

Kwaliteitssystemen in de Nederlandse ggz hebben weinig impact op de praktijk van de zorg¹

M. VAN GEFFEN, T. BRANDSEN, C.J. LAKO, O.M. BRAND-DE WILDE

- ACHTERGROND** Kwaliteitssystemen zijn tegenwoordig een belangrijk en veelgebruikt middel om de kwaliteit van zorg in de ggz te volgen, transparant te maken en te verbeteren. Echter, er is weinig bekend over de impact van deze systemen op de praktijk van de zorg.
- DOEL** De impact van kwaliteitssystemen bepalen en verklaren.
- METHODE** Een combinatie van kwalitatieve (focusgroepen, documentanalyse en interviews) en kwantitatieve (vragenlijst, literatuuranalyse) dataverzameling en analyses vanuit verschillende theoretische inzichten.
- RESULTATEN** Er zijn veel kwaliteitssystemen beschikbaar, terwijl de impact van deze systemen op de praktijk van de zorg beperkt is. Veel systemen zijn niet bekend en worden niet of inadequaat gebruikt. Het uitblijven van impact kan worden verklaard op grond van de rolonduidelijkheid en het wantrouwen in de sector. Dat bepaalde systemen wel worden gebruikt, kan grotendeels worden verklaard door de individuele voorkeuren van professionals.
- CONCLUSIE** De huidige inzet van kwaliteitssystemen is erg inefficiënt. Er is een gebrek aan een gezamenlijke definitie van kwaliteit en de kwaliteitsinformatie uit de systemen is complex. Dit maakt sturing op de kwaliteit van zorg lastig. Daarnaast speelt er veel wantrouwen jegens de sector, waardoor systemen eerder worden ingezet voor controle dan voor kwaliteitsverbetering.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)10, 888-895

TREFWOORDEN geestelijke gezondheidszorg, impactanalyse, kwaliteitssystemen



ARTIKEL



De omgeving van de zorg is in de afgelopen decennia drastisch veranderd. Door bezuinigingen, marktwerking en een sterkere focus op verantwoording en transparantie van zorgprestaties is de nadruk op productiviteit en efficiëntie toegenomen (Helderma e.a. 2005; Scholtes 2012). Gezamenlijk met de veranderende rol van belanghebbenden heeft dit geleid tot een toename van de inzet van bedrijfsmatige methoden om de prestaties van de zorg te meten, te evalueren en verantwoording af te leggen (Van Thiel & Leeuw 2002). In de ggz heeft dit geleid tot een toegenomen inzet van kwaliteitssystemen. Kwaliteitssystemen zijn (organisatie)structuren of procedures die bestaan uit een kwaliteitsbeleid en een systematische en

cyclische evaluatie van de kwaliteit van de geleverde zorg (Walburg & Brinkmann 2001). In theorie faciliteert deze systematische evaluatie feedback, op basis waarvan de kwaliteit van zorg kan worden verbeterd (Harteloh 2003) en op basis waarvan verantwoording kan worden afgelegd (De Bruijn & Noordegraaf 2010).

De eerste kwaliteitssystemen zijn ontworpen om de praktijk te beheersen en te verbeteren door een systematische evaluatie van het behandelproces en -resultaat. Door de beschreven ontwikkelingen is het gebruik en de reikwijdte van kwaliteitssystemen breder geworden en worden deze systemen voor steeds meer doeleinden gebruikt zoals:

- Het transparanter maken van de kwaliteit van de zorg,

zodat deze geëvalueerd kan worden en het (black-box) imago zou verbeteren (Buwalda e.a. 2011; Fabbricotti e.a. 2011; Ketelaar e.a. 2011).

- Een strategisch middel om enerzijds het instellings- en afdelingsbeleid te toetsen (Buwalda e.a. 2011) en anderzijds de marktwaarde van zorgorganisaties te vergroten (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg 2011).

