



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2007.  
De gegevens mogen met bronvermelding (R. Coppen,  
C. Wagner, R.D. Friele, *Servicenormen voor de  
gezondheidszorg: weten waar je aan toe bent*, NIVEL  
2007) worden gebruikt.

U vindt dit rapport en alle andere NIVEL-publicaties in  
PDF-format op [www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)

## **Servicenormen voor de gezondheidszorg: weten waar je aan toe bent**

R. Coppen  
C. Wagner  
R.D. Friele



ISBN 978-90-6905-8610

<http://www.nivel.nl>

[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2007 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

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

# Inhoud

<b>Management samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>9</b>
1.1 Dit onderzoek	11
<b>2 De ontwikkelingen binnen het door de overheid ontwikkeld kwaliteitsbeleid voor de gezondheidszorg</b>	<b>15</b>
2.1 De aanzet tot kwaliteitsbeleid begin jaren 90: Nota kwaliteit van zorg 1991	15
2.2 De introductie van het wettelijk kader halverwege de jaren negentig	16
2.3 De invulling van het wettelijk kader: de implementatie van kwaliteitssystemen	18
2.4 De kwaliteitsbrief 2002: meer nadruk op initiatieven waarbij het accent op het inzichtelijk maken van kwaliteit ligt	19
2.5 Huidige speerpunten van het overheidsbeleid	22
2.6 Beschouwing kwaliteitsbeleid door de overheid	23
<b>3 De meest dominante kwaliteitsinstrumenten binnen de verschillende gezondheidszorgsectoren</b>	<b>25</b>
3.1 Kwaliteitsbeleid in ziekenhuizen	26
3.2 Kwaliteitsbeleid in de eerstelijns zorg	28
3.3 Kwaliteitsbeleid in verpleeg- en verzorgingshuizen	32
3.4 Kwaliteitsbeleid in de thuiszorginstellingen	33
3.5 Kwaliteitsbeleid in GGZ-instellingen	35
3.6 Kwaliteitsbeleid in de gehandicaptenzorg	37
3.7 Kwaliteitsbeleid in de openbare gezondheidszorg	38
3.8 Introductie van de Wmo: de gemeente als aanbieder van zorg	40
3.9 Beschouwing kwaliteitsbeleid binnen de verschillende sectoren	42
<b>4 Slotbeschouwing</b>	<b>45</b>
4.1 In grote lijnen sluit het idee van kwaliteitshandvesten aan bij het landelijk kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg.	45
4.2 Kwaliteitshandvesten passen bij de meest dominante kwaliteitsinstrumenten in de verschillende sectoren, er zijn echter wel verschillen in de toepasbaarheid van kwaliteitshandvesten tussen sectoren	46
4.3 Kwaliteitshandvesten kunnen een bijdrage leveren aan de uitvoering van de Wmo	48
<b>Literatuur</b>	<b>49</b>
<b>Bijlage 1</b>	<b>55</b>
<b>Bijlage 2</b>	<b>57</b>
<b>Bijlage 3</b>	<b>59</b>



# Management samenvatting

## **Wat is een kwaliteitshandvest?**

Kwaliteitshandvesten worden bij overheidsinstellingen, maar ook bij profit-organisaties, gebruikt om klanten actief te betrekken bij het kwaliteitsbeleid. Centraal in het werken met kwaliteitshandvesten staat dat een organisatie een duidelijke belofte doet aan een klant en dat een klant een organisatie erop aan mag spreken als die organisatie zich niet aan haar belofte houdt. Het gaat er daarbij om dat de organisatie beloftes doet over die aspecten die klanten belangrijk vinden en tijdens het proces van de dienstverlening direct kunnen beoordelen. Die beloftes worden ook wel servicenormen genoemd. Wanneer een organisatie een servicenorm niet kan nakomen dan moet de organisatie duidelijk maken welke actie ze onderneemt. Dat wordt compensatie genoemd (bijvoorbeeld een excuus, tegoedbon, kopje koffie). Een kwaliteitshandvest kan daarmee bijdragen aan een beter imago van de organisatie. Om dit te bereiken kent een kwaliteitshandvest een aantal unieke kenmerken:

- De normen zijn cliëntgericht;
- De normen worden duidelijk gecommuniceerd;
- Bij het niet halen van de norm kan er sprake zijn van compensatie.

Een simpel voorbeeld uit de profit-sector is de belofte van een aantal pizzeria's dat wanneer een pizza niet binnen 30 minuten is bezorgd de klant korting krijgt op zijn rekening.

Kortom, een kwaliteitshandvest bestaat uit een beperkt aantal betekenisvolle normen die een organisatie belooft na te komen. De servicenormen moeten helder worden gecommuniceerd en – bij wijze van spreken in één oogopslag – zichtbaar zijn op de plaats van de dienstverlening. Hiermee wordt voor de cliënt duidelijk wat hij van de dienstverlening mag verwachten en kan van het gedrag van de cliënt een prikkel uitgaan die de organisatie stimuleert tot het leveren van kwaliteit.

Kwaliteitshandvesten onderscheiden zich van andere kwaliteitssystemen doordat ze het voor individuele klanten mogelijk maken om in hun eigen unieke situatie vast te stellen of een organisatie de beloofde kwaliteit van de dienstverlening ook daadwerkelijk realiseert.

## **Kwaliteitshandvesten in de gezondheidszorg?**

In dit onderzoek is gekeken in hoeverre er in de gezondheidszorg toepassingsmogelijkheden zijn voor de introductie van kwaliteitshandvesten met servicenormen. Dat heeft geleid tot de volgende drie conclusies:

1. Het idee van kwaliteitshandvesten sluit aan bij het landelijk kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg;
2. Kwaliteitshandvesten passen bij de meest dominante kwaliteitsinstrumenten in de verschillende sectoren, er zijn echter wel verschillen in de toepasbaarheid van kwaliteitshandvesten tussen sectoren;
3. Kwaliteitshandvesten kunnen een bijdrage leveren aan de uitvoering van de Wmo.

### **Conclusie 1: Het idee van kwaliteitshandvesten sluit aan bij het landelijke kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg.**

De nationale ontwikkelingen laten zien dat zorggebruikers een centrale rol hebben gekregen in het kwaliteitsbeleid van de gezondheidszorg. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de

recente ontwikkeling van een aantal instrumenten, zoals [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) en de CQ-indexen, die de zorggebruikers onder andere in staat moeten stellen om zorgaanbieders te kunnen selecteren op de kwaliteit. Daarnaast blijkt dat de overheid de nadruk van haar beleid verlegd heeft van sturing op de interne structuur naar sturing op externe verantwoording. Tenslotte zorgt het expliciet maken van behaalde resultaten (externe verantwoording) en marktwerking ervoor dat imagovorming voor zorgaanbieders een prominentere rol is gaan spelen. Op basis van deze bevindingen kan worden geconcludeerd dat het idee van kwaliteitshandvesten daarom in grote lijnen aansluit bij het landelijke kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg.

Interessant hierin is de recente ontwikkeling van verschillende CQ-indexen. Bij CQ-indexen gaat het om aspecten van de gezondheidszorg die zorggebruikers belangrijk vinden en die ze eenvoudig kunnen waarnemen en beoordelen. Dit zijn voor een deel serviceaspecten. Het gebruik van CQ-indexen wordt door de verschillende sectoren geaccepteerd als standaardmethode om ervaringen van zorggebruikers te meten. Centraal in de CQ-indexen staat wat zorggebruikers belangrijk vinden. Hier kunnen aanknopingspunten voor de inhoud van kwaliteitshandvesten in gevonden worden.

**Conclusie 2: Kwaliteitshandvesten passen bij de meest dominante kwaliteitsinstrumenten in de verschillende sectoren, er zijn echter wel verschillen in de toepasbaarheid van kwaliteitshandvesten tussen sectoren.**

Onderzoek naar de dominante kwaliteitsinstrumenten in de verschillende zorgsectoren laat zien dat het beleid van het ministerie van VWS grote invloed heeft op de uitwerking van het kwaliteitsbeleid in de sectoren. Daarbij zien we echter dat er verschillen tussen sectoren bestaan bij de uitwerking van dat beleid. Dit leidt ertoe dat in sommige sectoren gunstigere voorwaarden aanwezig zijn voor kwaliteitshandvesten dan in andere sectoren en dat men bij een mogelijke introductie van kwaliteitshandvesten met een aantal zaken rekening moet houden. Voor de toepassingsmogelijkheden houdt dat het volgende in:

- kwaliteitshandvesten *sluiten over het algemeen aan* bij de meest dominante initiatieven in de verschillende sectoren. De introductie van kwaliteitshandvesten kan daarom een onderdeel vormen van de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid in deze sectoren. Kwaliteitshandvesten kunnen daarmee bijdragen aan het voor de zorggebruiker duidelijk maken wat ze van hun zorgaanbieder mogen verwachten.
- kwaliteitshandvesten *sluiten direct aan* bij een aantal andere projecten uit de Sneller Beter databank voor ziekenhuizen, waar zorggebruikers actief worden betrokken bij initiatieven die tot doel hebben de kwaliteit van zorg te verbeteren (zie bijvoorbeeld de patiëntveiligheidskaart of de spiegelgesprekken).
- Kwaliteitshandvesten *kunnen een aanvulling zijn* op het zorg/leefplan in de verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg. In het zorg/leefplan worden de individuele afspraken en verwachtingen vastgelegd die van toepassing zijn op de unieke situatie van de individuele zorggebruiker. In het kwaliteitshandvest kan dan worden vastgelegd wat elke zorggebruiker – ongeacht de eigen specifieke situatie - van de zorgaanbieder mag verwachten..

Omdat medische normen lastig door individuele zorggebruikers kunnen worden beoordeeld en de zorgrelatie met de behandelaar voor een groot deel een

vertrouwensrelatie is, lijkt het niet wenselijk de normering van het zorgproces in de behandelkamer tot onderdeel van een kwaliteitshandvest te maken. Op basis van de unieke kenmerken van een kwaliteitshandvest en de unieke aard van de relatie tussen behandelaar en zorggebruiker is voor een succesvolle toepassing van kwaliteitshandvesten in de gezondheidszorg nodig:

- dat servicenormen relevant moeten zijn voor de zorggebruikers;
- dat het voor de zorggebruiker eenvoudig vast te stellen is of aan de normen is voldaan;
- en het niet wenselijk is dat er een discussie ontstaat tussen de behandelaar en de zorggebruiker of een norm wel of niet is gehaald.

**Een aantal voorbeelden van mogelijke servicenormen in de ziekenhuissector en de sector voor verpleging, verzorging en de thuiszorg**

**Ziekenhuissector**

- Als er meerdere afspraken gemaakt moeten worden, dan zullen deze - indien mogelijk - op één dag worden ingepland
- Als u uit het ziekenhuis wordt ontslagen, zal gezorgd worden voor aansluitende thuiszorg als dat medisch wenselijk is

**Verpleeg- en verzorghuizen**

- De bewoners wordt mogelijk gemaakt naar toilet te gaan, op te staan en bezoek te ontvangen wanneer dat door hen gewenst is
- De bewoners ontvangen informatie over reanimeer- en euthanasiebeleid wanneer zij dat willen

**Thuiszorg**

- De thuiszorginstelling regelt bij ziekte van de thuiszorgmedewerkster vervanging
- De thuiszorginstelling informeert haar cliënten over wat ze moeten doen in geval van nood

In tegenstelling tot overheidsinstellingen is er tussen zorginstellingen concurrentie. Voor zorgaanbieders is een kwaliteitshandvest een kans om zich te onderscheiden van de rest. Kwaliteitshandvesten zullen echter ook moeten concurreren met andere kwaliteitsinstrumenten. De keus om met een kwaliteitshandvest te gaan werken is aan de zorgaanbieder zelf, evenals de inhoud van de servicenormen.

**Conclusie 3: Kwaliteitshandvesten kunnen een bijdrage leveren aan de uitvoering van de Wmo.**

Dat de structuur rondom voorziening voor maatschappelijke ondersteuning is veranderd heeft niet alleen gevolgen voor de gemeenten maar ook voor de zorggebruikers die gebruik maken van deze voorzieningen en voor de organisaties die deze voorzieningen aanbieden. Voor de gebruikers houdt de invoering van de wet in dat ze voor het aanvragen van verschillende soorten van maatschappelijke ondersteuning niet langer op verschillende organisaties aangewezen zijn. Veel gemeenten hebben een speciaal Wmo-loket ingericht waar burgers voor vragen en advies terecht kunnen. De inwerkingtreding van de Wmo en de veranderde rol van de gemeente bieden ook mogelijkheden voor de introductie van kwaliteitshandvesten. Ten eerste hebben al veel gemeenten kennisgemaakt met het werken met een kwaliteitshandvest. De normen die worden gehanteerd bij het loket voor burgerzaken kunnen grotendeels worden toegepast bij het Wmo-loket. Het is voor

gemeenten belangrijk dat ze in hun nieuwe rol bij het faciliteren van maatschappelijke ondersteuning duidelijk kunnen maken welke diensten ze aan te bieden hebben en onder welke voorwaarden ze hun dienstverlening aanbieden. Een voorbeeld van zo'n norm is: *'Op verzoek ontvangt u een advies over uw mogelijkheden om met Wmo-hulp beter mee te kunnen doen in onze maatschappij'*. Dit geeft burgers duidelijkheid over wat ze mogen verwachten van de nieuwe rol die de gemeente heeft bij de uitvoering van taken in de gezondheidszorg. Door in een kwaliteitshandvest vast te leggen wat burgers mogen verwachten van hun gemeente op het gebied van maatschappelijke ondersteuning kan een kwaliteitshandvest bijdragen aan de uitvoering van de Wmo.



# 1 Inleiding

Door middel van het programma Good Governance Openbare Sector ([www.minbzk.nl](http://www.minbzk.nl)) wil de overheid vorm geven aan het kwaliteitsbeleid van de dienstverlening van overheids- en semi-overheidsinstellingen. Een onderdeel van dat kwaliteitsbeleid is het stimuleren van het gebruik van kwaliteitshandvesten in de publieke sector, zoals bij gemeentelijke diensten, het Kadaster of bijvoorbeeld de Informatie Beheer Groep. De doelstelling die ze daarbij hanteert is om ernaar te streven dat overheidsorganisaties met burgercontacten in 2007 zijn begonnen met de invoering van een kwaliteitshandvest. Eind 2008 dienen al deze organisaties een kwaliteitshandvest te gebruiken. In het verlengde daarvan wil het ministerie van Binnenlandse Zaken de mogelijkheden verkennen voor de introductie van kwaliteitshandvesten in de Nederlandse gezondheidszorg. In de zorg gaat het weliswaar meestal niet om overheidsinstellingen waar burgers mee te maken hebben. Wel gaat het om zorgaanbieders die worden gefinancierd uit min of meer publieke middelen.

Maar wat is dat nou, een kwaliteitshandvest? Op de website [www.kwaliteitshandvesten.nl](http://www.kwaliteitshandvesten.nl) wordt uitgelegd dat *‘in een kwaliteitshandvest een overheidsinstantie een aantal concrete beloften doet aan haar cliënten (burgers en bedrijven) over de dienstverlening die ze aanbiedt. Deze normen worden toegankelijk gemaakt voor alle (potentiële) cliënten en zijn altijd duidelijk zichtbaar op de plaats van handeling (bijvoorbeeld aan de balie of op de website). Het kwaliteitshandvest wint aanzienlijk aan kracht wanneer de cliënt wordt gecompenseerd als de instantie een belofte niet waarmaakt’* ([www.kwaliteitshandvesten.nl](http://www.kwaliteitshandvesten.nl)). Kwaliteitshandvesten zijn dus eigenlijk opgebouwd uit servicenormen waar overheidsdiensten zelf van vinden dat zij daar minimaal aan moeten voldoen, dat ze die aan de klant kenbaar maken en dat de klant bij het niet halen van die servicenormen recht heeft op een compensatie. Een simpel voorbeeld hiervan in de profit-sector is de belofte van een aantal pizzeria’s dat wanneer een pizza niet binnen 30 minuten is bezorgd de klant korting krijgt op zijn rekening.

Een kwaliteitshandvest heeft daarmee verschillende doelen. Ten eerste fungeert het als communicatiemiddel om aan burgers duidelijk te maken wat ze kunnen verwachten van de dienstverlening. Daarnaast is het een middel om de kwaliteit van de dienstverlening, gezien vanuit de klant, te verbeteren. Tenslotte kan het hebben van een kwaliteitshandvest ook bijdragen aan een beter imago, met name als er een compensatieregeling in is opgenomen. Om dit te bereiken kent een kwaliteitshandvest drie unieke kenmerken. Deze kenmerken worden als volgt gedefinieerd ([www.centrumvoorgoodgovernance.nl](http://www.centrumvoorgoodgovernance.nl)):

- de normen zijn *cliëntgericht*. Dat houdt in dat de normen (service aspecten) aansluiten bij de behoefte van de klant en dat ze voor de klant herkenbaar zijn. Ook dienen de normen zo te zijn opgesteld dat klanten op het moment van de dienstverlening kunnen beoordelen of de dienst in hun eigen situatie aan de normen heeft voldaan of niet.
- de normen worden duidelijk *gecommuniceerd*, ofwel de normen worden duidelijk kenbaar gemaakt aan de klanten. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren door het handvest op

- de website van de organisatie beschikbaar te stellen of onderdeel te maken van informatie die standaard over de organisatie aan klanten wordt uitgereikt. De formulering moet simpel zijn zodat iedereen begrijpt wat hij kan verwachten van een dienst. Om normen duidelijk te communiceren is het wel noodzakelijk dat er in de organisatie overeenstemming is over het belang en de haalbaarheid van de norm.
- bij het niet halen van de norm kan er sprake zijn van *compensatie*. Het moet duidelijk zijn welke actie de organisatie onderneemt wanneer normen niet worden gehaald. Klanten moeten de normen dus kunnen beoordelen. Een passende compensatie (dit kan ook een excuus zijn) geeft de klant het gevoel serieus genomen te worden. Heldere normen en het toekennen van passende compensatie dragen bij aan de imagovorming van de organisatie. Daarnaast kan het aantal compensaties een bedrijfsvoerings signaal zijn voor de kwaliteit van de dienstverlening of de ontwikkeling daarvan.
  - Kwaliteitshandvesten onderscheiden zich van de meeste andere kwaliteitssystemen doordat ze het voor individuele klanten mogelijk maken om in hun eigen unieke situatie vast te stellen of een organisatie de beloofde kwaliteit van de dienstverlening ook daadwerkelijk behaalt.

Ook in de gezondheidssector speelt kwaliteitsbeleid een belangrijke rol. In 1996 is de kwaliteitswet zorginstellingen van kracht geworden. Sindsdien is het voeren van een kwaliteitsbeleid verplicht geworden voor zorgaanbieders. De kern van het kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg is dat er ‘verantwoorde zorg’ moet worden geleverd. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan dat de zorg:

- *beantwoordt aan de reële behoefte van de patiënt*, de zorg moet aansluiten bij de middelen die de patiënt aan zorg wil ontvangen, ofwel zorg op maat.
- *van inhoudelijk goed niveau is*, de zorg moet effectief zijn. In de gezondheidszorg gaat het dan vaak om evidence based medicine.<sup>1</sup>
- *doelmatig wordt verleend*, er is een redelijke verhouding tussen het doel en de daarvoor in te zetten middelen.
- *patiëntgericht wordt verleend*, de zorgverlener moet onder andere rekening houden met de privacy en persoonlijke integriteit van de patiënt.

Een belangrijk aspect van verantwoorde zorg is dus de patiëntgerichtheid van zowel het kwaliteitsbeleid als de processen in de zorg. Dat houdt in dat wat de zorggebruiker belangrijk vindt en welke criteria hij daaraan stelt het uitgangspunt moet vormen. De dienstverlening aan de zorggebruiker is daarmee een belangrijk onderdeel van de zorg.

Dat kwaliteitsbeleid een belangrijk aspect is van de gezondheidszorg en dat de zorggebruiker door de Kwaliteitswet zorginstellingen daarin een centrale rol toebedacht krijgt is aanleiding geweest om te onderzoeken of kwaliteitshandvesten mogelijk toepasbaar zijn in de gezondheidszorg. Daarom is de doelstelling van dit onderzoek meer inzicht te verkrijgen in de toepassingsmogelijkheden van de introductie van kwaliteitshandvesten met servicenormen in de Nederlandse gezondheidszorg.

---

<sup>1</sup> Bij de toepassing van evidence-based medicine worden tijdens de behandeling van de patiënt die technieken aangewend die volgens de huidige stand van de (medische) wetenschap het beste beschikbare bewijs hebben geleverd.

