

# Kwaliteit Quo Vadis?

## De opkomst van kwaliteitszorg binnen de psychiatrie

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

**ACHTERGROND** De geestelijke gezondheidszorg (ggz) is de laatste jaren zowel wetenschappelijk als organisatorisch sterk in ontwikkeling. De overheid, zorgverzekeraars en patiëntenbeweging verwachten in toenemende mate van hulpverleners en instellingen dat zij verantwoording afleggen over de doeltreffendheid, doelmatigheid en patiëntvriendelijkheid van de geboden zorg. Dit heeft het ontstaan van een meer bedrijfsmatige aanpak van de zorg bevorderd waarbinnen 'kwaliteit van zorg' een sleutelbegrip is geworden.

**DOEL** Voor veel praktiserende psychiaters is 'kwaliteitszorg' nog relatief onbekend. In dit artikel geven wij een historisch en conceptueel overzicht van het kwaliteitsdenken binnen de psychiatrische praktijk en beschrijven we de belangrijkste 'kwaliteitssystemen'.

**METHODE** Er werd gebruikgemaakt van sleutelpublicaties over dit onderwerp en er zijn publicaties gevonden met behulp van Medline (vanaf 1995 tot heden).

**RESULTATEN EN CONCLUSIE** 'Kwaliteit van zorg' is een containerbegrip waarbinnen de uiteenlopende gezichtspunten van professionele hulpverleners, beleidsmakers en belangengroeperingen in één referentiekader bijeengebracht kunnen worden. Het vormt een nieuw onderzoeksparadigma waarbinnen 'value-based' en 'evidence-based' samen kunnen gaan. Het kan een hulpmiddel vormen om beleidskeuzes rationeel af te wegen. Onderzoek zal echter moeten uitwijzen of dit middel kosteneffectief is.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 2, 95-106]

**TREFWOORDEN** historie, kwaliteit van zorg, overzicht

Regels en voorschriften ter bewaking van de kwaliteit van het medisch handelen zijn zo oud als de geneeskunde zelf. De eed van Hippocrates, wellicht het oudste voorbeeld van kwaliteitsregulering, heeft ten doel onethisch handelen van de arts tegen te gaan. De Wet op de uitoefening der geneeskunst van 1865 en, van recenter datum, de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg uit 1997, hebben vooral ten doel onoordeelkundige toepassing van de geneeskunde aan banden te leggen. Tot voor kort werd het oordeel over de kwaliteit van het medisch handelen grotendeels aan de beroepsgroep zelf overgelaten, bijvoor-

beeld via tuchtrecht en peer review. Van expliciete, toetsbare kwaliteitscriteria is daarbij echter in veel gevallen geen sprake.

Sinds de jaren zeventig van de vorige eeuw is hierin echter een kentering waarneembaar. Het 'doctor-knows-best-principe' kwam steeds meer onder druk te staan. Vooral de grote psychiatrische ziekenhuizen en de overheersende rol van het medische model daarbinnen moesten het ontgelden. Inhoudelijk bracht dit een verschuiving naar multidisciplinaire behandeling van geestelijke stoornissen met zich mee. Psychiatrie werd 'geestelijke gezondheidszorg' (ggz), de ggz

moest worden ‘vermaatschappelijkt’ en ‘patiënten’ werden ‘cliënten’. In de jaren tachtig en negentig nam de belangstelling voor de kwaliteit van het geneeskundig handelen bij overheden, financiers en patiëntenverenigingen – ook buiten de ggz – verder toe. Men verlangde in toenemende mate aantoonbare werkzaamheid, kosteneffectiviteit en patiëntvriendelijkheid. Organisatorisch vertaalde deze ontwikkeling zich naar een groeiende rol van managers en een meer bedrijfsmatige aanpak in de zorg. Daarbij werd gelet op bedrijfsefficiëntie, budget en productie, maar ook op de vraag of de geboden zorg voldoende samenhang vertoonde en aansloot bij de maatschappelijke behoefte. De vorming van ‘Multifunctionele Eenheden’ (MFE’s) en, meer recentelijk, de invoering van zorgprogramma’s die beogen de zorg meer ‘vraaggestuurd’ en minder ‘aanbodgestuurd’ te maken, zijn daarvan voorbeelden.

Met de hierboven geschetste ontwikkelingen hebben beleidsmakers en cliënten een duidelijke stem gekregen bij de kwaliteitswaardering van de psychiatrische praktijk. Maar ook het professionele perspectief won in dezelfde periode aan kracht door de wetenschappelijke ontwikkelingen binnen het vak. De opkomst van *evidence-based medicine* leidde tot het opstellen van tal van richtlijnen en protocollen, die als basis kunnen dienen voor het formuleren van meetbare kwaliteitsnormen voor de dagelijkse praktijk. Kwaliteitsbeleid werd een speerpunt van de medische beroepsgroep, ook van de psychiatrie.

Voor vele praktisch werkzame specialisten, en dat geldt zeker ook voor psychiaters, is het onderwerp kwaliteitszorg echter nog weinig concreet, het taalgebruik onbekend en de directe waarde voor de patiënt onduidelijk. In twee elkaar aanvullende artikelen willen wij de lezer meer vertrouwd maken met de voornaamste concepten, methodieken en resultaten binnen dit snel groeiende veld. Aan de hand van met behulp van Medline gevonden sleutelpublicaties en literatuurlijsten van overzichtsartikelen en cursussen geven we een beschrijving van de opkomst van het begrip ‘kwaliteit van zorg’ in

ons vak en de meest gebruikte kwaliteitssystemen en organisatieprincipes. In het tweede artikel zal een overzicht van de stand van de wetenschap op dit terrein worden gegeven.

