

3^e
druk

Kwaliteitszorg

Kwaliteitszorg

ZorgBasics

Gwendell Foendoe Aubèl

Derde druk

Boom

Omslagontwerp: Cunera Joosten, Amsterdam
Opmaak binnenwerk: Textcetera, Den Haag

© Gwendell Foendoe Aubèl & Boom uitgevers Amsterdam, 2018

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.stichting-pro.nl).

No part of this book may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

ISBN 978-90-2442-134-3
NUR 860

www.boomhogeronderwijs.nl

Voorwoord

Deze uitgave binnen de reeks ZorgBasics geeft een raamwerk om kwaliteitszorg te benoemen en te begrijpen; verschillende elementen van kwaliteitszorg worden belicht. Deze uitgave is in eerste instantie bedoeld als hulpmiddel voor studenten en docenten van het Hoger Gezondheidszorgonderwijs (HGZO) en Hoger Sociaal Agogisch Onderwijs (HSAO) en (para)medische opleidingen bij de bestudering van algemene en specifieke modules kwaliteitszorg. Ook andere beroepsopleidingen kunnen hun voordeel doen met deze ZorgBasics-uitgave. Verschillende omschrijvingen en definities op het gebied van kwaliteitszorg kunnen in deze uitgave worden opgezocht. De intentie van deze uitgave is dat studenten en (aanstaande) beroepsbeoefenaren verschillende omschrijvingen, definities en uitwerkingen op het gebied van kwaliteitszorg makkelijk kunnen opzoeken. Voor de echte verdieping van deze informatie wordt verwezen naar de betreffende literatuur. Bij de totstandkoming van deze uitgave is een verscheidenheid aan literatuur, reeds aanwezig op dit gebied, geraadpleegd.

Gwendell Foendoe Aubèl
Februari 2018

Inhoud

1	Inleiding	9
1.1	Uitgangspunten kwaliteit in de zorg	9
1.2	De begrippen kwaliteit en kwaliteitszorg	11
1.3	Onderscheid kwaliteitszorg	15
1.4	Kwaliteitszorg en beroepsuitoefening	16
1.5	Kwaliteitsmanagement	18
1.6	Kwaliteitszorg op macroniveau	19
1.7	Kwaliteitszorg op mesoniveau	22
1.8	Kwaliteitszorg op microniveau	23
1.9	Het model van Donabedian	25
1.10	De begrippenkaders van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid	27
1.11	Kwaliteitszorgsystemen	29
2	Kwaliteitszorg in huidig perspectief	35
2.1	De moderne benadering van kwaliteitszorg	35
2.2	Integrale kwaliteitszorg	36
2.3	Patiëntgerichtheid: de patiënt centraal	40
2.4	Multidisciplinaire zorg: samenwerking	49
2.5	Coördinatie van zorg/organisatorische kwaliteit	54
2.6	Ketenkwaliteit	59
2.7	Professioneel handelen	62
2.8	Evidence-based richtlijnen	65
2.9	Indicatoren	68
2.10	Prestatie-indicatoren Ziekenhuizen	72
2.11	Haalbaarheid continue kwaliteitsverbetering	77
3	Belanghebbenden en hun bedoelingen	81
3.1	Invloed van stakeholders op de huidige kwaliteitszorg	81
3.2	Gebruikers in de sector zorg en welzijn	84
3.3	Aanbieders van zorg en welzijn	84
3.4	Branche- en beroepsorganisaties	85
3.5	Inspectie	88
3.6	Verzekeraars	89
3.7	Overheid	90

4	De kwaliteitskringloop	93
4.1	Cyclisch proces	93
4.2	Intercollegiale toetsing	96
4.3	Stappen van intercollegiale toetsing	99
4.4	Intervisie	118
4.5	Andere kwaliteitsmodellen	122
4.6	Benchmarken als kwaliteitsinstrument	126
4.7	Visitatie als kwaliteitsinstrument	132
4.8	Verschillen en overeenkomsten	137
4.9	Organisatie en planning	138
4.10	Lean in de zorg	144
4.11	SWOT-analyse	146
5	(Kwaliteits)wetten	149
5.1	Wet BIG	149
5.2	Kwaliteitswet zorginstellingen	156
5.3	Wet cliëntenrechten zorg	157
5.4	Wet maatschappelijke ondersteuning 2015	159
5.5	Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst	161
5.6	Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz)	169
5.7	Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen	174
	Literatuur	175
	Register	185
	Over de auteur	189

1.1 Uitgangspunten kwaliteit in de zorg

Een aantal algemene uitgangspunten (Marwick, Grol & Borgiel, 1992), aangevuld met recentere opinies en definities, vormen de basis voor kwaliteit in de zorg:

- Een bevredigende en efficiënte werkwijze in de dagelijkse praktijk.
- Het leveren van juiste, expliciete en oordeelkundige zorg aan patiënten/cliënten en het effectief werken als beroepsbeoefenaar.
- Het geven of doen van de juiste en nodige (be)handelingen en het werken volgens actuele inzichten over goede zorg.
- De geleverde zorg moet veilig, effectief en op tijd zijn.
- Het standaardiseren en op elkaar afstemmen van het handelen tussen beroepsbeoefenaren.
- Meer inzicht in de eigen werkwijze.
- Meer inzicht bij anderen (patiënten/cliënten, collega's, beleidsmakers, financiers) in de geboden zorg.
- Patiënten en cliënten moeten de kwaliteit van zorgaanbieders kunnen vergelijken.
- Tevredener patiënten/cliënten.
- Kostenbeheersing in de sector zorg en welzijn en keuze in zorg bij schaarse middelen.
- Verduidelijking van verantwoordelijkheid.
- Verbetering van de mogelijkheid tot het aanspreken van zorg- of hulpverleners, instellingen, patiënten/cliënten, zorgverzekeraars en overheid.
- Niveau van de gezondheidszorg dat zowel voor het individu als voor de bevolking de kans vergroot op gewenste uitkomsten, waarbij de verleende zorg in overeenstemming is met gangbare medische kennis en inzichten.