## 1.1 Dit onderzoek

Om inzicht in de toepassingsmogelijkheden voor de introductie van kwaliteitshandvesten in de gezondheidszorg te krijgen wordt in dit onderzoek een beschrijving gemaakt van het kwaliteitsbeleid dat van toepassing is op die gezondheidszorg. Het gaat daarbij niet om een volledige beschrijving van dat kwaliteitsbeleid, maar om een pragmatische beschrijving waarbij met name aandacht wordt geschonken aan de aspecten die relevant kunnen zijn voor een mogelijke introductie van kwaliteitshandvesten. Aan de hand van die beschrijving wordt een analyse gemaakt van de toepassingsmogelijkheden voor de introductie van kwaliteitshandvesten. Voor de uitvoering van die beschrijving en de analyse hebben we een aantal veronderstellingen gemaakt.

Een eerste stap in het inzichtelijk maken van de toepassingsmogelijkheden is het in kaart brengen van de relevante context. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft met de invoering van onder andere de Kwaliteitswet Zorginstellingen een wettelijk kader gevormd voor kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg. Door invulling van dat kader met beleid kan ze invloed uitoefenen op de ontwikkelingen in de gezondheidszorg wat betreft kwaliteitszorg. We veronderstellen daarom dat op landelijk niveau de mogelijke introductie van kwaliteitshandvesten in de gezondheidszorg aan moet sluiten bij het kwaliteitsbeleid dat door de overheid en de koepelorganisaties gevoerd wordt. Daarom luidt de eerste onderzoeksvraag:

1. Welke activiteiten en systemen gericht op kwaliteitsbeleid in de zorg worden er op nationaal niveau ontplooid en in hoeverre kan de introductie van kwaliteitshandvesten aansluiten op die verschillende activiteiten en systemen?

De beantwoording van de eerste vraag vindt plaats in hoofdstuk 2. In dat hoofdstuk wordt de historische ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid in Nederland beschreven dat begint in de jaren negentig. Bij die beschrijving hebben we de volgende aspecten relevant geacht voor de mogelijke introductie van kwaliteitshandvesten:

- patiënt-/cliëntgerichtheid van de zorg en het kwaliteitsbeleid;
- communicatie over wat men kan verwachten van zorgverlening (transparantie/verantwoording);
- de normering van kwaliteitsaspecten in de gezondheidszorg;
- en imagovorming.

Ondanks dat het ministerie van VWS beleid ontwikkelt voor kwaliteit in de gezondheidszorg zijn er (grote) verschillen tussen sectoren wat betreft de invulling van het beleid en zelfs binnen sectoren zijn er verschillen (Sluijs et al., 2006; Sluijs et al., 2000). Voor een succesvolle introductie van kwaliteitshandvesten is het nodig dat ze goed aansluiten bij de meest dominante kwaliteitsinstrumenten die per sector worden ingezet. Onder meest dominante kwaliteitsinstrumenten verstaan we die initiatieven die in de betreffende sector als belangrijke kwaliteitsinstrumenten worden beschouwd en in de praktijk worden gebruikt. De tweede onderzoeksvraag luidt dan ook:

2. Welke dominante activiteiten en systemen gericht op kwaliteitsbeleid in de zorg

worden er op het niveau van de individuele zorgaanbieders ontplooid en in hoeverre sluit de introductie van kwaliteitshandvesten aan bij die verschillende activiteiten en systemen?

De beantwoording van de tweede vraag vindt plaats in hoofdstuk 3. In dat hoofdstuk worden per sector de meest dominante voorbeelden genoemd. De sectoren die in dit onderzoek aan bod komen zijn: de ziekenhuizen, de eerstelijns zorg, de verpleeg- en verzorgingshuizen, de thuiszorg, de GGZ-instellingen, de gehandicaptenzorg en de openbare gezondheidszorg. Bij de bespreking van het kwaliteitsbeleid per sector komt in ieder geval naar voren:

- in hoeverre de patiënt-/cliëntgerichtheid van de zorg deel uitmaakt van het kwaliteitsbeleid in die sector;
- of er binnen de sector overeenstemming is over welke aspecten van de zorg belangrijk zijn en;
- of daar normen voor opgesteld zijn.

We veronderstellen dat deze aspecten voorwaardenscheppend zullen zijn voor de mogelijke introductie van kwaliteitshandvesten.

Aangezien bij kwaliteitshandvesten de actieve betrokkenheid van klanten centraal staat hebben we het ook relevant geacht om in de zorg na te gaan of er al instrumenten aanwezig zijn waarbij individuele zorggebruikers actief betrokken worden om te beoordelen of een zorgaanbieder zich aan de (door de aanbieder aangegeven) normen houdt. Tenslotte wordt besproken wat volgens zorggebruikers belangrijke aspecten van die sector zijn en waar verbetering op behaald kan worden. Dit geeft inzicht in de servicenormen waar een kwaliteitshandvest voor de betreffende sector zich op kan richten.

Tenslotte is per 1 januari 2007 de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) in werking getreden. De Wmo geeft gemeenten (dus overheidsinstellingen) de opdracht om de maatschappelijke ondersteuning te regelen die eerst onder de AWBZ viel. Hiermee krijgen overheidsinstellingen, die al verplicht worden om met kwaliteitshandvesten te werken, een taak in de gezondheidszorg. Dit maakt het relevant na te gaan in hoeverre kwaliteitshandvesten bij gemeenten kunnen bijdragen aan het kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg.

Kwaliteitshandvesten kunnen hier mogelijk een rol in spelen. Dit valt af te leiden uit het feit dat de uitvoering van de Wmo in handen van de gemeenten is en dat de toepassing van servicenormen op diensten van de gemeenten al gebruikelijk is. Om op deze ontwikkeling in te kunnen haken wordt in deze rapportage nagegaan of kwaliteitshandvesten ingezet kunnen worden bij de uitvoering van de Wmo. De derde vraag van dit onderzoek luidt daarom:

3. Kunnen kwaliteitshandvesten een rol spelen bij de goede uitvoering van de Wmo en in hoeverre kan de introductie van kwaliteitshandvesten dan aan die uitvoering bijdragen?

Ook deze vraag wordt beantwoord in het derde hoofdstuk. Of en in hoeverre

kwaliteitshandvesten een rol kunnen spelen bij een goede uitvoering van de Wmo zal moeten blijken uit een nadere beschrijving van de doelstellingen en de (verwachte) uitwerking van de Wmo.

Aan de hand van de bevindingen uit het tweede en het derde hoofdstuk wordt in het slothoofdstuk beschreven wat dit nu uiteindelijk inhoudt voor de toepasbaarheid van kwaliteitshandvesten in de gezondheidszorg.



## 2 De ontwikkelingen binnen het door de overheid ontwikkeld kwaliteitsbeleid voor de gezondheidszorg

Kwaliteitsverbetering binnen de gezondheidszorg is een belangrijk speerpunt van het ministerie van VWS. Dat de overheid zich met dit onderwerp moet bezighouden leidt ze af uit art. 22 van de grondwet. Daarin staat dat de overheid maatregelen moet treffen ter bevordering van de volksgezondheid. Dit artikel geeft de overheid de verantwoordelijkheid dat ze zich moet inspannen voor een gezondheidszorg, waarin *'voorzieningen goed beschikbaar en bereikbaar zijn, financieel toegankelijk en kwalitatief van een goed niveau'* (Dute, 2000). Daarom houdt de overheid zich bezig met kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg.

Om te bepalen of er op nationaal niveau voor kwaliteitshandvesten toepassingsmogelijkheden zijn in de gezondheidszorg zal er eerst inzicht moeten zijn in de ontwikkelingen die tot nu toe binnen het kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg hebben plaatsgevonden. De beschrijving van die ontwikkelingen in dit hoofdstuk pretendeert niet een volledige beschrijving van kwaliteitsverbetering binnen te gezondheidszorg te geven maar een pragmatische beschrijving waarbij met name aandacht wordt geschonken aan de aspecten die relevant zijn voor kwaliteitshandvesten (zie paragraaf 2.1 t/m 2.5). Onder relevante aspecten wordt verstaan die aspecten die zich bezig houden met patiënt-/cliëntgerichtheid, communicatie over wat men kan verwachten van zorgverlening (transparantie/verantwoording), de normering van kwaliteitsaspecten en imagovorming. Daarnaast moet er voor een inzicht in de toepassingmogelijkheden worden vastgesteld in hoeverre deze aspecten belangrijk zijn in de gezondheidszorg (zie paragraaf 2.6).

### 2.1 De aanzet tot kwaliteitsbeleid begin jaren 90: Nota kwaliteit van zorg 1991

Het huidige kwaliteitsbeleid van de overheid vindt zijn oorsprong in de Nota kwaliteit van zorg (Tweede Kamer 1990-1991, 22 113, nr. 2). In die nota wordt gesteld dat er op bestuurlijk niveau met name twee redenen waren voor de overheid om beleid te ontwikkelen op het gebied van kwaliteit van zorg. Ten eerste noemt de nota als reden een nieuwe bestuurlijke visie op de taken en verantwoordelijkheden van de overheid (waaronder de IGZ) en de veldpartijen in de zorgsector. Daarnaast werd vastgesteld dat het toenmalige wettelijke systeem niet langer voldeed om te kunnen sturen op kwaliteit. Naast het bestuurlijk niveau werd er op zorginhoudelijk niveau vastgesteld dat er, ondanks de relatief hoge kwaliteit van de zorgverlening in Nederland, ook knelpunten bestonden die opgelost moesten worden door een koerswijziging van het tot dan toe gevoerde beleid.

De weg die de overheid bij het ontwikkelen van kwaliteitsbeleid heeft gekozen is zelfordening. De gedachte hierachter was dat al te veel overheidsbemoediging verstarrend zou werken, onvoldoende flexibel zou zijn, niet of nauwelijks te handhaven zou zijn en door het veld moeilijk geaccepteerd zou worden. Daarom werd besloten dat de overheid het kader zou vaststellen waarbinnen het veld het kwaliteitsbeleid verder zou uitwerken. Centraal in dat kader staat het begrip ‘verantwoorde zorg’. Daaronder wordt verstaan, zorg die:

- beantwoordt aan de reële behoefte van de patiënt,
- van inhoudelijk goed niveau is,
- doelmatig wordt verleend en
- patiëntgericht wordt verleend.

De positie van de patiënt vervult dus een centrale rol in de uitwerking van het kwaliteitsbeleid. Zorg moet immers aansluiten bij de behoefte van de patiënt en patiënt gericht worden verleend. Tot dan toe was de organisatie van de gezondheidszorg altijd gericht geweest op het aanbod van zorg. Dat de patiënt centraal moest staan in het zorgproces betekende dus een omslag van aanbodsturing naar vraaggestuurde zorg.

Dat het veld zelf ook actief aan de ontwikkeling van kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg wou (mee)werken blijkt uit het initiatief van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG) om in 1989 een conferentie over dit onderwerp te houden. Naast de overheid waren op die conferentie ook de zorgaanbieders, de financiers en zorggebruikers vertegenwoordigd. In 1990 is een vervolgcferentie gehouden waarbij afspraken tussen de partijen zijn gemaakt. Deze afspraken worden inmiddels met enige regelmaat geëvalueerd (Sluijs et al., 2000; Sluijs et al., 2006) en staan beter bekend als de “Leidschendam conferenties” (Harteloh et al., 1998).

## **2.2 De introductie van het wettelijk kader halverwege de jaren negentig**

Tijdens de eerste Leidschendam conferentie werd vastgesteld dat de primaire verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van zorg bij de zorgaanbieders ligt. Wetgeving op dit gebied richt zich dan ook primair tot deze aanbieders, zoals blijkt uit de totstandkoming van de kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet-BIG). In deze wetten is het eerder genoemde begrip ‘verantwoorde zorg’ de centrale norm geworden (Legemaate et al., 2000). Naast deze wetten, die doorgaans als kwaliteitswetten worden aangemerkt, zijn er ook wetten die zich richten op de rechten van de patiënt. Deze laatste wetten dragen bij aan de patiënt-/cliëntgerichtheid van de zorg en zijn in dat kader ook relevant voor deze rapportage. Dit zijn de wet klachtrecht cliënten zorgsector, de wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen en de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. De vijf genoemde wetten vormen het wettelijk kader waarbinnen het kwaliteitsbeleid wordt gerealiseerd.

### *De kwaliteitswet zorginstellingen*

De kwaliteitswet zorginstellingen, van kracht geworden in 1996, bestaat uit een beperkt



aantal open normen, die ruimte geven voor eigen invulling. Daarbij houdt de overheid de mogelijkheid om met specifiekere voorschriften (per sector) te komen als de invulling van die normen achterwege blijft. Het doel van de wet is om waarborgen te scheppen ter handhaving van het bestaande hoge niveau van de kwaliteit van zorg in Nederland en om verbetering van de kwaliteit van zorg te stimuleren (Casparie et al., 2001).

De wet richt zich specifiek op alle instellingen die organisatorische verbanden zijn en waarin zorg wordt verleend. De wet bevat een viertal algemene normen. Ten eerste moeten zorginstellingen verantwoorde zorg leveren (art. 2). Om dat te bereiken draagt de instelling zorg voor de organisatie, kwalitatief en kwantitatief voor de voorziening van personeel en middelen, en voor een verantwoordelijkheidstoedeling. Kortom, de zorginstelling is verantwoordelijk voor de vereiste organisatie van zorg in zijn instelling (art. 3). Ten derde moeten instellingen gestalte geven aan een kwaliteitstelsel, dat bijdraagt aan de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg (art. 4). En tenslotte moet de instelling door middel van een jaarverslag verantwoording afleggen (art. 5) over hetgeen zij in een kalenderjaar heeft uitgevoerd in het kader van de artikelen 2, 3 en 4 en de kwaliteit van zorg.

#### *De wet-BIG*

De in 1997 in werking getreden Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) heeft als doel het beschermen van burgers tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen op het gebied van de individuele gezondheidszorg en het bevorderen en bewaken van de kwaliteit van de beroepsuitoefening (Cuperus-Bosma et al., 2002). De wet-BIG richt zich hiermee op de kwaliteit van de individuele beroepsbeoefenaar. Art. 40 in de wet stelt dat ook de zorgverlening van individuele beroepsbeoefenaren, die niet onder de kwaliteitwet zorginstellingen vallen, moet voldoen aan de eis van verantwoorde zorg. Voor een individuele beroepsbeoefenaar houdt dit in dat hij verantwoordelijk is voor de wijze waarop hij zijn beroepsuitoefening heeft georganiseerd en voor de voorziening van het benodigde materieel. Dit zelfde artikel stelt dat ook bij de individuele beroepsbeoefening de systematische bewaking, beheersing en verbetering van zorg onderdeel moet uitmaken van het zorgproces.

Een belangrijk aspect in de wet-BIG is de bescherming van acht beroepen.<sup>1</sup> Zonder een inschrijving in het BIG-register is het verboden om de titel die bij één van deze beroepen behoort te voeren. Deze bescherming van bepaalde beroepen heeft te maken met het uitgangspunt van de wet-BIG. Volgens de wet mag immers in beginsel iedereen handelingen op het gebied van de gezondheidszorg verrichten, tenzij deze handeling behoort tot de zogenaamde voorbehouden handelingen. Deze voorbehouden handelingen mogen alleen door beroepsbeoefenaren die in het BIG-register staan ingeschreven worden uitgevoerd.

#### *Wet klachtrecht cliënten zorgsector*

De in 1995 ingevoerde Wet klachtrecht cliënten zorgsector (WKCZ) verplicht iedere instelling of individuele beroepsbeoefenaar tot het hebben van een klachtenregeling. De wet is bedoeld om cliënten in de zorgsector de mogelijkheid te geven om hun onvrede over geleverde zorg door een onafhankelijke institutie te laten toetsen. De uitspraak van

---

<sup>1</sup> Arts, tandarts, apotheker, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, fysiotherapeut, verloskundige en verpleegkundige.

de onafhankelijke klachtencommissie over de gegrondheid van de klacht moet bij de klager bijdragen aan een gevoel van genoegdoening. Daarnaast moet de inhoudelijke behandeling van de klacht inzicht geven in de kwaliteit van de geleverde zorg (of het gebrek daaraan). Dit inzicht vormt input voor de zorgaanbieders om hun kwaliteit te verbeteren (Arends et.al., 2000b; Friele et al., 1999). Uit onderzoek blijkt echter dat zorggebruikers slechts in beperkte mate tevreden zijn met wat er met een klacht wordt gedaan (Friele et al., 2006).

#### *Wet medezeggenschap cliënten zorgsector*

De doelstelling van de Wet medezeggenschap cliënten zorgsector (WMCZ) is om de medezeggenschap van cliënten in de zorgsector te bevorderen. De wet is in 1996 van kracht geworden en moet bewerkstelligen dat er voldoende rekening wordt gehouden met de wensen en de behoeften van de zorggebruiker. Daartoe stelt de wet een geïnstitutionaliseerde cliëntenvertegenwoordiging (de cliëntenraad) verplicht, die zich ontfemt over de belangenbehartiging van cliënten in de instelling. Voor deze belangenbehartiging stelt de wet een zogenaamd adviesrecht en een instemmingsrecht aan de cliëntenraad beschikbaar (Arends et.al., 2000a; Savornin Lohman et al., 2000).

#### *Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst*

De doelstelling van deze wet is het verduidelijken en versterken van de rechtspositie van de patiënt, rekening houdend met de eigen verantwoordelijkheid van de hulpverlener voor zijn handelen als goed hulpverlener (Dute et al., 2000). Deze in 1996 ingevoerde wet bevat een aantal (algemene) rechten die zorggebruikers hebben ten opzichte van hulpverleners. De belangrijkste rechten zijn: informed consent, de geheimhouding, de rechten rondom het dossier (waaronder inzage recht) en de rechten rondom wilsonbekwaamheid en vertegenwoordiging (Arends et.al., 2000a).

### **2.3 De invulling van het wettelijk kader: de implementatie van kwaliteitssystemen**

De invulling van het wettelijk kader vond aanvankelijk plaats door de implementatie van kwaliteitssystemen in zorginstellingen. De kern van een kwaliteitssysteem is dat er afspraken zijn gemaakt en vastgelegd over de organisatorische structuur, de verantwoordelijkheden, de procedures en de middelen die moeten bijdragen aan de kwaliteitsborging en verbetering van de zorg (Wagner, 1999). Om de buitenwereld inzicht te geven hoe het gesteld was met het kwaliteitsbeleid binnen een organisatie introduceerde men een systematiek die al langer door profit organisaties werd gehanteerd, namelijk certificering.

#### *Certificering*

Bij certificering staat het werken volgens een kwaliteitssysteem centraal. Daarmee sluit certificering nauw aan bij de gedachte van de wetgever dat systematische bewaking, beheersing en verbetering van zorg onderdeel moet uitmaken van het zorgproces (zie art. 4 Kwaliteitswet zorginstellingen en art. 40 wet-BIG). In de gezondheidszorg zijn er verschillende organisaties actief die zich bezighouden met de ontwikkeling en

implementatie van kwaliteitscertificaten (keurmerken). Twee grote organisaties die zich hier specifiek mee bezighouden zijn het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ) en de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ). Het NIAZ baseert zich op het INK-model dat bestaat uit 9 aandachtsgebieden, daarbij onderscheidt INK vijf organisatie- en vier resultaatgebieden (waaronder de ervaring van klanten) ([www.ink.nl](http://www.ink.nl)). Het HKZ hanteert het Harmonisatiemodel voor Externe Kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector. Dit model bestaat uit 9 rubrieken. Ook in dit model speelt de klantgerichtheid een belangrijke rol. De kern van beide modellen is dat de structuur en processen worden genormeerd. Daarnaast heeft bijvoorbeeld ook een beroepsvereniging zoals het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) in samenwerking met de Radboud Universiteit een systeem voor praktijkaccreditering ontwikkeld. De toetsing richt zich daarbij op de praktijkorganisatie, de bedrijfsvoering en de financiën, het medisch handelen en het oordeel van zorggebruikers.

#### *Treeknormen*

Naast dat er binnen organisaties afspraken werden gemaakt over kwaliteit bleek het voor de wachttijden in de zorg (een deelaspect van de kwaliteit) ook noodzakelijk om afspraken tussen organisaties & sectoren te maken. Er waren immers grote verschillen in wachttijden/wachtlijsten tussen regio's, steden, instellingen en specialisten voor zowel cure als care.

In 1999 heeft het zogenaamde Treekoverleg overeenstemming bereikt over maatschappelijk aanvaardbare wachttijden in de curatieve zorg. In 2000 is dit ook voor de care bereikt. In de notitie (Treekoverleg, 2001) wordt vastgesteld dat een zekere wachttijd acceptabel is, maar dat een problematische wachttijd niet aanvaardbaar is. De treeknormen geven het onderscheid tussen een acceptabele wachttijd en een problematische wachttijd aan. Daarnaast dragen de normen bij aan de transparantie van wachttijden. Aan overschrijding van de treeknormen zijn echter geen consequenties verbonden. Inmiddels lijken de treeknormen aan actualiteit te hebben verloren.

