

Het voorschrijfbeleid in Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen in Nederland: de mate van inbedding in een kwaliteitszorgsysteem

D.R. WITTE, G.H.M.M. TEN HORN, A.M. KOSTER, R.M.W. SMEETS

SAMENVATTING De Inspectie voor de Gezondheidszorg heeft naar aanleiding van een vraag van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) onderzocht in welke mate Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ'en) in Nederland beschikken over een kwaliteitsbeleid op het gebied van geneesmiddelenvoorziening. Dit is onderzocht met een schriftelijke enquête, gericht aan de directies van alle 43 APZ'en in Nederland. De respons op de enquête was 100%. Het voorschrijfbeleid van de APZ'en voldoet aan de relevante randvoorwaarden, met uitzondering van de uitwerking van het beleid in beleidsdocumenten (ongeveer de helft van de APZ'en heeft dit gerealiseerd). Onder het begrip protocol blijken zeer uiteenlopende zaken te worden verstaan: er werden 180 protocollen genoemd over 53 verschillende onderwerpen. Het voorschrijfbeleid in APZ'en blijkt slechts in beperkte mate op protocollen en richtlijnen gebaseerd. Een substantieel deel van de APZ-directies geeft aan te beschikken over een geneesmiddelenformularium. Het merendeel daarvan voldoet aan criteria voor opbouw, inhoud en implementatie. In mindere mate geldt dit voor een procedure voor voorschrijven buiten het formularium. De meeste APZ'en gaven aan een geneesmiddelencommissie te hebben. Rond 80% daarvan had schriftelijk vastgelegde taken en gaf ook daadwerkelijk adviezen over uiteenlopende onderwerpen aan psychiaters en directies. Hoewel uit de antwoorden valt af te leiden dat in de meerderheid van de gevallen een systeem van geneesmiddelenvoorziening is geïmplementeerd, blijkt bespreking van het voorschrijfgedrag in een cliënten, bewoners- of familiaaraad weinig plaats te vinden (19%). Men is met het treffen van ad-hocmaatregelen verder gevorderd dan met de structurele inbedding van maatregelen ten behoeve van langer durend beleid. [TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999) 11, 000-000]

TREFWOORDEN Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen, kwaliteitszorgsysteem, protocollen, richtlijnen, voorschrijfbeleid

In antwoord op een verzoek van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) onderzocht de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) het voorschrijfbeleid in de psychiatrie. De aanleiding tot het verzoek was een aantal vragen in de Tweede Kamer over de rationaliteit in het

voorschrijfbeleid in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). In dit artikel wordt verslag gedaan van de inventarisatie van de stand van zaken. Het volledige verslag van dit onderzoek is tezamen met een overzicht van de state of the art op het gebied van protocolontwikkeling terug te vinden

in de IGZ-rapportage 'Voorschrijfbeleid in de Psychiatrie' (IGZ 1998). Het doel van het onderzoek was een beeld te krijgen van de mate waarin Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ'en) in Nederland beschikken over een kwaliteitsbeleid op het gebied van het voorschrijven van geneesmiddelen en van de positie die protocollen en richtlijnen daarbinnen innemen.

PROTOCOLLEN EN RICHTLIJNEN¹

Op het gebied van richtlijnontwikkeling loopt de psychiatrie in Nederland achter in vergelijking met de somatische geneeskunde (Lombarts 1996) en in vergelijking met de psychiatrie buiten Nederland. In de Verenigde Staten is reeds een groot aantal psychiatrische richtlijnen opgesteld door de American Psychiatric Association (APA) (APA 1998).

In Nederland waren in 1997 (ten tijde van het onderzoek) in de psychiatrie nog geen algemene, door de wetenschappelijke vereniging – Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP) – geaccepteerde richtlijnen voor voorschrijfbeleid. Er bestonden wel verschillende voorschrijfstrategieën, die echter niet volgens de procedure voor de totstandkoming van een richtlijn zijn samengesteld; over verschillende hiervan bestaat dan ook nog veel discussie.

Een van de eerste was een voorstel voor de farmacologische behandelingsstrategie bij therapieresistente depressie (De Groot 1995; Nolen 1995). De enige standaard van het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG) op het gebied van de psychiatrie is de standaard 'Depressie'; deze behandelt de eerstelijnszorg voor depressieve patiënten. Depressie was ook het onderwerp van de eerste consensusbijeenkomst van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), in 1995 (Nolen 1996). Deze consensus werd door de NVVP als aanbeveling aan de leden overgenomen. De standaard 'Depressie' van het NHG en het aanbevolen consensusdocument 'Depressie' van het CBO verschillen inhoudelijk

aanzienlijk van elkaar.

