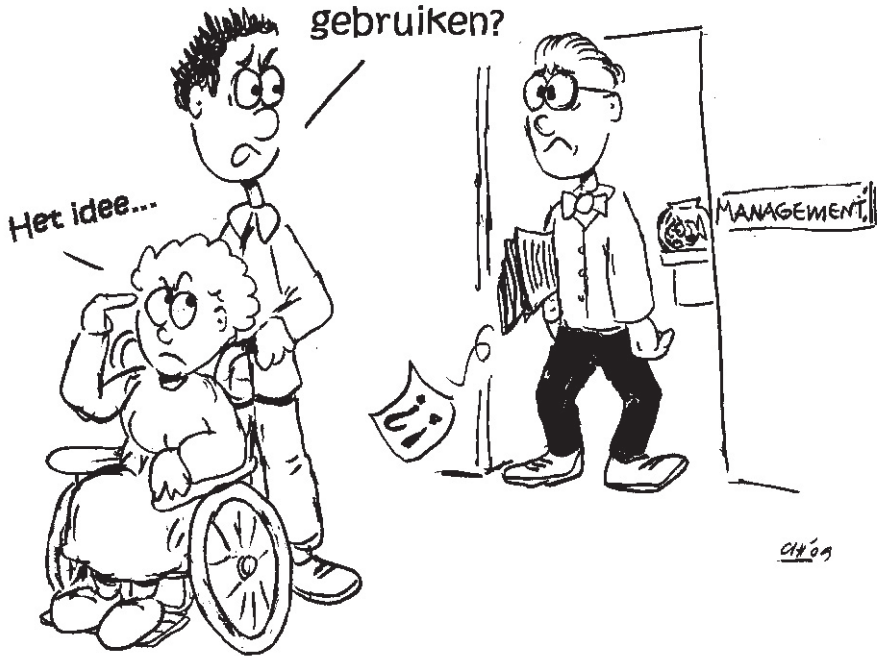


DEEL 1

# DOELGERICHT VERBETEREN

---

Kwaliteit?! Wij spreken liever van 'het K-woord'.  
Wilt u dat woord hier niet meer  
gebruiken?



## HOOFDSTUK 1

# Kwaliteit

### AAN HET EINDE VAN DIT HOOFDSTUK:

- kun je beschrijven wat kwaliteit van zorg is en uitleggen waarom dit een belangrijk maar complex fenomeen is;
- weet je welke factoren van belang zijn bij het in kaart brengen van de kwaliteit van zorg;
- ken je veelgebruikte modellen en methoden voor kwaliteitsmanagement;
- heb je kennis van valkuilen op het gebied van kwaliteitsmanagement;
- kun je de volgende begrippen omschrijven: effectief, efficiënt, efficiency, subjectief, objectief, taakgericht, relatiegericht, missie, visie, zorgstandaard, richtlijn, protocol, kwalitatief en kwantitatief.

### 1.1 **Kwaliteit? Kunnen we het niet gewoon over zorg hebben?**

Kwaliteitsmanagement lijkt in de praktijk vaak eenzelfde bijsmaak te hebben gekregen als bijvoorbeeld het woord ‘administratie’. In veel gevallen ziet men kwaliteitsmanagement als een noodzakelijk kwaad. Soms roept het begrip zelfs een bijna allergische reactie op. En dat terwijl tegelijkertijd iedereen het erover eens is dat een zorginstelling kwaliteit moet leveren. Waarom hebben we het eigenlijk over kwaliteit?

#### **Er was eens ...**

Rond 400 voor Christus laat de Griekse arts Hippocrates van Kos zijn leerlingen een eed afleggen. Hierin beloven zij onder meer niet onbekwaam en altijd in het belang van de patiënt te handelen. De eed van Hippocrates kan gezien worden als een van de eerste richtlijnen in de gezondheidszorg en een afgeleide versie wordt vandaag de dag nog steeds uitgesproken door geneeskundestudenten bij het voltooien van hun opleiding.

Als we een flinke sprong maken in de geschiedenis, zien we de pogingen van Florence Nightingale (1820-1910) om de kwaliteit van de verpleegkundige zorg

voor patiënten te verbeteren. Dit resulteert in wat beschouwd wordt als het eerste moderne handboek voor de verpleegkunde: *Notes on Nursing*. Tevens richt zij in Londen de eerste officiële verpleegstersschool op en zet ze haar statistische kennis in om gegevens over zorg te verzamelen en weer te geven. Gegevens verkrijgt zij vooral door middel van observatie. Ook speelt het documenteren van gegevens een belangrijke rol.

