

# De **waarde** van certificatie en accreditatie

## KERN VAN HET DEBAT EN NIEUWE WEGEN

Eind juni van het afgelopen jaar verschenen in *de Volkskrant* artikelen waarin wordt gesteld dat kwaliteitskeurmerken niets zeggen over de kwaliteit van zorg. Het vormde de start van een belangrijk debat over de waarde van certificatie en accreditatie.

Door: **C.T.B. Ahaus**

**W**at is de kern van dit debat, wat is de stand van zaken met betrekking tot certificatie en accreditatie en wat zijn mogelijke nieuwe ontwikkelingen? Dit artikel beoogt de verschillende standpunten op een rij te zetten. Er zal worden beargumenteerd dat het simpel inruilen van het ene kwaliteitsmodel voor een ander model ongenueanceerd is en niet aan te bevelen. Er wordt daarom gepleit voor een én/én-benadering: én op de werkvloer het gesprek voeren over hoe goede zorg geleverd kan worden (bijvoorbeeld gestimuleerd door het visiedocument Normen voor Verantwoorde Zorg), én kwaliteit organiseren in de processen (bijvoorbeeld aan de hand van HKZ of NIAZ), én de uitkomsten volgen met een zorgvuldige beknopte set van indicatoren (bijvoorbeeld volgens de Normen voor Verantwoorde Zorg). Dat zo'n én/én-benadering zeker niet mag leiden tot meer administratieve belasting is vanzelfsprekend een voorwaarde.

### De kern van het debat

In de artikelen van *de Volkskrant* staan enkele kritische beweringen over de werkzaamheid van kwaliteitsmodellen zoals HKZ en Perspekt. De twee belangrijkste beweringen zijn: 'Instellingen voor ouderenzorg met een keurmerk leveren geen betere zorg dan instellingen zonder zo'n certificaat' en 'Keurmerken zijn vooral gericht op systemen en op de kwaliteit van processen en structuren, maar leiden niet per definitie tot betere zorg voor patiënten'. Deze beweringen zijn gebaseerd op onderzoek onder

120 organisatorische eenheden die van 1 januari tot en met 30 november deelnamen aan de pilot van de Normen voor Verantwoorde Zorg in de Verpleging, Verzorging en Thuiszorg (VV&T) uitgevoerd door de Plexus Medical Group<sup>1</sup>. In deze pilot is ondersteuning gevonden voor een toetsingskader met uitkomstindicatoren dat eenduidig gedefinieerd is, dat op gestandaardiseerde wijze te meten is en waarin rekening kan worden gehouden met aanwezige verschillen in de cliëntenpopulatie. Bovendien leidt een beperkte set van uitkomstindicatoren tot minder lastendruk bij de instellingen doordat hiermee het inspectieformulier aanzienlijk in omvang is teruggebracht.

De data die in de pilot beschikbaar kwamen zijn benut om 'organisaties met een kwaliteitssysteem' (HKZ, MIK-V, INK) te vergelijken met 'organisaties zonder een kwaliteitssysteem'. De 65 instellingen 'met een kwaliteitssysteem' onderscheidden zich niet op de groep van 18 zorginhoudelijke indicatoren van de 30 instellingen 'zonder kwaliteitssysteem'. Op elk van de 38 indicatoren afzonderlijk was er ook geen verschil tussen de twee groepen van instellingen. Op basis van de data kunnen de onderzoekers stellen dat er geen verschillen zijn.

De onderzoeksresultaten roepen ook vragen op die niet zijn onderzocht. Mogelijk dat de 65 instellingen zich niet onderscheiden op de zorginhoudelijke indicatoren van andere instellingen, maar zich wel hebben verbeterd sinds het invoeren van een kwaliteitssysteem. Een andere vraag betreft de samenstelling van de groepen. Natuurlijk bestaan er geen instellingen zonder een kwaliteitssysteem, organisaties hebben altijd een kwaliteitssysteem, de een misschien wat meer uitgewerkt dan de ander. Het is ook onduidelijk hoelang de gecertificeerden al werkten met een kwaliteitssysteem. Waren ze zojuist



