Kwaliteitssystemen in zorginstellingen in 2000: de vooruitgang sinds 1995 en een blik op de toekomst

*E.M. Sluijs en C. Wagner**

1 Inleiding

Deze bijdrage beschrijft welke vooruitgang de zorginstellingen tussen 1995 en 2000 hebben geboekt met de ontwikkeling van kwaliteitssystemen. Ook wordt ingegaan op de toekomstplannen van de instellingen. Deze bijdrage is een vervolg op de eerder in dit handboek verschenen bijdrage, waarin een overzicht is gegeven van de stand van zaken in 1995 (Wagner e.a. 1996). Die bijdrage is – net als in 1995 – gebaseerd op een landelijk onderzoek onder de zorginstellingen in alle sectoren van de gezondheidszorg en aanverwante welzijnszorg. Het is in feite een vervolgmeting om te onderzoeken op welke gebieden de meeste vooruitgang is geboekt. Niet is onderzocht in welke mate de geboekte vooruitgang heeft bijgedragen aan verbetering van de kwaliteit van zorg voor de patiënt.
Naast het presenteren van de resultaten zullen we in deze bijdrage ingaan op trends in de ontwikkeling van de kwaliteitssystemen en de implicaties daarvan voor de toekomst.

1.1 Redenen voor invoering van een kwaliteitssysteem

Het begrip kwaliteitssysteem is rond 1990 als nieuw begrip in de zorgsector geïntroduceerd. Een kwaliteitssysteem verwijst naar een uitgebreid stelsel van bedrijfskundige regels, die een instelling hanteert om constant een hoge kwaliteit te kunnen leveren en fouten te voorkomen[1].
Naast interne drijfveren kunnen instellingen ook een drietal andere redenen hebben om een kwaliteitssysteem in te voeren. Ten eerste hebben zorgaanbieders dat zelf afgesproken tijdens de Leidschendamconferentie in 1990.

* Dr. E.M. Sluijs is senior onderzoeker bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel).
Dr. C. Wagner is programmaleider Kwaliteit en Organisatie bij het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Nivel).

1 In Nederland worden de begrippen kwaliteitssysteem en kwaliteitszorg door elkaar gebruikt. De letterlijke definities luiden:
- kwaliteitssysteem: 'De organisatorische structuur, verantwoordelijkheden, procedures, processen en voorzieningen voor het ten uitvoer brengen van kwaliteitszorg' (NEN-ISO 8402);
- kwaliteitszorg: 'Dat aspect van de totale managementfunctie dat het kwaliteitsbeleid bepaalt en ten uitvoer brengt' (NEN-ISO 8402).

Ten tweede is het invoeren van kwaliteitssystemen sinds 1996 een wettelijke verplichting geworden, vastgelegd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Ten derde is het hebben van een kwaliteitssysteem noodzakelijk, indien een instelling een certificaat wil verwerven om zich op die manier op kwaliteit te profileren.
We lichten deze drie redenen toe en gaan daarbij vooral in op de ontwikkelingen die sinds 1995 hebben plaatsgevonden.

1.2 Leidschendamafspraken

De ontwikkeling van kwaliteitssystemen in de zorgsector is een uitvloeisel van een koerswijziging in het overheidsbeleid eind jaren tachtig. De overheid besluit tot deregulering en gaat zich beperken tot het stellen van algemene kaders. De verantwoordelijkheid voor kwaliteitsbewaking zal meer dan voorheen bij zorgaanbieders zelf worden gelegd. Uitgangspunt daarbij is de gedachte dat zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties in goed onderling overleg afspraken maken omtrent het waarborgen van de kwaliteit. Zo ontstaat een continue wisselwerking tussen de drie partijen, waarmee een evenwichtige zelfregulering in de zorgsector wordt beoogd. Deze koerswijziging en de motieven daarvoor zijn vastgelegd in de nota's *Kwaliteit van zorg* (Ministerie van WVC 1991) en *Zorg van betekenis* (Ministerie van VWS 2000).
In het vooruitzicht van deze deregulering werden in 1989 en 1990 de eerste Leidschendamconferenties gehouden, waar alle betrokken partijen afspraken hebben gemaakt omtrent ieders verantwoordelijkheden ten aanzien van de kwaliteit van zorg. Die partijen waren alle koepels van zorgaanbieders, patiënten- en consumentenorganisaties, zorgverzekeraars en de overheid. Een belangrijke afspraak was dat zorgaanbieders de kwaliteit van de door hen geleverde zorg inzichtelijk zouden maken en kwaliteitssystemen zouden invoeren die zich lenen voor externe beoordeling.
In 1995 zijn deze eerste Leidschendamafspraken geëvalueerd. De belangrijkste conclusie was dat het ontwikkelen van kwaliteitssystemen veel meer tijd vroeg dan de aanvankelijk geplande vijf jaren. In grote lijnen werd besloten op dezelfde voet door te gaan[1] en de situatie opnieuw te bekijken. Dit is gebeurd in mei 2000 op de vierde Leidschendamconferentie. De gegevens uit het onderhavige onderzoek waren mede als input voor deze vierde conferentie verzameld in opdracht van het Ministerie van VWS.

1 Specifieke aandacht zou daarbij besteed moeten worden aan: de inbreng van patiënten, de afstemming tussen beroepsbeoefenaren en instellingsmanagement, de inbreng van de financier, de externe oriëntatie en ketenkwaliteit en de organisatiebrede opbouw van het systeem.

1.3 Kwaliteitswet Zorginstellingen

De Leidschendamafspraken zijn in grote lijnen terug te vinden in de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Deze wet is in 1996 van kracht geworden. De evaluatie van de wet verschijnt in september 2001. De wet bevat een aantal bepalingen over de wijze waarop zorgaanbieders de kwaliteit van zorg dienen te bewaken. De belangrijkste zijn:

1 de zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan, dat wil zeggen zorg van goed niveau die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die is afgestemd op de reële behoefte van de patiënt;

2 zorgaanbieders zijn verplicht tot systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg. Daartoe dient de zorgaanbieder:
- op systematische wijze gegevens over de kwaliteit van zorg te verzamelen en te registreren;
- op basis daarvan dient systematisch te worden getoetst in hoeverre verantwoorde zorg is verleend;
- op basis van deze toetsing dienen zo nodig veranderingen te worden aangebracht.

Hoewel niet letterlijk in de wet opgenomen, verwijzen deze bepalingen naar het kwaliteitssysteem dat de zorginstelling dient te hanteren en naar het cyclische karakter van de kwaliteitsbewaking. Bepalingen van gelijke strekking gelden voor individuele beroepsbeoefenaren, vastgelegd in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG).

1.4 Blauwdrukken voor een kwaliteitssysteem en certificering

Naast het al langer bestaande INK-model (Instituut Nederlandse Kwaliteit) bestaat inmiddels voor nagenoeg elke zorgsector een blauwdruk voor een (sectorspecifiek) model-kwaliteitssysteem ontwikkeld. Die modellen bevatten een uitgebreid stelsel aan normen en eisen, waaraan het kwaliteitssysteem in de betreffende sector (op den duur) zou moeten voldoen. Instellingen gebruiken deze modellen om het kwaliteitssysteem stapsgewijze in te vullen. Inmiddels zijn er ook instellingen die een formeel kwaliteitscertificaat hebben verworven. Een dergelijk certificaat wordt algemeen beschouwd als een bewijs dat een instelling de zorgverlening op een zodanige wijze heeft georganiseerd dat 'een gerechtvaardigd vertrouwen in de kwaliteit van zorg- of dienstverlening kan bestaan'.
Er bestaan anno 2000 meerdere certificaten in de zorgsector, die globaal in drie typen kunnen worden ingedeeld (zie onder meer in dit handboek de bijdragen van Gundlach 1995; Frissen en Casparie 1997; Wersch, Winters-van der Meer en Zomerplaag 2000; Van Gennip en Sillevis Smitt 2000).