#### DE OPKOMST VAN HET KWALITEITSDENKEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

Het beginpunt van de systematische aandacht voor kwaliteit van zorg wordt meestal gelegd bij het werk van Codman aan het begin van de vorige eeuw (Sluyter 1998). Deze Amerikaanse chirurg liet als eerste zijn patiënten systematisch een jaar na behandeling terugkomen om het resultaat van de behandeling te evalueren. Pas in de jaren zestig kwam het onderwerp ruim in de belangstelling te staan. Williamson introduceerde als eerste een vorm van *medical audit* (visitatie) in de Verenigde Staten, nadat hem duidelijk was geworden hoe gebrekkig de zorg binnen sommige chirurgische afdelingen was (Williamson e.a. 1967; Harteloh 2000). Hij beschreef tevens de noodzaak van een cyclisch evaluatieproces, bestaande uit regelmatig herhaalde metingen, gevolgd door het stellen van veranderdoelen en hernieuwde evaluatie.

In deze periode ging de aandacht aanvankelijk vooral uit naar de veiligheid en werkzaamheid van de zorg (Harteloh & Caspari 1998). Het was een tijd waarin op grote schaal nieuwe medische technieken en geneesmiddelen werden ontwikkeld. Dramatische ongelukken, zoals rond het slaapmiddel Softenon in de jaren vijftig, maakten duidelijk dat systematische evaluatie van schadelijke neveneffecten dringend noodzakelijk was. In de daaropvolgende jaren groeide onder druk van financiële beperkingen de aandacht voor de kosten van de zorg. Naast aandacht voor veiligheid en effectiviteit ontstond belangstelling voor efficiëntie.

Ook op het terrein van doelmatigheid verrichtte Williamson pionierswerk door als eerste een systematische methode in te voeren om verwachte en de in praktijk gerealiseerde effecten te

meten (*Health Accounting Approach*). De methode van Williamson is, mede door zijn persoonlijke betrokkenheid bij de opzet van het Centraal begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO), in ons land nog steeds in gebruik. De methode bestaat uit de volgende stappen (Williamson e.a. 1982): keuze van onderwerp; analyse van zorgproces; vergelijking met waargenomen praktijk; vaststellen haalbare interventies; waardeoordeel door deskundigen; implementatie van verbeteringen; en procedure herhalen.

De benadering van het begrip 'kwaliteit' bleef in deze periode echter hoofdzakelijk beperkt tot het medisch handelen en viel voor een groot deel samen met wat tegenwoordig *Medical Technology Assessment* (MTA) wordt genoemd. Kwaliteit werd vooral gelijkgesteld met (kosten)effectiviteit en veiligheid. Er was nog weinig aandacht voor de bedrijfskundige kant van de gezondheidszorg.

In de jaren tachtig was het vooral Donabedian die met een driedelig standaardwerk het begrip 'kwaliteit van zorg' meer diepgang gaf. Hij legde meer nadruk op objectiveerbare criteria en normen en propageerde een wetenschappelijke benadering (Donabedian 1980; Harteloh & Caspari 1998). In de volgende paragraaf zal hierop nader worden ingegaan.

In de jaren negentig propageerde Berwick (1989) een radicaal andere aanpak van kwaliteitsverbetering, namelijk die vanuit een bedrijfskundige basis. Hij stelde de sturing en beheersing van zorgprocessen centraal middels een integratie van een cyclisch evaluatieproces binnen het medisch handelen. Als metafoor voor de traditionele benadering van kwaliteit via tuchtrect en visitatie gebruikte Berwick de 'metafoor van de rotte appel'. Het systematisch verwijderen van rotte appels verhoogt de kwaliteit van een schaal met appels. In deze aanpak herkent men duidelijk de benadering via tuchtrect en klachtrect. Berwick stelde voor te kijken hoe die rotte appels er kwamen en hoe dat voorkomen had kunnen worden. Fouten werden zo een bron van kennis. In plaats van ze te bestraffen,

moesten fouten in het productieproces gemeld en geanalyseerd worden, zodat oplossingen konden worden gevonden. Zo zou het proces beheersbaar en bestuurbaar worden.

Vooraf onder invloed van Berwick werd in deze periode de bedrijfskundige benadering van kwaliteit prominenter. De gezondheidszorg werd steeds meer gezien als een bedrijf dat een 'product in de markt zet'. Procesmatige aspecten als bereikbaarheid, toegankelijkheid en klantvriendelijkheid kregen aandacht naast de zuiver medische of verpleegkundige aspecten. Het accent verschoof van het corrigeren van calamiteiten naar systematische verbetering van het totale dienstverleningsproces. Deze fase werd gekenmerkt door de introductie van begrippen als 'integrale kwaliteit' en 'total quality management' (TQM). Vanuit de TQM-filosofie streeft men ernaar organisaties zich te laten ontwikkelen tot 'lerende organisaties'. Een lerende organisatie anticipeert op de wensen van de omgeving en ontwikkelt zich voortdurend in nauwe samenspraak met alle betrokken partijen: de cliënten, de verzekeraars en de samenleving. Daarbij komt dus veel meer kijken dan alleen een professionele benadering vanuit een geoptimaliseerde wetenschappelijke kennisbasis.

