

# Kosten en effecten van kwaliteitszorg

Samenvatting van een verkennend onderzoek  
naar kosten en effecten  
van kwaliteitssystemen in de ouderenzorg



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

ARCARES  
VT  
nivel

Opdrachtgevers: Arcares en Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT)  
Financier: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

ISBN 90 - 6905 - 509 - 0

Bron:

C.Wagner en M.van Oort. Kosten en effecten van kwaliteitssystemen in de ouderenzorg: een exploratieve studie. Utrecht, Nivel, 2000.

Nivel - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon 030 27 29 700

Fax 030 27 29 729 - e-mail: [c.wagner@nivel.nl](mailto:c.wagner@nivel.nl) [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

## **Voorwoord**

Deze samenvatting beschrijft welke soort gegevens gebruikt kunnen worden om in een instelling voor ouderenzorg kosten en effecten van kwaliteitszorg inzichtelijk te maken. De gegevens zijn ontleend aan een onderzoek naar soorten kosten en effecten van kwaliteitssystemen in de ouderenzorg in opdracht van ARCARES en de LVT. Het onderzoek is uitgevoerd door het Nivel, en gefinancierd door het Ministerie van VWS.

Deze brochure is bestemd voor thuiszorginstellingen, verzorgingshuizen en verpleeghuizen, ongeacht welk kwaliteitsmodel of kwaliteitssysteem de instelling gebruikt.

Er wordt in deze brochure nadrukkelijk vanuit gegaan dat elke instelling eigen afwegingen maakt. Ook wordt er vanuit gegaan dat een instelling eigen keuzes maakt omtrent datgene wat zij als extra kosten voor het kwaliteitssysteem beschouwt.

Deze samenvatting bevat geen boekhoudkundige modellen maar geeft wel voorbeelden van soorten kosten en soorten effecten die kunnen worden onderscheiden.

Inherent aan het onderwerp wordt kwaliteit in deze brochure vrij zakelijk benaderd. Met nadruk wijzen wij er daarom op dat kwaliteit veel meer omvat dan louter een optelsom van kosten en effecten. De cultuur in de instelling, de mentaliteit van de medewerkers en de toewijding aan cliënten vormen een wezenlijke uitdrukking van kwaliteit. Wij hopen dat de lezer dat bij het lezen van deze brochure voor ogen kan houden.

Utrecht, 23 januari 2001

Cordula Wagner, Maureen van Oort, Emmy Sluijs



# ***Inhoud***

<b><i>Voorwoord</i></b>	1
<b><i>Inleiding</i></b>	5
1. Kwaliteitssystemen in de ouderenzorg	7
2. Een afweging van kosten en effecten	8
<b><i>Kosten van kwaliteitszorg</i></b>	10
3. Reguliere kosten en kwaliteitskosten	10
4. Preventiekosten, beoordelingskosten en herstelkosten	13
5. Incidentele kosten en structurele kosten	16
<b><i>Effecten van kwaliteitszorg</i></b>	21
6. Verwachte en bereikte effecten	21
7. Effecten op het niveau van de organisatie, het proces en de cliënt	24
8. Indicatoren om effecten in kaart te brengen	27
<b><i>Tips</i></b>	29

Bijlagen



## Inleiding

In zorginstellingen zijn de medewerkers elke dag bezig de kwaliteit van zorg te bewaken en te verbeteren om de best mogelijke zorg aan cliënten te bieden. Daartoe zijn er steeds meer verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen die actief bezig zijn een kwaliteitssysteem in te voeren. Via een kwaliteitssysteem wordt professionele kwaliteit gewaarborgd, worden zorgprocessen inzichtelijk gemaakt en wordt getracht zo goed mogelijk tegemoet te komen aan de wensen van de cliënt.

Aandacht voor optimale zorg moet uiteraard ook passen in het budget en financieel verantwoord zijn.

Deze brochure is bedoeld om een handreiking te bieden bij het inzichtelijk maken van enerzijds de *effecten* van kwaliteitszorg en anderzijds de *kosten* voor het ontwikkelen, invoeren en onderhouden van een kwaliteitssysteem. Met de informatie uit deze brochure kunnen instellingen zelf proberen inzicht te verkrijgen in de kosten van onderdelen van zo'n systeem om na te gaan of die opwegen tegen de effecten ervan.

De bevindingen en aanbevelingen in deze brochure zijn gebaseerd op een verkennend onderzoek dat het Nivel (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) gehouden heeft onder 11 Nederlandse instellingen in drie sectoren van de (ouderen)zorg: verzorgingshuizen, verpleeghuizen en instellingen voor thuiszorg. Daaruit blijkt dat nog weinig afwegingen tussen kosten en effecten van kwaliteitszorg worden gemaakt. Daarom is deze brochure uitgebracht.





# **1. Kwaliteitssystemen in de ouderenzorg**

## ***Wat is een kwaliteitssysteem?***

Een kwaliteitssysteem is het geheel aan bedrijfskundige en inhoudelijke regels en procedures dat een instelling hanteert om de kwaliteit te bewaken, fouten te voorkomen en te streven naar continue verbetering van de kwaliteit. Sinds ongeveer tien jaar werken zorginstellingen aan het ontwikkelen en implementeren van kwaliteitssystemen, met als doel de zorgverlening transparanter te maken en de doeltreffendheid en cliëntgerichtheid van de zorg te verbeteren. Van kwaliteitssystemen wordt ook verwacht dat deze bijdragen aan goed georganiseerde zorgprocessen, waardoor de instelling doelmatiger kan werken. Harde cijfers over de bijdrage die het kwaliteitssysteem hieraan levert zijn nog niet bekend.

