



5

Kwaliteitszorg

Maya is al vele jaren afdelingshoofd in een zorgorganisatie voor mensen met een psychogeriatrische aandoening. In haar opleiding, nu zo'n dertig jaar geleden, werd er ook al wel aandacht besteed aan de kwaliteit van zorg, maar de laatste jaren wordt deze met name beoordeeld door niet-verzorgenden en van buitenaf. Maya vindt dat geen goede ontwikkeling. Zij denkt namelijk dat niemand beter dan de verzorgende beroepsgroep kwaliteit kan beoordelen. In de praktijk blijken veel verschillende meningen over kwaliteit van zorg te circuleren. Dat kan omdat er even zovele benaderingen zijn. Zo kijkt Maya op een andere manier naar kwaliteit dan haar medewerkers en heeft de Inspectie van de Gezondheidszorg er ook weer een andere kijk op. In dit thema leer je dat niet één invalshoek de juiste is, maar dat verschillende benaderingen elkaar kunnen versterken met uiteindelijk hetzelfde doel: de zorg voor de zorgvrager verbeteren.

20 Kwaliteit van zorg

20.1 Inleiding

In dit hoofdstuk gaan we op verkenning naar het begrip 'kwaliteit van zorg'. Je zult zien dat je er op allerlei manieren naar kunt kijken. Vervolgens geven we een overzicht van externe instanties die zich met kwaliteitsbewaking bezighouden. Tot slot gaan we in op het kwaliteitsbeleid zoals dat door de overheid in een aantal wetten is vastgelegd.

20.2 Begrip 'kwaliteit van zorg'

Kwaliteit is belangrijk in de gezondheidszorg. Je krijgt er in veel verschillende situaties mee te maken. Stel je eens voor dat je al jaren dezelfde tandarts hebt. Hij kent jou en weet hoe hij je moeilijke gebit zonder onnodige pijn kan behandelen. Bovendien is hij vriendelijk en maakt altijd een praatje. Hoewel je het niet leuk vindt om naar de tandarts te gaan – en blij bent als je er weer voor een half jaar vanaf bent – ben je tevreden over de manier waarop hij zijn werk doet. Kortom, jouw tandarts voldoet aan de *kwaliteitseisen* die jij aan een goede tandarts stelt.

Door langdurige afwezigheid van je eigen tandarts moet je een keer naar een vervanger. Eenmaal in de stoel valt het je meteen op hoe weinig respectvol hij met je omgaat: je krijgt wel een hand, maar verder heb je sterk het gevoel dat je niet meer bent dan 'een

geval dat nagekeken moet worden'. En dat de man vragen stelt terwijl hij in je mond zit te wroeten, vind je ook niet bepaald prettig. Je eigen tandarts beseft heel goed dat een gesprek tijdens de behandeling nauwelijks mogelijk is. Als je 's avonds ook nog eens last krijgt van kiespijn, kun je alleen maar vaststellen dat je niet tevreden bent. Niet alleen had je een prettiger contact verwacht, om die kiespijn had je ook niet gevraagd.

Het werk van een tandarts heeft natuurlijk weinig te maken met dat van een verzorgende, maar een vergelijking is zeker mogelijk. We constateerden al dat je aan de tandarts bepaalde kwaliteitseisen stelt. Datzelfde gebeurt in het beroep van verzorgende. De zorgvrager stelt voortdurend eisen aan de beroepsuitoefening. Hij verlangt bijvoorbeeld een respectvolle benadering, een goede uitvoering van bepaalde technische handelingen, een efficiënte afhandeling van zaken en hij wil ook geen pijn hebben. Daarbij komt dat de gezondheidszorg snel verandert, waardoor de eisen die men aan de verzorgende stelt, mee veranderen en steeds hoger worden. De zorgvrager en zijn naasten worden mondiger, de overheid gaat steeds meer controleren en ook in de eigen beroepsgroep durven we hoe langer hoe meer kritisch naar elkaar te kijken. De kwaliteit van de zorgverlening en de deskundigheid die daarvoor nodig is, worden in ons werk steeds belangrijker.

Verschillende invalshoeken

'Kwaliteit van zorg' is een begrip dat je vanuit diverse invalshoeken kunt bekijken. Eigenlijk is het maar net hoe je ernaar kijkt, of wilt kijken. Wel kunnen we drie niveaus onderscheiden van waaruit je naar de kwaliteit kijkt: microniveau, mesoniveau en macroniveau.

Eerst gaan we in op het microniveau. Micro betekent 'klein' en met het microniveau van zorgverlening bedoelen we de zorgverlening die het dichtst bij de zorgvrager ligt. Hierbij kun je denken aan de wasbeurt die een zorgvrager krijgt, de zorg voor medicijnen, het hygiënisch werken bij een zorgvrager of het aanhoren van een klacht.

Voorbeelden

Een jonge, enthousiaste verzorgende stelt vast dat er in de benadering van de bewoners op de afdeling veel verbeterd kan worden. Volgens haar laat de beroepshouding van een aantal verzorgenden te wensen over. De privacy van de bewoners is bijvoorbeeld niet altijd gewaarborgd, omdat tijdens het wassen de gordijnen vaak maar half gesloten worden. Deze verzorgende kijkt op haar manier naar een bepaald aspect van de verleende zorg en vindt dat dit beter kan en moet. De volgende uitspraak zou van haar kunnen zijn: 'Er is sprake van kwalitatief goede zorg als aan de behoeften van de zorgvrager wordt voldaan.' In dit voorbeeld gaat het om de behoefte aan een respectvolle omgang met de zorgvrager.

Een andere verzorgende vindt de behoeften van een zorgvrager ook belangrijk, maar voor haar is het nog belangrijker dat ze haar werk altijd op tijd afkrijgt zodat ze collega's kan helpen. Voor haar heeft kwaliteit van zorg veel meer te maken met efficiency. Ze kiest een zakelijkere benadering. Zij zou gezegd kunnen hebben: 'Kwaliteit van zorg is de mate van overeenstemming tussen de wenselijkheid (op tijd klaar zijn) en de werkelijkheid.'

Het tweede niveau van kwaliteitszorg is het **mesoniveau**. Meso betekent 'midden' en bij dit niveau kijken we met name naar de omgeving waarin de zorg verleend wordt. Tot het mesoniveau rekenen we bijvoorbeeld de afdeling waar de wasbeurt plaatsvindt, de apotheek waar de medicijnen klaargemaakt worden, het verzorgende team dat kijkt of er hygiënisch gewerkt wordt, of de instellingscommissie die een klacht van een zorgvrager behandelt.

Voorbeelden

Een afdelingshoofd in een verpleeghuis heeft van de directie te horen gekregen dat ze moet bezuinigen. Haar is gevraagd te beschrijven welke zorgverlening kwalitatief nog aanvaardbaar is als ze zo min mogelijk geld besteedt. Voor het afdelingshoofd zou de volgende uitspraak kunnen gelden: 'Kwaliteit van zorg is op een zo rendabel mogelijke manier een maximaal zorgresultaat behalen.'

In een organisatie voor mensen met een psychiatrische ziekte onderzoekt een vertrouwenspersoon of de financiën van de zorgvragers verantwoord beheerd worden. Ze denkt namelijk dat dat beter kan. Voor deze vertrouwenspersoon kan kwaliteit het volgende betekenen: 'Kwaliteit is alles wat leidt tot een optimale leefsituatie van de zorgvrager.'

Ten slotte kennen we het **macroniveau**, waartoe beleidsmakers en koepelorganisaties horen. Macro betekent 'groot' (schalig). Bij het macroniveau kun je denken aan de overheid die een wet ontwerpt of die met bepaalde wetten de kwaliteit van zorg bewaakt. Een voorbeeld van zo'n wet is de Kwaliteitswet Zorginstellingen. In deze wet (uit 1996) schetst de overheid kaders waarbinnen zorgorganisaties hun behandelingen moeten uitvoeren en zorg moeten verlenen. Bij het macroniveau kun je ook denken aan de richtlijnen die landelijke koepelorganisaties uitgeven.

V&VN

De vereniging voor Verzorgenden en Verzorgenden Nederland (V&VN) is een beroepsvereniging die zich met kwaliteitszorg bezighoudt. De V&VN versterkt de beroepsuitoefening van verpleegkundigen en verzorgenden. Dit doet zij door informatievoorziening, advisering, deskundigheidsbevordering en (hulp bij) implementatie. Deze diensten biedt zij aan rondom verschillende thema's, zoals wet- en regelgeving, intervisie, leiding geven en patiëntveiligheid. Ook beheert de V&VN het **Kwaliteitsregister V&V**, een online registratiesysteem, als hulpmiddel voor verzorgenden om een adequaat portfolio op te bouwen waarmee zij hun deskundigheid kunnen aantonen. Daarnaast heeft het systeem een kwaliteitsbewakend effect door toe te zien op de kwaliteit van de deskundigheidsbevorderende activiteiten.

Het voorgaande laat zien dat kwaliteitsverbetering kan plaatsvinden vanuit verschillende belangen en voor verschillende belanghebbenden. Wie aan honderd verschillende beroepsbeoefenaars vraagt wat kwaliteit van zorg is, zal misschien honderd verschillende antwoorden krijgen. Welke omschrijving je als verzorgende ook kiest voor dit begrip, je moet het altijd kunnen vertalen naar het niveau van de zorgvrager. Als je dit niet kunt, blijf je steken in theorieën en goede bedoelingen. Als je de kwaliteit van zorg wilt verbeteren, moet je immers bezig zijn met verbetering van het werk dat je voor een zorgvrager doet. Uit de onderstaande opsomming (er zijn er nog talloze meer) blijkt dat er een grote verscheidenheid is in de omschrijving van het begrip 'kwaliteit':

- Kwaliteit van zorg is de mate van overeenstemming tussen de wenselijke en de werkelijke situatie.
- Kwaliteit van zorg betekent dat de zorg zo goed mogelijk aansluit op de wensen en behoeften van zorgvragers en dat die zo goed mogelijk wordt uitgevoerd tegen aanvaardbare kosten.
- Kwaliteit van zorg betekent zorg die overeenkomstig de eisen van de beroepsgroep verleend wordt.

- Kwaliteit is de mate van overeenstemming tussen de doelen van de (gezondheids)zorg en de werkelijk verleende zorg.
- Kwaliteit is voldoen aan de verwachtingen van de zorgvrager.
- Kwaliteit is het doen van je uiterste best.
- Kwaliteit is doen wat afgesproken is binnen de afgesproken tijd.
- Kwaliteit is het geheel van eigenschappen en kenmerken van een product of dienst, dat van belang is voor het voldoen aan gestelde eisen of vanzelfsprekende behoeften (NEN-ISO).