In eigen land ligt het startpunt van de systematische aandacht voor kwaliteitszorg bij de Leidschendamconferentie in 1977, waar een aantal belangrijke afspraken over kwaliteitszorg gemaakt werden tussen zorgaanbieders, patiënten, verzekeraars en overheid (Instituut voor Nederlandse Kwaliteit 1997). Sindsdien zijn er door de Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor Geneeskunde (KNMG) een groot aantal commissies ingesteld ter bevordering van de kwaliteit van wetenschappelijke verenigingen en medische staven en is het huidige Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg (CBO) opgericht. Zo zijn ook binnen de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP 1996) tal van kwaliteitsinstrumenten tot ontwikkeling gebracht, zoals intercollegiale toetsing, consensusbijeenkomsten, richtlijnen, visitaties en scho-

lingsprogramma's (Swinkels 2000). Ook de overheid heeft zich met de Kwaliteitswet zorginstellingen (1996) niet onbetuigd gelaten. In deze wet is de verantwoordelijkheid van de instelling voor het bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van de zorg vastgelegd. Om de vijf jaar, en voor het laatst in mei 2000, worden de Leidschendamconferenties herhaald met als doel de ontwikkelingen te evalueren en nieuwe doelen te formuleren (Van der Werf e.a. 2000).

#### DEFINITIES EN DIMENSIES VAN KWALITEIT

Een van de meest uitdagende aspecten van 'kwaliteit van zorg' is de moeilijkheid het begrip eenduidig te definiëren (zie ook Harteloh 2000). Verwijzend naar Shakespeare kan men zeggen: 'quality is in the eye of the beholder'. Bij het definiëren van kwaliteit is het van essentieel belang duidelijk aan te geven vanuit wiens gezichtspunt men kwaliteit benadert. Een voorbeeld moge dit verduidelijken. Op een afdeling voor diagnostiek en kortdurende behandelingen zal kwaliteit in de ogen van de behandelaar vooral samenhangen met de achteraf gebleken juistheid van een diagnose of verwijzing. Voor het management zijn waarschijnlijk de toegankelijkheid en de opname duur van belang, terwijl voor de patiënt daarnaast ook bepalend is of er, ondanks een korte opname duur, nog genoeg tijd is voor de persoonlijke problematiek. Er is dus sprake van (ten minste) drie afzonderlijke perspectieven die van belang zijn: het professionele perspectief, het organisatieperspectief en het cliëntenperspectief. Als men op een dergelijke afdeling kwaliteitsbeleid wil ontwikkelen, zal eerst bepaald moeten worden welke aspecten – en vanuit welk perspectief – men van belang acht. Deze fase van explicitering noemt men wel de 'aspectbenadering'. Alleen door helderheid te creëren over op het eerste gezicht wellicht tegenstrijdige doelstellingen kunnen prioriteiten worden gesteld en gerichte acties ondernomen.

Donabedian (1980) definieerde kwaliteit van

zorg als 'its expected ability to achieve the highest possible net benefit according to the valuations of individuals and society'. Over de kern van het concept 'kwaliteit van zorg' zei hij: 'I am convinced that the balance of health benefits and harm is the essential core of a definition of quality'. In deze opvatting staan dus de gewenste uitkomsten van de zorg centraal. Er moet sprake zijn van een optimale verhouding tussen bereikte waarden (health benefits) en gestelde voorwaarden (avoidance of harm). Donabedian onderscheidde drie belangrijke niveaus waarop sprake kan zijn van kwaliteit: ten eerste de structuur, te weten het geheel van organisatorische en financiële randvoorwaarden waarbinnen de zorg zich voltrekt; ten tweede het proces, dit is het primaire proces van de zorg als het bedrijfskundig proces van dienstverlening; en ten derde de uitkomst, zowel de geneeskundige uitkomst (genezing, complicaties en dergelijke), als de tevredenheid van patiënten en de maatschappelijke kosten.

Door de drie eerder genoemde beoordelingsperspectieven, namelijk het professionele perspectief, het organisatorische perspectief en het cliëntenperspectief, te combineren met bovengenoemde indeling in structuur, proces en uitkomst formuleerde Øvretveit (1998) een overzichtelijk model dat gebruikt kan worden om alle relevante aspecten van kwaliteit te rangschikken en te evalueren. Daarbij is de term 'structuur' vervangen door de term 'input', omdat deze een minder organisatorische connotatie heeft en ook kan verwijzen naar het belang van ingebrachte kennis of de samenstelling van de patiëntenpopulatie voor de realiseerbare kwaliteit.

Er zijn natuurlijk allerlei varianten op deze indeling mogelijk. Men herkent bijvoorbeeld de verschillende perspectieven gemakkelijk terug in de door de KNMG en de NVVP gehanteerde dimensionale kwaliteitsdefinitie (Theuvenet e.a. 1995): de medisch-technische kwaliteit van de medisch specialist, de kwaliteit van de attitude van de medisch specialist en de kwaliteit van de organisatie van de beroepsuitoefening. In deze drie dimensies is er vooral aandacht voor de pro-

