



SAMENVATTING VAN TWEE NIVEL-ONDERZOEKEN:

1. Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2000

Dr.E.M.Sluijs
Dr.C.Wagner

**2. Overzichtstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector
1990- 2000**

Drs.M.Bennema-Broos
Dr.E.M.Sluijs
Dr.C.Wagner

NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Drieharingstraat 6,
Postbus 1568, 3500 BN Utrecht. tel.: 030 -2729700; fax 030-2729729;www.nivel.nl
e-mail: e.sluijs@nivel.nl; c.wagner@nivel.nl; m.bennema@nivel.nl

VOORWOORD

Deze samenvatting is bestemd voor alle deelnemers aan de Leidschendamconferentie in mei 2000 en voor allen die een beknopt overzicht willen hebben van de stand van zaken wat betreft de kwaliteitssystemen in de zorgsector.

Dit overzicht is met name bedoeld voor de partijen - zorgvragers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars - die op de tweede dag van de Leidschendamconferentie nieuwe afspraken over het toekomstige kwaliteitsbeleid zullen maken. Ten behoeve van de voorbereiding op deze afspraken geeft deze samenvatting de globale stand van zaken weer en worden algemene trends beschreven.

Deze samenvatting is gebaseerd op twee grootschalige onderzoeken van het NIVEL naar de mate waarin kwaliteitssystemen anno 2000 in de zorgsector ontwikkeld zijn.

Deze onderzoeken zijn beschreven in drie rapporten, namelijk:

1. Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2000;
2. Tabellenboek met gedetailleerde cijfers over de stand van zaken in elke zorgsector afzonderlijk (350 pagina's);
3. Overzichtstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector periode 1990 - 2000.

De drie rapporten zijn in een cassette gebundeld en te bestellen bij het NIVEL.

Wij verwachten dat de partijen deze informatie goed kunnen gebruiken voor het bepalen van een standpunt ten aanzien van het toekomstige kwaliteitsbeleid.

Utrecht, 20 april 2000

E.M.Sluijs

C.Wagner

M.Bennema-Broos

Inhoudsopgave

1. Zorginstellingen	
1.1 Inleiding	4
1.2 Stand van zaken in 2000	6
1.3 Vooruitgang sinds 1995	10
1.4 Toekomstplannen	14
2. Beroepsbeoefenaren	
2.1 Inleiding	15
2.2 De stand van zaken in 2000	16
2.3 Samenhang in de kwaliteitssystemen	19
2.4 Implementatie	21
3. Samenvatting van de aanbevelingen	
3.1 Aanbevelingen m.b.t. de kwaliteitssystemen in zorginstellingen	23
3.2 Aanbeveling m.b.t. de kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren	24

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

1. ZORGINSTELLINGEN

1.1 Inleiding

Dit hoofdstuk geeft een overzicht van de wijze waarop zorginstellingen in Nederland invulling geven aan kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering. Op landelijk niveau is in kaart gebracht in welke mate de zorginstellingen anno 2000 kwaliteitssystemen hebben ontwikkeld en ingevoerd.

Aanleiding tot het onderzoek is de Leidschendamconferentie in mei 2000 waar het kwaliteitsbeleid in de zorgsector wordt geëvalueerd. Dan wordt bezien welke voortgang de zorginstellingen sinds 1995 hebben geboekt met de invoering van een kwaliteitssysteem.

In 1995 is de stand van zaken wat betreft de kwaliteitssystemen voor het eerst op landelijke schaal in kaart gebracht. Het huidige onderzoek is in feite een vervolgmeting om een vergelijking in de tijd te kunnen maken.

De invoering van kwaliteitssystemen vloeide voort uit een koerswijziging in het overheidsbeleid gericht op zelfregulering tussen de drie partijen, zorgvragers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De bedoeling was dat deze drie partijen - in goed onderling overleg - afspraken over het kwaliteitsbeleid in de zorgsector zouden maken. Dit is gebeurd op de zogenoemde Leidschendamconferenties. Een belangrijke afspraak was dat zorgaanbieders kwaliteitssystemen zouden gaan invoeren om de kwaliteit van zorg te waarborgen en de kwaliteit inzichtelijk en toetsbaar te maken. Via de Kwaliteitswet Zorginstellingen is dat sinds 1996 een wettelijke verplichting voor de instellingen geworden.

Uit het landelijke onderzoek in 1995 bleek dat de meerderheid van de instellingen bezig was met tal van kwaliteitsactiviteiten en kwaliteitsprojecten, maar dat de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem veel ingrijpender was en veel meer tijd vergde dan men aanvankelijk dacht. Daarom werd in 1995 op de derde Leidschendamconferentie besloten op dezelfde voet door te gaan en werden de afspraken herbevestigd.

In 2000 worden deze afspraken geëvalueerd en zullen nieuwe afspraken over het toekomstige kwaliteitsbeleid in de zorgsector worden gemaakt. Dat is de aanleiding tot het verschijnen van dit onderzoeksrapport. De gegevens kunnen worden gebruikt voor het bepalen van een standpunt over het toekomstige kwaliteitsbeleid. Het onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

In dit hoofdstuk staan de zorginstellingen in Nederland centraal. Voor de ontwikkelingen bij de beroepsbeoefenaren verwijzen we naar hoofdstuk 2.

Methode en respondenten

Het onderzoek is uitgevoerd onder de zorginstellingen in Nederland in de periode eind 1999 begin 2000. Via een schriftelijke enquête is aan zorginstellingen gevraagd hoever zij zijn met de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem in de instelling. In totaal hebben 1142 zorginstellingen de enquête ingevuld. De respons was 66%. Alle zorgsectoren hebben in het onderzoek geparticipeerd. Het aantal zorginstellingen dat per sector heeft meegedaan en de respons per sector staan in tabel 1.

Tabel 1 Het aantal aangeschreven instellingen, en het aantal en percentage instellingen dat heeft gereageerd per sector.

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%

Alle koepel- of brancheorganisaties van deze sectoren hebben meegewerkt aan het ontwikkelen van de vragenlijsten en zij hebben allen een aanbevelingsbrief opgesteld die met de enquête is meegestuurd.

De vragenlijsten waren voor een deel vergelijkbaar met de vragenlijst die in 1995 is afgenomen. Voor een deel zijn sectorspecifieke vragen toegevoegd die zijn toegesneden op de situatie en activiteiten in elke sector. Denk bijvoorbeeld aan het visiteren van de medisch specialistische maatschappen in ziekenhuizen of de multidisciplinaire werkafspraken in gezondheidscentra. Deze sectorspecifieke gegevens zijn te vinden in het Tabellenboek, dat als bijlage bij het onderzoeksrapport hoort. Dat tabellenboek geeft de gedetailleerde stand van zaken weer in elke zorgsector afzonderlijk.

Uit de non-responsanalyse blijkt dat de instellingen die niet hebben gereageerd wat minder kwaliteitsactiviteiten uitvoeren dan degenen die de enquête wel hebben ingevuld. Daarom moet rekening worden gehouden met een lichte vertekening van de resultaten in positieve richting. Deze vertekening geldt met name voor de sectoren met een lage respons en geldt niet of nauwelijks voor sectoren met een hoge respons.

Beperkingen van het onderzoek

Het onderzoek kent twee beperkingen. Ten eerste zijn de enquêtes - evenals dat in 1995 is gebeurd - gericht aan het management van de instellingen. Dit betekent dat de gegevens de perceptie van directie of management weerspiegelen. Of de opvattingen van

de directie worden gedeeld door de zorgverleners die in de instelling werkzaam zijn is niet bekend.