## **2.4 De kwaliteitsbrief 2002: meer nadruk op initiatieven waarbij het accent op het inzichtelijk maken van kwaliteit ligt**

Aan het begin van deze eeuw bleek dat er ondanks de vele inspanningen in het veld nog steeds te weinig instellingen waren met een volledig kwaliteitssysteem (Casparie et al., 2001) en dat de kwaliteitsborging in de zorg nog steeds onvoldoende was (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2002). De staatssecretaris reageerde eind van dat jaar op deze bevindingen met een brief aan de Tweede Kamer (Tweede Kamer 2002-2003, 28 439, nr. 2). In deze kwaliteitsbrief werd geconcludeerd dat er een omslag moest worden gemaakt in het kwaliteitsbeleid. Deze omslag moest bestaan uit *'het verbeteren van de kwaliteit van zorg door betere en snellere toepassing van vernieuwingen in de praktijk, door samen verantwoordelijkheid te nemen, ruimte daarvoor te scheppen, door transparantie en verantwoording'*. Effectief toezicht en afrekenen werd daarbij als sluitstuk beschouwd. Hiermee kwam de nadruk in het kwaliteitsbeleid te liggen op verantwoordelijkheid nemen en afleggen door het transparant maken van het proces en de uitkomsten van zorg.

Instrumenten die daaraan moesten bijdragen zijn: de jaardocumenten, de ontwikkeling van (prestatie)indicatoren, het ontwikkelen van instrumenten om de tevredenheid en ervaringen van zorggebruikers inzichtelijk te maken (zoals de CQ-indexen), de implementatie van de keuzewebsite [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) en de verbetertrajecten zoals Sneller Beter, Zorg voor Beter en Beter Voorkomen. Maatschappelijke verantwoording afleggen trad hiermee meer op de voorgrond, waarbij de verschillende partijen elk zo hun eigen belang hebben bij het transparant maken van de zorg en het kwaliteitsbeleid (zie tabel 2.1).

Tabel 2.1 Overzicht van partijen en hun belang bij het transparant maken van de zorg

Zorggebruikers	Bij het kiezen van een zorgaanbieder of een zorgverzekeraar
Zorgaanbieders	Bij het verbeteren van de kwaliteit van de zorg die zij leveren
Verzekeraars	Bij het inkopen van de zorg
Cliëntenorganisaties	Bij de behartiging van de belangen van hun leden
Inspectie (IGZ) en de Nederlandse Zorgautoriteit	Bij het toezicht op de zorg
Het ministerie van VWS	Bij het in de gaten houden, het scheppen van voorwaarden, stimuleren en afspraken maken over de effectiviteit, veiligheid en patiënt-/cliëntgerichtheid van de zorg op landelijk niveau

Bron: D. Delnoij, CAHPS-QUOTE een gestandaardiseerde systematiek voor het meten en rapporteren van ervaren kwaliteit van zorg. Presentatie 7-6-2006 ZonMw.

Hieronder worden de verschillende instrumenten behandeld die worden ingezet om de zorg en het kwaliteitsbeleid transparant te maken.

#### *Jaardocumenten*

Een eerste aanzet om kwaliteit(sbeleid) van zorgaanbieders transparant te maken is terug te vinden in de kwaliteitswet zorginstellingen. Artikel 5 legt instellingen de verplichting op om jaarlijks verslag te doen van het kwaliteitsbeleid van de instellingen en de resultaten die daarbij zijn gehaald. Een aantal specifieke onderwerpen moeten daarbij stevast aan bod komen (art. 5 lid 2):

- sub a. of en, zo ja, op welke wijze hij patiënten of consumenten bij zijn kwaliteitsbeleid heeft betrokken;
- sub b. de frequentie waarmee en de wijze waarop binnen de instelling kwaliteitsbeoordeling plaatsvond en het resultaat daarvan;
- sub c. welk gevolg hij heeft gegeven aan klachten en meldingen over de kwaliteit van de verleende zorg.

Deze jaarverslagen moeten openbaar ter inzage worden aangeboden. In de kwaliteitsbrief uit 2002 werd vermeld dat zorgaanbieders weliswaar resultaten op het gebied van hun kwaliteitsbeleid openbaar maakten in hun kwaliteitsjaarverslagen, maar dat deze voor buitenstaanders vaak lastig te interpreteren was. De resultaten op zich zeiden niet altijd wat en vergelijking met andere organisaties was niet mogelijk, omdat de getallen niet eenduidig waren (het was appels met peren vergelijken). Het ontwikkelen van eenduidige, landelijke indicatoren moest hier een eind aan brengen.

Sinds 2005 wordt er tevens gebruik gemaakt van een Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. Doordat verschillende organisaties (zoals CBS en de overheid) gegevens (indicatoren) van zorgaanbieders willen gebeurde het regelmatig dat gegevens dubbel werden opgevraagd. Het Jaardocument bundelt jaarlijkse verplichtingen op grond van wet- en regelgeving samen in één document. Alle zorginstellingen krijgen jaarlijks hetzelfde document om in te vullen, wanneer dat van toepassing is wordt er voor een specifiek sector een bijlage toegevoegd. Het is de bedoeling dat met dit document de administratieve lastendruk wordt verminderd. Kortom, in het Jaardocument worden de resultaten van de indicatoren opgenomen.

### *Indicatoren*

Indicatoren worden doorgaans gedefinieerd als ‘een meetbaar element dat een signalerende functie heeft’. Kwaliteitsindicatoren geven dus een signaal af over de kwaliteit van het aspect dat gemeten wordt. Wanneer niet vaststaat wat de norm voor een bepaald aspect is, dan is het lastig om te zeggen of iets goed of slecht is. Wanneer verschillende zorgaanbieders op eenduidige wijze indicatoren meten en registreren kan in ieder geval worden vastgesteld welke zorgaanbieders het beter doen dan het gemiddelde en welke het slechter doen (relatieve normering). Deze techniek noemt men benchmarken. Benchmarken wordt dan ook wel gedefinieerd als ‘*het vergelijken van prestaties van instellingen, met het doel hen aanknopingspunten te bieden voor het verbeteren van de bedrijfsvoering en daarmee van de kwaliteit of financiële prestaties*’ (PriceWaterhouseCoopers, 2005).

Indicatoren kunnen voor verschillende doeleinden gebruikt worden. Voor de zorgaanbieders zelf geven ze bijvoorbeeld inzicht in de kwaliteit van het eigen handelen. Een benchmark kan daarbij door middel van de input van de best-practices zorgaanbieders stimuleren zichzelf te verbeteren.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gebruikt indicatoren in het kader van hun gelaagd en gefaseerd toezicht. Wanneer een indicator in de eerste fase van het toezicht een opmerkelijk resultaat laat zien brengt de Inspectie in de tweede fase van haar toezicht een bezoek aan de betreffende zorgaanbieder om uit te zoeken hoe dit komt.

### *CQ-indexen*

In juni 2006 werd de CQ-index geïntroduceerd ([www.zonmw.nl](http://www.zonmw.nl)). Dit instrument heeft als doel om inzichtelijk te maken wat zorggebruikers belangrijk vinden en hoe zij de zorg hebben ervaren. In de jaren ervoor was al met behulp van verschillende systematieken ervaring opgedaan hoe je nu het beste de kwaliteit van zorg vanuit het patiëntenperspectief kan meten. Uiteindelijk werd besloten om tot één standaard te komen.

De CQ-index is gebaseerd op de CAHPS-systematiek ([www.caphs.ahrq.gov](http://www.caphs.ahrq.gov)) en de QUOTE-systematiek ([www.nivel.nl](http://www.nivel.nl)). Bij de ontwikkeling van CQ-index vragenlijsten hebben zorggebruikers een grote inbreng. Door middel van focusgroepgesprekken en/of diepte-interviews met hen worden die onderwerpen in de vragenlijst opgenomen die er volgens hen toe doen en die ze eenvoudig kunnen waarnemen en beoordelen. Dit zijn voor een deel serviceaspecten. Over het algemeen noemen zij tijdens die focusgroepgesprekken de volgende punten:<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> In bijlage 1 worden deze punten verder uitgewerkt.

- Bejegening door de zorgaanbieders
- Deskundigheid van de zorgaanbieder
- Bereikbaarheid van de praktijk/organisatie
- Toegankelijkheid van de praktijk/organisatie
- Informatie over eigen gezondheid en de gebruikelijke procesgang
- Keuzevrijheid
- Informatie over de samenwerking
- Informatie over de zorguitkomsten

Aan de hand van de uitkomsten van de focusgroepgesprekken wordt dan een vragenlijst opgesteld. Een voorbeeld van een dergelijke vraag is: *'Hoe vaak is de zorgaanbieder overdag (van 9 tot 17 uur) telefonisch goed te bereiken?'*. De respondent kan doorgaans kiezen uit de antwoordcategorieën 'nooit', 'soms', 'meestal', 'altijd'.

De belangrijkste kenmerken van de CQ-index zijn dat het instrument meerdere informatiebehoefte dient, een modulaire opbouw heeft, ervaringen in plaats van tevredenheid meet en dat het instrumenten de mogelijkheid biedt om vergelijkingen tussen sectoren te maken.

Inmiddels is de CQ-index als standaard vastgesteld om ervaringen van zorggebruikers inzichtelijk te maken. Daarom is voor de ontwikkeling van CQ-indexen een geprotocolleerd stappenplan ontwikkeld, waarbij onder andere vastgesteld wordt wat zorggebruikers belangrijke aspecten van de zorg vinden en die verbetering behoeven (constructiefase en psychometrische testfase). Een ander aspect van het stappenplan is een selectie van die aspecten waarop zorggebruikers van elkaar verschillen (discriminerend vermogen).

Op termijn is het de bedoeling dat iedere zorgaanbieder de CQ-index gebruikt en dat resultaten tussen zorgaanbieders kunnen worden vergeleken. Op dit moment zijn er voor verschillende patiëntengroepen CQ-indexen in ontwikkeling. Om te voorkomen dat er verschillende soorten CQ-indexen in omloop raken is het Centrum Klantervaring Zorg opgericht ([www.centrumklantervaringzorg.nl](http://www.centrumklantervaringzorg.nl)). Deze organisatie heeft als doelstelling om zich bezig te houden met de coördinatie en afstemming van de ontwikkeling, de implementatie en de uitvoering van de verschillende CQ-indexen.

*[www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl)*

KiesBeter is een website, die bedoeld is om gebruikers van zorg informatie over individuele zorgaanbieders te verschaffen. De website geeft bijvoorbeeld contactinformatie over zorgaanbieders bij de zorggebruiker in de buurt, welke behandelingen zij doen, wat hun doelgroepen zijn etc. De informatie die op de website beschikbaar is is afkomstig van verschillende organisaties, het beheer van de site ligt bij het centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

## **2.5 Huidige speerpunten van het overheidsbeleid**

Op haar website vermeldt het ministerie van VWS dat het huidige kwaliteitsbeleid zich op de volgende drie punten richt ([www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)):

- “1. **Meer inzicht geven in de geboden kwaliteit.** Door gegevens over de kwaliteit van zorg met elkaar te vergelijken ontstaat meer inzicht in de verschillen. Hierdoor kan de overheid verbeteringen sneller doorvoeren. Ook door te spreken met betrokken partijen stimuleert VWS het inzicht in en het draagvlak voor kwaliteit van de zorg.
2. **Meer toezicht houden op de kwaliteit van zorg.** De IGZ bewaakt in Nederland de kwaliteit van de zorg, maar ook instellingen zelf kunnen – bijvoorbeeld via onafhankelijk onderzoek - de kwaliteit toetsen. De IGZ heeft voor ziekenhuizen kwaliteitsindicatoren over goede en veilige zorg ontwikkeld. Voor instellingen in de langdurende zorg is het toezicht door de IGZ verscherpt.
3. **Verbeteringen sneller doorvoeren.** Met tijdelijke actieprogramma's bevordert de overheid een snellere invoering van goed lopende projecten op grote schaal. Voor de curatieve zorg is er het programma Sneller Beter ([www.snellerbeter.nl](http://www.snellerbeter.nl) (b)), voor de langdurende zorg is dat Zorg voor Beter ([www.zorgvoorbeter.nl](http://www.zorgvoorbeter.nl)). Het landelijke programma Beter Voorkomen ([www.betervoorkomen.nl](http://www.betervoorkomen.nl)) geeft een impuls aan de kwaliteit van de publieke gezondheidszorg. Zorgverzekeraars hebben daarnaast een databank met protocollen en procedures opgebouwd voor de inkoop van zorg.”

Een samenvatting van de verbeterprogramma's is opgenomen in bijlage 2.

## 2.6 Beschouwing kwaliteitsbeleid door de overheid

Een terugblik op het kwaliteitsbeleid van begin jaren negentig tot op heden laat zien dat er in de loop van de tijd een aantal verschuivingen hebben plaatsgevonden.

### *Patiënt-/cliëntgerichtheid*

Ten eerste zien we dat patiënt-/cliëntgerichtheid steeds meer een centrale rol toebedacht heeft gekregen in het kwaliteitsbeleid. Dit blijkt uit een aantal initiatieven, zoals de ontwikkeling van de CQ-index en de website van KiesBeter. De patiënt is dus een belangrijke rol gaan spelen in het kwaliteitsbeleid (versterken/verduidelijken positie van de patiënt).

### *Communicatie over verwachtingen van zorgverlening (transparantie/verantwoording)*

In het verlengde hiervan wordt er steeds meer aandacht besteed aan de communicatie over de kwaliteit van de geboden zorgverlening. Met name door nadruk te leggen op het gebruik van indicatoren streeft de overheid ernaar om de gezondheidszorg steeds meer transparant te maken.

Dat de overheid streeft naar meer transparantie valt ook af te leiden uit het feit dat er in de afgelopen jaren een verschuiving heeft plaatsgevonden van de nadruk op de kwaliteit van bedrijfsprocessen (interne structuur), naar de nadruk op de kwaliteit van de zorg zelf en naar de uitkomsten van het primaire proces. Hiermee is het mogelijk geworden om niet alleen intern tot verbetering te komen maar ook extern verantwoording af te kunnen leggen. Rondom de introductie van de Kwaliteitswet zorginstellingen lag de nadruk van het overheidsbeleid immers met name op het implementeren van een kwaliteitssysteem en het aantoonbaar vastleggen van kwaliteitsmanagement activiteiten (zie bijvoorbeeld structuur en procesbewaking). Tegenwoordig ligt de nadruk vooral op het inzichtelijk

maken van de resultaten (wat ook een onderdeel van een kwaliteitssysteem is) van de geboden zorgverlening (zie bijvoorbeeld de ontwikkeling van de indicatoren).

#### *Normering van kwaliteitsaspecten*

Zowel bij de bewaking van de structuur en het proces van de zorg, als het inzichtelijk maken van de resultaten van de geboden zorgverlening (de uitkomsten) speelt normering een belangrijke rol. Door middel van normering wordt bepaald wanneer een zorgaanbieder het goed doet en wanneer niet. Bij structuur en procesbewaking worden normen opgesteld die bepalen welke structurelementen er in een organisatie aanwezig moeten zijn en hoe processen moeten worden uitgevoerd. Bij het inzichtelijk maken van de resultaten van de zorgverlening worden de uitkomsten van zorgprocessen genormeerd. Een voorbeeld hiervan is het gebruik van indicatoren. Het gaat hierbij dan voornamelijk om relatieve normering.

#### *Imagovorming*

Tenslotte heeft de openheid over prestaties van zorgaanbieders automatisch gevolgen voor het imago van individuele organisaties. Doordat het mogelijk is om individuele zorgaanbieders met elkaar te kunnen vergelijken ontstaan er ‘goede’ en ‘slechte’ zorgaanbieders. Voorbeelden hiervan zijn de ranglijsten die in dagbladen en tijdschriften worden gepubliceerd. Dit lijkt echter geen bewuste keuze, maar is inherent aan het publiceren van gegevens en benchmarking.

#### *De betekenis van deze bevindingen voor de toepassingsmogelijkheden van kwaliteitshandvesten*

In het kwaliteitsbeleid van de zorg zien we dat er verschillende initiatieven worden ondernomen om tot cliënt-/patiëntgerichtheid, communicatie over resultaten (transparantie/verantwoording), de normering van kwaliteitsaspecten en imagovorming te komen. Bij kwaliteitshandvesten gaat het over het helder communiceren van kwaliteitsnormen naar de klant en het voor de klant mogelijk maken om een dienstverlener aan te spreken indien de norm niet wordt gehaald. Bij het niet halen van de norm zal de dienstverlener aangeven wat er in dat geval zal worden gedaan (“compensatie” genoemd). Kwaliteitshandvesten sturen zo de verwachtingen en maken tegelijkertijd het begrip kwaliteit concreet door via de normen aan te geven aan welke kwaliteit een instelling zich minimaal wil verbinden. Verondersteld wordt dat deze werkwijze bijdraagt aan de imagovorming van dienstverleners.

De bevindingen uit dit hoofdstuk wijzen erop dat de kenmerken van een kwaliteitshandvest aansluit op het karakter van het kwaliteitsbeleid dat van toepassing is op de gezondheidszorg.



### 3 De meest dominante kwaliteitsinstrumenten binnen de verschillende gezondheidszorgsectoren

Ondanks dat het ministerie van VWS beleid ontwikkeld voor kwaliteit in de gezondheidszorg zijn er (grote) verschillen tussen sectoren wat betreft de invulling van het beleid en zelfs binnen sectoren zijn er verschillen (Sluijs et al., 2006; Sluijs et al., 2000). Doordat zorgaanbieders als zelfstandige organisaties worden gezien kunnen zij immers grotendeels zelf bepalen hoe hun kwaliteitsbeleid eruit ziet.

Voor welke sectoren de toepassing van kwaliteitshandvesten nu mogelijkheden biedt zal moeten blijken uit een beperkte analyse per sector. De sectoren die in dit onderzoek aan bod komen zijn: de ziekenhuizen, de eerstelijns zorg, de verpleeg- en verzorgingshuizen, de thuiszorg, de GGZ-instellingen, de gehandicaptenzorg en de openbare gezondheidszorg. Om te bepalen of er voor kwaliteitshandvesten toepassingsmogelijkheden zijn in de gezondheidszorg zal er in ieder geval inzicht moeten zijn in de initiatieven die door de verschillende sectoren en door individuele zorgaanbieders als de belangrijkste kwaliteitsinstrumenten worden beschouwd en in de praktijk worden gebruikt. Dit hoofdstuk behandelt daarom de meest dominante ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitsbeleid in een aantal sectoren. Daarnaast zal er ook inzicht moeten zijn in de aspecten die zorggebruikers belangrijk vinden in de zorg en waar verbetering op behaald kan worden. Dit staat immers centraal bij het gebruik van kwaliteitshandvesten.

Bij de analyses in dit hoofdstuk wordt per sector bekeken in hoeverre patiënt-/cliëntgerichtheid deel uitmaakt van het kwaliteitsbeleid in die sector, of er binnen de sector overeenstemming is over welke aspecten van de zorg belangrijk zijn en of daar normen voor opgesteld zijn. Verder wordt er in deze analyse per sector gekeken of er al kwaliteitsbeleid aanwezig is waarbij individuele zorggebruikers actief betrokken worden om te beoordelen of een zorgaanbieder zich aan de (door de aanbieder aangegeven) normen houdt. Tenslotte zal in dit hoofdstuk ook (waar mogelijk) per sector besproken worden wat volgens zorggebruikers belangrijke aspecten van die sector zijn en waar verbetering op behaald kan worden. Hiervoor baseren we ons op twee overzichtsstudies die in 2005 (Smit et al., 2005) en 2006 (Friele et al., 2006) door het NIVEL op dit gebied zijn verricht. Uit deze studies bleek overigens dat zorggebruikers over het algemeen erg tevreden zijn over de zorg die zij (hebben) ontvangen. In de toekomst zullen de resultaten die afkomstig van de CQ-indexen hier ook een goed beeld over kunnen geven, waarbij het ook mogelijk zal zijn om vergelijkingen tussen sectoren te maken.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Voor de sectoren die in dit onderzoek aan bod komen zijn er inmiddels voor de Verpleging, Verzorging en de Thuiszorg en de gehandicaptenzorg CQ-indexen vastgesteld. Voor de andere sectoren zijn de CQ-indexen in ontwikkeling. Voor een overzicht, zie: ([www.centrumklantervaringzorg.nl](http://www.centrumklantervaringzorg.nl))

### 3.1 Kwaliteitsbeleid in ziekenhuizen

#### Beschrijving van de sector

Ziekenhuizen zijn organisaties die een samenhangend pakket van medisch-specialistische zorg bieden. Het zijn geneeskundige centra die bestaan uit een concentratie van voorzieningen *'ten behoeve van onderzoek, behandeling en verpleging, van deskundig personeel en van deskundige medische staven'* (Boot et al., 2005). De zorg die in deze voorzieningen wordt geleverd is voornamelijk afkomstig van medisch specialisten en verpleegkundigen. Doordat het accent in ziekenhuizen op het grote aantal verschillende verrichtingen ligt verblijven zorggebruikers er over het algemeen relatief kort. Daarbij is er een onderscheid tussen zorggebruikers die de polikliniek bezoeken voor een ambulante behandeling en zorggebruikers die in de kliniek worden opgenomen voor een (meerdaagse) behandeling.