TABEL 1 Raamwerk voor de evaluatie van kwaliteit\*

	<b>Input</b>	<b>Proces</b>	<b>Uitkomst</b>
	kwantiteit en kwaliteit	zorgactiviteit	veranderingen in de beleving en de gezondheid van de patiënt en in de hulpbronnen, die kunnen worden toegeschreven aan de verleende hulp
<b>Patiënt</b>			
- wat patiënten zeggen dat zij willen	goed gekwalificeerd en ervaren personeel; schone en aantrekkelijke gebouwen en voorzieningen	beleefde en vriendelijke behandeling; de juiste hoeveelheid informatie in ieder stadium van de ziekte; geen onnodige pijn; snelle dienstverlening indien nodig	patiënttevredenheid; pijnvermindering of -eliminatie; het weer op kunnen pakken van activiteiten
- wat nodig is aan input proces en uitkomst om hun dat te geven wat zij verlangen			
<b>Beroepsbeoefenaar</b>			
- een professionele visie op de vraag of de zorg aan patiënten behoefte beantwoordt	goed opgeleide en behulpzame beroepsbeoefenaars; verwijzing van de juiste soort patiënten; voldoende informatie aanwezig bij de verwijzing; de juiste materiële voorzieningen; toegang tot efficiënte ondersteunende dienstverlening	correcte diagnose; correcte keuze van interventie; behandeling conform afgesproken procedure; snelle ondersteunende dienstverlening; goede interprofessionele communicatie	verdwijnen van ziekte; afwezigheid van complicaties
- het op correcte wijze kiezen en uitvoeren door de staf van die behandelprocedures die geacht worden nodig te zijn om de patiënt te helpen			
<b>Organisatie</b>			
het meest efficiënte en productieve gebruik van middelen om aan de noden van de cliënt tegemoet te komen binnen de grenzen en aanwijzingen gesteld door hogere autoriteiten	voldoende middelen; goede externe dienstverlening en informatie**	geen verkwisting, fouten of vertragingen; opvolgen van regelgeving van hogerhand	de laagste kosten per patiënt; het minste gebruik van voorzieningen

(Bron: Øvretveit 1998; vertaling J.M. Havenaar)

\* Bij 'input', 'proces' en 'uitkomst' zijn enkele voorbeelden ingevuld.

\*\* Dit aspect komt overeen met 'structuur' bij Donabedian (1980).

ceskant gezien vanuit de specialist. In een door Tansella & Thornicroft (1998) voorgesteld conceptueel kader staan, naast de dimensies input,

proces, uitkomst, ook geografische systeemniveaus centraal (landelijk, regionaal) en de individuele patiënt.

## KWALITEITSINSTRUMENTEN EN KWALITEITSSYSTEMEN

Activiteiten gericht op het beoordelen of meten van kwaliteit worden meestal samengevat onder de noemer *quality assessment*. Instrumenten om kwaliteit te meten zullen nader worden besproken in het tweede artikel. In de nu volgende paragraaf zullen wij nader ingaan op twee andere belangrijke aspecten van kwaliteitszorg: kwaliteitsbewaking (*quality assurance*) en kwaliteitsverbetering (*quality improvement*) (Harteloh 2000).

**Professionele kwaliteitssystemen** Binnen de medische beroepsgroep wordt inmiddels al vele jaren gewerkt aan de ontwikkeling van instrumenten ter verbetering van kwaliteit vanuit het professionele perspectief. De belangrijkste elementen daarvan zijn weergegeven in tabel 2.

Voor een uitvoerige bespreking van deze activiteiten op het terrein van de psychiatrie wordt verwezen naar Swinkels (2000). Naast deze professionele kwaliteitssystemen zijn er in de loop van de jaren diverse uit het bedrijfsleven afkomstige kwaliteitsinstrumenten en -syste-

men binnen de zorgsector geïntroduceerd. De belangrijkste zullen we hier kort bespreken.

**De Deming-cyclus** Aan verreweg de meeste kwaliteitssystemen ligt de zogenaamde Deming-cyclus ten grondslag. Dit door Deming geïntroduceerde schema richt zich op continue verbetering van het kwaliteitsniveau. De Deming-cyclus bestaat uit vier in figuur 1 schematisch weergegeven stappen, namelijk planning, uitvoering, toetsing en evaluatie en bijstelling, die gezamenlijk een continu proces van kwaliteitsbevordering vormen (Rethans e.a. 1996; Harteloh & Caspari 1998).

In een systematische kwaliteitscyclus plannen organisaties hun activiteiten in het verlengde van expliciete doelstellingen. De uitgevoerde activiteiten worden getoetst aan de hand van van tevoren overeengekomen kwaliteitskenmerken en -normen. Evaluatie van de resultaten leidt tot het bijstellen van de uitvoering of, in voorkomende gevallen, van de gestelde doelen of criteria.

**Total Quality Management en het INK-model** De Nederlandse variant van de Total-Quality-Management-(TQM)-benadering, het kwaliteitsmodel van het Instituut voor Nederlandse Kwaliteit (INK-model) wordt, al dan niet in combinatie met het ISO-9000-systeem (zie later), binnen veel ggz-instellingen gebruikt. Het model is een beoordelingsmodel dat vooral zicht geeft op de ontwikkeling van de organisatie (Instituut Nederlandse Kwaliteit 1997). Een belangrijk kenmerk van het INK-model is dat het grote waarde toekent aan de rol van 'leiderschap' binnen organisaties en dat het een aantal organisatorische aandachtsgebieden en resultaatgebieden onderscheidt. Een schematische weergave van het INK-model vindt u in figuur 2.

