

# De meerwaarde van **HKZ-certificering** voor GGZ-instellingen

MAART 2011

**DR. I.N. FABBRICOTTI**  
(Erasmus Universiteit Rotterdam, iBMG)

**DRS. M. OUD**  
(Trimbos-instituut)

**DR. W.K. REDEKOP**  
(Erasmus Universiteit Rotterdam, iBMG)

**PROF.DR. R. HUIJSMAN**  
(Erasmus Universiteit Rotterdam, iBMG)

Met dank aan: **Drs. J.M. Tromp arts** (GGZ-Breburg) | **Drs. A. Donkers** (Erasmus Universiteit Rotterdam, iBMG)  
**Ir. G.J. Verhoef** (GGZ Nederland) | **Drs. G.C. Franx** (Trimbos-instituut)

# De meerwaarde van HKZ-certificering voor GGZ-instellingen

Dr. I.N. Fabbriotti (Erasmus Universiteit Rotterdam, iBMG)  
Drs. M. Oud (Trimbos-instituut)  
Dr. W.K. Redekop (Erasmus Universiteit Rotterdam, iBMG)  
Prof.dr. R. Huijsman (Erasmus Universiteit Rotterdam, iBMG)

Met dank aan:

Drs. J.M. Tromp, arts (GGz-Breburg)  
Drs. A. Donkers (Erasmus Universiteit Rotterdam, iBMG)  
Ir. G.J. Verhoef (GGZ Nederland)  
Drs. G.C. Franx (Trimbos-instituut)



# **De meerwaarde van HKZ-certificering voor GGZ-instellingen**

in opdracht van ZonMW

maart 2011



## **Samenvatting**

### **Onderzoek naar de meerwaarde van certificeren**

Het certificeren van instellingen is een instrument geworden om de kwaliteit van zorg van instellingen te verbeteren. Certificeren behelst het beoordelen van een organisatie op voorgeschreven normen door een onafhankelijke derde en het afgeven van een certificaat wanneer aan de normen wordt voldaan. Instellingen worden in toenemende mate verplicht certificaten te halen. Maar heeft certificeren wel meerwaarde? Het onderzoek waarover wordt gerapporteerd stelt deze vraag centraal. En wel:

*Wat is de meerwaarde van HKZ-certificering op de geleverde kwaliteit van zorg in GGZ-instellingen?*

Gekozen is voor HKZ als certificeringinstrument en de geestelijke gezondheidszorg als sector. Deelvragen van het onderzoek zijn:

1. Welke waarde ontlenuen zorgprofessionals (hulpverleners), kwaliteitsfunctionarissen, managers en medewerkers van stafafdelingen aan HKZ-certificering?
2. Presteren GGZ-instellingen met (zicht op) een HKZ-certificaat beter op relevante indicatoren dan GGZ-instellingen die niet (of nog niet) HKZ-gecertificeerd zijn?
3. Vanwege welke redenen leidt HKZ-certificering tot betere of slechtere prestaties?

### **Onderzoeksmethoden**

Als design is gekozen voor een observationele studie. Het onderzoek is exploratief en longitudinaal van aard, waarbij gezocht is naar verbanden tussen HKZ-certificering en prestaties van GGZ-instellingen over de jaren 2005 tot en met 2009. Aan het onderzoek hebben 86 GGZ-instellingen deelgenomen. Data over de prestaties zijn verzameld uit de Basisset prestatie-indicatoren GGZ en Verslavingszorg. De data zijn, gegeven de problemen met de Basisset, nauwkeurig gevalideerd. Voor de mate van certificering zijn data verzameld op basis van een vragenlijst en de Jaarverslagen Zorg van instellingen. Met interviews onder in totaal 28 hulpverleners, kwaliteitsmedewerkers, managers en stafmedewerkers en een expertmeeting is de ervaren waarde van HKZ, de wijze waarop HKZ prestaties beïnvloedt en de invloed van confounders uitgezocht en verdiept. De data zijn op kwantitatieve en kwalitatieve wijze geanalyseerd. Met correlatie- en regressieanalyses is onderzocht of de mate van HKZ-certificering en confounders samenhangen met prestaties.

### **De ervaren meerwaarde van HKZ (deelvraag 1)**

De ervaren waarde van HKZ hangt samen met het traject om het HKZ-certificaat te behalen en behouden, de inhoud van de normen en het auditproces. De ervaren waarde van het traject is dat kwaliteit op de kaart komt te staan, het denken en werken aan kwaliteit geborgd raken en medewerkers van elkaar gaan leren. De normen leiden tot ervaren verbeteringen in structuren en processen: betere

beheersbaarheid, bestuurbaarheid en transparantie, meer uniformiteit, samenhang en continuïteit, meer betrokkenheid van medewerkers, cliënten en derden, een lerende organisatie en een cultuur van continue kwaliteitsverbetering. Verbeteringen in uitkomsten zijn niet direct zichtbaar voor medewerkers. De ervaren waarde van audits is gering. Audits bieden handvatten voor verbetering van de kwaliteit als adviezen van afdoende kwaliteit zijn en instellingen bereid zijn adviezen op te volgen, maar uiteindelijk gaat het om de legitimerende stempel 'gecertificeerd'. Het certificaat eenmaal gekregen, verslapt veelal de aandacht voor HKZ.

De ervaren waarde verschilt naar functie. Kwaliteitsfunctionarissen ervaren de meeste waarde. HKZ geeft hen een tool om kwaliteit te verbeteren. Managers hechten vooral waarde aan de verkregen sturingsinformatie en verbeterde beheersbaarheid en bestuurbaarheid. Stafmedewerkers hechten vooral waarde aan de transparantie van processen op andere organisatieniveaus en de verbeterde samenhang met hun eigen processen. Hulpverleners zijn het meest kritisch. HKZ wordt ervaren als een controlemiddel in plaats van een verbetermiddel. Het is meer een tool voor het management en de staf dan voor henzelf, omdat de kern van hun werk 'de inhoudelijke behandeling in de spreekkamer' niet aan de orde komt.

Meerwaarde wordt echter niet verkregen zonder het creëren van een spanningsveld tussen standaardisatie en bureaucratisering enerzijds en autonomie en slagvaardigheid anderzijds. De toename in transparantie, beheersbaarheid, bestuurbaarheid, lerend vermogen en uniformiteit legt een wissel op de vrijheid om naar eigen professioneel inzicht te handelen en flexibel, snel en responsief in te spelen op ontwikkelingen. De tijd besteed aan het documenteren, administreren en registreren trekt daarbij een wissel op de tijd besteed aan de kernwerkzaamheden en de middelen van een instelling.

### **Relaties tussen HKZ en prestaties (deelvraag 2)**

De meerwaarde van HKZ is vooral gelegen in de verbeterde structuur- en proceskwaliteit. Vanaf het moment dat certificeringstrajecten worden ingezet neemt de score op structuur- en procesindicatoren toe. De grootste verbetering is waar te nemen in de periode voor de audits. Na de audits blijft rond de 60% van de instellingen de kwaliteit van de processen en structuren verbeteren. Ongeveer 20% blijft op eenzelfde kwaliteitsniveau als tijdens de audits. Van 20% neemt de score echter af, al is deze nog steeds hoger dan aan het begin van de certificeringstrajecten. Instellingen voldoen zelden maximaal aan de normen. De te bereiken maximale kwaliteit wordt met andere woorden zelden behaald.

Ten aanzien van de uitkomsten van zorg is de meerwaarde diffuus. HKZ hangt niet eenduidig samen met uitkomsten van zorg. HKZ hangt soms positief, soms negatief en soms niet samen met de onderzochte prestatie-indicatoren. De aan- of afwezigheid van een verband en de richting van het verband wisselen daarbij naar jaar en HKZ-rubriek. HKZ heeft daarbij een lange termijn effect, maar

ook dit is zelden significant en wisselend naar jaar, HKZ-rubriek, prestatie en richting van de samenhang. Een deel van de gevonden samenhangen blijkt veroorzaakt te worden door de grootte van de instelling. Samenhangen kunnen ook berusten op toeval. Bij een p-waarde van 0,05 berust immers 5% van de analyses op toeval.

### **Redenen aanwezigheid of afwezigheid meerwaarde (deelvraag 3)**

Andere verklaringen zijn tevens te geven. De meerwaarde van HKZ hangt mede af van de invloed op prestaties van controlerende instanties, de inspectie, zorgverzekeraars, andere kwaliteitsinstrumenten en kwaliteitsinitiatieven. Prestaties hangen tevens af van cliëntkenmerken, persoonskenmerken en de middelen die een instelling ter beschikking heeft om kwaliteitsverbeteringen door te voeren. Of HKZ tot bureaucratie leidt hangt af van de subjectieve beleving van bureaucratie en de wijze waarop HKZ wordt toegepast. Wordt het als afvinklijst gebruikt of als gedachtegoed om de kwaliteit te verbeteren. De HKZ-normen geven vervolgens aan wat een instelling op orde dient te hebben, maar niet hoe. Prestaties hangen echter af van de kwaliteit van genomen acties, gebruikte instrumenten, de inhoud van ontwikkelde documenten en interacties tussen cliënt en hulpverlener, alsmede de mate waarin voor HKZ aan de normen werd voldaan. Tussen papier en praktijk zit ook ruimte. Zijn de normen alleen aantoonbaar geregeld of echt effectief operationeel. Tijd is een laatste factor. Pas na het doorvoeren van verbeteringen wordt de kwaliteit beter. HKZ kost dus tijd. Echter: naar de mate waarin kwaliteitscycli zijn doorlopen, wordt de marge voor verbetering kleiner. Er valt met andere woorden steeds minder te verbeteren.

### **Reflectie op het onderzoek**

De resultaten uit het onderzoek komen grotendeels overeen met resultaten uit andere nationale en internationale studies. Desalniettemin dienen de resultaten door problemen met de validiteit van data uit de Basisset prestatie-indicatoren met enige voorzichtigheid te worden benaderd.

### **Aanbevelingen voor onderzoek**

Het onderzoeken van relaties tussen structuren, processen en uitkomsten is alleen relevant wanneer onderbouwde aannames over de relatie te formuleren zijn. Aanbevolen wordt daarom om eerst op basis van kwalitatief onderzoek en literatuuronderzoek onderbouwde modellen te construeren over de verwachte relaties en deze vervolgens te toetsen. Hierbij dient vooraf goed te worden beoordeeld of te gebruiken data valide te verzamelen zijn. Aanbevolen wordt tevens om, naast kwaliteit van zorg, financiële en strategische uitkomsten, uitkomsten voor medewerkers en derden, het vermeende bureaucratische effect en de benodigde tijdsinspanning mee te nemen, alsmede de trade-offs daartussen.



### **Aanbevelingen voor GGZ-instellingen**

GGZ-instellingen wordt aanbevolen HKZ minder als controle- en legitimerend middel te benaderen en meer als verbetermiddel. Deze verschuiving vraagt van instellingen dat zij auditoren meer als partner voor verbetering gaan zien, auditoren selecteren op de kwaliteit van hun adviezen en instellingen wordt aanbevolen zich niet te richten op het afvinken van de normen, maar op het communiceren en implementeren van het gedachtegoed van HKZ. Instellingen wordt tenslotte aanbevolen om het werken met HKZ nu laten rijpen en te helpen het schema te verbeteren en niet zonder een goede evaluatie van andere systemen en noodzaak over te schakelen naar een ander instrument dan HKZ.

### **Aanbevelingen voor stichting HKZ**

Aan Stichting HKZ wordt aanbevolen het schema modulair door te ontwikkelen en in het schema meer binding te realiseren met de primaire processen. Stichting HKZ wordt tevens aanbevolen een proactieve rol op zich te nemen in het verbeteren, harmoniseren en toetsen van de kwaliteit van de audits.

### **Aanbevelingen voor certificerende instellingen**

Certificerende instellingen wordt aanbevolen om meer partner te worden in de verbetering en zich bij het auditeren ook te richten op risico's van geconstateerde lacunes voor de toekomst.

### **Aanbevelingen voor overheid en financiers**

Aan overheidsinstanties en financiers wordt aanbevolen keuzes te maken voor een beperkt aantal instrumenten, instrumenten op elkaar af te stemmen en geen nieuwe instrumenten te introduceren zonder daarvan de meerwaarde te kunnen aantonen of zonder aangetoonde noodzaak tot wijziging.

# Inhoudsopgave

<b>HOOFDSTUK 1</b>	<b>INLEIDING</b>	<b>5</b>
1.1	AANLEIDING	5
1.2	DOELSTELLING	6
1.3	VRAAGSTELLING	7
1.4	ONDERZOEKSOPZET EN METHODEN	8
1.4.1	Onderzoeksopzet	8
1.4.2	De onderzoeksgroep	9
1.4.2.1	Inclusie- en exclusiecriteria	9
1.4.2.2	Respons	9
1.4.2.3	Kenmerken instellingen	10
1.4.3	Dataverzameling	13
1.4.4	Data-analyse	14
1.5	OPBOUW RAPPORT	15
<b>HOOFDSTUK 2</b>	<b>INHOUD EN KENMERKEN VAN HKZ-CERTIFICERING</b>	<b>19</b>
2.1	KENMERKEN HKZ-CERTIFICERING	19
2.2	INHOUD HKZ-CERTIFICATIESCHEMA 2002	20
2.2.1	De rubrieken voor de primaire processen	20
2.2.2	Ondersteunende processen	22
2.3	HERZIENE CERTIFICATIESCHEMA 2009	24
<b>HOOFDSTUK 3</b>	<b>SYSTEMATIC REVIEW</b>	<b>25</b>
3.1	INLEIDING	25
3.2	METHODEN	26
3.3	EFFECTEN VAN CERTIFICERING	27
3.3.1	Effecten voor cliënten	28
3.3.2	Effecten voor derden	30
3.3.3	Effecten voor de organisatie	31
3.3.4	Medewerker	33
3.4	DYNAMIEK VAN CERTIFICEREN	35
3.5	CONFFOUNDERS	40
3.5.1	Aanwezigheid kenmerken certificering	40
3.5.2	Externe invloeden	40
3.5.3	Karakteristieken cliënten	41
3.5.4	Karakteristieken hulpverleners	42
3.5.5	Karakteristieken management	42
3.5.6	Karakteristieken instelling	43
<b>HOOFDSTUK 4</b>	<b>DE ERVAREN WAARDE VAN HKZ</b>	<b>55</b>
4.1	INLEIDING	55
4.2	ONDERZOEKSMETHODE	55
4.3	HET IMPLEMENTATIEPROCES: BEHALEN EN BEHOUDEN CERTIFICAAT	57
4.4	DE WAARDE VAN DE NORMEN	60
4.4.1	De normen voor de primaire processen: Rubrieken 1, 2 en 3	60
4.4.1.1	Informatie aan cliënten	60
4.4.1.2	Betrekken van de cliënt bij de zorg	62
4.4.1.3	Professioneel handelen	63
4.4.1.4	Vaststellen (wettelijke) regels	65
4.4.1.5	Continu evalueren en bijsturen	67
4.4.1.6	Signaleren en melden van afwijkingen	68
4.4.1.7	Continuïteit en coördinatie	69
4.4.1.8	Behandelplan	71
4.4.2	De normen voor de secundaire processen	73
4.4.2.1	Rubriek 4: Beleid en instelling	73
4.4.2.2	Rubriek 5: Personeel	80
4.4.2.3	Rubriek 6: Onderzoek en ontwikkeling	85
4.4.2.4	Rubriek 7: Fysieke omgeving en materiaal	86

4.4.2.5	Rubriek 8: Diensten door derden .....	86
4.4.2.6	Rubriek 9: Documenten .....	87
4.5	HET AUDITPROCES.....	88
4.6	BEÏNVLOEDENDE FACTOREN .....	90
4.6.1	Kwaliteit vóór introductie van HKZ.....	90
4.6.2	Periode dat de instelling gecertificeerd is .....	91
4.6.3	Externen als katalysator.....	91
4.6.4	Maatschappelijke ontwikkelingen .....	93
4.6.5	Automatisering .....	93
4.6.6	Kenmerken instelling.....	94
4.6.7	Fusies.....	95
4.6.8	Bestuurlijke ondersteuning .....	96
4.6.9	Motivatie medewerkers .....	96
4.6.10	Leeftijd en opleiding medewerkers.....	97
4.7	CONCLUSIE .....	97
<b>HOOFDSTUK 5 PRESTATIES VAN GGZ-INSTELLINGEN.....</b>		<b>103</b>
5.1	INLEIDING .....	103
5.2	DE BASISSET PRESTATIE-INDICATOREN GGZ EN VERSLAVINGSZORG .....	104
5.2.1	Het ontstaan van de Basisset.....	104
5.2.2	Problemen met de Basisset .....	106
5.3	HET GEBRUIK VAN DE BASISSET IN HET ONDERZOEK .....	107
5.3.1	Keuze prestatie-indicatoren .....	107
5.3.2	Volledigheid data .....	108
5.3.3	Bewerkingen data.....	111
5.3.4	Validatie data.....	112
5.4	CONFOUNDERS.....	115
5.5	PRESTATIES VAN DEELNEMENDE GGZ-INSTELLINGEN.....	116
5.6	TOT BESLUIT: VERGELIJKBAARHEID, BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT .....	119
<b>HOOFDSTUK 6 HKZ-CERTIFICERING GGZ-INSTELLINGEN .....</b>		<b>123</b>
6.1	INLEIDING .....	123
6.2	MATEN VOOR HKZ-CERTIFICERING.....	123
6.3	JAAR CERTIFICERING .....	124
6.4	LENGTE CERTIFICERING .....	125
6.5	HKZ-STATUS .....	126
6.5.1	Condensatie van de HKZ-normen tot een set vragen.....	126
6.5.2	Toetsing haalbaarheid en type scoring vragen .....	127
6.5.3	Validiteit vragenlijst: Delphimethode.....	128
6.5.4	Het meten en vaststellen van de HKZ-status .....	131
6.5.5	De relatieve, procentuele en het verschil in procentuele HKZ-status .....	132
6.5.5.1	De relatieve HKZ-status.....	132
6.5.5.2	De procentuele HKZ-status.....	133
6.5.5.3	Procentuele verschil HKZ-status.....	135
6.6	TOT BESLUIT: BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT DATA HKZ-CERTIFICERING .....	136
<b>HOOFDSTUK 7 DE RELATIE TUSSEN HKZ-CERTIFICERING EN PRESTATIES.....</b>		<b>137</b>
7.1	INLEIDING .....	137
7.2	ANALYSEMETHODEN .....	137
7.2.1	Het analyseren van de relatie tussen HKZ-certificering en prestaties.....	138
7.2.2	Het analyseren van de invloed van confounders.....	140
7.2.3	De waarde van de analyses: differentiatie en steekproefomvang.....	140
7.3	DE WAARDE VAN HKZ IN EEN JAAR.....	143
7.4	VERSCHILLEN OVER JAREN HEEN .....	149
7.5	LANGE TERMIJN EFFECTEN.....	154
7.6	CONFOUNDERS.....	161
7.6.1	De samenhang tussen het type, de grootte en fusies van instellingen met prestaties: correlaties .....	162
7.6.2	Regressieanalyses .....	164
7.6.3	Partiële correlatieanalyses .....	167
7.7	CONCLUSIE .....	168

7.7.1	Patronen in de samenhang tussen HKZ en prestaties.....	168
7.7.2	HKZ en specifieke prestaties.....	170
7.7.2.1	Oordeel cliënten over zorg.....	170
7.7.2.2	Procedures.....	172
7.7.2.3	Logistiek.....	173
7.7.2.4	Problematic cliënten.....	175
7.7.3	Confounders.....	177
<b>HOOFDSTUK 8 CONCLUSIE EN DISCUSSIE.....</b>		<b>179</b>
8.1	INLEIDING.....	179
8.2	DE DEELVRAGEN BEANTWOORD.....	179
8.2.1	De ervaren waarde van certificering (deelvraag 1).....	180
8.2.2	De relatie tussen HKZ en prestaties (deelvraag 2).....	184
8.2.3	Redenen voor het behalen of niet behalen van prestaties (deelvraag 3).....	191
8.3	DE MEERWAARDE VAN HKZ.....	194
8.4	DISCUSSIE.....	195
8.4.1	Reflectie op redenen voor ontbrekende relaties tussen HKZ en uitkomsten.....	195
8.4.2	Reflectie op type meerwaarde.....	196
8.4.3	Reflectie op de onderzoeksmethoden.....	197
8.4.4	Reflectie op de resultaten op basis van wetenschappelijke inzichten.....	198
8.4.5	Reflectie op het nieuwe HKZ-certificatieschema.....	199
8.5	AANBEVELINGEN.....	200
8.5.1	Aanbevelingen voor onderzoek.....	200
8.5.2	Aanbevelingen voor de stichting HKZ.....	201
8.5.3	Aanbevelingen voor GGZ-instellingen.....	203
8.5.4	Aanbevelingen voor certificerende instellingen.....	204
8.5.5	Aanbevelingen voor overheid en financiers.....	204



# Hoofdstuk 1      Inleiding

## 1.1      Aanleiding

De toenemende aandacht voor doelmatigheid en transparantie heeft voor een ware kentering gezorgd in de sturing op kwaliteit in zorginstellingen (Grol, 2001; Klazinga, 1996). Was kwaliteit voorheen een zaak van zorginstellingen zelf; sinds de Kwaliteitswet Zorginstellingen is kwaliteit onderdeel geworden van een complex proces van externe sturing, verantwoording en controle door toezichhoudende en financierende partijen (Brils e.a., 2007; van Beek, 2004). Het certificeren van instellingen is hiertoe een belangrijk instrument geworden. Certificeren behelst het beoordelen van een organisatie op een set voorgeschreven criteria, normen, standaarden of vereisten door een onafhankelijke derde partij en het afgeven van een certificaat wanneer aan de voorschriften wordt voldaan (Hollands e.a., 2003). De NIAZ-accreditatie en HKZ-certificering zijn in Nederland de meest gebruikte certificeringvormen voor ziekenhuizen enerzijds en de gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg, jeugdzorg en welzijnszorg anderzijds (NIAZ, 2008; Stichting HKZ, 2009a). Het doel is het verbeteren van de kwaliteit van de zorgverlening en interne organisatie. De gedachte achter certificeren is dat kwaliteit niet toevallig tot stand komt. Het is het resultaat van georganiseerde en beheerste activiteiten, die in normen zijn vast te leggen en met een kwaliteitsmanagementsysteem zijn aan te sturen. De normen stellen eisen aan de inrichting en uitvoering van processen in organisaties. Het kwaliteitsmanagementsysteem borgt de normen en vormt het vliegwiel om processen te beheersen en op kwaliteit te sturen (Stichting HKZ, 2009a).

Instellingen worden in toenemende mate verplicht certificaten te halen willen zij erkend worden en aanspraak maken op financiering. Het behalen van certificaten is echter een tijdrovend, bureaucratisch en duur proces (Grenade & Boldy, 2002; Pomey e.a., 2004; Zarkin e.a., 2006), terwijl onbekend is wat de toegevoegde waarde ervan is voor de kwaliteit. Het is een vraag of de normen de juiste eisen stellen aan processen en de interne kwaliteitsverbetercyclus goed op gang komt. Het is tevens een vraag of de investeringen voor het behalen en in stand houden van het certificaat op korte en lange termijn in balans zijn met de kwaliteitsopbrengsten. Tot op heden zijn deze vraagstukken slecht onderzocht en het bewijs van de effectiviteit van certificering schaars (Lemmens, 2003; Shaw, 2000, 2003; Pijls, 2007). Onderzoek is gericht op subjectief ervaren voordelen. Objectieve

uitkomstmaten ontbreken veelal. Gegevens worden verzameld bij managers zonder oog te hebben voor andere stakeholders. Een focus op de professionals en ondersteunende medewerkers is vaak afwezig alsook de trade-offs tussen de waarde van certificering voor deze partijen. Ook ontbreekt het aan longitudinaal onderzoek, terwijl op korte termijn weinig effecten worden verwacht. Het verrichtte onderzoek is methodologisch zwak en conclusies zijn ambivalent. (Goldstein & Schweikhart, 2002; Dean Beaulieu e.a., 2002; Saizarbitoria, 2006; Ahaus & Broekhuis, 2007; Minkman e.a., 2007; Greenfield, 2008; Chuang, 2009).

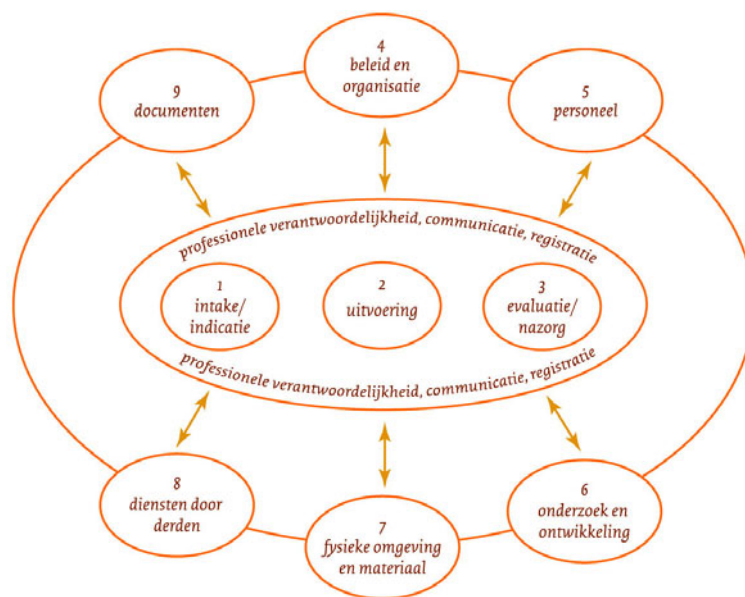
Zorginstellingen blijven intussen de noodzakelijke inspanningen leveren om gecertificeerd te raken en blijven. Tegelijkertijd komen nieuwe kwaliteitsinitiatieven op hen af, die ook om inspanningen vragen. Vanuit maatschappelijk en wetenschappelijk oogpunt is het daarom relevant onderzoek te verrichten naar de waarde van certificering voor zorginstellingen. Is certificeren de moeite waard? Het onderzoek waarover hier wordt gerapporteerd is een longitudinale studie naar die waarde. Het onderzoek is gefinancierd door ZonMW.

## **1.2 Doelstelling**

De doelstelling van het onderzoek is inzicht te geven in de invloed van certificering op de kwaliteit in zorginstellingen volgens cliënten, zorgprofessionals, managers en stafmedewerkers.

Als context is gekozen voor de sector Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Daarmee staat het schema van stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) voor de GGZ als certificaat centraal (zie figuur 1.1). De wens te certificeren is in de GGZ in 2000 ontstaan. Negatieve bevindingen uit imago-onderzoek in 1998 en 1999 in opdracht van GGZ Nederland vormden de aanleiding. Uit deze onderzoeken kwam naar voren dat de politiek en het publiek weinig vertrouwen hadden in de GGZ. Het was onduidelijk wat in de GGZ gebeurde, waar je terecht kon en wat producten en diensten waren (GGZ Nederland, 1999). Gebrek aan transparante resultaten leidden zelfs tot de mening dat de GGZ niet geneest. Certificering werd als middel gezien om het imago te verbeteren. Met certificering zouden instellingen hun kwaliteitsmanagementsysteem op orde kunnen brengen, resultaten transparant kunnen maken en publieke verantwoording kunnen afleggen.

In 2000 is de wens om GGZ-instellingen te certificeren besproken op de Leidschendamconferenties 2000. Het bestuur van GGZ Nederland diende in hetzelfde jaar nog een aanvraag in bij Stichting HKZ voor het opstellen van een HKZ-certificatieschema voor GGZ-instellingen. December 2002 was het schema gereed (Stichting HKZ, 2003). Na een korte pilotstudie werd op 18 juni 2003 op de Algemene Leden Vergadering van GGZ Nederland besloten dat alle leden van GGZ Nederland per 1 januari 2008 het HKZ-Certificaat GGZ-Instellingen moesten hebben verworven. Deze beslissing was het startsein voor de certificeringstrajecten in de GGZ. In de daaropvolgende jaren hebben instellingen gewerkt aan het voldoen aan de normen van het HKZ-certificatieschema 2002. Het schema bleef in die tijd zelf ook punt van aandacht. Stichting HKZ heeft in juni 2009 een nieuwe versie van het schema gepubliceerd (Stichting HKZ, 2009b, 2009c). Lopende het onderzoek zijn instellingen gecertificeerd op het schema uit 2002. Het HKZ-schema uit 2002 staat daarom centraal in het onderzoek.



Figuur 1.1 Het HKZ-Harmonisatiemodel (Stichting HKZ, 2003)

### 1.3 Vraagstelling

De centrale vraag van het onderzoek luidt:

*Wat is de meerwaarde van HKZ-certificering op de geleverde kwaliteit van zorg in GGZ-instellingen?*



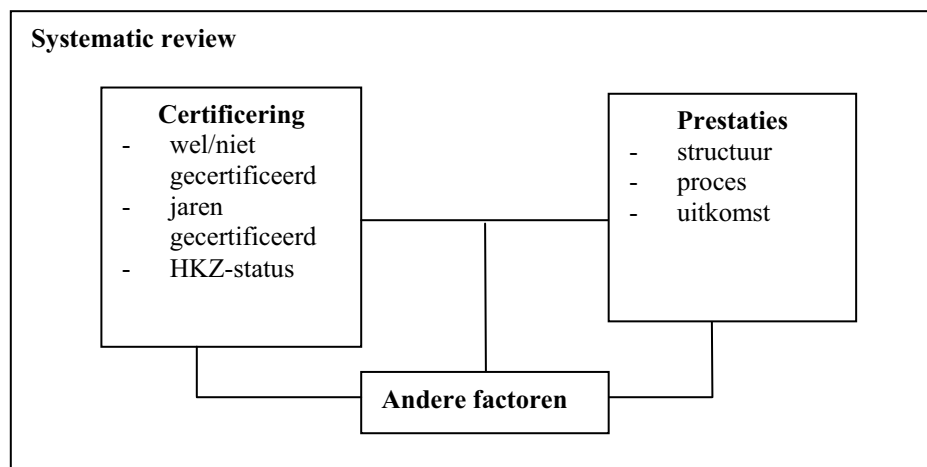
Deelvragen van het onderzoek zijn:

1. Welke waarde ontlenuen zorgprofessionals (hulpverleners), kwaliteitsfunctionarissen, managers en medewerkers van stafafdelingen aan HKZ-certificering?
2. Presteren GGZ-instellingen met (zicht op) een HKZ-certificaat beter op relevante indicatoren dan GGZ-instellingen die (nog niet) niet HKZ-gecertificeerd zijn?
3. Vanwege welke redenen leidt HKZ-certificering tot betere of slechtere prestaties?

## 1.4 Onderzoeksopzet en methoden

### 1.4.1 Onderzoeksopzet

Het design van het onderzoek is een observationele evaluatie met herhaalde metingen. Het onderzoek is exploratief van aard. Gezocht wordt naar verbanden tussen HKZ en prestaties. Van de deelnemende instellingen zijn de mate waarin HKZ is geïmplementeerd (wel of niet gecertificeerd, aantal jaren gecertificeerd, HKZ-status), de scores op relevante structuur-, proces- en uitkomstindicatoren en de aanwezigheid van beïnvloedende factoren anders dan HKZ (confounders), in kaart gebracht en aan elkaar gerelateerd. Een systematic review vormde de grondlegger voor een theoretisch kader (zie figuur 1.2).



Figuur 1.2 De onderzoeksopzet

## **1.4.2 De onderzoeksgroep**

### **1.4.2.1 Inclusie- en exclusiecriteria**

Alle GGZ-instellingen zijn aangeschreven voor deelname aan het onderzoek, indien zij zorg leverden, HKZ als certificeringinstrument gebruikten en in 2006 of 2007 voor het eerst data hadden aangeleverd over de indicatoren van de Basisset prestatie-indicatoren Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg (zie voor uitleg Basisset hieronder). Het leveren van zorg en het aanleveren van data op de Basisset waren noodzakelijke voorwaarden om instellingen te kunnen vergelijken op prestaties. De keuze voor HKZ als certificeringinstrument was een voorwaarde om instellingen op hun certificeringstatus te kunnen vergelijken. Voor het jaar 2006 is gekozen, omdat de Basisset in dat jaar voor het eerst van kracht werd. Niet alle instellingen hebben in het startjaar data aangeleverd. De onderzoeksgroep is uitgebreid met instellingen die in 2007 voor het eerst data op de Basisset aanleverden om het aantal respondenten te verhogen. Instellingen voor forensische psychiatrie zijn uitgesloten van het onderzoek, omdat het HKZ-schema en de Basisset prestatie-indicatoren van deze instellingen teveel verschillen van die van de overige GGZ-instellingen om valide te vergelijken.

Instellingen die aan voornoemde criteria voldeden en aan hebben gegeven deel te willen nemen, zijn geïnccludeerd in het onderzoek. Om te kunnen vergelijken waren data nodig over de stand van zaken ten aanzien van certificering en de prestaties van de instellingen. Instellingen zijn lopende het onderzoek geëxcludeerd wanneer zij voor minder dan drie jaren data hebben aangeleverd op de Basisset en/of geen of te incomplete data over de stand van certificering. Verschillende instellingen zijn lopende het onderzoek gefuseerd. Instellingen zijn tenslotte geëxcludeerd wanneer de instelling met wie was gefuseerd niet geïnccludeerd was in het onderzoek. Ontbrekende data over de instellingen met wie werd gefuseerd, maakten vergelijking onmogelijk.

### **1.4.2.2 Respons**

Van alle instellingen die zorg leveren en gekozen hebben voor HKZ, hebben 77 instellingen in 2006 en 32 in 2007 voor het eerst data aangeleverd op de Basisset (zie tabel 1.1). De in totaal 109 geïnccludeerde instellingen zijn aangeschreven voor deelname. 9 Instellingen hebben aangegeven niet te willen deelnemen. Lopende het onderzoek zijn

12 instellingen geëxcludeerd vanwege de exclusiecriteria genoemd in de vorige paragraaf. De totale respons bedraagt daarmee 81%.

Jaar Basisset	Aangeschreven instellingen	geen deelname	exclusie	Respons
2006	77	1	11	84% (n=65)
2007	32	8	1	72% (n=23)
<b>Totaal</b>	109	9	12	81% (n=88)

Tabel 1.1 Respons

Het aantal instellingen is in de loop van het onderzoek jaarlijks gewijzigd door fusies tussen instellingen. In totaal zijn 20 instellingen gefuseerd, leidend tot 9 nieuwe instellingen (concerns). Van deze 9 instellingen is 1 instelling alsnog geëxcludeerd. Twee instellingen zijn tweemaal gefuseerd. Het aantal instellingen waarvan data zijn geanalyseerd verschilt daardoor naar jaar.

Jaar	Aantal instellingen
2006	86 <sup>1</sup>
2007	84
2008	80
2009	76

Tabel 1.2 Aantal instellingen naar jaar met data over certificering en/of prestaties

### 1.4.2.3 Kenmerken instellingen

#### Typen instellingen

De deelnemende instellingen representeren alle typen GGZ-instellingen (zie tabel 1.3). De typering die instellingen zelf geven in hun Jaardocumenten Maatschappelijke Verantwoording is aangehouden voor de categorisering. Sommige instellingen hebben zich onder twee of drie verschillende typen gecategoriseerd. Dit verklaart het verschil in

<sup>1</sup> Het aantal instellingen bedraagt 86 en niet 88, zoals tabel 1.1 zou suggereren. De reden is dat twee instellingen pas in 2007 uit een fusie zijn ontstaan. In 2006 bestonden deze instellingen nog niet.

aantallen met tabel 1.2. De categorie overige betreft gespecialiseerde instellingen op het gebied van autisme, psychosociale begeleiding bij kanker en een psychologenpraktijk.

Typen instelling	2006	2007	2008	2009
<b>Geïntegreerd</b>	33	32	31	29
<b>APZ</b>	6	6	6	5
<b>RIAGG</b>	13	14	14	14
<b>RIBW</b>	17	17	17	17
<b>Kind &amp; Jeugd</b>	7	7	7	7
<b>Verslavingszorg</b>	12	12	12	12
<b>Overig</b>	4	4	4	4

Tabel 1.3 Typen deelnemende instellingen naar jaar

#### Typen zorg

De deelnemende instellingen leveren samen alle typen zorg (tabel 1.4). De percentages ontlopen elkaar amper over de 4 jaren. Daarom bevat tabel 1.4 een vierjaargemiddelde.

Typen zorg	gemiddelde 2006-2009
<b>klinisch</b>	56%
<b>ambulant</b>	87%
<b>beschermd wonen</b>	49%
<b>beschermd zelfstandig wonen</b>	52%
<b>dagactiviteiten</b>	56%

Tabel 1.4 Percentage instellingen dat bepaald type zorg levert gemiddeld over vier jaren (2006-2009)

#### Diagnosegroepen

Hetzelfde geldt voor de diagnosegroepen (zie tabel 1.5). Aan alle diagnosegroepen wordt zorg verleend. Overige stoornissen betreffen onder andere aanpassingsstoornissen en stoornissen in impulsbeheersing, seksuele stoornissen en genderidentiteitsstoornissen, eetstoornissen, ADHD, somatoforme stoornissen en dubbele diagnose cliënten. Sommige instellingen hebben de categorie overig gebruikt om een totaal te geven voor alle diagnosegroepen. Dit verklaart het hoge percentage overige stoornissen (zie hoofdstuk 5 voor de wijze waarop hiermee is omgegaan in de analyse).

Typen diagnosegroepen	gemiddelde 2006-2009
stoornissen in de kindertijd	69%
psychotische stoornissen	65%
stemmingstoornissen	75%
angst- en stressgebonden stoornissen	75%
persoonlijkheid- en gedragsstoornissen	73%
cognitieve- en organische stoornissen	56%
aan middel gebonden stoornissen	69%
overige stoornissen	63%

Tabel 1.5 Percentage instellingen dat zorg levert aan bepaalde diagnosegroepen gemiddeld over vier jaren (2006-2009)

#### Omvang instelling

De onderzoeksgroep dekt instellingen van alle grootten in termen van aantal cliënten (zie tabel 1.6). Kleine, middelgrote en grote instellingen hebben deelgenomen aan het onderzoek. Het aantal zeer grote instellingen is lopende het onderzoek toegenomen vanwege fusies tussen instellingen. Procentueel is de verdeling over de jaren heen nagenoeg gelijk.

Cliënten	2007	2008	2009
minimaal	81	139	107
maximaal	58.281	76.854	90.080
gemiddeld	7.247	7.166	8.054
< 1.000	24%	25%	24%
1.000 – 5.000	28%	30%	29%
5.000 – 10.000	22%	17%	15%
10.000 – 20.000	22%	20%	22%
> 20.000	6%	8%	10%

Tabel 1.6 Aantal cliënten in deelnemende instellingen 2007-2009\*

\* over 2006 waren onvoldoende data beschikbaar

Gekoppeld aan het aantal cliënten dekt de onderzoeksgroep instellingen van alle omvang in termen van totale bedrijfsopbrengsten (zie tabel 1.7). De opbrengsten stijgen met de jaren door wijzigingen in voornoemde cliëntaantallen, bekostigingssystemen en fusies.

<b>Totale bedrijfsopbrengsten</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
<b>minimaal</b>	195.460	142.589	479.319	609.051
<b>maximaal</b>	170.119.000	393.871.947	490.893.363	543.123.005
<b>gemiddeld</b>	37.959.453	47.958.695	53.900.696	60.405.455
<b>1-10 miljoen</b>	30%	26%	23%	22%
<b>10-50 miljoen</b>	40%	39%	38%	38%
<b>50-100 miljoen</b>	20%	18%	18%	16%
<b>&gt; 100 miljoen</b>	10%	17%	21%	24%

Tabel 1.7 Totale bedrijfsopbrengsten deelnemende instellingen in 2006-2009

### 1.4.3 Dataverzameling

Voor de gegevensverzameling is gebruik gemaakt van interviews, zelf ontwikkelde vragenlijsten en data over de indicatoren van de Basisset prestatie-indicatoren GGZ en Verslavingszorg. In deze paragraaf wordt kort de methode van dataverzameling uiteengezet. Voor een uitgebreide beschrijving wordt verwezen naar de volgende hoofdstukken.

#### **Dataverzameling prestaties**

Voor het verzamelen van data over de prestaties is gekozen voor data over de indicatoren van de Basisset prestatie-indicatoren GGZ en Verslavingszorg (Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ 2006, 2007; Stuurgroep Zichtbare Zorg 2009). De basisset bestaat uit 28 indicatoren over de effectiviteit van behandelingen (11 indicatoren), veiligheid (6 indicatoren) en cliëntgerichtheid (11 indicatoren). De scores op de indicatoren worden jaarlijks door instellingen via Zichtbare Zorg aangeleverd aan VWS en vastgelegd in de zogenoemde database DigiMV. De dataset is in de loop van de jaren gewijzigd. Indicatoren zijn meegenomen indien deze in de loop van minimaal 3 jaren met elkaar waren te vergelijken. Om de data bruikbaar te maken voor het onderzoek zijn de gegevens jaarlijks gevalideerd en bewerkt (zie hoofdstuk 5 voor een nadere uiteenzetting).

### **Dataverzameling certificering**

Voor het verzamelen van data over certificering is ten eerste via vragenlijsten en de website van Jaarverslagen Zorg achterhaald wanneer een instelling is gecertificeerd. Op basis hiervan zijn twee maten geconstrueerd: wel of niet gecertificeerd en aantal maanden gecertificeerd. Naast het moment en de lengte van certificering was het voor het onderzoek van belang een glijdende schaal te hebben waarlangs de instellingen konden worden ingedeeld op basis van de mate waarin zij voldoen aan wat wij noemen de HKZ-status. De ontwikkelde maat 'HKZ-status' staat voor de mate waarin een instelling beantwoordt aan het totaal van de HKZ-normen in een bepaalde periode. Voor het maken van een instrument om de HKZ-status vast te stellen is een Delphi-studie uitgevoerd. De experts waren afkomstig uit certificerende organisaties of organisaties betrokken bij het ontwikkelen van het HKZ-schema. De Delphi-studie had tot doel het HKZ-schema terug te brengen tot een valide set vragen waarmee de HKZ-status kon worden bepaald. Het resultaat van de Delphi is verwerkt in een enquête. Deze is ingevuld door de GGZ-instellingen. Op deze wijze kon de HKZ-status over de jaren 2005-2009 worden vastgesteld (zie hoofdstuk 6 voor een nadere uiteenzetting).

### **Ervaren waarde en redenen wel of niet behalen prestaties**

Met interviews en een expertmeeting is de ervaren waarde van HKZ, de wijze waarop HKZ prestaties beïnvloedt en de invloed van andere interne en externe factoren op prestaties nader uitgezocht en verdiept. Voor het interviewen van personen zijn instellingen geselecteerd die van elkaar verschillen in type GGZ-instelling, HKZ-status en prestaties. De interviews zijn gehouden met professionals, stafmedewerkers, managers en kwaliteitsfunctionarissen (zie hoofdstuk 4 voor een nadere uiteenzetting). De invloed van confounders is statistisch getoetst (zie hoofdstuk 7). In een afsluitende expertmeeting zijn de gevonden relaties en resultaten getoetst en aangescherpt. Aan de meeting namen twee leden van GGZ Nederland, twee medewerkers van Stichting HKZ, één auditor van een certificerende instelling en vijf kwaliteitsmedewerkers van GGZ-instellingen deel.

#### **1.4.4 Data-analyse**

Op kwantitatieve en kwalitatieve wijze is geanalyseerd of er een relatie is tussen certificering en prestaties. Met correlatie- en regressieanalyses is onderzocht of scores op de prestatie-indicatoren samenhangen met de HKZ-status, het moment van certificering, de lengte van certificering en potentiële confounders. De interviews zijn op basis van de

normen uit het HKZ-schema en bevindingen uit de systematic review geordend, gelabeld en geanalyseerd (zie hoofdstuk 3).

Het verzamelen van kwalitatieve en kwantitatieve data heeft parallel plaatsgevonden. Hierdoor is het mogelijk geweest om data in samenhang te analyseren en uit te diepen. In eerste instantie is statistisch onderzocht of verschillen in certificering samenhangen met prestaties. Analyses zijn verricht op data uit 2005 tot en met 2007. Gevonden relaties zijn nader uitgediept met interviews. De selectiecriteria voor de interviews zijn mede ingegeven door de verrichte analyses. Omgekeerd brachten de interviews nieuwe relaties aan het licht, die in tweede instantie statistisch zijn onderzocht met data over de jaren 2005-2009. Om de resultaten van de kwantitatieve en kwalitatieve analyses verder te verhelderen, is de expertmeeting georganiseerd.

## **1.5 Opbouw rapport**

Het rapport is opgebouwd uit 3 delen. Het eerste deel is theoretisch van aard. In hoofdstuk 2 wordt een beschrijving gegeven van de inhoud en kenmerken van HKZ-certificering en het HKZ-certificatieschema 2002. Hoofdstuk 3 geeft met een systematic review een overzicht van de stand van wetenschap met betrekking tot de relatie tussen certificering en prestaties. Het tweede deel van het rapport bevat het empirische deel van het onderzoek. In hoofdstuk 4 wordt verslag gedaan van de interviews met hulpverleners, stafmedewerkers, managers en kwaliteitsfunctionarissen. Hun mening over de waarde van certificering staat hierin centraal. In de hoofdstukken 5 en 6 komen respectievelijk de methoden aan de orde voor het verzamelen van data over prestaties en certificering van GGZ-instellingen. Hoofdstuk 7 bevat de kwantitatieve analyses van de relatie tussen certificering en prestaties. Het derde deel van het rapport bevat met een hoofdstuk 8 de eindconclusies van het onderzoek en aanbevelingen voor beleid, onderzoek en praktijk.



## Geraadpleegde literatuur

Ahaus, C.T.B., & Broekhuis, M. (2007). Bruikbaarheid en effectiviteit van kwaliteitsmodellen in de zorg. *Management & Organisatie*, 61(2), 87-107.

Beek, A. van, & Jonker, F. (2004). *Rapport onderzoek naar certificatieprocessen in de zorg- en welzijnssector*. Utrecht: VanDoorneHuiskes en partners.

Brils, P., Swinkels, J.A., & Burg, T. van der. (2007). Accreditatie of certificering?. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 62(3), 178-182.

Chuang, S., & Inder, K. (2009). An effectiveness analyses of health care systems using a systems theoretic approach. *BMC Health Services Research*, 9(October), 195-206.

Dean Beaulieu, N., & Epstein, A.M. (2002). National Committee on Quality Assurance health-plan accreditation: predictors, correlates of performance, and market impact *Medical Care*, 40(4), 325-337.

GGZ Nederland. (1999). *Interview Internationaal. Rapport Imago GGZ & GGZ Nederland. Fase 2: Kwantitatief Onderzoek*. Amsterdam.

Goldstein, S.M., & Schweikhart, S.B. (2002). Empirical support for the Baldrige Award framework in U.S. hospitals. *Health care management review*, 27(1), 62-75.

Greenfield, D., & Braithwaite, J. (2008). Health sector accreditation research: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(3), 172-183.

Grenade, L., & Boldy, D. (2002). The accreditation experience: views of residential aged care providers. *International Journal for Quality in Health Care*, 11(1), 27-30.

Grol, R. (2001). Improving the quality of medical care: Building bridges among professional pride, payer profit and patient satisfaction. *JAMA*, 286(20), 2578-2585.

Hollands, L., Hendriks, L., Ariens, H., & Verheggen, F. (2003). *Elementen van kwaliteitszorg*. Utrecht: Lemma Uitgeverij.

Klazinga, N. (1996). *Quality management of medical specialist care in the Netherlands*. Overveen: Belvedere.

Lemmens, K.M.M., Harteloh, P.P.M., & Walburg, J.A. (2003). *De validiteit van kwaliteitssystemen van zorginstellingen*. Rotterdam: Erasmus MC.

Minkman, M., Ahaus, C.T.B., & Huijsman, R. (2007). Performance improvement based on integrated quality management models. What evidence do we have?: A systematic literature review. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(1), 1-15.

NIAZ. (2008). *Kerndocument; Missie, visie en waarden*. Utrecht: Niaz.

Pijls, M.M.A. (2007). *Quality Management: an investigation into the effects of quality management models on (mental) health care*. Tilburg: Tilburg University.

Pomey, M.P., Contandriopoulos, A., Francois, P., & Bertrand, D. (2004). Accreditation: a tool for organizational change in hospitals?. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 17(2/3), 113-124.

Saizarbitoria, I.H. (2006). How quality management models influence company results – conclusions of an empirical study based on the Delphi method. *Total Quality Management*, 17(6), 775-794.

Shaw, C. (2000). External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union Countries. *International Journal of Quality in Health Care*, 12(3), 169-175.

Shaw, C. (2003). Evaluating Accreditation. *International Journal of Quality in Health Care*, 15(6), 455-456.

Stichting HKZ & Centrum voor Kwaliteit en Management in de Zorgsector. (2003). *Certificatieschema Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg, versie 2002*. Utrecht: Stichting HKZ.

Stichting HKZ. (2009a). <http://www.hkz.nl>.

Stichting HKZ. (2009b). *Certificatieschema instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, versie juni 2009*. Utrecht: Stichting HKZ.

Stichting HKZ. (2009c). *Certificatieschema algemeen organisatiedeel, rubrieken 4 t/m 9, versie 2009*. Utrecht: Stichting HKZ.

Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ. (2006). *Basisset Prestatie-indicatoren Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg*. Utrecht: IGZ.

Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ. (2007). *Basisset Prestatie-indicatoren Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg 2007-2008*. Utrecht: IGZ.

Stuurgroep Zichtbare zorg. (2009). *Basisset Prestatie-indicatoren Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg 2009-2010*. Den Haag: Zichtbare Zorg.

Zarkin, G., Dunlap, L., & Homsy, G. (2006). The costs of pursuing accreditation for methadone treatment sites: results from a national study. *Evaluation Review*, 30(2), 119-138.

## **Hoofdstuk 2      Inhoud en kenmerken van HKZ-certificering**

In het vorige hoofdstuk is de ontstaansgeschiedenis van HKZ-certificering beschreven. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de kenmerken en inhoud van HKZ-certificering. Ook wordt kort stilgestaan bij de herziening van het certificatieschema in 2009.

### **2.1            Kenmerken HKZ-certificering**

Belangrijke kenmerken van HKZ-certificering zijn de trajecten die worden doorlopen om het certificaat te behalen en behouden en de audits.

#### **Traject**

Om het HKZ-certificaat te behalen moeten GGZ-instellingen kunnen aantonen dat ze voldoen aan de normen van het ‘Certificatieschema Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg versie 2002’ (Stichting HKZ, 2002). De normen zijn eisen waaraan instellingen moeten voldoen, bijvoorbeeld norm 1.5.1: ‘De toestemming van de cliënt wordt geregistreerd’ (Stichting HKZ, 2002). Organisaties vertalen de normen naar de eigen organisatie, zodat deze passen in de al bestaande interne handelingen en processen. Tegelijkertijd wordt gewerkt aan de eisen van HKZ. De uitgedachte procesvoering wordt vastgelegd in procedures, richtlijnen en protocollen. Op deze wijze worden de normen aantoonbaar geregeld (Stichting HKZ, 2002). Het is verder belangrijk dat de normen naar behoren worden toegepast in de instelling, dat wil zeggen effectief operationeel zijn. Een laatste belangrijk aspect van certificering is dat aangetoond kan worden dat op structurele wijze wordt gewerkt aan het plannen, uitvoeren en evalueren van verbeteringen (Stichting HKZ, 2002). Dit aspect is al in de HKZ-normen verwerkt, maar vergt extra aandacht, omdat het een belangrijk onderdeel van een kwaliteitssysteem is.

#### **Auditeren**

Bij certificering wordt een instelling door een onafhankelijke certificerende instelling (CI) getoetst aan de normen van HKZ. Dit proces wordt auditeren genoemd. De CI heeft een overeenkomst met Stichting HKZ om audits uit te voeren en is hiervoor geaccrediteerd door de Raad voor Accreditatie. Voor het GGZ-schema zijn vier CI’s geaccrediteerd. De audits vinden plaats als een instelling het certificaat wil behalen of behouden. De CI beoordeelt of de normen aantoonbaar geregeld zijn door de

administratie, zorgplannen, zorgcontacten, ingevulde evaluatieformulieren, logboeken, vergaderverslagen en capaciteitsplanning te bekijken. Om te bepalen of de normen effectief operationeel zijn, worden interviews met medewerkers gehouden. Ook toetsen van andere instanties, zoals die van de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de Arbodienst, worden in de certificering betrokken (Stichting HKZ, 2002). De CI kan naar aanleiding van de audit tekortkomingen aangeven. Deze moeten door de instelling binnen een bepaalde tijd worden verbeterd om het certificaat te kunnen krijgen of behouden. In instellingen worden ook interne audits verricht door eigen medewerkers om het eigen kwaliteitssysteem te controleren.

## **2.2 Inhoud HKZ-certificatieschema 2002**

Het certificatieschema bestaat uit negen rubrieken: drie met normen voor de primaire processen en zes met normen voor de ondersteunende processen. De rubrieken over het primaire proces staan centraal. Deze betreffen: Rubriek 1 'Intake en indicatie', Rubriek 2 'Zorgverlening en uitvoering' en Rubriek 3 'Evaluatie en nazorg'. De rubrieken voor de ondersteunende processen bevatten normen op organisatieniveau, waaraan moet worden voldaan om de primaire processen goed te kunnen uitvoeren. Het gaat om: Rubriek 4 'Beleid en organisatie', Rubriek 5 'Personeel', Rubriek 6 'Onderzoek en ontwikkeling', Rubriek 7 'Fysieke omgeving en materiaal', Rubriek 8 'Diensten door derden' en Rubriek 9 'Documenten'. Iedere rubriek bestaat uit meerdere thema's (zie bijlage 2.1). Voor ieder thema zijn normen gedefinieerd. De thema's en normen zijn onderling met elkaar verbonden, teneinde het kwaliteitssysteem vorm te geven. Thema's en normen komen terug in verschillende rubrieken. Normen zijn logisch opeenvolgend gedefinieerd binnen een rubriek en geborgd in verbetercycli. Van bijzonder belang in alle rubrieken is het waarborgen van professionele verantwoordelijkheid, professioneel handelen, heldere communicatie en gedegen registratie, met als uiteindelijk doel de zorg voor cliënten te verbeteren (Stichting HKZ, 2002). In het vervolg van deze paragraaf wordt de inhoud van iedere rubriek beschreven.

### **2.2.1 De rubrieken voor de primaire processen**

#### **Rubriek 1: Intake en indicatie**

In deze rubriek staan de intakefase en de indicatiestelling centraal. Belangrijk hierbij zijn het inventariseren van de hulpvraag van de cliënt, het verzamelen van informatie over de

problematiek en diagnose en het maken van een passend aanbod. Na inventarisatie van de specifieke zorgvraag van de cliënt en de problematiek dient beoordeeld te worden of de organisatie aan de vraag kan voldoen. Indien de organisatie denkt de cliënt te kunnen helpen bij zijn zorgvraag, dan moet binnen de organisatie de zorg goed worden afgestemd. Indien de organisatie niet aan de zorgvraag denkt te kunnen voldoen, dan moet de organisatie er voor zorgen dat de cliënt ergens anders wel met zijn hulpvraag terecht kan.

Een ander belangrijk aspect van deze rubriek is de informatievoorziening richting de cliënt over zijn behandeling, rechten en plichten en over de belangrijke procedures in de instelling.

Als de cliënt goed op de hoogte is dan kan hij/zij het behandelplan met allerlei vooropgestelde (wettelijke) bepalingen erin ondertekenen (informed consent). Met de normen rondom intake en indicatie vormt rubriek 1 de basis voor een goede start van de behandeling.

### **Rubriek 2: Zorgverlening en uitvoering**

Het proces van zorgverlening en de continue afstemming met de cliënt over zijn/haar behoeftes staan in deze rubriek centraal. De zorg dient gepland en beheerst te verlopen, uitgevoerd te worden door de juiste zorgverleners met behulp van specifieke methoden en professionele richtlijnen. Van belang is een goed coördinatie (zowel intern als extern) en een duidelijke verdeling van (eind)verantwoordelijkheden. Van het verloop van het proces dient een verslag gemaakt te worden. De verslagen staan vaak in het cliëntdossier. Verder moeten procedures worden gevolgd die betrekking hebben op het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen, de bereikbaarheid en beschikbaarheid van de zorgverlener, voeding en hygiëne, bejegening, eigendommen, omgeving en privacy van de cliënt.

### **Rubriek 3: Evaluatie en nazorg**

Het proces van systematisch en cyclisch evalueren tijdens de behandeling staat, samen met een aantal normen over nazorg, in deze rubriek centraal. Systematische evaluatie is van belang om de zorgverlening aan de cliënt continu te verbeteren. De evaluatie moet samen met de cliënt plaatsvinden op basis van de hulpvraag en doelen van de cliënt en de waardering over de hulpverlening. Naar aanleiding van de evaluaties moet het behandelplan worden aangepast en moeten preventieve maatregelen worden genomen of

fouten worden gecorrigeerd. Klachten van cliënten dienen volgens een vaste procedure te worden behandeld.

Verder is het belangrijk dat de waardering van ketenpartners over de zorg van de cliënt wordt geëvalueerd. Naar aanleiding van de registratie van alle soorten evaluaties en terugkoppelingen moeten op instellingsniveau bepaalde corrigerende en preventieve maatregelen worden genomen (zie rubriek 4).

## **2.2.2 Ondersteunende processen**

### **Rubriek 4: Beleid en organisatie**

In deze rubriek staan het meerjarenbeleid en het kwaliteitsmanagementsysteem centraal. Om het kwaliteitssysteem te ontwikkelen moeten er beschrijvingen komen van structuren processen en verantwoordelijkheden (bijvoorbeeld richtlijnen over risicovolle situaties of communicatie met externen). Gegevens moeten worden verzameld en geanalyseerd (zoals wachttijden, incidenten en klachten). Vervolgens moeten herstellende, corrigerende of preventieve maatregelen worden genomen. Het gehele systeem moet goed onderhouden worden, maar daarnaast moet het blijvend worden verbeterd door middel van interne audits en de systeembeoordeling door het hoger management.

Daarnaast worden eisen gesteld aan het opstellen van (beleids)plannen. Het (meerjaren)beleidsplan moet richting geven aan de zorginhoud, strategie, financiën en het sociaal beleid. Meetbare doelen stellen is hierbij van belang. Dit moet leiden tot het verbeteren van prestaties en het waarborgen van de continuïteit. Het kwaliteitssysteem en het afdelings- en kwaliteitsbeleid moeten aansluiten op dit meerjarenplan.

Het (hoger) management krijgt allerlei taken en verantwoordelijkheden om dit te realiseren. Ook moet het management interne en externe personen betrekken, zoals eigen medewerkers, zorgverzekeraars, partners in de zorgketen, cliënten en hun familie.

### **Rubriek 5: Personeel**

In deze rubriek staan de aanwezige kwaliteit en kwantiteit van het personeel centraal. Alle onderdelen van het personeelsbeleid moeten worden geëvalueerd en indien nodig onderwerp zijn van verbeteracties. De normen in deze rubriek zijn deels gebaseerd op al bestaande wetgeving. In de rubriek komen dan ook regelmatig verwijzingen naar bepaalde wetgevingen terug, zoals de CAO, Arbo-wet, Wet op ondernemingsraden en de

Wet BIG. Om de kwaliteit en kwantiteit van het personeel op niveau te houden dient een formatieplan aanwezig te zijn dat gekoppeld is aan ontwikkelingen en beleid. Verder moeten er vastgelegde functie- en taakomschrijvingen zijn over verantwoordelijkheden, bevoegdheden en kwalificaties. Deze omschrijvingen zijn opgesteld om te verzekeren dat sollicitanten en medewerkers geschikt en bevoegd zijn om het werk uit te voeren. Om het deskundigheidsniveau op pijl te krijgen en te houden moeten er randvoorwaarden (zoals landelijke richtlijnen) zijn om professioneel handelen te realiseren, te toetsen en te verbeteren. Tevens moeten er functioneringsgesprekken, inwerkprogramma's, bijscholing, werkoverleggen, exitgesprekken en begeleiding van medewerkers, vrijwilligers en stagiairs plaatsvinden. Een laatste onderdeel betreft de werkomstandigheden van de werknemers. Deze dienen gezond en veilig te zijn. Dit stelt eisen aan bijvoorbeeld infectiepreventie en het hebben van een klachtencommissie voor medewerkers.

#### **Rubriek 6: Onderzoek en ontwikkeling**

Het proces van het up-to-date brengen van het bestaande zorgaanbod staat in deze rubriek centraal. Er worden eisen gesteld om op bepaalde onderwerpen 'bij te blijven', zoals veranderende wetgeving, regiokenmerken en vernieuwingen in de zorg. Daarnaast worden verplichtingen gesteld om op een methodische en beheerste wijze producten (nieuwe behandelingen) of diensten (nieuwe zorgvormen) te ontwikkelen, in zorg te brengen en te evalueren.

