



STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

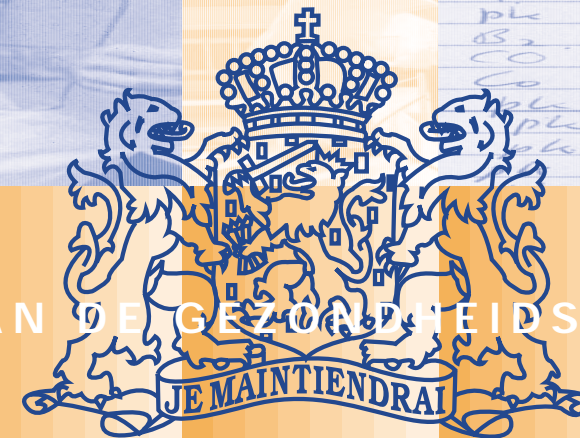
www.igz.nl

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

STAAT VAN DE GEZONDHEIDSZORG 2002

IGZ 02/SG01: oplage 2500

STAAT VAN DE GEZONDHEIDSZORG 2002



**Kwaliteitsborging in zorginstellingen:
intentie, wet en praktijk**

Uitgave
Inspectie voor de
Gezondheidszorg

Postadres
Postbus 16119,
2500 BC Den Haag
Bezoekadres
Parnassusplein 5,
2511 VX Den Haag
Voorlichting
Telefoon 070-3407133
Internet www.igz.nl
Bestellingen
E-mail bestel@igz.nl

Den Haag, december 2002

STAATSTOEZICHT OP DE VOLKSGEZONDHEID

INSPECTIE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

www.igz.nl



STAAT VAN DE GEZONDHEIDSZORG 2002

**Kwaliteitsborging in zorginstellingen:
intentie, wet en praktijk**

Den Haag, december 2002

Inhoudsopgave

Voorwoord 5

Conclusie: Kwaliteitsborging in de zorg nog steeds onvoldoende.

De Kwaliteitswet zorginstellingen wordt op dat punt op grote schaal niet nageleefd; er is actie nodig om duidelijkheid te scheppen 7

- 1 **Hoe is het ruim zes jaar na invoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen gesteld met de wettelijk verplichte borging van kwaliteit? 8**
- 2 **Kwaliteitsjaarverslagen geven geen inzicht in de effecten van kwaliteitsbeleid op de kwaliteit van zorg 10**
- 3 **Indicatoren voor kwaliteit van zorg worden nog nauwelijks toegepast 14**
- 4 **Toezicht op kwaliteit van zorg gebaseerd op risico-indicatoren 16**
- 5 **De inspectie op weg naar strengere handhaving van de Kwaliteitswet zorginstellingen 17**
- 6 **Hoe staat het met waarborgen en meten van de kwaliteit in de praktijk? 18**
- 7 **Kwaliteitsborging in ziekenhuizen 19**
 - 7.1 Kwaliteitsbeleid en verantwoording: inspectiebevindingen 19
 - 7.2 Ontwikkeling van indicatoren 22
 - 7.3 Kwaliteitszorg op deelgebieden: bloedverstrekking en afdelingen nucleaire geneeskunde 24
- 8 **Kwaliteitsborging in grootschalige instellingen voor geestelijke gezondheidszorg 26**
 - 8.1 Kwaliteitsbeleid en verantwoording: inspectiebevindingen 26
 - 8.2 Ontwikkeling van indicatoren 27
 - 8.3 Kwaliteitszorg op aanpalende terreinen: kinder- en jeugdpsychiatrie, TBS-klinieken en gehandicapenzorg 30
9. **Kwaliteitsborging in verpleeghuizen en thuiszorg 32**
 - 9.1 Kwaliteitsbeleid en verantwoording: inspectiebevindingen verpleeghuizen 32
 - 9.2 Ontwikkeling van indicatoren in de verpleeghuissector 33
 - 9.3 Kwaliteitsborging in de thuiszorg: inspectie positief 38

- 10 Kwaliteitsborging in de farmaceutische zorg 40**
 - 10.1 Kwaliteitsborging van farmaceutische zorg in APZ'en en verzorgingshuizen 40
 - 10.2 Kwaliteitssystemen in openbare apotheken 41

- 11 Kwaliteitsborging bij GGD's 43**
 - 11.1 Kwaliteitsbeleid: inspectiebevindingen 43
 - 11.2 Ontwikkeling van indicatoren 44
 - 11.3 Kwaliteitsborging jeugdgezondheidszorg: 0- tot 4-jarigen behoorlijk;
4- tot 19-jarigen blijft ver achter 45

- Bijlagen 46**
 - 1 Verantwoording 46**
 - Gebruikte bronnen 46
 - Relevante thematische rapporten IGZ vanaf 2000 47
 - 2 Kwaliteitswet zorginstellingen 51**
 - 3 Lijst van afkortingen 55**

Voorwoord

Vanaf dit jaar brengt de Inspectie voor de Gezondheidszorg jaarlijks een Staat van de Gezondheidszorg uit. Hierin geeft de inspectie haar visie op een thema dat de gezondheidszorg in de volle breedte raakt. Deze visie is gebaseerd op eigen bevindingen van de inspectie, zonodig aangevuld met ander onderzoek.

Deze Staat van de Gezondheidszorg is daarmee heel anders van doel en opzet dan het boekwerk met dezelfde naam dat de inspectie in 1997 heeft uitgebracht. Op verzoek van de Minister en de Tweede Kamer heeft de inspectie toen een overzicht gemaakt van de stand van zaken in de gezondheidszorg, dus van alle sectoren en wetten waarop de inspectie toeziet. De intentie was dit elke vier jaar uit te brengen. Aan een dergelijk overzicht is nu – door verbeterde actuele informatievoorziening over de zorg – geen behoefte meer. De inspectie brengt jaarlijks verslag uit over de resultaten van het toezicht op zorginstellingen en beroepsbeoefenaren in haar Jaarrapport.

Deze Staat van de Gezondheidszorg heeft als thema: borging van kwaliteit in zorginstellingen. Centraal staat de Kwaliteitswet zorginstellingen, die stelt dat instellingen verantwoorde zorg leveren en daartoe zelf de kwaliteit van die zorg op systematische wijze moeten waarborgen en hierover verantwoording moeten afleggen. Bij goed functioneren van zelfregulering zou de inspectie als toezichthouder meer terug kunnen treden.

Toen de Kwaliteitswet in 1996 van kracht werd, was iedereen het erover eens dat zorginstellingen enige tijd moesten krijgen om aan de vereisten in de wet te voldoen. Ook de inspectie verlangde niet van instellingen dat zij direct een integraal kwaliteitssysteem operationeel hadden. Onderzoek laat echter zien dat het operationaliseren van een kwaliteitssysteem door zelfregulering niet vanzelf op gang komt.

Inspectiebevindingen en andere onderzoeksgegevens^[1] illustreren voor enkele sectoren uit de zorg hoe ver de implementatie van kwaliteitssystemen is gevorderd en in hoeverre de effecten hiervan meetbaar kunnen worden gemaakt. In 2000 had nog geen 5% van de instellingen een integraal kwaliteitssysteem. Er zijn veel initiatieven en activiteiten op het gebied van kwaliteitsontwikkelingen. Bij thuiszorginstellingen kent het merendeel een volledig kwaliteitssysteem, bij andere sectoren van enkele tot enkele tientallen procenten.

[1] Basis vormen waarnemingen uit het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, aangevuld met onderzoek van externe partijen dat deels in opdracht van de inspectie is uitgevoerd. De belangrijkste externe bronnen zijn *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen*. *De stand van zaken in 2000*. (Nivel 2000), *Verdiepings-*

studie transparantie kwaliteit van zorg, dit onderzoek is in opdracht van de inspectie uitgevoerd naar het gebruik van indicatoren om kwaliteit van zorg te meten (Nivel 2002) en de *Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen* (ZonMw 2001).

De inspectie wil meer duidelijkheid over de aanwezigheid van borgende kwaliteitssystemen in instellingen voor de gezondheidszorg. In deze Staat van de Gezondheidszorg wordt de stand van zaken weergegeven over de zorg voor kwaliteit en de actie die de inspectie daarop neemt teneinde te voorkomen dat de Kwaliteitswet anders voor grote delen van de gezondheidszorg illusiepolitiek wordt.

Prof. dr. J.H. Kingma
Inspecteur-Generaal

Conclusie:

Kwaliteitsborging in de zorg is nog steeds onvoldoende. De Kwaliteitswet zorginstellingen wordt op dat punt op grote schaal niet nageleefd; er is actie nodig om duidelijkheid te scheppen.

Slechts een fractie van de zorginstellingen beschikt anno 2002 over een integraal kwaliteitssysteem als borg voor verantwoorde zorg. Dit in weerwil van het feit dat zij daartoe verplicht zijn krachtens de Kwaliteitswet, die ruim zes jaar geleden is ingevoerd.

De eveneens bij wet verplichte kwaliteitsjaarverslagen, waarin instellingen verantwoording moeten afleggen over het gevoerde kwaliteitsbeleid, hebben als manco dat ze geen inzicht geven in het effect van de kwaliteitsinspanningen op de kwaliteit van de verleende zorg.

Ondanks het gegeven dat de relatie tussen het hebben van een kwaliteitssysteem en het leveren van verantwoorde zorg (nog steeds) niet overtuigend is vastgesteld, gaat de inspectie er van uit dat een kwaliteitssysteem het bewerkstelligen van verantwoorde zorg bevordert en zodoende een indicator is voor kwaliteit van zorg.

Het ontbreken van een integraal kwaliteitssysteem kan niet langer worden toegestaan. Na een periode van ruim zes jaar ervaring met de wet en een nog langere daaraan voorafgaande periode van overleg en afspraken tussen partijen over de kwaliteitsborging in zorginstellingen, is duidelijk dat zelfregulering niet garandeert dat er daadwerkelijk kwaliteitssystemen komen, dan wel voldoende snel totstandkomen.

In de afgelopen jaren heeft de inspectie de ontwikkeling van kwaliteitssystemen meer gestimuleerd dan gecorrigeerd. Haar toezicht krachtens de Kwaliteitswet richtte zich met name op de voorwaarden om te komen tot verantwoorde zorg. Dat betekent dat zij uitspraken gedaan heeft over deelaspecten van kwaliteitssystemen, maar tot nu toe niet of nauwelijks over de aanwezigheid van een integraal kwaliteitssysteem.

De inspectie zal de handhaving inzake de Kwaliteitswet herzien. De inspectie zal duidelijk maken op welke wijze zij invulling zal gaan geven aan het toezicht op de aanwezigheid van integrale kwaliteitssystemen als borg voor het leveren van verantwoorde zorg. Daarbij zal ook duidelijk worden wanneer en welke sancties zullen volgen als instellingen duurzaam in gebreke blijven bij het realiseren van een integraal kwaliteitssysteem.

1 Hoe is het ruim zes jaar na invoering van de Kwaliteitswet zorginstellingen gesteld met de wettelijk verplichte borging van kwaliteit?

In april 1996 is de Kwaliteitswet zorginstellingen (zie bijlage 2) in werking getreden. Het kernprincipe van deze wet is gecontroleerde zelfregulering. De wet regelt dat gezondheidsinstellingen verantwoorde zorg moeten leveren. Om dat te bereiken moeten zij hun organisatie op een bepaalde wijze inrichten en daarnaast zelf systematisch aandacht schenken aan de bewaking, beheersing en bevordering van de kwaliteit van zorg. Dit laatste beschouwen we als een 'integraal kwaliteitssysteem', vanwege de integrale aanpak.

Het ontwikkelen van een kwaliteitssysteem kent een aantal fasen, die een cumulatief karakter hebben. Dat wil zeggen dat instellingen die ver gevorderd zijn met het implementeren van een kwaliteitssysteem (fase 3), ook de meerderheid van de activiteiten uit de vorige fasen uitvoeren.

