



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2007. De gegevens mogen met bronvermelding (Emmy Sluijs, Astrid Keijser, Cordula Wagner, *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen, de stand van zaken in 2005*, NIVEL 2007) worden gebruikt. Gezien het openbare karakter van NIVEL publicaties kunt u altijd naar deze pdf doorlinken. Het rapport is te bestellen via [receptie@nivel.nl](mailto:receptie@nivel.nl).

Ga (terug) naar de website: <http://www.nivel.nl/>

## **Kwaliteitssystemen in zorginstellingen de stand van zaken in 2005**

Emmy Sluijs  
Astrid Keijser  
Cordula Wagner



ISBN-1090-6905-818-9  
ISBN-13978-90-6905-818-4

<http://www.nivel.nl>  
[nivel@nivel.nl](mailto:nivel@nivel.nl)  
Telefoon 030 2 729 700  
Fax 030 2 729 729

©2006 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>Voorwoord</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>7</b>
1.1 Doel van dit rapport	7
1.2 Aanleiding en achtergrond	7
1.3 Kwaliteitssystemen	8
1.4 De stand van zaken in 2000	10
1.5 Vraagstelling	11
1.6 Leeswijzer	12
<b>2 Opzet en methode van het onderzoek</b>	<b>13</b>
2.1 Inleiding	13
2.2 Opzet van het onderzoek	13
2.3 Ontwikkeling van de vragenlijst	13
2.4 Respons en non-respons	14
2.5 Beperkingen bij het onderzoek	15
<b>3 De stand van zaken in 2005</b>	<b>17</b>
3.1 Inleiding	17
3.2 Beleid en strategie	17
3.3 Protocollen en procedures	18
3.4 Cyclische kwaliteitsactiviteiten	19
3.5 Medewerkers	20
3.6 Patiënten en cliënten	21
3.7 Samenwerking en ketenkwaliteit	23
3.8 Kosten	24
3.9 Effecten van kwaliteitszorg	25
3.10 Toekomstplannen	27
<b>4 Verschillen tussen de sectoren</b>	<b>29</b>
4.1 Inleiding	29
4.2 Beleid en strategie	29
4.3 Protocollen en procedures	30
4.4 Cyclische kwaliteitsactiviteiten	31
4.5 Patiënten en cliënten	32
4.6 Certificering	33
4.7 Effecten van kwaliteitszorg	34
4.8 Toekomstplannen	37

<b>5 De vooruitgang sinds 2000</b>	<b>39</b>
5.1 Inleiding	39
5.2 De knelpunten in 2000	39
5.3 Kwaliteitsbewaking en verbetering	40
5.4 Samenwerking en ketenkwaliteit	42
5.5 Certificering	43
5.6 Effecten van kwaliteitszorg	44
5.7 Toekomstplannen	45
<b>6 Samenvatting, beschouwing en conclusies</b>	<b>47</b>
6.1 Inleiding	47
6.2 Samenvatting van de resultaten	47
6.3 Aanbevelingen	51
Literatuur	55
Verklarende woordenlijst en afkortingen	57

## Voorwoord

Dit rapport laat zien hoe ver Nederlandse zorginstellingen in 2005 gevorderd zijn met de invoering van kwaliteitssystemen c.q. kwaliteitsmanagement.

Kwaliteitsmanagement is wettelijk verplicht sinds de invoering van de Kwaliteitswet Zorginstellingen in 1996. Kwaliteitsmanagement is een aanvulling op de gangbare bedrijfsvoering en is expliciet gericht op het bewaken en verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Het onderzoek is een vervolg op twee eerdere landelijke kwaliteitsonderzoeken die het NIVEL in 1995 en in 2000 heeft gehouden, de zogenoemde 'Leidschendam onderzoeken'. Dit rapport geeft een beschrijving van de huidige stand van zaken op hoofdlijnen. Bij dit rapport hoort het 'Tabellenboek Kwaliteitssystemen: de stand van zaken per zorgsector in 2005' dat een gedetailleerd en compleet beeld geeft over de stand van zaken in elke sector afzonderlijk.

De gegevens in dit rapport hebben betrekking op de vijf grootste zorgsectoren, namelijk:

- Thuiszorg instellingen;
- Instellingen voor gehandicaptenzorg;
- Instellingen voor geestelijke gezondheidszorg;
- Ziekenhuizen;
- Verpleeg- en verzorgingshuizen.

In vervolgrapportages zullen de gegevens nader worden geanalyseerd om te zien welke verschuivingen en trends zich het laatste decennium in elke sector hebben voorgedaan.

De resultaten van het onderzoek zijn relevant voor alle partijen die zich inspannen om de kwaliteit van zorg voor de patiënt te waarborgen en voortdurend te verbeteren en voor alle partijen die werken aan de verdere ontwikkeling van kwaliteitsmanagement in de zorgsector.

Onze dank gaat uit naar alle zorginstellingen die dit onderzoek mogelijk hebben gemaakt door de vragenlijsten in te vullen.

Utrecht, januari 2007

Cordula Wagner



# 1 Inleiding

## 1.1 Doel van dit rapport

Het doel van dit rapport is een overzicht te geven van de mate waarin en de wijze waarop zorginstellingen in Nederland anno 2005 invulling hebben gegeven aan hun kwaliteitssysteem. Het rapport beschrijft de resultaten van een landelijk kwaliteitsonderzoek waaraan 543 zorginstellingen uit vijf zorgsectoren hebben meegedaan. Hiertoe is in 2005 (ziekenhuizen) en begin 2006 (overige sectoren) een landelijke enquête over het kwaliteits- en veiligheidsmanagement uitgestuurd naar zorginstellingen in de sectoren thuiszorg, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuizen en revalidatiecentra, verpleeg- en verzorgingshuizen.

## 1.2 Aanleiding en achtergrond

Aanleiding tot het huidige onderzoek is de behoefte van diverse partijen aan actuele gegevens over kwaliteitssystemen in de zorg. De brancheorganisaties hebben behoefte aan deze gegevens om het kwaliteitsbeleid in hun sector nader vorm te geven. De overheid (het Ministerie van VWS) wil de invoering van kwaliteitssystemen versnellen en beraadt zich over haar beleid inzake certificering (De Goeij, 2006; zie ook Lemmens et al., 2003). De Stichting HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) is bezig met een heroriëntatie op de eisen voor certificering ([www.hkz.nl](http://www.hkz.nl)).

Kwaliteitssysteem is geen nieuw begrip. In de gezondheidszorg deed het begrip 'kwaliteitssysteem' in 1990 zijn intrede (Sluijs et al., 1992). De aanleiding was het voornemen van de overheid om meer marktwerking en meer zelfregulering in de zorg toe te laten. Omdat daarbij de overheidscontrole zou verminderen, werd het nodig geacht dat zorgaanbieders extra waarborgen zouden bieden voor de kwaliteit van de patiëntenzorg. Daarover zijn op landelijk niveau afspraken gemaakt tussen alle drie de betrokken partijen: zorgvragers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dat gebeurde op de zogenoemde Leidschendamconferenties, die in 1990, 1995 en 2000 zijn gehouden. Gezamenlijk is toen besloten dat de zorgaanbieders kwaliteitssystemen zouden gaan invoeren om de kwaliteit van zorg te waarborgen en de kwaliteit inzichtelijk en toetsbaar te maken. Deze afspraak is wettelijk bekrachtigd met de invoering van de Kwaliteitswet Zorginstellingen in 1996 (Casparie et al., 2001).

Nu, 15 jaar na de introductie van kwaliteitszorg, in de huidige, roerige periode waar marktwerking en veranderingen in wet- en regelgeving weer centrale thema's zijn in de zorg, is het een mooi moment om te kijken naar de resultaten en effecten van kwaliteitszorg op de lange termijn.

### 1.3 Kwaliteitssystemen

Kwaliteitssystemen zijn al decennia gangbaar in het bedrijfsleven. Het belangrijkste doel daarvan is de kwaliteit van de producten te bewaken, fouten te voorkómen en risico's te verkleinen. Bedrijven kwamen tot het inzicht dat het meer loonde om productieprocessen beheerst te laten verlopen en zo fouten te voorkómen, in plaats van het herstellen van fouten op basis van de gebruikelijke eindcontroles (De Dreu, 2006). Deze efficiëntie komt ook terug in de wettelijke bepalingen van kwaliteit in de gezondheidszorg. In de Kwaliteitswet Zorginstellingen wordt bijvoorbeeld vereist dat een zorgaanbieder 'verantwoorde zorg' aanbiedt. Verantwoorde zorg wil zeggen zorg van een goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt (Kwaliteitswet Zorginstellingen, 1996).

In de Kwaliteitswet is vastgelegd dat zorginstellingen moeten zorgen voor de nodige middelen en materialen, bekwaam personeel, een heldere verantwoordelijkheidstoedeling, et cetera. Ook staat beschreven dat de kwaliteit van zorg expliciet moet worden gemanaged. In de Wet staat letterlijk: 'het uitvoeren van artikel 3 (i.e. de zorgverlening) omvat mede de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg'. Daartoe moeten op systematische wijze gegevens over de kwaliteit van zorg worden verzameld zodat op basis daarvan getoetst kan worden of verantwoorde zorg wordt geleverd, waarna de nodige -corrigerende- maatregelen kunnen worden genomen. Kwaliteit is een cyclisch proces, vergelijkbaar met financieel management en de planning en controle cyclus. In kwaliteitstermen is deze cyclus beter bekend als de kwaliteitscyclus of PDCA cirkel (plan-do-check-act). PDCA leidt tot continue verbetering van de kwaliteit. Kwaliteitsmanagement is niet alleen verplicht voor zorginstellingen, maar ook voor beroepsbeoefenaren, zoals in de Wet BIG is vastgelegd<sup>1</sup>.

Aandachtsgebieden voor kwaliteitszorg zijn beleid en strategie (ook verslaglegging), protocollen en procedures, cyclische kwaliteitsactiviteiten, personeelsbeleid, patiënten/cliënten participatie, samenwerking, veiligheid en ketenkwaliteit. Deze thema's zijn ook terug te vinden in de verschillende kwaliteitsmodellen van zorgsectoren.

#### *Certificering en accreditering*

Kwaliteitsmanagement moet er, net als in het bedrijfsleven, voor zorgen dat processen in de gezondheidszorg beheerst verlopen, dat risico's worden vermeden en fouten worden voorkómen, met kwaliteitsverbetering als resultaat. Kwaliteit mag geen zaak van toeval zijn. Als bewijs dat kwaliteitsmanagement c.q. het kwaliteitssysteem<sup>2</sup> aan een aantal (hoge) eisen voldoet kan een instelling een certificaat verwerven.

De eisen die aan kwaliteitsmanagement worden gesteld, worden voor ziekenhuizen opgesteld door het NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen) en voor de overige zorgsectoren door de Stichting HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeleid Zorgsector).

---

<sup>1</sup> Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg

<sup>2</sup> Ook wel kwaliteitsmanagementsysteem genoemd



De normen die het NIAZ voor ziekenhuizen opstelt, kunnen gelden voor het ziekenhuis als geheel, maar er zijn ook NIAZ-normen voor afzonderlijke ziekenhuisafdelingen of divisies. Inmiddels beschikken 21 ziekenhuizen over een bewijs van accreditatie ([www.niaz.nl](http://www.niaz.nl); peildatum augustus 2006). NIAZ-accreditatie en HKZ-certificering zijn inhoudelijk vergelijkbaar wat betreft de kwaliteitsthema's die worden beoordeeld. In beide gevallen gaat het ook om een beoordeling door externe partijen (die bij NIAZ-accreditatie uit de branche zelf afkomstig zijn). Een belangrijk verschil is dat de HKZ-normen ISO-compatible zijn en de NIAZ-normen niet.

De Stichting HKZ is in 1994 opgericht om te komen tot eenduidige kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector (Bering, 1993). Voor de grootste zorgsectoren zijn inmiddels HKZ-certificatieschema's opgesteld (thuiszorginstellingen, verpleeghuizen, gehandicaptenzorg, maar ook voor praktijken zoals apotheken of tandarts- en fysiotherapiepraktijken). Zie voor een volledig overzicht [www.hkz.nl](http://www.hkz.nl). Een instelling kan zich laten certificeren als het kwaliteitssysteem aan alle normen en eisen voldoet. De certificatieschema's zijn geharmoniseerd, dat wil zeggen dat zij dezelfde elementen bevatten en dezelfde zwaarte hebben. Op die wijze is de waarde van het certificaat helder voor alle betrokken partijen. De certificatie-eisen in de HKZ-schema's omvatten de ISO-9001-normen (ISO-compatible) die in het internationale bedrijfsleven voor certificering van kwaliteitssystemen gelden<sup>3</sup>. De HKZ-normen zijn zwaarder dan de ISO-normen vanwege extra eisen voor patiëntgerichtheid in de zorg. Het HKZ-certificaat is daarmee een 'ISO-plus' certificaat.

De HKZ-normen worden opgesteld door alle bij de zorg betrokken partijen. Dat waarborgt dat de normen breed worden geaccepteerd en gedragen. De Stichting HKZ voert zelf geen beoordelingen uit. Dat gebeurt door -formeel door de Raad voor de Accreditatie erkende- certificerende instanties. Alleen deze instanties zijn bevoegd HKZ-certificaten toe te kennen. Een toegekend certificaat blijft 3 jaar geldig, maar elk jaar vindt een tussentijdse beoordeling plaats. Inmiddels zijn in de zorgsector in totaal 866 HKZ-certificaten uitgereikt. Veel daarvan zijn toegekend aan openbare apotheken, maar ook veel thuiszorgorganisaties en andere zorginstellingen hebben HKZ-certificaten verworven (zie HKZ, peildatum augustus 2006).

Naast de HKZ-certificaten en de NIAZ-accreditatie bestaan er nog verschillende andere certificaten/keurmerken in de zorg, zoals bijvoorbeeld de kwaliteitstoets van Perspekt. Via deze toets kan een instelling een bronzen, zilveren of gouden keurmerk verwerven, het zogenoemde Perspekt-keurmerk. Zorgverzekeraar Achmea heeft het behalen van de kwaliteitstoets als eis opgenomen in de afspraken met alle verpleeg- en verzorgingshuizen waarmee zij contracten afsluit. Welke verpleeg- en verzorgingshuizen een certificaat bezitten is te zien op de website van Perspekt ([www.perspektkeurmerk.nl](http://www.perspektkeurmerk.nl)).

---

<sup>3</sup> Let wel, het is een systeemcertificaat (c.q. een keurmerk voor het kwaliteitssysteem) en dus geen productcertificaat (c.q. een keurmerk voor het eindproduct, wat in de individuele zorg- en dienstverlening niet bestaat)

## 1.4 De stand van zaken in 2000

Om te monitoren of kwaliteitssystemen inderdaad tot stand kwamen heeft het NIVEL zowel in 1995 als in 2000 op landelijke schaal onderzocht hoever de instellingen daarmee waren gevorderd. In 1995 vielen de resultaten tegen en ook in 2000 was de vooruitgang niet overweldigend (Sluijs et al., 2003). Het onderzoek in 1995 liet zien dat zorginstellingen wel bezig waren met tal van kwaliteitsactiviteiten en kwaliteitsprojecten, echter de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem bleek veel ingrijpender en vergde veel meer tijd dan men aanvankelijk had gedacht (Wagner et al., 1995; 1999). Bovendien was nog nauwelijks uitgekristalliseerd wat in de zorgsector precies onder een kwaliteitssysteem moest worden verstaan. In 2000 werden meer resultaten geboekt (Sluijs et al., 2000). Er ontstond meer inzicht in de positieve effecten van kwaliteitszorg, maar ook in (ongewenste) neveneffecten die het invoeren van een kwaliteitssysteem met zich meebracht. We gaan kort op de belangrijkste conclusies in:

### *De belangrijkste bevindingen in 2000*

In 2000 had 95% van de zorginstellingen in Nederland nog geen compleet kwaliteitssysteem. De ruime meerderheid was wel verder gevorderd vergeleken met 1995. Er werden in 2000 met name veel protocollen en procedures ontwikkeld, er werden tevredenheidsmetingen uitgevoerd onder patiënten, men ontwikkelde een expliciet kwaliteitsbeleid en men begon met het samenstellen van een kwaliteitshandboek. Zo'n handboek dient alle procedures op het gebied van kwaliteitsbewaking te bevatten. Bij bijna eenderde van de instellingen stond het kwaliteitssysteem in 2000 nog helemaal in de kinderschoenen. Zij waren zich aan het oriënteren op kwaliteitszorg en hadden een kwaliteitscommissie of stuurgroep ingesteld. Wat verbazing wekte, was het feit dat een aantal instellingen vergeleken met 1995 niet méér maar minder kwaliteitsactiviteiten uitvoerde in 2000. De reden was onduidelijk. Als een van de verklaringen bleek dat het systeem in 1995 wel op schrift was gesteld maar dat het onvoldoende was geïmplementeerd of weer was 'verzand' (Sluijs et al., 2001).

### *Effecten en neveneffecten van een kwaliteitssysteem*

Een kleine minderheid, namelijk 57 van de 1142 onderzochte instellingen (5%), beschikte in 2000 al wel over een compleet kwaliteitssysteem en sommigen hadden keurmerken of certificaten verworven. Volgens deze instellingen had de invoering van het kwaliteitssysteem veel positieve effecten teweeg gebracht. Zo meldde tweederde van deze instellingen dat men klantgerichter was gaan werken, dat zorgprocessen verbeterd waren, wat in veel gevallen ook tot betere uitkomsten had geleid. Volgens de helft van deze instellingen had het kwaliteitssysteem bijgedragen aan het imago van de instelling en aan een betere beheersbaarheid van de organisatie. Bij deze positieve effecten moet in acht worden genomen dat het hier om een zelfrapportage ging en niet om objectief gemeten resultaten. Ook werden deze effecten met name gerapporteerd door voorlopers in de sector. Voorlopers konden doorgaans als eerste een certificaat verwerven omdat veel zaken toch al goed geregeld waren. Dat wordt ook wel de 'performance paradox' genoemd (Westphal et al., 1997).