#### **Rubriek 7: Fysieke omgeving en materiaal**

In rubriek 7 staan eisen over het onderhoud en de veiligheid van gebouwen, materialen en de kalibratie van apparatuur. Verder zijn er eisen voor de opslag van behandel- en verplegingsplannen, de toegankelijkheid van privacygevoelige gegevens en het omgaan met eigendommen van cliënten. Verpleegartikelen, genees- en hulpmiddelen moeten in voldoende mate aanwezig zijn en op een verantwoorde wijze worden gebruikt. De houdbaarheid van producten dient bijgehouden en gecontroleerd te worden.

#### **Rubriek 8: Diensten door derden**

In deze rubriek staan de inkoop van producten (materialen, middelen, apparatuur), diensten en uitbesteding aan derden centraal. Producten en diensten moeten, net zoals de leveranciers, worden beoordeeld aan de hand van kwaliteitseisen. De kwaliteit moet ook voortdurend bewaakt worden.



## **Rubriek 9: Documenten**

Het beheerssysteem van de ontstane (externe) documenten en kwaliteitsregistraties staat in deze rubriek centraal. Het beheerssysteem bevat beschrijven van hoe documenten zijn ontstaan en een tijdsindicatie van wanneer de documenten vervallen. Er moeten daarom regels zijn over het autoriseren, bijhouden, bewaren en vernietigen van registraties en documenten. De wijze waarop mag een organisatie grotendeels zelf bepalen. Bij een aantal normen van het certificatieschema wordt wel specifiek om een procedure gevraagd. Registraties en documenten moeten toegankelijk en snel te vinden zijn.

### **2.3 Herziene certificatieschema 2009**

Het certificatieschema is in juni 2009 herzien (Stichting HKZ, 2009). Cliëntveiligheid komt veel nadrukkelijker naar voren. Daarnaast is het schema meer dan voorheen op resultaten gericht en sluit het aan op landelijke kwaliteitsindicatoren. Verder is het schema, volgens Stichting HKZ (2009), toegankelijker en gebruiksvriendelijker, is de samenhang tussen de verschillende rubrieken duidelijker en komt de PDCA-cyclus beter zichtbaar in de normen terug. Het schema is na deze herziening echter nog steeds in beweging. In de reflectie in hoofdstuk 8 wordt hierop teruggekomen.

### **Geraadpleegde literatuur**

Stichting HKZ (2002). *Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg, Certificatieschema versie 2002*. Utrecht: Stichting HKZ.

Stichting HKZ (2009). *Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg, Certificatieschema versie 2009*. Utrecht: Stichting HKZ.

## **Hoofdstuk 3      Systematic review**

### **3.1            Inleiding**

Dit hoofdstuk geeft met een systematic review een overzicht van de stand van wetenschap over de invloed van certificeren in de gezondheidszorg. Het geeft een wetenschappelijk kader over de effecten en achterliggende mechanismen van certificering. Het kader wordt gebruikt als theoretische basis en om te reflecteren op de wel en niet gevonden samenhang tussen HKZ-certificering en prestaties.

Resultaten uit eerder onderzoek zijn relevant. Nederland is niet het enige land waar certificering een kwaliteitsinstrument is geworden. Volgens Greenfield & Braithwaite (2008) vindt de internationale ontwikkeling van certificering in de gezondheidszorg zijn oorsprong in de jaren '70. Tot aan 2002 is weinig onderzoek gedaan naar certificering (Øvretveit & Gustafson, 2002). Daarna is het aantal studies explosief toegenomen. In 2008 en 2009 hebben Greenfield & Braithwaite (2008) en Touati & Pomey (2009) de resultaten uit de studies reeds met een systematic review onderzocht. Een nieuwe systematic is echter zinvol. De review van Touati & Pomey (2009) is niet omvattend genoeg. Zij hebben zich beperkt tot de effecten van certificering in Frankrijk en Canada. De review van Greenfield & Braithwaite (2008) heeft eveneens beperkingen. Een minpunt van hun review is dat voor de zoekstrategie alleen gezocht is met de term 'accreditation', terwijl voor het HKZ-onderzoek ook andere vormen van certificering relevant zijn. Verder is tot en met mei 2007 een search gedaan, terwijl meer studies over certificering zijn verschenen tussen 2007 en 2010. Een laatste groot verschil met de twee bestaande reviews is dat deze alleen kijken naar de behaalde prestaties door certificering. De review in dit hoofdstuk geeft ook inzicht in de oorzaak van wel of niet behaalde prestaties.

In dit hoofdstuk wordt na een beschrijving van de methoden een overzicht gegeven van de gevonden resultaten uit onderzoek naar het effect van certificering, de redenen voor de aanwezigheid of afwezigheid van effecten en de invloed van confounders. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie.

### 3.2 Methoden

Voor de review stond de volgende vraag centraal:

*Welk effect heeft certificering voor cliënten/patiënten, medewerkers, derden en op de structuur, processen en resultaten van organisaties in de gezondheidszorg? En, hoe worden deze effecten bereikt?*

#### **Inclusie- en exclusiecriteria**

Om antwoord te kunnen geven op de reviewvraag, zijn inclusie- en exclusiecriteria opgesteld. Op basis van deze criteria zijn artikelen geselecteerd voor de review.

De inclusiecriteria:

1. De hoofdvariabele of beïnvloedende variabele moet *certificeren* zijn;
2. Het moet gaan over effecten van certificeren;
3. Het effect moet op de cliënt/patiënt, medewerker, derden of de organisatie zijn;
4. Certificeren moet plaatsvinden in de gezondheidszorg en de onderzochte organisatie of afdeling moet zorg leveren;
5. Effecten en confounders zijn empirisch onderzocht;
6. Alleen Engelstalige of Nederlandstalige artikelen;
7. Alle artikelen tot aan de datum van de search (januari 2010).

De exclusiecriteria

1. Geen artikelen over het certificeren van een persoon, opleiding of interventie. Deze artikelen geven namelijk geen inzicht in de certificering van organisaties of een afdeling;
2. Geen “grijze literatuur”, boeken en proefschriften.

#### **Zoektermen en gegevensbronnen**

De termen uit de review zijn samen met alternatieve termen gebruikt als zoektermen. Om alternatieve termen te vinden is gebruik gemaakt van Mesh-terms en al beschikbare literatuur over certificeren. Als zoektermen zijn gebruikt:

1. Certification (Accreditation en Registration);
2. Effect (Performance, Outcome en Impact);
3. Healthcare.

De gebruikte databases waren Pubmed/Medline, Proquest (Abi/Inform), Embase, Cochrane library, Web of Science en Scopus.

### **Verzamelde studies**

Met de search zijn 9.399 artikelen gevonden (12.522 inclusief de dubbele). Vijfhonderd abstracts zijn eerst door twee onderzoekers beoordeeld om de in- en exclusiecriteria aan te scherpen. De overige abstracts zijn verdeeld over twee onderzoekers en door één van de twee onderzoekers beoordeeld op exclusie. Na deze beoordeling bleven 402 abstracts over. Deze zijn door beide onderzoekers beoordeeld op definitieve inclusie of exclusie. Uiteindelijk bleven 154 abstracts over. Van de abstracts zijn de artikelen gezocht. Van de 154 artikelen vielen nog 85 artikelen af: 20 bleken in het Frans, Spaans, Italiaans of Duits te zijn, 44 bleken toch niet aan de criteria te voldoen en 21 artikelen konden niet worden gevonden. Er bleven 69 artikelen over voor analyse.

### **Analyse**

Uit artikelen is de informatie gehaald die antwoord geeft op de reviewvraag. Per artikel is hiertoe gebruik gemaakt van een format. De analyse gaf per artikel een overzicht van effecten van certificering, de dynamiek die achter het behalen van effecten zit en de confounders die een rol spelen. Alle informatie is in tabellen geclusterd naar onderwerp en verder geanalyseerd om onderling verbanden te identificeren.

### **Opbouw van het hoofdstuk**

Het hoofdstuk start met een uiteenzetting van de resultaten over de effecten van certificering op de cliënt/ patiënt, derden, organisatie en medewerker uiteengezet. Daarna worden de resultaten beschreven over de dynamiek van certificeren. Vervolgens komen de confounders aan de orde. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie.

## **3.3 Effecten van certificering**

De invloeden van certificering worden in deze paragrafen besproken op het niveau van de cliënt, derden, organisatie en de medewerker. De relatie tussen certificering, processen, structuren en uitkomsten is over het algemeen niet generaliseerbaar. De uitkomsten moeten daarom in het licht worden gezien van de later beschreven dynamiek en confounders.

### **3.3.1 Effecten voor cliënten**

Effecten van certificering zijn al dan niet te vinden op cliëntgerichtheid, cliënttevredenheid, klachten, wachttijden, heropnames, klinische uitkomsten, veiligheid en mortaliteit.

#### **Cliëntgerichtheid**

Rissanen (2000) bespreekt dat de cliëntparticipatie toeneemt bij certificering door systematische metingen van de cliënttevredenheid, evaluaties met de cliënt en het gebruik maken van de mening van de cliënt bij het aanpassen van processen, teneinde aan de behoeftes van de cliënt te voldoen. Uit onderzoek van Van den Heuvel et al. (2005) en Suñol et al. (2009) blijkt de cliëntgerichtheid eveneens toe te nemen.

#### **Cliënttevredenheid**

Uit onderzoek van Al Tehewy et al. (2009), Parthasarathy et al. (2006) en Weissert et al. (1991) blijkt dat gecertificeerde instellingen een hogere cliënttevredenheid hebben. Sriratanaban & Wanavanichkul (2004) vinden een verbetering van 2-30% op de cliënttevredenheid. Er worden echter ook dalingen gevonden in de cliënttevredenheid (Dean Beaulieu, 2002; Weissert et al., 1991).

#### **Klachten**

Klachten kunnen door certificering verminderen. In gecertificeerde instellingen verminderen de contacten met de cliëntvertrouwenspersoon (Rissanen, 2000), is er een daling in klachten (Balogh & Cook, 2006) en in gerechtvaardigde klachten (daling van 80%) (Barak et al., 2003).

#### **Wachttijden en heropnames**

Parthasarathy et al. (2006) vinden geen relatie tussen certificering en wachttijden. Door certificering neemt volgens VanSuch et al. (2006) en (Menachemi et al., 2008) het aantal heropnames af.

#### **Klinische uitkomsten**

In bepaalde onderzoeken zijn uitkomstindicatoren meegenomen om het effect van certificering te meten. Daarin zijn allerlei tegenstrijdige klinische uitkomsten. Gecertificeerde instellingen vertonen verbeterde uitkomsten na het oplopen van verwondingen (Simons et al., 2002), sommige ziekenhuis uitkomstindicatoren (Suñol et

al., 2009) en dragen bij aan hogere behandeluitkomsten (Bondt & Zentner, 2007). Verder is in gecertificeerde ziekenhuizen een verminderde kans op middelenmisbruik na behandeling (Ghose, 2008). In de studie van Thornlow & Merwin (2009) zijn bij lagere certificeringscores op cliëntbehoefte significant meer infecties. Als de scores lager zijn op zorgprocedures dan ligt het aantal decubitusgevallen significant hoger. Ook worden cliënten in gecertificeerde organisaties langer behandeld (Campbell et al., 2009; Chriqui et al., 2007) of juist korter (Wells et al., 2007). In allebei de gevallen zou dit positief moeten zijn voor de gezondheid van de cliënt. In andere artikelen worden geen positieve of consistente relaties aangegeven tussen certificering en klinische prestaties (Chen et al. 2003; DeBritz & Pollak, 2006; Heuer, 2004; Lutfiyya et al., 2009). Uitkomsten van certificering toonden in de studie van Schlenker et al. (1995) geen sterke relatie met cliëntuitkomsten, (cognitieve)vaardigheden, fysiologische toestand, aanwezigheid symptomen en emotionele toestand.

### **Veiligheid**

Enkele studies concluderen dat certificering geleid heeft tot betere cliëntveiligheid (Van den Heuvel et al., 2005; Suñol et al., 2009) en volgens Rissanen (2000) is er een reductie in de aanspraak op de verzekering om schade te compenseren na een behandelfout. In de studie van Sriratanaban & Wanavanichkul (2004) is het percentage serieuze incidenten door certificering verminderd van 3,42% naar 0,63%. Miller et al. (2005) vinden daarentegen geen relatie tussen certificeringscores en cliëntveiligheid, hoewel slechte cliëntveiligheidscores zijn gecorreleerd met een slechte certificeringscore. Chen et al. (2003) en Coldiron et al. (2004) vinden geen relaties tussen certificering en medicatiefouten en Scott & Phelps (2009) vinden in hun studie geen verband tussen certificeringscores en uitkomsten met betrekking tot veiligheid.

### **Mortaliteit**

Er wordt in onderzoek naar certificering veel gebruik gemaakt van de uitkomstmaat mortaliteit. Een studie beschrijft dat de overlevingskans na zwaar letsel (6 van de 9 typen letsel) verbetert door certificering (Pasquale et al., 2001). Sriratanaban & Wanavanichkul (2004) concluderen dat de mortaliteit bij klinisch opgenomen cliënten met 13% daalt. Seymann (2006) en DeBritz & Pollak (2006) vinden een correlatie tussen minder mortaliteit en gecertificeerde instellingen. Er is één studie die een verslechtering in mortaliteit zag door certificering (Chyka & Somes, 2001). De studies van Chen et al. (2003), Jessee & Schranz (1990) en VanSuch et al. (2006) vinden geen relatie tussen certificering en mortaliteit.

### **3.3.2 Effecten voor derden**

In deze paragraaf wordt bekeken wat het hebben van een certificaat voor invloed heeft op de relatie tussen de instelling en derden. Door certificering ontstaat transparantie in de beleidsvoering (Reed et al., 2009). De waarde van certificeren wordt door medewerkers dan ook gezien als een leidraad voor externen om inzicht te krijgen in het management van kwaliteit en veiligheid in een organisatie (Scanlon & Hendrix, 1998). In deze paragraaf wordt per betrokkene (de gecertificeerde organisatie, zorginkoper en consument) besproken op welke wijze ze het certificaat gebruiken en wat ze er mogelijk (niet) aan hebben.

#### **Gecertificeerde organisatie**

Ziekenhuizen zien zelf als meerwaarde dat het vrijgeven van informatie over certificering hun geloofwaardigheid verbetert in de gemeenschap en dat het stimulansen biedt voor interne kwaliteitsverbetering. Ze zijn echter bezorgd over de mogelijke gevolgen, zoals misinterpretatie van de certificeringrapporten en overreactie op negatieve data (Ito & Sugawara, 2005). Certificering wordt volgens Menachemi et al. (2008) ook als marketinginstrument gebruikt om het vertrouwen van belanghebbenden te winnen. Ook is het publiek bekendmaken van certificeringbeoordelingen positief gecorreleerd met certificeringscores, vooral scores op cliëntgerichtheid en het voldoen aan behoeftes van de samenleving (Ito & Sugawara, 2005). Het publiek bekend zijn van hoog gecertificeerde ziekenhuizen in een gebied leidt niet tot een vorm van concurrentie die de prestaties op de zorg in andere ziekenhuizen doet toenemen (Liu & Kinsey, 2005).

#### **Zorginkopers**

Volgens Scanlon (1998) baseert 94% van de inkopers van zorgverzekeringen (werkgevers, staat en regering) hun keuze op certificeringscores. De zorginkopers zijn ook geïnteresseerd in andere metingen, maar de certificeringscore is het belangrijkste. Zorgverzekeraars baseren mede hun keuze op het contracteren van een aanbieder op het hebben van een certificaat (Rainwater & Romano, 2003). Øvretveit (2003) maakt een belangrijke kanttekening dat er weinig kennis en/of expertise bij zorginkopers is over de verschillende vormen van certificering. Zij baseren hun keuze op basis van een certificaat, terwijl het certificaat mogelijk niet passend is op het gebied van service die de instelling levert of dat het certificaat niet kosteneffectief is.

### **Consumenten**

Roh & Lee (2006) vinden in hun studie dat de kans op het kiezen van een ziekenhuis door een cliënt met 78,8% wordt vergroot als het ziekenhuis gecertificeerd is. Smith & Forgione (2007) constateren ook dat de keuze van de cliënten hierdoor wordt beïnvloed, mede geholpen door de gegevens die op internet staan.

### **3.3.3 Effecten voor de organisatie**

In de volgende paragrafen wordt uitgebreider stilgestaan bij de effecten van certificering op de organisatie. Effecten worden besproken op processen en structuren, monitoren, kwaliteitsmanagement, aanbod van zorg, wetgeving en op kosten, tijd en bureaucratie.

#### **Processen en structuren**

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat structuurkenmerken en processen door certificering worden versterkt en geoptimaliseerd (Al Tehewy et al., 2009; Gough & Reynolds, 2000; Juul et al., 2005; Sekimoto et al., 2008; Van den Heuvel et al., 2005). Volgens Rissanen (2000) ontstaat door de beschreven processen minder variatie in de werkuitvoering, het behandelen en het verlenen van service. Door het verbeteren en versterken van processen en structuren worden verbeteringen in prestaties verwacht (Lemieux-Charles et al., 2003; de Bondt & Zentner, 2007) en ook gevonden (Juul et al., 2005). Rissanen (2000) vindt dat de service verbetert, omdat de door certificering verbeterde managementprocessen leiden tot meer acties op tekortkomingen. De borging van werkzaamheden en het systematisch verbeteren wordt ook bevorderd door de versterkte procedures en structuren (Burnett et al., 1997). Niet al het onderzoek is lovend over het ontstaan van procedures. In het onderzoek van Gough & Reynolds (2000) vindt men dat veiligheidsprocedures juist verslechteren. Tevens bestaat het gevaar dat alleen op processen wordt gelet. Het kan dan voorkomen dat niet meer op uitkomsten wordt gelet en de resultaten van certificering tegenvallen (Menachemi et al., 2008).

#### **Monitoren**

Door certificering gaan organisaties meer eigen bronnen en indicatoren monitoren (Al Tehewy et al., 2009; Balogh & Cook, 2006; Lemieux-Charles et al., 2003; McMillen et al., 2008), meer klinische documenten beoordelen (Braun et al., 2008) en meer rapporteren over verminderde prestaties (Balogh & Cook, 2006; Chyka & Somes, 2001; Sriratanaban & Wanavanichkul, 2004). Certificering helpt om metingen op het gebied van cliënttevredenheid (Rissanen, 2000; Van den Heuvel et al., 2005) en klachten (Van



den Heuvel et al., 2005) te introduceren. Verder vindt meer monitoring plaats op bijwerkingen, serviceverlening (Balogh & Cook, 2006), incidenten (Coldiron et al., 2004; Sriratanaban & Wanavanichkul, 2004; Van den Heuvel et al., 2005) en andere kwaliteitsmetingen (Van den Heuvel et al., 2005). Verder sluiten datasystemen beter aan op interne en externe kwaliteitsinitiatieven (Balogh & Cook, 2006). De informatie die monitoren door certificering oplevert, zorgt voor een focus op kwaliteitverbeteringen (Gough & Reynolds, 2000; Lemieux-Charles et al., 2003) en de vaardigheden om informatie te gebruiken verbeteren (Rissanen, 2000).

### **Kwaliteitsmanagement**

De ontwikkelde processen, structuren en het systeem van monitoren kunnen een startpunt vormen om te komen tot een kwaliteitsmanagementsysteem. Na certificering blijkt dat er (continue en geborgde) kwaliteitsverbeteringen blijven plaatsvinden (Braun et al., 2008; Burnett et al., 1997; Rissanen, 2000; Suñol et al., 2009). Dit komt omdat meer op prestaties wordt gestuurd, de verzamelde informatie (indicatoren, interne en externe 'good' en evidence based practice, interne audits, management reviews) meer wordt gebruikt en verspreid (Balogh & Cook, 2006; Rissanen, 2000), al concluderen Juul et al. (2005) dat het niet tot een totale verspreiding van richtlijnen van de hoogste kwaliteit komt. Bovendien worden veranderingen meer geëvalueerd en worden meer correctieve en preventieve maatregelen geïmplementeerd (Balogh & Cook, 2006; Lemieux-Charles et al., 2003; Rissanen, 2000; Sriratanaban & Wanavanichkul, 2004). Echter, er zijn andere studies die kwaliteitsmanagement (Menachemi et al., 2008) en effectiviteit en efficiency (de Bondt & Zentner, 2007; Gough & Reynolds, 2000) niet zien verbeteren.

### **Aanbod behandeling**

Certificering is van invloed op het aanbod en de lengte van de behandeling. Door certificering neemt het aanbod van een bepaalde behandeling toe (Ghose, 2008; Weissert et al., 1991; Wells et al., 2007, Castle & Shea, 1998; Shea et al., 1994). Ook blijkt uit onderzoek van Korn et al. (1997) dat een verplichting tot certificering niet leidt tot een verminderd aanbod, maar dat wel de kwaliteit toeneemt.

### **Wetgeving**

Volgens Øvretveit (2003) heeft certificering als voordeel dat het regelgeving over kwaliteit kan integreren. Eén studie toont aan dat door certificering beter aan wetten wordt voldaan (Weissert et al., 1991).

### **Kosten, tijd, en bureaucratie**

Door certificering ontstaan vaak extra kosten, moeten medewerkers meer tijd investeren en ontstaat er meer documentatie. Vaak worden de ontstane (in)directe kosten (Balogh & Cook, 2006; Braithwaite et al., 2006; DeBritz & Pollak, 2006; Gough & Reynolds, 2000; Korn et al., 1997), extra tijd en het ontstaan van bureaucratie (Gough & Reynolds, 2000; Korn et al., 1997; Neville et al., 1996; Reed et al., 2009; Sriratanaban & Wanavanichkul, 2004) door certificering beschreven en als probleem gezien. Te gedetailleerde metingen (Reed et al., 2009) en documentatie zijn een oorzaak van de problemen. Verder blijkt uit de studie van Braithwaite et al. (2006) dat kosten om gecertificeerd te raken bijna twee keer zo hoog zijn dan om het certificaat te behouden. De kosten ontstaan door financiële toewijzingen, veranderingen in de systemen, klinische en bestuurlijke inspanningen, kosten van de dataverzameling, het houden aan maatregelen, documentatie en andere verplichtingen tijdens het ontwerpen en deelnemen aan het certificeringproces (Braithwaite et al., 2006). Om scores van certificering te verhogen worden ook vaak extra middelen ingezet (Heuer, 2004).

Voor laboratoria blijken weinig kosten aan certificering te zitten, terwijl de productiviteit toeneemt. (Burnett et al., 1997). Verder blijkt er geen consensus te bestaan over welke certificeringvormen het meest kosteneffectief zijn (Øvretveit, 2003). In één studie blijkt dat certificering zorgt voor een efficiënt documentatiesysteem, waardoor er geen bureaucratie ontstaat. Certificering kan door een goede documentatiecontrole zelfs de eerder door externe factoren toegenomen documentatie en registratie doen afnemen (Van den Heuvel et al., 2005).

### **3.3.4 Medewerker**

Effecten van certificering zijn te vinden op vaardigheden en samenwerking, betrokkenheid, kwantiteit personeel, tevredenheid, veiligheid, management en cultuur.

#### **Vaardigheden en samenwerking**

Certificering heeft invloed op het verbeteren van de vaardigheden van medewerkers en de multidisciplinaire samenwerking. Medewerkers moeten door certificeren de taal leren van continue kwaliteitsverbetering en dit toe leren passen (Klegon, 1997; Rissanen, 2000). Ze krijgen door certificering vaker scholing in de wijze van kwaliteitsverbetering (bijvoorbeeld over de PDCA-cyclus) (Paccioni et al., 2008; Sriratanaban & Wanavanichkul, 2004) en worden ook meer kwaliteitsbewust (Van den Heuvel et al.,

2005). Volgens Braun et al. (2008) krijgen medewerkers door certificering überhaupt meer scholing op verschillende vlakken en zijn ze er vaker bij aanwezig. Als nadeel van certificering kan worden genoemd dat de standaarden problemen opleveren om multidisciplinair samen te werken (Pongpirul et al., 1998). Daarentegen vinden ze ook een aantal studies die aantoonde dat certificering de multidisciplinaire samenwerking tussen hulpverleners kan bevorderen en verstevigen. Paccioni et al. (2008) beschrijft dat teams betrokken in certificatieprocessen betere overlegmechanismen hebben, maar ze kunnen deze mechanismen niet verspreiden door de organisatie.

### **Betrokkenheid**

Uit onderzoek blijkt dat organisaties medewerkers door certificering meer betrekken in het kwaliteitsbeleid (Øvretveit, 2001; Paccioni et al., 2008), maar het kan ook mogelijk zijn dat ze juist minder worden betrokken (Paccioni et al., 2008). Het kan ook voorkomen dat medewerkers certificering als extern controlemiddel zien (Paccioni et al., 2008).

### **Kwantiteit personeel**

Enkele studies hebben aangetoond dat certificeringssystemen ertoe leiden dat meer medewerkers (Weissert et al., 1991) en informatiespecialisten in dienst zijn. Ook heeft de directeur meer tijd en budget (Chyka & Somes, 2001). Bovendien kan de productiviteit per medewerker toenemen (Ghose, 2008). De studie van Weissert et al. (1991) vindt dat gecertificeerde instellingen meer kans hebben op een medische directeur en het aantrekken en in dienst nemen van behandelaren en verpleegkundigen. In het laboratorium hebben ze door certificering minder medewerkers nodig, omdat processen efficiënter worden uitgevoerd (Burnett et al., 1997).

### **Tevredenheid**

Volgens de studie van Al Tehewy et al. (2009) heeft een hoge certificeringscore verband met meer tevredenheid bij de medewerkers. Tevredenheid, zou volgens dezelfde studie, in de eerste maanden het hoogst liggen, omdat men merkt dat het zorgsysteem verandert. Ook kan de tevredenheid toenemen omdat men het idee heeft 'good practice' te verlenen (Balogh & Cook, 2006).

Er zit ook een negatieve kant aan certificering. Het werken volgens de normen van certificering is volgens medewerkers extra werk en er wordt voorgeschreven hoe er gehandeld moet worden. Medewerkers voelen het als verlies van hun autonomie (Klegon, 1997) en de werksatisfactie vermindert bij hulpverleners (Lin et al., 2008).

Paccioni et al. (2008) beschrijft dat teams in een instelling die verantwoordelijk waren voor certificering een betere gezamenlijke cohesie hebben, maar ze kunnen dit niet verspreiden door de organisatie. Strategisch ingestelde teams gebruiken het certificeringproces als teambuilding (Lemieux-Charles et al., 2003).

### **Veiligheid**

Eén studie concludeert dat de certificeringstatus significant positief geassocieerd is met veiligheid van medewerkers, zoals verwondingen aan het bewegingsapparaat, blootstelling aan bloed en lichaamsvloeistoffen en andere verwondingen en blootstellingen (Stone & Gershon, 2009).

### **Management**

Certificeren kan de managers ondersteunen, maar ook hun werkwijze veranderen. Managers krijgen door certificering meer inzicht in de werking van de organisatie (Paccioni et al., 2008). De externe audits helpt managementteams bij het veranderen van hun kwaliteitsfocus, vooral op de plekken waar hiaten zitten in de organisatie (Reed et al., 2009). Door certificering verbetert het beleid en management in gecertificeerde instellingen (Van, den Heuvel et al., 2005). Leiderschap in een organisatie verandert door certificering, waardoor er een directe toename in prestaties is (Reed et al., 2009). Maar, leiderschap kan ook niet veranderen door certificering of naar het negatieve doorslaan, van flexibel naar meer bureaucratisch (Paccioni et al., 2008).

### **Cultuur**

Paccioni et al. (2008) beschrijven dat de cultuur ten positieve kan veranderen door certificering, zeker met betrekking tot de attitude over kwaliteitverbetering. Er ontstaat ook een vorm van trots als men gecertificeerd is. Daarentegen hoeft de cultuur van een organisatie volgens Paccioni et al. (2008) niet door certificering te veranderen. Medewerkers vinden dat certificering ook een negatieve invloed kan hebben. Er zou een meer hiërarchische instelling ontstaan (Paccioni et al., 2008).

## **3.4 Dynamiek van certificeren**

De dynamiek van certificeren maakt dat bepaalde prestaties wel of juist niet worden behaald. In de gevonden studies zijn een aantal belangrijk onderdelen die naar voren komen. Deze zijn: het certificeringssysteem, de relatie van certificering met uitkomsten, de voorbereiding op, implementatie en behoud van het certificaat en de controle op het

voldoen aan de certificeringcriteria (audit). De verschillende onderdelen worden in de komende paragrafen besproken.

### **Certificeringssysteem**

Van groot belang is de inhoud van het schema van certificering en de elementen die het dekt (Øvretveit, 2001), omdat het richting geeft aan het certificeringproces en daarmee welke resultaten worden beïnvloed. De inhoud is zo van belang, omdat de criteria van het certificeringsschema worden vergeleken met de werkwijze in de organisatie (Balogh & Cook, 2006) en daarop aanpassingen gebeuren. De inhoud van het schema is deels afhankelijk van de vorm: het kan gaan over de organisatie (ondersteuning primair proces, beleid), de service (wijze van zorg-/dienstverlening en route van een cliënt door de organisatie) en het professioneel handelen (correcte behandeling) (Scrivens, 1997a). Sommige soorten certificering zijn direct vertaald vanuit de industrie. Het nadeel kan zijn dat aspecten van behandeling daarin worden vergeten (de Bondt & Zentner, 2007).

In de verschillende soorten schema's blijken een aantal manco's te kunnen zitten, waardoor een suboptimaal, geen, of zelfs een negatief effect op prestaties kan optreden. Ten eerste zijn veel schema's gebaseerd op collectieve percepties van 'good practice' en komen schema's tot stand op basis van consensus. De percepties hebben vaak geen directe relatie met goede uitkomsten (Scrivens, 1997a, 1997c) en vormen geen wetenschappelijke basis. Doordat schema's op consensus gebaseerd zijn, zullen ze constant onderhevig zijn aan veranderingen in sociale, economische en politieke verwachtingen (Scrivens, 1997c). Seymann (2006) beschrijft dan ook dat certificering alleen uitkomsten op een positieve manier kan beïnvloeden als dit op evidentie is gebaseerd en niet op consensus. Bovendien blijkt volgens Bender (2007) dat het een valkuil is om te denken dat bestaande evidentie voor een uniform certificeringssysteem automatisch leidt tot het verbeteren van prestaties bij een instelling. Ten tweede komt het voor dat maar minimale (en niet optimale) eisen aan standaarden worden gesteld en dat op het gebied van klinische uitkomsten zelf indicatoren moeten worden bedacht (O'Reilly et al., 2007). Ook vinden Gough & Reynolds (2000) in hun studie dat er twijfels bestaan over de validiteit van certificeringsschema's en dat de standaarden moeten worden verbeterd of verduidelijkt. Een derde manco van certificeringssystemen kan zijn dat deze net nieuw zijn. Startende certificeringssystemen kunnen als handicap hebben dat ze slecht gedefinieerde normen hebben. Deze worden vervolgens wel verder ontwikkeld en uitgebreid (Scrivens, 1997c). Het laatste punt is dat er soms gecompliceerde metingen en

analysemethoden moeten worden verricht. Eventuele positieve effecten van certificering kunnen hierdoor tegen worden gewerkt (Sriratanaban & Wanavanichkul, 2004).

### **Relatie certificering en uitkomsten**

Het is maar de vraag of de relatie tussen certificering en uitkomsten niet al vervuild is door de methode van onderzoek en het niet terecht toekennen van het certificaat. Certificering kan in ieder geval wel iets zeggen over de omgeving van zorg en de kwaliteit van de aangeboden behandeling (Wells et al., 2007). Maar, het blijkt lastig om in studies een directe relatie te leggen tussen de uitkomsten van certificering en prestaties (Chuang & Inder, 2009). Dit heeft soms te maken met de methode van onderzoek. De uitgevoerde onderzoeken zijn dan vaak afhankelijk van de al aanwezige indicatoren om de invloed te kunnen bepalen (Jessee & Schranz, 1990; Scrivens, 1997a), waardoor er geen volledig beeld van de invloed van certificering ontstaat. De relatie is verder soms lastig te leggen omdat er tekortkomingen in het certificeringbeoordelingsproces zijn (zie hieronder) met als gevolg dat een instelling gecertificeerd is, terwijl dit niet het geval had moeten zijn.

Een ander belangrijk discussiepunt ligt in het wetenschappelijk fundament: de aanname dat er een relatie is tussen proces, structuur en uitkomst. Er is weinig robuuste kennis over de relatie tussen uitkomsten van een organisatie en structuur- en procesvariabelen (Øvretveit, 2001). Het vormt alleen een indicatie dat de organisatie aan standaarden voldoet die geacht worden te leiden tot betere uitkomsten (Øvretveit, 2001). Er wordt door Miller et al. (2005) zelfs geconcludeerd dat technische informatie (certificeringscore) en service-informatie (cliënttevredenheid, veiligheid) twee aparte scores zijn die moeilijk te verbinden zijn of juist twee domeinen die gezamenlijk een compleet beeld vormen van de geleverde zorg.

### **Vorbereiding, implementatie en behoud**

Op welke wijze het proces van voorbereiden op, implementeren en behouden van het certificeringsschema gebeurt, heeft een belangrijke invloed op prestaties. Het proberen te voldoen aan de eisen van certificering vormt een startpunt en hulpmiddel om te veranderen (Klegon, 1997) en om de service naar de hoogste kwaliteit te brengen (McMillen et al., 2008). Een goede gedetailleerde voorbereiding op de implementatie en introductie van het schema is van belang, door het kritisch bekijken van processen, structuren en verleende zorg in de instelling (Klegon, 1997). Er kunnen zo behoorlijke verbetermogelijkheden worden ontdekt (Klegon, 1997) en efficiëntie slagen worden

gemaakt tegen minder kosten (Burnett et al., 1997; Øvretveit, 2001). Een belangrijke partij om te betrekken bij het behalen van het certificaat zijn de medewerkers (Scrivens, 1997c). De studie van Gough & Reynolds (2000) observeert dan ook dat medewerkers enorm bijdragen aan het certificeringproces. Het nagaan of medewerkers klaar zijn voor de implementatie, ze direct betrekken (Øvretveit, 2001; Sriratanaban & Wanavanichkul, 2004)) en stimuleren is daarin van groot belang. Stimuleren kan door middel van aangepaste trainingen, beloningen, erkenning, informatie over de voortgang (Gough & Reynolds, 2000; Sriratanaban & Wanavanichkul, 2004) en het verspreiden van werkinstructies en richtlijnen via intranet (Rissanen, 2000). In het stimuleren kan de manager ook een grote rol spelen. De manager kan door het goede voorbeeld geven, de wijze van managen (participerend leiderschap, volgens Sriratanaban & Wanavanichkul (2004) en het inzetten van middelen een directe impact hebben op de attitude van de medewerkers (Scrivens, 1997c). De voordelen van het betrekken van medewerkers wordt bevestigd door Balogh & Cook (2006) en Paccioni et al. (2008) die in hun onderzoek vinden dat het niet betrekken van medewerkers bij het certificeringproces tot gevolg heeft dat ze niet of minder (goed) met certificering werken. Deze medewerkers gaan certificering dan vaak als extern controlemiddel zien (Paccioni et al., 2008), waardoor er niet routinematig volgens de certificeringnormen wordt gewerkt (Rissanen, 2000). Als medewerkers uiteindelijk goed en gemotiveerd weten te werken met certificering vormt dit minder een struikelblok voor de invoering en heeft het gebruik van het schema de meeste impact op prestaties (Scrivens, 1997c). Een negatief aspect van de voorbereiding en implementatie is dat er een daling in de cliënttevredenheid kan ontstaan, omdat cliënten minder aandacht krijgen tijdens deze periode (Scrivens, 1997c).

Een ander implementatieaspect is dat het certificeren van een individuele afdeling minder voordeel heeft voor prestaties ten opzichte van het certificeren van een gehele organisatie (Burnett et al., 1997). Daarentegen kan de invoering binnen een gehele organisatie complexe organisatiemodellen met zich meebrengen, welke geïntegreerd en efficiënt met elkaar samen moeten gaan werken (Sriratanaban & Wanavanichkul, 2004). Complexiteit neemt ook toe als er meerdere certificaten moeten worden behaald of behouden. McMillen et al. (2008) concluderen dat meerdere certificeringsschema's leiden tot het monitoren van alles, maar niet tot kwaliteitsverbetering op prestaties.

Het behalen en behouden van het certificaat speelt een belangrijke rol in certificering. Volgens Rissanen (2000) kent een certificeringssysteem hierin twee fasen met verschillende invloeden: een lerende (gedetailleerd documentatie) en een geadopteerd

systeem (formele documentatie is niet zo belangrijk en er kan meer aandacht aan innovatie worden gegeven). Hierop aansluitend blijken verbeteringen in prestaties uit enkele studies pas na verloop van tijd te komen. Een organisatie heeft, zoals in de twee fasen te zien is, tijd nodig om te wennen aan de door certificering ingezette veranderingen. De veranderingen moeten worden geoptimaliseerd en er gaan zich steeds meer kwaliteitsverbeteringen voordoen (Sekimoto et al., 2008; Simons et al., 2002). Echter, Simons et al. (2002) geven wel aan dat er ook gevallen bekend zijn waar weinig verandert. Protocollen worden dan herschreven om weer met de praktijk te laten kloppen in plaats van dat ze worden gebruikt om kwaliteit te verbeteren (Scrivens, 1997a), waardoor er weinig meerwaarde is voor de organisatie.

### **Audit**

Binnen certificering is de externe audit een belangrijk middel om verandering te bereiken, behouden en te verbeteren (Scrivens, 1997a). De audits worden door Chen et al. (2003) en Øvretveit (2001) zelfs belangrijker geacht dan welk schema er gekozen wordt en het verkrijgen van het certificaat. De externe audit zorgt voor de systematische toepassing en de juiste implementatie van het kwaliteitssysteem. De auditoren helpen de medewerkers het kwaliteitssysteem goed begrijpen (Rissanen, 2000). Ook kunnen auditoren de kwaliteitsfocus van managementteams richten op slechte lopende processen en uitkomsten (Reed et al., 2009). Als er in andere periodes van certificering geen gunstige uitkomsten zijn, dan heeft de audit nog wel een gunstig effect op cliëntuitkomsten (Neville et al., 1996). Externe audits kunnen daarentegen volgens Scrivens (1997c) als negatief worden ervaren. Ze staan volgens sommigen gelijk aan controle, er ontstaat een cyclus van angst en vijandigheid, resulterend in defensief gedrag van de medewerkers. Verder vindt de studie van Schlenker et al. (1995) dat uitkomsten van audits niet gerelateerd zijn aan cliëntenuitkomsten. Sommige uitkomsten (cliënten rechten, accepteren van de cliënt en medische supervisie) vertoonden enig maar zwak verband.

De kwaliteit en frequentie van de uitgevoerde audit is van belang voor het uiteindelijke effect van certificering op prestaties. Het komt regelmatig voor dat de kwaliteit van de audits onder de maat is, waardoor ook resultaten kunnen tegenvallen (Menachemi et al., 2008; Rissanen, 2000). Dit kan verschillende oorzaken hebben. Ten eerste komt het voor dat auditoren audits niet volledig verrichten, onervaren en ongetraind zijn en het zwaartepunt van de beoordeling verkeerd leggen (Menachemi et al., 2008; Rissanen, 2000). Verder blijkt het stellen van een minimale grens van bewijs om aan de certificeringvoorwaarden te voldoen lastig, omdat er zoveel standaarden moeten worden



beoordeeld (Reed et al., 2009). De betrekkelijkheid van sommige audits wordt geïllustreerd door de uitkomsten van drie studies. In de studie van O'Reilly et al. (2007) kunnen de auditoren de kwaliteitsverschillen tussen hoog en laag gecertificeerde organisaties goed bepalen, maar als deze in het middensegment vielen kunnen ze geen kwaliteitsonderscheid maken. Verder vinden Øvretveit & Gustafson (2002) in een andere studie dat een gecertificeerde instelling een verbeterde certificeringscore kreeg na 3 jaar, terwijl ze geen grote verandering hadden gedaan. Scott & Phelps (2009) vinden in een studie dat externe audits geen slechte prestaties hadden opgemerkt. Nadien werd openbaar gemaakt dat er schandalig slechte zorg werd geleverd. Een ander belangrijk aspect, naast de kwaliteit, van de audit is de frequentie van de uitvoering. Als er frequenter audits zijn dan blijkt het continu verbeteren van prestaties ook toe te nemen (Oh et al., 2006; Rissanen, 2000). Bij een lange tussenpose tussen audits kan de variatie in prestaties zeer groot zijn (O'Reilly et al., 2007).

### **3.5 Confounders**

De studies naar certificering vinden een aantal confounders, die de uitkomsten van het effect van certificering beïnvloeden. De confounders zijn te groeperen in de aanwezigheid van kenmerken van certificering, externe invloeden, grootte van de organisatie en volume in de behandeling en karakteristieken van klanten, hulpverleners, management en organisaties. Confounders kunnen de (gehoopte) positieve invloed van certificering beïnvloeden.

#### **3.5.1 Aanwezigheid kenmerken certificering**

Sommige ziekenhuizen voldeden al aan de meeste normen en dan is er weinig ruimte voor verbetering (de Andrade et al., 2008; El-Jardali et al., 2008), alleen formele erkenning dat zij het al goed deden (Balogh & Cook, 2006).

#### **3.5.2 Externe invloeden**

Externe invloeden zoals de omgeving, wetgeving en andere kwaliteitsinitiatieven kunnen de prestaties van gecertificeerde instellingen beïnvloeden.

## **Omgeving**

Studies laten zien dat er in organisaties wisselende uitkomsten en interpretaties zijn van certificering. Externe factoren (economisch) kunnen naast certificering bepaalde prestaties beïnvloeden. Economische kenmerken (groei en stabiliteit) en politieke omstandigheden (veiligheid, corruptie, autoriteit) van een land beïnvloeden mede de keuze van een cliënt om daar zorg te zoeken (Smith & Forgione, 2007). Verandering in regeringsbeleid van een land beïnvloedt mede de cliënttevredenheid (Heuer, 2004). Veel stress op het systeem (tekort aan mankracht, gesloten bedden, tekort aan middelen, vertraging in het vervolg op zorg) kan maken dat het lastig is om de prestaties in traumabehandeling te verbeteren of behouden (Simons et al., 2002). Een andere complicerende invloed is dat de verantwoordelijkheid voor de beoordeling van bepaalde domeinen van certificering soms bij andere instanties (zoals andere certificatieschema's, instituten om de kwaliteit van professionals te bevorderen en controleren en de arbeidsinspectie) ligt (Gough & Reynolds, 2000). Hierdoor is het onduidelijk wie de meeste invloed heeft op prestaties van het laboratorium.

## **Wetgeving**

Wetgeving en certificering kunnen gezamenlijk dezelfde prestaties beïnvloeden, zoals een hoger niveau van vaccinatiegraad (Rickert et al., 2004). Smith & Forgione, (2007) concluderen dat wetten (bescherming van cliënten, verzekering artsen) in een land de keuze van een cliënt om daar zorg te zoeken mede beïnvloeden. Soms blijkt wetgeving meer invloed te hebben dan certificering, zoals bij infectiecontrole (Oh et al., 2006).

## **Andere kwaliteitsinitiatieven**

McMillen et al. (2008) beschrijven dat certificering en andere externe instanties allebei eisen stellen om op bepaalde vlakken te monitoren. Door de hoeveelheid verschillende metingen raken organisaties snel verstrikt in het meten en komen niet toe aan kwaliteitsverbeteringen. Soms worden eigen ontwikkelde indicatoren daardoor niet gebruikt (Lemieux-Charles et al., 2003).

### **3.5.3 Karakteristieken cliënten**

Kenmerken van de cliënten zijn belangrijk in de werking van de zorgverlening en tot welke prestaties dat leidt in gecertificeerde instellingen. Ouderdom en een grote hulpvraag van cliënten hebben bijvoorbeeld een negatieve invloed op het krijgen van een psychiatrische behandeling in een verzorgingshuis en als cliënten langer zijn opgenomen

maken zij meer gebruik van ziekenhuisdiensten (Shea et al., 1994). Verder zijn bepaalde kenmerken van een cliënt positief geassocieerd met het vermogen om de behandeling te begrijpen (als men werkloos was, een dubbele diagnose heeft en HIV-cliënten) en het krijgen van een langere behandeling (HIV-cliënten) (Wells et al., 2007). Er zijn negatieve associaties gevonden als een cliënt Afro-Amerikaans is, zoals het niet ontvangen van routinematige medische zorg, minder deelname aan groepstherapie en minder begeleiding ontvangen om werk te vinden (Wells et al., 2007). Een andere studie vindt dat bepaalde kenmerken van cliënten geen invloed hebben op de uitkomsten na het oplopen van verwondingen (Simons et al., 2002), zoals de ernst van de ziekte en of ze vanuit een ander ziekenhuis kwamen.

#### **3.5.4 Karakteristieken hulpverleners**

Volgens de Bondt & Zentner (2007) wordt deskundige, effectieve en efficiënte zorg niet alleen geleverd onder invloed van een goed (gecertificeerd) systeem. De zorg heeft ook een kritisch en analytisch denkend, goed opgeleide en gespecialiseerde professional nodig. Een daling in klachten is volgens Barak et al. (2003) niet alleen afhankelijk van certificering, maar ook van een goede werkuitvoering. Verder merken Menachemi et al. (2008) op dat problemen in de zorg vaak met de vaardigheid van de arts te maken hebben. Tevens kan de keuze van de cliënt voor een instelling in een ander land worden beïnvloed door de opleiding van de behandelaar (Smith & Forgione, 2007). Daarentegen blijkt dat karakteristieken van de verpleegkundige geen invloed hebben op hun eigen veiligheid (Stone & Gershon, 2009).

#### **3.5.5 Karakteristieken management**

Kenmerken van het management kunnen de prestaties van gecertificeerde instellingen beïnvloeden. Volgens El-Jardali et al. (2008) zijn bepaalde kenmerken van managers (leiderschap, inzet en steun en het gebruik van gegevens) belangrijk om de kwaliteit van de geleverde zorg te verbeteren. Simons et al. (2002) strekte het belang van de aanwezigheid van een directeur en programmamanager. Als deze personen er niet waren dan was er een sterke verslechtering in de uitkomsten van cliënten (na het oplopen van verwondingen).

### **3.5.6 Karakteristieken instelling**

De resultaten die instellingen behalen is deels afhankelijk van hun karakteristieken: de middelen die ze bezitten, vorm van organisatie, locatie en of het een academische instelling is.

#### **Middelen**

Uit onderzoek van D'Aunno & Pollack (2002) blijkt dat gecertificeerde instellingen altijd meer middelen hadden, zoals medewerkers en geld voor trainingen. Meer middelen kan van invloed zijn op de werking van certificering, maar ook op het vermogen om prestaties te verbeteren.

#### **Organisatievorm**

Het type organisatie heeft invloed op de prestaties van gecertificeerde instellingen. Een positief organisatieklimaat leidt tot betere uitkomsten in ziekenhuizen. Het klimaat verbetert soms ook als gevolg van certificering (Stone & Gershon, 2009). Ghose (2008) beschrijft dat cliënten in een klinisch gecertificeerde organisatie een gunstigere uitkomst (minder kans op middelenmisbruik na behandeling) hebben dan in een ambulante gecertificeerde instelling. Gecertificeerde instellingen die van de overheid zijn of een onderdeel vormen van een keten geven minder psychiatrische behandeling (Shea et al., 1994). In het geval van het publiek maken van gegevens doen openbare ziekenhuizen dit meer dan privéziekenhuizen. Er was geen effect op uitkomsten (klinisch, veiligheid en patiëntgerichtheid) door eigenaarschap van een ziekenhuis (Suñol et al., 2009).

Een andere organisatievorm die van invloed is: profit en non-profit ziekenhuizen. Er zijn verschillen op uitkomsten met betrekking tot meer behandeling, evaluatie en mortaliteit. (Castle & Shea, 1998). Wells et al. (2007) vinden gunstigere effecten in organisaties die winst maken (meer therapie sessies), net zoals het onderzoek van Stone & Gershon (2009) (betere veiligheid medewerker). Maar, er kan ook een negatieve invloed zijn, zoals meer decubitusgevallen en ademhalingsstoornissen na een operatie (Thornlow & Merwin, 2009).

#### **Locatie**

Onderzoek naar gecertificeerde instellingen heeft volgens Ross et al. (2008) vaak dezelfde geografische locatie. Volgens Lutfiyya et al., (2009) zijn veel studies naar certificering gelimiteerd, omdat ze plaats vinden in stadse ziekenhuizen. Uit verschillende

onderzoeken blijkt dat locatie van invloed kan zijn op uitkomsten. Kleinere niet stadse ziekenhuizen hebben een verminderde kans om gekozen te worden door een cliënt (Roh & Lee, 2006). Een andere studie laat ook zien dat niet stadse ziekenhuizen niet worden bezocht, omdat ze goed gekwalificeerd personeel slecht aan kunnen trekken en hun certificeringscores vaak laag blijven (Roh & Lee, 2006). Daarentegen vinden Braun et al. (2008) dat de locatie van het ziekenhuis geen invloed had op kwaliteitgerelateerde activiteiten.

### **Academische status**

Of een ziekenhuis academisch is (academische status), lijkt de invloed van certificering op prestaties te beïnvloeden. Slechtere uitkomsten komen volgens Sloan et al. (2000) in gecertificeerde academische ziekenhuizen voor, zoals de variatie in operaties, comorbiditeit en spoedopnames. In de studie van Suñol et al. (2009) zijn juist geen effecten op uitkomsten gevonden (klinisch, veiligheid en patiëntgerichtheid) onder invloed van academische status. De studie van Sekimoto et al. (2008) vindt ook geen confounding effect van de academische status op de infrastructuur en werking van ziekenhuisinfectiecontroles.

### **Grootte**

Studies laten zien dat door het verschil in grootte van instellingen er wisselende prestaties zijn van certificering. Grote organisaties hebben over het algemeen een hogere certificeringscore (Rickert et al., 2004). Verder hebben ze betere prestaties met betrekking tot mortaliteit (Simons et al., 2002) dan kleinere. Grote organisaties met veel medewerkers hebben meer aan een systeem van systematische kwaliteitsverbetering, in tegenstelling tot kleine (éénmans)praktijken (de Bondt & Zentner, 2007). Daarentegen heeft volgens Braun et al. (2008) een grotere organisatie niet meer kwaliteitgerelateerde activiteiten dan een kleinere. Een nadeel van een kleine organisatie is dat ze meer last hebben van de kosten (El-Jardali et al., 2008; Korn et al., 1997). Grote ziekenhuizen kunnen ook last hebben van bureaucratie, juist omdat ze zo groot zijn (El-Jardali et al., 2008; Korn et al., 1997). Verder heeft een grote organisatie vaak een hiërarchische cultuur, waardoor het meer een uitdaging is om verbeteringen te implementeren (El-Jardali et al., 2008) en daardoor verbeteringen te realiseren. Andere studies naar certificering laten ook meer specifieke invloeden zien met betrekking tot de grootte van de organisatie. Grotere ziekenhuizen hadden bijvoorbeeld meer infecties en postoperatieve ademhalingsstoornissen. Dit komt mogelijk doordat de cliënt meer contacten heeft met verschillende personen in een groot ziekenhuis. Een andere oorzaak

kan zijn dat er meer interdisciplinair overleg plaatsvindt in een groot ziekenhuis, waardoor er meer communicatiefouten kunnen optreden (Thornlow & Merwin, 2009). Grotere ziekenhuizen maken ook meer gegevens over certificering openbaar dan kleinere ziekenhuizen (Ito & Sugawara, 2005). Castle & Shea (1998) concluderen in hun artikel dat cliënten die in grotere gecertificeerde verzorgingshuizen zitten meer kans hebben op psychiatrische behandeling. El-Jardali et al. (2008) concluderen dat er een grote variatie in kwaliteitsverbeteringen zat (naar aanleiding van certificering) tussen grote en kleine ziekenhuizen. In tegenstelling tot eerder genoemde studies scoren kleine ziekenhuizen beter dan middelmatige en grote ziekenhuizen. Hier was betrokkenheid van het personeel een oorzaak. De toenemende omvang van een ziekenhuis heeft een omgekeerd evenredig verband met de werknemers gehechtheid aan de organisatie en ook zijn of haar prestaties.

### **Volume**

Volgens Scrivens (1997c) is volume van behandeling een belangrijke invloed. Hoe vaker een bepaalde vorm van zorg wordt aangeboden, hoe hoger die kwaliteit van zorg waarschijnlijk is en des te beter de uitkomsten voor de cliënt. Enkele studies naar certificering tonen dit ook aan. In de studie van Sekimoto et al. (2008) blijkt de infrastructuur te verbeteren door een hoger volume aan bedden. De chirurgische uitkomsten verbeteren door meer operaties (Sloan et al., 2000). Verder neemt de overlevingskans na zwaar letsel toe als deze gevallen vaker worden behandeld (Pasquale et al., 2001). Maar, er kunnen ook verslechtingen optreden. Als er een groter aantal cliënten in zorg is, dan wordt er minder begeleiding gegeven met betrekking tot het vinden van werk (Wells et al., 2007).

### **3.6 Conclusie**

In dit hoofdstuk stond de reviewvraag centraal: Welk effect heeft certificering voor cliënten/patiënten, medewerkers, derden en op de structuur, processen en resultaten van organisaties in de gezondheidszorg? En, hoe worden deze effecten bereikt?

Er is een algemeen en ongenueanceerd antwoord te geven op de reviewvraag, namelijk dat van te voren niet kan worden gezien of certificering tot een bepaald effect gaat leiden. Dit antwoord is gebaseerd op de gevonden studies. Op bijna alle gevonden effecten zijn ambivalente effecten van certificering te vinden. Er zijn positieve, negatieve en geen effecten van certificering te vinden op cliënten/patiënten, medewerkers, derden en de

organisatie. De gevonden studies geven inzicht in de complexiteit van het proces van certificering tot het uiteindelijke effect.

Het certificeringssysteem wordt door sommige auteurs als een tool of een instrument beschouwd. Door certificering als instrument te zien, geeft dit meer inzicht in de oorzaak van de ambivalente effecten. Een instrument is namelijk zeer afhankelijk van een groot aantal factoren, zoals de ontwerper (opsteller certificeringsschema), de gebruikers (organisatie, medewerkers, externen), de omgeving waarin het wordt gemaakt en gebruikt (confounders), de kenmerken van het te vormen 'product' (organisatieprocessen en zorg) en het uiteindelijke gebruik van het product om de klant (externen en cliënten) te voorzien in een bepaalde behoefte. Een andere belangrijke factor is de zogenaamde audit. Hiermee wordt gecontroleerd of het product voldoet aan de eisen van de certificeringstandaarden. Al deze factoren brengen hun eigen invloeden en eigenschappen mee en verschillen per organisatie, waardoor er andere uitkomsten van certificering kunnen ontstaan.

In de praktijk ontstaat door de standaarden van certificering een (kwaliteit)systeem. Het (kwaliteit)systeem wordt niet alleen gevormd door de standaarden van certificering, maar ook door de wisselwerking met de omgeving waarin het wordt geïmplementeerd (confounders). De (kwaliteit)systemen hebben dus eenzelfde basis, maar verschillen uiteindelijk per organisatie. Nadat het systeem is gevormd, worden de standaarden, onder invloed van certificeringcriteria, blijvend verbeterd. Daarbij kunnen frequente audits van een goede kwaliteit een organisatie helpen om te blijven voldoen aan de standaarden en ze zelfs te verbeteren. Hierbij bestaat wel het gevaar dat certificering te veel een controle-instrument wordt in plaats van een kwaliteitsinstrument. Door het kwaliteitssysteem en de audits krijgen medewerkers meer vaardigheden om aan kwaliteit te werken en de focus op kwaliteit komt veel meer in de organisatie te liggen. Nadeel van het kwaliteitssysteem is dat medewerkers voor hun gevoel een deel van hun autonomie verliezen. Daarentegen vinden ze het wel prettig om te weten of ze goed werk leveren. Onder invloed van certificering treden veranderingen op in de werkwijze van het management. Dit kan leiden tot betere prestaties of alleen maar tot meer hiërarchie in de organisaties. Het proces van certificeren zorgt er verder voor dat een gezamenlijke cultuur van werken ontstaat en meer cohesie in de organisatie. Ook externe organisaties worden door certificering beïnvloed. Certificering levert meer transparantie op. Externe organisaties weten of een organisatie een certificaat heeft en kunnen met dit gegeven keuzes maken in de samenwerking.

Negatieve effecten van certificering zijn de extra kosten, de extra tijdsinvestering die het vereist en de toegenomen bureaucratie. Dit vermindert de motivatie voor certificering waardoor de effecten ook minder positief kunnen uitvallen. Ook bestaat het risico dat sommige instellingen alleen willen voldoen aan het behalen of behouden van het certificaat en certificeren niet gebruiken als instrument om kwaliteit te verbeteren.

Generalistische uitspraken over effecten van certificering zijn moeilijk te doen, omdat het schort aan meer solide evidentie. De gevonden onderzoeken gaan over verschillende soorten certificering die moeilijk met elkaar te vergelijken zijn. Daarnaast wordt in sommige studies betwijfeld of organisaties wel terecht een certificaat hebben behaald. Verder wordt in de onderzoeken vaak gebruik gemaakt van al aanwezige indicatoren (andere effecten blijven onopgemerkt) en beperkt de onderzoekspopulatie zich vaak tot grote stedelijke ziekenhuizen.



## Geraadpleegde literatuur

Al Tehewy, M., Salem, B., Habil, I., & El Okda, S. (2009). Evaluation of accreditation program in non-governmental organizations' health units in egypt: Short-term outcomes. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(3), 183-189.

Balogh, R., & Cook, M. (2006). Achieving magnet accreditation in the UK: A case study at rochdale NHS trust. *Journal of Nursing Management*, 14(5), 366-376.

Barak, M., Younes, H., & Froom, P. (2003). The effect of implementation of the ISO 9000 on customer complaints; a 5-year follow-up study in a regional laboratory. *Accreditation and Quality Assurance*, 8(6), 282-285.

Bender, K. (2007). Recommendations from the exploring accreditation for state and local health departments: Do we have the political will?: Special focus: Credentialing: Health policy. *Public Health Nursing*, 24(5), 465-471.

Braithwaite, J., Westbrook, J., Pawsey, M., Greenfield, D., Naylor, J., Iedema, R., et al. (2006). A prospective, multi-method, multi-disciplinary, multi-level, collaborative, social-organisational design for researching health sector accreditation [LP0560737]. *Bmc Health Services Research*, 6, 113.

Braun, B. I., Owens, L. K., Bartman, B. A., Berkeley, L., Wineman, N., & Daly, C. A. (2008). Quality-related activities in federally supported health centers: Do they differ by organizational characteristics? *Journal of Ambulatory Care Management*, 31(4), 303-318.

Burnett, L., Rochester, C., Mackay, M., Proos, A., Shaw, W., & Hegedus, G. (1997). Implementation of ISO 9001 in a medical testing laboratory. *Accreditation and Quality Assurance*, 2(2), 76-81.

Campbell, C. I., Alexander, J. A., & Lemak, C. H. (2009). Organizational determinants of outpatient substance abuse treatment duration in women. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37(1), 64-72.

Castle, N. G., & Shea, D. G. (1998). The effects of for-profit and not-for-profit facility status on the quality of care for nursing home residents with mental illnesses. *Research on Aging*, 20(2), 246-263.

Chen, J., Rathore, S. S., Radford, M. J., & Krumholz, H. M. (2003). JCAHO accreditation and quality of care for acute myocardial infarction. *Health Affairs*, 22(2), 243-254.

Chriqui, J. F., Terry-McElrath, Y., McBride, D. C., Eidson, S. S., & VanderWaal, C. J. (2007). Does state certification or licensure influence outpatient substance abuse treatment program practices? *Journal of Behavioral Health Services & Research, 34*(3), 309-328.

Chuang, S., & Inder, K. (2009). An effectiveness analysis of healthcare systems using a systems theoretic approach. *BMC Health Services Research, 9*, 195.

Chyka, P. A., & Somes, G. W. (2001). Poison control centers and state-specific poisoning mortality rates. *Medical Care, 39*(7), 654-660.

Coldiron, B., Shreve, E., & Balkrishnan, R. (2004). Patient injuries from surgical procedures performed in medical offices: Three years of florida data. *Dermatologic Surgery, 30*(12), 1435-1443.

