

# **KWALITEITSACTIVITEITEN IN DE SECTOR VERPLEGING EN VERZORGING IN AMSTERDAM EN UTRECHT**

Interim-rapport ten behoeve van:  
Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek  
Kwaliteit van Zorg Onderzoek

augustus 1998

W.M.C.M. Caris-Verhallen  
M.W. Laurant  
A.J.E. de Veer  
A. Kerkstra

NIVEL - Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg  
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 2729700, Fax: 030 2729729



## INHOUDSOPGAVE

|       |   |    |
|-------|---|----|
| 1     | INLEIDING   | 5  |
| 1.1   | Ketenkwaliteit  | 6  |
| 1.2   | Doel van het onderzoek  | 7  |
| 2     | METHODE   | 9  |
| 2.1   | Meetinstrumenten  | 12 |
| 2.2   | Onderzoekspopulatie en respons  | 13 |
| 2.3   | Dataverwerking en analyse   | 14 |
| 3     | RESULTATEN  | 15 |
| 3.1   | Kwaliteitssystemen of deelsystemen in instellingen                    | 15 |
| 3.1.1 | Transparantie   | 17 |
| 3.1.2 | Cliëntenparticipatie  | 19 |
| 3.1.3 | Externe oriëntatie en ketenkwaliteit                                  | 21 |
| 3.2   | Kwaliteitsactiviteiten in de samenwerking tussen instellingen         | 21 |
| 3.2.1 | Activiteiten in de samenwerking gericht op transparantie              | 21 |
| 3.2.2 | Activiteiten in de samenwerking gericht op participatie van de cliënt | 23 |
| 3.2.3 | Activiteiten in de samenwerking gericht op ketenkwaliteit             | 24 |
| 4     | BESCHOUWING   | 27 |
|       | LITERATUUR  | 29 |
|       | BIJLAGEN  |    |
|       | Bijlage 1 Overzicht van deelnemers aan interview                      | 31 |



# KWALITEITSACTIVITEITEN IN DE SECTOR VERPLEGING EN VERZORGING IN AMSTERDAM EN UTRECHT

## 1 INLEIDING

Sinds het begin van de jaren '90 zijn veel instellingen voor gezondheidszorg gestart met activiteiten op het gebied van kwaliteit, kwaliteitsborging en kwaliteitsverbetering (Grol e.a., 1994). Daarmee werd invulling gegeven aan de landelijke afspraken op dit gebied die waren gemaakt op de Leidschendam conferenties van 1989 en 1990 (Frissen, 1990), waar onder andere werd bepaald dat de zorgaanbieders de door hen geleverde zorg inzichtelijk en toetsbaar zouden maken door het ontwikkelen van kwaliteitssystemen. Een kwaliteitssysteem is een samenhangend geheel van instrumenten, procedures en maatregelen met behulp waarvan kwaliteit van zorg kan worden genormeerd, getoetst en verbeterd (Place, 1996).

In 1995 werd ten behoeve van een derde kwaliteitsconferentie geëvalueerd hoe ver de zorgaanbiedende organisaties gevorderd waren met de implementatie van kwaliteitssystemen. Hoewel nog slechts 13% van de zorginstellingen over een kwaliteitssysteem beschikte, bleek toch 59% projectsgewijs bezig te zijn met kwaliteitsbewaking en bevordering. Slechts een minderheid (26%) bevond zich nog in een voorwaarden-scheppende fase (Wagner e.a. 1995).

Deze cijfers lieten een positieve ontwikkeling zien in het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen. Bovendien zou de invoering van kwaliteitssystemen vastgelegd worden in de kwaliteitswet zorginstellingen (Ministerie van VWS, 1996), die ten tijde van de kwaliteitsconferentie op stapel stond. Toch realiseerde men zich ook dat een aantal doelstellingen van Leidschendam 1990 niet waren gehaald. Zo vond men dat ondanks het feit dat het emancipatieproces van de cliënt/consument voortschrijdt, de positie van de cliënt in het kwaliteitsbeleid nog te weinig aandacht krijgt (NRV, 1995). Men oordeelde de helderheid van het zorgaanbod voor cliënten nog onvoldoende. Ook bleef de transparantie van de kwaliteit van het zorgaanbod op de agenda staan voor Leidschendam 2000. Immers, als voor de consument en de zorgverzekeraar duidelijk is welke zorg instellingen bieden en hoe men kwaliteit realiseert dan kunnen deze partijen een keuze maken voor een bepaalde zorgaanbieder.

Voorts realiseerde men zich bij de derde Leidschendamconferentie dat kwaliteit niet eindigt bij de grenzen van een instelling, maar tevens bepaald wordt door de mate van continuïteit die de cliënt ervaart, wanneer hij/zij met meerdere instellingen te maken heeft. De ontwikkeling van 'keten-kwaliteit' lijkt dan ook een logische stap in het kwaliteitsbeleid (Spreeuwenberg, 1995). Met ketenkwaliteit wordt bedoeld het aanbren-gen van samenhang in het kwaliteitsbeleid van de verschillende gezondheidszorginstellingen (NRV, 1995). De aandacht voor dit betrekkelijk nieuwe begrip op de agenda voor Leidschendam 2000 lijkt dan ook van groot belang. Immers straks is een scala van activiteiten ontwikkeld binnen eigen circuits (beroepen, instellingen en consumenten-

groeperingen) en ontbreekt het aan samenhang (LCKZ, 1997).

Passend in deze geschetste ontwikkeling, is in 1995 in Amsterdam het 'Referentiekader Verpleging en Verzorging' ontwikkeld (Commissie Referentiekader Verpleging en Verzorging, 1995). Zorgaanbieders, cliëntorganisaties, verzekeraar en gemeente hebben hierin een gezamenlijke visie gepresenteerd op een samenhangend kwaliteitsbeleid voor de verpleging en verzorging in de thuiszorg, verzorgings- en verpleeghuizen. Deze visie werd geformuleerd vanuit het cliëntenperspectief en richt zich op transparantie van het zorgaanbod. Daarnaast heeft dit kader niet alleen betrekking op kwaliteitsactiviteiten binnen de afzonderlijke instellingen, maar richt het zich nadrukkelijk ook op het aanbrengen van (meer) samenhang binnen de sector verpleging en verzorging, met andere woorden op het tot stand komen van ketenkwaliteit. Met het verschijnen van dit referentiekader ontstond de behoefte om na te gaan in welke mate kwaliteitsactiviteiten gericht op transparantie, cliëntenparticipatie en ketenkwaliteit al gestalte hebben kregen. Dit beschrijvende onderzoek zal een antwoord op deze vraag geven.

Nu zijn er, zowel landelijk als lokaal, veel ontwikkelingen gaande op het gebied van kwaliteitsverbetering in de zorg, die elk weer invloed hebben op de vormgeving en kwaliteit van de functie verpleging en verzorging. Daarom wordt de Amsterdamse situatie vergeleken met de ontwikkelingen en activiteiten in een andere grote stad, namelijk Utrecht.

## 1.1 Ketenkwaliteit

De ontwikkeling van kwaliteitssystemen verloopt volgens Hardjono en Hes (1993) in opeenvolgende fasen:

1. Productkwaliteit (controle van afzonderlijke produkten)
2. Proceskwaliteit (beheersing van processen)
3. Systeemkwaliteit (samenhang tussen processen)
4. Samenhang tussen processen buiten de instelling (ketenkwaliteit)

Fasen 1 t/m 3 betreffen de opbouw van kwaliteitssystemen binnen een instelling. Wanneer het kwaliteitssysteem eenmaal is opgebouwd wordt de zorg over kwaliteit uitgebreid naar omringende zorgaanbieders (Wagner e.a., 1995). In de gezondheidszorg is bijvoorbeeld voorstelbaar dat de kwaliteit van een thuiszorginstelling tevens wordt beïnvloed door de kwaliteit in een ziekenhuis, of in de organisatie die de indicatie stelt. Daarom zijn een samenhangend zorgaanbod, afstemming, samenwerking en coördinatie van de zorg belangrijke onderwerpen bij het tot stand brengen van ketenkwaliteit (NRV, 1995).

Andere voorwaarden zijn dat zorgaanbieders inzicht hebben in de kwaliteit van het zorgaanbod van de hen omringende zorgaanbieders. Dus het intern kwaliteitsbeleid van instellingen moet inzichtelijk en transparant zijn. Een kwaliteitsbeleid dient op schrift te staan en produkten en diensten moeten omschreven zijn en bij voorkeur geprotocolleerd. Daarnaast is de zorg die verleend wordt inzichtelijk en toetsbaar wanneer instellingen een registratiesysteem hanteren, waarmee naast informatie over het zorgproces, ook gegevens worden aangeleverd voor planning, beheer en toetsing met betrekking tot de geleverde kwaliteit (Wagner e.a. 1995).

Tot slot dienen instellingen een externe oriëntatie te ontwikkelen, gericht op samenwerking en afstemming met andere zorgaanbieders ter waarborging van de continuïteit en kwaliteit van zorgprocessen. Daarbij is het van belang dat gemeenschappelijke richtlijnen, standaarden en protocollen, ter bewaking van de continuïteit van zorg ontwikkeld worden (Frissen & Van der Lans, 1995). Bovendien dient men gericht te zijn op samenhang tussen activiteiten die de verschillende partijen op het terrein van kwaliteitsbeleid hebben genomen. De activiteiten gericht op keten-kwaliteit dienen zowel binnen de instellingen plaats te vinden als binnen samenwerkingsverbanden.

## **1.2 Doel van het onderzoek**

Het doel van dit onderzoek is na te gaan in hoeverre instellingen op het terrein van verpleging en verzorging in Amsterdam en Utrecht gevorderd zijn met de ontwikkeling van kwaliteitssystemen. Nagegaan wordt welke activiteiten men onderneemt binnen instellingen en in de samenwerking tussen instellingen om de kwaliteit te verbeteren. Dit leidt tot de volgende onderzoeksvragen:

1. Hoe ziet het (intern) kwaliteitsbeleid van instellingen eruit? In het bijzonder zal aandacht worden besteed aan transparantie, het versterken van de positie van de cliënt en de externe oriëntatie van een instelling.
2. In hoeverre ondernemen instellingen gezamenlijk kwaliteitsactiviteiten die noodzakelijk zijn om ketenkwaliteit te bereiken? Ook hier zal in het bijzonder aandacht besteed worden aan transparantie en de positie van de cliënt.