De functie van een kwaliteitssysteem kan verschillen. Sommige systemen zijn ontworpen voor één functie, andere systemen zijn gericht op meerdere functies. Nederland kent een groot aantal uiteenlopende kwaliteitssystemen, zoals Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) of routine outcome monitoring (ROM) in de geestelijke gezondheidszorg (NICTIZ & Kwaliteitsinstituut College voor Zorgverzekeringen 2014). Deze kwaliteitssystemen kunnen tot op zekere hoogte worden samengevoegd, maar zijn los van elkaar ontwikkeld en ook vaak los van elkaar geïmplementeerd.

Niet alleen veranderingen in reikwijdte en de toegenomen druk op prestatie metingen hebben geleid tot een toename in kwaliteitssystemen. Ook de subjectiviteit van het begrip kwaliteit heeft hieraan bijgedragen (Bisseling e.a. 2002).

De groei aan kwaliteitssystemen krijgt veel kritiek:

1. Een veelheid aan verschillende kwaliteitssystemen heeft ervoor gezorgd dat de concepten kwaliteit en kwaliteitssystemen vager zijn geworden (Harteloh 2003).
2. De toegevoegde waarde van al deze systemen is onduidelijk (Fabbricotti e.a. 2011).
3. Feedback die de systemen geven, is vrij beperkt vergelijkbaar (Trimbos 2010) en het is onduidelijk of de zorg transparanter is geworden (Fabbricotti e.a. 2011).
4. De groei veroorzaakt een extra belasting voor de actoren die met deze systemen werken, in het bijzonder de zorgorganisaties en professionals (Ring 2001; Fabbricotti e.a. 2011).
5. Het gebruik van verschillende systemen kan een gevoel van overmatige controledrang en bureaucratie teweegbrengen. Actoren kunnen hierdoor cynisch worden over de systemen (Walshe e.a. 2001).

Hoewel er dus veel in kwaliteitssystemen wordt geïnvesteerd, is de impact van deze systemen niet evident. Deze discrepantie heeft geleid tot de onderzoeksvraag van het proefschrift waar we hier verslag van doen, namelijk: wat is de impact van kwaliteitssystemen en hoe kan deze worden verklaard? Dit artikel bevat de belangrijkste bevindingen van het proefschrift (Van Geffen 2019).

Theorie

De afhankelijke variabele in dit onderzoek is de impact van kwaliteitssystemen op de kwaliteit van de zorg. Impact van kwaliteitssystemen heeft betrekking op alle verande-

AUTEURS

MARIEKE VAN GEFFEN, gastonderzoeker, Radboud Universiteit, Nijmegen en manager innovatie, de Viersprong, Halsteren.

TACO BRANDSEN, hoogleraar Bestuurskunde, Radboud Universiteit, Nijmegen.

CHRISTIAAN J. LAKO, hoofddocent Bestuurskunde, Radboud Universiteit, Nijmegen.

ODETTE M. BRAND-DE WILDE, klinisch psycholoog en psychotherapeut, afd. Klinische psychologie, Universiteit van Amsterdam.

CORRESPONDENTIEADRES

Dr. M. van Geffen, de Viersprong, De Beeklaan 2, 4661 EP Halsteren.

E-mail: marieke.van.geffen@deviersprong.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 1-5-2020.

ringen die het gevolg zijn van de inzet van kwaliteitssystemen. Om verandering teweeg te brengen, moet het systeem worden geïmplementeerd en gebruikt door de betrokken actoren (Harteloh 2003; Buwalda e.a. 2011; de Jong 2012). En ten slotte moeten actoren hun handelen aanpassen op basis van de feedback die het systeem geeft met als doel de zorg te verbeteren (de Jong 2012).

Daarnaast is impact afhankelijk van perceptie. Doordat kwaliteit een subjectief begrip is (wat is goed of goed genoeg) (Campbell e.a. 2000), wordt ook de impact van een kwaliteitssysteem op de kwaliteit van zorg bepaald door perceptie. Er is geen direct causaal verband tussen de inzet van kwaliteitssystemen en kwaliteitsverbetering. De impact van een kwaliteitssysteem is afhankelijk van het gebruik en de perceptie van de betrokken actoren. Het gebruik en de perceptie van kwaliteitssystemen werden in dit proefschrift onderzocht met behulp van organisatie-theorieën. De theorieën belichten vier perspectieven op de aansturing van organisaties die als verklaring kunnen dienen voor het gebruik en de perceptie van kwaliteitssystemen.