1.4.1 ISO-certificaat

Het oudste certificaat is het formele ISO-certificaat. ISO staat voor International Standards of Organization. Dit certificaat wordt algemeen erkend in

het bedrijfsleven. Het hebben van een ISO-certificaat houdt in dat de instelling voldoet aan de internationale normen die aan een kwaliteitssysteem worden gesteld. De ISO-normen worden in 2001 geactualiseerd. Anno 2000 meldt 28% van de GGD'en en 20% van de ziekenhuizen dat een of meerdere afdelingen een ISO-certificaat hebben verworven.

1.4.2 HKZ/ISO-certificaat

Als tweede mogelijkheid kan een HKZ/ISO-certificaat worden verworven. De Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (SHKZ) ontwikkelt certificatieschema's voor de gezondheidszorg en de aanverwante welzijnszorg, die specifiek zijn toegesneden op de zorgsector en meer omvatten dan de ISO-normen. De normen worden opgesteld in overleg met alle betrokken partijen, zorgaanbieders, patiënten- en consumentenorganisaties, zorgverzekeraars, ketenpartners en andere belanghebbenden. Inmiddels zijn certificatieschema's ontwikkeld voor ruim vijftien deelsectoren in de zorg. Het eerste certificatieschema voor instellingen voor thuiszorg is in 1997 ontwikkeld en is recent in 2000 geactualiseerd. Inmiddels heeft 3% van de thuiszorginstellingen een dergelijk certificaat behaald en 47% streeft dit na. Andere sectoren zijn nog niet zo ver.

1.4.3 Overige kwaliteitslabels en certificaten

Naast deze algemene certificaten bestaan sectorspecifieke certificaten in bijvoorbeeld ziekenhuizen, laboratoria, verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen. Voor ziekenhuizen is de Stichting NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen) in het leven geroepen. Deze stichting houdt zich bezig met de accreditatie van ziekenhuizen of afdelingen daarvan aan de hand van de NIAZ-normen. In 2000 is het eerste ziekenhuis in zijn totaliteit door het NIAZ geaccrediteerd.
De Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) heeft ook eigen kwaliteitseisen ontwikkeld, waaraan haar lidinstellingen moeten voldoen om een LVT-kwaliteitslabel te verwerven. Inmiddels bezit 78% van deze instellingen een LVT-kwaliteitslabel. Ook verzorgingshuizen kunnen een kwaliteitslabel van Arcares (voorheen van de WoonZorgFederatie (WZF)) verwerven.
De mate, waarin de instellingen werken aan het verwerven van dergelijke certificaten komt in deze bijdrage aan de orde, omdat dat zicht geeft op de toekomstplannen van de instellingen.

1.5 De stand van zaken in 1995

In 1995 is voor het eerst op landelijke schaal in kaart gebracht hoever zorginstellingen in alle sectoren gevorderd waren met de ontwikkeling van de kwaliteitssystemen (Wagner e.a. 1995). Ruim 1100 instellingen werkten aan het onderzoek mee.

Uit de resultaten bleek dat het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem een lange aanlooptijd vergde en veel ingrijpender was dan aanvankelijk was gedacht. Niet verwonderlijk waren dan ook nog nauwelijks integrale (c.q. complete) kwaliteitssystemen operationeel. De meerderheid van de instellingen werkte projectgewijze aan kwaliteitsbewaking of -verbetering, bijvoorbeeld projecten gericht op het ontwikkelen van protocollen, het ontwikkelen van toetsing en het regelen van de overdracht van de patiënt. Een minderheid stond in 1995 aan het begin van de ontwikkelingen en was bezig met bijvoorbeeld het instellen van stuurgroepen en/of kwaliteitscommissies en scholing van het management in kwaliteitszorg[1]. Van de instellingen had 2% in het geheel nog geen initiatieven ontplooid. Nadere details zijn in de betreffende bijdrage in dit handboek te vinden (Wagner e.a. 1996).

1.6 Onderzoeksvragen die in dit artikel worden beantwoord

In deze bijdrage wordt antwoord gegeven op drie vragen.

1 Welke vooruitgang hebben de instellingen sinds 1995 geboekt met de ontwikkeling van kwaliteitssystemen?

2 Zijn verklaringen te vinden voor de verschillen tussen de instellingen in de vooruitgang die is geboekt?

3 Wat zijn de toekomstplannen van de instellingen ten aanzien van het hanteren van model-kwaliteitssystemen en het verwerven van certificaten?

Wat betreft mogelijke verklaringen voor de geboekte vooruitgang zijn de hierna volgende zes hypothesen geformuleerd, die in het onderzoek worden getoetst. Voor een onderbouwing van deze hypothesen verwijzen we naar het elders gepubliceerde literatuuronderzoek van Wagner (1999). De hypothesen hebben onder andere betrekking op de organisatiestructuur van en de cultuur binnen de instelling.

Uitgegaan wordt van de volgende hypothesen voor verklaringen in de geboekte vooruitgang:

a samenwerking: meer vooruitgang wordt geboekt, indien het management en de professionele hulpverleners gezamenlijk een kwaliteitsbeleid voeren (in plaats van elke partij afzonderlijk);

b kader voor kwaliteitszorg: meer vooruitgang wordt geboekt, indien de instelling werkt aan de hand van een kader (model of systeem) voor de gehele instelling (in plaats van te werken aan ad-hocactiviteiten);

c organisatiestructuur: meer vooruitgang wordt geboekt bij een centrale besluitvorming in de instelling en een cultuur van protocollair werken;

d medewerkers: een flexibele houding en betrokkenheid van de medewerkers hangt positief samen met de vooruitgang die wordt geboekt;

1 Zie eerdere noot voor de definitie van kwaliteitszorg.

e concurrentie: concurrentie hangt positief samen met de geboekte vooruitgang (vanwege de behoefte zich op kwaliteit te profileren);
f werkdruk: personeelstekorten en (de nasleep van) fusies hangen negatief samen met de geboekte vooruitgang.

Voor de overzichtelijkheid is deze bijdrage beperkt tot de vooruitgang in de kwaliteitssystemen en mogelijke verklaringen daarvoor. Wij wijzen erop dat veel meer en gedetailleerde informatie (per zorgsector) te vinden is in het *Tabellenboek* en de rapporten die over het onderzoek zijn verschenen (Sluijs en Wagner 2000; Bennema-Broos en Sluijs 2000; zie ook de samenvatting van het onderzoek op www.nivel.nl).

2 Methode en respondenten

2.1 Methode

In het huidige onderzoek zijn voor een deel dezelfde vragen gesteld als in het onderzoek van 1995. Daarnaast zijn voor elke sector sectorspecifieke vragen gesteld die in deze bijdrage buiten beschouwing blijven. De items die voor alle sectoren identiek zijn en vergelijkbaar zijn met 1995, betreffen de volgende dimensies van een kwaliteitssysteem[1]:
- beleid en strategie (zes items);
- medewerkers (onder andere scholing in kwaliteitszorg) (twaalf items);
- procesbeheersing door normering en protocollering (acht items);
- procesbewaking en -verbetering via deelsystemen (veertien items);
- betrokkenheid van patiënten en cliënten (zes items).