## 2 METHODE

Om de kwaliteitsactiviteiten goed in kaart te brengen zijn de gegevens op twee manieren verzameld. Inzicht in zowel stedelijke als regionale<sup>1</sup> samenwerking binnen de verpleging en verzorging werd verkregen door middel van interviews bij de betrokken partijen (zie kaders op pagina's 10 en 11), zoals stedelijke koepelorganisaties van de thuiszorg, verpleeghuizen en verzorgingshuizen, functionarissen van de indicatieorganen, cliëntorganisaties, zorgverzekeraars en de gemeentelijke overheid, in Amsterdam en Utrecht. Daarnaast is door middel van een schriftelijke vragenlijst bij alle zorginstellingen, zoals verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties, informatie verzameld over kwaliteitsactiviteiten binnen de verschillende instellingen. Dit had als doel informatie te verzamelen over het kwaliteitsbeleid, protocollering van producten en diensten, de cliëntenparticipatie en externe oriëntatie.

---

<sup>1</sup>De term regio kan aanleiding geven tot verwarring. De commissie Welschen gaat bij regio's uit van een gebied met 1,2 miljoen inwoners. Waar in dit artikel voor de stad Amsterdam de term zorgregio wordt gebruikt, worden zes deelgebieden bedoeld die Amsterdam momenteel kent en die gemiddeld variëren in grootte van 80.000 inwoners tot 215.000 inwoners. De commissie Welschen spreekt daar over wijken. Voor de stad Utrecht is in de betekenis van de commissie Welschen geen sprake van een regio, en wordt in dit artikel alleen uitgegaan van een stedelijk niveau.

## Kader 1: Overzicht van de organisatie van verpleging en verzorging in Amsterdam<sup>2</sup>

### **Geografie**

Amsterdam heeft een inwonertal van  $\pm$  750.000.

De stad Amsterdam is verdeeld in zes zorgregio's: Nieuw West, Centrum/Oud West, Oost, Zuidoost, Zuid en Noord.

### **Voorzieningen**

Op het gebied van de verpleging en verzorging zijn er naast 10 ziekenhuizen, 10 verpleeghuizen, 35 verzorgingshuizen en 8 huizen die gecombineerd verpleging en verzorging bieden. De extramurale zorg wordt geleverd door Thuiszorg Amsterdam, een instelling die per 1-1-97 is ontstaan uit een fusie tussen Stichting Amsterdams Kruiswerk (wijkverpleging) en Stichting Thuiszorg Amsterdam (gezinsverzorging). Binnen thuiszorg Amsterdam zijn drie thuiszorgbedrijven verantwoordelijk voor de levering van alle thuiszorgproducten in het werkgebied Amsterdam.

### **Samenwerkingsverbanden**

Elke zorgregio kent een Regionaal Samenwerkingsverband (RSV). Van oorsprong beperkte zo'n samenwerkingsverband zich tot verpleeg- en verzorgingshuizen in de regio, maar in de loop der jaren groeiden sommige uit tot meer integrale samenwerkingsrelaties, waarbij ook andere zorgaanbieders betrokken zijn. De samenstelling en activiteiten van RSV's en de wijze van samenwerking wisselt sterk per regio.

De SIGRA (Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg Regio Amsterdam) is een breed samenwerkingsverband waarin alle genoemde instellingen participeren.

### **Indicatiestelling**

De indicaties voor verpleging en verzorging in een verpleeg- of verzorgingshuis worden uitgevoerd door de Stichting Tot en Met, die is opgericht in het kader van een Algemene Maatregel van Bestuur. Tot en Met omvat zes regio-kantoren waar de indicatie adviseurs belast zijn met het opstellen van indicatieadviezen, een stedelijke indicatiecommissie die de indicaties beoordeelt en een stedelijk bureau dat gericht is op algemene beleidsvorming. Binnen de thuiszorg bestaan drie bureaus Verkoop en Indicatie, die zorg dragen voor indicaties voor thuiszorg.

### **Cliëntenorganisaties**

Er zijn verschillende cliëntenorganisaties in Amsterdam actief. Gezamenlijk zijn zij verenigd in het Amsterdams Patiënten/Consumenten Platform (APCP). Daarnaast behartigt het COSBO (Centraal Orgaan Samenwerkende Bonden voor Ouderen), waarin drie verschillende ouderenbonden zijn vertegenwoordigd, de belangen van vijftig-plussers.

### **Zorgverzekeraar**

ZAO is de zorgverzekeraar voor Amsterdam en Omstreken. Zij voert wettelijke taken uit in het kader van AWBZ en ziekenfondsverzekeringen en is verantwoordelijk voor de contractering van zorgaanbieders.

De afdeling Maatschappelijke GezondheidsZorg van de gemeente Amsterdam heeft naast een overheidsfunctie op het gebied van zorg, wonen en welzijn een taak als financier van Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG).

### **Ontwikkelingen**

De functies verpleging en verzorging in Amsterdam zijn volop in beweging. Naast de genoemde fusie tussen kruiswerk en gezinsverzorging vinden er fusies plaats tussen verpleeghuizen en verzorgingshuizen en wordt het aantal verpleeghuisbedden en verzorgingshuisplaatsen teruggebracht.

---

<sup>2</sup>Situatie september 1997

Kader 2 Overzicht van de organisatie van verpleging en verzorging in Utrecht<sup>3</sup>**Geografie**

Utrecht heeft ruim 235.000 inwoners en zal de komende jaren met de realisering van de nieuwe wijk Leidsche Rijn groeien tot ruim 270.000 inwoners (Mol, 1997). De stad is te verdelen in 4 stadsdelen en 8 wijken: West, Noordwest, Overvecht, Noordoost, Oost, Binnenstad, Zuid en Zuidwest.

**Voorzieningen**

Naast 4 ziekenhuizen zijn er 5 verpleeghuizen, 12 verzorgingshuizen, 1 instelling die gecombineerd verpleging en verzorging biedt en 2 voorzieningen voor verzorgd wonen.

De extramurale verpleging en verzorging wordt geboden door Thuiszorg Stad Utrecht. Deze organisatie kent drie deelorganisaties die voor een bepaald deel van de stad werken.

**Samenwerkingsverbanden**

De verpleeghuizen zijn verenigd in het Verenigd Overlegorgaan Verpleeghuizen Utrecht (VOVU). Dit is een collegiaal overlegorgaan tussen de directies van verpleeghuizen. Men richt zich op afstemming van zorg.

De verzorgingshuizen zijn verenigd in de Vereniging van Verzorgingshuizen in de stad Utrecht (VVU) die sinds januari 1997 deel uit maakt van de Verenigde Samenwerking Verzorgingshuizen stad en provincie Utrecht (VSVU).

**Indicatiestelling**

In Utrecht bestaan twee aparte commissies voor de indicatiestelling in de verpleging en verzorging. De indicatiecommissie voor verpleeg- en verzorgingshuizen maakt deel uit van de afdeling ouderen en gehandicapten van de gemeente Utrecht. Daarnaast functioneert een Stedelijk indicatiebureau voor de thuiszorg. Momenteel werkt men aan de totstandkoming van één onafhankelijk indicatieorgaan voor de functies verpleging en verzorging.

**Cliëntenorganisaties**

In Utrecht zijn twee cliëntenorganisaties actief. Het COSBO is een overkoepelend orgaan van drie ouderenbonden. Daarnaast kent Utrecht het Provinciaal Patiënten/Consumenten Platform (PP/CP Utrecht), waarin diverse cliëntenorganisaties verenigd zijn.

**Zorgverzekeraar**

De grootste zorgverzekeraar in de stad Utrecht is ANOVA, die ondermeer verantwoordelijk is voor contractering van zorgaanbieders, en als verbindingskantoor een functie heeft in de verdeling van budgetten.

De gemeente heeft naast een overheidsfunctie op het gebied van zorg, wonen en welzijn een taak als financier van Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG).

**Ontwikkelingen**

De voornaamste ontwikkelingen waar de stad Utrecht momenteel mee te maken heeft is de sanering van de intramurale zorgcapaciteit en diensgevolge een ontwikkeling van extramurale voorzieningen. Verder werkt men aan loket 2000, een systeem dat ontwikkeld wordt om aan de informatiebehoefte van cliënten betreffende het zorgaanbod te kunnen voldoen.

<sup>3</sup>Situatie september 1997

## 2.1 Meetinstrumenten

### *Schriftelijke enquête*

De schriftelijke enquête is gebaseerd op het instrument dat in het onderzoek van Wagner et al. (1995) is gehanteerd bij de inventarisatie van interne kwaliteitssystemen. Uit dat onderzoek bleek dat activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking en -bevordering in de gezondheidszorg onderverdeeld kunnen worden in vijf aandachtsgebieden. In navolging van deze bevindingen is de vragenlijst voor individuele instellingen opgebouwd rond vijf onderdelen: kwaliteitsbeleid, personeelsmanagement (en randvoorwaarden), werken volgens protocollen, kwaliteitsbewaking/-verbetering volgens een cyclisch proces en participatie van cliënten. Bij elk onderdeel wordt zowel gevraagd naar activiteiten waar instellingen doorgaans mee beginnen (zoals het gebruik van zorgplannen) als naar activiteiten die vaak in een later stadium plaatsvinden (zoals inter-institutionele toetsing).

Op een aantal onderdelen is de vragenlijst aangepast en uitgebreid om meer specifieke informatie te kunnen verkrijgen over de mate waarin men gericht was op samenwerking met andere zorgaanbieders, de verzekeraar, de gemeente en cliëntorganisaties. Op het gebied van het gebruik van protocollen zijn een aantal mogelijke protocollen gespecificeerd voor de voorlichting, inspraak en participatie van de cliënt.

Deze vragenlijst is ingevuld door een lid van de directie, door een lid van het management of door een kwaliteitsfunctionaris.

### *Interviews*

De interviews moeten zicht geven op de wijze waarop wordt samengewerkt en activiteiten die men onderneemt om ketenkwaliteit to stand te brengen. Tevens wordt aandacht besteed aan het beleid t.a.v. de positie van de cliënt, transparantie van het zorgaanbod en helderheid in het kwaliteitsbeleid. De interviews zijn semigestructureerd en gericht op (kwaliteits)activiteiten op stedelijk of regionaal niveau.