## ***Waarom een kwaliteitssysteem?***

Sinds 1996 zijn zorginstellingen wettelijk verplicht de kwaliteit systematisch te bewaken en zo nodig te verbeteren met behulp van een kwaliteitssysteem.

Elke sector beschikt inmiddels over een model-kwaliteitssysteem. Voorbeelden zijn het MIK-V-model voor verpleeghuizen, HKZ-schema's voor thuiszorginstellingen en verzorgingshuizen of het INK-model. Deze modellen bieden de instellingen houvast bij het ontwikkelen van een eigen kwaliteitssysteem.

## ***Kwaliteitssystemen zijn nog niet af***

De ontwikkeling van kwaliteitssystemen is nog lang niet voltooid. Eind 1999 had pas 5% van de Nederlandse zorginstellingen een integraal kwaliteitssysteem ingevoerd. De overigen waren nog bezig met de opbouw van het systeem. Dit bleek uit het landelijke Nivel-onderzoek dat gepresenteerd is op de vierde Leidschendamconferentie in mei 2000. Er is dan ook afgesproken dat de implementatie van kwaliteitssystemen hoge prioriteit heeft in de komende vijf jaar.

## ***2. Een afweging van kosten en effecten***

### ***Waarom een afweging van kosten en effecten van kwaliteitszorg?***

De vraag naar zorg voor ouderen neemt toe, terwijl er tegelijkertijd schaarste van aanbod is. Dit plaatst zorginstellingen voor de opgave meer te doen met dezelfde middelen. Bovendien is in de meerjarenafspraken Verpleging & Verzorging vastgelegd dat de menskracht en middelen voor kwaliteit binnen het budget beschikbaar dienen te zijn. Kwaliteitsbeleid moet een vanzelfsprekend onderdeel van het zorgproces zijn en is dat ook vaak al.

De schaarste aan middelen dwingt wel tot het maken van weloverwogen keuzes omtrent de inzet van beperkte middelen.

### ***Hoe te kiezen uit de vele kwaliteitsactiviteiten?***

De model-kwaliteitssystemen in de ouderenzorg zijn omvangrijk en omvatten 60 tot 70 activiteiten ter bewaking en verbetering van de kwaliteit. Daarom gaan instellingen stapsgewijs te werk bij het invoeren van een kwaliteitssysteem. Telkens worden één of meerdere onderdelen aan het kwaliteitssysteem toegevoegd.

Dit betekent dat voortdurend keuzes moeten worden gemaakt. Een afweging van kosten en effecten kan daarbij nuttig zijn.

### ***Duurder leidt niet altijd tot beter***

Hoge investeringen leiden lang niet altijd automatisch tot hoge rendementen. Uit het Nivel-onderzoek bleek dat de investeringen voor kwaliteitszorg per instelling voor ouderenzorg uiteenliepen van 0,1% tot zelfs ruim 3% van het totale instellingsbudget. De effecten waren echter bij een hogere investering lang niet altijd navenant hoger.

Daarom is de aanbeveling dat instellingen zoeken naar kwaliteitsactiviteiten met de hoogste kwaliteitswinst tegen de minste kosten.

## ***Eigen keuzes***

Elke instelling maakt eigen keuzes bij het werken aan kwaliteitszorg, zo blijkt uit het onderzoek. Elke instelling werkt aan kwaliteit op een manier die bij het karakter van die instelling past. Er zijn instellingen die vinden dat een integraal kwaliteitsbeleid vanzelfsprekend voortvloeit uit hun zorgvisie; er zijn ook instellingen die kwaliteitszorg beschouwen als een extra activiteit. Deze brochure geeft daarom ook geen pasklare recepten voor kwaliteitszorg, maar wil een handreiking doen aan instellingen om hun eigen keuzes te maken.

## ***Kosten van kwaliteitszorg***

De kosten van kwaliteitszorg kunnen op verschillende manieren worden ingedeeld. Er kan onderscheid worden gemaakt in eenmalige kosten voor de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem en structurele kosten voor het onderhouden van het systeem.

Verskillende indelingen worden hierna in drie aparte hoofdstukken op een rij gezet.

### ***3. Reguliere kosten en kwaliteitskosten***

#### ***In hoofdzaak personele kosten***

Kosten in de ouderenzorg zijn in hoofdzaak personele kosten. Dat geldt ook voor kosten die gemoeid zijn met kwaliteitszorg. De kosten worden dan ook doorgaans uitgedrukt in het aantal uren dat medewerkers voor kwaliteitsactiviteiten worden ingezet. Bijvoorbeeld: een instelling berekende dat het maken van een vragenlijst voor een waarderingsonderzoek onder cliënten 5 dagen van 8 uur in beslag nam en berekende dus 40 uur maal het salaris van de betreffende stafmedewerker.

Bij het maken van dergelijke berekeningen is het ter wille van de eenvoud aan te raden uit te gaan van gemiddelde salarisschalen.

Voorbeeld:

De kosten voor het opstellen van een procedure bestaan bijvoorbeeld uit de kosten van een werkgroep. Daarin hebben een stafmedewerker, een leidinggevende en een uitvoerende zitting. 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.

Ten slotte evalueert een lid van het managementteam jaarlijks of de procedure goed functioneert. Hiervoor is circa 4 uur gepland.