Naast de positieve effecten staan de inspanningen en de kosten die het invoeren van een kwaliteitssysteem met zich mee brengt. Ruim de helft van deze groep voorlopers (54%)

meldde dat een kwaliteitssysteem extra kosten met zich meebrengt, zowel eenmalige kosten voor de ontwikkeling van het systeem als structurele kosten voor het onderhouden van het systeem (Custers et al., 2001). Daarnaast bleek dat in veel instellingen het aantal regels en procedures was toegenomen. Deze toename van administratieve procedures wordt veelal als een (ongewenst) neveneffect van kwaliteitssystemen gezien. Die toename is overigens verklaarbaar omdat de certificatieschema's meer dan 100 eisen bevatten omtrent datgene wat op het gebied van kwaliteitsbewaking geregeld moet zijn.

#### *Verschillen in vooruitgang*

In 2000 bleek dat er aanzienlijke verschillen binnen eenzelfde zorgsector waren in de mate waarin instellingen vooruitgang met kwaliteitszorg hadden geboekt. De mate van vooruitgang bleek significant samen te hangen met zowel de cultuur als de structuur van de organisatie. Wat betreft de cultuur bleek de houding van de medewerkers van groot belang. De vooruitgang was groter in instellingen waar medewerkers een flexibele houding tegenover vernieuwingen hadden, vergeleken met instellingen waar de medewerkers meer behoudend waren. Wat betreft de structuur was het van belang dat de directie voor één kwaliteitsmodel voor de gehele instelling had gekozen waar management en professionals gezamenlijk aan werkten (vergeleken met instellingen die meer 'losse' kwaliteitsactiviteiten uitvoerden en waar management en professionals gescheiden opereerden). Ook een meer decentrale besluitvorming hing samen met de geboekte vooruitgang. De onderzoekers concludeerden dat klaarblijkelijk een evenwicht moet worden gevonden tussen een centrale aansturing door de directie en decentrale verantwoordelijkheden bij de medewerkers zelf.

## **1.5 Vraagstelling**

Deze rapportage over het onderzoek is inventariserend en beschrijvend van karakter. Het doel is de huidige stand van zaken in kaart te brengen. Daartoe zullen de volgende onderzoeksvragen worden beantwoord.

Vraag 1 Hoever zijn Nederlandse zorginstellingen anno 2005 gevorderd met de invoering van een kwaliteitssysteem?

Vraag 2 Wat zijn de effecten en de vóór- en nadelen van het kwaliteitssysteem?

Deze vragen worden in hoofdstuk 3 beantwoord. Daarbij wordt een overzicht gegeven van de stand van zaken in de vijf zorgsectoren samen, namelijk thuiszorginstellingen, instellingen voor gehandicaptenzorg, ggz-instellingen, ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen.

Vraag 3 Zijn er verschillen tussen de vijf onderzochte zorgsectoren wat betreft de mate waarin en de wijze waarop de kwaliteitssystemen zijn ingevuld?

Deze vraag is onderwerp van hoofdstuk 4. Er bestaan tussen de zorgsectoren van oudsher verschillen die ook door kunnen werken in de wijze waarop het kwaliteitssysteem wordt ingevuld. In ziekenhuizen wordt bijvoorbeeld traditioneel meer protocollair gewerkt dan

in de geestelijke gezondheidszorg of in de gehandicaptenzorg. Ook bleek in 2000 dat in de langdurige zorg de patiënten en cliënten meer bij kwaliteitszorg werden betrokken dan in de acute of ambulante zorgverlening. Op deze en andere verschillen wordt in hoofdstuk 4 ingegaan.

Vraag 4 Op welke gebieden is vooruitgang (of achteruitgang) te zien vergeleken met de stand van zaken in 2000?

Vraag 5 In welke mate is bij de ontwikkeling van kwaliteitssystemen rekening gehouden met de knelpunten die in 2000 werden gesignaleerd?

Deze vragen worden in hoofdstuk 5 beantwoord. Het hoofdstuk begint met een korte beschrijving van de knelpunten die in 2000 bij de ontwikkeling van kwaliteitssystemen werden gesignaleerd. Het hoofdstuk gaat in op de mate waarin bij de ontwikkelingen van de laatste jaren rekening is gehouden met de aanbevelingen die in 2000 zijn gedaan. Het hoofdstuk geeft een kwantitatieve vergelijking van de stand van zaken in 2000 en 2005 zodat veranderingen zichtbaar worden.

## 1.6 Leeswijzer

In dit rapport worden in drie hoofdstukken de belangrijkste gegevens gepresenteerd ter beantwoording van de onderzoeksvragen, gevolgd door een hoofdstuk met samenvatting, conclusies en aanbevelingen. Hoofdstuk 3 geeft een algemeen beeld van de stand van zaken in kwaliteitszorg in de gehele zorgsector. In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op verschillen en overeenkomsten tussen de vijf onderzochte zorgsectoren (thuiszorg, gehandicaptenzorg, ggz, ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen). Hoofdstuk 5 beschrijft de vooruitgang ten opzichte van 2000. Hier kunt u lezen hoe kwaliteitszorg zich de afgelopen vijf jaar heeft ontwikkeld, waar vooruitgang is geboekt en waar stilstand is opgemerkt. In hoofdstuk 6 worden conclusies aan de resultaten verbonden en adviezen voor de toekomst gegeven. Het bij dit rapport behorende Tabellenboek (Keijser, Sluijs en Wagner, 2006) bevat de letterlijke tekst van alle vragen van de verschillende vragenlijsten en alle uitkomstgegevens per sector.

Waar in dit rapport 'ziekenhuizen' geschreven staat, moet 'sector ziekenhuizen' worden gelezen, dat wil zeggen alle ziekenhuizen (regionaal, categoriaal, topklinisch en academisch) alsmede de revalidatiecentra.

Alle cijfers die in de tabellen worden genoemd, zijn absolute percentages. Voor zover van toepassing, staat in de tabellen ook aangegeven welk percentage instellingen de vraag niet heeft ingevuld ('missing').

## **2 Opzet en methode van het onderzoek**

### **2.1 Inleiding**

In dit hoofdstuk staat beschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd en hoe de ontwikkeling van de vragenlijsten tot stand is gekomen. Het onderzoek is zo opgezet dat de situatie in 2005 vergeleken kan worden met de stand van zaken in 1995 en 2000.

### **2.2 Opzet van het onderzoek**

Het onderzoek is gehouden door middel van schriftelijke vragenlijsten. De vragenlijsten zijn in de eerste maanden van 2006 aan de zorginstellingen verstuurd (alleen de ziekenhuizen hebben de vragenlijst iets eerder ontvangen, namelijk in 2005). In de brief werd gevraagd de lijst in te vullen op basis van de stand van zaken eind 2005 (om twee 5-jaarsperiodes te kunnen vergelijken 1995-2000-2005). De vragenlijst was geadresseerd aan directie en/of kwaliteitsfunctionaris van de instelling.

Er zijn twee schriftelijke reminders verstuurd, steeds met een tussentijd van circa vier weken. Bij de tweede reminder is opnieuw een exemplaar van de vragenlijst meegestuurd, alsmede een non-respons formulier. Gevraagd werd dit non-respons formulier ingevuld terug te sturen, indien de vragenlijst niet werd ingevuld. Bij de sector ziekenhuizen zijn instellingen niet schriftelijk, maar telefonisch herinnerd aan de vragenlijst en werden de non-respons vragen ook telefonisch afgenomen.

### **2.3 Ontwikkeling van de vragenlijst**

De vragenlijsten zijn voor het grootste deel gebaseerd op de bestaande vragenlijsten die in 1995 en 2000 ook zijn afgenomen. In 2005 zijn enkele vragen toegevoegd over recente ontwikkelingen, onder andere op het gebied van risicobeheersing en patiëntveiligheid. Net als voorheen zijn de vragenlijsten voor een deel in alle sectoren gelijk en voor een deel aangepast aan de specifieke situatie in elke sector. Dit maakt vergelijking tussen sectoren en met eerdere jaren mogelijk.

De ontwikkeling van de vragenlijsten is gebeurd in nauw overleg met de respectievelijke brancheorganisaties. Eind 2005 waren dat Z-org (voor de thuiszorg), VGN (voor de gehandicaptenzorg), GGZ Nederland (voor ggz-instellingen), NVZ (voor ziekenhuizen en revalidatiecentra) en Arcares (voor verpleeg- en verzorgingshuizen).

## 2.4 Respons en non-respons

### *Respondenten*

Aangeschreven instellingen zijn direct afkomstig van de ledenlijsten van de branche-organisaties. Voor de sectoren thuiszorg, gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, ziekenhuizen en revalidatiecentra en verpleeg- en verzorgingshuizen zijn de ledenlijsten van respectievelijk Z-org, VGN, GGZ Nederland, NVZ en Arcares gebruikt.

Bij de sectoren ziekenhuizen, thuiszorg, ggz en gehandicaptenzorg zijn alle instellingen op de ledenlijst aangeschreven.

In de sector verpleeg- en verzorgingshuizen is vanwege het grote aantal instellingen een steekproef genomen. De vragenlijst is gestuurd naar de helft van het totaal aantal hoofdvestigingen van de verpleeg- en verzorgingshuizen.

In totaal zijn 818 zorginstellingen aangeschreven. De vragenlijst is door 543 instellingen ingevuld. De totale respons komt daarmee op 66% (zie tabel 2.1).

Tabel 2.1 Respons en non-respons in aantallen en percentages

	Aangeschreven		Respons		Non-respons	
	Aantal	Aantal	%	Aantal	%	
Thuiszorg	86	62	72%	24	28%	
Instellingen voor gehandicaptenzorg	176	115	65%	61	35%	
Ggz-instellingen	106	86	81%	20	19%	
Ziekenhuizen	128	85	67%	43	33%	
Verpleeg- en verzorgingshuizen	322	195	61%	127	39%	
Totaal	818	543	66%	275	34%	

### *Non-respons*

De non-respons is 34% (276 instellingen). Daarvan hebben 94 instellingen laten weten wat de reden is van niet-deelname. De ziekenhuizen die geen vragenlijst instuurden, werden telefonisch benaderd. De overige sectoren kregen bij de tweede reminder een non-respons formulier toegestuurd waarop zij konden aangeven wat de reden was voor de instelling om niet mee te doen.

De redenen voor instellingen om niet mee te doen lopen uiteen. Verschillende instellingen geven aan dat ze het te druk hebben en/of dat ze andere prioriteiten hebben gesteld.

Redenen voor de drukte zijn bijvoorbeeld 'dagelijkse bezigheden', 'landelijke beleidsontwikkelingen', 'administratieve verplichtingen', ' bezig met certificering', etc. Een aantal instellingen melden net een nieuwe kwaliteitsfunctionaris te hebben, aan het begin te staan van kwaliteitsbeleid of geen expliciet kwaliteitsbeleid te hebben.

Om te onderzoeken of de stand van zaken bij de non-respondenten vergelijkbaar is met de groep respondenten, zijn twee vragen omtrent kwaliteitszorg gesteld: 'Heeft uw instelling een kwaliteitsfunctionaris of kwaliteitsstuurgroep/-commissie ingesteld?' 'Is op directieniveau een keuze gemaakt voor een kwaliteitssysteem?'. Bij de sector ziekenhuizen is alleen de vraag gesteld 'Heeft u een kwaliteitsfunctionaris?'

Bij de groep non-respondenten geeft 70% aan een kwaliteitsfunctionaris of stuurgroep/ -commissie te hebben. Bij de deelnemende instellingen is dit 92%.

Een keuze voor een bepaald kwaliteitssysteem is bij de non-respondenten gemaakt bij

100% (thuiszorg), 89% (verpleeg- en verzorgingshuizen), 50% (ggz, nb 50% missing), en 77% (gehandicapten) van de instellingen. Bij de groep respondenten zijn deze percentages vergelijkbaar (respectievelijk 84%, 90%, 94%, 77%). Een keuze voor een bepaald kwaliteitssysteem (vb HKZ, INK, NIAZ) is dus in beide groepen even vaak gemaakt.

Aan de groep non-respondenten bij de ziekenhuizen is gevraagd naar deelname aan Doorbraakprojecten. Bij de non-respondenten nam 27% op moment van ondervraging deel aan een Doorbraakproject. Bij de deelnemende ziekenhuizen is dat 51%.

Over het algemeen moet worden aangenomen dat de groep van niet-deelnemende instellingen iets achterloopt in kwaliteitszorg vergeleken met de instellingen die wel hebben deelgenomen. De data zoals weergegeven in dit rapport kunnen dan ook iets vertekend zijn in positieve richting.

## **2.5 Beperkingen bij het onderzoek**

Het onderzoek kent enkele beperkingen in de opzet van het onderzoek. De vragenlijst werd geadresseerd aan directie en kwaliteitsfunctionaris van de instelling. Alhoewel van dit hogere kader verwacht kan worden dat zij de situatie in de instelling goed kennen, kan het zijn dat er verschillen zijn tussen de werkelijke situatie in de instelling en datgene wat in de vragenlijst werd ingevuld. In dit onderzoek zijn de meningen van medewerkers/professionals niet nagevraagd.

Ten tijde van het onderzoek bestond het nieuwe gecombineerde Toetsingskader verantwoorde zorg voor thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen nog niet. U zult dit dan ook nauwelijks in de antwoorden terugvinden.

Desondanks menen de onderzoekers dat de data zoals gepresenteerd in dit rapport, een goed beeld geven van de stand van zaken van kwaliteitszorg in Nederlandse zorginstellingen anno 2005.





### 3 De stand van zaken in 2005

#### 3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de mate waarin kwaliteitssystemen anno 2005 zijn ingevoerd in Nederlandse zorginstellingen. Bij het bespreken van de resultaten wordt zoveel mogelijk geëxpliciteerd wat het meest kenmerkende voor kwaliteitsmanagement en kwaliteitssystemen is, vergeleken met de gangbare bedrijfsvoering.

In dit hoofdstuk worden de gegevens gepresenteerd over alle vijf zorgsectoren samen, zodat een algemeen beeld over de stand van zaken wordt verkregen. De vergelijking tussen sectoren volgt in hoofdstuk 4 en de vergelijking tussen 2000 en 2005 in hoofdstuk 5. Het tabellenboek geeft aanvullend een volledig en compleet beeld van alle details per sector.

#### 3.2 Beleid en strategie

Over het onderscheid tussen de gangbare bedrijfsvoering en kwaliteitsmanagement valt wat betreft tabel 3.1 het volgende op te merken.

Tot de gangbare bedrijfsvoering hoort het formuleren van een missie of visie alsook de jaarlijkse beleidsplannen en jaarverslagen. Sinds 1996 zijn instellingen ook wettelijk verplicht een kwaliteitsjaarverslag te publiceren dan wel een specifiek kwaliteitsdeel aan het algemene jaarverslag toe te voegen (Kwaliteitswet Zorginstellingen, 1996).

Kenmerkend voor een kwaliteitssysteem is een expliciet kwaliteitsbeleid en een kwaliteitshandboek. Het handboek bevat alle procedures en activiteiten die de instelling op het gebied van kwaliteitsbewaking uitvoert. Een kwaliteitshandboek is voorwaarde voor certificering. Kenmerkend is ook risicobeheersing omdat dit ten grondslag ligt aan elk kwaliteitssysteem. In het kader daarvan ontwikkelen instellingen in toenemende mate een veiligheids(management)beleid om de patiëntveiligheid te waarborgen of te verbeteren (Wagner et al., 2005; Van Everdingen et al., 2006).

Tabel 3.1 Percentage instellingen dat beschikt over onderstaande documenten (N=543)

	Nee of n.v.t.	In ontwikkeling	Ja	Missing
<i>Beleidsdocumenten:</i>				
- missie of visie op schrift	0	6	93	1
- kwaliteitsbeleid op schrift	4	33	62	1
- 'product'-omschrijvingen	6	36	56	2
- kwaliteitsjaarverslag/kwaliteitsdeel in algemeen jaarverslag	2	13	84	2
- kwaliteitshandboek	7	48	44	2
- veiligheids(management)plan op schrift	30	46	21	3

Bij de meeste instellingen (93%) staat op papier vanuit welke visie of missie zij zorg verlenen. De meerderheid legt ook verantwoording over kwaliteitszorg af in een kwaliteitsjaarverslag (of een kwaliteitsdeel in het algemene jaarverslag). Iets minder dan de helft van de instellingen beschikt inmiddels over een kwaliteitshandboek (44%), maar daar wordt in veel instellingen (48%) wel aan gewerkt. Nog weinig instellingen (21%) hebben een expliciet veiligheidsplan of veiligheidsbeleid ontwikkeld, maar ook daar zijn veel instellingen mee bezig. De aandacht voor een expliciet veiligheidsbeleid is in de zorgsector van recente datum, mede gestimuleerd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg die dat tot een van de speerpunten in haar beleid heeft gemaakt.

Nagenoeg alle instellingen hebben extra voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg. Bij de meeste (85%; niet in de tabel) zijn een of meerdere kwaliteitsfunctionarissen of kwaliteitscoördinatoren aangesteld, een functie die tien jaar geleden nog nauwelijks bestond. Daarnaast hebben vrij veel instellingen (30%) een extern bureau ingeschakeld om te helpen bij de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem. Ook zijn kwaliteitscommissies of stuurgroepen ingesteld bij tweederde van de instellingen. Gevraagd wie de 'trekkers' van kwaliteitszorg zijn, blijken zowel de kwaliteitsfunctionaris (78%) als directie en management (77%) die rol te vervullen. De betrokkenheid van directie en management wordt algemeen nodig geacht om kwaliteitszorg in de lijn te verankeren en op den duur in de bedrijfsvoering te integreren.