### Overzicht 1 Fasen van ontwikkeling (naar Wagner et al. 1995)

---

|         |  |
|---------|--|
| Fase 0: | Oriëntering en bewustwording<br>men is zich aan het oriënteren op mogelijkheden, inwinnen van informatie   |
| Fase 1: | Vorbereidende fase<br>men is zich aan het voorbereiden: randvoorwaarden scheppen, infrastructuur opzetten, commissies/werkgroepen, overlegsituaties, onderhandelingen, plannen maken, beleidsvorming |
| Fase 2: | Projectmatige uitvoering<br>men experimenteert, probeert dingen uit in een deel van de organisatie/regio/stad  |
| Fase 3: | Systematisering en verankering<br>definitieve vorm wordt in gehele organisatie/regio/stad ingevoerd, ingebed in bestaande structuren   |

---

Daarbij gaat de aandacht uit naar de wijze waarop samenwerking tussen de verschillende instellingen gestalte krijgt. Onderwerpen die aan de orde komen zijn:

- a. Inzicht in en toezicht op vraag en aanbod
- b. Aandeel in afstemming vraag en aanbod
- c. Betrokkenheid bij opzetten regionaal informatiesysteem voor gebruiker over aanbod voorzieningen

- d. Ontwikkeling van stedelijke en of regionale criteria en procedures m.b.t. indicatiestelling, inspraak cliënt, informatievoorziening cliënt, wachtlijst, zorgtoewijzing, overdracht, zorgcoördinatie, klachten, second opinion
- e. Kwaliteitsbewaking en -verbetering

Tijdens de interviews zijn deze thema's steeds volgens een bepaalde structuur aan de orde gesteld. Allereerst is nagegaan of er door de betreffende partij al activiteiten werden ontplooid betreffende dit onderwerp. Daarna is gevraagd in welke fase van ontwikkeling de activiteiten zich bevonden (zie overzicht 1). Bijvoorbeeld of men zich nog in een oriënterende fase of in een voorbereidende fase bevond, of er geëxperimenteerd werd met de activiteit of dat deze reeds in definitieve vorm was ingevoerd en verankerd in bestaande structuren. Tevens is per onderdeel geïnformeerd naar samenwerking met andere partijen.

## 2.2 Onderzoekspopulatie en respons

De vragenlijst is verzonden naar 59 zorgaanbiedende instellingen in Amsterdam en naar 21 zorgaanbiedende instellingen in Utrecht. Van de 59 organisaties in Amsterdam hebben er 49 gerespondeerd (83%). In Utrecht repondeerden 18 van de 23 organisaties. Vier vragenlijsten waren echter niet ingevuld en dit brengt de respons op 61%. De verschillende typen organisaties voor intramurale verpleging en verzorging en thuiszorg waren in beide steden naar evenredigheid vertegenwoordigd.

In Amsterdam zijn<sup>4</sup> op stedelijk niveau negen organisaties actief. Voorts bestaan op regionaal niveau Regionale SamenwerkingsVerbanden (RSV) en drie indicatiebureaus voor de thuiszorg. In Utrecht zijn er op het stedelijk niveau negen organisaties en samenwerkingsverbanden. Binnen de stad Utrecht kan niet gesproken worden van een regionaal niveau. Alle 27 organisaties hebben hun medewerking toegezegd. Er zijn 27 interviews met sleutelfiguren van de betreffende instellingen afgenomen (zie tabel 1).

---

<sup>4</sup>Situatie najaar 1997

Tabel 1 Overzicht van populatie voor interviews en aan schriftelijke enquêtes

| Amsterdam   | Utrecht  |
|---|--|
| <p><b>Interviews</b></p> <p><i>Stedelijk niveau</i></p> <p>SIGRA</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>sectie verpleeghuizen</li> <li>sectie verzorgingshuizen</li> <li>thuiszorg sectie wijkverpleging</li> <li>Thuiszorg sectie gezinsverzorging</li> </ul> <p>Stedelijk Indicatie-orgaan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Verpleeg- en verzorgingshuizen</li> </ul> <p>Gemeente afdeling MGZ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cliëntenorganisatie AP/CP</li> <li>Cliëntenorganisatie COSBO</li> <li>Zorgverzekeraar</li> </ul> <p><i>Regionaal niveau</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>6 regionale samenwerkingsverbanden</li> <li>3 regionale indicatiebureaus Thuiszorg</li> </ul> <p><b>Schriftelijke Enquêtes</b></p> <p><i>Instellingsniveau</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>10 verpleeghuizen</li> <li>35 verzorgingshuizen</li> <li>8 combinatie verpleeg/verzorgingshuis</li> <li>Bedrijven Thuiszorg</li> <li>3 voormalige Gezinsverzorging</li> <li>3 voormalig Kruiswerk</li> </ul> | <p><b>Interviews</b></p> <p><i>Stedelijk niveau</i></p> <p>Verenigd Overlegorgaan Verpleeghuizen Utrecht</p> <p>Vereniging samenwerkende Verzorgingshuizen stad en provincie</p> <p>Thuiszorg Stad Utrecht</p> <p>Stedelijk Indicatiebureau verpleeg- en verzorgingshuizen</p> <p>Stedelijk Indicatiebureau Thuiszorg</p> <p>Gemeente Utrecht afdeling MGZ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cliëntenorganisatie PP/CP</li> <li>Cliëntenorganisatie COSBO</li> <li>Zorgverzekeraar</li> </ul> <p><i>Regionaal niveau</i></p> <p><b>Schriftelijke Enquêtes</b></p> <p><i>Instellingsniveau</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>5 verpleeghuizen</li> <li>12 verzorgingshuizen</li> <li>1 combinatie verpleeg/verzorgingshuis</li> <li>2 woonzorgcomplexen</li> <li>3 divisiekantoren thuiszorg</li> </ul> |

## 2.3 Dataverwerking en analyse

### *Vragenlijsten*

Dit deel van onderzoek is een populatie-onderzoek, omdat alle instellingen van de doelgroep zijn ondervraagd. Vanwege het beschrijvende karakter is met name gebruik gemaakt van rechte tellingen en uitsplitsingen. In een enkel geval zijn vergelijkingen gemaakt tussen te onderscheiden subgroepen in de populatie.

### *Interviews*

Alle interviews zijn met behulp van een cassette-recorder opgenomen. Vervolgens is een verslag gemaakt dat ter autorisatie aan de geïnterviewden is voorgelegd. Vervolgens zijn de gegevens per onderwerp met een tekstverwerker gesorteerd. Dat leverde een overzicht op van de ervaringen met de betreffende gespreksonderwerpen, de werkwijze en de mening van de verschillende geïnterviewden betreffende het onderwerp.

### 3 RESULTATEN

#### 3.1 Kwaliteitssystemen of deelsystemen in instellingen

Een belangrijk onderdeel van het kwaliteitsbeleid van een instelling richt zich op het personeel. Deskundige zorgverleners zijn een belangrijke factor in een zorgverlening die doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht dient te zijn.

In ruim tweederde van de instellingen stimuleert men de medewerkers om zich vakinhoudelijk te ontwikkelen (tabel 2). Men ziet bovendien dat scholing en deskundigheidsbevordering een belangrijke rol speelt in het voeren van kwaliteitsbeleid. Tevens ziet men dat directie en management expliciete sturing geven aan het personeel door het bewaken van kwaliteitsplannen van afdelingen, en door het toetsen van en feedback geven aan medewerkers.

Tabel 2 Aantal instellingen in Amsterdam en Utrecht met maatregelen op het gebied van personeelsbeleid

| Maatregelen   | Amsterdam |    | Utrecht |    |
|---|-----------|----|---------|----|
|   | N= 49     |    | N=14    |    |
| <b>Voorzieningen ter stimulering van activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking/-verbetering</b> | N         | %  | N       | %  |
| medewerkers worden gestimuleerd zich vakinhoudelijk te ontwikkelen                                      | 32        | 65 | 12      | 86 |
| medewerkers kunnen in werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten                                     | 23        | 47 | 10      | 71 |
| aanstelling kwaliteitscoördinator/functionaris  | 17        | 35 | 11      | 79 |
| instelling stuurgroep kwaliteit   | 15        | 31 | 7       | 50 |
| instelling kwaliteitscommissie of werkgroepen   | 24        | 49 | 10      | 71 |
| apart gereserveerd budget voor kwaliteitszorg   | 6         | 12 | 3       | 21 |
| externe ondersteuning   | 11        | 22 | 6       | 43 |
| <b>Selectie en scholing van personeel</b>   |           |    |         |    |
| scholing, deskundigheidsbevordering leidinggevenden & management  | 34        | 69 | 5       | 36 |
| scholing, deskundigheidsbevordering medewerkers en professionals  | 36        | 74 | 13      | 93 |
| selectie nieuw personeel met positieve attitude t.o.v. van kwaliteitszorg                               | 30        | 61 | 5       | 36 |
| nieuwe medewerkers scholen in kwaliteitsbewaking/-verbetering   | 8         | 16 | 3       | 21 |
| deskundigheidsbevordering n.a.v. prioriteiten in kwaliteitsbeleid                                       | 23        | 47 | 10      | 71 |
| deelname aan kwaliteitsprojecten verplicht  | 12        | 25 | 3       | 21 |
| <b>Sturing van kwaliteitsbeleid</b>   |           |    |         |    |
| Verwachtingen aangeven aan personeel betreffende kwaliteitsbeleid                                       | 35        | 71 | 9       | 64 |
| Toetsen medewerkers betreffende afspraken inzake kwaliteitsbeleid                                       | 24        | 49 | 9       | 64 |
| Bewaken van afdelings-/voorzieningen werkplannen  | 23        | 47 | 9       | 64 |
| System feedback personeel mbt. bereikte resultaten in kwaliteitszorg                                    | 25        | 51 | 6       | 43 |
| Sancties bij niet nakomen van kwaliteitsbeleid  | 4         | 8  | 1       | 7  |
| Geven van incentives  | 1         | 2  | 0       | 0  |

Om de kwaliteit te bewaken hoeft niet altijd een volledig kwaliteitssysteem te zijn geïmplementeerd. Door middel van de vragenlijst is nagegaan welke activiteiten, die deel uit kunnen maken van een kwaliteitscyclus, worden toegepast in de organisaties. Deze zijn weergegeven in tabellen 3a en 3b. Daarbij wordt aandacht geschonken aan de fase van implementatie waarin het systeem zich bevindt. Er zijn daarbij verschillende fasen te onderscheiden.