Ten tweede, in de vragenlijst kon - vanwege de lengte - niet worden gevraagd naar alle activiteiten die een instelling op het gebied van kwaliteit onderneemt. Er is gevraagd naar een aantal activiteiten die een indicatie geven van de mate waarin een kwaliteitssysteem aanwezig is. Hoe het kwaliteitssysteem daadwerkelijk in de instelling functioneert is via een vragenlijstonderzoek niet na te gaan.

Met inachtneming van deze beperkingen wordt hierna ingegaan op algemene trends in de ontwikkelingen en de implicaties daarvan. Wij realiseren ons dat daarbij geen recht wordt gedaan aan de specifieke ontwikkelingen in elke sector afzonderlijk. Deze zijn te vinden in het Tabellenboek, dat wij dan ook aanbevelen.

Eerst wordt ingegaan op de algemene stand van zaken. Vervolgens op de vooruitgang die sinds 1995 is geboekt en tenslotte op de toekomstplannen van de instellingen.

1.2 Stand van zaken in 2000

De situatie waarin de instellingen zich in 2000 bevinden.

De situatie van veel zorginstellingen is ingrijpend veranderd vergeleken met 1995. Op grote schaal zijn fusies aangegaan en zorggroepen in het leven geroepen. Ruim de helft (53%) van de instellingen meldt in de enquête deel uit te maken van een zorggroep of stichting. De fusiebewegingen zijn het grootst in de GGZ, de gehandicaptenzorg en in de sector verpleeg- en verzorgingshuizen. Enkele instellingen hebben dan ook als belangrijkste prioriteit voor de komende jaren letterlijk opgeschreven: "rust in de tent".

Onze veronderstelling dat de ontwikkeling van de kwaliteitssystemen zou stagneren doordat veel instellingen druk zijn met fusies of de nasleep daarvan is in het onderzoek getoetst. Deze veronderstelling blijkt niet juist. Uit het onderzoek blijkt dat instellingen die fusieprocessen hebben doorgemaakt of nog doormaken gemiddeld even ver zijn met het invoeren van een kwaliteitssysteem als instellingen die geen fusieprocessen doormaken.

Wij nemen aan dat een fusie ook een aanleiding kan zijn om de organisatie en de zorgprocessen samen met de fusiepartners opnieuw in te richten en goed te regelen. Tenslotte is dat - het goed inrichten en stroomlijnen van zorgprocessen - de basis van een kwaliteitssysteem.

Overall stand van zaken.

Op grond van de resultaten van het onderzoek kan de algemene stand van zaken als volgt worden getypeerd.

- S** Bijna eenderde van de instellingen bevindt zich nog in de voorbereidende fase op het gebied van kwaliteitszorg. Dat wil zeggen dat stuurgroepen of kwaliteitscommissies zijn ingesteld en dat medewerkers in kwaliteitszorg worden geschoold.

- S Bij de ruime meerderheid van de instellingen (twee derde) heeft kwaliteitszorg een projectmatig karakter. Dat wil zeggen dat tal van kwaliteitsactiviteiten en projecten worden uitgevoerd maar dat er nog weinig sprake is van een samenhangend kwaliteitssysteem dat de gehele organisatie omvat.
Dat instellingen daar wel aan werken blijkt uit het feit dat de ruime meerderheid van de instellingen (67%) in de enquête aangeeft dat inmiddels op directieniveau een keuze is gemaakt voor een specifiek kwaliteitsmodel of kwaliteitssysteem, zoals MIK-V, HKZ, INK, et cetera.
- S Een kleine minderheid (5% = 57 instellingen) beschikt wel over een dergelijk kwaliteitssysteem. Niet verwonderlijk heeft een aantal van deze instellingen inmiddels ook formele keurmerken of certificaten verworven. Wat betreft het cyclische karakter van het kwaliteitssysteem melden nagenoeg al deze instellingen (circa 90%) dat zij de werking van regels en procedures beter evalueren en actualiseren en dat de naleving van regels beter wordt bewaakt.

Bij deze algemene stand van zaken wijzen wij er met nadruk op dat wij in het huidige onderzoek de lat hoger hebben gelegd in vergelijking met 1995. Er zijn scherpere criteria aan een kwaliteitssysteem gesteld. Dit is gedaan omdat ook in de modellen die de branche-organisaties hebben ontwikkeld, hoge eisen aan een kwaliteitssysteem worden gesteld. De eisen die in het huidige onderzoek met name zijn aangescherpt betreffen het cyclische karakter van de kwaliteitszorg. In het huidige onderzoek spreken wij pas van een kwaliteitssysteem indien de resultaten van bijvoorbeeld toetsing, meningspeilingen, klachten enzovoorts systematisch voor bijsturing van het beleid worden gebruikt. Dat een samenhangend kwaliteitssysteem een meerwaarde heeft vergeleken met een projectgewijze aanpak blijkt uit de hierna te presenteren effecten van de kwaliteitssystemen.

Gepercipieerde effecten van het kwaliteitssysteem

De resultaten laten zien dat de ruime meerderheid (circa 75%) van de zorginstellingen in zijn algemeenheid veel effecten van de kwaliteitssystemen verwachten maar dat nog weinig instellingen inmiddels daadwerkelijk positieve effecten van het systeem hebben bereikt of ervaren.

Een nadere analyse laat zien dat er een groot verschil in de effecten van kwaliteitszorg is tussen de instellingen met een samenhangend kwaliteitssysteem en instellingen die nog niet zover zijn. Instellingen met een kwaliteitssysteem rapporteren op alle gebieden ruim tweemaal zoveel effecten als de instellingen die via projecten aan kwaliteit werken.

Hoewel het aantal instellingen met een kwaliteitssysteem een kleine groep betreft, 57 instellingen (5%), rapporteren zij de volgende effecten van de kwaliteitszorg, namelijk:

- S bijna tweederde van deze instellingen (61%) meldt dat zorgprocessen tengevolge van de kwaliteitszorg zijn verbeterd en 51% meldt dat ook de uitkomsten van de zorg zijn verbeterd;
- S de helft of meer van deze instellingen zegt daarnaast dat het kwaliteitssysteem heeft bijgedragen aan het verhogen van de klantgerichtheid en heeft bijgedragen aan het imago van de instelling en aan een betere beheersbaarheid van de organisatie.

S eenderde van de instellingen met een kwaliteitssysteem meldt (daarnaast) in de enquête dat de productiviteit is toegenomen en bijna een kwart (22%) van de instellingen met een kwaliteitssysteem zegt dat het systeem kostenbesparingen heeft opgeleverd.

Hoewel het hier gaat om een klein aantal instellingen met een kwaliteitssysteem blijkt uit de analyses dat deze instellingen opvallend meer effecten zeggen te hebben bereikt dan de overige instellingen.

Uit deze gegevens concluderen wij dat er wat betreft de effectiviteit van kwaliteitszorg blijkbaar een omslagpunt bestaat bij de overgang van een projectgewijze aanpak (met relatief weinig effecten) naar een samenhangend kwaliteitssysteem (met veel effecten). Dit mag een belangrijke bevinding worden genoemd.

In dit opzicht is het gunstig dat nagenoeg elke sector inmiddels over een model-kwaliteitssysteem beschikt en dat de meerderheid van de directies ook een keuze voor een model of systeem heeft gemaakt. Overigens moet worden opgemerkt dat die modellen zeer veelomvattend zijn en doorgaans meer dan 100 gedetailleerde eisen bevatten omtrent datgene wat in de instelling op het gebied van kwaliteitsbewaking en -verbetering geregeld zou moeten zijn. Omdat deze modellen en systemen van recente datum zijn is het begrijpelijk dat instellingen al deze eisen nog niet hebben ingevuld en wij vermoeden dat men daar waarschijnlijk nog een aantal jaren voor nodig zal hebben.