- De optimale verhouding van ervaringen ten opzichte van verwachtingen met betrekking tot een bepaald aspect van de (gezondheids)zorg.
- Zorg die steeds beter voldoet aan de noden en wensen van de cliënt.

Deze verschillende uitgangspunten worden door het voormalige Amerikaanse Institute of Medicine (IOM), sinds 2015 genaamd National Academy of Medicine, samengevat als 'doing the right thing, at the right time, in the right way, for the right person, and having the best possible results' (IOM, 2001).

Het streven naar kwaliteit is actueel binnen de sector zorg en welzijn. Sinds een jaar of 20 is kwaliteitszorg een must en niet meer weg te denken uit het handelen van zowel zorgvragers (denk aan de vergrijzingsproblematiek en de mondige ouderen, die de grootste zorgvragers aan het worden zijn en toegang hebben tot vele digitale bronnen), als zorgaanbieders/zorginstellingen als de zorgverzekeraars. Daarbij gelden begrippen als marktwerking door de druk vanuit de overheid, langer thuis blijven wonen met zorg en bezuinigingen.

Het gaat tegenwoordig vooral om hoe je kwaliteit definieert (vanuit de verschillenden perspectieven), het daadwerkelijk leveren van de gevraagde (afgesproken, afdedwongen) kwaliteit die betaalbaar is en het probleem dit aantoonbaar te maken.

Het besef dat kwalitatief goede zorg niet alleen het beste is voor de patiënt, maar ook nog eens het goedkoopst is, dringt steeds meer door. Op veel plekken zijn er initiatieven van zorgprofessionals, zorginstellingen, de overheid, verzekeraars en patiënten om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Iedereen is benieuwd naar wat dit allemaal oplevert. Daarom is het belangrijk om de resultaten zichtbaar te maken. Vanuit deze perspectieven is kwaliteitszorg dan ook een complex en dynamisch begrip dat nadere verkenning behoeft.

In deze uitgave van de reeks *ZorgBasics* worden verschillende omschrijvingen en definities op het gebied van kwaliteitszorg besproken en wordt ingegaan op de begrippen kwaliteit en kwaliteitszorg. Er wordt een verband gelegd tussen kwaliteitszorg en de uitoefening van het beroep.

Naast de tweede druk van *ZorgBasics Kwaliteitszorg* als basis is deze derde druk gebaseerd op recente literatuur over kwaliteitszorg.

Ondanks de puntsgewijze opzet is het niet de bedoeling om kwaliteitszorg als medicijn voor elk probleem in de zorg te presenteren, noch is er de pretentie om in deze uitgave volledig te zijn.

1.2 De begrippen kwaliteit en kwaliteitszorg

Het begrip kwaliteit

Het begrip kwaliteit is moeilijk te definiëren omdat het begrip aan interpretatie onderhevig is. Het is een subjectief begrip en verandert van inhoud naargelang de context waarin het begrip gebruikt wordt verandert. Toch is het handig om het begrip te omschrijven, zodat we weten waar we het over hebben. Het begrip kwaliteit heeft een aantal kenmerken. Deze worden in 1994 samengevat in een uitgave van het Nederlands Huisartsen Genootschap betreffende deskundigheidsbevordering (WOK, NHG & LHV, 1994):

- Het is een normatief begrip.
 - Kwaliteit wordt beschreven door de feitelijke situatie te vergelijken met een gewenste of ideale situatie.
 - De beschrijving drukt een bepaalde waardering of norm uit ('kwalitatief slechte hulp voldoet niet aan de gestelde eisen').
- Het is een subjectief begrip.
 - Kwaliteit kan door verschillende partijen anders gedefinieerd en beoordeeld worden (bijvoorbeeld zorgprofessionals, patiënten/cliënten, ziektekostenverzekeraars en beleidsmakers).
 - In grote lijnen zeggen partijen hetzelfde, maar ieder heeft een eigen mening over wat goede kwaliteit is door prioriteits- en accentverschillen (zie tevens hoofdstuk 3 Belanghebbenden en hun bedoelingen).
- Het is een onderwerpgebonden begrip.
 - Kwaliteit krijgt meer betekenis naarmate het begrip gekoppeld wordt aan een concreet onderwerp (vergelijk bijvoorbeeld de 'kwaliteit van zorg' of 'de kwaliteit van een maaltijd').
- Het is een relatief begrip.
 - De omstandigheden waarin je verkeert, bepalen de beoordeling van de kwaliteit. Als het bijvoorbeeld regent, zult je het op prijs stellen wanneer iemand je een paraplu aanbiedt. Biedt iemand je een paraplu aan wanneer het niet regent, dan kan dit juist ongewenst zijn (WOK, NHG & LHV, 1994).

Hierna volgt een compilatie van diverse pogingen die in de loop der tijd gedaan zijn om het begrip kwaliteit voor de zorg- en welzijnssector te definiëren. Het definiëren van het begrip kwaliteit is steeds gebeurd vanuit een voor die tijd te begrijpen perspectief.

- Oorspronkelijk, in 1933, hield het begrip 'kwaliteit' in: alles wat je in huis hebt aan kennis, vaardigheden en techniek ten dienste stellen van de patiënt/cliënt.