- De instelling heeft het betreffende deelsysteem niet ontwikkeld (kolom nee).
- De activiteit bestaat in de instelling maar vindt niet plaats volgens een cyclisch

proces (kolom ja).

- Het deelsysteem kent een cyclisch verloop (bijvoorbeeld volgens de kwaliteitskringloop (normeren, meten evalueren, verbeteren), maar het is nog niet ingebed in het totale kwaliteitssysteem (kolom cyclisch)

Tabel 3a Aantal instellingen te Amsterdam waar activiteiten plaatsvinden om kwaliteit te beheersen, te bewaken of te verbeteren (N=49)

| Activiteiten                             | nee |    | ja |    | cyclisch |    | systematisch |    | missing |
|--|-----|----|----|----|----------|----|--------------|----|---------|
|  | n   | %  | n  | %  | n        | %  | n            | %  |         |
| <b>Op gebied van zorgverlening</b>       |     |    |    |    |          |    |              |    |         |
| gebruik zorg/begeleidingsplannen         | 6   | 13 | 18 | 38 | 12       | 25 | 12           | 25 | 1       |
| commissies zorg/dienstverlening          | 15  | 32 | 15 | 32 | 5        | 11 | 12           | 26 | 2       |
| intercolleg. toetsing, monodisciplinair  | 21  | 43 | 20 | 41 | 6        | 12 | 2            | 4  | 3       |
| intercolleg. toetsing, multidisciplinair | 26  | 55 | 18 | 38 | 1        | 2  | 2            | 4  | 2       |
| <b>In de organisatie</b>                 |     |    |    |    |          |    |              |    |         |
| functionerings/beoordelingsgesprekken    | 4   | 9  | 14 | 29 | 10       | 22 | 18           | 40 | 4       |
| interne audit                            | 30  | 65 | 12 | 26 | 3        | 7  | 1            | 2  | 3       |
| inter-institutionele toetsing            | 39  | 87 | 4  | 9  | 2        | 4  | -            | -  | 4       |
| management informatiesysteem             | 24  | 50 | 18 | 38 | 3        | 6  | 3            | 6  | 1       |
| <b>Clënten en gebruikers</b>             |     |    |    |    |          |    |              |    |         |
| tevredenheidsonderzoek gebruikers        | 16  | 33 | 23 | 48 | 2        | 4  | 7            | 15 | 1       |
| tevredenheidsonderzoek verwijzers        | 29  | 72 | 11 | 28 | -        | -  | -            | -  | 9       |
| tevredenheidsonderzoek medewerkers       | 19  | 40 | 24 | 50 | 3        | 6  | 2            | 4  | 1       |
| behoefteonderzoek gebruikers             | 27  | 55 | 22 | 45 | -        | -  | -            | -  | -       |
| behoefteonderzoek verwijzers             | 33  | 73 | 12 | 27 | -        | -  | -            | -  | 4       |
| klachtenregistratie/behandeling          | 7   | 15 | 22 | 46 | 6        | 13 | 13           | 27 | 1       |
| cliëntenraad                             | 6   | 13 | 18 | 38 | 8        | 17 | 15           | 32 | 2       |

Tabel 3b Aantal instellingen te Utrecht waar activiteiten plaatsvinden om kwaliteit te beheersen, te bewaken of te verbeteren (N=14)

| Activiteiten                             | nee |     | ja |    | cyclisch |    | systematisch |    | missing |
|--|-----|-----|----|----|----------|----|--------------|----|---------|
|  | n   | %   | n  | %  | n        | %  | n            | %  |         |
| <b>Op gebied van zorgverlening</b>       |     |     |    |    |          |    |              |    |         |
| gebruik zorg/begeleidingsplannen         | 1   | 8   | 6  | 46 | 2        | 15 | 4            | 31 | 1       |
| commissies zorg/dienstverlening          | 5   | 36  | 5  | 36 | 1        | 7  | 3            | 21 | -       |
| intercolleg. toetsing, monodisciplinair  | 7   | 50  | 5  | 36 | 1        | 7  | 1            | 7  | -       |
| intercolleg. toetsing, multidisciplinair | 9   | 64  | 5  | 36 | -        | -  | -            | -  | -       |
| <b>In de organisatie</b>                 |     |     |    |    |          |    |              |    |         |
| functionerings/beoordelingsgesprekken    | 3   | 25  | 2  | 17 | 3        | 25 | 4            | 33 | 2       |
| interne audit                            | 10  | 71  | 3  | 21 | -        | -  | 1            | 7  | -       |
| inter-institutionele toetsing            | 13  | 93  | -  | -  | 1        | 7  | -            | -  | -       |
| management informatiesysteem             | 7   | 50  | 6  | 43 | 1        | 7  | -            | -  | -       |
| <b>Clënten en gebruikers</b>             |     |     |    |    |          |    |              |    |         |
| tevredenheidsonderzoek gebruikers        | 6   | 46  | 2  | 15 | 1        | 8  | 4            | 31 | 1       |
| tevredenheidsonderzoek verwijzers        | 14  | 100 | -  | -  | -        | -  | -            | -  | -       |
| tevredenheidsonderzoek medewerkers       | 7   | 50  | 7  | 50 | -        | -  | -            | -  | -       |
| behoefteonderzoek gebruikers             | 6   | 55  | 3  | 27 | -        | -  | 2            | 18 | 3       |
| behoefteonderzoek verwijzers             | 11  | 79  | 1  | 7  | -        | -  | 2            | 14 | -       |
| klachtenregistratie/behandeling          | -   | -   | 8  | 57 | 3        | 21 | 3            | 21 | -       |
| cliëntenraad                             | 1   | 8   | 5  | 39 | 5        | 39 | 4            | 15 | 1       |



- De activiteiten om de kwaliteit te bewaken, beheersen of te verbeteren vinden systematisch plaats en zijn ingebed zijn in het totale kwaliteitssysteem van de instelling (kolom systematisch in tabellen 3a en 3b).

Uit de tabellen 3a en 3b blijkt dat met name de functioneringsgesprekken het meest ingeburgerd zijn. In Amsterdam zijn deze in 40% van de instellingen ingebed in het kwaliteitssysteem van de instelling. In Utrecht in iets minder van de gevallen. Inter-institutionele toetsing en tevredenheidsonderzoek onder verwijzers gebeurt vrijwel nergens.

De sectoren blijken onderling nogal van elkaar te verschillen in de uitvoering van tevredenheidsonderzoek bij gebruikers (niet gedifferentieerd in tabellen). Zo blijkt men in bijna alle thuiszorgorganisaties (88%) tevredenheidsonderzoek te verrichten onder gebruikers, tegenover 46% in de verzorgingshuizen en 75% in de verpleeghuizen.

### 3.1.1 Transparantie

Wil men ijveren voor ketenkwaliteit dan dient binnen een organisatie het kwaliteitsbeleid goed geformuleerd en inzichtelijk te zijn, zodat omringende zorgaanbieders inzicht hebben in de kwaliteit van het zorgaanbod. Uit de resultaten van het vragenlijstonderzoek blijkt de wijze waarop het kwaliteitsbeleid in instellingen is geformaliseerd (tabellen 4a en 4b). Dit gebeurt meestal doordat men een missie en het kwaliteitsbeleid op schrift zet of kwaliteitsjaarplannen opstelt. Ook zijn in de meeste instellingen in Amsterdam (94% en in Utrecht (86%) productomschrijvingen gemaakt of in ontwikkeling. In respectievelijk 13% en 7% van de organisaties in Amsterdam en Utrecht heeft men de eisen die aan de producten of diensten worden gesteld omsschreven in kwaliteitsprofielen.

In Amsterdam wordt door ongeveer 60% van de instellingen gewerkt aan een kwaliteitsjaarverslag waarin men verantwoording aflegt van het kwaliteitsbeleid dat men voert. In Utrecht hebben vrijwel alle instellingen een kwaliteitsjaarverslag.

Wanneer men de steden waar dit onderzoek heeft plaatsgevonden buiten beschouwing laat, zijn er weinig verschillen waar te nemen tussen de verschillende sectoren.

Het meest in het oog lopende verschil betreft het kwaliteitsjaarverslag. Bij slechts een enkele thuiszorgorganisatie werkt men aan de ontwikkeling ervan. In 60% van de verzorgingshuizen heeft men als een kwaliteitsjaarverslag of werkt aan de ontwikkeling ervan, terwijl bijna alle verpleeghuizen voldoen aan deze door de kwaliteitswet gestelde verplichting.

