten.'*

*'Ik ben al zo oud en daarom blijf ik veel op mijn appartement.'*

*'Ik ga niet naar de georganiseerde activiteiten, want er zijn alleen maar vrouwen die bijvoorbeeld zitten te breien. Als er nu meer mannen waren dan ging ik er wel naar toe, maar tussen alleen maar vrouwen voel ik me niet thuis.'*

Het restaurant is beoordeeld op de tijden waarop men daar kan eten en het assortiment dat geboden wordt, zoals het kunnen nuttigen van warme maaltijden. Aan een klein aantal bewoners is gevraagd wat zij vinden van de maaltijden:

<sup>1</sup>NVBV, Verslag project verantwoorde zorg, 1999

*'Ik wordt na mijn middagrust soms zo verschrikkelijk laat uit bed gehaald, zodat 'Ik meteen aan het eten moet beginnen en vervolgens geen eetlust heb.'*

*'Het vlees is uitgedroogd omdat het te lang staat, voordat het bij de bewoner is gebracht. En omdat ze geen vet gebruiken.'*

*'De warme maaltijd is wel goed maar het broodbeleg is droog.'*

*'De soep en toetje zijn goed, maar de hoofdmaaltijd is niet altijd even gaar.'*

De indicator 'wandeltuin' wordt in de tabel als kwalitatief goed gekenmerkt als de bewoner de tuin als prettig ervaart om in te wandelen. De eisen die er dan aan gesteld worden zijn: voldoende mogelijkheden om te rusten, goed begaanbare paden en interessant om in te wandelen onder andere vanwege de planten en bloemen.

De informatievoorziening is eveneens van belang voor bewoners. De volgende antwoorden zijn gegeven op de vraag of bewoners goed worden geïnformeerd:

*'Ja, we worden wel voldoende geïnformeerd over hetgeen zich afspeelt binnen de instelling.'*

*'Nee, het bestuur beslist en bewoners worden niet bij die beslissing betrokken. Er hebben soms al veranderingen plaats gevonden zonder dat ik er iets vanaf wist.'*

*'De informatie-overdracht is goed en vindt bijvoorbeeld plaats door middel van de speciale instellingsinformatie-zender op de kabel.'*

*'Ik vindt dat ik meer betrokken moet worden bij veranderingen.'*

Aanwezigheid van een nieuwskrant kan er mede aan bijdragen dat de bewoner voldoende wordt geïnformeerd over veranderingen binnen de instelling en belangrijke wetenswaardigheden. Uitspraken over de nieuwskrant hebben plaats gevonden op basis van de frequentie van uitgave en de omvang van de informatie die de krant of het blad bevat.

Het kunnen maken van eigen keuzen wordt door Maslow (1978) gerelateerd aan de behoefte aan zelfverwerkelijking. Een onderdeel daarvan is het zelf kunnen kiezen wat men wil eten. De aanwezigheid van een keuzemenu wordt hiervoor genomen als indicator. Hoe meer keuzen de bewoner op het gebied van de warme maaltijd heeft, hoe positiever dit is beoordeeld. Als laatste weergegeven in de tabel is de procesindicator vrijwilligers. Algemeen geldend is dat vrijwilligers veel extra's op het gebied van aandacht en ondersteuning aan bewoners bieden boven de zorg die verleend wordt door de instelling. Aanwezigheid van het aantal vrijwilligers en de verhouding bewoners vrijwilligers is voor de beoordeling als maatstaf genomen.

Ter afsluiting is gevraagd aan bewoners wat zij vinden van het wonen binnen de instelling, een aantal citaten volgt:

*'Mijn kamer is net een paleis met een mooi uitzicht op de straat.'*

*'Ik woon het liefst op mezelf, maar als het niet anders kan dan woon ik hier best hoor.'*

*'Het wonen kan beter, het kan beter opgezet worden en er moet meer overleg plaats vinden met bewoners.'*

*'Soms is er niks aan, omdat ik me verveel.'*

De vergelijking tussen de instellingen uit de verschillende ontwikkelingsfasen laat zien dat het verzorgingshuis in fase 1 goed scoort op de diverse kwaliteitsindicatoren die de woonfunctie van het huis weerspiegelen. De 2 andere verzorgingshuizen scoren op de meeste kwaliteitsindicatoren eveneens goed. Alleen het restaurant wordt binnen 1 instelling als matig beoordeeld, terwijl een andere instelling een min toegekend heeft gekregen voor het ontbreken van een restaurant. Bij de 3 verpleeghuizen is te zien dat er inderdaad verschillen zijn in de mate waarin de instellingen tegemoet komen aan de behoeften van de bewoner wat betreft de

woonfunctie. Het verpleeghuis in fase 1 biedt het minst op de gestelde behoeftegebieden, terwijl het verpleeghuis in fase 3 het meeste biedt op de gestelde behoeftegebieden. Dit kan wijzen op een mogelijke relatie tussen de ontwikkelingsfase van een kwaliteitssysteem en de geobserveerde resultaten op bewonersniveau.

## 6.6 Samenvatting en conclusies

De preventiekosten van verpleeg- en verzorgingshuizen lopen uiteen van 0,2% van het totale budget in fase 3 tot 0,6% in fase 1 bij verpleeghuizen en 0,4% in fase 1 en 3,2% in fase 2 bij verzorgingshuizen. De hoogste preventiekosten (3,2%) zijn gemaakt door het verzorgingshuis dat bezig is met de implementatie van een kwaliteitssysteem. Voor wat betreft de beoordelingskosten kan gezegd worden dat naarmate een instelling verder gevorderd is met het ontwikkelen van het kwaliteitssysteem de beoordelingskosten stijgen. Een uitzondering geldt voor instellingen met een klein budget, waarbij preventie- en beoordelingskosten al snel een relatief groter deel van het budget vormen.

Voor wat betreft herstelkosten is door middel van voorbeelden geschetst wat de kosten zijn van psychofarmacagebruik en van een decubitus behandeling. Het blijkt dat slechts 3 van de 7 instellingen inzicht hebben in de prevalentie van decubitus, met als gevolg dat er ook geen schatting gemaakt kan worden van de herstelkosten. Bij de effecten op organisatieniveau kan over de sector verzorgingshuis alleen iets gezegd worden over de verzuimfrequentie onder personeel. Op dit vlak zijn bij het verzorgingshuis in fase 1 de gunstigste effecten gemeten. Bij de sector verpleeghuiszorg kan het gemiddeld aantal MIP-meldingen niet vergeleken worden tussen de 3 instellingen, omdat de gegevens niet vergelijkbaar zijn qua jaartal. Over de verzuimfrequentie kan gezegd worden dat bij de instelling in fase 3 de gunstigste effecten gemeten zijn.

De meting op procesniveau waarbij het individueel zorgdossier als indicator genomen is geeft aan dat bij de sector verpleeghuiszorg een betere kwaliteit van het zorgdossier gemeten is dan bij de verzorgingshuizen. De klinische uitkomstindicatoren op cliëntniveau zijn het gunstigst bij het verzorgingshuis in fase 1. Relaties tussen de gemeten woonfunctie en de ontwikkelingsfase van het kwaliteitssysteem zijn te zien in de verpleeghuissector. De gunstigste effecten zijn gemeten bij het verpleeghuis in fase 3 en de minst gunstigste effecten zijn gemeten bij het verpleeghuis in fase 1. Bij de verzorgingshuizen zijn de gemeten effecten ongeveer gelijk.

Algemeen kan geconcludeerd worden dat het moeilijk is om voor iemand anders te bepalen wat goede kwaliteit is. Uit de gesprekken die met bewoners gehouden zijn is gebleken dat bewoners verschillend denken over de geleverde zorg. Iedereen heeft andere prioriteiten en voorkeuren. De gepresenteerde resultaten laten geen eenduidige relatie zien tussen de ontwikkelingsfase van een kwaliteitssysteem en de resultaten op organisatie-, proces- en bewonersniveau. Dit betekent voornamelijk dat onduidelijk blijft wat de effecten zijn van een functionerend kwaliteitssysteem. De resultaten doen wel vermoeden dat kwaliteitssystemen ervoor zorgen dat instellingen niet onvoldoende presteren omdat geen van de instellingen in fase 3 slecht scoort. Daarnaast laten de resultaten zien dat ook instellingen zonder een functionerend kwaliteitssysteem goede resultaten kunnen boeken op de gemeten kwaliteitsindicatoren

## **7 KOSTEN EN EFFECTEN VAN KWALITEITSSYSTEMEN IN DE THUISZORG**

### **7.1 Inleiding**

Als een van de eerste sectoren in de gezondheidszorg heeft de landelijke koepel voor thuiszorginstellingen een certificatieschema aangevraagd bij de Stichting HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector). Een HKZ-certificatieschema bevat de door de veldpartijen (zorgaanbieders, cliëntenorganisaties en verzekeraars) geaccepteerde normen waaraan het kwaliteitssysteem van een thuiszorginstelling zou moeten voldoen. Het schema is door alle bij de thuiszorg betrokken partijen ontwikkeld en sinds 1997 goedgekeurd door het College van Deskundigen van de stichting HKZ. In de periode 1997-2000 zijn 8 instellingen voor thuiszorg gecertificeerd, waarvan 2 instellingen die zich specifiek richten op kraamzorg. Op dit moment is het behalen van een HKZ-certificaat niet verplicht. Wel stelt de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) een aantal eisen aan het lidmaatschap van thuiszorginstellingen.

Ook binnen de thuiszorginstellingen is behoefte aan meer inzicht in de kosten en resultaten van kwaliteitssystemen. Hierbij zijn de kosten van een externe certificatie duidelijk aanwijsbaar, maar alle overige kosten zijn minder goed zichtbaar. Gedeeltelijk is dit toe te schrijven aan onduidelijkheid over de afbakening van kwaliteitsactiviteiten en reguliere productie-activiteiten, maar aan de andere kant beschikken de meeste thuiszorginstellingen (nog) niet over een kostprijsstelsel waarin de kosten per activiteit worden vastgelegd. In dit artikel wordt op basis van 3 case studies een beschrijving gegeven van de kosten en effecten van kwaliteitssystemen. De resultaten dienen als indicatie en kunnen niet gegeneraliseerd worden.