In 1996 verscheen (mede onder auspiciën van de NVVP) een consensusdocument/richtlijn over de behandeling van schizofrenie. Over deze richtlijn ontstond al snel een felle discussie, getuige de vele reacties in verschillende Nederlandse psychiatrische en algemeen medische tijdschriften (Vlaminck 1997a, 1997b, 1996; Slooff e.a. 1997; Nolen 1995; Moleman 1995; Van Meer 1997a, 1997b).

Binnen de NVVP is de Commissie Richtlijnen bezig met de ontwikkeling van 'evidence-based' richtlijnen. In december 1998 zijn de eerste drie (over de onderwerpen antipsychotica, anxiolytica/slaapmiddelen en antimantica) gepresenteerd, gevolgd door de Richtlijn diagnostiek en behandeling ADHD (kinderen en adolescenten) in april 1999. De achterstand in de richtlijnontwikkeling wordt duidelijk weggevoerd.

KWALITEITSSYSTEMEN

Voor het verkrijgen van een beeld van de stand van zaken met betrekking tot de toepassing van kwaliteitssystemen zijn drie aspecten van belang: (1) de structuur van het systeem, (2) de mate waarin het systeem is ingevoerd, (3) respectievelijk in de instelling wordt toegepast.

Hoe de structuur van een kwaliteitszorgsysteem eruit dient te zien, wordt onder meer in recente wetgeving waaronder de Kwaliteitswet zorginstellingen en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (IGZ 1997a) en in de NEN-ISO 9004-2-richtlijn (NEN-ISO 1992) omschreven. Centraal staat daarin de 'kwaliteitscyclus': na een keuze voor bepaalde zorgactiviteiten worden doelen gesteld. Nagegaan wordt of de doelen worden gehaald. Afhankelijk van de resultaten worden verbeteringen geformuleerd en ingevoerd. Deze cyclus wordt ook in het boek van de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) Consensus over medisch-specialistische richtlijnen (Lombarts 1996) als uitgangspunt genoemd. Voor de structuur van het systeem is het van belang

dat het over een aantal onderdelen beschikt, zoals een visie op kwaliteit, implementatie van de kwaliteitsopvattingen in de organisatie en maatregelen ter verbetering op basis van uitkomstgegevens. Van belang is dat in het kwaliteitsjaarslag aandacht wordt besteed aan de resultaten van het gevoerde kwaliteitsbeleid en dat wordt aangegeven of klachten en meldingen over de kwaliteit van de verleende zorg hebben geleid tot maatregelen ter verbetering.

In het ontwikkelings- en invoeringsproces van een kwaliteitssysteem kan men vier fasen onderscheiden (NEN-ISO 1992; Donabedian 1988, 1986, 1985, 1980): aanwezigheid, opbouw, implementatie (gebruik) en effectiviteit. Aanwezigheid behelst louter de beschikbaarheid van een kwaliteitssysteem. Een deugdelijke opbouw, zogenoemde randvoorwaarden, moet onder meer blijken uit de aanwezigheid van beleidsdocumenten (een kwaliteitsvisie, kwaliteitsbeleid, kwaliteitshandboek, organisatie-schema's, vastgelegde verantwoordelijkheden). Bij de implementatiefase gaat het erom of het in de beleidsdocumenten beschreven systeem ook daadwerkelijk in de organisatie wordt toegepast en of aan implementatiecriteria wordt voldaan. Effectiviteit moet blijken uit de mate waarin het kwaliteitssysteem ook daadwerkelijk het beoogde effect op de kwaliteit van zorg heeft (IGZ 1995).

METHODE

Het onderzoek is uitgevoerd met behulp van een schriftelijke enquête met vragen over een aantal structuur- en implementatieaspecten van kwaliteit van het voorschrijfbeleid, welke sporen met eerdergenoemde nieuwe wetgeving. In tabel 1 staan de vragen die over ieder van deze aspecten zijn gesteld. De meeste vragen konden met ja of nee worden beantwoord.

Voorts is voor de uitkomstmaten nog gebruikgemaakt van informatie over het aantal MIP-meldingen² en het aantal klachten en calamiteiten (aan voorschrijfbeleid gerelateerd en totaal).

De enquête is voorgelegd aan de directies van alle 43 APZ'en³; deze droegen ook zorg voor de beantwoording. Deze enquête vormt een onderdeel van een serie meer diepgaande thematisch-toezichtsbezoeken door de IGZ.