Kwaliteit van zorg heeft dus niet één vaste betekenis. Je positie kan bovendien bepalen hoe je tegen het begrip aankijkt. Dit verschilt voor de zorgvrager, verzorgende, directie, overheid, enzovoort. Kwaliteit is ook plaats- en tijdgebonden. In de ene zorgsituatie is een handeling misschien goed, terwijl dezelfde handeling op een ander moment onacceptabel is.

Voorbeeld

Tijdens een acute situatie bij een verkeersongeval zul je heel anders een injectie toedienen dan op je werk onder normale omstandigheden. Je hebt in zo'n situatie immers vaak niet de tijd om aan die 'normale' normen te voldoen. Wat kwaliteit precies is, moet daarom eigenlijk in elke afzonderlijke situatie worden vastgesteld.

20.3 Belang van kwaliteit

Het denken over kwaliteit werd geïntroduceerd in het bedrijfsleven. Concurrentie dwong ondernemers er min of meer toe hun producten voortdurend te verbeteren. Wie slechte kwaliteit leverde, zag de klanten naar een concurrent vertrekken en kon uiteindelijk zijn deuren sluiten.

Als klant heb je dus wensen waaraan een product moet voldoen. Denk nog eens aan het voorbeeld van de tandarts. Dat is bij de bakker niet anders. Je koopt er niet alleen een brood dat je lekker vindt, het moet ook vers zijn, er smakelijk uitzien, enzovoort. In de zorg werk je niet met brood maar met mensen. Als verzorgende lever je ook veel meer een dienst dan een tastbaar product. Een ander verschil is dat men nog niet gewend is te toetsen of een bepaalde dienst goed geleverd is of niet. Om dat te veranderen, moet je leren structureel bezig te zijn met kwaliteitsverbetering van de zorg die jij levert. Want ook in de verzorging geldt: de klant is koning, je moet hem professioneel tegemoet treden.

Een redelijk nieuwe ontwikkeling is dat verschillende media (dag en/of weekbladen) of *consumentenorganisaties* (bijvoorbeeld de Consumentenbond) zorgorganisaties beoordelen op geleverde diensten. Men kijkt hierbij bijvoorbeeld naar de mate waarin bepaalde (landelijk overeengekomen) normen behaald zijn. Of men kijkt naar wachttijden, hoe mensen te woord gestaan worden, hoe ze voorgelicht zijn over onderzoek en behandeling, enzovoort. De resultaten van dergelijke onderzoeken worden gepubliceerd. Met dit soort van vergelijkend warenonderzoek zal de zorg naar alle waarschijnlijkheid steeds vaker te maken krijgen. Het belang van kwaliteit heeft hier dus ook te maken met het belang van een goed imago van zorginstellingen en het belang van een sterke concurrentiepositie ten opzichte van andere instellingen.

20.4 Landelijk kwaliteitsbeleid

Op macroniveau ziet de overheid toe op kwaliteit van zorg. Wetten die zij uitvaardigt zijn veelal zogenaamde kaderwetten. Uitgangspunt hierbij is dat betrokken beroepsgroepen zelf zorgen voor uitwerking van deze kaders. De overheid ziet erop toe dat zorgaanbieders, zorgvragers/consumenten en zorg-

verzekeraars samen de verantwoordelijkheid op zich nemen voor de kwaliteitsbewaking en -bevordering van de zorg. Zo zijn, in samenwerking met de verschillende betrokkenen, een aantal zogenaamde *Kwaliteitskaders voor Verantwoorde Zorg* ontwikkeld. In zo'n kader (een uitwerking van de kwaliteitswet zorginstellingen) staat voor elke zorgbranches beschreven waaraan de zorg moet voldoen om te kunnen spreken van kwaliteitszorg. Door middel van het scoren op zogenaamde kwaliteitsindicatoren wordt gemeten of de zorg en/of behandeling voldoet aan de landelijk vastgestelde normen die in een dergelijk kader beschreven staan.

Programma Zichtbare Zorg

Zichtbare Zorg ondersteunt zorgsectoren bij het vergelijkbaar maken van hun zorgkwaliteit.

Vergelijkbare zorgkwaliteit is essentieel om tot een gezond evenwicht tussen vraag en aanbod te komen. Een kiezende patiënt geeft zorgaanbieders namelijk gerichte informatie om te weten welke zorg nodig is, of verbeterd moet worden.

Sectorbrede betrokkenheid

In elke zorgsector werken verzekeraars, aanbieders, cliëntenorganisaties, brancheorganisaties en de inspectie samen om de kwaliteit inzichtelijk te maken. Deze informatie wordt gebruikt als:

- keuze-informatie voor patiënten en consumenten;
- inkoopinformatie voor zorgverzekeraars;
- toezichtinformatie voor de inspectie;
- verbeterinformatie voor zorgverleners;

Zichtbare Zorg

Om de sectoren te ondersteunen heeft IGZ in opdracht van het ministerie van VWS in 2007 het programma Zichtbare Zorg opgericht. Zichtbare Zorg zet zich daarbij ook in om de informatie valide, betrouwbaar en daadwerkelijk te maken.

Bron: www.zorgvoorbeter.nl

20.4.1 Veilige zorg

Onder 'veilige zorg' verstaan we zorg die geen onnodige schade toebrengt aan de zorgvrager. De laatste jaren is hier in toenemende mate aandacht voor. Aanleiding hiertoe waren onderzoeksrapporten waaruit bleek dat er onnodig veel zorgvragers schade werd berokkend, of zelfs overleden als gevolg van zorg en/of behandeling die niet aan bepaalde normen voldeed. Vrijwel alle zorgorganisaties besteden de laatste jaren erg veel aandacht aan het thema 'veiligheid'. Met name algemene ziekenhuizen hebben zeer veel geïnvesteerd in projecten met als doel de veiligheid van zorgvragers beter te kunnen garanderen. Niet onbelangrijk hierin is de concurrentiepositie die ziekenhuizen ten opzichte van elkaar steeds meer krijgen. Veel kwaliteitsindicatoren zijn om deze reden direct of indirect gerelateerd aan het thema 'veiligheid'.

'Kwaliteit ouderenzorg voor derde jaar op rij verbeterd'

De kwaliteit van zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen en de thuiszorg is in 2009 voor het derde jaar op rij verbeterd. Zorginhoudelijk werden op bijna alle thema's belangrijke verbeteringen bereikt. Ook waren de cliënten nog positiever over hun ervaringen met de zorg. Dat blijkt uit het branchebeeld 2009 van het Kwaliteitskader Verantwoorde zorg.

In 2009 hebben in totaal circa 1900 verpleeg-, verzorgingshuizen en locaties en thuiszorgorganisaties hun zorginhoudelijke resultaten gemeten. Aan het CQ-onderzoek naar hun ervaringen met de zorg namen ruim 50.000 cliënten deel. Cliënten zijn zeer positief over de professionaliteit en veiligheid en de wijze waarop ze door het personeel bejegend worden. Zij vinden dit ook belangrijke thema's. Al met al ervaren de cliënten hun zorg als vakkundig en veilig. Ook voelen ze zich serieus genomen en er is een aandachtig luisterend oor als dat nodig is. Tegelijk geven cliënten aan dat zij soms

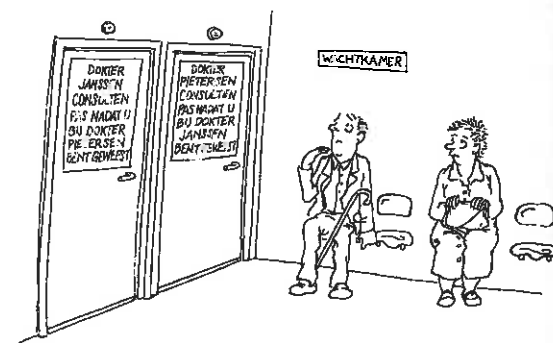
te lang moeten wachten op een zorgverlener en dat zij graag wat meer persoonlijke aandacht zouden krijgen, los van de zorg. Die persoonlijke aandacht vinden cliënten eveneens erg belangrijk en zorgorganisaties en professionals blijven daarom hard werken om dat punt te verbeteren.

Betere zorg

De kwaliteit van zorg wordt gemeten aan de hand van twaalf indicatoren voor verpleeg- en verzorgingshuizen en twee voor de zorg thuis. In 2009 verbeterde de thuiszorg zich op beide punten en de verpleeg- en verzorgingshuiszorg op maar liefst tien van de twaalf aspecten. Zo werden vrijheidsbeperkende middelen minder ingezet dan voorgaande jaren en daalde het aantal cliënten met depressieve symptomen. De grootste kwaliteitsverbeteringen werden behaald bij het terugdringen van doorligwonden, het voorkomen van gewichtsverlies en het stellen van de diagnose bij mensen met incontinentie.

Bron: www.zorgvoorbeter.nl

20.4.2 Kwaliteitswetgeving



Figuur 20.1 Afstemming tussen zorgverleners komt de kwaliteit ten goede

De bewaking van kwaliteitseisen vraagt natuurlijk wel enige wetgeving. Die *kwaliteitswetgeving* dient twee doelen. Allereerst moeten de zorgaanbieders zich verantwoordelijk voelen voor de geleverde zorg. Daarnaast is het noodzakelijk dat de overheid kan

ingrijpen als de minimaal vereiste kwaliteitszorg niet wordt geleverd.

Wet BIG

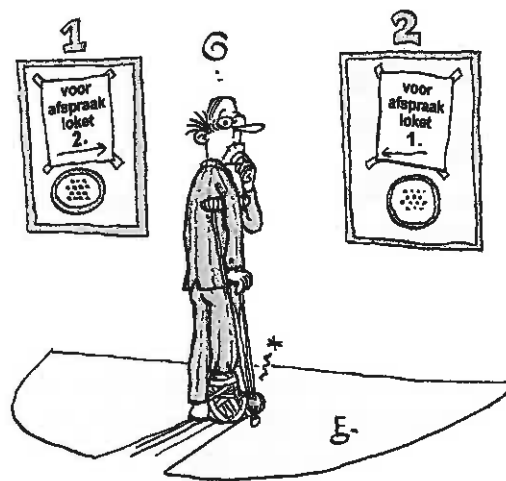
De Wet BIG (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg) heeft als doel de kwaliteit van de beroepsuitoefening in de individuele gezondheidszorg te bevorderen en te bewaken. Uitgangspunt is dat zorgvragers beschermd worden tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door beroepsbeoefenaren. De wet spitst zich toe op de zorg die één op één gegeven wordt, van zorgverlener naar zorgvrager. In de wet worden onder meer belangrijke items uitgewerkt als titelbescherming, registratie, voorbehouden handelingen en tuchtrecht. De individuele gezondheidszorg omvat naast geneeskundige ook verpleegkundige en verzorgende handelingen. De Wet BIG is een kaderwet: alleen de grote lijnen worden aangegeven.