D'Aunno, T., & Pollack, H. A. (2002). Changes in methadone treatment practices: Results from a national panel study, 1988-2000. *Journal of the American Medical Association, 288*(7), 850-856.

de Andrade, R. S., Proctor, J. W., Rakfal, S. M., Werts, E. D., Schenken, L. L., Saw, C. B., et al. (2008). Assessment of "best practice" treatment patterns for a "radiation oncology community outreach group" engaged in cancer disparities outcomes. *JACR Journal of the American College of Radiology, 5*(4), 571-578.

de Bondt, B., & Zentner, A. (2007). Quality management in orthodontic practice. *Seminars in Orthodontics, 13*(2), 122-126.

Dean Beaulieu, N., & Epstein, A. M. (2002). National committee on quality assurance health-plan accreditation: Predictors, correlates of performance, and market impact. *Medical Care, 40*(4), 325-337.

DeBritz, J. N., & Pollak, A. N. (2006). The impact of trauma centre accreditation on patient outcome. *Injury, 37*(12), 1166-1171.

El-Jardali, F., Jamal, D., Dimassi, H., Ammar, W., & Tchaghchaghian, V. (2008). The impact of hospital accreditation on quality of care: Perception of lebanese nurses. *International Journal for Quality in Health Care, 20*(5), 363-371.

Ghose, T. (2008). Organizational- and individual-level correlates of posttreatment substance use: A multilevel analysis. *Journal of Substance Abuse Treatment, 34*(2), 249-262.

- Gough, L. A., & Reynolds, T. M. (2000). Is clinical pathology accreditation worth it? A survey of CPA-accredited laboratories. *British Journal of Clinical Governance*, 5(4), 195-201.
- Greenfield, D., & Braithwaite, J. (2008). Health sector accreditation research: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 20(3), 172-183.
- Heuer, A. J. (2004). Hospital accreditation and patient satisfaction: Testing the relationship. *Journal for Healthcare Quality : Official Publication of the National Association for Healthcare Quality*, 26(1), 46-51.
- Ito, H., & Sugawara, H. (2005). Relationship between accreditation scores and the public disclosure of accreditation reports: A cross sectional study. *Quality & Safety in Health Care*, 14(2), 87-92.
- Jessee, W. F., & Schranz, C. M. (1990). Medicare mortality rates and hospital quality: Are they related? *Quality Assurance in Health Care: The Official Journal of the International Society for Quality Assurance in Health Care / ISQA*, 2(2), 137-144.
- Juul, A. B., Gluud, C., Wetterslev, J., & Callesen, T. (2005). The effects of a randomised multi-centre trial and international accreditation on availability and quality of clinical guidelines. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 18(4/5), 321.
- Klegon, D. A. (1997). JCAHO mental health care network accreditation as a performance improvement project. *Psychiatric Services*, 48(3), 359-363.
- Korn, J. E., Casey-Paal, A., Lazovich, D., Ball, J., & Slater, J. S. (1997). Impact of the mammography quality standards act on access in minnesota. *Public Health Reports*, 112(2), 142-145.
- Lemieux-Charles, L., McGuire, W., Champagne, F., & Barnsley, J. (2003). The use of multilevel performance indicators in managing performance in health care organizations. *Management Decision*, 41(8), 760.
- Lin, B. Y. -, Hsu, C. -. C., Chao, M. -, Luh, S. -, Hung, S. -, & Breen, G. -. (2008). Physician and nurse job climates in hospital-based emergency departments in taiwan: Management and implications. *Journal of Medical Systems*, 32(4), 269-281.
- Liu, Y. M., & Kinsey, J. (2005). The effect of competition on the practice of outpatient services for diabetes patients at different levels of hospitals in taiwan. *Applied Economics*, 37(12), 1411-1422.

- Lutfiyya, M. N., Sikka, A., Mehta, S., & Lipsky, M. S. (2009). Comparison of US accredited and non-accredited rural critical access hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(2), 112-118.
- McMillen, C., Zayas, L. E., Books, S., & Lee, M. (2008). Quality assurance and improvement practice in mental health agencies: Roles, activities, targets and contributions. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35(6), 458-467.
- Menachemi, N., Chukmaitov, A., Brown, S. L., Saunders, C., & Brooks, R. G. (2008). Quality of care in accredited and nonaccredited ambulatory surgical centers. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 34(9), 546-551.
- Miller, M. R., Pronovost, P., Donithan, M., Zeger, S., Zhan, C. L., Morlock, L., et al. (2005). Relationship between performance measurement and accreditation: Implications for quality of care and patient safety. *American Journal of Medical Quality*, 20(5), 239-252.
- Neville, R. G., Hoskins, G., Smith, B., & Clark, R. A. (1996). Observations on the structure, process and clinical outcomes of asthma care in general practice. *British Journal of General Practice*, 46(411), 583-587.
- Oh, H. S., Chung, H. W., Kim, J. S., & Cho, S. I. (2006). National survey of the status of infection surveillance and control programs in acute care hospitals with more than 300 beds in the republic of korea. *American Journal of Infection Control*, 34(4), 223-233.
- O'Reilly, M., Courtney, M., & Edwards, H. (2007). How is quality being monitored in australian residential aged care facilities? A narrative review. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(3), 177-182.
- Øvretveit, J. (2001). Quality evaluation and indicator comparison in health care. *International Journal of Health Planning and Management*, 16(3), 229-241.
- Øvretveit, J., & Gustafson, D. (2002). Evaluation of quality improvement programmes. *Quality & Safety in Health Care*, 11(3), 270-275.
- Øvretveit, J. (2003). The quality of health purchasing. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 16(2/3), 116.
- Paccioni, A., Sicotte, C., & Champagne, F. (2008). Accreditation: A cultural control strategy. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(2), 146.

- Parthasarathy, S., Haynes, P. L., Budhiraja, R., Habib, M. P., & Quan, S. F. (2006). A national survey of the effect of sleep medicine specialists and american academy of sleep medicine accreditation on management of obstructive sleep apnea. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 2(2), 133-142.
- Pasquale, M. D., Peitzman, A. B., Bednarski, J., & Wasser, T. E. (2001). Outcome analysis of pennsylvania trauma centers: Factors predictive of nonsurvival in seriously injured patients. *Journal of Trauma - Injury, Infection and Critical Care*, 50(3), 465-474.
- Pongpirul, K., Sriratanaban, J., Asavaroengchai, S. et al. (1998). Comparison of health care professionals' and surveyors' opinions on problems and obstacles in implementing quality management system in Thailand: a national survey. *International Journal Quality Health Care* 2006, 18, 346-51.
- Rainwater, J. A., & Romano, P. S. (2003). What data do california HMOs use to select hospitals for contracting? *American Journal of Managed Care*, 9(8), 553-561.
- Reed, J., Pavletic, D., Devlin, L., Davis, M. V., Beitsch, L. M., & Baker, E. L. (2009). Piloting a state health department accreditation model: The north carolina experience. *Journal of Public Health Management and Practice*, 15(2), 85-95.
- Rickert, D., Deladisma, A., Yusuf, H., Averhoff, F., Brink, E., & Shih, S. (2004). Adolescent immunizations: Are we ready for a new wave? *American Journal of Preventive Medicine*, 26(1), 22-28.
- Rissanen, V. (2000). Quality system based on the standard SFS-EN ISO 9002 in kuopio university hospital. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13(6), 266.
- Roh, C., & Lee, K. (2006). Hospital choice by rural medicare beneficiaries: Does hospital ownership matter? - a colorado case. *Journal of Health and Human Services Administration*, 28(3/4), 346.
- Ross, M. A., Amsterdam, E., Peacock, W. F., Graff, L., Fesmire, F., Garvey, J. L., et al. (2008). Chest pain center accreditation is associated with better performance of centers for medicare and medicaid services core measures for acute myocardial infarction. *American Journal of Cardiology*, 102(2), 120-124.
- Scanlon, D. P., & Hendrix, T. J. (1998). Health plan accreditation: NCQA, JCAHO, or both? *Managed Care Quarterly*, 6(4), 52-61.

- Schlenker, R. E., Hittle, D. F., & Arnold, A. G. (1995). Home health agency quality: Medicare certification findings compared to patient outcomes. *Home Health Care Services Quarterly*, 15(4), 97-115.
- Scott, I., & Phelps, G. (2009). Measurement for improvement: Getting one to follow the other: Editorial. *Internal Medicine Journal*, 39(6), 347-351.
- Scrivens, E. (1997a). Assessing the value of accreditation systems. *European Journal of Public Health*, 7(1), 4-8.
- Scrivens, E. (1997c). Putting continuous quality improvement into accreditation: *Improving approaches to quality assessment*. *Quality in Health Care*, 6(4), 212-
- Sekimoto, M., Imanaka, Y., Kobayashi, H., Okubo, T., Kizu, J., Kobuse, H., et al. (2008). Impact of hospital accreditation on infection control programs in teaching hospitals in Japan. *American Journal of Infection Control*, 36(3), 212-219.
- Seymann, G. B. (2006). Community-acquired pneumonia: Defining quality care. *Journal of Hospital Medicine (Online)*, 1(6), 344-353.
- Shea, D. G., Streit, A., & Smyer, M. A. (1994). Determinants of the use of specialist mental-health-services by nursing-home residents. *Health Services Research*, 29(2), 169-185.
- Simons, R. & S. Kasic & A. Kirkpatrick & L. Vertesi & T. Phang & L. Appleton. 2002. Relative importance of designation and accreditation of trauma centers during evolution of regional trauma system. *The Journal of Trauma Injury, Infection, and Critical Care*. 52(5):827-834.
- Sloan, F. A., Conover, C. J., & Provenzale, D. (2000). Hospital credentialing and quality of care. *Social Science and Medicine*, 50(1), 77-88.
- Smith, P., & Forgione, D. (2007). Global outsourcing of healthcare: A medical tourism decision model. *Journal of Information Technology Case and Application Research*, 9(3), 19.
- Sriratanaban, J., & Wanavanichkul, Y. (2004). Hospitalwide quality improvement in Thailand. *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 30(5), 246-256.
- Stone, P. W., & Gershon, R. R. M. (2009). Nurse work environments and occupational safety in intensive care units. *Journal of Nursing Administration*, 39(7-8), S27-S34.

Suñol, R., Vallejo, P., Thompson, A., Lombarts, M. J. M. H., Shaw, C. D., & Klazinga, N. (2009). Impact of quality strategies on hospital outputs. *Quality and Safety in Health Care, 18*

Thornlow, D. K., & Merwin, E. (2009). Managing to improve quality: The relationship between accreditation standards, safety practices, and patient outcomes. *Health Care Management Review, 34*(3), 262-272.

Touati, N., & Pomey, M. -. (2009). Accreditation at a crossroads: Are we on the right track? *Health Policy, 90*(2-3), 156-165.

Van, den Heuvel D. H., Koning, L., Bogers, A. J. J. C., Berg, M., & Van Dijen, M. E. M. (2005). An ISO 9001 quality management system in a hospital: Bureaucracy or just benefits? *International Journal of Health Care Quality Assurance, 18*(5), 361-369.

VanSuch, M., Naessens, J. M., Stroebel, R. J., Huddleston, J. M., & Williams, A. R. (2006). Effect of discharge instructions on readmission of hospitalised patients with heart failure: Do all of the joint commission on accreditation of healthcare organizations heart failure core measures reflect better care? *Quality and Safety in Health Care, 15*(6), 414-417.

Weissert, W. G., Elston, J. M., Musliner, M. C., & Mutran, E. (1991). Adult day care regulation: "deja vu all over again"? *Journal of Health Politics, Policy and Law, 16*(1), 51-66.

Wells, R., Lemak, C. H., Alexander, J. A., Nahra, T. A., Ye, Y., & Campbell, C. I. (2007). Do licensing and accreditation matter in outpatient substance abuse treatment programs? *Journal of Substance Abuse Treatment, 33*(1), 43-50.

## **Hoofdstuk 4 De ervaren waarde van HKZ**

### **4.1 Inleiding**

De meerwaarde van HKZ voor GGZ-instellingen is niet alleen vast te stellen op basis van harde cijfers. Of HKZ meerwaarde heeft hangt ook af van de waarde die medewerkers aan HKZ ontleen. Zij zijn immers degenen die hun processen en werkwijzen in overeenstemming brengen met HKZ. Zij zijn degenen die de voordelen en nadelen ervan bemerken. In dit hoofdstuk staat daarom ten eerste de eerste deelvraag van het onderzoek centraal: ‘Welke waarde ontleen hulpverleners, kwaliteitsfunctionarissen, managers en medewerkers van stafafdelingen aan HKZ-certificering?’. Medewerkers bemerken ook de dynamiek die HKZ teweeg brengt in instellingen. Zij werken met HKZ en zien hoe het van invloed is op prestaties. HKZ is echter niet het enige waar medewerkers mee te maken hebben in hun werk. In het hoofdstuk wordt daarom ten tweede, op basis van inzichten en meningen van medewerkers, antwoord gegeven op de derde deelvraag: Vanwege welke redenen leidt HKZ-certificering tot betere of slechtere prestaties?

Het hoofdstuk is, na een uiteenzetting van de methoden in paragraaf 2, opgebouwd langs de kenmerken van HKZ die van invloed blijken te zijn op prestaties: het implementatieproces (behalen en behouden certificaat), de inhoud van de normen en het auditproces. In de paragrafen 3, 4 en 5 wordt daartoe een beeld geschetst van de meningen van kwaliteitsfunctionarissen, hulpverleners, managers en stafmedewerkers over de invloed van deze kenmerken. In paragraaf 6 komen de factoren aan de orde die onafhankelijk of in samenhang met HKZ invloed hebben op prestaties. Het hoofdstuk wordt in paragraaf 7 afgesloten met een conclusie.

### **4.2 Onderzoeksmethode**

#### **Design**

Als design voor het kwalitatieve onderzoek is gekozen voor een meervoudige case study. De instellingen (cases) zijn geselecteerd op basis van de volgende kenmerken:

- Type instelling: Geïntegreerde instellingen, Regionale Instelling Beschermd Wonen (RIBW), Regionale Instelling Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG),



Verslavingszorg, Kinder- en Jeugdpsychiatrie en Algemeen Psychiatrisch ziekenhuis (APZ). Van elk type is er (minimaal) één meegenomen;

- Grootte van de instelling, gebaseerd op het aantal cliënten dat in 2008 in zorg was. Hiertoe is de verdeling naar grootte eerst onderzocht. Hieruit bleek dat er meer kleine dan grote instellingen zijn. Instellingen zijn conform deze verdeling geselecteerd, waardoor meer kleine dan grote instellingen zijn gekozen (6 versus 4);
- Combinatie van de hoogte van de HKZ-status en de hoogte van de scores op de Basisset prestatie-indicatoren (pi). Dit is vastgesteld door instellingen op basis van hun gemiddelde score op alle pi in 2008 in te delen in een groep hoog scorenden (boven gemiddelde) en laag scorenden (onder gemiddelde). Hetzelfde is gedaan voor de HKZ-status. Gekozen is voor de HKZ-status uit 2005 om mogelijke lange termijn effecten van HKZ te kunnen meenemen (zie hoofdstuk 6 voor het vaststellen van de HKZ-status). De geïnterviewde groep bestond uiteindelijk uit 2 instellingen met HoogHKZ/LaagPI, 3 instellingen met HoogHKZ/HoogPI, 2 instellingen met LaagHKZ/HoogPI en 3 instellingen met LaagHKZ/LaagPI.

In totaal zijn 10 GGZ-instellingen op basis van de kenmerken uitgekozen, gedurende het onderzoek zijn 2 instellingen uitgevallen en hiervoor zijn 2 nieuwe instellingen met soortgelijk kenmerken in de plaats gekomen.

### **Selectie respondenten**

HKZ heeft invloed op alle medewerkers. Om deze reden zijn medewerkers uit alle geledingen geïnterviewd en wel:

- 10 kwaliteitsfunctionarissen;
- 6 hulpverleners (psychologen, psychiater en verpleegkundige)
- 6 managers (leden van de Raad van Bestuur, cluster-, sector- en afdelingsmanager);
- 6 stafmedewerkers (Facilitair, Personeel, Zorginhoud)

### **Dataverzameling**

Data zijn verzameld met semigestructureerde interviews met behulp van een topiclijst (zie bijlage 4.1). De topiclijst bevatte de thema's uit de 9 rubrieken van het HKZ-schema, confounders bekend uit literatuur en typen prestaties. Geïnterviewden zijn per thema en rubriek gevraagd te bespreken wat in de instelling is veranderd door HKZ, welke meerwaarde zij aan de veranderingen ontleen en waarom. Vanuit typen prestaties is gevraagd welke prestaties zijn veranderd door HKZ en hoe. Tenslotte is gevraagd naar andere factoren dan HKZ die invloed hebben op prestaties, alsmede hoe. De interviews

betroffen face-to-face interviews. De interviews zijn digitaal opgenomen met toestemming van de geïnterviewden. Het interviewen heeft plaatsgevonden totdat data-saturatie werd bereikt (Boeije 2006).

### **Data-analyse**

Van alle interviews is een transcript gemaakt. De interviews zijn per type medewerker ontrafeld door fragmenten uit de teksten te coderen en vervolgens te clusteren. De onderlinge samenhang en tegenstellingen tussen de geclusterde coderingen en tekstfragmenten zijn beschreven.

## **4.3 Het implementatieproces: behalen en behouden certificaat**

Bij het behalen van het HKZ-certificaat gaan instellingen niet over één nacht ijs. Jaren gaan eraan vooraf. Projectgroepen worden opgezet, adviseurs worden ingehuurd en medewerkers werken alleen of samen aan het realiseren van de normen. Om het certificaat te behouden blijft men ook daarna werken aan de normen. Deze activiteiten hebben eveneens waarde voor de uiteindelijke resultaten die met HKZ worden gehaald. Hierover gaat deze paragraaf.

### **Kwaliteit op de kaart zetten**

Een meerwaarde van het werken aan het behalen en behouden van het HKZ-certificaat is dat het belang van kwaliteit beter op de kaart komt te staan, aldus geïnterviewden. In de eerste plaats, omdat het moet. Niet in de zin dat het extern afdwingbaar is, maar in de zin dat de verwachte negatieve consequenties van het niet hebben van een certificaat te groot zijn. HKZ en daarmee kwaliteit krijgen op deze wijze vrij dwingende aandacht. Die aandacht laat ook welhaast niemand onaangetast. De procesbeschrijvingen zorgen er, volgens vele geïnterviewden, met name voor dat medewerkers vanuit een kwaliteitsbril naar hun processen gaan kijken. Zij moeten processen doorlichten, lacunes en knelpunten ontdekken en vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg veranderingen aanbrengen. Meerdere geïnterviewden bespreken vervolgens dat zij meer bezig zijn met kwaliteit dan vroeger door het opzetten en onderhouden van het kwaliteitsmanagementsysteem. Het werken met verbetercycli wordt steeds meer gewoonte. Je maakt plannen en doelen, je meet deze en onderneemt actie. Dat HKZ gericht is op de kwaliteit van de gehele instelling draagt hieraan bij. Het is niet iets des afdeling of locatie. De kern van HKZ is dat op alle niveaus (cliënt, hulpverlener, management, staf en Raad van Bestuur) en voor alle processen (primair en secundair) feedbackcycli ontstaan van planning, uitvoering,

evaluatie en te nemen verbeteracties. Het is volgens geïnterviewden ook deze alomvattendheid die maakt dat kwaliteit op de kaart komt te staan.

### **Toename vaardigheden om kwaliteit te verbeteren**

De vaardigheden om kwaliteit te verbeteren blijken toe te nemen door het werken aan de normen. Geïnterviewden bespreken dat medewerkers door HKZ meer toegerust zijn om kwaliteitsverbeteringen toe te passen. HKZ biedt een kader om aan kwaliteit te werken. Het geeft medewerkers een leidraad. Het leert medewerkers om door middel van procesbeschrijvingen, het stellen van doelen, meten en corrigeren de kwaliteit te verbeteren en bewaken.

*"Het effect van HKZ op de werkzaamheden van medewerkers: ze zijn meer toegerust om meer met PDCA, en dus meer met kwaliteitsverbeteringen, in hun werk te doen." (stafmedewerker 1)*

Het woord vaardigheden is wellicht niet geschikt, maar HKZ maakt kwaliteitsfunctionarissen vervolgens beter toegerust op hun taak. Het verplichte karakter van HKZ maakt HKZ tot een krachtige tool voor kwaliteitsmedewerkers om veranderingen teweeg te brengen in de instelling. Voorheen hadden zij deze tool niet. Het kwam vaak voor dat kwaliteitsmedewerkers moeite hadden om kwaliteitsverbeteringen in te voeren. Volgens een stafmedewerker hoeven kwaliteitsmedewerkers nu alleen te zeggen dat het van HKZ moet. Nuance is echter op zijn plaats, volgens kwaliteitsmedewerkers. HKZ kan niet klakkeloos als pressiemiddel worden gebruikt. Zonder interne motivatie is de kracht van HKZ voor het bereiken van kwaliteit eindig en matig.

### **Kracht van interne audits**

Om de voortgang op normen te toetsen wordt met interne audits gewerkt. Medewerkers krijgen cursussen om te auditeren en daarmee kwaliteit gerelateerde vaardigheden. De interne audits zorgen tevens dat kwaliteit buiten de externe audits in het gezichtsveld blijft. Geïnterviewden vertellen tenslotte dat de interne audits als belangrijke meerwaarde hebben dat medewerkers van verschillende afdelingen in contact komen met elkaar. Op deze wijze leren zij van elkaar. Het feit dat eigen mensen de audits doen zorgt daarbij niet alleen voor het delen van best practices, maar ook dat het denken over kwaliteit en de best practices zich als een olievlek verspreiden over de organisatie.

*"Ze kunnen dan over hun werk vertellen aan auditoren van andere afdelingen zodat er een uitwisseling kan plaats vinden: 'oh doen jullie dat zo en kan je mij daar eens wat van opsturen?' "*  
*(kwaliteitsmanager 8)*

### **Vershil korte en lange trajecten**

De ervaren meerwaarde wordt tenslotte besproken in het licht van de lengte van het traject. Men ziet een verschil in ervaren meerwaarde tussen instellingen die jaren aan het behalen van het certificaat hebben gewerkt en instellingen die, gegeven de deadline van GGZ Nederland, snel in een jaar hun normen op orde hebben gebracht. Het verschil zit in de mate waarin de normen daadwerkelijk effectief operationeel zijn en de attitude jegens HKZ. De ervaring is dat instellingen negatiever over HKZ zijn en HKZ meer als een bureaucratisch middel ervaren wanneer een instelling erop gericht is geweest om in een kort tijdsbestek aan de normen te voldoen. Instellingen ontlenen een grotere meerwaarde aan HKZ als zij lange tijd gewerkt hebben aan het verbeteren van de structuren en processen met HKZ.

### **Minderwaarde**

Het continu moeten werken aan het behalen en behouden van het HKZ-certificaat heeft ook negatieve consequenties. In het begin heeft HKZ, volgens sommige geïnterviewden, tot conflicten geleid over de verdeling van verantwoordelijkheden en de inrichting van processen. Het zette relaties, werkwijzen en posities op scherp. Het vastzetten van procedures werd gezien als controlemiddel en inperking van vrijheden. De nieuw bedachte processen bleken ook niet altijd goed te lopen. Het leidde juist zelfs tot inefficiënte manieren van werken. Koren op de molen van tegenstanders, maar ook aanleiding voor nieuwe discussies en tijdsinvesteringen. Van denken in termen van kwaliteit was weinig sprake. Belangen, macht, autonomie en behoud van wat men gewend was stond centraal.

Het “verplichte” karakter, de gedetailleerdheid van de normen en de aandacht voor formalisatie en procedures maken, volgens geïnterviewden, vervolgens dat HKZ meer gezien wordt als een tool voor het management en de staf dan een tool voor hulpverleners. De kern van zorg ‘de inhoudelijke behandeling in de spreekkamer’ is niet aan de orde bij HKZ. Hulpverleners merken vooral dat de bureaucratie, administratie en controle op hun werk toeneemt. Wat daarvan de meerwaarde is, is volgens sommigen nog een grote vraag.

Tot slot heeft een gedeelte van de geïnterviewden twijfels of de kosten en tijdsinvestering om het certificaat te halen en te behouden opwegen tegen de baten. Vooralsnog heeft het instellingen veel tijd en geld gekost, zo is de mening. Wat medewerkers meer precies vertellen over die meer- en minderwaarde staat in de volgende paragraaf centraal.

#### **4.4 De waarde van de normen**

De normen van het HKZ-certificatieschema zijn de kern van HKZ-certificering. De normen bevatten de eisen waaraan structuren en processen moeten voldoen. Normen zijn in deze zin structuur- en procesindicatoren voor kwaliteit. De normen zijn anderzijds te kenmerken als aannames over structuur- en procesvereisten om te komen tot betere kwaliteitsuitkomsten. In deze paragraaf wordt besproken hoe medewerkers de normen beoordelen. Leiden deze tot kwaliteit in de structuren, processen en uitkomsten. En zo ja of nee, waarom? De paragraaf is opgebouwd langs de indeling van het HKZ-schema in primaire en secundaire processen. Normen uit alle 9 rubrieken komen aan de orde.

##### **4.4.1 De normen voor de primaire processen: Rubrieken 1, 2 en 3**

De normen voor de primaire processen hebben, zoals in hoofdstuk 2 is besproken, betrekking op het proces dat een cliënt doorloopt van aanmelding tot het krijgen van nazorg. De normen zijn ingedeeld in drie rubrieken: Intake en indicatie (rubriek 1), Uitvoering en zorgverlening (rubriek 2) en Evaluatie en nazorg (rubriek 3). Met de normen wordt beoogd de zorgverlening te verbeteren door het borgen van het professioneel handelen, de communicatie tussen professionals en een continue registratie, evaluatie en bijstelling van de zorg. De normen stellen daartoe eisen aan de informatie aan cliënten, het betrekken van de cliënt, het professioneel handelen, de aanwezigheid van (wettelijke) regelingen, het continu evalueren en bijsturen van zorg, het signaleren en melden van afwijkingen, de continuïteit en coördinatie van zorg en het behandelplan. De meningen van medewerkers over de waarde van deze normen staan centraal in deze paragraaf.

###### **4.4.1.1 Informatie aan cliënten**

De HKZ-normen bevatten vele bepalingen over het informeren van cliënten. Cliënten moeten volledig worden geïnformeerd over de zorgmogelijkheden en procedures van de instelling, de wachttijden en doorverwijsmogelijkheden, de inhoud van de behandeling, mogelijke nazorg en hun rechten. De instelling dient er ook voor te zorgen dat de cliënt de informatie begrijpt.

### *Kwaliteitsmedewerkers*

Kwaliteitsmedewerkers zijn van mening dat de informatie aan cliënten is verbeterd. Zij nemen waar dat de voorlichting vooraf en de informatie tijdens de behandeling voorheen vaak onvolledig was en wisselde per hulpverlener. Cliënten worden na HKZ over het algemeen op dezelfde wijze en completer geïnformeerd. Het behandel aanbod wordt concreter beschreven en voorgelegd aan de cliënt. Tijdens de behandeling krijgen cliënten informatie over hun progressie en verdere behandelopties. Er wordt hierdoor zowel door de hulpverlener als de cliënt kritisch naar de behandeling gekeken. Ook krijgen cliënten bij het afsluiten van de behandeling meer informatie over terugvalpreventie. Dit alles schept duidelijkheid over de procedures en de inhoud van het behandelproces. De cliënt is meer tevreden over de compleetheid van de informatie en er zijn minder klachten over niet verleende informatie. Het zou volgens de kwaliteitsmedewerkers zelfs leiden tot inhoudelijke verbeteringen in het handelen van hulpverleners en een betere behandeling van de cliënt.

Kwaliteitsmedewerkers zien ook een keerzijde. Cliënten worden overvoerd met vragen en informatie. Zij baseren dit op een ervaren toename in klachten van cliënten over de hoeveelheid (gemeende) onnodige informatie en vragen.

*“Cliënten hebben als klacht dat ze komen praten over hun problemen en het gesprek gaat op aan allerlei randzaken (...) Er wordt gevraagd naar: Wie is uw verzekeraar, weet u wat er wordt vergoed, weet u dat u recht heeft op een second opinion en de identificatieplicht?”*  
(kwaliteitsmanager 6)

### *Hulpverleners*

De hulpverleners herkennen de verbeteringen, maar ook de klachten van cliënten. Zij bemerken dat cliënten de instelling inzichtelijker vinden, het gevoel hebben dat serieus met ze wordt omgegaan en informatie naar behoefte kunnen inslaan. De cliënten hebben volgens de hulpverleners minder klachten over de voorlichting en zij ervaren het zelf als voordeel dat zij minder vragen over de instelling moeten beantwoorden.

Hulpverleners geven echter wel aan, evenals cliënten, het als vervelend te ervaren dat het in beginsel vooral gaat over allerlei formele randzaken in plaats van over de problemen van een cliënt. Men tracht dit op te lossen met informatiemappen of door informatie vooraf te versturen en slechts het belangrijkste te vertellen. Risico is wel dat de informatie niet (volledig) wordt gelezen. De hulpverleners bespreken tevens dat zij weliswaar meer

adviezen meegeven over terugvalpreventie, maar dat de aandacht hiervoor toch nog minimaal is. Hulpverleners verwachten hier weinig meerwaarde van.

#### *Managers*

De managers menen dat de normen over informatie bijdragen aan een meer cliëntgerichte instelling en meer gemotiveerde cliënten. Door HKZ krijgen cliënten de benodigde informatie. Managers verwachten een meer tevreden cliënt, omdat goede informatie de instelling meer servicegericht maakt.

*"Waarom wordt een instelling cliëntgericht? Alleen al door de informatie die we als instelling moeten aanleveren." (manager 8)*

#### *Stafmedewerkers*

Stafmedewerkers ervaren dat de informatievereisten de cliënten vertrouwen geven in de instelling en medewerkers rust geven, omdat ze weten dat de cliënt alle belangrijke informatie heeft. Het kwam volgens hen in het verleden voor dat cliënten tegen vreemde procedures aanliepen en veel moeite hadden om hierin hun weg te vinden. Door HKZ kennen cliënten procedures beter en kunnen zij deze eenvoudiger terugvinden. Zij kunnen ook beter beoordelen of conform de procedures wordt gehandeld. Het geeft hen vertrouwen als ze merken dat overeenkomstig de procedures wordt gewerkt. Het geeft hen ook een gevoel van zelfbeschikking, omdat ze een middel hebben om een juist verloop van een proces af te dwingen. Ook verwachten zij meer voor behandeling gemotiveerde cliënten, waardoor het aantal no-shows daalt en de behandelresultaten verbeteren.

#### **4.4.1.2 Betrekken van de cliënt bij de zorg**

Volgens de HKZ-normen moeten cliënten als volledige partner in de zorg worden gezien. De behandeling dient in samenspraak te geschieden en met toestemming van de cliënt (informed consent). Ook moet tijdens de behandeling gevraagd worden naar de mening van de cliënt over de behandeling.

#### *Kwaliteitsmedewerkers*

Kwaliteitsmedewerkers herkennen dat cliënten meer betrokken worden bij hun behandelproces. Zij ervaren dat dit leidt tot minder klachten en conflicten over de

behandeling, omdat geen valse verwachtingen zijn ontstaan. Cliënten zouden meer tevreden zijn over en gemotiveerd voor de behandeling.

*"De cliënt is na HKZ meer betrokken bij zijn eigen behandelproces. Hij krijgt betere informatie en is meer betrokken bij het vaststellen van het behandelplan en de evaluatie." (kwaliteitsmedewerker 1)*

#### *Hulpverleners*

Hulpverleners bespreken dat vóór HKZ al goed naar de cliënt werd geluisterd, maar dat door HKZ nu wel meer met cliënten wordt geëvalueerd. Zie hiervoor verder de paragraaf over continu evalueren en bijsturen.

De normen omtrent het informed consent heeft volgens sommige hulpverleners weinig toegevoegde waarde gehad, omdat toestemming reeds op informele wijze werd gevraagd. Sommigen ervaren het zelfs als contraproductief bij cliënten die hun ziektebeeld ontkennen, zoals blijkt uit het volgende citaat.

*"Ik doe het voor een groot gedeelte zoals het moet, maar ik heb zeer zieke cliënten. Het is voor de cliënten dan te officieel, omdat er een handtekening moet worden gegeven. Ik doe daarom soms dingen die niet in het behandelplan staan, zoals het bevorderen van medicatie inname en het geven van de medicatie. Cliënten ontkennen simpelweg hun probleem en vinden dat ze geen medicatie nodig hebben. Een behandelplan ondertekenen waar dat in staat druist tegen hun gevoelens in." (hulpverlener 2)*

Weer anderen zijn positief over de norm. Het informed consent wordt als een belangrijk element van de zorgverlening gezien. Het wordt als goed ervaren dat HKZ hierop aandacht vestigt. Cliënten weten daardoor volgens hen beter wat de behandelmogelijkheden zijn. Zij zijn hierdoor meer gemotiveerd. Bij klachten kan ook beter worden teruggegrepen op wat gezamenlijk is afgesproken.

#### **4.4.1.3 Professioneel handelen**

Volgens de HKZ-normen moet de zorg vastliggen in en uitgevoerd worden volgens protocollen, richtlijnen en professionele standaarden. Alle zouden het professioneel handelen borgen.



### *Kwaliteitsmedewerkers*

Kwaliteitsmedewerkers vinden dat het professioneel handelen inderdaad is verbeterd, waardoor de zorg verbetert en minder fouten worden gemaakt. Zij schrijven dit enerzijds toe aan de HKZ-eisen over het beschrijven en vastleggen van processen in protocollen. Het beschrijven heeft ertoe geleid dat hulpverleners hiaten zijn gaan ontdekken in de zorgverlening en in discussie zijn geraakt over een gewenste wijze van zorg verlenen. Beide leiden tot betere zorgprocessen en een betere uitvoering van zorg. De verplichting om afwijkingen te melden is anderzijds een reden voor de gemeente verbetering. Vóór HKZ konden hulpverleners zorg leveren zonder verantwoording af te leggen. Door HKZ moeten hulpverleners zich houden aan de protocollen en afwijkingen melden. Enkele kwaliteitsmedewerkers geven echter de grenzen aan en stellen dat de randvoorwaarden voor goede zorg weliswaar zijn geregeld, maar dat dit niet hoeft te betekenen dat de zorgverlening direct gaat verbeteren.

*"Effectiviteit van de behandeling en behandelgerichtheid zullen hetzelfde blijven, omdat HKZ niks over de behandelinhoud zegt. Alleen de randvoorwaarden zijn goed geregeld." (kwaliteitsmedewerker 6)*

### *Hulpverleners*

Hulpverleners zijn ambivalent over de invloed op het professioneel handelen. Zij hebben het aantal protocollen door HKZ sterk zien toenemen. Dit leidt tot bureaucrativering en een beperking van hun handelingsvrijheid. Volgens één hulpverlener leiden protocollen ook niet automatisch tot evidence based werken. Er zijn zelfs protocollen die strijdig zijn met de multidisciplinaire richtlijnen.

Als voordeel zien hulpverleners dat verouderde en dubbele protocollen zijn vervangen en dat protocollen up-to-date blijven. Protocollen worden voornamelijk als prettig ervaren als een proces uit een grote hoeveelheid niet-routinematige stappen bestaat. De protocollen hebben volgens hen echter vooral meerwaarde voor nog onervaren collega's en bij ernstige niet veel voorkomende situaties. Protocollen geven minder ervaren collega's houvast en het helpt hen bij het inwerken. Ten aanzien van ernstige niet veel voorkomende situaties helpen protocollen goed te handelen en incidenten te voorkomen.

*"Suicide protocollen zijn er nu, dat is wel belangrijk, zeker omdat het een ernstig iets is. Nu weet je hoe je moet handelen, wat de stappen zijn. Ook omdat het niet dagelijks gebeurt en daarom is het goed dat het vastligt, want je weet niet hoe je moet reageren maar je kan het wel opzoeken. Zeker voor de dingen die niet veel gebeuren is het goed dat het vastligt." (hulpverlener 3)*

### *Managers*

Managers hechten veel waarde aan de protocollering. Zij zien dat door HKZ meer behandelrichtlijnen vaststaan op papier. De protocollen zijn volgens een manager echt een houvast. Het geeft de hulpverleners zekerheid en ze kunnen zichzelf toetsen. De protocollen borgen een juist handelen. Dit zou de kwaliteit van zorg ten goede komen, hoewel de hulpverleners het volgens de managers als een keurslijf zien.

### *Stafmedewerkers*

Stafmedewerkers zijn eveneens te spreken over de toenemende protocollering. Het zou de kwaliteit van zorg verbeteren, omdat het helder maakt wie, wat, wanneer mag en moet doen. Zo vertelt een stafmedewerker dat er door HKZ een professioneel reglement is gemaakt, waarin dit soort zaken zijn geregeld.

*"Een psychiater moet bijvoorbeeld een cliënt hebben gezien voordat hij een advies geeft. Dit was vóór HKZ helemaal niet zo vanzelfsprekend." (stafmedewerker 5)*

#### **4.4.1.4 Vaststellen (wettelijke) regels**

De HKZ-normen schrijven voor dat er regels op papier moeten staan over de bejegening van cliënten, de omgang met hun eigendommen, hun privacy, het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen, risicovolle handelingen en hygiëne.

### *Kwaliteitsmedewerkers*

HKZ heeft volgens kwaliteitsmedewerkers bijgedragen aan het ontwikkelen, voldoen aan en systematisch controleren van de toepassing van regelingen. Vóór HKZ werd minder aandacht besteed aan (wettelijke) regels en werden zelfs onwettelijke maatregelen getroffen (bijvoorbeeld huisregels die in strijd zijn met de wet). Ook zorgt HKZ voor de aanwezigheid van randvoorwaarden voor een juiste uitvoering (bijvoorbeeld afsluitbare dossierkasten) en een duidelijke en uniforme beschrijving van (wettelijke) regels. Ook zijn regelingen beter geborgd en is er meer overzicht over de gevolgen van wijzigingen in regelingen voor de processen in de instelling. HKZ zorgt voor een rechtvaardigere en veiligere behandeling van cliënten en beschermt medewerkers tegen onwettelijke handelingen.

*"Het hygiëne protocol over voeding en de omgeving van de cliënt ligt nu wel strakker vast." (kwaliteitsmanager 4)*

Kwaliteitsmedewerkers vinden tenslotte dat de bejegening en tevredenheid van de cliënten is verbeterd, omdat HKZ aandacht heeft voor zowel wettelijke (zoals een klachtenregeling) als voor niet wettelijke regels (zoals over bejegening). Sinds HKZ worden incidenten en klachten over geschonden rechten en het zoek raken van eigendommen en privacygevoelige informatie beter voorkomen.

#### *Hulpverleners*

Hulpverleners geven eveneens aan dat regelingen beter worden nageleefd en geborgd. Een voorbeeld is de omgang met eigendommen en privacy. Vóór HKZ werd hiermee niet altijd even secuur omgegaan. Door HKZ zijn regels gekomen die de voorwaarden bieden en afdwingen dat eigendommen en de privacy van cliënten worden beschermd. De kans op het schenden van privacy en vervelende incidenten (bijvoorbeeld verliezen eigendommen, onrechtmatige inname van spullen) wordt verkleind. Het zorgt ook voor meer vertrouwen bij cliënten, dat goed met eigendommen wordt omgegaan.

Het naleven ervan wordt in sommige gevallen echter als een last ervaren. Een voorbeeld zijn de hygiëneregels. De hulpverleners merken dat meer op hygiëne wordt gelet (bijvoorbeeld meten en registreren temperatuur koelkasten en eten). Dat wordt op zich als positief ervaren. Vaak vraagt het naleven echter om veelvuldige metingen en controles. De frequenties maken het tijdrovend en een last.

Hulpverleners bemerken tenslotte dat de klachtregelingen zijn verbeterd. Cliënten worden beter geïnformeerd over het klachtbeleid en de evaluatie van en terugkoppeling over de klacht naar cliënten is verbeterd. Dat zou volgens hen kunnen leiden tot een toename van klachten. Een afname wordt aan de andere kant ook mogelijk geacht, omdat cliënten nu weten dat hun klacht serieus wordt genomen door de instelling. Meestal bespreken zij hun klacht liever met de persoon in kwestie om escalatie te voorkomen.

#### *Managers*

Managers ontlenen vooral eenduidigheid als meerwaarde aan de normen over regelingen. Het is duidelijk geworden hoe gehandeld moet worden. Volgens managers zijn cliënten meer tevreden door de uniforme benadering en verspreiden ze ook een positiever beeld over de instelling naar derden, zoals familie en de huisarts.

#### 4.4.1.5 Continu evalueren en bijsturen

De HKZ-normen bevatten verplichtingen ten aanzien van een systematische evaluatie met de cliënt op basis van doelen, de inhoud van het behandelplan en zijn of haar waardering.

##### *Kwaliteitsmedewerkers*

Kwaliteitsmedewerkers vinden het continu evalueren en bijsturen verbeterd door HKZ. Vóór HKZ waren niet alle hulpverleners gewend om een evaluatiemoment in te bouwen in de behandeling. Zij vinden dat hulpverleners nu wel systematisch een moment pakken om samen met de cliënt stil te staan bij de voortgang. De evaluatie is, volgens hen, ook een moment waarop de hulpverlener kritisch het eigen handelen bekijkt en feedback krijgt van de cliënt. Dit zou meerwaarde hebben voor de professionalisering van de hulpverlener, de kwaliteit van de behandeling en de waardering van de cliënt.

*“De C van de PDCA-cyclus kwam er beter uit. In de cliëntenbehandeling waren ze goed in het 'D(oen)', maar niet in het effect meten. De PI's en HKZ zijn hiervan op invloed geweest. (...). Hulpverleners gingen ook kritisch kijken naar hun eigen handelen.” (kwaliteitsmedewerker 1)*

Kwaliteitsmedewerkers benoemen wel dat hulpverleners het frequente evalueren soms overbodig en tijdrovend vinden. Ze vinden in die gevallen dat ze al goed op de hoogte zijn van de voortgang van de cliënt.

##### *Hulpverleners*

Volgens enkele hulpverleners stimuleert HKZ om plannen te maken, doelen te stellen en deze te evalueren en ze vervolgens aan te passen. Voorheen werd minder aan evalueren en bijsturen in de behandeling gedacht. Nu worden vaker doelen gesteld en op vaste momenten geëvalueerd. Het zijn momenten waarop cliënten hun tevredenheid en wensen kunnen aangeven. Hulpverleners geven echter wel aan dat ze vooral eindevaluaties houden. Tussenevaluaties schieten er regelmatig bij in.

Het evalueren heeft positieve kanten volgens hulpverleners. Hulpverleners geven aan te leren van de feedback van cliënten en ideeën op te doen om de voortgang te verbeteren. Het maakt hen ook bewuster waar naartoe wordt gewerkt en de bijdrage van hun eigen handelen daarin. Zij menen op deze wijze cliëntgerichter te werken en hun cliënten beter te bejegenen. Het kan de behandeling verbeteren en de cliënt een positiever gevoel laten overhouden aan de behandeling.

*"HKZ maakt het explicieter dat je de stappen en veranderingen in de behandeling vastlegt. Het heeft een voordeel als de cliënt helder krijgt: waar staan we nou en wat kunnen we nog verder doen? Voor de behandelaar is het goed, omdat je dan even stilstaat bij: wat zijn we nou eigenlijk aan het doen?"(hulpverlener 6)*

Negatieve kanten zijn er volgens hulpverleners echter ook. Het zou leiden tot een overdaad aan doelen en bureaucratie, welke het zorgverleningproces vertragen.

#### **4.4.1.6 Signaleren en melden van afwijkingen**

HKZ bevat normen over het signaleren van afwijkingen, het nemen van corrigerende en preventieve maatregelen en het melden van klachten, fouten en calamiteiten.

##### *Kwaliteitsmedewerkers*

Het nemen van corrigerende en preventieve maatregelen is verbeterd door HKZ. Kwaliteitsmedewerkers bespreken dat incidenten voorheen wel werden gemeld, maar dat het daar veelal bij bleef. Indien acties werden ondernomen dan waren deze gericht op het eenmalig oplossen van het incident. Sinds HKZ worden de oorzaken van problemen geanalyseerd en maatregelen genomen die tot structurele oplossingen leiden. Ook wordt meer geanticipeerd op verwachte problemen, al blijft het nemen van preventieve maatregelen moeilijk, volgens sommige kwaliteitsmedewerkers.

Meerwaarde is volgens de kwaliteitsmedewerkers dat terugkerende afwijkingen worden voorkomen. Ook de cliënt en hulpverlener zijn meer tevreden, omdat zichtbaar iets met hun melding wordt gedaan. Nadelen zijn er ook. Het kan tot bureaucratie leiden en voor hulpverleners is het werk dat bovenop hun werk komt. Dit kan tot ontevredenheid leiden, niet melden van afwijkingen en vertraging in het voorkomen van afwijkingen.

##### *Hulpverleners*

Hulpverleners zijn ambivalent. Sommigen vinden het melden van afwijkingen in het zorgproces goed. Het kan, volgens hen, leiden tot optimalisatie en een betere verspreiding van een verbetering, omdat de kennis onderling moet worden gedeeld en beoordeeld. Feedback en controle van collegae zou ook worden geborgd en daarmee het functioneren van individuen verbeteren en verkeerd handelen voorkomen. De aanwezigheid van een methodiek voor het melden en ondernemen van acties bij afwijkingen geeft sommige

hulpverleners ook het vertrouwen dat snel actie kan worden genomen bij ernstige situaties.

Andere hulpverleners zien de meldingsplicht als een vorm van wantrouwen en controle. Het zou innovaties in de weg staan. Als hulpverleners iets nieuws willen uitproberen, wordt het melden als een obstakel gezien. In de praktijk wordt dan ook niet alles gemeld.

#### *Managers*

Managers zien meerwaarde in de normen. Voorheen werd in sommige instellingen niet heel nauwlettend gekeken en gereageerd op afwijkingen en klachten. Dit leidde wel eens tot onvrede bij cliënten en hulpverleners. Ook werden kansen voor verbetering gemist. Met het melden van afwijkingen en klachten wordt dit voorkomen. Managers menen tevens dat het bespreken van afwijkingen leidt tot betere zorg en een meer professionele hulpverlener. Afwijkingen worden besproken in cliëntbesprekingen. Hulpverleners kunnen zo leren van elkaar en beoordelen of een afwijking terecht is.

#### **4.4.1.7 Continuïteit en coördinatie**

Met HKZ-normen wordt beoogd de continuïteit in de zorg te verbeteren met normen over de afstemming tussen intern en extern betrokken personen bij de zorgverlening, normen over bereikbaarheid, beschikbaarheid en criteria voor aanmelding, intake, behandeling en doorverwijzing en normen over het beschrijven van processen.

#### *Kwaliteitsmedewerkers*

Kwaliteitsmedewerkers zien vele positieve gevolgen van de normen: de continuïteit en doorstroom verbeteren en de tevredenheid van de cliënt en verwijzers neemt toe. Eerste reden is volgens hen dat het proces van aanmelding tot start behandeling sterk is verbeterd. De intake wordt nu eenmalig via een vaste structuur gedaan, waardoor in de basis de achtergrond, problematiek en andere relevante gegevens over de cliënt volledig zijn. De cliënt wordt nu veel minder belast met dezelfde vragen en cruciale informatie wordt minder snel vergeten. In het proces van zorg zijn standaardverwijscriteria gekomen en afspraken over doorverwijzing als de cliënt te lang op zorg moet wachten. Cliënten komen zo sneller op de juiste plek en kunnen niet meer zo snel geweigerd worden door eigen regels van een afdeling.

*“Het is echt een voordeel geweest voor de instelling. Als je kijkt naar het aanmeldingsproces. Je hebt nu gewoon een duidelijke structuur hoe een cliënt binnenkomt. Eerst: intakegesprek, dan een advies en binnen een aantal dagen weer terug, enzovoort. Doordat daar goed over nagedacht is, heb je enorm veel tijdswinst. Het wordt op uniforme wijze gedaan dus de cliënten worden op dezelfde manier behandeld.” (kwaliteitsmanager 5)*

HKZ stimuleert ten tweede tot het beter informeren van derden. Een kwaliteitsmanager geeft als voorbeeld dat huisartsen meermaals worden geïnformeerd over de voortgang van de cliënt.

De verantwoordelijkheden zijn tenslotte transparanter geworden. Deze zijn vastgelegd, waardoor medewerkers minder snel onder hun verantwoordelijkheid uit kunnen komen en erop kunnen worden aangesproken. Het toewijzen van verantwoordelijken heeft in het begin echter wel tot strijd en een onprettige sfeer geleid.

*"De vraag ontstond wie is nou verantwoordelijk in het primair proces. Er was steeds een strijd tussen de Raad van Bestuur en de psychologen en psychiaters over dat zij te weinig invloed hadden op het beleid. HKZ dwingt om hierover na te denken, over de rollen (...) Door HKZ moet je zaken expliciteren. Er kon een lange tijd vaag worden gedaan over de rol en verantwoordelijkheden van verschillende disciplines, maar dat kon door HKZ niet meer. Het heeft erg veel negatieve effecten gehad op de werktevredenheid." (kwaliteitsmanager 1)*

#### *Hulpverleners*

De hulpverleners bespreken dezelfde meerwaarde van HKZ voor het proces van intake tot start behandeling. In tegenstelling tot vroeger komen cliënten vaker op de juiste plek terecht en ontbreekt minder informatie. Dat komt doordat door HKZ vaste onderwerpen worden uitgevraagd bij de cliënt en criteria zijn opgesteld voor het vaststellen van de afdeling waarnaar een cliënt moet gaan.

De waarde van de verbeterde informatieverstrekking aan huisartsen voor de continuïteit worden eveneens onderschreven. Voorheen werden huisartsen minder frequent op de hoogte gebracht van de voortgang van hun cliënt. Een enkele hulpverlener heeft twijfels over het nut ervan, omdat de verstuurde brieven waarschijnlijk ongelezen in het dossier verdwijnen. De afsluitende brief met het verloop van de behandeling wordt wel nuttig geacht.

### *Managers*

Managers bespreken dat het de standaard is geworden om cliënten bij binnenkomst te vragen om toestemming voor het opvragen van informatie bij verwijzers. Buiten het feit dat toestemming vroeger niet altijd werd gevraagd, herinnert deze regel hulpverleners eraan dat zij informatie kunnen opvragen. De rechten van cliënten worden hiermee beschermd en de continuïteit verbeterd, aldus managers.

Het sterk vastleggen van behandeltrajecten heeft volgens de managers wel als keerzijde dat cliënten ervaren minder keuzevrijheid te hebben. De duidelijkheid over het verloop van het traject zorgt weliswaar voor een efficiëntere werkwijze en gemotiveerdere cliënten, met minder no-shows tot gevolg. Ontevredenheid kan echter ontstaan, omdat minder aan de wensen van de cliënt kan worden voldaan.

*"Cliënten waren gewend om te krijgen wat ze wilden, maar nu is het: dit zijn de mogelijkheden en de trajecten en dat spreek je met elkaar af in een behandelplan. De cliënten hadden dan het idee dat ze niet meer centraal stonden. Maar dat is niet zo. De behandeling kan wel anders worden, maar dan moet het nut wel ingezien worden bij de behandelaar." (manager 4)*

### *Stafmedewerkers*

Voor stafmedewerkers heeft de ontstane helderheid in interne verwijscriteria, routing van cliënten en coördinatie meerwaarde. Ze weten nu wie in welke stap van het zorgproces verantwoordelijk is en bij vragen aangesproken moet worden. Voor ondersteunende diensten (bijvoorbeeld secretaresses) is deze duidelijkheid handig, omdat cliënten efficiënt en juist kunnen worden doorverwezen en ingepland. Het leidt tot minder onduidelijkheden en klachten. Ook straalt het meer professionaliteit uit.

#### **4.4.1.8      Behandelplan**

De normen van HKZ schrijven voor wat in het behandelplan moet zijn opgenomen en dat het plan continu dient te worden bijgesteld.

### *Kwaliteitsmedewerkers*

De eisen aan de behandelplannen hebben, volgens de kwaliteitsmedewerkers, als meerwaarde dat communicatiefouten verminderen en overdrachten verbeteren. Voorheen ontbraken of waren er verschillende typen behandelplannen in een instelling. Cliënten werden veelal slechts mondeling geïnformeerd over hun behandelplan. Het ontbreken van



een (volledig) behandelplan bemoeilijkt de onderlinge communicatie tussen behandelaren. Nu worden minder communicatiefouten gemaakt, waardoor de continuïteit van zorg beter is en de cliënt minder last heeft van fouten in overdrachten. Ook is het zorgproces beter gedocumenteerd, waardoor de klachtenafhandeling eenvoudiger is.

*"Ik zie ook veranderingen in het soort en aantal klachten. Bij klachten over behandeling, ook met betrekking tot de Wet Bopz, wordt nu veel beter onderbouwd waarom een hulpverlener zo gehandeld heeft. Omdat dit goed wordt gedocumenteerd, wordt dit veel acceptabeler voor de cliënt. De behandelaar heeft tegenwoordig de zorg netter gedocumenteerd en hierdoor kan een commissie makkelijker tot uitspraken komen." (kwaliteitsmedewerker 1)*

De cliënt heeft daarnaast meer inzicht in en invloed op de behandeling. Ook worden minder (wettelijke) onderdelen vergeten. Sommige kwaliteitsmedewerkers denken dat cliënten, door het uniform toepassen van het behandelplan, beter zullen worden behandeld en meer tevreden zullen zijn. De cliënt heeft met zijn behandeling ingestemd en weet wat hij of zij kan verwachten. Reële verwachtingen zullen de kans op klachten verminderen. Het goed bijhouden van het behandelplan is tenslotte een hulpmiddel tijdens een accountantscontrole op de DBC-registratie.

#### *Hulpverleners*

De hulpverleners zien vele voordelen. Voorheen hadden niet alle cliënten een behandelplan en waren behandelplannen niet altijd up-to-date. De aanwezigheid van behandelplannen is door HKZ sterk toegenomen. Het behandeltraject en tussentijdse veranderingen daarin staan duidelijk op papier, met inbreng van de cliënt en de hulpverleners. De cliënt weet wat hem te wachten staat, voelt zich gehoord en is meer geëngageerd aan zijn behandeling.

De hulpverleners plaatsen wel enkele kanttekeningen. De aanwezigheid van een behandelplan kan ten eerste een soort schijnkwaliteit geven. Sommige cliënten weten bijvoorbeeld niet eens dat ze een behandelplan hebben, ondanks dat deze ondertekend is. Ook komt het voor dat gecontroleerd wordt op de aanwezigheid, maar niet op de inhoud van de plannen. Om bureaucratie te beperken formuleren hulpverleners soms ook maar één doelstelling en worden aanpassingen in de behandeling niet verwerkt. Als deze hulpverleners aanpassingen maken dan is dit vaak in het kader van wetgeving en financiering, bijvoorbeeld bij verandering van diagnose (DBC-kader) of bij vrijheidsbeperkende maatregelen (BOPZ-kader).

Toch menen hulpverleners dat dossiers vollediger zijn dan vroeger. Vóór HKZ zaten vaak losse onoverzichtelijke aantekeningen of helemaal geen aantekeningen in dossiers. Na HKZ wordt beter gerapporteerd over de voortgang van de cliënt. De continuïteit en kwaliteit van zorg verbeteren hierdoor. Medewerkers krijgen bij een her-aanmelding of overname inzicht in de problematiek. Bij supervisies maakt het dossier het verloop van de behandeling inzichtelijker. Bij klachten is de goede documentatie waardevol, omdat een situatie duidelijk staat beschreven. De cliënt nuanceert in sommige gevallen dan zijn klacht, trekt het in of wordt juist in het gelijk gesteld. Het levert een meer rechtvaardige en bevredigende uitkomst op voor alle partijen.

#### **4.4.2 De normen voor de secundaire processen**

De normen voor de secundaire processen zijn geclusterd in 5 rubrieken. In iedere paragraaf staat een rubriek centraal

##### **4.4.2.1 Rubriek 4: Beleid en instelling**

Rubriek 4 van het HKZ-schema is de rubriek beleid en instelling. De normen in deze rubriek gaan over het instellingsbeleid en de -doelstellingen, de aanwezigheid van een kwaliteitsmanagementsysteem, de verantwoordelijkheden van de directie en het bestuur en het betrekken van de cliënt en externen in het beleid.

##### **Aanwezigheid instellingsbeleid en -doelstellingen**

De HKZ-normen bevatten vereisten voor het instellingsbeleid en de -doelstellingen. Zo dient een (meerjaren)beleidsplan aanwezig te zijn dat richting geeft aan de zorginhoud, de strategie, de financiën en het sociaal beleid. Het plan moet daartoe meetbare doelen beschrijven (om prestaties te meten en continuïteit te borgen) en rekening houden met wet- en regelgeving. Afdelingsbeleid, kwaliteitsbeleid en kwaliteitssystemen moeten aansluiten op dit plan.

##### *Kwaliteitsmedewerkers*

Een betere centrale regie is een eerste belangrijke meerwaarde van deze normen, aldus de kwaliteitsmedewerkers. Vroeger hadden instellingen veelal geen meerjarenplan. Wel jaarplannen, maar deze waren vaak niet goed gekoppeld aan afdelingsbeleid. Bovendien waren plannen en doelstellingen niet duidelijk of onhaalbaar en werd inconsequent op de

voortgang gelet. Door de meerjarenplanning, de doelstellingen en koppeling met afdelingsbeleid, zorgt HKZ voor meer centrale regie over beleid en activiteiten. Beleid kan breder worden ingezet, waardoor middelen van de instelling efficiënter worden benut.

Aandacht voor kwaliteit (en daarmee verbetering van de kwaliteit van zorg) is een tweede ervaren meerwaarde. Inhoudelijk waren de plannen vroeger voornamelijk toegespitst op geld en productie. Nu is er ook aandacht voor kwaliteit. Omdat afdelingsplannen afgeleid zijn uit het (meerjaren)plan, verschilt de kwaliteit van zorg ook minder per locatie. Doelen dienen ook SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch en Tijdgebonden) te worden geformuleerd. Niet behaalde doelen worden op oorzaken geanalyseerd, waarna verbeteracties worden ingezet.

#### *Managers*

Managers zijn minder positief over de normen en genuanceerder over de vroegere stand van zaken. Zij bespreken dat instellingen altijd meerjarenbeleid hebben gehad, maar dat de tijdshorizon vaak korter was. HKZ heeft in die zin de invoering van langere termijn meerjarenbeleid wel versneld. Het maakt dat de instelling meer anticipeert op verwachte ontwikkelingen, waardoor toekomstige mogelijke problemen kunnen worden voorkomen (bijvoorbeeld in financiën). Maar, enkele managers hebben ook kanttekeningen bij het opstellen van meerjarenbeleid. Het wordt teveel een verplichting en een keurslijf. Het zou een wissel leggen op de flexibiliteit van de instelling. Ook is volgens hen niet over meerdere jaren financieel te plannen. Financieringssystemen veranderen daarvoor te vaak.

#### *Stafmedewerkers*

Stafmedewerkers zien vooral meerwaarde in de koppeling van het instellingsbeleid met afdelingsbeleid. Volgens enkele stafmedewerkers werd op afdelingen vaak ad hoc gereageerd op situaties. Het was vooral brandjes blussen. Door HKZ koppelt een afdeling haar jaarplan aan het meerjarenplan. Het beleid van de afdeling wordt hierdoor meer toekomstgericht en ondersteund door de instelling. Medewerkers weten zo ook beter waar de instelling naartoe wil. Veranderingen zijn hierdoor eenvoudiger te bewerkstelligen, volgens de stafmedewerkers. Ook merken enkele stafmedewerkers dat zij meer plannen maken in hun beleid en deze regelmatig evalueren en bijstellen, omdat HKZ hier een kader voor vormt. Knelpunten worden eerder gesignaleerd in het beleid en aangepakt.

### **Aanwezigheid kwaliteitsmanagementsysteem**

De HKZ-normen schrijven een instelling voor een kwaliteitsmanagementsysteem op te zetten, te documenteren, in te voeren en te onderhouden. Hiertoe moeten processen worden beschreven en in samenhang worden gebracht. Met metingen moet vervolgens beoordeeld worden of processen naar behoren verlopen. Bij afwijkingen dienen maatregelen genomen te worden. De waarde van de normen met betrekking tot de procesbeschrijvingen enerzijds en het meten, analyseren en nemen van maatregelen anderzijds staan hieronder centraal.

### Procesbeschrijvingen

HKZ verplicht processen in de instelling te beschrijven en vast te leggen in protocollen.