### **7.2 Kosten en effecten van een kwaliteitssysteem in de thuiszorg**

In deze paragraaf worden gegevens gepresenteerd van 3 instellingen die ieder in een andere ontwikkelingsfase van het kwaliteitssysteem verkeren. De kosten zijn onderverdeeld in preventie- en beoordelingskosten. Deze zijn berekend over de activiteiten die de instellingen expliciet hebben benoemd als extra activiteiten voor het ontwikkelen, implementeren en onderhouden van een kwaliteitssysteem. Als kosten zijn vooral de directe personele kosten meegerekend.

De resultaten van kwaliteitssystemen zijn af te leiden uit de doelen die instellingen met een kwaliteitssysteem nastreven. In hoofdstuk 4 is reeds beschreven dat instellingen van een kwaliteitssysteem positieve resultaten verwachten, zoals het verbeteren van zorgprocessen en uitkomsten van zorg, een toename van klantgerichtheid, productiviteit en beheersbaarheid, en in mindere mate het besparen van kosten. Een kleine groep instellingen zegt deze resultaten reeds bereikt te hebben. In dit artikel beperken we ons tot het beschrijven van de tevredenheid van cliënten als direct resultaat van de zorgverlening en indirect resultaat van de aanwezigheid van een functionerend kwaliteitssysteem. De veronderstelling is dat instellingen met een functionerend kwaliteitssysteem (fase 3) meer tevreden cliënten hebben dan instellingen zonder kwaliteitssysteem. Tevens kan uit de mate van tevredenheid van cliënten nu worden afgeleid hoeveel verbetering in de toekomst nog bereikt kan worden. De herstellkosten kunnen alleen indirect worden benoemd door de gewenste doelen van de instelling af te zetten tegen de bereikte doelen. Een voorbeeld is het

afzetten van de huidige mate van tevredenheid van cliënten tegen de gewenste mate van tevredenheid (norm van de instelling).

Hierna wordt achtereenvolgens ingegaan op de preventie- en beoordelingskosten die de 3 instellingen voor thuiszorg het afgelopen jaar hebben gemaakt en de tevredenheid van cliënten over de kwaliteit van de verleende zorg.

### 7.2.1 Preventie- en beoordelingskosten

In tabel 7.1 worden de extra activiteiten genoemd die thuiszorginstellingen op dit moment uitvoeren om de kwaliteit van zorg systematisch te bewaken en te bevorderen. Andere activiteiten die in een certificatieschema of een model kwaliteitssysteem worden genoemd, zoals bijvoorbeeld vakinhoudelijke richtlijnen, zorgplannen, functioneringsgesprekken en een cliëntenraad, wordt door de instellingen tot de reguliere zorg/activiteiten gerekend. Daarnaast worden in de eerste tabel de directe personele kosten weergegeven die de 3 instellingen in de verschillende ontwikkelingsfasen van een kwaliteitssysteem in 1999 hebben gemaakt om de kwaliteit van zorg te bewaken en fouten te voorkomen.

Uit de tabel blijkt dat ongeacht de fase van het kwaliteitssysteem preventie-activiteiten incidenteel en structureel geld vragen. Wel wordt het bedrag dat structureel wordt besteed hoger naarmate de instelling verder gevorderd is met het kwaliteitssysteem. De instelling die net begonnen is met het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem besteed nog relatief weinig geld aan preventie-activiteiten (0,09% van het budget). Voor het invoeren van het kwaliteitssysteem (fase 2) besteed de instelling 0,2% van het budget, terwijl de instelling met een kwaliteitssysteem 0,4% van het budget besteed aan het onderhouden van het systeem.

Tabel 7.1 Overzicht van de preventiekosten van 3 thuiszorginstellingen per ontwikkelingsfase in 1999; personele kosten afgerond op duizenden gulden

preventie-activiteiten	thuiszorginstelling		
	fase 1 (N=1)	fase 2 (N=1)	fase 3 (N=1)
1 scholing in kwaliteitszorg	2.000,= (i)	-	9.000,= (s)
2 introductieprogramma kwaliteit	2.000,= (i)	1.000,= (s)	71.000,= (i)
3 intercollegiale toetsing	-	niet bekend	7.000,= (s)
4 schriftelijke procedures	5.000,= (s)	zie 5,7,8	47.000,= (s)
5 kwaliteitsbeleid	2.000,= (i)	13.000,= (s)	regulier
6 kwaliteitsplan	2.000,= (i)	zie 5,7,8	regulier
7 opzet/beheer kwaliteitssysteem	4.000,= (s)	75.000,= (i)	23.000,= (s)
8 kwaliteitfunctionaris (KF)	6.000,= (s)	6.000,= (s)	21.000,= (s)
9 kwaliteitsjaarverslag	KF	KF	1.000,= (s)
10 kwaliteitshandboek	-	KF	17.000,= (s)
11 communicatie kwaliteit	-	-	-
kosten in % van het budget	0,09%	0,2%	0,4%

KF Kwaliteitsfunctionaris  
 - activiteit niet aanwezig  
 s kosten zijn structureel  
 i kosten zijn incidenteel

In tabel 7.2 worden de beoordelingskosten weergegeven die de 3 thuiszorginstellingen in 1999 hebben gemaakt om de kwaliteit van zorg of het kwaliteitssysteem te (laten) beoordelen.

Tabel 5.6 Overzicht van directe beoordelingskosten per ontwikkelingsfase in 3 thuiszorginstellingen in 1999; personele kosten afrond op duizenden gulden

beoordelingsactiviteiten	instelling		
	fase 1 (N=1)	fase 2 (N=1)	fase 3 (N=1)
1 interne audit	-	5000,=	14000,=
2 waarderingsonderzoek cliënten	2000,=	n.b.	n.b.
3 waarderingsonderzoek medewerkers	n.b.	-	n.b.
4 externe toetsing	n.b.	-	-
5 externe toetsing cliëntenorganisaties	-	-	-
6 certificering	n.b.	-	28.000,=*
% van het budget	??	??	0.2+??

- activiteit vindt niet plaats

n.b. activiteit wordt wel verricht ,maar de instelling heeft geen inzicht in de kosten van de activiteit

\* inclusief f 20.000,= aan bureaustkosten

Uit tabel 7.2 blijkt dat de 3 instellingen maar een deel van de kosten kunnen kwantificeren, de rest van de kosten is onbekend, terwijl er bijvoorbeeld wel waarderingsonderzoeken onder cliënten en medewerkers hebben plaatsgevonden. De kosten van een externe cliëntentoets bedragen circa f 18.000,=, maar geen van de deelnemende instellingen heeft deze nog laten uitvoeren.

Naast preventie- en beoordelingsactiviteiten gericht op het bewaken van de kwaliteit van zorg, worden door veel instellingen verbeterprojecten uitgevoerd met als doel de kwaliteit van zorg te verbeteren. Door 2 instellingen is aangegeven dat zij in het kader van kwaliteitszorg op de volgende punten verbetering aanbrengen: zorgplan, zorgcoördinatie, bescherming privacy van de cliënt, verbouwing van het rayonkantoor, centraliseren van enkele functies, achterstallig groot onderhoud wegwerken, imagoverbetering. 1 instelling die beschikt over een functionerend kwaliteitssysteem geeft aan geen specifieke verbeterprojecten uit te voeren, maar zorgvernieuwingenprojecten gericht op de algemene bedrijfsvoering. De kosten van verbeterprojecten kunnen afhankelijk van het onderwerp sterk uiteenlopen. Door instellingen die nog in de ontwikkelings- of implementatiefase van een kwaliteitssysteem verkeren wordt aangegeven dat het voor sommige activiteiten vooralsnog niet mogelijk is om enig inzicht in de kosten te krijgen. Dit komt doordat het traceren van kosten en baten in het kader van kwaliteitsbeleid nog onvoldoende vorm heeft gekregen binnen de organisatie.

### 7.3 Resultaten: waardering van cliënten

In 1998 hebben 104 thuiszorginstellingen deelgenomen aan de cliëntenraadpleging van het Benchmarkonderzoek in de sector thuiszorg (PWC/Berenschot 1999). De raadpleging was gebaseerd op een door de Stichting KIEN (Kwaliteit In Eigen huis) ontwikkelde vragenlijst met als doel het oordeel van cliënten over de verleende zorg in kaart te brengen. De vragen hadden betrekking op het nakomen van afspraken, de bejegening, inspraak van cliënten, de deskundigheid van medewerkers en de informatievoorziening aan cliënten. Aan de 3 thuiszorginstellingen die aan het onderhavig onderzoek hebben deelgenomen, is toestemming gevraagd om gebruik te maken van de gegevens uit het Benchmark onderzoek. In tabel 7.3 wordt een overzicht gegeven van de resultaten.

De tabel moet als volgt worden gelezen: 93% van de cliënten van de instelling die net begonnen is met het systematisch opzetten van een kwaliteitssysteem (fase 1) is van mening

dat zij de toegewezen zorg ook ontvangen, bij de instelling die volop bezig is met het invoeren van een kwaliteitssysteem zegt 96% van de cliënten dat zij de zorg krijgen die toegewezen is, en bij de instelling met een functionerend kwaliteitssysteem (fase 3) ligt dit percentage op 91%. Op dezelfde wijze kunnen alle aspecten van het nakomen van afspraken tussen de instellingen worden vergeleken.