In de analyses is het percentage instellingen weergegeven dat bevestigend heeft geantwoord op de ja/nee-vragen. Tevens zijn somscores berekend voor de mate waarin zeven randvoorwaarden en zeven implementatiecriteria zijn gerealiseerd, waarbij een instelling één punt per item kan scoren (IGZ 1998).

RESULTATEN

Na de rappelbrief en het telefonisch rappel was de respons 100%.

RANDVOORWAARDEN

Aan de meeste van de zeven randvoorwaardelijke aspecten van voorschrijfbeleid wordt door een meerderheid van de APZ'en voldaan (score van minstens 72%). Uitzonderingen hierop vormen 'het uitwerken van het beleid op het gebied van geneesmiddelenvoorziening' (61%) en 'vastleggen van voorschrijfgedrag in een beleidsplan' (42%). Er is geen enkel APZ dat aan geen enkele randvoorwaarde voldoet; zes APZ'en (14%) voldoen aan alle zeven randvoorwaarden.

Bijna alle APZ-directies (41) geven aan te beschikken over protocollen voor voorschrijfgedrag. Het aantal protocollen dat instellingen gebruiken varieert van één tot dertien, met een mediaan van vier. Enkele instellingen geven aan alleen te werken met landelijke protocollen of noemen het eigen formularium als protocol. Onder protocollen blijken uiteenlopende zaken begrepen te worden, die naar de eerder gegeven definities niet altijd protocollen blijken te zijn. In totaal werden 173 protocollen genoemd over 53 verschillende onderwerpen.

Verreweg de meeste protocollen (65%) hebben betrekking op geneesmiddelen, in het bijzonder op het voorschrijven van lithium, anti-

TABEL 1	Onderdelen van een kwaliteitssysteem en de vragen waarmee in dit onderzoek naar ieder van deze onderdelen is geïnformeerd
Onderwerpen in een kwaliteitssysteem	Vragen in deze enquête
Een visie op kwaliteit	* Heeft uw instelling een beleidsvisie op het gebied van geneesmiddelenvoorziening in een beleidsplan uitgewerkt?
Het kwaliteitsbeleid op korte en langere termijn	* Heeft uw instelling een beleidsvisie op het gebied van voorschrijfgedrag in een beleidsplan uitgewerkt?
	* Is er in de instelling een geneesmiddelencommissie? Zo ja: Wie heeft er zitting in de geneesmiddelencommissie? Zijn de taken en bevoegdheden schriftelijk vastgelegd? Hoe vaak kwam de commissie bijeen? Welke adviezen gaf de commissie aan de directie? Welke adviezen gaf de commissie aan psychiaters/arts-assistenten?
De systematiek van kwaliteitsbewaking	* Heeft uw instelling een genericabeleid?
	§ Heeft de instelling activiteiten ontplooid t.a.v. bij-/nascholing m.b.t. voorschrijfgedrag?
	§ Beschikt uw instelling over een systeem van toetsing/bewaking van het voorschrijfgedrag?
	* Worden er protocollen/richtlijnen m.b.t. het voorschrijven van medicatie in de instelling gebruikt? Zo ja: welke? Vindt er regionaal afstemming plaats t.a.v. een of meer van bovengenoemde protocollen/richtlijnen?
	* Hanteert uw instelling een geneesmiddelenformularium? Zo ja: wanneer werd dit voor het laatst aangepast? Worden in het formularium voorkeuren beschreven ten aanzien van verschillende medicamenten? Is bij het opstellen rekening gehouden met de C M P C-adviezen? Is dit formularium afgestemd op het GVS?
	Beschikt elke in de instelling werkzame psychiater/arts-assistent over het formularium? Is er controle op de naleving van het formularium?
	§ Vindt er een gestructureerd periodiek overleg plaats tussen uw apotheker en de psychiaters?
	§ Komt het voorschrijfgedrag aan de orde in de intervisie? Komt het voorschrijfgedrag aan de orde in de patiëntbespreking/demonstratie?
De wijze waarop patiënten en consumenten bij het kwaliteitsbeleid betrokken zijn	§ Heeft het onderwerp 'Voorschrijfgedrag' en/of 'Geneesmiddelenvoorziening' op de agenda gestaan van uw overleg met de cliënten/bewoners/familieraad?
De wijze waarop de resultaten van overleg tussen zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten-/consumentenorganisaties zijn betrokken bij het gevoerde kwaliteitsbeleid	§ Speelt het GVS (Geneesmiddelen Vergoedings Systeem) een rol bij het voorschrijven?
	* Randvoorwaarden, inclusief eigen (toezichthoudend) apotheker
	§ Implementatiecriteria

depressiva en antipsychotica. Ook bij de protocollen voor behandelingen zijn depressie en psychose de meest voorkomende onderwerpen. Er werden relatief weinig protocollen genoemd met betrekking tot geneesmiddelenbeleid (10x; 6%).