Het onderzoek laat zien dat naast deze effecten de inspanningen en de kosten staan die het invoeren van een kwaliteitssysteem met zich mee brengt. Ook op dit gebied bestaan er significante verschillen tussen de instellingen die geen en die wel een samenhangend kwaliteitssysteem hebben ingevoerd, zo blijkt uit het onderzoek. Van de instellingen met een kwaliteitssysteem meldt ruim de helft (54%) dat de invoering van een kwaliteitssysteem extra kosten met zich meebrengt. Het gaat bij deze instellingen niet meer om de ontwikkelingskosten van het systeem maar om het laten functioneren van het kwaliteitssysteem. Ook is de regelgeving in de instelling geformaliseerd en is het aantal regels toegenomen.

Daartegenover staat dat de helft van deze instellingen met een kwaliteitssysteem in de enquête rapporteert dat overbodige regels en procedures zijn verwijderd.

Wij leiden daaruit af dat overbodige bureaucratie, die geen bijdrage aan de kwaliteit levert, is afgeschaft. Het lijkt erop dat een kwaliteitssysteem tot een functionelere en rationelere bedrijfsvoering leidt of kan leiden.

Aanbeveling:

Het feit dat het hanteren van een kwaliteitssysteem gepaard gaat met extra regelgeving en bij de helft van de instellingen extra kosten met zich meebrengt leidt bijna vanzelf tot de aanbeveling om bij het invoeren van een kwaliteitssysteem zorgvuldig na te gaan welke procedures wel en welke geen bijdrage leveren aan de kwaliteit om op die manier de extra regelgeving en (eventuele) kosten die het kwaliteitssysteem met zich meebrengt zoveel als mogelijk is te beperken.

Verklaringen voor verschillen tussen de instellingen

De resultaten van het onderzoek laten zien dat er zeer grote verschillen zijn tussen de instellingen binnen een en dezelfde sector. De vraag waarom het kwaliteitssysteem in sommige instellingen veel verder ontwikkeld is dan in andere instellingen is op basis van het onderzoek voor een deel te beantwoorden.

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat vier factoren significant positief van invloed zijn op de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem. Kwaliteitssystemen zijn verder ontwikkeld indien:

1. op directieniveau gekozen is voor een specifiek kwaliteitsmodel of -systeem voor de gehele instelling;
2. de professionele hulpverleners en het management van de instellingen samen één geïntegreerd kwaliteitsbeleid hebben ontwikkeld (in contrast met de instellingen waarbij het management en de professionele hulpverleners elk een eigen kwaliteitsbeleid ontwikkelen);
3. de medewerkers in de instelling een flexibele houding tegenover vernieuwingen hebben en open staan voor veranderingen;
4. in de instelling sprake is van een meer decentrale besluitvorming (in vergelijking met een meer centrale besluitvormingsstructuur).

Uit deze bevindingen concluderen wij dat zowel de cultuur (de menselijke factoren) als de structuur invloed hebben op de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem in de instelling. Wat betreft de cultuur is de houding van de medewerkers van belang, hetgeen ook al in eerder onderzoek werd gevonden en lijkt ook de samenwerking tussen management en professionele hulpverleners een factor van betekenis te zijn.

Wat betreft de structurele kenmerken vermoeden wij dat enerzijds een centrale regie door de directie nodig is, maar dat - gezien de positieve invloed van decentrale besluitvorming - ook de medewerkers zelf voldoende verantwoordelijkheden voor kwaliteitszorg moeten dragen.

Een veronderstelling in het onderzoek was, dat ook instellingen die veel concurrentie ervaren verder zouden zijn met de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem vanuit de behoefte zich op het gebied van kwaliteit te profileren. Uit de resultaten blijkt dat deze veronderstelling niet wordt bevestigd. De mate waarin het kwaliteitssysteem ontwikkeld is, is niet gerelateerd aan het al dan niet ervaren van concurrentie. Overigens zijn er relatief weinig instellingen die melden veel concurrentie te ervaren.

Uit het onderzoek blijkt dat kwaliteitssystemen minder ver ontwikkeld zijn bij instellingen die rapporteren dat er teveel mensen op de wachtlijst staan. Er is een significante negatieve relatie tussen deze factor en de mate waarin het kwaliteitssysteem ontwikkeld is.

Naar onze mening zijn twee interpretaties mogelijk. Het kan zijn dat lange wachtlijsten belemmerend werken op de ontwikkeling van kwaliteitszorg door de druk die de instelling ervaart om wachtlijsten - voor zover mogelijk - weg te werken. Het kan ook zijn dat het ontbreken van een goed functionerend kwaliteitssysteem tot langere wachtlijsten

leidt. Op basis van de cross-sectionele analyses kunnen geen uitspraken over oorzaak en gevolg worden gedaan.

Het onderzoek laat zien dat er - behalve grote verschillen tussen instellingen - ook verschillen tussen de sectoren bestaan in de mate waarin kwaliteitszorg ontwikkeld is. Deze verschillen tussen de sectoren blijken voor een deel toe te schrijven te zijn aan het feit dat patiënten en cliënten in de ambulante hulpverlening minder bij de kwaliteit worden betrokken dan bij langdurige of intramurale zorg. De resultaten laten zien dat patiënten of cliënten beduidend minder vaak bij de kwaliteitszorg worden betrokken in de sectoren AMW, GGD en Gezondheidscentra in vergelijking met bijvoorbeeld de gehandicaptenzorg of de verpleeg- en verzorgingshuizen. Dit verschil werd ook reeds in het onderzoek in 1995 gevonden. Een op de vijf AMW-instellingen meldt bijvoorbeeld dat men wel een poging heeft gedaan een cliëntenraad in het leven te roepen, maar dat daarvoor niet voldoende leden konden worden gevonden.

Aanbeveling

Op grond van de bevinding dat patiënten en cliënten relatief weinig bij de kwaliteitszorg betrokken zijn in de ambulante hulpverlening, bevelen wij aan dat opnieuw wordt nagedacht over de wijze waarop patiënten of cliënten ook in deze sectoren bij de kwaliteitszorg kunnen worden betrokken.

1.3 Vooruitgang sinds 1995

Vooruitgang en achteruitgang vergeleken met 1995.

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 is gebaseerd op het aantal kwaliteitsactiviteiten dat de instellingen uitvoerden in 1995 en in 2000.

Wij benadrukken daarbij dat dit aantal nog niets zegt over de samenhang in het kwaliteitssysteem, zodat de gegevens met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden.

Uit de resultaten blijkt dat er zowel vooruitgang als ook achteruitgang te zien is in het aantal kwaliteitsactiviteiten dat in 2000 door de instellingen wordt uitgevoerd.

De ruime meerderheid van de instellingen (69%) heeft vooruitgang, en vaak ook aanzienlijke vooruitgang geboekt. Zij verrichten in 2000 meer kwaliteitsactiviteiten dan in 1995.

Daartegenover staat dat 146 van de onderzochte 474 instellingen (=31%) niet vooruit maar achteruit is gegaan. Zij rapporteren minder kwaliteitsactiviteiten in vergelijking met 1995.

Een verklaring voor deze bevinding is vooralsnog moeilijk te geven. Voor een deel kan deze achteruitgang op een artefact berusten. Bedoeld wordt dat sommige instellingen in 1995 misschien een te rooskleurig beeld van de situatie hebben geschetst omdat destijds nog niet precies bekend was wat moet worden verstaan onder bijvoorbeeld een management informatiesysteem of interne audits. Inmiddels bestaat daaromtrent meer duidelijkheid. Deze begrippen zijn in de huidige vragenlijst dan ook nauwkeuriger omschreven, vergeleken met de vragenlijst in 1995.

Er zijn echter ook instellingen die aanzienlijk minder kwaliteitsactiviteiten uitvoeren dan in 1995. De reden daarvan is niet bekend.