Daarnaast is in het onderzoek gevraagd naar organisatiekenmerken (zoals de omvang van de instelling en de wijze van besluitvorming) die mogelijk een verklaring vormen voor de mate, waarin vooruitgang is geboekt. Ten slotte is gevraagd naar de toekomstplannen van de instellingen ten aanzien van de modellen die men bij de opbouw van het systeem gebruikt, en de certificaten die men al dan niet wil gaan verwerven.
Voor het analyseren van de vooruitgang is een optelsom gemaakt van alle kwaliteitsactiviteiten (c.q. activiteiten ten behoeve van een systematische bewaking en verbetering van de kwaliteit), die een instelling in 1995 en 2000 verricht. Daarbij moet in acht worden genomen dat een optelsom slechts een indicatie van de vooruitgang geeft, omdat daarmee de samenhang in het systeem of het ontbreken daarvan niet tot uitdrukking komt.

1 Deze dimensies zijn niet afgeleid van één specifiek model. Deze vijf dimensies zijn op empirische wijze (via factoranalyse) tot stand gekomen en bleken (in 1995) betrouwbare schalen te vormen (met de Crohnbach's Alpha variërend van .71 tot .86).

2.2 Respondenten

'Aan het onderzoek hebben de lidinstellingen van alle elf[1] koepel- of branche-organisaties deelgenomen[2]. In november 1999 hebben 1739 potentiële respondenten de vragenlijst ontvangen, gevolgd door twee reminders. In totaal hebben de directies en/of kwaliteitsfunctionarissen van 1142 instellingen de enquête ingevuld, een respons van 66%. Tabel 1 toont de respons per sector.

Tabel 1 Het percentage instellingen dat per sector heeft gereageerd

Sector	*N*	*respons (N)*	*%*
Thuiszorginstellingen (LVT)	90	81	90%
Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (LVGGD)	52	46	89%
Verpleeghuizen (Arcares)	274	195	71%
Gehandicaptenzorg (VGN)	267	182	69%
Ziekenhuizen (NVZ)	149	101	68%
Verzorgingshuizen (Arcares)	294	193	66%
Sociaal Pedagogische Diensten (SOMMA)	47	28	60%
Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ Nederland)	248	144	59%
Gezondheidscentra (LVG)	115	67	58%
Particuliere thuiszorginstellingen (BTN)	38	20	53%
Maatschappelijk Werk Instellingen (VOG-AMW)	165	85	52%
Totaal	1739	1142	66%

De hoogste respons is verkregen van de thuiszorginstellingen (90%), direct gevolgd door de GGD'en (89%). Een vrij lage respons is te zien bij de particuliere thuiszorgorganisaties (53%) en bij AMW-instellingen (52%). De reden hiervan is niet bekend.

3 De vooruitgang sinds 1995

In tabel 2 is te zien hoeveel procent van de instellingen kwaliteitsactiviteiten uitvoerden in 1995 en in 2000. De tabel is gebaseerd op 474 instellingen die

1 In 1995 was nog sprake van vijftien koepel- of brancheorganisaties. Sinds die tijd hebben de organisaties in de gehandicaptenzorg zich tot één brancheorganisatie verenigd, evenals die in de geestelijke gezondheidszorg. Ten tijde van dit onderzoek was het samengaan van de koepelorganisaties van verpleeghuizen en verzorgingshuizen nog niet geëffectueerd.

2 Van tien sectoren zijn *alle* lidinstellingen geënquêteerd. Alleen in de sector verzorgingshuizen is vanwege de omvang van de sector (1400 verzorgingshuizen) een steekproef getrokken van 381 verzorgingshuizen. Deze omvangrijke steekproef was gebaseerd op het verzoek van de WoonZorgFederatie om evenveel verzorgingshuizen als verpleeghuizen in het onderzoek mee te nemen.

zowel in 1995 als in 2000 hebben gerespondeerd. Er is dus sprake van een zuivere één-op-één-vergelijking[1].

Er is getoetst of significante verschillen in positieve dan wel negatieve zin zijn opgetreden. Een positief verschil (vooruitgang) is aangegeven met een (*) in de tweede kolom (2000). Een negatief verschil (achteruitgang) is aangegeven met een (*) in de eerste kolom (1995).

Tabel 2 Percentage instellingen met kwaliteitsactiviteiten in 1995 en 2000 (N=474)

Beleid	*% in 1995*	*% in 2000*
Missie of visie op schrift	75	88*
Productomschrijvingen	36	48*
Kwaliteitsbeleid op schrift	20	56*
Kwaliteitswerkplan voor de instelling	15	44*
Kwaliteitshandboek	7	19*
Kwaliteitsjaarverslag	13	84*
Medewerkers		
Functionerings-/beoordelingsgesprek	77	93*
Stimulering van vakinhoudelijke ontwikkelingen	72	83*
Kwaliteitsactiviteiten binnen werktijd	58	81*
Systematische feedback over resultaten	34*	22
Scholing van medewerkers en professionals	66	73*
Scholing van management en leidinggevenden	63	68
Scholing naar aanleiding van prioriteiten in het kwaliteitsbeleid	41	44
Selectie van nieuw personeel met een positieve attitude	45*	33
Scholing van nieuwe medewerkers in kwaliteitszorg	15	11
Directie geeft aan wat van medewerkers wordt verwacht	59	60
Directie bewaakt de werkplannen van afdelingen	37	48*
Directie toetst of medewerkers zich aan afspraken houden	33	43*
Procedures of protocollen		
Specifieke behandelingen of verrichtingen	67	86*
Voorbehouden handelingen	42	72*
Routing van de patiënt of cliënt	38	57*
Medische hulpmiddelen	37	53*

1 Het beeld bij van deze 474 instellingen komt grotendeels overeen met de totale stand van zaken over alle 1142 instellingen die aan het onderzoek hebben meegedaan. Deze cijfers zijn in het onderzoeksrapport te vinden (Sluijs en Wagner 2000).

Beleid	*% in 1995*	*% in 2000*
Voorlichting aan patiënt of cliënt	36	50*
Kritische momenten in het zorgproces	40	50*
Specifieke doelgroepen of diagnosegroepen	39	45*
Samenwerking en overdracht van cliënten	46	46
Deelsystemen		
Zorgplannen of begeleidingsplannen	79	88*
Commissies (infecties, FONA, enzovoort)	54	75*
Intercollegiale toetsing monodisciplinair	66	67
Intercollegiale toetsing multidisciplinair	44	47
Klachtenregistratie/behandeling	74	85*
Managementinformatiesysteem	38	61*
Interne audits	26	45*
Interinstitutionele toetsing/visitatie	29*	23
Cliëntenraad/familieraad	53	77*
Tevredenheidsonderzoek gebruikers	50	71*
Tevredenheidsonderzoek medewerkers	43	58*
Tevredenheidsonderzoek verwijzers	18	25*
Behoefteonderzoek gebruikers	32	28
Behoefteonderzoek verwijzers	28	25
Betrokkenheid patiënten of cliënten		
Bespreken uitkomsten van klachtenregistratie, enzovoort	61	66
Ontwikkelen van normen of criteria	48	45
Beoordelen of de (kwaliteits)doelen zijn gehaald	56*	39
Participatie in (kwaliteits)commissies	42*	32
Opstellen van protocollen of standaarden	41*	33
Participatie in verbeterprojecten	42*	29

* Significante vooruitgang of achteruitgang p. < .05 (getoetst met non-parametrische McNemar-toets).