## ***Reguliere kosten en kwaliteitskosten***

Als het om de kosten van kwaliteitssystemen gaat, wordt onderscheid gemaakt tussen reguliere kosten en kwaliteitskosten. Reguliere kosten zijn kosten die verbonden zijn aan de normale bedrijfsvoering in de instelling. Kwaliteitskosten zijn kosten die extra worden gemaakt voor het kwaliteitssysteem of voor onderdelen daarvan.

Waarom is dit onderscheid belangrijk? Door onderscheid te maken tussen reguliere kosten en kwaliteitskosten is het mogelijk om te bepalen wat het kost om de kwaliteit van de zorg systematisch te bewaken, te beheersen en te verbeteren.

## ***Voorbeelden van reguliere kosten***

Alle kwaliteitsactiviteiten die benoemd worden in de certificatieschema's van de stichting HKZ en het MIK-V-model zijn voorgelegd aan 11 instellingen in de ouderenzorg met de vraag wat zij als reguliere activiteiten en dus reguliere kosten beschouwen. De ruime meerderheid van deze activiteiten werd tot de reguliere zorg gerekend. Voorbeelden zijn:

Voorbeelden van reguliere activiteiten:

- algemeen beleidsplan
- expliciteren van de zorgvisie
- informatieverstrekking aan cliënten en externe partijen
- totaaloverzicht van producten en diensten
- systeem van zorgplannen
- medicijnbeheer en -distributie
- functiebeschrijvingen
- functionerings- en beoordelingsgesprekken
- cliëntenraad
- incidentenregistratie
- ondernemingsraad
- verslaglegging
- klachtenregistratie en behandeling

### ***Een dynamisch onderscheid***

Wat reguliere kosten zijn staat niet vast. Er treden voortdurend verschuivingen op in wat tot reguliere kosten of tot kwaliteitskosten wordt gerekend. Zodra extra activiteiten zijn ingebed in de organisatie, gaan deze tot de reguliere zorg behoren. Kwaliteitskosten kunnen op termijn dus ook als reguliere kosten worden opgevat. Elke instelling bepaalt zelf wat zij tot de reguliere kosten wil rekenen.

## **4. Preventiekosten, beoordelingskosten en herstelkosten**

Hieronder staan de activiteiten die de 11 instellingen rekenen tot extra kosten voor het kwaliteitssysteem. Het gaat daarbij veelal om nieuwe activiteiten, zoals verbeterprojecten of beheersmatige activiteiten zoals het maken van een kwaliteitshandboek.

In het bedrijfsleven wordt bij het berekenen van de kwaliteitskosten onderscheid gemaakt tussen *preventiekosten*, *beoordelingskosten*, en *herstelkosten*. In de zorg rekenen we ook de verbeterprojecten tot de preventiekosten.

### **Preventiekosten**

Preventiekosten zijn de kosten die worden gemaakt om kwaliteitsafwijkingen en fouten te voorkomen, bijvoorbeeld door kwaliteitssystemen op te zetten, scholing in kwaliteitszorg te geven, en een kwaliteitsfunctionaris aan te stellen.

Voorbeelden van preventiekosten:

- scholing van medewerkers en management in kwaliteitszorg
- introductieprogramma voor nieuwe medewerkers
- intercollegiale toetsing
- schriftelijke procedures en richtlijnen
- beheer van procedures en documenten
- beleidsdagen of kwaliteitsberaad
- kwaliteitsbeleid en kwaliteitsplan
- kwaliteitsfunctionaris of coördinator en stuurgroep
- communicatie over kwaliteitsbeleid, bijvoorbeeld via krant of bulletin
- kwaliteitsjaarverslag
- kwaliteitsgroepen of kwaliteitsteams

### **Kosten van verbeterprojecten**

Veel instellingen voeren verbeterprojecten uit met het doel de kwaliteit van zorg te verbeteren. De personele kosten van een gemiddeld verbeterproject bedragen volgens de instellingen in het onderzoek circa f 5.000,=.

De kosten van verbeterprojecten kunnen enorm variëren naar gelang de aard van het project. In het Nivel-onderzoek werd een bedrag genoemd van f 600,= om een bestaande procedure aan te passen. En een andere instelling besteedde f 150.000,= aan een project om de informatievoorziening aan de bewoners te verbeteren.

Voorbeelden van verbeterprojecten

- project zorgplansystematiek
- project was verzorging
- project wachttijdbeheer
- project imago verbetering

### ***Beoordelingskosten***

Beoordelingskosten zijn kosten die worden gemaakt om te beoordelen of het kwaliteitssysteem goed functioneert, en welke bijstellingen nodig zijn. Dit kan gebeuren met interne audits, een externe beoordeling vanuit cliëntenperspectief of een waarderingsonderzoek onder de medewerkers.

Voorbeelden van beoordelingskosten:

- waarderingsonderzoek cliënten
- waarderingsonderzoek medewerkers
- interne audit
- visitatie en certificatie

### ***Herstelkosten***

Herstelkosten zijn kosten die gemaakt worden om kwaliteitsafwijkingen en fouten te herstellen. Herstelkosten zijn verspillingen, het zijn kosten die ontstaan doordat de geplande kwaliteit van producten of diensten niet wordt gerealiseerd. Herstelkosten zijn soms tamelijk ongrijpbaar zoals extra op en neer lopen van personeel, dubbel werk, onduidelijk geschreven bestellingen enzovoorts. In het onderzoek zijn als voorbeelden van posten voor herstelkosten opgevoerd: verspilling van materiaal, kosten door verzuim en ziekte van personeel, onderzoek naar oorzaken van fouten en overbodige handelingen door inefficiëntie.