- In 1966 vormden doelstellingen het belangrijkste uitgangspunt. De kwaliteit van de zorg- of hulpverlening wordt bepaald door de mate waarin de gestelde doelen gerealiseerd zijn.
- Eind jaren zeventig werd kwaliteit gezocht in de balans tussen effectiviteit en efficiëntie, onder andere door de noodzaak tot kostenbeheersing binnen de sector zorg en welzijn.
- In 1982 werd kwaliteit van de zorg door Donabedian gedefinieerd als: de mate van overeenkomst tussen criteria van goede zorg (wenselijke zorg) en de praktijk van die zorg (feitelijke zorg).
- Sinds 1990 werd veelvuldig verwezen naar de volgende definitie: 'Kwaliteit is de mate waarin het geheel van eigenschappen (het gerealiseerde) van een product, proces en dienst voldoet aan de eraan gestelde eisen (norm of verwachtingen), die voortvloeien uit een gebruikersdoel' (RGO, 1990).
- Amerikaanse Institute of Medicine (2001): 'doing the right thing, at the right time, in the right way, for the right person, and having the best possible results'.
- De kwaliteit van de zorg heeft vier componenten (2010; Maassen, 2011):
 - 1 Het niveau van de gezondheidszorg dat zowel voor het individu als voor de bevolking de kans vergroot op gewenste uitkomsten, waarbij de verleende zorg in overeenstemming is met gangbare medische kennis en inzichten.
 - 2 De optimale verhouding van ervaringen ten opzichte van verwachtingen met betrekking tot een bepaald aspect van de (gezondheids)zorg.
 - 3 Zorg die steeds beter voldoet aan de noden en wensen van de klant.
 - 4 De bepaling dat de zorgaanbieder verantwoorde zorg moet aanbieden.
- Kwaliteitswet zorginstellingen: kwaliteit heeft te maken met verantwoorde zorg die doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht is (Overheid.nl, 2014).

Andere componenten die aan de definities toegevoegd zouden kunnen worden, zijn veiligheid en toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg voor iedereen.

Overeenkomsten in deze definities zijn:

- De patiënt/cliënt staat centraal.
- Het hebben van (een) gemeenschappelijk(e) doel(en).
- Het bereiken van (gewenste, afgesproken) resultaten.
- De bepalingen en kwalificaties waaraan zorgverleners dienen te voldoen om verantwoorde zorg te verlenen.
- Het financiële component van de zorg.

Definitie

‘Kwaliteit van zorg’



De zorg moet effectief, veilig en op tijd zijn. Daarnaast is het belangrijk dat patiënten en cliënten de kwaliteit van zorgaanbieders kunnen vergelijken. Zo kunnen zij de zorg kiezen die bij hen past (Rijksoverheid, 2018a).

In deze omschrijving betreft ‘effectief’ de relatie met onderzoek/evidence en evidence-based practice, ‘veilig’ omvat de veiligheid van cliënten en zorgverlener door maatregelen zoals het voorkomen van fouten en ongelukken (bijvoorbeeld ZonMw: project verminderen van fouten bij acute zorg en campagnes valpreventie bij ouderen) en ‘op tijd’ betreft maatregelen ter voorkoming van wachtlijsten en ter bevordering van snelle, veilige diagnostiek. In de organisatie van kwalitatief goede zorg is het belangrijk dat zorg ook beschikbaar is, waarbij ‘beschikbaar’ betrekking heeft op de bereikbaarheid van de zorgverlener, de profilering van de zorgverlener en de toegankelijkheid van de zorg die geregeld is in de basisverzekering, enzovoort. Bij het vergelijken van de kwaliteit van de zorgaanbieders kan gebruikgemaakt worden van het Kwaliteitsregister Paramedici, databases van beroepsverenigingen en in zeker mate gecontracteerde zorg.

Het begrip kwaliteitszorg

Binnen de context van de beroepsuitoefening betekent kwaliteitszorg dat de beroepsbeoefenaar zijn of haar handelen systematisch expliciteert (normen stelt), evalueert (toetst) en bijstuurt (verbetert), zoals in 1993 omschreven door de toenmalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), de voorloper van de huidige Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). In de literatuur wordt ook wel de term ‘kwaliteitsbevordering’ gebruikt.

In deze omschrijving van kwaliteitszorg zijn de verschillende stappen uit de kwaliteitskringloop (zie PDCA-cyclus in hoofdstuk 4) te herkennen die doorlopen moeten worden om de kwaliteit van zorg te verbeteren:

- Kwaliteitscriteria of -normen vaststellen.
- De kwaliteit van de feitelijk verleende zorg meten.
- De kwaliteit toetsen aan de gestelde criteria en (zo nodig) verbeteren.



Definitie

Kwaliteitszorg

Kwaliteitszorg is een cyclisch complex van activiteiten gericht op het verbeteren of handhaven van de kwaliteit van zorg.

Het betreft de volgende activiteiten:

- Het identificeren van mogelijke problemen in de kwaliteit van zorg.
- Het definiëren van het gewenste niveau van kwaliteit in de vorm van (*evidence-based*) richtlijnen, standaarden, protocollen.
- Het beoordelen of de beoogde kwaliteit wordt gerealiseerd (kwaliteitstoetsing).
- Het ondernemen van de stappen om de kwaliteit te verbeteren (kwaliteitsverbetering).
- Het scheppen van de voorwaarden om de beoogde kwaliteit en kwaliteitszorg te realiseren (kwaliteitsmanagement).

Het streven van kwaliteitszorg is het systematisch oplossen of voorkomen van kwaliteitsproblemen, dus problemen inzake:

- de doeltreffendheid van het werk (het gestelde doel bereiken);
- de doelmatigheid van het werk (taken op de beste en snelste manier uitvoeren en middelen en materialen zo goed mogelijk gebruiken);
- de cliënt- of patiëntgerichtheid van het werk.