Verzorgenden en de Wet BIG

Er zijn veel misverstanden over de Wet BIG in relatie tot de verzorgende beroepsgroep. De verzorgende IG valt onder de Wet BIG. In grote lijnen gelden dezelfde eisen als voor verpleegkundigen. Een verpleegkundige is echter hoofdelijk aansprakelijk voor haar handelen en kan dientengevolge voor de tuchtraad geroepen worden. Een verzorgende IG staat juridisch onder de verantwoordelijkheid van de instelling waar zij werkt. Voor beide geldt dat de titel wettelijk beschermd is: dat betekent dat iemand strafbaar is als zij de titel verpleegkundige of verzorgende IG voert en geen diploma heeft.

In de wet is een aparte paragraaf gewijd aan de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Volgens de overheid is toetsing van het werk door beroepsbeoefenaars onderling een erg belangrijke manier om de kwaliteit van zorg te bewaken en te bevorderen. Daarbij gaat zij ervan uit dat de criteria en toetsingsmethoden voor de bewaking door de beroepsgroep

zelf ontwikkeld moeten worden. Pas als blijkt dat de beroepsgroepen daar niet toe in staat zijn, zal de overheid ingrijpen en deze zaken zelf gaan regelen. Dat geldt dan bijvoorbeeld voor de eisen die gesteld worden aan zorgdossiers, protocollen en opleidingen. De Wet BIG beschrijft bijvoorbeeld aan welke criteria voldaan moet zijn als verzorgenden risicovolle of voorbehouden handelingen gaan uitvoeren.



Figuur 20.2 Als dat nodig is grijpt de overheid in

Kwaliteitswet Zorginstellingen

De Kwaliteitswet Zorginstellingen is in 1996 van kracht geworden. In deze wet gelden vier belangrijke uitgangspunten. Ten eerste is het de taak van de zorgorganisaties zelf om verantwoorde zorg aan te bieden.

Daaronder verstaat men zorg die:

- een goed niveau heeft;
- doeltreffend, doelmatig en zorgvragergericht wordt verleend;
- is afgestemd op de reële behoeften van de zorgvrager.

Ook dragen de zorgorganisaties de verantwoordelijkheid voor de bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg. De verantwoording hiervoor leggen ze af in een jaarverslag.

Ten tweede moet de organisatie bewust werken aan de levering van verantwoorde zorg. Daarom moet het duidelijk zijn wie welke taken heeft en wie welke verantwoordelijkheden draagt. Om verantwoorde zorg te kunnen leveren, moet een organisatie beschikken over de juiste (hulp)middelen en genoeg en goed opgeleid personeel. Dat laatste houdt onder andere in dat de werknemers verplicht zijn zich regelmatig te laten bijscholen. Zorgorganisaties waar zorgvragers langer dan 24 uur verblijven, moeten bovendien beschikken over geestelijke verzorging die aansluit bij de levensovertuiging van een individuele zorgvrager.

Ten derde is een zorgorganisatie verplicht de kwaliteit van zorg systematisch te bewaken, te beheersen en waar mogelijk te verbeteren. Dit betekent dat alle activiteiten om dit doel te bereiken op elkaar afgestemd moeten worden. Als een afdeling een methode ontwikkelt om de preventie van decubitus te verbeteren, moet de grote organisatie niet op hetzelfde moment bezig zijn hiervoor een protocol op te stellen. De afdeling had in zo'n situatie beter kunnen wachten tot het protocol klaar was.

Ten vierde moet een organisatie in een *kwaliteitsjaarverslag* verantwoording afleggen over haar kwaliteitsbeleid. Zo'n verslag is er niet alleen voor intern gebruik, maar ook voor een externe organisatie als de Inspectie voor de Gezondheidszorg of de zorgverzekeraars. Uit de Kwaliteitswet Zorginstellingen blijkt dat de overheid het kwaliteitsbeleid van zorgorganisaties wel degelijk beïnvloedt. De wet laat ook veel vrijheid en we zien dat de zorgaanbieders niet altijd op dezelfde manier met de verkregen verantwoordelijkheid omgaan. Dit ligt voor een deel aan het gebrek aan duidelijkheid. Wanneer spreken we nu van (hoge) kwaliteit? Waar moeten werknemers en instellingen aan voldoen? Bruikbare hulpmiddelen voor de praktijk zijn slechts mondjesmaat beschikbaar.

De IGZ (Inspectie voor de Gezondheidszorg) is belast met toezicht en handhaving van de Kwaliteitswet Zorginstellingen. Zij kan de instelling een dwingende opdracht geven tot het nemen van een bepaalde

maatregel, indien er direct gevaar is voor de zorgvrager. In een uiterst geval kan de inspectie een bevel geven de zorg te staken. De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport stelt, indien noodzakelijk bij Algemene Maatregel van Bestuur nadere regels vast. De minister kan indien nodig ook sancties toepassen. De zorgsector is de laatste jaren ingrijpend veranderd. Op technologisch gebied zijn grote stappen voorwaarts gezet, zorgvragers zijn mondiger geworden en de concurrentie neemt toe door de ruimere keuzemogelijkheden. Verder zijn reorganisaties in instellingen voor gezondheidszorg aan de orde van de dag en zijn er grenzen aan de groei van het budget van de gezondheidszorg. Deze ontwikkelingen vragen om een brede aandacht voor de kwaliteit van zorg in instellingen.

IGZ waarschuwt Amsterdams verpleeghuis

AMSTERDAM - De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft een verpleeghuis in Amsterdam vrijdag opgedragen om met onmiddellijke ingang wat te doen aan de veiligheid van de bewoners.

Aanleiding is een melding over de hardhandige aanpak van bewoners van het verpleeghuis. Zo zou een bewoonster die een medewerker sloeg, teruggestlagen zijn en zouden bij een andere bewoonster sporen zijn gevonden van mogelijke mishandeling.

De IGZ wil dat de betrokken medewerkers op non-actief worden gesteld.

Volgens de IGZ is de organisatie waar het verpleeghuis onder valt, onvoldoende alert geweest op de veiligheid en de correcte bejegening van de bewoners. De organisatie stond sinds 14 maart al onder verscherpt toezicht.

Bron: ANP

21 Methoden van kwaliteitsbewaking

21.1 Inleiding

Als zorgverlener ben je voortdurend bezig met kwaliteitsbewaking. Samen met je collega's kijk je kritisch naar de kwaliteit van de zorg die je geeft. Om kwaliteit te beoordelen zijn er diverse (meet)instrumenten en hulpmiddelen beschikbaar. Enkele ervan bespreken we in dit hoofdstuk. Ook gaan we in op richtlijnen die eenduidig werken kunnen bevorderen. Als verzorgende ben je heel goed in staat om deze standaarden zelf te ontwikkelen.

21.2 Kwaliteitsbewaking

Het is mogelijk om kwaliteit van zorg te beoordelen, bijvoorbeeld door cijfers te geven. Een hoog cijfer betekent dat er hoge kwaliteit geleverd wordt, een laag cijfer het omgekeerde. Maar hoe beoordeel je kwaliteit en hoe bepaal je een cijfer? Omdat er niet zoiets is als de enige echte omschrijving hanteren we de volgende definitie.

Kwaliteit is de mate waarin de daadwerkelijk verleende zorg overeenkomt met wat men vooraf wenselijk vond.

Als we het wenselijke vergelijken met het werkelijke, noemen we dat meestal *kwaliteitstoetsing*. Deze vergelijking is pas mogelijk als het wenselijke heel goed beschreven staat. In zo'n beschrijving

wordt vastgelegd wat de ideale zorgverlening is. De inhoud ervan moet voor de beroepsgroep aanvaardbaar zijn. In dit hoofdstuk kun je kennismaken met verschillende vormen van *kwaliteitsbewaking*.

21.2.1 Methodisch proces

Voor veel vormen van kwaliteitsbewaking hanteren we een *stappenplan*. Er zijn verschillende modellen gangbaar, maar ze kennen allemaal een methodische volgorde met de volgende aspecten:

- Wat is het probleem?
- Wat wil je bereiken?
- Hoe is het nu?
- Welke acties zijn nodig?
- Verbeteringen doorvoeren
- Resultaten evalueren
- Borgen van de resultaten

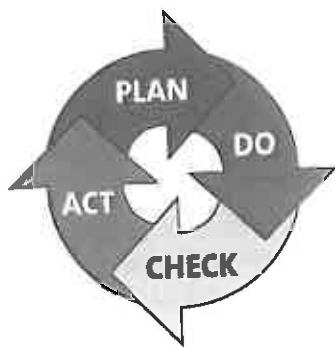
Cirkel van Deming

Een veel gehanteerde methode om kwaliteitsprocessen te sturen is de zogenaamde *Cirkel van Deming*. Hoewel de methode primair is ontwikkeld voor het verbeteren van organisatieprocessen kan hij ook uitstekend gebruikt worden voor het verbeteren van zorgprocessen direct aan en rondom het bed van de zorgvrager.

In dit model is er een voortdurende cyclus van *Plan-Do-Check-Act*:

- **Plan (plannen).** In deze fase maak je, na een goede analyse te hebben gemaakt, een plan waarin je beschrijft wat het probleem is, wat je wilt bereiken en welke activiteiten je daarvoor moet ondernemen. In het plan beschrijf je ook hoe je de doelstellingen wilt gaan toetsen: welke criteria ga je daarvoor hanteren, wanneer kun je stellen dat het doel bereikt is en wanneer nog niet? Ook belangrijk in het plan is te beschrijven hoe je de verslaglegging gaat doen van het proces.
- **Do (uitvoeren).** Dit is de uitvoeringsfase waarin de activiteiten worden uitgevoerd die nodig zijn om de doelen te realiseren. Het plan van aanpak dient hierbij als uitgangspunt.
- **Check (evalueren).** In de check-fase wordt beoordeeld of de beoogde resultaten behaald zijn. Hiervoor zijn verschillende meetinstrumenten beschikbaar.
- **Act (bijstellen).** Verbeteringsprocessen lopen altijd anders dan voorzien. Dat betekent dat voortdurend kleine of grotere bijsturing noodzakelijk is, bijvoorbeeld omdat doelstellingen niet haalbaar blijken. Of dat de tijdsplanning die gemaakt is veel te krap is.

