

**Tabellenboek kwaliteitssystemen
de stand van zaken per zorgsector in 2005**

Astrid Keijser
Emmy Sluijs
Cordula Wagner



ISBN 1090-6905-819-7
ISBN 13978-90-6905-819-1

<http://www.nivel.nl>
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

1	Introductie	5
1.1	Over dit tabellenboek	5
1.2	Handleiding voor gebruik van het tabellenboek	5
1.3	Opzet van het onderzoek	6
2	Thuiszorg instellingen	9
2.1	Respons en non-respons	9
2.2	Cliënten	10
2.3	Medewerkers	15
2.4	Protocollen en procedures	18
2.5	Effecten	22
2.6	Cyclische kwaliteitsactiviteiten	23
2.7	Beleid en strategie: documenten	24
2.8	Samenwerking en ketenkwaliteit	26
2.9	Beleidscyclus	28
2.10	Kwaliteitskosten	31
2.11	Cultuur en structuur	33
2.12	Toekomst	34
3	Gehandicaptenzorg	39
3.1	Respons en non-respons	39
3.2	Cliënten	40
3.3	Medewerkers	45
3.4	Protocollen en procedures	47
3.5	Effecten	50
3.6	Cyclische kwaliteitsactiviteiten	51
3.7	Beleid en strategie: documenten	52
3.8	Samenwerking en ketenkwaliteit	54
3.9	Beleidscyclus	56
3.10	Kwaliteitskosten	59
3.11	Cultuur en structuur	61
3.12	Toekomst	62
4	Ggz-instellingen	67
4.1	Respons en non-respons	67
4.2	Cliënten	68
4.3	Medewerkers	72
4.4	Protocollen en procedures	73
4.5	Effecten	75

4.6	Cyclische kwaliteitsactiviteiten	76
4.7	Beleid en strategie: documenten	77
4.8	Samenwerking en ketenkwaliteit	79
4.9	Beleidscyclus	80
4.10	Kwaliteitskosten	82
4.11	Cultuur en structuur	83
4.12	Toekomst	84
5	Ziekenhuizen	89
5.1	Respons en non-respons	89
5.2	Patiënten	90
5.3	Medewerkers	92
5.4	Protocollen en procedures	94
5.5	Effecten	97
5.6	Cyclische kwaliteitsactiviteiten	98
5.7	Beleid en strategie: documenten	99
5.8	Samenwerking en ketenkwaliteit	100
5.9	Beleidscyclus	103
5.10	Kwaliteitskosten	106
5.11	Cultuur en structuur	109
5.12	Toekomst	110
5.13	Patiëntveiligheid	114
5.14	Verbeterinitiatieven	117
6	Verpleeg- en verzorgingshuizen	121
6.1	Respons en non-respons	121
6.2	Cliënten	122
6.3	Medewerkers	128
6.4	Protocollen en procedures	130
6.5	Effecten	134
6.6	Cyclische kwaliteitsactiviteiten	135
6.7	Beleid en strategie: documenten	136
6.8	Samenwerking en ketenkwaliteit	138
6.9	Beleidscyclus	140
6.10	Kwaliteitskosten	143
6.11	Cultuur en structuur	145
6.12	Toekomst	146
	Verklarende woordenlijst en afkortingen	151
	Bijlage 1 Voorbeeld vragenlijst	153
	Bijlage 2 Voorbeeld non-respons formulier	175

1 Introductie

1.1 Over dit tabellenboek

Dit tabellenboek is een bijlage bij het rapport 'Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2005'. Het rapport en het tabellenboek bevatten de resultaten van de derde landelijke kwaliteitsstudie.

Het onderzoek vond plaats onder de vijf belangrijkste zorgsectoren, namelijk ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorginstellingen, ggz-instellingen en instellingen voor gehandicaptenzorg.

Dit tabellenboek is bedoeld als naslagwerk met overzichten van kwaliteitszorg in Nederland anno 2005. Uitkomstgegevens zijn weergegeven zonder interpretatie van de onderzoekers.

Bovengenoemd rapport bevat ook vergelijkingen met de stand van zaken in 1995 en 2000 en vergelijkingen tussen afzonderlijke zorgsectoren. Interpretaties, conclusies en adviezen zijn eveneens te vinden in het rapport.

Het rapport en het tabellenboek zijn afzonderlijk en gebundeld verkrijgbaar bij het NIVEL. Beide zijn ook gratis te downloaden vanaf de NIVEL-website (www.nivel.nl).

1.2 Handleiding voor gebruik van het tabellenboek

Alle gegevens die in de tabellen worden genoemd zijn absolute percentages. Percentages zijn berekend op het aantal inzendingen. Zo staat 50% voor 50% van de respondenten.

De percentages tellen niet altijd op tot 100% omdat doorgaans 1 – 2% van de respondenten de vraag niet heeft ingevuld (missing).

Bij een aantal vragen tellen de percentages op tot meer dan 100% omdat de instellingen dan meerdere antwoorden konden aankruisen.

Het tabellenboek kan op verschillende manieren worden gelezen:

- Als benchmark. De situatie in een instelling kan worden vergeleken met cijfers van de hele sector.
- Overzicht per sector. U kunt per sector het desbetreffende hoofdstuk opzoeken en alle kwaliteitsactiviteiten van die sector daar vinden.
- Overzicht per onderwerp. De rangschikking van onderwerpen is in alle hoofdstukken gelijk. Zo kunt u bijvoorbeeld alle uitkomstgegevens over protocollen en procedures lezen in alinea 4 van alle sectoren.

- Vergelijkingen per kwaliteitsactiviteit. Een groot deel van de onderzochte kwaliteitsactiviteiten is voor alle sectoren vergelijkbaar. Een aantal kwaliteitsactiviteiten zijn sectorspecifiek en kunnen dus niet vergeleken worden. Wel moet bij vergelijkingen tussen sectoren rekening worden gehouden met het verschil in respons en aantallen vragenlijsten. Voor juiste cijfers over vergelijkingen tussen sectoren en met voorgaande jaren verwijzen we u naar het rapport.

1.3 Opzet van het onderzoek

De landelijke kwaliteitsstudie is een grootschalig, vijfjaarlijks, nationaal onderzoek onder zorginstellingen. Eerdere onderzoeken waren in 1995 en 2000.

Het onderzoek is gehouden door middel van een vragenlijst die naar de directie en/ of kwaliteitsfunctionaris van zorginstellingen is gestuurd. Welke functionaris uiteindelijk de vragenlijst heeft ingevuld, staat vermeld in alinea 1 in de sectorhoofdstukken.

De vragenlijst is voor elke sector aangepast in nauw overleg met de specifieke brancheorganisatie. Voor de ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorg, ggz-instellingen en instellingen voor de gehandicaptenzorg was dat in 2005 respectievelijk NVZ, Arcares, Z-org, GGZ Nederland en de VGN.

De vragen zoals gesteld in de vragenlijsten, staan letterlijk weergegeven in het tabellenboek. Achterin het tabellenboek staat een complete vragenlijst zoals gestuurd naar de verpleeg- en verzorgingshuizen.

Aangeschreven instellingen zijn direct afkomstig van de ledenlijsten van de brancheorganisaties.

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 1.3.1).

In totaal hebben 275 instellingen geen vragenlijst ingevuld. De non-respons komt daarmee op 34%. Van deze groep hebben 94 instellingen een non-respons formulier teruggestuurd met daarop aangegeven wat de reden is van niet-deelname.

In alinea 1 in de verschillende sectorhoofdstukken vindt u een specificatie van de respons en de non-respons analyse.

1.3.1 Responsanalyse 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%	

2 Thuiszorg instellingen

De gegevens die in de tabellen worden genoemd zijn absolute percentages. Percentages zijn berekend op het aantal inzendingen. Zo staat 50% voor 50% van de respondenten, bij de thuiszorg dus voor 31 instellingen.

De percentages tellen niet altijd op tot 100% omdat doorgaans 1 – 2% van de respondenten de vraag niet heeft ingevuld (missing). Bij een aantal vragen tellen de percentages op tot meer dan 100% omdat de instellingen dan meerdere antwoorden konden aankruisen.

2.1 Respons en non-respons

De gegevens in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op 62 vragenlijsten die zijn ingevuld door instellingen voor de thuiszorg. Het gaat hier om thuiszorginstellingen die lid zijn van Z-org. De respons was 72%.

Van deze instellingen geeft 76% aan onderdeel te zijn van een zorggroep of stichting. 23% is geen onderdeel van een zorggroep of stichting.

Bij 8% van de vragenlijsten is deze ingevuld door de directie van de instelling. 76% van de vragenlijsten is ingevuld door de kwaliteitsfunctionaris. De overige vragenlijsten zijn ingevuld door verschillende andere functionarissen, zoals hoofd zorg, bestuurssecretaris, beleidsmedewerker, intern bureau kwaliteit.

Non-respons

In totaal 9 instellingen lieten weten waarom ze niet mee deden aan ons onderzoek.

Van deze instellingen gaf 56% als reden dat ze al teveel enquêtes of onderzoeken hadden gehad. Andere redenen die werden genoemd waren bijvoorbeeld ‘onderdeel van grotere stichting of zorggroep’, ‘te druk met fusie of reorganisatie’, ‘drastische bezuinigingen’. Geen van de instellingen gaf ‘kwaliteitsmoetheid’ aan.

Van de niet-deelnemende instellingen heeft 78% een kwaliteitsfunctionaris of kwaliteitsstuurgroep/ -commissie ingesteld.

Alle niet-deelnemende instellingen (100%) hebben op directieniveau een keuze gemaakt voor een kwaliteitssysteem. Die keuze is in bijna alle gevallen op het HKZ-systeem (89%, 11% missing).

2.2 Cliënten

2.2.1 *Is er op instellingsniveau een procedure (systematiek) voor zorgplannen/ dossiers en wat is daarin geregeld?*

Percentage instellingen dat procedures hanteert voor zorgplannen/ dossiers (N=62)

	%
Nee, op instellingsniveau is er geen procedure/ systeem voor zorgplannen	0%
Ja, op instellingsniveau is er wel een procedure voor zorgplannen	98%
<i>Daarin is onder andere geregeld:</i>	
- welke gegevens in het zorgplan dienen te worden vastgelegd	95%
- welke kwalificatieniveaus voor de zorgverlening zijn vereist	65%
- wijze waarop het zorgplan in samenspraak met de cliënt wordt opgesteld	86%
- welke afspraken er zijn gemaakt (aard, omvang en frequentie van zorg)	94%
- de wijze waarop de zorg wordt gecoördineerd	81%
- de wijze waarop de verleende zorg wordt geregistreerd	82%
- de taakverdeling en afstemming met andere professionals	65%
- op welke termijn de evaluatie van de zorg met de cliënt plaatsvindt	86%
- hoe de volledigheid van zorgplannen wordt gecontroleerd	48%

Nagenoeg alle thuiszorginstellingen (98%) hanteren instellingbreed een systematiek voor zorgplannen/ dossiers. Geen van de thuiszorg instellingen heeft niet zo'n systematiek. In totaal 95% van de thuiszorg instellingen heeft in procedures beschreven welke gegevens in het zorgplan dienen te worden vastgelegd. Bij 94% van de instellingen is geregeld welke afspraken er zijn gemaakt (aard, omvang en frequentie van de zorg). Minder thuiszorginstellingen hebben in procedures geregeld wat de taakverdeling en afstemming met andere professionals is (65%) en welke kwalificatieniveaus voor de zorgverlening zijn vereist (65%). 48% van de thuiszorginstellingen heeft in procedures geregeld hoe de volledigheid op zorgplannen wordt gecontroleerd.

2.2.2 *Verstrekt uw instelling standaard schriftelijke informatie aan cliënten over hun rechtspositie? Zo ja, over welke aspecten?*

Percentage instellingen dat standaard schriftelijke informatie verstrekt aan cliënten over hun rechtspositie (N=62)

	%
Nee, standaard wordt geen schriftelijke informatie over de rechtspositie verstrekt	0%
Ja, standaard wordt wel schriftelijke informatie over de rechtspositie verstrekt	100%
<i>Namelijk over:</i>	
- het toestemmingsvereiste conform de WGBO	27%
- het klachtenmeldpunt en de klachtenregeling	98%
- de privacy bescherming	92%
- de cliëntenraad	86%
- andere aspecten	13%

Alle thuiszorginstellingen verstrekken standaard schriftelijke informatie aan cliënten over hun rechtspositie (100%).

98% van thuiszorginstellingen verstrekt standaard schriftelijke informatie aan cliënten over het klachtenmeldpunt en de klachtenregeling. Veel instellingen verstrekken standaard schriftelijke informatie over de privacy bescherming (92%) en de cliëntenraad (86%).

Minder instellingen melden dat cliënten standaard schriftelijke informatie krijgen over het toestemmingsvereiste conform WGBO (27%).

2.2.3 *Over welke van de hierna volgende zaken verstrekt uw thuiszorginstelling standaard informatie aan cliënten?*

Percentage instellingen dat de volgende informatie verstrekt aan cliënten (N=62)

	%
Over inspraakmogelijkheid	61%
Over productaanbod en leveringsvoorwaarden	97%
Over de continuïteit in doorlooptijd en personen	50%
Over de naam van de toegewezen zorgcoördinator/ aanspreekpersoon	95%

Bijna alle thuiszorginstelling verstrekken standaard informatie over het productaanbod en leveringsvoorwaarden (97%). 95% van instellingen verstrekt standaard informatie over de naam van de toegewezen zorgcoördinator/ aanspreekpersoon.

Standaard informatie over de continuïteit in doorlooptijd en personen wordt verstrekt bij 50% van de thuiszorginstellingen.

2.2.4 *Bij welke kwaliteitsactiviteiten worden cliënten en/of hun belangenorganisaties betrokken?*

Percentage instellingen dat cliënten betreft bij kwaliteitsactiviteiten (N=62)

	nee of nvt	cliënten- raad	cliënten- organi- saties	beide	missing
Ontwikkelen van kwaliteitscriteria/ normen	53%	40%	0%	0%	7%
Opstellen van protocollen/ standaarden	63%	27%	2%	0%	8%
Beoordelen of de beoogde doelen t.a.v. kwaliteit worden gehaald	37%	50%	3%	2%	8%
Participatie in (kwaliteits)commissies	60%	31%	0%	0%	10%
Participatie in verbeterprojecten	44%	40%	3%	0%	13%
Het bespreken van uitkomsten van meningspeilingen, klachtbehandeling, etc	8%	89%	0%	2%	2%
Andere kwaliteitsactiviteiten	92%	7%	0%	0%	2%

Bij in totaal 91% van de thuiszorginstellingen wordt de cliëntenraad betrokken bij het bespreken van meningspeilingen, klachtbehandeling, etc.

Andere kwaliteitsactiviteiten waarbij de cliëntenraad wordt betrokken, zijn bijvoorbeeld de ontwikkeling van cliëntenenquête's en het algemeen kwaliteitsbeleid.

Over het algemeen betrekken weinig thuiszorginstellingen de cliëntenorganisaties bij kwaliteitsactiviteiten. Geen van de thuiszorginstellingen betreft cliëntenorganisaties bij het ontwikkelen van kwaliteitscriteria/ normen (0%) of bij participatie in (kwaliteits)commissies (0%). In totaal 5% van de thuiszorginstellingen betreft cliëntenorganisaties bij het beoordelen of de beoogde doelen ten aanzien van kwaliteit worden gehaald.

2.2.5 *Op welke wijze hebben cliënten (en hun organisaties) inspraak in de zorgverlening?*

Percentage instellingen waarin cliënten en hun organisaties inspraak hebben in de zorgverlening (N=62)

	%
<i>Individuele cliënten:</i>	
Cliënten worden betrokken bij het opstellen en evalueren van het zorgplan	98%
Er wordt geen zorg verleend zonder toestemming van de cliënt (WGBO)	68%
Bij afsluiting wordt het oordeel van de cliënt gevraagd (bijvoorbeeld exit-interviews)	81%
<i>Cliëntenraad:</i>	
Er is periodiek overleg met de cliëntenraad	95%
Aanbevelingen van de cliëntenraad worden vertaald in (nieuw) beleid	84%
Aan de cliëntenraad wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	77%
<i>Cliëntenorganisaties:</i>	
Er is periodiek overleg met cliënten/ consumentenorganisatie(s) (bijv. RP/CP, ouderenbond)	34%
Cliënten/ consumentenorganisaties toetsen de instelling	15%
Aanbevelingen van deze organisaties worden vertaald in (nieuw) beleid	21%
Aan deze organisaties wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	13%
<i>Benchmarking:</i>	
Via benchmarking worden oordelen van cliënten verkregen	89%
Deze oordelen worden voor bijsturing gebruikt	81%

Nagenoeg alle thuiszorginstellingen (98%) betrekken de individuele cliënt bij het opstellen en evalueren van het zorgplan. Veel instellingen hebben periodiek overleg met de cliëntenraad (95%).

Een derde van de instellingen (34%) heeft periodiek overleg met cliënten/ consumentenorganisaties.

2.2.6 *Is er binnen de instelling aantoonbaar aandacht voor risico's voor de cliënt?*

Percentage instellingen dat aantoonbaar aandacht heeft voor risico's voor de cliënt
(N=62)

	%
Niet bekend	10%
Ja, voor eventuele risico's verbonden aan de zorg/ behandeling	81%
Ja, voor eventuele risico's verbonden aan medicatie	74%
Ja, voor eventuele risico's aan middelen en maatregelen	63%
Ja, voor eventuele risico's in de afstemming met andere zorgverleners	29%
Ja, voor risico's in de organisatie van de zorg	44%
Ja, voor andere risico's	2%

De meeste thuiszorginstellingen hebben aantoonbaar aandacht voor eventuele risico's verbonden aan de zorg/ behandeling (81%). Driekwart van de instellingen (74%) heeft aantoonbaar aandacht voor eventuele risico's verbonden aan medicatie.

Bij 29% van de thuiszorginstellingen bestaat aantoonbaar aandacht voor eventuele risico's in de afstemming met andere zorgverleners.

Bij 10% van de thuiszorginstellingen is niet bekend of de instelling aantoonbaar aandacht voor risico's voor de cliënt heeft.

Andere risico's waar aantoonbaar aandacht voor is, zijn bijvoorbeeld preventie van vallen, infectie en decubitus.

2.2.7 *Wilt u aankruisen welke aspecten van de samenwerking rond een cliënt schriftelijk zijn geregeld en worden getoetst?*

Percentage instellingen waarbij de samenwerking schriftelijk is geregeld en periodiek wordt getoetst (N=62)

	schriftelijk geregeld	Periodiek getoetst
<i>Aspecten van de samenwerking:</i>		
De betrokkenheid van verschillende medewerkers bij de zorgverlening	71%	32%
De communicatie tussen deze medewerkers	77%	26%
Verantwoordelijkheid voor coördinatie van het zorgproces/ zorgverlening	82%	32%
De besluitvorming rond het zorgproces/ de zorgverlening	74%	37%
De rol van de cliënt in het zorgproces/ zorgverlening	74%	42%

82% van de thuiszorginstellingen heeft de verantwoordelijkheid voor coördinatie van zorgverlening schriftelijk geregeld. De andere genoemde aspecten van samenwerking zijn schriftelijk geregeld in ruim 70% van de thuiszorginstellingen.

Over het algemeen worden aspecten van samenwerking rond een cliënt periodiek getoetst in minder dan de helft van de instellingen waar deze aspecten schriftelijk zijn geregeld.

2.2.8 *Hoeveel multidisciplinaire verbeterprojecten waren in 2005 in uw instelling in uitvoering?*

Geen verbeterprojecten of niet van toepassing werd geantwoord door 27%. In totaal 38 instellingen (61%) geven aan wel verbeterprojecten te hebben. Deze instellingen hebben tussen 1 en de 20 verbeterprojecten, waarbij een kwart (8 instellingen) 3 verbeterprojecten heeft (niet in tabel).

2.3 Medewerkers

2.3.1 *In welke mate is het personeelsbeleid gericht op het kwaliteitsbeleid?*

Mate waarin het personeelsbeleid is gericht op kwaliteitszorg, uitgedrukt in een gemiddelde score op een schaal van 0 tot en met 50 (N=62)

	score
<i>Medewerkers/professionals:</i>	
Worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen	33
Kunnen binnen werktijd deelnemen aan activiteiten voor verbetering	33
Krijgen systematisch feedback over de resultaten van kwaliteitszorg	26
Krijgen systematisch feedback over het naleven van richtlijnen	25
Worden gestimuleerd om incidenten in de zorgverlening te melden	38
Krijgen systematisch feedback over meldingen van incidenten	36
<i>Selectie en scholing</i>	
Selectie van nieuw personeel met positieve attitude tav kwaliteitszorg	28
Scholing van leidinggevenden/ management	32
Scholing van medewerkers	33
Nieuwe medewerkers worden geschoold in kwaliteitszorg	26
Medewerkers worden geschoold in het toepassen van richtlijnen	31
<i>Directie/ management:</i>	
Geeft aan wat van medewerkers verwacht wordt tav. kwaliteitsbeleid	30
Toetst of medewerkers zich houden aan afspraken tav kwaliteitsbeleid	28
Bewaakt de uitvoering van de afdelingswerkplannen	32
Maakt afspraken met leidinggevenden over te bereiken resultaten	37
Spreekt af wie verantwoordelijk is voor een zorgverleningproces	37
Maakt afspraken over het borgen van resultaten verbeterprojecten	30
Werkt met managementcontracten (vastgelegde taken en prestaties)	24

De genoemde getallen in de tabel zijn de gemiddelde scores op een schaal van 0 tot en met 50, waarbij 0 staat voor nooit en 50 voor altijd.

Alle genoemde activiteiten krijgen minimaal een score van 24.

Het stimuleren van medewerkers om incidenten in de zorgverlening te melden neigt naar vaak (score van 38). Een gemiddeld hoge score krijgt ook het maken van afspraken met leidinggevenden over te bereiken resultaten (score van 37) en het afspreken wie verantwoordelijk is voor een zorgverleningproces (score van 37).

De gemiddeld laagste score krijgt het door directie/ management werken met managementcontracten (score van 24).

2.3.2 *Is voor verplegenden en verzorgenden werktijd ingeroosterd/ vrijgemaakt voor een of meer van de volgende activiteiten?*

Percentage instellingen dat voor verplegenden en verzorgenden werktijd heeft ingeroosterd voor kwaliteitszorg (N=62)

	%
<i>Tijd is ingeroosterd/ vrijgemaakt voor:</i>	
Volgen van vakinhoudelijke na- en/of bijscholing	94%
Training in methoden en technieken van kwaliteitszorg	45%
Deelname aan cliëntbesprekingen/ casusbesprekingen	97%
Participatie in verbeterteams/ kwaliteitsprojecten	66%
Intercollegiale toetsing met interne collega's	55%
Intercollegiale toetsing met externe collega's	11%
Ontwikkelen van richtlijnen/ protocollen	58%
Systematische toetsing door leidinggevenden	36%
Implementeren van richtlijnen/ protocollen	57%
Andere activiteiten	2%

Bijna alle thuiszorginstellingen melden dat werktijd is ingeroosterd/ vrijgemaakt voor deelname aan cliëntbesprekingen/ casusbesprekingen (97%). Voor het volgen van vakinhoudelijke na/ bijscholing maakt 94% van de instellingen tijd beschikbaar. Bij 11% van de thuiszorginstellingen is werktijd ingeroosterd/ vrijgemaakt voor intercollegiale toetsing met externe collega's.

2.3.3 *Welke zorginhoudelijke aspecten hadden in 2005 de hoogste prioriteit in de na/ bijscholing?*

Percentage instellingen dat de volgende prioriteiten in na/ bijscholing heeft toegekend (N=62)

	%
Verpleegkundige handelingen	47%
Medisch technische handelingen	52%
Zorg voor specifieke doelgroepen	32%
Methodisch werken/ zorgplannen	47%
Zorgcoördinatie/ afstemming	27%
Transmurale zorg	15%
Andere prioriteiten	8%

52% van de thuiszorginstellingen gaf aan dat de prioriteit in de na/bijscholing in 2005 lag bij medisch technische handelingen.

Bij 47% van de instellingen lag de prioriteit bij scholing voor verpleegkundige handeling of scholing voor het methodisch werken/ zorgplannen.

Minder instellingen hadden prioriteit toegekend aan scholing over transmurale zorg (15%).

2.3.4 *Functioneert een verpleegkundige/ verzorgende adviesraad (VAR) in uw instelling?*

Percentage instelling waar een VAR functioneert (N=62)

	%
Nee	71%
Ja	26%
Missing	3%

Bij een kwart van de thuiszorginstellingen (26%) functioneert een verpleegkundige/ verzorgende adviesraad (VAR) in de instelling.

Bij 71% van de thuiszorginstellingen functioneert geen VAR in de instelling.

2.4 Protocollen en procedures

2.4.1 *Wat voor soort protocollen (of richtlijnen) worden -voor zover van toepassing- in uw instelling gebruikt?*

Percentage instellingen dat onderstaande protocollen hanteert (N=62)

	%
<i>Protocollen voor het professioneel handelen:</i>	
Gericht op specifieke verrichtingen in het zorgproces	94%
Voor de voorlichting aan de cliënt	48%
Voor voorbehouden handelingen	89%
Voor het gebruik van (medische) hulpmiddelen	79%
Voor kritische momenten in het zorgproces	37%
Voor specifieke doelgroepen of diagnoses	66%
Voor de routing van de cliënt van aanmelding tot afsluiting van de zorg	77%
Voor samenwerking met/ overdracht naar andere zorgaanbieders	57%

Bijna alle thuiszorginstellingen gebruiken protocollen gericht op specifieke verrichtingen in het zorgproces (94%). Veel instellingen gebruiken protocollen voor voorbehouden handelingen (89%).

Minder instellingen hanteren protocollen voor de voorlichting aan cliënten (48%). Bij 37% wordt protocollen voor kritische momenten in het zorgproces gebruikt.

2.4.2 *Welke van onderstaande protocollen/ richtlijnen zijn aanwezig? En bij welke daarvan wordt de toepassing periodiek onderzocht?*

Percentage instellingen waar onderstaande protocollen aanwezig zijn en waar deze toepassing periodiek wordt onderzocht (N=62)

	protocol aanwezig	periodiek onderzocht
<i>Protocollen voor:</i>		
Bejegening van de cliënt	74%	36%
Verpleegkundige handelingen	87%	45%
Medisch technische handelingen	84%	50%
Medicijnen voorschrijven	36%	11%
Medicijnen verstrekken	77%	39%
Infectie-preventie	86%	32%
Decubitus preventie	79%	34%
Signaleren van ondervoeding	39%	13%
Melding van incidenten	97%	61%
Omgaan met klachten	94%	55%
Toepassen van middelen en maatregelen	40%	16%
Terminale zorg/ processen rond het levenseinde	45%	13%
Handelwijze bij overlijden	47%	8%

Protocollen voor melding van incidenten zijn aanwezig bij 97% van de thuiszorginstellingen. Bij 94% van de thuiszorginstellingen zijn protocollen omtrent omgaan met klachten aanwezig.

Over het algemeen wordt de toepassing van protocollen periodiek onderzocht in ongeveer de helft van de instellingen waar dit protocol aanwezig is.

2.4.3 *Is er instellingbreed een uniforme wijze voor het opstellen van protocollen?*

Percentage instellingen dat uniforme wijze voor het opstellen van protocollen hanteert (N=62)

	%
Nee, geen uniforme wijze	5%
Ja, wel uniforme wijze	94%
<i>In elk protocol wordt vermeld:</i>	
- de datum waarop het protocol is gemaakt	90%
- wie het protocol heeft ontwikkeld	81%
- wie het protocol heeft vastgesteld	84%
- voor wie het protocol is bedoeld	84%
- de datum waarop revisie/ actualisering plaatsvindt	82%

94% van de thuiszorginstellingen hanteert een uniforme wijze voor het opstellen van protocollen. Bij 5% van de instellingen bestaat geen uniforme wijze hiervoor. Bij bijna alle thuiszorginstellingen (81-90%) wordt in alle protocollen vermeld wat de datum is waarop het protocol is gemaakt, wie het protocol heeft ontwikkeld, wie het heeft vastgesteld, voor wie het bedoeld is en wat de datum is waarop revisie/ actualisering plaatsvindt.

2.4.4 *Is er op sommige afdelingen of in de gehele instelling een protocollenbank en een procedure voor het actualiseren van protocollen?*

Percentage instellingen dat een protocollenbank heeft en dat een systeem kent voor het actualiseren van protocollen (N=62)

	%
Nee	5%
Nee, daar wordt aan gewerkt	13%
Ja, alleen een procedure voor het documenteren van protocollen/ richtlijnen	11%
Ja, procedure voor documenteren én actualiseren van protocollen	69%

Bij 69% van de thuiszorginstellingen is er zowel een protocollenbank als een procedure voor het actualiseren van protocollen.

5% van de thuiszorginstellingen heeft geen protocollenbank en geen procedure voor het actualiseren van protocollen.

2.4.5 *Is in procedures beschreven hoe de primaire processen georganiseerd zijn?
Dit houdt in dat alle stappen beschreven zijn, inclusief degenen die hiervoor
verantwoordelijk zijn?*

Percentage instellingen dat primaire processen in procedures heeft vastgelegd (N=62)

	%
Nee, geen procedures voor het primaire proces	8%
Ja, er zijn wel procedures voor het primaire proces	89%
<i>Er zijn procedures voor de volgende onderdelen van het primaire proces:</i>	
- intake (op basis van de indicatiestelling)	86%
- zorgplansysteem (multidisciplinair)	79%
- medicijnbeheer	48%
- de zorgverleningprocessen zelf	77%
- beëindiging van de zorg	79%

Procedures voor de primaire processen zijn beschreven in 89% van de thuiszorginstellingen. 8% van de thuiszorginstellingen heeft geen procedures voor het primaire proces.

De meeste thuiszorginstellingen hebben procedures voor de intake (86%).

Bij 48% van de thuiszorginstellingen bestaan procedures voor medicijnbeheer.

2.5 Effecten

2.5.1 Welke positieve effecten verwacht u (of zijn reeds bereikt) tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage instellingen dat verwachtingen heeft omtrent positieve effecten van kwaliteitszorg (N=62)

	niet verwacht	wel verwacht	reeds bereikt	missing
<i>Cliënten:</i>				
Toename van cliëntgerichtheid	3%	69%	18%	10%
Toename van tevredenheid van cliënten	5%	50%	42%	3%
Verbetering van de zorgprocessen	2%	66%	26%	7%
Verbetering van de resultaten van de zorg (uitkomst)	7%	69%	18%	7%
Verbeteren van de cliëntveiligheid	10%	65%	21%	5%
<i>Personeel:</i>				
Het personeel kan zich zelf verder ontwikkelen	11%	58%	23%	8%
Er is een cultuur van continu leren en verbeteren ontstaan	11%	60%	26%	3%
Toename van tevredenheid van het personeel	15%	58%	23%	5%
Toename van de inzet en flexibiliteit van het personeel	23%	53%	18%	7%
Meer duidelijkheid voor het personeel over de gang van zaken	7%	61%	26%	7%
Toename van vraaggestuurd werken	15%	60%	13%	13%
<i>Organisatie:</i>				
Toename beheersbaarheid van de organisatie door management	3%	71%	23%	3%
Betere profilering van de instelling	3%	63%	32%	2%
Toename van tevredenheid van externe partijen	3%	68%	24%	5%
Betere concurrentiepositie	7%	68%	23%	3%
Meer duidelijkheid in de organisatie over de gang van zaken	3%	58%	29%	10%
Toename van vraagsturing in het beleid van de organisatie	11%	57%	19%	13%
<i>Rendement:</i>				
Toename van de productiviteit van de instelling	23%	42%	27%	8%
Kostenbesparing op lange termijn in de eigen instelling	27%	45%	21%	7%
Kostenbesparing, maar niet in de eigen instelling	55%	19%	5%	21%
Betere risicobeheersing in de organisatie	8%	66%	15%	11%
<i>Andere effecten</i>	0%	2%	2%	97%

Over het algemeen geven de meeste thuiszorginstellingen bij de genoemde effecten aan dat ze ‘wel verwacht’ worden.

Van de genoemde effecten is toename van tevredenheid van cliënten het beste bereikt (42%). Bijna een derde van de instellingen (32%) meldt dat kwaliteitszorg heeft geleid tot een betere profilering van de instelling.

Kostenbesparing, maar niet in de eigen instelling, wordt niet verwacht door 55% van de thuiszorginstellingen. 19% verwacht wel dat kwaliteitszorg zal leiden tot kostenbesparing buiten de eigen instellingen en 5% heeft dit reeds bereikt.

Een ander effect dat wordt genoemd, is proces-gericht denken. Een aantal thuiszorginstellingen maakten de opmerking dat de WMO invloed zal hebben op productiviteit en dat kwaliteit een noodzakelijke voorwaarde is voor het aanbestedingstraject door zorgkantoor en gemeenten.

2.6 Cyclische kwaliteitsactiviteiten

2.6.1 Vinden in uw instelling – voor zover van toepassing – onderstaande activiteiten plaats? Zo ja, worden de resultaten aantoonbaar gebruikt voor bijsturing van het beleid?

Percentage instellingen dat onderstaande activiteiten kent en gebruikt voor bijsturing. (N=62)

	nee	nog niet volledig	cyclisch onderdeel	missing
Intercollegiale toetsing monodisciplinair	31%	53%	11%	5%
Intercollegiale toetsing multidisciplinair	68%	19%	10%	3%
Gebruik zorgplannen	2%	40%	58%	0%
Incidentenanalyse (infecties, FONA/ MIP, etc)	3%	19%	77%	0%
Functionerings-/ beoordelingsgesprekken met alle medewerkers	2%	37%	60%	2%
Interne beoordeling van het kwaliteitssysteem	19%	26%	55%	0%
Interinstitutionele toetsing/ visitatie	90%	5%	2%	3%
Management-informatie-systeem	11%	23%	65%	2%
Gebruikersraadpleging onder cliënten	7%	21%	71%	2%
Meningspeiling onder verwijzers of andere ketenpartners	60%	23%	13%	5%
Meningspeiling onder medewerkers/ professionals	2%	39%	58%	2%
Marktonderzoek naar behoeften van (potentiële) gebruikers	50%	31%	19%	0%
Marktonderzoek onder verwijzers of andere ketenpartners	63%	27%	7%	3%
Klachtenanalyse	7%	26%	68%	0%
Overleg met cliëntenraad	5%	36%	60%	0%
Benchmarking	10%	16%	73%	2%
Risico-inventarisatie ten aanzien van cliënten	39%	23%	36%	3%

Per activiteit zijn drie mogelijke antwoorden:

- nee
- ja, de activiteit bestaat, maar nog niet volledig cyclisch. De resultaten worden nog onvoldoende gebruikt voor bijsturing
- ja, het is een cyclisch onderdeel van ons kwaliteitssysteem. De resultaten worden systematisch gebruikt voor bijsturing

Het gebruik van incidentenanalyses is het cyclische onderdeel dat het meest wordt genoemd (77%). Veel thuiszorginstellingen gebruiken resultaten van benchmarking systematisch voor bijsturing van het beleid.

Interinstitutionele toetsing/ visitatie vindt niet plaats in 90% van de thuiszorginstellingen. De meeste thuiszorginstellingen doen geen meningspeilingen onder verwijzers of andere ketenpartners (60%) of geen marktonderzoek onder deze verwijzers of andere ketenpartners (63%).

2.7 Beleid en strategie: documenten

2.7.1 *In hoeverre beschikt uw instelling over onderstaande documenten?*

Percentage instellingen dat beschikt over onderstaande documenten (N=62)

	nee of nvt	in ontwikkeling	in bezit	missing
Missie op schrift	2%	7%	92%	0%
'Product'omschrijvingen	3%	13%	82%	2%
Kwaliteitsbeleid op schrift	2%	18%	81%	0%
Kwaliteitswerkplan op instellingsniveau	7%	26%	65%	3%
Kwaliteitsjaarverslag of kwaliteitsdeel in het algemene jaarverslag	3%	10%	86%	2%
Kwaliteitshandboek	5%	16%	79%	0%
Veiligheids(management)plan op schrift	42%	29%	23%	7%

Over het algemeen zijn bijna alle thuiszorginstellingen in het bezit van bovengenoemde documenten of bezig met de ontwikkeling ervan.

92% van de thuiszorginstellingen is in het bezit van een missie op schrift. Een kwaliteitsjaarverslag of kwaliteitsdeel in het algemene jaarverslag is in het bezit van 86% van de instellingen. 10% van de thuiszorginstellingen werkt aan zo'n kwaliteitsverslag. 42% van de thuiszorginstellingen hebben geen veiligheidsmanagementplan en zijn ook niet bezig met de ontwikkeling ervan. Bij 29% is het veiligheidsmanagementplan in ontwikkeling. 23% van de thuiszorginstellingen is in het bezit van een veiligheids(management)plan.

2.7.2 Zijn in uw instelling voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg?

Percentage instellingen dat voorzieningen voor kwaliteitszorg heeft getroffen (N=62)

	%
Nee, geen extra voorzieningen	3%
Ja, er is een apart intern gereserveerd budget voor kwaliteitszorg	40%
Ja, stuurgroep(en) of commissie(s) is/zijn ingesteld	45%
Ja, kwaliteitsfunctionaris(sen)/coördinator(en) is/zijn aangesteld	92%
Ja, een extern bureau of adviseur is ingeschakeld	11%
Andere voorzieningen	10%

3% van de thuiszorginstellingen heeft geen extra voorzieningen voor kwaliteitszorg getroffen.

De meeste thuiszorginstellingen hebben een kwaliteitsfunctionaris/ -coördinator aangesteld (92%).

Minder instellingen hebben een extern bureau of adviseur ingeschakeld (11%).

Andere voorzieningen die worden genoemd, zijn intern auditteam/ bureau kwaliteit, project-/ werkgroepen en ondersteunende tools voor geautomatiseerd documentbeheer.

2.7.3 Wie zijn de 'trekkers' van kwaliteitszorg in uw instelling?

Percentage instellingen dat aangeeft wie de 'trekker' van kwaliteitszorg is (N=62)

	%
Niemand in het bijzonder	0%
De stuurgroep/ commissie	32%
De kwaliteitsfunctionaris	86%
Een extern bureau/ adviseur	7%
De professionals (zorgverleners)	15%
Directie of management	61%
Hoofden/ leidinggevenden	47%
Andere 'trekker'	18%

Bij geen van de thuiszorginstellingen is er niemand in het bijzonder, die de 'trekker' van kwaliteitszorg is.

Bij de meeste instellingen neemt de kwaliteitsfunctionaris het initiatief voor kwaliteitszorg (86%). Bij 61% is neemt de directie/ management het voortouw.

Een extern bureau/ adviseur is de trekker in 7% van de thuiszorginstellingen. Bij 15% van de instellingen nemen de professionals het initiatief voor kwaliteitszorg.

Andere 'trekkers' van kwaliteitszorg zijn bijvoorbeeld afdelingen belast met kwaliteit of opleiding, interne auditteams, en staf-verpleegkundigen.

2.8 Samenwerking en ketenkwaliteit

2.8.1 *Is er samenhang in het kwaliteitsbeleid tussen het organisatorische kwaliteitsbeleid (van het management) en het zorginhoudelijk kwaliteitsbeleid?*

Percentage instellingen dat een samenhang in het kwaliteitsbeleid op de volgende wijze kent (N=62)

	%
<i>Management en professionals:</i>	
Ontwikkelen elk hun eigen kwaliteitsbeleid	7%
Ontwikkelen een eigen kwaliteitsbeleid, maar streven naar afstemming	23%
Ontwikkelen samen een geïntegreerd kwaliteitsbeleid	61%
Andere vorm van samenhang	7%

De meeste instellingen (61%) kennen een samenhang in het kwaliteitsbeleid in de zin dat management en professionals samen een geïntegreerd kwaliteitsbeleid ontwikkelen. In 7% van de instellingen ontwikkelen management en professionals elk hun eigen kwaliteitsbeleid.

