

Kwaliteit Quo Vadis?

Kwaliteit van zorg als onderzoeksparadigma binnen de psychiatrie

E.M. BISSELING, J.M. HAVENAAR, B. HEEMSKERK

ACHTERGROND 'Kwaliteit van zorg' is een sleutelbegrip binnen een nieuw paradigma in de gezondheidswetenschappen. Gezondheidszorg wordt daarbij in zijn geheel beschouwd. Structuren, processen en uitkomsten van zorg komen onder de aandacht van de onderzoeker vanuit de perspectieven van verschillende betrokken partijen. De hoeveelheid onderzoek op dit terrein is de laatste jaren sterk toegenomen.

DOEL Het geven van een overzicht van wetenschappelijke publicaties over kwaliteitszorg en gezondheidszorgonderzoek binnen de geestelijke gezondheidszorg.

METHODE Er werd gebruikgemaakt van sleutelpublicaties over dit onderwerp en van met behulp van Medline verzamelde literatuur uit de periode van 1995 tot heden.

RESULTATEN EN CONCLUSIE Het onderzoek over kwaliteit van zorg bevindt zich grotendeels in het stadium van conceptualiseren, theoretiseren en observeren. Het onderzoeksinstrumentarium en de methodologie zijn nog weinig ontwikkeld. Het perspectief van de patiënt wordt nog weinig in het onderzoek betrokken. Ook evaluatieonderzoeken naar de effecten van kwaliteitsverhogende interventies en naar effectieve implementatiestrategieën zijn nog schaars. Veel meer dan nu het geval is, zouden dergelijke evaluatieonderzoeken de grondslag moeten vormen voor verdere organisatorische interventies in de geestelijke gezondheidszorg.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44(2002)3, 173-182]

TREFWOORDEN kwaliteit van zorg, overzicht

Vanaf de tweede helft van de vorige eeuw deed het kwaliteitsdenken zijn intrede binnen de gezondheidszorg. In een vorig artikel hebben wij hiervan een historisch en conceptueel overzicht gegeven (Havenaar e.a. 2002). Geconstateerd werd dat invulling van het begrip kwaliteit afhankelijk is van het perspectief van betrokkenen en dat 'kwaliteit van zorg' in potentie een onderzoeksparadigma vormt waarbinnen waardeoordelen vanuit verschillende perspectieven geëxpliciteerd en meetbaar gemaakt kunnen worden. In dit artikel

staat het wetenschappelijk onderzoek naar kwaliteit van zorg centraal. Vragen die aan de orde zullen komen, zijn: hoe stelt men vast wat de belangrijkste kenmerken van kwaliteit zijn; hoe zijn deze kenmerken te vertalen in objectieerbare kwaliteitscriteria en hoe kunnen deze gemeten worden; welke interventies zijn er beschikbaar om kwaliteit te verbeteren en hoe effectief zijn die; en hoe kunnen kwaliteitssystemen geïmplementeerd worden?

Voor dit overzicht werd gebruikgemaakt van een Medline search over de periode van 1995

tot heden, aangevuld met sleutelpublicaties vanaf 1980 en de referenties in deze publicaties. In Medline werd gezocht op de trefwoorden *psychiatry*, *mental health* en *quality of care*. Een eerste ordening en beschrijving van de aldus gevonden literatuur komt in de volgende paragraaf aan bod. De artikelen waaraan empirisch onderzoek ten grondslag lag, werden in hun geheel bestudeerd. Deze artikelen zullen nader worden besproken. Tot slot zal gekeken worden op welke wijze verschillende perspectieven – en met name het patiëntenperspectief – in het tot nog toe verrichte onderzoek tot hun recht komen.

KWALITEITSONDERZOEK IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG IN VOGELVLUCHT

Kwaliteitszorg heeft zich binnen de gezondheidswetenschappen ontwikkeld tot een nieuw werkveld met een groot aantal facetten. Rond dit thema is een zelfstandige literatuur ontstaan met tijdschriften die zich vrijwel exclusief op dit onderwerp richten. De *American Journal of Medical Quality*, de *Journal of Nursing Care Quality* en in eigen land *Kwaliteit en Zorg* en *Q* zijn voorbeelden hiervan. Binnen de geestelijke gezondheidszorg (ggz) zijn onder meer de tijdschriften *Psychiatric Services* en *New Directions in Mental Health Services* op dit terrein actief. Het blijkt dat sinds 1980 het aantal publicaties over kwaliteit van zorg in de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie is toegenomen: van 2,4% van het totale aantal publicaties in 1980 tot 7,3% daarvan in 2000.

Mulder (2000) verdeelt het onderzoeksveld in de volgende drie domeinen: het patiëntgeoriënteerde onderzoek, waarin werkzaamheid (*efficacy*) en kosteneffectiviteit van richtlijnen en protocollen onder optimale omstandigheden, centraal staan. Het tweede domein omvat het organisatiegeoriënteerde onderzoek, met de nadruk op de bedrijfsvoering. Het derde domein, het evaluatieonderzoek, behelst onderzoeken naar doeltreffendheid (*effectiveness*) en uitkomsten van zorg in de dagelijkse praktijk. De eer-

ste twee domeinen vallen volgens Mulder onder doelmatigheidsonderzoek en het derde is het eigenlijke kwaliteit-van-zorg-onderzoek. In Medline worden alle domeinen gevat onder 'quality of care research'.