Tabel 4a Aantal instellingen te Amsterdam dat beschikt over formele documenten waarin het kwaliteitsbeleid is geëxpliciteerd (N= 49)

| Documenten m.b.t. kwaliteitsbeleid   | nee |    | i.o. |    | ja |    | missing |
|--------------------------------------|-----|----|------|----|----|----|---------|
|                                      | n   | %  | n    | %  | n  | %  | n       |
| missie op schrift                    | 2   | 4  | 8    | 17 | 38 | 78 | 1       |
| productomschrijvingen                | 3   | 6  | 23   | 48 | 22 | 46 | 1       |
| kwaliteitsprofielen                  | 18  | 38 | 24   | 50 | 6  | 13 | 1       |
| kwaliteitsbeleid op schrift          | 12  | 25 | 28   | 57 | 9  | 18 | -       |
| kwaliteitsplan voor de instelling    | 16  | 33 | 24   | 49 | 9  | 18 | -       |
| kwaliteitsplan op sommige afdelingen | 21  | 43 | 16   | 33 | 12 | 25 | -       |
| kwaliteitsplan op alle afdelingen    | 27  | 57 | 16   | 34 | 4  | 8  | 2       |
| kwaliteitsjaarverslag                | 19  | 39 | 12   | 25 | 18 | 37 | -       |
| kwaliteitshandboek                   | 24  | 49 | 15   | 31 | 10 | 20 | -       |

Tabel 4b Aantal instellingen te Utrecht dat beschikt over formele documenten waarin het kwaliteitsbeleid is geëxpliciteerd (N= 14)

| Documenten m.b.t. kwaliteitsbeleid   | nee |    | i.o. |    | ja |     | missing |
|--------------------------------------|-----|----|------|----|----|-----|---------|
|                                      | n   | %  | n    | %  | n  | %   | n       |
| missie op schrift                    | -   | -  | -    | -  | 14 | 100 | -       |
| productomschrijvingen                | 2   | 14 | 7    | 50 | 5  | 36  | -       |
| kwaliteitsprofielen                  | 2   | 14 | 11   | 79 | 7  | 7   | -       |
| kwaliteitsbeleid op schrift          | 1   | 7  | 9    | 64 | 4  | 29  | -       |
| kwaliteitsplan voor de instelling    | 2   | 14 | 5    | 36 | 7  | 50  | -       |
| kwaliteitsplan op sommige afdelingen | 6   | 43 | 5    | 36 | 3  | 21  | -       |
| kwaliteitsplan op alle afdelingen    | 6   | 43 | 8    | 57 | -  | -   | -       |
| kwaliteitsjaarverslag                | 1   | 7  | 8    | 57 | 6  | 36  | -       |
| kwaliteitshandboek                   | 5   | 36 | 8    | 57 | 1  | 7   | -       |

Transparantie wordt ook verhoogd door het ontwikkelen van protocollen oftewel het beschrijven van de ideale wijze en volgorde waarop een handeling of proces wordt uitgevoerd, met als doel een constante kwaliteit te waarborgen.

In Amsterdam geeft 30% van de instellingen aan in de hele organisatie protocollen te hanteren. In bijna de helft van de organisaties heeft men protocollen op meerdere afdelingen. In 2 van de 49 organisaties heeft men nog geen enkel protocol ontwikkeld. En in 5 organisaties zijn protocollen in ontwikkeling. Het soort protocollen waar men mee werkt staat weergegeven in tabel 5.

Bij 22% van de organisaties in Amsterdam worden de protocollen systematisch geëvalueerd en bijgesteld.

In Utrecht wordt in alle responderende organisaties wel in meer of mindere mate met protocollen voor de zorgverlening gewerkt. Één instelling geeft aan in de hele organisatie protocollen te hebben ingevoerd. Ruim tweederde van de organisaties heeft protocollen op meerdere afdelingen. Bij drie organisaties zijn protocollen in ontwikkeling. In één organisatie is er één afdeling waar men met protocollen werkt. De producten en diensten die omschreven zijn in protocollen staan weergegeven in tabel 5. In Utrecht worden de protocollen bij een vierde van de organisaties regelmatig geëvalueerd. Bij driekwart gebeurt dit af en toe (niet in tabel).

Tabel 5 Welke protocollen worden in instellingen gehanteerd?

| Protocollen  | Amsterdam<br>N=49 |    | Utrecht<br>N=14 |    |
|--|-------------------|----|-----------------|----|
|  | n                 | %  | n               | %  |
| gericht op specifieke behandeling/begeleiding/verrichting                    | 32                | 65 | 7               | 50 |
| voor specifieke doelgroepen en diagnoses                                     | 22                | 45 | 5               | 36 |
| voor voorbehouden handelingen  | 32                | 65 | 11              | 79 |
| voor het gebruik van medische hulpmiddelen                                   | 29                | 59 | 11              | 79 |
| voor kritische momenten in zorgproces  | 18                | 37 | 4               | 29 |
| voor routing van cliënt van aanmelding tot afsluiting van zorg               | 29                | 59 | 3               | 21 |
| voor situaties waarin niet direct kan worden voldaan aan indicatiestelling   | 7                 | 14 | 1               | 7  |
| voor voorlichting cliënt over wachtlijstperiode                              | 15                | 31 | 2               | 14 |
| voor voorlichting aan cliënt over zorgverleningsproces                       | 21                | 43 | 3               | 21 |
| voor voorlichting aan cliënt over klachten/geschillenregeling/ombudsfunctie  | 23                | 47 | 8               | 57 |
| voor inspraak cliënt bij opstellen/evalueren zorgplan                        | 25                | 51 | 5               | 36 |
| voor geschillen en klachten  | 39                | 80 | 11              | 79 |
| voor onderlinge samenwerking binnen instelling over informatie-uitwisseling  | 21                | 43 | 6               | 43 |
| voor onderlinge samenwerking binnen instelling voor overlegsituaties         | 24                | 49 | 6               | 43 |
| voor onderlinge samenwerking binnen instelling voor zorgcoördinatie          | 25                | 51 | 7               | 50 |
| voor overdracht naar andere zorgverlener binnen de instelling                | 15                | 31 | 3               | 21 |
| voor samenwerking met zorgverleners buiten instelling voor info-uitwisseling | 10                | 20 | 2               | 14 |
| voor samenwerking met zorgverleners buiten instelling voor overlegsituaties  | 10                | 20 | 1               | 7  |
| voor samenwerking met zorgverleners buiten instelling voor zorgcoördinatie   | 11                | 22 | 2               | 14 |
| voor overdracht naar andere zorgverlener buiten instelling                   | 14                | 29 | 5               | 36 |

### 3.1.2 Cliëntenparticipatie

Het oordeel van een cliënt over de aan hem verleende zorg is een relevant onderdeel bij de meting van kwaliteit van zorg. De meningen van cliënten en gebruikers van zorg kunnen gebruikt worden voor systematische kwaliteitsverbetering. In tabellen 3a en 3b is te zien dat men in Amsterdam tweederde van de organisaties en in Utrecht de helft tevredenheidsonderzoek uitvoert onder cliënten. Naast dit type onderzoek kunnen cliënten ook nog op andere wijze participeren aan activiteiten gericht op kwaliteitsverbetering. Zo is in tabellen 6a en 6b te zien dat in bijna de helft van de organisaties de cliënten worden betrokken bij het ontwikkelen van protocollen en criteria. De instellingen laten dit meestal afhangen van het onderwerp. Dit geldt ook voor het participeren van cliënten aan kwaliteitscommissies en verbeterprojecten. Van een systematisch betrekken van cliënten bij het instellingsbeleid betreffende kwaliteit is over het algemeen geen sprake.

Tabel 6a Aantal instellingen te Amsterdam waar cliënten bij kwaliteitsactiviteiten betrokken worden (N=49)

|  | nee |    | afhankelijk van<br>onderwerp |    | altijd | missing |   |
|--|-----|----|------------------------------|----|--------|---------|---|
|  | n   | %  | n                            | %  | n      | n       |   |
| ontwikkeling van protocollen                                   | 33  | 67 | 12                           | 29 | 2      | 4       | 2 |
| ontwikkeling van kwaliteitscriteria                            | 17  | 36 | 29                           | 62 | 6      | 12      | 2 |
| beoordelen of doelen t.a.v. kwaliteit worden behaald           | 20  | 43 | 21                           | 45 | 6      | 12      | 2 |
| participatie in kwaliteitscommissies                           | 25  | 53 | 19                           | 40 | 3      | 6       | 2 |
| participatie in verbeterprojecten                              | 25  | 54 | 18                           | 39 | 3      | 7       | 3 |
| bespreking uitkomsten satisfactieonderz., klachtenregistr. ed. | 14  | 30 | 13                           | 28 | 19     | 41      | 3 |

Tabel 6b Aantal instellingen te Utrecht waar cliënten bij kwaliteitsactiviteiten betrokken worden (N=14)

|  | nee |    | afhankelijk van<br>onderwerp |    | altijd | missing |   |
|--|-----|----|------------------------------|----|--------|---------|---|
|  | n   | %  | n                            | %  | n      | n       |   |
| ontwikkeling van protocollen                                   | 7   | 50 | 7                            | 50 | -      | -       | - |
| ontwikkeling van kwaliteitscriteria                            | 5   | 39 | 7                            | 54 | 1      | 8       | 1 |
| beoordelen of doelen t.a.v. kwaliteit worden behaald           | 5   | 36 | 8                            | 57 | 1      | 7       | - |
| participatie in kwaliteitscommissies                           | 6   | 46 | 7                            | 54 | -      | -       | 1 |
| participatie in verbeterprojecten                              | 5   | 39 | 6                            | 46 | 2      | 15      | 1 |
| bespreking uitkomsten satisfactieonderz., klachtenregistr. ed. | 3   | 25 | 3                            | 25 | 6      | 50      | 2 |

Tot slot is er nog een aantal voorzieningen in instellingen mogelijk om de cliënt direct bij het zorgproces te betrekken (tabellen 7a en 7b). In Amsterdam beschikt de helft van de instellingen over, of is bezig met de ontwikkeling van een informatiesysteem dat voor belanghebbenden (bijvoorbeeld toekomstige cliënten) toegankelijk is, zodat men zich kan oriënteren op de diensten en faciliteiten van een instelling. Een dergelijk systeem draagt tevens bij aan transparantie van het zorgaanbod.

Meer ingeburgerd is een zorgovereenkomst waarin de afspraken over de zorgverlening zijn vastgelegd. In Amsterdam hanteert het merendeel, en in Utrecht hebben alle instellingen een zorgovereenkomst of is deze in ontwikkeling.

Bijna de helft van de instellingen kent de functie van een ombudsfunctionaris, die kan bemiddelen tussen zorgaanbieder en cliënt. Het al of niet aanwezig zijn van een ombudsfunctionaris is overigens sterk afhankelijk van het type zorginstelling. Geen enkele thuiszorgorganisatie heeft zo'n functionaris, terwijl men in de helft van de verzorgingshuizen en driekwart van de verpleeghuizen een dergelijke functie heeft of deze aan het ontwikkelen is.