Bij andere vormen van samenhang wordt onder andere genoemd ‘professionals nauwelijks betrokken bij beleid’ of ‘alleen management/ kwaliteitsfunctionaris ontwikkelt kwaliteitsbeleid’, ‘er wordt gewerkt volgens INK jaarplannen’, ‘scheiding productkwaliteit en proceskwaliteit met onderlinge afstemming’.

2.8.2 *Met welke ketenpartners vindt structureel overleg plaats over raakvlakken in het primaire proces?*

Percentage instellingen dat structureel overleg heeft met ketenpartners over het primaire proces (N=62)

	%
Met huisartsen	82%
Met het ziekenhuis	79%
Met verpleeghuis	66%
Met verzorgingshuizen	66%
Met de ggz (bv RIAGG)	63%
Met meerdere partners over transmurale zorg	55%

De meeste thuiszorginstellingen hebben structureel overleg met huisartsen over raakvlakken in het primaire proces (82%). Bij veel instellingen vindt structureel overleg met het ziekenhuis plaats (79%).

Structureel overleg met meerdere partners over transmurale zorg vindt plaats bij 55% van de thuiszorginstellingen.

2.8.3 *Is er bij transmurale zorg of zorgketen(s) sprake van een gezamenlijke kwaliteitsbewaking door de samenwerkende zorgaanbieders (=ketenpartners)*

Percentage instellingen dat een gezamenlijke kwaliteitsbewaking met samenwerkende zorgaanbieders heeft (N=62)

	%
Nee, er is geen gezamenlijke kwaliteitsbewaking	44%
Ja, er is wel gezamenlijk kwaliteitsbewaking	50%
<i>Met de volgende elementen:</i>	
- gezamenlijk overleg om de kwaliteit te evalueren	34%
- een gemeenschappelijke visie op papier	18%
- gezamenlijke protocollen waarin de overdracht van de cliënt wordt geregeld	40%
- een expliciete verantwoordelijkheidstoedeling	21%
- een methodiek van registratie van bijv. uitkomsten van de zorg	19%
- gezamenlijke besprekingen van deze uitkomstgegevens	19%
- een gemeenschappelijke cliëntenraadpleging	10%
- een gemeenschappelijke klachtenregistratie	5%
- een gemeenschappelijke kwaliteitsverslaglegging	5%

44% van de thuiszorginstellingen heeft geen gezamenlijke kwaliteitsbewaking met ketenpartners. 50% van de thuiszorginstellingen heeft wel een gezamenlijke kwaliteitsbewaking.

Van alle thuiszorginstellingen heeft 40% gezamenlijke protocollen waarin de overdracht van cliënt geregeld is. 34% van de instellingen kent een gezamenlijk overleg om de kwaliteit te evalueren.

Een gemeenschappelijke klachtenregistratie en een gemeenschappelijke kwaliteitsverslaglegging vindt plaats bij 5% van de thuiszorginstellingen.

Een dergelijke samenwerking met ketenpartners bestaat voor verschillende doelgroepen of diagnoses. De meeste genoemde doelgroepen zijn: CVA, jointcare orthopedie, diabetes, wond-zorg, oncologie, palliatieve/ terminale zorg en bewoners van verpleeg-, verzorgingshuizen en ziekenhuizen (niet in tabel).

2.9 Beleidscyclus

2.9.1 Welke gegevens worden op instellingsniveau gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid?

Percentage instellingen dat de volgende gegevens gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid (N=62)

	%
Meningspeilingen onder cliënten	92%
Meningspeilingen onder de medewerkers	90%
Exit interviews met cliënten	45%
Exit interviews met medewerkers	44%
Opvattingen van de cliëntenraad	84%
Opvattingen van ketenpartners	57%
Opvattingen van de financier(s)	77%
Resultaten van interne beoordelingen/ audits	69%
Resultaten externe toetsingen of visitaties	73%
Bevindingen uit benchmarking	86%
Andere gegevens	10%

Bijna alle thuiszorginstellingen (92%) gebruiken meningspeilingen onder cliënten voor evaluatie en bijstelling van het beleid. Meningspeilingen onder medewerkers worden gebruikt bij 90% van de thuiszorginstellingen.

Minder instellingen gebruiken exit interviews met cliënten (45%) en exit interviews met medewerkers (44%).

Andere gegevens die gebruikt worden voor evaluatie en bijstelling van het beleid, zijn bijvoorbeeld klachtenregistratie, incidenten (FONA) en bevindingen van inspectie.

2.9.2 Welk indicatoren/ gegevens worden gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit?

Percentage instellingen dat de volgende gegevens gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit (N=62)

	%
Er worden geen indicatoren voor monitoring gebruikt	10%
Er worden wel indicatoren voor monitoring gebruikt	90%
<i>De volgende gegevens worden gebruikt:</i>	
- gegevens over zorgzwaarte	5%
- evaluaties van zorgplannen	44%
- overzichten van noodzakelijk geachte zorg (de indicatie) versus feitelijk gerealiseerde zorg	55%
- wachtlijsten en wachttijden	42%
- ziekte en verloop van medewerkers	73%
- incidenten	82%
- de klachtenregistratie	76%
- decubitus prevalentie/ registratie	31%
- val-incidenten	37%
- ondervoeding	7%
- andere gegevens	11%

90% van de thuiszorginstellingen gebruikt indicatoren voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit. Bij 10% van de instellingen worden geen indicatoren hiervoor gebruikt.

In totaal 82% van de thuiszorginstellingen gebruikt gegevens over incidenten voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit. 76% van de instellingen gebruikt de klachtenregistratie als kwaliteitsindicator.

Weinig thuiszorginstellingen gebruiken gegevens over ondervoeding (7%) en gegevens over zorgzwaarte (5%) voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit.

Andere gegevens/ indicatoren die worden gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit zijn bijvoorbeeld: interne/ externe audits, prestatie-indicatoren voor de kraamzorg, afwijkingen tav algemene voorwaarden en/of dienstverlening.

2.9.3 *Is het aantal en de aard van regels en procedures in uw instelling veranderd tengevolge van kwaliteitsmanagement?*

Percentage instellingen waarbij kwaliteitsmanagement heeft geleid tot verandering in regelhuishouding (N=62)

	%
Nee, geen invloed	0%
Er zijn regels/ procedures bijgekomen	69%
Overbodige regels/ procedures zijn verwijderd	37%
De regels/ procedures worden beter bewaakt	68%
Impliciete regels/ procedures zijn geformaliseerd	50%
De toepassing van regels/ procedures wordt beter getoetst	61%
De werking van regels/ procedures wordt beter geëvalueerd en geactualiseerd	76%

Geen van de thuiszorginstellingen meldt dat kwaliteitsmanagement geen invloed heeft gehad op het aantal en de aard van regels en procedures. Bij driekwart van de instellingen (76%) wordt de werking van regels/ procedures beter geëvalueerd en geactualiseerd. 69% van de instellingen geeft aan dat er regels/ procedures zijn bijgekomen. Bij minder instellingen (37%) zijn overbodige regels/ procedures verwijderd.

2.9.4 *Zijn er negatieve effecten in uw instelling opgetreden tengevolge van kwaliteitsmanagement?*

Percentage instellingen dat de volgende negatieve effecten heeft opgemerkt (N=62)

	%
Er hebben zich geen negatieve effecten voorgedaan	32%
Kosten zijn gestegen	27%
Verstarring c.q. gebrek aan flexibiliteit bij medewerkers/ professionals	5%
Werkdruk is toegenomen	29%
Weerstand van medewerkers bij het doorvoeren van structurele veranderingen	21%
Demotivatie/ ontevredenheid bij medewerkers	8%
Andere effecten	11%

Van alle thuiszorginstellingen vindt 32% dat er geen negatieve effecten tengevolge van kwaliteitsmanagement zijn opgetreden. Bij 29% van de thuiszorginstellingen is de werkdruk toegenomen tengevolge van kwaliteitszorg. Kosten zijn gestegen bij 27%. Demotivatie/ ontevredenheid bij medewerkers is opgetreden bij 8% van de instellingen. Kwaliteitszorg heeft bij 5% geleid tot verstarring c.q. gebrek aan flexibiliteit bij medewerkers/ professionals. Voorbeelden van andere negatieve effecten van kwaliteitszorg, zijn het worden afgeleid van primaire proces, irritatie over vele papierwerk/ gevoel van bureaucratiesing, toename overheadkosten in verband met metingen, toetsingen, overleg, etc. Positieve effecten worden ook genoemd, zoals

‘kwaliteitszorg werkt motiverend’, en ‘een hoger kwaliteitsbewustzijn bij medewerkers’.

2.10 Kwaliteitskosten

2.10.1 *Evalueert uw instelling de kosten en baten van verbeterprojecten?*

Percentage instellingen dat kosten en/of baten van verbeterprojecten evalueert (N=62)

	%
Nee, geen evaluatie van kosten en baten	52%
Ja, alleen de kosten	10%
Ja, kosten én baten	32%
Andere evaluatie	5%

32% van de thuiszorginstelling evalueert zowel de kosten als de baten van verbeterprojecten. Bij 52% van de instellingen vindt geen evaluatie naar kosten en baten van verbeterprojecten plaats.

Bij ‘andere evaluatie’ werd genoemd dat evaluatie van verbeterprojecten wel plaatsvond, maar alleen de batenkant, of een beperkte kostenkant. Ook werd genoemd dat evaluatie wel plaatsvond, maar niet structureel.

2.10.2 *Heeft uw instelling inzicht in de hierna genoemde verbeterkosten, beoordelingskosten en herstelkosten? Wilt u aankruisen wat van toepassing is.*

Percentage instellingen dat inzicht heeft in de volgende kosten (N=62)

	%
<i>De instelling heeft inzicht in de kosten van:</i>	
Scholing van medewerkers en management in kwaliteitszorg	68%
Het ontwikkelen en implementeren van protocollen/ procedures	26%
Meningspeilingen/ waarderingsonderzoeken	48%
Externe beoordeling i.v.m. accreditatie/ certificering (INK, HKZ, etc.)	71%
Klachtafhandeling	27%
Claims/ schadevergoedingen	45%

In totaal 71% van de thuiszorginstellingen heeft inzicht in de kosten van externe beoordeling in verband met accreditatie/ certificering. 68% van de instellingen heeft inzicht in de kosten van scholing van medewerkers en management in kwaliteitszorg. Minder instellingen hebben inzicht in de kosten van klachtafhandeling (27%) en kosten van het ontwikkelen en implementeren van protocollen/ procedures (26%).

2.10.3 *Kan uw instelling (nu of in de toekomst) de kosten opbrengen die verbonden zijn aan certificering?*

Percentage instellingen dat de kosten voor certificering kan opbrengen (N=62)

	%
Nee	0%
Waarschijnlijk niet	7%
Waarschijnlijk wel	37%
Ja	55%

Geen van de instellingen zegt niet de kosten voor certificering te kunnen opbrengen. 55% van de thuiszorginstellingen kan de kosten voor certificering wel opbrengen.

2.10.4 *Speelt de kwaliteit van zorg een rol bij de contractonderhandelingen met financiers/ zorgverzekeraars?*

Percentage instellingen dat aangeeft dat kwaliteit een rol speelt bij contractonderhandelingen met zorgverzekeraars (N=62)

	%
Nee, geen enkele rol	2%
Nee, kwaliteit van zorg komt ter sprake, maar maakt geen deel uit van de onderhandelingen	5%
Ja, kwaliteit van zorg maakt deel uit van de onderhandelingen	94%
<i>Financiers/ zorgverzekeraars vragen:</i>	
- in toenemende mate kwaliteitsgaranties	69%
- goede uitkomsten op prestatie-indicatoren	36%
- kwaliteitsparagrafen met prestatieafspraken	44%
- andere kwaliteitskenmerken	27%

Bij bijna alle thuiszorginstellingen maakt kwaliteit van zorg deel uit van de contractonderhandelingen met financiers/ zorgverzekeraars. Bij 2% van de instellingen speelt kwaliteit van zorg geen enkele rol bij de contractonderhandelingen.

69% van de instellingen melden dat financiers/ zorgverzekeraars in toenemende mate vragen om kwaliteitsgaranties. Bij 36% worden goede uitkomsten op prestatie-indicatoren gevraagd door de financiers/ zorgverzekeraars.

Als andere kwaliteitskenmerk wordt het meeste genoemd dat financiers/ zorgverzekeraars een (HKZ-)certificatie vereisen.

2.11 Cultuur en structuur

2.11.1 Hoe zou u de organisatiestructuur en cultuur in uw instelling typeren?

Organisatiestructuur uitgedrukt in een gemiddelde score op een schaal van 0 tot en met 50 (N=62)

	score
De organisatie is hiërarchisch of plat	26
De besluitvorming is centraal of decentraal	19
In de instelling is veel op weinig protocollair geregeld	19
De houding tegenover vernieuwingen is behoudend of flexibel	29
De onderlinge communicatie is formeel of informeel	32
Medewerkers hebben weinig of veel binding met de instelling	30
Onze instelling is voorloper of volgend mbt kwaliteitszorg	26

Genoemde getallen zijn gemiddelde scores op een schaal van 0 tot en met 50, waarbij 0 staat voor hiërarchisch, centraal, etc en 50 staat voor plat, decentraal, etc.

De gemiddelde score voor de onderlinge communicatie neigt naar informeel (score van 32). Thuiszorginstellingen neigen enigszins naar centrale besluitvorming (score van 19).

Ook wordt enigszins geneigd naar veel protocollair geregeld (score van 19).

2.11.2 Kunt u aangeven in hoeverre onderstaande stellingen van toepassing zijn op uw instelling?

Meningen uitgedrukt in een gemiddelde score van 0 tot en met 50 (N=62)

	score
Wachtljsten: te veel mensen staan op de wachtlijst voor onze instelling	41
Werkdruk: de werkdruk in onze instelling is hoog	19
Vacatures: de instelling heeft teveel onvervulbare vacatures	36
Fusie: de instelling is te druk met een fusie of nasleep daarvan	25
Concurrentie: de instelling ervaart teveel concurrentie	25
Verzuim: het ziekteverzuim binnen de instelling is te hoog	26
Verzekeraar: zorgverzekeraars selecteren te weinig op kwaliteit	25
Overheid: marktwerking belemmert kennisverspreiding	22

Genoemde getallen zijn gemiddelde scores op een schaal van 0 tot en met 50, waarbij 0 staat voor helemaal mee eens en 50 staat voor helemaal mee oneens.

Gemiddeld zijn de thuiszorg instellingen het oneens met de stelling 'teveel mensen staan op de wachtlijst voor onze instelling' (score van 41).

Met de stelling 'de werkdruk in onze instelling is hoog' zijn thuiszorginstellingen het gemiddeld mee eens (score van 19).

2.12 Toekomst

2.12.1 *Zijn onderdelen van uw instelling al eens beoordeeld in de afgelopen 5 jaar? En/of streeft u ernaar de instelling (nieuw) te laten beoordelen in de komende 3 jaar?*

Percentage instellingen dat reeds is beoordeeld en/ of streeft naar een nieuwe beoordeling (N=62)

	instelling is reeds beoordeeld	streeft naar nieuwe beoordeling
Met behulp van interinstitutionele toetsing	3%	7%
Door de koepelorganisatie (LVT, Z-org)	68%	15%
Door een cliënten/ consumentenorganisatie	15%	8%
Door een onafhankelijk instituut (bijv. een certificerende instelling of via een INK-audit)	48%	50%
Andere beoordeling	7%	11%

Het merendeel van de thuiszorginstellingen is reeds beoordeeld door de koepel/brancheorganisatie (68%). 15% streeft naar een nieuwe beoordeling.

De helft van de instellingen (50%) streeft naar een beoordeling door een onafhankelijk instituut. Bijna de helft (48%) is reeds beoordeeld door een zo'n certificerende instelling. Bij andere beoordeling worden vaak (arbeids-)inspectie en benchmark genoemd.

2.12.2 *Werkt uw instelling aan het verkrijgen van een kwaliteitskeurmerk of certificaat of bezit u die al?*

Percentage instellingen dat een kwaliteitskeurmerk bezit of eraan werkt (N=62)

	wordt niet aan gewerkt	wordt wel aan gewerkt	reeds in bezit	missing
Keurmerk/ label van de LVT of Z-org	2%	5%	68%	26%
HKZ-certificaat	0%	57%	34%	10%
ISO-certificaat	7%	8%	10%	76%
INK-audit	10%	2%	0%	89%
Ander keurmerk/ certificaat	0%	3%	5%	92%

Veel thuiszorginstellingen (68%) zijn in het bezit van een keurmerk van de brancheorganisatie (LVT of Z-org).

Het HKZ-certificaat is in het bezit van 34% van de thuiszorginstellingen. 57% van de instellingen werkt aan het verkrijgen van het HKZ-certificaat.

Andere certificaten/ keurmerken zijn onder andere NIAZ, borstvoeding, HKZ-kraamzorg, bronzen keurmerk (Perspekt).

2.12.3 *Wat zijn de drie belangrijkste prioriteiten (top 3) in de kwaliteitszorg voor het komende jaar, dus voor 2006?*

Percentage instellingen dat aangeeft de volgende prioriteit te hebben gesteld voor het komende jaar (N=62)

	%
Scholing in kwaliteitszorg	11%
Opstellen van procedures, richtlijnen, protocollen	34%
Kwaliteitsprojecten/ verbeterprojecten	18%
Consequent werken volgens de kwaliteitscyclus (plan-do-check-act)	69%
Waarderingsonderzoek/ meningspeilingen	18%
Interne toetsingen (audits)	39%
Normen voor verantwoorde zorg (voor thuiszorg gereed in zomer 2006)	23%
Externe beoordeling/ certificering	50%
Opzetten veiligheids(management)systeem	5%
Interne zorgcoördinatie/ afstemming	18%
Externe zorgcoördinatie/ afstemming met ketenpartners	10%
Regionale samenwerking	11%
Andere prioriteit	8%

In de tabel staan percentages van het totaal aantal instellingen dat aangeeft waar de prioriteit voor het komende jaar (2006) ligt. Instellingen konden in totaal 3 prioriteiten aangeven.

De meeste instellingen (69%) geven aan dat de prioriteit ligt bij het consequent werken volgens de kwaliteitscyclus (plan-do-check-act). 50% van de instellingen heeft prioriteit gesteld op externe beoordeling/ certificering.

Minder instellingen hebben prioriteit gesteld bij regionale samenwerking (11%) en externe zorgcoördinatie/ afstemming met ketenpartners (10%). Bij 11% van de thuiszorginstellingen staat scholing in kwaliteitszorg in de top 3 van prioriteiten. Het opzetten van een veiligheids(management)systeem is prioriteit voor 2006 bij 5% van de thuiszorginstellingen.

2.12.4 *Lange termijn: Wat zijn de twee belangrijkste aandachtsgebieden voor uw instelling voor de komende vijf jaar?*

Percentage instellingen dat aangeeft de volgende prioriteit te hebben gesteld voor de lange termijn (N=62)

	%
<i>Top 10 van prioriteiten op lange termijn (komende vijf jaar)</i>	
Profilering, marktpositie en ondernemerschap	26%
Certificering/ accreditatie	18%
Financiën/ stabiliteit/ efficiency	18%
Fusie/ samenwerking/ ketenzorg	18%
Productontwikkeling/ -uitbreiding	15%
Klantgericht/ vraaggericht werken	15%
Consequent werken volgens kwaliteitscyclus (pdca)	11%
Medewerkers en cultuur	11%
Implementatie nieuwe wetgeving	8%
Interne bedrijfsvoering	6%

In een open vraag werd gevraagd naar de twee belangrijkste aandachtsgebieden voor de lange termijn. De antwoorden zijn door de onderzoekers gecategoriseerd. In bovenstaande tabel staat de top 10 van meest belangrijke aandachtsgebieden voor de lange termijn voor thuiszorginstellingen.

2.12.5 *Wilt u aankruisen welke modellen of systemen in de instelling worden gebruikt om het kwaliteitssysteem vorm te geven? En/of welke publicaties daarbij als leidraad worden gebruikt?*

Percentage instellingen dat het volgende kwaliteitsmodel gebruikt (N=62)

	%
HKZ - Certificatieschema instellingen voor thuiszorg van de Stichting HKZ	90%
HKZ - Algemeen harmonisatiemodel van de HKZ	13%
ISO - International Standards of Organization	11%
INK - Instituut Nederlandse Kwaliteit	26%
MIK-V - Model intern kwaliteitssysteem voor verpleeghuizen	0%
NPCF - Kwaliteitscriteria vanuit patiënten perspectief	7%
Ander model of systeem	8%

Bijna alle thuiszorginstellingen (90%) gebruiken het HKZ-certificatieschema om het kwaliteitssysteem vorm te geven. Vier instellingen gebruiken ook nog het algemeen harmonisatiemodel van de HKZ.

Een kwart van de instellingen (26%) gebruikt eveneens het INK-model als leidraad.

Bij 7% worden kwaliteitscriteria vanuit patiënten perspectief van de NP/CF gebruikt om het kwaliteitssysteem vorm te geven.

Andere modellen/ systemen die als leidraad worden gebruikt zijn model van NIAZ, conceptversie normen verantwoorde zorg, conceptversie HKZ voor T, V & V (thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen).

Bij 84% van de thuiszorginstellingen is op directieniveau een keuze gemaakt voor een bepaald kwaliteitssysteem voor de gehele instelling (niet in tabel). 16% van de instellingen heeft op directieniveau geen keuze gemaakt voor een bepaald kwaliteitssysteem.

Bij in totaal 71% van de thuiszorginstellingen is de keuze gevallen op het HKZ-systeem. Bij 8 instellingen is op directieniveau gekozen voor het INK-model samen met het HKZ-systeem. 10% heeft op directieniveau gekozen voor verschillende andere kwaliteitssystemen (zoals NIAZ, Balanced score card en ISO) (niet in tabel).

3 Gehandicaptenzorg

De gegevens die in de tabellen worden genoemd zijn absolute percentages. Percentages zijn berekend op het aantal inzendingen. Zo staat 50% voor 50% van de respondenten, bij de gehandicaptenzorg dus voor 58 instellingen.

De percentages tellen niet altijd op tot 100% omdat doorgaans 1 – 2% van de respondenten de vraag niet heeft ingevuld (missing).

Bij een aantal vragen tellen de percentages op tot meer dan 100% omdat de instellingen dan meerdere antwoorden konden aankruisen.

3.1 Respons en non-respons

De gegevens in dit hoofdstuk zijn gebaseerd op 115 vragenlijsten. De respons was 65%. Alle vragenlijsten zijn ingevuld door instellingen die lid zijn van de VGN.

De vragenlijsten werden ingevuld door verschillende functionarissen; 24% werd ingevuld door de directie van de instelling, 61% door de kwaliteitsfunctionaris en 24% door verschillende andere medewerkers, zoals beleidsmedewerker, secretaris Raad van Bestuur, hoofd intern bureau kwaliteit.

Percentage instellingen dat meldt zorg/ondersteuning te bieden aan de volgende mensen (per instelling meerdere antwoorden mogelijk)

72%	mensen met een verstandelijke handicap
30%	mensen met een lichamelijke handicap
19%	mensen met een zintuiglijke handicap
42%	licht verstandelijke gehandicapte jeugdigen
44%	sterk gedragsgestoord licht verstandelijke gehandicapten
51%	ernstig meervoudig gehandicapten

Een kwart van de instellingen (25%) geeft aan onderdeel te zijn van een grotere zorggroep of stichting.

Non-respons

In totaal 22 instellingen lieten weten waarom ze niet mee deden aan ons onderzoek. De reden dat 'teveel enquêtes of onderzoeken hadden gehad' werd genoemd door 7 instellingen, ofwel 32% van de non-respondenten.

In totaal 10 instellingen (45%) gaven aan dat ze het 'te druk' hadden of 'andere prioriteiten' moesten stellen. Als reden voor de drukte werd onder andere genoemd

‘allerlei administratieve verplichtingen’, ‘teveel externe zaken’ en ‘landelijke beleidsontwikkelingen’.

Een kwaliteitsfunctionaris of –stuurgroep/ commissie is aangesteld in 64% van deze niet-deelnemende instellingen. Drie instellingen (14%) hebben (nog) geen kwaliteitsfunctionaris of –stuurgroep/ commissie.

Bij 17 van de niet-deelnemende instellingen heeft de directie een keuze gemaakt voor een kwaliteitssysteem voor de gehele instelling. Bij 54% was dat een keuze voor HKZ, bij 9% voor INK in combinatie met ander systeem en bij 23% voor verschillende andere systemen.

3.2 Cliënten

3.2.1 *Verstrekt uw instelling standaard schriftelijke informatie aan cliënten over zorg en rechtspositie? Zo ja, over welke aspecten?*

Percentage instellingen dat standaard schriftelijke informatie verstrekt aan cliënten over zorg en rechtspositie (N=115)

	%
– Nee, standaard wordt hierover geen schriftelijke informatie verstrekt	5%
– Ja, standaard wordt hierover wel schriftelijke informatie verstrekt	91%
– <i>Namelijk over:</i>	
– de wijze waarop zorg en dienstverlening plaatsvinden, waaronder het werken met zorg- of begeleidingsplannen	77%
– de mogelijkheden en beperkingen van het aanbod van producten en diensten van de organisatie	51%
– de mens- en zorgvisie van de organisatie	72%
– de wederzijdse rechten en plichten van de cliënt en de organisatie	65%
– de regelingen ten aanzien van de noodzakelijke toestemming van de cliënt	58%
– de bedoeling en opzet van de zorg- en dienstverleningsovereenkomst	57%
– de financiële gevolgen van de zorg- en dienstverlening voor de cliënt	50%
– de regeling m.b.t. het eventueel beheer van de gelden van de cliënt	58%
– de klachtenregeling	79%
– het privacy reglement	65%
– de inspraakmogelijkheden die worden geboden, waarbij in ieder geval het bestaan van de cliëntenraad wordt gemeld	70%
– andere informatie	7%

Bijna alle instellingen voor gehandicaptenzorg (91%) verstrekken standaard schriftelijke informatie over zorg en rechtspositie. 5% van de instellingen verstrekt standaard geen schriftelijke informatie hierover.

Van alle instellingen voor gehandicaptenzorg verstrekt 79% standaard schriftelijke informatie over de klachtenregeling. 77% van de instellingen verstrekt standaard

schriftelijke informatie over de wijze waarop zorg en dienstverlening plaatsvinden, waaronder het werken met zorg- of begeleidingsplannen.

Van de genoemde items wordt standaard schriftelijke informatie over de mogelijkheden en beperkingen van het aanbod van producten en diensten en standaard schriftelijke informatie over de financiële gevolgen van de zorg- en dienstverlening voor de cliënt, het minst verstrekt, maar nog altijd in de helft van alle instellingen voor gehandicaptenzorg (respectievelijk 51% en 50%).

Andere informatie die verstrekt wordt aan cliënten, is bijvoorbeeld informatie over de werkwijze, de algemene voorwaarden en de huisregels.

Opmerkingen bij deze vraag waren dat niet alles schriftelijk wordt verstrekt i.v.m. handicap van cliënten, en dat informatie over zorg en rechtspositie (ook) aan de wettelijk vertegenwoordiger wordt verstrekt.

3.2.2 *Is er op instellingsniveau een procedure (systematiek) voor het bijhouden van zorg- of begeleidingsplannen en wat is daarin geregeld?*

Percentage instellingen dat procedures hanteert voor zorg- of begeleidingsplannen (N=115)

	%
Nee, op instellingsniveau is er geen procedure voor zorgplannen	2%
Ja, op instellingsniveau is er wel een procedure voor zorgplannen	97%
<i>Daarin is onder andere geregeld:</i>	
– welke gegevens dienen te worden vastgelegd	93%
– de betrokkenheid van de cliënt bij het zorgplan	87%
– de disciplines en middelen die worden ingezet	81%
– de communicatie rond het zorgplan	85%
– op welke termijn de zorg met de cliënt wordt geëvalueerd	93%
– hoe de volledigheid van zorgplannen wordt gecontroleerd	52%

Nagenoeg alle instellingen voor gehandicaptenzorg (97%) hebben op instellingsniveau een procedure (systematiek) voor het bijhouden van zorg- of begeleidingsplannen. 2% van de instellingen heeft op instellingsniveau geen standaard systematiek hiervoor.

In de procedure voor het bijhouden van zorg- of begeleidingsplannen staat bij de meeste instellingen (93%) genoteerd welke gegevens dienen te worden vastgelegd en op welke termijn evaluatie van de zorg met de cliënt plaatsvindt.

Van de genoemde items wordt de controle op de volledigheid van zorgplannen het minst geregeld in de systematiek (52%).

3.2.3 *Bij welke kwaliteitsactiviteiten worden cliënten en/of hun belangenorganisaties betrokken?*

Percentage instellingen dat cliënten betreft bij kwaliteitsactiviteiten (N=115)

	nee of nvt	cliënten- raad	cliënten- organisaties	beide	missing
Ontwikkelen van kwaliteitscriteria/ normen	39%	44%	2%	2%	13%
Opstellen van protocollen/ standaarden	37%	48%	4%	1%	10%
Beoordelen of de beoogde doelen t.a.v. kwaliteit worden gehaald	34%	44%	5%	4%	12%
Participatie in (kwaliteits)commissies	43%	43%	2%	4%	10%
Participatie in verbeterprojecten	36%	45%	5%	2%	12%
Het bespreken van uitkomsten van meningspeilingen, klachtbehandeling, etc	11%	81%	4%	3%	2%
Andere kwaliteitsactiviteiten	82%	10%	0%	2%	6%

Bij 84% van de instellingen voor gehandicaptenzorg wordt de cliëntenraad betrokken bij het bespreken van uitkomsten van meningspeilingen, klachtbehandeling, etc. Bij de andere genoemde kwaliteitsactiviteiten wordt de cliëntenraad bij 40-50% van de instellingen betrokken.

Over het algemeen worden de cliëntenorganisaties bij minder instellingen betrokken. Ten hoogste 9% van de instellingen voor gehandicaptenzorg betreft de cliëntenorganisatie bij de genoemde kwaliteitsactiviteiten.

Andere kwaliteitsactiviteiten waarbij belangenorganisaties worden betrokken, zijn bijvoorbeeld tevredenheidsonderzoek onder cliënten, sommige onderwerpen van de interne audit, adviesrecht & wettelijke kaders.

3.2.4 Op welke wijze hebben cliënten (en hun organisaties) inspraak in de zorgverlening?

Percentage instellingen waarin cliënten en hun organisaties inspraak hebben in de zorgverlening (N=115)

	%
<i>Individuele cliënten:</i>	
Cliënten hebben inspraak in het zorg-/ begeleidingsplan	97%
Periodiek wordt het oordeel van de cliënt over de zorg gevraagd	49%
<i>Cliëntenraad:</i>	
Er is periodiek overleg met de cliëntenraad (of bewonersraad)	99%
Aanbevelingen van de cliëntenraad worden vertaald in (nieuw) beleid	77%
Aan de cliëntenraad wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	75%
<i>Cliëntenorganisaties:</i>	
Er is periodiek overleg met cliëntenorganisatie(s) (bijv. FvO, CG-raad, LSR, RPCP)	30%
Cliënten/ consumentenorganisaties toetsen de instelling	24%
Aanbevelingen van deze organisaties worden vertaald in (nieuw) beleid	25%
Aan deze organisaties wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	20%
<i>Andere wijze van inspraak</i>	7%

Nagenoeg alle instellingen voor gehandicaptenzorg hebben periodiek overleg met de cliëntenraad of bewonersraad (99%). Bij 97% van alle instellingen hebben cliënten inspraak in het zorg-/ begeleidingsplan.

Zo'n 20-30% van de instellingen betreft de cliëntenorganisaties bij de zorgverlening. Bij 'andere wijze van inspraak' wordt stichting Perspectief het meeste genoemd.

3.2.5 Is er binnen de instelling aantoonbaar aandacht voor risico's voor de cliënt?

Percentage instellingen dat aantoonbaar aandacht heeft voor risico's voor de cliënt (N=115)

	%
Niet bekend	4%
Ja, voor eventuele risico's verbonden aan medicatie	89%
Ja, voor eventuele risico's aan middelen en maatregelen	82%
Ja, voor eventuele risico's bij vervoer(middelen)	68%
Ja, voor risico's bij de woonsituatie (brandveiligheid, legionella, etc)	90%
Ja, voor andere risico's	12%

90% van de instellingen heeft aantoonbaar aandacht voor risico's bij de woonsituatie (brandveiligheid, legionella, etc). 89% van alle instellingen heeft aantoonbaar aandacht

voor risico's verbonden aan medicaties.

Minder aantoonbaar aandacht (68%) wordt gegeven aan eventuele risico's bij vervoer(middelen).

Bij 4% van de instellingen voor gehandicaptenzorg is niet bekend of er aantoonbaar aandacht is voor de risico's voor de cliënt.

Voorbeelden van andere genoemde risico's waar aantoonbaar aandacht voor is, zijn incidenten, risico's tijdens werk/ dagbesteding, risico's bij gebruik van hulpmiddelen.

3.2.6 *Op welke wijze is de multidisciplinaire samenwerking intern in uw organisatie geregeld? Wilt u aankruisen wat van toepassing is?*

Percentage instellingen dat multidisciplinaire samenwerking op de volgende wijze heeft geregeld (N=115)

	%
<i>Multidisciplinaire zorg-/ begeleidingsplannen:</i>	
Zorg-/ begeleidingsplannen worden multidisciplinair opgesteld	87%
Zorg-/ begeleidingsplannen worden multidisciplinair geëvalueerd	82%
<i>Samenwerking tussen disciplines:</i>	
De samenwerking tussen de verschillende disciplines is schriftelijk geregeld (begeleiders, medici, paramedici, gedragswetenschappers, etc)	70%
De samenwerking tussen de verschillende disciplines wordt periodiek geëvalueerd	38%
<i>Samenwerking tussen de sectoren:</i>	
De samenwerking tussen de verschillende sectoren is schriftelijk geregeld (dagbesteding, wonen, werken, onderwijs, etc)	61%
De samenwerking tussen de verschillende sectoren wordt periodiek geëvalueerd	39%

87% van de instellingen voor gehandicaptenzorg meldt dat zorg-/ begeleidingsplannen multidisciplinair worden opgesteld. Deze zorg/ begeleidingsplannen worden bij 85% van de instellingen multidisciplinair geëvalueerd.

Van de genoemde items van multidisciplinaire samenwerking wordt de periodieke evaluatie van samenwerking tussen de verschillende disciplines (38%) en de schriftelijk geregelde samenwerking tussen de verschillende sectoren het minst genoemd (39%).

3.3 Medewerkers

3.3.1 In welke mate is het personeelsbeleid gericht op het kwaliteitsbeleid?

Mate waarin personeelsbeleid gericht is op kwaliteitszorg uitgedrukt in een gemiddelde score op een schaal van 0 tot en met 50 (N=115)

	score
<i>Medewerkers/professionals:</i>	
Worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen	34
Kunnen binnen werktijd deelnemen aan activiteiten voor verbetering	35
Krijgen systematisch feedback over de resultaten van kwaliteitszorg	25
Krijgen systematisch feedback over het naleven van richtlijnen	24
Worden gestimuleerd om incidenten in de zorgverlening te melden	40
Krijgen systematisch feedback over meldingen van incidenten	33
<i>Selectie en scholing:</i>	
Selectie van nieuw personeel dat belang hecht aan kwaliteitszorg	28
Scholing van leidinggevenden/ management	32
Scholing van medewerkers/ professionals	33
Nieuwe medewerkers krijgen instructies tav het kwaliteitssysteem	24
Medewerkers worden geïnstrueerd in het toepassen van richtlijnen	32
<i>Directie/ management:</i>	
Geeft aan wat van medewerkers verwacht wordt tav kwaliteitsbeleid	29
Toetst of medewerkers zich houden aan afspraken tav kwaliteitsbeleid	25
Bewaakt de uitvoering van de afdelingswerkplannen	31
Maakt afspraken met leidinggevenden over te bereiken resultaten	33
Spreekt af wie verantwoordelijk is voor een zorgproces	37
Maakt afspraken over het borgen van resultaten verbeterprojecten	26

De genoemde getallen zijn de gemiddelde scores van alle instellingen op een schaal van 0 tot en met 50, waarbij 0 staat voor nooit en 50 voor altijd.

Alle genoemde items hebben een gemiddelde score van 24 of hoger.

De hoogste gemiddelde score (40) krijgt het stimuleren van medewerkers/ professionals om incidenten in de zorgverlening te melden. Een gemiddeld hoge score (37) krijgt ook de directie/ management die afsprekt wie verantwoordelijk is voor een zorgproces.

De gemiddeld laagste score (24) krijgt de scholing van nieuwe medewerkers in het kwaliteitssysteem. Het systematisch feedback geven aan medewerkers/ professionals over het naleven van richtlijnen krijgt eveneens een score van 24.

3.3.2 *Is voor direct leidinggevend (hoofden, coördinatoren, etc) en/of voor de direct uitvoerenden werktijd ingeroosterd/ vrijgemaakt voor een of meer van de volgende activiteiten?*

Percentage instellingen dat voor leidinggevend en voor direct uitvoerenden werktijd heeft ingeroosterd voor kwaliteitszorg (N=115)

	leidinggevend	uitvoerend zorg/ondersteuning
<i>Tijd is ingeroosterd/ vrijgemaakt voor:</i>		
Volgen van vakinhoudelijke na- en/of bijscholing	88%	89%
Training in methoden en technieken van kwaliteitszorg	48%	39%
Multidisciplinaire bewonersbesprekingen	77%	85%
Intervisie/ supervisie	70%	63%
Interne studiedagen/ themabesprekingen	89%	87%
Participatie in verbeterteams/ kwaliteitsprojecten	63%	59%
Intercollegiale toetsing	38%	28%
Intercollegiale toetsing door leidinggevend	30%	23%
Ontwikkelen van richtlijnen/ protocollen	70%	52%

Bij de meeste instelling is tijd ingeroosterd/ vrijgemaakt voor het volgen van vakinhoudelijke na- en/ of bijscholing voor leidinggevend (88%) en voor uitvoerend van zorg/ ondersteuning (89%).

Ook 89% van alle instellingen meldt dat tijd is vrijgemaakt voor leidinggevend voor interne studiedagen/ themabesprekingen

Van de genoemde items wordt het minst tijd vrijgemaakt/ ingeroosterd voor intercollegiale toetsing (38% voor leidinggevend en 28% voor uitvoerend) en intercollegiale toetsing door leidinggevend (30% voor leidinggevend en 23% voor uitvoerend).

3.4 Protocollen en procedures

3.4.1 *Wat voor soort protocollen (of richtlijnen) worden -voor zover van toepassing- in uw instelling gebruikt?*

Percentage instellingen dat onderstaande protocollen hanteert (N=115)

	%
<i>Protocollen voor het professioneel handelen:</i>	
Gericht op specifieke verrichtingen mbt ondersteuning, begeleiding of verzorging	88%
Voor de voorlichting aan de cliënt	43%
Voor voorbehouden handelingen	83%
Voor het gebruik van (medische) hulpmiddelen	84%
Voor kritische momenten in het zorgproces	53%
Voor specifieke doelgroepen	47%
Voor de routing van de cliënt van aanmelding tot afsluiting van de begeleiding/ zorg	71%
Voor samenwerking met/ overdracht naar andere zorgaanbieders	31%

In de meeste instellingen voor gehandicaptenzorg (88%) worden protocollen gebruikt die gericht zijn op specifieke verrichtingen met betrekking tot ondersteuning, begeleiding of verzorging. 31% van de instellingen voor gehandicaptenzorg hanteert protocollen voor samenwerking met/ overdracht naar andere zorgaanbieders.