Uit deze bevinding leiden wij af dat de verschillen tussen de instellingen in de mate waarin aan kwaliteitszorg wordt gewerkt misschien niet kleiner maar groter zijn geworden.

Aanbeveling

Op grond van de bevinding dat een aantal instellingen niet méér maar minder kwaliteitsactiviteiten uitvoert in vergelijking met 1995, bevelen wij aan:

Ten eerste dat meer inzicht wordt verkregen in de reden waarom een aantal instellingen minder kwaliteitsactiviteiten is gaan uitvoeren;

Ten tweede, dat de partijen zich op de Leidschendamconferentie beraden over de mogelijkheden om instellingen die achterblijven te stimuleren door te gaan met de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem.

Kwaliteitsdocumenten en protocollering

De aandachtsgebieden waarop de 474 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 40% 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 minder dan de helft van de instellingen (45%) protocollen zijn opgesteld voor kritische momenten in het zorgproces.

Wij achten dit een teleurstellende bevinding, temeer omdat via een kwaliteitssysteem juist die zaken geregeld zouden moeten worden waarbij kwaliteitsrisico's op kunnen treden of risico's bestaan voor afbreuk van de kwaliteit.

Aanbeveling

Op grond van de bevinding dat minder dan de helft van de instellingen protocollen heeft opgesteld voor kritische momenten in het zorgproces, bevelen wij aan dat instellingen bij hun verdere protocolontwikkeling vooral kiezen voor kritische momenten in de zorgprocessen of risicovolle gebeurtenissen die afbreuk aan de kwaliteit zouden kunnen doen.

Patiënten en cliënten

De onderzoeksresultaten laten zien dat betrokkenheid van patiënten en cliënten bij de kwaliteitszorg zowel in positieve als in negatieve zin is veranderd. In positieve zin is er een significante toename te zien in het aantal instellingen dat een cliëntenraad heeft ingesteld: 52% 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 (51% 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 toe maar afgenomen is. 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 werd bijvoorbeeld bleek dat in verpleeghuizen met een cliëntenraad minder negatieve uitkomsten op patiënt-niveau 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.

Aanbeveling

Wij bevelen aan dat zorgaanbieders en patiënten/cliënten(organisaties) met elkaar in gesprek gaan over deze bevinding en zich gezamenlijk beraden over de vraag welke vormen van inspraak en feedback, door wie en op welk niveau door beide partijen als het meest zinvol worden ervaren.

Bijsturing van het kwaliteitsbeleid op basis van resultaten

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 er vooral een toename te zien in de managementinformatiesystemen (van 41% van de instellingen naar 59%) en in de interne audits (van 28% naar 44%). De definities in de vragenlijst luidden: een management informatiesysteem 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.

Uit de onderzoeksresultaten blijkt dat er geen toename is te zien in het aantal instellingen waarin de professionele hulpverleners aan intercollegiale toetsing deelnemen (in 1995 en in 2000 is dat in tweederde van de instellingen het geval).

Uit deze 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 is een derde tot de helft van de respondenten van mening dat de resultaten van bijvoorbeeld toetsing, meningspeilingen, klachten enzovoorts nog onvoldoende voor bijsturing van het beleid worden gebruikt, zo heeft men in de enquête aangegeven. Ook meer dan de helft van degenen die hebben geparticipeerd in benchmarking vindt dat de resultaten daarvan nog onvoldoende voor bijsturing worden gebruikt. Daarnaast blijkt dat er vaak geen systematische toetsing plaatsvindt van de naleving van protocollen en procedures.

Ten tweede blijkt dat er - 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. Bij deze bevinding moet worden aangetekend dat de enquête is ingevuld door directie of management. Wij weten niet of zorgverleners zelf meer gebruik maken van zorginhoudelijke indicatoren.

Dat het gebruik van zorginhoudelijke indicatoren van groot belang is om de kwaliteit te kunnen monitoren spreekt voor zich.

Deze resultaten leiden tot twee aanbevelingen.

Aanbevelingen

Omdat de instellingen zelf aangeven dat de resultaten van veel deelsystemen en feedbacksystemen nog onvoldoende voor bijsturing worden gebruikt, is de aanbeveling dat instellingen meer met deze feedbacksystemen gaan doen.

Omdat nog zeer weinig instellingen melding maken van zorginhoudelijke indicatoren om de kwaliteit van zorg te monitoren, bevelen wij aan dat de zorgverleners gericht werken aan het opstellen of ontwikkelen van dergelijke indicatoren.

Zorgverzekeraars/financiers

Tijdens de landelijke kwaliteitsconferenties in Leidschendam is afgesproken dat zorgverzekeraars/financiers worden betrokken bij het kwaliteitsbeleid van zorgaanbieders, hetgeen ook in de Kwaliteitswet is vastgelegd. Uit de gegevens van alle instellingen die in 2000 hebben gerespondeerd (1142) blijkt dat ruim de helft van de instellingen het overleg met de zorgverzekeraar (of financier) zegt te gebruiken voor evaluatie en bijstelling van het beleid. Er zijn in dit opzicht grote verschillen tussen de sectoren. Als we de instellingen indelen in de mate waarin men het overleg met de zorgverzekeraar of financier verwerkt in het beleid dan ontstaat het volgende beeld:

- S** Veel instellingen in de sectoren SPD, AMW en Thuiszorg melden dat het overleg met de zorgverzekeraar/financier wordt gebruikt voor evaluatie en bijstelling van het beleid;
- S** Een middenpositie wordt in dit opzicht ingenomen door Ziekenhuizen, Verpleeghuizen, Gehandicaptenzorg, GGZ en GGD;
- S** Relatief weinig instellingen in de sector Verzorgingshuizen, Particuliere thuiszorg en Gezondheidscentra melden dat het overleg met zorgverzekeraar/financier voor bijstelling van het beleid wordt gebruikt.

Wij nemen aan dat deze verschillen te maken hebben met verschillen in de wijze van financiering en met de formele positie die de zorgverzekeraar/financier tegenover de zorgaanbieder inneemt.

Samenwerking en ketenkwaliteit

In het huidige onderzoek is gevraagd of een vorm van gezamenlijke kwaliteitsbewaking door de betrokken zorgaanbieders bestaat bij transmurale zorg en ketenzorg. Van de 1142 instellingen geeft de helft aan dat de betrokken zorgaanbieders gezamenlijk invulling geven aan kwaliteitsbewaking bij transmurale zorg of zorgketens. De respondenten melden dat dergelijke gezamenlijke kwaliteitsbewaking doorgaans vorm krijgt via een gezamenlijk overleg (18% van de instellingen) een gezamenlijk opgestelde zorgvisie (20%) en/of protocollen voor de overdracht van de patiënt of cliënt (20%). Van de instellingen met een gezamenlijke vorm van kwaliteitsbewaking meldt een minderheid (15%) dat de verantwoordelijkheden tussen de betrokken zorgaanbieders expliciet zijn toegewezen. Wij achten dat een zorgelijke bevinding.

Aanbeveling

Op grond van de bevinding dat bij transmurale zorg en ketenzorg de verantwoordelijkheden van de betrokken zorgaanbieders doorgaans niet expliciet zijn toebedeeld, bevelen wij aan deze verantwoordelijkheidstoedeling als eerste goed te regelen bij transmurale zorg of bij de ontwikkeling van zorgketens.

1.4 Toekomstplannen

Externe beoordeling

In Leidschendam was al in 1990 afgesproken dat de zorgaanbieders zich toetsbaar op zouden stellen en dat de kwaliteitssystemen van de zorgaanbieders zich zouden lenen voor externe beoordeling. Deze beoordelingen zijn nog geen gemeengoed in de zorgsector.