#### Algemeen beeld van kwaliteitssystemen in ziekenhuizen

In 2005 (Sluijs et al., 2006) blijkt 78% van de ziekenhuizen het kwaliteitsbeleid op schrift te hebben, 34% van de ziekenhuizen heeft een kwaliteitshandboek en 28% heeft een management informatiesysteem. Daarnaast doet 35% van de ziekenhuizen aan benchmarking en informeert 87% zorggebruikers schriftelijk over hun rechtspositie. Tot de top 3 van prioriteiten voor kwaliteitszorg van ziekenhuizen behoren (1) het herontwerpen van zorgprocessen, (2) werken volgens de PDCA<sup>2</sup> en (3) het implementeren van verbeterprojecten. Daarnaast staat het opzetten van een veiligheidsmanagement-systeem (VMS), in tegenstelling tot andere sectoren, ook hoog op de agenda.

#### Recente ontwikkelingen

##### *Veiligheidsmanagementsysteem*

Een veiligheidsmanagementsysteem *'omvat het geheel aan activiteiten, procedures en afspraken dat erop gericht is de patiëntveiligheid te bewaken en continue te verbeteren'* (Wagner et al., 2007). Een veiligheidsmanagementsysteem richt zich specifiek op het vergroten van inzicht in en vervolgens het verminderen van risico's en (vermijdbare) schade aan zorggebruikers. Hiermee onderscheidt het zich van een kwaliteitsmanagementsysteem dat zich richt op doelmatigheid, doeltreffendheid en patiënt-/cliëntgerichtheid. Een kwaliteitssysteem moet beide elementen in zich hebben. In 2004 signaleert Willems dat er een groeiende aandacht is voor het onderwerp patiëntveiligheid (Willems, 2004). Ook Wagner & Struben (2007) wijzen op het belang van patiëntveiligheid, naast de aandacht op kwaliteitsverbetering binnen instellingen. In 2008 wordt van instellingen verwacht dat ze over zo'n systeem beschikken.

##### *Indicatoren*

In samenwerking met verschillende belangenverenigingen<sup>3</sup> heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een set prestatie-indicatoren ontwikkeld die jaarlijks aan de ziekenhuizen wordt voorgelegd. Deze indicatoren moeten de kwaliteit van de zorg in

---

<sup>2</sup> PDCA staat voor Plan-Do-Check-Act. Het uitgangspunt van PDCA is procesbeheersing. Door voor elk bedrijfsproces deze vier stappen te doorlopen wordt het proces geoptimaliseerd met een maximaal resultaat als gevolg. Deze werkwijze moet een cyclisch proces zijn waardoor het werken volgens PDCA tot continue verbetering van het proces moet leiden.

<sup>3</sup> de Nederlandse Vereniging van ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van UMC's (NFU) en de Orde van Medisch Specialisten

ziekenhuizen transparant maken en inzicht geven in de risico's voor de zorggebruiker. Door middel van de indicatoren kunnen de ziekenhuizen maatschappelijke verantwoording van hun werkzaamheden afleggen. Daarnaast kunnen ze intern gebruikt worden om tot kwaliteitsverbetering te komen. In de bijlage is de meest recente lijst van indicatoren in ziekenhuizen opgenomen (zie bijlage 3).

#### ***Enkele voorbeelden van actieve betrokkenheid van zorggebruikers bij kwaliteitszorg***

##### *Patiëntveiligheidskaart*

De patiëntveiligheidskaart van de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie is een hulpmiddel om zorggebruikers actief te betrekken bij zorgverlening. De kaart bestaat uit 6 illustraties die de patiënt de volgende tips geven ([www.npcf.nl](http://www.npcf.nl)):

- geef alle informatie over uw gezondheidstoestand;
- geef het aan als u iets niet begrijpt;
- bespreek vooraf het verloop van uw operatie;
- schrijf op welke medicijnen u gebruikt;
- stel vragen als de medicijnen er anders uitzien dan u verwacht;
- volg de instructies en adviezen goed op.

Het doel van de patiëntveiligheidskaart is om schade die zorggebruikers ondervinden als gevolg van incidenten in het ziekenhuis te voorkomen. Met de patiëntveiligheidskaart krijgt de zorggebruiker aanwijzingen waar hij zelf op kan letten tijdens zijn verblijf in het ziekenhuis.

##### *Spiegelgesprekken*

Spiegelgesprekken<sup>4</sup> geven zorggebruikers de mogelijkheid om te vertellen hoe zij de aangeboden zorg ervaren hebben ([www.snellerbeter.nl](http://www.snellerbeter.nl) (d)). Bij deze gesprekken zijn de hulpverleners (slechts) toehoorders en wordt van hen verwacht dat ze niet in discussie gaan met de zorggebruikers. Het doel van deze gesprekken is immers inzicht te krijgen in “*de ideeën en gevoelens van personen over een bepaald probleem of fenomeen*” (Witman, 2001). Dit geeft voor hulpverleners input om de aangeboden zorg naar aanleiding van dit inzicht aan te passen. Dit kan onder andere leiden tot verbetering van de nazorg, de opname procedure, het ontslagbeleid en de informatieverschaffing.

##### *Het vereenvoudigen van het maken van afspraken*

Een ander voorbeeld van kwaliteitsbeleid waarbij de patiënt nauw betrokken is is het vereenvoudigen van het maken van afspraken in een ziekenhuis. Er zijn verschillende projecten die deze doelstelling nastreven. We noemen enkele willekeurige voorbeelden. @-pointment is een project waarbij het voor zorggebruikers mogelijk is gemaakt om via internet een afspraak met een specialist in te plannen ([www.snellerbeter.nl](http://www.snellerbeter.nl) (e)). OK-datum voor patiënt is een project waarbij, zodra bekend is dat een patiënt op de OK behandeld moet worden, er met de patiënt een datum wordt vastgesteld wanneer dit zou gebeuren ([www.snellerbeter.nl](http://www.snellerbeter.nl) (c)). Het is dus voor de zorggebruiker al in een vroeg stadium duidelijk wanneer hij wordt geopereerd. Dit in tegenstelling tot de oorspronkelijk situatie waarbij zorggebruikers op een wachtlijst werden gezet en ze een vage indicatie kregen wanneer de operatie ongeveer zou plaatsvinden.

**Zorggebruikers over wat ze belangrijk vinden in ziekenhuizen en wat er beter kan**  
Zorggebruikers in ziekenhuizen geven aan dat ze serieus genomen willen worden door hun specialist en dat hij voldoende uitleg geeft over de medicijnen die hij voorschrijft. Tevens willen zorggebruikers meebeslissen over de behandeling of hulp die hij of zij krijgt. Ze vinden het minder belangrijk om binnen 15 minuten geholpen te worden (Smit et al., 2005).

<sup>4</sup> De methodiek van spiegelgesprekken is gebaseerd op die van focusgroep-interviews. Deze methodiek wordt bijvoorbeeld ook toegepast bij de totstandkoming van CQ-indexen.

Volgens zorggebruikers kunnen er in ziekenhuizen een aantal punten worden verbeterd. Zo gaf eenderde van de chronisch zieken aan dat er na ontslag uit het ziekenhuis geen thuiszorg was geregeld. Minder dan de helft van de chronisch zieken vond dat zorgverleners goed op de hoogte waren van afspraken met andere zorgverleners en eenzelfde deel geeft aan dat wanneer ze bij twee zorgverleners in dezelfde instellingen moesten zijn, de afspraken op dezelfde dag werden gecombineerd (Baan et al., 2003). Eenderde van de mensen, die uit het ziekenhuis wordt ontslagen, geeft aan dat hen niet is verteld wat ze moeten doen in geval van nood, wanneer ze contact met de huisarts moeten opnemen, of wat de nazorginstructies voor hen zijn (Janse et al., 2002). Tenslotte vindt 12-32% dat de privacy bij de specialist in de polikliniek onvoldoende is geregeld. Ander ziekenhuispersoneel kan bijvoorbeeld zomaar de kamer binnen lopen (Janse et al., 2002).

### **De toepassingsmogelijkheden van kwaliteitshandvesten in ziekenhuizen**

De nadruk van het kwaliteitsbeleid in ziekenhuizen ligt bij het werken met indicatoren en veiligheidsmanagementsystemen. Dit suggereert dat er in deze sector overeenstemming bestaat over wat belangrijke aspecten van de zorg zijn en dat openbaar wordt gemaakt hoe verschillende ziekenhuizen scoren. Bij de indicatoren moet wel worden opgemerkt dat zij voornamelijk inzicht geven in de uitkomsten van het primaire proces en dat deze uitkomsten lastig voor zorggebruikers zijn te beoordelen.

De kern van veel kwaliteitsinstrumenten in ziekenhuizen is het verbeteren van de zorg voor de patiënt, kwaliteitsinstrumenten in ziekenhuizen zijn dus vaak patiëntgericht. Ook bevat de Sneller Beter databank een aantal initiatieven die erop gericht zijn om zorggebruikers actief te betrekken bij het verhogen van de kwaliteit van zorg (zie voorbeelden in het kader). In het geval van de veiligheidskaart krijgt de patiënt bijvoorbeeld een aantal instructies waarmee hij zelf enige invloed kan uitoefenen op de kwaliteit van de zorg. Deze bevindingen geven aan dat de toepassingsmogelijkheden van kwaliteitshandvesten aansluiten bij de ontwikkelingen van het kwaliteitsbeleid in ziekenhuizen.

Er zijn echter geen instrumenten gevonden waarin aan de zorggebruikers duidelijk wordt gemaakt wat zij concreet mogen verwachten van de dienstverlening in het ziekenhuis. Uit de analyse blijkt echter dat zorggebruikers over bepaalde aspecten van de dienstverlening van het ziekenhuis wel duidelijke verwachtingen hebben die in hun ogen niet worden waar gemaakt. Hierop kan voor de introductie van kwaliteitshandvesten op worden ingespeeld. Een kwaliteitshandvest stuurt immers de verwachtingen door expliciet aan te geven welk dienstverleningsniveau als reëel mag worden aangemerkt.

## **3.2 Kwaliteitsbeleid in de eerstelijns zorg**

### **Beschrijving van de sector**

Het doel van de eerstelijns zorg is het verschaffen van algemene zorg zo dicht mogelijk bij huis. De eerstelijns zorg bestrijkt daarmee een groot gebied van de gezondheidszorg. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om de huisartsenzorg of de zorg door verloskundigen, tandartsen of paramedici. Aanvankelijk werd de zorg in de eerste lijn voornamelijk door zelfstandig werkende professionals geleverd. De laatste jaren verschuift de uitvoering van

het werk steeds meer richting samenwerkingsverbanden. Voorbeelden hiervan zijn de afname van solopraktijken/de toename van groepspraktijken en het opzetten van grootschalige samenwerkingsverbanden zoals dienstenstructuren.

### **Algemeen beeld van het kwaliteitsbeleid van de sector in 2000**

De diversiteit aan zelfstandig werkende professionals binnen de eerste lijn maakt het lastig een algemeen beeld van het kwaliteitsbeleid in de sector te schetsen. In zijn algemeenheid werden in 2000 de volgende prioriteiten in het kwaliteitsbeleid gesignaleerd (Bennema-Broos et al., 2000):

- het werken met standaarden & richtlijnen met name bij huisartsen, tandartsen en verloskundigen;
- Intercollegiale toetsing met name bij huisartsen, tandartsen, verloskundigen en paramedici;
- en bij- en nascholing (herregistratie) met name bij huisartsen, tandartsen en verloskundigen.

### **Recente ontwikkelingen**

#### *Certificatie*

In de afgelopen jaren zijn er voor verschillende disciplines certificatieschema's ontwikkeld. Zo zijn er HKZ-schema's beschikbaar voor tandartsenpraktijken, apotheken, orthodontistenpraktijken, eerstelijnspsychologenpraktijken ([www.hkz.nl](http://www.hkz.nl)) en heeft de NHG een accrediteringsprogramma ontwikkeld voor huisartsenpraktijken ([npa.artsennet.nl](http://npa.artsennet.nl)). Door het behalen van een certificaat laten deze zorgaanbieders zien dat ze aantoonbaar volgens bepaalde normen werken. Dat ze dit aantoonbaar hebben geregeld onderscheid hen van de rest.

#### *Samenwerking*

In een veld waar verschillende disciplines zelfstandig werkzaamheden uitvoeren is samenwerking erg belangrijk. In de afgelopen jaren zijn er tussen en binnen disciplines (grootschalige) samenwerkingsverbanden opgericht. Voorbeelden hiervan zijn de zorgketens rondom chronische aandoeningen (zoals COPD-ketens en diabetesketens) en de oprichting van huisartsenposten waar zorggebruikers buiten kantooruren gebruik kunnen maken van huisartsenzorg ([www.brancherapporten.minvws.nl](http://www.brancherapporten.minvws.nl) (a)).

#### *De praktijkondersteuner*

Doordat de werkdruk in huisartsenpraktijken de laatste jaren toenam is er op landelijk niveau voor gekozen om een nieuwe functie in de huisartsenpraktijk te introduceren, de praktijkondersteuner. De praktijkondersteuner heeft vaak een medische (verpleegkundige) achtergrond en heeft een HBO opleiding genoten, waarmee hij zich onderscheidt van de functie van praktijkassistente. Hij voert een aantal door de huisarts gedelegeerde taken (zelfstandig) uit. Het gaat dan voornamelijk om de zorg voor chronisch zieken. De praktijkondersteuner speelt dan ook een belangrijke rol in de signalering, controle, voorlichting en begeleiding van deze groep mensen. Er wordt verondersteld dat de delegatie van taken leidt tot vermindering van de werkdruk en een kwaliteitsimpuls op de cliënttevredenheid, het naleven van de NHG-standaarden, de door hulpverleners ervaren kwaliteit, de kennis en zelfzorg van zorggebruikers, ervaren

kwaliteit van leven door de patiënt en de klinische parameters.

### *Indicatoren*

Ook in de eerste lijn worden indicatoren ontwikkeld om de uitgevoerde werkzaamheden transparant te maken. De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft voor openbare apotheken al een lijst op haar website gepubliceerd. Voor andere disciplines worden er verschillende initiatieven genomen om tot duidelijke en eenduidige indicatoren te komen. Voorbeelden hiervan zijn de indicatoren die door de Inspectie voor huisartsen worden ontwikkeld (Berg et al., 2005), de indicatoren uit het Visitatie Instrument Accreditering (VIA) van het Nederlands Huisartsen Genootschap (Witmer et al., 2005) en de indicatoren van de Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT, 2004).

### **Zorggebruikers over wat ze belangrijk vinden in de eerste lijn en wat er beter kan**

Ook in de eerste lijn geven zorggebruikers aan dat ze het erg belangrijk vinden om serieus te worden genomen door hun behandelaar en dat deze voldoende tijd voor ze neemt. Toch merkt 15% van de zorggebruikers op dat de huisarts niet bereid was om over alle problemen van de zorggebruiker te praten (Smit et al., 2005). Ongeveer de helft van de zorggebruikers zegt door de huisarts te zijn geïnformeerd over behandelalternatieven en eenderde is van mening dat ze voldoende informatie heeft gehad over bijwerkingen (Brink-Muinen et al., 2004).

Bezoekers van een huisartsenpraktijk vinden het minder belangrijk dat ze binnen 15 minuten worden geholpen als ze een afspraak hebben en ook hoeven ze wat hen betreft niet altijd door dezelfde arts te worden geholpen. Eenderde vindt dat de huisarts er niet voor gezorgd heeft dat ze snel (binnen 14 dagen) bij de specialist terecht konden (Smit et al., 2005; Sixma et al., 1998). Verder vindt een kwart van de zorggebruikers de huisartsenpraktijk lastig telefonisch te bereiken (Sixma, 2004). En een kwart van zorggebruikers die een huisartsenpost hebben bezocht constateerde dat de behandelaars aldaar onvoldoende op de hoogte waren van de medische achtergrond van de zorggebruiker (Foekema et al., 2005). Adviezen van de assistente van een huisartsenpost of een spoedeisende hulp werden in 40% als niet nuttig, onbetrouwbaar of onuitvoerbaar ervaren. Tenslotte vinden zorggebruikers de privacy in de spreekkamer en aan de balie van de huisartsenpraktijk niet goed geregeld (Sixma, 2004).

Dat de privacy rondom de balie niet goed is geregeld geldt overigens ook voor apotheken (Brouwer et al., 2002). Driekwart van de klanten van de apotheek laat weten dat ze geen informatie heeft gehad over de alternatieven van het medicijn dat ze uiteindelijk hebben aangeschaft. Een kwart van de bezoekers zegt geen informatie van de apotheker te hebben ontvangen over de bijwerkingen van hun medicijn(en) (Schee et al., 2003).

Iets meer dan de helft van de zorggebruiker die de tandarts hebben bezocht geeft aan dat ze zijn geïnformeerd over de risico's van de behandeling. Bijna 70% heeft informatie ontvangen over behandelalternatieven. Opvallend is dat de helft van de zorggebruikers het moeilijk vindt om mogelijke twijfels over een behandeling te uiten of op te merken dat de voorgestelde behandeling te duur voor hen is (Schouten et al., 2001).

Ongeveer een kwart van de chronisch zieken geeft aan dat ze tegen afstemmingsproblemen aanlopen. Daar bedoelen ze dan tegenstrijdige informatie, onvoldoende afstemming tussen zorgverleners en het vaak moeten herhalen van hun verhaal mee. Daarnaast vindt de helft van de chronisch zieken dat niemand eigenlijk de eindverantwoordelijkheid voor hun zorgproces neemt (Baan et al., 2003). Ook is er bij een vijfde van deze groep niets afgesproken over hoe moet worden omgegaan met het gebruik van verschillende medicijnen. Bijna 90% van de chronisch zieken zegt geen lijst met medicijnen die ze gebruiken van de arts of apotheker te krijgen. Verder zegt de helft van de chronisch zieken dat er geen goede afspraken met ze zijn gemaakt over wat ze moeten doen in geval van nood, terwijl ze dit allemaal wel erg belangrijk vinden (Rijken et al., 2004).

### **De toepassingsmogelijkheden van kwaliteitshandvesten in de eerste lijn**

Kenmerkend aan de ontwikkelingen in de eerste lijn is dat er op grote schaal samenwerkingsverbanden (onderlinge afspraken) worden opgericht. Daarnaast besteedt men veel aandacht aan het herschikken van de taakverdeling binnen de eerste lijn. Deze initiatieven hebben vaak als doel om de eerste lijn laagdrempelig voor de zorggebruiker te houden. Tenslotte wordt er ook in de eerste lijn gewerkt aan de ontwikkeling van indicatoren.

Er zijn op dit moment geen initiatieven bekend waarbij zorggebruikers in de eerste lijn actief betrokken worden om vast te stellen of een zorgaanbieder zich aan de door hem opgegeven normen houdt. Doordat de organisatorische eenheden in de eerste lijn voornamelijk klein blijven worden er door de individuele zorgaanbieders weinig kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld. Dat houdt in dat de kwaliteitsinstrumenten die in de eerste lijn ingezet worden voornamelijk afkomstig zijn van koepelorganisaties en direct toepasbaar zijn in de praktijk.

De studies uit 2005 & 2006 van het NIVEL laten echter zien dat zorggebruikers op een aantal concrete aspecten verbetering behoeven. Het gaat dan om verbetering van privacy bij de balie en in de spreekkamer, verbetering van de afstemming tussen zorgverleners (dat zorgverleners op de hoogte zijn van de achtergrond van de zorggebruiker) en betere informatie over behandelalternatieven en bijwerkingen van medicijnen. De introductie van kwaliteitshandvesten in de eerste lijn kan het voor zorggebruikers mogelijk maken om in hun eigen situatie te oordelen of aan hun verwachtingen op deze aspecten is voldaan.

Door de kleinschaligheid van de praktijken in de eerste lijn is het wel de vraag of individuele aanbieders van eerstelijns zorg voldoende capaciteit hebben om zelf vast te stellen aan welke verwachtingen zij kunnen voldoen en waar de zorggebruiker hen aan mag houden. Gegeven die kleinschaligheid lijkt extra ondersteuning (van bijvoorbeeld hun koepels) een voorwaarde voor het ontwikkelen en toepassen van kwaliteitshandvesten.

### 3.3 Kwaliteitsbeleid in verpleeg- en verzorgingshuizen

#### Beschrijving van de sector

Verpleeghuizen bieden voornamelijk zorg aan mensen die verzorging, verpleging of revalidatie nodig hebben die zij thuis of in het verzorgingshuis niet (voldoende) kunnen krijgen. Opname in een verpleegtehuis kan tijdelijk zijn, maar als iemand blijvend verpleegd moet worden kan een definitieve opname noodzakelijk zijn. Ook worden er mensen opgenomen die ernstig ziek zijn en in de laatste fase van hun leven verkeren. Verzorgingshuizen zijn met name bedoeld voor mensen die niet meer zelfstandig kunnen wonen, maar nog geen complexe zorg nodig hebben. De bewoners hebben er een eigen wooneenheid en ze krijgen zonodig huishoudelijke en persoonlijke hulp en medische verzorging. In de afgelopen jaren bieden verzorgingshuizen in samenwerking met verpleeghuizen een breder pakket aan diensten aan waardoor het onderscheid tussen deze verschillende soorten instellingen is afgenomen ([www.brancherapporten.minvws.nl](http://www.brancherapporten.minvws.nl) (b)).