3.4.2 *Welke van onderstaande protocollen/ richtlijnen zijn aanwezig? En bij welke daarvan wordt de toepassing periodiek onderzocht?*

Percentage instellingen waar onderstaande protocollen aanwezig zijn en waar deze toepassing periodiek wordt onderzocht (N=115)

	Protocol aanwezig	periodiek onderzocht
<i>Protocollen voor:</i>		
Rapportage en dossiervorming	81%	51%
Bejegening/ communicatie	74%	38%
Medicatiebeheer/ distributie	89%	66%
Veiligheid (bv mbt epilepsie)	65%	40%
Melding van incidenten of FOBO	95%	72%
Omgaan met klachten van cliënten	94%	64%
Handelen bij (vermoeden van) seksueel misbruik	92%	61%
Middelen en maatregelen (BOPZ)	72%	57%
Bepalen van wilsonbekwaamheid	28%	14%
Medische beslissingen rond het levenseinde	50%	25%
Handelwijze bij overlijden	84%	46%

Bijna alle instellingen voor gehandicaptenzorg (95%) zijn in bezit van protocollen voor melding van incidenten of FOBO. 94% van de instellingen is in bezit van protocollen voor het omgaan met klachten van cliënten. Van de genoemde protocollen is het minste percentage instellingen in bezit van protocollen voor het bepalen van wilsonbekwaamheid. Over het algemeen wordt de toepassing van protocollen periodiek onderzocht in tweederde van de instellingen waar dit protocol aanwezig is.

3.4.3 *Is er instellingbreed een uniforme wijze voor het opstellen van protocollen?*

Percentage instellingen dat een uniforme wijze voor het opstellen van protocollen hanteert (N=115)

	%
Nee, geen uniforme wijze	27%
Ja, wel uniforme wijze	71%
<i>In elk protocol wordt vermeld:</i>	
- de datum waarop het protocol is gemaakt	70%
- wie het protocol heeft ontwikkeld	60%
- wie het protocol heeft vastgesteld	64%
- voor wie het protocol is bedoeld	60%
- de datum waarop revisie/ actualisering plaatsvindt	57%

71% instellingen voor gehandicaptenzorg hebben instellingbreed een uniforme wijze voor het opstellen van protocollen. 27% van de instellingen heeft instellingsbreed geen uniforme wijze voor het opstellen van protocollen.

Van alle instellingen voor gehandicaptenzorg noteert 70% in elk protocol wat de datum is, waarop het protocol is gemaakt. Alle andere genoemde items wordt in alle protocollen vermeld van zo'n 60% van alle instellingen.

3.4.4 *Is er in de instelling een protocollenbank en een procedure/ systeem voor het actualiseren van protocollen?*

Percentage instellingen dat een protocollenbank heeft en dat een procedure/ systeem kent voor het actualiseren van protocollen (N=115)

	%
Nee	25%
Ja, voor de gehele instelling is er een protocollenbank (of documentsysteem)	37%
Ja, voor de gehele instelling gelden procedures voor het actualiseren van protocollen	5%
Ja, beide (er is een protocollenbank én een procedure voor het actualiseren)	30%

Een kwart van de instellingen voor gehandicaptenzorg (25%) heeft geen protocollenbank. 37% van alle instellingen voor gehandicaptenzorg heeft 30% zowel een protocollenbank/ documentsysteem als procedures voor het actualiseren van protocollen.

3.4.5 *Is in procedures beschreven hoe de primaire processen georganiseerd zijn? Dit houdt in dat alle stappen beschreven zijn, inclusief degenen die hiervoor verantwoordelijk zijn.*

Percentage instellingen dat primaire processen in procedures heeft vastgelegd (N=115)

	%
Nee, geen procedures voor het primaire proces	20%
Ja, er zijn wel procedures voor het primaire proces	79%
<i>Er zijn procedures voor de volgende onderdelen van het primaire proces:</i>	
- aanmelding en intake	78%
- uitvoering van de zorg- of dienstverlening	69%
- afsluiting van de zorg- of dienstverlening	59%

Bij 79% is in procedures beschreven hoe de primaire processen zijn georganiseerd. Dat wil zeggen dat bij deze instellingen de stappen van het primaire proces beschreven zijn, inclusief degenen die hiervoor verantwoordelijk zijn. 20% van de instellingen voor gehandicaptenzorg heeft geen procedures voor de primaire processen. Procedures voor aanmelding en intake zijn in het bezit van 78% van de instellingen voor gehandicaptenzorg. 69% van de instellingen heeft procedures voor uitvoering van de zorg- of dienstverlening. In totaal 59% heeft procedures voor afsluiting van de zorg- of dienstverlening.

3.4.6 *Werken hulpverleners met vakinhoudelijke protocollen voor begeleiding van/ zorg aan bepaalde categorieën cliënten? Zo ja, kunt u daar enkele voorbeelden van geven?*

Percentage instellingen waarbij hulpverleners met vakinhoudelijke protocollen werken voor begeleiding van/ zorg aan bepaalde categorieën cliënten (N=115)

	%
Nee, er zijn geen vakinhoudelijke protocollen	39%
Ja, er zijn wel vakinhoudelijke protocollen	53%

Bij 53% werken hulpverleners met vakinhoudelijke protocollen voor begeleiding van/ zorgverlening aan bepaalde categorieën cliënten. Bij 39% van de instellingen werken hulpverleners niet met vakinhoudelijke protocollen voor bepaalde categorieën cliënten.

Voorbeelden van cliëntengroepen waar met vakinhoudelijke protocollen gewerkt wordt, zijn mensen met autisme, epilepsie, dementie, agressie/ ernstige gedragsproblemen, niet-aangeboren hersenletsel (NAH), senioren, (zeer) jeugdigen (niet in tabel).

3.5 Effecten

3.5.1 Welke positieve effecten verwacht u (of zijn reeds bereikt) tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage instellingen dat verwachtingen heeft omtrent positieve effecten van kwaliteitszorg (N=115)

	niet verwacht	wel verwacht	reeds bereikt	missing
<i>Cliënten:</i>				
Toename van cliëntgerichtheid	3%	69%	23%	6%
Toename van tevredenheid van cliënten	5%	74%	11%	10%
Verbetering van de zorg-/ dienstverleningsprocessen	4%	69%	21%	7%
Verbetering van de resultaten van de zorg-/ dienstverlening (uitkomst)	5%	74%	14%	7%
Verbeteren van de cliëntveiligheid	8%	59%	28%	5%
<i>Personeel:</i>				
Het personeel kan zich zelf verder ontwikkelen	9%	56%	25%	10%
Er is een cultuur van continu leren en verbeteren ontstaan	3%	72%	18%	7%
Toename van tevredenheid van het personeel	14%	64%	15%	7%
Toename van de inzet en flexibiliteit van het personeel	24%	45%	19%	11%
Meer duidelijkheid voor het personeel over de gang van zaken	2%	70%	22%	6%
Toename van vraaggestuurd werken	9%	61%	21%	10%
<i>Organisatie:</i>				
Toename beheersbaarheid van de organisatie door management	5%	69%	20%	6%
Betere profilering van de instelling	7%	71%	16%	6%
Toename van tevredenheid van externe partijen	6%	75%	13%	6%
Betere concurrentiepositie	14%	69%	10%	7%
Meer duidelijkheid in de organisatie over de gang van zaken	3%	72%	19%	6%
Toename van vraagsturing in het beleid van de organisatie	9%	60%	22%	10%
<i>Rendement:</i>				
Toename van de productiviteit van de instelling	24%	57%	13%	7%
Kostenbesparing op lange termijn in de eigen instelling	41%	48%	6%	5%
Kostenbesparing, maar niet in de eigen instelling	64%	18%	1%	17%
Betere risicobeheersing in de organisatie	4%	71%	19%	5%
<i>Andere effecten</i>	1%	7%	3%	90%

Over het algemeen geven de meeste instellingen ‘wel verwacht’ aan. Tot een kwart van de instellingen heeft genoemde effecten van kwaliteitszorg reeds bereikt. Het meeste bereikt is het verbeteren van cliëntveiligheid (28%). 64% van de instellingen verwachten niet dat kwaliteitszorg effecten heeft op kostenbesparing buiten de eigen instelling. Ook verwachten veel instellingen niet dat ze kostenbesparing op de lange termijn in de eigen instellingen zullen behalen (41%). Kostenbesparing zowel in als buiten de instelling wordt van de genoemde effecten het minste bereikt (respectievelijk 6% en 1%).

Andere effecten van kwaliteitszorg zijn bijvoorbeeld betere afstemming van zorgproducten, toename bewustheid van medewerkers, toename klantgerichtheid, verhoging kwaliteit van bestaan voor cliënten.

3.6 Cyclische kwaliteitsactiviteiten

3.6.1 *Vinden in uw instelling –voor zover van toepassing– onderstaande activiteiten plaats? Zo ja, worden de resultaten aantoonbaar gebruikt voor bijsturing van het beleid?*

Percentage instellingen dat onderstaande activiteiten kent en gebruikt voor bijsturing. (N=115)

	nee	nog niet volledig	cyclisch onderdeel	missing
Intercollegiale toetsing monodisciplinair	36%	58%	4%	3%
Intercollegiale toetsing multidisciplinair	47%	43%	8%	3%
Gebruik zorg-/ behandelplannen	0%	26%	73%	1%
Incidentenanalyse (infecties, FONA/ MIP, etc)	6%	32%	61%	1%
Functionerings-/ beoordelingsgesprekken met alle medewerkers	4%	40%	56%	1%
Interne beoordeling van het kwaliteitssysteem	46%	29%	25%	0%
Interinstitutionele toetsing/ visitatie	82%	9%	8%	2%
Management-informatie-systeem	26%	38%	33%	3%
Cliëntenraadpleging/ meningspeiling onder cliënten	15%	44%	40%	1%
Meningspeiling onder verwijzers of andere ketenpartners	73%	18%	6%	3%
Meningspeiling onder medewerkers	19%	39%	42%	0%
Marktonderzoek naar behoeften van (potentiële) gebruikers	63%	29%	7%	2%
Marktonderzoek onder verwijzers of andere ketenpartners	71%	21%	4%	4%
Klachtenanalyse	12%	39%	49%	0%
Overleg met cliëntenraad of bewonersraad	0%	30%	69%	2%
Benchmarking	37%	43%	20%	0%
Risico-inventarisatie ten aanzien van cliënten	31%	35%	33%	1%

Per activiteit zijn drie mogelijke antwoorden:

- nee
- ja, de activiteit bestaat, maar nog niet volledig cyclisch. De resultaten worden nog onvoldoende gebruikt voor bijsturing
- ja, het is een cyclisch onderdeel van ons kwaliteitssysteem. De resultaten worden systematisch gebruikt voor bijsturing

Het gebruik van zorg-/ behandelplannen is het cyclische onderdeel van het kwaliteitssysteem dat het meest genoemd wordt (73%). Overleg met de cliëntenraad/ bewonersraad is een cyclisch onderdeel in 69% van alle instellingen voor gehandicaptenzorg.

Interinstitutionele toetsing/ visitatie vindt niet plaats in 82% van de instellingen. Bij 71% van de instellingen wordt geen marktonderzoek onder verwijzers of andere ketenpartners uitgevoerd.

3.7 **Beleid en strategie: documenten**

3.7.1 *In hoeverre beschikt uw instelling over onderstaande documenten?*

Percentage instellingen dat beschikt over onderstaande documenten (N=115)

	nee of nvt	in ontwikkeling	in bezit	missing
Missie op schrift	0%	4%	96%	1%
'Product'omschrijvingen	5%	40%	54%	1%
Kwaliteitsbeleid op schrift	8%	44%	49%	0%
Kwaliteitswerkplan op instellingsniveau	6%	48%	45%	1%
Kwaliteitsjaarverslag of kwaliteitsdeel in het algemene jaarverslag	3%	16%	80%	2%
Kwaliteitshandboek	9%	60%	30%	2%
Veiligheids(management)plan op schrift	27%	45%	24%	4%

Over het algemeen zijn de meeste instellingen voor gehandicaptenzorg in het bezit van bovengenoemde documenten of bezig met het ontwikkelen ervan.

Nagenoeg alle instellingen (96%) zijn in het bezit van een missie op schrift.

Veel instellingen (80%) kennen een kwaliteitsjaarverslag of een kwaliteitsdeel in het algemene jaarverslag. Bij 16% van de instelling is zo'n kwaliteitsjaarverslag in ontwikkeling.

Een kwart van de instellingen voor gehandicaptenzorg (27%) heeft geen veiligheids(management) plan op schrift. Bijna de helft van de instellingen (45%) is bezig met het ontwikkelen van zo'n veiligheids(management)plan. De laatste kwart van de instellingen (24%) is al in bezit van een veiligheids(management)plan op schrift.

3.7.2 *Zijn in uw instelling voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg?*

Percentage instellingen dat voorzieningen voor kwaliteitszorg heeft getroffen (N=115)

	%
Nee, geen extra voorzieningen	4%
Ja, er is een apart intern gereserveerd budget voor kwaliteitszorg	47%
Ja, stuurgroep(en) of commissie(s) is/zijn ingesteld	64%
Ja, kwaliteitsfunctionaris(sen)/coördinator(en) is/zijn aangesteld	80%
Ja, een extern bureau of adviseur is ingeschakeld	41%
Andere voorzieningen	11%

Een kwaliteitsfunctionaris is aangesteld bij 80% van de instellingen. Een extern bureau of adviseur is ingeschakeld bij 41% van alle instellingen voor gehandicaptenzorg. Bij 4% van de instellingen voor gehandicaptenzorg zijn geen extra voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg.

Bij 'andere voorzieningen' wordt genoemd: auditteam, kwaliteitsprojecten met projectmatig budget, medewerkers met kwaliteit als aandachtspunt.

3.7.3 *Wie zijn de 'trekkers' van kwaliteitszorg in uw instelling?*

Percentage instellingen dat aangeeft wie de 'trekker' van kwaliteitszorg is (N=115)

	%
Niemand in het bijzonder	0%
De stuurgroep/ commissie	42%
De kwaliteitsfunctionaris	73%
Een extern bureau/ adviseur	15%
De professionals (zorgverleners)	12%
Directie of management	83%
Hoofden/ leidinggevenden	37%
Andere 'trekker'	7%

Bij geen enkele gehandicapteninstelling is er niemand die het voortouw neemt in de kwaliteitszorg.

Bij 83% van de instellingen is het de directie of management die de trekker van de kwaliteitszorg is. Bij 73% is die de kwaliteitsfunctionaris. Minder vaak genoemd wordt het extern bureau/ adviseur als trekker (15%) en de professionals zelf (12%).

Voorbeelden van andere trekkers zijn verschillende functionarissen, zoals beleidsmedewerker, auditteam, projectleider.

3.8 Samenwerking en ketenkwaliteit

3.8.1 *Met welke ketenpartners vindt structureel overleg plaats over raakvlakken in het primaire proces?*

Percentage instellingen dat structureel overleg heeft met ketenpartners over het primaire proces (N=115)

	%
<i>Gezondheidszorg:</i>	
Met andere instellingen in de gezondheidszorg	79%
Met eerstelijns gezondheidszorg (o.a. huisartsen)	36%
Met de thuiszorg	36%
Met ouderenzorg	39%
Met geestelijke gezondheidszorg	41%
<i>Overige:</i>	
Met regulier onderwijs	17%
Met speciaal onderwijs	60%
Met kinderdagverblijven	24%
Met peuterspeelzalen	11%
Met jeugdzorg	33%
Met woningbouw corporaties	69%
Met arbeidsbemiddeling/ -integratie	44%
Met gemeente(n)	61%
Met andere overlegpartners	10%

Veel instellingen voor gehandicaptenzorg (79%) hebben structureel overleg met andere instellingen in de gezondheidszorg over raakvlakken in het primaire proces. Ook hebben veel instellingen (69%) contact met woningbouw corporaties. Structureel overleg met speciaal onderwijs gebeurt bij 60% van de instellingen.

Met peuterspeelzalen (11%) en met regulier onderwijs (17%) hebben minder instellingen structureel overleg.

Andere overlegpartners waarmee structureel overleg plaatsvindt over raakvlakken in het primaire proces, zijn bijvoorbeeld gehandicapte platforms (bv MEE), RIBW, verpleeghuis, sociale werkvoorziening, het taxibedrijf.

3.8.2 *Is er bij transmurale zorg of zorgketen(s) sprake van een gezamenlijke kwaliteitsbewaking door de samenwerkende zorgaanbieders (=ketenpartners)*

Percentage instellingen dat een gezamenlijke kwaliteitsbewaking met samenwerkende zorgaanbieders heeft (N=115)

	%
Nee, er is geen gezamenlijke kwaliteitsbewaking	72%
Ja, er is wel gezamenlijk kwaliteitsbewaking	25%
<i>Met de volgende elementen:</i>	
- gezamenlijk overleg om de kwaliteit te evalueren	14%
- gemeenschappelijke uitgangspunten op papier	19%
- gezamenlijke protocollen waarin de overdracht van de cliënt wordt geregeld	8%
- een expliciete verantwoordelijkheidstoedeling	6%

Een kwart van de instellingen voor gehandicaptenzorg (25%) heeft een gezamenlijke kwaliteitsbewaking met de samenwerkende zorgaanbieders (ketenpartners). 72% van de instellingen heeft geen gezamenlijke kwaliteitsbewaking met ketenpartners.

Van alle instellingen voor gehandicaptenzorg heeft 19% gemeenschappelijke uitgangspunten met ketenpartners op papier. Minder vastgelegd in de gezamenlijke kwaliteitsbewaking, is een expliciete verantwoordelijkheidstoedeling (6%) en gezamenlijke protocollen waarin de overdracht van de cliënt wordt geregeld (8%).

De instellingen die wel een gezamenlijke kwaliteitsbewaking met ketenpartners kennen, hebben genoteerd voor welke doelgroepen of diagnoses een dergelijke samenwerking bestaat. Een dergelijke kwaliteitsbewaking bestaat bijvoorbeeld voor cliënten die alleen gebruik maken van de dagbesteding, of van speciaal onderwijs en elders wonen, voor cliënten met duale problematiek (niet in tabel).

Een aantal instellingen geeft aan dat de gezamenlijke kwaliteitsbewaking geldt voor alle cliënten.

3.9 Beleidscyclus

3.9.1 Welke gegevens worden door directie/ management gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid?

Percentage instellingen dat de volgende gegevens gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid (N=115)

	%
Meningspeilingen/ tevredenheidsmeningen onder cliënten	79%
Meningspeilingen onder de medewerkers	77%
Exit-interviews met cliënten	23%
Exit-interviews met medewerkers	51%
Opvattingen van de cliëntenraad	91%
Opvattingen van ketenpartners	45%
Opvattingen van de financier(s)	88%
Resultaten van interne toetsingen/ audits	57%
Resultaten externe toetsingen of visitaties	44%
Andere gegevens	10%

De meeste instellingen voor gehandicaptenzorg (91%) gebruiken opvatting van de cliëntenraad voor evaluatie en bijstelling van het beleid. Veel instellingen (88%) gebruiken ook opvattingen van de financier(s) hiervoor.

Het minst vaak genoemd, wordt het gebruik van exit-interviews met cliënten voor evaluatie en bijstelling van het beleid (23%).

Andere gegevens die worden gebruikt voor het beleid, zijn onder andere registraties van klachten of incidenten, en opvattingen van de inspectie gezondheidszorg.

3.9.2 Welk indicatoren/ gegevens worden gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit?

Percentage instellingen dat de volgende indicatoren gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit (N=115)

	%
Er worden geen indicatoren voor monitoring gebruikt	10%
Er worden wel indicatoren voor monitoring gebruikt	89%
<i>De volgende gegevens worden gebruikt:</i>	
- het aantal zorgplannen in relatie tot het aantal cliënten	56%
- kwalitatieve controle van zorgplannen (bv ZIP-methode)	34%
- toegangstijden/ wachtlijsten	44%
- ziekte en verloop van medewerkers	80%
- FOBO-registratie	77%
- klachten	75%
- andere indicatoren/ gegevens	10%

Bij 89% van de instellingen worden wel indicatoren gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit. 10% van de instellingen voor gehandicaptenzorg gebruikt geen indicatoren voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit. Vaak gebruikte indicatoren zijn gegevens over ziekte en verloop van medewerkers (80%), FOBO-registratie (77%) en klachtenregistratie (75%). Minder instellingen (34%) geven aan dat gegevens over de kwalitatieve controle van zorgplannen worden gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit. Andere indicatoren/ gegevens die worden gebruikt, zijn bijvoorbeeld interne audits, BOPZ-meldingen en gegevens over middelen & maatregelen.

3.9.3 Is het aantal en de aard van regels en procedures in uw instelling veranderd tengevolge van kwaliteitsmanagement?

Percentage instellingen waarbij kwaliteitsmanagement heeft geleid tot verandering in regelhuishouding (N=115)

	%
Nee, geen invloed	7%
Er zijn regels/ procedures bijgekomen	66%
Overbodige regels/ procedures zijn verwijderd	30%
De regels/ procedures worden beter bewaakt	65%
Impliciete regels/ procedures zijn geformaliseerd	67%
De toepassing van regels/ procedures wordt beter getoetst	59%
De werking van regels/ procedures wordt beter geëvalueerd en geactualiseerd	70%

In totaal 7% van de instellingen voor gehandicaptenzorg geeft aan dat kwaliteitsmanagement geen invloed heeft gehad op het aantal en de aard van regels en procedures.

Van de instellingen die wel verandering heeft opgemerkt, wordt het meest aangegeven dat de werking van regels/ procedures beter wordt geëvalueerd en geactualiseerd (70%). Veel instellingen melden dat impliciete regels/ procedures zijn geformaliseerd (67%), dat regels/ procedures beter worden bewaakt (65%) en dat er regels/ procedures zijn bijgekomen (66%).

Minder instellingen geven aan dat overbodige regels/ procedures zijn verwijderd (30%).

3.9.4 *Zijn er negatieve effecten in uw instelling opgetreden tengevolge van kwaliteitsmanagement?*

Percentage instellingen waarbij de volgende negatieve effecten zijn opgetreden tengevolge van kwaliteitsmanagement (N=115)

	%
Er hebben zich geen negatieve effecten voorgedaan	29%
Kosten zijn gestegen	34%
Verstarring c.q. gebrek aan flexibiliteit bij medewerkers/ professionals	6%
Werkdruk is toegenomen	44%
Weerstand van medewerkers bij het doorvoeren van structurele veranderingen	19%
Demotivatie/ ontevredenheid bij medewerkers/professionals	10%
Andere negatieve effecten	15%

Bij 29% instelling voor gehandicaptenzorg hebben zich geen negatieve effecten voorgedaan tengevolge van kwaliteitsmanagement.

Van bovengenoemde negatieve effecten, wordt het vaakst genoemd dat de werkdruk is toegenomen (44%). De kosten zijn gestegen bij een derde van de instellingen voor gehandicaptenzorg (34%). Het minst vaak wordt genoemd dat er verstarring c.q. gebrek bij flexibiliteit bij medewerkers/ professionals is opgetreden (6%).

Bij andere negatieve effecten wordt vaak genoemd dat er meer administratie en bureaucratie is opgetreden. Door 4 instellingen wordt de opmerking gemaakt dat ze nog in de opbouwfase van het kwaliteitstraject zijn en nog niet kunnen aangeven wat de negatieve effecten zijn.

3.10 Kwaliteitskosten

3.10.1 *Evalueert uw instelling de kosten en baten van verbeterprojecten?*

Percentage instellingen dat kosten en/of baten van verbeterprojecten evalueert (N=115)

	%
Nee, geen evaluatie van kosten en baten	64%
Ja, alleen de kosten	10%
Ja, kosten én baten	18%
Andere evaluatie	5%

De meeste instellingen voor gehandicaptenzorg (64%) geven aan er geen evaluatie van kosten en baten van verbeterprojecten plaatsvindt.

In totaal 18% van de instellingen evalueert zowel de kosten als de baten van verbeterprojecten.

Andere mogelijke evaluaties die worden genoemd, zijn bijvoorbeeld proces-evaluaties en evaluaties niet in financiële zin.

3.10.2 *Heeft uw instelling inzicht in de hierna genoemde verbeterkosten, beoordelingskosten en herstelkosten? Wilt u aankruisen wat van toepassing is.*

Percentage instellingen dat inzicht heeft in de volgende kosten (N=115)

	%
<i>De instelling heeft inzicht in de kosten van:</i>	
Scholing van medewerkers en management in kwaliteitszorg	77%
Het ontwikkelen en implementeren van protocollen/procedures	24%
Meningspeilingen/ waarderingsonderzoeken	47%
Externe beoordeling i.v.m. accreditatie/ certificering (INK, HKZ, etc.)	53%
Klachtafhandeling	29%
Claims/ schadevergoedingen	24%

Veel instellingen (77%) hebben inzicht in de kosten van scholing van medewerkers en management in kwaliteitszorg.

Een kwart van alle instellingen heeft inzicht in de kosten voor claims/ schadevergoedingen (24%) en de kosten voor het ontwikkelen en implementeren van protocollen/ procedures (24%).

3.10.3 *Kan uw instelling (nu of in de toekomst) de kosten opbrengen die verbonden zijn aan certificering?*

Percentage instellingen dat de kosten voor certificering kan opbrengen (N=115)

	%
Nee	7%
Waarschijnlijk niet	6%
Waarschijnlijk wel	38%
Ja	44%

44% van de instellingen geeft aan wel de kosten voor certificering te kunnen opbrengen. In totaal 7% van de instellingen voor gehandicaptenzorg geeft aan dat zij niet de kosten voor certificering kunnen opbrengen.

3.10.4 *Speelt de kwaliteit van zorg een rol in de aanbestedingsprocedure (extramurale zorg)?*

Percentage instellingen dat aangeeft dat kwaliteit een rol speelt in de aanbestedingsprocedure (N=115)

	%
Nee of niet van toepassing	31%
Ja, kwaliteit van zorg maakt deel uit van de onderhandelingen	62%
<i>De volgende selectie- of beoordelingscriteria worden gehanteerd:</i>	
- het hebben van een kwaliteitssysteem	44%
- certificaat	45%
- cliëntenraadpleging	45%
- medicatiebeleid	11%
- scholing van personeel op gebied van kwaliteit	14%
- tijdige zorglevering	28%
- ketenzorg	14%
- andere kwaliteitskenmerken	6%

Bij 31% van de instellingen speelt kwaliteit geen rol bij de aanbestedingsprocedure, of is deze vraag niet van toepassing.

62% geeft aan dat kwaliteit van zorg wel deel uit maakt van de onderhandelingen.

Van bovengenoemde items, wordt het meest genoemd dat het hebben van een certificaat (45%) en het uitvoeren van cliëntenraadpleging (45%) als selectie- of beoordelingscriterium wordt gebruikt.

Minder instellingen geven aan dat gelet wordt op het medicatiebeleid (11%), ketenzorg (14%) en scholing van personeel op gebied van kwaliteit (14%).

Andere genoemde kwaliteitskenmerken zijn: erkenning door subsidiegever, het hebben van evaluatiemomenten, en het bezit van een HKZ-certificaat.

3.11 Cultuur en structuur

3.11.1 Hoe zou u de organisatiestructuur en cultuur in uw instelling typeren?

Organisatiestructuur uitgedrukt in een gemiddelde score op een schaal van 0 tot en met 50 (N=115)

	score
De organisatie is hiërarchisch of plat	28
De besluitvorming is centraal of decentraal	22
In de instelling is veel op weinig protocollair geregeld	23
De houding tegenover vernieuwingen is behoudend of flexibel	30
De onderlinge communicatie is formeel of informeel	34
Medewerkers hebben weinig of veel binding met de instelling	36
Onze instelling is voorloper of volgend mbt kwaliteitszorg	27

De cijfers in de tabel zijn gemiddelde scores op een schaal van 0 tot en met 50, waarbij 0 staat voor hiërarchisch, centraal, etc en 50 staat voor plat, decentraal, etc.

Gemiddeld geven de instellingen voor gehandicaptenzorg aan dat medewerkers redelijk veel binding hebben met de instelling (score van 36). De onderlinge communicatie neigt naar informeel (score van 34).

3.11.2 Kunt u aangeven in hoeverre onderstaande stellingen van toepassing zijn op uw instelling?

Meningen uitgedrukt in een gemiddelde score van 0 tot en met 50 (N=115)

	score
Wachlijsten: te veel mensen staan op de wachtlijst voor onze instelling	29
Werkdruk: de werkdruk in onze instelling is hoog	21
Vacatures: de instelling heeft teveel onvervulbare vacatures	38
Fusie: de instelling is te druk met een fusie of nasleep daarvan	34
Concurrentie: de instelling ervaart teveel concurrentie	34
Verzuim: het ziekteverzuim binnen de instelling is te hoog	29
Financiers: financiers selecteren te weinig op kwaliteit	24
Overheid: marktwerking belemmert kennisverspreiding	24

De cijfers in de tabel zijn gemiddelde scores op een schaal van 0 tot en met 50, waarbij 0 staat voor helemaal mee eens en 50 staat voor helemaal mee oneens.

Gemiddeld neigen de instellingen ernaar dat ze het oneens zijn met de stelling 'onze instelling heeft teveel onvervulbare vacatures' (score van 38).

De stelling 'de werkdruk in onze instelling is hoog' krijgt een gemiddelde score van 21 en neigt gemiddeld naar 'mee eens'.

3.12 Toekomst

3.12.1 *Is het kwaliteitssysteem van uw instelling al eens beoordeeld in de afgelopen 5 jaar? En/of streeft u ernaar de instelling (nieuw) te laten beoordelen in de komende 3 jaar?*

Percentage instellingen dat reeds is beoordeeld en/ of streeft naar een nieuwe beoordeling (N=115)

	instelling is reeds beoordeeld	streeft naar nieuwe beoordeling
Met behulp van interinstitutionele toetsing	8%	17%
Met behulp van visitatie door beroepsgroepen	6%	8%
Door een cliënten/ consumentenorganisatie (vb FvO, CG-raad, LSR, RPCP, etc)	13%	11%
Door een onafhankelijk instituut (bijv. een certificerende instelling of via een INK-audit)	10%	75%
Andere beoordeling	7%	2%

De meeste instellingen voor gehandicaptenzorg (75%) streven naar een nieuwe beoordeling door een onafhankelijk instituut. 10% van de instellingen is reeds beoordeeld.

Van de genoemde beoordelingsmethodes wordt de visitatie van beroepsgroepen genoemd door het minst aantal instellingen.

Andere beoordelingen zijn bijvoorbeeld interne audit, regulier inspectiebezoek, door opleiding voor gz-psycholoog en opleiding voor arts verstandelijk gehandicapten (AVG).

3.12.2 *Werkt uw instelling aan het verkrijgen van een kwaliteitskeurmerk of certificaat of bezit u die al?*

Percentage instellingen dat aan een kwaliteitskeurmerk bezit of eraan werkt (N=115)

	wordt niet aan gewerkt	wordt wel aan gewerkt	reeds in bezit	missing
HKZ-certificaat	4%	89%	3%	5%
ISO-certificaat	10%	2%	1%	87%
INK-audit	10%	5%	2%	84%
Ander keurmerk/ certificaat	4%	1%	3%	93%

De meeste instellingen voor gehandicaptenzorg werken aan een HKZ-certificaat (89%). 3% van de instellingen is al in het bezit van een HKZ-certificaat.

Minder instellingen (5%) werkt aan een INK-audit, of heeft deze al in bezit (2%).

Andere keurmerken die worden genoemd, zijn het erkend leerbedrijf, ACSM (erkenning van American College of Sports Medicine t.b.v. opleiding exercise specialist), kc3 (kwaliteitssysteem speciaal onderwijs cluster 3), opstartcertificaat van HKZ.

3.12.3 *Wat zijn de drie belangrijkste prioriteiten (top 3) in de kwaliteitszorg voor het komende jaar, dus voor 2006?*

Percentage instellingen dat aangeeft de volgende prioriteit te hebben gesteld voor het komende jaar (N=115)

	%
Scholing in kwaliteitszorg	24%
Opstellen van procedures, richtlijnen, protocollen	34%
Kwaliteitsprojecten/ verbeterprojecten	27%
Consequent werken volgens de kwaliteitscyclus (plan-do-check-act)	68%
Meningspeilingen (onder cliënten en/of verwijzers)	26%
Interne toetsingen (audits)	47%
Externe beoordeling/ certificering	63%
Opzetten veiligheids(management)systeem	4%
Interne coördinatie/ afstemming van zorg/ begeleiding	15%
Coördinatie/ afstemming met ketenpartners	8%
Regionale samenwerking	6%
Andere prioriteit	9%

In de tabel staan percentages van het totaal aantal instellingen dat aangeeft waar de prioriteit voor het komende jaar (2006) ligt. Instellingen konden in totaal 3 prioriteiten aangeven.

De meeste instellingen (68%) geven aan dat de prioriteit ligt bij consequent werken volgens de kwaliteitscyclus (plan-do-check-act). 63% van de instellingen geeft aan dat een prioriteit ligt bij externe beoordeling/ certificering.

Het opzetten van een veiligheids(management)systeem is prioriteit bij het minst aantal instellingen (4%). Coördinatie/ afstemming met ketenpartners (8%) en regionale samenwerking (6%) staan ook bij minder instellingen in de top 3 van prioriteiten. Bij 'andere prioriteiten' wordt het meest de ontwikkeling van een kwaliteitshandboek genoemd.

3.12.4 *Lange termijn: Wat zijn de twee belangrijkste aandachtsgebieden voor uw instelling voor de komende vijf jaar?*

Percentage instellingen dat aangeeft de volgende prioriteit te hebben gesteld voor de lange termijn (N=115)

	%
<i>Top 10 van prioriteiten op lange termijn (komende vijf jaar)</i>	
Certificering/ accreditatie	36%
Klantgericht-/ vraaggericht werken	20%
Profilering, marktpositie en ondernemerschap	17%
Financiering, stabiliteit en efficiency	11%
Fusie/ samenwerking/ ketenzorg	11%
Implementatie/ borgen van het kwaliteitssysteem	11%
Medewerkers en cultuur	10%
Productontwikkeling/ -uitbreiding (ook onderzoek en innovatie)	10%
Consequent werken volgens de kwaliteitscyclus (pdca)	10%
Ontwikkelen kwaliteitszorg	8%

In een open vraag werd gevraagd naar de twee belangrijkste aandachtsgebieden voor de lange termijn. De antwoorden zijn door de onderzoekers gecategoriseerd. In bovenstaande tabel staat de top 10 van meest belangrijke aandachtsgebieden voor de lange termijn voor instellingen voor gehandicaptenzorg.

3.12.5 *Wilt u aankruisen welke modellen of systemen in de instelling worden gebruikt om het kwaliteitssysteem vorm te geven? En/of welke publicaties daarbij als leidraad worden gebruikt?*

Percentage instellingen dat het volgende kwaliteitsmodel gebruikt (N=115)

	%
VGN - model kwaliteitssysteem Gehandicaptenzorg MKG (1998)	25%
FvO - kwaliteitsstandaarden van de Federatie van Ouderenverenigingen	1%
ISO - International Standards of Organization	3%
INK - Instituut Nederlandse Kwaliteit	14%
HKZ - Certificatieschema van de Stichting HKZ	92%
Ander model of systeem	5%

De meeste instellingen voor gehandicaptenzorg gebruiken HKZ als leidraad voor het kwaliteitssysteem (92%). Ook wordt genoemd dat enkele delen uit het HKZ wordt gebruikt of dat men werkt aan het opstartcertificaat. Het model kwaliteitssysteem gehandicaptenzorg wordt gebruikt door 25% van de instellingen.

De modellen van FvO (1%) en ISO (3%) worden nauwelijks gebruikt.
Andere modellen die worden genoemd, zijn kc3 (kwaliteitssysteem speciaal onderwijs cluster 3), mytylscholen BSC (balanced score card).

In totaal geeft 77% van alle instellingen voor gehandicaptenzorg aan dat op directieniveau een keuze is gemaakt voor een bepaald kwaliteitssysteem/ -model voor de gehele instelling (niet in tabel). 22% van alle instellingen heeft (nog) niet op directieniveau gekozen voor een bepaald kwaliteitssysteem/ -model voor de gehele instelling.

Bij 71% van alle instellingen is op directieniveau gekozen voor HKZ als model voor de gehele instelling. Bij 5% is gekozen voor het INK-model, en bij 3% voor het kwaliteitssysteem gehandicaptenzorg MKG.

Bij 10 instellingen (9%) is gekozen voor het gecombineerd gebruik van 2 kwaliteitssystemen/ -modellen (niet in tabel).

4 Ggz-instellingen

De gegevens die in de tabellen worden genoemd zijn absolute percentages. Percentages zijn berekend op het aantal inzendingen. Zo staat 50% voor 50% van de respondenten, bij de ggz dus voor 43 instellingen.

De percentages tellen niet altijd op tot 100% omdat doorgaans 1 – 2% van de respondenten de vraag niet heeft ingevuld (missing).

Bij een aantal vragen tellen de percentages op tot meer dan 100% omdat de instellingen dan meerdere antwoorden konden aankruisen.

4.1 Respons en non-respons

In totaal werden 106 ggz-instellingen aangeschreven. Al deze instellingen zijn lid van GGZ Nederland. De respons was 81% (86 vragenlijsten).

De vragenlijsten werden ingevuld door verschillende functionarissen. Bij 15% vulde de directie de lijst in. 72% van de vragenlijsten werd ingevuld door de kwaliteitsfunctionaris van de instelling. Andere invullers waren onder andere beleidsmedewerker, secretaris Raad van Bestuur, en/ of intern bureau dat met kwaliteit en ontwikkeling belast is.

De instellingen geven aan de volgende zorgsoorten te leveren: (meerdere antwoorden mogelijk)

36%	APZ-zorg
12%	PAAZ-zorg
40%	RIAGG-zorg
38%	RIBW-zorg
29%	verslavingszorg
0%	MKD/ MKT-zorg
17%	forensische psychiatrie
44%	jeugd-ggz
36 %	dag activiteiten centrum (DAC)
9 %	niet-ggz zorg (bijvoorbeeld maatschappelijke opvang, gehandicaptenzorg, verpleeghuiszorg)
20%	andere activiteiten (bijvoorbeeld arbeidsreïntegratie, vrouwen- / gezinsopvang, begeleidingsactiviteiten)

Non-respons

Van de 106 aangeschreven instellingen lieten 4 instellingen weten waarom ze niet deelnamen aan het onderzoek. Van deze groep non-respondenten hadden 2 instellingen 'al te veel enquêtes/ onderzoeken gehad'. Een andere instelling was bezig met certificeren. Andere redenen werden niet genoemd.

Drie instellingen hebben een kwaliteitsfunctionaris of kwaliteitsstuurgroep/ -commissie ingesteld. De andere non-respondent geeft aan dit niet te hebben.

Bij 2 van de non-respondenten is op directieniveau een keuze gemaakt voor een kwaliteitssysteem. De ene heeft voor HKZ gekozen, de andere voor HKZ plus INK. De twee andere instellingen hebben deze vraag niet ingevuld (missing).

4.2 Cliënten

4.2.1 Verstrekt de instelling standaard schriftelijke informatie aan cliënten over hun rechtspositie? Zo ja, over welke aspecten?