### 3.3 Protocollen en procedures

Het hanteren van protocollen of procedures is niet nieuw voor zorginstellingen. Veel organisatorische zaken zijn vastgelegd in huishoudelijke reglementen en rechtspositieregelingen, terwijl in ziekenhuizen ook veel met zorginhoudelijke protocollen wordt gewerkt. Kenmerkend voor een kwaliteitssysteem zijn de protocollen of procedures die worden opgesteld voor zaken die de kwaliteit direct beïnvloeden en vooral zaken die kwaliteitsrisico's met zich mee kunnen brengen c.q. kritische momenten in het zorgproces. In het kader van kwaliteitsmanagement worden onderwerpen voor protocollering in het ideale geval gekozen op basis van een analyse van kwaliteitsrisico's. Tabel 3.2 laat zien welke protocollen voor het professioneel handelen in alle vijf sectoren gelden.

Tabel 3.2 Percentage instellingen dat onderstaande protocollen hanteert (N=543)

	Aanwezig	Niet aanwezig	Missing
<i>Protocollen voor het professioneel handelen:</i>			
- gericht op specifieke (vaktechnische) verrichtingen in het zorgproces	90	9	1
- voor voorbehouden handelingen	86	13	1
- voor het gebruik van (medische) hulpmiddelen	78	22	0
- voor de routing van de patiënt/cliënt van aanmelding tot ontslag	71	29	0
- voor specifieke doelgroepen	56	43	1
- voor de voorlichting aan de patiënt/cliënt	55	44	1
- voor kritische momenten in het zorgproces	54	46	0
- voor samenwerking met/overdracht naar andere zorgaanbieders	51	49	0

De meeste instellingen hanteren zorginhoudelijke protocollen voor specifieke verrichtingen en voorbehouden handelingen, bijvoorbeeld het toedienen van injecties voor zover dat in de instelling van toepassing is. Veel instellingen (71%) hebben ook de routing van de patiënt of cliënt in kaart gebracht van aanmelding tot ontslag. Minder instellingen hebben protocollen voor kritische momenten in het zorgproces opgesteld en voor de overdracht van de patiënt of cliënt naar andere zorgaanbieders of ketenpartners.

### 3.4 Cyclische kwaliteitsactiviteiten

#### *Cyclische bijsturing van de kwaliteit*

Kenmerkend voor kwaliteitsmanagement en de basis voor certificering is de cyclische kwaliteitsbewaking en -verbetering. Dat betekent dat de diverse activiteiten die de instelling op het gebied van kwaliteit uitvoert ook daadwerkelijk voor bijsturing en kwaliteitsverbetering worden gebruikt. Dat geldt ook voor de gegevens die de instelling verzamelt om de kwaliteit te monitoren, zoals de kwaliteitswet voorschrijft. Het verzamelen van gegevens is een voorwaarde voor kwaliteitsmanagement. Gegevens moeten aantoonbaar voor bijsturing worden gebruikt, zoals ook voor certificering is vereist. Aantoonbaar betekent dat duidelijk is of, en zo ja, welke maatregelen op basis van de gegevens zijn genomen. Tabel 3.3 geeft van een aantal kwaliteitsactiviteiten de mate aan waarin gegevens cyclisch worden gebruikt voor bijsturing van de kwaliteit.

Tabel 3.3 Percentage instellingen dat gegevens systematisch en aantoonbaar gebruikt voor bijsturing van de kwaliteit (N=543)

	Cyclisch onderdeel <sup>1</sup>	Nog niet volledig <sup>2</sup>	Nee of n.v.t <sup>3</sup>	Missing
Opvattingen van de patiënten-/cliëntenraad	63	33	3	1
Functionerings-/beoordelingsgesprekken met alle medewerkers	59	38	2	1
Meningspeilingen onder patiënten/cliënten	58	32	9	1
Evaluatie zorg/behandelplannen	57	40	2	1
Klachtenanalyse	52	40	8	1
Incidentenanalyse (bv infecties, MIP/FONA, calamiteiten)	52	39	8	1
Meningspeilingen onder medewerkers/professionals	50	37	12	1
Management-informatie-systeem	34	42	22	2
Interne audits/interne beoordeling van het kwaliteitssysteem	28	32	40	1
Risico-inventarisatie ten aanzien van patiënt-/cliëntveiligheid	28	31	39	2
Benchmarking	26	41	32	1
Intercollegiale toetsing monodisciplinair	9	51	37	3
Intercollegiale toetsing multidisciplinair	9	41	48	2
Meningspeilingen onder verwijzers of andere ketenpartners	9	22	67	2
Marktonderzoek naar behoeften van gebruikers	7	28	64	1
Marktonderzoek onder verwijzers of andere ketenpartners	5	23	70	2

<sup>1</sup> resultaten worden systematisch voor bijsturing gebruikt

<sup>2</sup> resultaten worden nog onvoldoende voor bijsturing gebruikt

<sup>3</sup> nee, deze activiteit wordt niet uitgevoerd of is niet van toepassing

In de top drie van gegevens die systematisch worden gebruikt staan opvattingen van de cliëntenraad en meningspeilingen onder patiënten of cliënten. Binnen elk

kwaliteitssysteem is het overigens vereist om de tevredenheid van klanten te meten (en daar iets mee te doen). Tot de gangbare bedrijfsvoering behoren de functionerings- en beoordelingsgesprekken en het bijhouden van zorg- of behandelplannen. Deze gegevens worden volgens de instellingen zelf echter nog niet altijd voor bijsturing van de kwaliteit gebruikt. En dat geldt ook voor de klachtenregistratie en de incidentenanalyse.

Kenmerkend voor een kwaliteitssysteem - en verplicht voor certificering - zijn interne audits. Via audits moet een organisatie periodiek beoordelen of alle onderdelen van het kwaliteitssysteem functioneren zoals ze zijn bedoeld en tot de gewenste resultaten leiden. Ruim een kwart van de instellingen voert naar eigen zeggen systematisch interne audits uit. Bij de meerderheid is dat nog niet de gewoonte, zo blijkt uit tabel 3.3. Het is ook nog niet algemeen gangbaar om te inventariseren welke risico's mogelijk aan zorg of behandeling verbonden zijn, vanzelfsprekend met het doel risico's voor patiëntveiligheid zoveel mogelijk af te dekken.

### **3.5 Medewerkers**

Kwaliteit wordt vooral bepaald door de medewerkers die de zorg leveren. Ook bij een gangbare bedrijfsvoering zal worden gezorgd dat medewerkers en professionals de nodige deskundigheden bezitten en dat bij- en nascholing wordt gevolgd. In het kader van kwaliteitsmanagement kan specifiek scholing nodig zijn op het gebied van kwaliteitszorg om systematisch te leren werken conform de kwaliteitscyclus (plan-do-check-act).

Aan de instellingen is gevraagd om aan te geven hoeveel aandacht wordt besteed aan kwaliteitsactiviteiten (zie tabel 3.4). Uit de resultaten blijkt dat zowel leidinggevend als medewerkers relatief vaak in kwaliteitszorg worden geschoold. Dit geldt minder voor nieuwe medewerkers. Bij de selectie van nieuw personeel wordt weinig rekening gehouden met een positieve attitude ten aanzien van kwaliteitszorg. Dit kan gevolgen hebben voor de voortgang en continuïteit van kwaliteitszorg. Medewerkers kunnen doorgaans wel binnen werktijd deelnemen aan kwaliteitsactiviteiten omdat daar tijd voor wordt ingeroosterd (niet in tabel).

Wat eveneens minder vaak gebeurt, is dat de medewerkers feedback over kwaliteitszorg krijgen. Hetzelfde geldt voor meldingen van incidenten. Medewerkers worden wel vaak gestimuleerd om incidenten te melden, maar krijgen minder vaak systematisch feedback daarover. Voor veel medewerkers blijft het daardoor onduidelijk wat kwaliteitszorg aan meerwaarde oplevert. Bijna drie kwart van de directies maakt wel afspraken met leidinggevend over verantwoordelijkheden en te bereiken prestaties.

Tabel 3.4 Percentage instellingen dat aangeeft in welke mate het personeelsbeleid is gericht op het kwaliteitsbeleid (N=543)

	Minder vaak/ nooit %	Soms/ regelmatig %	Vaak/ altijd %	Missing %
<i>Medewerkers/professionals:</i>				
- Worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen	4	21	70	5
- Kunnen binnen werktijd deelnemen aan activiteiten voor verbetering	4	18	78	0
- Krijgen systematisch feedback over de resultaten van kwaliteitszorg	32	30	36	2
- Krijgen systematisch feedback over het naleven van richtlijnen	39	34	25	2
- Worden gestimuleerd om incidenten in de zorgverlening te melden	4	9	87	0
- Krijgen systematisch feedback over meldingen van incidenten	13	25	61	1
<i>Selectie en scholing:</i>				
- Selectie van nieuw personeel met positieve attitude tav kwaliteitszorg	20	30	45	5
- Scholing van leidinggevenden/management	10	23	66	1
- Scholing van medewerkers	7	21	70	2
- Nieuwe medewerkers worden geschoold in kwaliteitszorg	39	27	31	3
- Medewerkers worden geschoold in het toepassen van richtlijnen	18	30	50	2
<i>Directie/management:</i>				
- Geeft aan wat van medewerkers verwacht wordt tav. kwaliteitsbeleid	15	24	57	4
- Toetst of medewerkers zich houden aan afspraken tav kwaliteitsbeleid	27	32	40	1
- Bewaakt de uitvoering van de afdelingswerkplannen	14	21	62	3
- Maakt afspraken met leidinggevenden over te bereiken resultaten	10	17	72	1
- Spreekt af wie verantwoordelijk is voor een zorgverleningproces	6	14	79	1
- Maakt afspraken over het borgen van resultaten verbeterprojecten	23	28	47	2

### 3.6 Patiënten en cliënten

De zorgverlening aan een patiënt/cliënt is de core-business van een zorginstelling. In het onderzoek werd dan ook gevraagd naar de mate waarin patiënten/cliënten worden betrokken bij kwaliteitszorg (Tabel 3.5). Nagenoeg alle zorginstellingen (91%) verstrekken standaard schriftelijke informatie over de rechtspositie van patiënten. Ten aanzien van het verstrekken van schriftelijke informatie over behandeling, wachttijden en alternatieven verschillen instellingen.

De betrokkenheid van patiënten en cliënten bij de kwaliteit van zorg in de instelling kan betrekking hebben op:

- a) de zorg die de instelling levert en
- b) het kwaliteitsbeleid van de instelling.

We gaan eerst in op inspraak van cliënten in de zorg zelf. Op individueel niveau is inspraak geregeld in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Daarin is onder meer vastgelegd dat geen zorg mag worden verleend zonder dat de patiënt daar toestemming voor heeft gegeven. Op instellingsniveau is de inspraak van de cliëntenraad wettelijk geregeld via de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen. Daarnaast kunnen instellingen overleg plegen met patiëntenverenigingen om hun specifieke wensen te vernemen. Patiënten- of cliëntenorganisaties kunnen een instelling ook toetsen of beoordelen, hetgeen een van de eisen is voor HKZ-certificering. Tabel 3.5 laat voor alle zorgsectoren zien in welke mate patiënten of cliënten inspraak in de zorgverlening hebben.

Tabel 3.5 Percentage instellingen waarbij patiënten of cliënten(organisaties) inspraak hebben in de zorgverlening (N=543)

	%
<i>Individueel niveau</i>	
- Patiënten/cliënten hebben inspraak in het zorg/behandelplan	92
<i>Patiënten/cliëntenraad</i>	
- er is periodiek overleg met patiënten/cliëntenraad	95
- aanbevelingen van de patiënten/cliëntenraad worden vertaald in (nieuw) beleid	81
- aan de patiënten/cliëntenraad wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	80
<i>Patiënten-/cliëntenorganisaties</i>	
- er is periodiek overleg met patiënten-/cliëntenorganisaties (bv RP/CP, FvO)	32
- patiënten-/cliëntenorganisaties toetsen de instelling	25
- aanbevelingen van deze organisaties worden vertaald in (nieuw) beleid	25
- aan deze organisaties wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	16

Op individueel niveau hebben patiënten of cliënten nagenoeg altijd inspraak in de zorgverlening of de behandeling. Ook melden bijna alle instellingen dat periodiek wordt overlegd met de cliëntenraad over de zorgverlening of het zorgbeleid. Bijna eenderde van de instellingen heeft eveneens periodiek overleg met patiëntenverenigingen om hun specifieke wensen of verwachtingen ten aanzien van zorg of behandeling te vernemen, maar in de meerderheid van de instellingen vindt geen overleg plaats met patiëntenverenigingen of cliënten/consumentenorganisaties.

Naast inspraak in de zorgverlening kunnen patiënten/cliënten worden betrokken bij het kwaliteitsbeleid of de kwaliteitsactiviteiten van de instelling. Dat is van een andere orde. Bij de introductie van kwaliteitssystemen in 1990 is afgesproken dat daarbij ook cliënten of hun organisaties zouden worden betrokken. In tabel 3.6 staat weergegeven hoeveel instellingen de patiënten-/cliëntenraad en/of de landelijke organisatie betrekken bij kwaliteitsactiviteiten van zorginstellingen.

Tabel 3.6 Percentage instellingen dat belangenorganisatie van patiënten/cliënten betreft bij onderdelen van kwaliteitsmanagement (N=543)

	Cliënten- raad	Cliënten- organisatie	Beide	Nee of n.v.t	Missing
Het bespreken van uitkomsten van meningspeilingen, klachtbehandeling, etc	83	3	2	9	3
Beoordelen of de beoogde doelen tav kwaliteit worden gehaald	53	3	3	31	10
Participatie in verbeterprojecten	45	4	2	37	12
Ontwikkelen van kwaliteitscriteria/normen	45	2	3	39	11
Participatie in (kwaliteits)commissies	38	2	2	48	10
Opstellen van protocollen/standaarden	37	2	2	48	10

Uit bovenstaande blijkt dat de meeste zorginstellingen de uitkomsten van meningspeilingen en de resultaten van de klachtbehandeling met hun patiënten/cliëntenraad bespreken. Circa de helft van de instellingen meldt dat de cliëntenraad of leden daarvan ook worden betrokken bij andere onderdelen van kwaliteitsmanagement, zoals het ontwikkelen van normen of criteria of het ontwikkelen van protocollen of standaarden. Ook komt het voor dat cliënten participeren in kwaliteitscommissies of verbeterprojecten in de instelling. Landelijke patiënten/cliëntenorganisaties worden echter veel minder bij kwaliteitsactiviteiten betrokken. Ongeveer 5% van de instellingen betreft een patiënten/cliëntenorganisatie bij de genoemde kwaliteitsactiviteiten van de instelling.

### 3.7 Samenwerking en ketenkwaliteit

Al jaren wordt in de gezondheidszorg gepleit voor het ontwikkelen van zorgketens of zorgprogramma's voor specifieke categorieën patiënten of diagnosegroepen (IGZ, 2006). Dit houdt in dat alle bij de zorg betrokken hulpverleners de zorg onderling afstemmen zodat voor de patiënt geen lacunes of doublures ontstaan. Dat is met name van belang bij chronische of langdurige zorg waarbij doorgaans diverse partijen bij de zorg zijn betrokken, zoals het ziekenhuis, de huisarts en de thuiszorg. Gemiddeld heeft een zorginstelling met vijf ketenpartners structureel overleg over raakvlakken in het primaire proces.

De vraag is hoe de kwaliteitsbewaking bij dergelijke zorgketens is geregeld. Niet in alle zorgsectoren is een vraag naar zorgketens gesteld. Daarom kijken we in tabel 3.7 naar de situatie in thuiszorginstellingen, ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingshuizen.

Tabel 3.7 Instellingen voor thuiszorg, ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingshuizen: percentage instellingen dat een gezamenlijke kwaliteitsbewaking met ketenpartners kent (N=342)

	%
Nee, er is geen gezamenlijke kwaliteitsbewaking	52
Ja, er is wel een gezamenlijke kwaliteitsbewaking, met de volgende elementen:	44
- Gezamenlijke protocollen waarin de overdracht van de patiënt/cliënt wordt geregeld	33
- gezamenlijk overleg om de kwaliteit te evalueren	29
- een gemeenschappelijke visie/uitgangspunten op papier	23
- een expliciete verantwoordelijkheidstoedeling	19
- een methodiek van registratie van bv uitkomsten van de zorg	17
- gezamenlijk besprekingen van deze uitkomstgegevens	14
- een gemeenschappelijke patiënten/cliëntenraadpleging	5
- een gemeenschappelijke klachtenregistratie	5
- een gemeenschappelijke kwaliteitsverslaglegging	4

Iets minder dan de helft van de thuiszorginstellingen, ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen kent (deels) een gezamenlijke kwaliteitsbewaking met samenwerkende ketenpartners. Van alle genoemde elementen komen de gezamenlijke protocollen waarin de overdracht van de patiënt/cliënt wordt geregeld, het meeste voor. Gezamenlijk overleg om de kwaliteit te evalueren komt voor bij 29% van de instellingen. Een gemeenschappelijke patiënten/cliëntenraadpleging, een gemeenschappelijke klachtenregistratie en de gemeenschappelijke kwaliteitsverslaglegging bestaan bij weinig instellingen en hun ketenpartners.

Bij deze vraag werd expliciet gevraagd naar gezamenlijke kwaliteitsbewaking met ketenpartners buiten de eigen instelling. Grote instellingen met verschillende afdelingen, zoals nu voorkomt bij de thuiszorg en verpleeg- en verzorgingshuizen, kunnen intern wel de samenwerking goed geregeld hebben.

### 3.8 Kosten

De kosten voor een kwaliteitstraject inclusief certificering zijn vaak een aanzienlijke investering voor een zorginstelling. Aan de zorginstellingen is gevraagd of zij inzicht hebben in de kosten van een aantal aspecten van kwaliteitszorg (zie tabel 3.8).