Indien er een relatie bestaat tussen de aanwezigheid van een functionerend kwaliteitssysteem en de ervaren kwaliteit van zorg dan zouden de cliënten van de instelling in fase 3 positiever moeten oordelen over de gepresenteerde criteria. Uit de tabel blijkt dat dit niet altijd het geval is. Zo is te zien dat meer cliënten (70%) uit de instelling in fase 1 aangeven dat zij ook in vakantieperioden de zorg ontvangen die zij toegewezen hebben gekregen. Voor de instellingen in fase 2 en fase 3 is dit respectievelijk 68% en 66% van de cliënten. Verondersteld dat de norm van de instelling zelf '80% tevreden klanten' is, zou het gerealiseerde percentage van 66% wijzen op een verbeterpunt. Met meer personeel in de vakantieperiodes zou het percentage tevreden cliënten waarschijnlijk toe kunnen nemen. De kosten van extra personeel kunnen vervolgens afgezet worden tegen de (in een vervolgmeting) gerealiseerde verbetering in het oordeel van de cliënten. De geringe variatie tussen de instellingen op de overige criteria maakt het verder moeilijk duidelijke aangrijpingspunten te vinden

Tabel 7.3 Relatie tussen ontwikkelingsfase van het kwaliteitssysteem en de kwaliteit van zorg gezien vanuit cliëntenperspectief: oordeel van cliënten in percentages (per fase worden de gegevens van 1 instelling gepresenteerd)

criteria	fase 1 N*=170	fase 2 N=188	fase 3 N=185
<i>Nakomen van afspraken:</i>			
- cliënt ontvangt toegewezen zorg	93	96	91
- cliënt ontvangt toegewezen hoeveelheid zorg	86	87	85
- cliënt ontvangt toegewezen zorg in vakantieperioden	70	68	66
- cliënt ontvangt direct meer zorg indien nodig	82	78	86
<i>Bejegening:</i>			
- medewerkers spelen goed in op cliënt	95	94	96
- medewerkers nemen cliënt serieus	98	99	98
- cliënt voelt zich op z'n gemak in contacten	97	99	99
- medewerkers vragen niet ongewenst naar privé zaken	98	99	99
<i>Inspraak cliënt:</i>			
- cliënt kan meebeslissen over de zorg	70	79	72
- instelling neemt cliënt serieus	97	96	97
- cliënt niet bang voor uiten ontevredenheid	76	78	75
- cliënt kan nieuwe zorgverlener krijgen indien gewenst	91	92	93
<i>Deskundigheid medewerkers:</i>			
- medewerkers werken netjes	98	97	100
- medewerkers werken hygiënisch	99	97	98
- medewerkers gaan zorgvuldig om met spullen cliënt	97	98	99
- tempo van werken is goed	85	89	87
<i>Informereren cliënt:</i>			
- instelling informeert cliënt goed over het aanbod	71	82	74
- instelling laat op verzoek zorgdossier zien	82	77	82
- instelling informeert tijdig bij veranderingen in de soort hulp	88	85	90
- instelling informeert tijdig bij verandering in hoeveelheid hulp	88	84	91

\* aantal respondenten dat de vragenlijst heeft geretourneerd aan de thuiszorginstelling  
Bron: Nivel, 2000

## 7.4 Samenvatting en conclusies

De 3 deelnemende thuiszorginstellingen hebben tussen de 0,09% en 0,6% van hun budget besteed aan het ontwikkelen, implementeren en onderhouden van een kwaliteitssysteem. Er wordt meer geld besteed aan preventiekosten dan aan beoordelingskosten, maar voor een deel is de hoogte van de beoordelingskosten niet bekend. Een groot deel van de kosten ging bij een instelling zitten in het aantrekken van een externe adviseur, terwijl de andere instelling een grootschalig introductieprogramma voor kwaliteit heeft opgezet. De kosten van verbeterprojecten zijn moeilijk in kaart te brengen, omdat het traceren van kosten en baten in het kader van kwaliteitsbeleid nog onvoldoende vorm heeft gekregen, of omdat de instelling geen verbeterprojecten uitvoert.

Uit de gegevens blijkt geen duidelijke relatie tussen de aanwezigheid van een kwaliteitssysteem en het oordeel van cliënten. Een kanttekening hierbij is dat de onderzoeksopzet geen eenduidige conclusies toelaat en dat de verschillen in oordeel tussen groepen cliënten over het algemeen klein zijn. De interpretatie hangt mede af van het belang dat men geeft aan een hoger percentage tevreden cliënten. Omdat de gegevens betrekking hebben op een moment in de tijd, is niet duidelijk of verschillen te maken hebben met de kwaliteitssysteemontwikkeling of met het niveau van de reguliere zorg die vanuit de instelling wordt geboden. Alleen meerdere metingen in de tijd kunnen hier antwoord op geven. Ook moet een kanttekening worden geplaatst bij het meetinstrument, omdat de tevredenheid bij alle criteria erg hoog is.



## 8 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

### 8.1 Inleiding

Deze samenvatting geeft een overzicht van de resultaten van een onderzoek naar de kosten van de ontwikkeling-, implementatie- en borging van een kwaliteitssysteem en de mogelijke relatie tussen kosten en effecten van kwaliteitssystemen in verzorgingshuizen, verpleeghuizen en instellingen voor thuiszorg. Het onderzoek kent 2 delen. Ten eerste een multiple-case study in 11 instellingen voor ouderenzorg (3 verpleeghuizen, 3 verzorgingshuizen, 2 gecombineerde verpleeg- en verzorgingshuizen en 3 thuiszorginstellingen) en ten tweede een inventarisatie onder directies van 489 instellingen voor ouderenzorg. Bij het onderzoek gaat het om een cross-sectioneel onderzoek waarbij de gegevens op een moment in de tijd zijn verzameld. Dit betekent dat er geen conclusies getrokken kunnen worden over oorzaak en gevolg, bijvoorbeeld ten aanzien van de effecten van kwaliteitssystemen. Wel konden verwachtingen over de relatie tussen kwaliteitssystemen en effecten op organisatie-, proces- en cliëntniveau geformuleerd worden die met de gegevens getoetst konden worden.

In het algemeen was de verwachting dat instellingen met een kwaliteitssysteem betere uitkomsten hebben dan instellingen zonder een kwaliteitssysteem. Een andere verwachting was dat het invoeren van een kwaliteitssysteem meer kosten met zich meebrengt dan het onderhouden ervan, en dat de herstellkosten dalen naarmate de preventie- en beoordelingskosten stijgen. Kort samengevat kan worden gezegd dat de eerste verwachting maar gedeeltelijk is uitgekomen, de tweede verwachting bevestigd kan worden en de derde verwachting vanwege gebrek aan vergelijkbare informatie niet beantwoord kan worden. Hieronder wordt op de afzonderlijke onderzoeksvragen kort ingegaan.

### 8.2 Wat is de aard en de omvang van de kosten die gemaakt worden bij het ontwikkelen, invoeren en onderhouden van een kwaliteitssysteem?

Tijdens het onderzoek hebben de deelnemende instellingen gekozen voor een smalle invulling van het begrip kwaliteitssysteem. Uitgangspunten waren in eerste instantie de certificatieschema's van de Stichting HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector) en het MIK-V (Model Intern Kwaliteitssysteem Verpleeghuizen) met een uitgebreide set aan normen over de aanwezigheid van procedures en activiteiten. Op de vraag welke van de procedures en activiteiten tot de reguliere zorg behoren en welke als extra activiteiten in het kader van een kwaliteitssysteem worden beschouwd, bleek dat instellingen de meeste activiteiten als reguliere zorg beschouwen. Activiteiten die nu regulier zijn, waren dat 5 jaar geleden veelal nog niet (bijvoorbeeld cliëntenraad), en activiteiten die nu extra zijn, behoren over 5 jaar misschien tot de reguliere zorg (bijvoorbeeld: kwaliteitsplan of interne audits).

De kosten van een kwaliteitssysteem beperken zich dan ook tot de geselecteerde activiteiten die ingedeeld kunnen worden in preventie- en beoordelingsactiviteiten. Op dit moment worden de volgende activiteiten door de instellingen als extra activiteiten beschouwd voor het kwaliteitssysteem:

#### *Preventie-activiteiten:*

- scholing medewerkers en management;
- introductieprogramma nieuwe medewerkers;

- intercollegiale toetsing;
- schriftelijke procedures, richtlijnen, documenten;
- procedure- en documentenbeheer/handboek;
- beleidsdagen/kwaliteitsberaad;
- kwaliteitsbeleid en -plan;
- kwaliteitsfunctionaris/coördinator/stuurgroep;
- communicatie over kwaliteitsbeleid, bijvoorbeeld via krant, bulletin;
- kwaliteitsjaarverslag;
- kwaliteitsgroepen/teams.

*Beoordelingsactiviteiten:*

- interne audit;
- waarderingsonderzoek cliënten;
- waarderingsonderzoek medewerkers;
- externe audit en toetsing.

Aanvullend worden verbeterprojecten uitgevoerd om specifieke verbeteringen te bereiken. Uit de case-studies bleek dat de meeste kosten veroorzaakt worden door het vrijmaken van personeel voor kwaliteitsactiviteiten. De tijd van het personeel kost geld en kan maar een keer besteed worden.

De omvang van preventie- en beoordelingskosten lopen per instelling sterk uiteen van 0,3% van het instellingsbudget tot 3,5% van het budget. De omvang van de kosten bij verpleeg- en verzorgingshuizen lagen bij de onderzochte instellingen in de ontwikkelings- en invoeringsfase hoger dan bij de instellingen voor thuiszorg. Indien de kosten van de kleine groep instellingen geëxtrapoleerd wordt voor een grotere groep instellingen uit de sector (N=489) dan liggen de bedragen tussen de 10 en 56 miljoen gulden voor 1999. Dit komt overeen met 0,8% en 3,5% van het budget van de instellingen.

### **8.3 Wat zijn de (ervaren) effecten van een functionerend kwaliteitssysteem?**

De effecten van een kwaliteitssysteem kunnen op organisatie-, proces- en cliëntniveau zichtbaar worden. Uit de eerste gesprekken met instellingen bleek dat men vooral meer transparantie in de eigen organisatie had bereikt. De procedures waren duidelijker geworden en medewerkers wisten beter wie wanneer voor wat verantwoordelijk was. Het landelijke onderzoek waarin directies van instellingen gevraagd zijn aan te geven welke effecten zij van kwaliteitszorg verwachten dan wel bereikt hebben, laat zien dat het vooral een samenhangend kwaliteitssysteem effecten oplevert. Als effecten werden genoemd: toename tevredenheid cliënt en medewerkers, betere beheersbaarheid van de organisatie, betere uitkomsten voor de cliënt en een toename in productiviteit. Een omslagpunt leek te liggen tussen instellingen die projectmatig aan kwaliteit werken en instellingen die een systeem als geheel hadden ingevoerd.