Percentage ggz-instellingen dat standaard schriftelijke informatie verstrekt aan cliënten over hun rechtspositie (N=86)

	%
Nee, standaard wordt geen schriftelijke informatie over de rechtspositie verstrekt	6%
Ja, standaard wordt wel schriftelijke informatie over de rechtspositie verstrekt	90%
<i>Namelijk over:</i>	
- inzage-, correctie- en kopierecht van hun dossier	74%
- voorafgaande toestemming voor het gebruik van audiovisuele hulpmiddelen	31%
- het klachtenmeldpunt en de klachtenregeling	86%
- het verbod op ongewenste intimiteiten	42%
- de vertrouwenspersoon	69%
- toestemming van de cliënt voor het opvragen van gegevens bij derden	72%
- toestemming voor het leveren van gegevens aan derden	67%
- privacy reglement	67%

Bijna alle ggz-instellingen (90%) verstrekken standaard schriftelijke informatie aan cliënten over hun rechtspositie. 6% verstrekt standaard geen schriftelijke informatie hierover.

Van alle instellingen verstrekt 86% standaard schriftelijke informatie over het klachtenmeldpunt en de klachtenregeling. Standaard schriftelijke informatie over inzage-, correctie- en kopierecht van het dossier wordt verstrekt in 74% van alle ggz-instellingen. Van bovengenoemde items wordt het minst standaard informatie verstrekt over voorafgaande toestemming voor het gebruik van audiovisuele hulpmiddelen (31%).

4.2.2 *Bij welke kwaliteitsactiviteiten worden cliënten en/of hun belangenorganisaties betrokken?*

Percentage ggz-instellingen dat cliënten betreft bij kwaliteitsactiviteiten (N=86)

	nee of nvt	cliëntenraad	cliënten- organisaties	beide	missing
Ontwikkelen van kwaliteitscriteria/ normen	35%	43%	5%	6%	12%
Opstellen van protocollen/ standaarden	33%	51%	1%	7%	8%
Beoordelen of de beoogde doelen t.a.v. kwaliteit worden gehaald	28%	57%	1%	5%	9%
Participatie in (kwaliteits)commissies	50%	37%	2%	2%	8%
Participatie in verbeterprojecten	23%	55%	2%	8%	12%
Het bespreken van uitkomsten van meningspeilingen, klachtbehandeling, etc	7%	83%	4%	5%	2%
Andere kwaliteitsactiviteiten	78%	14%	1%	1%	6%

In bovenstaande tabel staat bij welke kwaliteitsactiviteiten de cliëntenraad en/ of de cliëntenorganisaties worden betrokken.

Over het algemeen wordt de cliëntenraad meer betrokken bij bovengenoemde items dan cliëntenorganisaties.

Het betrekken van cliëntenorganisaties bij het ontwikkelen van kwaliteitscriteria/ normen gebeurt in totaal bij 11% van de ggz-instellingen. Cliëntenorganisaties worden bij 4% van de instellingen betrokken bij participatie in (kwaliteits)commissies.

Bij in totaal 88 % van de ggz-instellingen wordt de cliëntenraad betrokken bij het bespreken van uitkomsten van meningspeilingen, klachtbehandeling, etc.

Bij 7% van de ggz-instellingen wordt zowel de cliëntenraad als cliëntenorganisaties niet betrokken bij het bespreken van meningspeilingen, klachtbehandeling, etc.

Andere activiteiten waarbij belangenorganisaties worden betrokken, zijn onder andere bij onderzoek naar kwaliteit, bij bouwplannen en bij beleidsplannen.

4.2.3 *Op welke wijze hebben cliënten (en hun organisaties) inspraak in de hulpverlening?*

Percentage ggz-instellingen waarin cliënten en hun organisaties inspraak hebben in de zorgverlening (N=86)

	%
<i>Individuele cliënten:</i>	
Cliënten worden betrokken bij het opstellen en evalueren van het hulpverleningsplan	98%
Er vinden geen verrichtingen plaats zonder toestemming van de cliënt (WGBO)	83%
Bij afsluiting wordt het oordeel van de cliënt gevraagd (bv exit-interviews)	59%
<i>Cliëntenraad:</i>	
Er is periodiek overleg met de cliëntenraad (of bewonersraad)	97%
Aanbevelingen van de cliëntenraad worden vertaald in (nieuw) beleid	84%
Aan de cliëntenraad wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	81%
<i>Cliëntenorganisaties:</i>	
Er is periodiek overleg met cliëntenorganisatie(s) (bijv. RP/CP)	49%
Cliënten/ consumentenorganisaties toetsen de instelling	24%
Aanbevelingen van deze organisaties worden vertaald in (nieuw) beleid	29%
Aan deze organisaties wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	24%
<i>Andere wijze van inspraak</i>	9%

Nagenoeg alle ggz-instellingen (98%) betrekken cliënten bij het opstellen en evalueren van het hulpverlenerplan. Periodiek overleg met de cliëntenraad vindt plaats in 97% van alle instellingen.

Bij 24% van de instellingen toetsen cliënten/ consumentenorganisaties de instelling. Bij eveneens 24% wordt aan deze organisaties gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan. Bij andere wijze van inspraak werd onder andere genoemd periodiek overleg met commissie van toezicht, cliënten trainen hulpverleners.

Een enkele instelling merkte op dat er (nog) geen tot nauwelijks contact met cliëntenraad was, of dat cliënteninspraak minder van toepassing is bij TBS.

4.2.4 *Is er binnen de instelling aantoonbaar aandacht voor risico's voor de cliënt?*

Percentage ggz-instellingen dat aantoonbaar aandacht heeft voor risico's voor de cliënt
(N=86)

	%
Niet bekend	11%
Ja, voor eventuele risico's verbonden aan de hulpverlening	63%
Ja, voor eventuele risico's verbonden aan medicatie	72%
Ja, voor eventuele risico's bij crisis-interventie	41%
Ja, voor eventuele risico's verbonden aan dwangmaatregelen	45%
Ja, voor eventuele risico's in de afstemming met andere zorgverleners	26%
Ja, voor eventuele risico's in de organisatie van de zorg	29%
Ja, voor andere risico's	8%

72% van de ggz-instellingen heeft aantoonbaar aandacht voor eventuele risico's verbonden aan medicatie.

Minder dan een derde van de ggz-instellingen heeft aantoonbaar aandacht voor eventuele risico's in de organisatie van de zorg (29%) en voor eventuele risico's in de afstemming met andere zorgverleners (26%).

Andere risico's waar instellingen aantoonbaar aandacht voor hebben, zijn bijvoorbeeld voor eventuele risico's door agressie, wapens, roken, brand en diefstal.

Bij 11% van de ggz-instellingen is niet bekend of binnen de instelling aantoonbaar aandacht is voor risico's voor de cliënt.

4.3 Medewerkers

4.3.1 In welke mate is het personeelsbeleid gericht op het kwaliteitsbeleid?

Mate waarin het personeelsbeleid is gericht op kwaliteitszorg, uitgedrukt in een gemiddelde score op een schaal van 0 t/m 50 (N=86)

	score
<i>Medewerkers/professionals:</i>	
Worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen	35
Kunnen binnen werktijd deelnemen aan activiteiten voor verbetering	35
Krijgen systematisch feedback over de resultaten van kwaliteitszorg	24
Krijgen systematisch feedback over het naleven van richtlijnen	21
Worden gestimuleerd om incidenten in de zorgverlening te melden	37
Krijgen systematisch feedback over meldingen van incidenten	31
<i>Selectie en scholing:</i>	
Selectie van nieuw personeel met positieve attitude tav kwaliteitszorg	24
Scholing van leidinggevenden/ management	34
Scholing van medewerkers/ professionals	33
Nieuwe medewerkers worden geschoold in kwaliteitszorg	21
Medewerkers worden geïnstrueerd in het toepassen van richtlijnen	26
<i>Directie/ management:</i>	
Geeft aan wat van medewerkers verwacht wordt tav kwaliteitsbeleid	30
Toetst of medewerkers zich houden aan afspraken tav kwaliteitsbeleid	26
Bewaakt de uitvoering van de afdelingswerkplannen	34
Maakt afspraken met leidinggevenden over te bereiken resultaten	37
Spreekt af wie verantwoordelijk is voor een hulpverlenerproces	38
Maakt afspraken over het borgen van resultaten verbeterprojecten	28
Werkt met managementcontracten (vastgelegde taken en prestaties)	26

De cijfers in bovengenoemde tabel zijn gemiddelde scores op een schaal van 0 tot en met 50, waarbij 0 staat voor nooit en 50 voor altijd.

Medewerkers/ professionals worden relatief vaak (score van 37) gestimuleerd om incidenten in de zorgverlening te melden. Relatief vaak maakt directie/ management afspraken wie verantwoordelijk is voor een hulpverlenerproces (score van 38) en afspraken met leidinggevenden over de te bereiken resultaten (score van 37) Relatief minder vaak krijgen medewerkers/ professionals systematisch feedback over het naleven van richtlijnen (score van 21). Het scholen van nieuwe medewerkers in kwaliteitszorg krijgt eveneens een gemiddelde score van 21.

4.4 Protocollen en procedures

4.4.1 *Wat voor soort protocollen (of richtlijnen) worden in uw instelling gebruikt?*

Percentage ggz-instellingen dat onderstaande protocollen hanteert (N=86)

	%
<i>Protocollen voor het professioneel handelen:</i>	
Gericht op specifieke behandelingen/ verrichtingen	76%
Voor de voorlichting aan de cliënt	57%
Voor voorbehouden handelingen	63%
Voor het gebruik van (medische) hulpmiddelen	62%
Voor kritische momenten in het zorgproces	71%
Voor specifieke doelgroepen (of diagnoses)	59%
Voor de routing van de cliënt van aanmelding tot afsluiting van de zorg	76%
Voor samenwerking met/ overdracht naar andere zorgaanbieders	51%

76% van de ggz-instellingen gebruikt protocollen/ richtlijnen gericht op specifieke behandelingen/ verrichtingen. Eveneens 76% gebruikt protocollen/ richtlijnen voor de routing van de cliënt van aanmelding tot afsluiting van de zorg. Protocollen/ richtlijnen voor samenwerking met/ overdracht naar andere zorgaanbieders worden gebruikt in 51% van alle ggz-instellingen.

4.4.2 *Welke van onderstaande protocollen/ richtlijnen zijn aanwezig? En bij welke daarvan wordt de toepassing periodiek onderzocht?*

Percentage ggz-instellingen waar onderstaande protocollen aanwezig zijn en waar deze toepassing periodiek wordt onderzocht (N=86)

	protocol aanwezig	periodiek onderzocht
<i>Protocollen voor:</i>		
Crisisinterventie	79%	24%
Toepassing van dwang/ separatie	58%	29%
Hulp bij zelfdoding	41%	15%
Stervensbegeleiding	23%	7%
Grensoverschrijdend hulpverlenergedrag	77%	21%

De meeste ggz-instellingen (79%) zijn in bezit van protocollen voor crisisinterventie. Ook veel instellingen zijn in bezit van een protocol omtrent grensoverschrijdend hulpverlenergedrag. Bij een kwart van de instellingen (23%) is een protocol voor stervensbegeleiding aanwezig.

Over het algemeen wordt de toepassing van protocollen periodiek onderzocht in een derde van de instellingen waar deze protocollen aanwezig zijn.

4.4.3 *Beschikt uw instelling over procesbeschrijvingen voor de primaire processen? Dit houdt in dat alle stappen beschreven zijn, en dat degenen die voor de uitvoering verantwoordelijk zijn, worden benoemd*

Percentage ggz-instellingen dat procesbeschrijvingen heeft voor primaire processen (N=86)

	%
Nee, geen procesbeschrijvingen voor het primaire proces	9%
Ja, er zijn wel procesbeschrijvingen voor het primaire proces	91%
<i>Er zijn procesbeschrijvingen voor de volgende onderdelen van het primaire proces:</i>	
- indicatiestelling/ intake	90%
- behandelproces	84%
- afsluiting of ontslag	80%
- geneesmiddelenbeheer	64%

91% van de ggz-instellingen beschikt over procesbeschrijvingen voor de primaire processen. Bij 9% van de instellingen zijn er geen procesbeschrijvingen. Van alle ggz-instellingen is 90% in bezit van procesbeschrijvingen voor de indicatiestelling/ intake. Minder instellingen (64%) melden in het bezit te zijn van procesbeschrijvingen met betrekking tot geneesmiddelenbeheer.

4.5 Effecten

4.5.1 Welke positieve effecten verwacht u (of zijn reeds bereikt) tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage ggz-instellingen dat verwachtingen heeft omtrent positieve effecten van kwaliteitszorg (N=86)

	niet verwacht	wel verwacht	reeds bereikt	missing
<i>Cliënten:</i>				
Toename van cliëntgerichtheid	5%	65%	28%	2%
Toename van tevredenheid van cliënten	4%	77%	19%	1%
Verbetering van de zorgprocessen	0%	73%	27%	0%
Verbetering van de behandelresultaten (uitkomst)	8%	81%	7%	4%
Verbeteren van de cliëntveiligheid	9%	71%	16%	4%
<i>Personeel:</i>				
Het personeel kan zich zelf verder ontwikkelen	9%	67%	21%	2%
Er is een cultuur van continu leren en verbeteren ontstaan	5%	77%	19%	0%
Toename van tevredenheid van het personeel	12%	78%	9%	1%
Toename van de inzet en flexibiliteit van het personeel	26%	61%	12%	2%
Meer duidelijkheid voor het personeel over de gang van zaken	1%	77%	21%	1%
Toename van vraaggestuurd werken	13%	66%	17%	4%
<i>Organisatie:</i>				
Toename beheersbaarheid van de organisatie door management	4%	69%	28%	0%
Betere profilering van de instelling	5%	74%	19%	2%
Toename van tevredenheid van externe partijen	1%	79%	17%	2%
Betere concurrentiepositie	12%	77%	11%	1%
Meer duidelijkheid in de organisatie over de gang van zaken	0%	74%	24%	1%
Toename van vraagsturing in het beleid van de organisatie	12%	70%	16%	2%
<i>Rendement:</i>				
Toename van de productiviteit van de instelling	24%	63%	9%	4%
Kostenbesparing op lange termijn in de eigen instelling	37%	51%	8%	4%
Kostenbesparing, maar niet in de eigen instelling	56%	23%	5%	16%
Betere risicobeheersing in de organisatie	6%	83%	9%	2%
<i>Andere effecten</i>	0%	4%	1%	95%

Over het algemeen geven de meeste instellingen ‘wordt verwacht’ aan bij bovengenoemde effecten van kwaliteitszorg. Tot ongeveer een kwart van de instellingen heeft de genoemde effecten reeds bereikt. Het meest bereikt is toename van de cliëntgerichtheid (28%) en toename van beheersbaarheid van de organisatie door het management (28%). Het minst verwacht wordt de kostenbesparing buiten de eigen instelling (56%). Ook verwacht een derde van de instellingen (37%) niet dat kwaliteitszorg zal leiden tot kostenbesparing op lange termijn in de eigen instelling. Zowel kostenbesparing in de eigen instelling (8%) als niet in de eigen instelling (5%) is bereikt door weinig instellingen. Andere effecten van kwaliteitszorg zijn bijvoorbeeld het kunnen optimaliseren van managementprocessen, het hebben van een ethische commissie die dilemma’s m.b.t. zorgverbetering behandelt, stijging van de kosten.

4.6 Cyclische kwaliteitsactiviteiten

4.6.1 *Vinden in uw instelling – voor zover van toepassing – onderstaande activiteiten plaats? Zo ja, worden de resultaten aantoonbaar gebruikt voor bijsturing van het beleid?*

Percentage ggz-instellingen dat onderstaande activiteiten kent en gebruikt voor bijsturing (N=86)

	nee	nog niet volledig	cyclisch onderdeel	missing
Intercollegiale toetsing monodisciplinair	30%	59%	9%	1%
Intercollegiale toetsing multidisciplinair	31%	61%	5%	4%
Gebruik zorg-/ behandelplannen	0%	31%	69%	0%
Incidentenanalyse (infecties, FONA/ MIP, etc)	5%	45%	50%	0%
Functionerings-/ beoordelingsgesprekken met alle medewerkers	2%	44%	52%	1%
Interne beoordeling van het kwaliteitssysteem	40%	33%	27%	1%
Interinstitutionele toetsing/ visitatie	55%	27%	17%	1%
Management-informatie-systeem	13%	52%	35%	0%
Meningspeiling onder cliënten	7%	36%	56%	1%
Meningspeiling onder verwijzers of andere ketenpartners	59%	28%	13%	0%
Meningspeiling onder medewerkers/ professionals	20%	36%	44%	0%
Marktonderzoek naar behoeften van (potentiële) gebruikers	76%	21%	4%	0%
Marktonderzoek onder verwijzers of andere ketenpartners	63%	28%	7%	2%
Klachtenanalyse	14%	44%	42%	0%
Overleg met cliëntenraad	4%	35%	62%	0%
Benchmarking	28%	59%	13%	0%
Risico-inventarisatie ten aanzien van cliënten	63%	29%	7%	1%

Per activiteit zijn drie mogelijke antwoorden:

- nee
- ja, de activiteit bestaat, maar nog niet volledig cyclisch. De resultaten worden nog onvoldoende gebruikt voor bijsturing
- ja, het is een cyclisch onderdeel van ons kwaliteitssysteem. De resultaten worden systematisch gebruikt voor bijsturing

Het gebruik van zorg-/ behandelplannen is het cyclische onderdeel dat het meest genoemd wordt (69%). Overleg met de cliëntenraad is een cyclisch onderdeel in 62% van de ggz-instellingen.

Driekwart (76%) van de ggz-instellingen doet geen marktonderzoek naar behoeften van (potentiële) gebruikers. Marktonderzoek onder verwijzers of ander ketenpartners vindt niet plaats in 63% van de instellingen.

4.7 **Beleid en strategie: documenten**

4.7.1 *In hoeverre beschikt uw instelling over onderstaande documenten?*

Percentage ggz-instellingen dat beschikt over onderstaande documenten (N=86)

	nee of nvt	in ontwikkeling	in bezit	missing
Missie op schrift	0%	5%	95%	0%
'Product'omschrijvingen	0%	35%	64%	1%
Kwaliteitsbeleid op schrift	4%	40%	57%	0%
Kwaliteitswerkplan op instellingsniveau	8%	42%	48%	2%
Kwaliteitsjaarverslag of kwaliteitsdeel in het algemene jaarverslag	4%	17%	77%	2%
Kwaliteitshandboek	5%	57%	37%	1%
Veiligheids(management)plan op schrift	28%	48%	24%	0%

Over het algemeen zijn de ggz-instellingen in het bezit van bovengenoemde documenten of bezig met het ontwikkelen ervan.

Bijna alle ggz-instellingen zijn in het bezit van een missie op schrift (95%). Veel instellingen (77%) zijn in het bezit van een kwaliteitsjaarverslag of kwaliteitsdeel in het algemene jaarverslag. Bij 17% is zo'n kwaliteitsverslaglegging in ontwikkeling.

Een kwart van de ggz-instellingen is in het bezit van een veiligheids(management)plan op schrift (24%). De helft van de instellingen is hiermee bezig (48%). Ruim een kwart (28%) heeft geen veiligheids(management)plan en werkt er ook niet aan.

4.7.2 *In hoeverre beschikt uw instelling over onderstaande documenten of codes?*

Percentage ggz-instellingen dat over onderstaande documenten of codes beschikt (N=86)

	nee of nvt	In ontwikkeling	in bezit	missing
Een interne gedragscode	14%	30%	55%	1%
Een professioneel statuut	24%	26%	47%	4%
Een privacy reglement	2%	9%	87%	1%
Een dossier reglement	2%	9%	87%	1%
Registratieregels	6%	20%	73%	1%

De meeste instellingen (87%) beschikken over een privacy reglement. 9% van de instellingen werkt aan zo'n privacy reglement.

Eveneens veel instellingen (87%) zijn in het bezit van een dossierreglement. Bij 9% van de instellingen wordt aan het dossier reglement gewerkt.

Een kwart van de ggz-instellingen (24%) is niet in het bezit van een professioneel statuut en werkt hier ook niet aan. Bij een kwart (26%) is zo'n professioneel statuut in ontwikkeling. Bijna de helft van alle instellingen (47%) is in bezit van een professioneel statuut.

4.7.3 *Zijn in uw instelling voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg?*

Percentage ggz-instellingen dat voorzieningen voor kwaliteitszorg heeft getroffen (N=86)

	%
Nee, geen extra voorzieningen	2%
Ja, er is een apart intern gereserveerd budget voor kwaliteitszorg	44%
Ja, stuurgroep(en) of commissie(s) is/zijn ingesteld	73%
Ja, kwaliteitsfunctionaris(sen)/coördinator(en) is/zijn aangesteld	88%
Ja, een extern bureau of adviseur is ingeschakeld	54%
Andere voorzieningen	6%

Bij de meeste ggz-instellingen is een kwaliteitsfunctionaris/ coördinator aangesteld (88%). Bij veel instellingen is een stuurgroep of commissie ingesteld (73%).

2% van de ggz-instellingen heeft geen extra voorzieningen voor kwaliteitszorg getroffen.

4.7.4 *Wie zijn de ‘trekkers’ van kwaliteitszorg in uw instelling?*

Percentage ggz-instellingen dat aangeeft wie de ‘trekker’ van kwaliteitszorg is (N=86)

	%
Niemand in het bijzonder	0%
De stuurgroep/ commissie	58%
De kwaliteitsfunctionaris	83%
Een extern bureau/ adviseur	20%
De professionals (zorgverleners)	21%
Directie of management	80%
Hoofden/ leidinggevenden	47%
Andere ‘trekker’	12%

De kwaliteitsfunctionaris is de ‘trekker’ bij 83% van de instellingen. Directie of management neemt het voortouw bij 80% van de ggz-instellingen.

Bij 21% van de ggz-instellingen zijn de professionals/ zorgverleners de trekkers van kwaliteitszorg. Bij minder instellingen (20%) is een extern bureau/ adviseur de initiatiefnemer.

Voorbeelden van andere ‘trekkers’ zijn: projectleider, bureau zorgontwikkeling/ zorginnovatie, en/ of aangewezen professionals per circuit.

4.8 Samenwerking en ketenkwaliteit

4.8.1 *Met welke ketenpartners vindt structureel overleg plaats over raakvlakken in het primaire proces?*

Percentage ggz-instellingen dat structureel overleg heeft met ketenpartners over het primaire proces (N=86)

	%
Met andere ggz-aanbieders in de regio	91%
Met huisartsen	61%
Met ziekenhuis	48%
Met thuiszorg	28%
Met maatschappelijke opvang	62%
Met arbeidsbemiddeling/ -integratie	37%
Met woningbouw verenigingen	63%
Met justitie/ politie	63%
Met andere overlegpartners	27%

De meeste ggz-instellingen (91%) hebben structureel overleg over raakvlakken in het

primaire proces met andere ggz-aanbieders in de regio. Rond de 60% van de instellingen heeft structureel overleg met huisartsen (61%), met maatschappelijke opvang (62%), met woningbouw verenigingen (63%) en met justitie/ politie (63%). Minder structureel overleg over raakvlakken in het primaire proces vindt plaats met arbeidsbemiddeling/ -integratie (37%) en met de thuiszorg (28%).

Andere genoemde overlegpartners zijn landelijke ggz-instellingen, gemeentes, bureau jeugdzorg/ jeugdhulpverlener, verpleeg- en verzorgingshuizen, onderwijs.

4.9 Beleidscyclus

4.9.1 Welk indicatoren/ gegevens worden gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit?

Percentage ggz-instellingen dat de volgende indicatoren gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit (N=86)

	%
Er worden geen indicatoren voor monitoring gebruikt	12%
Er worden wel indicatoren voor monitoring gebruikt	84%
<i>De volgende indicatoren/ gegevens worden gebruikt:</i>	
<i>Input indicatoren</i>	
- het aanbod aan doelgroepen/ cliënten	43%
- de toegeleiding, indicatie(stelling) van cliënten	37%
- de zorgzwaarte van de doelgroepen/ cliënten	44%
<i>Procesindicatoren</i>	
- wachttijden voor hulpverlening of (onderdelen van) zorgprogramma's	70%
- frequentie en duur van de hulpverlening per cliënt	37%
- wisselingen van 'hoofd-behandelaar'	2%
- aantal onvrijwilliger opnames en dwangbehandelingen	31%
- aantal en aard van dwangmiddelen en maatregelen	34%
- percentage cliëntgebonden tijd van hulpverleners	43%
<i>Uitkomstindicatoren</i>	
- aanwezige en ontslagen cliënten naar behandelduur en diagnoses	28%
- aanwezig en ontslagen cliënten naar type hulpverlening of zorgprogramma's	38%
- vermindering van klachten/ stoornissen	28%
- mate van herstel in sociaal functioneren	24%
- tevredenheid van de cliënt over de hulpverlening	66%
- aantal klachten van cliënten	71%
- aantal drop-outs of eenzijdige verbreking van de behandeling	30%
- mate van doelrealisatie bij afsluiting van de behandeling	16%
<i>Andere indicatoren/ gegevens</i>	13%

84% van de ggz-instellingen gebruikt indicatoren voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit. Bij 12% van de instellingen worden geen kwaliteitsindicatoren gebruikt. Veel ggz-instellingen (70%) gebruiken indicatoren over wachttijden voor hulpverlening of (onderdelen van) zorgprogramma's voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit. Het aantal klachten van cliënten wordt gebruikt door 71% van de instellingen. Het minst genoemd worden gegevens over wisselingen van 'hoofdbehandelaar' (2%). Andere indicatoren zijn meldingen van incidenten, aantallen cliënten die gebruik maken van voorzieningen, tevredenheid van naastbetrokkenen en van ketenpartners.

4.9.2 *Is het aantal en de aard van regels en procedures in uw instelling veranderd tengevolge van kwaliteitsmanagement?*

Percentage ggz-instellingen waarbij kwaliteitsmanagement heeft geleid tot verandering in regelhuishouding (N=86)

	%
Nee, geen invloed	4%
Er zijn regels/ procedures bijgekomen	73%
Overbodige regels/ procedures zijn verwijderd	37%
De regels/ procedures worden beter bewaakt	69%
Impliciete regels/ procedures zijn geformaliseerd	64%
De toepassing van regels/ procedures wordt beter getoetst	56%
De werking van regels/ procedures wordt beter geëvalueerd en geactualiseerd	62%

In totaal 4% van de ggz-instellingen meldt geen verandering in het aantal en de aard van regels en procedures tengevolge van kwaliteitsmanagement. Bij 73% van de instellingen zijn er regels/ procedures bijgekomen. Veel instellingen melden dat regels/ procedures beter bewaakt worden (69%). Minder instellingen (37%) geven aan dat overbodige regels/ procedures zijn verwijderd.

4.9.3 *Zijn er negatieve effecten in uw instelling opgetreden tengevolge van kwaliteitsmanagement?*

Percentage ggz-instellingen dat de volgende negatieve effecten heeft opgemerkt (N=86)

	%
Er hebben zich geen negatieve effecten voorgedaan	34%
Kosten zijn gestegen	41%
Verstarring c.q. gebrek aan flexibiliteit bij medewerkers/ professionals	13%
Werkdruk is toegenomen	45%
Weerstand van medewerkers/ professionals bij het doorvoeren van structurele veranderingen	29%
Demotivatie/ ontevredenheid bij medewerkers/professionals	6%
Andere negatieve effecten	14%

Bij een derde (34%) van de ggz-instellingen hebben zich geen negatieve effecten voorgedaan tengevolge van kwaliteitsmanagement. 45% van de instellingen vindt dat de werkdruk is toegenomen en 41% vindt dat de kosten zijn gestegen als gevolg van kwaliteitsmanagement. Van bovengenoemde negatieve effecten van kwaliteitsmanagement wordt demotivatie/ ontevredenheid bij medewerkers/ professionals het minst aangegeven (6%). Bij andere negatieve effecten wordt vaak papierwerk/ bureaucrativering genoemd. Zeven instellingen melden dat de negatieve effecten nog niet goed zijn aan te geven in dit stadium van kwaliteitsmanagement.

4.10 Kwaliteitskosten

4.10.1 *Speelt de kwaliteit van zorg een rol in de contractonderhandelingen met de zorgverzekeraars?*

Percentage ggz-instellingen dat aangeeft dat kwaliteit een rol speelt in de contractonderhandelingen (N=86)

	%
Nee, geen enkele rol	5%
Nee, kwaliteit van zorg komt ter sprake, maar maakt geen deel uit van de onderhandelingen	7%
Ja, kwaliteit van zorg maakt deel uit van de onderhandelingen	84%
<i>Zorgverzekeraars vragen:</i>	
- in toenemende mate kwaliteitsgaranties	70%
- goede uitkomsten op prestatie-indicatoren	36%
- kwaliteitsparagrafen met prestatieafspraken	27%
- andere kwaliteitskenmerken	17%

Bij 84% van de ggz-instellingen speelt kwaliteit van zorg een rol bij de contractonderhandelingen met zorgverzekeraars. Bij 5% van de instellingen speelt kwaliteit van zorg geen enkele rol bij de onderhandelingen. In totaal 70% van de ggz-instellingen meldt dat zorgverzekeraars in toenemende mate kwaliteitsgaranties vragen. Minder vaak gevraagd worden goede uitkomsten op prestatie-indicatoren (36%) en kwaliteitsparagrafen met prestatieafspraken (27%). Door 10 instellingen wordt aangegeven dat zorgverzekeraars om HKZ-certificatie vragen. Andere kwaliteitskenmerken waar zorgverzekeraars om vragen zijn bijvoorbeeld cliënttevredenheidsonderzoeken, proces-eisen, kwaliteitssysteem & kwaliteitsjaarverslag.

4.11 Cultuur en structuur

4.11.1 Hoe zou u de organisatiestructuur en cultuur in uw instelling typeren?

Organisatiestructuur uitgedrukt in een gemiddelde score op een schaal van 1 tot en met 50 (N=86)

	score
De organisatie is hiërarchisch of plat	26
De besluitvorming is centraal of decentraal	20
In de instelling is veel op weinig protocollair geregeld	23
De houding tegenover vernieuwingen is behoudend of flexibel	30
De onderlinge communicatie is formeel of informeel	31
Medewerkers hebben weinig of veel binding met de instelling	33
Onze instelling is voorloper of volgend mbt kwaliteitszorg	28

De cijfers in de tabel zijn gemiddelde scores op een schaal van 0 tot en met 50, waarbij 0 staat voor hiërarchisch, centraal, etc, en 50 staat voor plat, decentraal, etc. De tabel laat geen opvallende uitschieters zien ten opzichte van het midden (score van 25).

4.11.2 Kunt u aangeven in hoeverre onderstaande stellingen van toepassing zijn op uw instelling?

Meningen uitgedrukt in een gemiddelde score van 0 tot en met 50 (N=86)

	score
Wachlijsten: te veel mensen staan op de wachtlijst voor onze instelling	19
Werkdruk: de werkdruk in onze instelling is hoog	18
Vacatures: de instelling heeft teveel onvervulbare vacatures	33
Fusie: de instelling is te druk met een fusie of nasleep daarvan	33
Concurrentie: de instelling ervaart teveel concurrentie	32
Verzuim: het ziekteverzuim binnen de instelling is te hoog	30
Verzekeraar: zorgverzekeraar selecteren te weinig op kwaliteit	24
Overheid: marktwerking belemmert kennisverspreiding	28

De cijfers in de tabel zijn gemiddelde scores op een schaal van 0 tot en met 50, waarbij 0 staat voor helemaal mee eens, en 50 staat voor helemaal mee oneens.

De stellingen 'de instellingen heeft teveel onvervulbare vacatures' en 'de instelling is te druk met een fusie of nasleep daarvan' hebben beide een gemiddelde score van 33. De gemiddelde opvatting over de stelling 'teveel mensen staan op onze wachtlijst' neigt naar helemaal mee eens (score van 19). De gemiddelde opvatting van de stelling 'de werkdruk in onze instelling is hoog' neigt eveneens naar helemaal mee eens (score van 18).

4.12 Toekomst

4.12.1 *Zijn onderdelen van uw instelling al eens beoordeeld in de afgelopen 5 jaar? En/of streeft u ernaar de instelling (opnieuw) te laten beoordelen in de komende 3 jaar?*

Percentage ggz-instellingen dat reeds is beoordeeld en/ of streeft naar een nieuwe beoordeling (N=86)

	instelling is reeds beoordeeld	streeft naar nieuwe beoordeling
Met behulp van HKZ-adviesmeting	49%	41%
Met behulp van interinstitutionele toetsing	29%	11%
Met behulp van visitatie door beroepsgroepen	26%	7%
Door een cliënten/ consumentenorganisatie	23%	15%
Door een onafhankelijk instituut (bijv. een certificerende instelling of via een INK-audit)	14%	45%
Andere beoordeling	14%	2%

De helft (49%) van de ggz-instellingen is reeds beoordeeld met behulp van een HKZ-adviesmeting. 41% van de instellingen streeft ernaar de instelling (opnieuw) te laten beoordelen door een HKZ-adviesmeting.

Bij 45% wordt gestreefd naar een nieuwe beoordeling door een onafhankelijk instituut. Minder instellingen streven naar een interinstitutionele toetsing (11%) of naar een visitatie door beroepsgroepen (7%).

Ggz-instellingen geven bij andere beoordeling aan, dat de instelling reeds is beoordeeld door inspecties, beoordelingen m.b.t. opleidingen, interne audit.

4.12.2 *Werkt uw instelling aan het verkrijgen van een kwaliteitskeurmerk of certificaat of bezit u die al?*

Percentage ggz-instellingen dat aan een kwaliteitskeurmerk bezit of eraan werkt (N=86)

	wordt niet aan gewerkt	wordt wel aan gewerkt	reeds in bezit	missing
HKZ-certificaat	1%	88%	8%	2%
ISO-certificaat	21%	6%	4%	70%
INK-certificaat/ onderscheiding	23%	1%	1%	74%
NIAZ-certificaat	24%	4%	0%	72%
Ander keurmerk/ certificaat	7%	2%	0%	91%

88% van de ggz-instellingen werkt aan het verkrijgen van een HKZ-certificaat. 8% van de instellingen is al in het bezit van een HKZ-certificaat.

De overige genoemde kwaliteitskeurmerken/ certificaten zijn bij weinig ggz-instellingen in bezit of in ontwikkeling.

4.12.3 *Wat zijn de drie belangrijkste prioriteiten (top 3) in de kwaliteitszorg voor het komende jaar, dus voor 2006?*

Percentage ggz-instellingen dat aangeeft de volgende prioriteit te hebben gesteld voor het komende jaar (N=86)

	%
Scholing in kwaliteitszorg	6%
Opstellen van procesbeschrijvingen voor het primaire proces	45%
Opstellen van zorgprogramma's	15%
Kwaliteitsprojecten/ verbeterprojecten	29%
Consequent werken volgens de kwaliteitscyclus (plan-do-check-act)	79%
Meningspeilingen (onder cliënten en/of verwijzers)	14%
Interne toetsingen (audits)	52%
Externe beoordeling/ certificering	45%
Opzetten veiligheids(management)systeem	4%
Zorgcircuits opstellen intern	2%
Zorgcircuits opstellen met ketenpartners	8%
Regionale afstemming en samenwerking	16%
Andere prioriteit	4%

In de tabel staan percentages van het totaal aan instellingen dat aangeeft waar de prioriteit voor het komende jaar (2006) ligt. Instellingen konden in totaal 3 prioriteiten aangeven. De meeste instellingen (79%) geven aan dat de prioriteit ligt bij consequent werken volgens de kwaliteitscyclus (plan-do-check-act). Ongeveer de helft van de instellingen (52%) noemt interne toetsingen (audits) als prioriteit.

Het opstellen van zorgcircuits intern wordt aangegeven door het minst aantal instellingen (2%). Het opzetten van een veiligheids(management)systeem is prioriteit bij 4% van de ggz-instellingen.

Andere prioriteiten zijn bijvoorbeeld het meten van het primaire proces en het maken van een kwaliteitshandboek/ document informatie systeem/ opstellen van protocollen/ richtlijnen.

4.12.4 *Lange termijn: Wat zijn de twee belangrijkste aandachtsgebieden voor uw instelling voor de komende vijf jaar?*

Percentage ggz-instellingen dat aangeeft de volgende prioriteit te hebben gesteld voor de lange termijn (N=86)

	%
<i>Top 10 van prioriteiten op lange termijn (komende vijf jaar)</i>	
Certificering/ accreditatie	35%
Profilering, marktpositie en ondernemerschap	19%
Proces-/ programmabeschrijvingen	16%
Fusie/ samenwerking/ ketenzorg	16%
Implementatie/ borgen	13%
Consequent werken volgens kwaliteitscyclus (pdca)	9%
Indicatoren/ uitkomstmanagement	8%
Klantgericht/ vraaggericht werken	8%
Productontwikkeling/ -uitbreiding	8%
Kwaliteit algemeen	7%

In een open vraag werd gevraagd naar de twee belangrijkste aandachtsgebieden voor de lange termijn. De antwoorden zijn door de onderzoekers gecategoriseerd. In bovenstaande tabel staat de top 10 van meest belangrijke aandachtsgebieden voor de lange termijn voor ggz-instellingen.

4.12.5 *Wilt u aankruisen welke modellen of systemen in de instelling worden gebruikt om het kwaliteitssysteem vorm te geven? En/of welke publicaties daarbij als leidraad worden gebruikt?*

Percentage ggz-instellingen dat het volgende kwaliteitsmodel gebruikt (N=86)

	%
HKZ - Certificatieschema van de Stichting HKZ	95%
ISO - International Standards of Organization	5%
INK - Instituut Nederlandse Kwaliteit	56%
NIAZ - Nederlands instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen	4%
BSC - Balanced Score Card	19%
LPR/ NPCF - Kwaliteitscriteria vanuit cliëntenperspectief	9%
Ander model of systeem	4%

Nagenoeg alle ggz-instellingen gebruikt het certificatieschema van de stichting HKZ om het kwaliteitssysteem vorm te geven (95%).

Ruim de helft van de ggz-instellingen gebruikt daarnaast ook het INK-model (56%).

In totaal geeft 94% van de ggz-instellingen aan dat op directieniveau een keuze is gemaakt voor een bepaald kwaliteitssysteem/ -model voor de gehele instelling (niet in tabel).

Bij 80% van alle instellingen is op directieniveau gekozen voor HKZ als model voor de gehele instelling. Bij 27% is gekozen voor het INK-model. Andere systemen worden nauwelijks genoemd als directiekeuze.

Bij 25 instellingen (29%) is gekozen voor het gecombineerd gebruik van 2 kwaliteitssystemen/ -modellen (niet in tabel).

5 Ziekenhuizen

Waar in dit hoofdstuk ‘ziekenhuizen’ geschreven staat, wordt zowel ziekenhuizen als revalidatiecentra bedoeld. De gegevens die in de tabellen worden genoemd zijn absolute percentages. Percentages zijn berekend op het aantal inzendingen. Zo staat 50% voor 50% van de respondenten, bij de ziekenhuizen voor 43 instellingen.

De percentages tellen niet altijd op tot 100% omdat doorgaans 1 – 2% van de respondenten de vraag niet heeft ingevuld (missing).

Bij een aantal vragen tellen de percentages op tot meer dan 100% omdat de instellingen dan meerdere antwoorden konden aankruisen.

5.1 Respons en non-respons

Aangeschreven instellingen zijn lid van de NVZ. Van de 128 aangeschreven ziekenhuizen hebben 85 gereageerd. De respons komt daarmee op 67%.

De vragenlijst is in 34% ingevuld door de directie, in 54% door de kwaliteitsfunctionaris. Andere invullers zijn hoofd intern bureau kwaliteit, directiesecretaris, zorg-/ sector manager.