Publicaties over kwaliteit van zorg kunnen dus op verschillende wijzen worden ingedeeld. Wij hebben publicaties ingedeeld naar fasen van de empirische cyclus (De Groot 1982): 'beschouwend' (geen empirische gegevens bevattend), 'beschrijvend' (wel empirische gegevens bevattend, maar geen evaluatie van een interventie) en 'experimenteel' (evaluatieonderzoeken met ten minste een meting vóór en een meting ná een interventie). Daarbij onderzochten we of er sprake was van een kosteneffectiviteitsonderzoek. Verder werd onderzocht in hoeverre publicaties uitspraken bevatten over de aspecten 'input', 'proces' en 'uitkomst' van zorg vanuit de drie kwaliteitsperspectieven (het cliëntenperspectief, het professionele perspectief en het organisatieperspectief) (Øvretveit 1998).

Binnen de laatste 6 jaar vonden wij 1800 referenties, waaronder 380 reviews, 84 clinical trials en 63 practice guidelines. Uit de publicaties van 1995 tot 1999 werd een willekeurige steekproef van 100 samenvattingen getrokken. Van deze steekproef bleek het overgrote deel van de publicaties beschouwend (50%) of beschrijvend (50%) van aard te zijn, of een combinatie van beide. Bij een gering percentage (9%) wordt gerapporteerd over (quasi-)experimenteel onderzoek. Een nog geringer aantal betreft kosteneffectiviteitsonderzoek (6%). Meer dan de helft (58%) van de artikelen heeft betrekking op het organisatorische perspectief op de zorg. Veertig procent van de publicaties is vanuit de professionele optiek. Achtien procent behandelt dit onderwerp eveneens vanuit het patiëntenperspectief. Eén artikel kon uitspraken over verschillende aspecten of perspectieven bevatten. De verkregen percentages zijn daarmee relatief en kunnen niet zomaar worden opgeteld.

In de volgende paragrafen zal een overzicht gegeven worden van belangrijke thema's in de

literatuur over kwaliteit van zorg. Daarbij zullen zowel methoden als resultaten aan bod komen. Onderzoeken naar bepaling van kwaliteitskenmerken en meting van kwaliteit, interventies om kwaliteit te beïnvloeden en implementatie van kwaliteitssystemen zullen worden besproken.

WELKE KENMERKEN HEEFT KWALITEIT?

In een vorig artikel werden binnen het complexe begrip 'kwaliteit van zorg' een drietal niveaus en een drietal perspectieven onderscheiden (Øvretveit 1998; Havenaar e.a. 2002). Voor de praktijk is het van belang verschillende aspecten en criteria van kwaliteit verder uit te werken. Het expliciteren en objectiveren van kwaliteitscriteria gaat vooraf aan het meten van kwaliteit en vormt daarmee het beginpunt van vrijwel ieder kwaliteitsonderzoek.

Sinds begin jaren negentig is er in de Verenigde Staten een aantal werkgroepen actief om kwaliteitsaspecten nader te definiëren en meetbare indicatoren vast te stellen. Voor de psychiatrie is dat de *American Psychiatric Association Task Force on Quality Indicators* (American Psychiatric Association 1999; http://www.psych.org/pract_of_psych/). Zij maken meestal gebruik van de zogenaamde GOBSAT-methode (*Good Old Boys Sat Around the Table*), al dan niet in combinatie met literatuuronderzoek. De Task Force onderschrijft het belang van onderverdeling van kwaliteitsaspecten op basis van structuur, proces en uitkomstniveau (Donabedian 1982). Daarnaast wordt door de werkgroep de nadruk gelegd op handhaving van een 'kwaliteitsraamwerk' vanuit klinisch perspectief, waarbij gefocust wordt op vier belangrijke aspecten: toegang tot zorg, kwaliteit van de geleverde zorg, visie op zorg (vanuit hulpverlener, familie en patiënt) en uitkomsten van zorg. Bij elk van deze aspecten worden indicatoren geformuleerd.

Andere methoden om kwaliteitsaspecten te definiëren zijn consensusmethoden, zoals de 'focusgroepmethode' en de 'Delphi-methode' (De Ridder 1991). Deskundigen wordt schriftelijk

gevraagd naar hun mening over een kwaliteitsaspect. De verkregen meningen worden verwerkt door een onderzoeker en opnieuw voorgelegd om tot consensus te komen. In eigen land is het zogenaamde *concept mapping* in zwang (Nijssen e.a. 1997). Tijdens een brainstormbijeenkomst met een heterogene groep relevant geachte personen wordt toegewerkt naar uitspraken over kwaliteitsaspecten. Deze uitspraken worden vervolgens door de deelnemers gerangschikt met waarderingscijfers die met behulp van een computerprogramma worden bewerkt. Voordeel van deze methode is dat in één 'conceptmap' uitdrukking gegeven kan worden aan het perspectief van verschillende belanghebbenden. Nadeel is dat afhankelijk van de samenstelling van de groep respondenten meer of minder waardering wordt gegeven aan de betreffende uitspraken. De methode leidt tot complex samengestelde criteria met kenmerken van vele belanghebbenden en, door de kleine omvang en selectiviteit van de steekproef, vaak met een sterk tijd- en plaatsgebonden karakter.