C.T.B. Ahaus

gecertificeerd, of hadden ze al langer ervaring met het werken met een kwaliteitssysteem? En hoe intrinsiek gemotiveerd is de leiding voor kwaliteit, of heeft men een kwaliteitsmodel opgepakt vanwege externe prikkels. Dit doet denken aan de bevindingen van Singels, Ruël en Van de Water (2001)<sup>2</sup>. Zij vonden aanvankelijk dat er geen verband bestond tussen het beschikken over een ISO-certificaat en betere prestaties. Bij nadere beschouwing van de groep gecertificeerde bedrijven werd echter gevonden dat bedrijven die vanuit een interne motivatie hun kwaliteitssysteem hadden opgezet, betere prestaties leverden dan de bedrijven die vanwege externe motivatie invulling gaven aan hun kwaliteitssysteem.

Gezien het grote maatschappelijke belang is het opmerkelijk dat er nog weinig onderzoek naar evidence-based kwaliteitszorg heeft plaatsgevonden. Van een vergelijkbaar model als het INK-managementmodel (de Europese variant het EFQM Excellence Model of de Amerikaanse Malcolm Baldrige Quality Award Criteria) zien we ook nog maar enkele vergelijkende studies met meerdere meetmomenten – maar zonder controlegroep – binnen en buiten de gezondheidszorg. Deze laten overigens weliswaar zwakke, maar positieve effecten zien<sup>3</sup>. Aangaande HKZ-<sup>4</sup>, Perspekt- en NIAZ-model is er ook nog nauwelijks onderzoek geweest naar de effecten<sup>5</sup>. Het is dus goed dat met het onderzoek van Plexus het debat is geopend.

Wanneer de effecten van kwaliteitsmodellen worden onderzocht, zou bij voorkeur moeten worden gewerkt met een longitudinaal onderzoeksdesign, waardoor veranderingen over tijd inzichtelijk worden. Het onderzoek wordt ook rijker wanneer kwaliteitszorg met een meerdimensionaal construct wordt geoperationaliseerd (zodat bijvoorbeeld ook rekening wordt gehouden met bezielend leiderschap) en wanneer de resultaten voor meerdere stakeholders (patiënten, ketenpartners, medewerkers, management) worden geëvalueerd. Daarenboven zou in onderzoek aandacht moeten worden besteed aan de mate waarin samenhangend, integraal, consistent en vanuit interne motivatie invulling wordt gegeven aan kwaliteitszorg.<sup>6</sup> Dit alles maakt onderzoek naar evidence-based kwaliteitszorg complex, denk bijvoorbeeld aan de invloed van allerlei exogene factoren die in een longitudinaal onderzoek invloed kunnen hebben op te meten resultaten.

### De stand van zaken met betrekking tot certificatie en accreditatie

Eind 2007 is het vijftienhonderdste HKZ-certificaat uitgereikt. Vooral in het jaar 2007 is de groei enorm geweest. Van oudsher gaat het HKZ-model over punten die de organisatie op orde moet hebben in het primaire proces: intake, uitvoering van de zorg



en evaluatie/nazorg. Ook worden voorwaarden gesteld aan ondersteunende processen zoals beleid en organisatie, personeel, onderzoek en ontwikkeling, fysieke omgeving en materiaal, diensten door derden en documenten. HKZ-certificatieschema's zijn de sectorspecifieke uitwerking van het HKZ-model. Elders in dit nummer wordt aandacht besteed aan de vernieuwing van het HKZ-model. Hiermee wordt ingespeeld om een van de onderscheidende eigenschappen van het HKZ-model, namelijk het organiseren van de verbetercyclus in de organisatie volgens de plan-do-check-act-cyclus, beter zichtbaar te maken. Ook wordt met de vernieuwing beoogd de resultaatgerichtheid van een organisatie te benadrukken en actuele onderwerpen zoals veiligheid, uitkomstindicatoren voor verantwoorde zorg en cliëntwaardering in te passen.

Perspekt kent een zogenaamd bronzen, zilveren en gouden keurmerk. Vooral het bronzen keurmerk is bij honderden instellingen ingevoerd, met name in de intramurale verpleging en verzorging. Het bronzen keurmerk stelt kwaliteitscriteria aan het leef- en zorgklimaat, de informatieverstrekking aan cliënten, kwaliteitsontwikkeling en -verantwoording, waarderingsonderzoek onder cliënten, de melding van incidenten in de cliëntenzorg, klachten van cliënten, cliëntdossiers, de aanwezigheid en oproepbaarheid van disciplines (zoals bijvoorbeeld de verpleeghuisarts), het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen, ontslag en overplaatsing, het beheer en de distributie van medicijnen en de veiligheid in en om het gebouw.