Over het geheel genomen geeft ongeveer 10% van de instellingen aan dat men beoordeeld is door een patiënten/consumentenorganisatie (bijvoorbeeld door een RP/CP, Federatie van Ouderverenigingen enzovoorts). Wat meer instellingen (circa 20%) zijn van plan om zich in de toekomst te laten beoordelen door een extern bureau in het kader van accreditatie of certificering.

Inmiddels zijn het met name ziekenhuizen en GGD'en - ruim een kwart - die een of meerdere ISO-, CCKL of HKZ-certificaten bezitten. In de overige sectoren zijn dat nog uitzonderingen.

Het ziet ernaar uit dat externe beoordelingen in de zorgsector het experimentele stadium voorbij zijn en op gang beginnen te komen.

Toekomstplannen

Ook uit de toekomstplannen van de instellingen blijkt dat kwaliteitszorg zich een stevige plaats in de zorgsector heeft verworven. Voor de helft van de instellingen is dit een van de belangrijkste aandachtsgebieden voor de komende vijf jaar. Dat daarbij prioriteit wordt gegeven aan het consequent werken volgens de kwaliteitscyclus mag - zo laten de resultaten van dit onderzoek zien - een veelbelovende ontwikkeling worden genoemd.

Nu na tien jaar een veelheid aan kwaliteitsinstrumenten voorhanden is lijkt de tijd rijp om bij de implementatie van kwaliteitszorg de kosten en baten kritisch tegen elkaar af te wegen en te onderzoeken wat de effecten van de verschillende kwaliteitsactiviteiten zijn.

Aanbeveling

Onderzoek is nodig naar de effecten van kwaliteitszorg zodat kosten en baten tegen elkaar afgewogen kunnen worden bij de verdere implementatie van de kwaliteitssystemen.

Tot zover de samenvatting van het onderzoek onder instellingen. De in dit hoofdstuk genoemde aanbevelingen zijn in hoofdstuk 3 nog eens samengevat.

2. BEROEPSBEOEFENAREN

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk is anders van karakter dan het vorige. Dit hoofdstuk is namelijk niet gebaseerd op enquêtes onder beroepsbeoefenaren, maar op een literatuurstudie. Ook kan in dit hoofdstuk geen vergelijking met de stand van zaken in 1995 worden gemaakt omdat over de beroepsbeoefenaren geen gegevens over de stand van zaken in 1995 beschikbaar zijn.

In dit hoofdstuk wordt een globaal overzicht gegeven van de wijze waarop de beroepsverenigingen in de Nederlandse gezondheidszorg het afgelopen decennium invulling hebben gegeven aan kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering. Voor elke beroepsgroep is een literatuurstudie verricht over de periode 1990-2000. Deze periode is gekozen omdat de eerste Leidschendam conferenties 10 jaar geleden een markeringspunt vormden voor het kwaliteitsbeleid in de zorgsector. Toen hebben de koepelorganisaties afgesproken kwaliteitssystemen in te gaan voeren om de kwaliteit van zorg te waarborgen. Op de Leidschendamconferentie in 1995 zijn deze afspraken herbevestigd. In 2000 worden de afspraken geëvalueerd en zullen nieuwe afspraken over het toekomstige kwaliteitsbeleid in de zorgsector worden gemaakt. Dat is de aanleiding tot het doen van het onderzoek.

Omdat de afspraken op koepelniveau zijn gemaakt is als invalshoek in het literatuuronderzoek gekozen voor de kwaliteitsactiviteiten die op koepelniveau ontwikkeld zijn en derhalve voor de gehele beroepsgroep gelden. Het doel van deze samenvatting is gegevens aan te leveren als input voor de discussies op de vierde Leidschendamconferentie in mei 2000.

Het literatuuronderzoek heeft betrekking op de volgende beroepen. In het rapport, waarin verslag wordt gedaan van het onderzoek, is aan elke beroepsgroep een apart hoofdstuk gewijd:

- Huisartsen
- Medisch Specialisten
- Verpleeghuisartsen
- Sociaal Geneeskundigen
- Tandartsen
- Apothekers
- Verloskundigen
- Paramedische beroepen
- Verpleegkundige en verzorgende beroepen
- Psychologen
- Alternatieve/additieve beroepsgroepen.

Beperkingen van het onderzoek

De gegevens uit het literatuuronderzoek zijn enerzijds gebaseerd op beleidsnota's van elke beroepsvereniging. Deze literatuur is mogelijk gekleurd door het specifieke strategische of beleidsdoel daarvan. Anderzijds is per beroepsgroep een literatuursearch gedaan, afgebakend tot onderzoeksliteratuur over de implementatie en effecten van kwaliteitszorg.

Hiermee is ook de eerste beperking van de studie aangegeven. Het betekent dat recente ontwikkelingen op het gebied van bijvoorbeeld ketenzorg relatief onderbelicht zijn, omdat daarover nog nauwelijks onderzoeksgegevens bekend zijn.

Een tweede beperking vloeit voort uit het feit dat de overkoepelende organisatie als invalshoek is gekozen en niet de diverse deelverenigingen binnen een beroepsgroep. Denk aan de 62 deelverenigingen die er op het gebied van de verpleging en verzorging bestaan of de 30 wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten, die een eigen kwaliteitsbeleid hanteren.

Daarmee is deze samenvatting beperkt tot globale gegevens over een beroepsgroep en wordt nadrukkelijk geen volledigheid gepretendeerd.

2.2 Stand van zaken in 2000

Vier elementen in een kwaliteitssysteem

De huidige stand van zaken kan worden gerelateerd aan de onderscheiden elementen in een kwaliteitssysteem (Klazinga en Casparie, 1993). Beroepsgroepen richten zich daarbij op een viertal elementen, gekenmerkt door het ontwikkelen van:

1. een beroepsprofiel en een eigen opleiding en bij- en nascholingsactiviteiten;
2. een stelsel van normen en richtlijnen en registratie van de verleende zorg;
3. systematische kwaliteitsbewaking en bevordering via o.a. intercollegiale toetsing of onderlinge visitaties;
1. externe verantwoording via bijvoorbeeld herregistratie, via externe beoordeling of certificering of via het uitbrengen van een kwaliteitsjaarverslag.

In grote lijnen zijn deze vier elementen respectievelijk gericht op deskundigheid, normering, bewaking en borging van de kwaliteit. Indien binnen een beroepsgroep structuren bestaan om deze vier onderdelen in onderlinge samenhang goed te laten functioneren kan volgens Klazinga e.a.(1993) van een kwaliteitssysteem worden gesproken.

De gegevens uit het onderzoek laten zien dat deze vier afzonderlijke elementen in het kwaliteitsbeleid van elke beroepsgroep terugkomen. In dat opzicht lijken alle beroepsgroepen de ideeën over de invulling van een kwaliteitssysteem te delen. In hoeverre dat mede komt doordat beroepsgroepen de ontwikkelingen van elkaar overnemen is niet bekend. Het is niet zo, dat deze elementen in elke beroepsgroep inmiddels een samenhangend systeem vormen, zoals door Klazinga e.a. wordt bepleit.

Verschillen in ontwikkelingsfase

Er zijn grote verschillen tussen de beroepsgroepen in de fase waarin de ontwikkelingen verkeren. Het is niet eenvoudig om wat dat betreft een rangorde in de beroepen aan te brengen omdat daarvoor geen metingen bestaan. Beroepsgroepen gaan niet tewerk volgens de hiervoor geschetste volgorde bij de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten. Het is niet zo dat beroepsgroepen bijvoorbeeld pas overgaan tot toetsing nadat richtlijnen ontwikkeld zijn. Er wordt tegelijkertijd aan een veelheid van activiteiten gewerkt. Als we - met dat voorbehoud voor ogen - toch trachten de beroepen op een globale wijze in te delen in de mate waarin het kwaliteitsbeleid ontwikkeld is, ontstaat globaal het volgende beeld.