<i>Fase</i>	<i>Omschrijving</i>	<i>Activiteiten</i>
Fase 0	Geen activiteiten	–
Fase 1	Vorbereidende fase	o.a. instellen commissies, scholen medewerkers in kwaliteitszorg, opstellen kwaliteitsjaarverslag
Fase 2	Kwaliteitsprojecten	o.a. protocollering, cliëntenraadpleging, intercollegiale toetsing
Fase 3	Integraal kwaliteitssysteem	o.a. kwaliteitshandboek, controle op naleving (interne audits), systematisch gebruik resultaten voor doorvoeren verbeteringen

De ontwikkelingsfasen waar instellingen in 2000 in verkeerden (Nivel 2000, pagina 44):

<i>Fase</i>	<i>Percentage instellingen per ontwikkelingsfase</i>
Fase 0	2%
Fase 1	29%
Fase 2	64%
Fase 3	5%

Hoewel het Nivel-onderzoek twee jaar oud is, heeft de inspectie aanwijzingen dat dit beeld slechts voor een enkele sector ingrijpend beter is geworden.

Met andere woorden:

- In 2000 had slechts 5% van de instellingen de beschikking over een integraal kwaliteitssysteem. Dat betekent dat de kwaliteit van de zorg in 95% van de instellingen niet systematisch geborgd wordt, althans niet door een integraal kwaliteitssysteem.
- Wel zijn in 64% van de instellingen vele concrete kwaliteitsprojecten gaande, vaak gericht op één of meerdere aspecten (zoals protocolontwikkeling, patiënttevredenheid) of afdelingen. Hoewel veel instellingen dus op de goede weg zijn, blijkt de stap naar een integraal kwaliteitssysteem voor de hele instelling – waarin op basis van effectmetingen verbeteringen kunnen worden doorgevoerd – nog erg groot. Positieve uitzondering hierop zijn de thuiszorginstellingen. Hen is het gelukt om inmiddels in nagenoeg alle instellingen een borgend kwaliteitssysteem tot stand te brengen.
- De taak van de inspectie was in eerste aanleg bedoeld als het houden van toezicht op toezicht. Dat wil zeggen dat zij erop zou moeten toezien dat instellingen zélf de kwaliteit van hun zorg systematisch bewaken, beheersen en bevorderen. De inspectie zou zich dus niet bezig moeten houden met een directe controle op de naleving van de Kwaliteitswet. Door middel van verschillende circulaire^[2] is door de inspectie kenbaar gemaakt op welke wijze zij de in de wet vastgelegde toezichthoudende taak zou uitvoeren.
- De inspectie beoordeelde instellingen op het al dan niet voldoen aan de voorwaarden voor verantwoorde zorg door middel van algemeen toezicht. Instellingen werden er tot nu toe wel op gewezen dat zij over een integraal kwaliteitssysteem zouden moeten beschikken, maar de sanctie van een bevel en een verzoek om aanwijzing paste de inspectie niet toe.
- De ontwikkeling van kwaliteitssystemen is veel langzamer gegaan dan voorzien. De commissie-Abeln^[3] heeft in 2001 geadviseerd om het systematisch algemeen toezicht door de inspectie derhalve te intensiveren. De Minister van VWS geeft in haar brief aan de Tweede Kamer van 10 juni 2002 aan dat de inspectie het beoogde 'systeemtoezicht' niet kon uitvoeren zonder aanpassing van de systematiek en uitbreiding van het aantal medewerkers en volgt hiermee in grote lijnen de commissie-Abeln. Dit standpunt heeft de Tweede Kamer overgenomen.

[2] Circulaire nummer 1997-03-IGZ en circulaire 2000-05-IGZ.

[3] Commissie-Abeln (2001). *Op weg naar gezond vertrouwen. Advies over de strategie voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg*. Den Haag, 2001.

2 **Kwaliteitsjaarverslagen geven geen inzicht in de effecten van kwaliteitsbeleid op de kwaliteit van zorg**

De Kwaliteitswet zorginstellingen verplicht instellingen zich jaarlijks te verantwoorden over het kwaliteitsbeleid en de kwaliteit van zorg (art. 5). Dit gebeurt in een kwaliteitsjaarverslag, of in een apart gedeelte van het algemene jaarverslag, en moet toegezonden worden aan de Minister, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de organisatie 'die in de regio de belangen van de patiënten in algemene zin behartigt' (de Regionale Patiënten/Consumenten Platforms).

De inspectie ontvangt en registreert de kwaliteitsjaarverslagen. Inhoudelijke feedback op deze kwaliteitsjaarverslagen geeft de inspectie echter niet. Wel gebruikt zij de verslagen als bron bij de voorbereiding van toezichtsbezoeken aan instellingen. Tijdens deze bezoeken controleert zij de juistheid, volledigheid en gepastheid van de verstrekte gegevens. Instellingen worden niet jaarlijks bezocht, maar steekproefsgewijs. Met de huidige systematiek is dat het hoogst haalbare bij een inspecteursbestand van 150 fte tegenover een aantal instellingen van 3.000 en een aantal beroepsbeoefenaren van 800.000. (Een nieuwe systematiek van gefaseerd of gelaagd toezicht, die beoogd dekkend toezicht te bieden, is in voorbereiding; zie daarover opmerkingen op pagina 16.)

Veel instellingen voldoen aan de verplichting om een kwaliteitsjaarverslag op te stellen. Wel moet aangetekend worden dat op een deel van de instellingen geen goed zicht bestaat. Privé-klinieken, particuliere ouderenorganisaties en groepspraktijken bijvoorbeeld vallen als zijnde een zorginstelling onder de Kwaliteitswet en zijn uit dien hoofde verplicht een kwaliteitsjaarverslag te maken. De vraag is echter of zij zich hier bewust van zijn. Omdat instellingen niet verplicht zijn zich als zodanig te laten registreren, kent de inspectie niet alle instellingen en kan zij er derhalve niet op toezien dat daadwerkelijk alle bestaande zorginstellingen hun verplichting een kwaliteitsjaarverslag te schrijven nakomen.

Tevens schieten veel kwaliteitsjaarverslagen inhoudelijk tekort. Dit in weerwil van het feit dat de Kwaliteitswet voorschrijft dat verantwoording moet worden afgelegd over het beleid ter uitvoering van artikel 2 (leveren verantwoorde zorg), 3 (organisatie van de zorg) en 4 (systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg).

Een belangrijk manco van de kwaliteitsjaarverslagen is daarnaast dat ze geen inzicht geven in het effect van de kwaliteitsinspanningen op de zorg en de gevolgen voor de patiënt/cliënt in termen van reïntegratie en patiënttevredenheid. Expliciet geeft de wet aan dat onder andere kwaliteitsbeoordelingen en hun resultaat in het jaarverslag moeten worden opgenomen.

De inspectie verwacht een forse verbetering van de inhoud van de kwaliteitsjaarverslagen als de instellingen gebruik gaan maken van het programma van eisen dat door het Verwey-Jonker Instituut voor het jaarverslag – in overleg met deskundigen uit het veld – is ontwikkeld.^[4]

[4] Verwey-Jonker Instituut. *Kwaliteit verantwoord. Naar een standpunt voor kwaliteitsjaarverslagen*. September 2002.

Hein Abeln



Hein Abeln,
partner Twynstra Gudde,
is voorzitter Tijdelijke raad van advies
Inspectie voor de Gezondheidszorg

Kwaliteit zit in mensen

Voor de kwaliteit van organisaties van professionals zijn er volgens enkele goeroes in mijn vak (o.a. David Maister) maar twee strategische instrumenten: welke professionals laat je in de organisatie toe en hoe zet je ze in? Zij constateren dat goede professionals namelijk geneigd zijn het steeds beter te willen doen en dat goede teams die individuele prestaties nog eens stevig kunnen opkrikken.



Ik sta er vaak van te kijken hoeveel energie wij met zijn allen in de zorg stoppen in bureaucratische verantwoordingsmachinerie eromheen. Dat leidt dan tot hele ketens van gegevens die de eerste twee strategische vragen nog steeds niet helder beantwoorden: werken hier de goede mensen en werken zij goed samen?

De vragen over de sociale hygiëne en controle zouden volgens deze collega's in ieder systeem van kwaliteitsborging voor organisaties van professionals de kern moeten blijven en toezichhouders zouden in het bijzonder daarop de aandacht moeten blijven richten.

3 Indicatoren voor kwaliteit van zorg worden nog nauwelijks toegepast

Instellingen lijken voornamelijk niet in staat de effecten van het door hun gevoerde kwaliteitsbeleid zichtbaar te maken. Helaas is er niet veel zicht op verbetering, hoewel in het veld wordt gewerkt aan het definiëren van indicatoren voor de kwaliteit van de zorg. Dit blijkt echter een weerbarstige materie waarmee weinig vooruitgang wordt geboekt.

Het Nivel heeft in opdracht van de inspectie een verdiegingsstudie uitgevoerd naar indicatoren, die instellingen hanteren om kwaliteit van zorg transparant te maken (Nivel 2002). Dit is een explorerend onderzoek op basis van interviews met instellingen die volgens onderzoek in 2000 over een integraal kwaliteitssysteem beschikten, en met instellingen die toen nog in een eerdere fase verkeerden.

Uit het onderzoek van het Nivel blijkt dat de ontwikkeling van uitkomstindicatoren op patiëntniveau nog in de kinderschoenen staat. Er blijkt over een beperkt aantal relevante indicatiegebieden (wat nog iets anders is dan meetbare indicatoren) overeenstemming te bestaan (Nivel 2002, pagina 9):

- tevredenheid van cliënten;
- tevredenheid van medewerkers;
- ziekteverzuim medewerkers;
- incidenten en meldingen;
- klachten.

Alle sectoren geven aan dat het meetbaar maken van belangrijke indicatoren, liefst op zodanige wijze dat relevante sturingsinformatie beschikbaar komt, uitermate lastig is. Zo zeggen bijvoorbeeld cijfers over het aantal klachten in een instelling niet per definitie iets over de geleverde kwaliteit van zorg. De wijze van afhandeling echter wel. Vaak zijn indicatoren niet meer dan mogelijke signalen: zaken die om nader onderzoek vragen. Angst dat indicatoren gezien worden als absolute kwaliteitsmeters, maakt instellingen huiverig om kengetallen hierover openbaar te maken.

De verwachting dat instellingen met een kwaliteitssysteem beter in staat zijn de effecten van het kwaliteitssysteem op de kwaliteit van zorg te 'meten', werd niet bevestigd. Zij blijken geen andere dingen te meten dan instellingen zonder kwaliteitssysteem en zijn dus niet verder in het zichtbaar maken van de effecten van het kwaliteitsbeleid op de zorg voor patiënten. Wel kunnen instellingen met een kwaliteitssysteem onder andere beter aantonen dat procedures op orde zijn en verbeteringen worden doorgevoerd aan de hand van periodieke (in- en externe) audits en meningspeilingen van cliënten.

Teleurstellend is, dat dit betekent dat nog steeds geen rechtstreeks verband kan worden gelegd tussen kwaliteitsbeleid in instellingen en de kwaliteit van de verleende zorg.

4 Toezicht op kwaliteit van zorg gebaseerd op risico-indicatoren

Onduidelijkheid over de taak van de inspectie met betrekking tot de Kwaliteitswet leidt er niet toe dat de inspectie niets doet. De afgelopen zes jaar zag zij er direct op toe dat in instellingen verantwoorde zorg wordt verleend. Dit is nodig, zeker zolang het gros van de zorgaanbieders geen sluitend kwaliteitssysteem heeft en causaal verband tussen een kwaliteitssysteem en verantwoorde zorg voor de patiënt niet is aangetoond. Maar ook bij instellingen die het op papier goed voor elkaar hebben, is het belangrijk dat de inspectie de proef op de som neemt. Hiermee volgt zij ook het advies van de commissie-Abeln, dat is overgenomen door de Tweede Kamer.

Om dit algemeen toezicht op de kwaliteit van de zorgverlening efficiënter en effectiever uit te kunnen voeren, vernieuwt de inspectie haar werkwijze. Er komt een systeem van gefaseerd of gelaagd toezicht. Dit vernieuwde systeem omvat drie fasen. In de eerste fase leveren alle zorgaanbieders gegevens aan de inspectie aan. Er wordt een *minimal data* set samengesteld op basis van een risicomodel dat de inspectie samen met het RIVM ontwikkelt. Van de grootste risico's voor de kwaliteit van zorg, de vijf D's (Death, Disease, Disabled, Discomfort, Dissatisfaction), worden indicatoren afgeleid waarover instellingen informatie moeten aanleveren. Als de gegevens daar aanleiding toe geven, worden in de tweede fase toezichtsbezoeken afgelegd en instellingen waar nodig aangespoord tot verbetering.