NIAZ hanteert de zogenaamde instellingsbrede Kwaliteitsnorm Zorginstelling en zo'n 35 afdelings-

of dienstgebonden normen die kunnen worden gebruikt bij de ontwikkeling van het kwaliteitssysteem op afdelingsniveau in ziekenhuizen. In de instellingsbrede kwaliteitsnorm zijn er, met een blik naar het INK-managementmodel, criteria gesteld aan leiderschap, strategie en beleid, en management van medewerkers, middelen en processen en aan de waardering door patiënten, ketenpartners, medewerkers, maatschappij, alsook aan eindresultaten. Op het moment van schrijven heeft NIAZ ook een nieuwe visie op het stelsel ontwikkeld dat heeft geleid tot een geïntegreerd normenkader waarin zowel de

### ‘Simpel inruilen van het ene kwaliteitsmodel voor een ander is ongenueanceerd’

instellingsbrede norm als de belangrijkste items van de afdelingsnormen zijn opgenomen. We besteden er elders in dit nummer specifiek aandacht aan. De meeste ziekenhuizen werken inmiddels met de NIAZ-normen.

Natuurlijk bestaan er verschillen in de toepassing van de genoemde kwaliteitsmodellen. Instellingen laten zich bij de keuze voor een kwaliteitsmodel vaak door deze verschillen leiden. Zo maken NIAZ en Perspekt gebruik van peer review voor de toetsing waarbij een zelfevaluatie van de instelling het uitgangsdokument is; HKZ wordt getoetst door certificerende instellingen. De criteria van Perspekt hebben vooral betrekking op het contactvlak met de cliënt en lijken daardoor een minder brede scope te hebben dan HKZ en NIAZ.

Ondanks deze verschillen wil ik in het kader van dit betoog vooral de overeenkomsten benadrukken. Die overeenkomsten zitten met name in de aanpak die instellingen hanteren bij het werken met de modellen. Instellingen die een kwaliteitsmodel invoeren gaan aan de slag met het kritisch kijken naar de eigen zorgprocessen. Risico's in processen worden benoemd en zo nodig geprotocolleerd, indicatoren worden vastgesteld en verantwoordelijkheden en bevoegdheden worden transparant gemaakt. Voor cliënten wordt de voorgestelde zorg geregistreerd, wordt de continuïteit van de zorg zeker gesteld en wordt gecontroleerd of aan de zorgvraag is voldaan. Cliëntervaringen worden met een zekere frequentie gemeten en vormen de basis voor eventuele verbeteracties. Missie, visie en (kwaliteits)doelstellingen worden benoemd. Het kwaliteitssysteem zelf wordt door middel van interne audits beoordeeld en op basis daarvan verbeterd. Er is ruime aandacht voor het versterken van de competenties van de medewerkers; de behoefte aan versterking wordt op basis van functionerings- en evaluatiegesprekken geïnventariseerd.

Er worden eisen aan de voorzieningen gesteld, onder andere aan het registratiesysteem (dossiervorming). Van apparatuur moet de functionaliteit periodiek worden getoetst. De documentatie van het kwaliteitssysteem wordt beheerst.

Wanneer we deze aanpak overzien (of nu het HKZ-, Perspekt- of NIAZ-model wordt gehanteerd), kan er toch niet anders worden vastgesteld dan dat al deze zaken nut hebben. Het betreft eigenlijk heel normale eisen die aan een goede bedrijfsvoering kunnen worden gesteld. Het is een gerechtvaardigde verwachting van zorgverzekeraars dat instellingen bij wie zij zorg inkopen voldoen aan deze (minimum)voorwaarden. Medewerkers zijn doorgaans ook gemotiveerd wanneer ze betrokken worden bij de invulling van die criteria in hun instelling, want ze merken (als het model goed wordt geïmplementeerd) dat het gaat over hun werk, over de zorg aan de cliënt en over het verbeteren van de zorgprocessen.