Beleid

Op het gebied van beleidsdocumenten is een significante vooruitgang vergeleken met 1995 te zien. De grootste verandering heeft betrekking op de kwaliteitsjaarverslagen. In 1995 bracht 13% van de instellingen een kwaliteitsjaarverslag uit, in 2000 is dat gestegen tot 84% van de instellingen. De invoering van de Kwaliteitswet Zorginstellingen in 1996, waarbij het uitbrengen van een kwaliteitsjaarverslag een wettelijke verplichting is geworden, is daar ongetwijfeld debet aan.

Daarnaast is een significante toename te zien bij het aantal instellingen dat een kwaliteitsbeleid op schrift heeft gesteld. In 1995 was dat een op de vijf instellingen. Inmiddels heeft ruim de helft van de instellingen een kwaliteitsbeleid op schrift gesteld. Hoewel het percentage instellingen met een

kwaliteitshandboek is verdubbeld, betreft dit ook in 2000 nog een kleine minderheid.

Medewerkers
In de activiteiten die de medewerkers betreffen, zijn weinig opvallende verschuivingen te zien. In 1995 werden al vrij veel activiteiten op dit gebied ondernomen en deze zijn enigszins, maar niet opvallend toegenomen. Wel is een toename te zien in het percentage instellingen dat een systeem van functioneringsgesprekken hanteert (nu 93% vergeleken met 77% in 1995). Ook melden meer instellingen dat werktijd is ingeruimd voor kwaliteitsactiviteiten (81% vergeleken met 58% in 1995).
Op twee gebieden is een achteruitgang te zien. Ten eerste melden minder instellingen dat de medewerkers systematisch feedback krijgen over de resultaten van kwaliteitszorg. Ten tweede wordt minder vaak gemeld dat bij de selectie van nieuw personeel expliciet wordt gekeken of men een positieve attitude heeft op het gebied van kwaliteit. Of dat komt, omdat men bij het huidige personeelstekort weinig te kiezen heeft, is in het onderzoek niet gevraagd.

Procedures en protocollen
Op bijna alle gebieden is een significante toename in het aantal instellingen dat protocollen of procedures heeft opgesteld. De grootste toename is te zien bij de voorbehouden handelingen die met de invoering van de Wet BIG dienen te zijn vastgelegd. In 1995 was dat bij 42% van de instellingen het geval, in 2000 is dat bijna verdubbeld tot 72%. Een vrij grote toename is ook te zien in de protocollen voor de routing van de cliënt, de voorlichting aan cliënten en het gebruik van medische hulpmiddelen. Bij de hier gepresenteerde getallen moet in acht worden genomen dat de vraag naar medische hulpmiddelen in een aantal sectoren niet van toepassing is (algemeen maatschappelijk werk (AMW), SPD, RIAGG).
Er is geen verschil in het aantal instellingen dat protocollen of procedures heeft opgesteld voor de samenwerking met andere instellingen en/of voor de overdracht van patiënten of cliënten.

Deelsystemen
Voor een zuivere vergelijking van de deelsystemen is uitgegaan van de dichotomie: wel of geen deelsysteem, ongeacht hoe systematisch de instelling die deelsystemen hanteert[1].
De belangrijkste verandering is hier de toename in het aantal cliëntenraden. Sinds de invoering van de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) is dat een wettelijke verplichting. In 1995 functioneerde in 53%

1 In 2000 zijn de antwoordcategorieën bij deze vraag enigszins veranderd vergeleken met 1995. Wel vergelijkbaar is de antwoordcategorie: men hanteert dit deelsysteem niet of wel.

van de instellingen een cliëntenraad, in 2000 is dat toegenomen tot 77%. Bij de interpretatie van dit cijfer moet rekening worden gehouden met het feit dat het een aantal instellingen (onder andere GGD en AMW) niet is gelukt voldoende gegadigden te vinden voor het instellen van een cliëntenraad.
Op vijf gebieden is een opvallende toename te zien:
- de commissies voor infecties, Fouten, Ongevallen en Near-accidents (FONA), enzovoort (van 54% naar 75%);
- de managementinformatiesystemen (van 38% naar 61%);
- de interne audits (van 26% naar 45%);
- tevredenheidsonderzoek onder patiënten of cliënten (van 50% naar 71%);
- tevredenheidsonderzoek onder medewerkers (van 43% naar 58%).

Op de overige gebieden zijn de verschuivingen kleiner.
Een afname betreft het aantal instellingen dat participeert in interinstitutionele toetsing. We vermoeden dat interinstitutionele toetsing in een aantal gevallen heeft plaatsgemaakt voor externe beoordeling en certificering.

Patiënten en cliënten
Vergeleken met 1995 is de betrokkenheid van patiënten bij de kwaliteitszorg niet toe- maar afgenomen. Op vier van de zes gebieden is een significant verschil in negatieve richting te zien. In 2000 melden minder instellingen dat patiënten of cliënten worden betrokken bij bijvoorbeeld het ontwikkelen van normen en criteria of bij het ontwikkelen van protocollen of standaarden. Deze uitkomst is tegen de verwachting, temeer omdat op de Leidschendamconferentie in 1995 was afgesproken dat de komende jaren extra aandacht aan de inbreng van patiënten en cliënten zou worden gegeven.
Bij de hier gesignaleerde afname van de inbreng van patiënten en cliënten in de kwaliteitsactiviteiten moet in acht worden genomen dat het aantal cliëntenraden significant is toegenomen en dat veel meer instellingen tevredenheidsonderzoek onder patiënten doen vergeleken met 1995. In de beschouwing gaan we in op de implicaties van deze bevindingen.

3.1 Mogelijke verklaringen voor verschillen in vooruitgang

Om te onderzoeken welke factoren een mogelijke verklaring kunnen vormen voor het feit dat sommige instellingen meer vooruitgang hebben geboekt bij de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem dan andere, is een stapsgewijze multiple regressieanalyse uitgevoerd. Als afhankelijke variabele is de toe- of afname van het aantal kwaliteitsactiviteiten genomen. Daartoe is een verschilscore berekend door het aantal activiteiten in 1995 af te trekken van het aantal in 2000. Tabel 3 geeft de resultaten van de regressieanalyse.

Tabel 3 Meervoudige regressieanalyse (N=474)[1]

	Beta
In zijn algemeenheid veel protocollair geregeld in de instelling	.14*
Op directieniveau is gekozen voor een kwaliteitsmodel/-systeem voor de instelling	.11*
Samenhang in kwaliteitsbeleid van management en professionals	.10*
Flexibele houding van medewerkers ten opzichte van vernieuwingen	.10*
Aantal formatieplaatsen	-.02
Besluitvorming is centraal	.04
Medewerkers hebben veel/weinig binding met de instelling	.02
Teveel mensen op de wachtlijst	-.07
Te hoge werkdruk	.02
Teveel onvervulbare vacatures	.04
Te druk met fusie of de nasleep daarvan	.01
Teveel concurrentie	-.02
Te hoog ziekteverzuim	.04

1 Meervoudige regressieanalyse (N=474):
- als afhankelijke variabele het verschil in aantal kwaliteitsactiviteiten in 1995 en 2000;
- als onafhankelijke variabelen kenmerken van organisatiestructuur en cultuur.