Voorbeelden van herstelkosten

- claims en schadevergoedingen
- klachtenafhandelingen
- complicaties en de behandeling of verzorging daarvan
- verlenging van behandel- of ligduur
- verspilling van materiaal
- dubbel werk of inefficiënt werk

### ***Stijging van preventiekosten, daling van herstelkosten***

In kostentheorieën wordt er van uitgegaan dat er een relatie bestaat tussen de omvang van de preventiekosten in een kwaliteitssysteem en de herstelkosten voor onvoldoende kwaliteit. Naarmate de preventie- en beoordelingskosten toenemen, zullen de herstelkosten afnemen. Het dalen van de herstelkosten is dan een resultaat van een goed functionerend kwaliteitssysteem.

Let wel, in het begin zal de post herstelkosten in omvang toenemen naarmate men er beter in slaagt de omvang van de herstelkosten in kaart te brengen.

In het Nivel-onderzoek onder de 11 instellingen werd eveneens aangenomen dat de herstelkosten zullen dalen als de preventiekosten stijgen. Uit het onderzoek blijkt dat instellingen nog weinig zicht hebben op hun herstelkosten, waardoor geen conclusies konden worden getrokken.

Als voorbeeld beschrijft Bijlage 1 een manier om preventiekosten en herstelkosten bij decubitus in kaart te brengen.

## 5. Incidentele kosten en structurele kosten

Kosten kunnen incidenteel zijn of bij herhaling voorkomen en dus structureel op de begroting drukken.

Bij *incidentele kosten* gaat het om investeringskosten bij het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem. Incidentele kosten zijn kosten die eenmalig gemaakt moeten worden.

*Structurele kosten* worden vooral gemaakt om het kwaliteitssysteem in stand te houden en te beheersen en om de kwaliteit van zorg te monitoren. Structurele kosten komen elk jaar terug. Bij het berekenen van de kosten is het daarom zinvol rekening te houden met de fase van ontwikkeling waarin het kwaliteitssysteem zich bevindt.

### **Ontwikkeling, implementatie en onderhoud van het kwaliteitssysteem**

Globaal wordt onderscheid gemaakt in de fase van ontwikkeling, de fase van implementatie en de fase van onderhoud van het kwaliteitssysteem.

Elke fase brengt andersoortige kosten met zich mee.

Instellingen die net zijn begonnen met een kwaliteitssysteem zullen vooral eenmalige investeringskosten hebben om hun kwaliteitsactiviteiten te ontwikkelen en te implementeren, terwijl instellingen met een functionerend kwaliteitssysteem vooral structurele kosten hebben voor het onderhouden en verbeteren van de kwaliteit. Door steeds te kijken hoeveel personeelsleden hoeveel uren met een activiteit bezig zijn, kunnen de kosten in elke fase in kaart worden gebracht.

Ter illustratie een voorbeeld uit het onderzoek onder de 11 instellingen.

### **Ontwikkelkosten**

Activiteit:	opstellen van een procedure
Personeel:	leidinggevende + stafmedewerker + vervanging
Tijd:	4 x 2 uur = 8 uur + vervanging (incidentele kosten)

## **Implementatie**

Activiteit:	introduceren nieuwe procedure
Personeel:	10 medewerkers per afdeling
Tijd:	4 afdelingen x 1 uur x 10 = 40 uur (incidentele kosten)

## **Onderhoud**

Activiteit:	toetsen en evalueren bestaande procedures
Personeel:	lid management team
Tijd:	20 uur (structurele kosten)

## **Een glijdende schaal**

Het is niet altijd gemakkelijk om de grens tussen incidentele en structurele kosten scherp te trekken. De kosten van verbeterprojecten kunnen investeringskosten (dus incidentele kosten) zijn om een gerichte kwaliteitsverbetering te bereiken.

Tegelijkertijd wordt van instellingen verwacht dat ze bezig blijven de zorg te verbeteren en te vernieuwen. Dergelijke vernieuwingen kunnen dus ook tot structurele kosten worden gerekend.

Ter illustratie laten we zien welke kwaliteitskosten drie instellingen berekenden voor respectievelijk het ontwikkelen, implementeren en onderhoud van het kwaliteitssysteem. Vanzelfsprekend zijn de berekende kosten afhankelijk van de omvang van de instelling. Een norm is daar echter niet voor te geven.

## **Ontwikkelkosten in een verpleeghuis**

Een van de onderzochte verpleeghuizen berekende de hierna volgende preventiekosten. Het verpleeghuis was bezig met de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem.

Preventie-activiteiten	kosten per activiteit
intercollegiale toetsing	f 2.000,=
schriftelijke procedures	f 3.000,=
kwaliteitsbeleid	f 3.000,=
kwaliteitsplan	f 3.000,=
beheer kwaliteitssysteem	f 8.000,=
kwaliteitfunctionaris	f 16.000,=
kwaliteitsjaarverslag	f 3.000,=
kwaliteitshandboek	f 11.000,=
communicatie kwaliteit	f 2.000,=
Totaal	f 51.000,= (is 0,6% van het instellingsbudget)

### ***Implementatiekosten in een verzorgingshuis***

Een van de onderzochte verzorgingshuizen, bezig met de implementatie van een kwaliteitssysteem, berekende de hierna volgende kosten.