De ziekenhuizen benoemen zichzelf tot de volgende categorieën:

7%	academisch
18%	topklinisch
57%	algemeen
12%	categoraal
13%	revalidatie

Non-respons

Een onderzoek naar de reden van niet-deelname is bij de sector ziekenhuizen telefonisch uitgevoerd.

In totaal 15 ziekenhuizen lieten weten wat de reden was waarom ze niet mee deden aan ons onderzoek. Van deze ziekenhuizen gaf 53% als reden dat ze geen tijd hadden, druk waren met fusie of accreditatie of andere prioriteiten gesteld hadden.

Van de niet-deelnemende ziekenhuizen heeft 73% een kwaliteitsfunctionaris ingesteld. Aan deze niet-deelnemende ziekenhuizen is ook gevraagd naar deelname aan een doorbraakproject; 27% van de ziekenhuizen nam op moment van het onderzoek deel aan een doorbraakproject, 7% had in het verleden deelgenomen en 53% had nog niet deelgenomen aan een doorbraakproject.

5.2 Patiënten

5.2.1 *Verstrekt het ziekenhuis standaard schriftelijke informatie aan patiënten over hun rechtspositie? Zo ja, over welke aspecten?*

Percentage ziekenhuizen dat standaard schriftelijke informatie verstrekt aan patiënten over hun rechtspositie (N=85)

	%
Nee, standaard wordt geen schriftelijke informatie over de rechtspositie verstrekt	8%
Ja, standaard wordt wel schriftelijke informatie over de rechtspositie verstrekt	87%
<i>Namelijk over:</i>	
- het toestemmingsvereiste conform de WGBO	72%
- het klachtenmeldpunt en de klachtenregeling	86%
- de privacy bescherming	71%
- inzagerecht	74%
- WA-procedure	40%
- de patiëntenraad	60%

De meeste ziekenhuizen (87%) verstrekken standaard schriftelijke informatie aan patiënten over hun rechtspositie. 8% van de ziekenhuizen verstrekt patiënten niet standaard schriftelijke informatie over hun rechtspositie.

Van alle ziekenhuizen verstrekt 86% standaard schriftelijke informatie over het klachtenmeldpunt en de klachtenregeling. Van de genoemde items wordt het minste standaard schriftelijke informatie over de WA-procedure verstrekt (40%).

5.2.2 *Bij welke kwaliteitsactiviteiten worden patiënten en/of hun belangenorganisaties betrokken?*

Percentage ziekenhuizen dat patiënten betreft bij kwaliteitsactiviteiten (N=85)

	nee of nvt	patiënten- raad	patiënten- organisaties	beide	missing
Ontwikkelen van kwaliteitscriteria/ normen	42%	35%	1%	8%	13%
Opstellen van protocollen/ standaarden	66%	9%	5%	2%	18%
Beoordelen of de beoogde doelen t.a.v. kwaliteit worden gehaald	37%	45%	2%	4%	13%
Participatie in (kwaliteits)commissies	53%	24%	4%	2%	18%
Participatie in verbeterprojecten	46%	25%	12%	5%	13%
Het bespreken van uitkomsten van meningspeilingen, klachtbehandeling, etc	13%	72%	4%	5%	7%
Andere kwaliteitsactiviteiten	7%	8%	7%	4%	74%

Bij totaal 77% van de ziekenhuizen wordt de patiëntenraad betrokken bij het bespreken van uitkomsten van meningspeiling, klachtbehandeling, etc. Tweederde van de ziekenhuizen (66%) betreft geen belangenorganisatie bij het opstellen van protocollen/standaarden.

In totaal bij 12% van de ziekenhuizen worden patiëntenorganisaties betrokken bij kwaliteitsactiviteiten door middel van participatie in verbeterprojecten. Bij de overige genoemde kwaliteitsactiviteiten worden patiëntenorganisaties betrokken bij 5-10% van de ziekenhuizen.

Andere kwaliteitsactiviteiten waar belangenorganisaties worden betrokken, zijn bijvoorbeeld bij de opzet van patiënttevredenheidsonderzoek/ -raadpleging, bij het beleidsplan, en bij verschillende projecten.

5.2.3 *Op welke wijze hebben patiënten (en hun organisaties) inspraak in de ziekenhuiszorg?*

Percentage ziekenhuizen waarin patiënten en hun organisaties inspraak hebben in de zorgverlening (N=85)

	%
<i>Individueel niveau:</i>	
Patiënten hebben inspraak bij het opstellen van hun behandelplan	82%
Samen met de patiënt wordt het behandelplan geëvalueerd	57%
<i>Patiëntenraad:</i>	
Er is periodiek overleg met de patiëntenraad	89%
Aanbevelingen van de patiëntenraad worden vertaald in (nieuw) beleid	74%
Aan de patiëntenraad wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	69%
<i>Patiënten/ consumentenorganisaties:</i>	
Er is periodiek overleg met patiënten/ consumentenorganisatie(s) (bijv. RP/CP)	53%
Patiënten/ consumentenorganisaties toetsen het ziekenhuis	25%
Aanbevelingen van deze organisaties worden vertaald in (nieuw) beleid	24%
Aan deze organisaties wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	15%
<i>Andere wijze van inspraak</i>	15%

De meeste ziekenhuizen (89%) hebben periodiek overleg met de patiëntenraad. 82% van de ziekenhuizen meldt dat patiënten inspraak hebben bij het opstellen van hun behandelplan.

Een kwart van de ziekenhuizen meldt dat patiënten/ consumentenorganisaties de instellingen toetsen (25%) en dat aanbevelingen van deze organisaties worden vertaald in (nieuw) beleid (24%). Minder ziekenhuizen (15%) melden aan deze organisaties wat met hun aanbevelingen is gedaan.

Voorbeelden van andere wijze van inspraak zijn: ronde tafel-/ focus gesprekken, overleg met specifieke patiëntenorganisaties (bv CVA). Ook wordt opgemerkt dat overleg met patiënten of hun organisaties beperkt is.

5.3 Medewerkers

5.3.1 In welke mate is het personeelsbeleid gericht op het kwaliteitsbeleid?

Mate waarin het personeelsbeleid is gericht op kwaliteitszorg, uitgedrukt in een gemiddelde score op een schaal van 0 tot en met 50 (N=85)

	score
<i>Medewerkers/professionals:</i>	
Worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen	36
Kunnen binnen werktijd deelnemen aan activiteiten voor verbetering	36
Krijgen systematisch feedback over de resultaten van kwaliteitszorg	27
Krijgen systematisch feedback over het naleven van richtlijnen	22
Worden gestimuleerd om incidenten in het zorgsysteem te melden	37
Krijgen systematisch feedback over meldingen van incidenten	34
<i>Selectie en scholing:</i>	
Selectie van nieuw personeel met positieve attitude tav kwaliteitszorg	30
Scholing van leidinggevenden/ management	33
Scholing van medewerkers/ professionals	32
Nieuwe medewerkers worden geschoold in kwaliteitszorg	23
Medewerkers worden geschoold in het toepassen van richtlijnen	27
<i>Directie/ management:</i>	
Geeft aan wat van medewerkers verwacht wordt tav. kwaliteitsbeleid	33
Toetst of medewerkers zich houden aan afspraken tav kwaliteitsbeleid	28
Bewaakt de uitvoering van de afdelingswerkplannen	33
Maakt afspraken met leidinggevenden over te bereiken resultaten	33
Spreekt af wie verantwoordelijk is voor een zorgproces	31
Maakt afspraken over het borgen van resultaten verbeterprojecten	30
Werkt met managementcontracten (vastgelegde taken en prestaties)	20

Genoemde getallen zijn gemiddelde scores op een schaal van 0 tot en met 50, waarbij 0 staat voor nooit en 50 voor altijd. De hoogste gemiddelde score (score van 37) krijgt het stimuleren van medewerkers/ professionals om incidenten in het zorgsysteem te melden. Een gemiddeld hoge score (score van 36) krijgt ook het stimuleren van medewerkers/ professionals om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen.

De gemiddeld laagste score (score van 20) wordt gegeven aan het werken met managementcontracten door directie/ management. Het systematisch feedback geven aan medewerkers/ professionals over het naleven van richtlijnen krijgt een gemiddelde score van 22.

5.3.2 *Is voor verplegend personeel, voor paramedici of voor medisch specialisten werktijd ingeroosterd/ vrijgemaakt voor een of meer van de volgende activiteiten?*

Percentage ziekenhuizen dat werktijd heeft ingeroosterd voor kwaliteitszorg (N=85)

	verplegenden	paramedici	specialisten
<i>Tijd is ingeroosterd/ vrijgemaakt voor:</i>			
Volgen van vakinhoudelijke na- en/ of bijscholing	97%	98%	93%
Training in methoden en technieken van kwaliteitszorg	60%	59%	29%
Multidisciplinaire patiëntbesprekingen	93%	92%	98%
Intercollegiale toetsing/ toetsingsstudies	44%	55%	66%
Visitatie door de beroepsverenigingen	22%	48%	95%
Participatie in verbeter/ kwaliteitsprojecten	92%	91%	81%
Ontwikkelen van richtlijnen/ protocollen	94%	93%	81%
Het registreren van uitkomsten van zorg/ indicatoren	52%	53%	59%

Voor nagenoeg alle genoemde medewerkers in alle ziekenhuizen is tijd ingeroosterd/ vrijgemaakt voor het volgen van vakinhoudelijke na- en/ of bijscholing (verplegenden 97%, paramedici 98%, specialisten 93%). Ook melden bijna alle ziekenhuizen dat tijd is ingeroosterd/ vrijgemaakt voor multidisciplinaire patiëntbesprekingen, voor participatie in verbeter/ kwaliteitsprojecten en voor het ontwikkelen van richtlijnen/ protocollen (zie tabel).

Minder ziekenhuizen melden dat werktijd voor verplegenden (60%), paramedici (59%) en specialisten (29%) is ingeroosterd/ vrijgemaakt voor training in methoden en technieken van kwaliteitszorg.

5.3.3 *Wat wordt gedaan met de visitatie-rapporten die de maatschap/ vakgroep ontvangt?*

Percentage ziekenhuizen dat visitatie-rapporten op de volgende wijze behandelt (N=85)

	%
De visitatierapporten worden besproken in de maatschap/ vakgroep	84%
De visitatierapporten worden besproken in de medische staf	47%
De visitatierapporten worden besproken met de directie	79%
Naar aanleiding van de visitaties worden verbeteracties gepland en op schrift gesteld	55%
De resultaten van deze verbeteracties worden gepubliceerd in het jaarverslag	7%

De meeste ziekenhuizen (84%) melden dat visitatierapporten worden besproken in de vakgroep. Bij veel ziekenhuizen worden visitatie-rapporten besproken met de directie (79%).

Bij weinig ziekenhuizen (7%) worden de resultaten van verbeteracties gepubliceerd in het jaarverslag.

5.4 Protocollen en procedures

5.4.1 Wat voor soort protocollen (of richtlijnen) worden in uw ziekenhuis gebruikt?

Percentage ziekenhuizen dat onderstaande protocollen hanteert (N=85)

	%
<i>Protocollen voor het professioneel handelen:</i>	
Gericht op specifieke vaktechnische verrichtingen	99%
Voor de voorlichting aan de patiënt	79%
Voor voorbehouden handelingen	97%
Voor het gebruik van medische hulpmiddelen	80%
Voor kritische momenten in het zorgproces	60%
Voor specifieke doelgroepen of diagnoses	92%
Voor de routing van de patiënt van aanmelding tot afsluiting van de zorg	64%
Voor samenwerking met/ overdracht naar andere zorgaanbieders	73%

Nagenoeg alle ziekenhuizen (99%) gebruiken protocollen gericht op specifieke vaktechnische verrichtingen. 97% van de ziekenhuizen gebruikt protocollen voor voorbehouden handelingen.

Minder ziekenhuizen gebruiken protocollen voor de routing van patiënt, van aanmelding tot afsluiting van de zorg (64%). Protocollen voor kritische momenten in het zorgproces worden gebruikt bij 60% van alle ziekenhuizen.

5.4.2 *Voor welke van onderstaande zaken zijn actuele ziekenhuisprotocollen aanwezig? En bij welke daarvan wordt de toepassing periodiek onderzocht?*

Percentage ziekenhuizen waar onderstaande protocollen aanwezig zijn en waar deze toepassing periodiek wordt onderzocht (N=85)

	protocol aanwezig	periodiek onderzocht
<i>Een actueel ziekenhuisprotocol voor:</i>		
Het invullen van patiëntenstatus/ dossiers	53%	22%
Profylactisch antibiotica gebruik	69%	29%
Pre-operatieve screening	66%	20%
Medicatiebeleid	82%	40%
Bloedtransfusie beleid	82%	45%
Aanvragen van bloed(producten)	79%	42%
<i>Preventieve protocollen:</i>		
Infectie-preventie	92%	58%
Preventie van decubitus	89%	53%
Vermijden van val-incidenten	52%	31%
Voorkomen van medicatie(toedienings)fouten	59%	33%
MIP-meldingen	92%	52%
<i>Klachtenprotocollen:</i>		
Klachtenopvang	95%	49%
Klachtenbemiddeling	97%	52%
Klachtenbehandeling	97%	49%
WA-procedure (wettelijke aansprakelijkheid)	65%	20%

Bovengenoemde protocollen zijn aanwezig in minstens de helft van alle ziekenhuizen. Over het algemeen wordt de toepassing van protocollen periodiek onderzocht in ongeveer de helft van de ziekenhuizen waar deze protocollen aanwezig zijn. Bijna alle ziekenhuizen (97%) zijn in het bezit van protocollen omtrent klachtenbemiddeling en klachtenbehandeling. Protocollen voor klachtenopvang zijn aanwezig in 95% van de ziekenhuizen. Minder vaak aanwezig zijn protocollen ter vermindering van val-incidenten (52%). Bij 53% van alle ziekenhuizen zijn protocollen aanwezig voor het invullen van patiëntenstatus/ - dossier.

5.4.3 *Is er ziekenhuisbreed een uniforme wijze voor het opstellen van protocollen?*

Percentage ziekenhuizen dat uniforme wijze voor het opstellen van protocollen hanteert (N=85)

	%
Nee, geen uniforme wijze	12%
Ja, wel uniforme wijze	88%
<i>In elk protocol wordt vermeld:</i>	
- de datum waarop het protocol is gemaakt	88%
- wie het protocol heeft ontwikkeld	82%
- wie het protocol heeft vastgesteld	86%
- voor wie het protocol is bedoeld	84%
- in welke mate de inhoud van het protocol evidence based is	24%
- de datum waarop revisie/ actualisering plaatsvindt	85%

De meeste ziekenhuizen hanteren een uniforme wijze voor het opstellen van protocollen (88%). 12% hanteert geen uniforme wijze voor het opstellen van protocollen.

De meeste ziekenhuizen vermelden in elk protocol de datum waarop het protocol gemaakt is (88%), wie het protocol heeft ontwikkeld (82%), wie het protocol heeft vastgesteld (86%), voor wie het protocol bedoeld is (84%) en de datum waarop revisie/ actualisering plaatsvindt (85%). Een kwart van alle ziekenhuizen (24%) vermeldt in alle protocollen in welke mate de inhoud van het protocol evidence based is.

5.4.4 *Is er ziekenhuisbreed een procedure(systeem) voor het documenteren en actualiseren van protocollen?*

Percentage ziekenhuizen dat een systeem voor het beheer van protocollen heeft (N=85)

	%
Nee	1%
Nee, maar daar wordt aan gewerkt	14%
Er is ziekenhuisbreed een protocollenbank (of documentsysteem)	19%
Er is ziekenhuisbreed ook een procedure voor het actualiseren van protocollen	66%

Tweederde (66%) van de ziekenhuizen heeft een procedure/ systeem voor zowel het documenteren als het actualiseren van protocollen.

Bij 19% van de ziekenhuizen bestaat alleen een procedure voor het documenteren van protocollen.

14% van de ziekenhuizen heeft (nog) geen protocollenbank, maar werkt daaraan.

5.5 Effecten

5.5.1 Welke positieve effecten verwacht u (of zijn reeds bereikt) tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage ziekenhuizen dat verwachtingen heeft omtrent positieve effecten van kwaliteitszorg (N=85)

	niet verwacht	wel verwacht	reeds bereikt	missing
<i>Patiënten:</i>				
Toename van patiëntgerichtheid	0%	60%	33%	7%
Toename van tevredenheid van patiënten	0%	64%	31%	6%
<i>Personeel:</i>				
Het personeel kan zich zelf verder ontwikkelen	4%	61%	28%	7%
Er is een cultuur van continu leren en verbeteren ontstaan	0%	66%	27%	7%
Toename van tevredenheid van het personeel	1%	69%	25%	5%
Toename van de inzet en flexibiliteit van het personeel	8%	68%	15%	8%
<i>Organisatie:</i>				
Toename beheersbaarheid van de organisatie door management	5%	62%	26%	7%
Betere profilering van de instelling	1%	61%	31%	7%
Toename van tevredenheid van externe partijen	4%	66%	24%	7%
Betere concurrentiepositie	5%	72%	15%	8%
<i>Kwaliteit van zorg:</i>				
Verbetering van de behandel-/ zorgprocessen	0%	59%	35%	6%
Verbeteren van de patiëntveiligheid	0%	77%	18%	6%
Verbetering van de behandelresultaten (uitkomst)	2%	73%	18%	7%
<i>Rendement:</i>				
Toename van de productiviteit	8%	44%	37%	12%
Kostenbesparing op lange termijn in het eigen ziekenhuis	11%	53%	27%	9%
Kostenbesparing, maar niet in het eigen ziekenhuis	34%	33%	7%	26%
<i>Andere effecten</i>	0%	2%	0%	98%

Over het algemeen geven de meeste ziekenhuizen van bovengenoemde items aan dat ze 'wel verwacht' worden.

Tot een derde van de ziekenhuizen geeft aan dat de genoemde effecten van kwaliteitszorg reeds bereikt zijn. Van alle effecten is 'toename van de productiviteit' het beste bereikt (35%). Verbetering van de behandel-/ zorgprocessen is bereikt in 35% van de ziekenhuizen. Het minst bereikt is kostenbesparing, maar niet in het eigen ziekenhuis (7%). Kostenbesparing, maar niet in het eigen ziekenhuis wordt niet verwacht door 34%

van de ziekenhuizen. Bij andere effecten van kwaliteitszorg wordt onder andere betere samenwerking in de keten en doelmatigheid genoemd.

5.6 Cyclische kwaliteitsactiviteiten

5.6.1 *Vinden in uw ziekenhuis onderstaande activiteiten plaats? Zo ja, worden de resultaten aantoonbaar gebruikt voor bijsturing van het beleid?*

Percentage ziekenhuizen dat onderstaande activiteiten kent en gebruikt voor bijsturing.
(N=85)

	nee	nog niet volledig	cyclisch onderdeel	missing
Intercollegiale toetsing monodisciplinair	20%	64%	15%	1%
Intercollegiale toetsing multidisciplinair	35%	53%	11%	1%
Gebruik zorg/ behandelplannen	11%	59%	29%	1%
Incidentenanalyse (bv PRISMA of SIRE)	31%	44%	25%	1%
Functionerings-/ beoordelingsgesprekken met alle medewerkers	0%	27%	72%	1%
Interne beoordeling van het kwaliteitssysteem	34%	29%	37%	0%
Interne visitatie	55%	17%	26%	2%
Management-informatie-systeem	20%	52%	28%	0%
Meningspeiling onder patiënten	5%	31%	65%	0%
Meningspeiling onder verwijzers of andere ketenpartners	37%	48%	15%	0%
Meningspeiling onder medewerkers/ professionals	7%	32%	61%	0%
Marktonderzoek naar behoeften van (potentiële) gebruikers	67%	26%	5%	2%
Marktonderzoek onder verwijzers of andere ketenpartners	53%	40%	5%	2%
Klachtenanalyse	1%	34%	64%	1%
Patiëntenraad	13%	29%	57%	1%
Benchmarking	9%	55%	35%	0%
Risico-inventarisatie (bv via Medirisk, Centramet)	13%	28%	58%	1%

Per activiteit zijn drie mogelijke antwoorden:

- nee
- ja, de activiteit bestaat, maar nog niet volledig cyclisch. De resultaten worden nog onvoldoende gebruikt voor bijsturing
- ja, het is een cyclisch onderdeel van ons kwaliteitssysteem. De resultaten worden systematisch gebruikt voor bijsturing

Bij de meeste ziekenhuizen (72%) zijn functionerings-/ beoordelingsgesprekken een cyclisch onderdeel van het kwaliteitssysteem. Veel ziekenhuizen (65%) gebruiken meningspeilingen onder patiënten systematisch voor bijsturing van het beleid.

Bij veel ziekenhuizen (67%) wordt geen marktonderzoek naar behoeften van (potentiele)

gebruikers gehouden. De helft van de ziekenhuizen (53%) houdt geen marktonderzoek onder verwijzers of ketenpartners (53%).

5.7 **Beleid en strategie: documenten**

5.7.1 *In hoeverre beschikt uw ziekenhuis over onderstaande documenten?*

Percentage ziekenhuizen dat beschikt over onderstaande documenten (N=85)

	nee of nvt	in ontwikkeling	in bezit	missing
Missie op schrift	0%	5%	94%	1%
'Product' omschrijvingen	9%	52%	37%	2%
Kwaliteitsbeleid op schrift	1%	20%	78%	1%
Kwaliteitswerkplan op ziekenhuisniveau	2%	31%	65%	2%
Kwaliteitsjaarverslag of kwaliteitsdeel in het algemene jaarverslag	0%	4%	95%	1%
Kwaliteitshandboek	13%	51%	34%	2%
Veiligheids(management)plan op schrift	19%	60%	15%	6%

Nagenoeg alle ziekenhuizen (95%) zijn in het bezit van een kwaliteitsjaarverslag of kwaliteitsdeel in het algemene jaarverslag. 94% van de ziekenhuizen is in het bezit van een missie op schrift. Een veiligheids(management)plan is in ontwikkeling in 60% van de ziekenhuizen. 19% van de ziekenhuizen is niet in bezit van een veiligheids(management)plan en werkt er ook niet aan.

5.7.2 *Zijn in uw ziekenhuis voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg?*

Percentage ziekenhuizen dat voorzieningen voor kwaliteitszorg heeft getroffen (N=85)

	%
Nee, geen extra voorzieningen	1%
Ja, er is een apart intern gereserveerd budget voor kwaliteitszorg	51%
Ja, stuurgroep(en) of commissie(s) is/zijn ingesteld	79%
Ja, kwaliteitsfunctionaris(sen)/coördinator(en) is/zijn aangesteld	93%
Ja, een extern bureau of adviseur is ingeschakeld	15%
Andere voorzieningen	8%

Bij 93% van de ziekenhuizen is een kwaliteitsfunctionaris of –coördinator aangesteld. Een stuurgroep of commissie is aangesteld bij 79% van de ziekenhuizen. 15% van de ziekenhuizen heeft een extern bureau of adviseur ingeschakeld. In 1% van de ziekenhuizen zijn geen extra voorzieningen voor kwaliteitszorg getroffen. Bij andere voorzieningen wordt genoemd: intern bureau kwaliteit, deelname NIAZ, benoeming kwaliteitsportefeuille aan andere functionarissen.

5.7.3 *Wie zijn de 'trekkers' van kwaliteitszorg in uw ziekenhuis?*

Percentage ziekenhuizen dat aangeeft wie de 'trekker' van kwaliteitszorg is (N=85)

	%
Niemand in het bijzonder	1%
De stuurgroep/ commissie	64%
De kwaliteitsfunctionaris	79%
Een extern bureau/ adviseur	4%
De professionals (zorgverleners)	48%
Directie of management	79%
Hoofden/ leidinggevenden	57%
Andere 'trekker'	14%

Bij 79% van de ziekenhuizen is de directie/ management de initiator van kwaliteitszorg. Bij evenveel ziekenhuizen (79%) is de kwaliteitsfunctionaris de 'trekker'. Een extern bureau/ adviseur neemt het voortouw in 4% van de ziekenhuizen. 1% van de ziekenhuizen heeft niemand in het bijzonder die kwaliteitszorg initieert. Andere trekkers zijn bijvoorbeeld kwaliteitsmentor op de afdeling, intern bureau kwaliteit, lijnverantwoordelijkheid.

5.8 Samenwerking en ketenkwaliteit

5.8.1 *Kunt u een indruk geven van de samenhang in het kwaliteitsbeleid van ziekenhuisdirectie en medisch specialisten?*

Percentage ziekenhuizen dat een samenhang in het kwaliteitsbeleid op de volgende wijze kent (N=85)

	%
<i>Ziekenhuisdirectie en medisch specialisten:</i>	
Ontwikkelen elk hun eigen kwaliteitsbeleid	0%
Ontwikkelen een eigen kwaliteitsbeleid, maar streven naar afstemming	39%
Ontwikkelen samen een geïntegreerd kwaliteitsbeleid	59%
Andere vorm van samenhang	1%

Bij merendeel van de ziekenhuizen (59%) ontwikkelen medische specialisten en ziekenhuisdirectie samen een geïntegreerd kwaliteitsbeleid. In 39% van de ziekenhuizen ontwikkelen medische specialist en directie elk een eigen kwaliteitsbeleid, en streven hierbij naar afstemming. Geen van de ziekenhuizen kent een samenhang in het kwaliteitsbeleid waarbij medische specialist en directie elk hun eigen kwaliteitsbeleid ontwikkelen (0%).

5.8.2 *Wordt in uw ziekenhuis gewerkt aan het herinrichten (redesign) van afdelingsoverstijgende zorgprocessen? Zo ja, op welke wijze?*

Percentage ziekenhuizen dat op de volgende wijze werkt aan het herinrichten van zorgprocessen (N=85)

	%
Nee, dit is niet aan de orde	6%
Ja, wel herinrichting van zorgprocessen	93%
<i>Op de volgende manier:</i>	
- via een enkel voorbeeldproject	22%
- via procesherinrichtingsprojecten (PHI) op diverse afdelingen	45%
- op ziekenhuisniveau heeft dit structurele aandacht van de directie	38%
- op andere wijze	11%

Bijna alle ziekenhuizen (93%) werken aan het herinrichten van afdelingsoverstijgende processen. 6% van de ziekenhuizen werkt niet aan redesign van zulke processen. Procesherinrichtingsprojecten worden gebruikt in 45% van alle ziekenhuizen. Bij 38% van de ziekenhuizen heeft het herinrichten van afdelingsoverstijgende zorgprocessen de structurele aandacht van de directie.

Bij herinrichting op andere wijze wordt genoemd dat dit via zorgpaden/ zorgprogrammering loopt, via ziekenhuis herontwerp en op diensten-/ divisieniveau.

Als belangrijkste zorgprocessen, die in de afgelopen 2 jaar opnieuw zijn ingericht, worden bijvoorbeeld genoemd de CVA-keten, mammapoli, verschillende orthopedische zorgpaden zoals joint care (knie, heup), SEH/ eerste hulp, hartfalen/ cataract.

5.8.3 *Vindt structureel overleg plaats over raakvlakken in het primaire proces met ketenpartners? Wilt u aankruisen wat van toepassing is?*

Percentage ziekenhuizen dat structureel overleg heeft met ketenpartners over het primaire proces (N=85)

	%
Nee, geen structureel overleg (of onbekend)	2%
Ja, wel structureel overleg	97%
<i>Namelijk met de volgende ketenpartners:</i>	
- met huisartsen	78%
- met de thuiszorg	66%
- met verpleeghuizen	74%
- met ggz-instellingen	41%
- met revalidatie-instelling(en)	60%
- met diverse partners over transmurale zorg	66%

97% van de ziekenhuizen heeft structureel overleg met ketenpartners over raakvlakken in het primaris proces. Van alle ziekenhuizen heeft 78% structureel overleg met huisartsen. Structureel overleg met verpleeghuizen vindt plaats in 74% van de ziekenhuizen. Minder ziekenhuizen hebben structureel overleg met ggz-instellingen (41%).

2% van de ziekenhuizen heeft geen structureel overleg met ketenpartners over raakvlakken in het primaris proces.

5.8.4 *Is er bij transmurale zorg of zorgketen(s) sprake van een gezamenlijke kwaliteitsbewaking door de samenwerkende zorgaanbieders (=ketenpartners)?*

Percentage ziekenhuizen dat een gezamenlijke kwaliteitsbewaking met samenwerkende zorgaanbieders heeft (N=85)

	%
Nee, er is geen gezamenlijke kwaliteitsbewaking	24%
Ja, er is wel gezamenlijk kwaliteitsbewaking	74%
<i>Met de volgende elementen:</i>	
- gezamenlijk overleg om de kwaliteit te evalueren	51%
- een gemeenschappelijke visie op papier	47%
- gezamenlijke protocollen waarin de overdracht van de patiënt wordt geregeld	60%
- een expliciete verantwoordelijkheidstoedeling	32%
- een methodiek van registratie van bijv. uitkomsten van de zorg	27%
- gezamenlijke besprekingen van deze uitkomstgegevens	20%
- een gemeenschappelijke patiëntenraadpleging	7%
- een gemeenschappelijke klachtenregistratie	6%
- een gemeenschappelijke kwaliteitsverslaglegging	7%

Driekwart van de ziekenhuizen (74%) kent een gezamenlijke kwaliteitsbewaking met ketenpartners. 60% van de ziekenhuizen heeft gezamenlijke protocollen waarin de overdracht van de patiënt wordt geregeld. Gezamenlijk overleg om de kwaliteit te evalueren vindt plaats in 51% van de ziekenhuizen. Minder ziekenhuizen hebben met ketenpartners een gemeenschappelijke patiëntraadpleging (7%), een gemeenschappelijke klachtenregistratie (6%), en een gemeenschappelijke kwaliteitsverslaglegging (7%). Bij 24% van de ziekenhuizen is er geen gezamenlijke kwaliteitsbewaking met samenwerkende zorgaanbieders.

5.9 Beleidscyclus

5.9.1 *Zijn er ziekenhuiscommissies die systematisch nagaan of hun aanbevelingen tot verbeteringen hebben geleid? Zo ja, welke?*

Percentage ziekenhuizen dat aangeeft dat commissies systematisch nagaan of hun aanbevelingen tot verbeteringen hebben geleid (N=85)

	%
Nee, geen commissies die hun aanbevelingen nagaan	5%
Ja, wel commissies die hun aanbevelingen nagaan	93%
<i>Commissies die dit nagaan zijn:</i>	
- infectie commissie	75%
- FONA/ MIP-commissies	74%
- formularium commissie	34%
- commissie bloedtransfusie beleid	52%
- commissie antibiotica beleid	28%
- decubitus commissie	57%
- necrologie commissie	15%
- intercollegiale toetsingscommissie	7%
- andere commissies	20%

Nagenoeg alle ziekenhuizen (93%) hebben ziekenhuiscommissies die systematisch nagaan of hun aanbevelingen tot verbetering hebben geleid. 5% van de ziekenhuizen heeft geen commissies die systematisch hun aanbevelingen nalopen.

Van alle ziekenhuizen heeft driekwart (75%) een infectie-commissie die systematisch hun aanbevelingen nagaat. Een FONA/ MIP commissie gaat in 74% van de ziekenhuizen na of hun aanbevelingen tot verbeteringen hebben geleid.

Bij minder ziekenhuizen (15%) is er een necrologie-commissie die systematisch de aanbevelingen nagaat. 7% van de ziekenhuizen heeft een intercollegiale toetsingscommissie die systematisch de aanbevelingen nagaan.

Voorbeelden van andere commissies die systematisch nagaan of hun aanbevelingen tot verbeteringen hebben geleid, zijn de klachtencommissie, medisch ethische commissie, opleidingscommissie.

5.9.2 Welk indicatoren/ gegevens worden door de medische staf en welke door (top)managers gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit van het zorgproces?

Percentage ziekenhuizen dat de volgende gegevens gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit van het zorgproces (N=85)

	medische staf	(top)managers
<i>Patiëntveiligheid:</i>		
- klinische uitkomstgegevens	65%	32%
- wondinfecties	61%	29%
- decubitus	41%	53%
- complicaties	65%	15%
- postoperatieve pijn	53%	27%
- aard en omvang van incidenten	57%	77%
<i>Logistiek:</i>		
- toegangstijden (tijd tot eerste afspraak)	60%	82%
- wachttijden (in de wachtkamer)	33%	55%
- doorstroomtijden	35%	64%
- doorstroomtijdvertragende factoren	18%	35%
- aantal afgezegde operaties 24 uur voor OK	25%	49%
- ligduur	41%	77%
- snijtijden per ingreep	39%	38%
- sleuteltijd (tijd dat er iets aan patiënt gedaan wordt)	18%	21%
- continuïteit van zorg (aantal hulpverleners per patiënt)	13%	24%
- aantal overdrachtmomenten in het zorgproces	18%	29%
- aantal verplaatsingen van patiënt gedurende het zorgproces	9%	18%
<i>Algemeen:</i>		
- productiecijfers van afdelingen	69%	91%
- formele klachtenregistratie	59%	88%
- overzichten van ongenoegens en klachtenbemiddeling	51%	79%
- ziekte en verloop van medewerkers	25%	93%
- de landelijke indicatoren van de NVZ/ OMS/ IGZ	60%	75%
<i>Andere gegevens</i>	4%	8%

Bijna alle ziekenhuizen (93%) melden dat (top)managers indicatoren over ziekte en verloop van medewerkers gebruiken voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit van het zorgproces. Bij 91% van de ziekenhuizen gebruiken managers productiecijfers van de afdelingen. Bij minder ziekenhuizen (15%) gebruiken (top)managers gegevens over complicaties voor monitoring en bijsturing van kwaliteit.

Andere indicatoren/ gegevens die worden gebruikt voor kwaliteitszorg, zijn bijvoorbeeld

gegevens over patiënttevredenheid, indicatoren van Revalidatie Nederland, indicatorset klinische paden.

5.9.3 *Is het aantal en de aard van regels en procedures in uw ziekenhuis veranderd tengevolge van kwaliteitsmanagement?*

Percentage ziekenhuizen waarbij kwaliteitsmanagement heeft geleid tot verandering in regelhuishouding (N=85)

	%
Nee, geen invloed	2%
Er zijn regels/ procedures bijgekomen	74%
Overbodige regels/ procedures zijn verwijderd	35%
De regels/ procedures worden beter bewaakt	73%
Impliciete regels/ procedures zijn geformaliseerd	60%
De toepassing van regels/ procedures wordt beter getoetst	48%
De werking van regels/ procedures wordt beter geëvalueerd en geactualiseerd	65%

Driekwart van de ziekenhuizen (74%) meldt dat er regels/ procedures zijn bijgekomen tengevolge van kwaliteitsmanagement. Minder ziekenhuizen (35%) melden dat overbodige regels/ procedures zijn verwijderd. Bij 2% van de ziekenhuizen is er geen verandering opgetreden in het aantal en de aard van regels en procedures tengevolge van kwaliteitsmanagement.

5.9.4 *Zijn er negatieve effecten in uw ziekenhuis opgetreden tengevolge van kwaliteitsmanagement?*

Percentage ziekenhuizen dat de volgende negatieve effecten heeft opgemerkt (N=85)

	%
Er hebben zich geen negatieve effecten voorgedaan	32%
Kosten zijn gestegen	24%
Verstarring c.q. gebrek aan flexibiliteit bij medewerkers/ professionals	9%
Werkdruk is toegenomen	44%
Weerstand van medewerkers/ professionals bij het doorvoeren van structurele veranderingen	25%
Demotivatie/ ontevredenheid bij medewerkers/ professionals	6%
Andere effecten	11%

Bij 32% van de ziekenhuizen zijn geen negatieve effecten opgetreden tengevolge van kwaliteitsmanagement. 44% van de ziekenhuizen vindt dat de werkdruk is toegenomen. Demotivatie/ ontevredenheid is opgemerkt bij 6% van de ziekenhuizen. De meeste ziekenhuizen noemen bij andere effecten dat er meer bureaucratie/ papierwerk is gekomen. Een aantal ziekenhuizen merkt op dat ze er vanuit gaan dat stijging van kosten en werkdruk tijdelijk is, en 'voor de baten uitgaan'.

5.10 Kwaliteitskosten

5.10.1 *Evalueert uw ziekenhuis de kosten en baten van verbeterprojecten?*

Percentage ziekenhuizen dat kosten en/of baten van verbeterprojecten evalueert (N=85)

	%
Nee, geen evaluatie van kosten en baten	21%
Ja, alleen de kosten	8%
Ja, kosten én baten	59%
Andere evaluatie	8%

Merendeel van de ziekenhuizen (59%) evalueert zowel de kosten als de baten van verbeterprojecten. 21% evalueert noch de kosten, noch de baten van verbeterprojecten. Een aantal ziekenhuizen merkt op dat kosten-baten analyse in ontwikkeling is. Andere ziekenhuizen evalueren afhankelijk van het onderwerp (vb in kader van PRINCE II methodiek)

In antwoord op de vraag of de kosten van verbeterprojecten intern of extern een onderwerp van discussie zijn, zegt 21% van de ziekenhuizen dat kosten voor verbeterprojecten zowel intern als extern geen onderwerp van discussie zijn (niet in tabel). 59% van de ziekenhuizen meldt dat kosten voor verbeterprojecten intern een discussiepunt is. Bij 60% van de ziekenhuizen zijn kosten voor verbeterprojecten een onderwerp van discussie met de financiers/ zorgverzekeraars.

5.10.2 *Heeft uw ziekenhuis inzicht in de hierna genoemde kosten van kwaliteitsactiviteiten (preventiekosten)?*

Percentage ziekenhuizen dat inzicht heeft in de volgende preventiekosten (N=85)

	%
Geen inzicht	18%
Wel inzicht	81%
<i>Inzicht in de kosten van:</i>	
- scholing van medewerkers en management in kwaliteitszorg	72%
- ontwikkelen / implementeren van procedures/ protocollen	32%
- het opzetten en uitvoeren van verbeterprojecten	60%
- intercollegiale/ afdelingsgebonden toetsing	17%
- andere preventiekosten	7%

81% van de ziekenhuizen heeft inzicht in de genoemde preventiekosten. Geen inzicht in genoemde preventiekosten bestaat bij 18% van de ziekenhuizen.

Van alle ziekenhuizen heeft 72% inzicht in de kosten van scholing van medewerkers en management in kwaliteitszorg. Minder ziekenhuizen melden inzicht in de kosten voor intercollegiale/ afdelingsgebonden toetsing (7%).

Voorbeelden van andere kosten van kwaliteitsactiviteiten zijn de kosten van het documentbeheersysteem, kosten voor kwaliteitsfunctionarissen, kosten voor opzet en onderhoud intern auditsysteem.

5.10.3 Heeft uw ziekenhuis inzicht in de hierna genoemde beoordelingskosten?

Percentage ziekenhuizen dat inzicht heeft in de volgende beoordelingskosten (N=85)	
	%
Geen inzicht	35%
Wel inzicht	62%
<i>Inzicht in de kosten van:</i>	
- registreren van gegevens (bv indicatoren)	21%
- complicatieregistratie	8%
- interne beoordelingen/ interne audits	21%
- meningspeilingen/ waarderingsonderzoeken	29%
- interinstitutionele toetsing/ visitaties	9%
- externe beoordeling door patiënten/ consumentenorganisaties	7%
- externe beoordeling i.v.m. accreditatie/ certificering (NIAZ, ISO, INK, etc)	45%
- andere beoordelingskosten	2%

Inzicht in de genoemde beoordelingskosten bestaat bij 62% van de ziekenhuizen. 35% van de ziekenhuizen heeft geen inzicht in de genoemde beoordelingskosten.