#### *Kwaliteitsmedewerkers*

De meerwaarde van de procesbeschrijvingen ligt volgens de kwaliteitsmedewerkers in het uniformeren en verbeteren van processen en het bestuurbaarder maken van de instelling. Uniformiteit in processen ontbrak vroeger veelal. Het wisselde per afdeling hoe een proces liep en wie waarvoor verantwoordelijk was. De beschrijvingen waren ook niet altijd up-to-date. Door alle processen met behulp van medewerkers te beschrijven, zijn processen niet alleen geuniformeerd, maar ook verbeterd. Ontbrekende of inefficiënte stappen kwamen aan het licht en werden gewijzigd.

*"Wat wel duidelijk werd is dat de intake een te arbeidsintensief proces is. Waar heel veel mensen bij betrokken zijn. Daar kwamen we achter doordat we het hebben beschreven. Er werd soms wel 2 keer een intake gedaan. Gewoon omdat het erbij hoorde. Mensen konden gewoon bij de tweede intake afgewezen worden." (kwaliteitsmanager 8)*

Procesbeschrijvingen leveren volgens enkele kwaliteitsmedewerkers een soort blauwdruk. Processen en hun onderlinge samenhang worden duidelijk. Dit alles maakt een instelling beter te managen. Door de procesbeschrijvingen is er ook meer informatie en een beter inzicht in risico's, waardoor het beter mogelijk is geworden afwijkingen te herkennen en te corrigeren. De transparantie leidt ook tot een beter imago van de instelling, omdat de instelling inzichtelijker is voor medewerkers en buitenstaanders.

De toenemende bureaucratie, door het beschrijven van grote hoeveelheden processen wordt als meest negatieve punt benoemd.

### *Hulpverleners*

Hulpverleners herkennen de voordelen van uniformering en up-to-date beschrijvingen. Processen worden inzichtelijker en lopen eenduidiger. Men kan daardoor makkelijker taken overdragen en elkaar aanspreken op verantwoordelijkheden. Het verbetert de continuïteit in zorg en daarmee de tevredenheid van cliënten, medewerkers en verwijzers.

De beschrijving van processen en verantwoordelijkheden hebben echter ook een grote keerzijde. Het ontnemt de hulpverleners vrijheid om naar eigen inzicht te handelen. Dit kan leiden tot ontevredenheid, het niet melden van afwijkingen en het niet toepassen van de protocollen. Hulpverleners bespreken dat instellingen in het begin vaak doorschoten door veel te gedetailleerd te beschrijven.

### *Managers*

Voor managers is de betere kwaliteitsborging en verspreiding van best practices een meerwaarde van procesbeschrijvingen. Vroeger kwam het regelmatig voor dat de uitvoering niet optimaal was, onderdelen werden vergeten en het wiel op iedere afdeling opnieuw werd uitgevonden. Zij delen ook de mening van de kwaliteitsmedewerkers dat de instelling beter te managen wordt, omdat processen inzichtelijker zijn en naar protocollen kan worden verwezen als iets niet loopt zoals zou moeten. Verantwoordelijkheden zijn duidelijker geworden. Er worden minder fouten gemaakt en bij fouten kunnen medewerkers nagaan waar het is misgegaan en wie ervoor verantwoordelijk is.

De managers benoemen echter een aantal belangrijke beperkingen van de beschrijvingen. Tussen papier en praktijk zit veel ruimte. Er is een verschil tussen de beschreven processen en de uitvoering ervan. Hulpverleners zijn volgens managers al jaren gewend om op een bepaalde manier te werken. Een deel past hun werkwijze dan ook niet aan. Ook neemt de bureaucratie toe door het up-to-date houden van (soms te minutieus beschreven) protocollen. Het levert veel werkdruk op en het staat soms zelfs het behalen van belangrijke verbeteringen in de weg.

### *Stafmedewerkers*

Stafmedewerkers zien niet veel meerwaarde in de procesbeschrijvingen van hun eigen werk. Voor ondersteunende processen waren vaak al vastgelegde procedures. Voor stafmedewerkers helpen de beschrijvingen van andere dan hun eigen processen hen echter wel bij het nemen van beslissingen over ingewikkelde processen. De procedures zijn

beschreven en vormen als draaiboek een soort beslisboom. Bij eenvoudigere processen is de meerwaarde niet zo groot, omdat de protocollen weinig geraadpleegd worden.

Het voordeel dat door de uniforme procedures een snelle verspreiding van verbeteringen plaatsvindt, wordt tevens door hen herkend. De nadelen die hulpverleners en managers noemen herkennen zij evenzeer. Procedures kunnen verstarrend werken. Het vastleggen van zaken in procedures werkt ook vertragend. Het kan namelijk even duren voordat een vanuit de praktijk beoogde vernieuwing werkelijkheid wordt in de procedures. Te gedetailleerde beschrijven worden vervolgens als bureaucratisch ervaren. Ze leiden tot een logge en inflexibele instelling, die zich niet snel kan aanpassen aan een veranderende interne en externe omgeving. Bovendien voelen de procedures vaak ook als een controle-middel, omdat afwijkingen moeten worden gemeld. Dit wordt als een keurslijf ervaren.

#### Metten, analyseren en corrigeren

Na het beschrijven van processen zijn het meten en analyseren en indien nodig corrigeren van processen normvereisten in het kader van het kwaliteitsmanagementsysteem.

#### *Kwaliteitsmedewerkers*

Kwaliteitsmedewerkers benoemen een duidelijker, kwalitatief beter en efficiënter verloop van processen als meerwaarde. Het zou tijd en middelen besparen, tenminste als alles goed verloopt. Zodra maatregelen genomen moeten worden zijn tijd en middelen juist nodig. Enkele kwaliteitsmedewerkers benoemen dat het nemen van preventieve maatregelen, in tegenstelling tot de corrigerende, nogal eens blijft liggen. Het anticiperen op verwachte problemen wordt hierdoor bemoeilijkt.

#### *Hulpverleners*

Hulpverleners zijn ambivalent over de waarde van al dat meten, analyseren en corrigeren. Zij zien enerzijds dat het management veel meer onderneemt naar aanleiding van hun feedback (bijvoorbeeld over niet lopende processen). Dat motiveert hen tot melden. Wel vinden zij dat nog de omslag moet worden gemaakt van het bevestigen van een probleem naar het daadwerkelijk uitvoeren van acties om het probleem op te lossen. Ook vinden zij dat er nog teveel nadruk wordt gelegd op het toetsen van procedurele zaken in plaats van inhoudelijke. Als voorbeeld geeft een hulpverlener dat getoetst wordt of verwijzers en cliënten de informatie conform de procedures krijgen, maar niet of deze partijen blij zijn met de inhoud van de informatie. Ook plaatsen zij de kanttekening dat niet alles is te vangen in procedures en metingen. Cliënten verschillen in zorgvraag en behoefte en de

praktijk verandert dagelijks. Het is bovendien lastig om alles te registreren, omdat sommige afwijkingen (zoals klachten) direct worden afgehandeld en niet gemeld. De werkelijkheid kan dus niet volledig gevangen worden. Instellingen die dit wel proberen krijgen te maken met een enorme administratie en bureaucratie.

### *Managers*

Meten, analyseren en maatregelen nemen helpt managers hun instelling te managen. Ze kunnen goed zien hoe zaken lopen, wat goed en minder goed gaat en waar actie nodig is. Het geeft hen sturingsinformatie.

*"Als manager kan ik professioneler werken door de protocollen en metingen. (...) Ik kan alles toetsen. Het maakt voor mij alles inzichtelijk en ik kan snel inzoomen op als er bijvoorbeeld een doel niet is gehaald in de afgelopen 4 weken en dan kan ik nagaan waaraan het heeft gelegen." (manager 2)*

Metten deed men al vóór HKZ. De kwaliteit van de informatie is echter beter geworden en door HKZ wordt ook meer met de informatie uit metingen gedaan. Het wordt meer geanalyseerd en er wordt meer actie op genomen. Door het kwaliteitssysteem ontstaan vaak aanpassingen in de zorgverlening die geborgd blijven. Het draagt bij aan de kwaliteit.

*"Je gaat er ook op sturen en je bent aanspreekbaar. Ik, maar ook de leidinggevenden van de afdelingen gaan er mee aan de slag. We hadden bijvoorbeeld een afdeling met veel terugvallen en daar zijn we toen op in gaan zoomen. Veel cliënten gingen op vrijdag met ontslag, maar dan moeten ze meteen een weekend overbruggen en dan gaat het vaak mis. Nu mogen cliënten uiterlijk donderdag met ontslag. Dat is echt het HKZ denken." (manager 2)*

De managers herkennen tenslotte dat hulpverleners positiever gaan oordelen over het meten naarmate kwaliteitsverbeteringen een zichtbaar gevolg zijn van het verrichten van metingen en het melden van afwijkingen. Zij zien dat hulpverleners dan gemotiveerder zijn om te melden en meten. Van belang is wel, volgens de managers, dat het melden en meten niet als een controlemiddel en extra werk wordt gezien. Dat zou kwaliteitsverbeteringen tegenwerken.

### *Stafmedewerkers*

Stafmedewerkers zien vooral dat al het meten en nemen van maatregelen toeneemt. Een medewerker geeft als voorbeeld dat op basis van allerlei bronnen (tevredenheidmetingen,

audits, managementoverleg, klachten) actielijsten worden opgezet met maatregelen, die periodiek worden geëvalueerd. Het neemt toe, omdat het moet, maar ook, omdat er meer procedures zijn gekomen die gemonitord moeten worden. Het voortdurend monitoren van afwijkingen is lastig. Niet alle afwijkingen worden gemeld.

Stafmedewerkers bespreken tenslotte dat al het meten en analyseren (bij cliënten, familie, leveranciers en verwijzers) instellingen meer klantgericht maakt. Ook voor personeel kan het voordelen hebben. Zo vertelt een P&O-manager dat met preventieve maatregelen het ziekteverzuimbeleid is aangepast en het ziekteverzuim gedaald.

### **Verantwoordelijkheden directie en bestuur**

De HKZ-normen leggen de volgende verantwoordelijkheden voor directie en bestuur strikter vast: de verantwoordelijkheid dat medewerkers bekend zijn met en een bijdrage leveren aan het beleid en de doelen en de verantwoordelijkheden voor de controle op de uitvoering en het onderhoud van het (kwaliteits)beleid en kwaliteitsmanagementsysteem.

#### *Kwaliteitsmedewerkers*

Een belangrijke meerwaarde van deze normen is, volgens kwaliteitsmedewerkers, dat medewerkers meer dan voorheen worden betrokken bij het beleid. Dit leidt tot meer binding met de instelling, een verbeterde naleving van het beleid, meer tevredenheid bij en een hoger slagingspercentage van beleidsinitiatieven. De verantwoordelijkheid voor de systeembeoordeling ondersteunt dit ook. De directie heeft met de systeembeoordeling een tool in handen om inzicht te krijgen in zaken die niet goed lopen. Het wordt besproken en acties worden genomen. Er wordt sneller en flexibeler gereageerd op problemen. Er wordt ook niet zoals voorheen sterk op financiën gecontroleerd. Kwaliteit telt meer mee.

#### *Hulpverleners*

De hulpverleners bevestigen de woorden van de kwaliteitsmedewerkers. Zij vertellen meer betrokken te worden bij het beleid. De gesproken hulpverleners raken daardoor meer betrokken bij de instelling en zijn zich bewuster dat ze in een bedrijf werken. Ze voelen zich hierdoor ook medeverantwoordelijk voor een kwalitatief en financieel gezond bedrijf.

*"De bewustwording dat je in een bedrijf werkt is ook door HKZ gekomen. Je dient niet alleen de cliënt maar ook het bedrijf gezond te houden." (hulpverlener 6)*



### *Managers*

Ook de managers spreken over meer betrokkenheid van medewerkers bij het beleid en een daaruit voortvloeiende toenemende verbondenheid met de instelling. Voorheen waren medewerkers volgens enkele managers meer met hun eigen vakgebied bezig en minder met de instelling. HKZ heeft dat veranderd en ook geleid tot een betere koppeling tussen strategie en uitvoering.

### *Stafmedewerkers*

Stafmedewerkers bespreken hetzelfde aangaande de betrokkenheid bij het beleid. De toewijzing van verantwoordelijkheden voor systeembeoordelingen achten zij echter als weinig zinvol. Zij bespreken dat altijd al op verschillende vlakken wordt beoordeeld, zoals AO/IC controles, risico-inventarisaties, evaluaties en aanpassingen aan meetinstrumenten. De systeembeoordeling lijkt dan een herhaling van zetten.

### **Betrekken cliënt en externen**

De normen van HKZ stellen eisen ten aanzien van het meten van de waardering, de communicatie en het betrekken bij het beleid van cliënten, ketenpartners, financiers en familie van de cliënt.

De geïnterviewden uit alle geledingen bespreken dat de normen de instelling klantgericht maken. Er wordt meer aandacht besteed aan klantwaarderingen en de cliënt wordt meer betrokken bij het beleid. Een manager spreekt zelfs over cliëntempowerment. Een stafmedewerker geeft als voorbeeld dat verbeterplannen werden opgenomen in het meerjarenbeleid op basis van tegenvallende cliënttevredenheidsmetingen. Een manager vertelt dat hij in zijn managementrapportages standaard moet rapporteren over klanttevredenheid, klachten en incidenten en de acties die daarop ondernomen gaan worden. De kwaliteitsmedewerkers bespreken daarbij de ontstane betrokkenheid van andere partijen en meerwaarde daarvan: het beleid sluit beter aan op de wensen van cliënten en externe partners, het imago van de instelling verbetert, de tevredenheid neemt toe en cliënten en externe partners voelen zich beter bejegend.

#### **4.4.2.2 Rubriek 5: Personeel**

De normen in deze rubriek gaan over de aanwezigheid van personeelsbeleid, afdoende en kwalitatief goed personeel, de werkomgeving en het betrekken van personeel.

### **Aanwezigheid personeelsbeleid**

Het hangt van de kwaliteit van het personeelsbeleid voor introductie van HKZ af of de normen over personeelsbeleid tot meerwaarde hebben geleid. Medewerkers van instellingen waar het personeelsbeleid slecht was ingevuld, stellen meerwaarde te ontlenen aan de normen. Het betreft veelal kleine instellingen of instellingen die door een snelle groei of fusie nog geen samenhangend personeelsbeleid hebben ontwikkeld. HKZ biedt dan een handzaam kader om het personeelsbeleid te verbeteren en aan te laten sluiten bij beleidsplannen op andere gebieden. Het personeelsbeleid ondersteunt in deze gevallen het uitvoeren van overig beleid. De positionering van het personeelsbeleid is verbeterd, omdat het door HKZ meer onafhankelijk wordt van het algemeen beleid. Het merendeel van de gesproken medewerkers bespreekt dat ze vóór HKZ al goed personeelsbeleid hadden. HKZ had voor hen geen meerwaarde. Reeds bestaande wetgeving over personeelsaangelegenheden, zoals de GGZ CAO, Wet BIG en Arbo-wetgeving, was bij hen goed ingebed in het beleid.

### **Afdoende personeel**

Meerdere medewerkers vertellen dat de normen hebben geleid tot een efficiëntere inzet van personeel, een beter aannamebeleid en betere beheersbaarheid. Door HKZ zijn formatieplannen ontwikkeld op basis van berekeningen van de benodigde personeels-capaciteit gegeven interne en externe ontwikkelingen en activiteiten. Voorheen ontbrak dit overzicht in sommige instellingen met inefficiënte inzet, tekorten en problemen in de inzet van personeel als gevolg.

### **Kwalitatief goed personeel**

De normen van HKZ stellen eisen aan het borgen van het professioneel handelen, werving en selectie, deskundigheidsbevordering, beoordelingen, het vastleggen van functie- en taakomschrijvingen, verantwoordelijkheden, bevoegdheden en kwalificaties.

#### *Kwaliteitsmedewerkers*

Kwaliteitsmedewerkers zien verschillende vormen van meerwaarde van deze normen: betere vaardigheden van medewerkers, meer zelfvertrouwen in het werk, meer tevredenheid, leidend tot meer gekwalificeerd personeel en een hogere kwaliteit van het werk. Het voorheen ontbreken van goede functiebeschrijvingen en een passend deskundigheidsbevorderingsaanbod zijn hiervoor redenen. Het kwam ook voor dat benodigde disciplines ontbraken op een afdeling, waardoor bepaalde taken door onbevoegden werden verricht (bijvoorbeeld medicijnverstrekking). Door HKZ zijn de

behoefte aan kennis en de bevoegdheden en beroepscompetenties in kaart gebracht en omgezet in bij de vraag passende opleidingen en vormen van deskundigheidsbevordering.

Negatief gevolg van HKZ is, volgens enkele kwaliteitsmedewerkers, dat hulpverleners zich regelmatig begrensd en gecontroleerd voelen, waardoor de werksatisfactie afneemt. Dit is het gevolg van het inkaderen van hun werk met taakomschrijvingen, richtlijnen, het moeten uitvoeren van metingen en het verplicht melden van afwijkingen.

*“Het PDCA wordt gezien als: PD oké, maar CA is meer de controle over hun werk.”  
(kwaliteitsmanager 9)*

#### *Hulpverleners*

Hulpverleners merken dat de kwaliteit van het professioneel handelen op peil blijft en wordt doorontwikkeld door HKZ. Zij bespreken dat zij vroeger zelden jaargesprekken of teamvergaderingen hadden. Hierdoor vielen niet functionerende hulpverleners minder op. Door HKZ zijn het aantal jaargesprekken en teamvergaderingen toegenomen. De meeste hulpverleners zijn hierover positief. Het motiveert te horen dat je het goed doet. Het is goed om te evalueren en doelen voor het komende jaar te stellen. Het is prettig dat je eigen onderwerpen en behoeftes kunt inbrengen. Het maakt het mogelijk een gesprek aan te gaan met minder goed functionerende collegae. Het geeft de hulpverleners het gevoel dat de instelling geïnteresseerd is en het biedt mogelijkheden om zich te ontplooiën.

*“HKZ staat voor interne kwaliteit, hoe waarborg je dat nou en zorg je voor het personeel. Door een persoonlijk jaarwerkplan wordt dat geholpen.”(hulpverlener 1)*

De kennis van een professional wordt ook verbeterd door eigen initiatieven tot het volgen van bijscholingen, lezen van vakbladen, verplichtingen vanuit de Wet BIG en lidmaatschap van een beroepsvereniging.

#### *Managers*

Volgens enkele managers hadden medewerkers voorheen nogal eens het gevoel in het diepe te worden gegooid. HKZ heeft hierin verandering gebracht door de normen betreffende functiebeschrijvingen, inwerkperiodes, exit- en jaargesprekken en procedures voor sollicitaties. De medewerkers worden hierdoor beter voorbereid op hun werk en ondersteund in hun werk. Verder zijn de verwachting richting de medewerker duidelijker, waardoor ze zekerder hun werk uitvoeren en een positievere kijk hebben op de instelling. Kanttekening is wel dat HKZ zorgt dat gesprekken plaatsvinden, maar niet aangeeft wat de inhoud en kwaliteit ervan moet zijn. Deze verschillen nog naar instelling of afdeling.

### *Stafmedewerkers*

Stafmedewerkers zijn ambivalent. Voor een deel zijn zij positief. Incidenten en problemen in de continuïteit worden voorkomen door het in kaart brengen van ontbrekende specialistische en onderbezette functies. Ook is meer zicht op de verwachte uitstroom door de leeftijd van het personeelsbestand in de gaten te houden. Op basis van beide worden acties voor werving en selectie ingezet. Ook de toenemende aandacht en activiteiten om de kwaliteit van het personeel op pijl te houden worden positief bevonden.

Van sommige noodzakelijke randvoorwaarden zien zij de meerwaarde echter niet, zoals de aanwezigheid van diploma's en functieomschrijvingen in alle personeelsdossiers. De energie en kosten wegen niet op tegen de baten en het leidt tot meer bureaucratie.

### **Werkomgeving**

HKZ borgt een gezonde en veilige werkomgeving met normen over infectiepreventie, bescherming tegen geweld, seksuele intimidatie en discriminatie, meldingsplichten bij onveilige situaties en opvang na een calamiteit.

### *Kwaliteitsmedewerkers*

De meerwaarde van HKZ is voor kwaliteitsmedewerkers dat grote incidenten vaker worden voorkomen en cliënten en medewerkers daardoor een veiligere werkplek hebben. Door HKZ is het bewustzijn gegroeid en zijn maatregelen getroffen met betrekking tot de veiligheid. Er zijn betere ontruimingsplannen en meer ontruimingsoefeningen gekomen en voldoende brandslangen en blussers opgehangen. Wettelijke regels bestonden vaak al wel, maar ze werden niet goed nageleefd.

*"HKZ heeft effect op veiligheid, omdat je wettelijke regels goed gaat beschrijven, die de veiligheid van je cliënten en je medewerkers moeten waarborgen." (kwaliteitsmedewerker 6)*

### *Managers*

Managers spreken vooral over een gezondere werkomgeving. Vóór HKZ werd weinig gecontroleerd op het toepassen van Arbo-wetgeving. Arbo-controles worden belangrijk gevonden, omdat het een preventieve werking heeft op uitval van medewerkers. Een voorbeeld is het verantwoordelijk maken van een medewerker per team voor Arbozaken. Deze controleert bijvoorbeeld de geschiktheid van de bureaustoelen.

### *Stafmedewerkers*

Stafmedewerkers zien dat de veiligheid is verbeterd door het frequenter uitvoeren van risico-inventarisaties, het meer up-to-date houden van bedrijfsnoodplannen, het doen van ontruimingsoefeningen en het opstellen van regels voor het melden van onveilige situaties. De rapportages van de meldingen worden gebruikt voor beleidsaanpassingen. Er wordt meer geluisterd naar de gevaren die medewerkers in hun werk zien en hierop wordt ook meer actie genomen. Ook wordt beter op het Arbobeleid gelet. De hoge kosten van dit alles worden als een belangrijk nadeel ervaren. Structurele scholing van medewerkers in bedrijfshulpverlening is bijvoorbeeld een behoorlijke kostenpost voor een instelling. Uiteindelijk leidt het volgens de stafmedewerkers wel tot het voorkomen van incidenten of een betere afloop van een incident.

Stafmedewerkers bespreken echter dat de waarde van de normen afhangt van de mate waarin instellingen bepaalde zaken al hadden geregeld. Sommige instellingen hebben zaken al geregeld door vroegere incidenten. Vaak maakt wetgeving dat al aan normen is voldaan, al geven stafmedewerkers toe dat ook wetgeving niet altijd is geïmplementeerd.

### **Betrekken medewerkers**

HKZ schrijft voor dat medewerkers betrokken moeten worden (zie ook eerder). Een instelling moet daartoe tevredenheidsonderzoeken houden en zorgen voor een goede klachtenopvang.

### *Kwaliteitsmedewerkers*

Tevredenheidsonderzoeken werden ook vóór HKZ verricht. Met de informatie wordt na HKZ echter meer gedaan. Resultaten worden gebruikt om beleid te maken. Ook wordt meer informatie gebruikt. Hierboven is beschreven dat door HKZ meer functionerings- en exitgesprekken worden gehouden. Ook informatie hieruit wordt gebruikt. Door de gesprekken en het meten van de tevredenheid ontdekt de instelling trends in oorzaken van personeelsverloop en voelt de werknemer zich serieus genomen. Medewerkers zouden meer tevreden zijn over de instelling, beter functioneren en langer blijven werken in de instelling.

### *Stafmedewerkers*

Volgens sommige stafmedewerkers worden medewerkers meer dan voorheen betrokken bij het verder ontwikkelen van de instelling. Tevredenheidsonderzoek, geluiden over knelpunten en incidentenmeldingen zijn leidend in het verbeteren van de tevredenheid en

kwaliteit van de werkplek van de medewerker. Regels, zoals klokkenluidersregeling, en klachtenprocedures zijn helder geregeld. Ze zijn daardoor beter toegankelijk voor medewerkers. Ze kunnen ergens op terugvallen als zij in een lastige of vervelende situatie zitten.

#### **4.4.2.3 Rubriek 6: Onderzoek en ontwikkeling**

In de rubriek onderzoek en ontwikkeling staan normen over het bijhouden van ontwikkelingen in de zorg op het gebied van kwaliteit, wet- en regelgeving en nieuw behandelaanbod en normen voor het ontwikkelen en implementeren van nieuwe producten, zorg- of dienstverlening.

De rubriek blijkt in de certificeringstrajecten veelal te zijn uitgesloten. Men hoefde, met andere woorden, niet te voldoen aan de normen om het HKZ-certificaat te behalen. Sommige instellingen die niet zijn gecertificeerd op deze rubriek vinden de uitsluiting terecht. Het ontwikkelen van producten en verrichten van onderzoek kost tijd en geld en vraagt om specifieke kennis, die een instelling vaak helemaal niet heeft. Het leveren van zorg dient eerst te worden geborgd. Het niet gecertificeerd zijn op deze rubriek zou ook geen negatieve invloed hebben. Dit betekent overigens niet dat alle instellingen helemaal niets ondernemen op deze terreinen, maar de mate waarin is bij de meeste alleen veel geringer dan de normen voorschrijven.

Een enkele instelling is wel gecertificeerd op de normen van rubriek 6. Dit zijn veelal instellingen die bij een universiteit zijn aangesloten of een speciale afdeling hebben om nieuwe producten te ontwikkelen. De medewerkers van deze instellingen vertellen weinig te moeten hebben doen om aan de normen te voldoen. De meeste procedures waren al goed beschreven en uitgevoerd. Door HKZ zijn de bestaande procedures alleen aangescherpt. De meerwaarde ligt vooral op het vlak van trots en het onderscheidend vermogen met andere (niet op rubriek 6 gecertificeerde) instellingen.

*“We zijn blij dat we het op het certificaat hebben staan omdat vele andere instellingen dat niet hebben. We hadden al een universitair gedeelte. We hoefden niet echt veel extra’s ervoor te doen, we hebben maar een paar extra procedures toegevoegd. De toegevoegde waarde van deze rubriek is er niet heel erg, maar de tekst op het certificaat is wel mooi.” (kwaliteitsmedewerker 9)*

#### **4.4.2.4 Rubriek 7: Fysieke omgeving en materiaal**

In de rubriek fysieke omgeving en materiaal staan normen beschreven over het beheer van gebouwen, apparatuur en materialen, de opslag van privacygevoelige gegevens en de distributie en kalibratie van meetapparatuur.

Medewerkers bespreken ten eerste dat het voldoen aan bepaalde normen zeer tijdrovend is, terwijl de meerwaarde klein is. Het betreft hier vooral de normen over het kalibreren van apparatuur. Men vindt dat de kosten niet opwegen tegen de baten, ook al werd het vroeger minder frequent gedaan en ook al erkent men dat het incidenten kan helpen voorkomen.

Over de HKZ-normen over het omgaan met privacygevoelige informatie is men wel positief. De verwachting is dat er minder kans is op incidenten, zoals het zoekraken of oneigenlijke toegang tot personeels- en cliëntendossiers. Het schortte voorheen aan de opslag van cliënten- en personeelsdossiers. Dossiers zaten in niet goed afgesloten ruimtes of kasten en er waren weinig regels over het omgaan met persoonsgegevens. Beide zijn er nu wel. Verder helpt het EPD bij het beschermen van de privacy, omdat de informatie achter inlogcodes en wachtwoorden zit.

Tenslotte wordt gesproken over een beter onderhoud van panden. Er zijn overzichten gekomen van de panden en hun onderhoudsstaat. Beheer en sturing is hierdoor mogelijk. Het levert een efficiëntieslag op en daardoor een financieel voordeel. Bovendien voldoen instellingen beter aan de wettelijk eisen betreffende veiligheid van gebouwen.

#### **4.4.2.5 Rubriek 8: Diensten door derden**

In de rubriek diensten door derden staan normen over het vaststellen en beheersen van de kwaliteit van in te kopen of uit te besteden producten of diensten. Sommige instellingen hadden hun processen reeds op orde. De normen hebben voor hen geen toegevoegde waarde. Andere medewerkers bespreken dat de inkoopprocedures zijn verbeterd door de normen. Op termijn leidt dit tot financiële voordelen en een betere kwaliteit van de producten en diensten.

Voorheen was het inkoopbeleid van producten en diensten erg ad hoc. Medewerkers konden vaak bestellen wat ze wilden. Dat werd niet gecontroleerd. Men had verschillende contracten, soms zelfs met dezelfde leverancier. HKZ heeft geleid tot het systematisch beoordelen van leveranciers. Overzichten zijn gemaakt van de eisen aan de kwaliteit en de kosten van de ingekochte producten en diensten. Contracten zijn geüniformeerd, waarbij gekozen is voor de meest optimale contracten. Sommige leveranciers zijn uitgesloten.

Deze veranderingen zorgen voor een inzichtelijkere en beter te managen begroting, eenvoudiger relatiebeheer en scherpere inkoop. Factuurbetalingen worden nauwelijks meer vergeten. Financiële risico's worden beter vermeden, omdat leveranciers worden beoordeeld op hun solvabiliteit en rentabiliteit. Men gaat alleen contracten aan met betrouwbare leveranciers. Eén stafmedewerker vertelt bijvoorbeeld dat ze sinds HKZ niet meer met bedrijven te maken hebben die failliet gaan, ondanks het grootte aantal leveranciers.

Negatieve geluiden zijn er echter ook. Het beoordelen van leveranciers kost veel tijd. Bij grote leveranciers is de tijdsinvestering de moeite waard, omdat het om grote bedragen gaat. Bij kleine leveranciers weegt de bestede tijd niet op tegen de opbrengsten. Ook ontstaat soms (tijdelijke) onvrede bij medewerkers, omdat minder eenvoudig producten en diensten kunnen worden ingekocht.

#### **4.4.2.6 Rubriek 9: Documenten**

De normen in deze rubriek gaan over het beheer en de toegankelijkheid van kwaliteitsregistraties, procedures, richtlijnen en andere documenten.

##### Toegankelijke documentatie

In de voorgaande paragrafen is aangegeven dat processen worden beschreven. De normen borgen dat de meest up-to-date beschrijvingen ook beschikbaar zijn. Die toegankelijkheid maakt dat medewerkers documenten kunnen inzien en van elkaar kunnen leren. Kwaliteitsmedewerkers verwachten dat medewerkers hierdoor beter geïnformeerd zijn over de cliënt en procedures, de kwaliteit en continuïteit van zorg verbetert en het aantal incidenten en klachten daalt. Het hierboven besproken voordeel voor nieuwe medewerkers wordt ten aanzien van deze rubriek herhaald door medewerkers. Toegankelijke documentatie en aanwezigheid van handboeken maakt de instelling



transpanter voor de nieuwe medewerkers. Nieuwe medewerkers raken hierdoor beter en sneller ingewerkt, maken minder fouten en voelen zich zekerder in de uitvoering van hun werk.

*"Elke vraag die in ze opkomt kunnen ze vinden en er staat dan helder en concreet beschreven wat ze moeten doen. Dit is dankzij HKZ. We hadden eerder wel handboeken, maar nu heeft HKZ een duidelijk raamwerk gegeven." (stafmedewerker 3)*

Het documenteren heeft keerzijdes. Documenten worden minder snel aangepast, ook als dit nodig is, uit angst voor een wildgroei aan documenten. Enkele kwaliteitsmedewerkers vinden dat documenten meer een dwangmiddel dan een hulpmiddel zijn geworden. Ze geven aan wat je moet doen in plaats van wat je zou kunnen doen.

*"Maar heeft het vastleggen op papier dan een meerwaarde gehad? Die vraag komt naar boven, omdat door het vastleggen van regeltjes er een soort dwingende werking ontstaat. Je draait iets om. Iets vastleggen is bedoeld als hulpmiddel om iets duidelijk te maken, gestructureerd te laten verlopen, een nieuwe medewerker in te werken. Het is nu meer geworden: het staat zo beschreven dus je moet het doen zoals het daar staat. Het is een keurslijf. Daar moeten we wel voor waken." (kwaliteitsmanager 6)*

### Fusies

Goede documentatie is van waarde bij fusies en overnames. Instellingen kunnen sneller hun procedures en werkwijzen vergelijken en overnemen, omdat deze goed beschreven op papier staan en aanwezig zijn. HKZ helpt dan om de verschillende organisatorische processen te harmoniseren en eenduidig te implementeren. Welke proces dit moet zijn, is uiteraard het resultaat van soms zware onderhandelingen.

## **4.5 Het auditproces**

Een laatste kenmerk van HKZ is het auditproces. Deze behelst het beoordelen door een externe instantie van de mate waarin een instelling aan de normen voldoet. Een instelling krijgt het HKZ-certificaat als het in voldoende mate aan de normen voldoet. De certificerende instelling kijkt hiertoe of de normen afdoende geregeld en operationeel zijn. Het certificaat is drie jaar geldig. Daarna wordt opnieuw getoetst om te bepalen of de instelling het certificaat mag behouden. In deze paragraaf staat centraal of dit proces invloed heeft op de meerwaarde van HKZ.

### Zonder audit geen noodzaak

De geïnterviewden bespreken allereerst dat zonder audits geen noodzaak wordt gevoeld om aan de normen te werken. Zonder objectieve beoordeling heeft een certificaat immers geen waarde. De werking van de audits blijkt echter tijdelijk te zijn. Er is een gevoel van urgentie om goed aan de normen te voldoen als de externe beoordelingen eraan komen. Dan moet immers alles op orde zijn. Na de audit ijlt de aandacht vóór HKZ weg. Althans, tot de volgende auditronde eraan komt.

### Vliegwielen voor verdere verbetering

Audits hebben volgens de geïnterviewden als meerwaarde dat tekortkomingen aan het licht komen en adviezen worden gegeven voor verbetering. Dat wordt als positief ervaren. Bij audits kijken vreemde ogen naar de instelling, die zien wat een instelling zelf niet meer ziet. De adviezen zijn soms dwingend. De tekortkomingen moeten binnen een bepaalde tijd worden opgelost. Anders raakt de instelling het certificaat kwijt. Het zorgt voor versnelde verbeteringen, al zijn instellingen hierover soms ontevreden, omdat ze liever prioriteit geven aan andere verbeteringen. Het periodiek beoordelen borgt normen ook in toenemende mate.

*“Meldingen over incidenten hadden we niet zoveel oog voor en dit kregen we tijdens een audit terug. Nu hebben we daar meer aandacht aan gegeven. Het staat op de agenda in allerlei vergaderingen. De meldingen van incidenten zijn in het afgelopen jaar toegenomen, maar dit betekent niet dat er meer incidenten zijn geweest. Integendeel zelf: ik heb het idee dat ze zijn afgenomen.” (manager 5)*

### Kwaliteit audit

De kwaliteit van de audit heeft invloed op de meerwaarde. Er zijn, volgens de geïnterviewden, verschillen in de striktheid van de beoordeling en de kwaliteit van de feedback en rapportages. Het verschilt per certificerende instelling, maar ook per auditor. Soms wordt erg op normen gecontroleerd, terwijl andere auditoren juist zwaarder tillen aan de aanwezigheid van een kwaliteitscyclus. Sommige denken echt mee over te maken verbeteringen in het proces, terwijl anderen alleen hun checklist afwerken. Dit verschil is vaak bekend bij GGZ-instellingen. Volgens een kwaliteitsmedewerker kiezen sommige instellingen bewust voor een minder strenge certificerende instelling of een instelling die puur de normen checkt. Een manager bevestigt dit en stelt dat het dan alleen gaat om het behalen of behouden van het certificaat in plaats van het ontdekken en verbeteren van slecht lopende processen.

## 4.6 Beïnvloedende factoren

De meerwaarde van HKZ voor prestaties blijkt niet altijd alleen aan HKZ te kunnen worden toegeschreven. Andere factoren in en om instellingen spelen eveneens een rol. Die factoren worden in deze paragraaf besproken.

### 4.6.1 Kwaliteit vóór introductie van HKZ

Instellingen werkten ook vóór HKZ al aan hun kwaliteit. De mate waarin instellingen daardoor, bij het starten van het certificeringstraject, al aan normen voldeden, is van invloed op de meerwaarde van HKZ.

#### Vóór HKZ al *vergevorderd* met elementen van HKZ

Geïnterviewden uit instellingen die reeds aan veel HKZ-normen voldeden, vertellen dat HKZ weinig meerwaarde heeft gehad voor hen. Ze voldeden immers al aan de normen. HKZ heeft slechts tot aanscherping geleid en een bekroning van al verricht werk. Voor sommige instellingen pakte HKZ zelfs negatief uit. Door het HKZ-traject moesten instellingen de processen anders inrichten of meer beschrijven dan waar ze behoefte aan hadden. Deze aanpassingen leiden tot onbegrip bij de medewerkers en extra inspanning. Zeker wanneer met een ander kwaliteitsmodel werd gewerkt. Zo vertellen twee stafmedewerkers dat ze al ver waren met het INK management model. Het was lastig om medewerkers te overtuigen op een ander systeem over te gaan.

#### Vóór HKZ al met sommige elementen van HKZ bezig

Geïnterviewden uit instellingen die sommige normen reeds hadden geregeld ervaren HKZ als een positief stimulerend kader. Verbeteringen konden ineens versneld worden bereikt.

#### Vóór HKZ-certificering *weinig tot niet* met de elementen van HKZ bezig

Geïnterviewden verwachten dat HKZ de meeste meerwaarde zal hebben voor instellingen die nog nauwelijks tot niets op orde hadden. Zo vertelt een manager dat ze vóór HKZ nog bijna geen afspraken en processen op papier hadden staan. HKZ leverde voor de instelling daarom al meteen erg veel op. De mate waarin meerwaarde wordt ervaren hangt volgens een kwaliteitsmedewerker wel af van de mate waarin een instelling tracht aan de normen te voldoen. Instellingen die zich richten op minimale voorwaarden zullen minder meerwaarde ondervinden dan instellingen die zich maximaal inzetten voor het realiseren van normen.

#### **4.6.2 Periode dat de instelling gecertificeerd is**

De meerwaarde van certificering zal als een soort normaal verdeelde curve verlopen, zo is de mening. In het begin is weinig meerwaarde te verwachten, op termijn een grote meerwaarde en op zeer lange termijn daalt de meerwaarde weer.

De meerwaarde is naar verwachting van de geïnterviewden klein in het begin, omdat processen soms niet goed zijn uitgedacht, resultaten uit metingen nog moeten worden verwerkt en mensen zich nieuwe werkwijzen moeten eigen maken. De instelling heeft tijd nodig om het kwaliteitssysteem structureel op alle niveaus te laten werken. HKZ lijkt in het begin nog erg gericht op het afvinken van alle normen. Het komt regelmatig voor dat na het behalen van het certificaat nog niet aan alle normen is voldaan. In het begin is daarom weinig meerwaarde te verwachten en volgens sommigen zelf een verslechtering van prestaties.

De meerwaarde ontstaat pas na enige tijd, nadat de verbetercycli zijn doorlopen en mensen gewend zijn geraakt aan nieuwe procedures en taken. Op een gegeven moment zal volgens een kwaliteitsmedewerker echter een verzadigingspunt ontstaan. In het begin is er nog veel bij te sturen, maar dat houdt op een gegeven moment op.

*“De goede dingen blijven goed en wat niet goed is, is niet goed op te lossen. In het begin kon je nog op veel dingen bijsturen maar nu niet zo gek veel meer.” (kwaliteitsmanager 5)*

De invloed van HKZ kan ook na een tijd afnemen, doordat de vrees voor de externe beoordeling na verloop van tijd afneemt, aldus een hulpverlener. Een kwaliteitsmedewerker beaamt dit. De invloed van certificering zal het hoogst zijn rond de externe audits. Daarna ijlt, zoals hierboven gezegd, de aandacht en meerwaarde weg.

#### **4.6.3 Externen als katalysator**

##### Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars hebben invloed op de instelling. Zij maken prestatieafspraken en afspraken over te verrichten metingen en kwaliteitsverbeteringen. HKZ ondersteunt weliswaar soms bij het realiseren van deze afspraken, maar de stuurkracht van geld is soms groter dan de stuurkracht van HKZ in het behalen van prestaties.

### Andere financiers

Externe financiering kan bijdragen aan de verbetering van kwaliteit op een bepaald gebied. Een kwaliteitsmanager gaf als voorbeeld dat ze extra financiering vanuit GGZ Nederland kregen om een vorm van elektronisch melden in te voeren. Dit heeft een positieve invloed gehad op de toename en oplossen van het aantal meldingen.

### Wetgeving

Wetgeving heeft invloed op prestaties. Soms in samenhang met HKZ als wetgeving geborgd is in de normen (bijvoorbeeld HACCP). Soms los van HKZ, omdat het gericht is op andere zaken dan de normen. Een soms, omdat wetgeving bestaat die maakt dat aan de norm wordt voldaan (bijvoorbeeld bijstellen behandelplan om te voldoen aan DBC-vereisten). Volgens een manager treedt soms ook een stapeling van methodieken en wetgeving op, waardoor alles bij elkaar alleen maar extra werk oplevert.

### Inspectie voor de Gezondheidszorg

De Inspectie voor de Gezondheidszorg dwingt met controles ook kwaliteitsverbeteringen af (bijvoorbeeld op het gebied van hygiëne of dossiervoering). Ook deze controles hebben invloed op prestaties.

### Diagnose Behandel Combinaties (DBC)

De productiedruk door de DBC-systematiek blijkt voor een deel de drijfkracht te zijn van het verbeteren van de doorstroom van cliënten. Volgens twee managers heeft de invoering van de DBC-systematiek bijgedragen aan het duidelijker inrichten van de intake- en diagnostiekprocedure. HKZ ondersteunt hierbij, maar de DBC-systematiek motiveerde de instelling om er heldere stappen in te ondernemen.

### AO/IC

De managementgegevens en dossiers zijn niet alleen door HKZ goed op orde, maar ook door administratieve controle en eisen van de AO/IC (administratieve instelling en interne controle). De controles op de administratie houden de medewerkers scherp en maken dat geconstateerde gebreken moeten worden aangepakt.

### Basisset prestatie-indicatoren en Routine Outcome Monitoring (ROM)-indicatoren

Het voldoen aan normen over het meten van prestaties is in een stroomversnelling geraakt door de komst van de Basisset prestatie-indicatoren GGZ en Verslavingszorg en de Routine Outcome Monitoring. Instellingen moesten hiermee immers verplicht gaan

meten. Het is voor instellingen daarom soms onduidelijk of HKZ of de andere instrumenten nu zorgen voor het beter meten van bepaalde prestaties.

*"We hadden geen richtlijn voor somatische screening. Het is voor mij moeilijk uit elkaar te halen of wij een richtlijn hebben geschreven door de 'PI somatische screening' of vóór HKZ. Ik denk dat ze waarschijnlijk samen zijn gegaan." (kwaliteitsmanager 9)*

#### **4.6.4 Maatschappelijke ontwikkelingen**

Maatschappelijke ontwikkelingen hebben invloed op de prioriteiten van instellingen en de kwaliteitsverbeteringen die zij inzetten. HKZ of niet, soms krijgen andere zaken aandacht. Een kwaliteitsmedewerker vertelt bijvoorbeeld dat door de kredietcrisis weinig investeringen konden worden gedaan. Kwaliteitsinitiatieven werden daardoor vertraagd of niet gestart. Een stafmedewerker vertelt dat bij de introductie van de DBC-systematiek alle aandacht daarnaartoe ging. Efficiëntie komt in de zorg steeds meer centraal te staan en de bureaucratie neemt toe. Een kwaliteitsmedewerker vertelt dat ze nu meer cliënten helpen met minder medewerkers. Dat komt de kwaliteit van zorg niet ten goede.

#### **4.6.5 Automatisering**

Automatisering ondersteunt het behalen van normen. Het kan de structuur bieden die nodig is om medewerkers te laten registreren en meten. Over het algemeen bevorderen systemen de efficiëntie in het vinden en verwerken van informatie. Minder gegevens en documenten raken zoek. De bureaucratie vermindert, omdat oude papieren versies niet meer door de afdelingen circuleren.

*"Automatisering hielp ook mee, want je dwingt mensen in een keurslijf: 'Dit moet je doen en dit moet je laten'. Automatiseren is gebaseerd op het proces wat je hebt beschreven. Automatiseren is een kwaliteitsslag. Goed registreren doen ze [hulpverleners] vaak niet vanuit een kwaliteitsslag, maar omdat ze door de automatisering gedwongen worden om dit te doen. Het is een heel dwingend medium." (kwaliteitsmedewerker 4)*

Het elektronisch patiënten dossier (EPD) is hiervan een voorbeeld. Het EPD dwingt met wachtwoorden te werken. Gegevens zijn beter beveiligd, waardoor de privacy van de cliënt beter is geborgd. Het biedt ook een vaste structuur, waardoor dossiers vollediger zijn. Digitale systemen voor protocollen en documenten zijn een ander voorbeeld. Door

de digitale ondersteuning zijn protocollen en documenten eenvoudig te updaten en sneller en eenvoudiger te vinden. Verder vertelde een stafmedewerker dat de website van de instelling informatiewaarde heeft voor cliënten en derden.

Automatisering is volgens enkele managers echter niet zaligmakend. Systemen werken niet altijd optimaal. Het werkt dan juist tegen. Protocollen zijn bijvoorbeeld moeilijk te vinden of slecht leesbaar, waardoor het systeem weinig wordt gebruikt.

#### **4.6.6 Kenmerken instelling**

De kenmerken van instellingen blijken invloed te hebben op de meerwaarde van HKZ.

##### Type instelling

De functie, cliëntgroepen en cultuur van een instelling hebben invloed op de meerwaarde van HKZ, volgens de geïnterviewden. Niet iedere norm is namelijk even belangrijk voor een instelling. Een kwaliteitsmedewerker vertelt bijvoorbeeld dat bepaalde normen met betrekking tot wetgeving vooral van toepassing zijn op instellingen met een zwaardere cliëntengroep of klinische zorg. De mate waarin gestandaardiseerd kan worden zou ook afhangen van de doelgroep. Een manager vertelt bijvoorbeeld dat in de behandeling van kinderen een strakkere handhaving van regels nodig is. Een kwaliteitsmedewerker vertelt in dit licht dat HKZ negatief uitpakt bij complexe en meervoudige problematiek. Het is lastiger standaardiseren. Afwijkingen zijn vaker aan de orde. Het melden van afwijkingen leidt tot extra werk en ontevredenheid bij hulpverleners. Ook het belang van contact met derden verschilt naar cliëntgroep. In de zorg aan ouderen zou veel meer contact nodig zijn met andere hulpverleners buiten de instelling.

Als een proces niet plaatsvindt in een type instelling, dan is er ook geen meerwaarde. Als deze sporadisch plaatsvindt, dan kan het door de onervarenheid met het proces juist een enorme meerwaarde hebben dat het beschreven is.

##### Grootte van de instelling

De invloed van HKZ zou verschillen tussen grote en kleine instellingen. Grote instellingen hebben, volgens kwaliteitsmedewerkers, meer financiële mogelijkheden en personeel om te investeren in kwaliteit. Zij hebben ook een sterkere positie in het veld, waardoor ze sneller en beter geholpen worden door derden. Wel is het lastiger om alle onderdelen van de instelling op één lijn te krijgen. De mate waarin aan normen wordt

voldaan en verbeteringen zijn ingezet kan per afdeling of locatie verschillen. Dit vertroebelt de positieve invloed van HKZ op de volledige instelling. Medewerkers kennen elkaar ook minder goed in grote instellingen. Volgens een hulpverlener durft men kritischer te zijn tegenover onbekenden. Dit is nodig om te verbeteren.

Kleinere instellingen hebben daarentegen als voordeel dat de lijnen tussen staf, management en hulpverleners kort is. Medewerkers kennen elkaar vaak ook beter. Veranderingen vinden sneller plaats en zijn makkelijker te implementeren. Door de snelle invoering wordt de invloed van HKZ sneller merkbaar. Ook zouden kleine instellingen van origine sneller reageren op problemen. Nadeel is dat er minder mankracht is om HKZ te implementeren. Zo vertelt een hulpverlener dat je met minder mensen processen moet beschrijven en protocollen moet maken. Het gevaar bestaat dat deze uit tijdgebrek niet kritisch worden bekeken. HKZ leidt in kleine instellingen, volgens een manager, ook tot een grotere toename van bureaucratie dan in grote instellingen. In kleine instellingen werd voorheen vaak informeel geschakeld. Door HKZ ligt alles nu in regels vast. Enkele stafmedewerkers menen tenslotte dat het HKZ-schema soms moeilijk te vertalen is voor kleinere instellingen. Grotere instellingen zouden hierdoor meer aan het HKZ-schema hebben.

#### Groei instelling

De groei die een instelling doormaakt blijkt ten eerste invloed te hebben op bepaalde prestaties. Een hulpverlener vertelt bijvoorbeeld dat het aantal klachten toeneemt door een enorme groei. Dat komt omdat de wachtlijsten zijn toegenomen, door extra drukte meer fouten worden gemaakt in de afhandeling en formeler wordt gereageerd op cliënten. HKZ helpt weliswaar bij het inrichten van processen en afhandelen van klachten, maar de groei heeft toch negatieve gevolgen.

De relevantie van HKZ neemt ten tweede toe voor groeiende instellingen. Een stafmedewerker verwoordt dit door te stellen dat bij groei meer behoefte ontstaat aan structuur en sturing van het personeelsbeleid, omdat de groep medewerkers groeit en het overzicht sneller verloren gaat.

#### **4.6.7 Fusies**

Fusies hebben positieve en negatieve gevolgen. Voordeel van een fusie is dat goed functionerende processen van de fusiepartner kunnen worden overgenomen. Nadeel van



fusies is dat processen en procedures moeten worden geharmoniseerd. Dit zijn ingewikkelde trajecten met veel spanningen over te verdelen verantwoordelijkheden en keuzes voor werkwijzen en structuren. Het certificeringstraject wordt hierdoor ook vertraagd. Medewerkers raken, volgens een stafmedewerker, bovendien onthecht van hun omgeving, verantwoordelijkheden en samenwerkingsverbanden. Dit beïnvloedt het functioneren van de instelling.

.  
*“Door fusies komen verstoringen, bijvoorbeeld dingen die bij onze fusiepartner beter op de rails stonden dan bij ons of omgekeerd. Door de fusie moet alles ook weer zijn nieuwe plek gaan krijgen, wie gaat dat coördineren, wie gaat dat trekken. Na de fusie zijn dingen wat minder geworden, omdat je zaken moet harmoniseren. Je hebt bijvoorbeeld verschillende documenten, richtlijnen en protocollen. Dat moet samenkomen. Directeuren hebben andere visies en ideeën. Dat zijn trajecten die niet altijd even soepel gaan. Het krijgt nu wel weer de goede plek.”*  
(kwaliteitsmanager 3)

#### **4.6.8 Bestuurlijke ondersteuning**

De visie van bestuurders op HKZ en hun motivatie om het te implementeren is van invloed op de meerwaarde die met HKZ kan worden bereikt. Gemotiveerde bestuurders die uitdragen dat met HKZ verbeteringen kunnen worden bewerkstelligd, motiveren medewerkers. Verbeteringen vinden sneller plaats. Bestuurders die HKZ vooral als extern legitimeringsinstrument zien of als controlemiddel houden een goede implementatie en mogelijkheden voor verbetering tegen. Veelal ook, omdat zij in dit geval weinig bereid zijn afdoende middelen en menskracht vrij te maken voor de implementatie van HKZ. Zo vertelt een stafmedewerker bijvoorbeeld dat zijn directeur zich al vanaf het begin had gecommitteerd aan HKZ. Als dit niet zo was geweest dan zou het zeer moeilijk zijn geweest om het in te voeren en positieve resultaten mee te bereiken.

#### **4.6.9 Motivatie medewerkers**

Eenzelfde geldt eigenlijk voor de medewerkers. Hoe gemotiveerder, hoe beter de implementatie verloopt en hoe groter de kans op positieve resultaten. Volgens de kwaliteitsmedewerkers zijn veel medewerkers echter weinig gemotiveerd. Zij zien HKZ als een verplichting, een bureaucratisch controlemiddel en als iets dat extra bovenop hun eigen werk komt. Het vastleggen van de inhoud van hun werk wordt ook als bedreigend ervaren. Het kan een moeizaam en langdurig proces zijn om draagvlak en motivatie te

creëren vóór HKZ. Volgens een hulpverlener neemt de motivatie vóór HKZ wel toe als zichtbaar iets wordt gedaan met metingen en meldingen van afwijkingen. De manager die de meldingen en metingen verwerkt heeft hierin een grote rol. Een stafmedewerker herkent dit en benadrukt hoe belangrijk het is dat managers en stafmedewerkers gemotiveerd zijn. Dat maakt dat zij de processen goed in de gaten houden en iets doen met resultaten. Dan heeft HKZ meerwaarde.

*"Het is moeilijk om de omslag te maken van: 'we hebben het bureaucratisch vink systeem' naar 'een mogelijkheid om te verbeteren'. Het duurt even voordat dat gezien wordt en er verbeteringen kunnen optreden." (kwaliteitsmedewerker 1)*

#### **4.6.10 Leeftijd en opleiding medewerkers**

Het opleidingsniveau en de leeftijd van medewerkers zijn tenslotte, volgens sommige kwaliteitsmedewerkers, van invloed op het realiseren van verbeteringen. Jongere hulpverleners zijn meer dan oudere hulpverleners geschoold in het toepassen en werken met normen, regels en richtlijnen. Hierdoor accepteren jongeren vaker procedures die ontstaan door HKZ. Acceptatie kan ervoor zorgen dat de kwaliteit toeneemt. De oudere garde, zou volgens hulpverleners, vaker in oude routines blijven hangen en zich minder aantrekken van nieuwe protocollen. Het negeren van de protocollen kan een negatieve invloed hebben op de werking van HKZ. Een hulpverlener vertelt verder dat de hulpverleners HKZ verschillend toepassen. Sommige hulpverleners leven naar de letter van het protocol en sommige gebruiken de protocollen niet. De verhouding tussen het aantal medewerkers dat de protocollen wel of niet toepast zal de invloed van HKZ in een instelling beïnvloeden.

*"Sommige proberen zich in te dekken door steeds aan alles te proberen voldoen en sommige lappen het allemaal aan hun laars." (hulpverlener 4).*

#### **4.7 Conclusie**

In dit hoofdstuk stond centraal welke waarde hulpverleners, kwaliteitsmedewerkers, managers en medewerkers van stafafdelingen aan HKZ-certificering ontleen, waarom en welke andere factoren dan HKZ volgens hen van invloed zijn op prestaties van GGZ-instellingen. In deze afsluitende paragraaf wordt eerst beschreven wat medewerkers hierover stellen aangaande de instelling, henzelf als medewerker en de cliënten van GGZ-

instellingen. Vervolgens komen de factoren aan de orde die, naast HKZ, prestaties beïnvloeden.

### **De ervaren waarde voor de instelling**

De waarde van HKZ voor een instelling start bij het traject dat wordt ingezet om aan de HKZ-normen te voldoen. Voor de instelling als geheel is een eerste meerwaarde van het HKZ-traject dat processen worden beschreven, waardoor lacunes en knelpunten worden ontdekt en opgeheven. Het ontstaan van kwaliteitcycli op alle niveaus is een tweede meerwaarde. Ten derde ontstaat meer samenhang tussen processen in de instelling.

Een beperking bij de invoering van HKZ is dat processen inefficiënt worden heringericht. De kwaliteit gaat dan eerder achteruit en trekt pas bij als verbeteringen zijn doorgevoerd. Bovendien kost het implementeren van HKZ tijd en geld, terwijl de baten niet altijd (direct) zichtbaar zijn. Het imago van HKZ en de motivatie om ermee te werken kunnen schade oplopen. Desalniettemin wordt ervaren dat HKZ verbeteringen teweegbrengt in de processen.

In het primaire proces neemt de informatieverstrekking aan cliënten toe. Er ontstaat inzicht in de wijze waarop de cliënt door de instelling 'stroomt' en wie in het zorgproces verantwoordelijk is. Zorginhoudelijke protocollen geraken up-to-date en (wettelijk) regels en klachtenprocedures worden beter geborgd. Bovendien worden vaker afwijkingen geregistreerd en trends hierin ontdekt. Continuïteit en kwaliteit van zorg worden door deze veranderingen bevorderd en de kans op (herhaling van) fouten verlaagd. Echter: de toename van informatie, registraties en documentatie leidt tot bureaucratie. Door de bureaucratie kan het volgen van protocollen en melden van afwijkingen afnemen. Bovendien zijn niet alle inhoudelijke protocollen evidence based, waardoor sommige zelfs slechtere zorg veroorzaken. Ook kan schijnkwaliteit ontstaan. Instellingen controleren niet altijd op inhoud van documenten, maar alleen of ze aanwezig zijn.

De meerwaarde voor de ondersteunende processen ligt in de toegenomen transparantie van processen. De beschrijvingen en onderlinge koppeling van processen zorgen voor een snellere en doelmatigere verspreiding en borging van veranderingen. Een ervaren meerwaarde is tevens dat personeel en middelen beter worden ingezet. Op beleidsniveau heeft het maken van meerjarenbeleid meerwaarde, omdat het de instelling meerdere jaren richting geeft en er meer samenhang is met afdelingsbeleid en beleid ten aanzien van derden. Door de implementatie van de kwaliteitcycli kan ook beter worden ingespeeld

op interne en externe veranderingen. Echter: het statische en bureaucratische karakter van het meerjarenbeleid en de verbetercycli kan er ook toe leiden dat een instelling achter gaat lopen op de snel veranderende praktijk. De tijd die gepaard gaat met het blijven voldoen aan normen weegt soms ook niet op tegen de ervaren baten, zoals apparatuur kalibreren.

Na certificatie hebben de externe audits invloed op de borging van de kwaliteit door de adviezen voor verbetering die worden gegeven. De meerwaarde van HKZ is dan echter afhankelijk van de beoordelingskwaliteit van een certificerende instelling. Bovendien zijn de externe audits periodiek. HKZ heeft vooral meerwaarde in de periode rondom de audits, omdat de focus op HKZ in de tussenliggende periode kleiner is.

### **Medewerkers**

Het certificeringstraject heeft waarde voor medewerkers door de samenwerking die tussen hen ontstaat en het kritisch doorlichten van processen. Medewerkers krijgen door HKZ ook meer vaardigheden om de kwaliteit te verbeteren. Hun blik wordt, al is dit soms tijdelijk, op kwaliteit gericht. Maar, HKZ leidt in de invoeringsfase ook tot weerstand door een ervaren gevoel van controle en inperking van de individuele vrijheid. Ook ontstaan conflicten over de verdeling van verantwoordelijkheden.

De meningen over de meerwaarde van HKZ in het primaire proces verschillen tussen hulpverleners en de andere geïnterviewden. Hulpverleners vinden, evenals de andere geïnterviewden, dat zorginhoudelijke protocollen meer up-to-date worden en aansluiten op het uitvoeren van zorg. Zij vinden protocollen echter vooral zinvol voor onervaren collegae en voor situaties die ernstige gevolgen kunnen hebben of complex zijn. Voor de rest ervaren zij protocollen veelal als keurslijf, bureaucratisch en tijdrovend. Deze nadelen hebben als gevolg dat er minder tijd is voor hulpverlening, vertragingen ontstaan en de werkdruk toeneemt. De andere geïnterviewden ontleen meerwaarde aan alle protocollen vanwege het dwingende karakter. Hulpverleners moeten zich meer houden aan behandelrichtlijnen en hierover meer verantwoording afleggen. Het zou de kwaliteit van zorg verbeteren.

De HKZ-normen op ondersteunend niveau leiden volgens de medewerkers tot meer betrokkenheid bij het beleid, een beter personeelsbeleid, een beter voldoen aan hun wensen en een veiligere werkomgeving. Managers en stafmedewerkers ervaren meer handvatten te hebben om te onderhandelen met externen. De meerwaarde hiervan is dat

incidenten vaker worden voorkomen en de kennis en kwaliteit van medewerkers en hun vertrouwen in het werk toenemen. Door de toegenomen binding met de instelling slagen ook meer beleidsinitiatieven. De protocollen in de ondersteunende processen worden vooral gezien als een beslisboom voor ingewikkelde processen en ter ondersteuning van het primaire proces. Door de protocollering zou de kwaliteit van zorg verbeteren. Klachten en incidenten verminderen. Indien aanwezig worden ze beter afgehandeld en in de toekomst voorkomen.

Negatieve uitingen zijn er echter ook. Ook op ondersteunend niveau ervaren medewerkers protocollen als een beletsel om naar eigen inzicht te handelen in hun werk. Bij eenvoudige processen is de meerwaarde ook gering en ontstaat nog meer een gevoel van begrenzing en controle, met als gevolg dat de werktevredenheid, het toepassen van protocollen en melden van afwijkingen afneemt. Tevens blijkt het toepassen van verbetercycli voor medewerkers lastig en blijft het vaak bij het uitvoeren van gemaakte plannen. Verder was het personeelsbeleid in sommige instellingen al goed geregeld, waardoor de meerwaarde van deze normen nihil is.