* Significant p. < .05 Multiple R = .27, Adjusted R 2 = .07

De analyse laat zien dat vier hypothesen omtrent een verklaring van de vooruitgang worden bevestigd.
Instellingen hebben, vergeleken met 1995, meer vooruitgang geboekt, indien er in zijn algemeenheid veel protocollair is geregeld in de instelling. Meer vooruitgang is ook geboekt, indien op directieniveau een keuze is gemaakt voor een kwaliteitsmodel of -systeem voor de gehele instelling in vergelijking met situaties waarin op een ad hoc wijze aan kwaliteitsactiviteiten wordt gewerkt.
Een verklaring voor de vooruitgang ligt ook in de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid op organisatorisch en (medisch) inhoudelijk gebied c.q. samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van het management en de professionele hulpverleners. Ten slotte is meer vooruitgang geboekt als de medewerkers in de instelling een flexibele houding ten opzichte van vernieuwingen aannemen (in tegenstelling tot medewerkers met een meer behoudende attitude).
Er is geen relatie tussen de omvang van de organisatie en de geboekte vooruitgang.

De andere hypothesen worden niet bevestigd. Er is geen significante relatie tussen de geboekte vooruitgang en een centrale besluitvorming in de instelling. Evenmin met de mate, waarin de medewerkers zich bij de instelling betrokken voelen. Er is ook geen significante relatie in positieve of negatie-

ve zin met de factoren die in zijn algemeenheid invloed hebben op de werkdruk, zoals het bestaan van wachtlijsten, onvervulbare vacatures of een te hoog ziekteverzuim.

4 Toekomstplannen van de instellingen

De mate waarin de kwaliteitssystemen de komende jaren verder zullen worden ontwikkeld, kan worden afgeleid uit de mate waarin de instellingen de model-kwaliteitssystemen verder gaan invullen en de mate waarin men certificaten wil gaan behalen.

4.1 Model-kwaliteitssystemen

Van de instellingen geeft in totaal 67% aan (niet in de tabel) dat op directieniveau inmiddels is gekozen voor een specifiek model of kwaliteitssysteem. De meest gekozen modellen staan in tabel 4 vermeld (in aantallen en in percentages).

Tabel 4 Top tien van meest gekozen modellen of systemen anno 2000

	N	%
MIK-V-model	241	21%
INK-model	137	12%
HKZ-model	135	12%
MKG-model gehandicaptenzorg	88	8%
ISO-systeem	50	4%
NIAZ/PACE-normen	44	4%
VOG-AMW-model	26	2%
EKV-eisen verzorgingshuizen	14	1%
LVT-lidmaatschapseisen	11	1%
TQM	5	-
Overig of missing	391	34%
Totaal	1142	99%

Wij wijzen erop dat een model vaker is gekozen naarmate zich meer instellingen uit die sector onder de respondenten bevinden. Verpleeg- en verzorgingshuizen zijn het best vertegenwoordigd met in totaal 388 respondenten. Met nadruk wordt er daarnaast op gewezen dat dit overzicht tijdgebonden is. Sommige kwaliteitsmodellen zijn van zeer recente datum (bijvoorbeeld in de GGZ) en konden ten tijde van dit onderzoek dus ook nog nauwelijks worden gekozen.
Gezien het bovenstaande is het niet verwonderlijk dat het sectorspecifieke MIK-V-model voor verpleeghuizen het meest frequent is gekozen, niet alleen door directies van verpleeghuizen, maar ook door een aantal verzor-

gingshuizen. Ook andere sectorspecifieke modellen, zoals voor de gehandicaptenzorg, de ziekenhuizen en het AMW zijn in de top tien terug te vinden. Van de algemene modellen die niet aan een sector gebonden zijn, worden zowel het INK-model als het HKZ-model vrij frequent gebruikt. Voor het ISO-systeem geldt dat wat minder.

Dit overzicht zegt nog weinig over de diversiteit aan modellen en systemen die in elke sector worden gebruikt. Daarom is in bijlage 1 een gedetailleerd overzicht per sector te vinden van de top vijf van modellen die de instellingen bij de opbouw van hun kwaliteitssysteem gebruiken. De bijlage laat ook zien in welke mate de handleidingen van koepelorganisaties of van patiënten- en cliëntenorganisaties worden gebruikt.
Uit het overzicht blijkt dat in elke sector meerdere modellen en handleidingen worden gebruikt. Als voorbeeld de thuiszorginstellingen, waar de volgende zes modellen worden gebruikt:
- lidmaatschapseisen van de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) in 82% van de instellingen;
- certificatieschema voor thuiszorginstellingen van de HKZ in 58% van de instellingen;
- zelfevaluatiemodel van het Instituut Nederlandse Kwaliteit (INK) in 26% van de instellingen;
- kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief (NPCF) in 21% van de instellingen;
- algemene harmonisatiemodel van de SHKZ in 19% van de instellingen;
- ISO-normen in 19% van de instellingen.

Een dergelijk gevarieerd beeld is in elke sector terug te vinden. Daaruit valt af te leiden dat instellingen meerdere modellen gebruiken en zelf een kwaliteitssysteem-op-maat samenstellen uit de verschillende modellen en handleidingen die per sector beschikbaar zijn.

4.2 Certificaten en keurmerken

De mate waarin de komende jaren verder wordt gewerkt aan het completeren van de kwaliteitssystemen is – naast het invullen van de modelkwaliteitssystemen – af te leiden uit het aantal instellingen dat werkt aan het behalen van een keurmerk of een certificaat. De cijfers per sector zijn in bijlage 1 te zien, waarbij tevens is vermeld hoeveel procent van de instellingen reeds een certificaat heeft verworven.
Uit de cijfers blijkt dat bijna de helft van de ziekenhuizen (47%) werkt aan het behalen van een NIAZ-accreditatie, terwijl ook nog eens 45% werkt aan het behalen van een CCKL-certificaat voor de Klinisch Chemische Laboratoria in het ziekenhuis. Dat een instelling meerdere certificaten kan verwerven blijkt ook bij de GGD'en, waarbij 35% toewerkt naar een of meerdere certificaten, bijvoorbeeld voor de Ambulancezorg, voor de uitvoering van de WVG (Wet Voorzieningen Gehandicapten) of voor de CAP's (Centrale

Alarm Posten). Bijna de helft van de thuiszorginstellingen en van de verpleeghuizen werkt aan het behalen van een certificaat (in de thuiszorg een HKZ/ISO-certificaat; in verpleeghuizen een MIK-V-certificaat). In de overige sectoren wordt gemiddeld door een kwart van de instellingen aan het behalen van een certificaat gewerkt.
De cijfers impliceren dat in deze instellingen de komende jaren wordt gewerkt aan het completeren van het kwaliteitssysteem teneinde voor een certificaat in aanmerking te komen.

Er zijn relatief weinig instellingen die inmiddels een formeel certificaat hebben verworven. Relatief veel onderdelen van ziekenhuizen bezitten inmiddels ISO-certificaten en/of mede CCKL-certificaten. Ook veel GGD'en hebben inmiddels een of meerdere ISO-certificaten voor een of meerdere afdelingen verworven (28%).
In de overige sectoren is het bezit van een certificaat nog een grote uitzondering. Wel heeft de meerderheid van de LVT-thuiszorginstellingen een kwaliteitslabel (c.q. keurmerk) van de koepelorganisatie (78%).

4.3 Prioriteiten op het gebied van kwaliteitszorg

Uit de gegevens in het onderzoek blijkt dat de meerderheid van de instellingen nog bezig is met de verdere opbouw van een kwaliteitssysteem. Wat de belangrijkste prioriteiten op het gebied van kwaliteitszorg zijn voor het komend jaar is in tabel 5 te zien. (De respondenten konden meerdere prioriteiten aankruisen.)