Een voorbeeld hiervan is het onderzoek van GGZ Nederland naar de informatiebehoefte in de regionale ggz (GGZ Nederland 1999). Om tot een kwalitatief verantwoorde gegevensset te komen, werd door middel van concept mapping de informatiebehoefte in de regionale ggz in kaart gebracht. Door de totale groep respondenten (managers, financiers en cliënten) werd een prioriteitenlijst samengesteld. Een van de uitspraken (indicatoren) waar waarderingscijfers aan gegeven moesten worden, was informatie over het aandeel van allochtone cliënten binnen de cliëntenpopulatie. Deze indicator werd door de totale groep respondenten weinig relevant geacht voor het succesvol functioneren van de regionale ggz, hoewel dit gegeven vanuit de optiek van de hulpverlening wel degelijk van belang zou kunnen zijn voor aansturing van de regionale ggz. Men kan hierbij denken aan de verschillen in presentatie en incidentie van psychiatrische aandoeningen bij allochtonen (Selten e.a. 2001). Dit voorbeeld illustreert dat concept-mapping vooral een

kwantificering oplevert van wat een bepaalde groep belanghebbenden onder kwaliteit verstaat. Door verbetering van de procedure voor steekproeftrekking is aan dit bezwaar tegemoet te komen. Gevonden hoogscorende uitspraken kunnen eenvoudig worden omgevormd tot een meetinstrument.

HOE IS KWALITEIT TE METEN?

Inmiddels zijn er instrumenten ontwikkeld om verschillende aspecten van kwaliteit te meten. Nijssen e.a. (1999) publiceerden in dit tijdschrift een overzicht van beschikbare instrumenten voor opnameafdelingen. De auteurs vonden twaalf Nederlandstalige instrumenten. Vijf daarvan konden de methodologische toets der kritiek doorstaan met betrekking tot interne consistentie en begripsvaliditeit. Er kleven andere, niet in het overzicht van Nijssen genoemde, conceptuele en methodologische problemen aan het beschikbare instrumentarium. Zo kan zelfbeoordeling van psychiatrische patiënten sterk onderhevig zijn aan affectieve en cognitieve vertekeningen zoals bij depressiviteit of gebrek aan ziekte-inzicht (Atkinson e.a. 1997). De interpretatie van kwaliteitsmetingen vanuit patiëntenperspectief is daarmee gecompliceerd.

Het uiteindelijke doel van kwaliteitsmeting door middel van instrumenten vormt de instrumentgestuurde planning, waarbij met behulp van gestandaardiseerde instrumenten gekozen wordt voor het type zorg (Mulder e.a. 2000). Het instrument wordt hierbij gebruikt als methode voor indicatiestelling, monitoring, evaluatie en uitzetten van beleid (Sperry 1997).

Vooraf op uitkomstniveau zijn instrumenten ontwikkeld om kwaliteitsaspecten te meten. Primaire uitkomstmaten, opgesteld door onder meer de APA Task Force (www.psych.org) zijn kwaliteit van leven, globaal functioneren en de sociale en economische kosten. Voorbeelden van instrumenten hiervoor zijn respectievelijk de *Lancashire Quality of Life Profile* (Oliver e.a. 1997) en de *Global Assessment Scale* (Endicott e.a. 1976). Het

psychiatrische symptoomniveau is een belangrijke secundaire maat, met als veel gebruikt instrument de *Brief Psychiatric Rating Scale* (Overall & Gorham 1962). Voor de patiëntensatisfactie is de *Verona Service Satisfaction Scale* (Ruggeri & Dall'Agnola 1993) ontwikkeld. Wetenschappelijk verantwoorde instrumenten zijn echter niet per definitie hetzelfde als voor de praktijk handzame instrumenten (Sterk & Ridderbos 1995). Om die reden moeten instrumenten betrouwbaar, valide maar vooral kort zijn (Mulder e.a. 2000). Een handzaam instrument is de *Health of The Nation Outcome Scale* (HONOS, Wing e.a. 1998). Het brengt op eenvoudige wijze de ernst van de psychiatrische verschijnselen en het sociaal functioneren in kaart. De HONOS lijkt zeer bruikbaar als effectmaat en voorspeller in het kader van zorggebruik (Mulder e.a. 2000). Nieuw in Nederland is de door het Trimbos-instituut ontwikkelde 'satisfactiethermometer': een twaalf items bevattende, nog niet gevalideerde vragenlijst. Voor de kostenevaluatie zijn nauwelijks instrumenten voorhanden.