De kracht van deze aanpak ligt in de herhaling. Het is een continu proces: na de 'act-fase' stel je dus je plan bij, ga je weer (eventuele nieuwe) activiteiten uitvoeren, evalueren, enzovoort.



Figuur 21.1 Cirkel van Deming

Voorbeeld

Een afdelingshoofd in een organisatie voor zorgvragers met een verstandelijke beperking vermoedt dat er meer zelfzorg van bewoners overgenomen wordt dan nodig is. Hij beschrijft samen met zijn team de criteria waaraan stimuleren van zelfzorg moet voldoen. Daarin staat onder meer dat de zorgvragers zelf moeten doen wat ze redelijkerwijs nog zelf kunnen. Vervolgens kijkt men naar de werkelijke situatie. In hoeverre stimuleren de verzorgenden zorgvragers daadwerkelijk tot het verrichten van het beetje zelfzorg dat ze nog aankunnen? En wat nemen ze, terecht of niet, van de zorgvragers over?

Daarna wordt een plan gemaakt (PLAN) om het doel te bereiken. Collega's moeten elkaar gaan observeren en dan vertellen wat ze goed of minder goed vinden (in relatie tot het probleem dat onder a beschreven staat). Het plan wordt uitgevoerd (DO). Na drie maanden volgt een evaluatie (CHECK). Dan blijkt dat men veel van elkaar geleerd heeft. Omdat nog niet iedereen heeft meegedaan, besluit het afdelingshoofd door te gaan met het project. Daarvoor bekijkt hij opnieuw de huidige situatie (ACT) en maakt hij een nieuwe planning (PLAN) voor het observeren van de verleende zorg. Weer worden activiteiten uitgevoerd (DO) en geëvalueerd (CHECK), enzovoort.

21.5 Interne en externe kwaliteitsbewaking

Kwaliteitsbewaking is op verschillende manieren te ordenen. We kunnen dat doen door te kijken door wie het proces bewaakt wordt. Zo noemen we de kwaliteitsbewaking die vanuit de beroepsgroep of de organisatie zelf plaatsvindt de *interne kwaliteitsbewaking*. Wanneer dit gebeurt door anderen, van buiten de beroepsgroep of de organisatie, spreken we van *externe kwaliteitsbewaking*.

andere ordening is te kijken met wie de kwaliteitsbewaking plaatsvindt. Wanneer dat gebeurt men de verzorgende beroepsgroep, spreken we van *monodisciplinaire kwaliteitsbewaking*. Zijn er ook andere disciplines bij betrokken, noemen we dat *multidisciplinaire kwaliteitsbewaking*.

1.3.1 Interne kwaliteitsbewaking

Bij deze vorm van kwaliteitsbewaking ontwikkelt de beroepsgroep of de organisatie zelf criteria en standaarden en toetst die op mono- en multidisciplinair niveau.

Monodisciplinaire kwaliteitsbewaking

We noemen een aantal vormen:

- besprekingen waarin de zorgvrager centraal staat;
- visitatie;
- intercollegiale toetsing;
- verbeterteams/kwaliteitsgroepen.

Besprekingen waarin de zorgvrager centraal staat

Binnen de verschillende zorgbranches hebben deze besprekingen verschillende namen: *cliëntbespreking*, *patiëntbespreking*, *pupilbespreking*, *bewonerbespreking*, enzovoort. Belangrijkste doel is afstemming en evaluatie van de verleende zorg. De bespreking kan algemeen van aard zijn. Er zijn dan op dat moment geen specifieke problemen aan de orde; de bespreking zal vooral een evaluatief karakter hebben. Anderzijds kan de bespreking ook benut worden om een acuut probleem te bespreken. Met elkaar kunnen problemen, doelen en acties besproken worden om dit probleem aan te pakken. In een later stadium kunnen de teamleden elkaar feedback geven over hun handelen in die situatie. Overigens kunnen dit soort besprekingen, naast monodisciplinair, ook multidisciplinair zijn. In dat geval kan bijvoorbeeld een gezamenlijk hulpverleningsplan het thema van de bespreking zijn.

Visitatie

Bij *visitatie* komt de beroepsbeoefenaar als het ware op visite bij een collega om deze te observeren en feedback te geven. Dergelijke bezoeken kunnen onvoorbereid plaatsvinden vanuit de gedachte dat een verzorgende zich beter voor kan doen dan zij werkelijk is. In veel gevallen is een *visitatie* echter multidisciplinair van karakter. Een en ander wordt dan door een aparte commissie uitgevoerd die van tevoren haar komst aankondigt zodat beide partijen het bezoek goed kunnen voorbereiden. In het voorbeeld over het afdelingshoofd dat het model van Deming hanteerde, is er sprake van een eenvoudige vorm van (monodisciplinaire) *visitatie*. In veel grotere zorgorganisaties heeft de *visitatie* een veel officiëler karakter en neemt een dergelijk (multidisciplinair) observatiebezoek vaak een hele dag of meer in beslag. *Visitaties* kunnen uitgevoerd worden door professionals van de eigen organisatie, maar ook door delegaties van collega-organisaties.

Voorbeeld

Een verpleeghuis hecht veel belang aan klantvriendelijkheid. Om te toetsen of de medewerkers voldoen aan de hiertoe geformuleerde eisen maken men gebruik van zogenaamde *mystery guests*. Deze anonieme controleurs doen zich voor als klanten en beoordelen aan de hand van een meetinstrument verschillende aspecten van de kwaliteit van de medewerkers. De resultaten worden teruggekoppeld aan het management. Hierop dienen verbeteracties te worden ingezet.

Intercollegiale toetsing

Intercollegiale toetsing is een vorm van interne toetsing door de zorgverleners zelf op basis van door hen opgestelde criteria. De essentie van deze vorm van kwaliteitsstoetsing is de beoordeling van de werkelijkheid aan de hand van criteria, gevolgd door het aanbrengen van veranderingen die systematisch



Figuur 21.2 Monodisciplinaire kwaliteitsbewaking

worden geëvalueerd. Intercollegiale toetsing kan zowel monodisciplinair (als de zorgverleners verzorgenden zijn) als multidisciplinair (als de zorgverleners uit verschillende disciplines komen) plaatsvinden. Motivatie is een belangrijke factor bij het al dan niet slagen van intercollegiale toetsing. Deze vorm van kwaliteitstoetsing vereist een veilige sfeer waarin men bereid is zich kwetsbaar op te stellen ten opzichte van collega's. Daarom kan deze vorm van kwaliteitsbewaking beter niet toegepast worden als er onrust is in een team (bijvoorbeeld als er veel wisselingen zijn geweest of als er sprake is van een reorganisatie). Bovendien is het bij intercollegiale toetsing een voorwaarde dat alle teamleden volledig achter de gestelde criteria staan. Is dat niet het geval, dan kunnen er eindeloze discussies ontstaan over de criteria, terwijl het uiteindelijke doel (verbetering van de uitvoering van het werk) niet wordt behaald.

Verbetersteams/kwaliteitsgroepen

Verbetersteams of kwaliteitsgroepen richten zich op systematische verbetering van de kwaliteit. Dat doen zij door te proberen concrete kwaliteitsproblemen op te lossen. Dat kunnen zeer concrete proble-

men op de werkvloer zijn, maar ook problemen op afdelings- of zelfs organisatieniveau. Welke problemen men ook wil oplossen, een methodische aanpak is noodzakelijk. De cyclus van Deming kan ook hierbij een goed hulpmiddel zijn. Verbetersteams/kwaliteitsgroepen kunnen zowel mono- als multidisciplinair samengesteld zijn.

Voorbeeld

Op een afdeling Psychogeriatric van een verpleeghuis ziet men een forse stijging van het aantal valincidenten in vergelijking met de jaren daarvoor. Er wordt een verbetergroep samengesteld waarin een klinisch geriater, een verpleegkundige en enkele verzorgenden actief zijn. Doel is oorzaken te achterhalen en acties te bedenken die het aantal valincidenten weer op een acceptabel niveau kunnen krijgen.

Multidisciplinaire kwaliteitsbewaking

Een voorbeeld van *multidisciplinaire kwaliteitsbewaking*, waarin de kwaliteit van zorg bewaakt wordt in



Figuur 21.3 Multidisciplinaire kwaliteitsbewaking

samenwerking met andere beroepsgroepen, is de instellingstoetsing. Een team van medewerkers uit gelijksoortige zorgorganisaties bezoekt dan een collega-organisatie. Van tevoren is een lijst opgesteld met punten waarop de te bezoeken organisatie beoordeeld wordt. De resultaten worden op schrift aan de getoetste organisatie meegedeeld. Als de kwaliteit op bepaalde punten niet zo hoog is als gewenst, kan op basis van de resultaten een veranderingsproces worden opgestart.

21.3.2 Externe kwaliteitsbewaking

Wanneer niet-verzorgenden de kwaliteit van zorg beoordelen die verzorgenden leveren, spreken we over *externe kwaliteitsbewaking*. De beoordelaars kijken dan als het ware van buitenaf naar de beroepsuitoefening in een organisatie. Meestal toetst een beoordelingscommissie, die in veel gevallen door de overheid wordt ingesteld, alleen de grote lijnen. Het is daarbij niet onmogelijk dat in zo'n commissie een verzorgende zit.

Hierna noemen we enkele instanties voor externe kwaliteitsbewaking.

Inspectie voor de Gezondheidszorg

De IGZ bevordert de volksgezondheid door effectieve handhaving van de kwaliteit van zorg, preventie en medische producten. Zij richt zich daarbij op alle branches in de gezondheidszorg. De inspectie adviseert de bewindspersonen en maakt ten opzichte van de zorgaanbieders gebruik van advies, stimulans, drang en dwang als bijdrage aan verantwoorde zorg. De inspectie onderzoekt en oordeelt onpartijdig, deskundig, zorgvuldig en onafhankelijk van politieke kleur of heersend zorgstelsel.

Ziektekostenverzekeraars

Zorg wordt verleend door de zorgaanbieders, maar het daarvoor benodigde geld is voor het grootste deel afkomstig van de *ziektekostenverzekeraars* (die dit via de premies van verzekerden innen). Zij worden steeds meer gedwongen zuinig met hun financiën om te gaan en proberen de zorgaanbieders te bewegen tot kostenbeperking. Dat kan bijvoorbeeld door de declaraties te controleren en na te gaan of bepaalde voorzieningen misschien te duur zijn. Ook hebben de zorgverzekeraars invloed op de zorgkwaliteit door wel of geen contract aan te gaan met zorgaanbieders voor bepaalde zorg of behandeling.