Tabel 3.8 Alle zorgsectoren behalve ggz: Heeft uw instelling inzicht in de hierna genoemde verbeterkosten, beoordelingskosten en herstelkosten? (N=457)

	%
<i>Inzicht in de kosten van:</i>	
- scholing van medewerkers en management in kwaliteitszorg	71
- externe beoordeling ivm accreditatie/certificering	53
- meningspeilingen/waarderingsonderzoeken	47
- claims/schadevergoedingen	31
- klachtenafhandeling	28
- het ontwikkelen en implementeren van protocollen	27

Het merendeel van de instellingen in de thuiszorg, gehandicaptenzorg, ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingshuizen (71%) heeft inzicht in de kosten voor scholing van



personeel in kwaliteitszorg. De helft van deze instellingen (53%) heeft inzicht in de kosten voor externe beoordeling. Misschien is dit percentage wat laag omdat een aantal instellingen nog niet in de fase van externe beoordeling van het kwaliteitssysteem zijn aanbeland. Dat ruim tweederde van de instellingen aangeeft geen inzicht te hebben in kosten voor claims/schadevergoedingen en klachtenafhandeling doet vermoeden dat instellingen weinig inzicht hebben in hun faalkosten.

### 3.9 Effecten van kwaliteitszorg

De gemeten effecten van kwaliteitszorg kunnen voor de instelling een motivatie betekenen om te starten of door te gaan. Er zijn veel verschillende effecten van kwaliteitszorg denkbaar. In de vragenlijst is geprobeerd een breed beeld van de effecten van kwaliteitszorg te verkrijgen.

Tabel 3.9 laat in de eerste kolom zien wat kwaliteitszorg volgens de instellingen aan verbeteringen heeft opgeleverd. Letterlijk was in de vragenlijst gevraagd: "Welke positieve effecten verwacht u of zijn reeds bereikt ten gevolge van kwaliteitszorg?" De tabel geeft de resultaten over alle zorgsectoren samen.

Tabel 3.9 Percentage instellingen dat positieve effecten van het kwaliteitssysteem heeft bereikt en de effecten die men in de toekomst al dan niet verwacht (N=543)

	Bereikt	Verwacht	Niet verwacht	Missing
<i>Patiënten/cliënten</i>				
- toename van patiënt/cliëntgerichtheid	25	68	2	5
- toename van tevredenheid van patiënten/cliënten	25	68	3	4
- verbetering van de zorgprocessen	24	71	1	4
- verbetering van de patiënt/cliëntveiligheid	19	70	5	6
- verbetering van de resultaten van de zorg (uitkomst)	14	75	4	7
<i>Personeel</i>				
- het personeel kan zich zelf verder ontwikkelen	24	63	8	5
- er is een cultuur ontstaan van continu leren en verbeteren	22	68	4	6
- toename van de tevredenheid van het personeel	17	70	9	4
- toename van de inzet en flexibiliteit van het personeel	16	60	18	6
<i>Organisatie</i>				
- toename beheersbaarheid van de organisatie door het management	23	68	4	5
- betere profilering van de instelling	23	69	4	4
- toename van tevredenheid van externe partijen	18	73	4	5
- betere concurrentiepositie	15	72	9	4
<i>Rendement</i>				
- toename van de productiviteit	21	52	20	7
- kostenbesparing op de lange termijn in de eigen instelling	13	52	29	6
- kostenbesparing maar niet in de eigen instelling	4	23	53	20

In een minderheid van de instellingen zijn positieve effecten van kwaliteitszorg bereikt. Een kwart van de instellingen meldt dat men cliëntgerichter is gaan werken en dat patiënten en cliënten meer tevreden zijn tengevolge van kwaliteitszorg. Ook zijn zorgprocessen verbeterd en is de patiëntveiligheid in bijna één op de vijf instellingen toegenomen. Bijna een kwart van de instellingen meldt dat het kwaliteitssysteem heeft bijgedragen aan profilering en een beter imago van de instelling, maar dat leidt volgens hen niet per definitie tot een betere concurrentiepositie, zo blijkt uit de gegevens.

Het merendeel van de instellingen verwacht wel veel effecten van kwaliteitszorg, zo laat de tweede kolom in de tabel zien. Ruim tweederde van de instellingen verwacht dat zowel de patiënten als de medewerkers en de organisatie er profijt van zullen hebben. En de helft van de instellingen verwacht dat het kwaliteitssysteem tot kostenbesparingen zal leiden, hoewel dat niet het primaire doel van kwaliteitszorg is.

Behalve meetbare effecten als genoemd in bovenstaande tabel, kent kwaliteitszorg ook onbedoelde bijwerkingen, zogenaamde neveneffecten. Bij de neveneffecten van kwaliteitsmanagement moet onderscheid worden gemaakt tussen veranderingen in regelgeving en negatieve neveneffecten. Een onvermijdelijk neveneffect van een kwaliteitssysteem is een toename in regelgeving. Een kwaliteitssysteem eist nu eenmaal dat risicovolle en kwetsbare onderdelen van zorgprocessen aantoonbaar worden geregeld én dat deze regels periodiek worden getoetst om na te gaan of zij tot het gewenste resultaat leiden. Een toename in regelgeving is eveneens onvermijdelijk als men aan de HKZ-normen wil voldoen. Wij herinneren eraan dat de certificatieschema's meer dan honderd eisen bevatten van alles wat op het gebied van kwaliteitsbewaking aantoonbaar geregeld moet zijn voordat men voor certificering in aanmerking komt. Tabel 3.10 laat over alle instellingen zien welke veranderingen in regelgeving zijn opgetreden.

Tabel 3.10 Percentage instellingen dat veranderingen in regelgeving meldt (N=543)

	%
Er zijn regels/procedures bijgekomen	72
De regels/procedures worden beter bewaakt	66
De werking van regels/procedures wordt beter geëvalueerd en geactualiseerd	66
Impliciete regels/procedures zijn geformaliseerd	59
De toepassing van regels/procedures wordt beter getoetst	52
Overbodige regels/procedures zijn verwijderd	32
Nee, geen invloed op regelgeving	3

In bijna driekwart van de instellingen heeft kwaliteitszorg tot meer regels geleid, terwijl het ook vaak voorkomt (59%) dat impliciete regels of mondelinge afspraken zijn geformaliseerd (dit in verband met de eis dat zaken aantoonbaar geregeld moeten zijn). In tweederde van de instellingen wordt de toepassing van regels beter bewaakt en wordt vaker geëvalueerd (audit) of de regels functioneel zijn of geactualiseerd moeten worden. Dat is tevens het meest kenmerkende van een kwaliteitssysteem, zoals al diverse keren is benadrukt. Een aantal instellingen (32%) is er (al) in geslaagd overbodige of niet werkende regelgeving af te schaffen, maar het merendeel (68%) heeft dit nog niet gedaan.

Naast neveneffecten werd ook gevraagd naar negatieve effecten van kwaliteitszorg. Negatieve effecten zijn soms weerstanden bij de medewerkers tegen de administratieve

'rompslomp' of bureaucratie, of weerstanden van professionals tegen protocollering omdat zij vrezen voor 'kookboek'-geneeskunde. De negatieve effecten die zijn opgetreden staan in tabel 3.11.

Tabel 3.11 Percentage instellingen waarbij zich door kwaliteitsmanagement ook negatieve effecten hebben voorgedaan (N=543)

	%
Werkdruk is toegenomen	41
Kosten zijn gestegen	32
Er hebben zich geen negatieve effecten voorgedaan	31
Weerstand bij medewerkers bij doorvoeren van structurele veranderingen	24
Verstarring of gebrek aan flexibiliteit bij medewerkers/professionals	8
Demotivatie/ontevredenheid bij medewerkers/professionals	6

Bij een kwart van de instellingen (24%) hebben een medewerkers inderdaad weerstand tegen de veranderingen die het kwaliteitssysteem met zich meebrengt. Vaker nog blijkt dat door kwaliteitszorg de werkdruk is toegenomen (41%) en dat de kosten zijn gestegen (32%). Toch zijn er ook instellingen (31%) waarbij zich geen negatieve effecten hebben voorgedaan. Kwaliteitszorg blijkt nauwelijks te leiden tot demotivatie of ontevredenheid bij het personeel.

### 3.10 Toekomstplannen

In deze laatste paragraaf passeren twee onderwerpen de revue die alle met de toekomst te maken hebben. Ten eerste de rol van zorgverzekeraars en de kwaliteitseisen die zij bij contractering stellen. Ten tweede de vraag welke kwaliteitsthema's nu de grootste prioriteit hebben in het kwaliteitsbeleid van de instellingen. Dat geeft een indicatie van de toekomstplannen.

We beginnen met de zorgverzekeraars. Nagenoeg alle zorginstellingen in alle sectoren melden dat zorgverzekeraars kwaliteitseisen stellen bij de contracten die zij met de instelling afsluiten (Tabel 3.12).

Tabel 3.12 Vier sectoren: percentage instellingen dat aangeeft dat kwaliteitseisen een rol spelen bij contractonderhandelingen met zorgverzekeraars (N=428)

	%
<i>Zorgverzekeraars vragen:</i>	
- in toenemende mate kwaliteitsgaranties	61
- goede uitkomsten op prestatie-indicatoren	36
- kwaliteitsparagrafen met prestatieafspraken	32

Bij 61% van de instellingen in de sectoren thuiszorg, ggz, ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingshuizen wordt in toenemende mate gevraagd om kwaliteitsgaranties. Bij eenderde van deze instellingen maakt de zorgverzekeraar prestatieafspraken.

Volgens 73% van de verpleeg- en verzorgingshuizen vragen zorgverzekeraars om certificatie van het kwaliteitssysteem. Ook in de gehandicaptenzorg (niet in de tabel)

meldt bijna de helft van de instellingen (45%) dat een certificaat wordt gevraagd bij aanbestedingsprocedures. Het aantal instellingen dat in het bezit is van een certificaat is per sector uitgesplitst in het volgende hoofdstuk.

Hoewel het duidelijk is dat certificering veel aandacht heeft van de instellingen is het de vraag welke kwaliteitsthema's daarnaast hoog scoren als het gaat om de toekomstplannen van de instellingen.

Aan de zorginstellingen is gevraagd welke thema's de grootste prioriteit hadden bij hun toekomstplannen, voor zowel de korte als de lange termijn. In deze alinea worden de prioriteiten voor de korte termijn beschreven (zie onderstaande tabel).

Tabel 3.13 Percentage instellingen dat het volgende aandachtspunt heeft staan in de top 3 van prioriteiten voor de korte termijn (N=543)

	%
Consequent werken volgens de kwaliteitscyclus (plan-do-check-act)	62
Externe beoordeling/certificering	46
Interne toetsingen (audits)	38
Opstellen van procedures/richtlijnen/protocollen	34
Kwaliteitsprojecten/verbeterprojecten	32
Meningspeilingen (onder cliënten en verwijzers)	20
Interne zorgcoördinatie/afstemming	17
Scholing in kwaliteitszorg	14
Opzetten veiligheids(management)systeem	10
Regionale afstemming/samenwerking	9
Zorgcoördinatie met ketenpartners	8

Instellingen werd gevraagd om uit bovengenoemde lijst met kwaliteitsthema's de drie belangrijkste prioriteiten in kwaliteitszorg voor het komende jaar (2006) aan te geven. In bijna tweederde van de instellingen (62%) wordt hoge prioriteit toegekend aan het consequent werken volgens de kwaliteitscyclus (oftewel de PDCA-cyclus). Direct daarmee verwant zijn de interne toetsingen die in 38% van de instellingen prioriteit hebben. Interne audits zijn een voorwaarde voor certificering, hetgeen bij 46% van de instellingen prioriteit heeft. Minder instellingen hebben regionale afstemming/samenwerking of zorgcoördinatie met ketenpartners in de top 3 van prioriteiten voor het komende jaar staan.

## 4 Verschillen tussen de sectoren

### 4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op de verschillen en overeenkomsten tussen de vijf zorgsectoren:

- thuiszorg
- gehandicaptenzorg
- geestelijke gezondheidszorg
- ziekenhuizen
- verpleeg- en verzorgingshuizen

Voor zover in de vragenlijst in elke sector dezelfde vragen zijn gesteld, kunnen deze vijf sectoren onderling worden vergeleken wat betreft de mate waarin en de wijze waarop zij invulling hebben gegeven aan het kwaliteitssysteem. We concentreren ons op substantiële verschillen, waaronder we een verschil verstaan van 20% of meer tussen de zorgsectoren.

Ter wille van de overzichtelijkheid wordt dit hoofdstuk vooral (maar niet uitsluitend) toegespitst op kwaliteitsactiviteiten die kenmerkend zijn voor een kwaliteitssysteem, zoals dat eerder is beschreven. Dat betekent tevens dat niet alle gegevens van elke sector uitputtend worden beschreven. Alle gedetailleerde gegevens per sector zijn te vinden in het bij dit rapport behorende Tabellenboek (Keijser, Sluijs en Wagner, 2006).

### 4.2 Beleid en strategie

Indien het kwaliteitssysteem in een instelling compleet is, dan zal de instelling een expliciet kwaliteitsbeleid hebben geformuleerd en een kwaliteitshandboek hebben samengesteld. Beide documenten zijn ook voorwaarde voor certificering. Het publiceren van een kwaliteitsjaarverslag is een wettelijke verplichting in het kader van de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Ook dient een organisatie te hebben geanalyseerd welke risico's de kwaliteit kunnen bedreigen om op die gebieden extra voorzorgsmaatregelen te nemen, bijvoorbeeld in de vorm van extra procedures of extra controles. In tabel 4.1 kijken we naar de verschillen tussen de vijf onderzochte sectoren.

Tabel 4.1 Percentage instellingen in vijf sectoren dat over de volgende documenten beschikt met betrekking tot het kwaliteitsbeleid (N=543)

	Thuiszorg N=62	Gehandicap- tenzorg N=115	GGZ N=86	Zieken- huizen N=85	V&V N=195
<i>Documenten in bezit</i>					
- kwaliteitsbeleid op schrift	81	49	57	78	60
- 'product'-omschrijvingen	82	54	64	37	55
- kwaliteitshandboek	79	30	37	34	47
- veiligheidsmanagementbeleid op schrift	23	24	24	15	20
- kwaliteitsjaarverslag of kwaliteitsdeel in algemeen jaarverslag	86	80	77	95	83

Het grootste verschil tussen de vijf zorgsectoren betreft het kwaliteitshandboek. Van de thuiszorginstellingen meldt 79% dat zij in bezit zijn van een kwaliteitshandboek, terwijl 30% van de instellingen voor gehandicaptenzorg een dergelijk handboek heeft samengesteld. Een groot verschil geldt ook de mate waarin instellingen productomschrijvingen hebben opgesteld, in de thuiszorg is dat bij 82% van de instellingen het geval, vergeleken met 37% in de ziekenhuizen. De verschillen tussen de sectoren zijn het kleinst als het gaat om de publicatie van een kwaliteitsjaarverslag (dat gebeurt bij de meerderheid van alle instellingen) en wat betreft een veiligheidsmanagementbeleid, wat een minderheid van de instellingen in elke sector heeft opgesteld.

### 4.3 Protocollen en procedures

In het kader van een kwaliteitssysteem is het niet noodzakelijk om alle handelingen in protocollen of procedures vast te leggen. Protocollering geldt vooral voor handelingen die direct invloed hebben op de kwaliteit van zorg of handelingen waarbij kwaliteitsrisico's op kunnen treden, bijvoorbeeld bij de overdracht van de patiënt vanuit het ziekenhuis naar de thuiszorg of naar een verpleeg- of verzorgingshuis. Tabel 4.2 toont de overeenkomsten en verschillen tussen de zorgsectoren in de mate waarin protocollen worden gehanteerd.

Zoals te verwachten was wordt in ziekenhuizen op meer gebieden protocollair gewerkt dan in andere zorgsectoren. Ziekenhuizen hanteren met name meer protocollen voor specifieke doelgroepen of diagnosegroepen, voor de voorlichting aan de patiënt, en ook voor de overdracht van de patiënt naar bijvoorbeeld de thuiszorg of het verpleeghuis. Overdrachtsprotocollen komen weinig voor in de gehandicaptenzorg, mogelijk omdat cliënten in deze sector vaak langdurig binnen dezelfde instelling verblijven. Vergeleken met andere sectoren hebben opvallend veel ggz-instellingen (71%) kritische momenten in het zorgproces protocollair geregeld. Daarbij valt te denken aan procedures bij crisisinterventies of protocollen voor het toepassen van dwang of separatie in het kader van de BOPZ.

Tabel 4.2 Percentage instellingen in vijf sectoren dat protocollen hanteert voor de volgende onderdelen van zorgprocessen (N=543)

	Thuiszorg N=62	Gehandi- captenzorg N=115	GGZ N=86	Zieken- huizen N=85	V&V N=195
<i>Protocollen:</i>					
- gericht op specifieke (zorginhoudelijke of vaktechnische) verrichtingen	94	88	76	99	93
- voor voorbehouden handelingen	89	83	63	97	93
- voor het gebruik van (medische) hulpmiddelen	79	84	62	80	80
- gericht op specifieke doelgroepen	66	47	59	92	42
- voor de voorlichting aan de patiënt/cliënt	48	43	57	79	54
- voor kritische momenten in het zorgproces	37	53	71	60	50
- voor de routing van de patiënt/cliënt van aanmelding tot ontslag	77	71	76	64	69
- voor samenwerking met/overdracht naar andere zorgaanbieders	57	31	51	73	51

#### 4.4 Cyclische kwaliteitsactiviteiten

Als de gegevens uit bijvoorbeeld tevredenheidsonderzoek of de klachtenregistratie systematisch worden gebruikt voor bijsturing van het beleid spreekt men van cyclische kwaliteitsactiviteiten. De kwaliteitscirkel is dan rond. Cyclische kwaliteitsactiviteiten zijn de essentie van kwaliteitsmanagement en van elk kwaliteitssysteem.