Het kunnen beschikken over een systeem van uitkomstmonitoring en terugkoppeling is een voorwaarde voor het in gang zetten van een kwaliteitscyclus met als uiteindelijk doel een gericht kwaliteitsbeleid. Of instrumentgestuurde planning en herhaalde statusmetingen bijdragen aan verbetering van de algemene en individuele kwaliteit van zorg in de ggz, is nauwelijks onderzocht (Mulder e.a. 2000).

Op het niveau van input en proces zijn weinig instrumenten voorhanden. Bij een beoordeling van instrumenten die begin jaren negentig beschikbaar waren voor de ggz (Kurland 1995), bleek een oververtegenwoordiging van instrumenten voor medisch georiënteerde behandelmethoden en kortetermijnuitkomstmaten. Er waren relatief weinig instrumenten voor meting van psychosociale interventies en samenwerkingsaspecten of interpersoonlijke vaardigheden bij hulpverleners.

Een zeer innovatieve manier om kwaliteit (Q) te meten is ontwikkeld door het Augusta

Mental Health Institute in Maine. Deze onderzoeksgroep paste patroonherkenning door artificiële neurale netwerken (ANN's) toe om een waarde (P) te berekenen waarmee opnameduur kon worden voorspeld. Gedurende zes jaar werden individuele patiënten met bekende demografische en klinische gegevens gevolgd. Het met deze methode voorspelde aantal opnamedagen werd per patiënt vergeleken met het daadwerkelijke aantal dagen. Het verschil hiertussen voor een individuele patiënt werd gedeeld door het verschil tussen het voorspelde en het werkelijke aantal opnamedagen voor de populatie. Een afdeling heeft volgens dit systeem een hogere kwaliteit (Q), naarmate de voorspelling voor individuele patiënten op die afdeling meer overeenstemt met de voorspelling voor de populatie als geheel. De gevonden waarde Q kon gevalideerd worden ten opzichte van externe accreditatiecriteria. De ANN-methode is in staat te corrigeren voor factoren zoals *case mix*. Verdere voordelen zijn dat gebruikgemaakt kan worden van routinematig verzamelde gegevens en dat bewerking minder gevoelig is voor ontbrekende waarnemingen en andere vormen van 'ruis'. Met deze methode kon bijvoorbeeld worden aangetoond dat vaste staf significant betere kwaliteit van zorg leverde dan waarnemers en dat de *State Hospitals* een betere kosteneffectiviteit hebben dan de privé-ziekenhuizen (Davis e.a. 1997, 1998).

INTERVENTIES OM DE KWALITEIT TE VERBETEREN

Richtlijnontwikkeling Sinds de jaren negentig zijn er, ook in de psychiatrie, tal van richtlijnen ontwikkeld met het idee dat protocolleren van medische zorg kwaliteitsverbeterend en uiteindelijk kosteneffectief zou werken. Deze ontwikkeling sluit aan op het theoretische gedachtegoed van Berwick (1989), die stelde dat het toetsbaar maken van individuele handelingen aan het handelen van anderen of aan protocollen kwaliteitsbevorderend werkt (Harteloh 2000).

Er bestaan grote kwaliteitsverschillen tus-

sen richtlijnen, en de betrouwbaarheid en validiteit van vastgestelde richtlijnen is nauwelijks onderzocht (Kaasenbrood 1995). Grilli e.a. (2000) publiceerden een kritisch overzicht van 431 Engelstalige medische richtlijnen, waarin werd geconstateerd dat er slechts in 5% van de gevallen voldaan werd aan 3 minimumvoorwaarden, namelijk dat zij informatie bevatten over de geraadpleegde belanghebbenden (*stakeholders*), de gevolgde procedure en de sterkte van de evidentie. Hodiamont (2001) constateerde recent in dit tijdschrift dat Nederlandstalige richtlijnen voor ambulante zorg bij depressie voor 22 tot 28% voldeden aan de procesmatige eisen, voor 33 tot 42% aan de inhoudelijke eisen en voor 20 tot 40% aan de implementatie eisen, getoetst aan een 'richtlijn-voor-richtlijnen' (Cluzeau e.a. 1999).

Critici vrezen dat door invoering van richtlijnen de keuzemogelijkheid van artsen en patiënten wordt beperkt doordat de evidentie (of consensus) gebaseerd is op de gemiddelde patiënt in de gemiddelde praktijk. Ook zou het opvolgen van richtlijnen onnadenkend handelen tot gevolg hebben en 'kookboekgeneeskunde' in de hand werken. Ze zouden daarbij ten onrechte kunnen gaan gelden als beoordelingsstandaard voor medisch handelen, bijvoorbeeld in tuchtzaken, of als instrument om kosten te besparen (Hodiamont 2001).