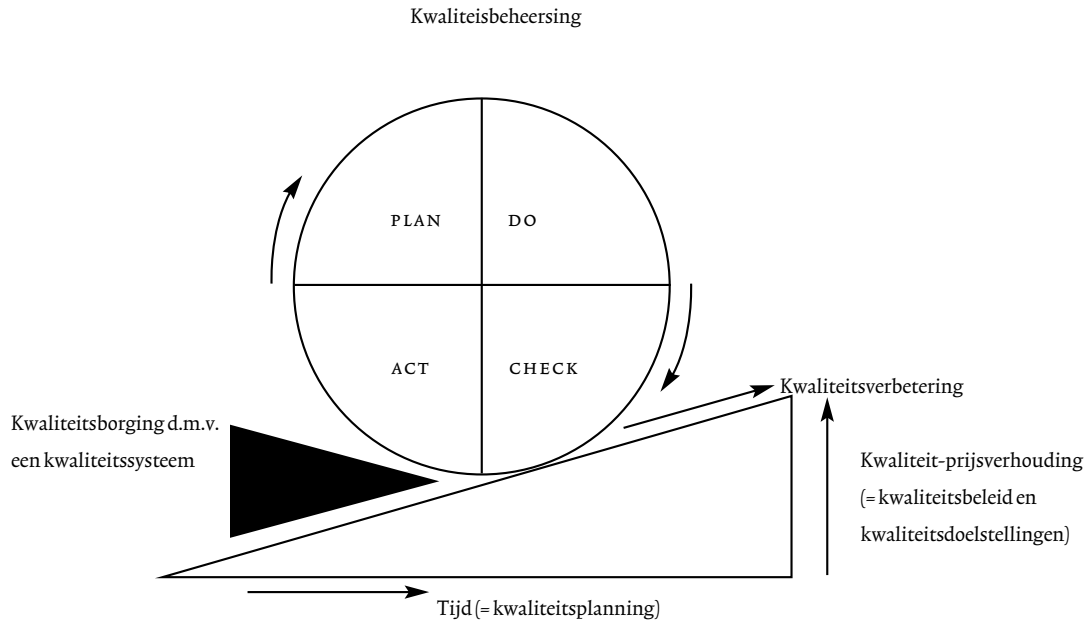
**Certificering en accreditering** In ons land bestaan twee toonaangevende systemen die een kwaliteitskeurmerk afgeven voor zorginstellingen (Wersch e.a. 1999; Swinkels 2001). Bij beide

TABEL 2 Belangrijkste kwaliteitsinstrumenten in het medische model

Doelgebied	Methode
Pre- en postdoctoraal curriculum	Visitatie
Opleiding tot medisch specialist	Visitatie
Continue bijscholing	Accreditatie
Beroepsmatig functioneren	Richtlijnontwikkeling
	Peer review
	Visitatie
Arts-patiëntrelatie	Klacht- en tuchtrecht
Klinische competentie	Herregistratie

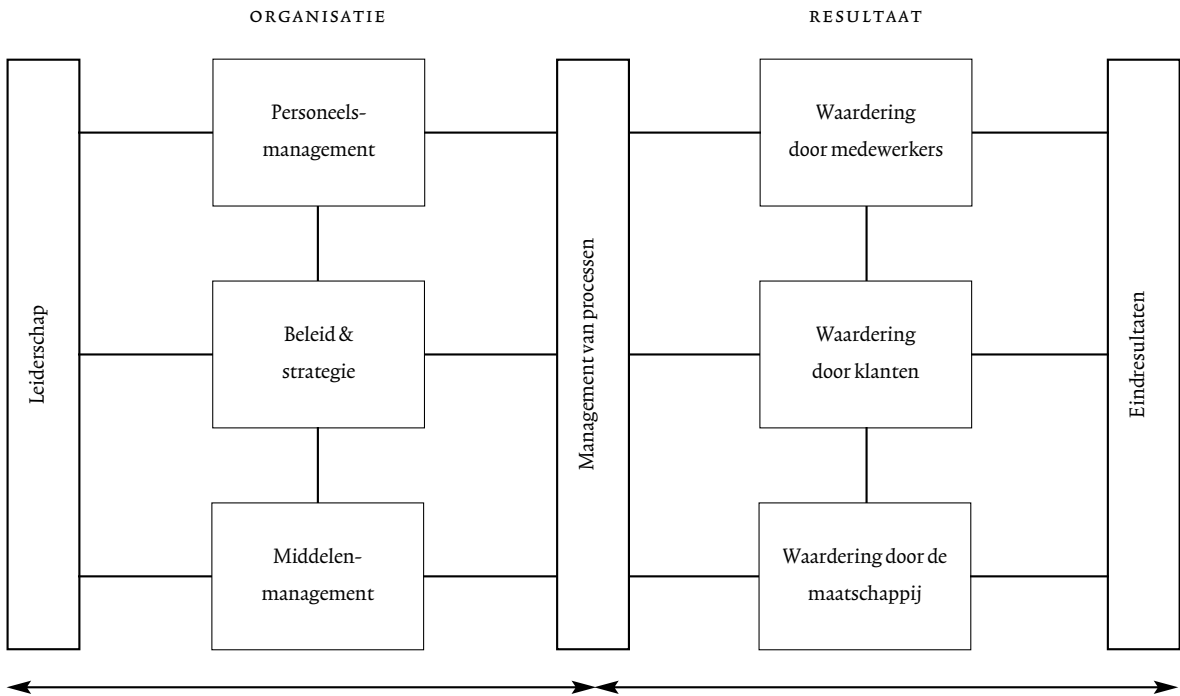
(Bron: Casparie 1993; vertaling J.M. Havenaar)

FIGUUR 1 De Deming-cyclus



PLAN = planning    DO = uitvoering    CHECK = toetsing    ACT = evaluatie en bijstelling

FIGUUR 2 Het INK-model (kwaliteitsmodel van het Instituut voor Nederlandse Kwaliteit)