#### Nieuwe ontwikkelingen

Enkele nieuwe ontwikkelingen in de zorg zullen van invloed zijn op het kwaliteitssysteem in de organisatie. Ze dienen in de genoemde kwaliteitsmodellen expliciet te worden meegenomen, voor zover dat al niet het geval was; zo blijft het gekozen kwaliteitsmodel voor de instelling de leidende toetssteen voor het kwaliteitssysteem.

Ten behoeve van de Normen Verantwoorde Zorg worden uitkomsten in kaart gebracht met zorginhoudelijke indicatoren en uitkomsten van de cliëntraadpleging (CQ-index). Bij de Normen voor Verantwoorde Zorg in de VV&T hoort ook een visiedokument dat aandacht besteedt aan keuzes die in de zorg worden gemaakt. Hoe wordt bij de opname van een cliënt aandacht besteed aan het zich thuis voelen? Hoe wordt invulling gegeven aan passende hulp bij wassen/douchen, toiletgang, aan/uitkleden? Niet iedereen heeft daar dezelfde beelden bij, het is goed om daarover het gesprek aan te gaan.

De zorginhoudelijke indicatoren vormen mijns inziens een bruikbare, wezenlijke aanvulling op het kwaliteitsinstrumentarium. Daarbij is de betrouwbaarheid van aangeleverde gegevens wel een belangrijk aandachtspunt. Marc Berg sprak in een eerder nummer in een van zijn NVKZ-brieven de wens uit van 'kwaliteitsaccountancy'<sup>7</sup>. Ook moeten we leven met de gedachte dat de indicatoren altijd maar een deel van het vraagstuk van de complexiteit in de zorg in beeld kunnen brengen. Een verdere verfijning bijvoorbeeld met indicatoren per ziektebeeld is dan een logische vervolgstap, maar de verfijning moet wel binnen de perken blijven. Het werken met indicatoren moet ook breder dan alleen in het kader van externe verantwoording worden gezien, het biedt

ook een basis om te sturen en te benchmarken. De CQ-index waarin cliëntervaringen met betrekking tot bijvoorbeeld bejegening, deskundigheid, autonomie, bereikbaarheid/toegankelijkheid, voorzieningen en nazorg worden gemeten, is ook een onmisbaar onderdeel van het kwaliteitsinstrumentarium geworden. Met Vinkenburg<sup>8</sup> deel ik de opvatting dat die methode zou moeten worden aangevuld met een kwalitatieve benadering met nagesprekken over wat goed en niet zo goed was om concrete en betekenisvolle aanwijzingen te krijgen voor de verbetering van de zorg.

Een andere belangrijke nieuwe ontwikkeling is die van cliëntveiligheid. Natuurlijk wordt hierbij gekeken naar de NTA 8009 'Veiligheidsmanagementsysteem voor ziekenhuizen en instellingen die ziekenhuiszorg verlenen'. Maar cliëntveiligheid kan slechts worden bereikt bij aandacht voor zowel het systeem als de menselijke factor. Want veilig gedrag vraagt vooral om de naleving van protocollen, elkaar aanspreken op de werkplek aangaande veiligheid, reflexiviteit door de professionals en kwaliteit van de overdrachten.

Natuurlijk was er in de behandelde kwaliteitsmodellen al aandacht voor het sturen met indicatoren en voor het aspect veiligheid. Het meten van prestaties met behulp van indicatoren vormt het startpunt van het continu verbeteren dat in die modellen zo'n belangrijke plaats heeft. Toch geven de nieuwe ontwikkelingen zoals de zorginhoudelijke indicatoren, de CQ-index en cliëntveiligheid een verdieping van gestelde criteria of voorwaarden.

### Kwaliteit ontstaat in een én/én-benadering

De aandacht voor kwaliteit gemeten met prestatie-indicatoren is een logisch gevolg op de eerdere aandacht voor beheerste en georganiseerde processen. Deze nadruk op uitkomsten van de zorg is geen eindpunt. Volgende ontwikkelingen dienen zich al weer aan: kwaliteit door verbinding en bezieling en door een holistische benadering van de patiënt/cliënt en zijn of haar zorgvraag. De relatie tussen de professionele zorgverlener en de cliënt vormt hierbij het uitgangspunt<sup>9</sup>. De ene benadering maakt de andere nooit overbodig, de ene benadering is een voorwaarde voor de andere.