De bovenstaande drie punten zijn essentieel bij het oplossen of voorkomen van kwaliteitsproblemen en maken tegelijkertijd onderdeel uit van de ijkpunten van de kwaliteit van het geleverde werk en de zorg van de beroepsbeoefenaar. Dit betekent dat kwaliteitszorg niet los gezien kan worden van de dagelijkse beroepsuitoefening.

1.3 Onderscheid kwaliteitszorg

Onderscheid dient gemaakt te worden tussen kwaliteitszorg en andere werkzaamheden, zoals het oplossen van problemen en het verrichten van metingen.

Problemen oplossen

Onderscheid dient gemaakt te worden tussen het oplossen van problemen en kwaliteitszorg.

In de praktijk worden veel problemen opgelost zonder alle hiervoor beschreven activiteiten uit het cyclische proces te volgen (Ettema, 2000). Ten opzichte van kwaliteitszorg kun je het volgende stellen:

- Probleemidentificatie gebeurt onvoldoende of impliciet.
- Het gewenste niveau van kwaliteit is onvoldoende gedefinieerd ('wat willen we precies en hoe dit te bereiken').
- De probleemanalyse en kwaliteitstoetsing zijn gebaseerd op de eigen subjectieve beleving van de werkelijkheid ('er is niet getoetst of de werkelijkheid er anders uitziet dan men in gedachten had').
- Het verbeteren stopt na de evaluatie en het verbeterde proces wordt verder niet meer gevolgd, en het is dan ook onduidelijk of de verbetering blijft bestaan.

Er wordt door zorgprofessionals hard gewerkt aan het garanderen van 'waar voor geld' of anders gezegd: professionalisering van het beroep, met als doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening te behouden of te verbeteren. Mijlpalen voor de paramedische beroepen in die ontwikkeling zijn onder meer geweest: de wettelijke erkenning van een beroep, de subsidiëring, erkenning en verbetering van de opleidingen, de formulering van een beroepsprofiel en de directe toegankelijkheid. Verder het doen van onderzoek naar de effectiviteit en de efficiëntie van de eigen beroepsuitoefening, de resultaten van dit onderzoek implementeren in en toepassen op het eigen werk en (gedeeltelijke) opname in het vergoedingspakket van de zorgverzekeraars.

Meten

Naast het werkelijk veranderen van de beroepspraktijk in het belang van kwaliteitszorg is het zorgvuldig meten van het verschil tussen wenselijke zorg en feitelijk behaalde zorg vaak een bottleneck in de kwaliteitszorgcyclus (zie hoofdstuk 4). Meting is nodig om informatie

(feedback) te krijgen voor het al dan niet op de gewenste wijze realiseren van de gestelde doelen.

Daarnaast moet bij elk proces, bij elk verbeterproject bepaald worden:

- of een nulmeting (een meting vóór het invoeren van een verandering om het probleem helder te krijgen) zinvol is;
- wat een slimme meetmethode is: continu registreren met behulp van een zogenoemde *run chart* (lijndiagram); een regelkaart (*control chart*) van prestaties zodat je een trendanalyse krijgt; of een periodieke meting eens in de zoveel tijd.



Voorbeeld

In een ziekenhuis wordt op de afdeling Orthopedie een diagram bijgehouden om te kijken hoeveel patiënten die met een heupfractuur zijn opgenomen binnen 24 uur worden geopereerd. De resultaten kunnen laten zien dat er meer vertragingen optreden bij mensen die na 17.00 uur opgenomen worden. Onderzoek naar dit verschijnsel geeft aan waar potentieel voor verbetering ligt. Diagrammen kunnen ook worden gebruikt voor het traceren van de verbeteringen die in de loop der tijd zijn ingevoerd, en om te bepalen hoe groot het succes van de ingevoerde maatregel (verbetering) is geweest.

Verbetering, verankering en verantwoording

Wij spreken van kwaliteitszorg als sprake is van:

- praktische verbeterprojecten op het uitvoerende werkniveau;
- het monitoren van de verbeteringen met enige structurele waarborg van de verbeteringen;
- communicatie over de kwaliteit met alle bij de zorg betrokken personen en groepen;
- het tijdig signaleren van zwakke plekken (zie visgraatdiagram en Pareto-analyse onder 'analyse van het onderwerp', hoofdstuk 4);
- het afleggen van een interne en externe verantwoording over de kwaliteitsbewakende en -bevorderende activiteiten. Bijvoorbeeld in de vorm van een kwaliteitsjaarverslag (Verheggen, 1998).

1.4 Kwaliteitszorg en beroepsuitoefening

Kwaliteitszorg is een belangrijk onderdeel van de uitoefening van een beroep, en kan gezien worden als een vorm van georganiseerde en systematische reflectie op het werk, met consequenties (cyclisch proces).

Deze reflectie is onmisbaar om al werkende te blijven leren en te leren in de context van het werk. Het werken aan kwaliteitsbevordering stelt eisen aan de eigen houding en vaardigheden van de beroepsbeoefenaar. Wat betreft eigen houding en vaardigheden moet een professional bereid zijn om:

- kritisch en objectief naar het eigen handelen, de eigen beroepsgroep en de organisatie waarin hij werkt te kijken;
- daarin de sterke en minder sterke kanten te zoeken;
- de eigen leer- en verandervaardigheden te onderhouden.

Dit betekent dat de beroepsbeoefenaar kritisch moet zijn op en objectief over datgene wat hij doet om te blijven leren en verbeteren. Werken zonder voortdurend leren is niet meer denkbaar of haalbaar in onze kennismaatschappij (Weggeman, 1997). Hierbij zijn bereidheid tot en bekwaamheid in systematische reflectie op de invulling van het eigen werk onontbeerlijk.