Van alle ziekenhuizen heeft 45% inzicht in de kosten van externe beoordeling in verband met accreditatie/ certificering. Weinig ziekenhuizen hebben inzicht in de kosten van visitaties (9%), kosten voor de complicatieregistratie (8%), en kosten voor externe beoordeling door patiënten/ consumentenorganisaties (7%).

Ziekenhuizen merken op dat inzicht in kosten wisselt per afdelingen, of dat het ziekenhuis een sterk gedecentraliseerde organisaties is.

5.10.4 *Heeft uw ziekenhuis inzicht in de hierna genoemde herstelkosten?*

Percentage ziekenhuizen dat inzicht heeft in de volgende herstelkosten (N=85)

	%
Geen inzicht	46%
Wel inzicht	53%
<i>Inzicht in de kosten van:</i>	
- klachtenafhandeling	34%
- claims/ schadevergoedingen	51%
- verspilling van materiaal	6%
- dubbel of inefficiënt werk	2%
- verlenging van behandelduur of ligduur	11%
- kosten tgv diagnostiek en behandeling van complicaties	5%
- andere herstelkosten	1%

Iets meer dan de helft van de ziekenhuizen heeft inzicht in de genoemde herstelkosten (53%). Bij 46% van de ziekenhuizen bestaat geen inzicht in de genoemde herstelkosten. 51% van de ziekenhuizen heeft inzicht in de kosten van claims/ schadevergoedingen. Weinig ziekenhuizen hebben inzicht in de kosten voor verspilling van materiaal (6%), kosten tengevolge van diagnostiek en behandeling van complicaties (5%), en kosten van dubbel of inefficiënt werk (2%).

5.10.5 *In hoeverre speelt de kwaliteit van zorg een rol bij de contractonderhandelingen met zorgverzekeraars?*

Percentage ziekenhuizen dat aangeeft dat kwaliteit een rol speelt bij contractonderhandelingen met zorgverzekeraars (N=85)

	%
Nee, geen enkele rol	1%
Nee, kwaliteit van zorg komt ter sprake, maar maakt geen deel uit van de onderhandelingen	21%
Ja, kwaliteit van zorg maakt deel uit van de onderhandelingen	69%
<i>Zorgverzekeraars vragen:</i>	
- in toenemende mate kwaliteitsgaranties	52%
- goede uitkomsten op prestatie-indicatoren	47%
- kwaliteitsparagrafen met prestatieafspraken	44%
- andere kwaliteitskenmerken	7%

Bij 69% van de ziekenhuizen speelt kwaliteit van zorg een rol bij de contractonderhandelingen met de zorgverzekeraars. 21% van de ziekenhuizen meldt dat kwaliteit van zorg ter sprake komt, maar geen deel uitmaakt van de onderhandelingen. Een ziekenhuis (1%) zegt dat kwaliteit van zorg geen enkele rol speelt bij de

contractonderhandelingen met zorgverzekeraars.

Ongeveer de helft van de ziekenhuizen meldt dat zorgverzekeraars in toenemende mate kwaliteitsgaranties vragen (52%), goede uitkomsten op prestatie-indicatoren vragen (47%), en dat bij de contractonderhandelingen kwaliteitsparagrafen met prestatieafspraken worden gemaakt (44%).

Andere kwaliteitskenmerken die deel uit maken van de onderhandelingen zijn bijvoorbeeld zorgvernieuwing, kostenbesparing bij verbeterprojecten of bonus bij voldoen aan prestatiecontract.

5.11 Cultuur en structuur

5.11.1 *Hoe zou u de organisatiestructuur en cultuur in uw ziekenhuis typeren?*

Organisatiestructuur uitgedrukt in een gemiddelde score op een schaal van 0 tot en met 50 (N=85)

	score
De organisatie is hiërarchisch of plat	28
De besluitvorming is centraal of decentraal	24
In het ziekenhuis is veel op weinig protocollair geregeld	21
De houding tegenover vernieuwingen is behoudend of flexibel	31
De onderlinge communicatie is formeel of informeel	34
Medewerkers hebben weinig of veel binding met het ziekenhuis	35
Ons ziekenhuis is voorloper of volgend mbt kwaliteitszorg	23

Genoemde gegevens in de tabel zijn gemiddelde scores op een schaal van 0 tot en met 50, waarbij 0 staat voor hiërarchisch, centraal, etc en 50 voor plat, decentraal, etc.

Gemiddeld melden de ziekenhuizen dat medewerkers neigen naar veel binding met het ziekenhuis (score van 35). Gemiddeld is de onderlinge communicatie in het ziekenhuis enigszins informeel (score van 34). Gemiddeld is relatief veel protocollair geregeld (score van 21).

5.11.2 *Kunt u aangeven in hoeverre onderstaande stellingen van toepassing zijn op uw ziekenhuis?*

Meningen uitgedrukt in een gemiddelde score van 0 tot en met 50 (N=85)

	score
Wachlijsten: teveel mensen staan op de wachtlijst voor ons ziekenhuis	29
Werkdruk: de werkdruk in ons ziekenhuis is te hoog	23
Vacatures: het ziekenhuis heeft teveel onvervulbare vacatures	40
Fusie: het ziekenhuis is te druk met een fusie of nasleep daarvan	36
Concurrentie: het ziekenhuis ervaart teveel concurrentie	34
Verzuim: het ziekteverzuim binnen het ziekenhuis is te hoog	34
Verzekeraar: zorgverzekeraars selecteren te weinig op kwaliteit	22
Overheid: marktwerking belemmert kennisverspreiding	24

Genoemde gegevens in de tabel zijn gemiddelde scores op een schaal van 0 tot en met 50, waarbij 0 staat voor helemaal mee eens en 50 voor helemaal mee oneens.

Gemiddelde melden ziekenhuizen het weinig eens te zijn met de stelling dat er teveel onvervulbare vacatures zijn (score van 40).

Dat de werkdruk in het ziekenhuis te hoog is, krijgt een gemiddelde score van 23. De stelling dat zorgverzekeraars te weinig op kwaliteit selecteren krijgt gemiddeld een score van 22 (enigszins mee eens).

5.12 Toekomst

5.12.1 *Zijn onderdelen van uw ziekenhuis al eens beoordeeld in de afgelopen 5 jaar? En/of streeft u ernaar de ziekenhuis (nieuw) te laten beoordelen in de komende 3 jaar?*

Percentage ziekenhuizen dat reeds is beoordeeld en/ of streeft naar een nieuwe beoordeling (N=85)

	ziekenhuis is reeds streeft naar nieuwe	
	beoordeeld	beoordeling
Met behulp van interinstitutionele toetsing	22%	15%
Met behulp van accreditatie georganiseerd door NIAZ	20%	54%
Door een patiënten/ consumentenorganisatie (bijv. RP/ CP)	8%	6%
Door een onafhankelijk instituut (bijv. een certificerende instantie of via een INK-audit)	21%	17%
Door het accreditatie-instituut van de CCKL	57%	32%
Andere beoordeling	37%	8%

57% van de ziekenhuizen is reeds beoordeeld door het accreditatie-instituut van de

CCKL. 32% streeft naar een nieuwe beoordeling van CCKL.

Bij 20% van de ziekenhuizen is de instelling reeds beoordeeld met behulp van een NIAZ-accreditatie. 54% van de ziekenhuizen streeft naar een nieuwe accreditatie georganiseerd door NIAZ.

Weinig ziekenhuizen zijn reeds beoordeeld door een patiënten/ consumentenorganisatie (8%), of streven hiernaar (6%). Andere beoordelingen zijn bijvoorbeeld HACCP, HKZ, HKZ-dialyse, ISO, medirisk. Ook toetsing door Revalidatie Nederland wordt veel genoemd.

5.12.2 *Wordt in uw ziekenhuis gewerkt aan het verkrijgen van kwaliteitskeurmerken of (deel)certificaten of bezit u die al?*

Percentage ziekenhuizen dat aan een kwaliteitskeurmerk bezit of eraan werkt (N=85)

	wordt niet aan gewerkt	wordt wel aan gewerkt	reeds in bezit	missing
Accreditatie van het NIAZ	19%	51%	19%	12%
HKZ-certificaat	19%	12%	28%	41%
ISO-certificaat	19%	14%	22%	45%
CCKL-certificaat	8%	18%	57%	18%
Ander keurmerk/ certificaat	5%	5%	19%	72%

57% van de ziekenhuizen is in het bezit van een CCKL-certificaat, en 18% werkt hieraan. Een accreditatie van het NIAZ is in bezit van 19% van de ziekenhuizen. Bij 51% van de ziekenhuizen wordt gewerkt aan het verkrijgen van accreditatie door NIAZ. Andere genoemde keurmerken zijn HACCP, GLP, GMP, en de toets van Revalidatie Nederland.

5.12.3 *Wat zijn de drie belangrijkste prioriteiten (top 3) in de kwaliteitszorg voor het komende jaar, dus voor 2006?*

Percentage ziekenhuizen dat aangeeft de volgende prioriteit te hebben gesteld voor het komende jaar (N=85)

	%
Scholing in kwaliteitszorg	14%
Cultuurverandering	33%
Onderhandelingen over DBC's	12%
Opstellen van procedures, richtlijnen, protocollen	15%
Kwaliteitsprojecten/ verbeterprojecten	45%
Invoeren best practices	13%
Consequent werken volgens de kwaliteitscyclus (plan-do-check-act)	47%
Waarderingsonderzoeken/ meningspeilingen	24%
Interne toetsingen (audits)	29%
Externe beoordeling/ accreditatie/ certificering	27%
Opzetten veiligheids(management)systeem	40%
Herontwerp van zorgprocessen intern	49%
Herontwerp van zorgprocessen met ketenpartners	21%
Regionale afstemming en samenwerking	14%
Andere prioriteit	7%

In de tabel staan percentages van het totaal aantal instellingen dat aangeeft waar de prioriteit voor het komende jaar (2006) ligt. Instellingen konden in totaal 3 prioriteiten aangeven.

De genoemde activiteiten zijn prioriteit bij 13-49% van de ziekenhuizen. Er zijn geen duidelijke topprioriteiten. 49% van de ziekenhuizen geeft aan dat de prioriteit ligt bij het herontwerp van interne zorgprocessen. Bij 47% ligt de prioriteit bij het consequent werken volgens de kwaliteitscyclus (plan-do-check-act). Onderhandelingen over DBC's is prioriteit bij de minste ziekenhuizen (12%). Het invoeren van best practices is prioriteit bij 13% van de ziekenhuizen.

Er worden verschillende andere prioriteiten aangegeven, zoals documentenbeheer & procesbeschrijvingen, participatie sneller beter, werken zonder wachtlijst.

5.12.4 *Lange termijn: Wat zijn de twee belangrijkste aandachtsgebieden voor uw ziekenhuis voor de komende vijf jaar?*

Percentage ziekenhuizen dat aangeeft de volgende prioriteit te hebben gesteld voor de lange termijn (N=85)

	%
<i>Top 10 van lange prioriteiten op lange termijn (komende vijf jaar)</i>	
Profilering, marktpositie en ondernemerschap	19%
Financiën (ook DBC), stabiliteit en efficiency	18%
Fusie/ samenwerking/ ketenzorg	16%
Kwaliteit algemeen	15%
Veiligheid & risico	15%
Interne bedrijfsvoering	15%
Medewerkers en cultuur	12%
Kwaliteitsprojecten en herontwerp processen	11%
Certificering/ accreditatie	9%
Klantgericht/ vraaggericht werken	8%

In een open vraag werd gevraagd naar de twee belangrijkste aandachtsgebieden voor de lange termijn. De antwoorden zijn door de onderzoekers gecategoriseerd. In bovenstaande tabel staat de top 10 van meest belangrijke aandachtsgebieden voor de lange termijn voor ziekenhuizen.

5.12.5 *Wilt u aankruisen welke modellen of systemen in het ziekenhuis worden gebruikt om het kwaliteitssysteem vorm te geven? En/of welke publicaties daarbij als leidraad worden gebruikt?*

Percentage ziekenhuizen dat het volgende kwaliteitsmodel gebruikt (N=85)

	%
NIAZ - Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen	74%
ISO - International Standards of Organization	32%
INK - Instituut Nederlandse Kwaliteit	78%
CCKL - Richtlijn voor Klinisch Chemisch Laboratoria	75%
GLP - Good Laboratory Practice	21%
GCP - Good Clinical Practice	15%
GMP - Good Medical Practice	28%
HKZ - Certificatieschema van de Stichting HKZ	33%
NP/ CF - Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief	14%
NP/ CF - Instrument Patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen	7%

De meeste ziekenhuizen (81%) gebruiken richtlijnen van het NIAZ om het kwaliteitssysteem vorm te geven. Driekwart van de ziekenhuizen (75%) gebruikt richtlijnen van CCKL.

Minder ziekenhuizen gebruiken de modellen van de NP/ CF; 14% van de ziekenhuizen gebruikt kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief en 7% van de ziekenhuizen gebruikt het instrument patiëntvriendelijkheid van ziekenhuizen.

Van alle ziekenhuizen heeft 91% op directieniveau een keuze gemaakt voor een kwaliteitssysteem voor de hele instelling (niet in tabel). 7% van de ziekenhuizen heeft op directieniveau geen keuze gemaakt voor een bepaald kwaliteitssysteem. 53% van de ziekenhuizen heeft gekozen voor INK als model voor het kwaliteitssysteem. Eveneens 53% heeft gekozen voor NIAZ als kwaliteitsmodel. Bij 16% van de ziekenhuizen is gekozen voor verschillende andere systemen. Bij 32% van de ziekenhuizen is op directieniveau gekozen voor 2 verschillende modellen.

5.13 Patiëntveiligheid

5.13.1 *Is er binnen maatschappen/ vakgroepen aantoonbaar aandacht voor risico's voor de patiënt?*

Percentage ziekenhuizen dat aantoonbaar aandacht heeft voor risico's voor de patiënt (N=85)

	%
Niet bekend	25%
Ja, voor eventuele risico's van de medische behandeling	73%
Ja, voor eventuele risico's in de afstemming met andere zorgverleners	20%
Ja, voor risico's in de organisatie van de zorg	25%

Bij 73% van de ziekenhuizen bestaat binnen de afdelingen aantoonbaar aandacht voor eventuele risico's verbonden aan de medische behandeling.

Bij 25% van de ziekenhuizen is niet bekend of binnen maatschappen/ vakgroepen aantoonbaar aandacht bestaat voor risico's voor de patiënt.

Bij een aantal ziekenhuizen is er ook aandacht voor risico's in de organisatie van de zorg (25%) en/of voor eventuele risico's in de afstemming met andere zorgverleners (20%).

5.13.2 *Worden complicaties periodiek binnen de maatschappen/ vakgroepen besproken?*

Percentage ziekenhuizen waarbij vakgroepen periodiek de complicaties bespreken (N=85)

	%
Nee	6%
Ja, in (bijna) alle maatschappen	25%
Ja, in meer dan de helft	27%
Ja, in minder dan de helft	26%
Ja, in weinig maatschappen	9%

Complicaties zijn onbedoelde en ongewenste uitkomsten tijdens het zorgproces die aanpassen van het medisch handelen noodzakelijk maken

Bij 25% van de ziekenhuizen worden complicaties periodiek besproken in (bijna) alle afdelingen. Bij 6% van de ziekenhuizen worden complicaties niet periodiek binnen de vakgroepen besproken.

5.13.3 *Worden adverse events (ongeacht of ze tot claims hebben geleid) periodiek binnen de maatschappen/ vakgroepen besproken?*

Percentage ziekenhuizen waarbij vakgroepen periodiek de adverse events bespreken (N=85)

	%
Nee	14%
Ja, in (bijna) alle maatschappen/ vakgroepen	26%
Ja, in meer dan de helft	21%
Ja, in minder dan de helft	11%
Ja, in weinig maatschappen	19%

Adverse events zijn onbedoelde en ongewenste uitkomsten, die veroorzaakt zijn door de hulpverlener of ziekenhuiszorg, en geleid heeft tot schade en (tijdelijke) beperkingen bij de patiënt.

Bij 26% van de ziekenhuizen worden adverse events periodiek besproken in (bijna) alle afdelingen. 14% van de ziekenhuizen meldt dat adverse events niet periodiek worden besproken binnen de maatschappen/ vakgroepen.

5.13.4 *Wie is binnen uw ziekenhuis verantwoordelijk voor:*

Percentage ziekenhuizen dat aangeeft waar de verantwoordelijkheid ligt (N=85)

	RvB/ management	medisch specialist	beide
Kwaliteit van het materiaal dat tijdens de medische behandeling gebruikt wordt	12%	13%	73%
Keuze (diversiteit) van het materiaal (assortiment)	9%	17%	72%
Beschikbaarheid van deskundig personeel	65%	2%	28%
Oplossen van gesignaleerde problemen in de organisatie van het zorgproces	28%	2%	66%
Oplossen van gesignaleerde problemen in de organisatie van de medische behandeling	9%	17%	73%
De patiëntveiligheid in het algemeen	15%	0%	84%

De meeste ziekenhuizen (84%) zeggen dat de patiëntveiligheid in het algemeen de verantwoordelijkheid is voor zowel Raad van Bestuur/ management als voor medisch specialist. Geen van de ziekenhuizen vindt dat patiëntveiligheid in het algemeen alleen de verantwoordelijkheid is voor medisch specialist.

De meeste ziekenhuizen (65%) geven aan dat de beschikbaarheid van deskundig personeel alleen de verantwoordelijkheid is van RvB/ management, bij 28% van de ziekenhuizen is dit de verantwoordelijkheid voor RvB/ management en medisch specialist beide.

In totaal 57% van de ziekenhuizen zegt dat er in hun ogen geen punten zijn waarover de verantwoordelijkheid niet helder is toebedeeld (niet in tabel). 20% van de ziekenhuizen geeft aan dat er wel punten zijn waar de verantwoordelijkheid niet helder toebedeeld is. Voorbeelden van punten waarover de verantwoordelijkheden niet helder zijn toebedeeld, zijn hoofdbehandelaarschap, medische apparatuur en verantwoordelijkheid rondom patiënt (vb veiligheid, processen). Een aantal ziekenhuizen vermeldt dat de verantwoordelijkheden niet eenduidig zijn en er 'dus gekeken wordt naar elkaar'.

5.13.5 *Hoe zou u in het algemeen de veiligheidscultuur binnen de medische staf omschrijven?*

Percentage ziekenhuizen dat veiligheidscultuur als volgt omschrijft (N=85)

	%
Ontkennend (waarom tijd verdoen aan veiligheidsbeleid, wij leveren goede zorg)	1%
Reactief (na elk incident nemen we actie)	55%
Calulerend (we hebben systemen om alle risico's te managen)	19%
Pro-actief (we zijn alert op mogelijke nieuwe risico's)	11%
Generatief (veiligheid is een integraal onderdeel van alles wat we doen)	8%

De meeste ziekenhuizen (55%) omschrijven de veiligheidscultuur binnen de medische staf als reactief (na elk incident nemen ze actie). 8% zegt dat de veiligheidscultuur binnen de medische staf generatief is (een integraal onderdeel is van alles wat binnen de instelling gebeurt).

5.14 Verbeterinitiatieven

5.14.1 *Heeft uw instelling wel eens deelgenomen aan Doorbraakprojecten (DB) van het CBO?*

Percentage ziekenhuizen dat heeft deelgenomen aan een doorbraakproject (N=85)

	%
Nee	26%
Ja, DB decubitus	8%
Ja, DB postoperatieve wondinfectie (POWI)	21%
Ja, DB medicatieveiligheid	20%
Ja, DB CVA ketenzorg	34%
Ja, DB spoedeisende hulp	25%
Ja, DB intensive care	15%
Ander doorbraakproject	38%

34% van de ziekenhuizen heeft deelgenomen aan het Doorbraakproject CVA ketenzorg. Deelname aan het Doorbraakproject spoedeisende hulp wordt gemeld door 25%. Voorbeelden van andere Doorbraakprojecten zijn mammacarcinoom, COPD, en werken zonder wachtlijst. Een kwart van de ziekenhuizen (26%) heeft nooit deelgenomen aan een Doorbraakproject van het CBO.

5.14.2 *Heeft uw instelling, na deelname aan een Doorbraakproject, de methodiek zelf toegepast?*

Percentage ziekenhuizen dat methodiek van doorbraakproject zelf heeft toegepast (N=85)

	%
Nee	32%
Nee, maar we hebben plannen hiervoor	18%
Ja, op hetzelfde onderwerp	18%
Ja, op een nieuw onderwerp	14%
Ja, op zowel hetzelfde als een nieuw onderwerp	6%

In totaal 38% van de ziekenhuizen heeft na deelname aan een Doorbraakproject de methodiek van hetzelfde en/of een ander onderwerp zelf toegepast. Genoemde doorbraakprojecten bij hetzelfde onderwerp zijn POWI en werken zonder

wachtlijst. Nieuwe onderwerpen voor een ziekenhuis zijn bijvoorbeeld decubitus en mammacare.

32% van de ziekenhuizen heeft wel deelgenomen aan een Doorbraakproject, maar de methodiek daarna niet zelf toegepast.

5.14.3 *Neemt uw instelling op dit moment deel aan een Doorbraakproject (DB) van het CBO?*

Percentage ziekenhuizen dat nu deelneemt aan een doorbraakproject (N=85)

	%
Nee	46%
Ja, DB hartfalen	7%
Ja, DB diabetes	5%
Ja, DB medicatieveiligheid	2%
Ja, DB mammacarcinoom	17%
Ja, DB triage op de eerste hulp	9%
Ja, als SB p3 ziekenhuis aan diverse DB-projecten	8%
Ander doorbraakproject	20%

In totaal 17% van de ziekenhuizen neemt op dit moment deel aan het Doorbraakproject mammacarcinoom. Aan elk van de overige genoemde Doorbraakprojecten nemen steeds enkele ziekenhuizen (2-9%) deel. Bij andere Doorbraakproject wordt meestal werken zonder wachtlijst genoemd.

46% van de ziekenhuizen neemt op dit moment geen deel aan een Doorbraakproject van het CBO.

Verschillende ziekenhuizen merken op dat ze zich net hebben aangemeld voor Sneller Beter met verschillende resultaten (wel toekomstige deelname, niet toegelaten en SB-project afgezegd) (niet in tabel).

34% van de ziekenhuizen is van plan om in de toekomst deel te nemen aan een Doorbraakproject. Meest genoemd wordt Sneller Beter en werken zonder wachtlijst.

5.14.4 *Kunt u aangeven in hoeverre onderstaande activiteiten aantoonbaar binnen uw ziekenhuis worden toegepast, en/ of speerpunt zijn voor 2005?*

Percentage ziekenhuizen dat onderstaande activiteiten aantoonbaar toepast (N=85)

	enkele afdelingen	helft afdelingen	(bijna) alle afdelingen	speerpunt
Risico-inventarisatie decubitus	19%	1%	52%	26%
Gebruik landelijke richtlijnen decubitus van het CBO	15%	1%	51%	15%
Decentrale incidentencommissie	34%	2%	14%	19%
Activiteiten ter vermindering van medicatiefouten	19%	9%	29%	38%
Activiteiten ter vermindering van postoperatieve infecties	39%	4%	25%	21%
Activiteiten voor het terugbrengen van poli toegangstijden	33%	13%	17%	33%
Activiteiten om doorstroomtijden te verkorten	37%	9%	17%	28%
Activiteiten om productiviteit van OK's te verhogen	25%	2%	21%	40%
Activiteiten om ligduur te bekorten	22%	6%	34%	25%

In bovenstaande tabel staat het percentage ziekenhuizen dat de genoemde activiteit aantoonbaar toepast op enkele afdelingen, de helft van de afdelingen, (bijna) alle afdelingen of als speerpunt voor het gehele ziekenhuis.

Bij de helft van de ziekenhuizen (52%) wordt risico-inventarisatie decubitus aantoonbaar toegepast bij (bijna) alle afdelingen. Bij 51% van de ziekenhuizen worden landelijke richtlijnen decubitus aantoonbaar toegepast bij (bijna) alle afdelingen.

Activiteiten om productiviteit van OK's te verhogen zijn speerpunt bij 40% van de ziekenhuizen. 38% van de ziekenhuizen heeft activiteiten ter vermindering van medicatiefouten als speerpunt gesteld.

6 Verpleeg- en verzorgingshuizen

De gegevens die in de tabellen worden genoemd zijn absolute percentages. Percentages zijn berekend op het aantal inzendingen. Zo staat 50% voor 50% van de respondenten, bij de verpleeg- en verzorgingshuizen dus voor 98 instellingen..

De percentages tellen niet altijd op tot 100% omdat doorgaans 1 – 2% van de respondenten de vraag niet heeft ingevuld (missing).

Bij een aantal vragen tellen de percentages op tot meer dan 100% omdat de instellingen dan meerdere antwoorden konden aankruisen.

6.1 Respons en non-respons

De vragenlijst is opgestuurd naar een steekproef van 322 verpleeg- en verzorgingshuizen. De steekproef is gebaseerd op de adreslijst van Arcares en qua grootte dusdanig gesteld dat de helft van alle hoofdvestigingen aangeschreven zou worden.

In totaal 195 instellingen hebben de vragenlijst geretourneerd. De respons komt hiermee op 61%.

De vragenlijst is in 29% ingevuld door de directie van de instelling, in 58% door de kwaliteitsfunctionaris. In de overige gevallen werd de vragenlijst ingevuld door verschillende andere medewerkers, zoals hoofd intern kwaliteitsbureau, locatiemanager, hoofd zorg/ zorgmanager, directiesecretaris en beleidsmedewerker.

In totaal 41% van de verpleeg- en verzorgingshuizen geeft aan onderdeel van een grotere zorggroep of stichting te zijn, terwijl 57% van de instellingen geeft aan géén onderdeel te zijn van een grotere zorggroep of stichting.

Non-respons

We ontvingen een non-respons formulier van 44 verpleeg- en verzorgingshuizen.

De meest genoemde reden (50%) om niet deel te nemen aan het onderzoek was ‘al te veel enquêtes/ onderzoeken gehad’. In 21% was de instelling ‘te druk bezig met een fusie of nasleep daarvan’ en 16% was ‘onderdeel van een grotere stichting of zorggroep’. Andere redenen die werden genoemd waren bijvoorbeeld ‘te druk met certificering/ HKZ kaderregeling’, ‘tijdgebrek/ te druk’ en ‘nieuwe kwaliteitsmedewerker’. Vier instellingen gaven aan last te hebben van ‘kwaliteitsmoehheid’. Van alle non-respondenten heeft 71% een ‘kwaliteitsfunctionaris of kwaliteitsstuurgroep/ -commissie ingesteld’. 18% heeft geen kwaliteitsfunctionaris of kwaliteitsstuurgroep/ -commissie ingesteld.

Een keuze voor een kwaliteitssysteem is gemaakt in 89% van de niet-deelnemende

instellingen. Deze keuze is in 36 instellingen gemaakt voor HKZ, in 5 instellingen voor MIK-V. De andere instellingen hebben voor diverse andere kwaliteitssystemen gekozen (zoals INK, ISO, BSC, Perspekt).

6.2 Cliënten

6.2.1 *Is er op instellingsniveau een procedure voor een multidisciplinair zorgplansysteem en wat is daarin geregeld?*

Percentage instellingen dat procedures hanteert voor multidisciplinaire zorgplannen (N=195)

	%
Nee, op instellingsniveau is er geen procedure voor zorgplannen	10%
Ja, op instellingsniveau is er wel een procedure voor zorgplannen	89%
<i>Daarin is onder andere geregeld:</i>	
- welke gegevens in het zorgplan dienen te worden vastgelegd	86%
- de wijze waarop de cliënt bij het zorgplan wordt betrokken	82%
- inzagerecht van cliënt (of familie)	78%
- welke disciplines bij de zorg zijn betrokken	80%
- de verantwoordelijkheidstoedeling	68%
- op welke termijn de zorg met de cliënt wordt geëvalueerd	81%
- hoe de volledigheid van zorgplannen wordt gecontroleerd	41%

In totaal 89% van de verpleeg- en verzorgingshuizen hanteert een procedure voor een multidisciplinair zorgplansysteem. 10% van de verpleeg- en verzorgingshuizen hanteert geen procedure voor een multidisciplinair zorgplansysteem.

In de procedure voor het multidisciplinair zorgplansysteem is bij de meeste instellingen geregeld welke gegevens in het zorgplan dienen te worden vastgelegd (86%). Bij veel instellingen (82%) is geregeld wat de wijze is waarop de cliënt bij het zorgplan wordt betrokken.

Minder instellingen (41%) geven aan dat in de procedures voor zorgplannen is geregeld hoe de volledigheid van zorgplannen wordt gecontroleerd.

6.2.2 Welke onderwerpen komen structureel aan bod in het zorgplan?

Percentage instellingen waarbij genoemde onderwerpen structureel in het zorgplan aan bod komen (N=195)

	%
Het lichamelijk welbevinden van cliënten	99%
De woon-/ leefomstandigheden van cliënten	72%
De participatie van cliënten met andere bewoners en/of familie	62%
Mentaal welbevinden van cliënten	87%

Bij nagenoeg alle verpleeg- en verzorgingshuizen (99%) komt het lichamelijk welbevinden structureel aan bod in het zorgplan. Veel instellingen noteren structureel het mentaal welbevinden in het zorgplan (87%).

De participatie van cliënten met andere bewoners en/ of familie komt structureel aan bod in het zorgplan bij 62% van de verpleeg- en verzorgingshuizen.

6.2.3 Verstrekt de instelling standaard schriftelijke informatie aan cliënten over hun rechtspositie? Zo ja, over welke aspecten?

Percentage instellingen dat standaard schriftelijke informatie verstrekt aan cliënten over hun rechtspositie (N=195)

	%
Nee, standaard wordt geen schriftelijke informatie over de rechtspositie verstrekt	7%
Ja, standaard wordt wel schriftelijke informatie over de rechtspositie verstrekt	90%
<i>Namelijk over:</i>	
- het toestemmingsvereiste conform de WGBO	44%
- het klachtenmeldpunt en de klachtenregeling	87%
- de privacy bescherming	63%
- de cliëntenraad	86%
- andere aspecten	15%

Bij 90% van de verpleeg- en verzorgingshuizen wordt standaard schriftelijke informatie verstrekt aan cliënten over hun rechtspositie. 7% van de instellingen verstrekt cliënten niet standaard schriftelijke informatie over rechtspositie.

De meeste instellingen (87%) verstrekken standaard schriftelijke informatie over het klachtenmeldpunt en de klachtenregeling. Standaard schriftelijke informatie over het toestemmingsvereiste (conform WGBO) wordt verstrekt in 44% van de verpleeg- en verzorgingshuizen.

Andere schriftelijke informatie over de rechtspositie die door verpleeg- en verzorgingshuizen worden genoemd, zijn bijvoorbeeld over BOPZ, cliëntvertrouwenspersoon, zorgleveringsovereenkomst en algemene voorwaarden/ huishoudelijk reglement.

6.2.4 *Wilt u aankruisen over welke zorginhoudelijke aspecten cliënten mondeling en/of schriftelijk worden geïnformeerd bij binnenkomst?*

Percentage instellingen dat mondelinge en/ of schriftelijke informatie aan cliënten verstrekt (N=195)

	mondelinge informatie	schriftelijke informatie
<i>Informatie over:</i>		
De levensbeschouwelijke grondslag	41%	69%
De zorgvisie (waarden en normen)	41%	74%
De opnameprocedures	65%	55%
De huisregels	37%	84%
De basiskwaliteit van zorg- en dienstverlening	47%	43%
De financiële gevolgen voor cliëntgelden	43%	63%
Andere informatie	4%	6%

De meeste verpleeg- en verzorgingshuizen informeren hun cliënten bij binnenkomst schriftelijk (84%) of mondeling (37%) over de huisregels. Bij 65% van de verpleeg- en verzorgingshuizen krijgen cliënten bij binnenkomst mondelinge informatie over de opnameprocedures, bij 55% krijgen cliënten bij binnenkomst schriftelijke informatie hierover. Minder instellingen verstrekken hun cliënten bij binnenkomst mondelinge (47%) danwel schriftelijke (43%) informatie over de basiskwaliteit van zorg- en dienstverlening.

Andere informatie die bij binnenkomst wordt verstrekt, is bijvoorbeeld over de producten/ diensten en voorzieningen/faciliteiten.

6.2.5 *Bij welke kwaliteitsactiviteiten worden cliënten en/of hun belangenorganisaties betrokken?*

Percentage instellingen dat belangenorganisaties betreft bij kwaliteitsactiviteiten (N=195)

	nee of nvt	cliënten-raad	cliënten-organisaties	beide	missing
Ontwikkelen van kwaliteitscriteria/ normen	34%	52%	3%	1%	10%
Opstellen van protocollen/ standaarden	49%	39%	1%	1%	10%
Beoordelen of de beoogde doelen t.a.v. kwaliteit worden gehaald	26%	62%	2%	1%	10%
Participatie in (kwaliteits)commissies	45%	44%	2%	0%	9%
Participatie in verbeterprojecten	38%	50%	2%	0%	10%
Het bespreken van uitkomsten van meningspeilingen, klachtbehandeling, etc	6%	86%	3%	1%	5%
Andere kwaliteitsactiviteiten	88%	6%	1%	0%	6%

Bij in totaal 87% van de verpleeg- en verzorgingshuizen wordt de cliëntenraad betrokken bij het bespreken van uitkomsten van meningspeilingen, klachtbehandeling, etc. Over het algemeen worden bij weinig instellingen (tot 4%) de cliëntenorganisaties betrokken bij kwaliteitsactiviteiten.

Bij de helft van de verpleeg- en verzorgingshuizen (49%) wordt zowel de cliëntenraad als de cliëntenorganisaties niet betrokken bij het opstellen van protocollen/ standaarden. Bij 45% van de instellingen participeert geen cliëntenraad en geen cliëntenorganisaties in (kwaliteits)commissies.

Andere kwaliteitsactiviteiten waarbij cliënten en/ of belangenorganisatie worden betrokken zijn bijvoorbeeld: (nieuw)bouwplannen, cliënten-tevredenheidsonderzoek, beleid van de instelling.

6.2.6 *Op welke wijze hebben cliënten (en hun organisaties) inspraak in de zorgverlening?*

Percentage instellingen waarin cliënten en hun organisaties inspraak hebben in de zorgverlening (N=195)

	%
<i>Individuele cliënten:</i>	
Cliënten hebben inspraak in het zorgproces	90%
Cliënten hebben inspraak bij overplaatsing of ontslag	83%
Er wordt geen zorg verleend zonder toestemming van de cliënt (WGBO)	84%
Periodiek wordt het oordeel van de cliënt gevraagd	82%
<i>Cliëntenraad:</i>	
Er is periodiek overleg met de cliëntenraad (of bewonersraad)	95%
Aanbevelingen van de cliëntenraad worden vertaald in (nieuw) beleid	84%
Aan de cliëntenraad wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	88%
<i>Cliëntenorganisaties:</i>	
Er is periodiek overleg met cliëntenorganisatie(s) (bijv. NVBV, RP/CP)	17%
Cliënten/ consumentenorganisaties toetsen de instelling	30%
Aanbevelingen van deze organisaties worden vertaald in (nieuw) beleid	26%
Aan deze organisaties wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan	10%
<i>Andere wijze van inspraak</i>	8%

Nagenoeg alle verpleeg- en verzorgingshuizen (95%) hebben periodiek overleg met de cliëntenraad (of bewonersraad). Bij veel instellingen (90%) hebben cliënten inspraak in het zorgproces. Bij zo'n 10-30% van de instellingen hebben cliëntenorganisaties inspraak in de zorgverlening.

Voorbeelden van andere wijze van inspraak van cliënten (en hun organisaties) zijn via de brancheorganisatie, publieke bijeenkomsten als verantwoording voor het beleid waarbij alle adviesraden worden uitgenodigd.

6.2.7 *Is er binnen de instelling aantoonbaar aandacht voor risico's voor de cliënt?*

Percentage instellingen dat aantoonbaar aandacht heeft voor risico's voor de cliënt
(N=195)

	%
Niet bekend	8%
Ja, voor eventuele risico's verbonden aan de zorg/ behandeling	74%
Ja, voor eventuele risico's verbonden aan medicatie	86%
Ja, voor eventuele risico's verbonden aan middelen en maatregelen	78%
Ja, voor eventuele risico's in de afstemming met andere zorgverleners	27%
Ja, voor risico's in de organisatie van de zorg	40%
Ja, voor andere risico's	9%

De meeste verpleeg- en verzorgingshuizen (86%) hebben aantoonbaar aandacht voor eventuele risico's verbonden aan medicatie. Bij 8% van de verpleeg- en verzorgingshuizen is niet bekend of er aantoonbaar aandacht voor risico's voor de cliënt is.

Voorbeelden van andere risico's waar aantoonbaar aandacht voor is:

calamiteiten/bedrijfsnoodplan, eventuele risico's verbonden aan woonsituatie, vallen en rollator-gebruik.

6.2.8 *Wilt u aankruisen welke aspecten van de multidisciplinaire samenwerking schriftelijk zijn geregeld en worden getoetst?*

Percentage instellingen waarbij multidisciplinaire samenwerking schriftelijk is geregeld en periodiek wordt getoetst (N=195)

	schriftelijk geregeld	periodiek getoetst
<i>Aspecten van multidisciplinaire samenwerking:</i>		
De betrokkenheid van verschillende disciplines bij de zorgverlening	80%	32%
De communicatie tussen de disciplines	69%	25%
Verantwoordelijkheid voor coördinatie van het zorgproces/ zorgverlening	77%	27%
De besluitvorming rond het zorgproces/ de zorgverlening	75%	27%
De rol van de cliënt in de multidisciplinaire benadering	65%	26%

Van alle respondenten geven 182 instellingen (93%) aan dat er regelmatige meerdere disciplines bij de zorgverlening betrokken is (niet in tabel).

80% van alle instellingen heeft de betrokkenheid van verschillende disciplines schriftelijk geregeld. Bij 77% is de verantwoordelijkheid voor coördinatie van het zorgproces/ zorgverlening schriftelijk geregeld. Over het algemeen wordt de toepassing van aspecten van de multidisciplinaire samenwerking periodiek getoetst in een derde van de instellingen waar de genoemde aspecten van samenwerking schriftelijk zijn geregeld.

6.2.9 *Wilt u aankruisen op welke gebieden momenteel verbeterinitiatieven worden ondernomen?*

Percentage instellingen dat verbeterinitiatieven onderneemt op de volgende gebieden (N=195)

	%
Zorg- leefplan/ behandelplan	79%
Communicatie en informatie aan cliënten	67%
Lichamelijk welbevinden en gezondheid van cliënten	30%
Zorginhoudelijke veiligheid van cliënten (vb decubitus, vrijheidsbeperkende maatregelen)	62%
Woon- en leefomstandigheden van cliënten	54%
Participatie en dagstructurering van cliënten	40%
Mentaal welbevinden van cliënten	34%
Samenwerking met mantelzorgers	25%
Veiligheid wonen en verblijf (bv hulpmiddelen, toezicht)	44%
Voldoende bekwaam personeel	45%
Ketenzorg	32%
Kwaliteitszorg (kwaliteitssysteem)	80%
Andere verbeterinitiatieven	10%

In 54% van de verpleeg- en verzorgingshuizen waren multidisciplinaire verbeterprojecten in uitvoering in 2005. Gemiddeld hebben deze instellingen 4 verbeterprojecten gehad. (niet in tabel)

Veel verpleeg- en verzorgingshuizen (80%) ondernemen momenteel verbeterinitiatieven op het gebied van kwaliteitszorg/ kwaliteitssysteem. 79% van de instellingen onderneemt verbeterinitiatieven op het gebied van het leefplan/ behandelplan.