De resultaten lieten eveneens zien dat niet alle instellingen met een kwaliteitssysteem positieve effecten hadden bereikt en dat ook negatieve effecten op zijn getreden. Hierbij gaat het vooral om een toename in kosten en werkdruk.

Bij 11 instellingen is aanvullend geprobeerd niet alleen ervaren effecten in kaart te brengen, maar ook te kijken naar meetbare effecten uitgedrukt in kwaliteitsindicatoren. De veronderstelling was telkens dat een instelling met een functionerend kwaliteitssysteem betere resultaten op de kwaliteitsindicatoren zou hebben dan de instellingen zonder een systeem. De nu volgende resultaten worden voorzichtig omschreven omdat de onderzoeksopzet geen harde conclusies toelaat.

Op organisatieniveau is de verzuimfrequentie in instellingen met kwaliteitssysteem lager dan in instellingen zonder kwaliteitssysteem. Te weinig informatie was beschikbaar om iets te kunnen zeggen over het aantal MIP-meldingen.

Op procesniveau is gekeken naar de kwaliteit van het zorgplan en zorgdossier. Deze bleken bij instellingen met kwaliteitssysteem niet vollediger en actueler. Ook waren er niet vaker duidelijke zorgdoelen geformuleerd die periodiek werden geëvalueerd.

Op cliëntniveau in de thuiszorg blijkt dat de instelling met een kwaliteitssysteem op een aantal criteria, volgens het oordeel van cliënten, enigszins beter scoort dan de andere 2 instellingen. Maar over het algemeen zijn de verschillen in tevredenheid van cliënten tussen de 3 instellingen minimaal. Bij alle vermelde criteria is er een hoge tevredenheid gemeten onder de cliënten bij alle 3 de instellingen. Dit betekent dat ook de betrouwbaarheid van de gebruikte vragenlijst of het gebruik van een vragenlijst als meetinstrument om de tevredenheid te meten in twijfel getrokken kan worden. Vragen als: 'In welke mate geven cliënten sociaal wenselijke antwoorden?'; 'Sturen alleen de tevreden mensen de vragenlijst terug?' of 'Zijn daadwerkelijk alle cliënten zo tevreden over de thuiszorginstellingen?' blijven onbeantwoord. Bovendien richt het onderzoek zich voor de thuiszorg niet op klinische indicatoren, waardoor een eenzijdig beeld ontstaat om de kwaliteit te toetsen. Bij de cliënten in verpleeg- en verzorgingshuizen is wel gekeken naar klinische indicatoren en indicatoren vanuit het perspectief van de cliënt. De vergelijking van de klinische indicatoren tussen de verschillende fasen laat zien dat bij de instellingen in fase 3 niet de gunstigste effecten zijn gevonden.

Ten aanzien van de indicatoren vanuit cliëntperspectief, zoals de autonomie en het woonklimaat, is bij de verpleeghuizen een relatie gevonden tussen de aanwezigheid van een kwaliteitssysteem en het voldoen aan de behoeften van cliënten. Voor de verzorgingshuizen is deze relatie niet gevonden.

Over de verhouding tussen preventie- en beoordelingskosten en herstelkosten kan op grond van de resultaten van het onderzoek weinig worden gezegd. Voor de instellingen was het denken in herstelkosten, het concreet benoemen van herstelkosten nieuw en moeilijk. Uit de discussies kwamen weliswaar een aantal herstelkosten, maar de informatie van de instellingen was niet volledig genoeg om relaties te kunnen leggen en uitspraken te doen. Verder laat de cross-sectionele opzet van het onderzoek het niet toe om conclusies te trekken over een oorzakelijke relaties tussen kwaliteitssystemen en resultaten op organisatie- proces- en bewonersniveau. Een longitudinale onderzoeksopzet is hiervoor nodig.



## LITERATUUR

- Bandel, A.P. e.a. Analysemodel levert belangrijke managementinformatie. *ZorgVisie*, 1997;4:50-53.
- Bandel, A.P., Grasveld-Van Berckel M.A., Ineveld B.M. van, Sol J.C.A., Klazinga N.S. Een integraal beheerssysteem voor de kwaliteit en kosten van cataractoperaties in dagbehandeling. Rotterdam: OZR/CBO/iBMG/iMTA, 1997.
- Farmacotherapeutisch Kompas 2000. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 2000.
- Feigenbaum, A.V. Total Quality Control. New York: McGraw-Hill, 1983.
- Grypdonck, M. Standaardverpleegplannen. *TVZ*, 1998: nr. 23, 731-733.
- Karon, S.L., Zimmerman, D.R. Using indicators to structure quality improvement initiatives in long-term care. *Quality Management in Health Care*, 1996, 4(3), 54-66.
- Klein Ikkink K., Wagner C. Effecten van kwaliteitssystemen in verpleeghuizen. Utrecht: Nivel, 2000.
- LOC. Verantwoorde zorg. Utrecht: Landelijke Organisatie Cliëntenraden, 2000.
- Maslow, A.H. Psychologie van het menselijk zijn. Rotterdam: Lemniscaat, 1978.
- Oldenburger I., Jong, J.H.J. de, Kerstens, J.A.M., Smit, W.J. Methoden en technieken voor het verpleegkundig handelen. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu van Loghum, 1992.
- Wagner, C., Bakker, D.H. de, Sluijs, E.M. Kwaliteitssystemen in instellingen. Utrecht/Zoetermeer: Nivel/NRV, 1995.
- Wagner, C., Stoop, A.P., Temmink, D., Bakker, D.H. de. Kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten in de verpleging en verzorging. Utrecht: De Tijdstroom, 1997.
- Salentein, C. Standaardverpleegplan in praktijk. *TVZ*, 1998: nr. 23, 744-746.
- Severens, J.L. Kosten van decubitus in Nederland. Nijmegen: Universitair Medisch Centrum St Radboud, 1999.
- Wagner, C., Bakker, D.H. de, Sluijs, E.M. Kwaliteitssystemen in instellingen. Utrecht: Nivel, 1995.



**BIJLAGE 1**      **Beoordelingschema's/certificatieschema's HKZ  
Verzorgingshuis en Thuiszorg**





**Beoordelingsschema/certificatieschema  
Verzorgingshuis**

**HKZ**

Naam instelling:.....

Contactpersoon:.....



Rubriek	Activiteit	Activiteit in instelling ja/nee	Onderdeel van		Kwaliteitskosten bekend ja/nee, zo ja hoe	Opbrengsten bekend ja/nee, zo ja hoe
			Reguliere zorg	Kwaliteits zorg		
2. Uitvoering/ zorgverlening	Hierbij gaat het om het daadwerkelijk verlenen van de zorg, een en ander in samenspraak met de patiënt/consument. De zorgverlening gebeurt volgens een vast patroon. Belangrijk hierin zijn de planning en de beheersing van de werkzaamheden, welke methoden en welke medewerkers ingezet worden, hoe de organisatie van het werk eruit ziet, wie in de organisatie de eindverantwoordelijkheid draagt en hoe intern en met de cliënt gecommuniceerd wordt.					
	Het gaat hierbij om de volgende procedures:					
	Informatie aan de cliënt					
	Individueel zorgplan					
	Externe zorgcoördinatie					
	Privacy					
	Bejegening					
	Professioneel handelen					
	Zorgverlening					

Rubriek	Activiteit	Activiteit in instelling ja/nee	Onderdeel van		Kwaliteitskosten bekend ja/nee, zo ja hoe	Opbrengsten bekend ja/nee, zo ja hoe
			Reguliere zorg	Kwaliteits zorg		
3. Evaluatie/nazorg	Evaluatie van de zorg kan in overleg met de cliënt leiden tot aanpassing van het zorgaanbod c.q. bijsturing van de zorg. De zorg is cyclisch van karakter. Hiertoe behoren de volgende procedures:					
	Waardering door de cliënt					
	Overplaatsing					
	Klachten					
4. Beleid en organisatie	Dit zijn alle activiteiten die richting geven aan de zorginstelling als geheel. Het gaat om het vaststellen van een kwaliteitsbeleid en kwaliteitsdoelstellingen. Hierbij dienen, conform de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de resultaten van overleg met zorgverzekeraars en patiënten/consumenten te worden betrokken. Tevens gaat het om de verantwoordelijkheid van het management, het toewijzen van verantwoordelijkheden, bevoegdheden en middelen aan medewerkers en het afspreken van werkwijzen in procedures. Het gaat hierbij om de volgende procedures:					
	Meerjarenbeleidsplan					
	Medezeggenschap in beleidsontwikkelingen					
	Evaluatie van het beleid					
	Zorgvisie					
	Doelgroepen					
	Product- en dienstbeschrijvingen					
	Zorg en medische verzorging					
	Zorgwaarde					

	instelling ja/nee	Kwaliteitskosten bekend ja/nee, zo ja hoe		Opbrengsten bekend ja/nee, zo ja hoe
		Reguliere zorg	Kwaliteits zorg	
Kwaliteitsbeleid				
Kwaliteitsstelsel				
Zorgplannen				
Waardering door cliënten				
Klachtenregeling				
Hygiëne				
Milieu				
Incidentenregistratie				
Medicijnbeheer en -distributie				
Organisatiestructuur				
Communicatie- en overlegstructuur				
Clëntenraad				
Ondernemingsraad				
Huisregels				
Externe contacten en samenwerking				
Financieel beleid				
Verslaglegging				