Een voor de hand liggende verklaring is dat kwaliteitssystemen worden gebruikt als ze zijn opgenomen in de formele structuur van de organisatie (*rationele theorie*).

Naast de formele structuur kan ook de informele cultuur van een organisatie bijdragen aan de impact van kwaliteitssystemen. In dat geval bepaalt de cultuur in een organisatie in hoeverre professionals de systemen gebruiken (Hofstede 1981; Robbins & Judge 2011; *organisatiecul-*

tuurtheorie). Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer bepaalde kenmerken van de cultuur aansluiten bij het kwaliteitsdenken, zoals organisaties die gericht zijn op transparantie van de geleverde zorg of bepaalde boegbeelden die het belang van kwaliteitssystemen uitdragen.

Naast de structuur en cultuur van de organisatie heeft ook de cultuur van de beroepsgroep effect op de inzet van systemen. Het primaire proces in de zorg wordt beheerst door specialistische professies die grote invloed hebben op de organisatie (Mintzberg 1979; Freidson 2001). Binnen de theorie van professionalisme zijn twee mogelijke verklaringen denkbaar. Enerzijds kan het zo zijn dat het gebruik en perceptie van kwaliteitssystemen worden bepaald door het aanleren van systemen in de opleiding van de professional (Teitler 1974). Bij deze verklaring gaat men ervan uit dat professionals kwaliteitssystemen gebruiken indien ze tijdens hun opleiding leren hiermee te werken. Anderzijds benadrukt onder anderen Freidson (1989; 2001) het belang van de vrije benadering van professioneel handelen (Freidson 1989), waarbij kwaliteitssystemen dus vooral dit vrije handelen moeten faciliteren om adequaat gebruikt te worden. In beide benaderingen benadrukt men dat het gebruik van kwaliteitssystemen wordt gestimuleerd indien systemen aansluiten bij de professionele waarde en als hulpbron worden gezien (*professionele theorie*).

Het laatste perspectief is afkomstig van de *contingentietheorie*. Vanuit deze benadering worden er vooral verklaringen gezocht voor de mate van impact van kwaliteitssystemen in de eisen vanuit de omgeving van de zorgorganisaties (Lammers e.a. 2000; contingentietheorie). De complexiteit van de institutionele omgeving, de stabiliteit van machtsverhouding tussen belanghebbenden en complexiteit van de taakstelling van organisaties worden als belemmerende en faciliterende factoren genoemd voor de inzet van systemen.

METHODE EN ONDERZOEKSAANPAK

In het onderzoek is een mix van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden gehanteerd, waarbij 'de impact van kwaliteitssystemen' vanuit een breed perspectief is geanalyseerd. Er is gebruikgemaakt van een combinatie van documentanalyses, focusgroepen, interviews en vragenlijsten. Zowel de vragen als de codingframes voor de focusgroepen, interviews en vragenlijsten zijn opgesteld op basis van de beschreven theoretische inzichten.

Het empirische onderzoek is gebaseerd op casestudies. De belangrijkste overweging voor de benadering via cases (instellingen) is dat een casestudie een gedetailleerde beschrijving van sociale processen mogelijk maakt. Om zicht te krijgen op de impact in de praktijk van de zorg dienen deze sociale processen te worden geanalyseerd. Er zijn verschillende cases geselecteerd.

1. Er zijn 40 zorgorganisaties geselecteerd als afspiegeling van verschillende ggz-organisaties in de curatieve ggz. In de focusgroepen namen 20 organisaties (50%) deel en tijdens de interviews 9 (23%).
2. De 6 grootste zorgverzekeraars (labels) zijn aangeschreven. Van de 4 verzekeraars die bereid waren deel te nemen, zijn de zorginkopers geïnterviewd. Alle inkoopers hadden een ggz-focus.