Een andere belangrijke stap naar een systematischere benadering van kwaliteit van zorg, vormen de werkzaamheden van de Amerikaanse chirurg Ernest Codman (1869-1940). Hij pleit ervoor om naar de eindresultaten van medische behandelingen te kijken, om zo de kwaliteit van de zorg te kunnen bepalen. Zo neemt Codman cijfers over ziekenhuissterfte als maat voor kwaliteit. Hierbij maakt hij een onderscheid tussen vermijdbare en onvermijdbare sterfte. Hoewel hem dit in eerste instantie zijn baan kost, liggen zijn ideeën ten grondslag aan de hedendaagse kwaliteitsbeoordeling en accreditatie van ziekenhuizen in de Verenigde Staten. Er is zelfs een Ernest Codman Award voor mensen die het gedachtegoed van Codman gebruiken voor het verbeteren van de patiëntenzorg.

Lange tijd blijft de aandacht voor kwaliteit beperkt tot het uitvoeren van inspecties, zoals men inmiddels ook in de industrie gewend was. In de jaren zestig neemt het aantal behandelmogelijkheden enorm toe door technologische en wetenschappelijke vooruitgang. Waar veel aandoeningen voorheen onbehandelbaar waren, zijn nu nieuwe (vaak dure) behandelmethoden beschikbaar. Hierdoor stijgen de kosten van de gezondheidszorg aanzienlijk. Daarnaast zijn aan gecompliceerdere behandelingen vaak grotere risico's verbonden. Vanwege deze ontwikkelingen wordt er kritisch gekeken naar hoe en wanneer welke middelen worden ingezet. Veelal blijkt dit te gebeuren op basis van de intuïtieve inschatting van individuele behandelaars. Er ontstaat behoefte aan objectievere normen die ervoor zorgen dat de beschikbare middelen effectief en efficiënt worden ingezet. De normen hiervoor ontstaan niet alleen op basis van opvattingen van zorgverleners, maar worden steeds meer gebaseerd op de behoeften van de patiënt.

#### **Effectief**

*Doeltreffend; het beoogde doel wordt bereikt.*

#### **Efficiënt**

*Doelmatig; om een beoogd doel te bereiken, wordt gebruikgemaakt van de meest geschikte middelen en/of methoden. Er wordt zo spaarzaam mogelijk omgegaan met de beschikbare bronnen en middelen.*

#### **Efficiency**

*De mate waarin iets (meestal een bedrijfsproces) efficiënt is.*

De aandacht voor de behoeften van de patiënt wordt nog eens aangewakkerd door maatschappelijke ontwikkelingen in de jaren zeventig, waarin zelfstan-

digheid, emancipatie en een kritische houding ten opzichte van autoriteiten een belangrijke rol spelen. Er is veel aandacht voor de rechten van de patiënt, waaronder het recht op medische zorg.

Het oordeel over wat goede zorg is, is niet langer enkel een zaak voor artsen. Behalve de patiënt gaat ook het management van zorginstellingen zich in toenemende mate bemoeien met de kwaliteit van zorg. Dit gaat hand in hand met de introductie van methoden en technieken die in het bedrijfsleven zijn ontwikkeld op het gebied van kwaliteitsmanagement. Een van de aanjagers is dr. Donald Berwick, die eind jaren tachtig zijn *Bad Apple Theory* publiceert. Berwick stelt dat de kwaliteitsinspecties (afkomstig uit de industrie) enkel gericht zijn op het verwijderen van 'rotte appels'. Het enkel uitbannen of bestraffen van slechte kwaliteit, zorgt ervoor dat mensen bang worden om fouten te maken. Hierdoor staan zij negatief tegenover het management, zo stelt hij, veranderen zij gegevens of geven zij anderen de schuld. Hij pleit daarom voor een andere benadering van kwaliteit binnen de zorg, de zogenaamde integrale kwaliteit. Hierbij worden fouten gezien als een kans om iets te verbeteren en om van te leren. Verder zijn goed leiderschap, wezenlijke investeringen, respect voor medewerkers en een open dialoog met patiënten belangrijke pijlers van integrale kwaliteit.