Rubriek	Activiteit	Activiteit in instelling ja/nee	Onderdeel van		Kwaliteitskosten bekend ja/nee, zo ja hoe	Opbrengsten bekend ja/nee, zo ja hoe
			Reguliere zorg	Kwaliteits zorg		
5. Personeel	Het is belangrijk dat er een goed personeelsbeleid wordt gevoerd. Onder andere adequate personeelsbezetting, zorgvuldige selectie van nieuwe medewerkers, opleiding en motivatie van medewerkers. Hierbij horen de volgende procedures:					
	Personeelsinzet					
	Werving en selectie					
	Deskundigheid					
	Sociaal beleid					
	Vrijwilligersbeleid					
	Arbo- en verzuinbeleid					
	Leiderschapstijl					
	Taak- en functiebeschrijvingen					
	Functioneringsgesprekken					
	Waardering door medewerkers en vrijwilligers					

	instelling ja/nee	Reguliere zorg	Kwaliteits zorg	ja/nee, zo ja hoe	Opbrengsten bekend ja/nee, zo ja hoe
<p>6. Onderzoek en ontwikkeling</p>	<p>Het gaat hierbij om een gestructureerde verbetercyclus in verband met het actualiseren van het zorgaanbod. Hierbij behoren de volgende procedures:</p> <p>Bijstelling van het beleid op basis van ontwikkelingen en regelgeving</p>				
<p>7. Fysieke omgeving en materiaal</p>	<p>In de zorgsector dienen zowel de ruimte als de apparatuur ten behoeve van cliënten aan specifieke eisen te voldoen. De ruimten dienen een doelmatige en kwalitatieve goede zorg mogelijk te maken. Hierbij behoren de volgende procedures:</p> <p>Onderhoud gebouw en terrein</p> <p>Onderhoud inventaris en materialen</p> <p>Geschiktheid van gebouw en appartementen</p> <p>Veiligheid en preventie van calamiteiten</p>				

Rubriek	Activiteit	Activiteit in instelling ja/nee	Onderdeel van		Kwaliteitskosten bekend ja/nee, zo ja hoe	Opbrengsten bekend ja/nee, zo ja hoe
			Reguliere zorg	Kwaliteits zorg		
8. Diensten door derden	Hierbij gaat het om alle producten en diensten die aan de zorginstelling worden geleverd door derden. Van belang is te waarborgen dat de producten en diensten in overeenstemming zijn met de eisen die hieraan vanuit het eigen kwaliteitssysteem worden gesteld. Hierbij gaat het om de volgende procedure:					
	Uitbesteding					
	Toelevering van diensten door derden					
	Inkoop en voorraadbeheer					
9. Documenten	Hierbij gaat het om het hebben van een beheerssysteem voor alle documenten en elektronische bestanden die onder de reikwijdte van het kwaliteitssysteem vallen. Het gaat hierbij om documenten die de werkwijze binnen een instelling vastleggen, om documenten waarin de feitelijk geleverde zorg is geregistreerd en om relevante externe documenten. Hierbij gaat het om de volgende procedure:					
	Beheer van documenten					



Kudriek	Activiteit	Activiteit in instelling ja/nee	Onderdeel van		Kwaliteitskosten bekend ja/nee, zo ja hoe	Opbrengsten bekend ja/nee, zo ja hoe
			Reguliere zorg	Kwaliteits zorg		
Extra activiteiten						



**Beoordelingsschema/certificatieschema  
Thuiszorg**

**HKZ**

Naam instelling:.....

Contactpersoon:.....

Rubriek	Activiteit	Activiteit in instelling ja/nee	Onderdeel van		Kwaliteitskosten bekend ja/nee, zo ja hoe	Opbrengsten bekend ja/nee, zo ja hoe
			Reguliere zorg	Kwaliteits zorg		
1. Intake/ indicatie	Hierbij gaat het om het begrijpen, verifiëren en definiëren van de vraag van de cliënt en het omzetten van de vraag in het formulieren van het aanbod. Van belang is dat de zorgverlenende instantie schriftelijk vastgelegde procedures hanteert, vaststelt en bijhoudt voor de beoordeling van de zorgvraag en voor de coördinatie van deze activiteiten. Het gaat hierbij om de volgende procedures:					
	Aanmelding					
	Intake/behoeftepeiling					
	Indicatiestelling					
	Zorgcontract					
	Toestemmingsvereiste					

Aanpak	Aanpak	Aanpak	Aanpak		Kwaliteitskosten bekend ja/nee, zo ja hoe	Opbrengsten bekend ja/nee, zo ja hoe
			Reguliere zorg	Kwaliteits zorg		
Aanpak	Aanpak	Aanpak	Aanpak	Aanpak	Aanpak	Aanpak
Aanpak	Aanpak	Aanpak	Aanpak	Aanpak	Aanpak	Aanpak
2. Uitvoering	<p>Hierbij gaat het om het daadwerkelijk verlenen van de zorg, een en ander in samenspraak met de patiënt/consument. De zorgverlening gebeurt volgens een vast patroon. Belangrijk hierin zijn de planning en de beheersing van de werkzaamheden, welke methoden en welke medewerkers ingezet worden, hoe de organisatie van het werk eruit ziet, wie in de organisatie de eindverantwoordelijkheid draagt en hoe intern en met de cliënt gecommuniceerd wordt.</p> <p>Het gaat hierbij om de volgende procedures:</p>					
	Zorgplan/zorgdossier					
	Interne en externe zorgcoördinatie					
	Bereikbaarheid/toegankelijkheid					
	Wachttijd/levertijd					
	Bejegening					
	Informatie					
	Privacy					
	Professioneel handelen					
	Klachten					

Rubriek	Activiteit	Activiteit in instelling ja/nee	Onderdeel van		Kwaliteitskosten bekend ja/nee, zo ja hoe	Opbrengsten bekend ja/nee, zo ja hoe
			Reguliere zorg	Kwaliteits zorg		
3. Evaluatie/nazorg	Hieronder wordt verstaan het traject na de feitelijke zorgverlening.					
	Hier toe behoren de volgende procedures:					
	Oordeel van de individuele cliënt over zorgverlening					
	Wijziging aard en omvang zorg					
	Bijstellen zorgplan/zorgcontract					
4. Beleid en organisatie	Dit zijn alle activiteiten die richting geven aan de zorginstelling als geheel. Het gaat om het vaststellen van een kwaliteitsbeleid en kwaliteitsdoelstellingen. Hierbij dienen, conform de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de resultaten van overleg met zorgverzekeraars en patiënten/consumenten te worden betrokken. Tevens gaat het om de verantwoordelijkheid van het management, het toewijzen van verantwoordelijkheden, bevoegdheden en middelen aan medewerkers en het afspreken van werkwijzen in procedures. Het gaat hierbij om de volgende procedures:					
	Kwaliteitsbeleid					
	Kwaliteitsstelsysteem					
	Interne toetsing/audit					
	Kwaliteitsjaarrverslag					
	Productomschrijving					
	Raadpleging cliëntenraad					
	Overleg extern					
	Feedback primair proces (o.a. peiling mening van de gebruikers)					

	instelling ja/nee	Kwaliteitszorg		Kwaliteitskosten bekend ja/nee, zo ja hoe	Opbrengsten bekend ja/nee, zo ja hoe
		Reguliere zorg	Kwaliteits zorg		
Beheer wachttijden/levertijd					
Privacy (o.a. privacyreglement)					
Klachten (o.a. klachtenreglement)					
Hygiëne (beleid en hanteren van richtlijnen)					
Veiligheid (beleid en hanteren van richtlijnen)					
PR en marketing					
5. Personeel					
	Het is belangrijk dat er een goed personeelsbeleid wordt gevoerd. Onder andere adequate personeelsbezetting, zorgvuldige selectie van nieuwe medewerkers, opleiding en motivatie van medewerkers.				
	Hierbij horen de volgende procedures:				
	Personeelsbeleid				
	Deskundigheid				
	Professioneel handelen				

Rubriek	Activiteit	Activiteit in instelling ja/nee	Onderdeel van		Kwaliteitskosten bekend ja/nee, zo ja hoe	Opbrengsten bekend ja/nee, zo ja hoe
			Reguliere zorg	Kwaliteits zorg		
6. Onderzoek en ontwikkeling	Het gaat hierbij om een gestructureerde verbetercyclus in verband met het actualiseren van het zorgaanbod. Hierbij behoren de volgende procedure:					
	Onderzoek en ontwikkeling					
7. Fysieke omgeving en materiaal	In de zorgsector dienen zowel de ruimte als de apparatuur ten behoeve van cliënten aan specifieke eisen te voldoen. De ruimten dienen een doelmatige en kwalitatieve goede zorg mogelijk te maken. Hierbij behoren de volgende procedures:					
	Materiaal					
	Gebouw en ruimte					
	Voorraad en middelenbeheer					
	Beschikbaarheid van informatiemateriaal					



	instelling ja/nee	Reguliere zorg	Kwaliteits zorg	Opbrengsten bekend ja/nee, zo ja hoe
8. Diensten door derden	Hierbij gaat het om alle producten en diensten die aan de zorginstelling worden geleverd door derden. Van belang is te waarborgen dat de producten en diensten in overeenstemming zijn met de eisen die hieraan vanuit het eigen kwaliteitssysteem worden gesteld. Hierbij gaat het om de volgende procedure:  Diensten door derden			
9. Documenten	Hierbij gaat het om het hebben van een beheerssysteem voor alle documenten en elektronische bestanden die onder de reikwijdte van het kwaliteitssysteem vallen. Het gaat hierbij om documenten die de werkwijze binnen een instelling vastleggen, om documenten waarin de feitelijk geleverde zorg is geregistreerd en om relevante externe documenten. Hierbij gaat het om de volgende procedure:  Documenten			
Extra activiteiten				



**BIJLAGE 2 Model Intern kwaliteitssysteem voor verpleeghuizen  
MIK-V**



**Model Intern kwaliteitssysteem voor verpleeghuizen  
MIK-V**

Naam instelling:.....

Contactpersoon:.....