Aan de klassieke benadering van kwaliteitszorg zijn vooral de namen van Donabedian en Williamson verbonden. De principes van de klassieke benadering zijn onder andere (Harteloh & Casparie, 1998):

- Kwaliteit wordt gezien als kenmerk van gezondheidszorg.
- Het primaire proces vormt het aangrijpingspunt voor bewaking en bevordering van de kwaliteit.
- Het meten van kwaliteit speelt een centrale rol.
- Er ligt een nadruk op kwaliteitsbewaking.
- Verbetering moet ontstaan op basis van het verwijderen van fouten en tekortkomingen (therapeutisch model).
- Een belangrijke rol wordt toegekend aan opleiding, na- en bijscholing.

De stijgende aandacht voor kwaliteitszorg vindt zijn oorsprong in meerdere maatschappelijke tendensen:

- Door beperking van de groei van de gezondheidszorg en de groeiende technologie moeten keuzes gemaakt worden ('de trechter van Dunning'; Evenblij, 2005).
- Er is sprake van een toenemende rationaliseringstendens, ook wel beheersingsdenken genoemd. Dit vindt plaats in alle branches en niet alleen in de sector zorg en welzijn.
- Veranderende opvattingen over wetgeving (onder andere decentralisatie van de zorg).
- Aanvullen of aanscherpen van wetten zoals Wet BIG en voormalige Kwaliteitswet zorginstellingen.
- Emancipatie van patiënten/cliënten en patiëntenorganisaties.
- Toename van de complexiteit van ziektebeelden.

- Beperken van onaanvaardbare risico's, door bijvoorbeeld voorbehouden handelingen.
- Professionalisering van beroepen in de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.
- Multidisciplinaire aanpak van zorgprocessen door bijvoorbeeld zorgpaden, zorgtrajecten en ketenzorg.
- Beheerspogingen van de overheid en zorgverzekeraars van de stijgende ziektekosten (bijvoorbeeld diagnose-behandelcombinaties en de DBC's op weg naar Transparantie).
- Transparantie en inzichtelijkheid in de kwaliteit van de beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg door bijvoorbeeld de Stichting Kwaliteitsregister Paramedici.

Kwaliteitszorg is onlosmakelijk verbonden met de professionalisering van de beroepsbeoefenaar. Hoe 'goed' werk ik en kan het nog beter? Hoe kan ik mijn vakmanschap bijhouden en tegelijkertijd meegaan in de nieuwe ontwikkelingen? Hoe zorg ik dat de kwaliteit van mijn handelen op een hoog niveau blijft? Hoe werk ik aan mijn kennisontwikkeling? Hoe vul ik mijn professionele verantwoordelijkheid in? Dit zijn enkele vragen die de beroepsbeoefenaar zich in het continue proces van professionalisering dient te stellen (zie ook paragraaf 2.7 Professioneel handelen).

1.5 Kwaliteitsmanagement

Kwaliteitsmanagement besteedt aandacht aan de eisen die worden gesteld aan de opzet van een kwaliteitsmanagementsysteem en aan de voorwaarden die worden gesteld aan de interne organisatie. Het is tenslotte uiteindelijk de klant die bepaalt of een organisatie kwaliteit levert, en het zijn de medewerkers die de kwaliteit tot stand brengen. Daarom moet de focus bij de invoering van kwaliteitszorg niet alleen liggen op de opzet van het kwaliteitsmanagementsysteem, maar ook op de ontwikkeling van de organisatie (Van Pampus, 2015).

Kwaliteitsmanagement heeft betrekking op (Grol, 1995):

- structurele aspecten van kwaliteitsbevordering, bijvoorbeeld oversituaties over:
 - kwaliteitsverbetering;
 - teambuilding;
 - coördinatie van kwaliteitsactiviteiten.
- regels en afspraken, bijvoorbeeld ten aanzien van:
 - wie welke taak dient uit te voeren;
 - wie controleert of alles goed is gegaan (ook wet- en regelgeving met betrekking tot kwaliteit van zorg vallen hieronder).

- voorwaarden: de materiële en immateriële steun die nodig is om kwaliteitsactiviteiten goed uit te voeren, bijvoorbeeld:
 - meer, extra tijd voor de staf en kwaliteitszorgfunctionaris voor kwaliteitsactiviteiten;
 - training voor medewerkers in methoden van kwaliteitsbevordering;
 - de beschikking over materialen om kwaliteitsverbetering op te zetten.

Een voorwaarde is dat kwaliteitsbevordering bij kwaliteitsmanagement haalbaar is.

Kwaliteitsactiviteiten vinden plaats op verschillende niveaus. In de volgende drie paragrafen worden kwaliteitsmanagementactiviteiten beschreven op:

- macroniveau (overheid, koepels, verzekeraars enz.);
- mesoniveau (instellingsniveau en zorgaanbieders);
- microniveau (werkvloer).

Kwaliteitsactiviteiten moeten op elk niveau goed georganiseerd of gemanaged worden.

1.6 Kwaliteitszorg op macroniveau

De invoering van kwaliteitsbevordering in een bepaald beroep wordt op macroniveau op verschillende manieren via wet- en regelgeving ondersteund. Op macroniveau wordt vraagsturing vormgegeven door beleid en de wijze waarop de zorg wordt gefinancierd. Zowel de overheid (gedeeltelijk gebonden aan Europese wetgeving), als de beroepsorganisaties en de verzekeraars proberen de gang van zaken te sturen. Bij het voeren van landelijk kwaliteitsbeleid zijn er verschillende belangengroepen die invloed uitoefenen op de gang van zaken (Verbeek, 2004).