Tabel 7a Aantal instellingen te Amsterdam dat over onderstaande voorzieningen beschikt (N=49)

| Voorzieningen      | nee |    | in ontw. |    | ja |    | missing |
|--------------------|-----|----|----------|----|----|----|---------|
|                    | n   | %  | n        | %  | n  | %  |         |
| zorgovereenkomsten | 6   | 13 | 12       | 26 | 29 | 62 | 2       |
| ombudsfunctionaris | 26  | 55 | 10       | 21 | 11 | 23 | 2       |
| informatiesysteem  | 23  | 50 | 12       | 26 | 11 | 24 | 3       |

Tabel 7b Aantal instellingen te Utrecht dat over onderstaande voorzieningen beschikt (N=14)

| Voorzieningen      | nee |    | in ontw. |    | ja |    | missing |
|--------------------|-----|----|----------|----|----|----|---------|
|                    | n   | %  | n        | %  | n  | %  |         |
| zorgovereenkomsten | -   | -  | 7        | 50 | 7  | 50 | -       |
| ombudsfunctionaris | 9   | 64 | 2        | 14 | 3  | 21 | -       |
| informatiesysteem  | 13  | 93 | 1        | 7  | -  | -  | -       |

### 3.1.3 Externe oriëntatie en ketenkwaliteit

In het kader van ketenkwaliteit zijn protocollen over samenwerking, zorgcoördinatie en overdracht relevant. Uit de gegevens blijkt dat met name de samenwerking en zorgcoördinatie binnen de instelling aandacht krijgt (21-51%). Protocollen over samenwerking, zorgcoördinatie en overdracht buiten de instellingen worden nog beperkt gehanteerd (7-36%) (zie tabel 5).

Interinstitutionele toetsing en tevredenheidsonderzoek onder verwijzers gebeurt vrijwel nergens (zie tabellen 3a en 3b).

## 3.2 Kwaliteitsactiviteiten in de samenwerking tussen instellingen in Amsterdam en Utrecht

Uit de voorgaande resultaten blijkt dat men zich in de meeste instellingen realiseert dat kwaliteitsbeleid verder reikt dan de grenzen van de instellingen. De protocollen voor samenwerking en overdracht bijvoorbeeld weerspiegelen een externe oriëntatie. Bovendien geldt dat sommige activiteiten ter verbetering van de kwaliteit, zoals bijvoorbeeld het verhogen van transparantie, de participatie van de cliënt en uiteraard het verbeteren van ketenkwaliteit het niveau van de individuele instellingen overstijgen.

### 3.2.1 Samenwerking gericht op transparantie

Om keuzes en inbreng in het zorgproces te kunnen maken is het van belang dat een cliënt weet wat het zorgaanbod is. Uit het voorgaande bleek dat instellingen in vele gevallen hun producten omschreven hebben. Er blijkt echter op het moment van onderzoek in geen van de steden een eenvoudig toegankelijk informatiesysteem beschikbaar dat belanghebbenden (bijvoorbeeld toekomstige cliënten) kunnen raadplegen om na te gaan wat er in hun buurt of regio beschikbaar is.

In Utrecht heeft men concrete plannen op dit gebied. Men werkt daar aan het ontwerp van informatiebalies. Deze gaan onderdeel uitmaken van loket 2000 waarin men naast

een integrale indicatiestelling ook informatie voor potentiële klanten beoogt ten aanzien van producten op het gebied van zorg en welzijn.

In Amsterdam zijn zowel verzekeraar, gemeente en zorgaanbieders van mening dat een dergelijk systeem er moet komen. De bedoelde informatie is namelijk ruim voor handen, maar de toegankelijkheid voor de klant is niet optimaal. Zo hebben de thuiszorgbedrijven hun produkten opgenomen in foldermateriaal. De verpleeg- en verzorgingshuizen hebben eveneens allerlei foldermateriaal ontwikkeld waarin men de eigen produkten etaleert. Voorts bestaan er uitgebreide informatiemappen over alle produkten en diensten van de bij de SIGRA aangesloten instellingen. Deze mappen zijn op grote schaal uitgezet bij intakebureaus, ouderenadviseurs, huisartsen en andere hulpverleners. In de praktijk betekent het echter dat de klant afhankelijk is van de kennis van de medewerkers van de intakebureaus of hulpverleners.

In een van de zorgregio's hebben de zorgaanbieders zelf gezamenlijk het initiatief genomen om de cliënten te informeren en men organiseert tweejaarlijks een beurs, waar alle produkten die instellingen voor handen hebben, gepresenteerd worden aan potentiële gebruikers.

Desalniettemin beoordelen de verschillende cliëntenorganisaties de wijze waarop het zorgaanbod wordt gepresenteerd als zeer onoverzichtelijk en weinig toegankelijk voor de cliënten. Er is behoefte aan goede en vrij toegankelijke informatievoorziening.

Wanneer er schaarste heerst in de zorg is het van belang dat keuzes, die gemaakt worden ten gevolge van de prioriteiten die men stelt of de noodzaak om te rantsoeneren, gebaseerd zijn op voor iedereen inzichtelijke criteria. Relevante onderwerpen in deze zijn urgentiecriteria en wachtlijstbeheer.

Hoewel men zowel in Utrecht als Amsterdam over uniforme urgentiecriteria beschikt, is er in beide steden geen formele samenwerkingsstructuur tussen de verschillende secties van verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg, waardoor het zicht op de wachtlijst verre van transparant is.

In Amsterdam kent men voor de intramurale voorzieningen een centraal wachtlijstbeheer. Dit is de verantwoordelijkheid van het SVP-bureau (SIGRA Verpleging en Verzorging Plaatsingsbemiddeling). In de thuiszorg heeft elke van de drie organisaties een eigen wachtlijst, terwijl men een beheer op stedelijk niveau aan het ontwikkelen is. In feite is er dus een centraal wachtlijstbeheer, maar het beheer vindt voor de intramurale zorg en de thuiszorg afzonderlijk plaats.

In de stad Utrecht, waar voor de drie verschillende secties eveneens drie wachtlijsten bestaan, beheren de verzorgingshuizen de eigen wachtlijsten, en worden de wachtlijsten voor verpleeghuizen beheerd door gemeente en verpleeghuizen gezamenlijk. Ook de thuiszorg heeft eigen wachtlijsten. De secties werken onderling niet samen in het beheer van de verschillende wachtlijsten.

Doordat dit gebrek aan samenhang in het beheer is het inzicht in de wachtlijsten een probleem. Cliënten blijken op meerdere wachtlijsten tegelijk te staan, waardoor soms schrijnende situaties voorkomen. Er zijn cliënten die ten gevolge van krapte niet in aanmerking komen voor opname in een verpleeghuis en een beroep moeten doen op de thuiszorg, terwijl tegelijkertijd cliënten uit een intramurale instelling niet naar huis kunnen omdat er niet voldoende thuiszorg is.

In beide steden zijn zowel zorgaanbieders, als gemeente en verzekeraar zich bewust

van deze problematiek en de verschillende partijen oriënteren zich op een manier om de wachtlijsten beter te beheren.

De cliëntenorganisaties in Amsterdam, hoewel verre van tevreden over transparantie in zake het wachtlijstbeheer, constateren enige verbetering sinds het ontstaan van het onafhankelijk indicatieorgaan Tot en Met.

In een aantal samenwerkingsverbanden van zorgregio's in Amsterdam is men van mening dat het wachtlijstbeheer beter op regionaal niveau kan plaats vinden. Men vindt dat de zorgtoewijzing een gezamenlijke verantwoordelijkheid is van de zorgaanbieders. De zorgverzekeraar ondersteunt dit standpunt en bepleit eveneens een overlegsituatie op zorgregionaal niveau, waarin instellingen die met de doorstroming te maken hebben, zijn vertegenwoordigd. Zorgtoewijzing wordt in Amsterdam beschouwd als zorgeffectuering 'het invullen van de geïndiceerde zorg in concreet zorgaanbod' (Notitie indicatiestelling Gemeente Amsterdam, 1997). De verantwoordelijkheid van de zorgtoewijzing stond ten tijde van het onderzoek nog ter discussie. Een algemene beleidslijn inzake de verantwoordelijkheden in de zorgtoewijzing is in ontwikkeling.

In Utrecht hopen de partijen dat het wachtlijstbeheer aan transparantie wint bij de installatie van het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO), dat vanaf medio 1998 zal gaan zorgdragen voor integrale, onafhankelijke en objectieve indicaties voor de functies verpleging en verzorging. Op dit moment is vanuit een samenwerkingsverband tussen verpleeghuizen, de RIAGG en de thuiszorg reeds een project 'wachtlijstservice' gestart. Daarbij bieden de gezamenlijke instellingen cliënten op de wachtlijst een alternatief en passend zorgaanbod gedurende de periode op de wachtlijst. Voorts ziet de zorgverzekeraar in Utrecht het wachtlijstbeheer als haar verantwoordelijkheid. Om oplossingen te bieden heeft de verzekeraar een aantal verpleegkundigen in dienst, die in probleemsituaties actief betrokken worden voor het vinden van een oplossing of zelf zorg verlenen.

### 3.2.2 Activiteiten in de samenwerking gericht op participatie van de cliënt

Het contact dat cliëntenorganisaties hebben met instellingen speelt zich zowel in Amsterdam als Utrecht voornamelijk op instellingsniveau af. Alle instellingen zijn bij de wet verplicht een cliëntenraad te hebben. Afgevaardigden van het COSBO, AP/CP en het PP/CP zijn vertegenwoordigd in deze verschillende cliëntenraden.

Uit de eerder beschreven onderzoeksresultaten blijkt dat bij een aantal organisaties cliënten via de cliëntenraden worden betrokken bij de ontwikkeling van procedures of protocollen. Ook het opstellen van procedures voor second opinion, geschillen- en klachten speelt zich vaak op instellingsniveau af. Al worden met name in Amsterdam ook procedures van koepelorganisaties gehanteerd.

Zo heeft de SIGRA bijvoorbeeld een klachtencommissie ingesteld. De bij de SIGRA aangesloten instellingen kunnen daar desgewenst gebruik van maken. Bij de ontwikkeling van klachtenprocedures bij de SIGRA zijn zowel COSBO en AP/CP betrokken geweest. In de thuiszorginstellingen van zowel Utrecht als Amsterdam wordt de klachtenprocedure gehanteerd die ontwikkeld is door de LVT (Landelijke Vereniging Thuiszorg). Deze regeling kent tevens een beroepsprocedure voor de cliënt bij de LVT. Naast de instellingsprocedures voor klachten kent Amsterdam nog een stedelijke klachtencommissie. Echter daarvan wordt weinig gebruik gemaakt. Een belangrijke oorzaak hiervan is de ingewikkelde procedure die door de (vaak hoogbejaarde) cliënten in geval van klachten moet worden gevolgd. Het AP/CP beschikt bovendien over een eigen informatie- en klachtenbureau; "Signaal". Signaal bemiddelt, ondersteunt en

registreert in geval van klachten over behandeling of bejegening.