#### Algemeen beeld van kwaliteitssystemen in verpleeg- en verzorgingshuizen

In 2005 (Sluijs et al., 2006) blijkt 60% van de verpleeg- en verzorgingshuizen een kwaliteitsbeleid op schrift te hebben, 47% heeft een kwaliteitshandboek en 28% heeft een management informatiesysteem. 16% van de verpleeg- en verzorgingshuizen doet aan benchmarking en 90% informeert zorggebruikers schriftelijk over hun rechtspositie. In de top 3 van prioriteiten voor kwaliteitszorg noemen verpleeg- en verzorgingshuizen (1) het aansluiten bij het toetsingskader voor verantwoorde zorg, (2) werken volgens de PDCA-cyclus en (3) certificering. Het toetsingskader voor verantwoorde zorg is door de branchevereniging (ActiZ) zelf opgesteld, in samenwerking met een breed scala aan andere organisaties (zoals bijvoorbeeld de IGZ) en bevat een aantal in maat en getal uitgedrukte indicatoren voor de kwaliteit in verpleeg- en verzorgingshuizen (en tegenwoordig ook de thuiszorg).

#### Recente ontwikkelingen

##### *Uitwerken van het toetsingskader voor verantwoorde zorg in het Zorg/leefplan*

Het zorg/leefplan, ontwikkeld door ActiZ, wordt binnen de verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg als een hulpmiddel gebruikt om het toetsingskader voor verantwoorde zorg aan de hand van hanteerbare en toetsbare criteria uit te werken (Arcare, 2006). Het uitgangspunt daarbij is de 'kwaliteit van leven van cliënten' (Kennedie, 2005). Hierbij staan vier domein centraal: lichaam, leefomstandigheden, participatie en levenskunst/mentaal welbevinden. Daarom wordt samen met de cliënt (en zijn familie) in het zorg/leefplan vastgelegd welke keuzes er in de zorg worden gemaakt. Binnen de mogelijkheden van de zorgorganisatie mag de cliënt beslissen voor welke opties hij kiest. Hij kan er bijvoorbeeld voor kiezen om dagelijks gewassen te worden, of twee keer per week. Een ander voorbeeld is dat hij wekelijks samen met een hulpverlener een boodschap kan doen, of een blokje om kan gaan ([www.sting.nl](http://www.sting.nl)). Tevens kan hij meebepalen hoe en wanneer de zorg of hulp gegeven wordt. Op deze manier krijgt hij de zorg die het best bij zijn manier van leven past. De afspraken en keuzes die voor de zorg worden gemaakt worden vastgelegd in het zorg/leefplan. Het is dus de bedoeling dat het zorg/leefplan de multidisciplinaire zorg, behandeling en dienstverlening aan één cliënt in beeld brengt (Actiz, 2007).



### **Zorggebruikers over wat ze belangrijk vinden in verpleeg- en verzorgingshuizen en wat er beter kan**

Mensen die in verpleeg- of verzorgingshuizen verblijven zouden graag wat meer tijd van zorgverleners krijgen (Cliënt en Kwaliteit, 2005; PriceWaterhouseCoopers, 2005). Ook zou driekwart van die mensen graag invloed willen uit kunnen oefenen op het dagritme. Ze zouden graag zelf willen bepalen wanneer ze naar toilet gaan, naar bed gaan of bezoek ontvangen. Ook willen ze zelf bepalen wanneer men weggaat of deelneemt aan een activiteit. Een vijfde van de inwoners geeft aan dat ze die invloed niet hebben (Cliënt en Kwaliteit, 2005). Wel vertelt de helft tot tweederde van de inwoners dat ze bij het zorg/leefplan zijn betrokken.

Daarnaast zegt tweederde van de verpleeghuisbewoners met een meerpersoonskamer zich niet terug te kunnen trekken als ze dit willen. Verzorgenden kunnen namelijk binnenlopen zonder kloppen of bewoners respecteren elkanders privacy niet (Klerk, 2005). Een kwart van deze bewoners ervaart daardoor een gebrek aan privacy.

Tenslotte blijkt meer dan de helft van de inwoners van verzorgingstehuizen niet geïnformeerd te zijn over reanimeer beleid. Bijna driekwart van de inwoners is niet op de hoogte van het euthanasiebeleid van het verzorgingstehuis (Kardol, 2004).

### **De toepassingsmogelijkheden van kwaliteitshandvesten in verpleeg- en verzorgingshuizen**

In de verpleeg- en verzorgingshuizen staat momenteel het uitwerken van het toetsingskader voor verantwoorde zorg in het zorg/leefplan centraal. Dit houdt in dat er concrete afspraken met zorggebruikers worden gemaakt en dat deze afspraken in een document worden vastgelegd. De cliënt heeft zelf inbreng in wat hij belangrijk vindt en wat moet worden opgenomen in het zorg/leefplan. Hiermee draagt het zorg/leefplan bij aan de patiënt-/cliëntgerichtheid van de zorg en biedt het een oplossing voor de verbeterpunten die naar boven komen uit de verschillende studies (Friele et al., 2006; Smit et al., 2005). Door duidelijk afspraken te maken en deze te documenteren is het voor zowel de cliënt als de zorgaanbieder duidelijk waar de zorg in het individuele geval aan moet voldoen en kan de cliënt de zorgaanbieder erop aanspreken als hij niet de zorg krijgt die is afgesproken.

Deze ontwikkeling wijst erop dat kwaliteitshandvesten aansluiten bij de kenmerken van het kwaliteitsbeleid in verpleeg- en verzorgingshuizen. Bij een mogelijke introductie van kwaliteitshandvesten is het wel raadzaam expliciet te maken welke afspraken en verwachtingen thuishoren in het zorg/leefplan en welke in een kwaliteitshandvest. In het zorg/leefplan zouden dan met name de zorginhoudelijke afspraken die specifiek voor de betreffende individu zijn kunnen worden vastgelegd. In het kwaliteitshandvest de algemene afspraken die alle zorggebruikers mogen verwachten van de diensverlening. Deze scheiding voorkomt dat beide instrumenten elkaar zouden kunnen overlappen en laat zien dat beide instrumenten elkaar goed zouden kunnen aanvullen.

## **3.4 Kwaliteitsbeleid in de thuiszorginstellingen**

### **Beschrijving van de sector**

In grote lijnen bieden thuiszorginstellingen de volgende zorg thuis (Friele et al., 2006;

www.thuiszorg.nl):

- huishoudelijke verzorging;
- persoonlijke verzorging;
- verpleging en verzorging thuis;
- kraamzorg en;
- jeugdgezondheidszorg aan 0-4 jarigen (consultatiebureaus).

Thuiszorg instellingen vallen sinds 1 juli 2006 onder dezelfde brancheorganisatie (ActiZ) als de verpleeg- en verzorgingshuizen.

### **Algemeen beeld van kwaliteitssystemen in thuiszorginstellingen**

In 2005 (Sluijs et al., 2006) blijkt dat 81% van de thuiszorginstellingen het kwaliteitsbeleid op schrift heeft, 79% heeft een kwaliteitshandboek en 65% heeft een management informatiesysteem. Verder doet 73% aan benchmarking en informeert 100% zorggebruikers schriftelijk over hun rechtspositie.

De top 3 van prioriteiten van kwaliteitszorg bij thuiszorginstellingen wordt aangevoerd door (1) het werken volgens de PDCA-cyclus, (2) certificering en (3) het voeren van interne toetsingen (audits).

### **Recente ontwikkelingen**

Mede door fusie van Arcares met Z-org in 2006 (nu Actiz) ligt ook in de thuiszorg de prioriteit nu bij het toepassen van het toetsingskader voor verantwoorde zorg in het zorg/leefplan.

#### *Benchmark*

De benchmark thuiszorg is een belangrijk kwaliteitsinstrument dat in 2000 en 2004 landelijk is ingezet. Dit instrument geeft zorgorganisaties op basis van onderlinge vergelijking van bedrijfsgegevens inzicht in hun prestaties en aanknopingspunten voor verbeteringen. Vanaf 2007 is er een continue benchmark beschikbaar op het besloten deel van de website van Actiz. In die benchmark wordt ook de norm verantwoorde zorg betrokken (www.actiz.nl).

Naast het toetsingskader voor verantwoorde zorg en de Benchmark spelen ook de introductie van de Wmo en de participatie van de zorggebruikers aan de maatschappij een belangrijke factor in deze sector (Paragraaf 3.8 besteedt aandacht aan de Wmo). Tenslotte zijn de thuiszorginstellingen die jeugdgezondheidszorg leveren aan 0-4 jarigen ook betrokken bij de ontwikkeling en implementatie van indicatoren voor de Openbare Gezondheidszorg (zie ook paragraaf 3.7 en bijlage 3).

### **Zorggebruikers over wat ze belangrijk vinden in thuiszorginstellingen en wat er beter kan**

Mensen die gebruik maken van thuiszorg hebben slechts in beperkte mate inspraak op de persoon die de thuiszorg levert. Slechts een krappe meerderheid geeft aan dat ze daar wat over te zeggen heeft. Dat betekent dat bijna de helft van de mensen geen inspraak heeft over de persoon die thuiszorg levert, terwijl mensen dat wel belangrijk vinden. Tweederde van de thuiszorggebruikers zegt dat vervanging bij ziekte van een thuiszorgmedewerker niet geregeld is (PriceWaterhouseCoopers, 2005). Tenslotte geeft

de helft van de mensen aan dat er nooit met hen is besproken wat ze moeten doen in geval van nood (Smit et al., 2005).

### **De toepassingsmogelijkheden van kwaliteitshandvesten in thuiszorginstellingen**

Ook in thuiszorginstellingen staat momenteel het uitwerken van de norm verantwoorde zorg in het zorg/leefplan centraal. De cliënt heeft zelf inbreng in wat hij belangrijk vindt en moet worden opgenomen in het zorg/leefplan. Hiermee wordt een oplossing geboden voor de verbeterpunten die naar boven komen uit de verschillende studies (Friele et al., 2006; Smit et al., 2005). Omdat het zorg/leefplan bijdraagt aan de patiënt-/cliëntgerichtheid en transparantie van de zorg geldt ook hier dat kwaliteitshandvesten aansluiten op het al gevoerde kwaliteitsbeleid. Het is wel raadzaam expliciet te maken welke afspraken en verwachtingen thuishoren in het zorg/leefplan en welke in een kwaliteitshandvest. In het zorg/leefplan zouden dan met name de zorginhoudelijke afspraken, die specifiek voor de betreffende individu zijn, kunnen worden vastgelegd. In het kwaliteitshandvest legt men dan de algemene afspraken vast die alle zorggebruikers mogen verwachten van de diensverlening. Deze scheiding voorkomt dat beide instrumenten elkaar zouden kunnen overlappen en laat zien dat beide instrumenten elkaar goed zouden kunnen aanvullen.

## **3.5 Kwaliteitsbeleid in GGZ-instellingen**

### **Beschrijving van de sector**

GGZ-instellingen bieden hulp aan mensen met psychische stoornissen en ernstige psychosociale problemen (Boot et al., 2005). Deze instellingen leveren zowel intramuraal, semimurale als extramuraal zorg.

### **Algemeen beeld van kwaliteitssystemen in GGZ-instellingen**

In 2005 (Sluijs et al., 2006) heeft 57% van de GGZ-instellingen een kwaliteitsbeleid op schrift, 34% heeft een kwaliteitshandboek en 35% heeft een management informatiesysteem. Daarnaast doet 13% aan benchmarking en informeert 90% zorggebruikers schriftelijk over hun rechtspositie.

De top 3 van prioriteiten in de kwaliteitszorg van GGZ-instellingen is (1) werken volgens de PDCA-cyclus, (2) het uitvoeren van interne toetsingen (audits) en (3) certificering.

Daarnaast heeft het ontwikkelen en het werken volgens multidisciplinaire richtlijnen ook prioriteit binnen de GGZ.

### **Ontwikkelingen in het kwaliteitsbeleid**

#### *Indicatoren*

Eind 2006 is de basisset prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg vastgesteld. De doelstelling van de set is om maatschappelijke verantwoording over de werkzaamheden in de GGZ af te kunnen leggen. Daarnaast geeft de set ook aan de zorgaanbieders zelf informatie om intern tot kwaliteitsverbetering te komen (IGZ, 2006). De set bevat indicatoren op de domeinen: effectiviteit van zorg, veiligheid en patiënt-/cliëntgerichtheid (zie bijlage 2).

### *Cliëntenraden*

Met name in deze sector is de participatie in verbeterprojecten van cliëntenraden hoog. In 60% van de GGZ-instellingen worden bijvoorbeeld belangenorganisaties betrokken bij het opstellen van protocollen en standaarden. Dat zorggebruikers doorgaans voor een langere tijd in een GGZ-instelling verblijven dan bijvoorbeeld in een ziekenhuis kan hiervoor een verklaring zijn (Sluijs et al., 2006).

### **Zorggebruikers over wat ze belangrijk vinden in GGZ-instellingen en wat er beter kan**

Zorggebruikers in GGZ-instellingen vinden privacy erg belangrijk. Ze willen graag een eigen kamer, die ze zelf kunnen inrichten. Daarnaast vinden ze het krijgen van goede informatie erg belangrijk. Echter minder dan de helft van hen is positief over de informatie die ze krijgt over de werking en de bijwerkingen van medicijnen. En over de informatie wat betreft de rechten die zij hebben als zorggebruikers is slechts de helft positief (Friele et al., 2006). Tenslotte is tweederde ontevreden over de uitleg die ze krijgt over de reden waarom hen een dwangmaatregel is opgelegd. Onder dwangmaatregel wordt dan verstaan: separatie, afzondering, fixatie of gedwongen medicatie. Meer dan driekwart is daarbij ontevreden over de mate waarin er een evaluatie is wat betreft de toepassing van die opgelegde dwangmaatregel.

### **De toepassingsmogelijkheden van kwaliteitshandvesten in GGZ-instellingen**

Kwaliteitsbeleid van GGZ-instellingen wordt in veel gevallen in samenwerking met cliëntenraden ontwikkeld. Ook in deze sector speelt de patiënt-/cliëntgerichtheid dus een voorname rol. Dit kwaliteitsbeleid richt zich op dit moment voornamelijk op verbetering van de interne processen, het werken met de basisset prestatie-indicatoren en het certificeren. Dat het voor GGZ-instellingen mogelijk is om te certificeren en dat er een basisset prestatie-indicatoren is suggereert dat er overeenstemming is over wat belangrijke aspecten van de GGZ zijn. Ondanks dat 90% van de instellingen aangeeft dat ze hun zorggebruikers over hun rechten informeren zegt echter maar de helft van de mensen positief te zijn over die informatie. Ook de uitleg over de reden waarom hen een dwangmaatregel is opgelegd laat te wensen over. Zorggebruikers hebben hier andere verwachtingen bij dan wat GGZ-instellingen hun aanbieden. Dat in begrijpelijke taal wordt uitgelegd wat hun rechten zijn en dat er, indien er een dwangmaatregel wordt opgelegd, naderhand een duidelijke uitleg volgt over de reden waarom die maatregel nu werd opgelegd zijn onderwerpen die in een kwaliteitshandvest aan bod zouden kunnen komen. Ook hier kunnen kwaliteitshandvesten aansluiten bij de ontwikkelingen in de sector.

### 3.6 Kwaliteitsbeleid in de gehandicaptenzorg

#### Beschrijving van de sector

Instellingen voor gehandicapten zorg richten zich op de zorg voor mensen met een verstandelijke of een lichamelijke handicap. Deze instellingen kunnen verschillende voorzieningen aanbieden zoals:

- intramurale zorg, waarbij zowel dag als nachtopvang wordt geboden;
- semi-murale zorg, waarbij een woonfunctie wordt aangeboden, zoals een gezinsvervangend tehuis;
- overdag voorzieningen, dat opvang en begeleiding biedt gedurende de dag, los van de woonsituatie;
- ambulante maatschappelijke dienstverlening voor verstandelijk gehandicapten, algemene begeleiding.

#### Algemeen beeld van kwaliteitssystemen in instellingen voor gehandicaptenzorg

In 2005 (Sluijs et al., 2006) heeft 49% van de instellingen voor gehandicaptenzorg het kwaliteitsbeleid op schrift, 30% heeft een kwaliteitshandboek en 33% heeft een management informatiesysteem. Verder doet 20% aan benchmarking en informeert 91% haar zorggebruikers schriftelijk over hun rechtspositie.

De top 3 prioriteiten voor kwaliteitszorg in instellingen voor gehandicapten zorg bestaat uit (1) het werken volgens de PDCA-cyclus, (2) certificering en (3) het voeren van interne toetsingen (audits).

#### Recente ontwikkelingen

##### *Toetsingskader verantwoorde zorg & ondersteuning gehandicaptensector*

De doelstelling van het kwaliteitskader is 'het transparant maken, toetsen, verantwoorden, optimaliseren en verder ontwikkelen van het kwaliteitsniveau van de geboden zorg en ondersteuning door zorgaanbieders in de gehandicaptenzorg' (VGN, 2007). Het visiedocument beschrijft de verschillende fasen in de ontwikkeling en implementatie van het Kwaliteitskader in de gehandicaptenzorg. Daarbij geldt dat 'de kwaliteit van bestaan' en 'het hebben van regie over het eigen leven' twee belangrijke uitgangspunten zijn. Aan de hand van de kwaliteit van iemands bestaan en de kwaliteit van de gehandicapten zorg heeft het document 8 domeinen en 4 thema's uitgewerkt waarbinnen indicatoren kunnen worden ontwikkeld. Het ondersteuningsplan wordt gezien als het belangrijkste hulpmiddel bij het vastleggen van de domeinen en thema's. Dit individueel ondersteunings/activiteitenplan bevat in samenwerking met de cliënt, of zijn wettelijk vertegenwoordiger, concreet geformuleerde doelen en sluit aan op de ondersteuningsvragen.

Het visiedocument zelf vormt de eerste stap in het fasenplan. In de volgende fase worden concrete en meetbare indicatoren ontwikkeld en ingevoerd. Daarbij moeten deze indicatoren tenminste inzicht geven in de cliëntwaardering en de mate waarin de zorg professioneel wordt verleend en georganiseerd. De indicatoren vormen vervolgens een sturingsmodel voor de zorgaanbieders om kwaliteitsverbetering aan te brengen (VGN, 2007).

Naast het toetsingskader verantwoorde zorg & ondersteuning gehandicaptensector spelen ook de introductie van de Wmo en de participatie van de zorggebruikers aan de

maatschappij een belangrijke factor in deze sector. Paragraaf 3.8 besteedt aandacht aan de introductie van de Wmo en de participatie van zorggebruikers aan de maatschappij.

### **Zorggebruikers over wat ze belangrijk vinden in de gehandicaptenzorg en wat er beter kan**

Voor deze sector bevatten de twee overzichtsstudies (Friele et al., 2006; Smit et al., 2005) slechts in beperkte mate informatie over wat zorggebruikers in deze sector belangrijk vinden en wat er beter kan. Van de verstandelijk gehandicapten weet 43% wat er in het zorgplan staat (PriceWaterhouseCoopers, 2005). Een onderzoek in een grote instelling laat zien dat ruim tweederde van de zorggebruikers aangeeft dat het zorgplan in een begrijpelijke taal was opgesteld. Driekwart van de zorggebruikers zegt uitgenodigd te zijn voor de bespreking van dat zorgplan en tweederde is ook daadwerkelijk aanwezig geweest bij die bespreking. Ongeveer de helft van de zorggebruikers is gevraagd naar wat ze zouden willen veranderen in het plan (Speet et al., 2004). De rapportage vermeldt niet wat de zorggebruikers dan willen veranderen.

### **De toepassingsmogelijkheden van kwaliteitshandvesten in de gehandicapten zorg**

In de gehandicaptenzorg staat momenteel de ontwikkeling van een kwaliteitskader centraal. Belangrijke aspecten van dat kwaliteitskader zijn patiënt-/cliëntgerichtheid van de zorg en het transparant maken van de zorgverlening. Nu het kwaliteitskader in ontwikkeling is zou de introductie van kwaliteitshandvesten daarbij aan kunnen sluiten. Ze bieden dan houvast aan het betrekken van de individuele zorggebruiker bij de kwaliteitszorg.

## **3.7 Kwaliteitsbeleid in de openbare gezondheidszorg**

### **Beschrijving van de sector**

De openbare gezondheidszorg is het geheel van activiteiten dat vanuit het openbaar bestuur wordt ondernomen en gericht is op bescherming en bevordering van de volksgezondheid (Ministerie van Volksgezondheid, 2003). Deze zorg wordt door de Gemeentelijke Gezondheids Diensten (GGD'en) uitgevoerd.<sup>5</sup> In grote lijnen gaat het dan om de infectieziekten bestrijding, gezondheidsbevordering, jeugdgezondheidszorg, medische milieukunde, openbare geestelijke gezondheidszorg en technische hygiënezorg.