In weerbarstige gevallen gaat de inspectie over tot interventie en zo nodig opsporing (fase 3).

Maar ook instellingen waar bij analyse van de gegevens geen alarmbellen gaan rinkelen, worden steekproefsgewijs bezocht.

Het is nadrukkelijk niet de bedoeling instellingen door gefaseerd of gelaagd toezicht met onnodig papierwerk te belasten, maar juist om op een – ook voor instellingen – relatief eenvoudige wijze een indicatie te krijgen van de kwaliteit van de zorg. De indicatoren die de inspectie hanteert, kunnen zorgaanbieders zelf ook gebruiken in hun kwaliteitsbeleid en de verantwoording ervan in het (kwaliteits)jaarverslag.

Ook voor burgers biedt de nieuwe werkwijze van de inspectie een groot voordeel. Met de invoering van het systeem van gefaseerd toezicht ontstaat de mogelijkheid om van alle zorginstellingen een kwaliteitskaart te maken, die voor iedereen op het internet beschikbaar zal komen.

5 De inspectie op weg naar strengere handhaving van de Kwaliteitswet zorginstellingen

Instellingen hebben ruim zes jaar de tijd gehad om aan de eisen van de Kwaliteitswet te voldoen. En in feite meer dan tien jaar als de periode van hierop vooruitlopende regelgeving en afspraken van de respectieve Leidschendamconferenties (waar zorgaanbieders, Regionale Patiënten/Consumenten Platforms, verzekeraars en overheid met elkaar spraken over het thema kwaliteit) hierbij wordt opgeteld.

In deze periode heeft de inspectie de ontwikkeling van kwaliteitssystemen gestimuleerd en alleen sancties opgelegd aan instellingen die niet over een operationeel kwaliteitssysteem beschikten, als sprake was van onverantwoorde zorg.

Het ligt niet voor de hand een bevel te geven bij het ontbreken van een kwaliteitssysteem als er geen aanwijzingen zijn dat sprake is van onverantwoorde zorg.

Zonder signalen van tekortschietende zorg ligt het niet voor de hand een bevel te geven of de Minister te adviseren een aanwijzing te geven bij het ontbreken van een kwaliteitsjaarverslag.

Strenger handhaven van de Kwaliteitswet, zoals de Minister in haar standpunt^[5] aanbeveelt, is een voor de hand liggende mogelijkheid. De mogelijkheden van de inspectie om de Kwaliteitswet te handhaven zijn echter beperkt. In situaties van ernstige onverantwoorde zorg die geen uitstel duldt, kan de inspectie een bevel geven. De Minister kan door de inspectie verzocht worden een aanwijzing te geven teneinde situaties van onverantwoorde zorg te doen veranderen. Deze aanwijzing kan leiden tot maatregelen in de instelling dan wel het opleggen van een bestuurlijke boete, het sluiten van een afdeling of zelfs het sluiten van een instelling.

De inspectie wil de wens van de Minister en de conclusie uit haar eigen bevindingen omzetten in nieuw beleid. Op korte termijn zal duidelijk worden op welke wijze de inspectie om zal gaan met instellingen die zich niet houden aan datgene wat de Kwaliteitswet stelt. Dat kan betekenen dat in de toekomst daadwerkelijke sancties zullen volgen bij ontbreken van een duurzaam kwaliteitsbeleid.

[5] *Standpunt Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen*
(10 juni 2002), IBE/I-2283163.

6 Hoe staat het met waarborgen en meten van de kwaliteit in de praktijk?

Instellingen voldoen op grote schaal niet volledig aan de Kwaliteitswet zorginstellingen. Dat blijkt uit resultaten van het algemeen toezicht van de inspectie en thematisch onderzoek waar kwaliteitsbeleid op deelgebieden vaak een rol speelt. De inspectie houdt niet systematisch bij in hoeverre instellingen de Kwaliteitswet geïmplementeerd hebben. Het Nivel heeft hiernaar in 2000 een representatief onderzoek uitgevoerd. De resultaten hiervan wijzen in dezelfde richting als de bevindingen van de inspectie.

Meerwaarde van de inspectiebevindingen is dat de inspectie niet alleen vraagt of instellingen hun kwaliteitsbeleid (met bijbehorende plannen, procedures en evaluaties) op orde hebben, maar dit ook in de instelling toetst.

De volgende hoofdstukken geven een indicatie van de stand van zaken in enkele sectoren van de gezondheidszorg. Uit elk cluster^[6] binnen de inspectie zijn één of meer voorbeelden opgenomen. Er is nadrukkelijk niet gestreefd naar volledigheid; doel is een impressie te geven van de mate waarin kwaliteitsbeleid is geïmplementeerd en indicatoren in ontwikkeling zijn om het effect van kwaliteitsbeleid op de geleverde zorg te meten.

Het ondernemen van actie teneinde te voorkomen dat de Kwaliteitswet voor grote delen van de gezondheidszorg illusiepolitiek wordt, heeft hoge prioriteit voor de inspectie.

[6] De Inspectie voor de Gezondheidszorg is opgebouwd uit vijf clusters:

- CSG: curatieve somatische gezondheidszorg;
- FMT: farmacie en medische technologie;

- GG: geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg;
- PPR: preventie, public health en rampengeneeskunde;
- VVT: verpleging, verzorging en thuiszorg.

7 Kwaliteitsborging in ziekenhuizen

7.1 Kwaliteitsbeleid en verantwoording: inspectiebevindingen

Aspect	% ziekenhuizen dat hierover beschikt in 2000	
Kwaliteitsbeleid op schrift	55%	37% in ontwikkeling
Kwaliteitswerkplan voor de instelling	41%	42% in ontwikkeling
Kwaliteitshandboek	10%	53% in ontwikkeling
Kwaliteitsjaarverslag	97%	2% in ontwikkeling

Bron: Nivel 2000, Tabellenboek pagina 154

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft de resultaten van algemeen toezicht in ziekenhuizen sinds eind 1997 geaggregeerd. De hier beschreven resultaten hebben betrekking op 69 van de 101 ziekenhuizen. In de algemeen-toezichtsbezoeken is ondermeer gekeken naar elementen van kwaliteitssystemen, zoals een kwaliteitsbeleid (als onderdeel van het instellingsbeleid) dat periodiek getoetst en bijgesteld wordt, de mate waarin procedures en richtlijnen zijn beschreven en de verantwoording over (effecten van) het gevoerde beleid in het kwaliteitsjaarverslag.

Beleidsplan: aanwezig, maar niet geïmplementeerd

In de eerste serie bezoeken (36 ziekenhuizen) keek de inspectie naar de aanwezigheid van een algemeen beleidsplan; dit bleek bij 21 aanwezig, bij 10 deels aanwezig en bij 5 te ontbreken.

Een tweede serie bezoeken (36 ziekenhuizen) bracht aan het licht dat slechts 11 het beleidsplan actief en planmatig uitvoeren.

11 ziekenhuizen hadden op moment van inspectie noch een algemeen beleidsplan noch een medisch beleidsplan. Bij 14 waren delen van de plannen aanwezig. Waar beide wel aanwezig waren, sloot het beleidsplan van de medische staf in een minderheid van de gevallen (45%) aan bij het algemene beleidsplan. Bij 25% van de bezochte ziekenhuizen was wel een medisch beleidsplan, maar geen algemeen beleid geformuleerd. Afstemming van deze plannen is voorwaarde voor systematische kwaliteitsborging.

Mariëlle Rompa



Mariëlle Rompa,
is directeur Arcares, brancheorganisatie
verpleging & verzorging

Cliënten in de branche verpleging & verzorging worden geïndiceerd voor zorg. De grote uitdaging is de zorgvraag zo te beantwoorden dat de kwaliteit van leven van de cliënt daarmee gediend is. De enige die kan uitmaken hoe dat moet, is de cliënt zelf. Vraaggericht werken is dus de cruciale succesfactor. Doeltreffendheid en doelmatigheid, de twee andere pijlers van kwaliteit, moeten gezien worden in



het verlengde daarvan. Zorgondernemers hebben speelruimte nodig om ondersteuning te geven aan de door de cliënt gekozen kwaliteit van leven. De inzet van Arcares is die speelruimte voor de bij haar aangesloten organisaties zo groot mogelijk te maken.

Kwaliteitsbeleidsplan: driekwart scoort onvoldoende

32 ziekenhuizen hebben geen integrale visie op kwaliteit vastgelegd. In 76% van de gevallen (55 ziekenhuizen) beoordeelt de inspectie het meerjaren kwaliteitsbeleidsplan als onvoldoende. De plannen zijn vaak niet meer dan een opsomming van projecten; van een volledige beleidscyclus is geen sprake. Met name ontbreken vaak de evaluatie, effectmeting en hierop gebaseerde verbeteracties.

Een minderheid stuurt het kwaliteitsbeleid op basis van systematische gegevensverzamelingen of indicatoren. Pas sinds kort komt hiervoor meer aandacht – zie ook paragraaf 7.2.

Kwaliteitsjaarverslagen: aantal neemt af; kwaliteit matig

Voorafgaand aan een algemeen-toezichtsbezoek beoordeelt de inspectie het kwaliteitsjaarverslag van een instelling. Er moet in een apart document of hoofdstuk van het jaarverslag informatie staan over het kwaliteitsbeleid, effectmetingen, verbeteracties, rol van ketenpartners en cliënten hierbij en de klachtbehandeling (*circulaire IGZ, 15 maart 1997*). 41 kwaliteitsjaarverslagen voldeden aan deze technische vereisten, 28 niet. Voor de inspectie bieden de kwaliteitsjaarverslagen – zelfs als ze aan de technische vereisten voldoen – onvoldoende zicht op de effecten van het kwaliteitsbeleid.

Van de 101 ziekenhuizen hebben slechts 69 in 2001 voldaan aan de wettelijke verplichting hun kwaliteitsjaarverslag naar de inspectie te sturen.

7.2 Ontwikkeling van indicatoren

Het Nivel (2002) heeft in opdracht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg verkennend onderzoek verricht naar indicatoren die zorgaanbieders zelf hanteren om kwaliteit van zorg inzichtelijk te maken. De resultaten zijn niet uitputtend, maar wel indicatief voor hoe ver instellingen zijn gevorderd in het benoemen en registreren van (uitkomst)-indicatoren.

Ziekenhuizen registreren veel gegevens, maar niet al deze gegevens worden als kwaliteitsindicator beschouwd. Onderzoek onder negen ziekenhuizen levert op dat elke instelling verschillende gegevens meet en belangrijk vindt. De volgende worden het meest genoemd.

Indicatoren met betrekking tot de structuur van de organisatie

Externe beoordeling vormt een belangrijke indicator voor kwaliteit. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen indicatoren voor het functioneren van het kwaliteitssysteem (o.a. NIAZ-accreditatie of INK-evaluatie), indicatoren voor patiëntvriendelijkheid (zieken-

huisvergelijking door Consumentenbond en Nivel), en indicatoren voor vakinhoudelijk medisch handelen (visitaties door wetenschappelijke verenigingen).

De resultaten van de externe beoordeling zijn alleen in het geval van de benchmark voor patiëntvriendelijkheid openbaar. In andere gevallen wordt meestal volstaan met te melden dát accreditatie of visitaties hebben plaatsgevonden.

Gegevens over personele bezetting worden door de meeste ziekenhuizen als indicator gehanteerd. Hierbij gaat het onder meer om deskundigheid (opleiding en bij- en nascholing), en het voeren van functioneringsgesprekken.

Indicatoren voor kwaliteit van zorgprocessen

Wachtlijsten, wachttijden (in de wachtkamer) en doorlooptijden van het behandelprogramma worden vaak genoemd als indicator voor kwaliteit. Enkele instellingen hanteren concrete normen (bijvoorbeeld: de wachttijden voor een klinische revalidant mogen niet langer zijn dan drie maanden). Hiermee lopen ze vooruit op de landelijk vastgestelde normen die in 2003 gerealiseerd zouden moeten zijn (Treekoverleg 2001).