Patiënten- en consumentenorganisaties

Ook zorgvragers kunnen de kwaliteit van zorg positief beïnvloeden via de ervaringsdeskundigheid die velen van hen bezitten. Zij kunnen vaak uitstekend beschrijven wat voor bepaalde zorgvragers goede zorg is. Er zijn veel verschillende organisaties voor zorgvragers die deze taak op zich genomen hebben. Zo'n bekende organisatie is bijvoorbeeld de stichting Ypsilon. Deze vereniging behartigt de belangen van mensen met schizofrenie. Zij geeft voorlichting, bevordert onderlinge contacten, werkt aan een betere kwaliteit van de professionele zorg en maakt daarbij vooral gebruik van ervaringsdeskundigheid. Ook *consumentenorganisaties* kunnen een steentje bijdragen aan de bevordering van de kwaliteit in de gezondheidszorg. Een bekende consumentenorganisatie is de Consumentenbond. Deze organisatie heeft een zeer breed aandachtsgebied. Het belangrijkste doel is het belang van consumenten in de breedste zin van het woord te behartigen en mensen in staat te stellen betere keuzen te maken. Dat gebeurt bijvoorbeeld door zorgaanbieders met elkaar te vergelijken en de resultaten te publiceren, maar ook door op te treden als adviesorgaan bij vragen en/of conflicten.

Interne commissies

Externe kwaliteitsbewaking kan ook plaatsvinden door commissies die de zorgorganisaties zelf benoemen.

Commissie Melding Incidenten Patiëntenzorg (MIP)

Behalve MIP zijn er nog meer namen in omloop. Sommige organisaties noemen zo'n commissie ook wel de fouten of bijna-ongelukkencommissie (*FOBO*), andere spreken van de Fouten or Near Accidents (*FONA*-)commissie of Melding Incidenten Bewonerszorg (*MIB*). Aan de hand van meldingen van incidenten moet zo'n commissie het zorgaanbod veiliger maken, zodat deze incidenten in de toekomst niet meer voorkomen. Onderzoek wees uit dat verzorgenden incidenten minder makkelijk mel-

den als zij het idee hebben dat zij persoonlijk worden aangesproken op het incident dat zij melden. Een nieuwe manier van melden, het zogenaamde *Veilig Incidenten Melden*, heeft als doel melden laagdrempelig te maken.

Voorbeeld

Een hoogbejaarde zorgvrager is gevallen in de badkamer. Ze wordt gevonden door een verzorgende, die een dokter waarschuwt en een formulier invult om de valpartij te melden. Hoewel er geen persoonlijk letsel ontstond, stelt de MIP-commissie een onderzoek in. Het is al de tweede keer in korte tijd dat zoiets gebeurt. De afdeling is onlangs verbouwd en elke badkamer is voorzien van een antislipvloer. Die vloer wordt tijdens het douchen echter toch spiegelglad. Een week na het afronden van het MIP-onderzoek is het probleem op de hele afdeling verholpen.

Veilig Incidenten Melden (VIM)

In veel zorgorganisaties is een nieuw foutmeldingssysteem ingevoerd onder de naam *Veilig Incidenten Melden (VIM)*. Melden gebeurt aan de hand van eenvoudige formulieren en er wordt sneller op gereageerd. Een belangrijk uitgangspunt is dat de meldingen niet mogen leiden tot sancties voor de betrokken werknemer(s). Volgens betrokkenen worden niet-fatale fouten zo eerder ontdekt en wordt de veiligheid voor de zorgvrager vergroot. Het aantal meldingen blijkt door de invoering van het nieuwe laagdrempelige systeem fors te stijgen.

Meldingsformulier (bijna-)incidenten patiëntenzorg	
Dit formulier heeft uitdrukkelijk niet tot doel om te onderzoeken wie schuld heeft aan een (bijna-)incident	
Datum melding:	Datum gebeurtenis:
Gegevens van de melder	
Naam:	Functie:
Gegevens over evt. betrokken patiënt	
Naam:	Geboortedatum:
Ingelicht over incident: nodig als het incident voor de patiënt consequenties heeft <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Zo ja, door wie: <input type="checkbox"/> mondeling <input type="checkbox"/> schriftelijk
Betrokken medewerkers	
De melding geschiedt bij voorkeur door de direct betrokken medewerker(s). Andere betrokken medewerkers kunnen, indien naar hun mening de direct betrokkene ten onrecht niet zelf meldt, tevens een melding doen. Dit geschiedt echter alleen met medeweten van de direct betrokkene.	
Naam	Naam
Naam	Naam
Categorie van de melding (in te vullen door VIM-coördinator)	
Meerdere kruisjes mogelijk	
hoofdgroep	specificatie
<input type="checkbox"/> Proces:	<input type="checkbox"/> Contact leggen <input type="checkbox"/> Registratie & Administratie <input type="checkbox"/> Patiëntenstroom <input type="checkbox"/> Triage <input type="checkbox"/> Onderzoek <input type="checkbox"/> Behandeling <input type="checkbox"/> Verwijzing <input type="checkbox"/> Fiatteren <input type="checkbox"/> Overdracht op praktijk of huisartsenpost <input type="checkbox"/> Zorgketen <input type="checkbox"/> Opleidingssituatie
<input type="checkbox"/> Medisch inhoudelijk handelen	<input type="checkbox"/> Onjuiste uitvoering klinische taak <input type="checkbox"/> Onjuiste diagnose gesteld <input type="checkbox"/> Onjuiste behandeling ingesteld
<input type="checkbox"/> Communicatie, overleg, samenwerking	<input type="checkbox"/> Huisarts <input type="checkbox"/> AIOS <input type="checkbox"/> Praktijkondersteuner <input type="checkbox"/> Doktersassistent <input type="checkbox"/> Paramedicus <input type="checkbox"/> Praktijkmanager <input type="checkbox"/> Chauffeur
<input type="checkbox"/> Materiaal, apparatuur, logistiek	<input type="checkbox"/> Medische apparatuur / -instrumenten <input type="checkbox"/> Telefonie <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> EMD <input type="checkbox"/> Electronische koppeling huisartsenpost

Figuur 21.4 Voorbeeld van een VIM-formulier

Medisch-ethische commissie

Een *medisch-ethische commissie* heeft onder andere tot taak bepaalde ethische problemen in een organisatie hanteerbaar te maken. Zo'n commissie kan bijvoorbeeld een protocol voor de uitvoering van euthanasie schrijven.

Commissie ter preventie van seksuele intimidatie

Zorgaanbieders stellen steeds vaker een commissie in ter preventie van *seksuele intimidatie*. De primaire taak van de commissie is de medewerkers in de organisatie te beschermen tegen, en ze op te vangen in geval van seksuele intimidatie.

Klachtencommissie

Volgens de *Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector* is iedere zorgorganisatie verplicht een *klachtencommissie* te hebben. Zorgvragers dienen duidelijk te worden geïnformeerd over het bestaan, de wijze waarop zij eventueel een klacht kunnen indienen en hoe deze zal worden behandeld. De zorgverlener en de organisatie zijn niet verplicht de uitspraak en aanbevelingen van de klachtencommissie op te volgen. De klachtencommissie moet haar werkwijze vastleggen in een reglement.

21.4 Methoden voor kwaliteitsbewaking

Hiervoor beschreven we vormen van kwaliteitsbewaking. Hoe ze in de praktijk werken, lees je hieronder.

21.4.1 Centrale toetsing

Als de kwaliteitsbewaking vanuit een centraal punt in de organisatie wordt georganiseerd, noemen we dit *centrale toetsing*. Als verzorgende ben je hier nauwelijks bij betrokken. Het toetsen van de zorgverlening in haar geheel staat voorop en meestal wordt hierbij een wetenschappelijk ontwikkelde methode gebruikt. Veel zorgorganisaties hebben

tegenwoordig een aantal medewerkers dat zich speciaal bezighoudt met het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

Keurmerken in de zorg

Een *keurmerk* kun je beschouwen als een bewijs dat aan een persoon, instantie of (zorg)organisatie wordt toegekend wanneer aan bepaalde (vooraf beschreven en achteraf getoetste) normen is voldaan. In de Nederlandse gezondheidszorg zijn er meerdere, waarvan we er een aantal noemen.

HKZ-keurmerk

De *Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling* (HKZ) stelt kwaliteitseisen op voor diverse deelgebieden van de sectoren zorg en welzijn. Deze worden in de vorm van certificatieschema's beschikbaar gesteld aan het werkveld. Voor vrijwel alle zorgbranches zijn deze schema's er inmiddels. De certificatieschema's van HKZ zijn afgeleid van ISO 9001, de internationale norm voor kwaliteitsmanagementsystemen. Een organisatie met het HKZ-keurmerk is daardoor ook gecertificeerd volgens ISO 9001. De meerwaarde van HKZ ten opzichte van ISO 9001 is dat HKZ ook inhoudelijke eisen stelt.

Gouden, zilveren keurmerk in de zorg

De Stichting Perspekt verleent het gouden, zilveren en bronzen keurmerk in de zorg aan organisaties voor verpleging en verzorging. De beoordelingscriteria voor goud en zilver zijn gebaseerd op de van toepassing zijnde certificatieschema's van HKZ (zie boven) en MIK-V, een eerder door de sector ontwikkeld systeem. Zowel HKZ als MIK-V zijn verwant aan ISO 9001, waardoor het gouden en zilveren keurmerk voornamelijk de kwaliteit van de interne organisatie betreffen. De beoordelingscriteria voor brons zijn meer gericht op de daadwerkelijk verleende zorg (dit is dus een dienstenkeurmerk).

NIAZ-accreditatie

Het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ) verleent accreditaties aan zorgorganisaties. In beginsel richtte het NIAZ zich met name op ziekenhuizen, maar inmiddels hebben ook andere zorgorganisaties een accreditatie verkregen. De beoordelingscriteria zijn afgeleid van het INK-model, de Nederlandse variant van een internationaal model voor kwaliteitsmanagementsystemen, waardoor de NIAZ-accreditatie voornamelijk een oordeel geeft over de kwaliteit van de interne organisatie. Dit instrument bevat een vragenlijst waarin zeer uiteenlopende aspecten van kwaliteitszorg aan bod komen. Met deze vragenlijst kan de organisatie een soort zelfevaluatierapport schrijven. Dit rapport is daarna een van de beoordelingsaspecten op grond waarvan een zogenaamd accreditatierapport opgesteld wordt. Een speciale commissie buigt zich over dit rapport en adviseert het bestuur van het NIAZ over het verstrekken van het accreditatiebewijs. Het NIAZ beoordeelt of een zorgorganisatie intern de zaken goed heeft geregeld. Een NIAZ-keurmerk geeft echter geen garantie op optimale kwaliteit van zorg. Het NIAZ heeft echter wel als doel om structurele tekortkomingen uit te sluiten. Overigens beoordeelt het NIAZ geen individuele beroepsbeoefenaars, maar bekijkt het wel of de organisatie hiervoor een adequate regeling heeft.