Naast deze casestudies is er ook gebruikgemaakt van een enquête. Hiervoor zijn 344 cliënten van een specialistische ggz-instelling benaderd voor deelname. Dit betrof cliënten die in de periode tussen half oktober 2016 tot half januari 2017 waren aangemeld bij de instelling of in aanmerking kwamen voor een tussentijdse evaluatie. In totaal namen 289 cliënten deel (84%).

Alle data zijn als onderling complementair aan elkaar geanalyseerd. Voor de uiteindelijke beantwoording van de deelvragen is gebruikgemaakt van de totale dataset. Deze methodieken in relatie tot de deelvragen zijn toegelicht in

TABEL 1.

RESULTATEN

Het onderzoek laat zien dat een groot aantal kwaliteitssystemen beschikbaar is in de Nederlandse ggz. Binnen elk van de zorgorganisaties was een groot aantal van deze systemen 'formeel' aanwezig. Dit wil zeggen dat de systemen waren aangeschaft, ingericht, beschreven in beleidsplannen en/of beschikbaar werden gesteld. Hierbij valt te denken aan de aanwezigheid van een ROM-systematiek, een auditsystematiek of een monitor cliënttevredenheid.

Allereerst keken we naar de impact van deze systemen in de vorm van de perceptie en het gebruik. Het gebruik van kwaliteitssystemen liet diverse patronen zien. Geen enkele professional gaf aan alle beschikbare systemen te gebruiken en geen professional gaf aan geen enkel systeem te gebruiken. Professionals benoemden vaak één tot drie systemen te gebruiken. Hierbij is gebruik gedefinieerd als het gebruiken van de feedback van het systeem om het handelen aan te passen. Veel systemen werden niet gebruikt omdat de betrokkenen niet van hun bestaan wisten. Ook indien een systeem wel bekend was, betekende dit niet automatisch dat de feedback werd ingezet om de zorg te verbeteren.

Professionals waren zich wel bewust van de beschikbaarheid van kwaliteitsgegevens, maar benoemden deze feedback niet te gebruiken om hun behandeling bij te sturen. Dit gold voor zowel het uitblijven van aanpassingen op het niveau van de individuele behandeling als op afdelingsniveau. Een systeem werd wel gebruikt als het een relatief voordeel had voor de professional en indien het aansloot bij hun werkwijze. Een systeem werd niet gebruikt als het complex was en veel tijd vroeg. Er was een sterke relatie

TABEL 1 Gebruikte methodieken

	Aantal organisaties	Bronnen	Periode
Documentanalyse	40	Jaarverslagen websites	Mei 2014
Focusgroepen	20	Beleidsmedewerker (n = 13), directeur behandelzaken (n = 7) manager (n = 4)	3 focusgroepen juni 2014 tot september 2014
Interviews organisaties	9	Professionals (n = 34), beleidsmedewerkers (n = 8) manager (n = 12)	Januari 2015 tot november 2016
Interviews zorgverzekeraar	4	Zorginkoper ggz (n = 6)	November en december 2016
Vragenlijst cliënten	1	Cliënten (n = 289)	Oktober 2016 tot februari 2017

tussen de positieve perceptie en het gebruik van het systeem.

Naast de perceptie en het gebruik van kwaliteitssystemen door professionals, onderzochten we ook het gebruik en de perceptie van kwaliteitssystemen door managers en kwaliteitsmedewerkers. Kwaliteitsmedewerkers vormden de enige discipline in het onderzoek die vrijwel onverdeeld positief was over de inzet van kwaliteitssystemen. Dit kan worden verklaard doordat de inrichting van kwaliteitssystemen de kern van hun baan is. Managers daarentegen benoemden tijdens de interviews dat zij weliswaar graag zouden sturen op de kwaliteit van de zorg, maar dat zij systemen en monitoringsinformatie misten. Deze constatering contrasteert met het aantal systemen dat beschikbaar was.

Over het algemeen kunnen we dus concluderen dat de impact van kwaliteitssystemen klein is, doordat systemen niet of nauwelijks gebruikt werden, de perceptie van de betrokkenen van deze systemen negatief was en veel beschikbare systemen onbekend waren bij de betrokkenen.