Inmiddels behoren HKZ-certificeringen, NIAZ-accreditaties, CQ-indexen, kwaliteitsregisters en talloze procedurebeschrijvingen en protocollen tot de dagelijkse zorgpraktijk. Er is meer aandacht voor kwaliteit dan ooit tevoren. Toch is er vaak nog geen sprake van integrale kwaliteit zoals Berwick die voor ogen had. Vaak heeft de beoordeling van kwaliteit nog veel weg van de ouderwetse inspecties. Dit komt onder andere doordat organisaties er door allerlei maatschappelijke ontwikkelingen toe gedwongen worden om niet alleen kwaliteit te leveren, maar vooral ook *aan te tonen* dat zij kwaliteit leveren.

## Marktwerking

Een van de maatschappelijke ontwikkelingen die het aantoonbaar maken van kwaliteit hoog op de agenda heeft geplaatst, is marktwerking. Eind jaren tachtig formuleerde de Nederlandse overheid beleid om marktwerking in de zorg te stimuleren. Het idee van marktwerking is: als er meer concurrentie is, zullen organisaties beter hun best gaan doen om kwaliteit te leveren tegen een gunstige prijs. Zoals het ook gaat op de markt: zolang er één fruitkraam op de markt staat, zal deze naar eigen inzicht een bepaalde kwaliteit fruit verkopen tegen een bepaalde prijs. Wanneer er echter een tweede fruitkraam bij komt, zullen beide meer en meer hun best gaan doen om kwaliteit te leveren tegen een gunstige prijs én dit ook te laten zien. Je kunt je natuurlijk afvragen of het ook zo werkt in de zorg, want mensen die ziek zijn hebben nu eenmaal minder keus dan een klant die fruit koopt op de markt. Bovendien bestaat het risico dat men alleen naar de prijs kijkt en niet naar de kwaliteit.

Hoewel er de laatste jaren veel kritiek is op het toepassen van de marktlogica op de zorg, blijven de pogingen om marktwerking te stimuleren niet zonder gevolgen. Een voorbeeld hiervan is de wijze waarop zorgverzekeraars zorgin-

stellingen benaderen. Zorgverzekeraars betalen niet alleen, ze vergelijken ook. De vraag is: op basis van wat? Een logisch antwoord is: op basis van de kwaliteit van de geleverde zorg. Dit betekent dat een instelling moet bewijzen dat zij kwaliteit levert om de financiering veilig te stellen. Aandacht voor kwaliteit en het aantoonbaar maken daarvan wordt dus steeds belangrijker.

### **‘De mondige patiënt’ en patiëntparticipatie**

Niet alleen zorgverzekeraars, maar ook patiënten gaan zich steeds meer als klanten gedragen. Zij informeren zich beter, weten welke behandelingen beschikbaar zijn, delen ervaringen met anderen en verschijnen niet zelden met de zelf gegoogelde diagnose onder de arm op het spreekuur. Er wordt daarom vaak gesproken van ‘de mondige patiënt’. Het is dus belangrijk dat er aandacht wordt besteed aan wat de patiënt wil en weet.

Als ‘klant’ wil de patiënt kunnen kiezen en hij doet dit bijvoorbeeld op basis van keuzewebsites als [kiesbeter.nl](http://kiesbeter.nl), [zorgkaartnederland.nl](http://zorgkaartnederland.nl), [zorgkwaliteit.be](http://zorgkwaliteit.be), enzovoort. Ook voor zorgconsumenten lijkt kwaliteit een belangrijk criterium. Zeker omdat, anders dan bij de fruitkraam op de markt, de prijs een minder prominente rol speelt dan de kwaliteit. Wederom een reden voor zorginstellingen om kwaliteit aantoonbaar te maken en zich te onderscheiden op basis van keurmerken en certificaten.

### **Steeds meer mondige patiënten: een vloek of een zegen?**

Huisarts Michiel Berenschot, werkzaam in Zorgcentrum Haveneiland op IJburg, is blij met de mondigheid van de moderne patiënten. ‘Ik vind het fijn als zij de regie nemen’, legt hij uit. ‘Ze zoeken voor hun bezoek hun klachten op internet op en menen te weten wat ze hebben. Soms hebben ze zelfs al een voorkeur voor een bepaalde behandeling.’

Berenschot vindt dat een goede ontwikkeling. ‘Gezondheid is immers een gedeelde verantwoordelijkheid van arts en patiënt. En een extra voordeel is dat ik door de goed voorbereide patiënt extra tijd heb om dingen uit te zoeken. Zo kunnen we samen gericht op zoek naar de oorzaak van klachten en de oplossing.’