Kwaliteitsregisters

Voor diverse beroepen in de zorg bestaan vrijwillige *kwaliteitsregisters*. Hierin wordt bijgehouden welke beroepsbeoefenaren voldoen aan bepaalde kwaliteitseisen, waar onder bijscholing. Een voorbeeld van zo'n register is het kwaliteitsregister V&V van de V&VN.

21.4.2 Decentrale toetsing

De verantwoordelijkheid voor de inhoud en uitvoering van *decentrale toetsing* ligt bij de uitvoerders van de zorg, zoals de verzorgenden. Een goed voor-

beeld van deze vorm van kwaliteitsbewaking is de *afdelingsgebonden toetsing*.

Afdelingsgebonden toetsing

Dit toetsingsmodel lijkt veel op de cyclus van Deming (plan-do-check-act), maar is veel meer toegespitst op een afdeling. Ook zijn de verschillende stappen wat meer gedetailleerd. Achtereenvolgens worden de volgende stappen gezet:

- a De eerste stap is voor het beschrijven van wat we in het algemeen belangrijk vinden in de zorgverlening. Hierbij kun je denken aan de visie op ziek en gezond zijn, het denken over de mondigheid van de zorgvrager en de vraag welke verantwoordelijkheid de zorgvrager zelf heeft.
- b Als tweede stap kies je een onderwerp dat getoetst wordt. Het is belangrijk om te onthouden dat per keer maar één onderwerp getoetst kan worden.

De volgende vragen kun je gebruiken om prioriteiten te stellen:

- Hoe vaak komt het probleem voor?
- Hoe groot is de invloed van het probleem op de totale zorgkwaliteit?
- Is het probleem echt oplosbaar?
- Kunnen de afdelingsmedewerkers de verbetering tot stand brengen?

- c Nu ga je zogenaamde standaarden en criteria voor de uitvoering vaststellen. De standaarden zijn de eisen waaraan de beroepsuitoefening ten minste moet voldoen om goede kwaliteit te leveren.
- d In deze stap ga je de werkelijke situatie in kaart brengen.
- e In deze stap ga je c en d met elkaar vergelijken. Dit is de eigenlijke toetsing.
- f Na de toetsing trek je conclusies en stel je een plan op om de noodzakelijke veranderingen tot stand te brengen.
- g Het bij stap f geformuleerde plan ga je in deze fase uitvoeren.
- h Als laatste evalueer je het resultaat van de verschillende acties.

De cirkel is nu rond. Dit is het moment om de cyclus nogmaals te doorlopen of een nieuw onderwerp te kiezen.

Vijfstappenmethode

Afgeleid van de Deming-cyclus is de zogenaamde *vijfstappenmethode*. Hierbij wordt de volgende cyclus gehanteerd:

Stap 1. Kies een onderwerp: waar ga je aan werken?

- Inventariseer onderwerpen die voor verbetering vatbaar zijn.
- Selecteer een onderwerp dat je gaat aanpakken.

Stap 2. Formuleer een verbeterdoel: wat wil je bereiken?

- Bepaal de huidige situatie.
- Bepaal de gewenste situatie.
- Formuleer je verbeterdoel.

Stap 3. Stel een verbeterplan op: hoe wil je je doel(en) bereiken?

- Achterhaal de oorzaken.
- Bedenk oplossingen.
- Kies een aanpak om je doel te bereiken en maak afspraken met betrokkenen.

Stap 4. Toets je verbeterplan: werken de verbeteringen in de praktijk?

- Handel volgens afspraak.
- Signaleer veranderingen.
- Rapporteer de resultaten.

Stap 5. Bewaak de uitvoering: hoe zorg je ervoor dat de veranderingen verankerd worden?

- Toets de praktijk en trek je conclusies.
- Veranker de werkwijze.
- Bereid, indien nodig, een nieuwe verbeteringscyclus voor.

Toetsing van de kwaliteit van zorg

Decentrale methode	Centrale methode
- Toetsing per onderwerp	- Toetsing van de hele zorg
- Wijze van toetsing per onderwerp gekozen	- Wijze van toetsing vooraf vastgesteld
- Zorguitvoerders stellen de criteria vast	- Methodeontwerpers stellen de criteria vast
- Toetsing vindt plaats op de afdeling	- Toetsing vindt centraal plaats
- Toetsing door direct betrokkenen	- Toetsing door speciale toetsingsfunctionarissen

Figuur 21.5 Kenmerken van de centrale en decentrale toetsingsmethode

In **figuur 21.5** staan de kenmerken van de centrale en decentrale toetsingsmethode overzichtelijk naast elkaar.

Er bestaan talloze methoden voor kwaliteitstoetsing en -bewaking, veel meer dan we hier behandelen. Het is belangrijk om te beseffen dat je eigen gezond verstand minstens zo belangrijk is als het gebruik van theorieën en modellen. Iedere ervaren verzorgende kan uit een schat van ervaringen putten als het gaat om goede of minder goede zorg. Kritisch durven kijken naar eigen en andermans functioneren is de beste basis om kwaliteit van zorg te leveren.

21.5 Standaarden en protocollen

Zoals je inmiddels weet, wordt kwaliteit van zorg vooral getoetst door de werkelijke situatie te vergelijken met de wenselijke situatie.

Protocol

In een *protocol* liggen afspraken vast over het doel van handelingen en de manier waarop ze uitgevoerd moeten worden. Door protocollen te gebruiken ontstaat er duidelijkheid over de handelingen die verricht moeten worden in bepaalde situaties.



Figuur 21.6 Kwaliteit is ook iedere dag je gezond verstand gebruiken

Een protocol is een methodische leidraad die aangeeft welke handelingen in welke volgorde en onder welke omstandigheden concreet uitgevoerd moeten worden. Een protocol bevat verschillende soorten informatie:

- beschrijving van de behoeften van de zorgvragers;
- beroepsinhoudelijke informatie over de manier waarop de zorg moet worden uitgevoerd;
- procedureel-organisatorische informatie.

Hoe gedetailleerd de informatie is en hoe strikt de handelingen worden voorgeschreven kan per protocol verschillen.

Standaard

Een standaard is een goed middel om de wenselijke situatie te benoemen. Het is dus min of meer de beschrijving van hoe het zou moeten zijn. Een standaard is de basis voor een protocol. In een protocol

vind je praktische richtlijnen voor de zorgverlening. Een standaard beschrijft meer algemene uitgangspunten en kaders die meestal verder uitgewerkt moeten en kunnen worden in een protocol.

Voorbeeld

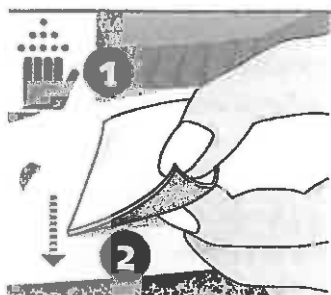
Een verpleeghuis ontwikkelt een protocol voor het hanteren van de hoog-laagbedden. Iedereen vindt het een prima hulpmiddel, want er bestond veel onduidelijkheid over. Enkele jaren later – er zijn inmiddels nieuwe bedden – komt men tot de ontdekking dat het oude protocol niet meer voldoet. Toch gebruiken de medewerkers het nog blindelings, want ze hebben geleerd dat het protocol gevolgd moet worden.

Dit voorbeeld maakt duidelijk dat je een protocol nooit klakkeloos moet blijven volgen, maar dat de waarde ervan steeds ter discussie moet staan. Een protocol mag dus nooit een doel op zich zijn!

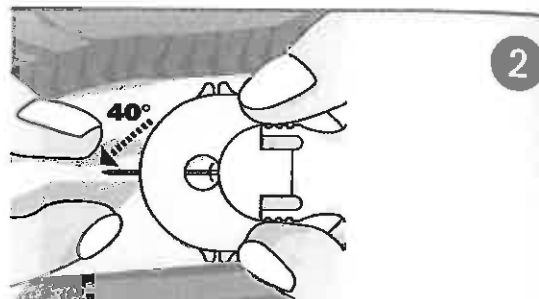
Voorbeeld

De laatste tijd zijn er in een organisatie voor thuiszorg relatief veel incidenten geweest met het gebruik van een nieuw type tillift. Zo is het diverse keren voorgekomen dat zorgvragers bijna uit de tillift zijn gevallen en is zelfs een zorgvrager uit de lift gevallen, gelukkig toen hij boven z'n bed hing. Het afdelingshoofd bespreekt de zaak in een teamvergadering en de gezamenlijke conclusie is dat de kwaliteit van zorg voor deze handeling lager dan wenselijk is. Men besluit het probleem methodisch aan te pakken volgens de vijfstappen-methode.

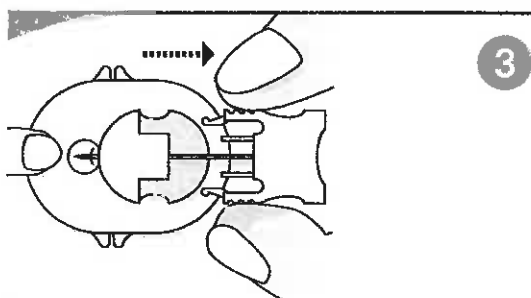
Stap 1. Een van de uitgangspunten voor zorgverlening is dat de zorg zo veilig mogelijk wordt uitgevoerd. Daar ligt in dit geval het probleem.



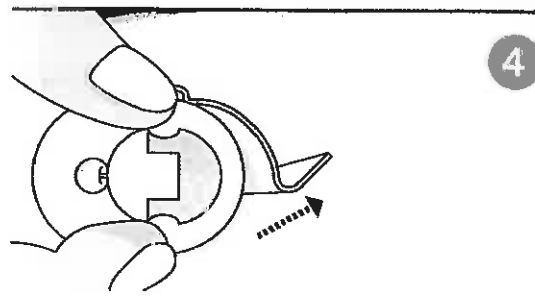
- Handen wassen.
- Goede hygiëne van de huid.