Zes van de negen ondervraagde ziekenhuizen noemen *behandelprogramma's en protocollen* als indicator. Met name de ontwikkeling van multidisciplinaire behandelprogramma's en de koppeling van indicatoren hieraan, zijn belangwekkende ontwikkelingen. In één geval wordt expliciet opgemerkt dat de naleving van protocollen ook een indicator is voor de kwaliteit van zorg. Twee ziekenhuizen noemen de evaluatie van behandeldoelen of complete zorgprogramma's.

Doorlooptijden van behandelprogramma's, niet-geplande heropnames en overplaatsing van dagbehandeling naar opname worden door verschillende ziekenhuizen gebruikt als indicator voor kwaliteit van zorgprocessen. Ze geven aan dat het belangrijk is de indicator niet als kwaliteitsoordeel te beschouwen, maar te kijken naar achterliggende oorzaken. Die kunnen weer aanleiding zijn voor verbeteringen.

Indicatoren voor de uitkomsten van de zorg

Alle onderzochte ziekenhuizen meten *patiënttevredenheid* of hebben vergevorderde plannen om dit te gaan doen. Elke instelling doet dit echter weer op zijn eigen manier, zodat vergelijkingen tussen ziekenhuizen niet mogelijk zijn. Uitzondering is de ziekenhuisbenchmark van Consumentenbond en Nivel naar patiëntvriendelijkheid bij veertig vrijwillig deelnemende ziekenhuizen.

De instellingen worstelen vaak met het bruikbaar maken van de meetresultaten, bijvoorbeeld om bijsturen mogelijk te maken. Ook ontbreken vaak normen waaraan instellingen hun prestaties kunnen afmeten.

Gegevens over *medewerkers*, zoals cijfers over ziekteverzuim en verloop, en medewerkers-tevredenheid, vormen volgens zeven van de negen bevroegde ziekenhuizen (indirecte) indicatoren voor kwaliteit. Een directe relatie met kwaliteit van zorg wordt door de instellingen niet gelegd.

Adverse events, zoals meldingen van fouten en incidenten en klachten van patiënten, zien ziekenhuizen vooral als relevante interne indicatoren die aanleiding kunnen zijn voor verbetering. Aantallen meldingen of klachten zeggen op zich niets over de kwaliteit; kennis over de achtergronden is noodzakelijk.

Complicaties en het optreden van infecties of decubitus worden in de helft van de bezochte ziekenhuizen als indicatoren voor verantwoorde zorg gezien. Een aantal instellingen neemt deel aan het PREZIES-project (preventie van ziekenhuisinfecties door surveillance). Hierin is registratie van infecties gestandaardiseerd, wat noodzakelijk is om instellingen met elkaar te kunnen vergelijken. Registratie van complicaties verschilt sterk per instelling; hetzelfde geldt voor de mate waarin het management hiervan op de hoogte wordt gesteld.

Productiecijfers zijn voor zeven van de negen bevroegde instellingen ook een indicator voor kwaliteit, omdat kwaliteit ook betekent dat de zorg doelmatig en doeltreffend is.

7.3 Kwaliteitszorg op deelgebieden: bloedverstrekking en afdelingen nucleaire geneeskunde

De Inspectie voor de Gezondheidszorg voert regelmatig thematisch onderzoek uit naar één aspect van de zorgverlening in een groot aantal instellingen. De onderzoeksresultaten geven vaak ook inzicht in de mate waarin kwaliteit van zorg gewaarborgd is. Ter illustratie volgen enkele voorbeelden.

Bloedverstrekking in ziekenhuizen: zorgvuldig, maar geen sluitend kwaliteitssysteem

“De keten van de verstrekking van bloed voor transfusie begint met de keuring en bloedafname van de donor op de bloedbank en eindigt bij de transfusie van bloedcomponenten aan patiënten. De verantwoording voor de kwaliteit van de schakels in de keten ligt voor een deel bij de bloedbanken en voor een deel bij de instelling waar de patiënt de transfusie krijgt. (...)”

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft kunnen vaststellen dat in de Nederlandse bloedbanken en ziekenhuizen zorgvuldig wordt gehandeld bij de verstrekking van bloedproducten aan patiënten die een transfusie ondergaan. Wanneer de keten van bloedverstrekking wordt bezien, zijn echter sterke en zwakke schakels te onderscheiden. (...)”

Een zwakke schakel is het feit dat de verantwoordelijkheid voor de verstrekking van bloed en bloedproducten in vele handen ligt en dat niet duidelijk is hoe de verantwoordelijkheden worden overgedragen.” *pagina 66*

“Bij het beoordelen van de fase van ontwikkeling waarin een kwaliteitssysteem zich bevindt, kan men in het algemeen stellen dat het houden van enig soort systematisch toezicht een belangrijke controle is of het kwaliteitssysteem daadwerkelijk werkt. Een externe audit vormt het sluitstuk van de kwaliteitscirkel (de Demingcyclus: plan, do, check, act). Bij 47 ziekenhuizen, dat is 41%, wordt geen systematisch toezicht gehouden. Deze hebben dus geen sluitend kwaliteitssysteem. Een dergelijk hoog percentage is toch teleurstellend, als in beschouwing wordt genomen dat de CCKL al minstens tien jaar actief is.” *pagina 58*

Bron: *Sanguis sanus sanat. Veiligheid van bloedverstrekking en bloedgebruik in de Nederlandse ziekenhuizen*. IGZ, november 2001.

Nucleaire geneeskunde: kwaliteitswaarborgen ontbreken

Thematisch onderzoek op afdelingen nucleaire geneeskunde laat zien dat er onvoldoende kwaliteitswaarborgen zijn. Eén van de conclusies van het onderzoek luidt:

“Een operationeel kwaliteitsbeleid ontbreekt veelal – visie en hiervan afgeleid beleid staan zelfs vaak niet op schrift –, intercollegiale toetsing vindt niet altijd voldoende plaats en niet alle afdelingen doen mee aan visitaties door de NVNG.

Gebrekkige beleidsontwikkeling en -implementatie spelen op meer fronten:

- Voor de bereiding van radiofarmaceutica heeft iets meer dan de helft van de afdelingen een kwaliteitsbeleid vastgelegd.
- Een vastgelegd beleid voor stralingshygiëne ten aanzien van de patiënt ontbreekt in meer dan de helft van de bezochte instellingen.
- Implementatie van het beleid ten aanzien van de op de afdeling gebruikte apparatuur is op een kwart van de afdelingen nog onvoldoende.

Nog afgezien van het feit dat veel afdelingen hiermee niet aan de wettelijke verplichtingen voldoen, vindt de inspectie dit een zorgwekkende situatie. Hoewel er bij de inspectie geen meldingen zijn van ernstige problemen, ontbreken de waarborgen. Zorgdragen voor kwaliteitsbeleid (ontwikkeling en implementatie) is een verantwoordelijkheid van het management en Raad van Bestuur van het ziekenhuis. Voor de afdelingen nucleaire geneeskunde wordt deze verantwoordelijkheid nog te weinig ingevuld.”

Bron: *Nucleaire geneeskunde. Kwaliteitswaarborgen afdelingen nucleaire geneeskunde voor verbetering vatbaar*. IGZ, april 2002.

8 Kwaliteitsborging in grootschalige instellingen voor geestelijke gezondheidszorg

8.1 Kwaliteitsbeleid en verantwoording: inspectiebevindingen

Aspect	% GGZ-instellingen dat hierover beschikt in 2000	
Kwaliteitsbeleid op schrift	58%	38% in ontwikkeling
Kwaliteitswerkplan voor de instelling	48%	42% in ontwikkeling
Kwaliteitshandboek	18%	49% in ontwikkeling
Kwaliteitsjaarverslag	79%	12% in ontwikkeling

Bron: Nivel 2000, Tabellenboek pagina 71

In 2000 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg gerapporteerd over kwaliteitszorg in grootschalige instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. Het gaat om een beperkt aantal instellingen (7); de cijfers kunnen daarom niet gegeneraliseerd worden naar de hele sector, maar ze zijn wel een indicatie voor hoe ver de sector gevorderd is met de implementatie van systematische kwaliteitszorg. Alle bezochte instellingen zitten in een fusietraject of hebben dit net afgesloten, wat specifieke problemen voor de kwaliteitsborging met zich meebrengt.^[7]

Beleidscyclus: in ontwikkeling

Alle instellingen beschikken over documenten waarin een visie op zorg beschreven is. Slechts bij één organisatie is deze visie op alle afdelingen consequent uitgewerkt. Bij de andere bestaan meerdere visies naast elkaar. De visie moet een kader bieden bij de ontwikkeling, uitvoering, afstemming en toetsing van het zorgaanbod. Eén integrale visie is daarom belangrijk.

Slechts één van de zeven organisaties heeft een integraal beleidsplan, vertaald in actieplannen die ook getoetst worden en waarover verantwoording in een jaarrapportage wordt afgelegd. Bij vijf organisaties is dit in ontwikkeling: plannen zijn er op onderdelen wel, maar de implementatie van beleid loopt nog achter. Bij één organisatie ontbreken de essentiële stappen in de beleidscyclus. Idealiter vormt het kwaliteitsbeleid een integraal onderdeel van het algemene instellingsbeleid.

[7] Bron: *Kwaliteitszorg in (grootschalige) instellingen voor geestelijke gezondheidszorg*. Inspectie voor de Gezondheidszorg, mei 2001.

Kwaliteitsbeleid: projectmatig, en niet geëvalueerd

Eén instelling komt in de buurt van een integraal kwaliteitssysteem voor de hele organisatie. Drie andere voeren wel een kwaliteitsbeleid, maar zijn vooral gericht op kwaliteitsprogramma's (deelgebieden). Van systematische toetsing en bijsturing van het beleid is echter geen sprake. Bij de overige drie organisaties wordt geen kwaliteitsbeleid gevoerd.

8.2 Ontwikkeling van indicatoren

In het verkennende Nivel-onderzoek (2002) zijn tien GGZ-instellingen betrokken. Hieronder worden kort de meest genoemde indicatoren of indicatiegebieden (als kengetallen niet of nog niet beschikbaar zijn) vermeld.

Indicatoren met betrekking tot de structuur van de organisatie

Betrokkenheid van cliënten- en/of familieraad wordt als indicatiegebied aangemerkt. De ervaring leert dat hun inbreng een positieve invloed heeft op de kwaliteit van zorg en tevredenheid van cliënten, maar dit is niet in een kengetal uitgedrukt.

Vijf instellingen noemen *kenmerken van cliënten* als indicator, zowel demografische gegevens als informatie over diagnose en indicatiestelling. Deze worden vooral gebruikt om trends te signaleren in de vraag van de cliënt en mogelijke veranderingen in problematiek.

Bezettingsgraad van medewerkers en deskundigheid zien meer dan de helft van de organisaties als kwaliteitsindicatoren.

Indicatoren voor de kwaliteit van zorgprocessen

Over *bezettingsgraad van cliënten* (zegt iets over doelmatigheid) en *wachttijden/wachttijden* als indicatoren is de meerderheid van de instellingen het eens. De wijze waarop deze indicatoren geoperationaliseerd worden, verschilt weer per organisatie. Soms wordt bij wachttijd gekeken naar tijd tot het eerste contact, andere meten de tijd tussen indicatiestelling en opname/start behandeling. Enkele instellingen hanteren eigen normen voor aanvaardbare wachttijden.

Zeven keer wordt aanwezigheid en toetsing van het *begeleidingsplan* (vaak met medewerking van de cliënt) als indicator genoemd. Vier instellingen noemen *naleving (en actualisering) van protocollen* als indicator.

Wim Schellekens



Wim Schellekens,
is algemeen directeur Kwaliteitsinstituut
voor de Gezondheidszorg CBO

Patiëntenzorg in Nederland kan veel beter. Er zijn te weinig verpleegkundigen en artsen. Er zijn grote verschillen in behandeling tussen artsen en tussen ziekenhuizen en de cijfers over wondinfecties, doorliggen en geneesmiddelen laten zien dat de patiënt ook schade kan oplopen in de zorg. Het moet anders. Zorg moet effectiever, veiliger, doelmatiger, tijdiger en vooral meer patiëntgericht zijn.