### **Cliënt**

Door de HKZ-normen op het primaire procesniveau krijgt de cliënt door HKZ meer en completere informatie over de behandeling, regelingen in de instelling en rechten en plichten. Het maakt de werkwijze van de instelling transparanter. De cliënt heeft meer inzicht en handvatten om proactief actie te ondernemen met betrekking tot een klacht of in de eigen behandeling. Cliënten komen vaker op de juiste plek in de instelling, overdrachten verbeteren met als gevolg een verbeterde continuïteit van zorg. Ook is de kans groter dat een hulpverlener de cliënt meer betreft bij de behandeling. Doordat hulpverleners met protocollen werken, krijgt een cliënt mogelijk een betere behandeling met minder kans op incidenten. Verwacht wordt tevens dat cliënten zich beter bejegend voelen, meer gemotiveerd zijn en dat de afhandeling van klachten bevredigender is. De normen voor de ondersteunende processen leiden ertoe dat de mening van de cliënt meer wordt meegenomen in het beleid. Verder wordt beter aan wet- en regelgeving voldaan, de privacy beter beschermd en apparatuur goed gekalibreerd. Dit vergroot de veiligheid van de cliënt en helpt ernstige incidenten voorkomen.

Keerzijde van HKZ is dat cliënten last hebben van de bureaucratie en overdaad aan informatie. Ze komen immers voor hulp en niet voor randzaken. Hun tevredenheid kan hierdoor afnemen. Bovendien kan door striktere protocollen en regels niet altijd aan hun

individuele wensen worden voldaan. Een gevaar van HKZ is daarbij altijd dat de tijd besteed aan HKZ ten koste gaat van de tijd besteed aan cliënten.

### **Prestaties en andere factoren dan HKZ**

De waarde van HKZ voor prestaties hangt af van de ervaren invloed van andere factoren dan HKZ op prestaties. Een eerste factor is de mate waarin een instelling zaken reeds op orde had op het moment dat besloten werd om HKZ in te voeren. Instellingen verschillen aan de start in de mate waarin zij al protocollen en verbetercycli hebben of aan andere normen voldoen. Hoe meer een instelling op orde heeft, hoe minder waarde van HKZ wordt ervaren. Het werkt soms zelfs tegen, omdat in gang gezette zaken gewijzigd moeten worden. Ook na certificering speelt tijd een rol. Onder invloed van kwaliteitscycli, kunnen na verloop van tijd steeds meer kwaliteitsverbeteringen optreden. Maar, de nieuwigheid van HKZ is na verloop van tijd soms verdwenen en de aandacht verslapt.

Andere instrumenten dan HKZ, zoals wetten, DBC's, ROM en de Basisset prestatie-indicatoren hebben eveneens invloed op prestaties. Soms in samenhang met HKZ, omdat het instrumenten zijn die het meten en verbeteren helpen borgen. Maar het kan ook negatief uitpakken door het stapelen van methodieken en het daardoor ontstaan van meer bureaucratie. Tevens valt de aandacht vóór HKZ weg als op financieel gebied grote wijzigingen plaatsvinden.

Automatiseren is een andere factor, omdat het belangrijke elementen van HKZ kan ondersteunen. Automatiseren helpt bij de toegankelijkheid, vindbaarheid, het up-to-date houden en de correcte toepassing van documenten en procesbeschrijvingen. De systemen dienen dan echter wel goed te zijn opgezet.

Het type en de grootte van GGZ-instellingen worden eveneens van invloed geacht vanwege de verschillen in functie, cultuur, medewerkers, cliënten, ketenpartners en regelgeving. Maar ook kenmerken zoals of een instelling snel groeit, reorganiseert of fuseert zijn belangrijk. Er kunnen meer klachten ontstaan, de bejegening van cliënten kan formeler worden en wachtlijsten kunnen toenemen. Verder kan de motivatie van medewerkers toe- of afnemen bij reorganisaties, hetgeen zijn weerslag heeft op de prestaties.

Kenmerken van medewerkers worden tevens als van invloed beschouwd. Bestuurders en managers kunnen medewerkers stimuleren om zich aan de normen te houden. Het stimuleren gebeurt vaak als zij HKZ zelf als een instrument zien om de kwaliteit te verbeteren, het goede voorbeeld geven en middelen inzetten ter ondersteuning. Als HKZ als een extern controlemiddel wordt gezien is er veel weerstand en minder ervaren waarde. Leeftijd en opleidingsniveau zouden eveneens een rol spelen. Jongere of hoger opgeleide werknemers zouden eerder protocollen toepassen dan oudere of lager opgeleide werknemers.

Externe partijen hebben vervolgens eveneens een ervaren invloed op prestaties. Ten eerste dwingen zorgverzekeraars en de Inspectie voor de Gezondheidszorg kwaliteitsverbeteringen af. Ten aanzien van de inspectie gaat het vooral om verbeteringen op het gebied van dossiers, veiligheid en hygiëne, met name als deze onder de maat zijn. Het kan zijn dat wet- en regelgeving of financiering dwingender is dan HKZ.

Maatschappelijke ontwikkelingen, zoals de kredietcrisis en verandering van de markt, hebben tenslotte een ervaren negatieve impact op het inzetten van middelen om kwaliteit te verbeteren.

## **Hoofdstuk 5      Prestaties van GGZ-instellingen**

### **5.1            Inleiding**

De prestaties van GGZ-instellingen zijn in kaart gebracht met data aangeleverd over de indicatoren van de Basisset prestatie-indicatoren Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg (Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ, 2006, 2007; Stuurgroep Zichtbare Zorg, 2009). De Basisset is een set van 28 indicatoren op het gebied van effectiviteit, veiligheid en cliëntgerichtheid in de GGZ.

De Basisset is om meerdere redenen gekozen. Relevantie was een eerste. De Basisset bevat indicatoren die door betrokkenen in de GGZ-sector relevant worden geacht en de Basisset sluit aan bij de onderscheiden kwaliteitsdimensies van de Kwaliteitswet Zorginstellingen. De aanwezigheid van structuur-, proces- en uitkomstindicatoren is een tweede reden geweest. Het onderzoek gaat uit van de aanname dat certificering invloed heeft op structuren, processen en uitkomsten. Dat alle GGZ-instellingen data moeten aanleveren op de indicatoren is een laatste overweging geweest. Gegevens zijn niet alleen (potentieel) vergelijkbaar, maar tevens te verzamelen zonder extra inspanning van de deelnemende instellingen. GGZ-instellingen leveren de gegevens, als onderdeel van hun Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording, digitaal aan aan Zichtbare Zorg (DigiMV). Na opschoning en accordering wordt de data gepubliceerd in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording Zorg en opgeslagen in opvraagbare databases. De databases en jaardocumenten zijn gebruikt voor het onderzoek.

Echter, het aanleveren van data over de indicatoren van de Basisset is niet probleemloos verlopen in de GGZ. De aangeleverde gegevens waren regelmatig onvolledig. Vraagtekens werden gezet bij de validiteit, betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van de gegevens. De Basisset is in de loop van de jaren dan ook meermaals gewijzigd.

Voor het onderzoek bood dit vele uitdagingen in het bruikbaar maken van de data voor het onderzoek. In dit hoofdstuk wordt verslag gedaan van de problemen en doorontwikkeling van de Basisset, de uitdagingen voor het onderzoek, de wijze waarop indicatoren uiteindelijk voor het onderzoek zijn geselecteerd en data zijn gevalideerd. Tot slot worden de scores van de deelnemende GGZ-instellingen gegeven op de indicatoren.



## 5.2 De Basisset prestatie-indicatoren GGZ en Verslavingszorg

### 5.2.1 Het ontstaan van de Basisset

De Basisset prestatie-indicatoren Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg is in 2005 ontwikkeld om de kwaliteit van zorg in de GGZ inzichtelijk te maken. GGZ Nederland en de Inspectie voor de Gezondheidszorg hadden in voorgaande jaren reeds onafhankelijk van elkaar twee sets indicatoren ontwikkeld met dit doel. Een projectgroep heeft op basis hiervan de Basisset prestatie-indicatoren Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg 2006 ontwikkeld (zie kader) onder regie van de Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ. Overlap is uit de sets gehaald en nieuwe relevant geachte indicatoren zijn toegevoegd (Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ, 2006).

#### **Projectgroep ontwikkeling Basisset**

Vertegenwoordigers van:

- Zorgverzekeraar Nederland
- Vereniging Landelijk Platform GGZ
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Verpleging & Verzorging NL (V&VN), Federatie Verpleegkundigen id ggz (FVGGZ)
- GGZ Nederland
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)
- Ministerie van VWS (waarnemer)

Het doel van de Basisset was om de kwaliteit van zorg te verbeteren en transparanter te maken. De set moest voor alle doelgroepen in de GGZ informatie geven: voor zorgverzekeraars voor de zorginkoop, voor IGZ voor het voeren van toezicht, voor cliënten om beter te kunnen kiezen en voor zorgaanbieders en professionals om interne kwaliteitsverbeteringen te sturen en borgen (Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ, 2006).

<b>Categorie</b>		<b>Indicator</b>	<b>Type</b>
<b>Effectiviteit</b>			
Preventie	1.1	Bereik preventieactiviteiten	uitkomst
Behandelresultaat	1.2	Verandering ernst problematiek	structuur, proces en uitkomst
	1.3	Verandering in het dagelijks functioneren van de cliënt	uitkomst
	1.4	Verandering in ervaren kwaliteit van leven van de cliënt	structuur, proces en uitkomst
	1.5	Rehabilitatie	proces en uitkomst
	1.6	Heropnamen versus duur opnamen	uitkomst
	1.7	Drop Out	uitkomst
	1.8	Somatische screening	proces en uitkomst
	1.9	Hanteren behandelrichtlijnen	proces
Bemoezorg	1.10	Bereik zorgwekkende zorgmijders	proces
Continuïteit	1.11	Tijdig contact na ontslag uit kliniek	proces
<b>Veiligheid</b>	2.1	Risicovolle interactie tussen medicijnen	proces
	2.2	Bijwerkingen van medicijnen	uitkomst
	2.3	Onveiligheid door ontbreken van informatie	proces
	2.4	Dwang: aantal, duur, oordeel separatie	structuur, proces en uitkomst
	2.5	Percentage suïcide gerelateerd aan instellingsgrootte	uitkomst
	2.6	Incidenten cliëntenzorg	uitkomst
<b>Cliëntgerichtheid</b>			
Toegang zorgaanbod	3.1	Wachttijd tot start behandeling	uitkomst
	3.2	Toegang tot medicatie, psychosociale zorg, gespecialiseerde zorg	uitkomst
Eigen invloed	3.3	Informed consent	uitkomst
	3.4	Keuzevrijheid	uitkomst
	3.5	Vervulling zorgwensen	uitkomst
	3.6	Evaluatie begeleidings- en behandelplannen	uitkomst
Continuïteit van zorg	3.7	Goede samenwerking en afstemming met ketenpartners	uitkomst
Kwaliteit van leven	3.8	Dagbesteding en arbeid	uitkomst
Woon- en leefomstandigheden	3.9	Percentage cliënten dat een positief oordeel heeft over de woonsituatie of –omstandigheden	uitkomst
Communicatie en informatie	3.10	Adequate bejegening door hulpverleners	uitkomst
	3.11	Adequate informatieverstrekking door hulpverleners	uitkomst

Tabel 5.1 Indicatoren Basisset prestatie-indicatoren GGZ en Verslavingszorg

De Basisset bevat 28 indicatoren ingedeeld naar de kwaliteitsdimensies effectiviteit, veiligheid en cliëntgerichtheid (zie tabel 5.1 en bijlage 5.1 voor definiëring). De indicatoren zijn, zoals gesteld, structuur-, proces- en uitkomstindicatoren. De structuurindicatoren zijn gericht op organisatorische voorwaarden om verantwoorde zorg te leveren. De procesindicatoren gaan over het verloop van (zorg)processen die de kwaliteit van zorg beïnvloeden. De uitkomstindicatoren geven informatie over de uitkomsten van zorg (Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ, 2006). Voor iedere indicator is een onderbouwing en definitie gegeven en omschreven hoe de indicator moet worden gemeten en berekend (meetinstrument, teller, noemer, exclusiecriteria).

### **5.2.2 Problemen met de Basisset**

GGZ-instellingen zijn in 2006 gestart met het aanleveren van data over hun prestaties op de indicatoren uit de Basisset. Omdat nog niet alle indicatoren afdoende gedefinieerd en meetbaar waren, werd gekozen voor een gefaseerde aanpak. Het wisselde met andere woorden per indicator in welk jaar instellingen voor het eerst gegevens moesten aanleveren over een indicator. In 2006 werd gestart met 17 indicatoren en was het aanleveren facultatief. Met ingang van 2007 werd het aanleveren verplicht.

Het aanleveren verliep echter niet probleemloos. Een onderzoek van Tranzo, in opdracht van de Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ, naar het aanleverproces bracht verschillende problemen aan het licht. De gehanteerde definities waren niet altijd helder. Scores werden verkeerd berekend door een verschil in interpretatie van de definitie. Gegevens waren niet altijd aanwezig in instellingen of uit de registratiesystemen te halen. Het uitsplitsen van gegevens naar diagnosegroepen was met name problematisch, doordat de categorisering verschilde van die benodigd voor de DBC-registratie. Bepaalde indicatoren waren ook niet van toepassing voor sommige instellingen en gebruikte meetinstrumenten verschilden (Ham e.a., 2007).

De problemen waren aanleiding voor een herziening van de Basisset. Definities werden aangescherpt, de categorisering van diagnosegroepen werd gelijkgeschakeld met die van de DBC-registratie, meerdere meetinstrumenten werden toegelaten, nieuwe indicatoren werden toegevoegd, oude kwamen te vervallen en werkinstructies werden verbeterd. Het resultaat was een nieuwe Basisset prestatie-indicatoren Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg 2007-2008. Het aanleverproces werd tevens verbeterd. Instellingen

moesten de tellers en noemers aanleveren in plaats van zelf berekende scores. (Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ, 2007).

Problemen met het aanleveren van data bleven echter bestaan. Een evaluatiestudie van Mediquest in 2008 naar de validiteit, betrouwbaarheid, toepassing en het gebruik, in opdracht van de Stuurgroep Zichtbare Zorg, bracht wederom aandachtspunten naar voren. De problemen met de diagnosegroepen, definiëringen en de onduidelijkheid of een indicator van toepassing was voor een instelling bleven bestaan. Het toestaan van verschillende meetinstrumenten legde daarbij een wissel op de vergelijkbaarheid van gegevens. Daarnaast waren sommige indicatoren onvoldoende scherp geoperationaliseerd. Het was onhelder hoe resultaten moesten worden berekend (Roggeveen e.a., 2008a, 2008b). Een tweede evaluatiestudie, uitgevoerd door PricewaterhouseCoopers & TNO Management Consultants (eveneens in opdracht van de stuurgroep), bracht daarbij een aantal risico's aan het licht voor het betrouwbaar meten en vergelijken van kwaliteitsinformatie uit instellingen (PricewaterhouseCoopers & TNO Management Consultants, 2008). De Basisset werd wederom herzien. Definities en operationalisaties van indicatoren werden aangepast, onderbouwingen werden aangescherpt, indicatoren kwamen te vervallen en de CQ-index werd het preferente meetinstrument voor de meeste indicatoren. Instellingen konden tenslotte hun data laten opschonen (Stuurgroep Zichtbare Zorg, 2009).

### **5.3 Het gebruik van de Basisset in het onderzoek**

De veranderende definiëring en operationalisaties, het vervallen en gefaseerd invoeren van indicatoren, verschillen in meetinstrumenten en problemen in de berekening en aanlevering brachten vele uitdagingen met zich mee voor het onderzoek. De aangeleverde gegevens moesten zodanig worden opgeschoond en aangevuld dat vergelijking van instellingen over jaren heen mogelijk werd. In deze paragraaf wordt besproken welke keuzes en bewerkingen zijn gemaakt om tot een bruikbare dataset te komen.

#### **5.3.1 Keuze prestatie-indicatoren**

Alhoewel alle indicatoren relevant waren, moest een selectie uit de indicatoren worden gemaakt om de prestaties van instellingen over de jaren heen te kunnen vergelijken. Enkele indicatoren overlappen met de HKZ-normen en zijn om die reden geëxcludeerd.

Vergelijkbaarheid was echter het belangrijkste selectie criterium. Prestatie-indicatoren zijn gebruikt voor het onderzoek als de indicator minimaal drie opeenvolgende jaren is gemeten en over die jaren vergelijkbaar is. Indicatoren zijn vergelijkbaar als:

- de inhoudelijke betekenis van de indicator (definitie) dezelfde is gebleven;
- de operationalisaties van de teller en noemer ongewijzigd zijn gebleven;
- het meetinstrument ongewijzigd is gebleven;
- het mogelijk is om, bij wijzigingen in het voorgaande, scores toch vergelijkbaar te maken door het maken van categorieën of andere bewerkingen (zie paragraaf 5.3.3).

Prestatie-indicatoren die niet aan deze criteria voldeden, zijn geëxcludeerd (zie tabellen 5.2-5.4). Per saldo resteren 6 van de 11 indicatoren voor effectiviteit, 2 van de 6 indicatoren voor veiligheid en 8 van de 11 indicatoren voor cliëntgerichtheid

### **5.3.2 Volledigheid data**

De problemen met de Basisset hebben een wissel gelegd op de hoeveelheid en interpreteerbaarheid van de aangeleverde data. Sommige instellingen hebben geen data aangeleverd of pas na de deadline. De data zijn in het laatste geval niet terug te vinden in de bijlagen bij het Jaardocument Maatschappelijk Verantwoording en de voor het onderzoek van VWS gekregen DigiMV-databases. Onhelderheid over het invullen leidde daarbij in de eerste jaren tot een grote hoeveelheid nullen als score, waarbij onbekend was of het inderdaad een waarde 0 was of een missing. Wanneer instellingen fuseerden deed zich het probleem voor dat data over eerdere jaren (logischerwijs) ontbraken. Om de data zo volledig mogelijk te maken:

- is van instellingen, waarvan geen data in de database DigiMV aanwezig was, uitgezocht of de data toch via de website Jaarverslagen Zorg in te zien waren. Indien dit het geval was, zijn de scores alsnog handmatig berekend en ingevoerd;
- zijn instellingen, van wie ook via de website Jaarverslagen Zorg niets was gevonden, gevraagd data aan te leveren. Indien instellingen data konden aanleveren, zijn de scores alsnog handmatig berekend en ingevoerd;
- zijn in het eerste aanleverjaar 2006 vragenlijsten gestuurd naar instellingen met ontbrekende indicatoren en als 0 gescoorde indicatoren om extra data te verkrijgen en vast te stellen of een 0 een missing of een score was;
- zijn gemiddelden gemaakt voor indicatoren die een onderscheid maken naar diagnosegroepen. Op deze wijze kon een totaalscore per instelling worden berekend.

pi	Indicator	Beoordeling	Conclusie	2006	2007	2008	2009
Effectiviteit							
1.1	Bereik preventieactiviteiten	niet gemeten in 2006 niet vergelijkbaar over 2007-2009: nieuwe definiëring en meting	Exclusie				
1.2	Verandering ernst problematiek a. Oordeel cliënt b. Meten verandering c. Gebruikt instrument d. Verandering ernst	gemeten en vergelijkbaar over alle jaren niet gemeten in 2006, gemeten en vergelijkbaar 2007-2009 geen indicator, vraag welk instrument is gebruikt niet gemeten in 2006, gemeten en vergelijkbaar 2007-2009	Inclusie Inclusie Exclusie Inclusie	x	x x	x x	x x
1.3	Verandering dagelijks functioneren a. Verbetering b. Stabilisatie	vergelijkbaar over 2006-2008. Niet vergelijkbaar over 2009 vergelijkbaar over 2006-2008. Niet vergelijkbaar over 2009	Inclusie Inclusie	x x	x x	x x	
1.4	Verandering kwaliteit van leven	niet gemeten in 2006-2008	Exclusie				
1.5	Rehabilitatie	niet gemeten 2006 en niet vergelijkbaar over 2007-2009: hele nieuwe indicator geworden	Exclusie				
1.6	Heropnamen en duur opname a. heropname b. duur opname	niet gemeten in 2009, vergelijkbaar 2006-2008 niet gemeten in 2009, vergelijkbaar 2006-2008	Inclusie Inclusie	x x	x x	x x	
1.7	Drop-out • Diagnosegroep • Bemoeizorg	vergelijkbaar niet gemeten 2006 en 2009, vergelijkbaar 2007-2008	Inclusie Exclusie	x	x	x	x
1.8	Somatische screening a. hebben procedure b. aanvang c. jaarlijks bij opname	overlap HKZ vergelijkbaar over 2006-2008. Niet vergelijkbaar over 2009 (alleen schizofrenie) vergelijkbaar over 2006-2008. Niet vergelijkbaar over 2009 (alleen schizofrenie)	Exclusie Inclusie Inclusie	x x	x x	x x	
1.9	Hanteren behandelrichtlijnen	indicator over geen jaar gemeten en uiteindelijk vervallen	Exclusie				
1.10	Bereik zorgwekkende zorgmijders	niet gemeten in 2006 en tijdelijk vervallen in 2009	Exclusie				
1.11	Tijdig contact na ontslag kliniek	vergelijkbaar over 2006-2009	Inclusie	x	x	x	x

Tabel 5.2 Inclusie en exclusie prestatie-indicatoren Effectiviteit

pi	omschrijving	Beoordeling	Conclusie	2006	2007	2008	2009
Veiligheid							
2.1	Risicovolle interactie tussen medicijnen	niet gemeten in 2006-2008	Exclusie				
2.2	Bijwerkingen medicijnen	niet gemeten in 2006 en 2007	Exclusie				
2.3	Onveiligheid door ontbreken informatie						
	a. Registratie incidenten	gemeten en vergelijkbaar in 2006-2008, niet gemeten in 2009	Inclusie	x	x	x	
	b. Spoedopnames	gemeten en vergelijkbaar in 2006-2008, niet vergelijkbaar 2009 (andere definitie)	Inclusie	x	x	x	
2.4	Dwang	niet gemeten in 2006-2009	Exclusie				
2.5	Suïcide	gemeten en vergelijkbaar in 2006-2008, niet gemeten in 2009	Inclusie	x	x	x	
2.6	Incidenten	niet gemeten in 2006-2009	Exclusie				

Tabel 5.3 Inclusie en exclusie prestatie-indicatoren Veiligheid

pi	omschrijving	Beoordeling	Conclusie	2006	2007	2008	2009
Cliëntgerichtheid							
3.1	Wachttijd						
	a. in tijd	gemeten en vergelijkbaar in 2006-2009	Inclusie	x	x	x	x
	b. als % maximum	gemeten en vergelijkbaar in 2006-2009	Inclusie	x	x	x	x
3.2	Toegang tot zorg en medicatie	niet gemeten in 2006-2009	Exclusie				
3.3	Informed consent	gemeten en vergelijkbaar in 2006-2009	Inclusie	x	x	x	x
3.4	Keuzevrijheid	gemeten en vergelijkbaar in 2006-2009	Inclusie	x	x	x	x
3.5	Vervulling zorgwensen	gemeten en vergelijkbaar in 2006-2009	Inclusie	x	x	x	x
3.6	Evaluatie plannen						
	a. oordeel cliënt	niet gemeten in 2006-2008	Exclusie				
	b. mate geëvalueerd	gemeten en vergelijkbaar in 2006-2009	Inclusie	x	x	x	x
3.7	Samenwerking en afstemming ketenpartners	niet gemeten in 2006-2009	Exclusie				
3.8	Dagbesteding en arbeid	niet gemeten in 2006-2009	Exclusie				
3.9	Oordeel over wonen	gemeten en vergelijkbaar in 2006-2009	Inclusie	x	x	x	x
3.10	Bejegening	gemeten en vergelijkbaar in 2006-2009	Inclusie	x	x	x	x
3.11	Informatieverstrekking	gemeten en vergelijkbaar in 2006-2009	Inclusie	x	x	x	x

Tabel 5.4 Inclusie en exclusie prestatie-indicatoren Cliëntgerichtheid

### 5.3.3      **Bewerkingen data**

Veranderingen en verschillen in meetmethoden, tellers, noemers en exclusiecriteria en verschillen in categorisering van diagnosegroepen maken indicatoren niet per definitie onvergelijkbaar. De aangeleverde scores zijn weliswaar onvergelijkbaar, maar zolang de inhoud van de indicator dezelfde blijft, kan met de volgende twee typen bewerkingen van de data tot vergelijkbaarheid worden gekomen:

1. Gemiddelden berekenen

Het berekenen van gewogen of ongewogen gemiddelden om te komen tot totalen.

2. Categorieën maken

Het maken van categorieën op basis van gemiddelden en standaarddeviaties:

categorie 1= gemiddelde – twee standaarddeviaties

categorie 2= gemiddelde – één standaarddeviatie

categorie 3= gemiddelde + één standaarddeviatie

categorie 4= gemiddelde + twee standaarddeviaties

Het berekenen van totalen door het samenvoegen van indicatoren en het classificeren van scores zijn valide methoden om te komen tot statistische betrouwbaarheid (Koolman 2009). Indicatoren waarvoor deze bewerkingen zijn verricht, alsmede de redenen daarvoor betreffen de volgende:

Pi 1.2a

In 2006 moest deze indicator per diagnosegroep worden aangeleverd. In 2007-2009 moest alleen een totaal worden aangeleverd. Om de scores te kunnen vergelijken met 2006 is voor 2006 een gemiddelde berekend.

Pi 1.2b en 1.2d, Pi 1.6, Pi 1.7 en Pi 1.11

Het type diagnosegroepen verschilt per instelling. Sommige instellingen konden daarbij niet naar diagnosegroep uitsplitsen. Deze instellingen hebben een totaalscore aangeleverd. Voor alle pi zijn totalen gemaakt op basis van een gewogen gemiddelde.

Pi 1.3 a en b

Voor het bepalen van de percentages gelden in 2007-2009 andere cesuren dan in 2006. Voor de jaren 2006-2008 zijn categorieën gemaakt op basis van een gewogen gemiddelde van de percentages per diagnosegroep. De indicator is in de Basisset 2009-2010 wederom gewijzigd



(beperking diagnosegroepen en nieuw instrument). De indicator is daarom niet meer meegenomen voor 2009.

#### Pi 1.8 a en b

De periode waarbinnen de screening moet zijn afgerond is gewijzigd. Voor de jaren 2006-2008 zijn daarom categorieën gemaakt.

#### Pi 2.5

Op basis van een gewogen gemiddelde van de suïcides in de ambulante en klinische setting is een totaalscore gemaakt voor het percentage suïcides.

#### Pi 3.1

De Pi 3.1a beslaat in 2006-2008 het aantal dagen wachten van aanmelding tot start behandeling. In 2009 is deze indicator uitgesplitst in een wachttijd van aanmelding tot intake en van intake tot start behandeling. Daarnaast dient de indicator in weken te worden aangeleverd. Om de indicatoren vergelijkbaar te maken zijn de twee indicatoren omgezet naar dagen en opgeteld.

Voor de indicatoren 31a en 31b zijn totaalscores gemaakt op basis van het gewogen gemiddelde van de gegevens voor ambulante zorg, klinische zorg en zorg in een RIBW.

#### Pi 3.3

De exclusiecriteria zijn gewijzigd. In 2006 werden dwangopnamen geëxcludeerd en in de andere jaren dagactiviteiten. Voor deze PI zijn categorieën gemaakt.

#### Pi 3.5

De exclusiecriteria zijn gewijzigd. In 2006 waren er geen en de andere jaren werd dwangbehandeling geëxcludeerd. Voor deze PI zijn categorieën gemaakt.

### **5.3.4 Validatie data**

Nadat de data waren bewerkt en aangevuld zijn de data gevalideerd. Voor het valideren van de indicatoren zijn de volgende stappen in samenhang genomen:

#### 1. Onderscheid maken tussen missende waarden en waarden die niet van toepassing zijn

Indicatoren kunnen terecht missing zijn, ofwel niet van toepassing zijn. Dit doet zich voor als een instelling:

- een bepaalde diagnosegroep niet heeft;
- geen ambulante of klinische zorg heeft;

- geen woonvoorziening betreft;
- gegeven het type instelling de betreffende indicator niet hoeft aan te leveren.

Het onderscheid tussen missing en niet van toepassing is zeer relevant voor het completeren van data, het maken van bewerkingen en de uiteindelijke analyse. Voor alle instellingen is daarom in kaart gebracht welke diagnosegroepen zij bedienen, welk type zorg zij bieden, welk type instelling zij zijn en of de instelling een bepaalde voorziening heeft. Vervolgens zijn alle missende waarden handmatig omgezet in de waarde ‘niet van toepassing’ wanneer dit aan de orde was (zie tabel 5.5). Scores zijn tevens verwijderd wanneer instellingen een score hebben ingevuld, die niet van toepassing is voor hen.

## 2. Beoordelen validiteit teller en noemer

De tellers en noemers zijn voorspellers van validiteit. Alle tellers en noemers van alle indicatoren zijn beoordeeld op de volgende punten:

- de grootte van de steekproef;
- invoerfouten (irreëel grote getallen, aantoonbare omwisseling teller en noemer).

Scores gebaseerd op irreële tellers en noemers en scores gebaseerd op hele kleine steekproeven zijn verwijderd. Invoerfouten door omwisseling van de teller en noemer zijn hersteld door de scores zelf opnieuw te berekenen.

## 3. Realistische waarden

Indicatoren waarvoor percentages moeten worden aangeleverd kunnen (logischerwijs) nooit hoger scoren dan 100 of lager dan 0. Scores boven de 100 en lager dan 0 zijn verwijderd.

Van sommige indicatoren is het mogelijk te beoordelen of de score realistisch is gegeven de inhoud van de indicator. Irreële scores zijn verwijderd.

- Dit geldt voor de indicator suïcide: een score van 80% is bijvoorbeeld zeker onrealistisch.
- Dit geldt voor de indicator over wachttijden. Eerst dient in dagen te worden gescoord en vervolgens in percentages binnen de Treeknormen. Als de wachttijd in dagen 0 is dan moet de score over de Treeknormen 100% zijn.
- Dit geldt voor indicator 1.2d. Hier wordt gevraagd naar een percentage voor verbetering van de ernst van de problematiek en een percentage voor stabilisatie van de problematiek. Beide kunnen samen nooit meer dan 100% zijn.

<b>Indicator</b>	<b>Niet van toepassing</b>
<b>1.2</b>	RIBW voor diagnosegroepen die men niet heeft
<b>1.3</b>	RIBW Voor diagnosegroepen die men niet heeft
<b>1.6</b>	RIBW RIAGG Geen klinische zorg Voor diagnosegroepen die men niet heeft
<b>1.7a</b>	voor diagnosegroepen die men niet heeft
<b>1.8</b>	RIBW RIAGG Geen klinische zorg Geen langdurige zorg (alleen 1.8b)
<b>1.11</b>	RIBW RIAGG Geen klinische zorg Voor diagnosegroepen die men niet heeft
<b>2.3_reginc</b>	Geen spoedopnames
<b>2.3_infsp</b>	Geen spoedopnames
<b>2.5_ambu</b>	Geen ambulante zorg
<b>2.5 klinisch</b>	RIBW RIAGG Geen klinische zorg
<b>3.1_ambu</b>	Geen ambulante zorg
<b>3.1 klin</b>	RIBW RIAGG Geen klinische zorg
<b>3.1 RIBW</b>	Geen RIBW of BW
<b>3.6</b>	Geen langdurige zorg
<b>3.9</b>	RIAGG Geen klinische zorg, begeleid zelfstandig wonen of begeleid wonen
<b>Overig</b>	Die PI waarvan instellingen in de toelichting aangeven dat deze niet van toepassing is op hen.

Tabel 5.5 Beslisregels ‘niet van toepassing’

#### 4. Opmerkingen nalopen

Instellingen kunnen opmerkingen geven over hun aangeleverde scores. De opmerkingen geven inzicht in de validiteit (bijvoorbeeld opmerkingen over extra gehanteerde exclusiecriteria of gehanteerde werkwijzen die niet overeenkomen met de voorgeschreven procedures) Alle opmerkingen zijn nagelopen en beoordeeld op de consequenties ervan voor de validiteit van de score. Niet valide bevonden scores zijn verwijderd.

#### 5. Vergelijken scores uit verschillende jaren

Scores zijn over jaren heen bekeken. Bij hele grote verschillen is bijvoorbeeld bekeken of hier een niet valide achtergrond voor was. Ook is bekeken of instellingen in verschillende jaren dezelfde afwijkingen hebben aangegeven in meetmethoden (in opmerkingen terug te vinden). Bij twijfels over de validiteit of gebrek aan vergelijkbaarheid zijn scores verwijderd.

#### 6. Uitbijters bekijken

Alle indicatoren zijn gecontroleerd op uitbijters. Per indicator zijn daartoe frequenties uitgedraaid. In relatie met punt 5 is bekeken of de score van de uitbijters valide was. Niet valide uitbijters zijn verwijderd.

#### 7. Vergelijken vragen uit eigen vragenlijsten met voorgeschreven vragenlijsten

Van instellingen die een eigen vragenlijst hebben gebruikt is bekeken of de vragen overeenkomen met de vragen uit de thermometer of CQ-index. Scores zijn verwijderd wanneer de vragen verschilden (ofwel niet hetzelfde meten).

#### 8. Retrospectief valideren

Opmerkingen en gevonden punten over 1 jaar kunnen iets zeggen over de jaren ervoor. Ieder jaar zijn bij dergelijke opmerkingen data uit voorgaande jaren opnieuw beoordeeld en alsnog verwijderd of soms juist weer toegevoegd.

### **5.4 Confounders**

De invloed van confounders is een belangrijk aandachtspunt voor de vergelijkbaarheid van data. Het is zelfs een expliciete onderzoeksvraag (zie hoofdstuk 1). Confounders zijn factoren die direct of in samenhang met HKZ de prestaties beïnvloeden. Met interviews is achterhaald welke factoren als confounders worden ervaren (zie hoofdstuk 4). De eerst genoemde confounders zijn sterk gerelateerd aan HKZ en betreffen de mate waarin

instellingen vóór de introductie voldeden aan de normen vóór HKZ en de lengte van certificering. In hoofdstuk 6 wordt besproken hoe deze factoren zijn opgenomen in het onderzoek. Veel confounders zijn ten tweede gericht op invloeden van buitenaf. Het gaat hierbij om de invloed van maatschappelijke ontwikkelingen, de financiële en legislatieve context en externe actoren, zoals de inspectie of de verzekeraar. Over deze confounders zijn geen additionele gegevens verzameld, aangezien alle instellingen in hetzelfde maatschappelijke en politieke veld opereren. De invloed kan daarmee als gelijk worden beschouwd. Een derde groep confounders betreft kenmerken van personen in instellingen. Het gaat hierbij om de motivatie, leeftijd en opleiding van medewerkers en de ervaren ondersteuning van bestuurders. Hierover konden, evenals de confounder automatisering, geen data worden verzameld. De laatste set confounders bevat kenmerken van de instelling en wel het type en de grootte van de instelling, of een instelling is gefuseerd en de mate waarin een instelling is gegroeid in een bepaalde periode. Data over deze confounders zijn verzameld uit de Jaardocumenten Maatschappelijke Verantwoording en gebruikt in de analyses. In hoofdstuk 1 is een overzicht gegeven van deze kenmerken.

## 5.5 Prestaties van deelnemende GGZ-instellingen

De voornoemde bewerkingen hebben uiteindelijk geleid tot een dataset met scores van deelnemende instellingen op de geïnccludeerde prestatie-indicatoren. In deze paragraaf wordt inzicht gegeven in de prestaties. Voor de interpretatie van de gegevens wordt hier herhaald, dat voor sommige indicatoren categorieën zijn gemaakt en dat voor indicatoren met diagnosegroepen een gemiddelde is berekend over alle diagnosegroepen. Scores van jaren waarover indicatoren onvergelijkbaar waren zijn, zoals hierboven besproken, geëxcludeerd. Dit verklaart de lege cellen in de tabellen.

De prestaties van instellingen op de **indicatoren over effectiviteit** lijken in de loop van de jaren te verbeteren (zie tabel 5.6). Uitzonderingen hierop zijn de verbetering van de ernst van de problematiek naar oordeel van de hulpverleners en het percentage drop-outs. Opvallend is dat de verbeteringen niet constant zijn. Het wisselt per jaar of de prestaties verbeteren of verslechteren. De waar te nemen verbetering betreft de gehele periode waarover een indicator is gemeten.

Pi	Omschrijving	Gemiddelde				Standaarddeviaties			
		2006 (n=86)	2007 (n=84)	2008 (n=80)	2009 (n=76)	2006	2007	2008	2009
1.2a	Percentage cliënten met positief oordeel over verbetering klachten	72,2	75,4	76,8	75,6	20,8	10,7	11,3	10,7
1.2b	Percentage cliënten waarbij verandering ernst van de problematiek in kaart is gebracht		39,9	42,4	53,8		42,2	41,2	39,1
1.2d1	Percentage cliënten met verbetering klachten: oordeel hulpverlener		63,9	65,1	57,1		30,2	21,1	22,1
1.2d2	Percentage cliënten met stabilisatie klachten: oordeel hulpverlener		28,9	26,4	33,4		31,2	19,9	18,8
1.3a	Mate verbetering dagelijks functioneren (0-5)	2,5	2,4	2,5		0,9	0,9	0,9	
1.3b	Mate stabilisatie dagelijks functioneren (0-5)	2,4	2,6	2,5		0,9	0,9	0,9	
1.6a	Percentage heropnamen	24,1	24,0	25,9		11,4	13,6	13,3	
1.6b	Duur opnamen in dagen	125	115	119		150	131	146	
1.7	Percentage drop-outs	14,5	13,9	14,7	15,4	8,3	9,2	10,0	9,9
1.8a	Mate somatische screening bij aanvang (0-5)	2,8	2,6	3,6		1,2	1,1	1,2	
1.8b	Mate somatische screening jaarlijks (0-5)	2,5	3,7	3,7		1,4	1,2	1,0	
1.11	Percentage cliënten met een tijdig contact na ontslag uit kliniek	57,1	58,2	63,5	68,6	31,8	24,4	23,9	22,4

Tabel 5.6 Prestaties deelnemende GGZ-instellingen op de indicatoren effectiviteit

Pi	Omschrijving	Gemiddelde				Standaarddeviaties			
		2006 (n=86)	2007 (n=84)	2008 (n=80)	2009 (n=76)	2006	2007	2008	2009
2.3a	Wel of niet registreren ontbrekende informatie (ja of nee)	0,44	0,51	0,61		0,50	0,51	0,49	
2.3b	Percentage cliënten waarbij bij spoedopname informatie ontbreekt	0,18	2,3	2,6		0,34	0,63	0,76	
2.5a	Percentage suïcide ambulantly	0,07	0,07	0,09		0,14	0,09	0,18	
2.5b	Percentage suïcide klinisch	0,41	0,44	0,33		0,76	0,69	0,38	
2.5c	Percentage suïcide ambulantly en klinisch	0,09	0,07	0,11		0,15	0,09	0,18	
3.1a	Wachttijd in dagen:								
	Ambulantly	86	74	74	92	58	58	45	50
	Klinisch	71	38	37	44	85	41	43	35
	RIBW	193	109	94	155	184	115	83	181
	Totaal	114	73	75	115	98	60	55	104
3.1b	Percentage cliënten dat binnen de Treeknorm wordt geholpen								
	Ambulantly <98 dagen	71,2	68,1	72,3	71,9	21,7	23,9	21,3	22,1
	Klinisch <105 dagen	82,4	85,9	83,7	88,9	23,1	17,8	23,9	18,4
	RIBW <147 dagen	69,5	64,5	61,6	81,9	32,3	30,0	29,4	20,3
	Totaal	72,8	65,1	71,1	72,9	23,1	24,4	20,8	21,7
3.3	Mate waarin informed consent wordt gevraagd (0-5)	2,6	2,6	2,5	2,6	0,95	0,99	0,94	0,9
3.4	Percentage cliënten dat keuzevrijheid ervaart	78,4	79,5	82,9	83,9	8,7	10,7	9,8	9,5
3.5	Mate voldoen aan zorgwensen volgens cliënt (0-5)	2,6	2,5	2,5	2,5	0,96	0,97	0,99	1,0
3.6	Percentage geëvalueerde begeleiding- en behandelplannen	75,8	68,7	65,8	73,5	23,7	26,7	27,5	25,4
3.9	Percentage cliënten met een positief oordeel over wonen	71,9	79,5	79,7	75,6	17,2	11,7	7,9	7,5
3.10	Percentage cliënten met een positief oordeel over de bejegening	90,3	91,1	91,4	91,7	4,3	5,9	5,9	6,0
3.11	Percentage cliënten dat de informatieverstrekking als adequaat ervaart	74,3	73,3	75,5	73,7	8,8	11,4	11,2	10,8

Tabel 5.7 Prestaties deelnemende GGZ-instellingen op de indicatoren veiligheid en cliëntgerichtheid

Ten aanzien van de **indicatoren over veiligheid** is een stijgende tendens waar te nemen om te registreren dat informatie ontbreekt (zie tabel 5.7). Het percentage gevallen waarbij informatie ontbreekt stijgt eveneens. Dit kan echter een direct gevolg zijn van het beter registreren. Voorheen werd immers minder geregistreerd of informatie ontbrak. Het percentage suïcides laat echter een wisselend beeld zien. De percentages nemen over de jaren heen zowel toe als af.

Bij de **indicatoren over cliëntgerichtheid** is bij de wachttijd in dagen een daling te zien in de jaren 2006 tot en met 2008 (zie tabel 5.7). Vergeleken met 2008 is de wachttijd in 2009 gestegen. Dit zou, ondanks de validatie, toe te schrijven kunnen zijn aan de veranderende wijze van aanleveren van deze indicator. Maar: bij de gegevens over het percentage cliënten dat binnen de normwachttijden wordt geholpen is een eenzelfde patroon waar te nemen. Dat geldt eveneens voor de indicatoren over het oordeel over wonen en het verkrijgen van adequate informatie. De prestaties op de indicator over het evalueren van begeleiding- en behandelplannen laat een omgekeerd patroon zien: een daling van 2006 tot en met 2008 en een stijging in 2009. Bij de indicatoren over keuzevrijheid en bejegening is gedurende de gehele periode van 2006 tot en met 2009 een stijging waar te nemen. De prestaties op de indicatoren over informed consent en vervulling van de zorgwensen lijken in de loop van de jaren nagenoeg hetzelfde te blijven.

## **5.6 Tot besluit: vergelijkbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit**

De Basisset prestatie-indicatoren GGZ en Verslavingszorg en het aanleverproces zijn in de afgelopen jaren veelvuldig herzien om de vergelijkbaarheid, betrouwbaarheid en validiteit van de data te borgen. Tot op heden blijven alle echter een punt van zorg door gebrek aan standaardisatie van meetinstrumenten, problemen in het registreren van data en nog steeds verkeerde interpretaties van definities. Niet alle instellingen laten ook hun data opschonen (Zorgverzekeraars Nederland, 2009). Zijn de data dan wel geschikt voor het onderzoek?

Het antwoord is ja, maar enige voorzichtigheid is geboden. De aangeleverde data zijn met besproken activiteiten uitgezuiverd op validiteit en betrouwbaarheid en waar mogelijk vergelijkbaar gemaakt. Zeker is dat foutieve gegevens zijn verwijderd en vergelijkbaarheid is bewerkstelligd over jaren, meetinstrumenten en verschillen in categorisering van diagnosegroepen heen.



De uiteindelijke betrouwbaarheid en validiteit van de data uit de Basisset blijven, ondanks alle valideringsactiviteiten, echter een aandachtspunt. Of de aangeleverde data een volledig valide representatie zijn van de prestaties van instellingen kan niet voor alle data met zekerheid worden gesteld. Dit hangt mede af van de dataregistratiesystemen, steekproeftrekkingen en de mate waarin voorgeschreven procedures zijn gevolgd. Hierop is gevalideerd, maar slechts voor zover instellingen hierover opmerkingen hebben geplaatst bij de betreffende indicator. Wanneer instellingen geen opmerking hebben geplaatst over problemen met registratie en steekproeftrekkingen zijn de data op dit criterium mogelijkwijs onterecht als valide beschouwd. De data zijn (wellicht ten overvloede) in deze gevallen wel op de andere criteria gevalideerd en op basis van een ander criterium als niet-valide aangemerkt en toch verwijderd.

Tenslotte is het belangrijk in ogenschouw te houden dat het doel waarvoor de data worden gebruikt een andere is dan het doel waarvoor de Basisset is opgesteld. Het doel van de Basisset is om instellingen op de kwaliteit van hun zorg in een bepaald jaar te kunnen vergelijken en externe verantwoording te kunnen afleggen over de prestaties van de instelling. Het doel van de studie is om prestaties te relateren aan HKZ-certificering in een jaar, maar vooral over jaren heen door verschuivingen in de kwaliteit van zorg van iedere instelling afzonderlijk over jaren heen zichtbaar te maken en te relateren aan verschuivingen in de certificering van diezelfde instelling. Data op meerdere meetmomenten worden met elkaar vergeleken. In deze zin wordt eenzelfde soort statistische betrouwbaarheid verkregen als bij vergelijking van data op basis van voor- en nametingen (Koolman, 2009). In de analyses is onder andere gewerkt met verschillcores (zie hoofdstuk 7), waardoor “fouten” in de indicatorscores tegen elkaar zijn weggestreept.

## Geraadpleegde literatuur

Ham, M.A.J.A.E. van, Luijsterburg, J.C., & Brouwers, E.P.M.. (2007). *Evaluatie basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, verslagjaar 2006*. Tilburg: Tranzo, Universiteit van Tilburg.

Koolman, X. (SiRM). (2009). *Betrouwbaar onderscheiden: een achtergrondstudie naar de statistische betrouwbaarheid en steekproefomvang bij het vergelijken van zorgaanbieders*. Den Haag: Zichtbare Zorg.

Roggeveen, L., Keulen, R., & Visser, A. (2008a). *Evaluatiestudie basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg; Eindrapportage deel 1: validiteit*. Hilversum: Mediquest.

Roggeveen, L., Keulen, R., & Visser, A. (2008b). *Evaluatiestudie basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg; Eindrapportage deel 2: Volledigheid, betrouwbaarheid en bruikbaarheid*. Hilversum: Mediquest.

PricewaterhouseCoopers & TNO Management Consultants. (2008). *Voorkomen is beter dan genezen: Betrouwbaarheid van kwaliteitsinformatie in de zorg, achtergrondstudie naar risico's en oplossingsrichtingen*. Den Haag: Zichtbare Zorg.

Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ. (2006). *Basisset Prestatie-indicatoren Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg*. Utrecht: IGZ.

Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ. (2007). *Basisset Prestatie-indicatoren Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg 2007-2008*. Utrecht: IGZ.

Stuurgroep Zichtbare zorg. (2009). *Basisset Prestatie-indicatoren Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg 2009-2010*. Den Haag: Zichtbare Zorg.

Zorgverzekeraars Nederland. (2009). *Visualisering prestatie-indicatoren 2008*. Zeist: Zorgverzekeraars Nederland.



## Hoofdstuk 6 HKZ-certificering GGZ-instellingen

### 6.1 Inleiding

Het onderzoeken van de relatie tussen prestaties van GGZ-instellingen en HKZ-certificering vraagt om een maat voor HKZ-certificering. In dit hoofdstuk wordt besproken welke maten zijn gebruikt, de redenen daarvoor, de wijze waarop data zijn verzameld over deze maten en de resultaten van instellingen op deze maten.

### 6.2 Maten voor HKZ-certificering

In het onderzoek zijn meerdere maten gebruikt om HKZ-certificering te relateren aan prestaties (zie kader). De meest evidente maat is het verschil tussen het wel of niet hebben behaald van het HKZ-certificaat. Deze maat is in eerste instantie uitgangspunt geweest en gebruikt voor het onderzoek.

<b><u>Maten HKZ-certificering</u></b>	
<b>Jaar certificering</b>	Wel of niet gecertificeerd zijn in een bepaald jaar
<b>Lengte certificering</b>	Aantal maanden gecertificeerd zijn in een bepaald jaar
<b>HKZ-status</b>	Mate waarin een instelling in een bepaald jaar aan de normen van het HKZ-certificatieschema voldoet
a. Relatieve HKZ-status	De verandering in HKZ-status over een bepaalde periode
b. Procentuele HKZ-status	Het percentage HKZ-status in een bepaald jaar gegeven de maximale HKZ-status
c. Procentuele verschil HKZ-status	Het verschil in percentage maximaal bereikte HKZ-status in een bepaalde periode

Gaandeweg het onderzoek is echter besloten om extra maten te construeren. Ten eerste, omdat de meeste instellingen in 2007 of 2008 hun certificaat hebben behaald, waardoor slechts gering te differentiëren was tussen instellingen. Certificering kan ten tweede eerder op lange dan op korte termijn effect hebben. Het wel of niet gecertificeerd zijn, is onvoldoende specifiek om effecten op de lange termijn te analyseren. Het behalen van een certificaat is tenslotte een langdurig proces. Instellingen verkrijgen pas het certificaat

wanneer in voldoende mate aan het merendeel van de normen uit het HKZ-schema is voldaan. Dit betekent geenszins dat instellingen zonder een certificaat aan geen enkele norm voldoen. Evenzo voldoen instellingen met een certificaat niet noodzakelijkerwijs aan alle normen uit het schema. Ook na certificering verandert de mate van certificering. Alleen onderscheid maken in wel of niet gecertificeerd, doet geen recht aan de mate waarin aan de normen uit het HKZ-certificatieschema is voldaan. Het laat zich ook afvragen of een instelling die in het begin van een jaar is gecertificeerd vergelijkbaar is met een instelling die aan bijvoorbeeld het einde van hetzelfde jaar is gecertificeerd.

Vanwege voornoemde redenen is besloten om twee additionele maten te ontwikkelen: lengte van certificering en HKZ-status. De lengte van certificering is uitgedrukt in maanden en geeft aan hoe lang een instelling HKZ-gecertificeerd is. De ontwikkelde maat 'HKZ-status' staat voor de mate waarin een instelling beantwoordt aan het totaal van de HKZ-normen in een bepaalde periode. De maat HKZ-status is tenslotte omgezet in drie maten voor HKZ-status: de relatieve HKZ-status, de procentuele HKZ-status en het verschil in procentuele HKZ-status. De relatieve HKZ-status is een maat voor veranderingen in HKZ-status over jaren heen. De procentuele HKZ-status geeft weer hoe ver een instelling, procentueel gezien, is gevorderd op de HKZ-normen in een bepaald jaar gegeven de maximale HKZ-status die de instelling bereikt. Het verschil in procentuele HKZ-status is een maat voor de verandering in procentuele HKZ-status in een bepaalde periode (zie paragraaf 5 voor een nadere uitleg).

### **6.3 Jaar certificering**

Data over het behalen van het HKZ-certificaat zijn verzameld uit de wettelijk verplichte bijlagen Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (DigiMV) en de website van Stichting HKZ. Een instelling is gecertificeerd geacht als alle GGZ-onderdelen van de instelling het HKZ-certificaat hebben verkregen. Een instelling is in bepaald jaar gecertificeerd geacht, ongeacht of de certificeringmaand januari of december was.

De meeste instellingen zijn in 2007 of 2008 gecertificeerd (zie tabel 6.1). Dit is niet verrassend. Instellingen hadden zich gecommitteerd aan de datum 1 januari 2008 als uiterlijke certificeringdatum (zie hoofdstuk 1). Slechts enkele instellingen waren reeds voor 2007 gecertificeerd. Hierbij zij aangetekend dat de gecertificeerde instellingen in 2005 al in 2004 waren gecertificeerd. De nog niet gecertificeerde instellingen in 2009

betreffen twee nieuwe concerns die als concerns nog niet zijn gecertificeerd. De instellingen in het concern zijn voor de fusie wel gecertificeerd.

Jaar	Wel gecertificeerd	Niet gecertificeerd
2005	2 (2%)	84 (98%)
2006	11 (13%)	75 (87%)
2007	55 (66%)	29 (34%)
2008	76 (95%)	4 (5%)
2009	74 (97%)	2 (3%)

Tabel 6.1 Jaar certificering in aantal en percentage instellingen in 2005-2009

#### 6.4 Lengte certificering

De lengte van certificering is berekend op basis van de certificeringdatum. Voor het vaststellen of een instelling in een bepaalde maand gecertificeerd was, is de maand als uitgangspunt genomen, ongeacht of een instelling op de eerste of laatste dag van de maand het HKZ-certificaat heeft gehaald.

Het aantal maanden gecertificeerd zijn groeit logischerwijs met de jaren gegeven de toename in aantal gecertificeerde instellingen naar jaar (zie tabel 6.2). Door fusies tussen instellingen neemt de groei in maanden niet altijd evenredig toe met 12 maanden. Instellingen verdwijnen door fusies. Dit verklaart bijvoorbeeld dat in 2006 twee instellingen 24-36 maanden gecertificeerd waren, terwijl in de daaropvolgende jaren slechts 1 instelling overblijft met een aantal maanden groter dan 36.

Maanden	2005	2006	2007	2008	2009
0	84 (98%)	75 (87%)	29 (34%)	4 (5%)	2 (3%)
1-12		9 (11%)	46 (55%)	25 (31%)	4 (5%)
12-24	2 (2%)		8 (10%)	43 (54%)	23 (30%)
24-36		2 (2%)		7 (9%)	39 (51%)
36-48			1 (1%)		7 (10%)
48-60				1 (1%)	
>60					1 (1%)

Tabel 6.2 Lengte certificering naar aantal en percentages instellingen in 2005-2009

## **6.5 HKZ-status**

Gegevens over de HKZ-status zijn verzameld met een zelf ontwikkelde vragenlijst. Het was het meest ideale geweest als instellingen voor alle normen uit het HKZ-schema konden aangeven in welke mate zij aan deze normen voldeden. Gegeven de omvang van het aantal normen was dit echter een onhaalbare methode. Het HKZ-schema bevat ruim 400 normen. Om afdoende informatie te krijgen over de mate waarin aan de normen is voldaan, heeft de onderzoeksgroep daarom een gecondenseerde set vragen samengesteld, afgeleid van het HKZ-schema, en verwerkt tot een vragenlijst. De haalbaarheid van het beantwoorden van de vragen en de wijze van scoren is besproken met een groep kwaliteitsfunctionarissen uit GGZ-instellingen. De vragenlijst is gevalideerd met de Delphi-methode. De resulterende vragenlijst is uitgezet bij alle deelnemende instellingen. In deze paragraaf wordt deze methode toegelicht en de HKZ-status van de deelnemende instellingen beschreven.

### **6.5.1 Condensatie van de HKZ-normen tot een set vragen**

De eerste stap in het ontwikkelen van een vragenlijst om de HKZ-status te bepalen, was, zoals hierboven gesteld, het condensereren van de normen van het HKZ-schema tot een set vragen. Voor het condensereren zijn de volgende criteria gehanteerd:

- de vragen moeten alle rubrieken van het HKZ-schema dekken;
- de vragen moeten de kern van alle rubrieken dekken, ofwel alle aspecten of thema's die in een rubriek aan de orde komen;
- de vragen moeten het mogelijk maken om bij scoring een onderscheid te maken tussen de mate waarin een norm aantoonbaar is geregeld en de mate waarin de norm effectief operationeel is.

Per rubriek zijn de normen op basis van deze criteria samengevat en samengenomen. Twee rubrieken zijn in eerste instantie door twee onderzoekers gecondenseerd en met elkaar vergeleken ter toetsing en verfijning van de methodiek. De overige rubrieken zijn door één onderzoeker gecondenseerd en ge-reviewed door een tweede. Tenslotte is bekeken of over de rubrieken heen kon worden gecondenseerd. Sommige thema's komen immers in meerdere rubrieken aan de orde. Dit was een enkele keer mogelijk. Het uiteindelijke resultaat van de condensatieslag was een set van 96 vragen.

### 6.5.2 Toetsing haalbaarheid en type scoring vragen

De tweede stap betrof het toetsen van de haalbaarheid van het invullen van de vragenlijst en het vaststellen van een scoringswijze. Ten aanzien van de scoringswijze was het een vraag of het beste in getallen of in percentages kon worden gescoord. Het toetsen van de haalbaarheid was om meerdere redenen nodig. De vragen waren door de condensatie regelmatig samengestelde vragen om voornoemde criteria te borgen. Dergelijke complexe vragen gaven de mogelijkheid goed te differentiëren in de mate waarin een instelling aan alle genoemde onderdelen van een vraag voldeed. Een nadeel was dat het moeilijk kon zijn voor de invullers om een geaggregeerde score te geven voor de verschillende aspecten van de vraag. De vragenlijst bevatte daarnaast 96 vragen die vijfmaal gescoord moesten worden en wel voor de jaren 2005, 2006, 2007, 2008 en 2009. De nog volgende Delphi-studie zou naar verwachting leiden tot een indikking van de lijst, maar het aantal vragen zou in totaliteit van een zekere grote omvang blijven.

Ter toetsing van de haalbaarheid en vaststelling van de scoringswijze is een pilot uitgevoerd bij deelnemers aan een bijeenkomst voor kwaliteitsfunctionarissen van GGZ Nederland. Hen zijn 10 vragen voorgelegd en gevraagd de vragen voor de jaren 2005-2008 te scoren. Een deel van de groep werd gevraagd in getallen tussen 1 en 10 te scoren en een deel werd gevraagd in percentages te scoren. Ook is bijgehouden hoeveel tijd het scoren kostte. De haalbaarheid en scoringswijze zijn vervolgens nabesproken. Conclusies uit deze pilot waren dat:

- het scoren van samengestelde vragen niet eenvoudig was, maar wel goed mogelijk, soms juist prettig en inderdaad de ruimte bood om over jaren te differentiëren in mate waarin aan normen werd voldaan;
- het niet uitmaakte of met getallen of percentages werd gescoord;
- het invullen veel tijd kostte, maar haalbaar was.

Tijdens de bijeenkomst is ook besproken hoe om te gaan met instellingen die in een bepaald jaar waren gefuseerd. Moest iedere instelling afzonderlijk een lijst invullen of was het mogelijk om een concernvragenlijst in te vullen? Het antwoord wisselde per instelling. Sommige instellingen gaven de voorkeur aan een concernvragenlijst. Andere instellingen waren (veelal net) na de fusies nog sterk als eigenstandige instellingen te typeren. Van een concern HKZ-status was (in beginsel) nog geen sprake. Deze instellingen prefereerden een eigen lijst in te vullen. Om tot een concernmaat te komen



kon een gewogen gemiddelde berekend worden op basis van de totale bedrijfsopbrengsten. Reden hiervoor is dat HKZ alle onderdelen van de instelling raakt en het voldoen aan de normen afhankelijk is van het soort zorg, aantallen patiënten en personeel en de grootte van de instelling. In de totale bedrijfsopbrengsten komt dit tot uitdrukking.

### **6.5.3 Validiteit vragenlijst: Delphimethode**

Het bevragen van instellingen op hun HKZ-status bleek dus haalbaar te zijn. Maar waren de gestelde vragen ook de juiste vragen? Een Delphi-studie werd, als derde stap, uitgevoerd om tot een valide set vragen te komen. De Delphi is een methode om een groep experts onafhankelijk van elkaar via een vragenlijst te laten reageren op meningen of opvattingen over een bepaald onderwerp. Er wordt gewerkt met diverse rondes, waarbij deelnemers aan een volgende ronde de resultaten van de voorgaande ronde kunnen zien. Zo wordt toegewerkt naar groepsconsensus waarbij de stem van ieder lid even zwaar telt (Rowe & Wright, 1999). In deze paragraaf wordt de Delphi-studie beschreven.

#### **De experts**

De te selecteren experts moesten expertise hebben in HKZ-certificering in theorie en praktijk. Voor de selectie werd het volgende profiel opgesteld. Experts moesten:

- de normen en beoordeling voor HKZ-certificering hebben vastgesteld of;
- instellingen auditeren en visiteren op het behalen van het HKZ-certificaat of;
- de adviesmeting-methodiek voor HKZ-certificering hebben uitgedacht of;
- de adviesmetingen hebben uitgevoerd.

In totaal zijn 19 experts geselecteerd afkomstig uit de volgende instellingen: Stichting HKZ Nederland, TNO, KEMA Quality BV, DNV Certification, Lloyd Register Nederland BV, GGZ Nederland, CKMZ en CQ Procesmanagement. De experts betroffen auditoren, certificeerders, begeleiders/ adviseurs voor instellingen bij het implementeren van HKZ en opstellers/ verantwoordelijken voor het HKZ-schema.

#### **De Delphi-rondes**

De Delphi-studie bestond uit drie rondes. Alle 19 experts hebben deelgenomen aan de eerste ronde (respons 100%). Aan de tweede en derde ronde hebben 14 experts deelgenomen (respons 74%). De eerste ronde kregen experts per mail een in excell

ontworpen vragenlijst toegestuurd. Voor de tweede en derde ronde zijn de experts fysiek bij elkaar gebracht om onderlinge discussie en consensus te versterken. Met behulp van de ICT applicatie EurEGA van TNO was het mogelijk om in één dag de tweede en derde consensusronde volgens de Delphi-methode te houden<sup>2</sup>.