Preventie-activiteiten	kosten per activiteit
scholing in kwaliteitszorg	f 13.000,=
schriftelijke procedures	f 27.000,=
kwaliteitsplan	f 2.000,=
beheer kwaliteitssysteem	f 4.000,=
kwaliteitfunctionaris	f 13.000,=
kwaliteitshandboek	f 1.000,=
communicatie kwaliteit	f 11.000,=
Totaal	f 71.000,= (is 3,2% van het instellingsbudget)

### ***Onderhoud van het systeem in een thuiszorginstelling***

Een van de onderzochte thuiszorginstellingen berekende de hierna volgende preventiekosten en beoordelingskosten. De thuiszorginstelling had een kwaliteitssysteem ingevoerd en had voornamelijk structurele kosten voor het onderhouden van het kwaliteitssysteem.

kosten per activiteit

### **Preventie**

scholing in kwaliteitszorg	f 9.000,=
introductieprogramma kwaliteit	f 71.000,= (eenmalige kosten)
intercollegiale toetsing	f 7.000,=
schriftelijke procedures	f 47.000,=
opzet/beheer kwaliteitssysteem	f 23.000,=
kwaliteitfunctionaris	f 21.000,=
kwaliteitsjaarverslag	f 1.000,=
kwaliteitshandboek	f 17.000,=

### **Beoordeling**

interne audits	f 14.000,=
certificering	f 28.000,=

*Totaal* f 238.000,= (is 0,6% van het instellingsbudget)

### ***Ontwikkelen en invoeren is duurder dan onderhouden***

In het algemeen lijkt op grond van het onderzoek dat het ontwikkelen en invoeren van een kwaliteitssysteem meer kosten met zich meebrengt dan het onderhouden ervan. Tijdens de ontwikkelfase worden nieuwe regels en procedures opgesteld of nieuwe deelsystemen ontworpen. Tijdens de fase van het implementeren moet een draagvlak worden gecreëerd en worden de medewerkers voorgelicht en geïnstrueerd. Dit vraagt vaak meer tijd dan het onderhouden van het systeem. Dit is echter geen wet van meden en perzen, zoals de hiervoor beschreven voorbeelden laten zien. Overigens blijkt uit onderzoek dat instellingen met een compleet kwaliteitssysteem het systeem gaan vereenvoudigen. Zij gaan overbodige regels en procedures, die geen bijdrage leveren aan de kwaliteit, afschaffen.

### ***Aanbeveling***

Om overbodige bureaucratie te voorkomen is het aan te bevelen om het aantal regels en procedures zo beperkt mogelijk te houden. Elke procedure kost geld. In het onderzoek wordt aanbevolen kritisch te bezien of procedures - die niet bijdragen aan de kwaliteit - overbodig zijn geworden en afgeschaft kunnen worden.

Ook de beoordelingskosten zijn een nieuwe kostenpost voor instellingen. Beoordelingen zijn noodzakelijk om de effectiviteit van het kwaliteitssysteem kritisch te evalueren en bij te stellen. Uit kosten oogpunt is in het onderzoek aanbevolen het aantal beoordelingen zo mogelijk te beperken en deze goed op elkaar af te stemmen.

## ***Effecten van kwaliteitszorg***

Tegenover de kosten van kwaliteitszorg staan de effecten ervan op de kwaliteit van zorg, waar het uiteindelijk om gaat. In de ouderenzorg zijn sommige effecten in geld uit te drukken maar de meeste niet, zoals de kwaliteit van leven van de cliënt.

Wat verwachten managers in de zorg van kwaliteitssystemen en wat bereiken ze? Daarover gaat hoofdstuk 6. Effecten van kwaliteitszorg zijn op drie niveaus te zien, namelijk op organisatieniveau, op procesniveau en op cliëntniveau. Deze driedeling komt aan de orde in hoofdstuk 7. Ten slotte is het belangrijk om te proberen effecten te meten via indicatoren. Dat komt aan de orde in hoofdstuk 8.

## ***6. Verwachte en bereikte effecten***

### ***Materiële en immateriële effecten***

Niet alle effecten van kwaliteitszorg in de ouderenzorg zijn te kwantificeren of in geld uit te drukken. Er zijn zowel materiële als immateriële effecten. De kwaliteit van zorg voor de cliënt staat altijd voorop. Veel van die kwaliteit is te controleren en te meten. Er reteren echter altijd oncontroleerbare en onmeetbare facetten in deze zorg; dat spreekt eigenlijk voor zich, omdat het gaat om werk waarin mensen (zowel zorgmedewerkers als cliënten) en hun beleving centraal staan. Het is dus niet altijd te zeggen of een goed functionerend kwaliteitssysteem zichzelf terugverdient. Tot nu toe hebben alleen sommige verbeterprojecten in ziekenhuizen aantoonbaar kostenbesparingen opgeleverd. Het kan zelfs zo zijn dat de zorg duurder wordt, omdat meer aandacht voor kwaliteit meer kosten met zich meebrengt. Toch kan het ook dan nog zinvol zijn om kwaliteitssystemen te hebben: kwaliteitssystemen kunnen zich ook op een andere manier 'terugverdienen', doordat de transparantie in het zorgsysteem en het vertrouwen van de burger in de gezondheidszorg toeneemt.