Minder instellingen ondernemen verbeterinitiatieven op het gebied van het lichamelijk welbevinden en gezondheid van cliënten (30%). Verbeterinitiatieven op het gebied van de mantelzorgers wordt ondernomen in 25% van de verpleeg- en verzorgingshuizen.

Andere verbeterinitiatieven die worden genoemd, zijn bijvoorbeeld eten & drinken en farmaceutische zorg/ medicijndistributie.

In de toelichting schrijven verschillende instellingen druk bezig te zijn met HKZ. Normen voor verantwoorde zorg wordt genoemd als een basis waarvoor bovenstaande zaken opnieuw worden bekeken. Ook (nieuw)bouwplannen zorgen bij verschillende instellingen voor verbeterinitiatieven. Sommige instellingen melden te werken met een jaarplansystematiek, waarin enkele van de hier genoemde doelstellingen worden geformuleerd.

6.3 Medewerkers

6.3.1 In welke mate is het personeelsbeleid gericht op het kwaliteitsbeleid?

Mate waarin het personeelsbeleid is gericht op kwaliteitszorg, uitgedrukt in een gemiddelde score op een schaal van 0 tot en met 50 (N=195)

	score
<i>Medewerkers/professionals:</i>	
Worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen	33
Kunnen binnen werktijd deelnemen aan activiteiten voor verbetering	35
Krijgen systematisch feedback over de resultaten van kwaliteitszorg	27
Krijgen systematisch feedback over het naleven van richtlijnen	25
Worden gestimuleerd om incidenten in de zorgverlening te melden	40
Krijgen systematisch feedback over meldingen van incidenten	32
<i>Selectie en scholing:</i>	
Selectie van nieuw personeel met positieve attitude tav kwaliteitszorg	31
Scholing van leidinggevenden/ management	32
Scholing van medewerkers	34
Nieuwe medewerkers worden geschoold in kwaliteitszorg	25
Medewerkers worden geschoold in het toepassen van richtlijnen	30
<i>Directie/ management:</i>	
Geeft aan wat van medewerkers verwacht wordt tav. kwaliteitsbeleid	31
Toetst of medewerkers zich houden aan afspraken tav kwaliteitsbeleid	28
Bewaakt de uitvoering van de afdelingswerkplannen	30
Maakt afspraken met leidinggevenden over te bereiken resultaten	32
Spreekt af wie verantwoordelijk is voor een zorgverleningproces	36
Maakt afspraken over het borgen van resultaten verbeterprojecten	29
Werkt met managementcontracten (vastgelegde taken en prestaties)	18

De genoemde getallen zijn gemiddelde scores van alle instellingen op een schaal van 0 tot en met 50, waarbij 0 staat voor nooit en 50 voor altijd.

Relatief vaak worden medewerkers/ professionals gestimuleerd om incidenten in de zorgverlening te melden (score van 40). Relatief vaak wordt gemeld dat directie/ management afsprekt wie verantwoordelijk is voor een zorgverleningproces (score van 36).

Een gemiddeld lagere score krijgt het werken met managementcontracten door directie/ management (score van 18).

6.3.2 *Is voor verplegenden en verzorgenden werktijd ingeroosterd/ vrijgemaakt voor een of meer van de volgende activiteiten?*

Percentage instellingen dat voor verplegenden en verzorgenden werktijd heeft ingeroosterd voor kwaliteitszorg (N=195)

	%
<i>Tijd is ingeroosterd/ vrijgemaakt voor:</i>	
Volgen van vakinhoudelijke na- en/of bijscholing	95%
Training in methoden en technieken van kwaliteitszorg	48%
Deelname aan bewonersbesprekingen/ casusbesprekingen	94%
Participatie in verbeterteams/ kwaliteitsprojecten	77%
Intercollegiale toetsing met interne collega's	33%
Intercollegiale toetsing met externe collega's	12%
Ontwikkelen van richtlijnen/ protocollen	80%
Andere activiteiten	7%

Bij nagenoeg alle verpleeg- en verzorgingshuizen (95%) is tijd ingeroosterd/ vrijgemaakt voor het volgen van vakinhoudelijke na/ bijscholing. Bij 94% van de instellingen is voor medewerkers tijd vrijgemaakt/ ingeroosterd voor deelname aan bewonersbesprekingen/ casusbesprekingen.

Bij minder instellingen is tijd beschikbaar voor intercollegiale toetsing. Met interne collega's. (33%) of met externe collega's (12%). Andere activiteiten waar tijd voor wordt ingeroosterd/ vrijgemaakt, is onder andere voor intervisie, voor onderhoud van vaardigheden, voor uitvoeren van verbeteringen.

Bij deze vraag worden opmerkingen gemaakt dat te veel tijd van de medewerkers gaat naar techniek, te weinig naar bejegening, feedback & competenties. Beschikbaarheid van tijd is afhankelijk van prioriteitsstelling en werkdruk.

6.4 Protocollen en procedures

6.4.1 *Wat voor soort protocollen (of richtlijnen) worden in uw instelling gebruikt?*

Percentage instellingen dat onderstaande protocollen hanteert (N=195)

	%
<i>Protocollen voor het professioneel handelen:</i>	
Gericht op specifieke vaktechnische verrichtingen in het zorgproces	93%
Voor de voorlichting aan de cliënt	54%
Voor voorbehouden handelingen	93%
Voor het gebruik van (medische) hulpmiddelen	80%
Voor kritische momenten in het zorgproces	50%
Voor specifieke doelgroepen (bv. multidisciplinaire zorgprogramma's)	42%
Voor de routing van de cliënt van aanmelding tot afsluiting van de zorg	69%
Voor samenwerking met/ overdracht naar andere zorgaanbieders	51%
Voor samenwerking met mantelzorgers	21%

Bijna alle verpleeg- en verzorgingshuizen (93%) gebruiken protocollen voor voorbehouden handelingen en protocollen gericht op specifieke vaktechnische verrichtingen in het zorgproces. 42% hanteert protocollen voor specifieke doelgroepen. Protocollen voor samenwerking met mantelzorgers worden gebruikt bij 21% van de verpleeg- en verzorgingshuizen.

6.4.2 Welke van onderstaande protocollen/ richtlijnen zijn aanwezig? En bij welke daarvan wordt de toepassing periodiek onderzocht?

Percentage instellingen waar onderstaande protocollen aanwezig zijn en waar deze toepassing periodiek wordt onderzocht (N=195)

	protocol aanwezig	periodiek onderzocht
<i>Protocollen voor:</i>		
Bejegening van de cliënt	64%	32%
Verpleegkundige handelingen	96%	55%
Medicijnen voorschrijven	76%	42%
Medicijnen verstrekken	96%	51%
Infectie-preventie	72%	34%
Decubitus preventie	89%	44%
Signaleren van ondervoeding	47%	26%
Melding van incidenten	97%	62%
Omgaan met klachten	92%	47%
Toepassen van middelen en maatregelen	86%	43%
Processen rond het levenseinde	64%	31%
Handelwijze bij overlijden	83%	35%
Samenwerking met mantelzorgers	20%	11%

Bijna alle verpleeg- en verzorgingshuizen zijn in het bezit van protocollen voor melding van incidenten (97%), voor het verstrekken van medicijnen (96%) en voor verpleegkundige handelingen (96%).

Bij 47% van de verpleeg- en verzorgingshuizen zijn protocollen voor het signaleren van ondervoeding aanwezig. Protocollen voor de samenwerking met mantelzorgers zijn aanwezig bij 20% van de instellingen.

Over het algemeen wordt de toepassing van protocollen periodiek onderzocht in de helft van de instellingen waar dit protocol aanwezig is.

6.4.3 *Is er instellingbreed een uniforme wijze voor het opstellen van protocollen?*

Percentage instellingen dat uniforme wijze voor het opstellen van protocollen hanteert (N=195)

	%
Nee, geen uniforme wijze	11%
Ja, wel uniforme wijze	88%
<i>In elk protocol wordt vermeld:</i>	
- de datum waarop het protocol is gemaakt	87%
- wie het protocol heeft ontwikkeld	75%
- wie het protocol heeft vastgesteld	79%
- voor wie het protocol is bedoeld	76%
- de datum waarop revisie/ actualisering plaatsvindt	79%

Bij 88% van de verpleeg- en verzorgingshuizen bestaat een uniforme wijze voor het opstellen van protocollen. 11% van de instellingen heeft geen uniforme wijze voor het opstellen van protocollen.

De meeste verpleeg- en verzorgingshuizen (87%) noteren in elk protocol wat de datum is waarop het protocol is gemaakt. Alle andere genoemde items wordt in alle protocollen vermeld van 75-80% van alle instellingen.

6.4.4 *Is er in de instelling een procedure/ systeem voor het documenteren en actualiseren van protocollen?*

Percentage instellingen dat een procedure voor het documenteren en actualiseren van protocollen heeft (N=195)

	%
Nee	3%
Nee, daar wordt aan gewerkt	23%
Ja, alleen een procedure voor het documenteren van protocollen/ richtlijnen	15%
Ja, procedure voor documenteren én actualiseren van protocollen	59%

Bij 59% van de verpleeg- en verzorgingshuizen is er een procedure/ systeem voor zowel het documenteren als het actualiseren van protocollen. 3% van de instellingen heeft geen systeem voor het beheer van protocollen en werkt hier ook niet aan.

6.4.5 *Is in procedures beschreven hoe de primaire processen georganiseerd zijn?
Dit houdt in dat alle stappen beschreven zijn, inclusief degenen die hiervoor
verantwoordelijk zijn*

Percentage instellingen dat primaire processen in procedures heeft vastgelegd (N=195)

	%
Nee, geen procedures voor het primaire proces	14%
Ja, er zijn wel procedures voor het primaire proces	85%
<i>Er zijn procedures voor de volgende onderdelen van het primaire proces:</i>	
- opnameprocedure	75%
- zorgplansysteem (multidisciplinair)	71%
- medicijnbeheer	78%
- overplaatsing en ontslag	61%
- overlijden	65%

De meeste verpleeg- en verzorgingshuizen (85%) hebben procedures waarin beschreven staat hoe de primaire processen zijn georganiseerd. Bij 14% van de instelling zijn er geen procedures die de primaire processen beschrijven.

Van de verpleeg- en verzorgingshuizen heeft 78% procedures voor medicijnbeheer.

Minder instellingen hebben procedures voor het handelen bij overlijden (65%) en voor overplaatsing en ontslag (61%).

6.5 Effecten

6.5.1 Welke positieve effecten verwacht u (of zijn reeds bereikt) tengevolge van kwaliteitszorg?

Percentage instellingen dat verwachtingen heeft omtrent positieve effecten van kwaliteitszorg (N=195)

	niet verwacht	wel verwacht	reeds bereikt	missing
<i>Cliënten:</i>				
Toename van cliëntgerichtheid	1%	71%	24%	4%
Toename van tevredenheid van cliënten	2%	68%	27%	4%
Verbetering van de zorgprocessen	1%	77%	19%	4%
Verbetering van de resultaten van de zorg (uitkomst)	3%	76%	15%	6%
Verbeteren van de cliëntveiligheid	3%	76%	16%	6%
<i>Personeel:</i>				
Het personeel kan zich zelf verder ontwikkelen	8%	67%	22%	4%
Er is een cultuur van continu leren en verbeteren ontstaan	5%	66%	23%	6%
Toename van tevredenheid van het personeel	5%	74%	16%	5%
Toename van de inzet en flexibiliteit van het personeel	13%	66%	15%	6%
Meer duidelijkheid voor het personeel over de gang van zaken	1%	69%	26%	5%
Toename van vraaggestuurd werken	4%	77%	15%	4%
<i>Organisatie:</i>				
Toename beheersbaarheid van de organisatie door management	4%	69%	21%	7%
Betere profilering van de instelling	3%	71%	22%	4%
Toename van tevredenheid van externe partijen	4%	74%	17%	5%
Betere concurrentiepositie	6%	72%	18%	4%
Meer duidelijkheid in de organisatie over de gang van zaken	2%	68%	27%	4%
Toename van vraagsturing in het beleid van de organisatie	6%	72%	19%	4%
<i>Rendement:</i>				
Toename van de productiviteit van de instelling	21%	51%	23%	6%
Kostenbesparing op lange termijn in de eigen instelling	27%	56%	10%	7%
Kostenbesparing, maar niet in de eigen instelling	52%	24%	4%	21%
Betere risicobeheersing in de organisatie	3%	77%	14%	5%
<i>Andere effecten</i>	0%	1%	2%	97%

Over het algemeen geven de meeste instellingen bij de genoemde effecten aan dat ze ‘wel verwacht’ worden. Tot 27% van de verpleeg- en verzorgingshuizen heeft één of meer van de genoemde effecten ‘reeds bereikt’. Toename van tevredenheid van cliënten is bereikt in 27% van de instellingen. Kwaliteitszorg heeft geleid tot meer duidelijkheid in de organisatie over de gang van zaken. (22%) en tot meer duidelijkheid voor het personeel over de gang van zaken (26%).

Kostenbesparing, maar niet in de eigen instelling, wordt niet verwacht door 52% van de verpleeg- en verzorgingshuizen. Een kwart (24%) verwacht dit wel en 4% van de instellingen heeft reeds kostenbesparing, buiten de eigen instelling, bereikt.

Andere effecten van kwaliteitszorg zijn bijvoorbeeld een HKZ-certificering, A-status en 3-jarig contract met zorgkantoor, bewustwording van eigen handelen.

6.6 Cyclische kwaliteitsactiviteiten

6.6.1 *Vinden in uw instelling – voor zover van toepassing – onderstaande activiteiten plaats? Zo ja, worden de resultaten aantoonbaar gebruikt voor bijsturing van het beleid?*

Percentage instellingen dat onderstaande activiteiten kent en gebruikt voor bijsturing.
(N=195)

	nee	nog niet volledig	cyclisch onderdeel	missing
Intercollegiale toetsing monodisciplinair	51%	36%	10%	3%
Intercollegiale toetsing multidisciplinair	54%	32%	9%	5%
Gebruik zorg/ behandelplannen	2%	44%	53%	1%
Incidentenanalyse (infecties, FONA/ MIP, etc)	4%	45%	51%	1%
Functionerings-/ beoordelingsgesprekken met alle medewerkers	1%	39%	59%	2%
Interne beoordeling van het kwaliteitssysteem	45%	35%	19%	1%
Interinstitutionele toetsing/ visitatie	83%	10%	4%	3%
Management-informatie-systeem	27%	42%	28%	3%
Meningspeiling onder cliënten	8%	28%	62%	2%
Meningspeiling onder verwijzers of andere ketenpartners	84%	11%	4%	2%
Meningspeiling onder medewerkers/ professionals	11%	38%	50%	1%
Marktonderzoek naar behoeften van (potentiële) gebruikers	63%	30%	5%	2%
Marktonderzoek onder verwijzers of andere ketenpartners	81%	14%	3%	2%
Klachtenanalyse	6%	45%	48%	1%
Overleg met cliëntenraad	1%	34%	64%	2%
Benchmarking	49%	33%	16%	2%
Risico-inventarisatie ten aanzien van cliënten	44%	34%	20%	2%

Per activiteit zijn er drie mogelijke antwoorden:

- nee
- ja, de activiteit bestaat, maar nog niet volledig cyclisch. De resultaten worden nog onvoldoende gebruikt voor bijsturing
- ja, het is een cyclisch onderdeel van ons kwaliteitssysteem. De resultaten worden systematisch gebruikt voor bijsturing

Bij 64% van de verpleeg- en verzorgingshuizen worden op basis van periodiek overleg met de cliëntenraad verbeteringen gerealiseerd. Periodiek oordeel van cliënten wordt door 62% van de instellingen gebruikt voor bijsturing van het beleid.

De meeste verpleeg- en verzorgingshuizen houden geen meningspeilingen onder verwijzers of andere ketenpartners (84%), en geen marktonderzoek onder deze verwijzers of andere ketenpartners (81%).

6.7 Beleid en strategie: documenten

6.7.1 *In hoeverre beschikt uw instelling over onderstaande documenten?*

Percentage instellingen dat beschikt over onderstaande documenten (N=195)

	nee of nvt	in ontwikkeling	In bezit	missing
Missie op schrift	0%	9%	89%	2%
'Product' omschrijvingen	9%	35%	55%	2%
Kwaliteitsbeleid op schrift	5%	34%	60%	1%
Kwaliteitswerkplan op instellingsniveau	6%	41%	52%	1%
Kwaliteitsjaarverslag of kwaliteitsdeel in het algemene jaarverslag	2%	14%	83%	1%
Kwaliteitshandboek	6%	46%	47%	2%
Veiligheids(management)plan op schrift	33%	46%	20%	2%

Over het algemeen zijn de verpleeg- en verzorgingshuizen in het bezit van bovengenoemde documenten of zijn bezig met het ontwikkelen ervan.

De meeste instellingen (89%) zijn in het bezit van een missie op schrift. Een kwaliteitsjaarverslag of kwaliteitsdeel in het algemene jaarverslag is in het bezit van 83% van de instellingen, terwijl dit document bij 14% in ontwikkeling is.

Een derde van de verpleeg- en verzorgingshuizen (33%) is niet in het bezit van een veiligheids(management)plan op schrift en is ook niet bezig met het ontwikkelen van zo'n veiligheidsplan. Bij 46% van de instellingen is het veiligheids(management)plan in ontwikkeling. 20% van de verpleeg- en verzorgingshuizen is al in het bezit van een veiligheids(management)plan op schrift.

6.7.2 *Zijn in uw instelling voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg?*

Percentage instellingen dat voorzieningen voor kwaliteitszorg heeft getroffen (N=195)

	%
Nee, geen extra voorzieningen	4%
Ja, er is een apart intern gereserveerd budget voor kwaliteitszorg	42%
Ja, het is opgenomen in het takenpakket van de leidinggevenden	46%
Ja, stuurgroep(en) of commissie(s) is/zijn ingesteld	62%
Ja, kwaliteitsfunctionaris(sen)/coördinator(en) is/zijn aangesteld	81%
Ja, een extern bureau of adviseur is ingeschakeld	27%
Andere voorzieningen	8%

Bij de meeste verpleeg- en verzorgingshuizen (81%) is een kwaliteitsfunctionaris of –coördinator aangesteld. Een extern bureau of adviseur is ingeschakeld bij 27% van de instellingen. Bij 4% van de verpleeg- en verzorgingshuizen zijn geen extra voorzieningen voor kwaliteitszorg getroffen.

Andere genoemde voorzieningen zijn bv. projectgroep tbv certificering, beleidsmedewerkers met portefeuille kwaliteit, opgenomen in regulier beleidscyclus & -overleg.

6.7.3 *Wie zijn de ‘trekkers’ van kwaliteitszorg in uw instelling?*

Percentage instellingen dat aangeeft wie de ‘trekker’ van kwaliteitszorg is (N=195)

	%
Niemand in het bijzonder	0%
De stuurgroep/ commissie	41%
De kwaliteitsfunctionaris	77%
Een extern bureau/ adviseur	14%
De professionals (zorgverleners)	14%
Directie of management	76%
Hoofden/ leidinggevenden	42%
Andere ‘trekker’	6%

Bij geen van de verpleeg- en verzorgingshuizen is er niemand in het bijzonder die het voortouw neemt in de kwaliteitszorg.

Bij 77% van de verpleeg- en verzorgingshuizen neemt de kwaliteitsfunctionaris het initiatief voor kwaliteitszorg. Bij 76% van de instellingen komt dit initiatief van de directie/ management. Minder vaak genoemd wordt het extern bureau/ adviseur als trekker (14%) en de professionals/ zorgverleners zelf (14%).

Voorbeelden van andere trekkers zijn een beleidsmedewerker, intern bureau kwaliteit, kwaliteitsgroep met afvaardiging van alle afdelingen.

6.8 Samenwerking en ketenkwaliteit

6.8.1 *Is er samenhang in het kwaliteitsbeleid op organisatorisch en zorginhoudelijk gebied, d.w.z. tussen het kwaliteitsbeleid van management en professionals?*

Percentage instellingen dat een samenhang in het kwaliteitsbeleid op de volgende wijze kent (N=195)

	%
<i>Management en professionals:</i>	
Ontwikkelen elk hun eigen kwaliteitsbeleid	6%
Ontwikkelen een eigen kwaliteitsbeleid, maar streven naar afstemming	14%
Ontwikkelen samen een geïntegreerd kwaliteitsbeleid	71%
Andere vorm van samenhang	4%

Bij de meeste verpleeg- en verzorgingshuizen ontwikkelen management en professionals samen een geïntegreerd kwaliteitsbeleid. Bij 6% van de instellingen ontwikkelen management en professionals elk hun eigen kwaliteitsbeleid.

Opmerkingen bij andere vormen van samenhang zijn (nog) geen afstemming, beleid van directie ontbreekt, professionals worden vanuit management aangestuurd.

6.8.2 *Met welke ketenpartners vindt structureel overleg plaats over raakvlakken in het primaire proces?*

Percentage instellingen dat structureel overleg heeft met ketenpartners over het primaire proces (N=195)

	%
Met organisaties van mantelzorgers	14%
Met andere verpleeg- en/of verzorgingshuizen in de regio	76%
Met huisartsen	64%
Met verpleeghuisarts(en)	76%
Met de afdeling geriatrie van het ziekenhuis	20%
Met de afdeling psychogeriatric in de GGZ	33%
Met de thuiszorg	52%
Met woningbouw corporaties	53%
Met meerdere partners over transmurale zorg	32%
Andere overlegpartners	11%

Driekwart van de verpleeg- en verzorgingshuizen hebben structureel overleg met verpleeghuisartsen (76%) en met andere verpleeg- en/ of verzorgingshuizen in de regio (76%). Minder instellingen hebben structureel overleg met de afdeling geriatrie van het ziekenhuis (20%). Bij 14% vindt structureel overleg plaats met organisaties van

mantelzorgers. Andere overlegpartners zijn onder andere fysio- en/ of ergotherapeut, met ziekenhuis en specialisten, met apotheek.

Een aantal instellingen merkt op dat het overleg met de ketenpartners geen structurele vorm heeft.

6.8.3 *Is er bij transmurale zorg of zorgketen(s) sprake van een gezamenlijke kwaliteitsbewaking door de samenwerkende zorgaanbieders (=ketenpartners)*

Percentage instellingen dat een gezamenlijke kwaliteitsbewaking met samenwerkende zorgaanbieders heeft (N=195)

	%
Nee, er is geen gezamenlijke kwaliteitsbewaking	66%
Ja, er is wel gezamenlijk kwaliteitsbewaking	30%
<i>Met de volgende elementen:</i>	
- gezamenlijk overleg om de kwaliteit te evalueren	18%
- een gemeenschappelijke visie op papier	15%
- gezamenlijke protocollen waarin de overdracht van de cliënt wordt geregeld	19%
- een expliciete verantwoordelijkheidstoedeling	13%
- een methodiek van registratie van bijv. uitkomsten van de zorg	11%
- gezamenlijke besprekingen van deze uitkomstgegevens	9%
- een gemeenschappelijke cliëntenraadpleging	3%
- een gemeenschappelijke klachtenregistratie	8%
- een gemeenschappelijke kwaliteitsverslaglegging	3%

Tweederde van de verpleeg- en verzorgingshuizen (66%) heeft geen gezamenlijke kwaliteitsbewaking met ketenpartners. 30% van de instellingen geeft aan dat er wel een gezamenlijk kwaliteitsbewaking is.

Van de verpleeg- en verzorgingshuizen heeft 19% gezamenlijke protocollen waarin de overdracht van de cliënt wordt geregeld. 18% heeft met ketenpartners gezamenlijk overleg om de kwaliteit te evalueren.

Minder instellingen hebben met hun ketenpartners een gemeenschappelijke cliëntenraadpleging (3%) en een gemeenschappelijke kwaliteitsverslaglegging (3%).

In een toelichting op deze vraag hebben een aantal instellingen (23%) vermeld voor welke doelgroepen of diagnoses een dergelijke gezamenlijke kwaliteitsbewaking bestaat. Voorbeelden van zulke diagnoses zijn: CVA, psychogeriatric, orthopedie, cliënten met zorg-aan-huis (niet in tabel).

6.9 Beleidscyclus

6.9.1 Welke gegevens worden door directie/ management gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid?

Percentage instellingen dat de volgende gegevens gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid (N=195)

	%
Meningspeilingen onder cliënten	91%
Meningspeilingen onder familieleden	51%
Meningspeilingen onder de medewerkers	85%
Exit interviews met cliënten	24%
Exit interviews met medewerkers	47%
Opvattingen van de cliëntenraad	92%
Opvattingen van ketenpartners	39%
Opvattingen van de zorgverzekeraar of financier(s)	80%
Resultaten van interne beoordelingen/ audits	49%
Resultaten externe toetsingen of visitaties	46%
Andere gegevens	7%

Nagenoeg alle verpleeg- en verzorgingshuizen (92%) gebruiken opvattingen van de cliëntenraad voor evaluatie en bijstelling van het beleid. Meningspeilingen onder cliënten worden gebruikt in 91% van de instellingen.

Een kwart (24%) van de instellingen gebruikt exit interviews met cliënten voor evaluatie en bijstelling van het beleid.

Andere gegevens die worden gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid zijn bijvoorbeeld gegevens van inspectie en benchmark. Enkele instellingen merken op dat dit nog in ontwikkeling is.

6.9.2 Welk indicatoren/ gegevens worden gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit?

Percentage instellingen dat de volgende gegevens gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit (N=195)

	%
Er worden geen indicatoren voor monitoring gebruikt	10%
Er worden wel indicatoren voor monitoring gebruikt	89%
<i>De volgende gegevens worden gebruikt:</i>	
- gegevens over zorgzwaarte	50%
- evaluaties van zorgplannen	52%
- wachtlijsten en wachttijden	39%
- ziekte en verloop van medewerkers	69%
- incidenten	81%
- de klachtenregistratie	73%
- decubitus prevalentie/ registratie	46%
- val-incidenten	74%
- ondervoeding	20%
- andere gegevens	4%

Bij 89% van de verpleeg- en verzorgingshuizen worden wel indicatoren gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit. Bij 10% van de instellingen worden geen kwaliteits-indicatoren gebruikt.

Van alle instellingen gebruikt 81% gegevens over incidenten voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit. Driekwart gebruikt gegevens over val-incidenten (74%) en de klachtenregistratie (73%).

Bij 39% van de instellingen worden gegevens over wachtlijsten en wachttijden gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit. 20% van de verpleeg- en verzorgingshuizen gebruikt indicatoren over ondervoeding.

Andere gegevens die worden gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit zijn bijvoorbeeld interne audits, leegstand van de capaciteit, marktonderzoek.

6.9.3 *Is het aantal en de aard van regels en procedures in uw instelling veranderd tengevolge van kwaliteitsmanagement?*

Percentage instellingen waarbij kwaliteitsmanagement heeft geleid tot verandering in regelhuishouding (N=195)

	%
Nee, geen invloed	3%
Er zijn regels/ procedures bijgekomen	75%
Overbodige regels/ procedures zijn verwijderd	27%
De regels/ procedures worden beter bewaakt	62%
Impliciete regels/ procedures zijn geformaliseerd	55%
De toepassing van regels/ procedures wordt beter getoetst	44%
De werking van regels/ procedures wordt beter geëvalueerd en geactualiseerd	63%

3% van de verpleeg- en verzorgingshuizen geeft aan dat kwaliteitszorg geen invloed heeft gehad op het aantal en de aard van regels.

75% van de verpleeg- en verzorgingshuizen melden dat er regels/ procedures zijn bijgekomen. Bij 27% van de instellingen zijn overbodige regels/ procedures verwijderd.

6.9.4 *Zijn er negatieve effecten in uw instelling opgetreden tengevolge van kwaliteitsmanagement?*

Percentage instellingen dat de volgende negatieve effecten heeft opgemerkt (N=195)

	%
Er hebben zich geen negatieve effecten voorgedaan	31%
Kosten zijn gestegen	31%
Verstarring c.q. gebrek aan flexibiliteit bij medewerkers/ professionals	8%
Werkdruk is toegenomen	39%
Weerstand van medewerkers bij het doorvoeren van structurele veranderingen	26%
Demotivatie/ ontevredenheid bij medewerkers/professionals	4%
Andere negatieve effecten	9%

Bij een derde van de verpleeg- en verzorgingshuizen (31%) hebben zich geen negatieve effecten voorgedaan tengevolge van kwaliteitsmanagement. Een aantal instellingen merkt op dat 'kwaliteit een gewoon onderdeel van het werk is geworden'.

Bij evenveel instellingen (31%) heeft kwaliteitsmanagement geleid tot stijging van de kosten. 39% meldt toename van de werkdruk.

Verstarring c.q. gebrek aan flexibiliteit bij medewerkers/ professionals is opgetreden bij 8% van de verpleeg- en verzorgingshuizen. 4% van de instellingen heeft demotivatie/ ontevredenheid bij medewerkers opgemerkt.

Bij andere negatieve effecten wordt vaak toename papierwerk of bureaucratie genoemd. Een aantal instellingen merkt op dat 'zorg komt onder druk te staan' of 'door externe druk

vanwege grote hoeveelheid kwaliteitsimpulsen worden medewerkers vaak voor een dilemma gesteld voor wat betreft prioritering'. Ook wordt door een enkele instelling aangegeven dat de instelling in de opstartfase is, dus negatieve effecten nog niet zijn aan te geven.

6.10 Kwaliteitskosten

6.10.1 *Evalueert uw instelling de kosten en baten van verbeterprojecten?*

Percentage instellingen dat kosten en/of baten van verbeterprojecten evalueert (N=195)

	%
Nee, geen evaluatie van kosten en baten	61%
Ja, alleen de kosten	5%
Ja, kosten én baten	26%
Andere evaluatie	7%

Een kwart van de verpleeg- en verzorgingshuizen (26%) evalueert zowel de kosten als de baten van verbeterprojecten. Bij 61% van de instellingen vindt geen evaluatie van kosten en baten van verbeterprojecten plaats.

Voorbeelden van andere evaluaties van verbeterprojecten zijn: alleen evaluatie van de baten, incidentele evaluatie, immateriële effecten (baten). Een aantal instellingen geeft aan nog niet kosten en baten te evalueren omdat de instelling nog in ontwikkelingsfase is.

6.10.2 *Heeft uw instelling inzicht in de hierna genoemde verbeterkosten, beoordelingskosten en herstelkosten? Wilt u aankruisen wat van toepassing is?*

Percentage instellingen dat inzicht heeft in de volgende kosten (N=195)

	%
<i>De instelling heeft inzicht in de kosten van:</i>	
Scholing van medewerkers en management in kwaliteitszorg	67%
Het ontwikkelen en implementeren van protocollen/procedures	27%
Meningspeilingen/ waarderingsonderzoeken	54%
Externe beoordeling i.v.m. accreditatie/ certificering (INK, HKZ, etc.)	52%
Klachtafhandeling	26%
Claims/ schadevergoedingen	23%

67% van de verpleeg- en verzorgingshuizen heeft inzicht in de kosten voor scholing van medewerkers en management voor kwaliteitszorg. Minder instellingen hebben inzicht in de kosten van het ontwikkelen en implementeren van protocollen/ procedures (27%), van klachtafhandeling (26%) en van claims/ schadevergoedingen (23%).

6.10.3 *Kan uw instelling (nu of in de toekomst) de kosten opbrengen die verbonden zijn aan certificering?*

Percentage instellingen dat de kosten voor certificering kan opbrengen (N=195)

	%
Nee	3%
Waarschijnlijk niet	12%
Waarschijnlijk wel	45%
Ja	35%

35% van de verpleeg- en verzorgingshuizen kan (nu of in de toekomst) de kosten opbrengen die verbonden zijn aan certificering.

3% van de instellingen geeft aan niet de kosten voor certificering te kunnen opbrengen.

6.10.4 *Speelt de kwaliteit van zorg een rol bij de contractonderhandelingen met zorgverzekeraars?*

Percentage instellingen dat aangeeft dat kwaliteit een rol speelt bij contractonderhandelingen met zorgverzekeraars (N=195)

	%
Nee, geen enkele rol	1%
Nee, kwaliteit van zorg komt ter sprake, maar maakt geen deel uit van de onderhandelingen	6%
Ja, kwaliteit van zorg maakt deel uit van de onderhandelingen	92%
<i>Zorgverzekeraars vragen:</i>	
- in toenemende mate kwaliteitsgaranties	59%
- goede uitkomsten op prestatie-indicatoren	30%
- kwaliteitsparagrafen met prestatieafspraken	25%
- certificatie van het kwaliteitssysteem	73%
- verbeterprojecten	22%
- andere kwaliteitskenmerken	8%

Bij bijna alle verpleeg- en verzorgingshuizen (92%) maakt kwaliteit van zorg deel uit van de contractonderhandelingen met de zorgverzekeraars. 1% van de instellingen geeft aan dat kwaliteit geen enkele rol speelt bij de contractonderhandelingen.

Bij totaal 73% van de verpleeg- en verzorgingshuizen wordt gevraagd om certificatie van het kwaliteitssysteem. Bij minder instellingen vragen zorgverzekeraars om kwaliteitsparagrafen met prestatie-afspraken (25%) en om verbeterprojecten (22%).

Andere kenmerken die worden gevraagd zijn bijvoorbeeld het bronzen keurmerk, benchmarking en cliënttevredenheidsonderzoek.

6.11 Cultuur en structuur

6.11.1 Hoe zou u de organisatiestructuur en cultuur in uw instelling typeren

Organisatiestructuur uitgedrukt in een gemiddelde score op een schaal van 0 tot en met 50 (N=195)

	score
De organisatie is hiërarchisch of plat	29
De besluitvorming is centraal of decentraal	20
In de instelling is veel op weinig protocollair geregeld	23
De houding tegenover vernieuwingen is behoudend of flexibel	28
De onderlinge communicatie is formeel of informeel	33
Medewerkers hebben weinig of veel binding met de instelling	35
Onze instelling is voorloper of volgend mbt kwaliteitszorg	28

Genoemde getallen zijn gemiddelde scores op een schaal van 0 tot en met 50, waarbij 0 staat voor hiërarchisch, centraal, etc en 50 staat voor plat, decentraal, etc.

Gemiddelde geven verpleeg- en verzorgingshuizen aan dat medewerkers relatief veel binding met de instelling hebben (score van 35). De overige waardes in de tabel laten geen duidelijke afwijkingen van het midden (score van 25) zien.

6.11.2 Kunt u aangeven in hoeverre onderstaande stellingen van toepassing zijn op uw instelling?

Meningen uitgedrukt in een gemiddelde score van 0 tot en met 50 (N=195)

	score
Wachlijsten: te veel mensen staan op de wachtlijst voor onze instelling	30
Werkdruk: de werkdruk in onze instelling is hoog	21
Vacatures: de instelling heeft teveel onvervulbare vacatures	37
Fusie: de instelling is te druk met een fusie of nasleep daarvan	31
Concurrentie: de instelling ervaart teveel concurrentie	31
Verzuim: het ziekteverzuim binnen de instelling is te hoog	28
Verzekeraar: zorgverzekeraars selecteren te weinig op kwaliteit	29
Overheid: marktwerking belemmert kennisverspreiding	27

Genoemde getallen zijn gemiddelde scores op een schaal van 0 tot en met 50, waarbij 0 staat voor helemaal mee eens en 50 staat voor helemaal mee oneens.

Gemiddeld zijn de verpleeg- en verzorgingshuizen het relatief oneens met de stelling 'de instelling heeft teveel onvervulbare vacatures' (score van 37). Instellingen zijn het relatief eens met de stelling 'de werkdruk in onze instelling is hoog' (score van 21).

6.12 Toekomst

6.12.1 *Zijn onderdelen van uw instelling al eens beoordeeld in de afgelopen 5 jaar? En/of streeft u ernaar de instelling (nieuw) te laten beoordelen in de komende 3 jaar?*

Percentage instellingen dat reeds is beoordeeld en/ of streeft naar een nieuwe beoordeling (N=195)

	instelling is reeds beoordeeld	streeft naar nieuwe beoordeling
Met behulp van interinstitutionele toetsing	6%	15%
Door een cliënten/ consumentenorganisatie	39%	30%
Door een onafhankelijk instituut (bijv. een certificerende instelling of via een INK-audit)	22%	61%
Door een benchmark	31%	14%
Andere beoordeling	11%	5%

De meeste instellingen (61%) streven naar een nieuwe beoordeling door een onafhankelijk instituut. 22% is reeds beoordeeld door een onafhankelijk instituut. 39% van de verpleeg- en verzorgingshuizen is reeds beoordeeld door een cliënten/ consumentenorganisatie. Bij 30% van de instellingen wordt gestreefd naar een nieuwe beoordeling door zo'n cliënten/ consumentenorganisatie. Bij andere beoordelingen worden cliënt & kwaliteit, inspectie, eigen cliënttevredenheidsonderzoek genoemd.

6.12.2 *Werkt uw instelling aan het verkrijgen van een kwaliteitskeurmerk of certificaat of bezit u die al?*

Percentage instellingen dat aan een kwaliteitskeurmerk bezit of eraan werkt (N=195)

	wordt niet aan gewerkt	wordt wel aan gewerkt	reeds in bezit	missing
Perspekt keurmerk	10%	25%	9%	55%
HKZ-certificaat	9%	61%	6%	25%
ISO-certificaat	19%	1%	2%	79%
INK-audit	17%	5%	1%	77%
Investors in People (IIP) certificaat	16%	3%	4%	77%
Ander keurmerk/ certificaat	3%	5%	6%	86%

De meeste verpleeg- en verzorgingshuizen (61%) werken aan een HKZ-certificaat. 6% van de instellingen is al in het bezit van een HKZ-certificaat. Van de genoemde keurmerken is het Perspekt keurmerk het meest in bezit (9%) Andere genoemde keurmerken zijn bijvoorbeeld HACCP, MIK-V, toetsingskader/ normen verantwoorde zorg.

6.12.3 *Wat zijn de drie belangrijkste prioriteiten (top 3) in de kwaliteitszorg voor het komende jaar, dus voor 2006?*

Percentage instellingen dat aangeeft de volgende prioriteit te hebben gesteld voor het komende jaar (N=195)

	%
Aansluiten bij opgestelde normen verantwoorde zorg/ toetsingskader van de branche	69%
Scholing in kwaliteitszorg	13%
Opstellen van procedures, richtlijnen, protocollen	36%
Kwaliteitsprojecten/ verbeterprojecten	35%
Consequent werken volgens de kwaliteitscyclus (plan-do-check-act)	54%
Meningspeilingen (onder cliënten en/of verwijzers)	20%
Interne toetsingen (audits)	30%
Externe beoordeling/ certificering	44%
Opzetten veiligheids(management)systeem	5%
Interne zorgcoördinatie/ afstemming	11%
Externe zorgcoördinatie/ afstemming met ketenpartners	2%
Regionale samenwerking	5%
Andere prioriteit	5%

In de tabel staan percentages van het totaal aantal instellingen dat aangeeft waar de prioriteit voor het komende jaar (2006) ligt. Instellingen konden in totaal 3 prioriteiten aangeven.

De meeste verpleeg- en verzorgingshuizen (69%) geven aan dat de prioriteit ligt bij het aansluiten bij de opgestelde normen verantwoorde zorg/ toetsingskader van de branche. 54% van de instellingen heeft consequent werken volgens de kwaliteitscyclus gesteld als prioriteit.

Minder instellingen hebben de prioriteit gesteld bij het opzetten van een veiligheidsmanagementsysteem (5%) en regionale samenwerking (5%). Van de genoemde prioriteiten hebben de minste instellingen gekozen voor externe zorgcoördinatie/ afstemming met ketenpartners (2%).