Pijler	Activiteit	Activiteit in instelling ja/nee	Onderdeel van		Kwaliteitskosten bekend ja/nee, zo ja hoe	Opbrengsten bekend ja/nee, zo ja hoe
			Reguliere zorg	Kwaliteits zorg		
Algemeen beleid	In dit veld worden onderwerpen genoemd die als fundament dienen voor veel andere onderwerpen in de organisatie. Met deze onderwerpen wordt een basis gelegd voor de opbouw van het interne kwaliteitssysteem en de planning van de activiteiten in de organisatie. Hiertoe behoren:					
	Meerjarenbeleidsplan					
	Jaarplannen beleid					
	Meerjarenbegroting					
	Jaarbegrotingen					
	Jaarverslagen					
	Sociaal beleid					
	Arbo					
	Milieu					

Kwaliteits-ontwikkeling	instelling ja/nee	Reguliere zorg	Kwaliteits zorg	Opbrengsten dekend ja/nee, zo ja hoe	
				ja/nee, zo ja hoe	Opbrengsten dekend ja/nee, zo ja hoe
<p>De onderwerpen uit dit veld nemen een specifieke plaats in binnen het hele kwaliteitssysteem. Met deze onderwerpen wordt namelijk het werken aan kwaliteit, kwaliteitsbeheersing en kwaliteitsontwikkeling zichtbaar gemaakt. Hiertoe behoren:</p> <p>Kwaliteitsbeleid</p> <p>Beschrijving intern kwaliteitssysteem</p> <p>Jaarplanning kwaliteit</p> <p>Kwaliteitsjaarslag</p> <p>Klachtenbehandeling cliënten</p> <p>Klachtenbehandeling medewerkers</p> <p>Waardingsonderzoek cliënten</p> <p>Waardingsonderzoek medewerkers</p> <p>Beoordelingen door cliëntenorganisaties</p> <p>Melding Incidenten Patiëntenzorg</p> <p>Interne beoordelingen</p> <p>Documentenbeheer</p>					

Pijler	Activiteit	Activiteit in instelling ja/nee	Onderdeel van		Kwaliteitskosten bekend ja/nee, zo ja hoe	Opbrengsten bekend ja/nee, zo ja hoe
			Reguliere zorg	Kwaliteits zorg		
Mens en zorgvisie	De aspecten in dit veld zijn sterk bepalend voor de zorginhoudelijke benadering die door de organisatie wordt voorgestaan. Hiertoe behoren:					
	Mens- en zorgvisie					
	Levensbeschouwelijke grondslag					
	Integriteit en autonomie client					
	Ethische aangelegenheden					
Public Relations	Dit veld heeft betrekking op de wijzen waarop door de organisatie zowel interne, naar de eigen medewerkers en cliënten/relaties, als naar externe personen, mogelijke/toekomstige cliënten en andere organisaties, informatie wordt overgebracht. Hiertoe behoren:					
	Public Relations					
	Informatieverstrekking cliënten					



	instelling ja/nee	Kwaliteits zorg		Opbrengsten bekend ja/nee, zo ja hoe
		Reguliere zorg	Kwaliteits zorg	
Afstemming zorgmarkt	De organisatie beoogt (zorg)-producten en - diensten af te leveren aan mensen die hier behoefte aan hebben. De onderwerpen in dit veld hebben betrekking op de wijze waarop de organisatie bereikt dat haar aanbod aansluit bij de behoeften. Hiertoe behoren: Marktorientatie Totaaloverzicht producten en diensten Innovatie van het aanbod			
Product- en dienst- beschrijvingen	In dit veld wordt ieder product of dienst nader uitgewerkt, dat wil zeggen, dat een concrete beschrijving wordt gemaakt van wat het product of de dienst inhoudt en welke inspanningen hiervoor zullen worden gepleegd. Hiertoe behoren: Product- en dienstbeschrijvingen Noodzakelijke beschikbaarheid van vakgebieden Regeling aanwezigheid/oproepbaarheid disciplines Regeling inzet vrijwilligers Basiskwaliteit zorg- en dienstverlening Vormgeving woon/verblijfsomgeving Invulling zorgklimaat			

Pijler	Activiteit	Activiteit in instelling ja/nee	Onderdeel van		Kwaliteitskosten bekend ja/nee, zo ja hoe	Opbrengsten bekend ja/nee, zo ja hoe
			Reguliere zorg	Kwaliteits zorg		
Multidisciplinair werken	In dit veld worden onderwerpen benoemd die te maken hebben met het geheel van het multidisciplinair werken in de organisatie. Hiertoe behoren:					
	Systeem zorgplannen					
	Regie en coördinatie aanbod					
	Werkwijzen multidisciplinaire samenwerking					
Procedures en werkwijzen	In dit veld worden procedures, werkvoorschriften, regelingen en protocollen benoemd waarin de belangrijkste onderdelen van de zorg- en dienstverlening worden vastgelegd. Hiertoe behoren:					
	Vaktechnische protocollen					
	Opnameprocedure					
	Procedure middelen en maatregelen					
	Procedure ontslag en overplaatsing					
	Procedure handelwijze overlijden					
	Medicijnen voorschrijven en verstrekken					
	Inkoop en voorraadbeheer					
	Onderhoud huisvesting en installaties					
	Onderhoud middelen en materialen					
	Veiligheid					
	Schoonmaak					
Maaltijdvoorziening						

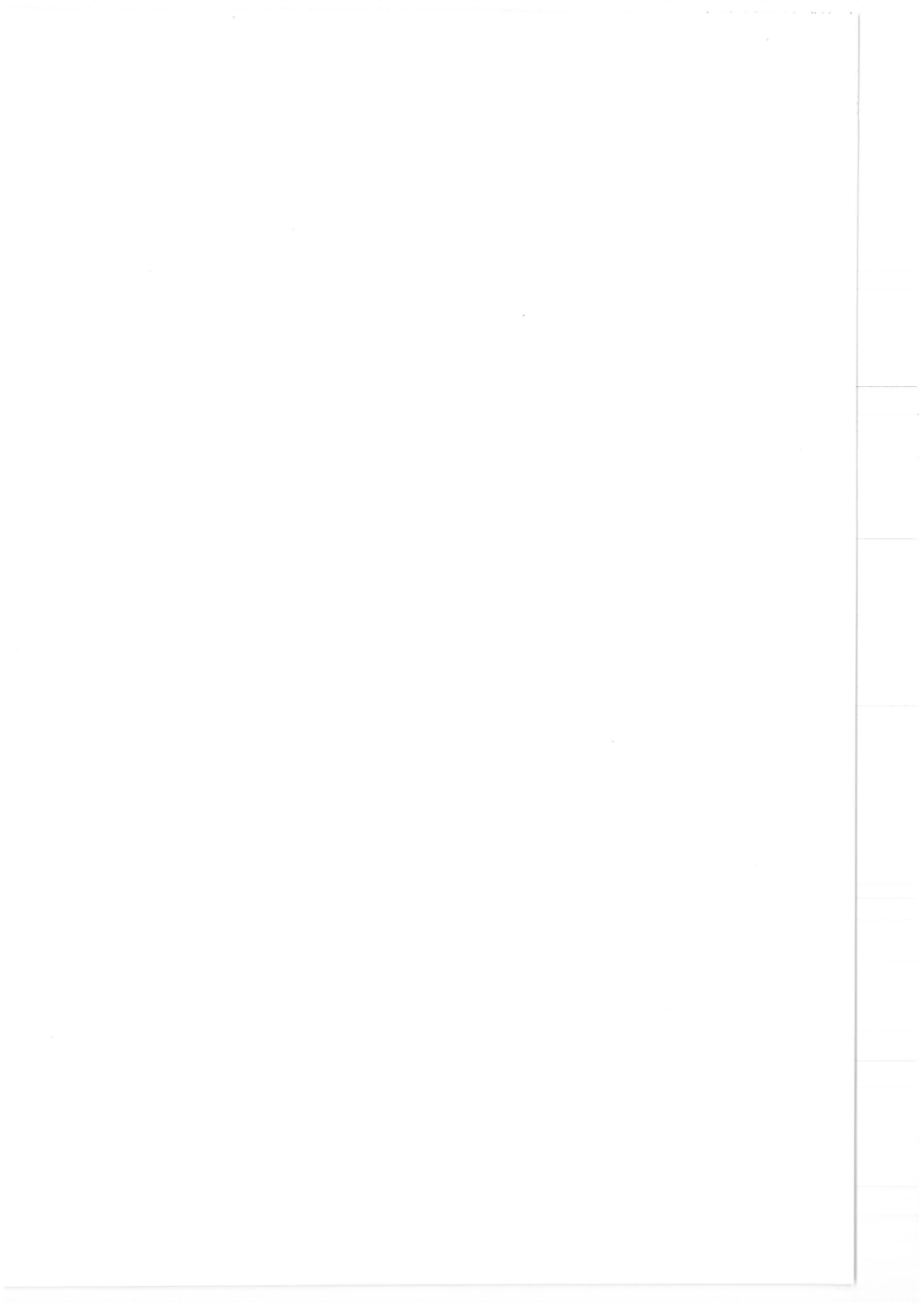
	instelling ja/nee	Wettelijke kosten bekend		Opbrengsten bekend ja/nee, zo ja hoe
		Reguliere zorg	Kwaliteits zorg	
Wasverzorging				
Administratie				
Informatiestromen				
Organisatie en beheer	In dit veld wordt benoemd hoe de organisatie wordt ingericht, zowel ten aanzien van structuur, verantwoordelijkheden en bevoegdheden als ten aanzien van behorende activiteiten in de organisatie. Hiertoe behoren:			
	Organisatiestructuur			
	Funciebeschrijvingen			
	Functioneringsgesprekken			
	Beoordelingsgesprekken			
	Stijl van leidinggeven			
	Formatiebeheer			
	Cliëntenraad			
Communicatie	Communicatie is binnen een organisatie van doorslaggevend belang. Alleen door goed lopende formele en informele communicatie kan een organisatie functioneren. Hiertoe behoren:			
	Communicatiestructuur			
	Communicatievaardigheden			