Overigens heeft die zelfregie soms ook nadelen. ‘Een enkele keer houdt een patiënt te veel vast aan zijn eigen diagnose’, noemt de huisarts als voorbeeld. ‘Dan leg ik uit dat het onverstandig is om op de doktersstoel te gaan zitten. Het is goed invloed te willen hebben, om mee te denken en te zeggen waar je bang voor bent en waar je voorkeur naar uitgaat. Maar een eigen mening mag de dialoog met de zorgverlener nooit in de weg staan.’

*Bron: ‘Steeds meer mondige patiënten: een vloek of een zegen?’, 10 maart 2017, [www.gidsingezondheid.nl](http://www.gidsingezondheid.nl) [bewerkt]*

Tegelijkertijd is er ook vanuit zorginstellingen een beweging om de patiënt meer en meer bij het zorgproces te betrekken. In deze patiëntparticipatie staat het idee centraal dat de patiënt expert is op het gebied van zijn eigen gezondheid en dat regie over de eigen gezondheid bijdraagt aan gezonder gedrag. Besluiten zullen in toenemende mate worden genomen door de zorgverlener en de patiënt samen (*shared decision making*).

Niet alleen de patiënt zelf speelt een steeds belangrijkere rol in het zorgproces. Ook de directe omgeving krijgt, bijvoorbeeld in de rol van mantelzorg, een steeds groter aandeel in de zorg. En door specialisatie en differentiatie krijgen patiënten met meer zorgverleners te maken. Bovendien vindt een steeds groter deel van de zorg plaats buiten de muren van zorginstellingen. Het resultaat is dat er meer partijen zijn waarmee rekening gehouden dient te worden. Termen als ‘netwerkzorg’ doen daarmee hun intrede, waardoor grip houden op de kwaliteit van zorg er een dimensie bij heeft gekregen.

## Wetgeving

Waar patiënten en zorgverzekeraars steeds hogere kwaliteitseisen stellen en op basis daarvan kiezen voor een instelling of behandeling, probeert de overheid middels wet- en regelgeving een bijdrage te leveren aan de kwaliteit van de zorg. Omdat de overheid met deze wetten en regels het doel heeft om de belangen van de burger te behartigen, is er vooral aandacht voor zaken als veiligheid en betrouwbaarheid.

Een voorbeeld van de invloed van de overheid is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz, 2016). In de Wkkgz heeft de overheid belangrijke kwaliteitsbepalingen vastgelegd, evenals het klachtrecht van de zorgafnemer. Deze wet geldt voor nagenoeg alle zorgaanbieders, zowel voor (grote) zorginstellingen als voor zelfstandig ondernemers. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) ziet erop toe dat de wet wordt nageleefd.

Een vergelijkbare wet in België is het Vlaamse Decreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen van 17 oktober 2003. Dit decreet heeft tot doel bij te dragen aan de kwaliteit van zorg in de verschillende Vlaamse gezondheids- en welzijnssectoren, door het stimuleren van voortdurende kwaliteitsverbetering door zorginstellingen.

Deze twee wetten stellen eisen aan de zorginstelling als organisatie. Een andere belangrijke wet stelt juist eisen aan de individuele zorgverlener: de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG, 1993). Volgens deze wet moeten zorgverleners (zoals apothekers, artsen, verpleegkundigen) zich inschrijven in het BIG-register als ze hun titel willen gebruiken. Als ze dat niet doen, mogen ze zich geen apotheker, arts of verpleegkundige noemen (ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, dossier Wet BIG). Een van de voorwaarden voor inschrijving in het register is het voldoen aan de opleidingseisen die gelden voor het betreffende beroep (waaronder verplichte bijscholing). Eenmaal ingeschreven mag de zorgverlener (bij wet bepaalde) ‘voorbehouden handelingen’ uitvoeren. Dit zijn risicovollere handelingen zoals – in het geval van de verpleegkundige – injecties, puncties en kathe-

terisaties. De Wet BIG stelt de individuele zorgverlener aansprakelijk voor ondeskundig of onzorgvuldig handelen. De zorgverlener heeft dus, los van de organisatie waarin zij werkt, een persoonlijke verantwoordelijkheid als het gaat om de kwaliteit van zorg.