Andere prioriteiten zijn bijvoorbeeld functiegericht bekostiging, procesbeschrijvingen, opstellen kwaliteitsplan.

6.12.4 *Lange termijn: Wat zijn de twee belangrijkste aandachtsgebieden voor uw instelling voor de komende vijf jaar?*

Percentage instellingen dat aangeeft de volgende prioriteit te hebben gesteld voor de lange termijn (N=195)

	%
<i>Top 10 van prioriteiten op lange termijn (komende vijf jaar)</i>	
Certificering/ accreditatie	28%
Productontwikkeling/ -uitbreiding (ook extramuraliseren en kleinschaliger werken)	21%
Fusie/ samenwerking/ ketenzorg	17%
Implementatie/ borgen	15%
Klantgericht/ vraaggericht werken	14%
Huisvesting/ verbouw/ nieuwbouw	11%
Interne bedrijfsvoering	10%
Profilering, marktpositie en ondernemerschap	10%
Medewerkers en cultuur	8%
Normen verantwoorde zorg	7%

In een open vraag werd gevraagd naar de twee belangrijkste aandachtsgebieden voor de lange termijn. De antwoorden zijn door de onderzoekers gecategoriseerd. In bovenstaande tabel staat de top 10 van meest belangrijke aandachtsgebieden voor de lange termijn voor verpleeg- en verzorgingshuizen.

6.12.5 *Wilt u aankruisen welke modellen of systemen in de instelling worden gebruikt om het kwaliteitssysteem vorm te geven? En/of welke publicaties daarbij als leidraad worden gebruikt?*

Percentage instellingen dat het volgende kwaliteitsmodel gebruikt (N=195)

	%
MIK-V - Model intern kwaliteitssysteem voor verpleeghuizen	27%
ISO - International Standards of Organization	1%
INK - Instituut Nederlandse Kwaliteit	20%
HKZ - Certificatieschema van de Stichting HKZ	73%
Toetsingskader verantwoorde zorg	45%
Ander model of systeem	13%

Driekwart van de instellingen (73%) gebruiken het HKZ-schema om het kwaliteitssysteem vorm te geven. 20% van de instellingen gebruikt het INK-model. Het MIK-V model wordt nu nog gebruikt door 27% van de verpleeg- en verzorgingshuizen. Voorbeelden van andere modellen of systemen zijn Balanced score card, bronzen keurmerk/ stichting Perspekt, model naar eigen visie van de instelling. In totaal geeft 90% aan dat op directieniveau een keuze is gemaakt voor

kwaliteitssysteem van de gehele instelling (niet in tabel). Bij 7% is op directieniveau geen keuze gemaakt voor een bepaald systeem voor de hele instelling.

Bij 65% van de instellingen is gekozen voor HKZ. Voor MIK-V heeft 15% gekozen. 11% van de verpleeg- en verzorgingshuizen heeft gekozen voor het INK-model, vaak in combinatie met een ander model/ systeem (niet in tabel).

43 instellingen hebben op directieniveau gekozen voor een combinatie van twee modellen/ systemen. Hierbij wordt door veel instellingen de opmerking gemaakt dat het MIK-V model zal worden omgezet in het HKZ-model.

Verklarende woordenlijst en afkortingen

Arcares	brancheorganisatie voor verpleeg- en verzorgingshuizen
ACSM	American College of Sports Medicine; verleent o.a. erkenning van opleiding voor exercise specialist
APZ	algemeen psychiatrisch ziekenhuis
AVG	arts verstandelijk gehandicapten
BOPZ	Wet bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen
BSC	Balanced Score Card
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (voorheen Centraal BegeleidingsOrgaan)
CCKL	stichting voor de bevordering van de kwaliteit van het laboratoriumonderzoek en voor de accreditatie van laboratoria in de gezondheidszorg
CG-raad	Chronisch zieken en gehandicapten raad; raad van belangenorganisaties voor mensen met een handicap of chronische ziekte
CVA	Cerebro vasculair accident (beroerte, hersenbloeding of –infarct)
DAC	Dag Activiteiten Centrum
DB	Doorbraakproject van het CBO: multidisciplinaire teams kijken naar een specifiek zorgproces, waarbij meten van resultaten, resultaatgericht uitvoeren van verbeterprojecten en kennisoverdracht centraal staan
DBC	Diagnose Behandeling Combinatie; bekostigings- en honoreringssysteem voor ziekenhuizen en medisch specialisten
FOBO	Fouten, Ongevallen en Bijna Ongevallen (zie FONA)
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
HACCP	Hazard Analysis Critical Control Points, risico-inventarisatie voor voedingsmiddelen, geldt o.a. voor voedingsverwerkende afdelingen
HKZ	kwaliteitssysteem van de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector

IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
INK	Instituut Nederlandse Kwaliteit
ISO	International Standards of Organization
Kc3	kwaliteitssysteem speciaal onderwijs cluster 3
LSR	Landelijk Steunpunt cliëntenRaden; koepelorganisatie van cliëntenraden van ziekenhuizen, revalidatiecentra en gehandicaptenzorg
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, is overgegaan in 'Z-org'
MKD/ MKT	Medisch Kleuter Dagverblijf/ Medische KinderTehuizen
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
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
NPCF	Nederlandse Patiënten/ Consumenten Federatie; federatie met aangesloten leden en organisaties die belangen van groepen patiënten/ consumenten behartigen
NVZ	Vereniging van Ziekenhuizen; brancheorganisatie voor aanbieders van medisch-specialistische zorg, zoals ziekenhuizen en revalidatiecentra
OK	OperatieKamer
PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
PDCA	plan-do-check-act, ook wel kwaliteitscyclus genoemd
POWI	doorbraakproject PostOperatieve WondInfectie
RIAGG	Regionale Instelling Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBW	Regionale Instelling voor Beschermd Woonvormen
RP/CP	Regionale Patiënten/Consumenten Platform
RvB	Raad van Bestuur
SB	Sneller Beter; SB is een landelijk ondersteuningsprogramma van VWS, gericht op het verbeteren van zorg bij specifieke thema's, zoals patiëntenlogistiek of patiëntveiligheid
SEH	SpoedEisende Hulp, eerste hulpafdeling
TBS	Terbeschikkingstelling, ontoerekeningsvatbaarheid
T, V & V	Thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen
VAR	Verpleegkundige/ verzorgende adviesraad
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
WA	Wettelijke Aansprakelijkheid
WGBO	Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
Z-org	brancheorganisatie voor thuiszorg-instellingen

Bijlage 1

Voorbeeld vragenlijst



respondentnummer

NIVEL
Nederlands instituut
voor onderzoek van de
gezondheidszorg

Otterstraat 118-124
Postbus 1568
3500 BN Utrecht
Telefoon 030 27 29 700

Vragenlijst

KWALITEITS- EN VEILIGHEIDSMANAGEMENT **in Verpleeg- en Verzorgingshuizen** peiling 2005

Let op: Indien u uitsluitend verzorging biedt, zijn niet alle vragen op uw huis van toepassing. Wij houden daar rekening mee bij de verwerking van de gegevens.

Toelichting op de Vragenlijst

De vragenlijst is van toepassing op het jaar 2005. Wij willen u vragen het onderzoek te beantwoorden volgens de situatie zoals deze voor uw instelling gold in 2005.

Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 30-45 minuten.

De vragenlijst kan na invullen geretourneerd worden via bijgaande antwoordenvolpette, welke u zonder postzegels kunt versturen. Of: stichting NIVEL – KVM, antwoordnummer 4026, 3500 VB Utrecht

Graag ontvangen wij de lijst zo spoedig mogelijk van u retour.

Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u met de volgende persoon contact opnemen:

Emmy Sluijs, telefoonnummer 030 27 29 680, e-mail: e.sluijs@nivel.nl

Wij willen u alvast hartelijk danken voor de te nemen moeite.

Inhoud:

- Cliënten
- Medewerkers
- Procedures en protocollen
- Effecten
- Kwaliteitsactiviteiten
- Beleid en strategie
- Samenwerking en ketenkwaliteit
- Beleidscyclus
- Kwaliteitskosten
- Cultuur en structuur
- Toekomst

Bij nagenoeg alle vragen zijn verschillende antwoorden mogelijk. U kunt bij deze vragen meer dan één antwoord aankruisen.

A. Typering van uw instelling/ organisatie

A1 Hoe typeert u uw verpleeg- en/of verzorgingshuis?

- uitsluitend verzorgingshuis
- verzorgingshuis met een verpleegunit/ afdeling
- uitsluitend verpleeghuis
- gecombineerd verpleeg- en verzorgingshuis
- anders, namelijk.....

A2 Een instelling kan meerdere locaties/ vestigingen hebben van waaruit de zorg wordt verleend. Uit hoeveel van die locaties/ vestigingen bestaat uw instelling?

- niet van toepassing
- ____ (aantal locaties/ vestigingen die zorg verlenen)

A3 Op hoeveel van deze locaties/vestigingen heeft deze vragenlijst betrekking?

- alle locaties/ vestigingen
- ____ (aantal locaties/vestigingen waarop deze vragenlijst betrekking heeft)

A4 Geldt er één kwaliteitssysteem voor de gehele instelling?

- onbekend
- nee, er zijn (zelfstandige) eenheden met een eigen systeem ☞ Ga naar vraag A5
- ja, er is één (uniform) systeem voor de hele instelling ☞ Vraag A5 overslaan

A5 Wij zouden graag zien dat die (zelfstandige) eenheden een eigen vragenlijst invullen. Hoeveel extra vragenlijsten mogen wij u daartoe toezenden?

- geen
- ____ (aantal extra vragenlijsten)
graag opsturen ter attentie van:

C. Cliënten

C1 Is er op instellingsniveau een procedure voor een multidisciplinair zorgplansysteem en wat is daarin geregeld?

- nee, op instellingsniveau is er geen procedure voor zorgplannen
- ja, op instellingsniveau is er wel een procedure voor zorgplannen.
Daarin is onder andere geregeld: *(aankruisen wat van toepassing is)*
 - welke gegevens in het zorgplan dienen te worden vastgelegd
 - de wijze waarop de cliënt bij het zorgplan wordt betrokken
 - inzagerecht van cliënt (of familie)
 - welke disciplines bij de zorg zijn betrokken
 - de verantwoordelijkheidstoedeling
 - op welke termijn de zorg met de cliënt wordt geëvalueerd
 - hoe de volledigheid van zorgplannen wordt gecontroleerd

C2 Welke onderwerpen komen structureel aan bod in het zorgplan?

- het lichamelijk welbevinden van cliënten
- de woon-/ leefomstandigheden van cliënten
- de participatie van cliënten met andere bewoners en/of familie
- mentaal welbevinden van cliënten

C3 Verstrekt de instelling standaard schriftelijke informatie aan cliënten over hun rechtspositie? Zo ja, over welke aspecten?

- nee, standaard wordt geen schriftelijke informatie over de rechtspositie verstrekt
- ja, standaard wordt schriftelijke informatie over de rechtspositie verstrekt, namelijk over: *(aankruisen wat van toepassing is)*
 - het toestemmingsvereiste conform de WGBO
 - het klachtenmeldpunt en de klachtenregeling
 - de privacy bescherming
 - de cliëntenraad
 - anders, namelijk

C4 Wilt u aankruisen over welke zorginhoudelijke aspecten cliënten mondeling en/of schriftelijk worden geïnformeerd bij binnenkomst?

	mondelinge informatie	schriftelijke informatie
-de levensbeschouwelijke grondslag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-de zorgvisie (waarden en normen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-de opnameprocedures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-de huisregels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-de basiskwaliteit van zorg- en dienstverlening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-de financiële gevolgen voor cliëntgelden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C5 Bij welke kwaliteitsactiviteiten worden cliënten en/of hun belangenorganisaties betrokken?

	nee of niet van toepassing	ja, cliënten of cliëntenraad wordt betrokken	ja, cliënten- organisaties worden betrokken
– ontwikkelen van kwaliteitscriteria/ normen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– opstellen van protocollen/ standaarden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– beoordelen of de beoogde doelen t.a.v. – kwaliteit worden gehaald	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– participatie in (kwaliteits)commissies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– participatie in verbeterprojecten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– het bespreken van uitkomsten van meningspeilingen, klachtbehandeling, etc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C6 Op welke wijze hebben cliënten (en hun organisaties) inspraak in de zorgverlening?

Individuele cliënten

- cliënten hebben inspraak in het zorgproces
- cliënten hebben inspraak bij overplaatsing of ontslag
- er wordt geen zorg verleend zonder toestemming van de cliënt (WGBO)
- periodiek wordt het oordeel van de cliënt gevraagd

Cliëntenraad

- er is periodiek overleg met de cliëntenraad (of bewonersraad)
- aanbevelingen van de cliëntenraad worden vertaald in (nieuw) beleid
- aan de cliëntenraad wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan

Cliëntenorganisaties

- er is periodiek overleg met cliëntenorganisatie(s) (bijv. NVBV, RP/CP)
- cliënten/ consumentenorganisaties toetsen de instelling
- aanbevelingen van deze organisaties worden vertaald in (nieuw) beleid
- aan deze organisaties wordt gemeld wat met hun aanbevelingen is gedaan

Anders, namelijk

C7 Is er binnen de instelling aantoonbaar aandacht voor risico's voor de cliënt?

- niet bekend
- ja, voor eventuele risico's verbonden aan de zorg/ behandeling
- ja, voor eventuele risico's verbonden aan medicatie
- ja, voor eventuele risico's aan middelen en maatregelen
- ja, voor eventuele risico's in de afstemming met andere zorgverleners
- ja, voor risico's in de organisatie van de zorg
- ja, anders, namelijk

C8 Zijn er regelmatig meerdere disciplines bij de zorgverlening betrokken?

- ja ☞ *ga naar vraag C9*
 nee ☞ *u kunt C9 overslaan*

C9 Wilt u aankruisen welke aspecten van de multidisciplinaire samenwerking schriftelijk zijn geregeld en worden getoetst?

<i>Aspecten van multidisciplinaire samenwerking:</i>	schriftelijk	periodiek
	geregeld	getoetst
-de betrokkenheid van verschillende disciplines bij de zorgverlening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-de communicatie tussen de disciplines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-verantwoordelijkheid voor coördinatie van het zorgproces/ zorgverlening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-de besluitvorming rond het zorgproces/ de zorgverlening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-de rol van de cliënt in de multidisciplinaire benadering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C10 Hoeveel multidisciplinaire verbeterprojecten waren in 2005 in uw instelling in uitvoering?

Het gaat hier uitsluitend om schriftelijk vastgelegde en door het management goedgekeurde projecten.

- geen of niet van toepassing
 _____ *(totaal aantal verbeterprojecten vermelden)*

C11 Wilt u aankruisen op welke gebieden momenteel verbeterinitiatieven worden ondernomen?

- zorg- leefplan/ behandelplan
 communicatie en informatie aan cliënten
 lichamelijk welbevinden en gezondheid van cliënten
 zorginhoudelijke veiligheid van cliënten (vb decubitus, vrijheidsbeperkende maatregelen)
 woon- en leefomstandigheden van cliënten
 participatie en dagstructurering van cliënten
 mentaal welbevinden van cliënten
 samenwerking met mantelzorgers
 veiligheid wonen en verblijf (bv hulpmiddelen, toezicht)
 voldoende bekwaam personeel
 ketenzorg
 kwaliteitszorg (kwaliteitssysteem)
 anders, namelijk

Ruimte voor eventuele toelichting:

.....
.....
.....
.....
.....

M. Medewerkers

M1 In welke mate is het personeelsbeleid gericht op het kwaliteitsbeleid?

<i>Medewerkers/professionals:</i>	<i>nooit</i>	<i>altijd</i>
-worden gestimuleerd om zich vakinhoudelijk verder te ontwikkelen	----- ----- ----- ----- -----	
-kunnen binnen werktijd deelnemen aan activiteiten voor verbetering	----- ----- ----- ----- -----	
-krijgen systematisch feedback over de resultaten van kwaliteitszorg	----- ----- ----- ----- -----	
-krijgen systematisch feedback over het naleven van richtlijnen	----- ----- ----- ----- -----	
-worden gestimuleerd om incidenten in de zorgverlening te melden	----- ----- ----- ----- -----	
-krijgen systematisch feedback over meldingen van incidenten	----- ----- ----- ----- -----	

<i>Selectie en scholing</i>	<i>nooit</i>	<i>altijd</i>
-selectie van nieuw personeel met positieve attitude tav kwaliteitszorg	----- ----- ----- ----- -----	
-scholing van leidinggevenden/ management	----- ----- ----- ----- -----	
-scholing van medewerkers	----- ----- ----- ----- -----	
-nieuwe medewerkers worden geschoold in kwaliteitszorg	----- ----- ----- ----- -----	
-medewerkers worden geschoold in het toepassen van richtlijnen	----- ----- ----- ----- -----	

<i>Directie/management:</i>	<i>nooit</i>	<i>altijd</i>
-geeft aan wat van medewerkers verwacht wordt tav kwaliteitsbeleid	----- ----- ----- ----- -----	
-toetst of medewerkers zich houden aan afspraken tav kwaliteitsbeleid	----- ----- ----- ----- -----	
-bewaakt de uitvoering van de afdelingswerkplannen	----- ----- ----- ----- -----	
-maakt afspraken met leidinggevenden over te bereiken resultaten	----- ----- ----- ----- -----	
-spreekt af wie verantwoordelijk is voor een zorgverleningproces	----- ----- ----- ----- -----	
-maakt afspraken over het borgen van resultaten verbeterprojecten	----- ----- ----- ----- -----	
-werkt met managementcontracten (vastgelegde taken en prestaties)	----- ----- ----- ----- -----	

M2 Is voor verplegenden en verzorgenden werktijd ingeroosterd/vrijgemaakt voor een of meer van de volgende activiteiten?

Tijd is ingeroosterd/ vrijgemaakt voor:

- volgen van vakinhoudelijke na- en/of bijscholing
- training in methoden en technieken van kwaliteitszorg
- deelname aan bewonersbesprekingen/ casusbesprekingen
- participatie in verbeterteams/ kwaliteitsprojecten
- intercollegiale toetsing met interne collega's
- intercollegiale toetsing met externe collega's
- ontwikkelen van richtlijnen/ protocollen
- anders, namelijk

P. Protocollen en procedures

P1 Wat voor soort protocollen (of richtlijnen) worden in uw instelling gebruikt?

Protocollen voor het professioneel handelen:

- gericht op specifieke vaktechnische verrichtingen in het zorgproces
- voor de voorlichting aan de cliënt
- voor voorbehouden handelingen
- voor het gebruik van (medische) hulpmiddelen
- voor kritische momenten in het zorgproces
- voor specifieke doelgroepen (bv. multidisciplinaire zorgprogramma's)
- voor de routing van de cliënt van aanmelding tot afsluiting van de zorg
- voor samenwerking met/ overdracht naar andere zorgaanbieders
- voor samenwerking met mantelzorgers

P2 Welke van onderstaande protocollen/ richtlijnen zijn aanwezig? En bij welke daarvan wordt de toepassing periodiek onderzocht?

<i>Protocollen voor:</i>	protocol/ richtlijn is aanwezig	toepassing wordt periodiek onderzocht
-bejegening van de cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-verpleegkundige handelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-medicijnen voorschrijven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-medicijnen verstrekken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-infectie-preventie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-decubitus preventie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-signaleren van ondervoeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-melding van incidenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-omgaan met klachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-toepassen van middelen en maatregelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-processen rond het levenseinde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-handelwijze bij overlijden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-samenwerking met mantelzorgers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

P3 Is er instellingbreed een uniforme wijze voor het opstellen van protocollen?

- nee
- ja, in elk protocol wordt vermeld: (*aankruisen wat van toepassing is*)
 - de datum waarop het protocol is gemaakt
 - wie het protocol heeft ontwikkeld
 - wie het protocol heeft vastgesteld
 - voor wie het protocol is bedoeld
 - de datum waarop revisie/ actualisering plaatsvindt

P4 Is er in de instelling een procedure/ systeem voor het documenteren en actualiseren van protocollen?

- nee
- nee, daar wordt aan gewerkt
- ja, er is alleen een procedure voor het documenteren van protocollen/ richtlijnen
- ja, er is een procedure voor het documenteren én actualiseren van protocollen

P5 Is in procedures beschreven hoe de primaire processen georganiseerd zijn? Dit houdt in dat alle stappen beschreven zijn, inclusief degenen die hiervoor verantwoordelijk zijn.

- nee
- ja, er zijn procedures voor de volgende onderdelen van het primaire proces:
 - opnameprocedure
 - zorgplansysteem (multidisciplinair)
 - medicijnbeheer
 - overplaatsing en ontslag
 - overlijden

E. Effecten

E1 Welke positieve effecten verwacht u (of zijn reeds bereikt) tengevolge van kwaliteitszorg?

	wordt niet verwacht	wordt wel verwacht	reeds bereikt
<i>Cliënten</i>			
- toename van cliëntgerichtheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- toename van tevredenheid van cliënten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- verbetering van de zorgprocessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- verbetering van de resultaten van de zorg (uitkomst)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- verbeteren van de cliëntveiligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Personeel</i>			
- het personeel kan zich zelf verder ontwikkelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- er is een cultuur van continu leren en verbeteren ontstaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- toename van tevredenheid van het personeel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- toename van de inzet en flexibiliteit van het personeel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- meer duidelijkheid voor het personeel over de gang van zaken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- toename van vraaggestuurd werken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Organisatie</i>			
- toename beheersbaarheid van de organisatie door het management	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- betere profilering van de instelling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- toename van tevredenheid van externe partijen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- betere concurrentiepositie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- meer duidelijkheid in de organisatie over de gang van zaken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- toename van vraagsturing in het beleid van de organisatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Rendement</i>			
- toename van de productiviteit van de instelling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kostenbesparing op lange termijn in de eigen instelling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kostenbesparing, maar niet in de eigen instelling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- betere risicobeheersing in de organisatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Cyclische kwaliteitsactiviteiten

D1 Vinden in uw instelling – voor zover van toepassing – onderstaande activiteiten plaats? Zo ja, worden de resultaten aantoonbaar gebruikt voor bijsturing van het beleid?

1 = nee

2 = ja, de activiteit bestaat maar nog niet volledig cyclisch (resultaten worden nog onvoldoende gebruikt voor bijsturing)

3 = ja, het is een cyclisch onderdeel van ons kwaliteitssysteem (resultaten worden systematisch gebruikt voor bijsturing)

1 2 3

-Intercollegiale toetsing monodisciplinair

beroepsgenoten werken groepsgewijze aan het toetsen en verbeteren van hun handelen (ook verbeterteams, kwaliteitscirkels)

-Intercollegiale toetsing multidisciplinair

verschillende disciplines werken gezamenlijk aan het toetsen en verbeteren van hun handelen

-Gebruik zorg/ behandelplannen

de verleende zorg wordt in individuele zorg/behandelplannen vastgelegd en periodiek geëvalueerd aan de hand van vooraf gestelde doelen

-Incidentenanalyse (bv. voor infecties, FONA/ MIP, calamiteiten)

het periodiek analyseren van de geregistreerde incidenten op basis waarvan structurele verbeteringen worden aangebracht

-Functionerings-/ beoordelingsgesprekken met alle medewerkers

met medewerkers worden periodiek functionerings-, beoordelings- of loopbaangesprekken gehouden

-Interne beoordeling van het kwaliteitssysteem (interne audit)

periodiek wordt beoordeeld of alle onderdelen van het kwaliteitssysteem werken zoals ze bedoeld zijn (c.q. wordt beoordeeld of alle procedures worden nageleefd en effectief zijn)

-Interinstitutionele toetsing/ visitatie

collega-instellingen of beroepsgenoten toetsen de instelling en doen suggesties voor verbeteringen

-Management-informatie-systeem

een management-informatiesysteem verschaft periodieke overzichten van de verleende zorg en de uitkomsten daarvan. Op basis van deze gegevens wordt het beleid geëvalueerd en zonodig bijgesteld

-Meningspeiling onder cliënten

periodiek wordt aan cliënten een oordeel over de verleende zorg gevraagd (ook tevredenheidsonderzoek)

-Meningspeiling onder verwijzers of andere ketenpartners

ook tevredenheidsonderzoek of waarderingsonderzoek

-Meningspeiling onder medewerkers/ professionals

periodiek wordt medewerkers/professionals gevraagd of zij tevreden zijn over het werk, de werkdruk, de arbeidsvoorwaarden, enzovoorts (ook tevredenheidsonderzoek of waarderingsonderzoek)

-Marktonderzoek naar behoeften van (potentiële) gebruikers

de instelling gaat via marktonderzoek na wat de behoeften zijn aan (nieuwe) zorg of producten

-Marktonderzoek onder verwijzers of andere ketenpartners

de instelling gaat via marktonderzoek na wat verwijzers (of andere partijen) van de instelling verwachten

-Klachtenanalyse

overzichten van de klachtencommissie, de klachtenopvang en de klachtenbemiddeling worden periodiek geëvalueerd op basis waarvan structurele verbeteringen worden aangebracht

-Cliëntenraad

op basis van periodiek overleg met de cliëntenraad worden verbeteringen gerealiseerd

-Benchmarking

men spiegelt zich op specifieke parameters aan andere instellingen om verbeteringen te realiseren

-Risico-inventarisatie ten aanzien van cliënten

systematisch en periodiek analyseren van de risico's die een cliënt kan lopen in het zorgsysteem

B. Beleid en strategie: documenten

B1 In hoeverre beschikt uw instelling over onderstaande documenten?

	nee of nvt	in ontwikkeling	ja, in bezit
- Missie op schrift de uitgangspunten en visie van de instelling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- 'Product'omschrijvingen gedetailleerde omschrijving van de zorg die de instelling aan de verschillende doelgroepen verleent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kwaliteitsbeleid op schrift een omschrijving van de doelstellingen t.a.v. kwaliteit alsmede de wegen die daarnaar moeten leiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kwaliteitswerkplan op instellingniveau een uitwerking van het kwaliteitsbeleid in concrete maatregelen om het kwaliteitsbeleid te realiseren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kwaliteitsplannen (ook verbeterplannen) op afdelingsniveau			
- voor sommige afdelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- voor alle afdelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kwaliteitsjaarverslag of kwaliteitsdeel in het algemene jaarverslag een verantwoording van alle activiteiten die in het kader van kwaliteitszorg ondernomen zijn en de resultaten daarvan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kwaliteitshandboek een kwaliteitshandboek bevat (referenties naar) alle procedures die in het kader van kwaliteitszorg worden gehanteerd en de personen die verantwoordelijk zijn voor het handhaven daarvan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Veiligheids(management)plan op schrift een uitwerking van de doelstellingen voor cliëntveiligheid en de activiteiten (bv. risico en incidentenanalyses) die uitgevoerd worden om de doelen te halen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B2 Zijn in uw instelling voorzieningen getroffen voor kwaliteitszorg?

- nee, geen extra voorzieningen
- ja, er is een apart intern gereserveerd budget voor kwaliteitszorg
- ja, het is opgenomen in het takenpakket van de leidinggevenden
- ja, stuurgroep(en) of commissie(s) is/zijn ingesteld
- ja, kwaliteitsfunctionaris(sen)/coördinator(en) is/zijn aangesteld
- ja, een extern bureau of adviseur is ingeschakeld
- anders, namelijk

B3 Wie zijn de 'trekkers' van kwaliteitszorg in uw instelling?

- niemand in het bijzonder
- de stuurgroep/ commissie
- de kwaliteitsfunctionaris
- een extern bureau/ adviseur
- de professionals (zorgverleners)
- directie of management
- hoofden/ leidinggevenden
- anders, namelijk

S. Samenwerking en ketenkwaliteit

S1 Is er samenhang in het kwaliteitsbeleid op organisatorisch en zorginhoudelijk gebied, d.w.z. tussen het kwaliteitsbeleid van management en professionals?

Management en professionals:

- ontwikkelen elk hun eigen kwaliteitsbeleid
- ontwikkelen een eigen kwaliteitsbeleid, maar streven naar afstemming
- ontwikkelen samen een geïntegreerd kwaliteitsbeleid
- anders, namelijk

S2 Met welke ketenpartners vindt structureel overleg plaats over raakvlakken in het primaire proces?

- met organisaties van mantelzorgers
- met andere verpleeg- en/of verzorgingshuizen in de regio
- met huisartsen
- met verpleeghuisarts(en)
- met de afdeling geriatrie van het ziekenhuis
- met de afdeling psychogeriatric in de GGZ
- met de thuiszorg
- met woningbouw corporaties
- met meerdere partners over transmurale zorg
- anders, namelijk

S3 Is er bij transmurale zorg of zorgketen(s) sprake van een gezamenlijke kwaliteitsbewaking door de samenwerkende zorgaanbieders (=ketenpartners)

- nee, er is geen gezamenlijke kwaliteitsbewaking
- ja, er is wel gezamenlijk kwaliteitsbewaking, met de volgende elementen:
 - gezamenlijk overleg om de kwaliteit te evalueren
 - een gemeenschappelijke visie op papier
 - gezamenlijke protocollen waarin de overdracht van de cliënt wordt geregeld
 - een expliciete verantwoordelijkheidstoedeling
 - een methodiek van registratie van bijv. uitkomsten van de zorg
 - gezamenlijke besprekingen van deze uitkomstgegevens
 - een gemeenschappelijke cliëntenraadpleging
 - een gemeenschappelijke klachtenregistratie
 - een gemeenschappelijke kwaliteitsverslaglegging

S4 Kunt u aangeven voor welke diagnoses of doelgroepen een dergelijke gezamenlijke kwaliteitsbewaking bestaat?

- niet van toepassing
- deze gezamenlijke kwaliteitsbewaking is er voor:
 -
 -
 -
 -

Y. Beleidscyclus

Y1 Welke gegevens worden door directie/ management gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid?

- meningspeilingen onder cliënten
- meningspeilingen onder familieleden
- meningspeilingen onder de medewerkers
- exit interviews met cliënten
- exit interviews met medewerkers
- opvattingen van de cliëntenraad
- opvattingen van ketenpartners
- opvattingen van de zorgverzekeraar of financier(s)
- resultaten van interne beoordelingen/ audits
- resultaten externe toetsingen of visitaties
- anders, namelijk

Y2 Welk indicatoren/ gegevens worden gebruikt voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit?

- er worden geen indicatoren voor monitoring gebruikt
- er worden wel indicatoren voor monitoring gebruikt, namelijk:
 - gegevens over zorgzwaarte
 - evaluaties van zorgplannen
 - wachtlijsten en wachttijden
 - ziekte en verloop van medewerkers
 - incidenten
 - de klachtenregistratie
 - decubitus prevalentie/ registratie
 - val-incidenten
 - ondervoeding
 - anders, namelijk

Y3 Is het aantal en de aard van regels en procedures in uw instelling veranderd tengevolge van kwaliteitsmanagement?

- nee, geen invloed
- er zijn regels/ procedures bijgekomen
- overbodige regels/ procedures zijn verwijderd
- de regels/ procedures worden beter bewaakt
- impliciete regels/ procedures zijn geformaliseerd
- de toepassing van regels/ procedures wordt beter getoetst
- de werking van regels/ procedures wordt beter geëvalueerd en geactualiseerd

Y4 Zijn er negatieve effecten in uw instelling opgetreden tengevolge van kwaliteitsmanagement?

- er hebben zich geen negatieve effecten voorgedaan
- kosten zijn gestegen
- verstarring c.q. gebrek aan flexibiliteit bij medewerkers/professionals
- werkdruk is toegenomen
- weerstand van medewerkers bij het doorvoeren van structurele veranderingen
- demotivatie/ ontevredenheid bij medewerkers/professionals
- anders, namelijk

K. Kwaliteitskosten

K1. Evalueert uw instelling de kosten en baten van verbeterprojecten?

- nee
- ja, alleen de kosten
- ja, kosten én baten
- anders, namelijk

K2. Heeft uw instelling inzicht in de hierna genoemde verbeterkosten, beoordelingskosten en herstelkosten? Wilt u aankruisen wat van toepassing is.

De instelling heeft inzicht in de kosten van:

- scholing van medewerkers en management in kwaliteitszorg
- het ontwikkelen en implementeren van protocollen/procedures
- meningspeilingen/ waarderingsonderzoeken
- externe beoordeling i.v.m. accreditatie/ certificering (INK, HKZ, etc.)
- klachtafhandeling
- claims/ schadevergoedingen

K3. Kan uw instelling (nu of in de toekomst) de kosten opbrengen die verbonden zijn aan certificering?

- nee
- waarschijnlijk niet
- waarschijnlijk wel
- ja

K4. Speelt de kwaliteit van zorg een rol bij de contractonderhandelingen met zorgverzekeraars?

- nee, geen enkele rol
- nee, kwaliteit van zorg komt ter sprake, maar maakt geen deel uit van de onderhandelingen
- ja, kwaliteit van zorg maakt deel uit van de onderhandelingen.
Zorgverzekeraars vragen:
 - in toenemende mate kwaliteitsgaranties
 - goede uitkomsten op prestatie-indicatoren
 - kwaliteitsparagrafen met prestatieafspraken
 - certificatie van het kwaliteitssysteem
 - verbeterprojecten
 - anders, namelijk

U. Cultuur en structuur

U1. Hoe zou u de organisatiestructuur en cultuur in uw instelling typeren?

-de organisatie is hiërarchisch of plat	<i>hiërarchisch</i>	<i>plat</i>
	----- ----- ----- ----- -----	
-de besluitvorming is centraal of decentraal	<i>centraal</i>	<i>decentraal</i>
	----- ----- ----- ----- -----	
-in de instelling is veel of weinig protocollair geregeld	<i>veel</i>	<i>weinig</i>
	----- ----- ----- ----- -----	
-de houding tegenover vernieuwingen is behoudend of flexibel	<i>behoudend</i>	<i>flexibel</i>
	----- ----- ----- ----- -----	
-de onderlinge communicatie is formeel of informeel	<i>formeel</i>	<i>informeel</i>
	----- ----- ----- ----- -----	
-medewerkers hebben weinig of veel binding met de instelling	<i>weinig</i>	<i>veel</i>
	----- ----- ----- ----- -----	
-onze instelling is voorloper of volgend m.b.t. kwaliteitszorg	<i>voorloper</i>	<i>volgend</i>
	----- ----- ----- ----- -----	

U2. Kunt u aangeven in hoeverre onderstaande stellingen van toepassing zijn op uw instelling?

	<i>helemaal mee eens</i>	<i>helemaal mee oneens</i>
wachttijsten: te veel mensen staan op de wachtlijst voor onze instelling	----- ----- ----- ----- -----	
werkdruk: de werkdruk in onze instelling is hoog	----- ----- ----- ----- -----	
vacatures: de instelling heeft te veel onvervulbare vacatures	----- ----- ----- ----- -----	
fusie: de instelling is te druk met een fusie of nasleep daarvan	----- ----- ----- ----- -----	
concurrentie: de instelling ervaart te veel concurrentie	----- ----- ----- ----- -----	
verzuim: het ziekteverzuim van de instelling is te hoog	----- ----- ----- ----- -----	
verzekeraar: zorgverzekeraars selecteren te weinig op kwaliteit	----- ----- ----- ----- -----	
overheid: marktwerking belemmert kennisverspreiding	----- ----- ----- ----- -----	

T. Toekomst

**T1. Zijn onderdelen van uw instelling al eens beoordeeld in de afgelopen 5 jaar?
En/of streeft u ernaar de instelling (nieuw) te laten beoordelen in de komende 3 jaar?**

	de instelling is reeds beoordeeld	instelling streeft naar een (nieuwe) beoordeling
- met behulp van interinstitutionele toetsing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- door een cliënten/ consumentenorganisatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- door een onafhankelijk instituut (bijv. een certificerende instelling of via een INK-audit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- door een benchmark	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**T2. Werkt uw instelling aan het verkrijgen van een kwaliteitskeurmerk of
certificaat of bezit u die al?**

	wordt niet aan gewerkt	wordt wel aan gewerkt	is reeds in ons bezit
- Perspekt keurmerk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- HKZ-certificaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ISO-certificaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- INK-audit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Investors in People (IIP) certificaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- anders, namelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**T3. Indien u een certificaat (bv Perspekt, HKZ, ISO) bezit, hoeveel jaar heeft u dat
dan al?**

- Niet van toepassing
- _____ (aantal jaren dat men certificaat bezit)

**T4. Wat zijn de drie belangrijkste prioriteiten (top 3) in de kwaliteitszorg voor het
komende jaar, dus voor 2006?**

- aansluiten bij opgestelde normen verantwoorde zorg/ branche toetsingskader
- scholing in kwaliteitszorg
- opstellen van procedures, richtlijnen, protocollen
- kwaliteitsprojecten/ verbeterprojecten
- consequent werken volgens de kwaliteitscyclus (plan-do-check-act)
- meningspeilingen (onder cliënten en/of verwijzers)
- interne toetsingen (audits)
- externe beoordeling/ certificering
- opzetten veiligheids(management)systeem
- interne zorgcoördinatie/ afstemming
- externe zorgcoördinatie/ afstemming met ketenpartners
- regionale samenwerking
- anders, namelijk

T5. Lange termijn: Wat zijn de twee belangrijkste aandachtsgebieden voor uw instelling voor de komende vijf jaar?

1

2

T6. Wilt u aankruisen welke modellen of systemen in de instelling worden gebruikt om het kwaliteitssysteem vorm te geven? En/of welke publicaties daarbij als leidraad worden gebruikt?

- MIK-V - Model intern kwaliteitssysteem voor verpleeghuizen
- ISO - International Standards of Organization
- INK - Instituut Nederlandse Kwaliteit
- HKZ - Certificatieschema van de Stichting HKZ
- Toetsingskader verantwoorde zorg
- Anders, namelijk

T7. Is op directieniveau een keuze gemaakt voor een kwaliteitssysteem voor de gehele instelling?

- nee
- ja, er is gekozen voor

T8. Kunt u (bij benadering) aangeven hoeveel formatieplaatsen uw instelling heeft?

_____ fte

T9. Is uw instelling onderdeel van een grotere zorggroep of stichting?

- nee
- ja, de naam daarvan is

T10. Wilt u aangeven wie de vragenlijst heeft ingevuld?

- directie
- kwaliteitsfunctionaris
- anders, namelijk

Ruimte voor eventuele toelichting of opmerkingen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst

Voor het terugzenden kunt u de antwoordenvolpge gebruiken
Of: stichting NIVEL – KVM, antwoordnummer 4026, 3500 VB Utrecht

Bijlage 2

Voorbeeld non-respons formulier

NON-RESPONS FORMULIER



Respondentnummer:

Nee, onze instelling doet niet mee aan uw onderzoek.

Indien mogelijk graag onderstaande vragen beantwoorden:

- ☞ De reden hiervoor is: te druk met een fusie of nasleep daarvan
 al te veel enquêtes/ onderzoeken gehad
 kwaliteitsmoeheid
 onderdeel van grotere stichting of zorggroep
 anders, namelijk

- ☞ Onze instelling heeft **wel/ niet*** een kwaliteitsfunctionaris of kwaliteitsstuurgroep/-commissie ingesteld
* doorhalen wat niet van toepassing is

- ☞ Is op directieniveau een keuze gemaakt voor een kwaliteitssysteem?
 nee
 ja, namelijk

- ☞ Schatting van aantal fte van de instelling: fte

Voor het terugsturen kunt u de antwoordvelop gebruiken of kosteloos opsturen naar stichting NIVEL – KVM, Antwoordnummer 4026, 3500 VB te Utrecht

Ons faxnummer is 030 27 29 729 (mag zonder voorblad)

Contact: Mw. A. Keijser, tel. 030 27 29 701, a.keijser@nivel.nl