Organisatorische interventies In de veranderende organisatiestructuur van de ggz, met toenomen behoefte aan vraaggerichte hulpverlening en vorming van zorgtrajecten, gaan verschillende disciplines en zorgaspecten samen. Daardoor is de ontwikkeling van geïntegreerde (multidisciplinaire) richtlijnen essentieel geworden (Cohen-Kettenis e.a. 2000). Een verregaande vorm van deze integratie is de stoornisgerelateerde zorgprogrammering, die bestaat uit systematische toepassing van richtlijnen in zorgactiviteiten en modules. In een zorgprogramma wordt kennis uit wetenschappelijke literatuur, professionele deskundigheid en ervaringen van cliënten vertaald in concrete afspraken binnen een

organisatorisch verband (Verburg & Franx 2000). Zorgprogrammering is op te vatten als een organisatorische interventie met als doel verbetering van de kwaliteit en de (kosten)effectiviteit van de zorg, onder meer door het maken van samenwerkingsafspraken tussen betrokken partijen ('ketenkwaliteit'). Er is nog geen ervaring met het systematisch evalueren van dit soort kwaliteitsverhogende interventies.

Hoe werkzaam zijn kwaliteitsverbeterende interventies? Een belangrijke vraag bij het invoeren van kwaliteitssystemen is of de kwaliteitsverbeterende interventies slechts tot veranderingen in structuur of processen van de zorg leiden, of dat men ook mag verwachten dat zij leiden tot meetbare verbeteringen in uitkomsten voor de patiënt. Uitkomstfactoren zijn vaak patiëntgebonden en staan los van de kwaliteit van de zorgverlening (Brook e.a. 1996; Harteloh & Casparie 1998; Brugha & Lindsay 1996). Patiënten kunnen beter worden dankzij of ondanks de ontvangen zorg. De samenstelling van de patiëntenpopulatie heeft grote invloed op de uitkomsten en kan worden beschouwd als een inputfactor in de kwaliteit. Het is een belangrijke en nogal eens over het hoofd geziene verklaring van variantie in het zorgproces (Casparie 1996).

Critici van kwaliteitsonderzoek stellen dat het weinig zin heeft om de structuur of het proces van de zorg te verbeteren, als niet aangetoond kan worden dat patiënten er beter van worden. Om dat aan te tonen, zijn gerandomiseerde klinische trials (RCT's) nodig, die in de complexe dagelijkse praktijk moeilijk uitvoerbaar zijn. Onderzoeken naar werkzaamheid van behandelingen (*efficacy*), zoals RCT's, beperken zich veelal tot geselecteerde patiëntengroepen, die niet representatief zijn voor de patiëntenpopulatie als geheel (Wells 1999). Hierdoor ontstaat een probleem met generaliseerbaarheid van bevindingen. Veel onderzoekers beperken zich dan ook tot het meten van proces- of structuurkenmerken (bijvoorbeeld Schmitz 1998). Slechts in een beperkt aantal onderzoeken is tevens gekeken

naar uitkomsten van zorg. Een review toonde aan dat als richtlijnen in de gezondheidszorg daadwerkelijk opgevolgd worden, dit leidt tot een verbetering van de gezondheidstoestand van patiënten (Grimshaw & Russel 1993). Voor de ggz is dergelijk onderzoek nog niet uitgevoerd.

Met behulp van verschillende instrumenten is evaluatieonderzoek gedaan of de geboden zorg voor patiënten met schizofrenie tegemoetkomt aan hun zorgbehoefte (Wiersma e.a. 1996). Er is echter niet geëvalueerd of systematische meting van zorgbehoefte leidt tot betere zorg en een gunstiger beloop. In een groot onderzoek werd in de Verenigde Staten onderzocht in hoeverre de zorg voor patiënten met schizofrenie voldeed aan door de onderzoekers opgestelde richtlijnen (Lehman & Steinwachs 1998). Dit bleek voor de psychosociale interventies slechts in een gering percentage het geval te zijn. Er is echter geen evaluatieonderzoek gedaan naar het effect van consequent toepassen van de opgestelde richtlijnen op de uitkomsten van deze ziekte.

Onderzoeken naar de doeltreffendheid (*effectiveness*) van interventies gaan daarentegen de impact na van een behandeling of programma op grote 'natuurlijke' patiëntenpopulaties. Zij richten zich juist op uitkomsten van zorg. Een goed voorbeeld is de Prism Psychosis Study (Thorncroft e.a. 1998). In dit Britse onderzoek werden prevalentie gevallen van psychose ($n = 302$) in twee regio's in een prospectief gerandomiseerd onderzoek verdeeld over 'community mental health treatment' en 'hospital based care'. De auteurs onderzochten een breed scala van uitkomstmaten. Het onderzoek bevestigde de eerder in RCT's aangetoonde superioriteit van *community treatment*, zij het dat deze minder uitgesproken was en dat de kosten hoger uitvielen dan op basis van de RCT's werd voorspeld.