Achtendertig APZ-directies (88%) geven aan te beschikken over een geneesmiddelenformularium. Een grote meerderheid van de instellingen (> 75%) voldoet aan het merendeel van de criteria met betrekking tot opbouw/inhoud en implementatie van het formularium. Uit de antwoorden van de directies is af te leiden dat ruim de helft van de APZ'en (26; 61%) beschikt over een formularium dat voldoet aan alle vier criteria voor opbouw/inhoud en alle vier criteria voor implementatie.

Achtendertig APZ-directies (88%) geven aan een geneesmiddelencommissie te hebben. De mediane omvang van de geneesmiddelencommissie is zes leden. De kleinste commissie heeft drie leden, de grootste achttien. In alle commissies hebben minstens één apotheker en één psychiater zitting, aangevuld met andere specialisten als geriater, internisten, neurologen, huisartsen of – in een aantal gevallen – managers of verpleegkundigen. Van 78% van deze 38 commissies zijn de taken en bevoegdheden schriftelijk vastgelegd. De meeste geneesmiddelencommissies hebben in 1997 adviezen gegeven aan de directie (84%) en aan psychiaters of arts-assistenten (82%). De verhouding tussen het aantal adviezen aan psychiaters/arts-assistenten en dat aan directies is ongeveer 2 : 3 (47 tegen 70). Het grootste deel van de adviezen betreft de (noodzaak van) nieuwe geneesmiddelen en het formularium, gevolgd door het gebruik van protocollen/richtlijnen en de geneesmiddelenverdeling.

IMPLEMENTATIE

Criteria waaruit implementatie van het voorschrijfbeleid kan worden afgeleid, worden door de meerderheid van de APZ'en gerealiseerd. Hoewel in de meeste APZ'en het voorschrijfbeleid in patiëntenbesprekingen aan de orde wordt

gesteld (91%), komt bespreking van het voorschrijfgedrag in een cliënten-, bewoners- of familieraad weinig voor (19%). Een gestructureerd periodiek overleg tussen apotheker en psychiaters is in iets minder dan tweederde van de APZ'en geregeld. Van de 43 APZ'en voldoen er 5 (12%) aan alle zeven criteria die voor implementatie van het voorschrijfbeleid zijn geformuleerd.

UITKOMSTKENMERKEN

Het aantal MIP-meldingen dat aan voorschrijfgedrag is gerelateerd, varieerde per APZ. Gemiddeld zijn er achttien van dergelijke meldingen (exclusief geneesmiddelenverdeling) per jaar per APZ van gemiddelde omvang geweest; dit betekent ongeveer één melding per drie weken. In zestien APZ'en (38%) zijn er in het afgelopen jaar klachten over voorschrijfgedrag ingediend. In twaalf APZ'en (29%) deden zich in het afgelopen jaar één of meer calamiteiten met betrekking tot voorschrijfgedrag voor.

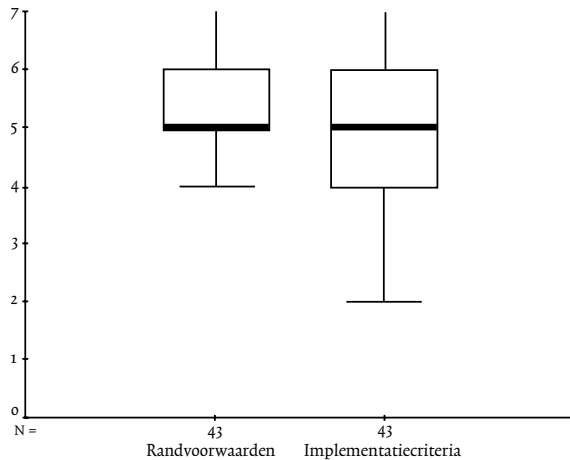
ONDERLINGE RELATIES

De resultaten van de vergelijking tussen de somscore voor randvoorwaardelijke aspecten van voorschrijfbeleid en implementatiecriteria zijn in figuur 1 weergegeven.