### **Recente ontwikkelingen**

In het jaarverslag van GGD Nederland wordt vermeld dat in 2006 de prioriteit voor GGD'en lag op het komen tot certificering, het aanbieden van interne audittrainingen, het ontwikkelen van instrumenten voor het toetsen van klanten- en medewerkerswaardering, de uitvoering en uitbreiding van de GGD-benchmark en de normontwikkeling voor enkele taakgebieden (GGZ Nederland, 2006).

### *Benchmark GGD*

In de afgelopen jaren is er door GGD'en een Benchmark ontwikkeld. De doelstelling van

---

<sup>5</sup> m.u.v. de jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen, deze wordt door thuiszorginstellingen uitgevoerd.

deze Benchmark is om GGD'en onderling systematisch te kunnen vergelijken en op die manier transparantie van werkwijzen en uitgaven in de GGD-sector te bevorderen. De Benchmark heeft er toe geleid dat GGD'en een identieke kostentoewijzingsystematiek gebruiken. Voor de toekomst is het de bedoeling dat de Benchmark verder wordt uitgebreid met onder andere kwaliteitsindicatoren, aldus het jaarverslag over 2005 van GGD Nederland.

#### *Indicatoren*

De inspectie voor de gezondheidszorg is momenteel bezig met de ontwikkeling van indicatoren voor de openbare gezondheidszorg. De indicatoren die ze wil gebruiken voor de eerste fase van het toezicht zijn voor een groot deel afkomstig uit monitors die voor de Jeugdgezondheidszorg en de Volksgezondheid worden ingezet. Deze monitors zijn in de afgelopen jaren door de GGD'en ontwikkeld en worden periodiek ingezet om de gezondheid van de bevolking te meten. Daarnaast bestaan de indicatoren ook uit vragen naar de ingezette activiteiten om de uitkomsten van de indicatoren te beïnvloeden. Op basis van deze gegevens wil de inspectie een keuze kunnen maken tussen GGD'en waarmee ze in de tweede fase van het toezicht een gesprek willen hebben.

#### *Certificering*

In de afgelopen jaren zijn er diverse HKZ-schema's ontwikkeld die van toepassing zijn op de openbare gezondheidszorg ([www.hkz.nl](http://www.hkz.nl)). Op dit moment is het mogelijk om op 7 verschillende taakgebieden binnen de openbare gezondheidszorg een certificaat te behalen.

#### ***Een terugblik in de tijd: Concreet voorbeeld van kwaliteitshandvesten in de zorg***

##### *Kwaliteitshandvesten bij twee GGD'en*

Halverwege de jaren negentig is GGD Nederland het landelijk project 'Kwaliteitshandvesten' gestart. De aanleiding voor dit project werd gevormd door de kwaliteitwet zorginstellingen en een meer op de markt georiënteerde aanpak die GGD'en moesten hanteren. Hierbij werd gebruik gemaakt van het Handboek kwaliteitshandvesten GGD'en (Buis, 1997; Muntinga et al., 1998). Tijdens de pilot hebben drie GGD'en aan het ontwikkelen van een handvest gewerkt. Begin 2007 leek het erop dat het bij deze GGD'en is gebleven. Doordat GGD'en zich in de afgelopen jaren committeerden om zich te certificeren had de introductie van kwaliteitshandvesten vermoedelijk minder prioriteit. Sinds mei 2007 lijkt er een opleving in het gebruik van de kwaliteitshandvesten van de twee GGD'en en zijn deze terug te vinden op [www.kwaliteitshandvesten.nl](http://www.kwaliteitshandvesten.nl).

#### **De toepassingsmogelijkheden van kwaliteitshandvesten bij GGD'en**

Dat er in het verleden bij een paar GGD'en een kwaliteitshandvest is ontwikkeld en twee van deze GGD'en nog steeds over een handvest beschikken geeft aan dat het in de praktijk van de openbare gezondheidszorg mogelijk is om met een dergelijk instrument te werken. Het instrument sluit aan bij de patiënt-/cliëntgerichtheid van het kwaliteitsbeleid van GGD'en, tijdens de pilot kon worden vastgesteld aan welke servicenormen GGD'en moesten voldoen en deze service normen konden worden beoordeeld door hun klanten. Wat echter opmerkelijk is is dat er nooit meer GGD'en zijn geweest die dit voorbeeld hebben gevolgd. Vermoedelijk ontstonden er andere prioriteiten in het kwaliteitsbeleid van GGD'en waardoor kwaliteitshandvesten op de achtergrond raakten.

### **3.8 Introductie van de Wmo: de gemeente als aanbieder van zorg**

Door de invoering van de Wmo krijgt de gemeente ook directe taken in de gezondheidszorg. Om die reden is de introductie van de Wmo en de rol van de gemeente daarin als aanbieder van zorg ook als gezondheidszorgsector in dit hoofdstuk opgenomen. De beschrijving van deze 'sector' zal enigszins afwijken van de hiervoor beschreven sectoren.

#### **Van AWBZ naar Wmo**

Tot 1 januari 2007 regelde de AWBZ de vergoedingen voor langdurige zorg en ondersteuning. Ook voorzieningen die niet direct onder langdurige en zware zorg vielen, zoals maatschappelijke ondersteuning, werden door de AWBZ vergoed. Dit leidde aan het begin van deze eeuw tot een aantal problemen, zoals een oplopende budgetoverschrijding en een versplinterd en star voorzieningenstelsel.

Om hier verandering in aan te brengen is per 1 januari 2007 de Wmo van kracht. In deze wet staat de participatie van burgers aan het maatschappelijk proces centraal. Op maatschappelijk niveau heeft de Wmo daarom tot doel om ervoor te zorgen dat mensen mee (kunnen) doen in de samenleving, ongeacht leeftijd, ongeacht maatschappelijke of economische positie en ongeacht of iemand beperkingen ondervindt of niet. Veel mensen kunnen dit zelf organiseren, maar voor sommige mensen is daar extra ondersteuning voor nodig. De Wmo moet zorgdragen voor de ondersteuning, indien noodzakelijk.

Op bestuurlijk niveau heeft de Wmo tot doel om de gemeente de instrumenten te geven waarmee zij haar verantwoordelijkheid op dit gebied kan nemen. Op hun beurt moeten de burgers instrumenten krijgen om op het lokale niveau invloed uit te oefenen op het terrein van de maatschappelijke ondersteuning (Zie memorie van toelichting, Tweede Kamer 2004-2005, 30 131, nr.3).

De introductie van deze wet heeft ertoe geleid dat voorzieningen die voorheen onder de AWBZ vielen, maar daar eigenlijk niet thuishoorden, nu onder de Wmo vallen. Daarmee moet de AWBZ weer doen waar hij oorspronkelijk voor bedoeld was: het vergoeden van zorg aan mensen met een ernstige, zeer langdurige hulpvraag. Voorbeelden van voorzieningen die daardoor niet langer onder de AWBZ vallen maar onder Wmo zijn: huishoudelijke verzorging, een deel van ondersteunende en activerende begeleiding, vervoer etc. (Tweede Kamer 2003-2004, 29 538 nr. 1). Maar ook voorzieningen uit de Welzijnswet en de Wet voorzieningen gehandicapten vallen nu onder de Wmo.

#### **De (beoogde) praktische uitvoering van de Wmo**

De gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de Wmo. Hiermee hebben gemeenten lokale beleidsvrijheid op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning gekregen en kunnen ze hun beleid aanpassen aan waar de burgers in hun gemeente behoefte aan hebben. Op die manier wil de wet het beleid en de behoeften van burgers dichter bij elkaar brengen en op elkaar af stemmen. Op basis van het voorgenomen beleid zullen gemeenten zorg moeten inkopen en/of aanbesteden bij zorgaanbieders. Artikel 9 van de Wmo stelt dat de gemeente jaarlijks over haar prestaties op het gebied van maatschappelijke ondersteuning publiceert. Hiermee leggen de gemeenten publieke verantwoording af over hun beleid en maken ze hun prestaties transparant voor



bijvoorbeeld de centrale overheid en de burgers. Door middel van een ministeriele regeling is vastgesteld op welke gebieden de gemeenten gegevens over hun prestaties moeten publiceren.

Dat de structuur rondom voorzieningen voor maatschappelijke ondersteuning is veranderd heeft niet alleen gevolgen voor de gemeenten maar ook voor de zorggebruikers die gebruik maken van deze voorzieningen en voor de organisaties die deze voorzieningen aanbieden.

Voor de aanbieders van maatschappelijke ondersteuning houdt de invoering van de Wmo onder andere in dat ze met meerdere financiers te maken krijgen en dat er meer concurrentie tussen aanbieders zal ontstaan.

Voor de gebruikers houdt de invoering van de wet in dat ze voor het aanvragen van verschillende soorten van maatschappelijke ondersteuning niet langer op verschillende organisaties aangewezen zijn. Veel gemeente richten een speciaal Wmo-loket in waar burgers voor vragen en advies terecht kunnen.

### **De toepassingsmogelijkheden van kwaliteitshandvesten in het kader van de Wmo**

Dat veel gemeenten een speciaal Wmo-loket openen voor burgers met een vraag voor maatschappelijke ondersteuning biedt toepassingsmogelijkheden voor kwaliteitshandvesten. Gemeenten worden voor hun loket burgerzaken al verplicht een kwaliteitshandvest te ontwikkelen en op termijn toe te passen. Waarschijnlijk zullen veel van de voor het loket burgerzaken ontwikkelde normen ook toepasbaar kunnen zijn op het Wmo-loket.

Er zijn echter ook verschillen denkbaar tussen het Wmo-loket en het loket burgerzaken. Zo biedt de Wmo gemeenten de vrijheid om zelf te bepalen welke voorzieningen ze aanbiedt. Dit is afhankelijk van de behoeften van haar burgers. Wat er aan maatschappelijke ondersteuning voorhanden zal zijn, zal dus per gemeente kunnen verschillen. Het is daarom belangrijk dat gemeenten duidelijk maken wat zij aan te bieden hebben en wat burgers van hun gemeente mogen verwachten. Dit is ook belangrijk omdat burgers gewend waren hun maatschappelijke ondersteuning bij een andere organisatie te regelen. Burgers zullen moeten wennen aan een andere organisatie waar ze ondersteuning moeten aanvragen met andere regels en omgangsnormen. Zo zullen burgers huishoudelijke verzorging niet langer via de thuiszorg kunnen aanvragen maar zullen ze die zorg via de gemeente moeten aanvragen. Kwaliteitshandvesten zouden hier een rol kunnen spelen in het sturen van de verwachtingen van de burgers.

Wanneer heldere en eenduidige informatie bestaat over het aanbod en wat burgers daarvan mogen verwachten is het voor hen duidelijk wanneer ze bij de gemeente voor hulp kunnen aankloppen en wanneer ze zelf voor hulp moeten zorgen. Het helder formuleren van verwachtingen in concrete normen en die naleven is waar het bij het werken met kwaliteitshandvesten om draait. De introductie van kwaliteitshandvesten zou daarom kunnen bijdragen aan een goede uitvoering van de Wmo.

### 3.9 Beschouwing kwaliteitsbeleid binnen de verschillende sectoren

In de analyse van de meest dominante kwaliteitsinstrumenten in de verschillende sectoren vallen een aantal aspecten op.

Ten eerste lijkt de patiënt-/cliëntgerichtheid in alle sectoren een van de aspecten te zijn, waar bij het ontwikkelen van en werken met kwaliteitsbeleid aandacht aan wordt geschonken. In de ziekenhuissector en de GGZ-sector blijkt dit bijvoorbeeld uit het opnemen van indicatoren over patiënt-/cliëntgerichtheid in de landelijke indicatorensets. In de GGZ worden tevens regelmatig cliëntenraden betrokken bij de ontwikkeling van verbetertrajecten. Daarnaast spant men zich in alle sectoren in om inzicht te krijgen in de ervaringen en tevredenheid van zorggebruikers. De meest recente ontwikkeling hierin is het ontwikkelen van de diverse CQ-indexen voor verschillende sectoren en deelgebieden van de gezondheidszorg.

Met deze initiatieven blijft patiënt-/cliëntgerichtheid echter wel op een abstract niveau hangen. Deze initiatieven zullen er ongetwijfeld toe leiden dat de zorg voor de zorggebruikers verbetert, de individuele zorggebruiker kan echter aan de hand van deze initiatieven lastig beoordelen of hij nu de zorg krijgt die hij mag verwachten. Met de introductie van het zorg/leefplan, waarbij centraal staat dat de individuele zorggebruiker een belangrijke inbreng heeft bij keuzes die gemoeid zijn met de zorg die hij ontvangt, leggen verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg concrete afspraken met de individuele zorggebruiker vast. Voor de gehandicaptenzorg is het de bedoeling dat men op termijn op een gelijksoortige manier in het ondersteunings-/activiteitenplan dergelijke keuzes vastlegt. Hiermee wordt het voor de individuele zorggebruiker duidelijk wat hij van de geboden zorg mag verwachten, zoals ook het geval is bij kwaliteitshandvesten. Waar in het zorg/leefplan afspraken en verwachtingen worden vastgelegd die voor elke zorggebruiker weer anders kunnen zijn, wordt in een kwaliteitshandvest vastgelegd wat elke individuele zorggebruiker – ongeacht de eigen specifieke situatie - van de organisatie mag verwachten.

Naast de activiteiten die gericht zijn op de patiënt-/cliëntgerichtheid zien we ook dat vrijwel iedere sector bezig is met de ontwikkeling van (prestatie)indicatoren en dat er documenten (zoals richtlijnen/protocollen en/of certificatieschema's) voor het normeren van structuren en processen zijn ontwikkeld.

Een nadere beschouwing van die indicatoren leert dat die met name aandacht besteden aan de resultaten van het primaire proces (het zorgproces). De kwaliteit van zorg wordt immers in de eerste plaats bepaald door de kwaliteit van het primaire proces, de patiënt moet beter worden. Voor de interpretatie van de indicatoren wordt doorgaans geen gebruik gemaakt van concrete waarden (normwaarden), maar van benchmarking (relatieve vergelijking). Vooralsnog zijn er indicatoren vastgesteld voor de ziekenhuizen, GGZ-instellingen, GGD'en en thuiszorginstellingen die jeugdgezondheidszorg leveren aan 0-4 jarigen. Voor de overige sectoren geldt dat men nog onderzoek doet naar welke indicatoren nu eenduidig en duidelijk inzicht geven in de kwaliteit van de aangeboden zorg.

De ontwikkeling van indicatoren in de verschillende sectoren laat zien dat men het er

over eens is wat belangrijke aspecten van de zorg zijn of dat ze daar overeenstemming over proberen te krijgen. Voor de interpretatie van de uitkomsten wordt doorgaans echter geen gebruik gemaakt van concrete waarden (normwaarden) maar van benchmarking (relatieve vergelijking).

Daarnaast blijkt uit de analyse dat certificering in verschillende sectoren als een belangrijk kwaliteitsinstrument wordt gezien. Er is binnen bepaalde sectoren blijkbaar behoefte aan het normeren en het toetsen van de structuur van instellingen en het waarborgen van de kwaliteit van processen. De aanwezigheid van richtlijnen/protocollen en/of certificatieschema's voor een sector geeft ook aan dat er overeenstemming is over welke aspecten van zorg belangrijk zijn.

Tenslotte laat de analyse zien dat iedere sector aandacht besteed aan de patiënt-/cliëntgerichtheid van de zorg. Wel blijven veel initiatieven op dit onderwerp abstract voor de individuele zorggebruiker. Slechts in de sector voor verpleging, verzorging en thuiszorg en de ziekenhuissector zien we dat individuele zorggebruikers actief worden betrokken bij kwaliteitszorg en dat de verwachtingen die ze mogen hebben van zorgaanbieders concreet worden gemaakt. In de sector voor de verpleging, verzorging en thuiszorg gebeurt dat met behulp van zorg/leefplannen. In de ziekenhuissector met bijvoorbeeld de patiëntveiligheidskaart, de spiegelgroepsgesprekken of de initiatieven waarbij zorggebruikers zelf direct hun afspraken met de specialist kunnen plannen.

Zowel patiënt-/cliëntgerichtheid, het werken met indicatoren en de ontwikkeling van normen voor de structuur en de processen staan centraal in de verschillende sectoren. Wel zijn er verschillen in de uitwerking van deze begrippen tussen sectoren. De ene sector is verder met de ontwikkeling van indicatoren dan de ander en de mate waarin zorgaanbieders gecertificeerd zijn verschilt per sector. Het voor de toepassingsmogelijkheden van kwaliteitshandvesten meest relevante verschil tussen sectoren zit hem in het maken van concrete afspraken en tegemoetkomen aan verwachtingen. Ook al staat de patiënt-/cliëntgerichtheid centraal in een groot deel van de kwaliteitsinstrumenten, bij veel van de initiatieven kan men zich afvragen wat de individuele zorggebruiker er nu in zijn geval precies aan heeft. Dit komt wel naar voren bij het opstellen van individuele zorg/leefplannen die gebruikt wordt in de verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg en uit enkele projecten in ziekenhuizen. Het kan ook naar voren komen in – voor iedere zorggebruiker geldende – servicenormen in een kwaliteitshandvest.

Tenslotte laat de analyse zien dat patiënt-/cliëntgerichtheid en maatschappelijke verantwoording ook bij de uitvoering van de Wmo belangrijke aspecten zijn. Daarnaast kan een kwaliteitshandvest in het kader van de Wmo aansluiten bij het kwaliteitshandvest dat al geldt voor het loket burgerzaken. Een kwaliteitshandvest biedt dan mogelijkheden voor een gemeente om informatie te verschaffen over wat een gemeente aan te bieden heeft aan maatschappelijke ondersteuning en wat daarvan verwacht mag worden.

Uit de analyse van wat zorggebruikers belangrijk vinden en wat er volgens hen beter kan kunnen per sector een aantal – voor iedere zorggebruiker geldende - servicenormen als voorbeeld worden gehaald (zie tabel 3.1).

Tabel 3.1 Een aantal voorbeelden van mogelijke servicenormen per sector

<b>Sector</b>	<b>Wens van de zorggebruiker</b>	<b>Mogelijke servicenorm</b>
Ziekenhuissector	Afspraken combineren op één dag	Als er meerdere afspraken gemaakt moeten worden, dan zullen deze - indien mogelijk - op één dag worden ingepland
	Thuiszorg na ontslag uit het ziekenhuis	Als u uit het ziekenhuis wordt ontslagen, zal gezorgd worden voor aansluitende thuiszorg als dat medisch wenselijk is
Eerstelijns zorg	Informatie over behandelalternatieven en bijwerkingen	Da arts zal u (op verzoek) alle informatie geven waarom u verzoekt
	Goede telefonische bereikbaarheid	De praktijk is telefonisch bereikbaar van 9.00 – 17.00
Verpleeg- en verzorghuizen	Zelf invloed uitoefenen op het dagritme (toiletbezoek, opstaan, bezoek ontvangen)	De bewoners wordt mogelijk gemaakt naar toilet te gaan, op te staan en bezoek te ontvangen wanneer dat door hen gewenst is.
	Informatie over reanimeer- en euthanasiebeleid	De bewoners ontvangen informatie over reanimeer- en euthanasiebeleid wanneer zij dat willen
Thuiszorg	Inspraak over de persoon die thuiszorg levert	De cliënt krijgt inspraak bij de keuze van de persoon die de thuiszorg levert
	Vervanging bij ziekte van de vaste thuiszorgmedewerkster	De thuiszorginstelling regelt bij ziekte van de thuiszorgmedewerkster vervanging
	Informatie over wat te doen in geval van nood	De thuiszorginstelling informeert haar cliënten over wat ze moeten doen in geval van nood
GGZ	Informatie over reden van opleggen van een dwangmaatregel	Na het opleggen van een dwangmaatregel legt de instelling altijd in begrijpelijke taal aan de patiënt uit wat de redenen waren
Gehandicaptenzorg	Bespreking van het zorgplan	Het zorgplan wordt in begrijpelijke taal met de zorggebruiker besproken. Bij die bespreking wordt ook gevraagd wat de zorggebruiker eventueel zou willen veranderen
Openbare gezondheidszorg	Binnen 15 minuten geholpen worden	U hoeft niet langer te wachten dan 15 minuten tussen de afgesproken tijd en de daadwerkelijke oproeptijd
	Adequate afhandeling van klachten	U ontvangt binnen 5 werkdagen bericht hoe wij samen met u uw klacht binnen 4 weken zullen afhandelen
Gemeente sector (Wmo)	Advies over hoe de Wmo kan ondersteunen	Op verzoek ontvangt u een advies over uw mogelijkheden om met Wmo-hulp beter mee te kunnen doen in onze maatschappij

## 4 Slotbeschouwing

Uit de beschrijving van de kernpunten van het nationale kwaliteitsbeleid in de Nederlandse gezondheidszorg en de beschrijving van de meest dominante ontwikkelingen in verschillende sectoren, waarbij ook de introductie van de Wmo aan de orde is gekomen, kunnen enkele toepassingsmogelijkheden voor kwaliteitshandvesten in de gezondheidszorg worden afgeleid.