IMPLEMENTATIEONDERZOEKEN

Van groot belang zijn onderzoeken die effectiviteit van implementatiestrategieën van richtlijnen onderzoeken. Voorzover onderzocht lijkt

het erop dat ingevoerde richtlijnen in het algemeen slechts door de helft (!) van beroepsbeoefenaren toegepast wordt, ondanks uitgebreide aandacht voor de implementatie ervan (Bennema-Broos e.a. 2000). Veel artsen zijn wellicht bang dat richtlijnen een verkapte controle op hun handelwijzen zijn, die zou kunnen leiden tot sancties of bezuinigingen. Dit zou belemmerend kunnen werken op de implementatie (Swinkels 1994). Een samenhangend kwaliteitssysteem binnen en tussen beroepsgroepen, bijvoorbeeld door intercollegiale toetsing gericht op de naleving van richtlijnen, is nog niet geëffectueerd (Bennema-Broos e.a. 2000).

Soumerai (1998) geeft een overzicht van methodieken om tot substantiële gedragsverandering bij medici te komen. Hij concludeert dat er geen panacee is om implementatie van richtlijnen effectief te ondersteunen. De auteur betoogt aan de hand van de beschikbare literatuur en eigen onderzoek dat *academic detailing* de meest effectieve strategie is. Het gaat hierbij om een intensieve persoonlijke benadering met behulp van praktijkbezoeken gericht op gedragsverandering bij de slechtst functionerende collega's.

KWALITEIT VANUIT HET PERSPECTIEF VAN DE PATIËNT

De hierboven besproken literatuur laat zien dat het professionele en het organisatorische perspectief in het onderzoek naar kwaliteit van zorg goed zijn vertegenwoordigd. Men zou echter verwachten dat ook ervaringsdeskundigheid en patiëntenperspectief in dit type onderzoek een grote plaats in zouden nemen. Dit blijkt echter niet het geval te zijn. Hoewel er talrijke beschouwende publicaties zijn die het belang van het patiëntenperspectief onderstrepen, wordt in de praktijk weinig gebruikgemaakt van het oordeel van patiënten over kwaliteit (Van Driel e.a. 1998). Ook bij de ontwikkeling van zorgprogramma's, waarin 'vraaggerichtheid' een expliciete doelstelling is en het cliëntenperspectief een belangrijke invalshoek zou moeten zijn, nemen patiënten

nauwelijks deel (Verburg & Franx 2000). Ook worden patiënten slechts spaarzaam bij visitatie en accreditatieprocessen betrokken (McClelland 1998). De uitwerking van de kanteling van zorgsystemen in de ggz lijkt zich dus nog onvoldoende te richten naar patiënten. Om te slagen in de opzet, zal een inventarisatie van de ideeën van patiënten over goede zorg en onderzoek naar verbeteringen in de uitkomsten van zorg – in het bijzonder in het kader van de zorgprogrammering – de komende tijd constructief van de grond moeten komen.

DISCUSSIE

Het in dit artikel beschreven onderzoek bevestigt dat 'kwaliteit van zorg' een nieuw onderzoeksparadigma is waarbinnen onderzoek naar de werkzaamheid, praktische toepasbaarheid, patiëntvriendelijkheid en doelmatigheid van therapeutische interventies samengebracht kan worden. Wetenschappelijk onderzoek en praktijk kunnen zo meer samenvallen. Voor de klinische praktijk brengt dit met zich mee dat behandeldoelen duidelijker geëxpliciteerd moeten worden en dat er meer aandacht zal komen voor het routinematig vastleggen en evalueren van proces- en uitkomstparameters. De relevantie van de verzamelde gegevens moet dan wel glashelder zijn en er moet gezorgd worden voor een goede terugkoppeling naar de hulpverlener die ze moet registreren. Anders verwordt kwaliteitsonderzoek tot een louter administratieve activiteit.

Voordat het kwaliteitsonderzoek echter tot volle wasdom kan komen, moet er veel gebeuren. Het hier beschreven literatuuroverzicht laat zien dat het onderzoek naar kwaliteit van zorg zich nog vroeg in de empirische cyclus bevindt. Ondanks enorme toename van het aantal publicaties over kwaliteitszorg de laatste jaren, blijft het aandeel van gedegen onderzoek zeer gering. Men blijft nog vooral in het stadium van conceptualiseren, theoretiseren en observeren. Betrouwbare en valide handzame onderzoeksin-