Het Belgische equivalent van de Wet BIG wordt gevormd door Koninklijk Besluit 78 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Dit besluit dateert van 1967 en is in 2015 vervangen door de gecoördineerde wet die de verdeling van de bevoegdheden binnen de gezondheidszorg regelt. Hierbij is ook ingezet op kwaliteitsgaranties, namelijk door in de wet de voorwaarden te beschrijven die verbonden zijn aan de uitoefening van de beroepen in de Belgische gezondheidszorg. Tevens beschrijft de wet de titels die bij de verschillende beroepen horen. Ook in België wordt gebruikgemaakt van een register vergelijkbaar met het Nederlandse BIG-register. Dit wordt bijgehouden door het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV).

Om de positie van de patiënt verder te versterken, is de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO, 1995) in het leven geroepen. Wanneer een patiënt de hulp inroept van een zorgverlener, dan is er volgens deze wet sprake van een behandelingsovereenkomst. Aan deze overeenkomst is een aantal rechten en plichten verbonden. Zo is de zorgverlener verplicht om een medisch dossier bij te houden en de patiënt daarin desgewenst inzage te geven. De zorgverlener heeft het recht om verzoeken van de patiënt te weigeren. De patiënt heeft het recht om bepaalde informatie juist niet te willen ontvangen. De WGBO stelt ook eisen aan de patiënt. Zo is de patiënt verplicht om de zorgverlener eerlijk en volledig te informeren over zijn problematiek. Daarnaast is de patiënt verplicht om de zorgverlener (al dan niet via een zorgverzekeraar) te betalen.

Tot 1 januari 2020 werden gedwongen zorg en opnames geregeld in de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ, 1994), welke in werking trad op 17 januari 1994. Per 1 januari 2020 is de BOPZ vervangen door de nieuwe Wet zorg en dwang (Wzd, 2020) en de Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz, 2020). Met de inwerkingtreding van deze wetten worden de rechten beschermd van specifieke doelgroepen, zoals mensen met een verstandelijke beperking en mensen met een psychogeriatrische aandoening bij onvrijwillige zorg of onvrijwillige opname.

Behalve in de WGBO, Wzd en Wvggz zijn ook in andere wetten de rechten van de patiënt vastgelegd, zoals in de eerder beschreven Wkkgz en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (WMCZ, 1996). Een aan de WGBO verwante wet in Vlaanderen is de Wet betreffende de rechten van de patiënt (2002). Ook in deze wet staat de kwaliteit van zorg centraal en ook hierin worden de rechten beschreven die van toepassing zijn op de relatie tussen zorgverlener en zorgafnemer.

En dan zijn er nog talloze andere wettelijke normen en regels die de kwaliteit van zorg moeten garanderen. Voorbeelden hiervan zijn de Wet medische hulpmiddelen, die op 26 mei 2021 in werking is getreden, en de Geneesmiddelenwet.



## Einde aanwijzing Senioren Zorg, locatie Belgisch Park Den Haag

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft de aanwijzing\* aan de stichting Senioren Zorg voor haar zorgvilla Hazelhoff in het Belgisch Park in Den Haag beëindigd. Senioren Zorg heeft de afgelopen vier maanden de nodige verbeteringen in de zorg doorgevoerd.

### Dit was er aan de hand

In november 2020 gaf de inspectie de aanwijzing, omdat de zorg in zorgvilla Hazelhoff tekortkomingen vertoonde.

### Dit heeft Senioren Zorg gedaan

De tekortkomingen zijn voldoende opgelost. Senioren Zorg heeft onder andere de volgende verbeteringen doorgevoerd:

- er is nu voldoende deskundig personeel, ook 's nachts en 's ochtends vroeg;
- de zorgverleners volgen verschillende scholingen, o.a. in medicatieveiligheid, infectiepreventie en hygiëne;
- alle bewoners hebben een actueel zorgdossier waarin risico's, wensen en behoeften en zorgdoelen staan;
- Senioren Zorg verzamelt en registreert systematisch gegevens over de kwaliteit en de veiligheid van de zorg, zoals meldingen van (bijna-)incidenten om daarvan te leren en de zorg te verbeteren, en over het verstrekken van medicijnen.

### Hoe nu verder

Senioren Zorg heeft met de maatregelen en verbeteringen voldaan aan de aanwijzing. Daarom heeft de inspectie die beëindigd.