'Best practices' laten zien dat de zorg veel beter kan en er zijn ook richtlijnen voor verantwoorde zorg beschikbaar. De grote uitdaging is deze kennis in Nederland te implementeren en de 'best practices' breed te verspreiden.

Doorbraken in resultaten ontstaan door multidisciplinaire en transmurale samenwerking rond de zorgprocessen, waardoor de patiënt weer centraal staat. De patiënt wordt er beter van en de zorg wordt er weer leuker door.

Indicatoren voor de uitkomsten van de zorg

Alle instellingen noemen *cliënttevredenheid*; deze wordt vaak op deelgebieden gemeten. Een (toekomstige) instellingsoverstijgende graadmeter voor cliënttevredenheid kan de GGZ-thermometer zijn.

Effecten van behandeling gebruiken vier instellingen als indicator. Bij één instelling gebeurt dit door het meten van klachten (symptomen) bij aanvang en beëindiging van de behandeling. Elders gebeurt dit weer door intercollegiale intervisie, een evaluatiegesprek tussen behandelaar en cliënt, en het opnieuw afnemen van hetzelfde meetinstrument dat voor de indicatiestelling is gebruikt.

Ziekteverzuim en verloop van medewerkers wordt ook in deze sector als indicator genoemd. Opgemerkt wordt dat het vooral indirect iets zegt over kwaliteit van zorg, bijvoorbeeld dat een hoog ziekteverzuim kan leiden tot discontinuïteit van de zorgverlening.

Incidenten en meldingen vormen evenals *klachten* voor een ruime meerderheid bruikbare indicatoren van ongewenste uitkomsten van de zorg.

8.3 Kwaliteitszorg op aanpalende terreinen: kinder- en jeugdpsychiatrie, TBS-klinieken en gehandicaptenzorg

Kinder- en jeugdpsychiatrie: kwaliteitssystemen in startfase

De ontwikkeling van aanbod- naar vraaggestuurde zorg is bij enkele koplopers in de kinder- en jeugdpsychiatrie zichtbaar, maar nog geen gemeengoed in het veld. Het kwaliteitsbeleid dat moet leiden tot operationeel effectieve kwaliteitssystemen, bevindt zich in een startfase. Slechts enkele organisaties beschikken hier binnen een termijn van twee jaar over.

De kernprocessen in de behandeling van kinderen en jeugdigen in de psychiatrie verdienen prioriteit bij de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid. Het geneesmiddelenbeleid en het beleid rond drang en dwang in de zorg zijn hiervan belangrijke voorbeelden.

Bron: *Kwaliteit van zorg in de kinder- en jeugdpsychiatrie*. IGZ, februari 2002.

TBS-klinieken: geen enkele kliniek heeft sluitend kwaliteitssysteem

Ook de justitiële TBS-klinieken vallen onder de Kwaliteitswet zorginstellingen. “Hoewel enkele klinieken verdienstelijke pogingen gedaan hebben om het kwaliteitsbeleid verder vorm en inhoud te geven en in de meeste klinieken ingrijpende veranderingen die gericht zijn op de verbetering van de (organisatie van de) zorg in gang gezet zijn, moet geconstateerd worden dat nog geen enkele kliniek aan alle eisen

van de Kwaliteitswet voldoet en nog geen kliniek een geborgd kwaliteitssysteem heeft voor de belangrijkste processen en procedures.”

Bron: *Het algemeen toezicht op de justitiële TBS-inrichtingen in 2000*. IGZ, februari 2001.

Kwaliteitszorg bij gebruik Zweedse band in de gehandicaptenzorg is zwaar onder de maat

De zogenaamde Zweedse band wordt gebruikt om cliënten aan bed of stoel vast te binden. Verkeerd gebruik kan grote risico's opleveren voor de patiënt: de inspectie krijgt jaarlijks twee tot drie meldingen van dodelijke ongelukken. In 2002 heeft de inspectie onderzoek verricht naar kwaliteitswaarborgen bij het gebruik van de Zweedse band in de gehandicaptenzorg. De conclusies zijn ook van belang voor andere sectoren waar dit fixatiemiddel wordt gebruikt, zoals verpleeg- en ziekenhuizen.

De conclusie luidt dat de kwaliteitszorg zwaar onder de maat is. Het gevaar van toepassing van de Zweedse band wordt weinig onderkend en er vindt nauwelijks registratie plaats van incidenten of bijna-ongelukken waar lering uit getrokken zou kunnen worden.

- 46% van de stichtingen voor gehandicaptenzorg die de Zweedse band gebruiken, hebben schriftelijk beleid voor fixatie van cliënten. De Zweedse band komt hierin meestal niet expliciet aan bod.
- 66% rapporteert dat ze beschikken over een protocol voor de beslissing om de Zweedse band te gebruiken. Bij inspectiebezoeken blijkt dat het hier meestal gaat om een algemeen protocol voor het toepassen van middelen en maatregelen, en niet specifiek voor toepassing van de Zweedse band.
- 33% heeft een protocol voor het gebruik van de Zweedse band. Deze zijn in het algemeen zo weinig concreet dat risico's bij het gebruik niet voorkomen worden.

Bron: *Risico's bij het gebruik van de Zweedse band in de gehandicaptenzorg*. IGZ, januari 2002.

9 Kwaliteitsborging in verpleeghuizen en thuiszorg

9.1 Kwaliteitsbeleid en verantwoording: inspectiebevindingen verpleeghuizen

<i>Aspect</i>	<i>% verpleeghuizen dat hierover beschikt in 2000</i>	
Kwaliteitsbeleid op schrift	53%	40% in ontwikkeling
Kwaliteitswerkplan voor de instelling	48%	42% in ontwikkeling
Kwaliteitshandboek	20%	60% in ontwikkeling
Kwaliteitsjaarverslag	86%	9% in ontwikkeling

Bron: Nivel 2000, Tabellenboek pagina 98

De Inspectie voor de Gezondheidszorg richt het algemeen toezicht in verpleeghuizen op de grootste risico's voor patiënten. Hierbij baseert de inspectie zich – tot de uitkomsten van de risico-analyse beschikbaar zijn – op eigen inzicht en ervaring. Er is niet gekeken naar de mate waarin integrale kwaliteitssystemen operationeel zijn, maar wel naar belangrijke elementen hiervan.

De hier vermelde cijfers hebben betrekking op 2000 en 2001, waarin 67 van de 360 verpleeghuizen zijn bezocht.

Beleidsplan

Volgens de veldnorm moeten alle verpleeghuizen in een beleidsplan aangeven hoe ze het begrip 'goede zorg' invullen (doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht).

Bij ruim een vijfde van de verpleeghuizen is sprake van een sluitende beleidscyclus. 19% van de bezochte verpleeghuizen heeft geen (personeels)beleidsplan waarin het begrip 'goede zorg' is geoperationaliseerd. 40% beschikt over een plan, maar is (nog) niet bezig met de uitvoering; nog eens 19% doet dit wel, en 22% heeft een plan, voert het uit en evalueert het beleid jaarlijks waarna bijstelling plaatsvindt.

Kwaliteitsniveau van de zorgverlening

Veldnorm: verpleeghuizen leggen vast welk minimaal kwaliteitsniveau zij gegarandeerd leveren aan cliënten (basiszorg). De organisatie maakt duidelijk hoe hierover is afgestemd met de cliëntenraad.

49% van de verpleeghuizen heeft niet vastgelegd waaraan de basiszorg moet voldoen.

Bij 33% staat dit wel op papier. Slechts 11% toetst regelmatig of de gestelde normen ook

worden gehaald. Nog minder verpleeghuizen (6%) evalueren de vastgestelde normen en betrekken hierbij de mening van de cliëntenraad.

Bij de voorbehouden en risicovolle handelingen heeft de meerderheid procedures op schrift gesteld (13% heeft nog niets beschreven). Bij 35% blijven het echter papieren tijgers: medewerkers zijn niet van het bestaan op de hoogte. In de meerderheid van de verpleeghuizen is dit echter wel het geval; 34% evalueert de opgestelde protocollen ook periodiek.

Verpleeghuizen scoren slecht op infectiepreventie, een van de thema's waar de inspectie aandachtig op let. Kwaliteitssystemen zijn afwezig (44%), of bevinden zich nog in de 'papieren' fase (21%): implementatie en evaluatie zijn nog geen gemeengoed.

9.2 Ontwikkeling van indicatoren in de verpleeghuissector

Het Nivel heeft in haar verkennende onderzoek acht verpleeghuizen betrokken. Verpleeghuizen verzamelen veel gegevens, die echter niet allemaal als bruikbare indicatoren beschouwd worden. Men streeft naar indicatoren (zowel kwantitatief als kwalitatief) die bijsturing mogelijk maken.

Wat al in de praktijk functioneert, zijn indicatoren voor onverantwoorde zorg. Deze zijn ontwikkeld om tijdig te kunnen signaleren wanneer door personele problemen de kwaliteit van zorg onvoldoende wordt. Aan het eind van deze paragraaf worden de bevindingen van de inspectie hierover weergegeven.

Indicatoren met betrekking tot de structuur van de organisatie

Vijf van de acht verpleeghuizen hanteren de betrokkenheid van de *cliëntenraad* als indicator voor kwaliteit van zorg.

Verder bestaat er veel overeenstemming over deskundigheid (en deskundigheidsbevordering) van *medewerkers* als indicator. Geoperationaliseerd in scholing, opleidingsniveau en functioneringsgesprekken. Personele bezetting wordt gezien als indicator voor doelmatigheid, wat ook verband houdt met kwaliteit die geleverd kan worden.

Indicatoren voor de kwaliteit van zorgprocessen

Er is veel variatie in de genoemde indicatiegebieden. De meest voorkomende worden hier genoemd.

- Aanwezigheid of evaluatie van *zorgplannen* noemen zes van de ondervraagde verpleeghuizen als indicatie voor kwaliteit. Soms worden bij de evaluatie normen gehanteerd, soms worden cliënten of familieleden ook bij de evaluatie betrokken.
- Drie verpleeghuizen vinden de mate waarin aan de *basiseisen voor verantwoorde zorg* voldaan is, een goede indicator. Voor de toetsing is een lijst met tien indicatoren beschikbaar, die ontwikkeld is door veldpartijen. Daarnaast vinden soms ook (interne) audits plaats. Eén verpleeghuis gebruikt de methode van participerende observatie om de kwaliteit van het primaire proces vast te stellen.
- Voor *hygiëne en (voedsel)veiligheid* zijn harde normen beschikbaar (HACCP), die de helft van de bezochte verpleeghuizen hanteren.
- Sommige indicatiegebieden zijn moeilijk te operationaliseren. Zo worden *open communicatie* genoemd, en *multidisciplinaire cliëntbesprekingen*: belangrijk, maar lastig te meten. Over andere harde indicatoren wordt verschillend gedacht, zoals *wachlijsten* en *doorlooptijden*. In hoeverre zegt dit iets over de geleverde kwaliteit?

Indicatoren voor de uitkomsten van de zorg

- Vrijwel alle instellingen peilen de *cliënttevredenheid*, en soms ook die van familieleden, via vragenlijsten. De resultaten worden vooral gebruikt als input voor nader onderzoek en zijn dus primair voor intern gebruik. Momenteel loopt een benchmarkonderzoek waarbij tevredenheid over de verleende zorg in alle deelnemende verpleeghuizen op dezelfde manier wordt gemeten.
- Drie verpleeghuizen monitoren de effecten van *kortdurende zorg* (slechts twee merken dit aan als indicator voor kwaliteit van zorg). Eén instelling geeft als reden dat veel cliënten bij thuiskomst een terugval doormaken; onderzoek levert veel informatie op over de geleverde kwaliteit en maakt bijsturen mogelijk.
- *Ziekteverzuim* van medewerkers wordt algemeen beschouwd als indicator voor kwaliteit van zorg. Soms ziet men dit als directe indicator voor kwaliteit van arbeid en daarmee ook van geleverde zorg. Andere instellingen relateren verzuimgegevens aan productiecijfers, waarmee een indicatie verkregen wordt over continuïteit op afdelingen (en daarmee indirect over kwaliteit van zorg). Ook *medewerkerstevredenheid*, *werkdruk* en *verloop* worden door verpleeghuizen als indicator genoemd.
- Zeven van de acht verpleeghuizen noemen *incidenten* en *klachten* als indicatoren voor kwaliteit van zorg. Over de bruikbaarheid van klachten verschillen de meningen: de wijze van afhandelen zegt meer over de kwaliteit dan het aantal klachten. Daarnaast noemen vier instellingen ook het voorkomen van *decubites* als indicatie.