strumenten zijn nog schaars, en praktisch toepasbare onderzoeksdesigns en analysemethodes moeten nog grotendeels ontwikkeld worden (Brook 1996). Onderzoek vanuit het cliëntenperspectief is nog ondervertegenwoordigd. Ook is er dringend behoefte aan onderzoek naar de eventuele positieve of negatieve (!) effecten van de invoering van kwaliteitssystemen zelf en naar strategieën voor een effectieve implementatie (Grol 1996). Bovenal zal er echter een mentaliteitsverandering nodig zijn om beleidsbeslissingen over invoeringen van nieuwe behandelstrategieën of organisatievormen te baseren op onderzoeksgegevens, wat op dit moment nog nauwelijks het geval is (Hodiamont 1999; Ankoné 2000). Het kwaliteitsparadigma zal hier, naar verwachting, een sterke impuls voor leveren.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association (1999). Report of the American Psychiatric Association Task Force on Quality Indicators. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Ankoné, A. (2000). Overheidsbeleid doorgaans niet evidence based. *Medisch Contact*, 55, 56-57.
- Atkinson, M.J., & Caldwell, L. (1997). The differential effects of mood on patients' ratings of life quality and satisfaction with their care. *Journal of Affective Disorders*, 44, 169-175.
- Bennema-Broos, M., Sluijs, E.M., & Wagner, C. (2000). Zoeken naar het betere. *Medisch Contact*, 21, 773-776.
- Berwick, D.M. (1989). Health services research and the quality of care. Assignments for the 1990s. *Medical Care*, 27, 763-771.
- Brook, R.H., McGlynn, E.A., & Cleary, P.D. (1996). Quality of health care. Part 2: measuring quality of care. *New England Journal of Medicine*, 335, 967-970.
- Brugha, T.S., & Lindsay, F. (1996). Quality of mental health service care: the forgotten pathway from process to outcome. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 89-98.
- Casparie, A.F. (1996). The ambiguous relationship between practice variation and appropriateness of care: an agenda for future research. *Health Policy*, 35, 247-265.
- Cohen-Kettenis, P.T., Dekker, J.H., de Groot, P.A., e.a. (2000). Naar geïntegreerde richtlijnen in de GGZ. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 55, 782-789.
- Cluzeau, F.A., Littlejohns, P., Grimshaw, J.M., e.a. (1999). Development and application of a generic methodology to assess the quality of clinical guidelines. *International Journal of Quality in Health Care*, 11, 21-28.
- Davis, G.E., Lowell, W.E., & Davis, G.L. (1997). Measuring quality of care in a psychiatric hospital using artificial neural networks. *American Journal of Medical Quality*, 12, 33-43.
- Davis, G.E., Lowell, W.E., & Davis, G.L. (1998). Comparing the value of service between a state hospital and a private, for-profit psychiatric hospital: a clarified role for tertiary care. *American Journal of Medical Quality*, 13, 147-157.
- Donabedian, A. (1982). *The criteria and standards of quality. Explorations in quality and monitoring series vol 2.* University of Michigan: Ann Arbor, Health Administration Press.
- Driel, N. van, Werch, S., Wiersema, I., e.a. (1998). *Beoordeling door cliënten. Handreiking voor kwaliteitsbeoordeling door cliënten in zorginstellingen.* Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Kwaliteit en Zorg, swp.
- Endicott, J., Spitzer, R.L., Fleiss, J.L., e.a. (1976). The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archives of General Psychiatry*, 33, 766-771.
- GGZ Nederland (1999). *Informatiebehoefte regionale GGZ.* GGZN 99-57, Utrecht: GGZ Nederland.
- Grilli, R., Magrini, N., Penna, A., e.a. (2000). Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal. *The Lancet*, 355, 103-106.
- Grimshaw, J.M., & Russell, I.T. (1993). Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations. *Lancet*, 342, 1317-1322.
- Grol, R. (1996). Research and development in quality of care: establishing the research agenda. *Quality in Health Care*, 5, 235-242.
- Groot, A.D. (1982). *Methodologie: grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen.* 's-Gravenhage: Mouton.
- Harteloh, P.P.M. (2000). *De betekenis van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg. Van intuïtie naar rationele reconstructie.* Proefschrift. Rotterdam: Erasmus universiteit.
- Harteloh, P.P.M., & Casparie, A.F. (1998 (1991)). *Kwaliteit van zorg: Van een zorginhoudelijke behandeling naar een bedrijfskundige aanpak.* Utrecht: De Tijdstroom.
- Havenaar, J.M., Heemskerk, B., & Bisseling, E.M. (2002). Kwaliteit Quo Vadis? De opkomst van kwaliteitszorg binnen de psychiatrie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 44, 95-106.
- Hodiamont, P.G. (1999). Een spook in de GGZ. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 65-66.
- Hodiamont, P.G. (2001). Passende psychiatrische zorg. De waarde van richtlijnen bij depressie. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43, 173-183.