### ***Mogelijke effecten van kwaliteitssystemen***

Wat zijn de mogelijke, beoogde effecten van kwaliteitssystemen? Deze effecten kunnen worden afgeleid van de doelstellingen van instellingen in de ouderenzorg. Mogelijke effecten van kwaliteitssystemen zijn bijvoorbeeld: efficiëntere zorgprocessen, minder ziekteverzuim van de medewerkers, betere klinische uitkomsten voor de cliënt, minder complicaties, of een betere kwaliteit van leven.

### ***Verwachte effecten***

Uit het Nivel-onderzoek blijkt dat zowel instellingsmanagers als uitvoerenden verwachten dat kwaliteitszorg grote effecten zal hebben. Zo verwachten managers dat de tevredenheid van cliënten en personeel toeneemt en dat de instelling zich verder zal profileren. Relatief weinig managers verwachten een kostenbesparing op de langere termijn.

Verpleegkundigen en verzorgenden in instellingen verwachten dat kwaliteitszorg zorg-op-maat voor de cliënt bevordert, de afstemming met collega's en andere disciplines verbetert, en meer mogelijkheden biedt voor de eigen ontwikkeling.

### ***Bereikte effecten***

Veel instellingen vinden dat het invoeren van kwaliteitssystemen leidt tot meer transparantie en duidelijkheid over procedures en verantwoordelijkheden.

Uit onderzoek blijkt dat instellingen die vergevorderd zijn met de invoering van een integraal kwaliteitssysteem veel positieve effecten rapporteren op diverse gebieden. Als belangrijkste effect melden zij verbeteringen in de zorgprocessen en ook in de uitkomsten van de zorg voor de cliënt. Maar ook op andere gebieden treden effecten op zoals het hiernavolgende staatje laat zien.



Percentage instellingen dat onderstaande effecten rapporteert als gevolg van het kwaliteitssysteem

*Kwaliteit van zorg*

Verbeteringen in de zorgprocessen	61%
Verbeteringen in de uitkomst van de zorg	51%

*Cliënten*

Toename van de klantgerichtheid	51%
Toename van tevredenheid van gebruikers	46%

*Medewerkers*

Toename tevredenheid van de medewerkers	36%
Toename van de inzet van de medewerkers	33%

*Organisatie*

Betere beheersbaarheid v d. instelling	50%
Betere profilering van de instelling	60%
Toename van tevredenheid van externe partijen	47%

*Rendement*

Toename van de productiviteit	35%
Kostenbesparing in de eigen instelling	22%
Kostenbesparing, maar niet in de eigen instelling	18%

Twee opmerkingen zijn van belang. Ten eerste worden deze effecten alleen gemeld door instellingen die een integraal kwaliteitssysteem hebben ingevoerd. Instellingen die nog niet zover zijn hebben aanzienlijk minder effecten gemeld.

Ten tweede blijkt dat - naast de positieve effecten - ook ongewenste neveneffecten optreden, zoals een verhoging van de werkdruk, een stijging van de kosten en een toename van het aantal regels in de instelling.

## **7. Effecten op het niveau van de organisatie, het proces en de cliënt**

Naast de hierboven beschreven indeling in effecten, bestaan er ook andere gangbare indelingen. Dat is de indeling in effecten op het niveau van de organisatie, op het niveau van het proces en op het niveau van de cliënt. Hierna volgt een toelichting op deze indeling, toegespitst op de ouderenzorg.

### ***Effecten op organisatieniveau***

De verzuimfrequentie en het verloop van het personeel zijn voorbeelden van effecten op organisatieniveau. Als deze teruglopen, is dit een positief effect van kwaliteitszorg.

Het gemiddelde aantal meldingen over incidenten met patiëntenzorg (MIP-meldingen) kan eveneens een graadmeter zijn voor de effecten van kwaliteitszorg op organisatieniveau.

### ***Effecten op procesniveau***

De zorgprocessen in een instelling kunnen goed gevolgd worden in de zorgplannen. Die zorgplannen zijn op concrete punten te toetsen: is de informatie actueel? Zijn ze overzichtelijk ingedeeld? Zijn de zorgdoelen en zorgproblemen er duidelijk in vermeld? Is in het zorgplan vastgelegd dat evaluatie van de zorg met de cliënt heeft plaatsgevonden en dat die evaluatie heeft geleid tot eventuele aanpassing van de zorgverlening of de zorgdoelen?

### ***Effecten op cliëntniveau***

De effecten van kwaliteitszorg in de ouderenzorg op het niveau van de cliënt kunnen worden afgelezen aan enkele veel voorkomende problemen in de ouderenzorg. In het Nivel-onderzoek is daarvoor gekeken naar de prevalentie van decubitus, psychofarmacagebruik, incontinentie en probleemgedrag. Door bij te houden in welke mate de cliënten last hebben van deze problemen in de verschillende fasen van het invoeren van kwaliteitszorg, zijn de effecten vast te stellen.

Van groot belang is natuurlijk het oordeel van cliënten zelf over de zorg. Voor thuiszorginstellingen, verzorgingshuizen en verpleeghuizen is een vragenlijst ontwikkeld waarin oordelen over een aantal aspecten van de zorg worden gemeten. In alle thuiszorginstellingen is inmiddels de waardering door cliënten gemeten. Ter illustratie vermelden we de gegevens van een thuiszorginstelling (de instelling is bezig met de implementatie van het kwaliteitssysteem).