(Bron: Hardjono & Hes 1993)

ligt de nadruk op het zorgvuldig beschrijven van de primaire zorgprocessen en het waarborgen dat deze daadwerkelijk zo worden uitgevoerd als bedoeld. Het eerste, de kwaliteitsnormen van het Institute of Standardisation Organisation (ISO), de ISO-9000-serie, legt het accent op standaardisatie via het beschrijven, beheersen en bewaken van de zorgprocessen. Instellingen die hun zorgprocessen volgens de ISO-methodiek in kaart hebben gebracht, kunnen hiervoor onder meer via de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector (HKZ) een certificatie ontvangen. De HKZ heeft daarvoor beoordelingsmodellen per zorgsector ontwikkeld, bijvoorbeeld voor de ggz, waarin verschillende perspectieven aan bod komen. Ook het tweede model, het door de Orde van Medische Specialisten en de Vereniging van Nederlandse Ziekenhuizen omarmde normeringsstelsel van het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen (NIAZ), richt zich hoofdzakelijk op de organisatorische aspecten van kwaliteit. Tijdens periodieke visitaties wordt er vooral op gelet of er in het ziekenhuis een kwaliteitscultuur aanwezig is, gekenmerkt door een cyclische evaluatie volgens de Deming-cyclus. Het NIAZ-systeem brengt minder papierwerk met zich mee en gebruikt een peer review in plaats van externe toetsing. Beide systemen stellen de organisatorische randvoorwaarden van kwaliteit centraal en geen van beide gaat uit van meting van de resultaten van de zorg (De Heer & Ahaus 1997; Swinkels 2001).

*De Balanced Score Card* Om afgewogen keuzes te kunnen maken waarop men efficiënt beleid kan voeren over een breed aantal aandachtsgebieden, is onlangs de *Balanced Score Card* (BSC) binnen de ggz geïntroduceerd (Ten Have e.a. 1997). Binnen dit model worden op vier oorzakelijk met elkaar samenhangende terreinen hooguit vijf kwaliteitscriteria geformuleerd. Het betreft de terreinen 'organisational learning', 'bedrijfsprocessen', 'klantenperspectief' en 'financiële uitkomsten'. Santiago (1999) stelde voor bij gebruik in de gezondheidszorg een vijfde hieraan

toe te voegen: 'klinische uitkomsten'. Een voorbeeld van dit model is het invoeren van bijscholing van psychiaters over de toepassing van stemmingsstabilisatoren. Scholing zou idealiter leiden tot een adequater gebruik van deze middelen, met als gevolg een effectievere behandeling, beter functionerende patiënten en minder gebruik van dure voorzieningen. Een voordeel van de BSC-systematiek is dat zij beknopt is en dwingt tot het maken van heldere en overzichtelijke keuzes in het kwaliteitsbeleid.

*Ketenkwaliteit* Zoals eerder naar voren gebracht, is er de laatste jaren steeds meer aandacht gekomen voor de kwaliteit van samenwerkingsverbanden tussen verschillende zorgorganisaties. Men spreekt in dit verband van 'ketenkwaliteit'. Een van de belangrijkste achtergronden hiervan is het streven de zorg meer 'vraaggericht' te maken, bijvoorbeeld door het inrichten van circuits en zorgprogramma's. De aandacht voor ketenkwaliteit is de laatste jaren ook in het bedrijfsleven en bij overheidsdiensten sterk in opkomst. Voor grootwinkelbedrijven geldt immers dat als het verkeerde product – bijvoorbeeld bedorven babyvoeding – eenmaal in de winkel ligt, het feitelijk te laat is. Daarom streeft een bedrijf als Albert Heijn ernaar om via contracten met voedselproducenten een steeds grotere greep te krijgen op de kwaliteit van de geproduceerde levensmiddelen. Zo hoopt men een dreigend verlies aan vertrouwen van de consument, zoals recentelijk bijvoorbeeld in de vleessector, te voorkomen. Andere voorbeelden van ketens zijn het openbaar ministerie met de politie en het gevangeniswezen, of, binnen de gezondheidszorg, de farmacie en de spoedeisende hulp (Van der Aa & Konijn 2001). Er is hierbij telkens sprake van een keten of netwerk van instellingen waarlangs een product tot stand komt, of waarmee een afnemer van een dienst te maken krijgt. Er zijn drie belangrijke instrumenten bij het ontwikkelen van ketenkwaliteit. Ten eerste het *ketendenken*: het bevorderen van het besef een onderdeel uit te maken van een keten en het ontwikkelen van een



gezamenlijk cliëntbeeld en gezamenlijke ambitie. Ten tweede zijn er de *ketenafspraken*: het komen tot eenheid van taal, procesbeschrijvingen en onderlinge afspraken over taken en evaluatie. Ten derde is er het *trajectbeheer*: het maken van afspraken over spelregels voor bindende, cliëntgebonden beslissingen, opleiding en verdere ontwikkeling van de keten.

Het begrippenkader en het bijbehorend instrumentarium ter bevordering van ketenkwiteit binnen de gezondheidszorg zijn nog relatief jong, maar kunnen bijvoorbeeld binnen 'zorgprogrammering' een belangrijk toepassingsgebied vinden.

Het is belangrijk zich te realiseren dat de beschreven kwaliteitsmodellen zelf geen criteria aandragen voor wat goede kwaliteit is. Dat moet de organisatie zelf bepalen, bij voorkeur in nauwe samenspraak met patiënten, familieleden, financiers, overheden en beroepsverenigingen. Met de kwaliteitsmodellen wordt echter een raamwerk aangedragen dat gebruikt kan worden om op systematische wijze de organisatie optimaal af te stemmen op de doelstellingen van het primaire proces van de patiëntenzorg (Coleman & Hunter 1995).