In het navolgende worden enkele belangengroepen genoemd.

De beroepsorganisaties

Dit zijn organisaties van hulpverleners en andere medewerkers in de sector zorg en welzijn. Enkele voorbeelden van dergelijke beroepsorganisaties zijn:

- Ergotherapie Nederland (EN)
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Nederlandse Vereniging van Diëtisten (NVD)
- Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers (NVMW)

- Nederlandse Vereniging Medische Beeldvorming en Radiotherapie (NVMBR)
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie (NVLF)
- Beroepsvereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)

De werkveldorganisaties

Dit zijn landelijke organisaties van het instellingsmanagement in de sector zorg en welzijn, bijvoorbeeld:

- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
- Brancheorganisatie voor instellingen in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg (GGZ Nederland)
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- De vereniging van revalidatie-instellingen Revalidatie Nederland
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
- Branchevereniging van organisaties die actief zijn op het gebied van zorg en ondersteuning aan ouderen, (chronisch) zieken en jeugd (ActiZ)

Landelijke verenigingen gericht op kwaliteit(szorg)

Tot deze organisaties behoort:

- Nederlandse Netwerk voor Kwaliteitsmanagement (NNK)

De organisaties van verzekeraars in de zorgsector

Sinds 1 januari 1995 is Zorgverzekeraars Nederland (ZN) de brancheorganisatie van alle zorgverzekeraars. Sinds 1 januari 2006 kent Nederland een nieuw zorgverzekeringsstelsel, namelijk één zorgverzekering met een wettelijk omschreven basispakket, desgewenst door de afnemer (verzekerde) aan te vullen met een aanvullend pakket.

De patiënten-/consumentenorganisaties

Hiertoe behoren veel organisaties van patiënten met een specifiek ziektebeeld en algemene organisaties. Er zijn landelijke platforms of koepelorganisaties die al deze organisaties bundelen, zoals: de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF), CG-Raad, Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland en het MIND Landelijk Platform Psychische Gezondheid, de cliënten- en familiekoepel in de ggz.

De werknemers-/werkgeversorganisaties

Werknemersorganisaties komen op voor de belangen van beroepsbeoefenaren. De belangen van het management in de sector zorg en welzijn worden behartigd door de werkgeversorganisaties. Enkele voorbeelden van werknemersorganisaties zijn:

- Abvakabo FNV
- CNV
- De Unie
- NU'91

Met de opkomst van de marktwerking, deregulering en concurrentie in de gezondheidszorg en het gevaar dat die ten koste zouden gaan van de kwaliteit zijn op het initiatief van de overheid en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) vanaf 1989 de Leidschendamconferenties gehouden. Op de Leidschendamconferenties (1989, 1990, 1995, 2000) hebben verzekeraars, patiëntenorganisaties, zorgaanbieders, inspectie en de overheid afspraken gemaakt over de bewaking en verbetering van de kwaliteit van de zorg. Volgens deze afspraken hebben beroepsbeoefenaren de verantwoordelijkheid om zelf systemen voor kwaliteitsbevordering op te zetten binnen de eigen professie. Dit betreft:

- het formuleren van richtlijnen en criteria voor goede zorg;
- de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten en methoden (standaarden, richtlijnen);
- systematisch interne en externe toetsing van de zorg en het ontwikkelen van borgingssystemen (visitatie, certificatie, accreditatie en herregistratie);
- zorgen voor verslaglegging over de kwaliteit van de zorg.

Resultaat anno 2017

De Leidschendamconferenties hebben als katalysator gefungeerd voor een aantal ontwikkelingen in de kwaliteitszorg:

- Patiëntenorganisaties en verzekeraars zien erop toe dat die kwaliteitssystemen er ook echt komen.
- De overheid schept de wettelijke kaders hiervoor (ter ondersteuning hiervan is in 2001 de stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) opgericht als model voor de zorgsector). De HKZ is een branchespecifieke norm, gebaseerd op de ISO 9001-norm.
- Best practice en evidence-based practice worden gestimuleerd, soms geëist.
- Er is een grote toename van transmurale zorgprojecten.
- Toepassing van ICT in de patiëntenzorg (bijvoorbeeld het elektronische patiëntendossier en e-consult).

- Landelijke opzet van (prestatie-)indicatorensysteem.
- Verplichte verantwoording aan de inspectie.
- Verregaande certificering in de zorg.
- Integratie van werkveldbemoedienissen binnen de zorg- en paramedische opleidingen.
- Opkomst van robotica in de zorg, enzovoort.

1.7 Kwaliteitszorg op mesoniveau

Het organiseren van kwaliteitsbevordering op mesoniveau richt zich vooral op:

- het scheppen van structuren en samenwerkingsrelaties tussen beroepsbeoefenaren onderling (zoals multidisciplinaire behandelteams en zorgteams die met zorgpaden werken);
- het scheppen van structuren en samenwerkingsrelaties tussen beroepsbeoefenaren en andere hulpverleners en instellingen (zoals zorgketens);
- het regelen van ondersteuning voor groepen, praktijken en beroepsbeoefenaren bij het opzetten van kwaliteitsbevordering (zoals het voormalige CBO, het voormalige VIKC (vanaf 2014 het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL)), ZonMw en het Zorginstituut Nederland per 1 april 2014).

Op mesoniveau kan ook plaatsvinden:

- intercollegiale toetsing (zie hoofdstuk 4);
- certificatie;
- accreditatie;
- visitatie (zie hoofdstuk 4).