Tabel 4.3 geeft enkele activiteiten die kenmerkend zijn voor een kwaliteitssysteem. In grote lijnen gaat het om het bijsturen van de kwaliteit op basis van de tevredenheid van cliënten en van de medewerkers, het verminderen van kwaliteitsrisico's via incidenten- of klachtenanalyse, en het opsporen van verbetermogelijkheden via bijvoorbeeld benchmarking. Daarnaast zijn interne audits een vereiste voor certificering.

Er zijn weinig opvallende verschillen tussen de sectoren wat betreft het percentage instellingen dat de meningen van patiënten-/cliëntenraad systematisch gebruikt om het beleid bij te sturen. Meningspeilingen onder de medewerkers worden in ziekenhuizen vaker voor bijsturing gebruikt dan in ggz-instellingen of in de gehandicaptenzorg. Er zijn wel grote verschillen in risicobeheersing, waarbij in de thuiszorg het accent ligt op incidentenanalyse (77%) en in de ziekenhuizen op de risico-analyse (58%). In ziekenhuizen worden periodiek risico-analyses uitgevoerd door Medirisk of Centramed in het kader van de aansprakelijkheidsverzekering. Risico-analyses in de ggz en de gehandicaptenzorg zijn niet algemeen gangbaar, of nauwkeuriger geformuleerd, een minderheid van de instellingen in de ggz en gehandicaptenzorg gebruikt gegevens uit risico-analyses voor bijsturing van de kwaliteit.

Tabel 4.3 Percentage instellingen in vijf sectoren waarbij kwaliteitsactiviteiten systematisch (cyclisch) worden gebruikt voor bijsturing van het beleid (N=543)

	Thuiszorg N=62	Gehandi- captenzorg N=115	GGZ N=86	Zieken- huizen N=85	V&V N=195
Opvattingen van de patiënten-/cliëntenraad	60	69	62	57	64
Functionerings-/beoordelingsgesprekken met alle medewerkers	60	56	52	72	59
Meningspeilingen onder patiënten/cliënten	71	40	56	65	62
Evaluatie zorg/behandelplannen	58	73	69	29	53
Klachtenanalyse	68	49	42	64	48
Incidentenanalyse (bv infecties, MIP/FONA, calamiteiten)	77	61	50	25	51
Meningspeilingen onder medewerkers/professionals	58	42	44	61	50
Management-informatie-systeem	65	33	35	28	28
Interne audits/interne beoordeling van het kwaliteitssysteem	55	25	27	37	19
Risico-inventarisatie ten aanzien van patiënt-/cliëntveiligheid	36	33	7	58	20
Benchmarking	73	20	13	35	16
Intercollegiale toetsing monodisciplinair	11	4	9	15	10
Intercollegiale toetsing multidisciplinair	10	8	5	11	9
Meningspeilingen onder verwijzers of andere ketenpartners	13	6	13	15	4
Marktonderzoek naar behoeften van gebruikers	19	7	4	5	5
Marktonderzoek onder verwijzers of andere ketenpartners	7	4	7	5	3

Benchmarkgegevens worden gebruikt om verbetermogelijkheden op te sporen. Dat gebeurt het meest frequent in de thuiszorg, de sector waar benchmarking als eerste is ingevoerd (Sixma et al., 2003). In de andere sectoren is het gebruik beduidend minder. In de thuiszorg zijn ook de meeste instellingen te vinden die de interne audits systematisch voor bijsturing gebruiken. In verpleeg- en verzorgingshuizen zijn interne audits nog weinig gangbaar.

#### 4.5 Patiënten en cliënten

Naast het houden van meningspeilingen onder patiënten/cliënten kunnen instellingen hen ook betrekken bij de kwaliteitsactiviteiten in de instelling. Het is tegenwoordig bijvoorbeeld een goed gebruik om vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen te betrekken bij de landelijke richtlijnontwikkeling zodat zij kunnen aangeven wat voor hen erg belangrijk is in de richtlijn. Tabel 4.4 laat zien in hoeverre belangenorganisaties (landelijke verenigingen en patiënten/cliëntenraad) worden betrokken bij kwaliteitsactiviteiten van de instellingen.



Tabel 4.4 Percentage instellingen in vijf sectoren dat belangenorganisaties betreft bij kwaliteitsactiviteiten (N=543)

	<b>Thuis- zorg N=62</b>	<b>Gehandi- captenzorg N=115</b>	<b>GGZ N=86</b>	<b>Zieken- huizen N=85</b>	<b>V&amp;V N=195</b>
Het bespreken van uitkomsten van klachtenregistratie, tevredenheidsonderzoek etc	90	87	91	80	90
Bij het beoordelen of debeoogde doelen tav kwaliteit worden gehaald	54	54	63	51	64
Participatie in verbeterprojecten	44	52	65	41	52
Bij de ontwikkeling van kwaliteitscriteria/normen	40	48	53	45	55
Participatie in (kwaliteits)commissies	31	48	42	29	46
Opstellen van protocollen/standaarden	29	52	59	16	41

Nagenoeg alle instellingen in alle sectoren bespreken de resultaten van de klachtenregistratie of van tevredenheidsonderzoek met de cliëntenraad of met landelijke organisaties van patiënten/cliënten. Rond de helft van de instellingen betreft hen ook bij het ontwikkelen van kwaliteitsnormen of criteria. Vergeleken met de andere sectoren komt het in ziekenhuizen weinig voor (16%) dat belangenorganisaties worden betrokken bij het opstellen van protocollen of standaarden. In 60% van de ggz-instellingen worden belangenorganisaties wel betrokken bij het opstellen van protocollen/standaarden. Het feit dat cliënten doorgaans langdurig in een ggz-instelling verblijven en kort in het ziekenhuis kan een verklaring zijn voor de grotere betrokkenheid van cliëntenraden in de ggz.

## 4.6 Certificering

Tussen de sectoren bestaan grote verschillen wat betreft certificering. Tabel 4.5 laat zien hoeveel instellingen inmiddels een certificaat hebben verworven en welk certificaat dat is. Tevens is te zien hoeveel instellingen aan het verwerven van een certificaat werken.

*Let op.* Bij ziekenhuizen beslaat de NIAZ-accreditatie vaak het gehele ziekenhuis. De andere ziekenhuiscertificaten betreffen één ziekenhuisafdeling, bijvoorbeeld de ambulance dienst met een HKZ-certificaat of het ziekenhuislaboratorium met een CCKL-certificaat. Ruim de helft van de laboratoria bezit inmiddels een CCKL-certificaat. De helft van alle ziekenhuizen werkt toe naar het verwerven van een NIAZ-accreditatie, terwijl 19% van de ziekenhuizen al geaccrediteerd is.

Tabel 4.5 Percentage instellingen dat een certificaat of accreditatie bezit of werkt aan het verwerven van een certificaat of accreditatie, uitgesplitst per sector (N=543)

	<b>Thuiszorg- instellingen</b> N=62	<b>Gehandi- captenzorg</b> N=115	<b>GGZ- instellingen</b> N=86	<b>Ziekenhuis- afdeling(en)</b> N=85	<b>V&amp;V- huizen</b> N=195
<b>HKZ</b>					
- in bezit	34%	3%	8%	28%	6%
- wordt aan gewerkt	57%	89%	88%	12%	61%
<b>NIAZ-accreditatie</b>					
- in bezit	-	-	0%	19%*)	-
- wordt aan gewerkt	-	-	4%	51%	-
<b>ISO</b>					
- in bezit	10%	1%	4%	22%	2%
- wordt aan gewerkt	8%	2%	6%	14%	1%
<b>CCKL</b>					
- in bezit	-	-	-	57%	-
- wordt aan gewerkt	-	-	-	18%	-
<b>Perspekt keurmerk</b>					
- in bezit	-	-	-	-	9%
- wordt aan gewerkt	-	-	-	-	25%
<b>Z-org label</b>					
- in bezit	68%	-	-	-	-
- wordt aan gewerkt	5%	-	-	-	-

\*) ziekenhuisbrede accreditatie

Relatief veel thuiszorginstellingen hebben inmiddels een HKZ-certificaat verworven. In de gehandicaptenzorg komt het bezit van een certificaat nog het minst vaak voor. Een ruime meerderheid van de instellingen in alle zorgsectoren werkt aan het behalen van een certificaat in de toekomst (zie alinea 4.8).

#### 4.7 Effecten van kwaliteitszorg

Tabel 4.6 laat zien op welke gebieden de instellingen naar eigen zeggen positieve effecten van kwaliteitszorg hebben bereikt. Afgaande op het primaire doel van een kwaliteitssysteem - het beheersen van kwaliteitsrisico's - zou men kunnen verwachten dat door kwaliteitszorg de risicobeheersing is verbeterd. Maar ook op diverse andere terreinen kan kwaliteitszorg doorwerken, afhankelijk van de accenten die men in kwaliteitszorg heeft gelegd of de gebieden waarop men als eerste kwaliteitsactiviteiten heeft ontplooid.

Tabel 4.6 Percentage instellingen in vijf sectoren dat positieve effecten tengevolge van kwaliteitszorg heeft bereikt (N=543)

	<b>Thuis- zorg N=62</b>	<b>Gehandi- captenzorg N=115</b>	<b>GGZ N=86</b>	<b>Zieken- huizen N=85</b>	<b>V&amp;V N=195</b>
<i>Patiënten/cliënten</i>					
- toename van patiënt/cliëntgerichtheid	18	23	28	33	24
- toename van tevredenheid van patiënten/ cliënten	42	11	19	31	27
- verbetering van zorgprocessen	26	21	27	35	19
- verbetering van de resultaten van zorg/ dienstverlening (uitkomst)	18	14	7	18	15
- verbetering van de patiënt-/cliëntveiligheid	21	28	16	18	16
<i>Medewerkers</i>					
- het personeel kan zichzelf verder ontwikkelen	23	25	21	28	22
- er is een cultuur van continu leren en verbeteren ontstaan	26	18	19	27	23
- toename van tevredenheid van het personeel	23	15	9	25	16
- toename van inzet en flexibiliteit van het personeel	18	19	12	15	15
- meer duidelijkheid voor het personeel over de gang van zaken	26	22	21	*	26
<i>Organisatie</i>					
- toename beheersbaarheid van de organisatie door t management	23	20	28	26	21
- betere profilering van de instelling	32	16	19	31	22
- toename tevredenheid van externe partijen	24	13	17	24	17
- betere concurrentiepositie	23	10	11	15	18
- meer duidelijkheid in de organisatie over de gang van zaken	29	19	24	*	27
<i>Rendement</i>					
- toename van de productiviteit	27	13	9	37	23
- kostenbesparing op lange termijn in de eigen instelling	21	6	8	27	10
- kostenbesparing maar niet in de eigen instelling	5	1	5	7	4
- betere risicobeheersing	15	19	10	*	14

\* Naar dit aspect was niet gevraagd in de ziekenhuislijst

Er is geen bereikt effect dat er echt uitspringt en dat door de meerderheid van de instellingen wordt gemeld. Ook zijn er geen opvallend grote verschillen tussen de sectoren wat betreft de gebieden waarop effecten van kwaliteitsmanagement zijn te zien. Er zijn wel accentverschillen. Als per sector wordt gekeken naar het meest genoemde effect dan ontstaat het volgende beeld: Het meest genoemde effect in de ziekenhuissector is een toename van de productiviteit, dat wordt gemeld door 37% van de ziekenhuizen. In de thuiszorg melden relatief veel instellingen (42%) dat de tevredenheid van cliënten is toegenomen, een effect dat ook veel wordt genoemd door de verpleeg- en

verzorgingshuizen (27%). Ook bij 27% in de V&V-sector wordt gemeld dat er in de organisatie meer duidelijkheid over de gang van zaken is ontstaan. In ggz-instellingen ligt het accent op een toename van de cliëntgerichtheid (28%) maar wordt het minst vaak (7%) gemeld dat ook de uitkomsten van de zorgverlening zijn verbeterd. In de ggz ligt daarnaast het accent op een betere beheersbaarheid van de organisatie maar niet op de tevredenheid van het personeel (9%). In de gehandicaptenzorg is de cliëntveiligheid verbeterd maar is zelden een kostenbesparing bereikt (6%). Kostenbesparing is dan ook niet het primaire doel van een kwaliteitssysteem; het doel is kwaliteitsverbetering.

Zoals in hoofdstuk 3 is beschreven, treden behalve bedoelde effecten van kwaliteitszorg, ook neveneffecten en negatieve effecten op. Kwaliteitszorg brengt onvermijdelijk meer administratieve lasten met zich mee. Voor de NIAZ-accreditatie en de HKZ-certificering is het vereist dat een groot aantal zaken op schrift is gesteld. Certificering vereist ook dat wordt gecontroleerd of de regels worden toegepast en dat periodiek wordt nagegaan of zij (nog) functioneel zijn en zonodig worden aangepast. Het is ook mogelijk dat kwaliteitszorg negatieve effecten met zich meebrengt. Onderstaande tabel geeft hiervan een overzicht.

Tabel 4.7 Percentage instellingen in vijf sectoren waarbij kwaliteitszorg ongewenste neveneffecten of negatieve effecten met zich heeft meegebracht (N=543)

	Thuis- zorg N=62	Gehandi- captenzorg N=115	GGZ N=86	Zieken- huizen N=85	V&V N=195
<i>Verandering in regelgeving</i>					
- geen verandering in regelgeving	0	7	4	2	3
- er zijn regels/procedures bijgekomen	69	66	73	74	75
- overbodige regels zijn verwijderd	37	30	37	35	27
- de regels/procedures worden beter bewaakt	68	65	69	73	62
- impliciete regels zijn geformaliseerd	50	67	64	60	55
- de toepassing van regels wordt beter getoetst	61	59	56	48	44
- de werking van regels wordt beter geëvalueerd en geactualiseerd	76	70	62	65	63
<i>Negatieve effecten</i>					
- er hebben zich geen negatieve effecten voorgedaan	32	29	34	32	31
- kosten zijn gestegen	27	34	41	24	31
- verstarring/minder flexibiliteit bij medewerkers/professionals	5	6	13	9	8
- werkdruk is toegenomen	29	44	45	44	39
- weerstand bij medewerkers bij het doorvoeren van structurele veranderingen	21	19	29	25	26
- demotivatie/ontevredenheid bij medewerkers/professionals	8	10	6	6	4

Er is een grote overeenkomst tussen de sectoren wat betreft de opgetreden veranderingen in regelgeving. In alle sectoren meldt bijna driekwart van de instellingen dat er meer regels en procedures zijn gekomen en bijna twee derde dat de regels beter worden gecontroleerd en geactualiseerd.

Wat betreft de negatieve effecten zijn er wel wat verschillen tussen de sectoren. De meeste negatieve effecten worden gemeld door ggz-instellingen. Ruim 40% van de ggz-instellingen meldt dat de werkdruk is toegenomen en dat de kosten zijn gestegen, terwijl daar ook relatief vaak weerstanden van de medewerkers worden gemeld (29%). In thuiszorginstellingen zijn het minst vaak negatieve effecten van kwaliteitszorg opgetreden.

## 4.8 Toekomstplannen

Aan de instellingen is gevraagd welke prioriteiten zij hebben voor de toekomst. Uit onderstaande lijst met kwaliteitsonderwerpen werd gevraagd een top 3 samen te stellen met de drie meest belangrijke aandachtspunten voor het komende jaar, dus voor 2006 (zie tabel 4.8). Rangorde is toegekend naar het percentage instellingen dat een bepaald onderwerp in de top 3 hadden staan.

Tabel 4.8 Rangorde van de prioriteiten in kwaliteitszorg in vijf zorgsectoren (N=543)

	Thuis- zorg N=62	Gehandi- captenzorg N=115	GGZ N=86	Zieken- huizen N=85	V&V N=195
Consequent werken volgens kwaliteitscyclus (plan-do-check-act)	1	1	1	2	2
Externe beoordeling/certificering	2	2	3	7	3
Interne toetsingen (audits)	3	3	2	6	6
Opstellen van procedures, richtlijnen, protocollen/procesbeschrijvingen	4	4	4	10	4
Kwaliteitsprojecten/verbeterprojecten	6	5	5	3	5
Meningspeilingen (onder patiënten/cliënten en/of onder verwijzers)	7	6	8	8	7
Opzetten veiligheids(management)systeem	12	11	11	4	11
Scholing in kwaliteitszorg	9	7	10	11	8
Interne coördinatie/afstemming/herontwerp zorgprocessen intern	8	8	12	1	9
Externe zorgcoördinatie/afstemming met ketenpartners	11	9	9	9	12
Regionale samenwerking	10	10	6	12	10
<i>Sectorspecifieke onderwerpen</i>					
- aansluiten bij opgestelde normen verantwoorde zorg/toetsingskader van de branche	5	*	*	*	1
- opstellen van zorgprogramma's	*	*	7	*	*
- cultuurverandering	*	*	*	5	*
- onderhandelingen over DBC 's	*	*	*	14	*
- invoeren Best Practices	*	*	*	13	*

\*) Niet gevraagd in deze sector

De overeenkomsten tussen de sectoren zijn opvallend. Er zijn drie aan elkaar gerelateerde zaken die veel prioriteit hebben. Dat zijn namelijk consequent gaan werken volgens de kwaliteitscirkel (PDCA-cyclus), het houden van interne audits of toetsingen - wat vereist is voor certificering - en tenslotte de certificering zelf, hetgeen in drie sectoren hoog op

de agenda van de instellingen staat. Ook het ontwikkelen van procedures en protocollen heeft (nog steeds) een vrij hoge prioriteit in veel instellingen.