#### Beoordeling vragen

De experts beoordeelden in elke ronde de relevantie van een vraag voor het bepalen van de HKZ-status op een 10-puntsschaal, waarbij 1 stond voor ‘geheel geen relevantie’ en 10 stond voor ‘maximale relevantie’. Ook konden zij suggesties doen voor de formulering van de vragen en nieuwe vragen of aspecten aan vragen toevoegen. Aan het einde van de vragenlijst werd gevraagd of aspecten werden gemist. Concreet werd hen het volgende gevraagd:

*Geeft u s.v.p. aan in welke mate u de relevantie van deze vraag voor het bepalen van de certificeringstatus weegt (waarbij 1 staat voor ‘geheel geen relevantie’ en 10 staat voor ‘maximale relevantie’).*

*En vervolgens vragen wij u - indien u van mening bent dat deze vraag geherformuleerd dient te worden - uw suggesties aan te geven.*

#### Inclusie en exclusie van vragen

De ingevulde vragenlijsten werden geanalyseerd. Vragen werden volgens de in tabel 6.3 beschreven procedure geïncludeerd, geëxcludeerd of in geherformuleerde vorm voorgelegd in een volgende ronde. Nieuwe vragen werden in een volgende ronde nieuw voorgelegd. Na ronde 3 zijn alleen vragen geïncludeerd met een score  $\geq 75\%$ , gemiddeld  $\geq 8-10$  punten per vraag, geen herformuleringen.

Na ronde 2 is gekozen voor een aanscherping van de afkappunten voor exclusie. Deze zijn verruimd naar 60%. De reden hiervoor is dat vragen in ronde 2 nauwelijks werden geëxcludeerd. Het afkappunt leek te laag te liggen. Deze verschuiving heeft tot de exclusie van drie extra vragen geleid.

---

<sup>2</sup> Met dank aan Prof. Dr. Ir. C.T.B. Ahaus via TNO Management Consultants voor het ter beschikking stellen van de ICT applicatie EurEGA en via Stichting HKZ ter beschikking stellen van ruimte en met dank aan Ir. H.B. Brom van TNO Management Consultants voor het uitvoeren van de Delphi met EurEGA en het schrijven van een rapportage over de rondes 2 en 3.

### Resultaat rondes

Met de Delphi-rondes is het aantal vragen teruggebracht van 96 naar 61 vragen (zie tabel 6.3). Een deel van de vragen is geherformuleerd. De herformuleringen hebben vragen eenvoudiger gemaakt zonder de inhoud aan te tasten en het verschil tussen aantoonbaar geregeld en effectief operationeel beter tot uitdrukking laten komen. Er zijn geen suggesties gedaan voor nieuwe vragen. De set vragen bleek de normen te dekken.

Inclusie- en exclusiecriteria	Besluit	Resultaat ronde 1	Resultaat ronde 2	Resultaat ronde 3
Score $\geq 75\%$ Gemiddeld $\geq 8$ - 10 punten geen herformuleringen	Inclusie	16	25	20
Score $\geq 75\%$ Gemiddeld $\geq 8$ - 10 punten met voorstel herformuleren	Herformulering beoordeeld door twee onderzoekers en geherformuleerd voorgelegd in volgende ronde	2	7	3
Score $\geq 50\%$ - <75% Gemiddeld $\geq 6$ - <8 punten geen herformuleringen (in ronde 2 ondergrens 60%)	Opnieuw voorgelegd in volgende ronde	46	4	
Score $\geq 50\%$ - <75% Gemiddeld $\geq 6$ - <8 punten met voorstel herformuleren (in ronde 2 ondergrens 60%)	Herformulering beoordeeld door twee onderzoekers en geherformuleerd voorgelegd in volgende ronde	6	12	
Score <50% minder dan 6 punten geen herformuleringen (in ronde 2 ondergrens 60%)	Exclusie	26	6	

Tabel 6.3 De Delphi-studie: criteria en resultaat rondes

De geëxcludeerde vragen betroffen voornamelijk vragen over normen betreffende de secundaire processen (zie bijlage 6.1). Veel vragen uit rubriek 7 'Fysieke omgeving en materiaal', rubriek 8 'Diensten door derden' en rubriek 9 'Documenten' zijn geëxcludeerd. De vragen uit rubriek 6 'Onderzoek en Ontwikkeling' zijn zelfs allemaal

geëxcludeerd. Dit is achteraf gezien in overeenstemming met de resultaten uit de interviews (zie hoofdstuk 4). De geïnterviewden gaven immers aan dat de normen uit deze rubriek buiten beschouwing worden gelaten bij de audits. Opvallend is tenslotte dat veel vragen zijn geëxcludeerd waarin normen waren verwerkt die refereerden aan het voldoen aan wettelijke vereisten. Blijkbaar werden deze normen minder relevant geacht gegeven de reeds aanwezige wettelijke kaders.

#### **6.5.4 Het meten en vaststellen van de HKZ-status**

De uiteindelijke set van 61 vragen is in vragenlijstvorm uitgezet onder de kwaliteitsfunctionarissen van alle deelnemende instellingen (zie bijlage 6.2 voor vragenlijst). Instellingen werden in januari 2009 gevraagd aan te geven of en zo ja in welke mate hun instelling in de jaren 2005, 2006, 2007 en 2008 aan alle genoemde onderdelen uit de vraag voldeed. Voor ieder jaar diende een cijfer tussen 1 en 10 te worden gegeven, waarbij een 1 stond voor ‘geen enkele mate’, ofwel helemaal niet en een 10 stond voor ‘in volledige mate’, ofwel volledig. Met een voorbeeld werd uiteengezet hoe een geaggregeerde score kon worden vastgesteld bij samengestelde vragen. Om het invullen te vergemakkelijken werd de suggestie gegeven te starten bij het huidige jaar en vervolgens terug te kijken naar de voorgaande jaren. De kwaliteitsfunctionarissen werden gevraagd collega’s te raadplegen of contactgegevens van collega’s door te geven aan de onderzoekers indien zij geen inschatting konden maken van de HKZ-status in een bepaald jaar. De vragenlijsten zijn daardoor meermaals door meerdere medewerkers ingevuld.

Begin 2010 zijn instellingen gevraagd te scoren voor het jaar 2009. Zij kregen hiertoe een vragenlijst met hun scores over de jaren 2005 tot en met 2008 ter referentiekader voor het scoren van 2009. Hen werd tevens gevraagd ontbrekende waarden uit de vorige ronde in te vullen. Enkele instellingen hebben eenmalig een vragenlijst gekregen met het verzoek te scoren voor de jaren 2005 tot en met 2009. Deze instellingen hadden de eerste vragenlijst niet teruggestuurd of sloten laten later aan bij het onderzoek.

De HKZ-status is per rubriek en over alle rubrieken heen vastgesteld door het berekenen van een gemiddelde per rubriek en over alle rubrieken heen. Een somscore is niet zinvol, vanwege enkele ontbrekende scores en, omdat bepaalde normen (en daarmee vragen in de vragenlijst) niet van toepassing zijn voor bepaalde instellingen.

### 6.5.5 De relatieve, procentuele en het verschil in procentuele HKZ-status

Het is weinig zinvol om een overzicht te geven van de scores van instellingen. De cijfers die instellingen geven zijn namelijk subjectief. Waar de ene instelling zichzelf bijvoorbeeld het cijfer 7 geeft voor een stand van zaken in een bepaald jaar, geeft een andere instelling met eenzelfde stand zich misschien een 6 of 8 of ieder andere mogelijke score. De gegeven cijfers zijn als exact getal daarmee van weinig waarde. De cijfers kunnen echter wel geobjectiveerd worden door met verschilcores en percentages te werken. De cijfers zijn in deze gevallen te zien als toevallige cijfers die in rangorde en vergelijking met elkaar betekenis krijgen. De relatieve, procentuele en het verschil in procentuele HKZ-status zijn maten die hierop zijn gebaseerd.

#### 6.5.5.1 De relatieve HKZ-status

De relatieve HKZ-status is een maat voor de verandering in HKZ-status van instellingen over jaren heen. Het subjectieve scoringsverschil tussen instellingen wordt hiermee teniet gedaan. De invullers van de vragenlijsten hebben ook de opdracht gekregen om de cijfers in te vullen met de gedachte dat de cijfers een voor- of achteruitgang moesten aanduiden. De maat wordt berekend door het verschil te bepalen tussen de gegeven scores in twee jaren, bijvoorbeeld score uit 2007 – score uit 2006 (zie tabel 6.4).

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
<b>Gemiddelde (sd)</b>	0,46	0,75	0,38	0,20
<b>SD</b>	0,34	0,54	0,29	0,36
<b>Minimum</b>	0,03	0,10	-0,16	-0,75
<b>Maximum</b>	1,5	2,80	1,48	2,73
<b>&lt;0</b>			2%	20%
<b>0-0,5</b>	66%	35%	76%	70%
<b>0,5-1,0</b>	25%	43%	17%	19%
<b>1-2</b>	9%	18%	5%	
<b>&gt;2</b>		4%		1%

Tabel 6.4 De relatieve HKZ-status van GGZ-instellingen

GGZ-instellingen blijken tussen 2006 en 2007 de grootste vooruitgang te hebben geboekt op het behalen van de normen. Dit is niet verbazingwekkend aangezien de meeste

instellingen in 2007 zijn gecertificeerd. De instelling met een vooruitgang van 2,37 tussen 2008 en 2009 betreft een instelling die in december 2009 HKZ-gecertificeerd is. Het hoge getal is daarmee niet verwonderlijk.

Opvallend is evenwel dat 20% van de instellingen na 2008 minder aan de normen gaat voldoen. Zij boeken in andere woorden achteruitgang. In hoofdstuk 4 is besproken dat instellingen na het behalen van het certificaat aandacht verliezen voor het borgen van de normen. De daling in relatieve HKZ-status lijkt deze uitspraak te bevestigen.

De berekeningen van de relatieve HKZ-status naar rubriek laten eenzelfde beeld zien (zie bijlage 6.3). Opvallend is wel dat in de periode 2005-2006 door meerdere instellingen achteruitgang wordt geboekt, op de rubrieken 2 'Zorgverlening en uitvoering van zorg' en 9 'Documenten' na. Wanneer de rubrieken worden gerangschikt naar mate van gemiddelde vooruitgang, dan blijken de rubrieken 3 'Evaluatie en nazorg' en 4 'Beleid en organisatie' in alle jaren tot de top 3 te behoren (de rubrieken 8 en 9 achterwege latend, gegeven het feit dat het slechts 1 vraag betrof). Op die rubrieken wordt in vergelijking met de andere dus jaarlijks een grotere vooruitgang geboekt (face value). De rubriek 5 'Personeel' behoort in alle jaren tot de rubriek met een kleinere verandering (face value). Dit is in lijn met het gestelde in de interviews dat personeelszaken reeds vóór HKZ veel normen op orde had.

#### **6.5.5.2 De procentuele HKZ-status**

In welke mate instellingen procentueel gezien aan hun maximale score voldoen is eveneens een objectieve en interessante maat (zie tabel 6.4). Deze maat geeft aan hoeveel procent van de maximaal behaalde HKZ-status is bereikt in een bepaald jaar. De maximale score die een instelling zichzelf geeft dient daarbij als norm. Hierdoor wordt de subjectiviteit van de scores eveneens geobjectiveerd. De percentages laten zien hoe ver een instelling is in een bepaald jaar in het behalen van normen afgemeten aan de eigen scoringshoogte. Bijvoorbeeld: een instelling geeft zichzelf gemiddeld over alle rubrieken heen in 2009 de hoogste score op haar HKZ-status en wel gemiddeld een 8,5. In 2005 was de gemiddelde HKZ-status van dezelfde instelling een 5,7. Dit betekent dat de instelling in 2005 voor 67% aan de normen voldeed, gegeven het tot nu toe hoogst gehaalde in de instelling.

Het is te verwachten dat de procentuele HKZ-status van instellingen met de jaren toeneemt. Instellingen werken immers toe naar het behalen van het certificaat. De verwachte toename wordt bevestigd (zie tabel 6.5). De gemiddelde procentuele HKZ-status neemt in de jaren 2005 tot en met 2009 toe van 77% tot bijna 100%. Heeft geen enkele instelling in 2005 nog een procentuele HKZ-status van 100%; in 2007 beginnen de eerste instellingen aan het maximaal gehaalde te voldoen. Opvallend is evenwel dat sommige instellingen reeds voor die tijd gecertificeerd waren. Certificaten worden zoals eerder besproken afgegeven als in voldoende mate aan de normen wordt voldaan. Uit de procentuele HKZ-status van instellingen blijkt dat instellingen ook na het behalen van het certificaat in grotere mate aan de normen gaan voldoen.

	2005	2006	2007	2008	2009
<b>Gemiddeld</b>	77%	83%	92%	97%	99,5%
<b>SD</b>	10,6	9,3	5,3	3,8	1,7
<b>Minimum</b>	45%	53%	67%	72%	93%
<b>Maximum</b>	92%	97%	100%	100%	100%
<b>&lt; 50%</b>	4%	0%	0%	0%	0%
<b>50%-60%</b>	4%	5%	0%	0%	0%
<b>60%-70%</b>	12%	2%	1%	0%	0%
<b>70%-80%</b>	39%	25%	1%	1%	0%
<b>80%-90%</b>	31%	42%	26%	3%	0%
<b>90%-99%</b>	10%	26%	71%	75%	20%
<b>100%</b>	0%	0%	1%	22%	80%

Tabel 6.5 Percentage van de maximale HKZ-status bereikt in 2005-2009

De druk om rond het jaar 2008 gecertificeerd te zijn, blijkt eveneens van invloed te zijn geweest. Met de jaren neemt het percentage instellingen met een lagere procentuele HKZ-status exponentieel af. In 2008 en 2009 voldoet slechts een enkele instelling aan minder dan 90% van haar maximale HKZ-status. In de jaren 2005 en 2006 was dit percentage respectievelijk nog 90% en 74%. In het jaar 2007 is de grootste omslag gemaakt. In dit jaar hebben instellingen toegewerkt naar het behalen van minimaal 80% van de HKZ-normen. Deze omslag komt overeen met de afgesproken uiterlijke certificeringdatum en de toename in de jaren 2007 van het aantal gecertificeerde instellingen.

Niet alle instellingen behalen hun maximale score in 2009. De categorie 100% wordt niet door 100% van de instellingen bereikt in 2009. Deze instellingen hebben in 2007 of 2008

hun maximale HKZ-score behaald. Daarna daalt (bij sommige instellingen) de mate waarin zij aan de normen voldoen. Ook hier lijkt de uitspraak te worden bevestigd dat instellingen na het behalen van het certificaat aandacht verliezen voor het borgen van de normen en achteruitgang boeken.

Analyses per rubriek laten op face value zien dat instellingen hun normen ten aanzien van de primaire processen in beginsel in iets hogere mate reeds hebben behaald dan de normen ten aanzien van de ondersteunende processen (zie bijlage 6.4). De rubriek 5 'Personeel' is hierop wederom een uitzondering. Vanaf 2007 is de procentuele HKZ-status van de rubrieken gemiddeld genomen gelijk. Geen van de rubrieken bereikt het tot de 100%. De procentuele HKZ-status van de rubrieken 7 'Fysieke omgeving en materiaal' en 9 'Documenten' blijven gemiddeld zelfs op 98%.

### 6.5.5.3 Procentuele verschil HKZ-status

Het procentuele verschil in HKZ-status betreft het verschil in percentage maximaal bereikte HKZ-status in een bepaalde periode. Met deze maat wordt de kracht van beide voorgaande maten gecombineerd. De resultaten op het verschil in procentuele HKZ-status tonen eenzelfde beeld als de vorige twee maten: instellingen boeken de meeste vooruitgang op hun normen in de periode 2006-2007, na een startende stijging in de periode 2005-2006, vanaf 2008 neemt de mate waarin aan bepaalde normen wordt voldaan voor sommige instellingen af, op de rubrieken 3 en 4 wordt de meeste vooruitgang geboekt en rubriek 5 voldoet vanaf het begin het meest aan de normen (zie tabel 6.6 en bijlage 6.5).

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009
<b>Gemiddelde (sd)</b>	5,7	9,4	4,7	2,6
<b>SD</b>	4,1	6,5	3,7	4,6
<b>Minimum</b>	0,42	1,19	-2,50	-9,65
<b>Maximum</b>	18,7	37,8	16,1	28,2
<b>&lt;0</b>			1%	15%
<b>0%-10%</b>	84%	70%	90%	81%
<b>10%-20%</b>	16%	23%	9%	3%
<b>=&gt;20%</b>		7%		1%

Tabel 6.6 Het verschil in procentuele HKZ-status van GGZ-instellingen



## **6.6 Tot besluit: betrouwbaarheid en validiteit data HKZ-certificering**

Het wel of niet gecertificeerd zijn en de lengte van certificering zijn objectieve maten. Een instelling is onbetwistbaar in een bepaald jaar gecertificeerd. Het aantal maanden gecertificeerd zijn is hiervan direct afgeleid. De HKZ-status is valide in de zin dat de vragen waarop de status is gebaseerd het HKZ-schema dekken. De scores op de HKZ-status zijn echter onvoldoende valide, omdat de scores subjectief zijn vastgesteld. Deze subjectiviteit is opgeheven met het ontwikkelen van de relatieve, de procentuele en het verschil in procentuele HKZ-status. Met deze maten kan tevens afdoende gedifferentieerd worden tussen instellingen om valide analyses te draaien. Tenslotte bevestigen de ontwikkelde maten de trends, zoals deze te destilleren zijn uit het moment en de lengte van certificering en de inzichten uit interviews.

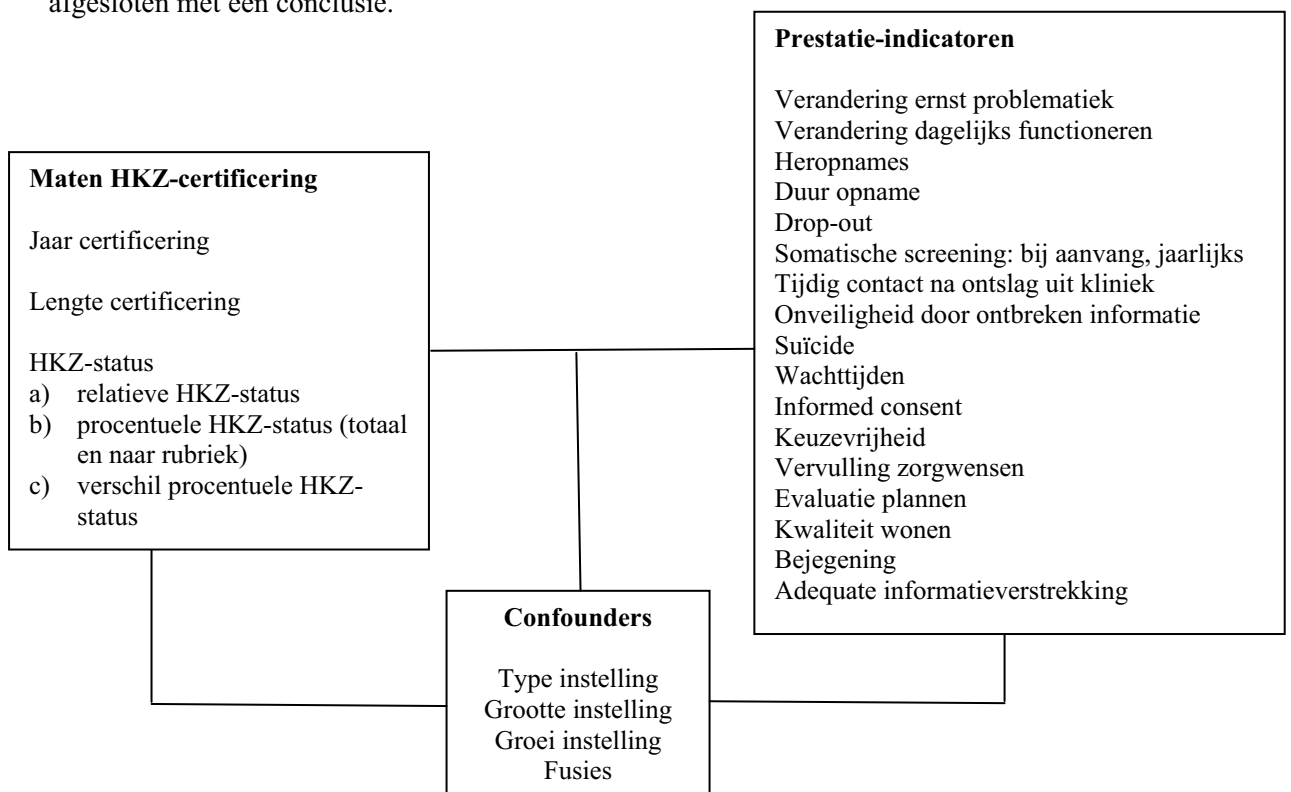
### **Geraadpleegde literatuur**

Rowe, G., & Wright, G. (1999). The Delphi technique as a forecasting tool: issues and analysis. *International Journal of Forecasting*, 15(4), 353-375.

## Hoofdstuk 7 De relatie tussen HKZ-certificering en prestaties

### 7.1 Inleiding

Of HKZ-certificering meerwaarde heeft voor de kwaliteit van zorg, wordt in dit hoofdstuk op basis van kwantitatieve gegevens onderzocht. Hiertoe wordt antwoord gegeven op de tweede deelvraag: Presteren GGZ-instellingen met (zicht op) een HKZ-certificaat beter op relevante indicatoren dan GGZ-instellingen die (nog) niet HKZ-gecertificeerd zijn? En de derde deelvraag: Welke andere factoren dan HKZ-certificering beïnvloeden de prestaties van GGZ-instellingen? In de voorgaande hoofdstukken is besproken hoe en welke data over de prestaties, HKZ-certificering en confounders zijn verzameld en gevalideerd. Deze data vormden de input voor de analyse (zie figuur 7.1). In dit hoofdstuk worden eerst de analysemethoden besproken. De resultaten van analyses over de relatie tussen de mate van HKZ en prestaties komen vervolgens aan de orde, gevolgd door de analyses over de invloed van confounders. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een conclusie.



Figuur 7.1 Variabelen analyse relatie HKZ-certificering en prestaties

## **7.2 Analysemethoden**

### **7.2.1 Het analyseren van de relatie tussen HKZ-certificering en prestaties**

Voor het analyseren van de relatie tussen HKZ-certificering en prestaties is de samenhang onderzocht tussen de maten voor HKZ-certificering en de scores op de prestaties van GGZ-instellingen. Gegeven de aard en omvang van de data en de steekproef is gekozen voor maten voor correlatie en associatie. Voor variabelen op ordinale schaal is de Spearman-correlatiecoëfficiënt berekend en voor variabelen op nominale schaal de chi-kwadraat. Voor de analyses zijn voor de rubrikscores samengestelde scores gemaakt voor de rubrieken over de primaire processen, de rubriek beleid en organisatie en de rubrieken over de ondersteunende processen. De variabelen betreffen procentuele HKZ-statussen en zijn op dezelfde wijze berekend als de procentuele HKZ-status voor de totale HKZ-status en de HKZ-status per rubriek. De rubriek beleid en organisatie is als rubriek niet ondergebracht bij de ondersteunende processen, gegeven de omvang van de rubriek en de nadruk op de sturing en besturing in plaats van ondersteuning. Een aantal analyses zijn eveneens verricht voor de scores per HKZ-rubriek om inzicht te krijgen in de precieze relatie tussen de normen en prestaties.

De relatie tussen HKZ en prestaties is vervolgens vanuit drie invalshoeken geanalyseerd:

#### **1. De waarde in een jaar**

De analyses over de waarde in een jaar geven inzicht in de mate waarin de mate van HKZ-certificering in een bepaald jaar samenhangt met de prestaties in datzelfde jaar. Om de samenhang te beoordelen zijn de scores op de prestatie-indicatoren in een bepaald jaar gecorreleerd aan maten voor HKZ-certificering in datzelfde jaar. Als HKZ-maten zijn de relatieve HKZ-status en het verschil in procentuele HKZ-status niet meegenomen, aangezien deze maten verschillen over jaren betreffen. Voor de andere maten zijn per indicator analyses verricht met de totaalscores en rubrikscores voor HKZ. Bijvoorbeeld: het gemiddelde aantal wachtdagen voor ambulante zorg in 2007 is gecorreleerd aan 1) of een instelling wel of niet is gecertificeerd in 2007, 2) het aantal maanden dat een instelling is gecertificeerd in 2007, 3) het percentage maximaal bereikte HKZ-status in 2007, 4) het percentage maximaal bereikte HKZ-status voor de rubrieken primaire processen, beleid en organisatie en ondersteunende processen en 5) de procentuele HKZ-status van de rubrieken 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8 en 9 in 2007.

## 2. Verschillen over jaren heen

De analyses over verschillen over jaren heen analyseren of veranderingen in HKZ-certificering in een bepaalde periode samenhangen met veranderingen in prestaties in diezelfde periode. Deze analyses betreffen het correleren van verschillen in HKZ-certificering met verschillen in prestaties over de jaren heen. De ‘relatieve HKZ-status’ en ‘het verschil in procentuele HKZ-status’ zijn beide verschilscores. De multi-collineariteit tussen beide maten bleek echter dermate groot te zijn (correlatiecoëfficiënten minimaal 0,97 bij een p-waarde van 0,00 voor alle maten) dat in de analyses alleen is gewerkt met het verschil in procentuele HKZ-status. Voor deze maat is gekozen, omdat zoals in hoofdstuk 6 is besproken, de subjectiviteit van de beoordeling door de invuller van de vragenlijsten in deze maat sterker verdisconteerd is dan in de relatieve HKZ-status. De lengte van certificering is niet omgezet naar verschilscores. Gekozen is voor de score passend bij het laatste jaar uit de onderzochte periode. Voor de HKZ-maat wel of niet gecertificeerd, zijn drie categorieën gemaakt: instellingen die in geen van beide jaren zijn gecertificeerd, instellingen die in het ene jaar niet en in het andere jaar wel zijn gecertificeerd en instellingen die in beide jaren zijn gecertificeerd. Voor de prestatie-indicatoren zijn eerst verschilscores berekend over de jaren waarin een indicator geïncorporeerd was in het onderzoek (zie kader voor voorbeeld).

### Analyseren met verschilscores

De gemiddelde wachttijd voor ambulante zorg is gemeten in 2006 tot en met 2009. Voor deze indicator zijn per instelling 3 verschilscores berekend:

- Het verschil in wachttijd tussen 2006 en 2007
- Het verschil in wachttijd tussen 2007 en 2008
- Het verschil in wachttijd tussen 2008 en 2009

De verschilscores die betrekking hebben op een bepaalde periode zijn gecorreleerd met een HKZ-maat die betrekking heeft op dezelfde periode. Bijvoorbeeld: het verschil in wachttijd tussen 2007 en 2008 met de procentuele HKZ-status over 2007-2008.

## 3. Lange termijn relaties

De analyses over lange termijn relaties laten zien of de mate van HKZ-certificering in een bepaald jaar samenhangt met prestaties in daaropvolgende jaren. Hiertoe zijn de HKZ-maten in een bepaald jaar gecorreleerd aan prestaties in latere jaren. De HKZ-scores uit 2006 zijn bijvoorbeeld gecorreleerd aan de prestaties uit 2007, 2008 en 2009.

### **7.2.2 Het analyseren van de invloed van confounders**

De invloed van confounders is geanalyseerd met regressieanalyses en partiële correlatieanalyses. De potentiële confounders betreffen het type instelling, de grootte en groei van een instelling en of een instelling is gefuseerd. Voor het type instelling is een onderscheid gemaakt tussen: geïntegreerd, RIAGG, RIBW, kind en jeugdzorg en verslavingszorg. De grootte is uitgedrukt in aantal cliënten. De groei in het verschil in aantal cliënten tussen twee jaren. Bij een fusie gaat het erom of een instelling een fusie heeft doorgemaakt.

De variabelen zijn in eerste instantie aan elkaar gecorreleerd om mogelijke multicollineariteit vast te stellen. Bij een correlatie van 0,70 of hoger is gekozen voor één van de twee. De variabelen zijn vervolgens gecorreleerd met prestaties om vast te stellen of een relatie aanwezig is met een prestatie. Het is immers weinig zinvol nadere analyses te verrichten wanneer een variabele geen samenhang vertoont met prestaties. Van een confounding effect zal geen sprake zijn. Variabelen zonder een significante correlatie met een prestatie zijn geëxcludeerd van verdere analyse voor die prestatie-indicator.

Tenslotte zijn regressieanalyses verricht voor prestaties met 50 of meer waarnemingen (zie volgende paragraaf) met de prestatie als afhankelijke variabele en de potentiële confounders en maten voor HKZ-certificering als onafhankelijke variabelen. De confounders en maten voor HKZ zijn 1 voor 1 ingevoerd in de regressieanalyse om vast te kunnen stellen hoe sterk zij elkaar en de prestaties beïnvloeden. Voor iedere prestatie-indicator, waarop een potentiële confounder correleert, zijn regressieanalyses uitgevoerd. Voor prestaties met minder dan 50 waarnemingen zijn partiële correlatieanalyses verricht voor die prestatie-indicatoren waarvoor een significante relaties tussen HKZ en prestaties is gevonden en tussen de potentiële confounder en de prestatie.

### **7.2.3 De waarde van de analyses: differentiatie en steekproefomvang**

Alvorens analyses te verrichten is onderzocht of de analyses tot valide resultaten zouden leiden. De zinvolheid van een analyse en de waarde die aan de resultaten en significantie van de analyse kunnen worden gehecht, zijn afhankelijk van de mate van differentiatie van de data en de omvang van de steekproef. De data zijn hierop geanalyseerd.

### Steekproefomvang

Hoe groter de steekproef hoe meer waarde gehecht kan worden aan de resultaten uit analyses. De benodigde grootte van een steekproef kan berekend worden met een poweranalyse. Een poweranalyse berekent de benodigde grootte van de steekproef om een vooraf vastgesteld minimaal relevant verschil met een bepaalde kans (power) te kunnen vinden. Een poweranalyse kon voor deze studie niet worden gemaakt vanwege het exploratieve karakter van de studie, het ontbreken van evidence over minimale verschillen en het ontbreken van een primaire uitkomstmaat. Het doel was om over meerdere indicatoren uitspraken te doen. De grootte van de steekproef is zonder mogelijkheden voor een poweranalyse echter wel punt van aandacht geweest.

Het aantal deelnemende instellingen valt met een omvang van 76 tot en met 86 (afhankelijk van het jaar) binnen de grenzen van een redelijke steekproef. Echter: de omvang van de data verzameld over de prestaties van de instellingen is regelmatig kleiner. Niet alle instellingen hebben immers in alle jaren over alle indicatoren data aangeleverd. Gegevens zijn ook verwijderd in de validatieslag. Verschilcores leggen een extra druk op het aantal ontbrekende waarden. Een verschilcore ontbreekt, zodra data ontbreken over één van de twee jaren waarover de verschilcore wordt berekend. Tenslotte zijn sommige indicatoren niet van toepassing voor instellingen.

Alvorens te analyseren, is daarom eerst per indicator bekeken hoeveel bruikbare waarden een indicator heeft, ofwel hoe groot de steekproef is. Omwille van de betrouwbaarheid en generaliseerbaarheid is uiteindelijk gekozen om geen correlaties te berekenen wanneer van een indicator minder dan 10 waarnemingen waren. Voor het verrichten van regressieanalyses is gekozen voor een afkappunt van 50.

### Differentiatie

Voor het aantonen van relaties is een zekere differentiatie in data nodig. Instellingen dienen te verschillen in mate van HKZ-certificering en in score op prestaties om relevante en correcte analyses te kunnen verrichten.

Ten aanzien van de maat 'wel of niet gecertificeerd' is differentiatie problematisch. Zoals in hoofdstuk 6 is besproken was in 2006 slechts 13% gecertificeerd, in 2007 twee derde en in 2008 en 2009 bijna iedere instelling. Het gebrek aan differentiatie is ook de reden geweest voor het ontwikkelen van andere maten voor HKZ-certificering. Gegeven het explorerende karakter van de studie zijn toch analyses verricht, maar niet zonder een

grondige analyse van de invloed van het gebrek aan differentiatie wanneer significante correlaties werden gevonden.

Voor de HKZ-maat 'lengte van certificering' is de mate van differentiatie in de jaren 2006 en 2007 eveneens problematisch. In 2006 is bijna geen enkele instelling gecertificeerd, waardoor het aantal instellingen met een score van 0 maanden is oververtegenwoordigd. In 2007 blijft het aantal instellingen met een gering aantal maanden gecertificeerd oververtegenwoordigd door de 34% niet gecertificeerden (score 0) en het relatief groot aantal instelling dat in december 2007 is gecertificeerd (score 1). Resultaten op de maat lengte uit deze jaren zijn eveneens met veel voorzichtigheid geïnterpreteerd. Het aantal maanden in 2008 en 2009 is in tegenstelling tot de periode daarvoor wel gedifferentieerd. Dat komt door het verdwijnen van instellingen door fusie en het verschil in maanden waarin de nog niet gecertificeerden hun certificaat hebben behaald.

Voor de potentiële confounder 'fusie' zijn geen analyses verricht. Het aantal instellingen in een jaar dat gefuseerd is, is dermate klein vergeleken met het aantal niet gefuseerden, dat de verdeling tussen wel en niet gefuseerd te scheef is om valide analyses te verrichten.

#### De waarde van significante verschillen

Significantie duidt op het daadwerkelijk aanwezig zijn van een verband. Een p-waarde van 0,1 duidt op een tendens (matige significantie). Een p-waarde van 0,05 duidt op een significante relatie en een p-waarde van 0,005 duidt op een hoog significante relatie. Echter: ook hier is voorzichtigheid bij de interpretatie geboden. De kans op een significant verschil is ten eerste kleiner wanneer met kleine steekproeven wordt gewerkt. In dit onderzoek zijn de steekproeven over het algemeen klein. Een niet significante relatie geeft daarom niet noodzakelijkerwijs aan dat er geen relatie is tussen HKZ en prestaties. Het ontbreken van een significant verschil kan te wijten zijn aan de grootte van de steekproef en niet aan de relatie tussen HKZ en prestaties. Omgekeerd kan een wel gevonden significante samenhang ten tweede niet altijd tot de conclusie leiden dat HKZ gerelateerd is aan prestaties. De kans op het vinden van significante verschillen stijgt naar de mate waarin de omvang van het aantal analyses stijgt. Om de kans op onterecht significant gevonden relaties zo laag mogelijk te houden, zijn resultaten alleen significant bevonden als de p-waarde kleiner of gelijk was aan 0,05. Significante relaties met een p-waarde tussen de 0,05 en 0,10 zijn wel in de bijlagen aangetekend om mogelijke trends te kunnen duiden. Tenslotte is ook gekeken naar de sterkte en richting van de relatie. Niet

alleen bij significant gevonden relaties, maar ook bij niet significant om potentiële of mogelijk interessante relaties niet te verwaarlozen. Ook indien niet significant, beschrijft een hogere coëfficiënt een sterker verband en de richting van de coëfficiënt en positief of negatief verband tussen HKZ en prestaties. Statistici hanteren verschillende ranges voor de sterkte van het verband. Dit maakt iedere keuze welhaast arbitrair. Gekozen is voor de volgende:

<b>Correlatiecoëfficiënt</b>	<b>Sterkte verband</b>
<0,2	Zeer zwak
0,2-0,4	Zwak
0,4-0,6	Matig
0,6-0,8	Sterk
0,8-0,95	Zeer sterk
>0,95	Uitzonderlijk sterk

### **7.3 De waarde van HKZ in een jaar**

De waarde van HKZ in een jaar is, zoals hierboven beschreven, onderzocht door te analyseren of de mate van HKZ in een specifiek jaar samenhangt met de prestaties van instellingen in hetzelfde jaar. De analyses zijn verricht voor de maten ‘wel of niet gecertificeerd’, ‘lengte certificering in maanden’, ‘percentage maximaal bereikte HKZ-status’ en ‘de percentages maximaal bereikte HKZ-status per rubriek’.

Algemeen kan worden gesteld dat het wel of niet gecertificeerd zijn, het aantal maanden gecertificeerd zijn en de procentuele HKZ-status in een bepaald jaar geen eenduidige samenhang blijken te hebben met prestaties (zie bijlage 7.1). De samenhang is soms positief, soms negatief en wisselt daarin welhaast bij iedere indicator naar jaar. Alhoewel enkele significante relaties zijn gevonden, laten ook deze geen helder patroon zien (zie tabel 7.1 tot en met 7.3). Geen enkele indicator hangt significant samen met alle maten voor de mate van HKZ-certificering. De richting van de samenhang verschilt en over jaren heen zijn geen eenduidige significante relaties waar te nemen.

#### **Wel of niet gecertificeerd in een bepaald jaar**

Het wel of niet gecertificeerd zijn in een bepaald jaar blijkt zelden en alleen in 2006 samen te hangen met prestaties (zie tabel 7.1 en bijlage 7.1). Alleen voor de prestatie-indicatoren ‘verbetering en stabilisatie van het dagelijks functioneren in 2006’ en ‘het



percentage suïcides klinisch in 2006' zijn significante relaties gevonden. De vooruitgang in het dagelijks functioneren is groter bij gecertificeerde instellingen dan bij niet gecertificeerde instellingen. Het percentage suïcides in de klinische setting is echter hoger. Toch mag niet zonder meer de conclusies worden getrokken dat gecertificeerd zijn samenhangt met het dagelijks functioneren en het aantal suïcides. Zoals hierboven gesteld is de differentiatie tussen wel of niet gecertificeerd gering in 2006. Niet alle instellingen hebben ook data aangeleverd op deze indicatoren in 2006, waardoor de verdeling nog schever is. Voor de indicator suïcide klinisch hebben slechts 4 gecertificeerde instellingen data aangeleverd ten opzichte van 33 niet gecertificeerde instellingen. Voor de indicatoren over het dagelijks functioneren betreft het 3 instellingen tegen 19 instellingen.

Indicator	Jaar	Correlatie (Rs)	Significantie
Verbetering dagelijks functioneren	2006	Nvt	p=0,03
Stabilisatie dagelijks functioneren	2006	Nvt	p=0,03
Suïcide klinisch	2006	Nvt	p=0,01

Tabel 7.1 Significante correlaties wel of niet gecertificeerd en prestatie-indicator naar jaar

### Lengte certificering

De analyses over de lengte van certificering in maanden bevestigen alleen voornoemde relatie met klinische suïcides (zie tabel 7.2 en bijlage 7.1).

Indicator	Jaar	Correlatie (Rs)	Significantie
Suïcide klinisch	2006	0,37	p=0,03
Wachttijd RIBW binnen norm 147 dagen	2007	-0,41	p=0,09
Wachttijd RIBW binnen norm 147 dagen	2008	-0,60	p=0,007
Wachttijd RIBW binnen norm 147 dagen	2009	-0,47	p=0,04

Tabel 7.2 Significante correlaties lengte certificering en prestatie-indicator naar jaar

Daarnaast worden ook andere relaties gevonden. Het percentage cliënten dat binnen de norm van 147 dagen door een RIBW wordt geholpen blijkt negatief gecorreleerd te zijn met HKZ. Is de samenhang in 2007 nog slechts als trend waar te nemen; in de jaren 2008 en 2009 is de samenhang significant. Een hoger aantal maanden gecertificeerd zijn, blijkt samen te hangen met een lager percentage geholpen binnen de norm (voor RIBW).

### **Percentage maximaal bereikte HKZ-status (procentuele HKZ-status): totale HKZ**

De mate waarin aan de normen van HKZ wordt voldaan, uitgedrukt als percentage maximaal bereikte HKZ-status, hangt voornamelijk samen met wachttijden (zie tabel 7.3 en bijlage 7.1). Dit wisselt echter naar jaar en setting. De samenhang is daarbij in beginsel positief. In 2006 blijkt dat cliënten van instellingen die meer aan de normen van HKZ voldoen, gemiddeld gezien, vaker binnen de Treeknormen voor RIBW's worden geholpen. In 2008 slaat de relatie echter om als het gaat om het aantal wachtdagen. Deze zijn juist hoger bij instellingen met een hogere procentuele HKZ-status. In 2009 hangt alleen de wachttijd voor klinische opname samen met HKZ. De samenhang is eveneens negatief. Hoe hoger de procentuele HKZ-status hoe lager het percentage cliënten dat binnen 105 dagen wordt opgenomen.

Het percentage adequate informatieverstrekking is echter wel positief gecorreleerd met de HKZ-status, maar alleen in 2009. Het percentage cliënten dat jaarlijks somatisch wordt gescreend hangt echter weer negatief samen met de HKZ-status uit 2007. Hoe hoger deze is, hoe lager het percentage gescreende cliënten.

<b>Indicator</b>	<b>Jaar</b>	<b>Correlatie (Rs)</b>	<b>Significantie</b>
Wachttijd RIBW binnen norm 147 dagen	2006	0,51	p=0,04
Wachttijd binnen norm gemiddeld	2006	0,51	P=0,03
Somatische screening jaarlijks	2007	-0,54	p=0,02
Wachttijd dagen RIBW	2008	0,57	p=0,009
Wachttijd gemiddeld	2008	0,33	p=0,008
Wachttijd klinisch binnen norm 105 dagen	2009	-0,37	p=0,04
Adequate informatieverstrekking	2009	0,29	p=0,03

Tabel 7.3      Significante correlaties procentuele HKZ-status en prestatie-indicator naar jaar

### **Percentage maximaal bereikte HKZ-status: naar rubrieken**

De analyses naar rubrieken laat vooral een samenhang zien met wachttijden. Deze zijn in het jaar 2006 altijd positief. De mate van HKZ-certificering is gerelateerd aan kortere wachttijden. In de jaren daarna is de relatie negatief. Opvallend is tevens dat vooral samenhang wordt gevonden in de jaren 2006 en 2007. Alleen voor de ondersteunende processen zijn in 2009 significante relaties gevonden (zie bijlage 7.1).

### Rubrieken primaire processen

De rubrieken over de primaire processen hangen opvallend weinig samen met prestaties. Daarbij zijn alleen in 2006, 2007 en 2008 significante relaties gevonden (zie tabel 7.4 en bijlage 7.1). Deze zijn in 2006 positief: een hogere HKZ-status hangt samen met meer ervaren keuzevrijheid en meer cliënten die binnen de Treeknormen worden geholpen. In 2007 is de HKZ-status echter gerelateerd aan een toename van het percentage ambulante suïcides. In 2008 daalt de mate waarin cliënten ervaren dat aan hun zorgwensen wordt voldaan naar de mate waarin de HKZ-status hoger is.

<b>Indicator</b>	<b>Jaar</b>	<b>Correlatie (Rs)</b>	<b>Significantie</b>
Wachttijd gemiddeld binnen de norm	2006	0,44	p=0,01
Keuzevrijheid	2006	0,30	p=0,03
Ambulante suïcides	2007	0,26	p=0,03
Vervulling zorgwensen	2008	-0,24	p=0,05

Tabel 7.4      Significante correlaties procentuele HKZ-status rubrieken primaire processen en prestatie-indicator naar jaar

Wanneer nader wordt geanalyseerd welke primaire procesrubrieken significant correleren met deze prestatie-indicator valt op dat het percentage suïcide alleen samenhangt met de rubriek intake en indicatie. Het is echter denkbaar dat de toename in suïcides een gevolg is van een betere registratie. De samenhang is dan niet zozeer dat HKZ gerelateerd is aan meer suïcides, maar aan het meer registreren van suïcides.

Opvallend is dat geen significante samenhangen worden gevonden voor indicatoren over de problemen en het dagelijks functioneren van cliënten en hun oordeel daarover (zie bijlage 7.1). Bij een subanalyse naar rubrieken zijn wel significante relaties gevonden. In 2006 neemt de mate waarin positief wordt geoordeeld over de bejegening toe naar de mate waarin meer aan de normen is voldaan op de rubriek evaluatie en nazorg. De meeste significante relaties worden echter voor het jaar 2008 gevonden. De mate waarin op de rubriek intake en indicatie aan de normen wordt voldaan hangt in 2008 samen met een toename van het percentage heropnames en een daling van het percentage verbetering in het dagelijks functioneren. Daarentegen is (logischerwijs) een toename van de stabilisatie van het dagelijks functioneren waar te nemen. Het percentage gescreende cliënten voor aanvang van de behandeling neemt daarbij toe naar de mate waarin meer aan de normen wordt voldaan van de rubrieken zorgverlening en uitvoering en evaluatie en nazorg.

Toch blijven de relaties karig. Een mogelijke verklaring is dat verbeteringen in de problematiek eerder toe te schrijven zijn aan de keuze voor een therapie, de interactie tussen hulpverlener en cliënt en de motivatie van cliënten. Aspecten die niet met de normen worden geborgd. In de kwalitatieve interviews is hierop ook gewezen.

#### Rubriek beleid en organisatie

De mate waarin aan de normen voor beleid en organisatie wordt voldaan, blijkt vooral samen te hangen met prestaties over wachttijden en positief te zijn in 2006 en negatief in 2008 (zie tabel 7.5 en bijlage 7.1). De samenhang met bejegening en wachttijden was in 2006 nog positief (beter ervaren bejegening en meer cliënten die binnen de norm worden geholpen naar de mate waarin de HKZ-status toeneemt). In 2008 stijgt de wachttijd echter naar de mate waarin aan de normen wordt voldaan.

Indicator	Jaar	Correlatie (Rs)	Significantie
Wachttijd binnen norm gemiddeld	2006	0,42	p=0,01
Bejegening	2006	0,30	p=0,04
Wachttijd RIBW	2008	0,75	p=0,00
Wachttijd gemiddeld	2008	0,36	p=0,003

Tabel 7.5 Significante correlaties procentuele HKZ-status rubriek beleid en organisatie en prestatie-indicator naar jaar

#### Rubrieken ondersteunende processen

De rubrieken over de ondersteunende processen blijken vooral samen te hangen met wachttijden (zie tabel 7.6 en bijlage 7.1). In 2006 is het voldoen aan de normen positief gerelateerd aan een verkorting van de wachttijd. In 2009 hangt het samen met langere wachttijden.

Indicator	Jaar	Correlatie (Rs)	Significantie
Wachttijd gemiddeld binnen de norm	2006	0,42	p=0,02
Somatische screening jaarlijks	2007	-0,53	p=0,02
Wachttijd <98 dagen ambulante	2009	-0,26	p=0,05
Wachttijd gemiddeld <norm	2009	-0,29	p=0,02

Tabel 7.6 Significante correlaties procentuele HKZ-status rubrieken ondersteunende processen en prestatie-indicator naar jaar

Daarnaast hangt de mate waarin aan de normen voor de ondersteunende processen wordt voldaan samen met een afname van het jaarlijks screenen van langdurig opgenomen cliënten. Voor 2008 zijn geen significante samenhangen gevonden.

Gegeven de vele aspecten die onder deze rubrieken vallen wordt tevens de samenhang tussen een specifieke rubriek en prestaties bekeken (zie tabel 7.7 en bijlage 7.1).

Indicator	Jaar	Rubriek	Correlatie (Rs)	Significantie
Verbetering dagelijks functioneren	2006	R7	-0,61	p=0,05
Stabilisatie dagelijks functioneren	2006	R7	0,54	p=0,02
Wachttijd klinisch	2006	R7	-0,48	p=0,008
		R8	-0,38	p=0,04
Wachttijd RIBW binnen norm 147 dagen	2006	R8	0,50	p=0,04
Wachttijd binnen norm gemiddeld	2006	R8	0,43	p=0,02
Oordeel over wonen	2006	R8	-0,49	p=0,03
Bejegening	2006	R9	0,32	p=0,03
Stabilisatie dagelijks functioneren	2007	R7	0,44	p=0,006
Drop-out	2007	R9	0,28	p=0,04
Somatische screening jaarlijks	2007	R5	-0,57	p=0,01
		R8	-0,46	p=0,05
Suïcide ambulante	2007	R9	0,25	p=0,04
Suïcide klinisch	2007	R7	0,38	p=0,01
Verbetering ernst problematiek	2008	R9	-0,77	p=0,01
Verbetering dagelijks functioneren	2008	R8	-0,30	p=0,04
Heropnames	2008	R8	0,34	p=0,05
Wachttijd RIBW	2008	R5	0,49	p=0,04
Wachttijd RIBW binnen norm 147 dagen	2008	R9	-0,56	p=0,01
Informed Consent	2008	R7	-0,25	p=0,05
Vervulling zorgwensen	2008	R7	-0,26	p=0,04
Bejegening	2008	R7	-0,25	p=0,04
		R8	-0,31	p=0,01
Verandering ernst problematiek: oordeel cliënt	2009	R7	0,38	p=0,02
Wachttijd binnen norm gemiddeld	2009	R5	-0,27	p=0,03

Tabel 7.7 Significante correlaties procentuele HKZ-status rubrieken ondersteunende processen en prestatie-indicator naar jaar

Het beeld wordt dan deels bevestigd, maar ook genuanceerder. Allereerst valt op dat rubrieken ook in 2008 significant samenhangen met prestaties. Iedere rubriek is een keer gerelateerd aan een prestatie. Bevestigd wordt dat de samenhang tussen HKZ en prestatie in 2006 voornamelijk positief is en in de daarop volgende jaren negatief.

De rubriek over diensten door derden (R8) hangt regelmatig samen met verschillende prestatie-indicatoren. Hiervoor is moeilijk een verklaring te geven. De rubriek over de fysieke omgeving en materiaal (R7) blijkt vervolgens geregeld significant samen te hangen met prestaties gericht op de problematiek en bejegening van cliënten. Wellicht blijkt hieruit hoe belangrijk het is om zaken als hulpmiddelen, instrumenten en geneesmiddelen goed op orde te hebben. De rubriek over documenten (R9) blijkt eveneens (relatief) veel significante samenhangen te vertonen. Een aanname van HKZ is dat een goed beheerd documentatiesysteem de kwaliteit ten goede komt. Echter: de gevonden samenhangen zijn juist negatief en leiden tot een slechtere kwaliteit van zorg.

De rubriek over personeel (R5) blijkt eigenlijk niet de verwachte samenhangen te vertonen. De normen uit de rubriek zijn gericht op het goed organiseren van personeelszaken (aannamebeleid, trainingen etcetera). Het is te verwachten dat de kwaliteit van het personeel toeneemt. Een samenhang zou daarom verwacht worden met vele prestatie-indicatoren, aangezien de medewerkers uiteindelijk het werk verrichten. Deze samenhang is echter afwezig.

#### **7.4 Verschillen over jaren heen**

De voorgaande analyses betreffen alle analyses over de stand van zaken in één jaar. De mate van HKZ-certificering en prestaties verschuiven echter over jaren heen. In deze paragraaf staan deze verschuivingen centraal. Wellicht ten overvloede wordt erop geattendeerd dat een positieve of een negatieve samenhang, in tegenstelling tot de vorige paragrafen, niet zonder meer duidt op een verbetering of verslechtering van prestaties in relatie tot HKZ. De analyses zijn verricht op verschilcores en geven daarmee als informatie of een verandering in HKZ samenhangt met een verandering in prestaties in termen van grootte van de verandering. Of dit een positieve of negatieve zaak is, hangt geheel af van het type verandering in prestaties en HKZ-status. Zijn deze verbeterd of verslechterd of voor een deel verbeterd en voor een deel verslechterd in een bepaalde periode. Om hierover uitspraken te doen zijn de significante relaties nader geanalyseerd op het type verband.

### **Verschuiving in het hebben van een HKZ-certificaat**

Geen van de analyses verricht op het verschil in ‘wel of niet gecertificeerd zijn’, waren significant (zie bijlage 7.2).

### **Lengte van certificering**

Analyses over de lengte van certificering in 2006 en 2007 dienen, zoals hierboven beschreven, voorzichtig benaderd te worden vanwege de scheve verdeling in aantal maanden gecertificeerd. Gevonden verbanden in 2006 en 2007 worden daarom buiten beschouwing gelaten. Rest één significante relatie en wel dat de mate waarin het aantal maanden certificering in de periode 2008-2009 toeneemt, samenhangt met een kleinere verandering in de prestaties op de adequate informatieverstrekking in de periode 2008-2009. Nadere analyse toont aan dat de veranderingen in de ervaren adequate informatieverstrekking duiden op een verslechtering.

### **Verschuivingen in de procentuele HKZ-status en prestaties**

Correlaties tussen verschuivingen in prestaties en de procentuele HKZ-status laten eveneens weinig eenduidige en significante samenhangen zien. In de periode 2008-2009 is zelfs geen enkele relatie significant (zie tabel 7.8 en bijlage 7.2). Het enige globale patroon is dat veranderingen in de beginjaren eerder negatief zijn en veranderingen in latere perioden eerder positief. Zo is in de periode 2006-2007 een toename van de procentuele HKZ-status gerelateerd aan een toename in de opnameduur, meer ambulante suïcides en een betere bejegening. In de periode 2007-2008 is de mate van toename in de procentuele HKZ-status gerelateerd aan een afname van de opnameduur, meer informed consent en een beter oordeel van de cliënt over de verandering van de ernst van de problematiek.

<b>Indicator</b>	<b>2006-2007</b>	<b>2007-2008</b>	<b>2008-2009</b>
Verandering ernst problematiek: oordeel cliënt		0,30 (p=0,04)	
Duur opname	0,46 (p=0,053)	-0,40 (p=0,03)	
Suïcide ambulant	0,32 (p=0,04)		
Informed consent		0,25 (p=0,05)	
Bejegening	0,35 (p=0,05)		

Tabel 7.8      Significante correlaties tussen verschuivingen in procentuele HKZ-status en prestatie-indicator naar periode

### Verschuivingen in de procentuele HKZ-status en prestaties naar rubrieken

De HKZ-rubrieken blijken wederom met vele prestaties samen te hangen. Vooral de verschuivingen in de periode 2006-2007 correleren significant.

#### Primaire processen

De verschuiving in HKZ-status van de primaire processen is in de periode 2006-2007 alleen significant gerelateerd met het percentage cliënten dat binnen de norm van 147 dagen wordt geholpen door een RIBW (zie tabel 7.9 en bijlage 7.2). Nadere analyse toont aan dat de relatie positief is. Een grotere verbetering in HKZ-status hangt samen met een kleinere verslechtering in het percentage cliënten dat binnen de normtijd wordt geholpen. Een analyse naar de rubrieken van de primaire processen laat zien dat deze relatie significant is voor de rubriek intake en indicatie.

Indicator	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Wachttijd RIBW binnen norm 147 dagen	-0,66 (p=0,04)		
Verbetering ernst problematiek: oordeel cliënt		0,34 (p=0,02)	
Suïcide klinisch		-0,33 (p=0,05)	
Suïcide gemiddeld		-0,31 (p=0,03)	
Wachttijd ambulant binnen norm 98 dagen			-0,33 (p=0,02)
Informed consent		0,25 (p=0,05)	
Vervulling zorgwensen			-0,32 (p=0,02)

Tabel 7.9 Significante correlaties tussen verschuivingen in procentuele HKZ-status rubrieken primaire processen en prestatie-indicator naar periode

De meeste verschuivingen zijn waar te nemen in de periode 2007-2008. In de periode 2007-2008 neemt de mate van verbetering van het oordeel van cliënten over de ernst van hun problematiek en de mate van informed consent toe naar de mate waarin de HKZ-status van de primaire processen toeneemt. De percentages suicides laten een negatieve samenhang zien. Hoe groter de verbetering in HKZ-status, hoe groter de verschuiving in het percentage suicides. Subanalyses laten zien dat de rubriek over evaluatie en nazorg met deze beide relaties verband houdt.

In de periode 2008-2009 is een toename in HKZ-status gerelateerd aan een afname van het percentage ambulante cliënten dat binnen de norm van 98 dagen wordt geholpen. Dit blijkt uit subanalyses zowel samen te hangen met de intake en indicatie als de



zorgverlening en uitvoering. Ook is een afname waar te nemen van de mate waarin cliënten ervaren dat aan hun zorgwensen wordt voldaan naar de mate waarin de HKZ-status toeneemt (in verandering). Subanalyses laten zien dat de rubrieken intake en indicatie en zorgverlening en uitvoering samenhangen met deze relatie.

#### Beleid en organisatie

Veranderingen in de HKZ-status voor beleid en organisatie hebben, evenals de HKZ-status van de primaire processen, een negatieve samenhang met het aantal suïcides in 2006 (zie tabel 7.10). Anders gesteld: hoe groter de verbetering in HKZ, hoe groter de toename in percentage suïcides ambulant. Ten aanzien van de duur van de opname is de relatie wel positief. Naar de mate waarin de HKZ-status verbetert, verbetert ook de opnameduur.

Indicator	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Duur opname		-0,48 (p=0,006)	
Suïcide ambulant	0,34 (p=0,03)		

Tabel 7.10 Significante correlaties tussen verschuivingen in procentuele HKZ-status rubriek beleid en organisatie en prestatie-indicator naar periode

#### Ondersteunende processen

Voor de periode 2008-2009 zijn geen significante relaties gevonden tussen verandering in prestaties en HKZ-status van de ondersteunende processen (zie tabel 7.11 en bijlage 7.2). In de overige perioden is de relatie overwegend negatief. Een sterkere verbetering in mate van certificering gaat gepaard met een lager prestatieniveau. Alleen ten aanzien van het informed consent is de relatie positief.

Indicator	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Verbetering dagelijks functioneren	-0,59 (p=0,03)		
Duur opname	0,50 (p=0,04)		
Drop-out	0,42 (p=0,04)		
Somatische screening bij aanvang		-0,64 (p=0,02)	
Informed Consent		0,27 (0,03)	

Tabel 7.11 Significante correlaties tussen verschuivingen in procentuele HKZ-status rubrieken ondersteunende processen en prestatie-indicator naar periode

Een nadere analyse naar rubriek geeft echter een breder beeld. Bij een analyse per rubriek zijn ook voor de periode 2008-2009 significante samenhangen aanwezig (zie tabel 7.12).

Indicator	Rubriek	2006-2007	2007-2008	2008-2009
Verandering ernst problematiek: oordeel cliënt	R5		0,31 (p=0,03)	
Stabilisatie dagelijks functioneren	R7	0,86 (p=0,001)		
Duur opname	R5	0,50 (p=0,04)		
	R7	0,59 (p=0,01)		
Drop out	R5	0,48 (p=0,02)		
Somatische screening jaarlijks	R5		-0,62 (p=0,03)	
Suïcide ambulante	R7	0,44 (p=0,005)		
Wachttijd gemiddeld binnen norm	R7		-0,44 (p=0,009)	
	R9		-0,31 (p=0,05)	
Keuzevrijheid	R7	0,38 (p=0,02)		
Wachttijd gemiddeld	R8	-0,43 (p=0,03)		
Wachttijd ambulante binnen norm 98 dagen	R8			-0,31 (p=0,05)
Wachttijd klinisch	R9			0,51 (p=0,01)

Tabel 7.12 Significante correlaties tussen verschuivingen in procentuele HKZ-status rubrieken ondersteunende processen en prestatie-indicator naar periode

Relaties met wachttijden worden zichtbaar. Het betreft relaties met de rubrieken 7, 8 en 9 (fysieke omgeving en materiaal, diensten door derden en documenten), waarbij de grootte van de veranderingen omgekeerd evenredig met elkaar samenhangen.

De veranderingen in de duur van de opnames is bij drie rubrieken gerelateerd aan de veranderingen in HKZ-status. In de periode 2006-2007 is de mate van verandering van de HKZ-status voor de rubrieken over personeel en de fysieke omgeving en materiaal gerelateerd aan de mate van verandering in de opnameduur. In de periode 2007-2008 is juist een omgekeerde relatie waar te nemen (grote verandering versus kleine verandering en vice versa), die niet alleen gerelateerd is aan rubriek 4 beleid en organisatie, maar ook aan de rubriek intake en indicatie van de primaire processen.

De positieve correlatie tussen suïcide en HKZ in 2006-2007 is evenals bij de primaire processen ook ten aanzien van de rubrieken over de ondersteunende processen waar te nemen voor de rubriek fysieke omgeving en materiaal.

In de periode 2006-2007 zijn tenslotte verslechterende prestaties waar te nemen ten aanzien van de stabilisatie van het dagelijks functioneren. Deze zijn gerelateerd aan het beter voldoen aan normen van de rubriek 'Fysieke omgeving en materiaal'. De rubriek personeel hangt tenslotte samen met de verslechterde prestaties in de periode 2007-2008 aangaande het jaarlijks screenen.