## DISCUSSIE

Nadat aanvankelijk de maatschappelijke discussie over de psychiatrie in de jaren zeventig en tachtig heeft geleid tot een 'ideologisering' van ons vakgebied, heeft de toegenomen invloed van afnemers van zorg en andere belanghebbenden geleid tot de intrede van een meer bedrijfsmatige en vraaggerichte benadering. Door de gelijktijdige opkomst van evidence-based medicine is nu een situatie ontstaan, waarbinnen een kritische en wetenschappelijke evaluatie mogelijk is van niet alleen de psychiatrische en psychotherapeutische aspecten van het vak, maar ook van de efficiency en patiëntvriendelijkheid.

Met deze verbreding van het aandachtsgebied lijkt een nieuw paradigma zijn intrede te hebben gedaan in de gezondheidswetenschap-

pen. In de klassieke klinische benadering staat de mening van de medicus centraal en is de klinische epidemiologie het belangrijkste wetenschappelijke hulpmiddel. Binnen het nieuwe onderzoeksparadigma wordt de gezondheidszorg in zijn geheel beschouwd. Daarbij komen structuren, processen en uitkomsten vanuit verschillende perspectieven en op verschillende niveaus onder de aandacht van de onderzoeker. Het belang van de klinisch-epidemiologische benadering wordt daarmee niet minder, maar deze wordt in een bredere maatschappelijke context geplaatst en daarmee soms gerelativeerd.

Een belangrijk verschil met de klassieke benadering is dat binnen het kwaliteitsparadigma waardeoordelen over wat 'goede zorg' is expliciet gemaakt worden. Daarmee wordt tevens duidelijk dat iedere vorm van evidence-based medicine uiteindelijk zijn fundering heeft in *value-based medicine*. Immers, voordat kan worden vastgesteld welke vorm van zorg evidence-based is, moet eerst de vraag beantwoord worden aan welke uitkomsten men waarde wil toekennen. Is dit kwaliteit van leven, het verminderen van symptomen, of gaat het om de kosten? Kiezen we voor het voorschrijven van duurdere nieuwe antipsychotica, een extra verpleegkundige, of een patiëntgebonden budget? Het traditionele onderzoeksparadigma levert daarvoor geen handvatten.

De introductie van het patiëntenperspectief en het organisatieperspectief heeft ook grote gevolgen voor onze benadering van kwaliteitsverbetering. De klassiekere vormen van kwaliteitsbeleid, zoals klachtenprocedures, visitaties en MTA, richtten zich vooral op de veiligheid en werkzaamheid van medische interventies. De modernere systemen zijn echter meer gericht op verbeteren van de bedrijfsprocessen en systematische kwaliteitsverbetering. Er wordt meer gebruikgemaakt van kwantitatieve methoden en directe feedback naar de betrokkenen.

Er kleven echter ook potentiële bezwaren aan al die aandacht voor kwaliteit. Het begrippenkader is lang niet altijd even helder en er

bestaat gevaar dat men vrijwel alles onder de noemer kwaliteit wil vangen (Harteloh 2000). Binnen het containerbegrip 'kwaliteitszorg' bestaat een spanningsveld tussen het professionele perspectief, het organisatorische perspectief en het cliëntenperspectief. Veel psychiaters beschouwen inbreng in de kwaliteitszorg vanuit een bedrijfsmatige optiek nog steeds als een bedreiging die het professionele perspectief ondergeschikt maakt. Vanuit de beroepsgroep wordt terecht benadrukt dat de kwaliteit van de uitkomst van het zorgproces in termen van optimale gezondheidswinst en maximale veiligheid uiteindelijk de belangrijkste dimensies van kwaliteit van zorg vormen.

Binnen de psychiatrie speelt daarnaast nog een extra moeilijkheid bij het integreren van het cliënten- of volgens sommigen liever het patiëntenperspectief in het kwaliteitsbeleid. In de ggz valt het belang van de patiënt vanuit de optiek van de dokter (het bestwilbeginsel) lang niet altijd samen met het belang van de patiënt vanuit het cliëntenperspectief (het autonomiebeginsel). In de somatische zorg is de relatie hulpverlener-patiënt veel congruenter en spelen eventuele pathologische vertekeningen in de belevingswereld van de patiënt nauwelijks een rol. Het overleg met cliënten- en familieorganisaties dat onder meer in de regio Utrecht plaatsvindt rond het thema 'zorgprogramma's', wordt door alle partijen als een positief begin ervaren. Het integreren van het cliëntenperspectief blijft een belangrijke uitdaging bij de uitwerking van het begrip kwaliteitszorg voor ons vakgebied. Literatuur waarin het begrip 'kwaliteit van zorg' nader uitgewerkt wordt voor de ggz met haar eige problematiek is nog schaars.

Vanuit de dagelijkse praktijk geredeneerd is het verder vooral belangrijk vast te kunnen stellen of de organisatorische inspanningen ter verbetering van kwaliteit door het verbeteren van input en processen daadwerkelijk leiden tot gezondheidswinst (Brugha & Lindsay 1996). Daarbij is ook de vraag aan de orde of het invoeren van kwaliteitssystemen een (kosten)effectieve

manier is om kwaliteit te bevorderen. Immers, de tijd die door psychiaters wordt besteed aan kwaliteitsbeleid gaat ten koste van de tijd voor de patiënt. Ook aan het middel kwaliteitszorg kunnen bijwerkingen kleven, die grondig onderzocht moeten worden. In een tweede artikel zullen wij een overzicht geven van het wetenschappelijk onderzoek op dit snelgroeiende onderzoeksterrein.