Verpleeghuizen hanteren reeds indicatoren voor onverantwoorde zorg

In 2000 publiceerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg het rapport *Zorgen in de zomer*. Het beschrijft de gevolgen van personele onderbezetting in verpleeghuizen in de zomermaanden; op veel plaatsen is dan sprake van onverantwoorde zorg. Het rapport heeft geleid tot de ontwikkeling van indicatoren (door alle betrokken partijen) die aangeven wanneer de kwaliteit van zorg een ondergrens heeft bereikt. De afspraak is dat instellingen of cliëntenraden dit melden aan hun eigen branche- of beroepsorganisatie en aan de inspectie. Dit is beschreven in het *Evaluatierapport Zorgen in de zomer*.

Indicatoren waarover veel meldingen zijn binnengekomen, zijn onder meer:

- 'Structurele' (dat wil zeggen: geen incidentele) afwijkingen van het met de cliënt besproken, individuele zorgplan ten aanzien van persoonlijke hygiëne, voeding en vochtvoorziening, dagindeling, therapieën en individuele activiteiten.
- Dreigende concessies ten aanzien van het zorgplan betreffende risicovolle en/of gezondheidsbedreigende situaties (bijvoorbeeld decubites, incontinentie, immobiliteit).
- Het niet-bereikbaar en oproepbaar zijn van de verpleegkundige deskundigheid gedurende 24 uur per dag, 7 dagen per week.
- Het ontbreken van permanente aanwezigheid van een geïnstrueerd persoon voor het toezicht ten behoeve van psychogeriatrisch geïndiceerde cliënten in huiskamers.

Bron: *Evaluatierapport Zorgen in de Zomer*. IGZ, februari 2002.

Iris van Bennekom



Iris van Bennekom,
is directeur Nederlandse Patiënten
Consumenten Federatie

Wat vindt de NPCF van de Kwaliteitswet?

Kwaliteitstoetsing door patiënten dient als bedrijfskosten gefinancierd te worden. Het is een goede zaak dat de Kwaliteitswet er is. De patiëntenbeweging heeft er destijds hard aan meegewerkt om deze wet van de grond te krijgen met het accent op patiëntgerichtheid. Maar nu het op de implementatie aankomt, zien we een paar problemen.

Instellingen zijn met kwaliteitssystemen aan de slag gegaan, met het accent op organisatorische aspecten. Inmiddels wordt erkend dat een goed kwaliteitssysteem ook een toetsing bevat van het oordeel van de patiënt, gevolgd door een adequaat verbeteringstraject.



Via het beoordelingsschema van de stichting HKZ is dit goed mogelijk. Systemen zijn noodzakelijk voor borging van het kwaliteitsbeleid. Het instrumentarium dat patiëntenorganisaties ontwikkeld hebben om de prestaties van aanbieders van zorg cyclisch te toetsen dient, net als het interne kwaliteitssysteem en dus als normale bedrijfskosten, gefinancierd te worden.

Daarnaast heeft de patiënt behoefte aan snelle manieren om inzicht te krijgen in de geleverde kwaliteit: quick scans, maar vooral ook goede prestatie-indicatoren, naast een veel grotere mate van openheid en beschikbaarheid van informatie over de geleverde kwaliteit. Die informatie is er, die informatie moet openbaar.

9.3 Kwaliteitsborging in de thuiszorg: inspectie positief

De inspectie heeft in 2000 en 2001 een 'quick scan' onder alle thuiszorgorganisaties uitgevoerd^[8], waarna 33 instellingen bezocht zijn.^[9]

<i>Aspect</i>	<i>% thuiszorgorganisaties dat hierover beschikt</i>
Algemeen beleidsplan	92%
Kwaliteitsbeleid op schrift	81%
Kwaliteitsjaarverslag	86%*
Kwaliteitskeurmerk LVT	76%

* 86% heeft een afzonderlijk kwaliteitsjaarverslag gemaakt; daarnaast zijn er thuiszorgorganisaties die de kwaliteitsgegevens in hun algemene jaarverslag hebben opgenomen. Bij enkele organisaties ontbreekt verantwoording over het kwaliteitsbeleid geheel.

De inspectie is positief over kwaliteitszorg bij thuiszorginstellingen (met name die zijn aangesloten bij brancheorganisatie LVT); in het algemeen beschikken ze over een goed uitgewerkt en geïmplementeerd kwaliteitsbeleid. De LVT legt strenge criteria aan voor het verlenen van een kwaliteitskeurmerk. 76% van de instellingen beschikt daarover, wat onder meer impliceert dat zij beschikken over een kwaliteitshandboek en het primaire proces beschreven hebben.

Bij de bezoeken heeft de inspectie de kwaliteitsjaarverslagen ook inhoudelijk beoordeeld. De kwaliteit van de aangeboden informatie loopt sterk uiteen. De gegevens zijn voor derden niet altijd goed te begrijpen.

Iets meer dan de helft neemt de systematiek van kwaliteitsbewaking op in het kwaliteitsjaarverslag. Een ruime meerderheid rapporteert over concrete resultaten van het kwaliteitsbeleid. De betrokkenheid van cliënten hierbij, geven vrijwel alle instellingen aan.

Het Nivel (2002) heeft ook bij thuiszorgorganisaties onderzocht hoe de ontwikkeling van indicatoren gevorderd is. Net als bij de andere sectoren is er ook bij de thuiszorg weinig relatie tussen de visie over goede kwaliteit van de instellingen en de indicatoren die gemeten worden. En ook hier is men nog (lang) niet zo ver dat voor kwaliteit belangrijke aspecten vertaald kunnen worden in meetbare indicatoren.

[8] 124 thuiszorgorganisaties hebben een vragenlijst ontvangen. 84% heeft deze geretourneerd.

[9] Bron: *Het algemeen toezicht op de thuiszorg. Mei 2000 - juni 2002*. IGZ, oktober 2001.

Er bestaat overeenstemming over het belang van enkele indicatoren, te weten: tevredenheid van cliënten, gebruik en toetsing van zorgplannen en de professionele kwaliteit van medewerkers. Over andere indicatoren bestaat minder consensus (bijvoorbeeld de waarde van klachten of ziekteverzuimcijfers als indicator voor kwaliteit van zorg).

10 Kwaliteitsborging in de farmaceutische zorg

10.1 Kwaliteitsborging van farmaceutische zorg in algemeen psychiatrische ziekenhuizen en verzorgingshuizen

Een systematische borging van de kwaliteit op instellingsniveau betekent ook dat op deelterreinen de kwaliteit van zorg gewaarborgd moet zijn. Een van deze deelterreinen is de farmaceutische zorg: welke structurele waarborgen bieden instellingen dat patiënten en cliënten de juiste geneesmiddelen in de juiste dosering op het juiste moment toegediend krijgen? De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft dit onderzocht in een aantal soorten instellingen, het meest recent in verzorgingshuizen en algemeen psychiatrische ziekenhuizen.

Algemeen psychiatrische ziekenhuizen (APZ): kwaliteitsborging onvoldoende
De inspectie concludeert dat een kwaliteitssysteem voor geneesmiddelendistributie en farmacotherapie onvoldoende functioneert in APZ'en.

- Vijf van de veertig onderzochte APZ'en met meer dan vijftig behandelplaatsen hebben geen instellingsbeleidsplan. Waar dit wel aanwezig is, wordt nauwelijks aandacht besteed aan beleid voor en organisatie van geneesmiddelendistributie en farmacotherapie.
- Vijftien van de onderzochte instellingen hebben een kwaliteitshandboek voor farmaceutische zorg.
- Slechts negen instellingen besteden in hun kwaliteitsjaarverslag expliciet aandacht aan de kwaliteitsbewaking van de farmacotherapie.

Bron: *Geneesmiddelendistributie en farmacotherapie in APZ'en*. IGZ, juli 2000.

Verzorgingshuizen: 20% heeft geen enkele stap gezet in ontwikkeling van kwaliteitssysteem; 30% geen procedures voor farmaceutische zorg

De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft in 56 verzorgingshuizen onderzoek gedaan naar waarborgen voor farmaceutische zorg.

- In het onderzoek is gevraagd naar de aanwezigheid van een integraal kwaliteitssysteem.
Meer dan 20% van de instellingen heeft nog geen enkele stap gezet in de ontwikkeling van een kwaliteitssysteem.
40% zegt dat er in het verzorgingshuis een integraal kwaliteitssysteem operationeel is. Bij controle door de inspectie blijkt dit hooguit bij 30% het geval, als gekeken

wordt naar elementen die bij een kwaliteitssysteem zeker aanwezig moeten zijn, zoals een kwaliteitshandboek waarin procedures zijn vastgelegd en de uitvoering van kwaliteitsprojecten.

- Eenderde van de verzorgingshuizen geeft aan dat de systematiek van het kwaliteitssysteem ook wordt toegepast op het farmaceutisch proces. Dit houdt in dat de belangrijkste stappen van het voorschrijven van medicatie tot en met de toediening ervan is vastgelegd in standaardprocedures.

In zo'n 30% van de verzorgingshuizen zijn helemaal geen standaardprocedures voor de farmaceutische zorg aanwezig. De overige instellingen hebben de procedures in meer of mindere mate op schrift gesteld.

- Controle op fouten in het farmaceutisch proces vindt in 70% van de instellingen plaats, maar dit gebeurt niet systematisch. In 30% van de verzorgingshuizen vinden dergelijke controles helemaal niet plaats.

Bron: *Farmaceutische zorg in verzorgingshuizen moet beter*. IGZ, november 2002.

10.2 Kwaliteitssystemen in openbare apotheken

De inspectie heeft in 2000 een 'quick scan' uitgevoerd onder openbare apotheken, waarbij onder meer naar de ontwikkeling van kwaliteitssystemen is gekeken. De uitkomsten van deze steekproef zijn niet representatief, maar geven wel een indicatief beeld van de ontwikkeling van kwaliteitsborging in openbare apotheken.

- In eenderde van de onderzochte apotheken was een kwaliteitssysteem volledig operationeel. De kwaliteit van de processen is gewaarborgd, en er is (gedeeltelijk) inzage in de geleverde kwaliteit. 50% van de apotheken heeft een basaal functionerend kwaliteitssysteem, of is gestart met de ontwikkeling ervan. 20% heeft echter nog geen enkel initiatief genomen om een kwaliteitssysteem in te voeren.
- Alle onderzochte apotheken hebben een medicatiebewakingssysteem waarin de medicatiehistorie van patiënten goeddeels bekend is. Medicatiebegeleiding en voorlichting horen in de meeste apotheken bij de dagelijkse praktijk: bij 16% zijn hiervoor protocollen in gebruik en is er inzicht in het effect. Medicatiebewakingssignalen worden bij ruim 90% van de apotheken consequent beoordeeld en leiden waar nodig tot actie. De wijze van afhandeling wordt schriftelijk vastgelegd, waardoor in principe informatie geaggregeerd kan worden over genomen acties en de resultaten hiervan. Toch gebeurt dit maar in weinig apotheken.
- De verwerking van recepten, de controle hierop en de aflevering is bij vrijwel alle onderzochte apotheken van voldoende niveau.

- Het zelf bereiden van geneesmiddelen is in de helft van de onderzochte apotheken niet met voldoende kwaliteitswaarborgen omgeven. Er zijn tekortkomingen in de protocollering, eindcontrole, en/of er ontbreekt een systeem van quarantaine en vrijgifte van geneesmiddelen. Kwalitatieve en kwantitatieve controles via een regionaal apotheeklaboratorium vinden bij deze apotheken niet of nauwelijks plaats.