Tabel 5 Belangrijkste prioriteiten voor het komend jaar in percentage instellingen (N=1142)

Kwaliteitsprojecten of verbeterprojecten	63%
Consequent werken volgens de kwaliteitscyclus	51%
Opstellen van protocollen of procedures	51%
Regionale afstemming en samenwerking	43%
Scholing in kwaliteitszorg	42%
Waarderingsonderzoek of meningspeilingen	41%
Afstemming van zorgprocessen intern	32%
Interne toetsingen c.q. audits	28%
Afstemming van zorgprocessen met ketenpartners	21%
Externe beoordeling of certificering	12%

Het eerste aandachtsgebied voor het komend jaar is duidelijk de verdere uitbouw van kwaliteitszorg. Bijna tweederde (63%) van de instellingen geeft voorrang aan kwaliteitsprojecten en de helft van de instellingen geeft priori-

teit aan het opstellen van protocollen en procedures en het consequent werken volgens de kwaliteitscyclus (*plan-do-check-act*).
Een tweede aandachtsgebied is regionale afstemming en samenwerking, hoewel minder dan de helft van de instellingen (43%) aangeeft dat dit een belangrijke prioriteit is voor het komend jaar.
Ten derde staat ook scholing in kwaliteitszorg nog steeds vrij hoog op de prioriteitenlijst (42%). Het is blijkbaar niet zo dat management en medewerkers van alle instellingen inmiddels voldoende vaardigheden op het gebied van kwaliteitszorg bezitten.
Bijna evenveel instellingen geven daarnaast aan dat prioriteit gegeven wordt aan waarderingsonderzoek of meningspeilingen.
Bij 12% van de instellingen is certificering het komend jaar de belangrijkste prioriteit.

5 Samenvatting en conclusies

In deze bijdrage is beschreven welke vooruitgang de instellingen de afgelopen vijf jaar hebben geboekt met de verdere ontwikkeling van de kwaliteitssystemen en wat in dit opzicht de toekomstplannen van de instellingen zijn. Voordat we de resultaten samenvatten gaan we kort in op de sterke en zwakke kanten van het onderzoek.

5.1 Sterke en zwakke kanten van het onderzoek

Een sterk kant van het onderzoek is dat alle zorgsectoren in Nederland in het onderzoek hebben geparticipeerd, zodat landelijk een representatief beeld kon worden geschetst. Bovendien zijn in tien sectoren *alle* zorginstellingen uit de sector in het onderzoek betrokken, zodat in deze sectoren geen sprake is van een steekproefonderzoek, maar van een populatieonderzoek. De redelijk tot goede respons draagt bij aan de representativiteit van de gegevens.
Beperkingen van het onderzoek liggen op twee gebieden. Ten eerste: een vragenlijstonderzoek geeft een indicatie van de mate waarin een kwaliteitssysteem *aanwezig* is. Hoe het systeem in de instelling *functioneert* is via vragenlijstonderzoek niet na te gaan. Ten tweede: de enquêtes zijn gericht aan de directie van de instellingen. De gegevens weerspiegelen dus de visie van directie c.q. management. Het is niet bekend of de medewerkers in de instellingen dezelfde opvattingen delen.

De vergelijking is gebaseerd op het aantal kwaliteitsactiviteiten dat de instellingen uitvoerden in 1995 en in 2000. Wij benadrukken dat dit aantal nog niets zegt over de samenhang in het kwaliteitssysteem, zodat de gegevens met voorzichtigheid moeten worden geïnterpreteerd.
Een beperking van deze bijdrage is dat – ter wille van de vergelijking – alleen de algemene vragen uit het onderzoek zijn behandeld, die in 1995 en 2000 op identieke wijze zijn gesteld in elke sector. Het onderhavige onder-

zoek heeft veel meer resultaten opgeleverd, met name ten aanzien van sectorspecifieke ontwikkelingen. Daarvoor verwijzen we naar het *Tabellenboek* en de rapporten die over het onderzoek zijn verschenen (Sluijs en Wagner 2000).

5.2 De stand van zaken in 1995 en 2000 vergeleken

De vergelijking tussen 1995 en 2000 is gebaseerd op 474 instellingen die zowel in 1995 als in 2000 hebben gerespondeerd. Er is dus sprake van een één-op-één-vergelijking. De vergelijking tussen alle instellingen die in 1995 en 2000 hebben gerespondeerd, wijken daar niet veel vanaf.
Het feit dat bij ruim de helft van de instellingen geen één-op-één-vergelijking mogelijk was, heeft te maken met het grote aantal fusies dat de afgelopen jaren in de zorgsector heeft plaatsgevonden en de schaalvergroting die daarvan het gevolg is. De verwachting dat deze fusies en de nasleep daarvan de ontwikkeling van de kwaliteitssystemen zou hebben vertraagd, is in ons onderzoek niet bevestigd. Misschien dat fusies ook een aanleiding kunnen zijn om een kwaliteitssysteem voor de 'nieuwe' organisatie op te zetten.

5.3 Toename van protocollering

Uit de resultaten blijkt dat een ruime meerderheid van de instellingen (69%) vooruitgang en vaak ook aanzienlijke vooruitgang heeft geboekt. Zij verrichtten in 2000 meer kwaliteitsactiviteiten dan in 1995.
De aandachtsgebieden waarop de instellingen de meeste vooruitgang hebben geboekt, betreffen de ontwikkeling van kwaliteitsdocumenten en protocollering, zo blijkt uit het onderzoek. Vergeleken met 1995 hebben ruim tweemaal zoveel instellingen een kwaliteitsbeleid op schrift gesteld en een kwaliteitswerkplan voor de instelling opgesteld. Ook hebben de instellingen op bijna alle gebieden meer protocollen en procedures opgesteld, bijvoorbeeld voor de voorlichting aan cliënten of voor de routing die de cliënt doorloopt. De grootste toename is te zien in de protocollering van voorbehouden handelingen: in 1995 had 42% van de instellingen protocollen voor voorbehouden handelingen opgesteld en in 2000 is dat gestegen tot 72%. Dat deze toename te maken heeft met de invoering van de Wet BIG mag worden verondersteld.
Ondanks deze toename in protocollering blijkt uit het onderzoek dat in de helft van de instellingen (50%) protocollen zijn opgesteld voor kritische momenten in het zorgproces.
Wij achten dit een teleurstellende bevinding, temeer omdat via een kwaliteitssysteem juist die zaken zouden moeten worden geregeld, waarbij kwaliteitsrisico's kunnen optreden of risico's bestaan voor afbreuk van de kwaliteit.

5.4 Toename van deelsystemen

Het onderzoek laat zien dat nagenoeg alle instellingen meerdere deelsystemen c.q. feedbacksystemen hanteren voor een cyclische bewaking en verbetering van de kwaliteit. Vergeleken met 1995 is vooral een toename te zien in de managementinformatiesystemen (van 38% van de instellingen naar 61%) en in de interne audits (van 26% naar 45%). De definities in de vragenlijst luidden: een managementinformatiesysteem verschaft periodieke overzichten van de verleende zorg en de resultaten daarvan. 'Interne audit' was gedefinieerd als: een interne beoordeling van het kwaliteitssysteem, waarbij 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.