In Ahaus en Broekhuis (2007)<sup>5</sup> hebben we aangegeven dat verschillende kwaliteitsmodellen ook verschillende, aanvullende, elkaar niet uitsluitende functies dienen. HKZ, Perspekt en NIAZ dienen vooral het beheersen van risico's en het verbeteren van processen. Uitkomstindicatoren dienen het sturen, benchmarken en verantwoorden van zorg. Het visiedocument Normen voor Verantwoorde Zorg dient een inspirerende dialoog voor keuzes op de werkvloer over wat goede zorg is.

De vrees is natuurlijk met alles wat op de instelling afkomt dat de administratieve belasting toeneemt. In de praktijk hoor ik ook die zorgen. Ook hoor ik zorgen dat het kwaliteitssysteem niet voldoende is gaan leven en te procedureel is gebleven. Ik zie dat men bij de invoering is doorgeschoten in de details. De administratieve belasting van het kwaliteitssysteem is dan ook een belangrijk aandachtspunt dat steeds een randvoorwaarde is bij de doorontwikkeling van kwaliteitsmodellen.

### Literatuur

- 1 Berg, M. en A.S. Groenewoud, *Evaluatie Normen voor Verantwoorde Zorg VV&T*. Plexus Medical Group, Amsterdam, april 2007.
- 2 Singels, J., G. Ruël en H. van de Water, ISO 9000 series, Certification and performance. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 2001, volume 18, number 1, 62-75.
- 3 Minkman, M.M.N., C.T.B. Ahaus en R. Huijsman, Performance improvement based on integrated quality management models: what evidence do we have? A systematic literature review. *International Journal for Quality in Health Care*, 2007, 90-104.
- 4 Lemmens, K.M.M., P.P.M. Harteloh en J.A. Walburg, *De validiteit van kwaliteitssystemen in zorginstellingen*. Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus MC, Rotterdam, 2003.
- 5 Ahaus, C.T.B. en H. Broekhuis, Bruikbaarheid en effectiviteit van kwaliteitsmodellen in de gezondheidszorg. *M&O Management en Organisatie*, 2007, 87-107.
- 6 Ahaus, C.T.B., *Kwaliteit uit waardering*. Kluwer, Deventer, 2006 (oratie).
- 7 Berg, M., Even voorstellen, de kwaliteitsaccountant. *Kwaliteit in Beeld*, 2007, nummer 5, 19.
- 8 Vinkenburg, H.H.M., Waarom toch altijd die vragenlijst. *Kwaliteit in Beeld*, 2007, nummer 3.
- 9 Casparie, A.F. en C.T.B. Ahaus, *Op weg naar een nieuwe kwaliteitsagenda*. CBO en ZonMw, Den Haag, 2007.

### Over de auteur

**Kees Ahaus** is directeur van TNO Management Consultants en hoogleraar Kwaliteitsmanagement aan de Faculteit Economie & Bedrijfskunde van de Rijksuniversiteit Groningen. Tevens is hij voorzitter van het Centraal College van Deskundigen in de zorgsector van HKZ

### Samenvatting

- In de media is het debat gestart over de werkzaamheid van kwaliteitsmodellen. Dit versterkt de roep om onderzoek naar evidence-based kwaliteitszorg. Het gaat dan om onderzoek dat longitudinaal is opgezet, een meerdimensioneel construct heeft en gericht is op resultaten voor meerdere stakeholders. Zulk onderzoek is nog niet uitgevoerd.
- Nieuwe ontwikkelingen als het werken met uitkomstindicatoren, het meten van cliëntervaringen en het invulling geven aan cliëntveiligheid moeten in de bestaande kwaliteitsmodellen worden meegenomen zodat ze als de toetssteen voor het kwaliteitssysteem kunnen blijven dienen.
- De aandacht voor uitkomstindicatoren, het beheersen en verbeteren van processen en een dialoog op de werkvloer over keuzes in de geleverde zorg zijn aanvullend en sluiten elkaar niet uit. De administratieve belasting van het kwaliteitssysteem mag daarbij niet verder toenemen.