- S** Vergevoerd met de ontwikkelingen op de vier gebieden zijn de apothekers, de huisartsen en de medisch specialisten;
 - S** Een middenpositie wordt ingenomen door verpleeghuisartsen, tandartsen, paramedici en verloskundigen.
 - S** Minder ver met de ontwikkelingen zijn de sociaal geneeskundigen, de verpleegkundige en verzorgende beroepen, de psychologen en de alternatieve genezers.
- Deze indeling is gebaseerd op de mate waarin de hier boven genoemde vier elementen (deskundigheid, normering, bewaking en borging van de kwaliteit) zijn geïmplementeerd en er structuren bestaan voor de voortgang van de ingezette activiteiten.

Een verklaring voor deze verschillen is niet eenvoudig te geven. Dat de mate van professionalisering een rol speelt ligt min of meer voor de hand, omdat 'de mate waarin een beroepsgroep de kwaliteit van haar leden bewaakt' een van de kenmerken is van professionalisering. Ook de organisatiegraad van de beroepsgroep lijkt een rol te spelen.

De verschillen tussen de beroepsgroepen zouden voor een deel toegeschreven kunnen worden aan de menskracht en de financiële middelen die een beroepsgroep ter beschikking heeft, zoals uit het onderzoek te lezen valt. Huisartsen, medisch specialisten en apothekers (maar ook tandartsen) beschikken over omvangrijke stafbureau's om bijvoorbeeld richtlijnen te ontwikkelen of een systeem van visitatie te laten functioneren. Andere beroepen hebben veel kleinere bureau's of beschikken nauwelijks over dergelijke faciliteiten. Enkele paramedische beroepen zijn bijvoorbeeld sterk afhankelijk van vrijwilligers in de vereniging en van de subsidies die zij voor ondersteuning verwerven.

Een verklaring kan ook worden gezocht in de werksetting van de beroepsbeoefenaren en de daarmee verband houdende autonomie. Het kan zijn dat de vrijgevestigde beroepen er meer belang bij hebben zich op kwaliteit te profileren dan beroepen die overwegend in dienstverband werkzaam zijn. Deze laatsten hebben ook minder autonomie om kwaliteitsactiviteiten van hun beroepsvereniging uit te voeren. Verwant daarmee kan worden gewezen op het feit dat beroepsgroepen verschillen in de mate waarin beroepsbeoefenaren zelf verantwoordelijk zijn voor het hanteren van een kwaliteitssysteem of dat deze verantwoordelijkheid bij het management van de instelling (de zorgaanbieder) ligt. Vrijgevestigde beroepsbeoefenaren zijn zowel zorgaanbieder (en dus ook verantwoordelijk voor het invoeren van een kwaliteitssysteem) als

beroepsbeoefenaar (en dus verantwoordelijk voor bewaking van de vak-inhoudelijke kwaliteit). Beide elementen zijn dan ook opgenomen in de certificatie-schema's die voor bijvoorbeeld apothekers en tandartsen ontwikkeld zijn.

Dit geldt niet voor verpleegkundige en verzorgende beroepen. Misschien is dit mede een verklaring voor het feit dat voor deze beroepsgroepen op koepelniveau relatief weinig kwaliteitsinstrumenten ontwikkeld zijn.

Verschillen in accenten die worden gelegd

De gegevens laten zien dat de beroepsgroepen verschillende accenten leggen in het kwaliteitsbeleid en verschillende keuzes hebben gemaakt in de volgorde waarin zij kwaliteitsinstrumenten ontwikkelen. Met inachtneming van alle overige activiteiten die een beroepsgroep onderneemt kunnen de volgende accenten worden gesignaleerd:

Bij medisch specialisten ligt een accent op de verschillende visitatiesystemen die worden gehanteerd;

Bij huisartsen ligt sinds jaren een accent op de ontwikkeling van evidence based richtlijnen;

Bij verpleeghuisartsen en ook bij veel paramedische beroepen ligt een accent op intercollegiale toetsing;

Bij verloskundigen heeft de landelijke verloskundige registratie een belangrijke plaats in het kwaliteitsbeleid;

Apothekers zijn de eersten die een certificeringssysteem hebben ontwikkeld (inmiddels gevolgd door tandartsen);

Bij de alternatieve beroepsgroepen tenslotte, ligt veel nadruk op (het reguleren van) de initiële opleidingen.

Geen opvallende accenten zijn te zien bij de sociaal geneeskundigen, de verpleegkundige en verzorgende beroepen en de psychologen.

Voor een deel zijn deze accentverschillen toe te schrijven aan historisch gegroeide situaties. Traditioneel visiteerden medisch specialisten de opleidingspraktijken om de kwaliteit daarvan te waarborgen. Die visitatiemethoden zijn in de loop der jaren uitgebreid tot de niet-opleidingspraktijken.

Eind jaren tachtig begonnen huisartsen met de ontwikkeling van richtlijnen, vermoedelijk mede om het - toen nog vrij jonge - domein van de huisartsgeneeskunde een duidelijk gezicht te geven.

Dat apothekers als eerste een certificeringssysteem hebben ontwikkeld was mede mogelijk omdat traditioneel al een uitgebreid stelsel van kwaliteitsnormen voor de apotheek bestond (de NAN-normen). Of de keuze voor certificering mede gebaseerd was op een behoefte aan externe profilering omdat de beroepsgroep de laatste jaren sterk onder druk werd gezet, is niet meer dan een vermoeden.

Dat in het alternatieve veld de opleidingen zo'n centrale plaats innemen valt te begrijpen uit het feit dat het opleidingsstelsel ondoorzichtig is omdat dit niet bij wet is geregeld.

Samengevat kunnen de huidige accentverschillen voor een deel begrepen worden uit het verleden terwijl deze verschillen ook weer een verschil in ontwikkelingsfase weerspiegelen.

Pas in het begin van de jaren negentig begint het idee van een samenhangend kwaliteitssysteem post te vatten. Vanaf dat moment is te zien dat veel beroepsgroepen een meer-sporenbeleid volgen, waarbij veel kwaliteitsinstrumenten tegelijk ontwikkeld worden. Naast toetsing en/of visitatie wordt ook gewerkt aan de accreditering van na- en bijscholing, aan het opstellen van eisen voor herregistratie en aan het ontwikkelen (of verfijnen) van informatiesystemen voor het vastleggen van (de resultaten van) de zorg. Nagenoeg alle beroepsgroepen hebben ook het ontwikkelen van vakinhoudelijke richtlijnen in hun beleid opgenomen, hoewel dat bij de meeste beroepen nog in de kinderschoenen staat. In dat opzicht hebben beroepsgroepen met een wetenschappelijke traditie het voordeel dat wetenschappelijke kennis voorhanden is om de richtlijnen te onderbouwen. Enkele beroepsgroepen zijn ook samenwerkingsverbanden aangegaan met universiteiten of ondersteuningsinstituten (WOK, CBO, NPi) om gezamenlijk de richtlijnontwikkeling ter hand te nemen. Een recente ontwikkeling is het streven naar kosten/effectieve richtlijnen, waarbij het kostenaspect in de richtlijn wordt meegewogen.

Samenvattend is te zien dat door de beroepsgroepen aan veel kwaliteitsinstrumenten tegelijkertijd wordt gewerkt. Normering en toetsing lijken daarbij goed op gang te zijn gekomen. Dat kan niet worden gezegd van informatiesystemen waarmee de verleende zorg inzichtelijk wordt gemaakt. Het is nog niet zo dat de kwaliteit van de door de beroepsbeoefenaren verleende zorg transparant is voor patiënten(organisaties), zorgverzekeraars of inspectie.