In Utrecht heeft het PP/CP eveneens een Bureau Informatie en Klachten Gezondheidszorg (IKG).

Omdat, zoals uit het bovenstaande blijkt samenwerking tussen cliëntenorganisaties en zorgaanbieders op instellingsniveau plaatsvindt is er in Utrecht geen formeel samenwerkingsverband tussen de cliëntenorganisaties en de koepelorganisaties (VVU en VOVU). Op stedelijk niveau is het PP/CP wel vertegenwoordigd in het overleg rondom de regiovisie. Daarnaast zijn de cliëntenorganisaties in Utrecht vertegenwoordigd in diverse stedelijke projecten en is de cliëntenraad van Thuiszorg Stad Utrecht zeer actief. Zij adviseren op allerlei terreinen en zijn betrokken bij het opstellen van procedures en criteria m.b.t. de indicatiestelling. Bovendien zijn zij vertegenwoordigd in de Raad van Toezicht van het intakebureau voor de thuiszorg. De cliëntenorganisaties zijn ook vertegenwoordigd in de adviescommissie ouderenbeleid van de gemeente, waaraan alle ontwikkelingen en vernieuwingen, op het gebied van wonen zorg en welzijn, worden voorgelegd.

In Amsterdam vindt structureel overleg plaats tussen de cliëntenorganisaties en de SIGRA. Op deze wijze zijn de cliëntenorganisaties betrokken bij het kwaliteitsbeleid in de instellingen, de behandeling van de wachtlijstproblematiek en de totstandkoming van procedures voor klachtenregeling.

Daarnaast nemen zij deel aan diverse stedelijke projecten. Zo hebben zij zitting gehad in de commissie die als taak had een kwaliteitskader op te stellen voor de functies verpleging en verzorging in de stad Amsterdam. Ook hebben de cliëntenorganisaties zitting in een stuurgroep die zich bezig houdt met de objectieve en integrale indicatiestelling voor verpleging en verzorging in Amsterdam. De cliëntenorganisaties hebben tevens zitting in de Raad van Toezicht van Tot en Met.

Binnen zorgregio's zijn de cliëntenorganisaties niet structureel vertegenwoordigd in samenwerkingsverbanden.

### **3.2.3 Activiteiten in de samenwerking gericht op ketenkwaliteit**

In Amsterdam worden door de zorgaanbieders in de verschillende regio's diverse initiatieven genomen om het regionaal zorgaanbod te vergroten en te variëren zodat er voor de cliënt een ruime keuze is in zijn/haar zoektocht naar passende zorg.

In een aantal zorgregio's vindt regionaal overleg plaats over voorzieningen in het flankerend ouderenbeleid en over de juiste spreiding en afstemming van het zorgaanbod. De wijze waarop men daar in slaagt verschilt per regio en is mede afhankelijk van de wijze waarop en de mate waarin de samenwerking op regionaal niveau gestalte krijgt.

Om een ruim en gevarieerd zorgaanbod te realiseren is het van belang dat men bij de individuele instellingen en binnen de samenwerkingsverbanden goed inzicht heeft in vraag en aanbod bij mede-aanbieders van zorg. De zorgaanbieders krijgen daartoe informatie over aanmeldingen en indicaties van het SVP en van de thuiszorgbedrijven. Gegevens over het aanbod van de zorg worden verzameld en verstrekt door de SIGRA.

Voorts hebben gezamenlijke projecten van verpleeg- en verzorgingshuizen in het kader



van substitutie ('meer zorg projecten') geleid tot de ontwikkeling van protocollen, procedures en projectbeschrijvingen. Hierin wordt vastgelegd hoe zorgplannen er uitzien, op welke wijze bewoners worden gevolgd, hoe de rolverdeling is tussen verpleeg- en verzorgingshuizen en hoe men communiceert. Daarmee beoogt men de zorg zodanig te structureren, dat de cliënt deze, ook al zijn meerdere disciplines betrokken, toch als een functioneel en samenhangend pakket ervaart.

Van een aantal samenwerkings- en substitutieprojecten zijn door de SIGRA in samenwerking met de zorgverzekeraar productomschrijvingen ontwikkeld, op basis waarvan kostprijzen zijn bepaald.

In Utrecht ziet men op stedelijk niveau weinig of geen geformaliseerde samenwerking tussen de thuiszorg, en verpleeg- of verzorgingshuizen. Wel ziet men dat, in antwoord op de sanering van intramurale zorgcapaciteit, verpleeg-, verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen samenwerkingsverbanden zijn aangegaan om verspreid over de stad, diverse voorzieningen en flexibele functies aan te bieden.

Met betrekking tot de continuïteit van zorg erkennen zowel de organisaties voor de indicatiestelling, de zorgaanbieders, de gemeente, de zorgverzekeraar en cliëntenorganisaties het belang van procedures om de verantwoordelijkheden duidelijk te maken. Deze zijn met name van belang als een cliënt al wel geïndiceerd is maar een periode moet overbruggen voordat de zorg geëffectueerd wordt.

Momenteel is daarover in geen van de beide steden een procedure vastgelegd, maar men zoekt wel naar oplossingen. In Amsterdam overwegen de gezamenlijke zorgaanbieders een protocol te ontwikkelen voor cliënten op de wachtlijst, zodat er enige begeleiding en controle ontstaat voor deze cliënten gedurende het traject tussen indicatiestelling en plaatsing.

In Utrecht heeft op dat gebied het al eerder genoemde wachtlijst service project gestalte gekregen. Dit is een vorm van samenwerking tussen de instellingen waarmee ketenverantwoordelijkheid gestalte krijgt en waarmee cliënten op de wachtlijst een vorm van alternatieve zorg krijgen waarmee zij in hun eigen omgeving kunnen blijven en druk op de wachtlijsten wordt verminderd.



## 4 BESCHOUWING

Het onderzoek naar kwaliteitsbeleid in de sector verpleging en verzorging in de steden Amsterdam en Utrecht laat zien dat binnen instellingen het kwaliteitsbeleid goed op gang gekomen is. De meerderheid van de instellingen heeft het kwaliteitsbeleid op papier gezet en inmiddels vertaald naar concrete activiteiten. Ook blijken protocollen steeds meer algemeen ingevoerd te zijn. Daarbij richt men zich niet alleen op specifieke behandelingen en verrichtingen, maar ook op voorlichting over onderwerpen die van belang zijn voor de cliënt. Bovendien ziet men in verschillende instellingen protocollen over samenwerking, zorgcoördinatie en overdracht buiten de instellingen.

Hoewel uit de resultaten blijkt dat er binnen instellingen een scala aan activiteiten ontwikkeld is, wordt ook zichtbaar dat het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid ingrijpend is en veel tijd vergt. Een deel van de instellingen verkeert ten aanzien van deelsystemen nog in de ontwikkelingsfase en voldoet bijvoorbeeld nog niet aan de eisen die in de kwaliteitswet zijn vastgesteld, zoals bijvoorbeeld het opstellen van een kwaliteitsjaarverslag.

De participatie van de cliënt op instellingsniveau heeft duidelijk vorm gekregen. Dit heeft voor een deel te maken met onderwerpen die bij de wet geregeld zijn zoals WGBO, klachtrecht en cliëntenraden, en die zich afspelen op het niveau van de individuele instellingen. Toch betrekken instellingen ook op andere wijze cliënten bij activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking en verbetering, zoals het opstellen van protocollen het participeren aan kwaliteitscommissie en dergelijke. Meestal laat men zich hierbij leiden door het onderwerp dat aan de orde is.

Uit de interviews, die inzicht hebben verschaft in de samenwerking binnen de bij verpleging en verzorging betrokken partijen, komt naar voren dat de in Leidschendam 1995 ingezette trend naar samenhang in de zorg en in kwaliteitsbeleid gestalte begint te krijgen. Behalve dat daarmee doelen voor cliënten worden gediend, lijkt samenwerking tussen zorgaanbieders ook van strategisch belang. Immers sinds met de plannen van de Commissie Dekker in 1987, de marktwerking in de gezondheidszorg zijn intrede deed, kopen verzekeraars als het ware zorg in. Tevens hebben zij een functie in de bewaking van de kwaliteit van zorg. Daarmee is meer nog dan vroeger de noodzaak ontstaan dat een zorgregio een samenhangend stelsel van zorgvoorzieningen realiseert. Een dergelijke samenhang is van belang voor cliënten, maar niet in de laatste plaats ook voor de zorgaanbieders zelf. Immers zorgaanbieders kunnen pas echt goed functioneren als de producten en diensten aan de voordeur en de achterdeur van de instelling kwalitatief en kwantitatief goed geregeld zijn (Kolkman, 1991).

Hoewel men zich bewust wordt van het belang van samenhang in de zorg zijn er nog weinig concrete stappen genomen ten aanzien van onderwerpen als transparantie in wachtlijstbeheer en continuïteit voor cliënten die op een wachtlijst staan. Ten aanzien van deze onderwerpen verkeert men nog in een fase van oriëntatie op mogelijke oplossingen. Cruciaal in deze lijkt een centrale registratie en een gezamenlijk beheer van de wachtlijsten in de verschillende secties: thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Transparantie in deze moet duidelijk maken of de capaciteitsproblemen, te maken hebben met financiële tekorten of dat er andere problematiek aan ten grondslag ligt. Voorts is verregaande samenwerking gewenst op zorgregionaal niveau tussen alle instellingen die in de zorgketen betrokken zijn. Een dergelijke samenwerking tussen verzorgingshuizen en voorzieningen binnen het flankerend ouderenbeleid kan leiden tot een gevarieerd pakket van zorg waarvan cliënten gebruik kunnen maken

als de benodigde intramurale zorg niet in voldoende mate voor handen is en men op een wachtlijst wordt geplaatst. Daarnaast kan een variatie in zorg en flankerende diensten mensen in staat stellen langer in de eigen omgeving te verblijven.