Hoewel de mediaan voor beide categorieën gelijk is (5), is de spreiding bij implementatiecriteria groter. Dit wil zeggen dat bij het laatstgenoemde meer instellingen zijn die van de mediaan afwijken. In de figuur is duidelijk te zien dat deze afwijking vooral naar beneden gericht is; een kwart van de instellingen heeft een score van 3 of lager voor de implementatiecriteria. Ook bevindt een deel van de middelste 50%-groep zich bij implementatiecriteria onder de mediaan, terwijl deze groep zich bij randvoorwaarden op of boven de mediaan bevindt.

Er is een significante relatie tussen het hebben van een genericabeleid (randvoorwaarde) en 'het bespreken van het voorschrijfbeleid in de patiëntbespreking' (implementatie): alle APZ'en

FIGUUR 1 Weergave van de mediaan en spreiding van de scores voor randvoorwaarden en implementatiecriteria. De dikke lijn geeft de mediaan aan; de randen van de rechthoek geven aan tussen welke scores zich 50% van de APZ'en bevindt (25e en 75e percentiel). De lijnen aan de uiteinden geven aan tussen welke scores zich 80% van de APZ'en bevindt (10e en 90e percentiel).



die een genericabeleid hebben, bespreken het voorschrijfbeleid in de patiëntbespreking. Van de APZ'en die géén genericabeleid hebben, besprekt 70% het voorschrijfbeleid in de patiëntbespreking. Van de APZ'en die 'het voorschrijfbeleid bespreken in de patiëntbespreking' (implementatie) meldde 24% een calamiteit (uitkomstkenmerk), terwijl bij ieder APZ dat het voorschrijfbeleid níét besprak in de patiëntbespreking, in het afgelopen jaar één of meerdere aan voorschrijfgedrag gerelateerde calamiteiten plaatsvonden.

DISCUSSIE EN CONCLUSIE

Bij het interpreteren van de uitkomsten van dit onderzoek dienen een aantal zaken in het oog gehouden te worden. Ten eerste zijn de resultaten een weergave van de situatie volgens de beoordeling van iedere individuele instellingsdirectie. Ten tweede betreft het hier een eerste meting. Een eerder onderzoek van de IGZ onder APZ'en in Gelderland en Overijssel (IGZ 1997b) over geneesmiddelenverstrekking behandelde enkele van de in dit onderzoek gestelde vragen.

De onderzoeksoepzet (informatiebron en aantal deelnemende instellingen) is echter zodanig verschillend dat een directe vergelijking niet mogelijk is. Andere onderzoeken naar voorschrijfbeleid in APZ'en in Nederland zijn niet bekend.

Bij de rangorde waarin randvoorwaarden zijn geregeld, valt op dat de vier hoogst scorende randvoorwaarden, te weten het hebben van protocollen/richtlijnen, een geneesmiddelenformularium, een geneesmiddelencommissie en een eigen toezichthoudend apotheker, relatief eenvoudig op korte termijn te implementeren zijn; ze hebben betrekking op de gang van zaken van dag tot dag. De drie laagst scorende randvoorwaarden daarentegen (genericabeleid, beleidsplan voor geneesmiddelenvoorziening en voorschrijfbeleid) hebben te maken met beleid, duidelijk ingrijpende keuzen, en planning op langere termijn. De APZ'en die aangaven niet over een éígen toezichthoudend apotheker te beschikken, bleken in alle gevallen wel een contract te hebben met zelfstandig werkende apothekers, dan wel met een ander APZ, of algemeen ziekenhuis voor het leveren van de geneesmiddelen en het houden van toezicht op het geneesmiddelenbeheer. De taakstelling van deze toezichthoudende apothekers blijft meestal daartoe beperkt.

Opvallend is dat de APZ'en in verhouding tot het aantal medicatieprotocollen en behandelingsprotocollen over weinig handelingsprotocollen voor geneesmiddelenbeleid (bijvoorbeeld met betrekking tot de distributie en bijwerkingen) beschikken (10x; 6%). Dit kan als een signaal worden gezien dat beleids- en algemene zaken nog slechts in weinig APZ'en in een protocol zijn vastgelegd. Veel van de behandelingsprotocollen gaan over onderwerpen waar ook medicatieprotocollen voor aanwezig zijn. In dit onderzoek is niet naar de protocollen zelf gekeken. Het is dus niet te zeggen in hoeverre bijvoorbeeld een protocol 'depressie' verschilt van een protocol 'anti-depressiva', oftewel een behandelingsprotocol breder is dan een medicatieprotocol.