## **7.5 Lange termijn effecten**

Het is denkbaar dat certificering pas na enige tijd invloed heeft op prestaties van instellingen. Het kost immers tijd om nieuwe procedures en werkwijzen te optimaliseren en internaliseren. In deze paragraaf wordt beschreven of en hoe HKZ samenhangt met prestaties op de langere termijn. De HKZ-maten uit een jaar zijn daartoe gecorreleerd met prestaties uit daaropvolgende jaren. Data over de HKZ-status uit 2005 zijn ten behoeve van deze analyses verzameld (zie hoofdstuk 6). Analyses zijn voor 2005 echter alleen verricht met de procentuele HKZ-status, omdat slechts 2 instellingen in 2005 waren gecertificeerd. Het is daarom niet zinvol om correlaties te berekenen voor het wel of niet gecertificeerd zijn in 2005 en het aantal maanden gecertificeerd zijn in 2005. De resultaten van de analyses worden per HKZ-maat besproken.

### **Het lange termijn effect van wel of niet gecertificeerd zijn**

Of een instelling in een bepaald jaar is gecertificeerd blijkt niet samen te hangen met prestaties in daaropvolgende jaren. Op één samenhang na (registratie ontbreken informatie 2008 met certificaat 2006) worden geen significante correlaties gevonden. Gegeven de hoeveelheid analyses is de kans groot dat de gevonden relatie op toeval berust.

### **Het lange termijn effect van de lengte van certificering in maanden**

Analyses over het lange termijn effect van het aantal maanden dat een instelling is gecertificeerd laten zien dat vooral lang gecertificeerden in 2006 beter presteren in 2007 (zie tabel 7.13 en bijlage 7.3). De samenhang is niet vaak significant, maar wel relatief hoog en duidend op verbeteringen in prestaties. De lengte van certificering in 2006 hangt voor 2007, met andere woorden significant of niet, positief samen met dalingen in

wachttijden, drop-outs, suïcides en duur opnames, een tijdiger contact na ontslag uit de kliniek, een adequatere informatieverstrekking, een beter voldoen aan het toestemmingsvereiste, een vaker in kaart brengen van de ernst van de problematiek, een betere registratie van het ontbreken van informatie, een verbeterde keuzevrijheid en een verbeterde vervulling van zorgwensen.

Indicator en HKZ-maat	2007		2008		2009	
	Rs	Sig	Rs	Sig	Rs	Sig
<b>Lengte certificering 2006</b>						
In kaart brengen problematiek	0,46	0,04				
Wachttijd gemiddeld	-0,30	0,03				
Wachttijd klinisch binnen norm 105 dagen			0,32	0,05		
<b>Lengte certificering 2007</b>						
Wachttijd RIBW binnen norm 147 dagen			-0,58	0,008	-0,50	0,03
Keuzevrijheid			-0,23	0,05		
<b>Lengte certificering 2008</b>						
Wachttijd RIBW binnen norm 147 dagen					-0,48	0,03

Tabel 7.13 Lange termijn effect lengte certificering

Deze positieve samenhang zet voor een deel door in 2008 (zie bijlage 7.3). Een aantal van voornoemde indicatoren blijft positief correleren. Daaraan zijn indicatoren toe te voegen over de verbetering van de ernst van de problematiek en het dagelijks functioneren. Alleen de toename in het percentage cliënten dat binnen 105 dagen wordt opgenomen neemt in deze significant toe. Maar in 2008 wordt ook een daling in prestaties waargenomen, die samenhangt met de lengte van certificering in 2006 (zie bijlage 7.3). Deze waren in 2007 nog positief. In 2009 wordt de samenhang met de lengte van certificering nog zwakker en vaker negatief, al zij het niet significant. Het effect lijkt dus toch wel af te nemen.

Dit lijkt bevestigd te worden als gekeken wordt naar de samenhang tussen de lengte van certificering in 2007 en 2008 en de prestaties in de daaropvolgende jaren. Deze zijn regelmatig omgeslagen naar een negatieve of lagere correlatie (zie bijlage 7.3). Significant in deze zijn de ervaren keuzevrijheid en het percentage cliënten dat binnen de RIBW-wachttijdnormen wordt geholpen voor de prestaties van 2008 gerelateerd aan de certificeringlengte in 2007 en het percentage cliënten dat binnen de norm van 147 dagen wordt geholpen door een RIBW voor de prestaties van 2009 gerelateerd aan de lengte van certificering in 2008 (zie tabel 7.13).

### Het lange termijn effect van de procentuele HKZ-status

De HKZ-status in een bepaald jaar hangt meermaals significant samen met prestaties in daaropvolgende jaren jaar (zie tabel 7.14 en bijlage 7.4). De samenhang is overwegend negatief. Alleen het tijdig contact uit de kliniek hangt positief samen met een HKZ-status uit een eerder jaar.

Indicator en HKZ-maat	2006		2007		2008		2009	
	Rs	Sig	Rs	Sig	Rs	Sig	Rs	Sig
<b>HKZ-status 2005</b>								
Verbetering ernst problematiek: oordeel cliënt							-0,38	0,01
Drop-out					0,34	0,01		
Somatische screening jaarlijks			-0,55	0,01				
Bejegening			-0,28	0,03			-0,27	0,05
Adequate informatieverstrekking							-0,30	0,03
<b>HKZ-status 2006</b>								
Verbetering ernst problematiek: oordeel cliënt							-0,37	0,01
Somatische screening jaarlijks			-0,60	0,007				
Wachttijd dagen klinisch					-0,40	0,02		
Wachttijd ambulant binnen norm 98 dagen			0,31	0,02				
Wachttijd klinisch binnen norm 105 dagen					0,32	0,05		
Vervulling zorgwensen							-0,27	0,02
Bejegening							-0,29	0,03
<b>HKZ-status 2007</b>								
Tijdig contact ontslag uit kliniek					0,37	0,03		
Wachttijd dagen RIBW					0,49	0,03		
<b>HKZ-status 2008</b>								
Tijdig contact ontslag uit kliniek							0,35	0,03

Tabel 7.14 Lange termijn effect procentuele HKZ-status

In 2006 hangt nog geen enkele prestatie samen met de HKZ-status in 2005. In 2007 is een hoge HKZ-status in 2005 significant gerelateerd aan een slechter ervaren bejegening en een lager percentage cliënten dat jaarlijks wordt gescreend bij een langdurige opname. Een hogere HKZ-status in 2006 is wederom verbonden aan een lager percentage jaarlijks gescreende cliënten, maar ook aan een kleiner aantal cliënten dat binnen de Treeknormen ambulant wordt geholpen.

In 2008 is de HKZ-status uit een eerder jaar een aantal keren negatief gerelateerd aan wachttijden. Hoe hoger de HKZ-status in 2006, hoe langer de wachttijd voor klinische zorg en hoe lager het percentage dat binnen de norm van 105 dagen wordt geholpen. Ten aanzien van de HKZ-status uit 2007 geldt dat hoe hoger deze is, hoe langer het aantal

wachtdagen voor RIBW. Naast de negatieve relatie met wachttijden is ook een negatieve relatie waar te nemen ten aanzien van de drop-outs: hoe hoger de HKZ-status uit 2005, hoe meer drop-outs in 2008. De enige positieve relatie is de relatie: hoe hoger de HKZ-status in 2007, hoe groter het percentage cliënten dat na ontslag uit de kliniek tijdig vervolgzorg krijgt in 2008.

In 2009 is het krijgen van tijdig contact na ontslag uit de kliniek eveneens de enige positieve relatie met de HKZ-status uit een eerder jaar en wel het jaar 2008. Alle andere relaties zijn negatief. Een negatiever oordeel van cliënten over de verbetering van hun problematiek en de bejegening hangt in 2009 samen met de HKZ-statusen uit 2005 en 2006. Een hogere HKZ-status uit 2005 hangt ten tweede ook samen met een negatiever oordeel van cliënten over de ervaren adequaatheid van de informatieverstrekking. Voor de HKZ-status uit 2006 geldt ten derde dat hoe hoger deze is, hoe minder cliënten menen dat aan hun zorgwensen is voldaan

Buiten de significante correlaties om valt de richting van sommige relaties op (zie bijlage 7.4). In 2006 is de hoogte van de HKZ-status veelal positief gerelateerd aan de prestatie-indicatoren. Deze relaties komen overeen met degene die zijn gevonden bij de relatie over lengte van certificering in 2006 met prestaties in 2007. HKZ lijkt de meest positieve invloed te hebben op het volgende jaar. Hetzelfde is met een half oog ook te zien in de relaties tussen de HKZ-status in 2006 en de prestaties in 2007. De correlatiecoëfficiënten zijn regelmatig hoger of een uiting van een verbetering. Maar nogmaals: het is niet significant en slechts deels op face value waar te nemen. Opvallend en wel significant is dat op de echt lange termijn de samenhang inderdaad steeds negatiever wordt. De significante samenhangen in 2009 zijn namelijk bijna alle samenhangen met de certificeringstatus in 2005 en 2006 en negatief (zie tabel 7.15).

### **Het lange termijn effect van de procentuele HKZ-status naar rubriek**

In deze paragraaf staat de relatie tussen de HKZ-status van rubrieken in een bepaald jaar met prestaties in de daaropvolgende jaren centraal. Deze analyses zijn alleen verricht voor de samengestelde variabelen voor de rubrieken op primaire procesniveau, beleid en organisatie en ondersteunende processen. Analyses per rubriek leiden tot het verrichten van bijna 3000 analyses. De kans op onterecht statistische significanties wordt daarmee te groot.

### Lange termijn effecten van de HKZ-normen op primair procesniveau

De mate waarin instellingen in een bepaald jaar voldoen aan de HKZ-normen voor de primaire processen hangt voor enkele prestatie-indicatoren samen met de prestaties die worden behaald. Die samenhang is bijna altijd positief en concentreert zich rondom vier typen indicatoren (zie tabel 7.15 en bijlage 7.5).

Indicator	2006		2007		2008		2009	
	Rs	Sig	Rs	Sig	Rs	Sig	Rs	Sig
<b>HKZ-status primaire processen 2005</b>								
Verbetering ernst problematiek: oordeel cliënt							-0,35	0,02
Verbetering ernst problematiek					0,78	0,01		
Stabilisatie ernst problematiek					-0,77	0,02	-0,55	0,04
Somatische screening jaarlijks			-0,51	0,03				
Tijdig contact ontslag uit kliniek							0,37	0,03
Wachttijd ambuland binnen norm 98 dagen			0,29	0,04				
Wachttijd gemiddeld binnen norm	0,38	0,03						
<b>HKZ-status primaire processen 2006</b>								
Somatische screening jaarlijks			-0,50	0,03				
Tijdig contact ontslag uit kliniek							0,35	0,04
Wachttijd dagen klinisch					-0,35	0,04		
Wachttijd ambuland binnen norm 98 dagen			0,28	0,05				
Wachttijd klinisch binnen norm 105 dagen							0,37	0,04
Wachttijd gemiddeld binnen norm			0,31	0,03				
<b>HKZ-status primaire processen 2007</b>								
Tijdig contact ontslag uit kliniek					0,37	0,03	0,45	0,005
<b>HKZ-status primaire processen 2008</b>								
Tijdig contact ontslag uit kliniek							0,33	0,04

Tabel 7.15 Lange termijn effect procentuele HKZ-status primaire processen

De eerste betreffen indicatoren over wachttijden. Voor verschillende indicatoren over wachttijden blijkt een hogere HKZ-status in een jaar op de langere termijn positieve gevolgen te hebben voor de daling van wachttijden in dagen of een toename van het percentage cliënten dat binnen normtijden wordt geholpen. Dit geldt echter alleen voor de HKZ-statussen uit 2005 en 2006. Daarna verdwijnt het lange termijneffect.

De tweede is de tijdigheid van een vervolcontact na ontslag uit de kliniek. Prestaties op deze indicator in 2009 hangen altijd samen met de HKZ-status in eerdere jaren. Hoe hoger de HKZ-status, hoe hoger het percentage cliënten dat tijdig wordt geholpen. In 2008 is eveneens een positieve relatie waar te nemen. Echter alleen voor de HKZ-status uit 2007.

De derde indicator is de indicator over de verbetering en stabilisatie van de problematiek. De HKZ-status uit 2005 hangt positief samen met een verbetering van de problematiek in 2008 en 2009. Logischerwijs daalt daarmee het percentage cliënten waarbij de problematiek gestabiliseerd is (deze is voor een gedeelte immers verbeterd). Opvallend is wel dat het oordeel van de cliënt hierover geheel anders is. Hoe hoger de HKZ-status in 2005, hoe negatiever cliënten zijn in 2009 over de verbetering van hun problematiek.

De vierde indicator is het percentage langdurig opgenomen cliënten dat jaarlijks wordt gescreend. De samenhang met de HKZ-statussen in 2005 en 2006 is echter negatief.

#### Lange termijn effecten van de HKZ-normen voor beleid en organisatie

Lange termijn effecten van de mate waarin instellingen voldoen aan de normen op de rubriek beleid en organisatie zijn voornamelijk te vinden voor de HKZ-status op die rubriek in 2005 en 2006 (zie tabel 7.16 en bijlage 7.6).

Indicator	2006		2007		2008		2009	
	Rs	Sig	Rs	Sig	Rs	Sig	Rs	Sig
<b>HKZ-status beleid en organisatie 2005</b>								
Verbetering ernst problematiek: oordeel cliënt							-0,33	0,03
In kaart brengen problematiek			-0,47	0,04	-0,47	0,05		
Drop-out	0,37	0,03			0,26	0,05		
Verbetering dagelijks functioneren	-0,55	0,008	-0,30	0,054	-0,28	0,05		
Stabilisatie dagelijks functioneren			0,31	0,05	0,32	0,02		
Wachttijd dagen klinisch					-0,39	0,02		
Keuzevrijheid			-0,24	0,05				
Vervulling zorgwensen			-0,30	0,02				
Bejegening			-0,40	0,001				
Adequate informatieverstrekking			-0,33	0,007				
<b>HKZ-status beleid en organisatie 2006</b>								
Verbetering ernst problematiek: oordeel cliënt			-0,27	0,04			-0,31	0,04
Wachttijd dagen klinisch					-0,36	0,03		
Wachttijd klinisch binnen norm 105 dagen					0,35	0,03		
Bejegening			-0,34	0,007				
Vervulling zorgwensen							-0,27	0,04
<b>HKZ-status beleid en organisatie 2007</b>								
<b>HKZ-status beleid en organisatie 2008</b>								
Wachttijd gemiddeld							0,28	0,05

Tabel 7.16 Lange termijn effect procentuele HKZ-status rubriek beleid en organisatie



De HKZ-status in 2007 is geen enkele keer significant gecorreleerd met prestaties. Die uit 2008 alleen voor het gemiddelde aantal wachtdagen in 2009. De mate waarin aan de normen wordt voldaan, hangt veelal negatief samen met prestaties in een later jaar. Het lange termijn effect is dus negatief. Hoe hoger de HKZ-status voor beleid en organisatie in 2005 en 2006, hoe slechter de prestaties. Het wisselt per indicator voor welke jaren het geldt, maar het gaat veelal om dezelfde indicatoren: de verbetering van de problematiek, de bejegening, de vervulling van zorgwensen en de verbetering van het dagelijks functioneren. Voor deze laatste indicator zij wel gesteld dat het percentage stabilisatie in diezelfde jaren toeneemt (in niet genoemde jaren met een p-waarde < 0,10). Van een verslechtering van het dagelijks functioneren is dus geen sprake, maar van een stabilisatie.

Het enige positieve lange termijn effect is waar te nemen ten aanzien van de wachttijden klinische zorg. Een hogere HKZ-status op de rubriek beleid en organisatie in 2005 en 2006 hangt samen met verbeteringen in de wachttijden.

#### Lange termijn effecten van de HKZ-normen voor de ondersteunende processen

De HKZ-status van de rubrieken over de ondersteunende processen hangt bijna alleen samen met prestaties in 2008 en 2009 (zie tabel 7.17 en bijlage 7.7). De HKZ-statusen in 2005 en 2006 hebben dus voornamelijk op de lange termijn effect. Op de korte termijn is alleen een negatieve samenhang waar te nemen met de verbetering van het dagelijks functioneren en het percentage langdurig opgenomen cliënten dat jaarlijks wordt gescreend. Beide percentages dalen naar de mate waarin de HKZ-statusen stijgen.

Op de lange termijn is de samenhang tussen de HKZ-statusen uit 2005 en 2006 en prestaties eveneens overwegend negatief en gericht op dezelfde indicatoren: het oordeel van de cliënt over de verbetering van de problematiek, een vorm van wachttijd en de bejegening. Alleen het percentage cliënten dat binnen de norm van 105 dagen wordt geholpen hangt positief samen met de HKZ-status in 2006. Deze positieve relatie zet door voor de HKZ-status uit 2007. Ook aan de achterdeur van de kliniek is verbetering waar te nemen. De HKZ-status uit 2007 hangt samen met een sneller vervolcontact na ontslag uit de kliniek. De HKZ-status uit 2008 hangt samen met een verbetering van het percentage cliënten dat gemiddeld genomen binnen de Treeknormen wordt geholpen.

Indicator	2006		2007		2008		2009	
	Rs	Sig	Rs	Sig	Rs	Sig	Rs	Sig
<b>HKZ-status ondersteunende processen 2005</b>								
Verbetering ernst problematiek: oordeel cliënt					-0,31	0,03	-0,39	0,007
Verbetering dagelijks functioneren	-0,44	0,04						
Somatische screening jaarlijks			-0,60	0,007				
Wachttijd ambuland binnen norm 98 dagen							-0,28	0,04
Vervulling zorgwensen							-0,27	0,05
Bejegening							-0,29	0,03
Adequate informatieverstrekking							-0,30	0,03
<b>HKZ-status ondersteunende processen 2006</b>								
Verbetering ernst problematiek: oordeel cliënt					-0,32	0,02	-0,37	0,01
Somatische screening jaarlijks			-0,64	0,03				
Wachttijd dagen RIBW					0,57	0,01		
Wachttijd klinisch binnen norm 105 dagen					0,35	0,04		
Bejegening							-0,32	0,02
<b>HKZ-status ondersteunende processen 2007</b>								
Tijdig contact na ontslag uit kliniek					0,34	0,04		
Wachttijd klinisch binnen norm 105 dagen					0,32	0,05		
<b>HKZ-status ondersteunende processen 2008</b>								
Wachttijd gemiddeld binnen norm							0,24	0,05

Tabel 7.17 Lange termijn effect procentuele HKZ-status rubrieken ondersteunende processen

## 7.6 Confounders

HKZ blijkt uit voorgaande paragrafen samen te hangen met prestaties, al wisselen de samenhangen sterk naar jaar, type en indicator. Vraag is echter of prestaties alleen samenhangen met HKZ. In deze paragraaf wordt bekeken of en hoe andere factoren dan HKZ met prestaties samenhangen. Zoals in paragraaf 2 beschreven zijn hiertoe correlatie- en regressieanalyses uitgevoerd met de potentieel confounding variabelen: type instelling, grootte en groei van de instelling (in aantallen cliënten). Eerst is bekeken of deze variabelen met elkaar samenhangen (vaststellen multicollineariteit). Dit was niet het geval. Daarna zijn de variabelen gecorreleerd met prestaties. De eerste paragraaf handelt over de resultaten hiervan. Bij gevonden correlaties zijn vervolgens regressieanalyses verricht voor prestatie-indicatoren met meer dan 50 waarnemingen. Hierover handelt de tweede paragraaf. Voor prestatie-indicatoren met minder dan 50 waarnemingen zijn

partiële correlatieanalyses verricht. Hierover handelt de derde paragraaf. Analyses zijn in beide gevallen alleen verricht als zowel de confounder als HKZ samenhangen met een prestatie-indicator.

### 7.6.1 De samenhang tussen het type, de grootte en fusies van instellingen met prestaties: correlaties

De samenhang tussen prestaties en de grootte, groei en type instelling is vastgesteld met correlatieanalyses. De zelf geconstrueerde gemiddelden voor suïcide en wachttijden zijn buiten beschouwing gelaten, vanwege de (logischerwijs) hoge multicollineariteit tussen deze variabelen.

#### Groei

De groei van een instelling hangt niet samen met prestaties (zie bijlage 7.8). Voor geen enkele indicator zijn significante relaties waar te nemen tussen prestaties en groei. Samenhangen duiden slechts op trends ( $p$ -waarde  $< 0,10$ ).

#### Type instelling

Het type instelling hangt zelden samen met de prestaties van instelling (zie tabel 7.18 en bijlage 7.8). Wanneer samenhang aanwezig is, wisselt deze naar jaar. Alleen de verbetering en stabilisatie van het dagelijks functioneren hangen jaarlijks significant samen met het type instelling.

Indicator	2006		2007		2008		2009	
	<i>Rs</i>	<i>Sig</i>	<i>Rs</i>	<i>Sig</i>	<i>Rs</i>	<i>Sig</i>	<i>Rs</i>	<i>Sig</i>
Verbeteren dagelijks functioneren		0,04		0,00		0,00		
Stabilisatie dagelijks functioneren		0,05		0,00		0,00		
Registreren ontbreken informatie				0,05				
Mate ontbreken bij spoed				0,007				
Suïcide ambulante						0,02		
Wachttijd klinisch binnen norm 105 dagen		0,04		0,05				
Vervulling zorgwensen						0,001		

n.s. = niet significant (resultaat chi-kwadraat, dus geen correlatiecoëfficiënt)

donkergrijze cellen = exclusie indicator (onvergelijkbaarheid, niet gemeten, te kleine steekproef)

*Rs* = correlatiecoëfficiënt Spearman Rho

Tabel 7.18 Samenhang type instelling en prestaties naar jaar

## Grootte instelling

De prestaties van instellingen hangen voor sommige variabelen samen met de grootte van de instelling (zie tabel 7.19 en bijlage 7.8). Het verschilt per indicator over hoeveel jaren prestaties samenhangen met grootte en daarmee in welk jaar.

Indicator	2006		2007		2008		2009	
	Rs	Sig	Rs	Sig	Rs	Sig	Rs	Sig
Verbetering ernst problematiek: oordeel cliënt			-0,40	0,03	-0,48	0,00	-0,49	0,00
Verbetering ernst problematiek					-0,83	0,003		
Verbeteren dagelijks functioneren			-0,36	0,02	-0,43	0,002		
Stabilisatie dagelijks functioneren			0,34	0,02	0,37	0,008		
Tijdig contact ontslag uit kliniek			0,39	0,03				
Suïcide ambulante	0,49	0,00	0,37	0,001				
Suïcide klinisch	0,59	0,00	0,37	0,02	0,62	0,00		
Wachttijd dagen klinisch	-0,56	0,002						
Wachttijd dagen RIBW							-0,46	0,04
Wachttijd klinisch binnen norm 105 dagen	0,50	0,005			0,42	0,008		
Informed consent							-0,41	0,01
Vervulling zorgwensen			-0,42	0,00	-0,41	0,00	-0,42	0,01
Evaluatie behandelplan							-0,33	0,02
Bejegening			-0,35	0,004	-0,23	0,05	-0,35	0,008
Adequate informatieverstrekking					-0,30	0,01	-0,31	0,02

n.s. = niet significant (resultaat chi-kwadraat, dus geen correlatiecoëfficiënt)

donkergrijze cellen = exclusie indicator (onvergelijkbaarheid, niet gemeten, te kleine steekproef)

Rs = correlatiecoëfficiënt Spearman Rho

Tabel 7.19 Samenhang grootte instelling (aantal cliënten) en prestaties naar jaar

De samenhang is meestal negatief: hoe groter de instelling hoe slechter de prestaties. Alleen het tijdig contact na ontslag uit de kliniek en de wachttijd verbeteren naarmate een instelling groter is.

De grootte van een instelling blijkt niet samen te hangen met het in kaart brengen van de problematiek, heropnames, de opnameduur, drop-outs, screenen, onveiligheid door het ontbreken van informatie, wachttijden voor ambulante zorg, de ervaren keuzevrijheid en het oordeel over het wonen.

## 7.6.2 Regressieanalyses

Voor indicatoren met meer dan 50 waarnemingen en waarvoor een potentiële confounder en een HKZ-maat significant correleerde met de indicator, is een regressieanalyse verricht met de indicator als onafhankelijke variabele en de potentiële confounder en maten voor HKZ als afhankelijke variabelen. Voor iedere indicator zijn meerdere regressieanalyses uitgevoerd. De potentiële confounder werd altijd opgenomen in de analyse. Vervolgens zijn analyses uitgevoerd per HKZ-maat: wel of niet gecertificeerd, lengte certificering, de totale procentuele HKZ status en de procentuele HKZ-statussen voor de primaire processen, beleid en organisatie en ondersteunende processen. Bij meerdere confounders zijn analyses verricht per confounder en voor de confounders samen. In deze paragraaf wordt het resultaat van de analyses per indicator besproken,

### Verbetering ernst problematiek: oordeel cliënt

De verbetering van de ernst van de problematiek naar de mening van cliënten is onderzocht op de invloed van grootte van de instelling en mate van certificering voor de jaren 2007, 2008 en 2009. Concluderend kan gesteld worden de mate van verbetering van de problematiek volgens het oordeel van de cliënt in 2007 en 2009 niet kan worden verklaard door de mate van HKZ-certificering en de grootte van de instelling. In 2008 verklaart de grootte van de instelling wel de mate van ervaren verbetering (zie tabel 7.20).

	R2	significantie Anova	Beta	significantie correlatie
aantal cliënten	0,09	p=0,03	-0,29	p=0,03
aantal cliënten HKZ-status	0,09 0,12	p=0,04	-0,27 -0,18	p=0,05 n.s.
aantal cliënten HKZ-status primaire proces	0,09 0,14	p=0,02	-0,27 -0,23	p=0,05 n.s.

### 7.20 Resultaat regressieanalyse verbetering ernst problematiek naar oordeel cliënt in 2008

De verklaarde variantie is 9%. De grootte van de instelling verklaart samen met de totale HKZ-status en de HKZ-status voor de primaire processen eveneens de mate ervaren verbetering. Echter: de mate van certificering draagt niet significant bij aan het verschil in ervaren verbetering. De gevonden verslechtingen in de ervaren verbetering worden veroorzaakt door de grootte van de instelling.

## Vervulling zorgwensen

De mate waarin zorgwensen worden vervuld is in 2008 en 2009 onderzocht op de invloed van de grootte van de instelling en de mate van certificering. In 2008 is tevens de invloed van het type instelling onderzocht. In 2009 is alleen de grootte significant van invloed op het slechter voldoen aan wensen (zie tabel 7.21). In 2008 is de grootte in combinatie met de HKZ-status op de primaire processen van invloed. Hoe groter de instelling en hoe meer aan de normen voor de primaire processen wordt voldaan, hoe slechter het oordeel van cliënten over de vervulling van hun zorgwensen is.

<b>Jaar 2008</b>	<b>R2</b>	<b>significantie Anova</b>	<b>Beta</b>	<b>significantie correlatie</b>
aantal cliënten	0,09	p=0,01	-0,29	p=0,01
aantal cliënten wel/niet gecertificeerd	0,086 0,092	p=0,04	-0,28 0,08	p=0,02 n.s.
aantal cliënten lengte certificering	0,086 0,089	p=0,04	-0,29 0,06	p=0,02 n.s.
aantal cliënten HKZ-status	0,09 0,11	p=0,02	-0,28 -0,15	p=0,02 n.s.
aantal cliënten HKZ-status primair proces	0,09 0,15	p=0,004	-0,28 -0,25	p=0,02 p=0,03
aantal cliënten HKZ-status beleid en organisatie	0,09 0,09	p=0,04	-0,29 -0,03	p=0,02 n.s.
aantal cliënten HKZ-status ondersteunende processen	0,09 0,09	p=0,04	-0,29 -0,01	p=0,01 n.s.
<b>Jaar 2009</b>	<b>R2</b>	<b>significantie Anova</b>	<b>Beta</b>	<b>significantie correlatie</b>
aantal cliënten	0,08	p=0,003	-0,29	p=0,003
aantal cliënten HKZ-status	0,16 0,21	p=0,002	-0,36 0,22	p=0,006 n.s.
aantal cliënten HKZ-status primair proces	0,16 0,16	p=0,009	-0,40 0,01	p=0,002 n.s.
aantal cliënten HKZ-status beleid en organisatie	0,16 0,21	p=0,002	-0,37 0,22	p=0,004 n.s.
aantal cliënten HKZ-status ondersteunende processen	0,16 0,18	p=0,005	-0,38 0,12	p=0,003 n.s.

7.21 Resultaat regressieanalyse vervulling zorgwensen in 2009 met grootte

Alhoewel significante modellen zijn gevonden met type instelling, blijkt het type instelling uiteindelijk de mate van vervulling van zorgwensen niet te verklaren. Het dempt eerder het effect. De invloed wordt veroorzaakt door de HKZ-status van de primaire processen en het aantal cliënten (zie tabel 7.22).

	R2	significantie Anova	Beta	significantie correlatie
type instelling	0,01	p=0,05	0,11	n.s.
HKZ-status	0,08		-0,28	p=0,02
primaire processen				
type instelling	0,01	p=0,01	0,02	n.s.
aantal cliënten	0,09		-0,27	p=0,03
HKZ-status	0,15		-0,25	p=0,03
primaire processen				

7.22 Resultaat regressieanalyse vervulling zorgwensen in 2009 met grootte en/of type instelling

### **Verbetering en stabilisatie dagelijks functioneren**

De verbetering en de stabilisatie van het dagelijks functioneren zijn onderzocht op de invloed van de grootte van en het type instelling en mate van certificering in 2007 en 2008. Analyses wijzen uit dat de mate van verbetering en stabilisatie in het dagelijks functioneren door geen van de variabelen of combinaties van variabelen wordt verklaard.

### **Suicide ambulant**

Het percentage ambulante suicides is voor 2007 onderzocht op de invloed van de grootte van de instelling en de mate van certificering. Geconcludeerd kan worden uit de analyses dat de mate van ambulante suicides door geen van de variabelen of combinaties van variabelen wordt verklaard.

### **Bejegening**

De mate waarin de cliënten zich goed bejegend voelen is onderzocht op de invloed van de grootte van de instelling en mate van certificering in de jaren 2007, 2008 en 2009. Voor de jaren 2007 en 2008 zijn geen invloeden gevonden. Voor 2009 wel (zie tabel 7.23).

In 2009 leidt de grootte van de instelling in combinatie met HKZ tot de ervaren mate van bejegening. Ook hier blijkt echter wederom dat de grootte van de instelling uiteindelijk verantwoordelijk is voor het gevonden effect en wederom in negatieve zin. Hoe groter de instelling, hoe slechter de ervaren bejegening.

	R2	significantie Anova	Beta	significantie correlatie
aantal cliënten	0,13	p=0,02	-0,34	p=0,01
HKZ-status	0,14		0,11	n.s.
aantal cliënten	0,13	p=0,02	-0,37	p=0,005
HKZ-status primair proces	0,14		-0,06	n.s.
aantal cliënten	0,13	p=0,01	-0,34	0,01
HKZ-status beleid en organisatie	0,16		0,17	n.s.
aantal cliënten	0,13	p=0,008	-0,34	0,01
HKZ-status ondersteunende processen	0,16		0,18	n.s.

### 7.23 Resultaat regressieanalyse bejegening in 2009

#### Adequate informatieverstrekking

De mate waarin de cliënten ervaren adequate informatie te hebben gekregen is onderzocht op de invloed van de grootte van de instelling en mate van certificering in 2009. Ook voor deze indicator wijzen analyses erop dat de grootte van een instelling tot een slechtere waardering leidt van de adequaatheid van de verkregen informatie. HKZ dempt het effect alleen (zie tabel 7.24)

Jaar 2009	R2	significantie Anova	Beta	significantie correlatie
aantal cliënten	0,09	p=0,05	-0,28	p=0,04
HKZ-status beleid en organisatie	0,11		0,13	n.s.
aantal cliënten	0,09	p=0,03	-0,27	p=0,04
HKZ-status ondersteunende processen	0,13		0,20	n.s.

### 7.24 Resultaat regressieanalyse adequate informatieverstrekking in 2009

#### 7.6.3 Partiële correlatieanalyses

Voor prestatie-indicatoren met minder dan 50 waarnemingen en met correlaties tussen een potentiële confounder en die indicator zijn partiële correlatieanalyses verricht als ook één van de analyses met een HKZ-maat gecorreleerd was met prestaties. Hiermee is bekeken of een gevonden samenhang tussen HKZ en prestaties overlapt met een



gevonden samenhang tussen de potentiële confounder en de prestatie. Wanneer deze overlap significant is, kan gesproken worden van een daadwerkelijk confounding effect.

Een groot deel van de gevonden correlaties tussen prestaties en de grootte of het type instelling staan los van HKZ. HKZ correleert niet met deze indicatoren. Voor de indicatoren waar HKZ wel mee correleert is alleen grootte één keer verantwoordelijk voor een deel van de gevonden samenhang. Deze betreft het gevonden lange termijn effect tussen de HKZ-status uit 2005 van de ondersteunende processen en de stabilisatie van het dagelijks functioneren van cliënten in 2007. Een deel van de aldaar gevonden samenhang, hangt samen met de relatie tussen de grootte van instellingen en prestaties.

## **7.7 Conclusie**

In dit hoofdstuk stonden de vragen centraal of GGZ-instellingen met (zicht op) een HKZ-certificaat beter presteren dan instellingen die niet (of in mindere mate) HKZ-gecertificeerd zijn en welke andere factoren dan HKZ-certificering die prestaties beïnvloeden. Met andere woorden: is er een verband tussen HKZ en prestaties en zo ja: is het verband toe te schrijven aan HKZ of spelen andere factoren een rol?

In deze paragraaf wordt eerst geconcludeerd welke algemene verbanden zijn gevonden. Vervolgens wordt een rondgang gemaakt langs de prestatie-indicatoren en geconcludeerd hoe HKZ samenhangt met specifieke prestaties. Tot slot worden voornoemde conclusies bekeken in het licht van de confounders.

### **7.7.1 Patronen in de samenhang tussen HKZ en prestaties**

Het verband tussen HKZ en prestaties is geenszins eenduidig. Het wisselt per jaar, periode, HKZ-maat, HKZ-rubriek en prestatie of HKZ verband houdt met prestaties. Het wisselt daarbij tevens of het verband positief of negatief is. Moet daarmee geconcludeerd worden dat verbanden op toeval berusten of afwezig zijn?

Gemeend wordt dat een dergelijke conclusie te ongenueanceerd is. Onverklaard blijft dan waarom significante relaties worden gevonden. Gegeven de kans op onterechte significantie speelt toeval weliswaar een rol, maar het zou te gemakkelijk zijn om alle gevonden relaties op basis van toeval weg te wuiven. De wijze waarop HKZ verband

houdt met die prestaties blijft echter lastig te beantwoorden door de grote hoeveelheid onderzochte prestatie-indicatoren en gevonden verscheidenheid in verbanden. Het moeilijk kunnen ontleden van patronen kan een gevolg zijn van een te grote hoeveelheid onderzochte prestaties. Is het realistisch te denken dat HKZ op al deze ruim 30 prestaties precies dezelfde samenhang vertoont? Nee. Wanneer daarom geabstraheerd wordt van die verscheidenheid tussen indicatoren en de brede rode lijnen in significante relaties worden bekeken, zijn in concluderende zin enkele patronen waar te nemen.

#### Het hebben van een certificaat is geen graadmeter voor betere prestaties

Instellingen met een certificaat lijken niet zonder meer benaderd te kunnen worden als instellingen waarin de kwaliteit van zorg beter is. Het wel of niet gecertificeerd zijn blijkt uit de analyses bijna geen verband te houden met de onderzochte prestaties. Dit mag echter niet geïnterpreteerd worden als een hoofdconclusie dat certificeren daarom geen nut heeft. Zoals veelvuldig gesteld in dit rapport, is het wel of niet gecertificeerd zijn een te grove maat en een maat die in verschillende jaren te weinig differentieert om afdoende analyses te kunnen verrichten. Het geeft wel aan dat het hebben van een certificaat ook een te grove maat is om instellingen op te beoordelen.

#### Tijdelijke samenhang

Het verband tussen HKZ en prestaties lijkt sterk tijdsgebonden. Voor geen jaar of periode is een constant verband gevonden tussen HKZ en prestaties. Gevonden verbanden in het ene jaar, zijn in een ander jaar weer verdwenen. Dit is ook te zien in de analyses naar veranderingen in prestaties en mate van HKZ-certificering. In andere woorden: HKZ houdt in een jaar verband met prestaties. Daarna neemt het verband tussen HKZ en prestaties af.

#### Uitdoven in de tijd

De analyses over de lange termijn lijken voorgaande te bevestigen. In beginsel hangt HKZ samen met prestaties in het daaropvolgende jaar. Daarna neemt de samenhang af. Het lijkt erop dat HKZ een soort plafondwaarde heeft. Ook al overstijgt je deze: er is geen samenhang meer met je prestaties. Deze samenhang is niet alleen positief, maar voor sommige indicatoren negatief.

### Positieve samenhang normen primaire processen

Een vergelijking van de gevonden verbanden naar rubrieken laat zien dat het voldoen aan de normen in 2006 veelal positief samenhangt met prestaties, ongeacht de rubriek. Daarna ontstaat een splitsing. De HKZ-status van de primaire processen blijft in de daaropvolgende jaren veelal positief samenhangen met prestaties, terwijl het voldoen aan de normen voor beleid en organisatie en de ondersteunende processen eerder negatief samenhangt met prestaties. Enige uitzondering betreft de wachttijden voor klinische opnames.

## **7.7.2 HKZ en specifieke prestaties**

HKZ heeft over het geheel genomen volgens voorgaande benoemde patronen een relatie met prestaties. Hoe zit het echter met de meer precieze relatie tussen HKZ en een specifieke prestatie? Hierover handelt deze paragraaf. De conclusies zijn gebaseerd op alle voorgaande analyses, zoals in de bijlagen 7.2 tot en met 7.8 beschreven. Gekeken is naar de significantie van relaties en de richting en sterkte van niet significante relaties. Het onderstaande dient daarom als aannames te worden geïnterpreteerd.

### **7.7.2.1 Oordeel cliënten over zorg**

Een deel van de onderzochte prestatie-indicatoren geeft inzicht in de oordelen van de cliënten over de zorg. De relatie met HKZ varieert sterk naar indicator. Het wisselt tevens sterk per indicator of relaties significant zijn.

#### Verandering ernst problematiek naar oordeel cliënt (Pi 1.2a)

HKZ hangt bijna altijd samen met een slechter oordeel van cliënten over de verandering van de ernst van hun problematiek. Positieve verbanden zijn alleen te vinden in 2006 en 2009. De verbanden zijn echter overwegend zwak tot zeer zwak en zelden significant. De significante relaties hebben voornamelijk betrekking op het negatieve lange termijn effect van de HKZ-statussen uit 2005 en 2006. De meeste daarvan komen voort uit de HKZ-statussen op de ondersteunende processen.

#### Keuzevrijheid (Pi 3.4)

De relatie tussen HKZ en de ervaren keuzevrijheid van cliënten wisselt sterk naar jaar. In 2006 en 2009 ervaren cliënten meer keuzevrijheid naarmate de mate van HKZ-

certificering stijgt. Die relaties zijn in 2006 sterker dan in 2009 en ook significant voor de totale HKZ-status en de HKZ-status van de primaire processen. In 2007 en 2008 zijn de relaties tussen HKZ en de ervaren keuzevrijheid overwegend negatief.

#### Vervulling zorgwensen (Pi 3.5)

De relatie tussen HKZ en de mate waarin cliënten ervaren dat hun zorgwensen worden vervuld is voornamelijk op de lange termijn significant. Alleen in 2008 leidt een hogere HKZ-status tot een significant lagere waardering van cliënten in hetzelfde jaar. De overige significante relaties betreffen een lagere waardering naar de mate waarin de HKZ-status op de rubriek beleid en organisatie in eerdere jaren hoger is.

Buiten de significante relaties om, hangt een hogere mate van certificering meestal samen met een lagere waardering. In eenzelfde jaar is het beeld meer wisselend. De mate van certificering in 2006 hangt samen met een hogere waardering. In de jaren 2007 en 2008 is een daling waar te nemen, die in 2009 weer wat bijtrekt naar het positieve.

#### Oordeel over wonen (Pi 3.9)

De relatie tussen HKZ en het oordeel over wonen is er één van de lange termijn. Op korte termijn of in een bepaald jaar is de relatie met HKZ overwegend negatief of zo zwak positief dat amper van een relatie gesproken kan worden. In 2009 hangt het oordeel over wonen bijna altijd positief samen met de mate van HKZ in eerdere jaren. De samenhang is echter zwak tot zeer zwak. Geen van de relaties is significant.

#### Bejegening (Pi 3.10)

Cliënten voelen zich in 2006 significant beter bejegend naar de mate waarin de mate van HKZ-certificering toeneemt. In 2009 is dit gedeeltelijk ook het geval, maar in 2007 en 2008 is de ervaren bejegening juist slechter (niet significant). Op de lange termijn krijgen het beleid, de organisatie en de ondersteunende processen een negatieve uitwerking op de bejegening. De HKZ-status in een bepaald jaar van deze organisatieonderdelen is bijna altijd significant negatief gecorreleerd met prestaties in latere jaren.

#### Adequate informatieverstrekking (Pi 3.11)

In 2006 en 2009 hangt een hogere mate van HKZ-certificering samen met een beter oordeel van cliënten over de adequaatheid van de gekregen informatie. De samenhang is echter zeer zwak en alleen significant voor de HKZ-status in 2009. Op de langere termijn leidt een hogere HKZ-status in bepaald jaar overwegend tot een negatiever oordeel in een

later jaar. Uitzonderd de lengte van certificering in maanden. Voor enkele HKZ-maten is deze relatie ook significant. Alleen in 2006 zijn cliënten meer tevreden naar de mate waarin de HKZ-status in 2005 hoger is, al is het verband zeer zwak en niet significant.

#### **7.7.2.2 Procedures**

Een deel van de indicatoren is gericht op procedurele zaken (registeren, verrichten onderzoek, hebben informatie). Tussen HKZ en procedurele zaken zitten opvallend weinig significante verbanden. Opvallend, omdat HKZ-normen juist gericht zijn op het borgen van procedures.

##### In kaart brengen problematiek (Pi 1.2b)

De mate van HKZ-certificering hangt met de jaren steeds minder en negatiever samen met het in kaart brengen van de problematiek. In 2006 geldt nog: hoe hoger de mate van HKZ-certificering, hoe meer de problematiek van een cliënt over het algemeen in beeld wordt gebracht. Daarna is eerder een samenhang waar te nemen met een vermindering van het in kaart brengen van de problematiek. Op de lange termijn blijft een hogere HKZ-mate in een eerder jaar wel een positieve rol spelen. Hoe hoger de mate van certificering in eerdere jaren hoe beter de problematiek in kaart wordt gebracht in latere jaren. Uitzondering hierop is de HKZ-status van de ondersteunende diensten. Deze hangt samen met een daling van het in kaart brengen en is, in tegenstelling tot voorgaande relaties, een significante relatie in de jaren 2007 en 2008.

##### Screenen cliënten (Pi 1.8a en b)

De samenhang tussen HKZ en de mate van screening verschilt tussen de screening voor aanvang en het jaarlijks screenen van langdurig opgenomen cliënten in de mate waarin relaties significant zijn. Ten aanzien van de screening voor aanvang zijn geen significante relaties gevonden. Voor het jaarlijks screenen wel. Het gevonden patroon is echter eender.

Voor beide geldt dat de mate van certificering in 2006 en 2008 overwegend samenhangt met een toename in screening, terwijl in 2007 sprake is van een ware dip. Voor het jaarlijks screenen is de afname in screenen, naarmate de mate van certificering hoger is, significant. Op de lange termijn hangt een hogere HKZ-status in een eerder jaar samen met een afname in screening. Voor het jaarlijks screenen is deze afname in 2007 zowel in sterkte als significantie hoog.

#### Ontbreken informatie bij spoedgevallen (Pi2.3a en b)

HKZ hangt niet samen met het registreren van het ontbreken van informatie. Het is een nominale variabele waar geen significante relatie met HKZ voor is gevonden. Het percentage cliënten van wie informatie beschikbaar is, neemt over het algemeen af naar de mate waarin een instelling een hogere mate van HKZ-certificering heeft. Deze samenhang is zwak in 2006, sterker voor 2008 dan 2007, maar nog steeds zwak, en nooit significant.

#### Informed consent (Pi 3.3)

Van een samenhang tussen HKZ en informed consent kan eigenlijk niet worden gesproken. Significante samenhangen zijn niet gevonden en de verbanden zijn zeer zwak. Het hangt ook sterk van het jaar af hoe certificering samenhangt met het geven van informed consent. Soms neemt het toe en soms neemt het af. Enig opvallend patroon is dat de mate van HKZ-certificering in 2009 samenhangt met een toename van informed consents, terwijl dit in eerdere jaren eerder gerelateerd was aan een afname.

#### Geëvalueerde behandelplannen (Pi 3.6)

Het percentage behandel- of begeleidingsplannen van cliënten in langdurige behandeling of begeleiding dat minder dan 1 jaar oud is, neemt overwegend af naar de mate waarin een instelling een hogere mate van HKZ-certificering heeft. Deze relaties zijn nooit significant en zwak tot zeer zwak. Het percentage neemt voornamelijk alleen in 2009 toe met de mate van HKZ-certificering in 2009. Ook deze relaties zijn niet significant.

### **7.7.2.3 Logistiek**

De onderzochte prestatie-indicatoren handelen voor een deel over logistieke zaken, zoals wachttijden, tijdige contacten na ontslag en de duur van opnames. Op sterk abstraherend niveau hangt HKZ, significant of niet, overwegend samen met een verbetering van logistieke uitkomstmaten. Alleen de wachttijden voor RIBW laten een wisselend beeld zien.

#### Duur opname (Pi 1.6)

HKZ hangt niet samen met de opnameduur bij een beoordeling op significante relaties. Geen enkele relatie is significant. Wanneer puur naar de sterkte en richting wordt gekeken, dan gaat een hogere HKZ-status in 2006 over het algemeen gepaard met een toename van de opnameduur. In 2007 is juist een afname waar te nemen. In 2008 is

eveneens sprake van een afname, maar minder krachtig dan in 2007. De gevonden verbanden zijn echter zwak tot zeer zwak.

#### Tijdelijk contact na ontslag uit de kliniek (Pi 1.11)

HKZ op primair procesniveau hangt op de lange termijn samen met een toename van het percentage cliënten dat na ontslag tijdig in contact komt met een vervolgvoorziening. Naarmate de jaren verstrijken wordt het lange termijn effect krachtiger en in 2008 en vooral in 2009 zelfs significant. De HKZ-statussen op beleid- en ondersteunend niveau laten eveneens deze positieve lange termijn tendens zien, maar deze is niet even krachtig als bij de primaire processen en niet altijd significant.

Binnen een jaar is een neerwaartse spiraal waar te nemen vanaf 2008. Was het contact tot en met 2008 steeds tijdiger naarmate meer aan de HKZ-normen werd voldaan. In 2009 hangt HKZ samen met een lager percentage cliënten dat tijdig contact heeft. Deze relaties naar jaar zijn echter niet significant.

#### Wachttijden ambulante zorg (Pi 3.1a en b)

De wachttijden voor ambulante zorg hangen op twee punten significant samen met HKZ. De eerste samenhang duidt op een positief lange termijn effect van de HKZ-status uit 2005 en 2006 van de primaire processen en het beleid en de organisatie. Een hogere HKZ-status gaat gepaard met een hoger percentage cliënten dat in 2007 binnen de norm van 98 dagen wordt geholpen. De HKZ-status van de ondersteunende processen blijkt ten tweede negatief samen te hangen met de wachttijden in 2009. Zowel in het jaar zelf als op de lange termijn gaat een hogere HKZ-status voor de ondersteunende processen gepaard met een lager percentage cliënten dat binnen de Treeknorm wordt geholpen.

Wanneer naar de niet significante relaties wordt gekeken wisselt de relatie tussen de hoogte van de HKZ-status en wachttijden naar jaar. In 2006 en 2007 hangt een hogere mate van certificering samen met betere wachttijden. In 2008 wordt de relatie ineens negatief. In 2009 trekt het bij. Wachttijden worden weer beter naar de mate van HKZ-certificering, maar minder sterk beter dan in 2006 en 2007.

#### Wachttijden klinische zorg (Pi 3.1a en b)

Wachttijden voor klinische zorg hangen voornamelijk op de langere termijn samen met HKZ. Relaties zijn bijna altijd positief en in 2008 significant voor de HKZ-statussen in 2005 en 2006. Voor de primaire processen ijlt dit in 2009 nog een beetje na. In 2009 is

een hogere HKZ-status voor de primaire processen nog steeds significant gerelateerd aan kortere wachttijden.

De relaties zijn, buiten de significante om, voornamelijk positief voor de jaren 2006 tot en met 2008. De sterkte van de verbanden is weliswaar zwak tot zeer zwak, maar sterker dan bij de ambulante zorg. In 2009 hangt de mate van HKZ-certificering samen met een verslechtering van de wachttijden.

#### Wachttijden RIBW (Pi 3.1a en b)

De wachttijden voor RIBW laten een ambivalent beeld zien. De wachttijden in dagen zijn overwegend negatief gerelateerd aan HKZ in 2006 tot en met 2008 met veel sterkere en vaker significante verbanden dan de verbanden gevonden voor ambulante en klinische zorg. Dit geldt zowel voor relaties binnen een jaar als de lange termijn effecten. In 2009 trekt het wat bij en dalen de wachtdagen (niet significant).

Voor het aantal cliënten dat binnen de Treeknormen wordt geholpen geldt voor 2007 en 2008 hetzelfde. Echter: in 2006 worden meer cliënten binnen de norm van 147 dagen geholpen (significant matig of niet significant zwak verband) en in 2009 juist minder (niet significant zeer zwak verband). Het lange termijn effect is vervolgens overwegend positief, alhoewel significant negatief voor het aantal maanden gecertificeerd zijn.

#### **7.7.2.4 Problematiek cliënten**

Meerdere indicatoren hebben betrekking op prestaties ten aanzien van de problematiek. Het gaat hierbij om verbeteringen en stabilisaties van de problematiek, heropnames, drop-outs en suïcide. Voor de indicatoren met een onderscheid in verbetering en stabilisatie, wordt alleen de indicator over verbetering besproken. Het percentage stabilisatie en verbetering is sterk aan elkaar gerelateerd. Een score op de ene indicator leidt tot een tegengestelde score op de ander.

#### Verbetering van de ernst van de problematiek: oordeel hulpverlener (Pi 1.2d)

Over deze indicator kunnen moeilijk conclusies worden getrokken. Analyses zijn alleen verricht voor de jaren 2008 en 2009. De patronen in die jaren verschillen. In 2008 hangt een hogere mate van certificering samen met een daling van het percentage cliënten waarbij de problematiek is verbeterd. In 2009 is juist een stijging te zien. Beide niet significant.



Op de lange termijn is het patroon wel nagenoeg dezelfde, maar ook niet significant. Een hogere HKZ-status in eerdere jaren hangt samen met een stijging in het percentage verbetering. De sterkte van de samenhang is in 2008 wel groter dan in 2009. Met name de HKZ-status van primaire processen hangt sterk samen met de stijging (alleen significant voor HKZ-status uit 2005). Verschil is wel dat een hogere HKZ-status voor beleid en organisatie in de jaren 2005 tot en met 2007 samenhangt met een daling van het percentage. In 2009 is de relatie positief.

#### Verbetering in het dagelijks functioneren (Pi 1.3)

De relatie tussen het dagelijks functioneren van cliënten en HKZ is er één van de lange termijn en één die vooral getypeerd wordt door een negatieve relatie met het voldoen aan normen op beleids-, organisatorisch- en ondersteunende niveau. Op de lange termijn is de HKZ-status uit 2005 van deze rubrieken significant negatief gecorreleerd met de verbetering in de problematiek. Echter: de relatie met de afname in verbetering kan niet worden beschouwd als een toename van een verslechtering in het dagelijks functioneren. Significante relaties met de mate van stabilisering laten zien dat de afname in verbetering gepaard gaat met een toename van stabilisatie. Cliënten gaan dus niet achteruit. Ze gaan “alleen” niet vooruit.

#### Heropnames (Pi 1.6)

Over de jaren heen gaat een hogere mate van certificering steeds meer gepaard met een stijging van het percentage heropnames. Relaties zijn niet significant voor de jaren 2006 en 2007. In 2008 beginnen relaties significant te geraken met p-waarden tussen de 0,06 en 0,09. Het lange termijn effect is van dezelfde aard, maar nooit significant.

#### Drop-outs (Pi 1.7)

In de relatie tussen de mate van certificering en het percentage drop-outs is een positieve trend waar te nemen. In 2006 gaat de mate van HKZ-certificering nog gepaard met een stijging van het percentage drop-outs. In de jaren 2007 en 2008 wisselt het per HKZ-maat of sprake is van een stijging of daling. In 2009 hangt HKZ, op de HKZ-status van de rubriek beleid en organisatie na, samen met een daling van de drop-outs. Op de lange termijn zijn relaties negatief. Geen van deze relaties zijn significant als ook zwak tot zeer zwak. Enige significante relaties zijn die tussen de HKZ-status van de rubriek beleid en organisatie in 2005 en prestaties in 2006 en 2008 en de totale HKZ-status en de prestaties in 2008.

### Suicide (Pi 2.5)

Het percentage suicide neemt toe naar de mate van HKZ-certificering. Dit patroon is niet significant, maar waar te nemen uit de negatieve verbanden tussen HKZ en prestaties. Op de lange termijn geldt hetzelfde voor de klinische suicides. Bij de ambulante suicides is in 2009 een meer opbeurende trend waar te nemen. Het percentage suicide in 2009 neemt soms af naar de mate waarin de HKZ-status in eerdere jaren hoger is. Ook in 2009 is een hogere HKZ-status meermaals verbonden met een lager suicidepercentage. Alle relaties zijn echter zeer zwak en niet significant. Enige significante relaties zijn dat een groter aantal maanden gecertificeerd zijn in 2006 gepaard gaat met meer klinische suicides en een hogere HKZ-status op de primaire processen gepaard gaat met meer ambulante suicides.

### **7.7.3 Confounders**

De relaties tussen HKZ en prestaties blijken voor een deel verstoord te worden door de invloed van de grootte van de instelling. Verschillen in prestatieniveau worden in deze gevallen niet verklaard door de mate van certificering, maar door de grootte van instellingen. Het betreft hier de indicatoren genoemd in onderstaand kader. Voor deze indicatoren heeft de grootte van instellingen altijd een negatieve invloed op prestaties. Prestaties dalen naarmate een instelling groter is. Op de mate waarin in 2008 aan de zorgwensen van cliënten wordt voldaan, hebben de grootte van de instelling en de HKZ-status van de primaire processen een gezamenlijke negatieve invloed. Beide verklaren het prestatieniveau op deze indicator.

#### Indicatoren met confounding effect grootte van de instelling

- adequate informatieverstrekking in 2007
- verbetering ernst problematiek (oordeel cliënt): 2008
- vervulling zorgwensen: 2008 en 2009
- bejegening: 2009
- adequate informatieverstrekking: 2009

De lijst indicatoren waarop de grootte van invloed is, is niet groot. Het aantal cliënten is dus zelden een confounder. Opvallend is tevens dat het confounding effect voornamelijk in de jaren 2008 en 2009 is waar te nemen. Wellicht komt hier via een omweg toch het effect van fusies naar voren. Door fusies zijn instellingen immers groter geworden.

Het type instelling en de groei van instellingen verklaren tenslotte verschillen in prestaties niet en blijken dus geen confounder te zijn.

### **Tot besluit**

De relatie tussen HKZ en prestaties blijkt complex te zijn. De samenhang tussen HKZ en prestaties wisselt per indicator, naar jaar en richting. De invloed van confounders op de relatie is vrijwel afwezig en alleen aanwezig voor de grootte van de instelling. Enkele brede patronen zijn te onderscheiden, maar significant zijn deze veelal niet. Wat zegt dit nu over HKZ? Om hierover uitspraken te doen dienen voorgaande conclusies samengenomen te worden met de conclusies van de interviews en een reflectie op de onderzoeksmethode en resultaten. Hierover handelt het volgende afsluitende hoofdstuk.

## **Hoofdstuk 8      Conclusie en discussie**

### **8.1            Inleiding**

Het certificeren van instellingen is een instrument geworden om de kwaliteit van zorg van instellingen te verbeteren. Certificeren behelst het beoordelen van een organisatie op voorgeschreven normen door een onafhankelijke derde en het afgeven van een certificaat wanneer aan de normen wordt voldaan. Instellingen worden in toenemende mate verplicht certificaten te halen. Het behalen ervan is echter tijdrovend. Het roept de vraag op of certificeren wel meerwaarde heeft? Het onderzoek waarover wordt gerapporteerd stelt deze vraag centraal. Gekozen is voor HKZ als certificeringinstrument en de geestelijke gezondheidszorg als sector. De centrale vraag van het onderzoek is:

***Wat is de meerwaarde van HKZ-certificering op de geleverde kwaliteit van zorg in GGZ-instellingen?***

Deelvragen van het onderzoek zijn:

1. Welke waarde ontlenuen zorgprofessionals (hulpverleners), kwaliteitsfunctionarissen, managers en medewerkers van stafafdelingen aan HKZ-certificering?
2. Presteren GGZ-instellingen met (zicht op) een HKZ-certificaat beter op relevante indicatoren dan GGZ-instellingen die niet (of nog niet) HKZ-gecertificeerd zijn?
3. Vanwege welke redenen leidt HKZ-certificering tot betere of slechtere prestaties?

De vragen zijn onderzocht met interviews, kwantitatieve analyses op basis van data over prestaties en de mate van certificering, een systematic review en een expertmeeting. De conclusies over de deelvragen zijn in de vorige hoofdstukken uitgebreid besproken. In dit hoofdstuk wordt de centrale vraag beantwoord door de belangrijkste resultaten samen te vatten en met elkaar in verband te brengen. De resultaten worden tenslotte bediscussieerd.

### **8.2            De deelvragen beantwoord**

Het onderzoek stoelt op bovenstaande drie deelvragen. In iedere paragraaf wordt een deelvraag beantwoord.

### **8.2.1 De ervaren waarde van certificering (deelvraag 1)**

Certificeren vraagt veel van medewerkers. Het vraagt van medewerkers dat zij structuren en processen kritisch bekijken en herzien. Het vraagt van hen dat zij werkwijzen conform protocollen en documenten veranderen. En het vraagt van hen dat zij continu afwijkingen signaleren, meten, verbeteracties inzetten en toetsen op resultaat. Maar wat levert hen dit op? Welke waarde ontlene hulpverleners, kwaliteitsfunctionarissen, stafmedewerkers en managers aan HKZ-certificering? Deze vraag stond als eerste deelvraag centraal.

#### **De ervaren waarde van het werken aan het behalen en behouden van het certificaat**

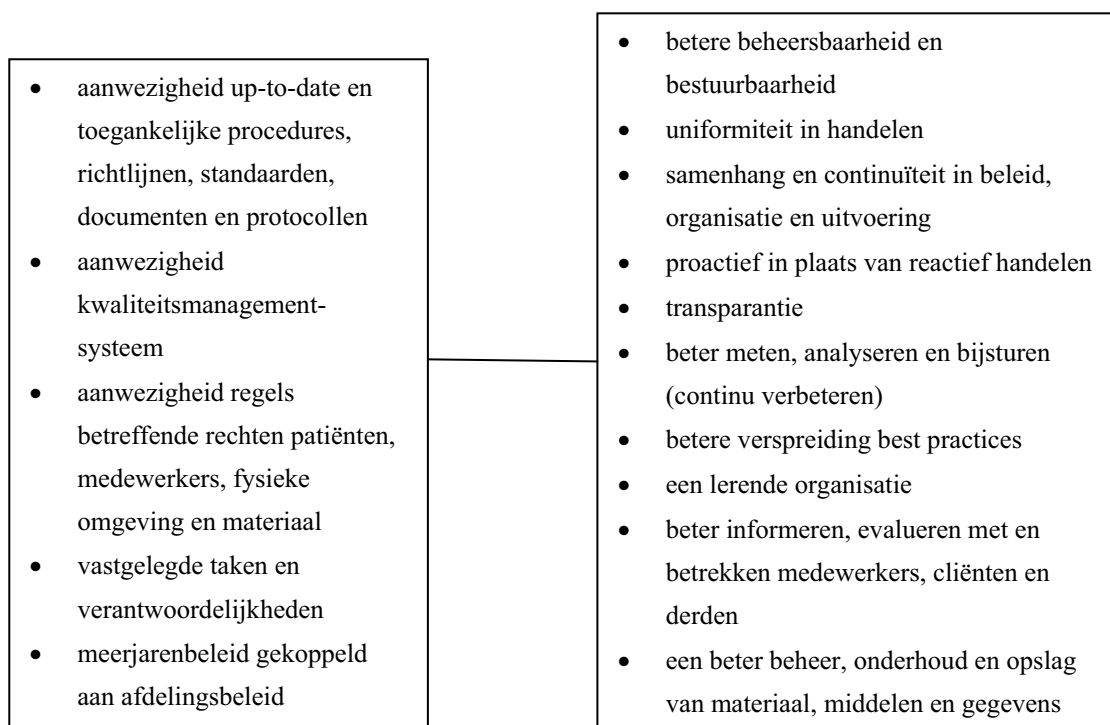
De waarde die medewerkers ontlene aan HKZ hangt ten eerste samen met het traject dat zij doorlopen om het certificaat te behalen en behouden. De ervaren waarde van het traject is dat kwaliteit op de kaart komt te staan. In een tijd van financiële malaise en veranderende financieringssystemen is kwaliteit regelmatig het ondergeschoven kind. HKZ dwingt om aandacht te besteden aan kwaliteit. Het biedt een leidraad om aan kwaliteit te werken. Het maakt medewerkers vaardig in het doorlichten van processen en het doorlopen van verbetercycli. Kwaliteit verschuift van een activiteit van een toevallige eenling, afdeling of locatie naar een activiteit van de hele instelling door de gerichtheid van de normen op alle organisatieniveaus en de samenhang tussen niveaus. Het biedt medewerkers een kans om samen te werken aan kwaliteit, van elkaars best practices te leren en activiteiten vanuit een kwaliteitsbril op elkaar af te stemmen. Maar: het werken aan HKZ heeft ook een negatieve keerzijde. Het is hard werken. Tijd, die niet besteed wordt aan cliënten, maar aan het documenteren en administreren van randvoorwaarden en het meten en bespreken van resultaten. Bureaucratie kan gaan prevaleren boven inhoud. Het zet ook relaties op scherp. Heilige huisjes worden omver geschopt, posities worden geherdefinieerd en vrijheden worden ingeperkt. Kwaliteit moet regelmatig de strijd aangaan met belangen, macht en behoud van autonomie. Daarbij kost het voldoen aan normen geld.