5.5 Accent op beheersmatige aspecten

Uit de bevindingen leiden wij af dat de afgelopen jaren het accent vooral is gelegd op beheersmatige aspecten van kwaliteitszorg, namelijk het ontwikkelen van informatiesystemen en interne beoordelingen van het kwaliteitssysteem. Dat in dit opzicht de ideale situatie zeker nog niet is bereikt, blijkt uit twee bevindingen.
Ten eerste blijkt uit het onderzoek dat eenderde tot de helft van de respondenten van mening is dat de resultaten van bijvoorbeeld toetsing, meningspeilingen en klachten nog onvoldoende voor bijsturing van het beleid worden gebruikt, zo heeft men in de enquête aangegeven. Ook meer dan de helft van degenen die in benchmarking hebben geparticipeerd, vindt dat de resultaten daarvan nog onvoldoende voor bijsturing worden gebruikt. Daarnaast blijkt dat vaak geen systematische toetsing van de naleving van protocollen en procedures plaatsvindt.
Ten tweede blijkt dat – behalve meningspeilingen onder patiënten of cliënten – nog weinig zorginhoudelijke indicatoren worden gemeten om de kwaliteit van zorg te kunnen monitoren en zo nodig bij te sturen. Met zorginhoudelijke indicatoren worden gegevens over de uitkomsten van de zorgverlening bedoeld. De meest gebruikte indicatoren zijn de productiecijfers, de klachtenregistratie en ziekte en verloop van de medewerkers.
Dat het gebruik van zorginhoudelijke indicatoren in de toekomst van groot belang is om de kwaliteit te kunnen monitoren spreekt voor zich.

5.6 De betrokkenheid van patiënten en cliënten

De onderzoeksresultaten laten zien dat de betrokkenheid van patiënten en cliënten bij de kwaliteitszorg zowel in positieve als in negatieve zin is veranderd. In positieve zin is een significante toename te zien in het aantal instellingen dat een cliëntenraad heeft ingesteld: 53% in 1995 en 77% in 2000. Dat dit mede te danken is aan de invoering van de Wet Medezeggenschap

Cliënten Zorgsector mag worden verondersteld. Een toename in dezelfde orde van grootte is te zien in het aantal instellingen dat meningspeilingen of tevredenheidsonderzoeken onder patiënten of cliënten uitvoert (50% in 1995 en 71% in 2000).
Wij leiden daaruit af dat wetgeving wel degelijk invloed heeft op de kwaliteitsontwikkelingen, maar dat ook zonder wetgeving veranderingen plaatsvinden.

Een verandering in negatieve richting betreft de mate, waarin patiënten of cliënten bij de kwaliteitszorg in de instelling worden betrokken. De resultaten tonen dat de participatie van cliënten niet is toe- maar afgenomen. Vergeleken met 1995 zijn er minder instellingen die zeggen dat cliënten worden betrokken bij het opstellen van richtlijnen of protocollen of bij het bespreken van de uitkomsten van klachtenregistraties. Ook zijn er minder instellingen, waar cliënten participeren in (kwaliteits)commissies of verbeterprojecten.

Een verklaring voor deze bevindingen is niet eenvoudig. Wij vermoeden dat instellingen – en misschien ook cliënten(organisaties) zelf – inmiddels ervaren hebben welke vormen van inspraak en feedback méér en welke vormen minder functioneel zijn voor het kwaliteitsbeleid in de instelling. Misschien is het zo dat (systematische) feedback door cliëntenraden en via meningspeilingen functioneler is dan (incidentele) betrokkenheid van cliënten in een (kwaliteits)commissie of verbeterproject. Uit het onderzoek van 1995 bleek bijvoorbeeld dat in verpleeghuizen met een cliëntenraad minder negatieve uitkomsten op patiëntniveau werden gevonden.
Naar onze mening dwingen deze bevindingen tot een bezinning op de rol en functie van zorgvragers met betrekking tot het kwaliteitsbeleid van de instelling.

5.7 Naast vooruitgang ook achteruitgang

Het feit dat de vooruitgang over het geheel genomen minder is dan wij hadden verwacht, wordt voor een deel veroorzaakt door de achteruitgang van een aantal instellingen. Uit het onderzoek blijkt dat 146 van de onderzochte 474 instellingen (= 31%) niet vooruit maar achteruit is gegaan. Zij rapporteren minder kwaliteitsactiviteiten in vergelijking met 1995. Bij 15% gaat het om enkele activiteiten (één tot vijf), maar bij eveneens 15% van de instellingen gaat het om meer dan vijf activiteiten. Wat hiervan de oorzaak is, is niet bekend. Voor een deel kan deze 'achteruitgang' op een artefact berusten, omdat in 1995 misschien ten onrechte activiteiten zijn aangekruist, die nu in 2000 beter zijn gedefinieerd (denk aan een managementinformatiesysteem of interne audits). Dat er ook instellingen zijn die met een aantal kwaliteitsactiviteiten zijn gestopt, kan niet worden ontkend. Het kan zijn dat kwaliteitszorg op het tweede plan komt, indien instellingen te kampen heb-

ben met hoge werkdruk, personeelstekorten en het wegwerken van wachtlijsten. Het kan echter ook zo zijn dat de bureaucratie die het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem nu eenmaal met zich meebrengt, in de ogen van een aantal instellingen niet opweegt tegen de effecten die daar tegenover staan. Dat brengt ons tot de voor de hand liggende aanbeveling om de bureaucratie tot een minimum te beperken en alleen die zaken goed te regelen, die direct van invloed zijn op de kwaliteit of die afbreuk aan de kwaliteit zouden kunnen doen (risicopreventie).

5.8 Samenwerking tussen management en professionele hulpverleners

Instellingen hebben meer vooruitgang geboekt in situaties, waarin het management van de instelling en de professionele hulpverleners gezamenlijk een geïntegreerd kwaliteitsbeleid ontwikkelen. Een indicatie voor het feit dat dergelijke samenwerking zijn vruchten afwerpt, was ook al in eerder onderzoek gevonden (Wagner 1999). In 1995 werd nog gewaarschuwd voor een tweedeling in de instellingen, omdat de systemen van het management en van de beroepsbeoefenaren in de zorgsector zich los van elkaar zouden ontwikkelen. Dat gevaar lijkt geweken. Uit het onderzoek blijkt dat in tweederde van de instellingen een geïntegreerd kwaliteitsbeleid wordt ontwikkeld door management en beroepsbeoefenaren. Wij nemen aan dat dat leidt tot een goede afstemming tussen het organisatorische en het zorginhoudelijke kwaliteitsbeleid.

5.9 Een kader voor kwaliteitszorg lijkt nodig

Instellingen die voor een kwaliteitsmodel of systeem voor de gehele instelling hebben gekozen, hebben meer vooruitgang geboekt dan degenen die meer ad hoc aan kwaliteitszorg werken. In dat opzicht is het gunstig dat inmiddels voor nagenoeg elke sector een kwaliteitsmodel beschikbaar is en dat – misschien mede daardoor – ruim tweederde van de instellingen voor een bepaald model of systeem voor de gehele instelling heeft gekozen. Of het ene model of systeem meer oplevert dan het andere, is op dit moment nog niet te zeggen, omdat nog weinig instellingen over een goed functionerend, compleet kwaliteitssysteem beschikken. Wellicht dat wij dat over vijf jaar kunnen onderzoeken.
Voorlopig zijn wij van mening dat het met name belangrijk is dat de instelling niet ad hoc aan kwaliteitszorg werkt, maar vanuit een kader voor de gehele instelling, ongeacht welk model of systeem daaraan ten grondslag ligt. Twee overwegingen zijn daarbij van belang. Ten eerste wordt algemeen verondersteld dat een organisatiebrede aanpak nodig is om een draagvlak voor kwaliteitszorg in alle lagen van de organisatie te creëren. Ten tweede vermoeden wij dat – indien gewerkt wordt vanuit een algemeen kader – de belangrijkste zaken op het gebied van kwaliteit het eerst zullen worden aangepakt, dat wil zeggen zaken waar de meeste kwaliteitswinst

valt te behalen. Denk bijvoorbeeld aan risicomanagement, vraaggerichtheid en klanttevredenheid. Of dit in de praktijk inderdaad zo werkt, zal toekomstig onderzoek moeten uitwijzen.