Een substantieel aantal APZ-directies geeft

aan te beschikken over een geneesmiddelenformularium. De aanwezigheid alleen van een formularium zegt echter niet veel. Er bestaan formularia waarin geen keuzen gemaakt worden, maar enkel een opsomming wordt gegeven van het beschikbare assortiment. Omdat de formularia zelf niet zijn beoordeeld, is verder onderzoek noodzakelijk om na te gaan in hoeverre de formularia daadwerkelijk voldoen aan genoemde kwaliteits- en implementatie-kenmerken. Hetzelfde geldt voor de reikwijdte ervan (zoals de inhoud van de procedure voor het voorschrijven buiten het formularium).

De rol van de geneesmiddelencommissie is niet in alle instellingen even duidelijk. Hoewel verreweg de meeste instellingen beschikken over een geneesmiddelencommissie, zijn de taken en bevoegdheden niet altijd vastgelegd, en geeft deze in meer dan 15% van de instellingen geen adviezen.

Implementatiecriteria geven informatie over de mate waarin de aanwezige structuur met betrekking tot het voorschrijven van geneesmiddelen ook wordt toegepast. Het betreft vragen naar het handelen van personen in de instelling en de wijze waarop de instelling dit handelen controleert of beïnvloedt. Ook bij het implementatieproces valt op dat instellingen vaker voldoen aan criteria die te maken hebben met de dagelijkse gang van zaken (bespreking tijdens patiëntbesprekingen en intervisie) dan met langetermijnbeleid. Aan een evenzeer belangrijk criterium als gestructureerd overleg tussen psychiaters en apothekers wordt minder vaak voldaan (65%). Het vergt verder onderzoek om vragen te kunnen beantwoorden over de manier waarop psychiaters en apothekers signalen aan elkaar doorgeven (schriftelijk, geautomatiseerd), over de manier waarop het overleg is opgezet, en over de invulling en het resultaat ervan. De bevinding dat het voorschrijfgedrag in 91% van de APZ'en wordt besproken tijdens de patiëntbespreking, lijkt in eerste instantie een hoge score, maar men moet bedenken dat dit een essentieel onderdeel is van de kwaliteitsbewaking rond

geneesmiddelenvoorziening, waarover alle instellingen zouden moeten beschikken. Het feit dat vier APZ'en dit niet doen, geeft aan dat deze instellingen wat betreft de implementatie van een adequaat systeem van medicatiebewaking achterlopen.

Uit de vergelijking van de spreiding van de scores voor randvoorwaarden en voor implementatiecriteria wordt duidelijk dat APZ'en meer met elkaar in lijn lopen wat betreft het voldoen aan randvoorwaarden voor voorschrijfbeleid dan wat betreft feitelijke implementatie. Een groep APZ'en blijft bij implementatie duidelijk achter. Dit is een bevestiging van het idee dat er in de ontwikkeling en implementatie van protocollen en richtlijnen een fasering te onderscheiden is (NEN-ISO 1992; Donabedian 1988, 1986, 1985, 1980).

Ook is gekeken naar relaties tussen randvoorwaarden en implementatiecriteria enerzijds en uitkomstkenmerken (MIP-meldingen, klachten en calamiteiten) anderzijds. Bij de MIP-meldingen en de klachten valt op dat instellingen die beschikken over meer randvoorwaarden en voldoen aan meer implementatiecriteria, vaker en meer MIP-meldingen hebben, zowel aan voorschrijfgedrag gerelateerde meldingen als totaal. Voor calamiteiten valt juist het omgekeerde op. Instellingen die over minder randvoorwaarden beschikken en aan minder implementatiecriteria voldoen, hebben vaker te maken met een aan voorschrijfgedrag gerelateerde calamiteit. Het voorgaande lijkt in eerste instantie paradoxaal, maar zou verklaard kunnen worden door het feit dat instellingen die randvoorwaarden en implementatie goed voor elkaar hebben, een alerter systeem hebben waarin het gemakkelijker is om klachten of meldingen te doen (grotere meldingsbereidheid⁴). Bovendien is het te verwachten dat instellingen die minder over randvoorwaarden beschikken en minder aan de implementatiecriteria voldoen, ook minder goed in staat zijn calamiteiten te voorkomen.