In dit slothoofdstuk vindt een analyse plaats van de mogelijke kansen voor de toepassing van kwaliteitshandvesten in de Nederlandse gezondheidszorg. Daarnaast wordt in dit hoofdstuk ook besproken aan welke aspecten extra aandacht moet worden besteed bij een mogelijke introductie van kwaliteitshandvesten.

### 4.1 In grote lijnen sluit het idee van kwaliteitshandvesten aan bij het landelijk kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg

De beschrijving van de ontwikkelingen in het nationale kwaliteitsbeleid voor de gezondheidszorg laat zien dat in de afgelopen jaren de zorggebruiker steeds meer een centrale rol is toebedacht. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de recente ontwikkeling van een aantal instrumenten, zoals [www.kiesbeter.nl](http://www.kiesbeter.nl) en de CQ-indexen, die de zorggebruiker onder andere in staat moet en stellen om zorgaanbieders te kunnen selecteren op de kwaliteit.

Deze beschrijving laat tevens zien dat de overheid van sturing op de structuur van zorg overgegaan is op de sturing van de uitkomsten. Weliswaar eiste de Kwaliteitswet Zorginstellingen al dat de zorgaanbieder verantwoording aflegde over het kwaliteitsbeleid en de resultaten, maar omdat dit niet of slechts in beperkte mate plaatsvond heeft de overheid beleid ingezet dat de nadruk legt op het expliciet maken van behaalde resultaten op een aantal onderwerpen. De nadruk van het beleid op de interne organisatie is dus verschoven naar de nadruk op externe verantwoording. Door het expliciet maken van behaalde resultaten wordt het mogelijk te benchmarken en ontstaan er relatieve normen. Dat de zorggebruiker een steeds centralere rol krijgt toebedacht en dat er een sterke nadruk ligt op externe verantwoording sluit aan bij de achterliggende gedachte van kwaliteitshandvesten. Kernpunten van kwaliteitshandvesten zijn immers het transparant maken van wat klanten kunnen verwachten van een dienst. En dat de zorgaanbieder duidelijk maakt wat er gedaan wordt als de norm niet wordt gehaald. Heldere normen en het toekennen van een passende compensatie kunnen bijdragen aan de imagovorming van de organisatie.

Dat het imago van zorgorganisaties belangrijker aan het worden is blijkt uit de gevolgen van de ranglijsten die op basis van benchmarks gepubliceerd worden. Met de introductie van elementen van marktwerking in de zorg en het expliciet maken van behaalde resultaten (externe verantwoording) is het voor zorgorganisaties van essentieel belang om

aan het imago te werken. Op basis van deze bevindingen kan worden geconcludeerd dat het idee van kwaliteitshandvesten daarom in grote lijnen aansluit bij het landelijke kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg.

Interessant hierin is de recente ontwikkeling van verschillende CQ-indexen. Bij CQ-indexen gaat het om aspecten van de gezondheidszorg die zorggebruikers belangrijk vinden en die ze eenvoudig kunnen waarnemen en beoordelen. Dit zijn voor een deel serviceaspecten, zoals bejegening, bereikbaarheid, keuzevrijheid (zie bijlage 1). Het gebruik van CQ-indexen wordt door de verschillende sectoren geaccepteerd als standaardmethode om ervaringen van zorggebruikers te meten. Daarom is voor de ontwikkeling van CQ-indexen een geprotocolleerd stappenplan ontwikkeld, waarbij onder andere vastgesteld wordt wat zorggebruikers belangrijke aspecten van de zorg vinden en die verbetering behoeven (constructiefase en psychometrische testfase). Een ander aspect van het stappenplan is een selectie van die aspecten waarop zorggebruikers van elkaar verschillen (discriminerend vermogen). Dit heeft tot gevolg dat in deze vragenlijsten vaak een aantal vragen met een normatief karakter zijn opgenomen (bijvoorbeeld, *'Hoe vaak is de zorgaanbieder overdag (van 9 tot 17 uur) telefonisch goed te bereiken?'*). Een logische reactie hierop zou zijn dat zorgaanbieders erkennen dat ook zij dit belangrijke aspecten van hun werkzaamheden vinden. Ze kunnen zich dan door middel van een norm committeren aan waar ze echt goed in zijn (*'De zorgaanbieder is overdag (van 9 tot 17 uur) telefonisch goed te bereiken'*). Deze normen passen goed in een kwaliteitshandvest.

#### **4.2 Kwaliteitshandvesten passen bij de meest dominante kwaliteitsinstrumenten in de verschillende sectoren, er zijn echter wel verschillen in de toepasbaarheid van kwaliteitshandvesten tussen sectoren**

De beschrijving van de dominante kwaliteitsinstrumenten in de verschillende zorgsectoren laat zien dat hun prioriteiten voornamelijk afkomstig zijn van het beleid van het ministerie van VWS. De kwaliteitsinstrumenten die afkomstig zijn van het landelijk beleid hebben doorgaans tot doel om eenheid en eenduidigheid van het weergeven van resultaten te bevorderen. Voorbeelden daarvan zijn de indicatorontwikkeling, het werken met certificatieschema's en de ontwikkeling van CQ-indexen. Het beleid van de overheid vormt dus een belangrijke leidraad voor (prioriteiten in) het kwaliteitsbeleid in het veld. Daarbij zien we echter dat er verschillen tussen sectoren bestaan bij de uitwerking van dat beleid. Voor de toepassingmogelijkheden van kwaliteitshandvesten houdt dat in dat:

- kwaliteitshandvesten sluiten over het algemeen aan bij de meest dominante initiatieven in de verschillende sectoren. De introductie van kwaliteitshandvesten kan daarom een onderdeel vormen van de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid in deze sectoren. Kwaliteitshandvesten kunnen daarmee bijdragen aan het voor de zorggebruiker duidelijk maken wat ze van hun zorgaanbieder mogen verwachten.
- kwaliteitshandvesten sluiten direct aan bij een aantal andere projecten uit de Sneller Beter databank voor ziekenhuizen, waar zorggebruikers actief worden betrokken bij initiatieven die tot doel hebben de kwaliteit van zorg te verbeteren (zie bijvoorbeeld de patiëntveiligheidskaart of de spiegelgesprekken).

- Kwaliteitshandvesten kunnen een aanvulling zijn op het zorg/leefplan in de verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg. In het zorg/leefplan worden de individuele afspraken en verwachtingen vastgelegd die van toepassing zijn op de unieke situatie van de individuele zorggebruiker. In het kwaliteitshandvest kan dan worden vastgelegd wat elke zorggebruiker – ongeacht de eigen specifieke situatie - van de zorgaanbieder mag verwachten.

Kortom, kwaliteitshandvesten passen bij de meest dominante kwaliteitsinstrumenten in de verschillende sectoren, er zijn echter wel verschillen in de toepasbaarheid van kwaliteitshandvesten tussen sectoren.

Omdat medische normen (zoals opgenomen in bijvoorbeeld indicatoren en richtlijnen/protocollen) lastig door individuele zorggebruikers kunnen worden beoordeeld en de zorgrelatie met de behandelaar voor een groot deel een vertrouwensrelatie is, lijkt het niet wenselijk de normering van het zorgproces in de behandelkamer tot onderdeel van een kwaliteitshandvest te maken. Op basis van de unieke kenmerken van een kwaliteitshandvest en de unieke aard van de relatie tussen behandelaar en zorggebruiker is voor een succesvolle toepassing van kwaliteitshandvesten in de gezondheidszorg nodig:

- dat servicenormen relevant moeten zijn voor alle zorggebruikers;
- dat het voor de zorggebruiker eenvoudig vast te stellen is of aan de normen is voldaan;
- en de normen zodanig helder zijn dat er geen discussie zou kunnen ontstaan tussen de behandelaar en de zorggebruiker of een norm wel of niet is gehaald.

Deze veronderstellingen hebben tot gevolg dat kwaliteitshandvesten (waarschijnlijk) slechts op die processen van toepassing zullen zijn die niet direct het medisch handelen betreffen.

In 2005 en 2006 heeft het NIVEL studies geïnventariseerd die inzicht geven in welke aspecten zorggebruikers belangrijk vinden, maar waar nog wel verbetering op behaald kan worden. Naast de CQ-indexen kunnen deze studies worden gebruikt om voorbeelden voor kwaliteitshandvesten uit te halen. Uit deze studies valt bijvoorbeeld af te leiden dat een verzorgingshuis in een kwaliteitshandvest kan opnemen dat bewoners zelf mogen bepalen wanneer ze naar het toilet gaan. Een ander voorbeeld dat uit deze studies valt af te leiden is dat thuiszorgorganisaties in hun kwaliteitshandvest kunnen opnemen dat ze bij ziekte van de thuiszorgmedewerker voor vervanging zorgen.

Tenslotte zijn er ook binnen sectoren verschillen, en wel op het niveau van de zorgaanbieders. Door de introductie van verschillende elementen van marktwerking in de zorg moeten zorgaanbieders met elkaar concurreren en proberen hun positie in de markt te handhaven en/of te verbeteren door zich te onderscheiden van de rest. Zorgaanbieders kunnen zich dus met hun kwaliteitsbeleid onderscheiden van andere zorgaanbieders. Het hanteren van een goed ontwikkeld kwaliteitshandvest waarbij voor zorggebruikers duidelijk is wat ze mogen verwachten van de zorgaanbieder geeft zorgaanbieders dus de kans zich te onderscheiden van andere aanbieders.

De databank van de Sneller Beter website ([www.snellerbeter.nl](http://www.snellerbeter.nl) (a)) laat echter wel zien

dat er veel verschillende kwaliteitsinstrumenten, zogenaamde ‘goede voorbeelden’, in het veld worden ingezet. Er is een grote diversiteit aan initiatieven en (reeds geïmplementeerde) verbeterprojecten, waarbij aan een aantal kwaliteitsinitiatieven door het ministerie van VWS prioriteit wordt gegeven (zoals de ontwikkeling van indicatoren). Voor een succesvolle introductie van kwaliteitshandvesten in de zorg moet er daarom rekening mee worden gehouden dat aanbieders direct voordeel moeten kunnen zien in het ontwikkelen en toepassen van een kwaliteitshandvest en dat het instrument eenvoudig te implementeren is.

Voor zorgaanbieders is een kwaliteitshandvest een kans om zich te onderscheiden van de rest. Kwaliteitshandvesten zullen echter ook moeten concurreren met andere kwaliteitsinstrumenten. De keus om met een kwaliteitshandvest te gaan werken is aan de zorgaanbieder zelf, evenals de inhoud van de servicenormen.

#### **4.3 Kwaliteitshandvesten kunnen een bijdrage leveren aan de uitvoering van de Wmo**

De inwerkingtreding van de Wmo en de veranderde rol van de gemeente bieden op het eerste gezicht ook mogelijkheden voor de introductie van kwaliteitshandvesten. Ten eerste hebben al veel gemeenten kennisgemaakt met het werken met een kwaliteitshandvest. Zij zouden de normen die ze bij het loket voor burgerzaken hanteren grotendeels ook kunnen toepassen bij het Wmo-loket. Daarnaast is het voor gemeenten belangrijk dat ze in hun nieuwe rol bij het faciliteren van maatschappelijke ondersteuning duidelijk kunnen maken welke diensten ze aan te bieden hebben en onder welke voorwaarden ze hun dienstverlening aanbieden. Dit geeft burgers duidelijkheid over wat ze mogen verwachten van de nieuwe rol die de gemeente heeft bij de uitvoering van taken in de gezondheidszorg. Door in een kwaliteitshandvest vast te leggen wat burgers mogen verwachten van hun gemeente op het gebied van maatschappelijke ondersteuning kan een kwaliteitshandvest bijdragen aan de uitvoering van de Wmo.



# Literatuur

- Actiz. *Verantwoorde zorg: visie en verwezenlijking. Werken met het model Zorgleefplan*. Utrecht: Actiz, 2007
- ANT. *Kwaliteitsbeleid van de Associatie Nederlandse Tandartsen*. Heemstede: ANT, 2004
- Arcares. *Jaarverslag 2005*. Utrecht: Arcares, 2006
- Arends LAP, Duynstee-Bijvoet WEM. *Patiëntenrechten*. In: Dute JCJ, Hermans HEGM, editors. *Regulering van de gezondheidszorg. Leerboek voor universitair en hoger beroepsonderwijs en managementopleidingen*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2000a
- Arends LAP, Wijmen FCBv. *Rechtshandhaving*. In: Dute JCJ, Hermans HEGM, editors. *Regulering van de gezondheidszorg. Leerboek voor universitair en hoger beroepsonderwijs en managementopleidingen*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2000b
- Baan CA, Hutten JBF, Rijken PM. *Afstemming in de zorg: een achtergrondstudie naar de zorg voor mensen met een chronische aandoening*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2003
- Bennema-Broos M, Sluijs EM, Wagner C, Temmink D, Hofhuis H. *Overzichtsstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector: 1990-2000*. Utrecht: NIVEL, 2000
- Berg MJvd, Bakker DHd, Roosmalen Mv, Braspenning JCC. *De staat van de huisartsenzorg: beschrijving van de stand van zaken in de huisartsenzorg en voorstel van een serie toezichtindicatoren voor de huisartsenzorg*. Utrecht: NIVEL, 2005
- Boot JM, Knapen HJM. *De Nederlandse gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2005
- Brink-Muinen A, Dulmen AMv, Schellevis FG, Bensing JM. *Tweede Nationale studie naar zieken en verrichtingen in de huisartspraktijk: oog voor communicatie: huisarts-patiënt communicatie in Nederland*. Utrecht: NIVEL, 2004
- Brouwer W, Leemrijse C, Sixma HJ, Friele RD. *Klantenwensen in de zorg: wat wensen klanten van apothekers, fysiotherapeuten, huisartsen en poliklinieken?* Utrecht: NIVEL, 2002
- Buis M. *Kwaliteitshandvesten van GGD'en*. GGD nieuws, 1997; p.8-11
- Casparie AF, Legemaate J, Rijkschroeff RAL, Brugman MJE, Buijsen MAJM, Gruijter MJD et al. *Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen*. Den Haag: ZonMw, 2001
- Cliënt en Kwaliteit. *Alles naar wens? onderzoek naar de kwaliteit van zorg en dienstverlening: rapportage Stichting Cliënt en Kwaliteit over 2003*. Utrecht: Stichting Cliënt en Kwaliteit, 2005
- Coppen R, Verhaak PFM. *Indicatoren in de eerstelijns GGZ: een voorstudie naar de informatievoorziening in de eerstelijns GGZ voor zorggebruikers en verzekeraars*. Utrecht: NIVEL, 2007
- Cuperus-Bosma JM, Roscam Abbing HDC, Gevers JKM, Hubben JH, Wal Gvd, Derckx VL et al. *Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*. Den Haag: ZonMw, 2002
- Dute JCJ. *Hoofdlijnen van de regulering van de gezondheidszorg*. In: Dute JCJ, Hermans HEGM, editors. *Regulering van de gezondheidszorg. Leerboek voor universitair en hoger beroepsonderwijs en managementopleidingen*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2000
- Dute JCJ, Friele RD, Gevers JKM, Hubben JH, Legemaate J, Roscam Abbing HDC et al. *Evaluatie Wet op de geneeskundige behandelings overeenkomst*. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland, 2000
- Foekema H, Hendrix C. *Spoed moet goed, Een onderzoek naar de spoedeisende zorg*. Amsterdam: TNS NIPO, 2005

- Friele RD, Albada A, Sluijs E. *Patiënten over hun rechten in de gezondheidszorg: een overzichtsstudie*. Utrecht: NIVEL, 2006
- Friele RD, Ruijter Cd, Wijmen Fv, Legemaate J. *Evaluatie Wet klachtrecht cliënten zorgsector*. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland, 1999
- GGZ Nederland. *Jaarverslag 2005*. Amersfoort: GGZ Nederland, 2006
- Harteloh PPM, Casparie AF. *Kwaliteit van zorg. Van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom, 1998
- IGZ. *prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg basisset 2006*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2006
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. *Staat van de Gezondheidszorg*. Den Haag: IGZ, 2002
- Janse AFC, Hutten JBF, Spreeuwenberg P. *Patiënten oordelen over ziekenhuizen II: ervaringen en meningen van patiënten in 37 Nederlandse ziekenhuizen*. Utrecht : NIVEL, 2002
- Kardol MJM. *Zorg voor zelfstandigheid: verslag van een studie over de zorg voor zelfstandigheid in verzorgingshuizen en het bevorderen van die zorg*. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2004
- Kennedie HWR. *Waarde, waardering, waardigheid: Hospitality Care en de toekomst van de Nederlandse Verpleeghuiszorg*. Amersfoort: Golden Tulip Hotels, Inns and Resorts, 2005
- Klerk Md. *Ouderen in instellingen: landelijk overzicht van de leefsituatie van oudere tehuisbewoners*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau, 2005
- Legemaate J, Wijmen FCBv. *Kwaliteit van zorg*. In: Dute JCJ, Hermans HEGM, editors. *Regulering van de gezondheidszorg. Leerboek voor universitair en hoger beroepsopleidingen en managementopleidingen*. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2000
- Ministerie van Volksgezondheid WeS. *Langer gezond leven: ook een kwestie van gezond gedrag*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2003
- Muntinga MA, Wechem SNv. *Kwaliteitshandvest geïntroduceerd. Nu de praktijk*. GGD nieuws, 1998; p.14-17
- PriceWaterhouseCoopers. *Z-org benchmarkonderzoek thuiszorg 2004*. Brancherapport. Utrecht: PriceWaterhouseCoopers, Desan, IWS, Nivel, TNO, 2005:
- Rijken PM, Spreeuwenberg P. *Patiëntenpanel Chronisch Zieken: kerngegevens zorg 2003*. Utrecht: NIVEL, 2004
- Savornin Lohman Jd, Rijkschroeff RAL, Oudenampsen DG, Verkuyl L, Gelder Kv, Overbeek Rv. *Evaluatie Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen*. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland, 2000
- Schee Evd, Delnoij D, Willems M. *Wie informeert patiënten over receptgeneesmiddelen?* www.nivel.nl: NIVEL, 2003
- Schouten BC, Friele RD. *Informed consent in dental practice: experiences of Dutch patients*. International Dental Journal, 2001; 51(1): p.52-54
- Sixma H. *Patiëntenoordelen over de huisartsenzorg*. In: Braspenning JCC, Schellevis FG, Grol RPTM, editors. *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: kwaliteit huisartsenzorg belicht*. Utrecht: NIVEL/WOK, 2004:
- Sixma HJ, Campen Cv, Kerssens JJ, Peters L. *Onderzoekprogramma kwaliteit van zorg: de QUOTE-vragenlijsten: kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief: vier nieuwe meetinstrumente*. Utrecht/ Den Haag: NIVEL/ Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek / Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1998
- Sluijs E, Keijser A, Wagner C. *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2005*. Utrecht: NIVEL, 2006
- Sluijs EM, Wagner C. *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: De stand van zaken in 2000*. Utrecht: NIVEL, 2000

- Smit M, Friele RD. *Agenda van de patiënt*. Utrecht: NIVEL, 2005
- Speet M, Delnoij D, Sixma H. *De kwaliteit van zorg en dienstverlening van de 's Heeren Loo Zorggroep vanuit het perspectief van cliëntvertegenwoordigers: meetinstrumentontwikkeling*. Utrecht: NIVEL, 2004
- Treekoverleg. *Streefnormstelling wachttijden curatieve sector: aanvaardbare levertijden in de care: streefnormstelling door en voor Treekpartijen*. Zeist: Zorgverzekeraar Nederland, 2001
- VGN. *Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg: visiedocument*. Utrecht: Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2007
- Wagner C. *Implementation and effectiveness of quality systems in Dutch health care organization*. Utrecht/Amsterdam: NIVEL/Vrije Universiteit, 1999
- Wagner C, Struben V. *Op weg naar het veiligheidsmanagementsysteem: een tussenstand*. Utrecht: NIVEL, 2007
- Willems R. *Hier werk je veilig of je werkt hier niet*. Den Haag: Shell Nederland, 2004
- Witman Y. *Op spreekuur bij de patiënt*. Medisch Contact, 2001; 56(19): p.739-741
- Witmer H, Bouma M, Braspenning J, Veld Ki', Grol R. *NHG-praktijkaccreditering: een nieuwe stap in de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid in huisartsenpraktijken 41*. Utrecht/Nijmegen: NHG/WOK, 2005

<http://npa.artsennet.nl>, geraadpleegd op 13-4-2007.

<http://www.actiz.nl/berichten/view.do?contentElement.identifier.identifierId=105265>, geraadpleegd op 3-5-2007.

<http://www.betervoorkomen.nl>, geraadpleegd op 27-2-2007.

(a) [http://www.brancherapporten.minvws.nl/object\\_document/o91n207.html](http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_document/o91n207.html), geraadpleegd op 26-3-2007.

(b) [http://www.brancherapporten.minvws.nl/object\\_document/o346n431.html](http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_document/o346n431.html), geraadpleegd op 26-3-2007.