*Bron: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 'Einde aanwijzing Senioren Zorg, locatie Belgisch Park Den Haag', 29 april 2021, [www.ijg.nl](http://www.ijg.nl)*

*\* Met een aanwijzing kan de inspectie een instelling verplichten maatregelen te nemen om de zorg te verbeteren. Het doel is dat de instelling zich houdt aan de wet en de normen voor goede zorg. De zorg moet blijvend worden verbeterd om zo risico's of tekortkomingen in de zorg weg te nemen.*

## Schaarste

Naast de behoefte om kwaliteit aantoonbaar te maken, begint de behoefte om efficiënter te werken (zonder daarbij de kwaliteit van zorg te ondermijnen) een steeds grotere rol te spelen. Dit heeft voornamelijk te maken met de toenemende vergrijzing. Het aantal ouderen neemt toe, waardoor er steeds meer mensen een beroep doen op de zorg. Daarnaast wordt de gemiddelde leeftijd steeds hoger. Dit noemen we ook wel 'dubbele vergrijzing'. Vergrijzing zorgt er ook voor dat er in verhouding minder mensen

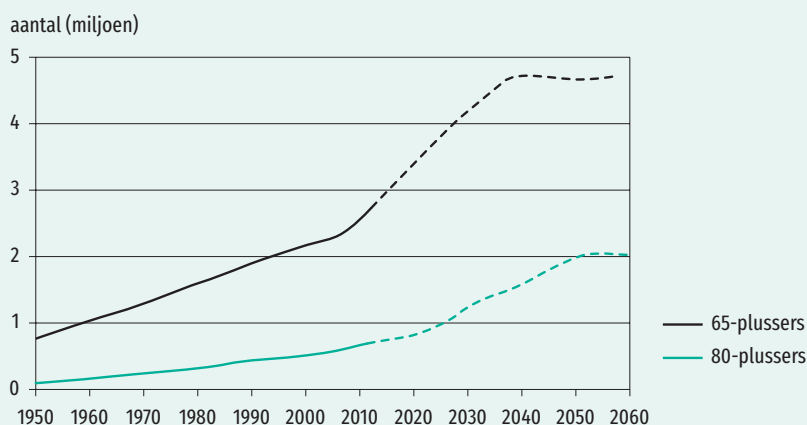
beschikbaar zijn voor de arbeidsmarkt. De zorgvraag neemt dus toe, terwijl de hoeveelheid personeel dit niet of onvoldoende doet. Er moet dus meer worden gedaan met minder mensen. Dat geldt niet alleen voor de zorg, maar ook voor andere sectoren. Een grote uitdaging voor de komende jaren is om ervoor te zorgen dat de zorgsector aantrekkelijk genoeg is voor mensen om erin te willen werken.

Behalve dat er een personeelstekort dreigt, zijn er ook problemen te verwachten op financieel gebied. De zorguitgaven stijgen namelijk, onder andere door een toenemende zorgvraag en de ontwikkeling van nieuwe behandelmethoden. Reden genoeg om nog eens kritisch te evalueren met welke middelen we wat doen en in hoeveel tijd. De kwaliteit van de zorg op het gebied van effectiviteit en efficiëntie (en dus de kwaliteit van processen) krijgt daarmee steeds meer aandacht.

## Cijfers: vergrijzing en toenemende zorg

### Vergrijzing: toename 65- en 80-plussers

De komende jaren neemt het aantal ouderen rap toe. Volgens de CBS Bevolkingsprognose zal het aantal 65-plussers toenemen: waren er in 2012 nog 2,7 miljoen 65-plussers, in 2041 zullen dat er 4,7 miljoen zijn. Tot 2060 blijft het aantal schommelen rond 4,7 miljoen.



FIGUUR 1.1 Aantal 65-plussers en 80-plussers

De komende jaren zal vooral het aandeel 65-79-jarigen op de totale bevolking sterk stijgen. Vanaf 2025 neemt ook de omvang van de groep 80-plussers sterk toe (de dubbele vergrijzing). In 2040, het hoogtepunt van het aantal 65-plussers, is naar schatting 26 procent van de bevolking 65-plusser, waarvan een derde ouder dan 80 jaar. In 2012 waren er 686.227 mensen van 80 jaar of ouder, in 2040 zijn dat er 1.554.742. Naar verhouding wordt de potentiële beroepsbevolking kleiner. Rond 2025 behoort nog maar 60 procent van de totale bevolking tot die