Certificatie

Certificatie is een procedure ten behoeve van het evalueren en beoordelen van een instelling of individu op basis van vooraf opgestelde criteria, door een niet-overheidsinstantie op basis van in de zorgmarkt gemaakte afspraken. Een certificaat is een kwaliteitsverklaring die inhoudt dat de keurende instantie het vertrouwen heeft dat het product of de dienst overeenstemt met de normen. De term ‘certificatie’ wordt vooral gebruikt bij het keuren van delen van instellingen in de zorgsector. Voorbeelden hiervan zijn het PREZO-certificaat en het Roze Loper-certificaat van Roze Zorg (zie ook Keurmerkinstituut, 2018).

De Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector (HKZ) geeft HKZ-certificaten af in de zorg. Deze stichting heeft uitgangspunten voor harmonisatie van (externe) kwaliteitsbeoordeling alsmede

een aantal sectorspecifieke certificatieschema's ontwikkeld (HKZ, 2017).

Accreditatie

De term accreditatie wordt gebruikt voor het proces waarmee een speciaal hiervoor ingestelde particuliere organisatie een activiteit, programma of instelling beoordeelt op grond van vooraf opgestelde criteria of standaarden. De toetsing geschiedt door een auditteam. Auditoren zijn zeer ervaren professionals uit de zorg zelf, die als auditor zijn opgeleid.

Twee voorbeelden van instanties die accreditatie verlenen, zijn:

- De Raad voor de Accreditatie (www.rva.nl), een instantie die onder meer beoordeelt of een stichting (meestal een particulier initiatief) een certificaat mag toekennen en dus een certificerende instantie mag worden.
- Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (www.niaz.nl), ontwikkelt kwaliteitsnormen en toetst zorginstellingen hierop.

Accreditatie geschiedt in tegenstelling tot visitatie op instellingsniveau. Door te participeren aan het accreditatieprogramma verplicht de instelling zich periodiek – elke vier jaar – te laten toetsen (zie ook www.niaz.nl).

Visitatie

Visitatie is een vorm van onderlinge toetsing (in de volksmond ook wel aangeduid als: 'bij de ander in de keuken kijken'). Het is een structuurgerichte beoordeling van kwaliteit door vakgenoten uit een soortgelijke instelling. Zij toetsen het professioneel handelen aan de hand van door de beroepsvereniging geaccepteerde criteria. Van oudsher vindt visitatie veel plaats bij medisch specialisten en huisartsen. Als visitatiecriteria landelijk gehanteerd worden, kunnen ze in een certificatieschema opgenomen worden. Dit is bijvoorbeeld gebeurd bij de dialysecentra (zie ook www.hkz.nl).

1.8 Kwaliteitszorg op microniveau

Het is ook een verantwoordelijkheid van de individuele beroepsbeoefenaar om kwaliteitsbevordering goed te organiseren. Het is van belang dat er niet alleen af en toe een wetenschappelijk artikel wordt gelezen, maar dat er sprake is van een systematische aanpak. Een systematische aanpak van individuele kwaliteitsbevordering houdt in (Grol, in Hollands, Hendriks, Ariëns & Verheggen, 2004):

- regelmatige deelname aan onder andere kennistoetsen en vaardigheidstoetsen;
- selectie van gewenste of noodzakelijke verbeteringen in de werkwijze;
- opstellen van een individueel scholingsplan en de uitvoering van dit plan;
- opnieuw toetsen om na te gaan of men vorderingen heeft gemaakt, eventueel het plan bijstellen.

Hierin is de systematiek van de ‘plan, do, check, act’-cyclus herkenbaar, zie ook hoofdstuk 4.

In het kader van kwaliteitsbevordering kunnen de individuele beroepsbeoefenaren zichzelf voorzien van een individueel keurmerk, door zich in te laten schrijven bij het Kwaliteitsregister Paramedici (KP). ‘Het KP is een vrijwillig register voor een groot aantal paramedische beroepsgroepen. Het KP voert de registratie en herregistratie uit voor paramedische beroepen en toetst of een paramedicus voldoet aan de kwaliteitseisen van de beroepsgroep.

Patiënten, zorgverzekeraars en werkgevers kunnen de registers raadplegen om te zien of een paramedicus is vermeld in het Kwaliteitsregister en daarmee voldoet aan de kwaliteitseisen’ (Kwaliteitsregister Paramedici, 2018).

Het KP is alleen voor negen paramedische beroepen die in de Wet BIG genoemd worden: artikel 34. Deze beroepen genieten titelbescherming vanwege de specifieke opleiding. Deze negen beroepen zijn beroepen die geen voorbehouden handelingen hebben in tegenstelling tot onder meer beroepen zoals fysiotherapeuten, verloskundigen, verpleegkundigen, (tand)artsen enzovoort die wel voorbehouden handelingen hebben. De laatstgenoemde professionals zijn wettelijk verplicht zich te registreren in het BIG-register en hebben volgens de Wet BIG verplichte eisen waaraan hun handelen moet voldoen. In het KP wordt eenmalig geregistreerd of de paramedicus die onder artikel 34 valt, voldoet aan de opleidingseisen van de Wet BIG. Vervolgens wordt periodiek (elke vijf jaar) geregistreerd of een paramedicus beschikt over actuele kennis en ervaring. Alleen wanneer aan de door de beroepsgroep gestelde eisen wordt voldaan, behoudt de geregistreeerde paramedicus zijn of haar kwaliteitsregistratie (Kwaliteitsregister Paramedici, 2018). Werkgevers, zorgverzekeraars en patiënten/cliënten vinden het geregistreerd staan in het KP steeds belangrijker en zien het als blijk van deskundigheid van de beroepsbeoefenaar. De beroepen

die deelnemen aan het KP zijn: diëtist, ergotherapeut, huidtherapeut, logopedist, MBB'er, oefentherapeut, optometrist, orthoptist en podotherapeut.