Concluderend kan gesteld worden dat een meerderheid van de APZ'en in ruime mate vol-

doet aan criteria voor randvoorwaarden en implementatie op het gebied van voorschrijfbeleid en protocollen voor de dagelijkse gang van zaken. Aan criteria voor de vastlegging van beleid, en dus op de langere termijn, wordt door minder APZ'en voldaan. Het opzetten van structuren die het gebruik van protocollen en richtlijnen op lange termijn waarborgen, verdient in veel instellingen duidelijk nog aandacht. Sommige APZ'en lijken weliswaar op weg met de implementatie van hun beleid, maar hebben nog weinig vastgelegd in beleidsdocumenten. Andere instellingen zijn op dit traject aanzienlijk verder. De beschikbare protocollen en richtlijnen zijn eveneens per instelling verschillend. Nu de eerste vier door de NVVP geaccepteerde richtlijnen zijn verschenen, is het van groot belang dat alle instellingen hun protocollen op deze richtlijnen aanpassen, dan wel er zorg voor dragen dat zij beschikken over op deze richtlijnen gebaseerde protocollen. Uiteraard zullen er nog meer richtlijnen moeten komen en is het tevens vanwege voortgaande transmuralisering van de zorg van belang om overeenstemming te bereiken met de eerste lijn over regionale transmurale protocollen.

Op basis van de resultaten van dit onderzoek is het mogelijk in vervolgonderzoek dieper in te gaan op specifieke aspecten van het werken met protocollen en richtlijnen. Het is belangrijk de implementatie en doorwerking van de in ontwikkeling zijnde NVVP-protocollen te volgen. Hierbij is het ook belangrijk de kwaliteit van het kwaliteitssysteem, het beleidsplan en de geformuleerde doelstellingen diepgaand op de locatie van de instellingen te onderzoeken. Hiernaast zouden ook de uitkomsten van de zorg en eventuele veranderingen daarin onderzocht kunnen worden.

NOTEN

1. Er bestaat binnen het GGZ-veld aanzienlijke terminologische verwarring over de begrippen protocol en richtlijn. In dit stuk wordt de volgende definitie gehanteerd, die onder andere is afgeleid

van de Consensus over Medisch-Specialistische Richtlijnen (Lombarts 1996) van de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV):

- Protocol (handelingsprotocol; de dingen juist doen):

Schematische vastlegging van de gewenste handelwijze voor een bepaalde situatie (Kaasenbrood 1995; Daalen & Hondius 1996). We onderscheiden handelingsprotocollen voor medicatie van die voor omgang met geneesmiddelen, zoals de distributie en bijwerking.

- Richtlijn (behandelingsprotocol; clinical practice guideline; de juiste dingen doen): Leidraad waarin wetenschappelijk onderzoek, klinische ervaring en meningen van deskundigen samengaan, opgesteld ten behoeve van artsen ter ondersteuning van en betrekking hebbend op de medisch vakinhoudelijke praktijkvoering (preventieve, diagnostische, therapeutische of organisatorische procedures binnen de geneeskunde (Lombarts 1996; Kaasenbrood 1995; Kaasenbrood & Van Lieshout 1993).

2. MIP staat voor: Meldingen Incidenten in de Patiëntenzorg.

3. De enquête is tevens verstuurd aan categorale psychiatrische ziekenhuizen (instellingen in de kinder- en jeugdpsychiatrie (n = 17) en verslavingsklinieken (n = 11)). De resultaten voor deze twee groepen zijn niet in dit artikel weergegeven, maar zijn terug te vinden in de IGZ-rapportage 'Voorschrijfbeleid in de Psychiatrie' (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 1998).

4. Mogelijke verschillen in meldingsbereidheid zijn niet onderzocht.

LITERATUUR

American Psychiatric Association (1998). APA Internet-site.

<http://www.psych.org.APA>.

Daalen, E., & Hondius, A.J.K. (1996). Het gebruik van protocollen in de psychiatrie: zorg dat je erbij blijft! *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 38, 291-300.

Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor, Michigan: Health administration press.

Donabedian, A. (1985). The epidemiology of quality. *Inquiry*, 22, 282-292.

Donabedian, A. (1986). Criteria and standards for quality assessment and monitoring. *Quality review bulletin*, 99-108.

Donabedian, A. (1988). The quality of care. *Journal of the American Medical Association*, 260, 1743-1748.

Groot, P.A. de (1995). Consensus depressie bij volwassenen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 139, 1237-1241.