<https://www.cahps.ahrq.gov>, geraadpleegd op 23-2-2007.

<http://www.centrumklantervaringzorg.nl>, geraadpleegd op 17-4-0007a.

<http://www.centrumklantervaringzorg.nl/programma/ontwikkeling.html>, geraadpleegd op 28-6-2007b.

<http://www.centrumvoorgoedgovernance.nl/klantorientatie>, geraadpleegd op 23-2-2007.

<http://www.hkz.nl>, geraadpleegd op 3-5-2007.

<http://www.ink.nl/public/?dirID=23>, geraadpleegd op 2-3-2007.

<http://www.kwaliteitshandvesten.nl/project>, geraadpleegd op 10-4-2007.

[http://www.minbzk.nl/onderwerpen/openbaar-bestuur/good\\_governance](http://www.minbzk.nl/onderwerpen/openbaar-bestuur/good_governance), geraadpleegd op 27-2-2007.

[http://www.minvws.nl/dossiers/kwaliteit\\_van\\_de\\_zorg/default.asp](http://www.minvws.nl/dossiers/kwaliteit_van_de_zorg/default.asp), geraadpleegd op 9-2-2007.

<http://www.nivel.nl/quote>, geraadpleegd op 23-2-2007.

<http://www.npcf.nl/?id=1039>, geraadpleegd op 17-4-2007.

(e) <http://www.snellerbeter.nl/databank/voorbeeld/item/117>, geraadpleegd op 15-3-2007.

(c) <http://www.snellerbeter.nl/databank/voorbeeld/item/94>, geraadpleegd op 15-3-2007.

(b) <http://www.snellerbeter.nl>, geraadpleegd op 27-2-2007.

(a) <http://www.snellerbeter.nl/databank>, geraadpleegd op 17-4-2007.

(d) <http://www.snellerbeter.nl/databank/voorbeeld/item/66>, geraadpleegd op 15-3-2007.

[http://www.sting.nl/themas\\_inhoud\\_details.asp?menuID=5&themaID=28&themaContentID=67](http://www.sting.nl/themas_inhoud_details.asp?menuID=5&themaID=28&themaContentID=67), geraadpleegd op 23-3-2007.

<http://www.thuiszorg.nl>, geraadpleegd op 7-3-2007.

<http://www.zonmw.nl/nl/programmas/centrum-klantervaring-zorg-en-cq-index/de-cq-index.html>, geraadpleegd op 17-4-2007.

<http://www.zorgvoorbeter.nl>, geraadpleegd op 27-2-2007.



## Bijlage 1

Tijdens de focusgroepgesprekken die in het kader van de ontwikkeling van een CQ-index worden gehouden zal het per aandoening wisselen welke onderwerpen er worden besproken. Wel zijn er in grote lijnen een aantal domeinen te noemen die doorgaans aan de orde komen (Coppen et al., 2007):

- *Bejegening*. Hiermee wordt de respectvolle omgang van de aanbieder met de zorggebruiker bedoeld. Daarnaast vallen hier ook onderwerpen onder als het opbouwen van vertrouwen, het waarborgen van de privacy en het hanteren van een klachtenregeling als sluitstuk van het kwaliteitsbeleid.
- *Deskundigheid*. Zorggebruikers vinden het belangrijk om te weten of de aanbieder van zorg aan de gestelde opleidings- en nascholings-eisen voldoet, of hij volgens richtlijnen werkt en of hij zich aan de normen voor veiligheid en hygiëne houdt.
- *Bereikbaarheid*. Hiermee wordt bedoeld op de fysieke bereikbaarheid en telefonische bereikbaarheid van de zorgaanbieder.
- *Toegankelijkheid*. Hiermee wordt bedoeld op het ontbreken van drempels (financieel, wachtlijsten, wachttijden)
- *Informatievoorziening*. Zorggebruikers vinden het belangrijk om duidelijke informatie te ontvangen over hun eigen gezondheid en de procesgang die gebruikelijk is bij de zorgaanbieder. Ze willen bijvoorbeeld dat de effecten en beleving van de behandeling regelmatig geëvalueerd worden waarbij de mogelijkheid open wordt gehouden om medicijngebruik in overleg met de zorggebruiker te staken ([www.npcf.nl](http://www.npcf.nl)). Ze willen weten of en hoe vaak een zorgaanbieder dit doet. Daarnaast vinden ze het ook belangrijk om informatie te krijgen over wat andere aanbieders doen.
- *Keuzevrijheid*. Hieronder wordt verstaan dat er een keuzemogelijkheid is voor een bepaalde aanbieder van zorg of voor een bepaalde behandeling.
- *Samenwerking*. Zorggebruikers willen weten hoe de samenwerking tussen verschillende zorgaanbieder verloopt. Over het algemeen vinden ze het belangrijk dat er een snelle toegang is tot medische gegevens, maar dat daarbij ook duidelijke regels omtrent het waarborgen van de privacy van een zorggebruiker gehanteerd worden.
- *Resultaat, ofwel de zorguitkomsten*. Bij onderzoeken waarbij aan zorggebruikers wordt gevraagd wat ze belangrijk vinden valt echter wel op dat ze voornamelijk procesaspecten noemen. Dat zorggebruikers niet direct informatie over de uitkomsten van zorg als belangrijk kwaliteitsaspect van een zorgaanbieder noemen is opmerkelijk. Hier zijn twee verklaringen voor te bedenken. Ten eerste zou het kunnen dat zorggebruikers het vanzelfsprekend vinden dat ze beter worden en zijn ze daarom meer geïnteresseerd in de manier waarop dat dan gebeurt. Ten tweede zou het ook kunnen dat zorggebruikers het lastig vinden om de uitkomsten van zorg te beoordelen en het daarom niet noemen.



## Bijlage 2

### **Sneller Beter**

Zoals in paragraaf 2.5 staat vermeld is één van de huidige speerpunten van het beleid het sneller doorvoeren van verbeteringen. De ziekenhuisbranche is daarom in 2003 van start gegaan met het Sneller Beter programma. Dit programma richt zich op de curatieve zorg en is bedoeld om een verbetering van transparantie, doelmatigheid en kwaliteit in de curatieve zorg te stimuleren. Het omvangrijke Sneller Beter programma bestaat uit drie pijlers.

In de eerste pijler is in de periode 2003-2006 met name gewerkt aan bewustwording, kennisontsluiting en kennisverspreiding op het gebied van kwaliteit, innovatie en doelmatigheid. De activiteiten bestonden voornamelijk uit het organiseren van bijeenkomsten met het veld.

De tweede pijler richt zich vooral op het vergoten van de transparantie en de vergelijkbaarheid van de resultaten van de zorg. Het werken met indicatoren en het publiceren van de resultaten daarvan in openbare verslagen is daar een voorbeeld van. De derde pijler, tenslotte, richt zich tenslotte op het breed verspreiden van goede voorbeelden in de ziekenhuissector.

### **Beter Voorkomen**

Voor de openbare gezondheidszorg is het sneller doorvoeren van verbeteringen uitgewerkt in het landelijk kwaliteitsprogramma 'beter voorkomen'. Dit programma is opgebouwd uit de volgende pijlers:

- Pijler 0 *Ontwikkeling van normen, standaarden en protocollen.* In dit kader wordt er gewerkt aan een certificatieschema dat vorm geeft aan de kwaliteitseisen door middel van processen, normen, procedure en werkinstructies. Meer specifiek richt deze pijler zich op de volgende taakgebieden: openbare geestelijke gezondheidszorg, forensische geneeskunde, epidemiologie & beleidsadvisering en gezondheidsbevordering.
- Pijler 1 *Benchmark, medewerkerstevredenheidonderzoek, klanttevredenheidonderzoek.* De huidige GGD Benchmark is momenteel met name gericht op de bedrijfsvoering van GGD'en. In deze pijler wordt de huidige Benchmark uitgebreid met de ontwikkeling van een (standaard)instrument voor het meten van klant- en medewerkerstevredenheid. Daarnaast wordt er ook aan een JGZ Benchmark 0-19 jaar gewerkt met de bouwstenen financiën, zorguitkomsten, bedrijfsvoering, cliënt- en medewerkerstevredenheid.
- Pijler 2 *prestatie-indicatoren.* De ontwikkeling van prestatie-indicatoren om maatschappelijke verantwoording af te leggen vindt plaats binnen deze pijler. De cijfers geven inzicht in de prestaties van instellingen in de vorm van hun bijdrage aan de lokale gezondheidsdoelen. Dit zegt iets over de kwaliteit van de geleverde publieke gezondheidszorg.

- Pijler 3 *Certificering, kennisdeling en best practices*. Deze pijler richt zich op de begeleiding van organisaties in het certificeringstraject. Daarnaast biedt ze organisaties ook ondersteuning in het verspreiden en stimuleren van best practices.
- Pijler 4 *Regierol gemeenten*. Pijler 4 richt zich op het versterken van de regiefunctie van gemeenten, het verspreiden van kennis en informatie en een structurele bestuurlijke inbreng en betrokkenheid van gemeenten bij de openbare gezondheidszorg. De bestuurlijke Benchmark, waarbij van gedachten wordt gewisseld tussen de portefeuillehouders, speelt hierbij een centrale rol.

### **Zorg voor beter**

Voor organisaties in zorg en welzijn is het sneller doorvoeren van verbeteringen uitgewerkt in het landelijk kwaliteitsprogramma 'zorg voor beter'. Dit programma bestaat uit de volgende aandachtsgebieden:

*Verbetertrajecten*. Dit onderdeel wordt gerealiseerd door in een samenwerkingsverband van verschillende organisaties verbetertrajecten te ontwikkelen. Voorbeelden:

Valpreventie, medicatieveiligheid, zeggenschap.

*Verantwoorde zorg*. Bij de uitwerking van het Toetsingskader Norm Verantwoorde zorg vormt de 'kwaliteit van leven' van zorggebruikers het uitgangspunt. Dit wordt inzichtelijk gemaakt door het instrument 'zicht op eigen leven' dat de door zorggebruikers ervaren kwaliteit van leven vaststelt. Op de volgende domeinen worden in dat kader normen uitgewerkt: zorgleef(behandel)plan, lichamenlijk welbevinden, zorginhoudelijke veiligheid, participatie/mentaal welbevinden, bekwaam personeel, ketenzorg en verspreiding en borging resultaten.

*Innovatie*. Dit aandachtsgebied heeft doel succesvolle innovaties opsporen en verspreiden, nieuwe innovaties ontwikkelen, initiatieven voor innovaties stimuleren. Dit om in te kunnen spelen op de toekomstige veranderingen.

*Goede voorbeelden*. Aan de hand van een aantal criteria wordt bekeken of een initiatief tot de rubriek goede voorbeelden hoort (best practices). Deze goede voorbeelden kunnen door andere organisaties over worden genomen in hun eigen organisatie.

*Landelijk dementieprogramma*. Aangezien het aantal dementerenden snel stijgt is een samenhangend aanbod van dienstverlening steeds belangrijker. Dit programma stimuleert de verbetering van de dienstverlening aan dementerenden en mantelzorgers.

*steunpunt verpleeghuiszorg*. Het steunpunt biedt advies en ondersteuning door collega's waarbij anonimiteit en onafhankelijkheid gegarandeerd wordt.



# Bijlage 3 Indicatoren

## Prestatieindicatoren Ziekenhuizen basisset 2007

### 1 *Decubitus*

- 1.1 Decubitusregistratie
- 1.2 Puntprevalentie decubitus ziekenhuisbreed
- 1.3 Decubitusincidentie bij een homogene patiëntenpopulatie

### 2 *Ondervoeding*

- 2.1 Screening van volwassen patiënten op ondervoeding in de kliniek
- 2.2 Percentage volwassen patiënten dat bij opname wordt gescreend op ondervoeding
- 2.3 Percentage volwassen patiënten waarbij sprake is van matige ondervoeding
- 2.4 Percentage volwassen patiënten waarbij sprake is van ernstige ondervoeding

### 3 *Medicatieveiligheid*

- 3.1 Beschikbaarheid gegevens over voorgeschreven en verstrekte medicatie tijdens het patiëntencontact

### 4 *Zorg-ICT*

- 4.1 Beschikbaarheid van elektronische gegevens en procesondersteunende ICT

### 5 *Ziekenhuisinfecties*

- 5.1 Surveillance van ziekenhuisinfecties

### 6 *Complicatieregistratie*

- 6.1 Complicatieregistratie

### 7 *Pijn na een operatie*

- 7.1 Pijnbeleid bij postoperatieve patiënten
- 7.2 Percentage gestandaardiseerde pijnmetingen bij postoperatieve patiënten
- 7.3 Percentage patiënten met op enig moment een pijnscore boven de 7 in de eerste 72 uur na een operatie

## 8 *Volume van risicovolle interventies*

8.1 Volume van aneurysma van de abdominale aorta operaties

8.2 Volume oesophaguscardiaresecties

## 9 *Cholecystectomie*

9.1 Galwegletsel na cholecystectomie

## 10 *Ongeplande heroperaties*

10.1 Heroperaties na een colorectale operatie

10.2 Operaties van een recidief hernia inguinalis

## 11 *Afgezegde operaties*

11.1 Percentage afgezegde operaties binnen 24 uur voor een electieve operatie

## 12 *Intensive care*

12.1 Niveau-indeling van de intensive care

12.2 Niveau-indeling bij kwaliteitsvisitatie bevestigd

12.3 Totaal aantal fte intensivisten beschikbaar voor de IC-afdeling

12.4 Beademingsdagen per patiënt op een IC-afdeling

## 13 *Zwangerschap*

13.1 Het percentage uitgevoerde bevallingen met een keizersnede in verhouding tot het verwachte percentage (VOKS-percentiel)

## 14 *Diabetes mellitus*

14.1 Geïntegreerde diabeteszorg

14.2 Gemiddelde HbA1C-waarde bij diabetes

14.3 Oogheelkundige controle bij diabetes

## 15 *Cardiologie*

15.1 Sterfte in het jaar na eerste administratief consult (EAC) op de polikliniek cardiologie

15.2 30-daagse mortaliteit of ziekenhuissterfte na opname voor een AMI

15.3 Hartfalenpoli

15.4 Heropname voor hartfalen

## 16 *Cerebrovasculair Accident (CVA)*

16.1 Stroke service/stroke unit

16.2 Mortaliteit na opname voor een CVA

## *17 Heupfractuur*

17.1 Percentage patiënten met een heupfractuur dat binnen één kalenderdag geopereerd is

## *18 Mammacarcinoom*

18.1 Differentiatiebeleid

18.2 Percentage patiënten bij wie kankerweefsel is achtergebleven na een eerste borstbesparende operatie

## *19 Cataract*

19.1 Registratie operatieve data

19.2 Percentage patiënten met voldoende wachttijd tussen de operatie van eerste en tweede oog

## *20 Kinderchirurgie*

20.1 Postoperatieve opnameduur na blinde darm operatie

## **Indicatoren van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)**

### *1 Kwaliteitsborging en kwaliteitssystemen*

1.1 Accreditatie

### *2 Incidenten patiëntenzorg (MIP, FONA)*

2.1 Incidenten Patiëntenzorg (MIP, FONA)

### *3 Financiële positie*

3.1 Budgetgrootte

### *4 Parameters ten behoeve van verantwoording, sturing en benchmarking*

4.1 Patiënttevredenheid

4.1.1 Patiënttevredenheidsmetingen

4.1.2 Klachten

4.2 Organisatie & kwaliteit

4.2.1 Wachttijden

4.2.2 Risico-inventarisatie

4.3 Organisatie & randvoorwaarden

4.3.1 Welbevinden medewerkers

4.3.2 Milieubelasting

4.4 Onderwijs, opleidingen en onderzoek

4.4.1 Onderwijs en opleidingen

4.4.2 Onderzoek

## **Inspectieformulier Verpleging, Verzorging en Zorg Thuis ten behoeve van de Pilot Normen voor Verantwoorde Zorg (augustus 2006)**

### **Deel I. Algemeen Organisatorische eenheid**

1. Algemene vragen

### **Deel II. V&V en Zorg Thuis**

2. Decubitus
3. Urine-incontinentie
4. Diagnose incontinentie
5. Verblijfskatheter
6. Depressie
7. Valincidenten
8. Bekwaamheid personeel bij voorbehouden en/of risicovolle handelingen

### **Deel III. V&V-specifiek**

9. Medicijnincidenten
10. Psychofarmaca gebruik
11. Vaccinatiegraad
12. 12 'Zachte domotica'
13. Probleemgedrag
14. Fixatie
15. Letsel ten gevolge van Fixatie
16. Onbedoelde gewichtsafname
17. Patiënten tilliften
18. Beschikbaarheid verpleegkundige
19. Beschikbaarheid arts
20. Capaciteitsplanning
21. Medewerkerraadpleging

### **Deel IV. Zorg Thuis-specifiek**

22. Veiligheid hulpmiddelen
23. Medicijngebruik
24. Beleid vrijheidsbeperkende maatregelen
25. Sociale omgang en eenzaamheid

### **Deel V. Evaluatie**

## **Indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg basisset (november 2006)**

### **1 Effectiviteit van zorg**

- 1.1 Bereik preventieactiviteiten
- 1.2 Verandering ernst problematiek
- 1.3 Verandering in het dagelijks functioneren van de cliënt
- 1.4 Verandering in de ervaren kwaliteit van leven van de cliënt
- 1.5 Rehabilitatie
- 1.6 Heropname versus duur opname
- 1.7 Drop-out (vroegtijdige eenzijdige beëindiging van behandeling)
- 1.8 Somatische screening
- 1.9 Hanteren behandelrichtlijnen
- 1.10 Bemoeizorg: bereik zorgwekkende zorgmijders
- 1.11 Continuïteit bij verandering van zorgsoort: tijdig contact na ontslag uit de kliniek

### **2 Veiligheid**

- 2.1 Risicovolle interactie tussen medicijnen
- 2.2 Informatie over bijwerkingen van medicijnen
- 2.3 Onveiligheid door het ontbreken van informatie
- 2.4 Dwang
- 2.5 Percentage suicides, gerelateerd aan instellingsgrootte
- 2.6 Incidenten cliëntenzorg

### **3 Cliëntgerichtheid**

- 3.1 Wachtijd tot start behandeling
- 3.2 Toegang tot zorg
- 3.3 Informed consent
- 3.4 Keuzevrijheid
- 3.5 Vervulling zorgwensen
- 3.6 Evaluatie van begeleidings- en behandelplannen
- 3.7 Continuïteit van zorg: goede samenwerking en afstemming met ketenpartners
- 3.8 Dagbesteding en arbeid: cliëntparticipatie aan dag- of werkactiviteiten
- 3.9 Woon- en leefomstandigheden: cliëntoordeel over woon- en leefomstandigheden in een klinische setting of RIBW-instelling
- 3.10 Adequate bejegening door de hulpverleners
- 3.11 Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners

Op dit moment hanteert de inspectie het **Risicoprofiel gehandicapten zorg**

1. Zelfbepaling en medezeggenschap
2. Individuele planning en ondersteuning
3. Individuele planning dagbesteding
4. Deskundigheid personeel
5. Diagnostiek en signalering
6. Veiligheid
7. Continuïteit van zorg
8. Vrijheidsbeperkende maatregelen.

Op termijn is de sector van plan om indicatoren te ontwikkelen op de volgende domeinen.

Domeinen in visie document

1. lichamelijk welbevinden
2. psychisch welbevinden
3. interpersoonlijke relaties
4. deelname aan de samenleving
5. persoonlijke ontwikkeling
6. materieel welzijn
7. zelfbepaling
8. belangen
9. zorgafspraken & ondersteuningsplan
10. cliëntveiligheid, fysieke veiligheid, sociale en emotionele veiligheid
11. kwaliteit van medewerkers en organisatie
12. samenwerking in zorg en ondersteuning

## **Indicatoren openbare gezondheidszorg (vastgesteld april 2007)**

1. HKZ-certificering
2. Profylaxe van Hepatitis B bij kinderen van HBV-draagsters
3. Screening en verwijzingen amblyopie bij 0-4 jarigen
4. Vaccinatiegraad (Rijks Vaccinatie Programma)
5. Bereik Jeugd Gezondheidszorg
6. Overgewicht jeugd (0-19 jaar)
7. Roken jeugd (12-19 jaar)
8. Alcoholgebruik jeugd (12-19 jaar)
9. Veilig vrijen jeugd (12-19 jaar)
10. Kindermishandeling jeugd (0-19 jaar)
11. Psychosociale problemen (0-19 jaar)
12. Snelheid van meldingen infectieziekten
13. Oefenen van draaiboeken voor bestrijding van uitbraken infectieziekten
14. Artikel 7 meldingen
15. Tuberculose
16. Hepatitis B vaccinatie van contacten
17. Roken
18. Alcoholgebruik
19. Overgewicht en obesitas
20. Eenzaamheid, depressies, angststoornissen en suicides
21. Huiselijk geweld
22. Risicogroepen Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
23. Geluidsoverlast
24. Binnenhuismilieu