Percentage cliënten dat positief oordeelt over de volgende aspecten

*Nakomen van afspraken:*

- cliënt ontvangt toegewezen zorg	96%
- cliënt ontvangt toegewezen hoeveelheid zorg	87%
- cliënt ontvangt toegewezen zorg in vakantieperiodes	68%
- cliënt ontvangt direct meer zorg indien nodig	78%

*Bejegening:*

- medewerkers spelen goed in op cliënt	94%
- medewerkers nemen cliënt serieus	99%
- cliënt voelt zich op z'n gemak in contacten	99%
- medewerkers vragen niet ongewenst naar privé-zaken	99%

*Inspraak cliënt:*

- cliënt kan meebeslissen over de zorg	79%
- instelling neemt cliënt serieus	96%
- cliënt niet bang voor uiten ontevredenheid	78%
- cliënt kan nieuwe zorgverlener krijgen indien gewenst	92%

*Deskundigheid medewerkers:*

- medewerkers werken netjes	97%
- medewerkers werken hygiënisch	97%
- medewerkers gaan zorgvuldig om met spullen cliënt	98%
- tempo van werken is goed	89%

*Informereren cliënt:*

- instelling informeert cliënt goed over het aanbod	82%
- instelling laat op verzoek zorgdossier zien	77%
- instelling informeert tijdig bij veranderingen in de soort hulp	85%
- instelling informeert tijdig bij verandering in hoeveelheid hulp	84%

In zijn algemeenheid blijkt dat de cliënten redelijk tot zeer tevreden zijn over bijna alle aspecten van de zorg. Uit het onderzoek bleek dan ook dat de tevredenheid van cliënten niet op alle gebieden hoger was in thuiszorginstelling met een volledig draaiend kwaliteitssysteem. Dit komt mede omdat tevredenheidsoordelen niet voldoende discrimineren (hoger dan 99% tevredenheid kan bijna niet).

Daarom is het aan te bevelen om - naast de cliëntenoordelen - ook andere indicatoren te meten die iets over de kwaliteit kunnen zeggen. Daarover gaat het laatste hoofdstuk.

## **8. Indicatoren om effecten in kaart te brengen**

Een indicator is een meetbare grootte, dus een waarde of een getal. Dat getal - bijvoorbeeld het aantal ingevulde zorgplannen - is een maat of een indicatie voor de kwaliteit van het zorgproces. Met het meten van dergelijke indicatoren kunnen verbeteringen in kaart worden gebracht en kan bijvoorbeeld worden onderzocht of het kwaliteitssysteem inderdaad tot de beoogde kwaliteitsverbeteringen leidt.

Op de landelijke kwaliteitsconferentie in 2000 in Leidschendam is afgesproken dat de komende jaren indicatoren ontwikkeld dienen te worden, omdat op dit moment nog weinig betrouwbare indicatoren in de zorg voorhanden zijn. Dat geldt ook voor de ouderenzorg. Dat neemt niet weg dat de instelling intussen zelf het beste kan bepalen welke uitkomstmaten men wil gebruiken om de kwaliteit te meten.

### ***Indicatoren voor verantwoorde zorg***

In het onderzoek zijn voorbeelden gegeven van indicatoren voor verantwoorde zorg die mogelijk in de ouderenzorg gebruikt kunnen worden. Hierna volgt een lijstje, waarbij we onderscheid maken tussen voorbeelden uit verpleeg- en verzorgingshuizen en voorbeelden uit thuiszorginstellingen.

Voorbeelden van indicatoren m.b.t. effectiviteit, doelmatigheid en cliëntgerichtheid

verpleeg-/verzorgingshuizen

thuiszorginstellingen

### **Effectiviteit**

- |                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| - aantal cliënten met probleemgedrag | - aantal ongevallen/incidenten                       |
| - aantal nagekomen afspraken         | - aantal nagekomen afspraken                         |
| - prevalentie decubitus              | - aantal geïndiceerde cliënten dat thuis kan blijven |
| - prevalentie psychofarmacagebruik   |  |
| - aantal ongevallen, incidenten      |  |

### **Doelmatigheid**

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| - aantal ad hoc werkzaamheden                            | - aantal keren dubbel voorrijden    |
| - verhouding directe/indirecte zorg                      | - verhouding directe/indirecte zorg |
| - correcte administratie cliënt                          | - verhouding wachtlijst/productie   |
| - aantal uitzendkrachten                                 | - kengetallen bedrijfsvoering       |
| - aantal cliënten op wachtlijst in relatie tot productie | - interne bureaucratie              |
|  | - aantal planningsfouten            |

### **Cliëntgerichtheid**

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| - aantal medewerkers per cliënt     | - aantal medewerkers per cliënt                       |
| - privacy, aantal 1-pers. kamers    | - voldoen aan individuele behoeftes                   |
| - voldoen aan individuele behoeftes | - % cliënten waarbij geïndiceerde zorg wordt geleverd |
| - wachttijd op medewerker           |   |

Bij verantwoorde zorg gaat het erom of de zorgverlening door de instelling effectief, doelmatig en cliëntgericht gebeurt. De zorgverlening is *effectief* als bijvoorbeeld de prevalentie van decubitus en incontinentie afneemt. Of de zorgverlening effectief is kan ook worden afgemeten aan het percentage gemaakte afspraken met cliënten, dat wordt nagekomen.

De zorgverlening is bijvoorbeeld *doelmatig* als er een goede verhouding bestaat tussen de directe cliëntgebonden tijd en de tijd besteed aan overige werkzaamheden.