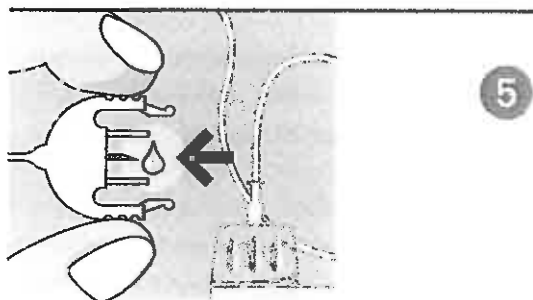
- Beschermkapje van de naald verwijderen.
- Huidplooi opnemen.
- Disetronic tender onder hoek van 30° – 45° inbrengen.



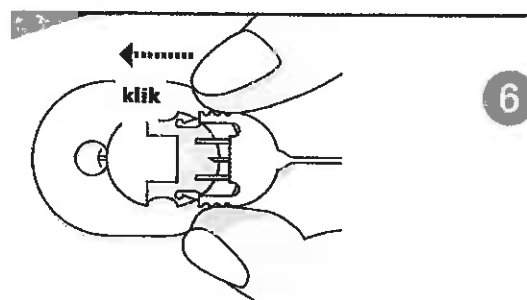
- Onder licht drukken op de zijkanten de naald uitnemen.



- Beschermfolie aan de voor- en achterzijde verwijderen.
- Pleister aandrukken.



- Slang vullen met medicatie uit de spuit.
- Het volume van de verlengslang + aansluitstuk = 1,4 ml. Houd er rekening mee dat de spuit hierdoor eerder leeg is.



- Slang met een «klik» op de naald aansluiten.
- Eventuele bolus toedienen via een aparte Insufloon of vanuit de spuit.
- Spuit in de pomp plaatsen.
- Spuit in de pomp plaatsen.

Figuur 21.7 Een protocol helpt om een vooraf vastgestelde kwaliteitsstandaard te volgen

Stap 2. Het op te lossen probleem is eigenlijk al duidelijk: de tillift wordt niet op de juiste en veilige manier gebruikt. Dat moet veranderen.

Stap 3. Er is in de organisatie een protocol voor het gebruik van de tillift. Daarin staat beschreven hoe de lift werkt en hoe men de veiligheid van de zorgvrager kan garanderen. Verschillende betrokkenen geven echter aan dat ze de richtlijnen uit het protocol niet helder vinden.

Stap 4. De verzorgenden beschrijven hoe zij de lift bedienen. Uit deze analyse blijkt dat verschillende deelhandelingen die noodzakelijk zijn om de veiligheid van de zorgvrager te kunnen waarborgen niet altijd worden uitgevoerd. Met de fabrikant van de tillift wordt bekeken hoe de handleiding van het apparaat verbeterd kan worden, waarna er een nieuwe richtlijn wordt gepubliceerd. Ook wordt er een aantal instructiebijeenkomsten georganiseerd, samen met de leverancier van de lift.

Stap 5. Na twee maanden vindt een evaluatie plaats. Met behulp van observaties door collega's wordt getoetst of de tillift nu volgens de richtlijnen wordt gebruikt. Er blijken nauwelijks nog verschillen te zijn. De kwaliteit van zorg is voor deze technische handeling dus aanzienlijk gestegen. Men spreekt af ieder half jaar te evalueren.

In het voorgaande voorbeeld is sprake van een *verrichtingenprotocol*. Daarin staat beschreven welke handelingen op welke manier uitgevoerd moeten worden, en voorkomt dat iedereen op zijn eigen manier gaat werken.

Een ander soort protocol is het *doelprotocol*. Een doelprotocol beschrijft geen handelingen, maar de doelen die behaald moeten worden met een zorgvrager. Het afdelingshoofd uit het voorbeeld in het begin van dit hoofdstuk vond dat het zelfzorgvermogen van zorgvragers zo goed mogelijk benut moest worden. Zijn

standaard was dus niet een handeling die op een bepaalde manier moest worden uitgevoerd, maar een doel dat met alle zorgvragers moest worden behaald. Je kunt je voorstellen dat dit afdelingshoofd meer van dergelijke doelen heeft geformuleerd. Voor hem zou kunnen gelden dat de kwaliteit van de verleende zorg goed is als alle doelstellingen bereikt zijn. Een ander voorbeeld is een protocol dat beschrijft hoe de privacy in een organisatie voor zorgvragers met een verstandelijke beperking gewaarborgd wordt. In dit doelprotocol staat bijvoorbeeld dat:

- gordijnen bij de verzorging altijd gesloten moeten zijn;
- zaken die geheimhouding vragen, besproken worden zonder de aanwezigheid van andere zorgvragers.

Protocol ontwikkelen

Je kunt op verschillende manieren tot een protocol komen. Iedere verzorgende kan een soort individueel protocol voor tal van handelingen ontwikkelen. Je stelt dan voor jezelf vast wat de ideale manier is om een handeling uit te voeren of wat je wilt bereiken met een zorgvrager. Zo'n individueel protocol is niet altijd haalbaar. Je kunt precies in je hoofd hebben hoe je iemand wilt begeleiden na een vervelende gebeurtenis, maar als het op je werk zo druk is, dat je de zorgvrager in kwestie nauwelijks kunt zien, zal je de plannen moeten bijstellen. In ieder geval moet je dan constateren dat je doelstelling niet haalbaar is. Op afdelings- of organisatieniveau zijn het vaak groepjes beroepsbeoefenaars die een protocol ontwikkelen. Of er ook andere disciplines bij betrokken worden, hangt af van het onderwerp. Het is verstandig om collega's uit andere disciplines bij de ontwikkeling te betrekken als zij met het protocol te maken kunnen krijgen. Ook een verzorgende kan dus gevraagd worden of de opdracht krijgen mee te helpen aan de totstandkoming van een multidisciplinair protocol.

21.6 Rol deskundigen bij kwaliteitsbevordering

Wat is deskundigheid? Er zijn veel omschrijvingen, maar we hanteren de volgende: de mate waarin de verzorgende beschikt over de kennis en vaardigheden die nodig zijn om het beroep goed uit te voeren. Tegelijkertijd weten we dat er zo veel veranderingen in de zorg plaatsvinden, dat geen enkele verzorgende alle kennis en vaardigheden kan bezitten die voor haar beroep beschikbaar zijn. Daarom is kwaliteitsbevordering en -bewaking natuurlijk niet alleen een zaak voor verzorgenden. Als je zelf niet voldoende kennis of vaardigheden bezit om de goede zorg te verlenen, is het verstandig om deskundigen in te schakelen.

Voorbeeld

In een verpleeghuis wonen verschillende zorgvragers met een stoma. Enkele maanden geleden is men overgestapt naar nieuwe verzorgingsmiddelen. De laatste tijd worden er problemen gemeld met de verzorging van de stoma's. Een onderzoek naar de oorzaken levert niets op, dus schakelt men een deskundige op het gebied van de stomazorg in, met als doel de kwaliteit van de stomazorg te verbeteren. Al snel blijkt dat de nieuwe verzorgingsmiddelen niet op de juiste manier gebruikt worden. Na deze constatering is het probleem spoedig opgelost.

In een organisatie voor zorgvragers met een verstandelijke beperking zijn er problemen met het gedrag van een jongen. In de groep verwondt hij zichzelf regelmatig door met zijn hoofd tegen de muur te bonken. Het personeel kan er eigenlijk niet mee omgaan. Na inschakeling van een deskundige blijkt dat een medebewoner het zelfverwondingsgedrag oproept. Vanaf dat moment worden de twee niet meer met elkaar geconfronteerd en verwondt de jongen zich veel minder vaak.

In een organisatie voor thuiszorg wil de leiding de kwaliteit van de verleende basiszorg toetsen. Men heeft het model van de afdelingsgebonden toetsing als hulpmiddel in de hand liggen. Omdat het de eerste keer is dat ermee gewerkt gaat worden, vraagt de leidinggevende ondersteuning van een stafmedewerker. Deze heeft als verzorgende in een ziekenhuis veel deskundigheid opgedaan met deze methode van kwaliteitstoetsing en -verbetering. Zij gaat het hulpmiddel vertalen naar de situatie in de thuiszorg.

De drie voorbeelden tonen aan dat de hulp van deskundigen om verschillende redenen ingeroepen kan worden. In de eerste en tweede situatie vraagt men hulp van deskundigen om een probleem te onderzoeken. In het laatste voorbeeld is de deskundigheid vooral nodig voor procesbegeleiding.

21.7 Praktische hulpmiddelen

Uit het voorgaande heb je wellicht geconcludeerd dat het meten en toetsen van kwaliteit van zorg niet eenvoudig is. Gelukkig bestaan er veel hulpmiddelen die het iets gemakkelijker maken. Dat demonstreren we met drie voorbeelden: de SMART-regels, de Pareto-analyse en de sterkte-zwakteanalyse.

21.7.1 SMART-regels

Bij veel methoden voor kwaliteitstoetsing is de vergelijking tussen de wenselijke en de reële situatie een belangrijke stap in het proces. Als men de wenselijke situatie niet in toetsbare termen kan formuleren, is het eigenlijk onmogelijk om die vergelijking te maken. De SMART-regels zijn een handig hulpmiddel voor het formuleren van duidelijke kwaliteitscriteria. De naam SMART is samengesteld uit de beginletters van de vijf eisen die we hierna noemen.

Specifiek

De criteria moeten van belang zijn voor de bewaking van de kwaliteit van zorg. Ze moeten er echt iets mee te maken hebben:

- Niet specifiek: de verzorgende gaat iedere dienst op tijd naar huis. Het is heel fijn als dit doel gehaald wordt, maar met de kwaliteit van zorg heeft het weinig te maken. Overwerken hoeft geen lagere kwaliteit tot gevolg te hebben.
- Wel specifiek: de wachttijden op de polikliniek Psychiatrie zijn, gemiddeld over een jaar genomen, niet langer dan een half uur.

Meetbaar

De criteria moeten meetbaar zijn, in termen van waarneembaar gedrag:

- Niet meetbaar: de zorgvrager is na de opname zo snel mogelijk weer aan het werk.
- Wel meetbaar: de zorgvrager zegt na twee weken weer in staat te zijn z'n werk te hervatten.
- Niet concreet waarneembaar: de zorgvrager is tevreden over ...
- Wel concreet waarneembaar: de zorgvrager zegt dat hij tevreden is over ...

Acceptabel

De criteria moeten acceptabel zijn binnen de gegeven omstandigheden:

- Niet acceptabel: de zorgvrager kan altijd eten wat hij wenst.
- Wel haalbaar: er is een keuzemenu waaruit de zorgvrager kan kiezen wat hij de volgende dag wil eten.