- Kaasenbrood, A. (1995). Consensus als criterium: de ontwikkeling, de verspreiding en het gebruik van richtlijnen voor goed psychiatrisch handelen. Utrecht: NCGV.
- Kurland, D. (1995). A review of quality evaluation systems for mental health services. *American Journal of Medical Quality*, 10, 141-148.
- Lehman, A.F., & Steinwachs, D.M. (1998). Patterns of usual care for schizophrenia: initial results from the Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (SPORT) Client Survey. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 11-20.
- McClelland, F. (1998). Monitoring our services ourselves. *Mental Health Care*, 8, 272-274.
- Mulder, C.L., Sytema, S., & Wierdsma, A.I. (2000). Statusmeting en instrumentgestuurde planning in de GGZ. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 55, 790-799.
- Mulder, J.H. (2000). Onderzoek naar doelmatigheid. *Medisch Contact*, 22, 826-830.
- Nijssen, Y.A.M., Schene, A.H., & de Haan, R.J. (1999). Kwaliteitsbeoordelingsinstrumenten in de geestelijke gezondheidszorg. Een overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 41, 651-663.
- Nijssen, Y.A.M., Schene, A.H., de Haan, R.J., e.a. (1997) Kwaliteit van zorg op gesloten psychiatrische opname-afdelingen; een conceptuele verkenning. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 5, 497-510.
- Oliver, J.P., Huxley, P.J., Priebe, S., e.a. (1997). Measuring the quality of life of severely mentally ill people using the Lancashire Quality of Life Profile. *Social Psychiatry Epidemiology*, 33, 76-83.
- Overall, J.E., & Gorham, D.R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 299-812.
- Øvretveit, J. (1998). Evaluating health interventions. An introduction to evaluation of treatments, services, policies and organisational interventions. Buckingham: Open University Press.
- Ridder, D. de (1991). *Greep op Kwaliteit. Methodologische aspecten van het verhelderen van criteria voor de kwaliteit van zorg.* NCGV-reeks. Utrecht: NCGV.
- Ruggeri, M., & Dall'Agnola, R. (1993). The development and use of the Verona Expectations for Care Scale (VECS) and the Verona Satisfaction Scale (VSSS) for measuring expectations and satisfaction with community-based psychiatric services in patients, relatives and professionals. *Psychological Medicine*, 23, 511-523.
- Schmitz, L. (1998). *Kwaliteit neemt tijd. Zorgmanagement in de klinische psychiatrie.* Proefschrift. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Selten, J.P., Veen, N., Feller, W., e.a. (2001). Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 178, 367-372.
- Soumerai, S.B. (1998). Principles and uses of academic detailing to improve the management of psychiatric disorders. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 28, 81-96.
- Sperry, L. (1997). Treatment outcomes: an overview. *Psychiatric Annals*, 27, 95-99.
- Sterk, P., & Ridderbos, P. (1995). Patiëntenfeedback in een psychiatrisch ziekenhuis. *Kwaliteit van zorg*, 3, 28-35.
- Swinkels, J.A. (1994). Richtlijnen in de psychiatrie, een noodzakelijk goed? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 4, 304-306.
- Thornicroft, G., Wykes, T., Holloway, F., e.a. (1998). From efficacy to effectiveness in community mental health services. *PRISM Psychosis Study*. 10. *British Journal of Psychiatry*, 173, 423-427.
- Verburg, H., & Franx, G. (2000). Programma's in de volwassenenzorg – een update. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 55, 800-812.
- Wells, K.B. (1999). Treatment research at the crossroads: the scientific interface of clinical trials and effectiveness research. *American Journal of Psychiatry*, 156, 5-10.
- Wiersma, D., Nienhuis, F.J., Giel, R., e.a. (1996). Assessment of the need for care 15 years after onset of a Dutch cohort of patients with schizophrenia and an international comparison. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 31, 114-121.
- Wing, J.K., Beever, A.S., Curtis, R.H., e.a. (1998). Health of the Nation Outcome Scales (HONOS). Research and development. *British Journal of Psychiatry*, 172, 11-18.

AUTEURS

E.M. BISSELING, arts, is assistent-onderzoeker in opleiding en verbonden aan Altrecht GGZ en de Divisie Psychiatrie van het UMC te Utrecht.

J.M. HAVENAAR, psychiater, is A-opleider in Altrecht GGZ te Utrecht en parttime verbonden aan de Divisie Psychiatrie van het UMC te Utrecht.

B. HEEMSKERK, bioloog, is hoofd management support en coördinator kwaliteitsbeleid bij de Divisie Psychiatrie van het UMC te Utrecht.

Correspondentieadres: dr. J.M. Havenaar, Altrecht GGZ, locatie Willem Arntszhuis, Lange Nieuwstraat 119, 3512 PG Utrecht. Telefoon: (030)2308851; fax: (030)2308855.

E-mail: j.havenaar@psych.azu.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 31-5-2001.

SUMMARY

Whither Quality? Quality of care as a research paradigm in the field of psychiatry – E.M. Bisseling, J.M. Havenaar, B. Heemskerk –

BACKGROUND In a former article we concluded that ‘quality of care’ is a key concept within a new paradigm in the health sciences. Within this paradigm health care is regarded in its totality. Structures, processes and outcomes of care are the focus of attention of research, taking into account the perspectives of various stakeholders. In recent years research in this area has increased tremendously.

AIM To provide an overview of scientific publications on quality of care and healthcare research in the field of mental health.

METHOD Key publications on this topic were used, as well as a Medline search (1995–now).

RESULTS AND CONCLUSION Research on quality of care is largely in the phase of conceptualising, theorising and observing. Research instruments and methodologies are still little developed. The patient’s perspective is not often included in research. Evaluation studies on the effects of quality improvement interventions and studies on effective implementation strategies are still rare, too. Much more than currently is the case, such evaluation studies should form the basis for further interventions in the organisation of mental health care.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 3, 173–182]

KEYWORDS quality of care, review