Er zijn twee sectoren die (daarnaast) andere prioriteiten hebben gesteld;

Bij de sector ziekenhuizen staat op nummer één het herontwerpen van zorgprocessen, wat ook wel het stroomlijnen of redesign van zorgprocessen wordt genoemd. Alleen ziekenhuizen zetten ook veiligheidsmanagement hoog op de agenda (prioriteit nummer 4).

De tweede sector die een afwijkend patroon laat zien is de V&V sector. Prioriteit nummer één is daar het invullen van het Toetsingskader Verantwoorde zorg. Dat toetsingskader is door de branchevereniging zelf opgesteld en bevat een aantal in maat en getal uitgedrukte indicatoren waar de kwaliteit in verpleeg- en verzorgingshuizen aan zou moeten voldoen. Ook voor de thuiszorg wordt in de zomer van 2006 een dergelijk toetsingskader opgesteld. Veel thuiszorginstellingen zijn dan ook van plan om dit toetsingskader in te gaan vullen (prioriteit nummer 5 in de thuiszorg).

Relatief weinig prioriteit wordt in de meeste sectoren gegeven aan afstemming met externe partners in het kader van ketenzorg of zorgcoördinatie. Dat geldt ook voor regionale afstemming en samenwerking. Overigens moet daarbij worden opgemerkt dat door de fusiegolf van de laatste jaren al veel - voorheen geïsoleerd werkende - instellingen tot grote (soms ook regionale) samenwerkingsverbanden zijn samengevoegd.

## 5 De vooruitgang sinds 2000

### 5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft op hoofdlijnen welke vooruitgang sinds 2000 is geboekt. Op hoofdlijnen, omdat in 2005 niet alle vragen exact vergelijkbaar zijn gesteld vergeleken met 2000. Een aantal vragen is in 2005 geactualiseerd mede in overleg met de respectievelijke branche-organisaties.

Voor de vergelijking van uitkomstgegevens zijn uit het onderzoek uit 2000 alleen die sectoren gekozen die overeenkomen met de vijf onderzochte sectoren in 2005. Uit het onderzoek in 2000 zijn dat de sectoren gehandicaptenzorg, thuiszorg (LVT), ggz, ziekenhuizen, verpleeghuizen en verzorgingshuizen (voorheen 6 sectoren). De onderzoeksgegevens uit 2000 van de sectoren gemeentelijke gezondheidsdiensten, gezondheidscentra, maatschappelijk werk, sociaal pedagogische diensten en particuliere thuiszorginstellingen worden in dit rapport buiten beschouwing gelaten.

Dit hoofdstuk begint met een kort overzicht van de knelpunten die in 2000 bij de kwaliteitsontwikkelingen werden gesignaleerd en de aanbevelingen die op basis daarvan door de onderzoekers werden gedaan.

In dit hoofdstuk worden -net als in het gehele rapport- alle cijfers als absolute percentages gepresenteerd, zodat men die desgewenst kan omrekenen naar absolute aantallen instellingen. Bij het bespreken van de resultaten concentreren we ons vooral op een verschil tussen 2000 en 2005 van 10% of meer.

### 5.2 De knelpunten in 2000

Toen in 2000 de vooruitgang tussen 1995 en 2000 in kaart werd gebracht kwamen ook een aantal knelpunten aan het licht en werd aanbevolen om daar rekening mee te houden bij de verdere ontwikkeling van de kwaliteitssystemen (Sluijs en Wagner, 2000). Het betrof:

- onvoldoende cyclische bijsturing van de kwaliteit;
- onvoldoende patiëntenparticipatie;
- onvoldoende verantwoordelijkheidstoedeling bij ketenzorg;
- een toename van de bureaucrativering.

#### *Onvoldoende cyclische bijsturing van de kwaliteit*

De zorginstellingen gaven in 2000 zelf aan dat zij de uitkomsten van bijvoorbeeld meningspeilingen of de klachtenregistratie nog onvoldoende gebruikten voor bijsturing van de kwaliteit. Met andere woorden, de kwaliteitscirkel - de essentie van kwaliteitsmanagement - werd nog niet rond gemaakt. Ook registreerde men nog nauwelijks zorginhoudelijke indicatoren om de kwaliteit van zorg te monitoren. Daarom

werd aanbevolen dat zorgverleners gericht zouden gaan werken aan het ontwikkelen van zorginhoudelijke indicatoren én dat de gegevens systematisch gebruikt zouden worden voor het monitoren en bijsturen c.q. verbeteren van de kwaliteit van zorg.

#### *Onvoldoende patiëntenparticipatie*

In 2000 bleek dat patiënten en cliënten in de instelling relatief weinig bij kwaliteitszorg werden betrokken, met name in de ambulante hulpverlening. Ook bleek dat de participatie van patiënten en cliënten(organisaties) op een aantal gebieden niet was toemaar afgenomen in vergelijking met 1995. Daarom was de aanbeveling dat zorgaanbieders en patiënten/cliënten(organisaties) zich gezamenlijk zouden beraden over de vraag welke vormen van patiëntenparticipatie door zowel zorgaanbieders als patiënten(organisaties) het meest zinvol werd geacht.

#### *Onvoldoende verantwoordelijkheidstoedeling bij ketenzorg*

In 2000 was nog weinig sprake van ketenzorg. Echter in die gevallen waarin wel zorgketens waren ontwikkeld bleek dat de verantwoordelijkheden van de betrokken zorgaanbieders zelden expliciet waren toebedeeld. Daarom was de aanbeveling om bij de ontwikkeling van zorgketens of transmurale zorg de verantwoordelijkheidstoedeling als eerste goed te regelen.

#### *Toename van bureaucrativering*

Omdat een kwaliteitssysteem gepaard gaat met protocollering en extra regelgeving werd aanbevolen om bij het invoeren van een kwaliteitssysteem zorgvuldig na te gaan welke protocollen en regels wel en welke geen bijdrage leveren aan de kwaliteit. Op die manier zou de extra regelgeving en (eventuele) kosten die het kwaliteitssysteem met zich meebrengt beperkt kunnen blijven. De verdere protocolontwikkeling zou men vooral moeten toespitsen op kritische momenten in de zorgprocessen of risicovolle gebeurtenissen die afbreuk aan de kwaliteit zouden kunnen doen. In 2000 had minder dan de helft van de instellingen protocollen voor kritische momenten opgesteld.

Voor zover de gegevens dit toelaten wordt in hoofdstuk 6 bij de beschouwing nader op deze vier knelpunten ingegaan. Eerst wordt een kwantitatieve vergelijking tussen 2000 en 2005 gepresenteerd.

### **5.3 Kwaliteitsbewaking en verbetering**

Als eerste wordt in een overzichtstabel getoond op welke gebieden de instellingen vooruitgang hebben geboekt sinds 2000. In de tabel komen vier kerngebieden van het kwaliteitssysteem aan de orde, namelijk:

- beleid en strategie
- protocollering
- cyclische kwaliteitsbewaking en -verbetering en
- patiëntenparticipatie.



Tabel 5.1 Vergelijking van de stand van zaken in 2000 en 2005

	2000 (N=896) %	2005 (N=543) %	Vershil in instellingen %
<i>Beleid en strategie (documenten in bezit)</i>			
- kwaliteitsbeleid op schrift	55	62	+ 7
- 'product'-omschrijvingen	43	56	+ 13
- Kwaliteitshandboek	20	44	+ 24
- kwaliteitsjaarverslag of kwaliteitsdeel in algemeen jaarverslag	83	84	+ 1
<i>Protocolen (protocol of richtlijn in bezit)</i>			
- gericht op specifieke (vaktechnische) verrichtingen in het zorgproces	86	90	+ 4
- voor voorbehouden handelingen	82	86	+ 4
- het gebruik van (medische) hulpmiddelen	60	78	+ 18
- voor specifieke doelgroepen of diagnoses	43	56	+ 13
- voor de voorlichting aan de patiënt/cliënt	49	55	+ 6
- voor kritische momenten in het zorgproces	49	54	+ 5
- voor routing van de patiënt/cliënt van aanmelding tot ontslag	55	71	+ 16
- samenwerking met/overdracht naar andere zorgaanbieders	42	51	+ 9
<i>Cyclische kwaliteitsactiviteiten*</i>			
- evaluatie van zorg-/behandelplannen	58	57	- 1
- incidentenanalyse (vb infecties, FONA/MIP, calamiteiten)	51	52	+ 1
- intercollegiale toetsing mono-disciplinair	11	9	- 2
- intercollegiale toetsing multidisciplinair	10	9	- 1
- klachtenanalyse	43	52	+ 9
- interne beoordeling van het kwaliteitssysteem (interne audit)	11	28	+ 17
- interinstitutionele toetsing/visitatie	9	10	+ 1
- opvattingen van cliënten/patiëntenraad	54	63	+ 9
- meningspeilingen onder patiënten/cliënten	29	58	+ 29
- meningspeilingen onder medewerkers/professionals	17	50	+ 33
- meningspeilingen onder verwijzers of andere ketenpartners	4	9	+ 5
- marktonderzoek naar behoeften van (potentiële) gebruikers	5	7	+ 2
- marktonderzoek onder verwijzers of andere ketenpartners	4	5	+ 1
- benchmarking	10	26	+ 16
<i>Betrokkenheid van patiënt/cliëntenraad en/of -organisatie</i>			
- bespreken van uitkomsten meningspeilingen, klachtenregistratie etc.	75	88	+ 13
- ontwikkelen van kwaliteitscriteria/normen	50	50	0
- beoordelen of de (kwaliteits)doelen worden gehaald	44	59	+ 15
- participatie in (kwaliteits)commissies	40	41	+ 1
- opstellen van protocollen/standaarden	37	41	+ 4
- participatie in verbeterprojecten	37	52	+ 15

\*) De resultaten worden systematisch gebruikt voor bijsturing van het (kwaliteits)beleid

### *Beleid en strategie*

Bij het thema beleid en strategie is de grootste toename te zien in het percentage instellingen dat een kwaliteitshandboek heeft samengesteld. In 2000 was dat bij 20% van de instellingen het geval, terwijl dat nu is toegenomen naar 44% van de instellingen. Dat is meer dan een verdubbeling. Zoals bekend is een kwaliteitshandboek een vereiste in elk kwaliteitssysteem. Daarnaast hebben ook meer instellingen op schrift gesteld wat voor soort zorg of hulp zij verlenen, de zogenoemde 'product' omschrijvingen. Op de overige

gebieden is minder vooruitgang geboekt.

#### *Protocollen*

In 2000 gaven veel instellingen prioriteit aan het ontwikkelen van protocollen en procedures. De tabel laat zien dat nu meer instellingen dan in 2000 protocollen hanteren voor het gebruik van (medische) hulpmiddelen. De twee andere gebieden waarop een vooruitgang is te zien kunnen met elkaar samenhangen. Het gaat dan om protocollen voor specifieke doelgroepen of diagnosecategorieën en protocollen voor de gehele routing van de patiënt of cliënt van aanmelding tot ontslag. In ziekenhuizen staat dat bekend als het stroomlijnen of herontwerpen van zorgprocessen vanuit het perspectief van de patiënt. Er is weinig vooruitgang te zien in het aantal instellingen dat protocollen voor kritische momenten in het zorgproces heeft opgesteld, zoals in 2000 was aanbevolen.

#### *Cyclische kwaliteitsactiviteiten*

Bij de cijfers over cyclische kwaliteitsactiviteiten in de tabel gaat het uitsluitend om de mate waarin de gegevens systematisch voor bijsturing worden gebruikt, zodat de kwaliteitscirkel rond is. Twee zaken springen er direct uit. Er is een grote toename van het aantal instellingen dat meningspeilingen of tevredenheidsonderzoeken uitvoert en die gegevens ook voor (kwaliteits)verbetering gebruikt. Dat geldt zowel voor meningspeilingen onder patiënten of cliënten (een verdubbeling ten opzichte van 2000) als voor tevredenheidsonderzoek onder de medewerkers (bijna drie maal zoveel instellingen als in 2000). Beide activiteiten zijn een voorwaarde voor certificering, zoals in hoofdstuk 3 is beschreven. De interne audits zijn toegenomen, eveneens vereist voor certificering om na te gaan of procedures het gewenste resultaat opleveren of bijstelling behoeven. Ook gegevens uit benchmarking worden vaker dan in 2000 voor kwaliteitsverbetering gebruikt. Een dergelijke toename geldt niet voor de registratie van incidenten of bijna ongevallen (MIP, FONA, etc) en slechts in geringe mate voor een analyse van de klachtenregistratie.

#### *Betrokkenheid van patiënten/cliënten belangenorganisaties*

Patiënten of cliënten worden op drie gebieden meer bij kwaliteitsactiviteiten betrokken vergeleken met 2000. Vaker wordt met cliënten(raden) besproken wat de uitkomsten zijn van bijvoorbeeld tevredenheidsonderzoek of de klachtenregistratie en wordt met hen besproken in welke mate de gestelde (kwaliteits)doelen zijn gehaald. Het komt meer dan in 2000 voor dat een patiënten- of cliëntenvertegenwoordiger participeert in een verbeterproject. Deze toename is met name te danken aan een toename van contact met de patiënten-/cliëntenraden. Contact met patiënten/cliëntenorganisaties is iets afgenomen. In 2000 werden de patiënten/cliëntenorganisaties betrokken in 6% van alle zorginstellingen, in 2005 is dat krap 5% (niet in tabel).

## **5.4 Samenwerking en ketenkwaliteit**

Op basis van de bevindingen in 2000 werd destijds aanbevolen extra aandacht te besteden aan de manier waarop de kwaliteitsbewaking wordt geregeld bij ketenzorg. Een toename van ketenzorg werd namelijk algemeen wenselijk geacht en verwacht van kwaliteitszorg.

Tabel 5.2 laat zien of in de afgelopen vijf jaar veranderingen zijn opgetreden in de kwaliteitsbewaking bij ketenzorg. De tabel heeft alleen betrekking op de care-sector.

Tabel 5.2 Vergelijking van gezamenlijke kwaliteitsbewaking bij ketenzorg door thuiszorg, ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen in 2000 en 2005

	2000 (N=570) %	2005 (N=342) %	+ - %
Er is een gezamenlijke kwaliteitsbewaking met de volgende elementen			
- gemeenschappelijke visie op papier	24	23	-1
- gezamenlijk overleg om de kwaliteit te evalueren	22	29	+7
- gezamenlijke protocollen waarin overdracht van de cliënt wordt geregeld	25	33	+8
- een expliciete verantwoordelijkheidstoedeling	17	19	+2
- een methodiek van registratie van bijvoorbeeld uitkomsten van de zorg	10	17	+7
- gezamenlijke besprekingen van deze uitkomstgegevens	9	14	+5
- een gemeenschappelijke cliëntenraadpleging	3	5	+2
- een gemeenschappelijke klachtenregistratie	6	5	-1
- een gemeenschappelijke kwaliteitsverslaglegging	5	4	-1

Het percentage instellingen dat een gezamenlijke kwaliteitsbewaking kent, is in 2005 nauwelijks toegenomen vergeleken met 2000. In 2000 werd door 41% van de instellingen in de care-sector aangegeven dat er een gezamenlijke kwaliteitsbewaking met ketenpartners was. In 2005 is dit 44% (niet in tabel).

Er is tussen 2000 en 2005 op sommige vlakken een kleine verschuiving opgetreden in de elementen van gezamenlijke kwaliteitsbewaking bij ketenzorg. Deze vooruitgang is overigens met name geboekt bij de sector ziekenhuizen. In vergelijking met vijf jaar terug is er nu vaker gezamenlijk overleg om de kwaliteit te evalueren, vaker gezamenlijke protocollen mbt overdracht van patiënt/cliënt en vaker een gemeenschappelijke methodiek van registratie. Het komt echter nauwelijks vaker voor dat de verantwoordelijkheden expliciet zijn toebedeeld, zoals in 2000 werd aanbevolen. Bij deze vraag kan het volgende worden aangetekend; In de vragenlijst werd uitsluitend gevraagd naar gezamenlijke kwaliteitsbewaking met andere zorgaanbieders. In toenemende mate vinden echter fusies plaats tussen verpleeg- en verzorgingshuizen en vaak ook de thuiszorg. Wat voorheen ketenzorg met andere zorgaanbieders was, kan nu voor een deel zorgstromen binnen de eigen organisatie zijn geworden.

## 5.5 Certificering

Ten aanzien van accreditatie en certificering is vooruitgang geboekt. Het aantal geaccrediteerde ziekenhuizen is gestegen van 1% in 2000 naar 19% in 2005. Ook zijn inmiddels meer HKZ-certificaten uitgereikt, met name in de thuiszorg. In 2000 had 3% van de thuiszorgorganisaties een HKZ-certificaat, in 2005 is dat gestegen naar 34%. In de overige onderzochte zorgsectoren kwam een HKZ-certificaat in 2000 nog niet voor; nu is dat 8% in de ggz, 6% van de verpleeg- en verzorgingshuizen en 3% in de gehandicaptenzorg. Een verschil is ook dat de instellingen in 2000 nog vooral werkten aan de model-kwaliteitssystemen die elke branche-organisatie ontwikkeld had (MIK-V

voor verpleeghuizen, MKG in de gehandicaptenzorg, LVT-label in de thuiszorg) terwijl nu veel instellingen werken aan het behalen van een HKZ-certificaat, zoals in het vorige hoofdstuk al is beschreven.

## 5.6 Effecten van kwaliteitszorg

In het jaar 2000 had de meerderheid van de instellingen hoge verwachtingen over de effecten van een kwaliteitssysteem. Tabel 5.3 laat zien in welke mate de instellingen in 2000 positieve effecten van kwaliteitszorg daadwerkelijk hadden bereikt en hoe dat is toegenomen in 2005. Het gaat uitsluitend om bereikte effecten en niet om de effecten die men verwacht te bereiken.