Pijler	Activiteit	Activiteit in instelling ja/nee	Onderdeel van		Kwaliteitskosten bekend ja/nee, zo ja hoe	Opbrengsten bekend ja/nee, zo ja hoe
			Reguliere zorg	Kwaliteits zorg		
Deskundigheid medewerkers	Medewerkers moesten deskundig zijn op hun werkgebied. Een open deur, maar wel een basis voor het leveren van kwaliteit aan de client. Hiertoe behoren:					
	Noodzakelijke vaardigheden en deskundigheden					
	Overzicht vaardigheden en deskundigheden					
	Opleiding/deskundigheidsbevordering					
	Selectie personeel					
	Deskundigheid externe medewerkers					
Motivatie medewerkers	Een gemotiveerde medewerker doet zijn best om het werk goed te doen; van een niet-gemotiveerde medewerker moet men dit maar afwachten. De motivatie van medewerkers is voor de cliënten duidelijk merkbaar en heeft direct gevolgen voor het kwaliteitsgevoel dat de cliënt heeft bij de organisatie. Hiertoe behoren:					
	Bevorderen motivatie medewerkers					
	Activiteiten ten behoeve van medewerkers					

	instelling ja/nee	Kwaliteits zorg		Kwaliteits kosten bekend ja/nee, zo ja hoe	Opbrengsten bekend ja/nee, zo ja hoe
		Reguliere zorg	Kwaliteits zorg		
Extra activiteit					



**BIJLAGE 3 Plan van aanpak observaties**





## Mondeling interview met de contactpersoon van de instelling

In dat interview worden vragen gesteld over kwaliteitsindicatoren die de onderzoeker zelf moeilijk kan achterhalen door middel van observaties. Het betreft een gestructureerd mondeling interview (benodigde tijd ½ uur)

### De interviewvragen:

#### *Zinnvolle bezigheden*

- 1) Hoeveel verschillende activiteiten worden er per week aangeboden aan de bewoner?
- 2) Hoe en door wie worden de activiteiten op de bewoners afgestemd?  
 per bewoner wordt bekeken door personeel wat voor soort activiteit geschikt wordt bevonden: altijd / soms / nooit;  
 er vindt overleg plaats met de bewoner: altijd / soms / nooit;  
 activiteiten worden niet per bewoner, maar op de groep afgestemd: altijd / soms / nooit.

#### *Eigen leven leiden*

- 3) Is het bezoek voor bewoners de hele dag door welkom?

#### *Persoonlijke aandacht*

- 4)a) Wordt er gewerkt met een bel-hulpverzoek systeem?
  - b) Zo ja, hoe werkt het bel-hulpverzoek systeem?  
 door middel van een zorgtelefoon;  
 wanneer de pieper bij de verzorgende af gaat, moet de verzorgende naar de bewoner toe gaan om te kunnen constateren wat de zorgvraag is;  
 anders, nl.....
- 5) Binnen welke tijdsmarge moet de verzorgende geconstateerd hebben wat de zorgvraag is na het ontvangen van een bel-hulpverzoek?
- 6) Wie houdt er toezicht op dat alle wijzigingen in de situatie van de cliënt tijdig in het zorgplan worden verwerkt?
- 7) Moeten de zorgplannen zo volledig zijn, zodat een inval- uitzendkracht aan de hand van het zorgplan de cliënt kan gaan verplegen?  
 ja, het zorgplan moet voldoende informatie bieden zodat iedere verzorgende aan de hand van het zorgplan de cliënt kan gaan verplegen/verzorgen;  
 nee, het zorgplan biedt onvoldoende informatie om aan de hand daarvan de cliënt te gaan verplegen/verzorgen; aanvullende informatie wordt mondeling door gegeven: ja/nee;  
 anders, nl.....
- 8) Hoe vaak wordt de inhoud van het zorgdossier geëvalueerd?
- 9) moet er elke dag een rapportage gemaakt worden over de cliënt?  
 nee, alleen bij bijzonderheden;  
 ja, als er geen bijzonderheden zijn moet er in ieder geval G.B. vermeld worden, zodat collega's weten dat men niet vergeten is om te rapporteren;  
 ja, er moet altijd gerapporteerd worden hoe het met de cliënt op de dag gegaan is en alleen G.B is onvoldoende.

#### *Toiletbezoek*

- 10) a) Zijn er toiletrondes voor bewoners die niet zelf de controle hebben over hun toiletgang?
  - b) Zo ja, op welke (vaste)tijden staan deze toiletrondes gepland?

### *Veiligheid*

- 11) Hoeveel personeelsleden moeten er minimaal aanwezig zijn in de huiskamer als daar bewoners aanwezig zijn?
- er hoeft niet altijd een personeelslid in de huiskamer en/of zusterpost aanwezig te zijn als daar bewoners zijn;
  - er hoeft niet perse iemand in de huiskamer aanwezig te zijn, mits er iemand in de zusterpost aanwezig is;
  - minimaal 1 personeelslid moet er altijd aanwezig zijn;
  - minimaal twee of meer personeelsleden moeten er altijd aanwezig zijn in de huiskamer.

### *Wonen*

- 12)a) Hoeveel bewoners en bedden telt de instelling op **dit** moment?  
b) Is er sprake van volledige bezetting van de capaciteit van de instelling?
- 13) Heeft een nieuwe bewoner inbreng in het soort kamer dat hij/zij krijgt toegedeeld?
- 14) Hoe is de verdeling van de kamers onder de bewoners?
- Hoeveel bewoners slapen alleen op een kamer?.....
  - Hoeveel bewoners slapen met twee personen op een kamer?.....
  - Hoeveel bewoners slapen met drie personen op een kamer?.....
  - Hoeveel bewoners slapen met vier of meer personen op een kamer?.....

### *Eten en drinken*

- 15) wat zijn de afspraken omtrent de tijden waarop de maaltijden genuttigd worden?
- 16) Wat zijn de afspraken omtrent de uiterlijke verzorging van de bewoners na de maaltijd?
- 17) Kunnen de bewoners per dag een keuze maken uit twee of meer maaltijden?
- 18) Hoe wordt de menulijst ingevuld voor bewoners die dat zelf niet kunnen?

### *Personeel*

- 19)a) Hoeveel personeelsleden telt de instelling op **dit** moment?  
b) Is er sprake van volledige personeelsbezetting?
- 20) Wat is er bekend over de tevredenheid van het personeel?
- 21)a) Wat is er bekend over de meldingen van incidenten door personeel?  
b) Indien bekend, wat is het aantal meldingen van incidenten?  
c) Hoe liggen de verhoudingen tussen de gemelde incidenten (prik-, val-incidenten, insulinefouten)?
- 22) Hoeveel vrijwilligers zijn er werkzaam binnen de instelling op **dit** moment?
- 23) Wat is er bekend over de klachten van de bewoners?

## Beoordelingsformulier: voor het zorgdossier<sup>3</sup>

Dit formulier dient ingevuld te worden voor elk dossier, d.w.z. 8-15 formulieren per instelling. Dit is belangrijk, omdat per afdeling of verantwoordelijke de zorgdossiers op een verschillende manier ingevuld kunnen worden. Één antwoord moet omcirkeld worden, zo mogelijk een argumentatie daarvoor geven.

### 1) uitgebreidheid (aantal aandachtsgebieden):

zeer beperkt / beperkt / voldoende uitgebreid / uitgebreid / zeer uitgebreid

### 2) herhaling van punten:

zeer veel herhaling / veel herhaling / niet veel en niet weinig / weinig herhaling / geen herhaling

### 3) compleet:

ontbrekende informatie in zorgdossier: zeer veel / veel / niet veel en niet weinig / weinig / zeer weinig

### 4) zorgplan is gericht op een methodische manier van handelen:

a. de aandacht is vooral gericht op het oplossen van problemen op het moment dat deze zicht voordoen:

helemaal mee eens / mee eens / niet eens en niet oneens / niet mee eens / helemaal niet mee eens

b. de aandacht is gericht op preventie van problemen of verdere achteruitgang:

helemaal mee eens / mee eens / niet eens en niet oneens / niet mee eens / helemaal niet mee eens

### 5) lettergrootte:

zeer goed te lezen / goed te lezen / niet goed en niet slecht te lezen / slecht te lezen / niet te lezen

### 6) leesbaarheid:

zeer goed te lezen / goed te lezen / niet goed en niet slecht te lezen / slecht te lezen / niet te lezen

### 7) overzichtelijk indeling van informatie in zorgdossier:

zeer overzichtelijk / overzichtelijk / niet on- en niet overzichtelijk / onoverzichtelijk / zeer onoverzichtelijk

### 8) duidelijk en begrijpelijk:

zeer duidelijk / duidelijk / niet duidelijk en niet onduidelijk / onduidelijk / zeer onduidelijk

### 9) benodigde tijd om juiste informatie te achterhalen:

kost zeer veel tijd / kost veel tijd / kost niet erg veel tijd / kost weinig tijd / kost zeer weinig tijd

### 10) kwaliteit van de verpleegdoelen

zeer goed / goed / niet goed en niet slecht / slecht / zeer slecht

---

<sup>3</sup> Nivel, Toepasbaarheid van het RAI voor verzorgingshuizen, september 1999, blz. 39

## Overzichtsformulier: nakomen van afspraken

### datum registratie:


In iedere instelling worden afspraken gemaakt. Dit kunnen algemene afspraken zijn opgeschreven in de vorm van procedures, maar ook persoonlijke afspraken met de cliënt. De behoeftegebieden, inhoud en manier van registratie zullen per instelling verschillen. Allereerst is het nodig om te bepalen op welke gebieden er in de instellingen überhaupt afspraken gemaakt worden. Hiervoor zullen de behoefte-gebieden als meetlat dienen. Ook indien het niet na te gaan is in de praktijk, is het toch belangrijk om te weten op hoeveel gebieden er afspraken gemaakt worden, want dit zegt iets over de cliënt-gerichtheid. Vervolgens wordt waar dit mogelijk is, nagegaan hoe vaak afspraken niet nagekomen worden.

Dit formulier dient ingevuld te worden op basis van andere formulieren: het geeft een overzicht van diverse observaties gedurende drie dagen.