Bron: *Jaarrapportage IGZ 2000.*

11 Kwaliteitsborging bij GGD's

11.1 Kwaliteitsbeleid: inspectiebevindingen

Aspect	% GGD's dat hierover beschikt in 2000	
Kwaliteitsbeleid op schrift	37%	39% in ontwikkeling
Kwaliteitswerkplan voor de instelling	30%	28% in ontwikkeling
Kwaliteitshandboek	28%	28% in ontwikkeling
Kwaliteitsjaarverslag	87%	11% in ontwikkeling

Bron: Nivel 2000, Tabellenboek pagina 257

Tussen 1999 en 2002 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg alle GGD's bezocht en is onder meer vastgesteld wat de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid is. GGD's vallen overigens niet als instelling onder de Kwaliteitswet zorginstelling; ze hebben derhalve niet de verplichting een integraal kwaliteitssysteem in gebruik te hebben.

Úit de inspectiebevindingen blijkt dat GGD's wel investeren in kwaliteit, maar dat de ontwikkeling nog aan het begin staat.

- 84% van de GGD's beschikt over kwaliteitsfunctionarissen binnen de instelling (bij 33% gaat het om 1 fte of meer).
- 67% heeft het kwaliteitsbeleid op schrift vastgelegd.
- 35% van de GGD's voert interne kwaliteitsaudits uit en eenzelfde percentage heeft één of meer afdelingen die gecertificeerd zijn.
- Aan 24 GGD's heeft de inspectie de afgelopen twee jaar gevraagd hoe ver zij zijn met kwaliteitsontwikkeling. Hierbij is uitgegaan van de fase-indeling waarbij fase 1 de fase is waarin de organisatie gericht is op afzonderlijke activiteiten, in fase 2 de organisatie zich richt op het verbeteren van processen en er in fase 3 sprake is van een oriëntatie op het totale systeem, inclusief ondersteuning.
 - 2 GGD's gaven aan zich in fase 3 te bevinden.
 - 12 GGD's bevinden zich in fase 1 of 2.
 - 10 GGD's waren niet in staat zichzelf binnen het model te kwalificeren.

11.2 Ontwikkeling van indicatoren

Het Nivel (2002) heeft vijf GGD's bevraagd naar indicatoren die momenteel gebruikt worden om de kwaliteit van zorg en dienstverlening zichtbaar te maken. Het onderzoek is verkennend en niet representatief; het geeft wel een indicatie hoe ver GGD's zijn in de ontwikkeling van indicatoren. De volgende indicatoren worden het meest genoemd.

Indicatoren met betrekking tot de structuur van de organisatie

Deskundigheid van medewerkers wordt door drie van de vijf GGD's als indicatie voor kwaliteit genoemd. Hierbij gaat het om opleiding, casuïstiekbesprekingen, maar ook inzetbaarheid van personeel wordt genoemd.

Twee GGD's gebruiken gegevens over zorgbehoeften als indicatie voor kwaliteit. Deze zijn van belang om het aanbod op de vraag in de regio af te kunnen stemmen.

Indicatoren voor de kwaliteit van zorgprocessen

Indicatoren die veel genoemd worden (door drie van de vijf GGD's) hebben te maken met de factor 'tijd'.

Responstijden (bijvoorbeeld door ambulancedienst, maar ook bij uitbreken van epidemieën) worden geregistreerd. Soms is hieraan ook een norm verbonden (bijvoorbeeld: 95% van de ambulances moet voor spoedeisende hulp binnen 15 minuten ter plaatse zijn). *Doorlooptijd* is de tijd tussen de aanvraag van een dienst en de afhandeling; voor uiteenlopende zaken worden doorlooptijden geregistreerd. Dit kan variëren van aanvragen in het kader van de Wet voorziening gehandicapten, tot het inplannen van cliënten die een beroep doen op de unit Sociaal Medische Zorg.

Bereikbaarheid noemen drie GGD's als indicatie voor kwaliteit. Het operationaliseren van deze indicator verkeert bij twee van de drie nog in een startfase.

Gebruik en toetsing van protocollen is voor drie GGD's een indicator. Dit gebeurt in één instelling door interne audits. Elders worden afwijkingen van het protocol met de betreffende medewerkers besproken.

Indicatoren voor de uitkomsten van de zorg en dienstverlening

Cliënttevredenheid is voor alle ondervraagde GGD's een kwaliteitsindicator. Het operationaliseren van deze indicator gebeurt meestal door klanttevredenheidsonderzoeken.

Medewerkerstevredenheid brengen drie GGD's in verband met kwaliteit van zorg; bij twee is hiernaar ook onderzoek verricht.

Effecten van cursussen en andere preventie-activiteiten noemen drie instellingen als indicatie voor de kwaliteit van gezondheidsbevordering door de GGD. Dit is echter lastig te meten, ook omdat effecten zich vaak richten op de lange termijn. Ook het bereik van doelgroepen wordt als indicator aangemerkt.

Alle ondervraagde GGD's gebruiken *klachten* als indicator. Type klacht, wijze van afhandeling en de doorlooptijd hiervan worden geregistreerd; soms zijn hiervoor ook normen opgesteld. Ook bij GGD's gelden klachten niet als absolute indicator voor kwaliteit, maar vervullen ze eerder een signaalfunctie.

Vier van de vijf instellingen gebruiken *uitkomsten van (wetenschappelijk) onderzoek en evaluaties* om een beeld te krijgen van de geleverde zorg en dienstverlening.

Productiecijfers worden door alle GGD's verzameld, maar fungeren bij drie ook als indicator, met name voor doelmatigheid.

11.3 Kwaliteitsborging jeugdgezondheidszorg: 0- tot 4-jarigen behoorlijk; 4- tot 19-jarigen blijft ver achter

De kwaliteitsontwikkeling is bij de jeugdgezondheidszorg voor 0- tot 4-jarigen verder dan bij de zorg voor 4- tot 19-jarigen. Het kwaliteitsbeleid van de brancheorganisatie LVT, waar veel instellingen die 0- tot 4-jarigenzorg aanbieden bij aangesloten zijn, heeft hierop een positieve invloed gehad.

Van een landelijk integraal kwaliteitssysteem voor de gehele jeugdgezondheidszorg is nog geen sprake.

58% van de 62 respondenten zegt over een kwaliteitssysteem voor de zorg voor 0- tot 4-jarigen te beschikken. Driekwart had in twee jaar voor het onderzoek audits of kwaliteitstoetsen gehouden. Op 4 na zijn alle organisaties gecertificeerd (vrijwel allemaal door de LVT).

Bij de jeugdgezondheidszorg voor 4- tot 19-jarigen geven 14 van de 46 onderzochte organisaties aan een kwaliteitssysteem te hebben. 17% heeft de voorgaande twee jaar audits of kwaliteitstoetsen gehouden. 7 organisaties zijn (bijna) gecertificeerd, 11 hebben plannen in die richting. In meer dan de helft van de organisaties zijn geen concrete plannen voor certificering.

Bron: *Onderzoek naar de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg anno 2000; deel II: uitgebreide weergave van bevindingen en conclusies. Een nulmeting ten behoeve van de implementatie van de basistaken jeugdgezondheidszorg.* IGZ, oktober 2000.

BIJLAGE 1 Verantwoording

Gebruikte bronnen

Brief Minister (10 juni 2002). E. Borst-Eilers. *Standpunt op evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen*.

Commissie-Abeln (2001). *Op weg naar gezond vertrouwen. Advies over de strategie voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg*. Den Haag, 2001.

Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen (2001). A.F. Casparie e.a.: *Evaluatie kwaliteitswet zorginstellingen*. Den Haag, ZonMw, 2001.

IGZ (1997). *Circulaire Kwaliteitswet zorginstellingen*. IGZ, 15 maart 1997.

IGZ (2002). *Circulaire Kwaliteitswet zorginstellingen*. IGZ, 10 maart 2000.

IGZ (2000). *Conferentie Kwaliteit van Zorg Leidschendam 2000. Visie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg*. Den Haag, april 2000.

Nivel (2000).

E.M. Sluijs en C. Wagner. *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen. De stand van zaken in 2000*. Utrecht, april 2000.

E.M. Sluijs en C. Wagner. *Tabellenboek Kwaliteitssystemen: de stand van zaken per zorgsector in 2000*. Utrecht, april 2000.

M. Bennema-Broos, E.M. Sluijs en C. Wagner. *Overzichtsstudie kwaliteitssystemen van beroepsbeoefenaren in de zorgsector 1990-2000*. Utrecht, april 2000.

Nivel (2002). E. Sluijs, e.a.: *Verdiepingsstudie transparantie kwaliteit van zorg. Een exploratief onderzoek naar de mate waarin zorginstellingen indicatoren gebruiken om de kwaliteit van zorg zichtbaar te maken*. Utrecht, 2002.

Verwey-Jonker Instituut (2002). D. Oudenampsen, e.a.: *Kwaliteit verantwoord. Naar een standaard voor kwaliteitsjaarverslagen*. Utrecht, september 2002.

Relevante thematische rapporten IGZ vanaf 2000

De Inspectie voor de Gezondheidszorg voert naast algemeen toezicht in instellingen ook instellings-overstijgend thematisch toezicht uit. Vaak komt de naleving van de Kwaliteitswet hierin aan de orde. Onderstaand overzicht bevat de thematische rapporten die de inspectie vanaf 2000 heeft uitgebracht, waarin naleving van de Kwaliteitswet een rol speelt.

Bereikbaarheid van de GGD's buiten kantooruren. IGZ, februari 2002.

Dwangbehandeling en dossiervorming. Onderzoek naar de zorgvuldigheid en de volledigheid waarmee in algemeen psychiatrische ziekenhuizen dwangbehandelingen worden verwoord in het patiëntendossier. IGZ, juli 2000.

Ernstig meervoudig gehandicapt en dán? IGZ, juni 2000.

Evaluatierapport Zorgen in de zomer. IGZ, februari 2002.

Farmaceutische zorg in verzorgingshuizen moet beter. IGZ, november 2002

Geneesmiddelendistributie en farmacotherapie in APZ'en. IGZ, juli 2000.

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding bij GGD's. IGZ, januari 2000.

GGD's op de drempel van de eeuwwisseling. IGZ, oktober 2000.

Het algemeen toezicht op de justitiële TBS-inrichtingen in 2000. IGZ, februari 2001.

Het algemeen toezicht op de thuiszorg. Mei 2000 - juni 2001. IGZ, oktober 2001.

Kraamzorg. Kwaliteit, toegankelijkheid, beschikbaarheid en bereikbaarheid. IGZ, oktober 2001.

Kwaliteit palliatieve zorg aan terminale patiënten in zelfstandige hospices. IGZ, mei 2002.

Kwaliteit van zorg in de kinder- en jeugdpsychiatrie. IGZ, februari 2002.

Kwaliteitsontwikkeling in RIBW's. Een inventarisatie van de stand van zaken. IGZ, september 2000.

Kwaliteitszorg in (grootschalige) instellingen voor geestelijke gezondheidszorg. IGZ, mei 2001.

Nucleaire geneeskunde. Kwaliteitswaarborgen afdelingen nucleaire geneeskunde voor verbetering vatbaar. IGZ, april 2002.

Onderzoek naar de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg anno 2000, deel I en II. IGZ, oktober 2000.

Onvoldoende kwaliteitswaarborgen bij geautomatiseerde distributiesystemen vormen risico voor patiënt. IGZ, mei 2002.

Op de voet gevolgd. De ketenkwaliteit van zorg voor kinderen met een ontwikkelingsstoornis (0 - 6 jaar). IGZ, juni 2002.

Particuliere intramurale instellingen voor ouderenzorg onderzocht. IGZ, november 2002.

Pediatrie intensive care in Nederland. IGZ, december 2001.

Reiniging en desinfectie van scopen te flexibel? Een onderzoek naar kwaliteit van de reiniging en desinfectie van flexibele scopen in ziekenhuizen. IGZ, april 2000.

Bas Vos



Bas Vos,
is voorzitter Landelijke Huisartsen
Vereniging

Evidence Based Medicine: dat is volgens velen het ultieme kwaliteitscriterium voor geneeskundig handelen.

Ik deel die mening niet. Bij de beoordeling van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg gaat het om de patiënt. Bij een vraaggerichte manier van werken, en die omarmen we terecht steeds meer in de gezondheidszorg, gaat het er om wat de patiënt onder kwaliteit verstaat. Dat is de maatlat.

Hij of zij verlangt van de huisarts een grote mate van deskundigheid, gebaseerd op toetsbare normen (protocollen, evidence based), met een optimale bereikbaarheid.