Tabel 5.3 Vergelijking van de positieve effecten die door kwaliteitszorg zijn bereikt in 2000 en 2005

	2000 (N=896) %	2005 (N=543) %	verschil + / - %
<i>Patiënten/cliënten</i>			
- toename van patiënt-/cliëntgerichtheid	23	25	+ 2
- toename van tevredenheid van patiënten/cliënten	16	25	+ 9
- verbetering van zorgprocessen	25	24	- 1
- verbetering van de resultaten van de zorg (uitkomst)	14	14	0
<i>Personeel</i>			
- toename tevredenheid van het personeel	10	17	+ 7
- toename inzet en flexibiliteit personeel	15	16	+ 1
<i>Organisatie</i>			
- toename beheersbaarheid van de organisatie	15	23	+ 8
- betere profilering van de instelling	17	23	+ 6
- toename tevredenheid van externe partijen	13	18	+ 5
<i>Rendement</i>			
- toename van de productiviteit	11	21	+ 10
- kostenbesparing in de eigen instelling op lange termijn	5	13	+ 8
- kostenbesparing, maar niet in de eigen instelling	2	3	+ 1

Er is een kleine toename te zien in de effecten die in 2005 zijn bereikt vergeleken met de situatie in 2000. Dankzij kwaliteitszorg is de productiviteit toegenomen in 21% van de instellingen, terwijl dat in 2000 door 11% werd gerapporteerd. Op veel andere gebieden worden ook wel meer effecten dan in 2000 gerapporteerd - bijvoorbeeld wat betreft de tevredenheid van cliënten en van de medewerkers en de beheersbaarheid van de organisatie - en hoewel die toename waardevol is, is het verschil tussen 2000 en 2005 kleiner dan een absoluut verschil van 10%.

Ook in neveneffecten en negatieve effecten is er nauwelijks verschil tussen 2000 en 2005 (zie tabel 5.4). In 2005 is het beeld opvallend gelijk aan 2000, zowel wat betreft de toename in regels als wat betreft een betere bewaking en toetsing van de regels. Ook melden relatief veel instellingen nog steeds een toename van werkdruk en kosten als

negatief effect van kwaliteitszorg.

Tabel 5.4 Vergelijking van de neveneffecten en de negatieve effecten van kwaliteitszorg in 2000 en 2005

	2000 (N=896) %	2005 (N=543) %	verschil + / - %
<i>Veranderingen in regels of procedures</i>			
- geen invloed op regelgeving	5	3	- 2
- er zijn regels/procedures bijgekomen	74	72	- 2
- overbodige regels/procedures zijn verwijderd	33	32	- 1
- regels/procedures worden beter bewaakt	60	66	+ 6
- impliciete regels/procedures zijn geformaliseerd	59	59	0
- de toepassing van regels/procedures wordt beter getoetst	44	52	+ 8
- de werking van regels/procedures wordt beter geëvalueerd en geactualiseerd nieuw	55	62	+ 7
<i>Negatieve effecten</i>			
- er hebben zich geen negatieve effecten voorgedaan	35	31	- 4
- kosten zijn gestegen	28	32	+ 4
- verstarring c.q. minder flexibiliteit bij medewerkers/professionals	6	8	+ 2
- werkdruk is toegenomen	42	41	- 1
- demotivatie/ontevredenheid bij medewerkers	3	6	+ 3

## 5.7 Toekomstplannen

Zowel in 2000 als in 2005 was in de vragenlijst een lijst opgenomen met 10 kwaliteitsthema's. De vraag was drie onderwerpen aan te kruisen die in de instelling de hoogste prioriteit voor het komende jaar hadden. Tabel 5.7 geeft de rangorde aan naar aantal instellingen die een bepaalde prioriteit in 2000 en in 2005 hebben gesteld.

Tabel 5.7 Rangorde van de korte termijn toekomstplannen in 2000 en 2005

	2000 (N=896)	2005 (N=543)	stijging/ daling in rangorde
Consequent werken volgens kwaliteitscyclus (plan-do-check-act)	3	1	+ 2
Certificering/externe beoordeling	10	2	+ 8
Interne toetsingen (audits)	9	3	+ 6
Protocollen en procedures opstellen	2	4	- 2
Kwaliteitsprojecten/verbeterprojecten	1	5	- 4
Meningspeilingen of tevredenheidsonderzoek	5	6	- 1
Interne zorgcoördinatie/herontwerp van zorgprocessen	7	7	0
Scholing in kwaliteitszorg	6	8	- 2
Regionale samenwerking	4	9	- 5
Externe zorgcoördinatie met ketenpartners	8	10	- 2

De meest opvallende verschuiving in de toekomstplannen van de instellingen betreft certificering. In 2000 kwam certificering nog op de laatste plaats als het ging om de toekomstplannen, nu in 2005 is certificering gestegen naar de tweede plaats op de ranglijst van prioriteiten. Ook het houden van interne audits om de functionaliteit van het kwaliteitssysteem periodiek te toetsen is zes plaatsen gestegen op de ranglijst van de

negende plaats naar de derde plaats. Een opvallende daling is te zien bij regionale samenwerking en afstemming met ketenpartners. Stond dat in 2000 nog op de vierde plaats, in 2005 is dat gezakt naar de negende plaats op de prioriteitenranglijst van toekomstplannen. Bij de overige kwaliteitsthema's hebben zich geen grote verschillen in prioriteit voorgedaan.

## 6 Samenvatting, beschouwing en conclusies

### 6.1 Inleiding

In dit rapport is beschreven hoever de Nederlandse zorginstellingen gevorderd zijn met de invoering van kwaliteitsmanagement c.q. kwaliteitssystemen. Daartoe hebben 543 zorginstellingen uit de vijf grootste zorgsectoren begin 2006 een vragenlijst ingevuld. Het betreft de thuiszorginstellingen, instellingen voor gehandicaptenzorg, ggz-instellingen, ziekenhuizen en verpleeg- en verzorgingshuizen. De respons was 66%.

In dit hoofdstuk wordt gekeken welke conclusies uit de bevindingen kunnen worden getrokken. Eerst worden de resultaten samengevat, aan de hand van de onderzoeksvragen die centraal stonden in dit rapport.

### 6.2 Samenvatting van de resultaten

#### *De stand van zaken in 2005*

De eerste onderzoeksvraag betreft de mate waarin zorginstellingen kwaliteitssystemen hebben ingevoerd en de effecten die zij daarmee hebben bereikt.

Uit de resultaten blijkt dat anno 2005 een minderheid van de instellingen een gecertificeerd kwaliteitssysteem bezit. Een certificaat of accreditatiebewijs is een zichtbaar bewijs dat het kwaliteitssysteem aan zeer hoge eisen voldoet. Van de ziekenhuizen bezit 19% een NIAZ-accreditatie, van de thuiszorginstellingen bezit 34% een HKZ-certificaat en in de drie overige onderzochte zorgsectoren is minder dan 10% in bezit van een certificaat. In de ruime meerderheid van de instellingen wordt wel aan het behalen van een HKZ-certificaat gewerkt. Veel instellingen geven aan dat zorgverzekeraars een certificaat zullen gaan eisen bij toekomstige contractering of aanbestedingprocedure.

Bijna de helft van alle instellingen (44%) heeft inmiddels een kwaliteitshandboek samengesteld waarin alle activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking en verbetering zijn gebundeld. Een kwaliteitshandboek is vereist als men zich wil laten certificeren. Ook interne audits, periodieke toetsingen van het kwaliteitssysteem, zijn vereist voor certificering. In ruim de helft van de instellingen (60%) worden inmiddels interne audits gehouden, waarbij wordt nagegaan of alle onderdelen van het kwaliteitssysteem tot het gewenste resultaat leiden of bijstelling behoeven. Bij meer dan de helft van de instellingen verlopen interne audits echter nog niet optimaal omdat deze toetsingen nog onvoldoende worden gebruikt om het systeem en de onderdelen daarvan aan te passen of te verbeteren. De kwaliteitscyclus (PDCA) is dan nog niet rond. Gegevens die doorgaans wel systematisch voor bijsturing en kwaliteitsverbetering worden gebruikt zijn de opvattingen van patiënten of cliënten, zo meldt ruim de helft

(58%) van alle instellingen. Daarmee wordt aan een belangrijk kenmerk van kwaliteitsmanagement voldaan. In elk kwaliteitssysteem moet de 'waardering door klanten' worden gemeten, zodat men weet wat goed gaat en wat beter kan. Bijna alle zorginstellingen houden daartoe regelmatig meningspeilingen onder patiënten of cliënten.

Kwaliteitsmanagement moet er ook voor zorgen dat processen in de organisatie beheerst verlopen. Dat geldt in de eerste plaats voor risicovolle processen, maar ook voor zaken die de kwaliteit direct beïnvloeden of afbreuk aan de kwaliteit zouden kunnen doen. Zorginstellingen hanteren dan ook protocollen voor voorbehouden handelingen en in ziekenhuizen ook voor bijvoorbeeld infectiepreventie of het medicatiebeleid. Bijna de helft van de instellingen (46%) heeft echter kritische momenten in zorgprocessen nog niet protocollair geregeld of in procedures vastgelegd. Minder instellingen hebben daartoe een risico-analyse uitgevoerd om na te gaan wat kwetsbare onderdelen in de zorgverlening zijn, waar elk kwaliteitssysteem eigenlijk mee zou moeten beginnen.

In zijn algemeenheid zijn inmiddels wel veel zorginhoudelijke zaken protocollair geregeld in de instellingen. Wat echter nog te weinig gebeurt, is de toetsing van de protocollen. In bijna de helft van de instellingen wordt niet regelmatig gecontroleerd of elk protocol inderdaad wordt toegepast en - minstens zo belangrijk - of het protocol tot het gewenste resultaat leidt en dus bijdraagt aan de kwaliteit van zorg. Is dat niet het geval dan is aanpassing van het protocol aan de orde, waardoor continue kwaliteitsverbetering zal ontstaan, zoals met kwaliteitsmanagement wordt beoogd.

#### *Effecten, neveneffecten en negatieve effecten*

Unaniem worden nog steeds veel effecten van het kwaliteitssysteem verwacht. In veel mindere mate zijn die effecten inmiddels al bereikt, zo blijkt uit de resultaten. Wel heeft kwaliteitszorg er toe geleid dat bij een kwart van de instellingen cliëntgerichter wordt gewerkt, waarbij ook de tevredenheid van patiënten of cliënten is toegenomen. Evenveel instellingen (24%) melden dat zorgprocessen verbeterd zijn en soms ook de uitkomsten of resultaten van de zorg. Kwaliteitsmanagement werkt ook door op de interne organisatie van de instelling omdat de organisatie beter beheersbaar wordt, zo wordt vanuit één op de vijf instellingen gemeld. In evenzoveel instellingen is de productiviteit gestegen. De andere kant van de medaille is een toegenomen werkdruk - in 41% van de instellingen - en kostenstijgingen (in 32% van de instellingen). Ook leidt een kwaliteitssysteem tot meer regelgeving, zo wordt door 72% van de respondenten gemeld.

Regelgeving is onvermijdelijk als men zich wil laten certificeren, omdat daarvoor veel zaken aantoonbaar moeten zijn geregeld en dus op schrift zijn gesteld. Regelmatige toetsing van de toepassing van regels/procedures zorgt er voor dat een kwaliteitssysteem niet vervalt in bureaucratie of een 'papieren tijger', zoals dat door verschillende instellingen wordt aangegeven. Bij eenderde van de zorginstellingen zijn overbodige regels wel afgeschaft.

#### *Verschillen tussen de vijf zorgsectoren*

Op de vraag of er opvallende verschillen tussen de vijf onderzochte zorgsectoren zijn, kan het antwoord kort zijn. Er zijn meer overeenkomsten dan verschillen tussen de zorgsectoren. Wel zijn in ziekenhuizen en in thuiszorginstellingen wat andere accenten



gelegd. We geven daarvan een korte typering, maar alleen van aspecten die opvallend afwijken van het algemene beeld, zoals dat hiervoor al is geschetst.

Relatief veel thuiszorgorganisaties zijn HKZ gecertificeerd, namelijk 34% van hen. Dat is beduidend meer dan in andere sectoren. Ook zijn er veel thuiszorgorganisaties die hun kwaliteitshandboek op orde hebben (79%), in bezit zijn van een kwaliteitsbeleid op schrift (81%) en jaarlijks een kwaliteitsverslag of kwaliteitsdeel in algemeen jaarverslag publiceren (86%). Thuiszorginstellingen kennen relatief vaak cyclische kwaliteitsactiviteiten, zoals interne audits, meningspeilingen en bijvoorbeeld een analyse van incidenten. Resultaten hiervan worden meer dan de andere sectoren systematisch gebruiken voor bijsturing en verbetering van de kwaliteit. Wel minder dan in andere sectoren hebben thuiszorginstellingen protocollen opgesteld voor kwetsbare of kritische momenten in de zorgprocessen. Een opvallend effect in de thuiszorg is de toename van de tevredenheid van cliënten, dat wordt gemeld door 42% van de thuiszorgorganisaties.

Ziekenhuizen wijken af van andere sectoren omdat zij naast de NIAZ-accreditatie ook andere certificaten verwerven. In meer dan de helft van de ziekenhuizen (57%) bezit het ziekenhuislaboratorium een CCKL-certificaat en in 28% van de ziekenhuizen zijn HKZ-certificaten toegekend aan een ziekenhuisafdeling. Kwaliteitsmanagement in ziekenhuizen kenmerkt zich doordat meer dan in andere sectoren protocollair wordt gewerkt, maar minder dan in andere sectoren worden (vertegenwoordigers van) patiënten bij de protocolontwikkeling betrokken. In ziekenhuizen staat patiëntveiligheid hoog op de agenda wat ook blijkt uit de risicoanalyses voor patiëntveiligheid die in veel ziekenhuizen zijn uitgevoerd. Daarmee raakt men aan de kern van kwaliteitsmanagement omdat het afdekken van kwaliteitsrisico's ten grondslag ligt aan elk kwaliteitssysteem. Twee opvallende effecten in ziekenhuizen zijn de toename van de productiviteit (in 37% van de ziekenhuizen) terwijl ook kostenbesparingen vaker dan in andere sectoren worden gemeld (door 27% van de ziekenhuizen).

Verpleeg- en verzorgingshuizen, ggz-instellingen en instellingen voor gehandicaptenzorg wijken minder sterk af van het algemene beeld dat hiervoor al bij de stand van zaken is geschetst. Wat opvalt is dat ggz-instellingen vaker dan andere instellingen de cliënten(raad) betrekken bij verbeterprojecten (65%) en/of bij het opstellen van richtlijnen of protocollen (59%). Vaker dan in andere sectoren heeft kwaliteitsmanagement in ggz-instellingen geleid tot een betere beheersbaarheid van de organisatie (28%), maar zijn er ook wat vaker weerstanden van de medewerkers, zo meldt 29% van de respondenten. Wat betreft de toekomstplannen werken nagenoeg alle ggz-instellingen en instellingen voor gehandicaptenzorg aan invulling van de normen die voor HKZ certificering zijn vereist. Prioriteit nummer één in verpleeg- en verzorgingshuizen is de invulling van het Toetsingskader Verantwoorde Zorg dat de brancheorganisatie heeft opgesteld. Daarnaast wordt ook aan een HKZ certificaat gewerkt. Velen in verpleeg- en verzorgingshuizen (73%) verwachten dat zorgverzekeraars in de toekomst om een certificaat zullen gaan vragen.

#### *De vooruitgang sinds 2000*

De derde onderzoeksvraag betreft de vooruitgang die de instellingen sinds 2000 met

kwaliteitszorg hebben geboekt. Dat is op een aantal gebieden het geval, zoals in hoofdstuk 5 is beschreven. Als we kijken naar de meest opvallende vooruitgang ontstaat het volgende beeld:

Er is meer dan een verdubbeling van het aantal instellingen dat een kwaliteitshandboek bezit, van 20% in 2000 naar 44% in 2005. Instellingen werken vooral meer dan in 2000 aan het cyclisch bijsturen en verbeteren van de kwaliteit. Met name op drie gebieden is een betekenisvolle toename te zien. Dat zijn de meningspeilingen onder patiënten of cliënten waarbij de gegevens vaker dan in 2000 voor kwaliteitsverbetering worden gebruikt. In 2000 was dat bij 29% van de instellingen het geval in 2005 is dat verdubbeld naar 58%. Dat geldt nog meer voor meningspeilingen onder de medewerkers die zowel zijn toegenomen als beter worden benut. Het gebruik van deze gegevens is verdrievoudigd, van 17% in 2000 tot 50% in 2005. Hoewel ook interne audits systematischer voor kwaliteitsverbetering worden gebruikt (een toename van 11% naar 28%) is op dat gebied nog veel winst te boeken.

Bij verschillende andere kwaliteitsactiviteiten, zoals evaluatie van zorg/behandelplannen, klachtenanalyse, intercollegiale toetsingen, is nagenoeg geen verschil te zien tussen 2000 en 2005 in het aantal instellingen dat de resultaten systematisch gebruikt voor bijsturing van het (kwaliteits)beleid.

Patiënten en cliënten worden meer bij kwaliteitszorg betrokken dan in 2000. Patiënten of cliënten participeren vaker in kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten (een toename van 37% in 2000 naar 52% in 2005). Het komt ook meer voor dat relevante gegevens met de cliënten(raad) worden besproken (zoals gegevens uit de klachtenregistratie of uit meningspeilingen) en ook is er in meer instellingen overleg met cliënten(raad) over de mate waarin de gestelde doelen op het gebied van kwaliteit zijn bereikt. Het betrekken van cliëntenorganisaties bij kwaliteitsactiviteiten van instellingen is in 2005 iets afgenomen (6% in 2000, 5% in 2005).