Behoeftengebieden	aantal en aard van de gemaakte afspraken	aantal niet** nagekomen afspraken	aantal klachten vanwege niet nakomen afspr.
<b>Zinvolle bezigheden</b>			
aanbieden van activiteiten	<i>niet / pro.: ..... / indiv.:</i>		
<b>Eigen leven leiden</b>			
bezoekersregeling	<i>niet / pro.: ..... / indiv.:</i>		
<b>Medische zorg</b>			
t.a.v. medicijngebruik	<i>niet / pro.: ..... / indiv.:</i>		
<b>verzorgd lich. en uiterlijk</b>			
Was-/douchegelegenheden	<i>niet / pro.: ..... / indiv.:</i>		
uiterlijke verzorging	<i>niet / pro.: ..... / indiv.:</i>		
<b>Persoonlijke aandacht</b>			
<i>reactie behulpverzoeken</i>	<i>niet / pro.: ..... / indiv.:</i>		
<i>evaluatie van zorgdossiers</i>	<i>niet / pro.: ..... / indiv.:</i>		
<b>Toiletbezoek</b>			
toilettrondes	<i>niet / pro.: ..... / indiv.:</i>		
<b>Veiligheid</b>			
toezicht in woonk./zusterp.	<i>niet / pro.: ..... / indiv.:</i>		
informatie naar de bew.	<i>niet / pro.: ..... / indiv.:</i>		
opl./ bijsch. en inzet pers.	<i>niet / pro.: ..... / indiv.:</i>		
<b>Wonen</b>			
keuze slaapkamer	<i>niet / pro.: ..... / indiv.:</i>		
keuze tafelenoten	<i>niet / pro.: ..... / indiv.:</i>		
inrichting kamer	<i>niet / pro.: ..... / indiv.:</i>		
<b>Eten en drinken</b>			
<i>tijdstip maaltijden</i>	<i>niet / pro.: ..... / indiv.:</i>		
<i>tijdsbestek maaltijden</i>	<i>niet / pro.: ..... / indiv.:</i>		
<b>TOTAAL</b>	<b>PRO:                    IND:</b>		

\* niet = geen afspraak gemaakt op dit gebied, pro = afspraak vlg. procedure/protocol, indiv.= persoonlijke afspraak

\*\* niet nagekomen: aantal cliënten en/of hun zorgdossiers of aantal observaties waaruit dit blijkt (op totaal aantal observaties)

 = nakomen van afspraken wordt niet nagegaan

## Registratieformulier: indruk van bewoners en personeel

datum:

naam onderzoeker:

### Omgang van het personeel met de bewoners:

**Personeel is normaliter vriendelijk tegen bewoners:**

altijd / bijna altijd / soms wel soms niet / meestal niet / nooit

**Personeel neemt voldoende tijd voor de bewoners:**

altijd / bijna altijd / soms wel soms niet / meestal niet / nooit

**Personeel behandelt de bewoners respectvol:**

altijd / bijna altijd / soms wel soms niet / meestal niet / nooit

**Personeel draagt zorg voor de privacy van de bewoner:**

altijd / bijna altijd / soms wel soms niet / meestal niet

**Is er voldoende personeel aanwezig?:**

altijd / bijna altijd / soms wel soms niet / meestal niet/ nooit

### De indruk die de bewoners bij de observator wekken:

**Zijn er veel onrustige bewoners?:**

zeer veel / veel / weinig / geen

**Maken de bewoners een tevreden indruk?:**

iedereen / de meeste wel / sommige wel sommige niet / de meeste niet

### Indruk van de observator tijdens het nuttigen van het ontbijt:

**Sfeer:**

ontspannen / af en toe onrustig / veelvuldig onrustig

**Reactie van personeel op bewoners die riepen of gilden:**

negeerden bewoners / af en toe interactie / veelvuldig interactie

**Hielp personeel bewoners met eten en drinken?:**

bijna nooit / af en toe / veelvuldig

### Indruk van de observator tijdens het nuttigen van de lunch:

**Sfeer:**

ontspannen / af en toe onrustig / onrustig

**Reactie van personeel op bewoners die riepen of gilden:**

negeerden bewoners / af en toe interactie / veelvuldig interactie

**Hielp personeel bewoners met eten en drinken?:**

bijna nooit / af en toe / veelvuldig

## Registratieformulier: oordeel van cliënt

### datum registratie:

Dit formulier wordt ingevuld op basis van gegevens in het verslag van het onderzoek naar cliënt-tevredenheid dat het afgelopen jaar in de instelling is gehouden.

### Vragen:

1. Wanneer is het cliënt-tevredenheidsonderzoek gehouden?
2. - Wat was de onderzoeksmethode (interviews, groepsgesprekken etc.)?  
- Wat is te zeggen over de gebruikte schalen (betrouwbaar, nauwkeurig..)?
3. Wie heeft het onderzoek uitgevoerd (stagiair, kwaliteitsfunctionaris etc.)?
4. Wat is er gebeurd met de resultaten van het tevredenheidsonderzoek?
5. Zijn er duidelijke veranderingen t.o.v. eerder onderzoek? (indien resultaten daarvan aanwezig zijn)

Als meetlat worden de behoeftegebieden uit het onderzoek van de NVBV gebruikt. Deze worden naast de vragenlijst gelegd en daarbij wordt gekeken of de behoeftegebieden er in terug komen. Indien dit het geval is worden per gebied de resultaten bekeken. Vervolgens wordt nagegaan of er actie ondernomen is en daadwerkelijke verbeteringen zijn aangebracht.

	In onderzoek	resultaten	verbeteringen
Zinnvolle bezigheden	n / b / w *	z.sl. / sl. / m. / g. / z.g. **	niet / mee bezig / wel
Eigen leven leiden	n / b / w	z.sl. / sl. / m. / g. / z.g.	niet / mee bezig / wel
Medische zorg	n / b / w	z.sl. / sl. / m. / g. / z.g.	niet / mee bezig / wel
verzorgd lich. en uiterlijk	n / b / w	z.sl. / sl. / m. / g. / z.g.	niet / mee bezig / wel
Persoonlijke aandacht	n / b / w	z.sl. / sl. / m. / g. / z.g.	niet / mee bezig / wel
Toiletbezoek	n / b / w	z.sl. / sl. / m. / g. / z.g.	niet / mee bezig / wel
Veiligheid	n / b / w	z.sl. / sl. / m. / g. / z.g.	niet / mee bezig / wel
Wonen	n / b / w	z.sl. / sl. / m. / g. / z.g.	niet / mee bezig / wel
Eten en drinken	n / b / w	z.sl. / sl. / m. / g. / z.g.	niet / mee bezig / wel
Bejegening	n / b / w	z.sl. / sl. / m. / g. / z.g.	niet / mee bezig / wel
Zich 'thuis voelen'	n / b / w	z.sl. / sl. / m. / g. / z.g.	niet / mee bezig / wel
TOTAAL	n / b / w	z.sl. / sl. / m. / g. / z.g.	niet / mee bezig / wel

\* verklaring: n = niet  
b = beetje  
w = wel

\*\* z.sl. = zeer slecht  
sl. = slecht  
m. = matig

g. = goed  
z.g. = zeer goed

## BIJLAGE 4 Kostenberekening van decubitusbehandeling

Geschatte kosten van decubitusbehandeling bij een decubituswond stadium III

kostensoorten*	toelichting op de kostenberekening	kosten per dag
personele kosten**	gemiddeld loon verplegenden en verzorgenden in verpleeghuizen + werkgeverslasten = fl. 36,- per uur <sup>1</sup> / 4= fl.8,- per kwartier	omgerekend naar gemiddelde kosten per dag is: fl. 2,66
materiële kosten	latex handschoenen fl.0,10 per stuk	fl. 0,20
verbandkosten (uitgaande van de goedkoopste en meest efficiënte behandelmethode)	fl. 2,40 per dag	fl. 2,40
gemiddelde kosten per dag	personele kosten fl. 2,66 + materiele kosten fl. 2,60	fl. 5,25

\* complexe wondbehandeling en maatregelen die ook bij decubituspreventie worden toegepast zijn bij deze kostenberekening niet meegenomen. Het betreft alleen de extra kosten die uitgegeven worden aan de genezing van decubitus, omdat het om herstelkosten gaat.

\*\* alleen personele kosten van verzorgenden en verpleegkundigen zijn in de berekening meegenomen.

Toelichting op de tabel:

Decubitus: elke degeneratieve verandering die veroorzaakt wordt onder invloed van de op de weefsels inwerkende comprimerende krachten schuifkrachten;

Extra kosten voor de instelling die gepaard gaan met decubitusbehandeling: deze bestaan uit materiaalkosten welke onderverdeeld kunnen worden in verbandmateriaal, pleisters en latexhandschoenen;

personele kosten: hiervoor is het gemiddelde brutosalaris verzorgende/verpleegkundige (schaal 35-40)<sup>2</sup> verpleeghuis gehanteerd met opslagfactor 1,5 (werkgeverslasten)

materiele kosten: hiervoor zijn de kosten van verbandmateriaal berekend. Als uitgangspunt is verbandmateriaal genomen dat het meest efficiënt wordt bevonden bij decubitusbehandeling, het betreft veelal materiaal dat gemiddeld voor 3 dagen op de wond aangebracht wordt.<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Severens JL, Kosten van decubitus in Nederland, Universiteit Nijmegen,1999

<sup>2</sup>Arcares

<sup>3</sup>Convatec, rapport wondbehandeling en producten





## BIJLAGE 5      Overzicht van de kosten van psychofarmaca

De gemiddelde kostprijs per farmacotherapeutisch groep per maand; voor de kosten is uit gegaan van de standaard dosis van het geneesmiddel (DDD=Defined Daily Dose)

psychofarmaca	gemiddelde kosten per maand*	range waarbinnen de prijzen liggen
Antidepressiva	fl. 41,62	fl. 16,08 - fl. 85,94
Antipsychotica	fl. 57,30	fl. 6,75 - fl. 299,41
Anxiolytica	fl. 49,52	fl. 1,88 - fl.102,16
Hypnotica	fl.12,-	fl. 4,40 - fl.12,06

Bron: farmacotherapeutisch Kompas, 2000

\* de kosten per ampul zijn niet meegenomen in de berekening