Inspectie voor de Gezondheidszorg (1995). *Toetsing kwaliteitssystemen door de inspectie voor de gezondheidszorg. NEN-ISO 9004-2: De*

- IGZ kijkt met u mee! Interne nota. Rijswijk: IGZ.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (1997a). Staat van de gezondheidszorg '97: een rapportage over kwaliteit en toegankelijkheid in de zorg. Rijswijk: IGZ.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (1997b). Geneesmiddelen-distributiesystemen en farmaceutische zorg in de algemeen psychiatrische ziekenhuizen in Gelderland en Overijssel. Rijswijk: IGZ.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (1998). Voorschrijfbeleid in de psychiatrie. Rijswijk: IGZ.
- Kaasenbrood, A.J.A. (1995). Consensus als criterium. De ontwikkeling, de verspreiding en het gebruik van richtlijnen voor goed medisch handelen (het schrijven van een ontslagbrief). NCGv reeks 95.20. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Kaasenbrood, A.J.A., & van Lieshout, P.A.H. (1993). Richtlijnontwikkeling in de psychiatrie. Tijdschrift voor Psychiatrie, 35, 45-57.
- Lombarts, M.J.M.H. (1996). Consensus over medisch-specialistische richtlijnen. Utrecht: Landelijke Specialisten Vereniging.
- Meer, R. van (1997a). Behandelbeleid na een eerste psychose. Tijdschrift voor Psychiatrie, 39, 56-59.
- Meer, R. van (1997b). Nog eens: behandelbeleid na een eerste psychose. Tijdschrift voor Psychiatrie, 39, 342-343.
- Moleman, P. (1995). Dosering van antipsychotica. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 37, 823-824.
- NEN-ISO (1992). Nederlandse Eenheidsnormen – International Organisation for Standardisation; NEN-ISO 9004-2.
- Nolen, W.A. (1995). Consensus depressie bij volwassenen. Tijdschrift voor Psychiatrie, 37, 367-368.
- Nolen, W.A. (1996). Hoe staat het met de toepassing van protocollen? Tijdschrift voor Psychiatrie, 38, 645-647.
- Slooff, C.J., Wiersma, D., & Nienhuis, F.J. (1997). Behandelbeleid bij een eerste psychose. Tijdschrift voor Psychiatrie, 39, 343-349.
- Vlaminck, P. (1996). Behandelbeleid bij eerste psychose. Tijdschrift voor Psychiatrie, 38, 766-769.
- Vlaminck, P. (1997a). Kanttekeningen bij de onderbouwing van het consensusdocument over de aanpak van een eerste psychose. Tijdschrift voor Psychiatrie, 39, 59-67.
- Vlaminck, P. (1997b). Aanpassingen van de praktijkrichtlijnen voor de aanpak van initiële psychose en schizofrenie. Tijdschrift voor Psychiatrie, 39, 500-502.

AUTEURS

D.R. WITTEE IS...

G.H.M.M. TEN HORN IS...

A.M. KOSTER IS...

R.M.W. SMEETS IS...

Correspondentieadres: R.M.W. Smeets, Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), Postbus 16119, 2500 BC Den Haag.
Telefoon: (070) 3407140, fax (070) 3407147.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 15-7-1999.

SUMMARY – ?????? – D.R. Witte, G.H.M.M. ten Horn, A.M. Koster, R.M.W. Smeets – The Inspectorate for Healthcare investigated, on request of the Minister of Health, Welfare and Sport, to which extend general psychiatric hospitals have a quality-policy in relation to the pharmaceutical supply and prescription and the use of guidelines and protocols. A questionnaire was mailed to all 43 general psychiatric hospitals in the Netherlands with questions about the policy of the hospital in relation to prescription and the use of protocols. The response was 100%. Policy of these hospitals in relation to prescription meets the relevant standards, except for the full description of the policy in policy documents (about half of the hospitals has realised this). Almost all hospital-boards said to work with protocols: about 180 different protocols about 53 different subjects were counted. All in all policy in relation to prescription in general psychiatric hospitals is little based on guidelines. The extent to which the hospitals have implemented their policy and to which the protocols are imbedded in the hospital quality system varies. A substantial number of hospitals has a pharmaceutical-formularium. Most of these meet the criteria for order, content and implementation. Less so is the case for the procedure to prescribe outside the formularium. Most hospitals do have a pharmaceutical-committee with (for about 80%) written tasks. These

committees advice psychiatrists and the board of the hospital about a broad range of subjects. Prescription-behavior is seldom (19%) discussed with the client-board. In conclusion: especially the implementation of guidelines and protocols for prescription in the daily practice of psychiatric hospitals needs further attention. [TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 41 (1999)1 1, 000-000]

KEYWORDS ???????