Wat dat laatste betreft wenst de patiënt een goede verhouding tussen tijd en plaats. Hij verlangt niet een ambulance op elke straathoek, of een EHBO-helicopter op elke kinderspeelplaats. Dat betekent dat maximale kwaliteit van zorg anders ingevuld kan worden op verschillende momenten van de dag. Patiënten begrijpen dat, huisartsen bieden dat. Om de match tussen die twee draait het bij de invulling van het begrip 'kwaliteit' in de eerstelijns zorg.

Risico's bij het gebruik van de Zweedse band in de gehandicaptenzorg. IGZ, januari 2002.

Sanguis sanus sanat. Veiligheid van bloedverstrekking en bloedgebruik in de Nederlandse ziekenhuizen. IGZ, november 2001.

Stamceltransplantatie bij kinderen en volwassenen II. IGZ, juni 2001.

Validatiestatus sterilisatoren voor medische hulpmiddelen in de Nederlandse ziekenhuizen. IGZ, december 2000.

Veiligheidsrisico's bij het gebruik van bedden, bedekken en fixatiemateriaal in verpleeghuizen. IGZ, september 2000.

Vergiften gewogen. Onderzoek naleving vergiftenregeling. IGZ, december 2000.

Zorgen in de zomer. Inventarisatie van de personeelsproblematiek in verpleeghuizen gedurende de zomermaanden 2000. IGZ, december 2000.

BIJLAGE 2 **Kwaliteitswet zorginstellingen**

Stb. 1996, 80, Wet van 18 januari 1996 betreffende de kwaliteit van zorginstellingen, laatstelijk gewijzigd bij wet van 28 januari 1999, STb. 30

Hoofdstuk I Algemene bepaling

Artikel 1

- 1 In deze wet en de daarop berustende bepalingen wordt verstaan onder:
 - a zorg: de zorg als omschreven bij of krachtens de Ziekenfondswet, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, met uitzondering van de bij algemene maatregel van bestuur aangewezen zorg;
 - b instelling: het organisatorisch verband dat strekt tot de verlening van zorg;
 - c zorgaanbieder:
 - 1^e de natuurlijke persoon of de rechtspersoon, die een instelling in stand houdt;
 - 2^e de natuurlijke personen of rechtspersonen, die gezamenlijk een instelling vormen;
 - d Onze Minister: Onze Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- 2 Bij algemene maatregel van bestuur kan, indien het belang van de bevordering van de kwaliteit van zorg dit vereist, een vorm van hulp worden aangewezen als zorg in de zin van deze wet.
- 3 Niet als instelling wordt beschouwd het organisatorisch verband waarbinnen in het kader van de binnen een ander organisatorisch verband verleende zorg, een deel van die zorg wordt verleend.
- 4 Indien het betreft een zorgaanbieder als bedoeld in het eerste lid, onder c, 2^e, richten de uit deze wet voortvloeiende verplichtingen zich tot ieder van de in dat onderdeel bedoelde personen.

Hoofdstuk II Eisen

Artikel 2

De zorgaanbieder biedt verantwoorde zorg aan. Onder verantwoorde zorg wordt verstaan zorg van goed niveau, die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht wordt verleend en die afgestemd is op de reële behoefte van de patiënt.

Artikel 3

De zorgaanbieder organiseert de zorgverlening op zodanige wijze, voorziet de instelling zowel kwalitatief als kwantitatief zodanig van personeel en materieel, en draagt zorg voor een zodanige verantwoordelijkheidstoedeling, dat een en ander leidt of redelijkerwijs moet leiden tot een verantwoorde zorg. Hierbij betreft hij de resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties. Voor zover het betreft zorgverlening die verblijf van de patiënt of cliënt in de instelling gedurende tenminste het etmaal met zich brengt, draagt de zorgaanbieder er tevens zorg voor dat in de instelling geestelijke verzorging beschikbaar is, die zoveel mogelijk aansluit bij de godsdienst of levensovertuiging van de patiënten of cliënten.

Artikel 4

- 1 Het uitvoeren van artikel 3 omvat mede de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg.
- 2 Ter uitvoering van het eerste lid draagt de zorgaanbieder, afgestemd op de aard en omvang van de instelling, zorg voor:
 - a het op systematische wijze verzamelen en registreren van gegevens betreffende de kwaliteit van de zorg;
 - b het aan de hand van de gegevens, bedoeld onder a, op systematische wijze toetsen in hoeverre de wijze van uitvoering van artikel 3 leidt tot een verantwoorde zorgverlening;
 - c het op basis van de uitkomst van de toetsing, bedoeld onder b, zonedig veranderen van de wijze waarop artikel 3 wordt uitgevoerd.

Artikel 5

- 1 De zorgaanbieder legt jaarlijks vóór 1 juni per instelling een verslag ter openbare inzage, waarin hij verantwoording aflegt van het beleid dat hij in het afgelopen kalenderjaar heeft gevoerd ter uitvoering van de artikelen 2, 3 en 4 en van de kwaliteit van de zorg die hij in dat jaar heeft verleend.
- 2 In dat verslag geeft de zorgaanbieder daartoe onder meer aan:
 - a of en, zo ja, op welke wijze hij patiënten of consumenten bij zijn kwaliteitsbeleid heeft betrokken;
 - b de frequentie waarmee en de wijze waarop binnen de instelling kwaliteitsbeoordeling plaatsvond en het resultaat daarvan;
 - c welk gevolg hij heeft gegeven aan klachten en meldingen over de kwaliteit van de verleende zorg.
- 3 De zorgaanbieder zendt een afschrift van het verslag aan Onze Minister en aan de regionale inspecteur van het staatstoezicht op de volksgezondheid, alsmede aan de organisatie die in de regio de belangen van de patiënten in algemene zin behartigt.

Artikel 6

- 1 Bij algemene maatregel van bestuur kunnen, indien het niveau van de zorg, verleend in een bij de maatregel aangewezen categorie van instellingen, dit vereist, regels worden gesteld met betrekking tot de uitvoering van de artikelen 3 en 4.
- 2 Indien uitvoering van de artikelen 3 en 4 overeenkomstig de op grond van het eerste lid gestelde regels niet blijkt te leiden tot verantwoorde zorg, kunnen bij algemene maatregel van bestuur tevens nadere regels worden gesteld met betrekking tot artikel 2.

Hoofdstuk III Handhaving

Artikel 7

- 1 Indien Onze Minister van oordeel is dat de artikelen 2, 3, 4 of 5 niet of in onvoldoende mate of op onjuiste wijze worden nageleefd, kan hij de zorgaanbieder een schriftelijke aanwijzing geven.
- 2 In de aanwijzing geeft Onze Minister met redenen omkleed aan op welke punten de artikelen 2, 3, 4 of 5 niet of in onvoldoende mate of op onjuiste wijze worden nageleefd, alsmede de in verband daarmee te nemen maatregelen.
- 3 Een aanwijzing bevat de termijn waarbinnen de zorgaanbieder er aan moet voldoen.
- 4 Indien het nemen van maatregelen in verband met gevaar voor de veiligheid of de gezondheid redelijkerwijs geen uitstel kan lijden, kan de ingevolge artikel 8 met het toezicht belaste ambtenaar een schriftelijk bevel geven. Het bevel heeft een geldigheidsduur van zeven dagen, welke door Onze Minister kan worden verlengd.
- 5 De zorgaanbieder is verplicht binnen de daarbij gestelde termijn aan de aanwijzing onderscheidenlijk onmiddellijk aan het bevel te voldoen.

Hoofdstuk IV Toezicht

Artikel 8

- 1 Met het toezicht op de naleving van de bij de artikelen 2, 3, 4 en 5 gestelde eisen onderscheidenlijk de krachtens artikel 7 gegeven aanwijzingen of bevelen zijn belast de hoofdinspecteurs, de inspecteurs en de onder hun bevelen werkzame ambtenaren van het staatstoezicht op de volksgezondheid.
- 2 De met toezicht belaste ambtenaren zijn bevoegd, met medeneming van de benodigde apparatuur, een woning binnen te treden zonder toestemming van de bewoner, voorzover de woning deel uit maakt van een instelling.

Artikel 9 t/m 13 vervallen

Hoofdstuk V Bestuurlijk ingrijpen

Artikel 14

Onze Minister is bevoegd tot toepassing van bestuursdwang ter handhaving van de uit een krachtens artikel 7, eerste of vierde lid, gegeven aanwijzing onderscheidenlijk bevel voortvloeiende verplichting.

Artikel 15 Vervallen

Hoofdstuk VI Overige bepalingen

Artikelen 16 t/m 24 (wijziging andere wetten): niet opgenomen,

Artikel 25 van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

NB wijziging artikel 40 Wet op de Beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG):

Hoofdstuk V Kwaliteit van de beroepsuitoefening

Artikel 40

De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg wordt gewijzigd als volgt:

Artikel 40 komt te luiden:

- 1 Degene die in een register als bedoeld in artikel 3 staat ingeschreven of die een beroep uitoefent waarvan de opleiding krachtens artikel 34, eerste lid, is geregeld of aangewezen, en die zijn beroep uitoefent anders dan in het kader van een instelling als bedoeld in de Kwaliteitswet zorginstellingen, organiseert zijn beroepsuitoefening op zodanige wijze en voorziet zich zodanig van materieel, dat een en ander leidt of redelijkerwijze moet leiden tot verantwoorde zorg.
- 2 Het uitvoeren van het eerste lid omvat mede de systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van de zorg.
- 3 Bij algemene maatregel van bestuur kunnen, indien het niveau van de uitoefening van de individuele gezondheidszorg dit vereist, regels worden gesteld met betrekking tot de uitvoering van het eerste en tweede lid.
- 4 Bij algemene maatregel van bestuur kunnen voorts, indien zulks noodzakelijk is gebleken ter bevordering van een goede uitoefening van individuele gezondheidszorg, voor degenen die in een register als bedoeld in artikel 3 staan ingeschreven of die een beroep uitoefenen waarvan de opleiding krachtens artikel 34, eerste lid, is geregeld of aangewezen, regels worden gesteld inhoudende:
 - a een verplichting in bij de maatregel aangegeven gevallen van een door hen gegeven behandeling aan een bij de maatregel aangewezen inspecteur van de volksgezondheid opgave te doen overeenkomstig regels, bij de maatregel gesteld;
 - b een verplichting om bij de maatregel aangegeven gegevens te vermelden op het recept, bedoeld in artikel 1, eerste lid, onder 1, van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening;
 - c een verbod om een overeenkomst die hun bijzondere voordelen verschafft, aan te gaan met bij de maatregel aangewezen categorieën van personen;
 - d eisen met betrekking tot de rechten van personen aan wie gezondheidszorg wordt verleend.

Artikel 26

Onze Minister zendt binnen vijf jaar na de inwerkingtreding van deze wet aan de Staten-Generaal een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van deze wet in de praktijk.

Artikel 27

Deze wet treedt in werking op een bij koninklijk besluit te bepalen tijdstip (1 april 1996), dat voor de onderscheidene artikelen of onderdelen daarvan verschillend kan worden vastgesteld.

Artikel 28

Deze wet wordt aangehaald als: Kwaliteitswet zorginstellingen.

BIJLAGE 3 **Lijst van afkortingen**

APZ	Algemeen psychiatrisch ziekenhuis
CCKL	Coördinatiecommissie ter bevordering van de Kwaliteitsbeheersing van het Laboratoriumonderzoek op het gebied van de Gezondheidszorg
CSG	Curatieve Somatische Gezondheidszorg
FMT	Farmacie en Medische Technologie
GG	Geestelijke Gezondheidszorg en Gehandicaptenzorg
GGD	Gemeentelijke gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
NIAZ	Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen
Nivel	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NVNG	Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde
PPR	Preventie, Public Health en Rampengeneeskunde
PREZIES	Preventie voor ziekenhuisinfecties door surveillance
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
TBS	Terbeschikkingstelling
VVT	Verpleging, Verzorging en Thuiszorg
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport



Grafisch ontwerp
Faydherbe/De Vringer,
Den Haag
Opmaak
Faydherbe/De Vringer
en Heleen van Haaren,
Den Haag
Fotografie omslag
Bart Versteeg, Den Haag
Fotografie portretten
Jeroen Toirkens, Rotterdam
Druk
Albani Drukkers bv, Den Haag