#### LITERATUUR

- Aa, A. van der, & Konijn, T. (2001). *Ketens, ketenregisseurs en ketenontwikkeling. Het vormgeven van transparante en flexibele samenwerkingsverbanden in netwerken*. Amsterdam: Uitgeverij LEMMA.
- Berwick, D.M. (1989). Health services research and the quality of care. *Assignments for the 1990s. Medical Care*, 27, 763-771.
- 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.
- Donabedian, A. (1980). *Exploration in quality assessment en monitoring volume 1. Definition of quality and approaches to its assessment*. Michigan: Ann Arbor; Health Administration Press, University of Michigan.
- Casparie, A.F. (1993). View from The Netherlands. *Quality in Health Care*, 2, 138-141.
- Coleman, R.L., & Hunter, D.E. (1995). Contemporary quality management in mental health. *American Journal of Medical Quality*, 10, 120-126.
- Hardjono, T.W., & Hes, F.W. (1993). *De Nederlandse Kwaliteitsprijs en Onderscheiding*. Deventer: Kluwer Technische boeken.
- Harteloh, P.P.M. (2000). *De betekenis van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg. Van intuïtie naar rationele reconstructie*. Proefschrift. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Harteloh, P.P.M., & Casparie, A.F. (1998). *Kwaliteit van zorg. Van een zorginhoudelijke behandeling naar een bedrijfskundige aanpak*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Have, S. ten, ten Have, W., & Hardjono, T. (1997). *De besturingsdialoog: een praktische basis voor prestatiebesturing*. Holland/Belgium Management Review, 54, 32-41.
- Heer, A. de, & Ahaus, C.T.B. (1997). *ISO-9000-serie en kwaliteitshandboek*. Projectgroep Bedrijfskunde TNO B.V.
- Instituut voor Nederlandse Kwaliteit (1997). *Positiebepaling & verbeteren zorginstellingen*. Papendrecht: Triam Kennismanagement.
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (1996). *Samen op weg naar*

- een integraal kwaliteitsbeleid. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Øvretveit, J. (1998). *Evaluating health interventions. An introduction to evaluation of treatments, services, policies and organisational interventions*. Buckingham: Open University Press.
- Rethans, J.J., Westin, S., & Hays, R. (1996). Methods for quality assessment in general practice. *Family Practice*, 13, 468-476.
- Santiago, J.M. (1999). Use of the balanced scorecard to improve the quality of behavioural health care. *Psychiatric Services*, 50, 1571-1576.
- Sluyter, G.V. (1998). Total quality management in behavioural health care. *New Directions for Mental Health Services*, 79, 35-43.
- Swinkels, J.A. (2000). *Beleidsplan Commissie Kwaliteitszorg 2000-2002, concept*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.
- Swinkels, J.A. (2001). Certificeren of accrediteren. Vergelijkbaar maar niet hetzelfde. *Medisch Contact*, 56, 559-561.
- Tansella, M., & Thornicroft, G. (1998). A conceptual framework for mental services: the matrix model. *Psychological Medicine*, 28, 503-508.
- Theuvsen, T.J., Driessen, A.P.P.M., Merckens, J.N.W.M., e.a. (Red.) (1995). *Kwaliteitsbeleid medisch specialisten 1995*. Alkmaar: Landelijke Specialistenvereniging, De Doelen Pers.
- Werf, W. van der, Kuipers, R., & Blanken, K. (2000). *Medisch Contact*, 55, 123-126.
- Wersch, S. van, Winters-van der Meer, S., & Zomerplaat, J. (1999). *Kwaliteitsmodellen in de zorgsector*. Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Kwaliteit en Zorg, Uitgeverij SDW.
- Williamson, J.W., Alexander, A., & Miller, G.E. (1967). Continuing education and patient care research. Physician response to screening test results. *The Journal of the American Medical Association*, 201, 938-942.
- Williamson, J.W., Hudson, J.I., & Nevins, M.N. (1982). *Principles of Quality Assurance and costs containments in health care*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

## AUTEURS

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, hoofd management support, coördinator kwaliteitsbeleid bij de Divisie Psychiatrie van het UMC te Utrecht.

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

Correspondentieadres: dr. J.M. Havenaar, Altrecht GGZ, locatie Willem Arntzhuys, Vrouwjuttenthof 18, 3512 PZ Utrecht.

Telefoon: (030) 2308851, fax: (030) 2308855.

E-mail: j.havenaar@altrecht.nl.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

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

## SUMMARY

**Whither Quality? The rise of quality care in the field of psychiatry – J.M. Havenaar, B. Heemskerk, E.M. Bisseling –**

**BACKGROUND** During recent years mental health care has undergone tremendous developments both from a scientific and organisational point of view. The government, the health insurance companies and the patient advocacy movement increasingly expect accountability of the efficacy, effectiveness and client centeredness of the care that is provided. This development has stimulated a more businesslike approach to care, within which 'quality of care' has become a key concept.

**AIM** For many practising psychiatrists the field of 'quality care' is relatively unknown. In this first article of two we give a historical and conceptual overview of quality-mindedness in psychiatric practice and we will describe the main 'quality systems'.

**METHOD** Key publications on the subject and a Medline search (1995- now) have been used.

**RESULTS AND CONCLUSION** 'Quality of care' is a container concept within which diverging perspectives of professional care providers, policy makers and patients can be integrated within a single frame of reference. It is a new research paradigm within which 'value-based' and 'evidence-based' approaches can be reconciled. It can be an instrument to support policy decisions. Research will have to establish whether this instrument is cost-effective.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 44 (2002) 2, 95-106]

**KEYWORDS** history, quality of care, review