In de voorgaande paragrafen is gebleken dat op landelijk niveau de kaders worden gevormd waarbinnen de kwaliteitsbevordering op meso- en microniveau kan plaatsvinden. Concreet betekent dit dat de professional in het werk zaken tegenkomt die op hogere niveaus bedacht en beschreven zijn, in bijvoorbeeld PACE-/NIAZ-normen en het kwaliteitsjaarverslag (zie hoofdstuk 5 (Kwaliteits)wetten).

Het geven van eigen prioriteiten in gemaakte keuzes door koepelorganisaties van zowel de beroepsgroepen als de instellingen leidt tot onvermijdelijke discussies in het veld. Pas wanneer alle hiërarchische niveaus en alle diensten binnen de zorginstelling betrokken worden bij het werken aan kwaliteit ('alle neuzen in dezelfde richting'), kan kwaliteitszorg optimaal tot haar recht komen. Het betrekken van alle niveaus en alle medewerkers is een proces dat door het management (het hoogste leidinggevende kader in een zorginstelling) op gang moet worden gebracht en onderhouden. Daarnaast heeft het management de taak de richting van dat proces te bepalen en de voortgang van de diverse processen te bewaken en te coördineren (De Bekker, in Hollands et al., 2004), maar hiermee wordt de beroepsbeoefenaar niet gevrijwaard van de eigen verantwoordelijkheid.

1.9 Het model van Donabedian

In dit hoofdstuk en de volgende hoofdstukken wordt een aantal aspectbenaderingen van kwaliteit beschreven. Hierbij staat de vraag centraal welke deelaspecten van de zorg- of hulpverlening en het gezondheidszorgsysteem van belang zijn voor de kwaliteit van zorg. Het gaat om een opsomming van kenmerken die voor de kwaliteit relevant geacht worden. De aspectbenadering kan gebruikt worden om op ideeën voor kwaliteitsverbetering te komen.

Zorgmodel van Donabedian

Zorg is een veelomvattend verschijnsel dat door Donabedian is vereenvoudigd in een model dat de volgende drie zorgaspecten onderscheidt (Donabedian, 1982):

- Structuuraspecten
- Procesaspecten
- Resultaataspecten

Structuuraspecten

Structuuraspecten zijn voorwaardenscheppende aspecten waarbinnen de zorg- of hulpverlening plaatsvindt, zoals:

- opleidingsniveau van de zorg- of hulpverleners;
- financiële middelen;
- personeelsvoorzieningen;
- beschikbaarheid van hulpmiddelen;
- omgevingsfactoren.

Centrale vraag is: wat heb ik nodig om het doel te bereiken?

Procesaspecten

Onder procesaspecten worden die aspecten van de kwaliteitszorg verstaan die het handelen van de zorg- of hulpverlener betreffen. Dit kan alle onderdelen van het handelen van de zorg- of hulpverlener inhouden.

Centrale vraag is: wat moet ik doen om het doel te bereiken?

Resultaataspecten

Resultaataspecten betreffen het resultaat van de zorg- of hulpverlening. De gezondheid en het welzijn van de zorgontvanger zijn de primaire resultaataspecten van de sector zorg en welzijn. Tevredenheid van zorgontvangers en kosten(besparingen) kunnen tevens als resultaataspecten beschouwd worden.

Centrale vraag is: wat wil ik exact bereiken?

In figuur 1.1 worden deze drie aspecten van zorg weergegeven.

Door bij de analyse van een kwaliteitsprobleem al deze zorgaspecten aan de orde te laten komen kan voor de juiste verbeterstrategie worden gekozen.

Het doorlopen van de drie zorgaspecten heeft geoperationaliseerde zorgaspecten als resultaat.

Vaak wordt bij 'resultaat' nog een onderscheid gemaakt tussen *output* (ook wel *throughput*) en *outcome*:

- *output*: de activiteiten die een organisatie ontplooit of de diensten die zij aanbiedt;
- *outcome*: het effect van de dienst/zorgverlening.

Kwaliteitszorg

Deze uitgave in de reeks ZorgBasics biedt een raamwerk om kwaliteitszorg te benoemen en begrijpen. Op heldere en puntsgewijze manier komen de belangrijkste begrippen en aspecten binnen de kwaliteitszorg aan bod.

In vijf hoofdstukken worden diverse onderwerpen besproken: algemene uitgangspunten en begrippen, verschillende elementen van kwaliteitszorg, inzicht in belanghebbenden en hun bedoelingen, de kwaliteitskringloop en (kwaliteits)wetten. De heldere schrijfstijl en de vele praktijkvoorbeelden maken dit een zeer geschikt boek voor hbo-studenten en zorgprofessionals binnen de gezondheidszorg.

Deze derde druk is geactualiseerd naar aanleiding van vele ontwikkelingen op het gebied van kwaliteitszorg, zoals regelgeving, wetten, instrumenten en organisatiestructuren. Voorbeelden hiervan zijn het inzetten van Triple Aim bij integrale kwaliteitszorg, het SOFA-model, CQ-index, implementatie van het HKZ-raamwerk bij ketenzorg, intervisiemethoden, implementaties van innovatie, de IMWR-cirkel (naast de PDCA-cyclus), wetwijzigingen ten gevolge van de invoering Wkkgz, waaronder de Wet BIG, de Wmo 2015 en WGBO.

GWENDELL FOENDOE AUBÈL is docent kwaliteitszorg en diëtistische vakken aan de opleiding Voeding en Diëtetiek van de Haagse Hogeschool. Daarnaast is hij lid van de projectgroep Kwaliteitsregister Paramedici van de Nederlandse Vereniging van Diëtisten en gastdocent op verschillende hogescholen.



9 789024 421343

www.boomhogeronderwijs.nl