Er is een interessante verschuiving opgetreden in de toekomstplannen van de instellingen als we kijken naar de rangorde van prioriteiten die de instellingen hebben gesteld. Certificering stond in 2000 als laagste (nummer 10) op de prioriteitenlijst van de instellingen en was dus nog nauwelijks in beeld. Nu staat certificering bovenaan de lijst met toekomstprioriteiten, evenals het houden van interne audits en cyclisch werken. In de toekomstplannen is een opvallende daling in prioriteit te zien ten aanzien van regionale afstemming en samenwerking. In 2000 had dat nog veel prioriteit bij de instellingen (plaats 4 op de ranglijst) terwijl dat anno 2005 is gezakt naar bijna de laatste plaats (plaats 9 op de ranglijst). Er is ook weinig vooruitgang geboekt bij ketenzorg. Zowel in 2000 als in 2005 is de kwaliteitsbewaking en de verantwoordelijkheidstoedeling bij ketenzorg bij veel instellingen nog niet goed geregeld.

In de effecten en neveneffecten van kwaliteitszorg zijn nauwelijks opvallende verschuivingen te zien. Het beeld is in 2005 vrijwel gelijk aan dat in 2000. In beide jaren meldt een minderheid van de respondenten dat kwaliteitszorg tot positieve effecten heeft geleid. Ook de toename in regelgeving en het percentage instellingen dat negatieve effecten van kwaliteitszorg heeft ervaren is nagenoeg gelijk in 2000 en 2005.

### 6.3 Aanbevelingen

De resultaten laten zien welke vooruitgang de Nederlandse zorginstellingen hebben geboekt met de invoering van kwaliteitssystemen. We besluiten dit hoofdstuk met een kritische beschouwing van de resultaten en kijken wat er is gedaan aan de knelpunten die in 2000 werden gesignaleerd.

Er zijn nog weinig instellingen die anno 2005 een gecertificeerd kwaliteitssysteem hebben ingevoerd. Het ontwikkelen van kwaliteitssystemen gaat traag, zeker als men in acht neemt dat daar 15 jaar geleden mee begonnen is en dat kwaliteitsmanagement 10 jaar geleden wettelijk werd verplicht. Er lijkt nu een verandering op te treden. De meerderheid van de instellingen is van plan het kwaliteitssysteem te laten certificeren en werkt daaraan. In 2000 had dat bij hen nog geen prioriteit. Instellingen anticiperen daarmee op de mogelijkheid dat zorgverzekeraars certificering gaan eisen bij de contractering, wat veel respondenten verwachten. Kwaliteitseisen bij de contractonderhandelingen hebben ongetwijfeld een positieve impuls aan de ontwikkelingen gegeven. Anderzijds kleeft aan verplichte certificering ook een risico, waar we kort op ingaan; Naast het bekende gevaar van 'window dressing' bestaat het risico dat de focus komt te liggen op het afvinken van normen in plaats van op continue kwaliteitsverbetering. Een dergelijke procedurele invulling van een kwaliteitssysteem leidt tot onnodige bureaucratie.

Een tweede overweging bij verplichte certificering betreft de veelheid van externe eisen waaraan instellingen op het gebied van kwaliteit moeten voldoen. In de care sector is dat bijvoorbeeld de registratie van indicatoren voor de Inspectie, de invulling van het toetsingskader Verantwoorde Zorg, deelname aan benchmarking en voor veel instellingen ook nog het behalen van het bronzen, zilveren of gouden keurmerk van Perspekt. De vraag is of deze externe kwaliteitseisen niet onevenredig veel aandacht in de instelling opeisen.

*Onze aanbevelingen zijn dan ook:*

1. Aan de instellingen om kritisch te analyseren welke zaken direct invloed hebben op het primaire proces van zorg en de patiëntgebonden uitkomsten, om daar het kwaliteitssysteem op te richten;
2. Aan externe partijen om in overleg te treden over de veelheid van externe kwaliteitseisen om tot een reductie of onderlinge afstemming te komen.

In 2000 werd gewaarschuwd voor de bureaucratie die het invoeren van een kwaliteitssysteem in veel instellingen met zich meebracht. Ook nu weer blijkt dat de regelgeving en administratieve lasten door kwaliteitsmanagement toegenomen zijn in circa driekwart van de instellingen. Hoewel regels en procedures nodig zijn voor kwetsbare onderdelen van zorgprocessen, is het voor kwaliteitsmanagement zeker niet noodzakelijk dat alles in protocollen en procedures wordt vastgelegd. Voor certificering moeten alleen die zaken aantoonbaar worden geregeld, die de kwaliteit van het primaire proces en de patiëntenzorg direct beïnvloeden of die kwaliteitsrisico's met zich meebrengen. Daarbij betekent 'aantoonbaar' niet dat een protocol of procedure wordt opgesteld, maar dat een vorm van kwaliteitsbewaking of kwaliteitscontrole plaatsvindt

waarvan de resultaten worden besproken (wat ook vastgelegd kan zijn in notulen of verslagen) en indien nodig tot verandering leiden.

*Wij herhalen onze aanbeveling uit 2000:*

3. Bij het invoeren van een kwaliteitssysteem moet zorgvuldig worden na gegaan welke regels en procedures wel en welke geen bijdrage leveren aan verantwoorde zorg en de uitkomsten voor de patiënt om zo regelgeving en administratieve lasten zoveel mogelijk te beperken.

In 2000 werd geconstateerd dat gegevens nog onvoldoende werden gebruikt voor bijsturing en verbetering van de kwaliteit. In kwaliteitstermen werd de kwaliteitscirkel nog niet rond gemaakt. Op dat gebied is vooruitgang geboekt. Vergeleken met 2000 zijn er nu meer instellingen die de gegevens uit interne audits, benchmarking of meningspeilingen systematisch voor bijsturing gebruiken. Dat zorgt voor de dynamiek in het kwaliteitssysteem en leidt tot een 'lerende organisatie'. Het betreft echter nog steeds maar circa de helft van de instellingen. Ook komt het nog veel voor dat wel protocollen en procedures worden ontwikkeld, maar dat vervolgens niet wordt nagegaan of deze worden toegepast, en, minstens zo belangrijk of zij tot het gewenste resultaat leiden of moeten worden aangepast.

*Onze visie is dan ook:*

4. Het ontwikkelen van een protocol of een procedure heeft geen zin als niet periodiek wordt nagegaan of het protocol tot het gewenste resultaat leidt.

In 2000 werd aanbevolen om patiënten en cliënten meer bij de kwaliteitsontwikkelingen te betrekken, zoals ook op de landelijke kwaliteitsconferenties in 1990 en 1995 was afgesproken. Op dat gebied is vooruitgang geboekt. Nagenoeg alle zorginstellingen houden tegenwoordig meningspeilingen onder hun patiënten of cliënten en hun oordelen wegen zwaar in benchmarkprojecten. Bovendien blijkt dat de gegevens uit meningspeilingen onder patiënten en cliënten meer dan in 2000 voor kwaliteitsverbetering worden gebruikt. Wel merken wij op dat er meer mogelijkheden zijn dan alleen meningspeilingen om patiënten(verenigingen) bij de kwaliteit van zorg te betrekken.

*De aanbeveling is:*

5. De betrokkenheid van patiënten en cliënten bij de kwaliteit van zorg laat een positieve trend zien en het is wenselijk dat deze trend zich in de toekomst verder doorzet.

In 2000 werd geconstateerd dat er nog weinig sprake was van ketenzorg en dat de kwaliteitsbewaking van zorgketens nog niet goed was geregeld. Wat met name zorgen baarde was de verantwoordelijkheidstoedeling bij ketenzorg. Dat was vaak niet expliciet vastgesteld. Op dat gebied is weinig veranderd. Zie ook de recent door de inspectie uitgebrachte Staat van de Gezondheidszorg 2006. Ook nu blijkt dat vaak niet is vastgelegd wie voor wat verantwoordelijk is in de zorgketen.

*Wij herhalen onze aanbeveling uit 2000:*

6. Bij de ontwikkeling van zorgketens of transmurale zorg is het zaak de verantwoordelijkheidstoedeling als eerste goed te regelen.

De effecten die door kwaliteitsmanagement zijn bereikt laten geen indrukwekkende toename zien vergeleken met de effecten die in 2000 werden gemeld. De effecten zijn divers en betreffen zowel de zorgverlening als de interne organisatie en bedrijfsvoering. Ook de gerapporteerde neveneffecten zijn min of meer vergelijkbaar in 2000 en 2005. Ook nu wordt vaak een stijging van werkdruk en kosten gemeld. Het is tot op heden onduidelijk hoe uitgebreid een kwaliteitssysteem moet zijn om een evenwichtige balans tussen kosten/baten te bereiken. Ook de meerwaarde van certificering is nog niet wetenschappelijk aangetoond (Lemmens et al., 2003).

*De aanbeveling is:*

7. Onderzocht moet worden hoe uitgebreid een kwaliteitssysteem moet zijn om een optimale balans tussen kosten/baten te bereiken en onderzoek is nodig naar de meerwaarde van certificering.

Een positieve ontwikkeling in 2005 is de toenemende aandacht voor patiëntveiligheid en voor de risico's die aan zorg en behandeling verbonden kunnen zijn. Het wekt verbazing dat dit niet eerder zo prominent aan de orde is gesteld bij de kwaliteitsontwikkelingen. In essentie zijn kwaliteitssystemen bedoeld om kwaliteitsrisico's te verkleinen. Dat houdt in dat kwetsbare onderdelen en potentieel risicovolle zorgprocessen moeten worden opgespoord en als eerste goed geregeld. Dat zou ten grondslag moeten liggen aan elk kwaliteitssysteem. Het lijkt erop dat dit de afgelopen tien jaar uit het oog is verloren.

*De aanbeveling is:*

8. Hernieuwde aandacht is nodig voor de grondslag van kwaliteitssystemen, namelijk het opsporen en afdekken van risico's die de kwaliteit van de patiëntenzorg (kunnen) bedreigen.

Tot slot, de invoering van kwaliteitszorg stuit op weerstanden bij de medewerkers in circa een kwart van de instellingen. Dat is zorgelijk. De kwaliteit van zorg is in hoge mate afhankelijk van de inzet en motivatie van de individuele artsen, verpleegkundigen en therapeuten die de zorg verlenen. Het kwaliteitssysteem van de instelling moet hen daarbij ondersteunen en daarvoor de nodige voorwaarden creëren, zoals ook met de Kwaliteitswet Zorginstellingen wordt beoogd.



# Literatuur

- Bering R. Certificatie van kwaliteitssystemen. Een advies van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Medisch Contact, 1993; 48: 891-892.
- Casparie AF, Legemaate J, Rijkschroeff RAL, Brugman MJE, Buijsen MAJM, De Gruijter MJ, Hulst EH, Oudenampsen DG, Van 't Riet A. Evaluatie Kwaliteitswet Zorginstellingen. Den Haag, ZonMw, 2001.
- Custers T, Van Ineveld BM, Klazinga NS. Kwaliteitskostenmodel voor instellingen in de Nederlandse gezondheidszorg. Amsterdam, AMC-UvA/Afdeling Sociale Geneeskunde, 2001.
- De Dreu PH. Onbeheerste processen zijn de oorzaak van verlies. Kwaliteit in bedrijf, 2006; 22: 10-13.
- De Goeij H. Directeur Generaal Volksgezondheid pleit voor actievere opstelling in de zorg. Kwaliteit in Bedrijf, 2006; 22: 16-18.
- HKZ. Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector. [www.hkz.nl](http://www.hkz.nl) (peildatum 09-08-2006).
- IGZ. Het resultaat telt. Prestatie-indicatoren als onafhankelijke graadmeter voor de kwaliteit van in ziekenhuizen verleende zorg. Den Haag, Staatstoezicht op de volksgezondheid, 2006.
- IGZ. Staat van de Gezondheidszorg 2006. Den Haag, Staatstoezicht op de volksgezondheid, 2006.
- Keijser A, Sluijs E, Wagner C. Tabellenboek kwaliteitssystemen: de stand van zaken per zorgsector in 2005. Utrecht, NIVEL, 2006.
- Lemmens KMM, Harteloh, PPM, Walburg JA. De validiteit van kwaliteitssystemen in zorginstellingen. Rotterdam, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg Erasmus MC Rotterdam, 2003.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Wet van 18 januari 1996, betreffende de kwaliteit van zorginstellingen (Kwaliteitswet zorginstellingen). Laatste uitgave d.d. januari 2006.
- Sixma H, Mourik A. Benchmarkonderzoek thuiszorginstellingen 2000: meer inzicht in het werken van thuiszorgorganisaties. In: EA Zuidema, PGJJ Stevens, JAM van Adrichem et al (reds). Handboek Zorg Thuis. Maarssen, Elsevier Gezondheidszorg, 2003.
- Sluijs EM, De Bakker DH. Kwaliteitssystemen in ontwikkeling. Een inventarisatie van kwaliteitssystemen die ontwikkeld zijn of ontwikkeld worden door koepels van beroepsbeoefenaren en koepels van instellingen in de gezondheidszorg en verwante welzijnszorg. Utrecht/Zoetermeer, NIVEL/NRV, 1992.

- Sluijs EM, Wagner C. Kwaliteitssystemen in zorginstellingen. De stand van zaken in 2000. Utrecht, NIVEL, 2000.
- Sluijs EM, Wagner C. Waken voor verzanding van het kwaliteitssysteem: succes- en faalfactoren in kaart gebracht. *Kwaliteit in Beeld*, 2001; 11: 4-7.
- Sluijs E, Van Beek S, Mouthaan I, De Neef M, Wagner C. Verdiepingsstudie transparantie kwaliteit van zorg. Een exploratief onderzoek naar de mate waarin zorginstellingen indicatoren gebruiken om de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken. Utrecht, NIVEL, 2002.
- Sluijs EM, C.Wagner, Progress in the implementation of Quality Management in Dutch Health Care: 1995-2000. *International Journal for Quality in Health Care* 2003 (15) 223-234.
- Tuijn S, Wagner C. Risico-indicatoren voor de GGZ: het gefaseerd en gelaagd toezicht in de GGZ-care en GGZ-cure-sector. Utrecht, NIVEL, 2006.
- Van den Brink Muinen A, Wagner C. Risico-indicatoren voor de langdurige zorgverlening. Utrecht, NIVEL, 2004.
- Van Everdingen JJE, Smorenburg SM, Schellekens W, Molendijk A, Kievit J, Van Harten WH, Mintjes-de Groot AJ (red.). *Praktijkboek patiëntveiligheid*. Houten, Bohn Stafleu van Loghum, 2006.
- Westphal JD, Gulati R, Shortell SM. Customization or conformity? an institutional and network perspective on the content and consequences of TQM adoption. *Administrative Science Quarterly*, 1997 (42) 366-394.
- Wagner, C, D.H. de Bakker, E.M.Sluijs. Kwaliteitssystemen in instellingen: de stand van zaken in 1995. Utrecht/Zoetermeer, NIVEL/NRV, 1995.
- Wagner C. Implementation and effectiveness of quality systems in Dutch health care organizations (Proefschrift). Utrecht, NIVEL, 1999.
- Wagner C, Van der Wal G, Tuijn S (red.). *Patiëntveiligheid in Nederland. Verbeterinitiatieven en innovaties in de zorg*. Assen, Koninklijke Van Gorcum, 2005.



## Verklarende woordenlijst en afkortingen

Actiz	brancheorganisatie voor thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen; op 1 juni 2006 ontstaan uit een fusie van Arcares en Z-org
Arcares	brancheorganisatie voor verpleeg- en verzorgingshuizen, in 2006 overgegaan in Actiz
BOPZ	Wet Bijzondere Opnemingen Psychiatrische Ziekenhuizen
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg, voorheen Centraal BegeleidingsOrgaan
CCKL	stichting voor de bevordering van de kwaliteit van het laboratorium-onderzoek en voor de accreditatie van laboratoria in de gezondheidszorg
DB	Doorbraakproject van het CBO: multidisciplinaire teams kijken naar een specifiek zorgproces, waarbij meten van resultaten, resultaatgericht uitvoeren van verbeterprojecten en kennisoverdracht centraal staan
FONA	Fouten, Ongevallen en Near Accidents (Faults or Near Accidents), overgegaan in MIP/ MIP-commissie
FTE	fulltime-equivalent; Een volledige werkweek van 1 werknemer
FvO	Federatie van Ouderverenigingen; een samenwerkingsverband van een aantal landelijke verenigingen die opkomen voor de belangen van mensen met een verstandelijke handicap, hun ouders en verwanten
GCP	Good Clinical Practice
ggz	geestelijke gezondheidszorg
GGZ Nederland	brancheorganisatie voor ggz-instellingen
GLP	Good Laboratory Practice
GMP	Good Medical Practice
HKZ	Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
INK	Instituut Nederlandse Kwaliteit
ISO	International Standards of Organization
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, is overgegaan in 'Z-org'
MIK-V	Model Integrale Kwaliteitszorg Verpleeghuizen
MIP	Meldingen Incidenten Patiëntenzorg; de MIP-commissie toetst zorgkwaliteit aan de hand van het analyseren van (bijna)-incidenten en (bijna)-fouten in de individuele patiëntenzorg.
MKG	Model Kwaliteitssysteem Gehandicaptenzorg
NAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
NVZ	Vereniging van Ziekenhuizen; brancheorganisatie voor aanbieders van medisch-specialistische zorg, zoals ziekenhuizen en revalidatiecentra
PDCA	plan-do-check-act, ookwel kwaliteitscyclus genoemd
RP/CP	Regionale Patiënten/Consumenten Platform

SB	Sneller Beter; SB is een landelijk ondersteuningsprogramma van VWS, gericht op het verbeteren van zorg bij specifieke thema's, zoals patiëntenlogistiek of patiëntveiligheid
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland; brancheorganisatie voor de aanbieders van zorg- en dienstverlening aan mensen met een handicap
V & V	verpleeg- en verzorgingshuizen
VWS	Ministerie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WGBO	Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
Z-org	brancheorganisatie voor thuiszorg-instellingen, in 2006 overgegaan in Actiz