Literatuur

Bennema-Broos, M., E.M. Sluijs & C. Wagner (2000), *Overzichtsstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990-2000*. Nivel, Utrecht.

Frissen, M.A.G. & A.F. Casparie (1997), 'Inleiding op het harmonisatiemodel HKZ'. In: *Handboek Kwaliteit van Zorg*, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen.

Gennip, E.M.S.J. van & P.A.E. Sillevis Smitt (2000), 'Het accreditatiesysteem van het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen'. In: *Handboek Kwaliteit van Zorg*, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen.

Gundlach, H.C.W. (1995), *Externe beoordeling/toetsing, certificatie en accreditatie*. In: *Handboek Kwaliteit van Zorg*, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen.

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport (1991), *Kwaliteit van zorg*. Ministerie van WVC, Den Haag.

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (2000), *Zorg van betekenis*. Ministerie van VWS, Den Haag.

Sluijs, E.M. & C. Wagner (2000), *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen. De stand van zaken in 2000*. Nivel, Utrecht.

Sluijs, E.M. & C. Wagner (2000), *Tabellenboek kwaliteitssystemen. De stand van zaken per zorgsector in 2000*. Nivel, Utrecht.

Wagner, C., D.H. de Bakker & E.M. Sluijs (1995), *Kwaliteitssystemen in instellingen. De stand van zaken in 1995*. Nivel/NRV, Utrecht/Zoetermeer.

Wagner, C., E.M. Sluijs & D.H. de Bakker (1996), 'Kwaliteitssystemen in verschillende zorgsectoren'. In: *Handboek Kwaliteit van Zorg*, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen.

Wagner, C. (1999), *Quality systems in Dutch health care organizations*. Dissertatie. Nivel, Utrecht.

Wersch, S. van, S. Winters-van der Meer & J. Zomerplaag (2000), 'Kwaliteitsmodellen in de zorgsector'. In: *Handboek Kwaliteit van Zorg*, Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen.

Bijlage 1 Overzicht van de door instellingen gebruikte modellen bij opbouw van een kwaliteitssysteem per sector[1]

	Top 5 meest gebruikte modellen per sector in %		*certificaat/ keurmerk*	*% dat werkt aan certificaat of keurmerk*	*% dat reeds certificaat of keurmerk bezit*
Thuiszorg LVT	LVT-lidmaatschapseisen	82	– Keurmerk van de LVT	4	78
	HKZ-certificatieschema thuiszorg	58	– HKZ-certificaat	47	3
	INK-Instituut Nederlandse Kwaliteit	26	– ISO-certificaat	7	6
	NP/CF Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief	21			
	HKZ-harmonisatiemodel	19			
	ISO-normen	19			
Gehandicaptenzorg	Model Kwaliteitssysteem Gehandicaptenzorg	76	– Keurmerk van de koepel	20	–
	VGN-Herkenbare Kwaliteit	24	– HKZ-certificaat	10	–
	Koers op kwaliteit NIZW/Fiad/wdt	19	– ISO-certificaat	4	1
	Cliënt in Beeld; instrument Cliëntenraadpleging VGN/NIZW	18			
	Kwaliteit Gekenmerkt NIZW/Fiad	17			
GGZ	INK Instituut Nederlandse Kwaliteit	56	– INK-audit	27	2
	ITT Kwaliteitstoetsing GGZ	50	– HKZ-certificaat	10	–
	SHKZ-Harmonisatiemodel	28	– ISO-certificaat	5	4
	LPR of NP/CF Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief	15			
	ISO-normen	11			
	BSC Balanced Score Card	11			
GGD	INK Instituut Nederlandse Kwaliteit	65	– ISO-certificaat	9	28
	HKZ Certificaatschema Ambulancezorg	46	– HKZ-certificaat	35	7
	ISO-normen	33			
	LVGGD Handboek Kwaliteitshandvesten	28			
	LVGGD Kwaliteitszorg bij GGD'en	28			
Verzorgingshuizen	HKZ/WZF Goed Geregeld Kwaliteitswijzer verzorgingshuizen	45	– MIK-V-certificaat	27	–
	MIK-V voor Verpleeghuizen	42	– HKZ-certificaat	20	1
	EKV-eisen Externe Kwaliteitsbeoordeling verzorgingshuizen	26	– WoonZorg-label	17	4
	LOC-Kwaliteit van verzorgingshuizen	9	– ISO-certificaat	6	1
	LOC Meet- en bespreekprocedure	7			
Ziekenhuizen	CCKL-richtlijn Klinisch Chemisch laboratoria	73	– NIAZ accreditatie	47	1
	INK Instituut Nederlandse Kwaliteit	67	– CCKL-certificaat	45	22
	NIAZ- Accreditatienormen	58	– ISO-certificaat	11	20
	PACE-normen	48	– HKZ-certificaat	6	–
	ISO-normen	34			
SPD	SOMMA Goed, Beter Kwaliteit	82	– HKZ-certificaat	4	–
	SOMMA Instrument Cliënten raadpleging	36	– ISO-certificaat	4	–
	SOMMA Protocol BZW	36			
	SOMMA Gedragscode SPD	32			
	SOMMA Checklist Cliëntgerichte zorgprotocollen	29			

	Top 5 meest gebruikte modellen per sector in %		*certificaat/ keurmerk*	*% dat werkt aan certificaat of keurmerk*	*% dat reeds certificaat of keurmerk bezit*
AMW	VOG Afgewogen Kwaliteitsnormen Maatschappelijk Werk	87	– Keurmerk van de koepel	18	2
	ISO-normen	13	– HKZ-certificaat	14	–
	HKZ Harmonisatiemodel	9	– ISO-certificaat	12	1
	INK Instituut Nederlandse Kwaliteit	7			
Verpleeghuizen	MIK-V-model Verpleeghuizen	93	– MIK-V-certificaat	46	1
	NVBV Kwaliteitsspel	20	– ISO-certificaat	4	2
	NVVz Instrument Cliëntenperspectief	10			
	INK Instituut Nederlandse Kwaliteit	9			
	ISO-normen	7			
Thuiszorg BTN	ISO-normen	30	– HKZ-certificaat	25	–
	NP/CF Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief	25	– ISO-certificaat	20	5
	HKZ-Certificaatschema Thuiszorg	20			
	HKZ-harmonisatiemodel	15			
	Anders	35			
Gezondheidscentra	LVG Kwaliteitskenmerken Gezondheidscentra*)	70			
	LVG Handleiding Kwaliteitsjaarverslag	69			
	LVG Zorgaanbod Gezondheidscentra	52			
	HKZ- harmonisatiemodel	30			
	NP/CF Kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief	9			

1 Per sector in percentages van de instellingen:
- *a* de top 5 van de meest gebruikte modellen en/of handleidingen;
- *b* de certificaten waaraan wordt gewerkt;
- *c* het percentage instellingen dat reeds een certificaat of keurmerk heeft verworven.

* In de sector gezondheidscentra is geen vraag naar certificaten gesteld.

KWALITEITSSYSTEMEN IN ZORGINSTELLINGEN IN 2000