Wat ook opvalt is dat nog weinig instrumenten ontwikkeld zijn om de inbreng van of feedback door patiënten of cliënten een plaats te geven. Voor huisartsen en apothekers zijn door de patiënten/consumentenorganisaties feedback systemen ontwikkeld en dergelijke instrumenten zijn er ook voor de medisch-specialistische ziekenhuiszorg en verpleeghuiszorg. Voor de overige beroepen zijn wij dergelijke systemen, waarmee de zorg vanuit patiënten/cliënten-perspectief beoordeeld kan worden, niet tegengekomen in de literatuur. In zijn algemeenheid lijkt het erop dat patiënten of cliënten of hun organisaties nog weinig bij de kwaliteitszorg van de beroepsgroepen worden betrokken. We doelen daarmee op bijvoorbeeld structureel overleg met patiëntenorganisaties, meningspeilingen onder patiënten of cliënten, behoefte-onderzoek onder (nieuwe) doelgroepen of beoordelingen door patiëntenorganisaties.

In de onderzoeksliteratuur hebben wij evenmin gegevens aangetroffen over de wijze waarop zorgverzekeraars bij het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroepen zijn betrokken en ook bijvoorbeeld geen onderzoek naar het opnemen van kwaliteitsbepalingen in contracten met beroepsbeoefenaren.

Uit deze lacunes volgt de volgende aanbeveling voort:

Aanbeveling

De aanbeveling is om patiënten of cliënten en hun organisaties, alsmede de zorgverzekeraars meer te betrekken bij het kwaliteitsbeleid van de beroepsbeoefenaren, en zo vorm te geven aan de wisselwerking tussen de drie partijen.

2.3 Samenhang in de kwaliteitssystemen

Op drie manieren kan naar samenhang in het kwaliteitsbeleid worden gekeken: naar de samenhang van het kwaliteitsbeleid binnen een beroepsgroep, naar de samenhang tussen beroepsgroepen en naar de samenhang tussen het kwaliteitsbeleid van instellingen en beroepsbeoefenaren.

Binnen een beroepsgroep is in theorie sprake van een samenhangend kwaliteitssysteem als er een structuur bestaat waarin normering, toetsing, deskundigheidsbevordering en borging met elkaar verbonden zijn. Bijvoorbeeld als intercollegiale toetsing (mede) gericht is op implementatie en naleving van richtlijnen en als dit alles meeweegt bij herregistratie of certificering. Een dergelijke samenhang is in de praktijk doorgaans nog niet gerealiseerd. Wel is te zien dat deelname aan kwaliteitsactiviteiten als eis geldt voor herregistratie bij de beroepsgroepen die ver gevorderd zijn met hun kwaliteitsbeleid.

Met samenhang in het kwaliteitsbeleid tussen beroepsgroepen wordt bedoeld op gezamenlijke kwaliteitsbewaking indien meerdere beroepsgroepen langdurig bij de zorg betrokken zijn. Bijvoorbeeld in de zorg voor chronisch zieken, zoals patiënten met diabetes, care of CVA. waar bijvoorbeeld verpleegkundigen, huisartsen en medisch specialisten samenwerken. Op dat gebied zijn nieuwe ontwikkelingen te zien. Er worden gezamenlijk en multidisciplinair richtlijnen opgesteld voor de gehele zorgketen. Deze ontwikkelingen verkeren nog in een pril stadium. De betrokken zorgverleners zijn nog op zoek naar manieren om de kwaliteitsbewaking- en verbetering van dergelijke zorgketens vorm te geven. De verwachting is dat het belang van dergelijke functionele afstemming zal toenemen omdat zorgketens en zorgcontinuïums sterk in de belangstelling staan.

De derde vorm van afstemming betreft het kwaliteitsbeleid van het instellingsmanagement en van de daarin werkzame beroepsbeoefenaren. Uit het in hoofdstuk 1 besproken onderzoek onder de zorginstellingen blijkt dat veel directies van zorginstellingen melden dat tijd voor kwaliteitsactiviteiten wordt ingeruimd, variërend van tijd voor patiëntbesprekingen, tijd voor intercollegiale toetsing of tijd voor het implementeren van richtlijnen en protocollen. Of het daarbij gaat om het implementeren van de professionele richtlijnen van de beroepsgroep of om de richtlijnen van de instelling zelf is niet bekend.

Uit datzelfde onderzoek onder de instellingen blijkt ook dat de professionele zorgverleners en het management een gezamenlijk kwaliteitsbeleid ontwikkelen in de helft tot tweederde van alle zorginstellingen. Deze samenwerking tussen management en

professionele hulpverleners hangt positief samen met de mate waarin het kwaliteitssysteem in een instelling ontwikkeld is.

Samenvattend wordt geconstateerd dat het kwaliteitsbeleid van een beroepsgroep niet af is als binnen de beroepsgroep een samenhangend kwaliteitssysteem is gerealiseerd. Ook de functionele afstemming met andere beroepsgroepen en met het kwaliteitsbeleid van de instellingen blijft de komende jaren de aandacht vragen. Daaruit vloeit de volgende aanbeveling voort.

Aanbeveling

De aanbeveling is dat de beroepsbeoefenaren zich bij de verdere ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid mede richten op:

- de samenhang binnen het eigen kwaliteitsbeleid van de beroepsvereniging;*
- de samenhang van het eigen kwaliteitsbeleid met het kwaliteitsbeleid van andere beroepsgroepen in het kader van de multidisciplinaire samenwerking;*
- de samenwerking tussen management en professionals bij de ontwikkeling van een geïntegreerd kwaliteitsbeleid in de instellingen.*

2.4 Implementatie

In het begin van de jaren negentig ging aanvankelijk alle aandacht uit naar het **ontwikkelen** van nieuwe kwaliteitsinstrumenten en werd relatief weinig aandacht besteed aan de implementatie ervan. Die situatie is veranderd. De laatste jaren verrichten de beroepsverenigingen veel inspanningen om bijvoorbeeld intercollegiale toetsing te promoten of nieuwe richtlijnen onder de aandacht te brengen (bijvoorbeeld via scholingsprogramma's). Desondanks laten de gegevens uit het onderzoek zien dat de naleving van richtlijnen in veel gevallen teleurstellend is. Globaal gezien lijkt het erop dat richtlijnen door ongeveer de helft van de beroepsbeoefenaren worden gebruikt, ook als veel aandacht aan de implementatie is besteed. De bevorderende en belemmerende factoren zijn inmiddels genoegzaam bekend. De oplossing niet.

Aanbeveling

De aanbeveling is om aandacht aan de implementatie te blijven besteden en ook te bezien in welke mate de initiële opleidingen en stagebegeleiders ingeschakeld kunnen worden om in ieder geval beginnende beroepsbeoefenaren met de professionele richtlijnen en de andere kwaliteitsactiviteiten van de beroepsgroep vertrouwd te maken.

Om de implementatie van alle kwaliteitsinstrumenten te bevorderen verschuift de aandacht de laatste jaren naar het opbouwen van een regionale infrastructuur en ondersteuningsstructuur om goede communicatielijnen in de beroepsgroep te creëren. Voor huisartsen is dat al enkele jaren een feit. Een aantal beroepen ontvangt hierbij financiële ondersteuning van de overheid (huisartsen, medisch specialisten, en enkele paramedische beroepen). In nagenoeg alle overige beroepsgroepen wordt aan een regionale infrastructuur gewerkt. Alleen binnen de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen zou het opzetten van een regionale infra- of ondersteuningsstructuur - voor zover men dat wenselijk acht - bemoeilijkt kunnen worden door de omvang van de beroepsgroepen.