Realistisch

Doelen moeten haalbaar en uitvoerbaar zijn. Streven naar perfectie is in beginsel prima, maar in de meeste situaties moet je tevreden zijn met iets minder omdat je dan veel sneller en met minder investering resultaat haalt. Bovendien motiveren onhaalbare doelen mensen ook niet om ze te halen:

- Niet realistisch: over zes maanden komt er geen

decubitus categorie 1 meer op de afdeling Neurologie;

- Wel realistisch: over zes maanden is het aantal decubitusgevallen categorie 1 met 15 % afgenomen.

Tijdgebonden

In de omschrijving dient duidelijk te zijn wanneer het doel bereikt dient te zijn:

- Zonder goede tijdsaanduiding: over een tijdje is de wachttijd op de polikliniek met een kwartier verminderd.
- Met goede tijdsaanduiding: per 1 mei 2011 is het percentage valincidenten bij de zorgvragers op afdeling Postiljon met 25 % gedaald.

Voorbeelden

Op een afdeling in een verpleeghuis formuleert men het volgende doel: 'de zorgvragers moet voldoende gelegenheid worden geboden tot ontspanning'.

Als we de SMART-regels erbij nemen, betekent dit het volgende:

- Criterium is specifiek en acceptabel, want er is sprake van kwaliteit van welzijn als de zorgvrager zich kan ontspannen.
- Formulering is ook in begrijpelijke taal beschreven.
- Het is niet meetbaar beschreven, want wat de een voldoende vindt, is voor een ander onvoldoende. Ook is er niets beschreven in termen van concreet waarneembaar gedrag.
- Of het wenselijke ook realistisch is, kunnen we eigenlijk niet beoordelen: we weten immers niet precies wat we willen.
- Tijdgebonden is het niet, want in het doel blijkt niet wanneer het bereikt moet zijn.

Op een andere afdeling in dezelfde organisatie streeft men eigenlijk hetzelfde na, maar de formulering is anders: 'de zorgvragers moeten elke week

ten minste vier uur een zelfgekozen, ontspannende activiteit, die in de hobbyruimte uitgevoerd kan worden, kunnen uitvoeren'. Aan de formulering kan nog wel het een en ander verbeterd worden, maar in elk geval is die al veel concreter. Het beschrevene is specifieke en acceptabel. 'Elke week' is meetbaar, evenals 'minimaal vier uur'. 'Zelfgekozen' is waarneembaar in termen van gedrag, want we kunnen het vragen aan de zorgvrager. We kunnen hier niet beoordelen of wat we willen realistisch is, want het is niet bekend of de afdeling daartoe de mogelijkheden bezit.

21.7.2 Pareto-analyse

Het *Pareto*-principe geeft aan dat een gering aantal oorzaken verantwoordelijk is voor het merendeel van de problemen. Anders gezegd: het overgrote deel (ongeveer 80 %) van de gevolgen is te wijten aan een klein deel (20 %) van de oorzaken en omgekeerd. In het bedrijfsleven laat zich dat als volgt vertalen:

- Van de bedrijfsresultaten is 80 % afkomstig van 20 % van de bedrijfsinspanningen.
- Van de omzet is 80 % afkomstig van 20 % van de klanten.
- Van de producten levert 20 % 80 % van de omzet.

Ook in het streven naar kwaliteit van zorg kunnen we het *Pareto*-principe gebruiken: als de kwaliteit van zorg te wensen overlaat, is daar meestal niet één oorzaak voor aan te wijzen. Vaak gaat het om een combinatie van factoren. Stel je een situatie voor waarin de geleverde zorg te wensen overlaat. De *Pareto*-analyse kan jou in die situatie helpen de belangrijkste oorzaken voor de gebrekkige zorg te vinden. Je kunt je prioriteiten bepalen als je de keuze hebt uit een aantal te verbeteren zaken. Je kunt beter iets doen aan het kleine aantal oorzaken dat zorgt voor veel kwaliteitsverlies, dan aandacht schenken aan het veel grotere aantal oorzaken dat maar weinig kwaliteitsverlies oplevert.

Voorbeelden

In een organisatie voor thuiszorg constateert men een probleem: veel zorgvragers moeten 's ochtends langer wachten op hun dagelijkse verzorging dan wenselijk is. In het schema staan de veroorzakers van het probleem, met daarachter het aantal keren dat ze voorkwamen.

Oorzaak	Frequentie
A Te krappe planning van afspraken	112
B Zorgverlener niet bekend met specifieke zorgbehoeften	64
C Zorgvrager had meer zorg nodig dan normaal	6
D Zorgverlener had problemen met vervoer naar de zorgvrager	4
E Zorgverlener had door het weer problemen om op tijd te zijn	3
F Zorgverlener moest vervangen worden wegens ziekte	2
G Zorgverlener moest zoeken naar het juiste adres	3
H Zorgverlener had privéproblemen waardoor zij te laat kwam	3
I Zorgvrager had fysieke beperkingen	2
J Overige oorzaken	1
Totaal	200

Figuur 21.8 Oorzaken van het probleem van deze thuiszorgorganisatie

Oorzaken A en B zijn samen 176 van de tweehonderd keer de oorzaak van het probleem (ongeveer 80 %). A en B zijn slechts twee van de tien mogelijke oorzaken (20 %). De wet van Pareto geldt dus ook hier: slechts 20 % van de oorzaken veroorzaakt 80 % van de omvang van het probleem. Vrijwel alle problemen lossen we in dit geval dus op door:

- de planning wat ruimer te maken (A);
- te zorgen dat de hulpverleners op de hoogte zijn van de specifieke zorgbehoeften van de zorgvragers (B).

De andere acht oorzaken wegnemen heeft veel minder effect, kost veel tijd en heeft dus geen prioriteit.

In een organisatie waar psychogeriatrische zorgvragers verblijven is sprake van een groot aantal incidenten waarbij zorgvragers zijn gevallen. Na een grondige inventarisatie komt men tot de volgende oorzaken:

- Zorgverleners zijn er te laat bij als zorgvragers 's nachts uit bed komen (18 keer).
- Zorgvragers struikelen over rondslingerende obstakels (3 keer).
- Zorgvragers glijden uit omdat ze geen schoeisel dragen (2 keer).
- Zorgvragers zijn zich niet voldoende bewust van het onvermogen om stabiel te lopen (1 keer).
- Zorgvragers maken gebruik van ondeugdelijke hulpmiddelen bij het lopen (1 keer).

Slechts één probleem veroorzaakt bijna driekwart van alle valpartijen. Prioriteit bij de aanpak van het probleem ligt in dit geval dus niet bij de zorgvragers, maar bij de zorgverleners. Het feit dat zij te laat signaleren dat een zorgvrager 's nachts gaat wandelen, veroorzaakt in dit geval de meeste valpartijen. De oplossing voor het probleem wordt gevonden in de aanschaf van een systeem dat alarmeert als een zorgvrager diens bed verlaat. Na een goede introductie van het systeem daalt het aantal valincidenten flink.

21.7.3 Sterkte-zwakteanalyse

De *sterkte-zwakteanalyse* is een goed hulpmiddel om vast te stellen waarin een persoon of een groep personen op een afdeling goed, minder goed of zelfs zwak is. Je kunt deze analyse op verschillende manieren uitvoeren. Bij één ervan laat je de proefpersonen scoren op uitspraken.

Als je deze analyse eerlijk uitvoert, krijg je snel inzicht in de dingen die jij eventueel moet verbeteren of waar je juist sterk in bent. Bovendien doe je ook een uitspraak over aspecten van de kwaliteit van zorg. Wil je de door jou geleverde zorgkwaliteit verhogen, dan moet je eerst de aspecten aanpakken waarop je zwak hebt gescoord. Daarnaast is het natuurlijk ook belangrijk dat je goed blijft in de dingen die je al goed beheerst.

21.7.4 Checklist

Als je de huidige situatie wilt vergelijken met de wenselijke, kun je een *checklist* gebruiken bij het observeren en het verzamelen van gegevens. Op zo'n checklist staan aspecten die beoordeeld worden en vervolgens gescoord. Het gebruik van een checklist zorgt ervoor dat alle aspecten worden geobserveerd/gemeten en dat er niets vergeten wordt.

Voorbeeld

Een verzorgende observeert haar collega terwijl die een complexe verpleegtechnische handeling uitvoert. De collega werkt volgens een protocol. Op basis van het protocol is een checklist ontwikkeld waarop de observator kan aanvinken of de verschillende stappen in het (verrichtingen)protocol daadwerkelijk gezet zijn. Aan de hand van de checklist kan ze gerichte feedback geven aan de verzorgende die de handelingen heeft uitgevoerd.

Checklist 'Aandachtspunten in de thuiszorg'

Kruis alle aspecten aan die - volgens u - voor verbetering in aanmerking komen. Geef aan of dit mogelijk is op de korte termijn of in een later stadium. Bepaal vervolgens welke aspecten u daadwerkelijk wilt gaan aanpakken en stem uw werkafspraken en activiteitenplan (stap 2i) hierop af.

	Korte termijn	Later stadium
Procedure Anamnese (met bijbehorende formulieren en instructies): ▶ actualiteit en compleetheid ▶ toepassing	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Medicatieprotocol: ▶ actualiteit en compleetheid ▶ toepassing	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Afspraken, taken en verantwoordelijkheden thuiszorgmedewerkers bij medicatieproces (met bijbehorende formulieren en instructies): ▶ actualiteit en compleetheid ▶ toepassing	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Voorbehouden, risicovolle en overige handelingen met medicatie (met bijbehorende formulieren en instructies): ▶ actualiteit en compleetheid ▶ toepassing	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Afspraken, taken en verantwoordelijkheden thuiszorgmedewerkers bij medicatieoverdracht (met bijbehorende formulieren en instructies): ▶ actualiteit en compleetheid ▶ toepassing	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Overige procedures en protocollen*: <i>Procedure/protocol</i> ▶ actualiteit en compleetheid ▶ toepassing <i>Procedure/protocol</i> ▶ actualiteit en compleetheid ▶ toepassing <small>* Naem hier overige relevante procedures en protocollen bij het medicatieproces met bijbehorende formulieren en instructies.</small>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Periodieke evaluatie van protocollen en procedures (met bijbehorende formulieren en instructies) en de toepassing ervan vindt plaats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actualiseren van protocollen en procedures (met bijbehorende formulieren en instructies) vindt tijdig plaats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

bijlage 1 behorende bij de Zorg voor Veilig module Medicatieveiligheid achter de voordeur



Figuur 21.9 Een checklist zorgt ervoor dat niets vergeten wordt