#### **De ervaren waarde van de inhoud van de normen**

De ervaren waarde is ten tweede gerelateerd aan de inhoud van de normen. De normen van het HKZ-certificatieschema bevatten de eisen waaraan structuren en processen moeten voldoen. De normen leiden tot ervaren verbeteringen in structuren en processen, maar niet in uitkomsten. Het accent dat medewerkers op de verbetering leggen wisselt per functie en startpositie. De normen hebben tenslotte ook als negatief ervaren gevolgen.

### Waarde voor structuren en processen

De waarde van HKZ is voornamelijk gelegen in een verbetering van structuren en processen en van velerlei aard (zie figuur 8.1).



Figuur 8.1 De ervaren waarde van de HKZ-normen voor structuren en processen

Op primair procesniveau borgen protocollen een eenduidig, transparant, efficiënt en rechtmatig handelen. Voor cliënten, hulpverleners en derden is helder hoe processen lopen en met elkaar samenhangen en wie wat doet. Communicatie en overdrachten lopen beter. Cliënten komen op de juiste plek terecht en worden van intake tot ontslag geïnformeerd en betrokken bij hun zorg. De protocollen en richtlijnen op uitvoerend niveau zorgen voor een betere uitvoering van zorg. Met systematische evaluaties wordt de behandeling geëvalueerd en bijgestuurd. Medewerkers leren van de evaluaties.

Op het niveau van de ondersteunende processen zijn processen eveneens geüniformeerd, inzichtelijk gemaakt en in samenhang gebracht. Processen en regels zijn gedocumenteerd en verantwoordelijkheden vastgelegd. De koppeling tussen meerjarenbeleid en afdelingsbeleid ondersteunt de samenhang in beleid en uitvoering. Innovaties zijn beter te verspreiden. Medewerkers, cliënten en derden worden ook meer betrokken bij het beleid. Door heel de instelling heen zijn verbetercycli operationeel. Problemen worden sneller

opgelost. Het meten, analyseren, bespreken en verbeteren maakt de instelling tot een lerende organisatie. Het geeft ook sturingsformatie. Het geheel maakt een instelling meer beheersbaar en bestuurbaar. Het maakt ook dat een instelling proactiever reageert op interne en externe ontwikkelingen.

#### Ervaren minderwaarde

De ervaren waarde van HKZ is niet alleen positief. Ervaren negatieve gevolgen worden voornamelijk toegeschreven aan een toenemende bureaucratie. De documentatie en administratie nemen enorm toe. Het werken met een kwaliteitssysteem leidt tot vele meetverplichtingen, besprekingen en aanpassingen. De tijd die hiermee is gemoeid is aanzienlijk en gaat ten koste van de dagelijkse werkzaamheden. Dit wordt versterkt door de ervaring dat HKZ gericht is op procedures en randvoorwaarden en niet op de inhoud van het werk. Gemeend wordt tevens dat de bureaucratie leidt tot een logge en inflexibele organisatie, die zich niet snel kan aanpassen aan ontwikkelingen. Procedures en beleid verworden tot een keurslijf. Verbeteringen worden tegengehouden door de verstarrende werking van de bureaucratie. De werkelijkheid kan ook nooit volledig gevangen worden door papier. Daartoe verandert de omgeving teveel en verschillen cliënten teveel. De ervaring is tenslotte dat de vrijheid wordt beperkt om naar eigen inzicht te handelen. Het werk wordt steeds meer geprotocolleerd en de dwang om afwijkingen te signaleren is groot. HKZ wordt meer gezien als een controlemiddel dan als verbetermiddel.

#### Startpositie en functie

De ervaren waarde is niet voor iedereen gelijk. De waarde hangt af van de mate waarin aan de normen werd voldaan vóór HKZ. Hoe meer een instelling op orde had, hoe minder waarde aan HKZ wordt ontleend. Dit verschilt naar organisatieniveau. Op ondersteunend niveau wordt voor de eigen processen minder waarde ontleend aan HKZ, omdat van oudsher met procedures wordt gewerkt. Het is inherent aan het werk. Procedures zijn vaak ook wettelijk opgelegd of staan onder auspiciën van controlerende instanties. HKZ voegt weinig toe. Het scherpt procedures slechts aan.

De ervaren waarde verschilt ten tweede naar functie. Kwaliteitsfunctionarissen ervaren de meeste waarde. Het verbeteren van kwaliteit is hun werk. HKZ geeft hen een tool hiervoor, al zijn ook zij kritisch. Managers hechten vooral waarde aan de sturingsinformatie en gevolgen van de protocollering, uniformering en verbetercycli voor de beheersbaarheid en bestuurbaarheid. Stafmedewerkers hechten voornamelijk waarde aan de toenemende inzichtelijkheid van processen op andere organisatieniveaus dan die

van henzelf en de verbeterde samenhang met hun eigen processen. Hulpverleners zijn het meest kritisch. Vele van voornoemde voordelen worden herkend, maar HKZ wordt door hen meer ervaren als een tool voor het management en de staf dan een instrument voor henzelf. De kern van hun werk, ‘de inhoudelijke behandeling in de spreekkamer’, komt niet aan de orde. De weg van de verbeterde randvoorwaarden naar de kwaliteit van de therapie is bij HKZ uiteindelijk te lang.

#### Geen zichtbare waarde voor uitkomsten

Verbeteringen in uitkomsten zijn niet direct zichtbaar voor medewerkers. De waarde van HKZ voor uitkomsten blijft in de aanname- en verwachtings sfeer. De verwachtingen zijn wel hooggespannen (zie tabel 8.1). Verbeteringen worden verwacht voor cliënten, medewerkers, de organisatie en derden. Die verwachte uitkomsten bewegen zich op alle denkbare domeinen. Enige verwachte negatieve uitkomsten zijn een daling van de keuzevrijheid en het voldoen aan zorgwensen van cliënten. De sterke mate van protocollering is hiervoor de reden.

cliënten	medewerkers	organisatie	derden
<ul style="list-style-type: none"> <li>• meer tevredenheid</li> <li>• meer motivatie</li> <li>• daling drop-outs</li> <li>• daling klachten</li> <li>• cliëntempowerment</li> <li>• rechtsbescherming</li> <li>• meer veiligheid</li> <li>• betere bejegening</li> <li>• adequate informatie</li> <li>• betere behandeluitkomst</li> <li>• daling keuzevrijheid</li> <li>• daling vervulling zorgwensen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• meer tevredenheid over werk en werkomgeving</li> <li>• minder fouten</li> <li>• professionalisering</li> <li>• lager ziekteverzuim</li> <li>• lagere uitstroom</li> <li>• meer binding met organisatie</li> <li>• veiligere werkomgeving</li> <li>• minder personeelstekorten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• beter imago</li> <li>• klantgerichter</li> <li>• efficiëntie in termen van tijd en geld</li> <li>• financiële voordelen</li> <li>• minder incidenten</li> <li>• meer geslaagde beleidsacties</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• betere samenwerking</li> <li>• meer tevredenheid</li> <li>• beter voldoen aan wensen</li> <li>• betere bejegening</li> <li>• betere kwaliteit van ingekochte producten en diensten</li> </ul>

Tabel 8.1 Verwachte invloed HKZ op uitkomsten

#### **De ervaren waarde van de externe audits**

De ervaren waarde wordt tenslotte gerelateerd aan de audits. De ervaring is dat externe audits weinig waarde hebben voor de kwaliteit. Audits bieden weliswaar handvatten voor



verdere verbetering van de kwaliteit, maar uiteindelijk gaat het om de legitimerende stempel ‘gecertificeerd’. Of adviezen worden opgevolgd hangt af van de dwingendheid en kwaliteit van de adviezen en bereidwilligheid van de instelling om aanpassingen te maken. Als het certificaat eenmaal is gekregen, verslapt veelal de aandacht voor HKZ.

### **8.2.2 De relatie tussen HKZ en prestaties (deelvraag 2)**

De meerwaarde van HKZ is behalve kwalitatief ook kwantitatief onderzocht. Of GGZ-instellingen met (zicht op) een HKZ-certificaat beter presteren op relevante indicatoren dan GGZ-instellingen die niet (of nog niet) HKZ-gecertificeerd zijn, is de deelvraag die zich hierop richt. In de hoofdstukken 5 tot en met 7 is uitgebreid verslag gedaan van de onderzoeksresultaten. In deze paragraaf worden de belangrijkste conclusies samengevat.

#### **Prestaties op structuur- en procesindicatoren**

De HKZ-normen zijn kwaliteitsvereisten voor de structuren en processen in instellingen en als zodanig een verzameling structuur- en procesindicatoren. Op basis van een analyse van de HKZ-status is onderzocht hoe instellingen op deze indicatoren presteren.

#### Verbetering afhankelijk van certificeringmoment

De kwaliteit van de structuren en processen van instellingen verbetert door HKZ. Vanaf het moment dat certificeringtrajecten worden ingezet neemt de score op structuur- en procesindicatoren toe. De grootste verbetering is waar te nemen in de periode voor de audits. Na de audits blijft rond de 60% van de instellingen de kwaliteit van de processen en structuren verbeteren. Ongeveer 20% blijft op eenzelfde kwaliteitsniveau als tijdens de audits. Van 20% neemt de score echter af. De mate van kwaliteit daalt, maar is nog steeds hoger dan aan het begin van de certificeringtrajecten.

#### Verbetering afhankelijk van typen structuren en processen

De structuur- en proceskwaliteit van de primaire processen is in beginsel beter dan die van de ondersteunende processen. Alleen de kwaliteit van personeelszaken vormt hierop een uitzondering. Deze is van een hoger kwaliteitsniveau dan de andere structuren en processen. Ten tijde van de audits zijn de verschillen nagenoeg verdwenen en de verschillende structuren en processen van een ongeveer gelijk kwaliteitsniveau. De grootste verbetering vindt plaats in de HKZ-rubrieken ‘evaluatie en nazorg’ en ‘beleid en organisatie’.

### Zelden maximale kwaliteit

Instellingen voldoen zelden maximaal aan de normen. De te bereiken maximale kwaliteit wordt met andere woorden zelden behaald. Slechts een enkele instelling waardeert de mate waarin zij aan bepaalde normen voldoen met een 10.

### **Prestaties op uitkomstindicatoren**

De relatie tussen HKZ en uitkomsten is onderzocht door de mate van certificering van instellingen te correleren met prestaties op verschillende indicatoren van de Basisset prestatie-indicatoren.

### Uitkomsten zorg hangen niet eenduidig samen met HKZ

HKZ hangt significant samen met uitkomsten van zorg (zie tabel 8.2). Echter: de samenhang is niet eenduidig. Het wisselt per jaar, HKZ-rubriek en prestatie of HKZ verband houdt met prestaties. Het wisselt daarbij tevens of het verband positief of negatief is. De relatie met de vervulling van zorgwensen in 2008 en adequate informatieverstrekking in 2009 wordt deels verklaard door de grootte van de instellingen. Verklaringen voor de overige gevonden samenhangen zijn moeilijk te geven. Deze kunnen berusten op toeval. Bij een p-waarde van 0,05 berust immers 5% van de analyses op toeval. Voor mogelijke andere verklaringen wordt verwezen naar paragraaf 8.2.3.

### HKZ heeft geen eenduidig lange termijn effect op uitkomsten zorg

HKZ heeft een lange termijn effect, maar ook dit is zelden significant en wisselend naar jaar, HKZ-rubriek, prestatie en richting van de samenhang (zie tabel 8.3). De grootte van de instelling blijkt echter verantwoordelijk te zijn voor de gevonden relaties met de prestaties: adequate informatieverstrekking in 2007, verbetering problematiek naar oordeel cliënt in 2008, vervulling zorgwensen en bejegening in 2009. Voor overige verklaringen geldt hetzelfde als hierboven.

Voor de leesbaarheid van de tabellen volgt hieronder de benaming van de rubrieken:

- R1: Intake en indicatie
- R2: Uitvoering en zorgverlening
- R3: Evaluatie en nazorg
- R4: Beleid en organisatie
- R5: Personeel
- R7: Fysieke omgeving en materiaal
- R8: Diensten door derden
- R9: Documenten

Indicator	2006	2007	2008	2009
Verbetering ernst problematiek: oordeel cliënt				R7 (+)
Verbetering ernst problematiek: oordeel hulpverlener			R9 (-)	
Verbetering dagelijks functioneren	R7 (-)		R1 (-) R2 (-) R8 (-)	
Stabilisatie dagelijks functioneren	R7 (+)	R7 (+)	R1 (+)	
Heropnames		R3 (-)	R1 (-) R8 (-)	
Drop-outs		R9 (-)		
Somatische screening aanvang			R2 (+) R3 (+)	
Somatische screening jaarlijks		R5 (-) R8 (-) HKZ-tot (-)		
Suïcide ambulante		R1 (-) R2 (-) R3 (-) R9 (-)		
Suïcide klinisch		R7 (-)		
Wachttijd dagen ambulante		R2 (-)		
Wachttijd dagen klinisch	R7 (-) R8 (-)			
Wachttijd dagen RIBW			R4 (-) R5 (-) HKZ-tot (-)	
Wachttijd klinisch binnen norm 105 dagen				HKZ-tot (-)
Wachttijd RIBW binnen norm 147dagen	R2 (+) R8 (+) HKZ-tot (+)		R9 (-)	
Informed consent			R7 (-)	
Keuzevrijheid	R1, R2, R3 (+)			
Vervulling zorgwensen			R7 (-)	
Oordeel over wonen	R8 (-)			
Bejegening	R3 (+) R4 (+) R9 (+)		R7 (-) R8 (-)	
Adequate informatieverstrekking				HKZ-tot (+)

R = HKZ-status rubriek

HKZ-tot = HKZ-status gehele instelling (alle rubrieken samen)

(+) = een hogere mate van certificering hangt samen met betere prestaties

(-) = een hogere mate van certificering hangt samen met slechtere prestaties

Tabel 8.2 Samenhang HKZ en prestaties in de jaren 2006-2009

Indicator	2006	2007	2008	2009
Verbetering ernst problematiek: oordeel cliënt		b&o_6 (-)	ond_5 (-) ond_6 (-)	pp_5 (-) b&o_5 (-) ond_5 (-) HKZ-tot_5 (-) b&o_6 (-) ond_6 (-) HKZ-tot_6 (-)
In kaart brengen problematiek		b&o_5 (-)	b&o_5 (-)	
Verbetering ernst problematiek: oordeel hulpverlener			pp_5 (+)	
Verbetering dagelijks functioneren	b&o_5 (-) ond_5 (-)	b&o_5 (-)	b&o_5 (-)	
Drop-outs	b&o_5 (-)		b&o_5 (-) HKZ-tot_5 (-)	
Somatische screening jaarlijks		pp_5 (-) ond_5 (-) HKZ-tot_5 (-) pp_6 (-) ond_6 (-) HKZ-tot_6 (-)		
Tijdig contact ontslag uit kliniek			pp_7 (+) ond_7 (+) HKZ-tot_7 (+)	pp_5 (+) pp_6 (+) pp_7 (+) pp_8 (+) HKZ-tot_8 (+)
Wachttijd dagen klinisch			b&o_5 (+) pp_6 (+) b&o_6 (+) HKZ-tot_6 (+)	
Wachttijd dagen RIBW			ond_6 (-) HKZ-tot_7 (-)	
Wachttijd ambulante binnen norm 98 dagen		pp_5 (+) pp_6 (+) HKZ-tot_6 (+)		ond_5 (-)
Wachttijd klinisch binnen norm 105 dagen			b&o_6 (+) ond_6 (+) HKZ-tot_6 (+) ond_7 (+)	pp_6 (+)
Keuzevrijheid		b&o_5 (-)		
Vervulling zorgwensen	b&o_5 (-)			b&o_6 (-) ond_5 (-) HKZ-tot_6 (-)
Bejegening		b&o_5 (-) HKZ-tot_5 (-) b&o_6 (-)		ond_5 (-) HKZ-tot_5 (-) ond_6 (-) HKZ-tot_6 (-)
Adequate informatieverstrekking		b&o_5 (-)		ond_5 (-) HKZ-tot_5 (-)

pp = HKZ-status primaire processen  
 b&o = HKZ-status rubriek beleid en organisatie  
 ond = HKZ-status ondersteunende processen (exclusief rubriek beleid en organisatie)  
 \_ = jaar HKZ-status (bijvoorbeeld pp\_5= HKZ-status primaire processen in 2005)

Tabel 8.3 Lange termijn effect HKZ-status naar indicator, jaar en rubrieken

### **Hypothetische patronen in de samenhang tussen HKZ en uitkomsten van zorg**

Het onderzoek geeft inzicht in mogelijke patronen in de relatie tussen HKZ en prestaties. Deze patronen zijn te ontdekken wanneer geabstraheerd wordt van de verscheidenheid tussen indicatoren en de brede rode lijnen in significante relaties en niet significante relaties worden bekeken. Hierbij zei nadrukkelijk gesteld dat de patronen hypothesen betreffen over nader te onderzoeken relaties. De patronen mogen niet worden beschouwd en gebruikt als bewezen conclusies over de relatie tussen HKZ en prestaties.

#### Het hebben van een certificaat is geen graadmeter voor betere prestaties

Het hebben van een certificaat hangt zelden samen met uitkomsten van zorg. Het lijkt een te grove maat te zijn om instellingen op hun kwaliteit te beoordelen.

#### Tijdelijke piek die uitdooft in de tijd

De mate van certificering hangt tijdelijk samen met uitkomsten van zorg. Deze samenhang is soms positief en soms negatief. Gevonden verbanden in het ene jaar verdwijnen echter in een ander jaar of veranderen van richting. Veranderingen in mate van certificering hangen ook zelden samen met veranderingen in uitkomsten. Het lijkt erop dat HKZ een soort plafondwaarde heeft. Ook al wordt de mate waarin aan de normen wordt voldaan hoger; het heeft geen invloed meer op de uitkomsten van zorg.

#### Meer positieve samenhang normen primaire processen

De mate van certificering hangt in 2006 veelal positief samen met uitkomsten, ongeacht de rubriek. Daarna ontstaat een tweesplitsing. De HKZ-status van de primaire processen blijft in de daaropvolgende jaren regelmatig positief samenhangen met prestaties, terwijl het voldoen aan de normen voor beleid en organisatie en de ondersteunende processen eerder negatief samenhangen met prestaties.

#### Trends samenhang verschilt naar type uitkomst

Op het niveau van de prestatie-indicatoren zijn eveneens rode lijnen waar te nemen. Hierbij zij wederom expliciet en nadrukkelijk gesteld dat komende conclusies gebaseerd zijn op de sterkte en richting van verbanden, ongeacht of deze significant zijn of niet. Het betreft trends die zijn waar te nemen en die als werkhypothesen nader dienen te worden onderzocht.

Een eerste trend is dat de mate waarin aan procedures wordt voldaan zowel positief als negatief samenhangt met HKZ (zie tabel 8.4). Een hogere mate van HKZ-certificering

gaat zowel samen met het beter voldoen aan procedures als het slechter voldoen aan procedures. Voor de indicatoren is bijna altijd een uitzonderingsjaar, waarin de richting van de samenhang omgekeerd is.

<b>Indicator</b>	<b>Trends samenhang HKZ</b>
<b>In kaart brengen problematiek</b>	HKZ hangt overwegend samen met het beter in kaart brengen van de problematiek van cliënten. Het jaar 2007 vormt hierop een uitzondering.
<b>Screenen cliënten</b>	HKZ hangt overwegend samen met een betere screening van cliënten. Het jaar 2007 vormt hierop een uitzondering. Het lange termijn effect is tevens negatief.
<b>Onveiligheid door ontbreken informatie</b>	HKZ hangt samen met een grotere mate waarin informatie ontbreekt.
<b>Informed consent</b>	HKZ hangt overwegend samen met een lagere mate waarin toestemming is gevraagd. Voor het jaar 2009 is de relatie wel positief.
<b>Geëvalueerde behandelplannen</b>	HKZ hangt overwegend samen met een lagere mate waarin behandelplannen worden geëvalueerd. Voor het jaar 2009 is de relatie wel positief.

Tabel 8.4 Waar te nemen trends in niet significante samenhang HKZ en procedures in de zorg

Een tweede trend is dat de mate waarin cliënten tijdig worden geholpen overwegend positief samenhangt met HKZ (zie tabel 8.5). Waar te nemen is dat een hogere mate van HKZ-certificering regelmatig samengaat met een betere logistieke uitkomst. Alleen voor de wachttijden voor RIBW zijn de resultaten ambivalent.

<b>Indicator</b>	<b>Trends samenhang HKZ</b>
<b>Duur opname</b>	HKZ hangt samen met een afname in opnameduur.
<b>Tijdig contact na ontslag uit de kliniek</b>	HKZ hangt samen met een toename van het percentage cliënten dat tijdig contact heeft met een vervolgvoorziening na ontslag uit de kliniek. Het jaar 2009 uitgezonderd.
<b>Wachttijd ambulante zorg</b>	HKZ hangt in de jaren 2006 en 2007 overwegend samen met een kortere wachttijd. In 2008 hangt HKZ samen met een langere wachttijd. In 2009 trekt de samenhang wat bij naar een verkorting van de wachttijd.
<b>Wachttijd klinische zorg</b>	HKZ hangt overwegend samen met een kortere wachttijd.
<b>Wachttijden RIBW</b>	De samenhang is ambivalent. In dagen is de relatie voornamelijk negatief (het jaar 2009 uitgezonderd). In percentage dat binnen de norm wordt geholpen is de relatie overwegend positief.

Tabel 8.5 Waar te nemen trends in niet significante samenhang HKZ en de logistiek op primair procesniveau

Een derde trend is dat de mate van certificering wisselend positief en negatief samenhangt met uitkomsten gericht op de problematiek van cliënten (zie tabel 8.6). De percentages voor drop-outs en suïcide nemen toe, terwijl het percentage heropnames afneemt. Het dagelijks functioneren wordt niet beter of slechter.

Indicator	Trends samenhang HKZ
<b>Verbetering ernst problematiek: oordeel hulpverlener</b>	Geen conclusie mogelijk, omdat analyses slechts over twee jaren konden worden verricht.
<b>Verbetering in het dagelijks functioneren</b>	HKZ hangt overwegend samen met een stabilisatie van het dagelijks functioneren.
<b>Heropnames</b>	HKZ hangt vooral samen met een daling van het percentage heropnames.
<b>Drop-outs</b>	HKZ hangt overwegend samen met een toename van het percentage drop-outs. Alleen in 2009 begint het percentage drop-outs te dalen naar de mate van certificering.
<b>Suïcide</b>	HKZ hangt overwegend samen met een toename van het percentage suïcide.

Tabel 8.6 Waar te nemen trends in niet significante samenhang HKZ en problematiek cliënten

Een vierde trend is dat oordelen van cliënten over de zorg overwegend negatief samenhangen met HKZ (zie tabel 8.7).

Indicator	Trends samenhang HKZ
<b>Verandering ernst problematiek naar oordeel cliënt</b>	HKZ hangt bijna altijd samen met een slechter oordeel van cliënten over de verandering van de ernst van hun problematiek.
<b>Keuzevrijheid</b>	HKZ hangt in sommige jaren samen met een betere ervaren keuzevrijheid en in andere jaren met een slechtere ervaren keuzevrijheid.
<b>Vervulling zorgwensen</b>	HKZ hangt bijna altijd samen met een slechter oordeel van cliënten over de vervulling van hun zorgwensen.
<b>Oordeel over wonen</b>	HKZ hangt overwegend samen met een slechter oordeel van cliënten over hun woonomgeving. HKZ hangt alleen op de zeer lange termijn samen met positievere oordelen.
<b>Bejegening</b>	HKZ hangt in 2006 samen met een beter ervaren bejegening van cliënten. Daarna bijna alleen samen met slechtere oordelen.
<b>Adequate informatieverstrekking</b>	HKZ hangt in 2006 en 2009 overwegend samen met een adequatere informatieverstrekking. Voor de overige jaren en op de lange termijn is het oordeel over de adequaatheid van informatie negatiever naar de mate waarin de mate van certificering toeneemt.

Tabel 8.7 Waar te nemen trends in niet significante samenhang HKZ en oordelen cliënten over de zorg

Waar te nemen is dat een hogere mate van HKZ-certificering regelmatig samengaat met een slechter oordeel van cliënten. De ervaren passendheid van de informatie vormt hierop een uitzondering. Positieve en negatieve oordelen wisselen elkaar hier af. Echter: zoals in de volgende paragraaf zal worden besproken, blijken de samenhangen met de negatieve oordelen over de verandering in de problematiek in 2008, de vervulling van zorgwensen in 2009, de bejegening in 2008 en de adequaatheid van de informatieverstrekking in 2008 en 2009 veroorzaakt te worden door de grootte van de instelling. Hoe groter de instelling, hoe negatiever het oordeel.

### **8.2.3 Redenen voor het behalen of niet behalen van prestaties (deelvraag 3)**

De derde deelvraag is gericht op de redenen voor de aan- of afwezigheid van meerwaarde van HKZ. In deze paragraaf worden de conclusies hierover op een rij gezet.

#### Tussen papier en praktijk

Discrepancie tussen gedocumenteerde werkwijzen en de daadwerkelijke uitvoering is een mogelijke reden voor de afwezigheid van relaties tussen HKZ en prestaties. Tussen papier en praktijk zit ruimte bij HKZ. Alhoewel instellingen beoordeeld worden op de criteria “aantoonbaar geregeld” en “effectief operationeel”, bieden audits niet de voorwaarden om te toetsen of de dagelijkse werkpraktijk overeenkomt met de gedocumenteerde werkwijze. Zowel in de interviews als de analyses op de HKZ-status komt naar voren dat medewerkers niet altijd doen wat zij hebben opgeschreven.

#### Niet volledig voldoen aan de normen

Het niet volledig voldoen aan de normen kan een tweede reden zijn. Het HKZ-certificaat wordt behaald als in een zekere mate aan de normen is voldaan. Van een volledig voldoen aan de normen is zelden sprake. De resultaten uit de HKZ-status vragenlijst bevestigen dit. Maar ook in interviews wordt hierop gewezen. Het niet voor 100% voldoen aan normen kan een reden zijn voor het ontbreken van relaties tussen HKZ en prestaties. Het is echter eigenlijk ook onmogelijk om volledig aan alle normen te voldoen.

#### Kwaliteit van de inhoud

De inhoud van de normen is een derde reden, zo blijkt uit de interviews en de systematische review. De HKZ-normen geven weliswaar aan wat een instelling op orde dient te hebben, maar niet hoe. Dat verbeteracties moeten worden genomen op basis van metingen is bijvoorbeeld genormeerd. Maar welke verbeteractie een instelling neemt en de validiteit



van het gebruikte meetinstrument, bepalen het uiteindelijke resultaat. Hetzelfde geldt voor iedere procesbeschrijving en protocol waarvoor evidence ontbreekt. De inhoud wordt bepaald door ervaringen, consensus en wellicht best practices in andere contexten. De juistheid ervan blijft zonder evidence base een open vraag. Evenzo geldt voor ieder gesprek met cliënten of informatiebrochure dat de inhoud ervan uiteindelijk bepalend is voor het welslagen van een therapie, het voldoen aan een informatiebehoefte of de tevredenheid van een cliënt. De inhoudelijke kwaliteit van activiteiten, documenten en interacties is verbonden aan prestaties, maar is geen onderwerp van HKZ.

### Tijd

Tijd is een vierde reden. Relaties met prestaties blijken regelmatig tijdsgebonden te zijn. Er zijn positieve en negatieve sprongen in prestaties gevonden, dalingen en stijgingen in prestaties in daaropvolgende jaren en lange termijn effecten. Hiervoor zijn meerdere redenen gevonden. Een eerste heeft betrekking op de kwaliteit van genomen acties en beschreven werkwijzen aan de start. Medewerkers bespreken dat instellingen in beginsel soms niet de juiste keuzes maken. Pas na het doorvoeren van verbeteringen wordt de proceskwaliteit beter. HKZ kost dus tijd. Echter: naar de mate waarin kwaliteitscycli zijn doorlopen, wordt de marge voor verbetering kleiner. Er valt met andere woorden steeds minder te verbeteren. Tenslotte verslapt de aandacht voor HKZ met de tijd. De ogen raken met name in de perioden tussen audits gericht op andere zaken. Een relatie tussen HKZ en prestaties is in deze tijden wellicht moeilijker te vinden.

### De waardering van bureaucratie

Uit de expertmeeting komt naar voren dat de ervaren bureaucratiserende invloed van HKZ ten dele kan worden toegeschreven aan de subjectieve beleving van bureaucratie en de wijze waarop HKZ wordt toegepast. Uitspraken van medewerkers dat HKZ tot bureaucratie leidt is veelal gestoeld op de ervaren toegenomen registratie en documentatie. Uit de expertmeeting komt naar voren dat het een vraag is of zaken als het bijhouden van een behandelplan, het registreren van fouten en het documenteren van processen geschaard kunnen worden onder de term bureaucratie. Hoort het immers niet bij het werk om goed te registreren en documenteren? De ervaring van de experts is ten tweede dat de toegenomen bureaucratie ook onterecht wordt toegeschreven aan HKZ. Niet HKZ, maar andere instrumenten zorgen in sommige gevallen voor bureaucratie, zoals de DBC-registratie of registraties voor prestatie-indicatoren. De experts wijzen er ten derde op dat niet HKZ, maar de wijze waarop HKZ wordt toegepast gerelateerd is aan bureaucratie. HKZ is een denkkader. Hoe je HKZ implementeert en hoe je zaken oppakt

maken het bureaucratisch. Het aantoonbaar moeten regelen leidt tot bureaucratie. Niet het effectief operationeel-criterium. Ben je als instelling bijvoorbeeld gericht op het gezamenlijk verbeteren van een proces of ben je erop gericht een document te maken met een procesbeschrijving? De wijze van auditeren hangt hier volgens de experts mee samen. Hoe meer auditoren gericht zijn op het afvinken van bijvoorbeeld de aanwezigheid van bepaalde documenten, hoe bureaucratischer instellingen met HKZ omgaan en HKZ als bureaucratisch ervaren. De experts, maar ook resultaten uit de systematic review, wijzen er tenslotte op dat HKZ ook tot een vermindering van de bureaucratie leidt. Je gaat juist gericht kijken welke documenten je wel en niet nodig hebt en overlap eruit halen. Dat leidt tot minder bureaucratie.

#### Externe invloeden

Invloeden van buitenaf worden in verband gebracht met prestaties. Het gaat om de invloed van maatschappelijke ontwikkelingen, de financiële en legislatieve context, instrumenten zoals de ROM of de Basisset prestatie-indicatoren en externe actoren, zoals de inspectie of de verzekeraar. Alle zouden direct of indirect invloed uitoefenen op prestaties vanwege de financiële druk op het verbeteren van bepaalde prestaties of de controle op prestaties.

#### Persoonskenmerken

Een volgende reden is gerelateerd aan de kenmerken van personen in instellingen blijkens de interviews en systematic review. Het gaat hierbij om de motivatie, leeftijd en opleiding van medewerkers en de ervaren ondersteuning van bestuurders. De aanname is dat motivatie en ondersteuning tot betere prestaties leiden. Leeftijd en opleiding zouden medewerkers meer open maken voor innovatie en veranderingen. Van beide eigenschappen wordt aangenomen dat deze een positieve invloed hebben op prestaties.

#### Fusies

Fusies tussen instellingen zouden eveneens invloed hebben op prestaties vanwege de tijdelijke onrust en disharmonie in processen.

#### Type, grootte en groei instelling

De laatste set redenen handelt over de kenmerken van de instelling en wel het type en de grootte van de instelling en de mate waarin een instelling is gegroeid in een bepaalde periode. Alle factoren zijn op hun invloed getoetst. Groei heeft geen relatie met prestaties. Het type instelling en de grootte van een instelling blijken wel samen te hangen met

prestaties, maar alleen de grootte van een instelling heeft daadwerkelijk effect op prestaties. Het effect is altijd negatief (hoe groter de instelling, hoe slechter de prestatie), alleen aanwezig voor prestaties in 2008 en 2009 en alleen aantoonbaar voor de prestaties: verbetering ernst problematiek, mate waarin sprake is van informed consent, vervulling van zorgwensen en bejegening van cliënten.

### **8.3 De meerwaarde van HKZ**

Wat is de meerwaarde van HKZ-certificering op de geleverde kwaliteit van zorg in GGZ-instellingen? Dat is de centrale vraag van het onderzoek. Wat kan hierover nu concluderend worden gesteld?

De centrale vraag is niet eensluidend te beantwoorden. HKZ heeft voor een deel meerwaarde voor de kwaliteit van zorg en voor een deel niet. De meerwaarde is afhankelijk van vele andere factoren.

De meerwaarde van HKZ is vooral gelegen in de verbeterde structuur- en proceskwaliteit. HKZ leidt onbetwistbaar tot verbeteringen in de organisatie van zorg en de voorwaarden voor het leveren van goede zorg. Die meerwaarde wordt echter niet verkregen zonder het creëren van een spanningsveld tussen standaardisatie en bureaucrativering enerzijds en autonomie en slagvaardigheid anderzijds. De toename in transparantie, beheersbaarheid, bestuurbaarheid, lerend vermogen en uniformiteit legt een wissel op de vrijheid om naar eigen professioneel inzicht te handelen en flexibel, snel en responsief in te spelen op ontwikkelingen. De tijd besteed aan het documenteren, administreren en registreren trekt daarbij een wissel op de tijd besteed aan de eigen kernwerkzaamheden en de middelen van een instelling. Of HKZ meerwaarde heeft hangt af van de afweging die men maakt tussen deze voor- en nadelen.

Ten aanzien van de uitkomsten van zorg is de meerwaarde diffuus. HKZ heeft voor bepaalde uitkomsten op sommige momenten meerwaarde, op andere momenten niet en voor sommige uitkomsten geen meerwaarde of zelfs een negatieve uitwerking. Waar te nemen patronen lijken erop te wijzen dat HKZ kan leiden tot negatievere oordelen van cliënten over de zorg, een verbetering in logistieke uitkomsten en zowel een verbetering als verslechtering van uitkomsten gerelateerd aan de problematiek van cliënten en

zorggerelateerde procedures. Uitsluitel over deze patronen is echter niet te geven. Hiervoor is nader onderzoek nodig.

De meerwaarde van HKZ dient in het licht te worden gezien van de invloed van andere factoren dan HKZ op prestaties. De druk in de zorg op presteren is groot. Controlerende instanties, de inspectie, zorgverzekeraars, andere kwaliteitsinstrumenten en eigen kwaliteitsinitiatieven van instellingen zijn alle gericht op het beïnvloeden van prestaties van instellingen. Bekend is dat prestaties ook afhangen van cliëntkenmerken, persoonskenmerken van medewerkers en de middelen die een instelling ter beschikking heeft om kwaliteitsverbeteringen door te voeren. Prestaties hangen tevens af van de kwaliteit van genomen acties, gebruikte instrumenten, de inhoud van ontwikkelde documenten en interacties tussen cliënt en hulpverlener. Te midden van deze wirwar aan invloeden opereert HKZ. Gevonden meerwaarde kan daarom ontbreken toegeschreven zijn aan HKZ. Evenzo kan het ontbreken van meerwaarde veroorzaakt worden door de dempende invloed van andere factoren dan HKZ op prestaties.

## **8.4           Discussie**

In deze paragraaf worden de resultaten bediscussieerd in het licht van andere inzichten, de onderzoeksmethoden, wetenschappelijke onderzoeksresultaten en ontwikkelingen in de sector GGZ.

### **8.4.1    Reflectie op redenen voor ontbrekende relaties tussen HKZ en uitkomsten**

Buiten de onderzoeksresultaten om zijn meer redenen denkbaar voor het ontbreken van relaties tussen HKZ en prestaties.

#### Afdoende marge voor verbetering nodig

Een eerste betreft dat een relatie slechts aanwezig kan zijn wanneer de marges voor verbetering afdoende groot zijn. Vallen met andere woorden nog betere prestaties te behalen? De gebruikte data zijn geanalyseerd op mate van differentiatie, maar dit is geen maat voor de mate waarin prestaties kunnen verbeteren. Het ontbreken van een relatie tussen HKZ en uitkomsten kan een gevolg zijn van een marginaal mogelijke verbetering op uitkomsten.

### Relatie tussen structuur, proces en uitkomsten altijd moeilijk aan te tonen

HKZ is ten tweede gericht op het verbeteren van structuren en processen. De relatie met uitkomsten is gestoeld op het Donebiaanse axioma dat verbeteringen in structuren leiden tot verbeteringen in processen en verbeteringen in processen tot verbeteringen in uitkomsten. Deze relatie is veelvuldig bekritiseerd. De weg tussen structuren, processen en uitkomsten is namelijk lang, niet lineair en onderbroken door andere factoren die invloed uitoefenen op uitkomsten. Onbekende of niet gemeten variabelen kunnen de resultaten hebben verstoord. De aan- of afwezigheid kan ten tweede een gevolg zijn van de keuze voor indicatoren. Zijn wel indicatoren gekozen waartussen een relatie tussen processen en uitkomsten mag worden verwacht? Kloppen de onderliggende aannames over oorzaak-gevolg relaties?

### Wederzijdse invloed normen

Een derde reden heeft betrekking op de omvang van het HKZ-certificatieschema. HKZ leidt tot vele veranderingen in processen en structuren, die elkaar wederzijds beïnvloeden. Een aanwezige relatie tussen een proces en uitkomst kan teniet worden gedaan door een tegengestelde relatie met een ander proces.

### Aandacht voor innovaties dooft altijd uit

De verslappende aandacht voor HKZ in de tijd is in het licht van implementatietheorieën niet onverwacht. Het is inherent aan innovaties dat de borging van innovaties problematisch is. Na verloop van tijd gaat de aandacht uit naar nieuwe innovaties of lopende zaken. De uitdovende aandacht voor HKZ is in dezen niet HKZ-specifiek.

## **8.4.2 Reflectie op type meerwaarde**

Het onderzoek is gericht op de meerwaarde van HKZ voor de kwaliteit van zorg. De normen van het HKZ-schema en indicatoren uit de basisset prestatie-indicatoren vormden hiertoe de toetssteen. Het is echter van belang om de resultaten ook in het licht te plaatsen van de context waarin de GGZ zich aan de start bevond en het type meerwaarde.

Het HKZ-certificatieschema voor GGZ-instellingen is ontwikkeld in een tijd dat kwaliteit niet op de kaart stond in de GGZ. In hoofdstuk 1 is besproken dat het ontbreken van aandacht voor kwaliteit, en het daaruit voortvloeiende gebrek aan transparantie en negatieve imago van de sector, belangrijke redenen waren om het schema te ontwikkelen. Met certificering zouden instellingen hun kwaliteitssystemen op orde kunnen brengen,

resultaten transparant kunnen maken en publieke verantwoording kunnen afleggen. Uit de expertmeeting komt naar voren dat deze doelen zijn waargemaakt. HKZ is een vliegwiel geweest om het imago en de transparantie van de sector te verbeteren en heeft als zodanig een belangrijke meerwaarde gehad. Dat kwaliteit meer op de kaart is komen te staan is ook te zien aan het aantal fte kwaliteitsfunctionarissen en het feit dat kwaliteit een specifieke portefeuille is geworden van de Raad van Bestuur en Raad van Toezicht. Het PDCA-denken en het kwaliteitsdenken in organisaties is verbeterd.

### **8.4.3 Reflectie op de onderzoeksmethoden**

Het onderzoek leunt zwaar op kwantitatieve analyses van de mate van certificering en scores op de Basisset prestatie-indicatoren. Alhoewel al het mogelijke is gedaan om voor beide valide en betrouwbare data te verzamelen, blijft de kwaliteit van de data punt van aandacht. Zoals in hoofdstuk 5 is beschreven, zijn de data verkregen uit de Basisset prestatie-indicatoren kwetsbaar. Zelfs na alle valideringslagen blijft het een vraag of de gebruikte scores een valide en betrouwbare representatie zijn van de prestaties van instellingen. Voor de mate van certificering bleken data over het wel of niet gecertificeerd zijn en de lengte van certificering regelmatig niet afdoende gedifferentieerd te zijn, doordat de meeste instellingen in dezelfde periode hun certificaat hebben behaald. De ontwikkelde maten voor de HKZ-status zijn gebaseerd op subjectieve oordelen van kwaliteitsfunctionarissen over de mate waarin aan normen wordt voldaan. Een deel van de subjectiviteit is verdisconteerd door het gebruiken van procentuele HKZ-statussen en verschilcores. Het blijft echter een vraag of de maat volledig valide is. In samenhang met de data over de prestaties is het denkbaar dat gevonden en niet gevonden relaties verband houden met de kwaliteit van de data.

De omvang en kwaliteit van de data hebben ook een wissel gelegd op de kwaliteit van de analyse. Niet voor alle uitkomsten konden analyses worden verricht, waardoor aanwezige of afwezige relaties mogelijk niet zijn gevonden. De relaties tussen HKZ en uitkomsten zijn ten tweede vooral geanalyseerd met analyses voor de mate van samenhang. Het was zelden mogelijk om met zwaardere statistische toetsen te werken. Conclusies over daadwerkelijke effecten en oorzakelijke verbanden kunnen hierdoor niet worden getrokken.

De resultaten uit het kwalitatieve en kwantitatieve onderzoek versterken elkaar wel. Kwalitatieve uitingen over de waarde van HKZ zijn terug te vinden in de wijze waarop de

HKZ-status over jaren heen verandert. De onzichtbaarheid van een relatie met uitkomsten komt overeen met de diffuse kwantitatieve relaties tussen HKZ en uitkomsten. De verwachte negatieve invloed op de vervulling van zorgwensen wordt in de aannamesfeer bevestigd. Ervaringen van medewerkers over de verslappende aandacht voor HKZ en het marginale nut van HKZ, nadat kwaliteitscycli enkele malen zijn doorlopen, zijn terug te vinden in de gevonden tijdscomponent van de kwantitatieve analyses. De resultaten van beide onderzoeksonderdelen spreken elkaar echter ook tegen. Het verschil in startpositie is niet terug te zien in de kwantitatieve analyses. Ongeacht de startpositie zijn veranderingen in HKZ-status zelden gerelateerd aan uitkomsten. Rubrieken met betrekking tot ondersteunende processen hebben niet per definitie een betere startpositie en de ervaren invloed van het type, de grootte en de groei van een instelling blijken marginaal te zijn.

#### **8.4.4 Reflectie op de resultaten op basis van wetenschappelijke inzichten**

Het voorliggende onderzoek is niet het eerste onderzoek naar de meerwaarde van certificering. Met een systematische review is onderzocht welke resultaten tot op heden zijn gevonden over de relatie tussen certificering en prestaties in de gezondheidszorg. Wanneer de resultaten worden bekeken in het licht van bestaande wetenschappelijke inzichten, dan blijken de resultaten meestal overeen te komen, maar soms ook te verschillen.

##### **Overeenkomsten**

Resultaten uit nationaal en internationaal onderzoek bevestigen voor een deel de resultaten gevonden voor HKZ-certificering. Uit de review blijkt dat de relatie tussen certificering en cliëntuitkomsten, net als bij HKZ, ambivalent is. De relatie is soms positief, soms negatief en soms afwezig. De gevonden relaties met structuur- en proceskenmerken zijn evenals voor HKZ-certificering veelal positief met enkele negatieve kanttekeningen. Structuren en processen worden inzichtelijk en verbeterd. In een organisatie ontstaat een kwaliteitsverbeteringscyclus, die het leren en verbeteren versterkt. De vaardigheden van medewerkers om aan kwaliteit te werken nemen toe. Maar, certificering leidt ook tot het gevoel gecontroleerd te worden en autonomie te verliezen. Ten aanzien van de audits wordt eensgelijks besproken dat de meerwaarde van audits gerelateerd is aan de kwaliteit van de audit. Wetenschappelijk onderzoek bespreekt vervolgens eveneens dat de omgeving, kenmerken van organisaties en medewerkers een versturende invloed kunnen hebben op de relatie tussen certificering en prestaties. Bewijs

hiervoor wordt echter niet altijd gevonden. In de redenen voor de aan- of afwezigheid van meerwaarde zijn eveneens vele overeenkomsten te vinden. Wetenschappelijke studies tonen aan hoe belangrijk de inhoud en de evidence base van de normen is voor het bereiken van prestaties. Bevestigd wordt dat het lastig is om een relatie te vinden tussen veranderingen in structuren en processen en uitkomsten van zorg. Tenslotte wordt aangetoond dat de ruimte tussen papier en praktijk een belangrijke reden is voor het ontbreken van een relatie. Certificering kan pas meerwaarde hebben als medewerkers daadwerkelijk volgens de normen en opgezette procedures werken.

### **Verschillen**

De resultaten verschillen ook op een aantal punten. In onderzoek naar certificering wordt geen verband gevonden met wachttijden voor cliënten, terwijl HKZ-certificering hiermee regelmatig blijkt samen te hangen. Voor medewerkers zijn, in tegenstelling tot ander wetenschappelijk onderzoek, geen relaties gevonden tussen HKZ-certificering en het ontstaan van cohesie. De toenemende bureaucratie heeft ook positieve gevolgen. Aan audits wordt meer waarde gehecht. Bij HKZ is die meerwaarde van tijdelijke aard. Resultaten over confounders verschillen daarbij eveneens. In wetenschappelijke studies wordt niet gesproken over het potentiële confounding effect van automatisering, de groei van een instelling en fusies. Daarentegen wordt wel gesproken over de invloed van het volume van de behandeling, het organisatieklimaat en de locatie van de instelling. De grootte van een instelling blijkt prestaties tenslotte, zowel positief als negatief te beïnvloeden. Bij HKZ-certificering is alleen een negatieve relatie gevonden.

### **Kanttekeningen vergelijkbaarheid**

Een cruciale kanttekening voor het vergelijken van de resultaten van de review met onderzoek naar HKZ, is dat veel onderzoek in andere sectoren en landen is uitgevoerd. De onderzochte certificatiechema's zijn bovendien soms gericht op specifieke processen of afdelingen, terwijl HKZ gericht is op de gehele organisatie. Resultaten zijn daarom niet geheel vergelijkbaar.

#### **8.4.5 Reflectie op het nieuwe HKZ-certificatieschema**

Stichting HKZ heeft het HKZ-certificatieschema lopende het onderzoek gewijzigd. Het schema is aangepast op basis van veranderingen in en feedback vanuit de GGZ-sector. Vier aandachtspunten vanuit de review en het HKZ-onderzoek ondersteunen de waarde van de veranderingen in het nieuwe HKZ-schema.



Ten eerste blijkt uit de review dat eerste versies van certificatieschema's nooit optimaal zijn. De kwalitatieve interviews bevestigen dit, omdat openlijk getwijfeld wordt aan de meerwaarde van bepaalde normen. Twijfels worden uitgesproken over de gehele rubriek 'Onderzoek en Ontwikkeling' en over het kalibreren van instrumenten. De normen zijn in het nieuwe schema dusdanig aangepast dat ze beter aansluiten op (de wensen van) de praktijk. Ten tweede blijkt uit de review dat een gerichtheid op uitkomsten (in samenhang met processen en structuren) een voorwaarde is om de kwaliteit van zorg te beïnvloeden. Het nieuwe HKZ-schema is sterker gericht op uitkomsten. Als derde punt blijkt uit de review dat het certificeren van een geheel systeem meerwaarde heeft ten opzichte van losstaande onderdelen. De samenhang tussen de normen is verbeterd in het nieuwe schema. Als laatste punt blijkt uit de review dat een goed functionerend kwaliteitssysteem en het aanleren van vaardigheden belangrijk zijn om te kunnen verbeteren. Basis voor het verbeteren ligt in de PDCA-systematiek. In de kwalitatieve interviews blijkt dat deze systematiek niet overal (goed) wordt toegepast. De PDCA-cycli zijn beter zichtbaar in de normen van het nieuwe schema. De cycli zijn nadrukkelijker aanwezig waardoor het kwaliteitssysteem beter kan gaan draaien.

## **8.5            Aanbevelingen**

Op basis van het onderzoek zijn enkele aanbevelingen te geven voor onderzoek, beleid en praktijk.

### **8.5.1            Aanbevelingen voor onderzoek**

#### Validiteit data vooraf beoordelen

Een eerste aanbeveling voor onderzoek vloeit logischerwijs voort uit de problemen met de validiteit van de data. Onderzoeksresultaten staan of vallen met valide data. Aanbevolen wordt om voorafgaand aan het onderzoek goed te beoordelen of de data die men van plan is te gebruiken afdoende valide zijn en data zelf met valide instrumenten te verzamelen, indien dit niet het geval is.

#### Hypothesen over relatie structuur, processen en uitkomsten

Een relatie tussen structuren, processen en uitkomsten is moeilijk te leggen. Je kunt je zelfs afvragen of het wel mogelijk is. Het onderzoeken van relaties tussen structuren, processen en uitkomsten is daarom alleen relevant wanneer onderbouwde aannames over

de relatie te formuleren zijn. Relaties worden tevens verstoord door andere variabelen dan certificering en de intergerelateerdheid van certificeringnormen. Aanbevolen wordt daarom om eerst op basis van kwalitatief onderzoek en literatuuronderzoek onderbouwde modellen te construeren over verwachte relaties tussen structuren, processen en uitkomsten en de mogelijke invloed van versturende variabelen. Hierbij sterk afbakening zoekend in het aantal indicatoren en normen. Daarna wordt aanbevolen om deze modellen met multivariate technieken statistisch te toetsen op basis van valide data over de gevonden structuur-, proces- en uitkomstindicatoren en potentiële confounders.

#### Meerdere perspectieven op meerwaarde hanteren

Aanbevolen wordt om onderzoek naar de meerwaarde niet te beperken tot de kwaliteit van zorg. Onderzoek naar de meerwaarde voor medewerkers, derden, financiële en strategische uitkomsten is evenzeer van belang. Aandacht dient tevens besteed te worden aan de trade-offs tussen de verschillende vormen van meerwaarde.

#### Kosten, tijdsinvestering en bureaucratie

In de interviews leggen medewerkers veel nadruk op de invloed van HKZ op kosten, te investeren tijd en bureaucratie. HKZ zou gepaard gaan met hoge kosten, een grote tijdsinspanning en een toename van de bureaucratie. Behalve onderzoek naar andere vormen van meerwaarde is tevens onderzoek nodig naar deze aangegeven negatieve effecten van HKZ en de trade-off tussen de positieve en negatieve effecten van HKZ.

#### Onderzoek naar hypothetische patronen

Tenslotte wordt onderzoek aanbevolen naar de hypothetische patronen, zoals genoemd in de conclusie.

### **8.5.2 Aanbevelingen voor de stichting HKZ**

#### Van voldoen aan basisvereisten naar modulair verdiepen

Het HKZ schema is de afgelopen jaren doorontwikkeld. Het eerste HKZ-schema is een gedetailleerd schema geweest, omdat in de GGZ geen kwaliteitskader voorhanden was. Er was behoefte aan een gedetailleerd schema, waarmee instellingen aan de basisvoorwaarden voor kwaliteit konden gaan voldoen. Het tweede schema kon door de borging van die basisvoorwaarden worden vereenvoudigd en uitgebreid met aandacht voor prestaties en veiligheid. Nu (bijna) alle instellingen een certificaat hebben, ontstaat de vraag hoe verder met HKZ. Hoe kan de kwaliteit in instellingen verder worden

bevorderd met HKZ? Hoe kunnen instellingen zich met HKZ differentiëren? Aanbevolen wordt om de aandacht te richten op modulaire verdieping. Instellingen kunnen op een module gecertificeerd worden en zich op deze wijze verder ontwikkelen en differentiëren. Als module kan gedacht worden aan verschillende kwaliteitsgebieden en inhoudelijke gebieden (bijvoorbeeld typen zorg of doelgroepen). De modules dienen in samenspraak met het veld te worden ontwikkeld.

#### Meer aandacht voor primaire processen

HKZ staat ver af van het werk van de professionals. Het schema wordt als controlemiddel in plaats van verbetermiddel gezien door de gerichtheid van het schema op randvoorwaarden in plaats van de inhoud van het werk. Aan Stichting HKZ wordt aanbevolen om in het schema meer binding te realiseren met de primaire processen door samen met professionals modules te ontwikkelen voor verschillende doelgroepen en zorgvormen. Hiertoe wordt aanbevolen om gebruik te maken van evidence based richtlijnen, evidence over effectieve zorgpaden, inzichten over effectieve methoden om de zorg en zorgprocessen te verbeteren en inzichten over effectief gebleken certificeringinstrumenten voor specifieke doelgroepen of zorgprocessen.

#### Aansluiten bij ontwikkelingen in het veld

Om HKZ minder als controlemiddel en meer als verbetermiddel te kunnen positioneren is het van belang goed aan te sluiten bij ontwikkelingen in het veld. HKZ kan vooral waarde opleveren als medewerkers zien dat hun werkpraktijk erdoor verbetert. De aansluiting bij het veld is enerzijds gericht op het afstemmen van de normen op behoeften aan verbeteringen in het veld. Waar doen zich problemen voor? Op welke gebieden heeft het veld handvatten nodig om te verbeteren? De aansluiting is anderzijds gericht op het afstemmen van HKZ met andere instrumenten in het veld, zoals de Basisset prestatie-indicatoren en de ROM. Hoe kan samenhang worden aangebracht tussen de instrumenten? Hoe kunnen instrumenten op elkaar aansluiten en elkaar versterken? Een betere aansluiting leidt mogelijk ook tot minder bureaucratie, omdat registraties en administraties meerdere doelen dienen.

#### Borgen kwaliteit audits

Een laatste aanbeveling heeft betrekking op de kwaliteit van de audits. Stichting HKZ wordt aanbevolen een proactieve rol op zich te nemen in het verbeteren van en toetsen van de kwaliteit van de audits. Stichting HKZ kan bijdragen aan het verbeteren en borgen van de kwaliteit van de audits door te zorgen voor harmonisatie van de wijze waarop

audits worden uitgevoerd, het borgen dat het accent van audits gelegd wordt bij het adviseren in plaats van het afvinken van normen en het periodiek toetsen of een organisatie nog audits mag uitvoeren.

### **8.5.3 Aanbevelingen voor GGZ-instellingen**

#### Audits: van legitimerende stempel naar partner voor verbetering

De audits dienen meer integraal onderdeel te worden van de verbeterprocessen. De adviezen uit audits bieden instellingen de uitgelezen mogelijkheid om te verbeteren. De focus op audits als ‘legitimerende stempel’ dient daartoe te verschuiven naar een focus op audits als ‘verbetermiddel’. Deze verschuiving vraagt van instellingen dat zij auditoren meer als partner voor verbeteringen gaan zien en auditoren hierop selecteren. Kies met andere woorden niet voor de “makkelijkste” auditor, maar voor de certificerende instelling, die waarde kan toevoegen aan de kwaliteit van de organisatie. Aanbevolen wordt dat instellingen daartoe iedere keer opnieuw beoordelen of de in het verleden gekozen certificerende instelling afdoende kritisch is en waardevolle adviezen geeft. Een nieuwe auditor kan immers een betere en meer frisse blik hebben.

#### Van ‘afvinkschema’ naar kwaliteitsgedachtegoed

De wijze waarop HKZ geïmplementeerd en gebruikt wordt, blijkt van invloed te zijn op de ervaren meerwaarde. Aan HKZ wordt minder waarde ontleend wanneer het schema wordt gezien als een set normen die afgevinkt kunnen worden als aan de normen is voldaan. HKZ leidt in deze gevallen tot weerstand, een ervaren toename van de bureaucratie, gebrekkige borging en de ervaring dat HKZ een controlemiddel is in plaats van een verbetermiddel. De ervaren meerwaarde is groter als HKZ als kwaliteitskader wordt beschouwd en als medewerkers worden betrokken bij het behalen en behouden van het certificaat en worden ondersteund door een gemotiveerd management. Aanbevolen wordt daarom om zich niet te richten op het afvinken van de normen, maar op het communiceren en implementeren van het gedachtegoed van HKZ. Of HKZ tot een bureaucratisch controlemiddel verwordt, is immers mede afhankelijk van de opstelling van de instelling en de motivatie om HKZ als verbetermiddel in te zetten.

#### Evaluëren HKZ versus andere systemen

Instellingen wordt tenslotte aanbevolen zich goed rekenschap te geven van de (potentiële) functie van HKZ voor hun instelling in relatie tot andere systemen. Het continu verbeteren en borgen van kwaliteit vraagt om het langdurig werken met eenzelfde

kwaliteitsgedachtegoed. Het overstappen naar een nieuw systeem leidt tot nieuwe investeringen en weerstand bij medewerkers. HKZ is sectorspecifiek, men is eraan gewend en het schema is verbeterd. Instellingen moeten het systeem nu laten rijpen en helpen het schema te verbeteren en niet zonder een goede evaluatie van andere systemen overschakelen naar een ander instrument dan HKZ.

#### **8.5.4 Aanbevelingen voor certificerende instellingen**

##### Partner in verbetering

Certificerende instellingen wordt aanbevolen om meer partner te worden in de verbetering. Zonder het noodzakelijke toetsende karakter teniet te doen, wordt aanbevolen om zich minder te richten op het toetsen van normen en meer op het geven van adviezen om de kwaliteit te verbeteren. Hiertoe wordt aanbevolen om de adviezen meer onderdeel te maken van de audits door instellingen tevens te auditeren op de mate waarin voorgaande adviezen zijn opgepakt.

##### Toekomstgericht auditeren

Aanbevolen wordt tevens om zich bij het auditeren te richten op de consequenties van de stand van zaken voor de toekomst. Dit betreft meer specifiek het meewegen van risico's voor de toekomst van geconstateerde lacunes. Verbeterpunten kunnen op deze wijze vanuit het perspectief van risicomanagement worden aangedragen.

#### **8.5.5 Aanbevelingen voor overheid en financiers**

##### Kritisch zijn op nieuwe instrumenten

Certificering opereert in een omgeving vol andere opgelegde instrumenten, verplichtende adviezen, dwingende controles en financieringsvoorwaarden. Afstemming hiertussen ontbreekt echter. Sterker nog: jaarlijks worden nieuwe verplichtingen en instrumenten geïntroduceerd zonder de overlap of samenhang met bestaande te beoordelen. Het leidt tot het gebruik van instrumenten als legitimerende tool in plaats van als middel om prestaties te verbeteren. Instrumenten werken elkaar ook tegen en leiden tot een administratieve last. Aan beleidsinstanties, controlerende instanties en financiers wordt daarom geadviseerd om keuzes te maken voor een beperkt aantal instrumenten, instrumenten op elkaar af te stemmen en geen nieuwe instrumenten te introduceren zonder daarvan de meerwaarde te kunnen aantonen of zonder aangetoonde noodzaak tot

wijziging. Ten tweede wordt aanbevolen om te beoordelen of de tijd gemoeid met het implementeren en gebruiken van instrumenten de bereikte resultaten waard is. Is immers niet de tijd besteed aan cliënten en medewerkers uiteindelijk van grootste waarde?