Omdat regionale structuren mede van belang zijn voor de toekomstige regionale organisatie van het zorgaanbod, dat in goed overleg tussen alle betrokken partijen tot stand dient te komen lijkt onderlinge afstemming van deze structuren gewenst.

Aanbeveling

In het licht van de toekomstige regionale organisatie van het zorgaanbod is het aan te bevelen dat beroepsgroepen bij het opbouwen van hun infrastructuur rekening houden met de regio-indeling die andere zorgaanbieders in de regio hanteren.

Effecten van het kwaliteitsbeleid

Een aantal in het rapport beschreven onderzoeken laat zien dat er binnen beroepsgroepen een groot draagvlak voor de kwaliteitsactiviteiten bestaat. Ook onderzoek naar de ervaringen met bijvoorbeeld toetsing en visitatie toont dat de deelnemers participatie in vele opzichten waardevol vinden om verbeteringen te realiseren, de

samenwerking te verbeteren en kritischer naar het eigen handelen te (durven) kijken. Niet zelden wordt van een attitudeverandering melding gemaakt.

Uit het onderzoek blijkt echter dat in zijn algemeenheid nog weinig resultaten van de diverse kwaliteitsactiviteiten zijn aangetoond. Misschien heeft dit te maken met het gegeven dat beroepsgroepen nog weinig uitkomst-indicatoren registreren om de resultaten van de zorgverlening te meten en daarmee het effect van hun handelen te monitoren. Anderzijds moet ook worden geconstateerd dat nog relatief weinig onderzoek is verricht naar de mate waarin de kwaliteit van zorg daadwerkelijk is verbeterd tengevolge van kwaliteitsactiviteiten, en is ook nog weinig bekend over de mate waarin de effecten opwegen tegen de aan kwaliteitszorg verbonden kosten. Een verklaring van dit gemis aan gegevens zou kunnen zijn dat de aandacht zowel bij de beroepsverenigingen als in het onderzoeksbeleid (van bijvoorbeeld ZON) de laatste jaren sterk is uitgegaan naar de implementatie van kwaliteitsinstrumenten, waardoor nog weinig effectiviteitsonderzoek is verricht. Twee aanbevelingen vloeien hieruit voort:

Aanbevelingen

Als eerste aanbeveling lijkt onderzoek nodig naar de effecten van de kwaliteitsactiviteiten van de beroepsbeoefenaren op de kwaliteit van zorg voor de patiënt, waarbij ook de kosten van de onderscheiden kwaliteitsactiviteiten worden meegewogen.

Zodra meer kennis over effecten en kosten van kwaliteitszorg bekend is, is de tweede aanbeveling, dat de beroepsbeoefenaren bij de verdere ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid kiezen voor die activiteiten die het meeste effect sorteren in het verbeteren van de kwaliteit tegen de minste inspanningen of kosten.

Tot zover een samenvatting van de ontwikkelingen bij de beroepsbeoefenaren op het gebied van kwaliteitszorg. In het volgende hoofdstuk zijn de hier beschreven aanbevelingen samengevat.

3. Samenvatting van de aanbevelingen

3.1 Aanbevelingen m.b.t. de kwaliteitssystemen van instellingen.

- Het feit dat het hanteren van een kwaliteitssysteem gepaard gaat met extra regelgeving en bij de helft van de instellingen extra kosten met zich meebrengt leidt bijna vanzelf tot de aanbeveling om bij het invoeren van een kwaliteitssysteem zorgvuldig na te gaan welke procedures wel en welke geen bijdrage leveren aan de kwaliteit om op die manier de extra regelgeving en (eventuele) kosten die het kwaliteitssysteem met zich meebrengt zoveel als mogelijk is te beperken.
- S** Op grond van de bevinding dat patiënten en cliënten relatief weinig bij de kwaliteitszorg betrokken zijn in de ambulante hulpverlening, bevelen wij aan dat opnieuw wordt nagedacht over de wijze waarop patiënten of cliënten ook in deze sectoren bij de kwaliteitszorg kunnen worden betrokken.
- S** Op grond van de bevinding dat minder dan de helft van de instellingen protocollen heeft opgesteld voor kritische momenten in het zorgproces, bevelen wij aan dat instellingen bij hun verdere protocolontwikkeling vooral kiezen voor kritische momenten in de zorgprocessen of risicovolle gebeurtenissen die afbreuk aan de kwaliteit zouden kunnen doen.
- S** Wij bevelen aan dat zorgaanbieders en patiënten/cliënten(organisaties) met elkaar in gesprek gaan over de bevinding dat de participatie van patiënten en cliënten(organisaties) in de kwaliteitszorg is afgenomen in vergelijking met 1995, en dat zij zich gezamenlijk beraden over de vraag welke vormen van inspraak en feedback, door wie en op welk niveau door beide partijen als het meest zinvol worden ervaren.
- S** Omdat de instellingen zelf aangeven dat de resultaten van veel deelsystemen en feedbacksystemen nog onvoldoende voor bijsturing worden gebruikt, is de aanbeveling dat instellingen meer met deze feedbacksystemen gaan doen.
- S** Omdat nog zeer weinig instellingen melding maken van zorginhoudelijke indicatoren om de kwaliteit van zorg te monitoren, bevelen wij aan dat de zorgverleners gericht werken aan het opstellen of ontwikkelen van dergelijke indicatoren.
- S** Op grond van de bevinding dat bij transmurale zorg en ketenzorg de verantwoordelijkheden van de betrokken zorgaanbieders doorgaans niet expliciet zijn toebedeeld, bevelen wij aan deze verantwoordelijkheidstoedeling als eerste goed te regelen bij transmurale zorg of bij de ontwikkeling van zorgketens.

- S Onderzoek is nodig naar de effecten van kwaliteitszorg zodat kosten en baten tegen elkaar afgewogen kunnen worden bij de verdere implementatie van de kwaliteitssystemen.

3.2 Aanbevelingen m.b.t. de kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren

- S De aanbeveling is om patiënten of cliënten en hun organisaties, alsmede de zorgverzekeraars meer te betrekken bij het kwaliteitsbeleid van de beroepsbeoefenaren, en zo vorm te geven aan de wisselwerking tussen de drie partijen.
- S De aanbeveling is dat de beroepsbeoefenaren zich bij de verdere ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid mede richten op:
 - de samenhang binnen het eigen kwaliteitsbeleid van de beroepsvereniging;
 - de samenhang van het eigen kwaliteitsbeleid met het kwaliteitsbeleid van andere beroepsgroepen in het kader van de multidisciplinaire samenwerking;
 - de samenwerking tussen management en professionals bij de ontwikkeling van een geïntegreerd kwaliteitsbeleid in de instelling.
- S De aanbeveling is om aandacht aan de implementatie te blijven besteden en ook te bezien in welke mate de initiële opleidingen en stagebegeleiders ingeschakeld kunnen worden om in ieder geval beginnende beroepsbeoefenaren met de professionele richtlijnen en de andere kwaliteitsactiviteiten van de beroepsgroep vertrouwd te maken.
- S In het licht van de toekomstige regionale organisatie van het zorgaanbod is het aan te bevelen dat beroepsgroepen bij het opbouwen van hun infrastructuur rekening houden met de regio-indeling die andere zorgaanbieders hanteren.
 - Onderzoek is nodig naar de effecten van de kwaliteitsactiviteiten van de beroepsbeoefenaren op de kwaliteit van zorg voor de patiënt, waarbij ook de kosten van de onderscheiden kwaliteitsactiviteiten worden meegewogen.
 - Zodra meer kennis over effecten en kosten van kwaliteitszorg bekend is, is de aanbeveling, dat de beroepsbeoefenaren bij de verdere ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid kiezen voor die activiteiten die het meeste effect sorteren in het verbeteren van de kwaliteit tegen de minste inspanningen of kosten.