Uit het bovenstaande kan geconcludeerd worden dat de zorginstellingen, naast interne kwaliteitsactiviteiten, zich ook oriënteren op samenwerkingsmogelijkheden met andere zorgaanbieders. In Amsterdam heeft dat in een aantal gevallen geleid tot een gezamenlijk produkt met afspraken en protocollen over de samenwerking. Dit is een stap in de richting van ketenkwaliteit. Ook in Utrecht ziet men op kleine schaal dat verschillende instellingen gezamenlijk tot een flexibel zorgproduct komen. Alhoewel de samenwerking daar minder geformaliseerd is, is er bij de instellingen wel sprake van een externe oriëntatie.

Of een dergelijk verschil tussen de twee steden nu toe te schrijven is aan lokale initiatieven, zoals bijvoorbeeld het al eerder genoemde Referentiekader waarmee zorgaanbieders, cliëntenbonden, zorgverzekeraar en gemeente in een gezamenlijke visie op samenhang en transparantie van de kwaliteit van de zorg wilden verbeteren, is met de nu beschikbare onderzoeksgegevens niet vast te stellen.

Om te kunnen nagaan in hoeverre een verbetering in de samenhang en transparantie van de zorg is toe te schrijven aan de implementatie van dit Referentiekader en/of aan andere landelijke ontwikkelingen, is het noodzakelijk om dit project te volgen en na enige tijd opnieuw een vergelijking te maken tussen de beide steden. Door bovendien de ontwikkelingen binnen de sector verpleging en verzorging in beide steden te inventariseren, kan worden nagegaan in welke mate verschillende initiatieven leiden tot verschillende resultaten.

Tot slot nog een opmerking over de in dit onderzoek gebruikte methodes. Met de schriftelijke vragenlijsten en de interviews is brede informatie verzameld over de wijze waarop kwaliteitsbeleid in en tussen instellingen vorm krijgt. Toch zijn kanttekeningen te maken bij de kwaliteit van het verzamelde onderzoeksmateriaal. Daar waar het gaat over de informatie van zorgaanbieders geldt namelijk dat de gegevens van de schriftelijke enquête en de gegevens van de interviews, de visie van een lid van de directie of het management van de organisatie weergeven. Dit heeft zijn beperkingen omdat men daarbij geneigd kan zijn vooral verslag te doen van activiteiten die succesvol zijn gebleken. Deze beperking wordt enigszins te niet gedaan doordat ook interviews zijn gehouden bij cliënten-organisaties, verzekeraars en gemeente. Bovendien zijn de gegevens van de onderhavige studie vergeleken met de resultaten uit ander onderzoek. Zo bleek uit de resultaten van de inventarisatie naar kwaliteitsactiviteiten binnen instellingen dat in de organisaties in beide steden veel aandacht was voor deskundigheidsbevordering via bij- en nascholing. Deze resultaten kwamen overeen met gegevens van een recent landelijk onderzoek (Wagner e.a. 1997). Ook de bevindingen met betrekking tot het beschikbaar zijn van protocollen, die gericht zijn op het bevorderen van continuïteit van zorg zijn vergelijkbaar met het voornoemd onderzoek.

Overigens geldt dat bij onderwerpen die de continuïteit van zorg betreffen de mening van de cliënt zelf een wezenlijk gegeven is. Daarom zal in de volgende fase van het onderzoek uitgebreid aandacht worden besteed aan de ervaringen van cliënten met betrekking tot continuïteit en kwaliteit van zorg, gedurende de tijd dat zij op de wachtlijst staan voor een verpleeghuis of verzorgingshuis.

**Literatuur**

- COMMISSIE REFERENTIEKADER VERPLEGING EN VERZORGING. Referentiekader Verpleging en Verzorging regio Amsterdam. Amsterdam, 1995
- FRISSEN, M.A.G. Partijen in de gezondheidszorg maken afspraken over kwaliteit. Klachtendriehoeksrelatie centraal in opzet kwaliteitsbeleid. Medisch Contact; 45(27-28), 1990, 871-877
- FRISSEN, M.A.G. LANS VAN DER S. Kwaliteitsbeleid: de derde Leidschendam-conferentie. Medisch Contact; 50(17), 1995, 543-546
- HARDJONO, T.W. & HES, F.W. De Nederlandse Kwaliteitsprijs en Onderscheiding. Deventer: Kluwer, 1993
- GEMEENTE AMSTERDAM. Notitie indicatiestelling en zorgbemiddeling in Amsterdam. Een heroriëntatie Amsterdam. Gemeente Amsterdam, 1997
- GROL, R., EVERDINGEN, J., CASPARIE, A.F. Invoering van richtlijnen en veranderingen. Een handleiding voor de medische, paramedische en verpleegkundige praktijk. Utrecht: De Tijdstroom, 1994
- KOLKMAN, H.H.E. De rol van een regionaal samenwerkingsverband in de gezondheidszorg. Acta Hospitalia; 1, 1991, 21-30
- LANDELIJK COÖRDINATIEPUNT KWALITEITSBELEID ZORGSECTOR. Kwaliteitsbeleid Zorgsector. Samen op weg naar Leidschendam 2000. Zeist: LCKZ, 1997
- MOL, B.J.P. Zorgcentra Utrecht. Projectplan Utrecht: Moen en Mol adviseurs, 1997
- MINISTERIE VAN VWS. Indiciestelling in de Zorg (K24608). Den Haag: SDU, 1996
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Kwaliteitsbeleid zorgsector. Evaluatie 1990-1995 en Leidschendamafspraken 1995-2000. Zoetermeer: NRV, 1995
- PLACE, M. Ontwikkeling en invoering van een kwaliteitssysteem. Een leidraad voor RIAGG's Utrecht: NcGv, 1996
- SPREEUWENBERG, C. Afspraken over kwaliteit te Leidschendam. Medisch Contact 50(26), 1995, 841
- WAGNER, C., BAKKER, D.H. DE & SLUIJS, E.M. Kwaliteitssystemen in instellingen. De stand van zaken 1995. Utrecht: NIVEL, 1995
- WAGNER, C., STOOP, A.P., TEMMINK, D. & BAKKER, D.H. DE. Kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten in de verpleging en verzorging. Utrecht: Landelijk Centrum Verpleging & Verzorging, 1997



## BIJLAGEN





Overzicht van vertegenwoordigers van organisaties en samenwerkingsverbanden die hebben deelgenomen aan de interviews

| Organisatie   | Geïnterviewde  |
|---|--|
| <b>AMSTERDAM</b>  |  |
| <i>Stedelijk niveau</i>   |  |
| SIGRA<br>Sectie verpleeghuizen  | Vertegenwoordiger van het dagelijks bestuur van de sectie Verpleeghuizen van de SIGRA, directeur van een zorginstelling  |
| Sectie verzorgingshuizen  | Vertegenwoordiger van de sectie Verzorgingshuizen van de SIGRA en directeur van een zorginstelling   |
| Thuiszorg sectie wijkverpleging   | Beleidsfunctionaris van Stichting Thuiszorg Amsterdam en lid van de Raad van bestuur   |
| Thuiszorg sectie gezinsverzorging   | Voormalig medewerker van Stichting Thuiszorg Amsterdam, ten tijde van het interview directeur van een van de thuiszorgbedrijven  |
| Stedelijk Indicatie-orgaan Verpleeg- & verzorgingshuizen (Stichting Tot en Met) | Manager Controle en Toetsing   |
| Gemeente afdeling MGZ   | Senior Beleidsmedewerker Ouderenzorg, Afdeling MGZ   |
| Cliëntenorganisatie AP/CP   | Voorzitter van Amsterdams Patiënten/Consumenten Platform   |
| Cliëntenorganisatie COSBO   | Staffunctionaris Bestuurs- en Beleidszaken   |
| Zorgverzekeraar   | Adviseur Verpleging en Verzorging  |
| <i>Regionaal niveau</i>   |  |
| 3 regionale indicatiebureaus  | Tijdelijk hoofd afdeling Verkoop, Indicatie en Advies, voormalig wijkverpleegkundige<br>Hoofd van de afdeling Verkoop, Indicatie & Advies<br>Hoofd van de afdeling Verkoop, Indicatie & Advies |

Vervolg overzicht van vertegenwoordigers van organisaties en samenwerkingsverbanden die hebben deelgenomen aan de interviews

| Organisatie   | Geïnterviewde  |
|---|--|
| <b>AMSTERDAM</b>  |  |
| <i>Regionaal niveau (vervolg)</i><br>6 regionale samenwerkingsverbanden     | Lid van het RSV regio Amsterdam Nieuw West en directiesecretaris van zorgorganisatie in de regio<br>Lid van het RSV regio Amsterdam Noord en directeur van verzorgingshuis in de regio<br>Lid van het RSV regio Amsterdam Oost en directeur van verzorgingshuis in de regio<br>Lid van het RSV regio Amsterdam Zuid-Oost en directeur van een verzorgingshuis in de regio<br>Lid van het RSV regio Amsterdam Zuid en directeur van zorgorganisatie in de regio<br>Lid van het RSV regio Amsterdam Centrum Oud-West en directeur van een gecombineerd verpleeg- & verzorgingshuis in de regio |
| <b>UTRECHT</b>  |  |
| <i>Stedelijk niveau</i><br>Verenigd Overlegorgaan<br>Verpleeghuizen Utrecht | Lid van de vereniging en directeur van een verpleeghuis te Utrecht   |
| Vereniging samenwerkende<br>Verzorgingshuizen stad en<br>provincie          | Lid van de Vereniging en directeur van een verzorgingshuis te Utrecht  |
| Thuiszorg Stad Utrecht  | Lid Raad van Bestuur Thuiszorg Stad Utrecht  |
| Stedelijk Indicatiebureau<br>verpleeg- & verzorgingshuizen                  | Hoofd Afdeling Ouderen en Gehandicapten, Gemeente Utrecht  |
| Stedelijk Indicatiebureau<br>Thuiszorg                                      | Manager a.i. van het Stedelijk Indicatiebureau Thuiszorg   |
| Gemeente Utrecht afdeling<br>MGZ  | Hoofd Afdeling Ouderen en Gehandicapten, Gemeente Utrecht  |
| Cliëntenorganisatie PP/CP<br>Utrecht  | Directeur PP/CP  |
| Cliëntenorganisatie COSBO<br>Utrecht  | Secretaris COSBO   |
| Zorgverzekeraar ANOVA   | Account-manager Account Care   |