De zorgverlening is *cliëntgericht* als er voldoende medewerkers zijn per cliënt en als de cliënt bijvoorbeeld over voldoende privacy beschikt. Zie daarnaast ook de op pagina 23 genoemde aspecten.

## TIPS

Hoewel deze brochure slechts een eerste aanzet is om kosten en effecten van kwaliteitszorg in kaart te brengen willen wij op basis van het onderzoek afsluiten met een samenvatting van enkele aanbevelingen en tips.

1. Kies kwaliteitsactiviteiten met de grootste kwaliteitswinst tegen de minste kosten.
2. Maak onderscheid tussen reguliere activiteiten en activiteiten voor het ontwikkelen, implementeren en onderhouden van het kwaliteitssysteem (bijvoorbeeld m.b.v. MIK-V of HKZ-schema's).
3. Bepaal of het om incidentele of structurele activiteiten gaat.
4. Stel vast wat u met een kwaliteitsactiviteit wilt bereiken en hoe u kunt meten of dat doel wordt bereikt. Dan is gerichte evaluatie mogelijk.
5. Probeer zicht te krijgen op herstelkosten.
6. Hou de analyses beperkt tot de directe kosten.
7. Probeer het aantal procedures te beperken; elke procedure kost geld.
8. Ga regelmatig na of er geen overbodige procedures zijn die kunnen worden afgeschaft.
9. Beoordeel regelmatig of het kwaliteitssysteem of de onderdelen daarvan effectief zijn of bijgesteld moeten worden.
10. Tot slot, bedenk dat niet alle effecten van een kwaliteitssysteem in meetbare getallen zijn uit te drukken.  
Het gaat uiteindelijk om de kwaliteit van leven van de cliënt.





## BIJLAGE 1

### ***Voorbeeld: Kosten van decubitusbehandeling***

Decubitus komt in de verzorgingshuissector gemiddeld minder voor dan in de verpleeghuissector. Het is belangrijk om decubitus waar mogelijk te voorkomen. Ten eerste is decubitus voor de cliënt vervelend en ten tweede brengt de behandeling veel kosten met zich mee. Doordat 4 van de 7 verpleeg- en verzorgingshuizen uit het Nivel-onderzoek geen inzicht hadden in de decubitusprevalentie van het voorgaande jaar, konden zij ook geen inzicht hebben in de kosten voor de genezing van decubitus, die onder herstelkosten gerekend kunnen worden.

Met een registratie van de kosten voor decubitusbehandeling over enkele jaren kunnen instellingen de kosten van extra preventie-activiteiten afzetten tegen de kosten van behandeling. In theorie zou een instelling er dan voor kunnen kiezen om niet meer extra te investeren in decubituspreventie omdat de kosten van behandeling niet meer wezenlijk kunnen worden vermindert. In de praktijk kan daarentegen wel voor preventie-activiteiten worden gekozen vanwege de verwachte winst voor het welbevinden van cliënten.

Bij decubitus kunnen vier stadia worden gedefinieerd, waarbij stadium 1 het minst ernstig is en stadium 4 de ernstigste vorm van decubitus is. Op basis van de landelijke prevalentiecijfers van de verschillende decubitusstadia worden de kosten voor behandeling in verpleeghuizen geschat tussen de 414 miljoen en 1,3 miljard. Decubitus is zeker niet in alle gevallen te voorkomen, maar de aandoening komt ondanks het bestaan van richtlijnen vaker voor dan noodzakelijk.

Risico-inventarisatie en preventiemaatregelen zouden de situaties waarin decubitus onnodig ontstaat moeten voorkomen. Zo stelt een verpleeghuis in fase 1 bij iedere cliënt die een vergroot risico op decubitus loopt een wisselingschema op, waarop de verzorgende kan zien wanneer de cliënt op de andere zij gedraaid moet worden. De verzorgende moet die handeling paraferen, waardoor zichtbaar wordt dat zij zich aan het schema houdt.

De kostenberekening van de behandeling van decubitus in elk van de genoemde stadia kan een optelsom zijn van de personele kosten (voor verzorging en verpleging) en materiële kosten die gemaakt worden voor de genezing van decubitus. Inzet van personeel en materieel dat niet dagelijks plaatsvindt, wordt omgerekend naar de gemiddelde geschatte kosten per dag.

## BIJLAGE 2

### **Voorbeeld**    ***Kostenstadia bij de invoering van een kwaliteitssysteem***

Stel dat een instelling voor ouderenzorg een kwaliteitsdeelsysteem ontwikkelt om het psychofarmacagebruik onder haar cliënten terug te dringen.

Dan brengt dat *incidentele ontwikkelkosten* met zich mee, want er moet een procedure worden opgesteld. Dat gebeurt door een leidinggevende samen met een stafmedewerker te laten overleggen.

Dit overleg, inclusief de weerslag ervan op papier, neemt 4 uren x 2 werknemers = 8 uren in beslag.

Vervolgens komt de instelling voor *incidentele implementatiekosten* te staan. De opgestelde procedure moet geïntroduceerd worden bij de medewerkers. Dit gebeurt op 4 afdelingen voor telkens 10 medewerkers. Het neemt een uur in beslag. Deze introductie kost de instelling

1 uur x 4 afdelingen x 10 medewerkers = 40 uren.

Ten slotte maakt de instelling *structurele kosten* om de procedure te toetsen en te evalueren. Dat gebeurt halfjaarlijks door een lid van het managementteam en neemt per half jaar 20 uren in beslag.