Daarnaast was er een discrepantie tussen datgene wat in de jaarverslagen van de organisatie stond, datgene waarvoor beleidsmedewerkers beleid hadden geformuleerd, datgene waar managers op stuurden en de feedback die professionals gebruikten. Zo gaven professionals vaak aan gebruik te maken van systemen die niet waren opgenomen in de formele documentatie van de organisatie. Voorbeelden van dergelijke systemen waren kwaliteitssystemen van specifieke methodieken (FACT, MBT). Ook bleek er met enige regelmaat sprake van een discrepantie tussen de verzamelde gegevens en de formele organisatiedoelen. Zo was het doel in veel organisaties het geven van effectieve behandelingen, terwijl managers slechts het responspercentage op de effectiviteitslijsten monitorde en amper

oog hadden voor de uitkomsten van de effectiviteitsparameters.

Rolonduidelijkheid en wantrouwen

Zoals we reeds beschreven, is het gebruik van kwaliteitssystemen gering. Aan de hand van de theoretische perspectieven hebben we vervolgens onderzocht hoe dit geringe gebruik en de geringe impact kunnen worden verklaard. Allereerst keken we naar de verklaringen vanuit de contingentietheorie.

Een van de factoren die bijdroegen aan de lage impact van kwaliteitssystemen op de praktijk van de zorg was de onduidelijkheid over de rollen van de verschillende betrokkenen. De belangrijkste partijen in het zorgveld dichtten elkaar andere rollen toe dan die zij zichzelf toebedeelden of dan die formeel waren vastgelegd. Er was bijvoorbeeld veel verwarring over de secundaire taak van de zorgverzekeraar, namelijk het bevorderen van de kwaliteit van zorg door sturing op basis van kwaliteitsinformatie. Zo was de wens van zorgverzekeraars om aan te sluiten bij veldnormen, maar organisaties benoemden dat zorgverzekeraars hun eigen kwaliteitsdefinities op het veld projecteerden en maar beperkt gebruikmaakten van bestaande kwaliteitsinformatie. Deze niet afgestemde verwachtingen waren niet bevorderlijk voor de inzet van kwaliteitssystemen.

Betrokken partijen ervoeren veel onmacht. Zorgverzekeraars gaven aan onvoldoende te kunnen sturen op kwaliteit van zorg, omdat zij enerzijds beperkt werden vanuit hun formele rol waarbij zij zorgplicht hebben (en dus ook inkoopplicht) en anderzijds de kwaliteitsgegevens te complex en dynamisch waren om daadwerkelijk op te sturen. Zorgorganisaties gaven ook aan dat zij zich machteloos voelden, omdat zij gedwongen werden om een breed scala aan formele kwaliteitseisen te implementeren. Zij

benoemden dat ze voornamelijk door financiers verplicht werden om velerlei kwaliteitssystemen te implementeren om de benodigde kwaliteitsinformatie te kunnen aanleveren. Hierbij lag de nadruk vooral op het aanleveren van informatie voor de zorgcontractering en niet op het daadwerkelijk verbeteren van de kwaliteit van de zorg.

Professionals voelden zich machteloos, omdat zij zich moesten verantwoorden via kwaliteitssystemen die in hun beleving niet aansloten bij hun dagelijkse praktijk. Ze benoemden bijvoorbeeld dat kwaliteitssystemen slechts controleerden of de dossiervoering op orde was en niet of er zinnige zorg werd geleverd.

Daarnaast maakte het wederzijdse wantrouwen in de sector dat er een sterke focus was op transparantie en controle, waarbij er weinig aandacht overbleef voor kwaliteitsverbetering. Zo wantrouwden zorgorganisaties zorgverzekeraars bij het juist interpreteren van de kwaliteitsgegevens, en andersom wantrouwden zorgverzekeraars de zorgorganisaties wat betreft de juiste inzet van kwaliteitssystemen en de aanlevering van de kwaliteitsinformatie. Ook cliënten rapporteerden in de vragenlijst niet alle betrokkenen evenveel te vertrouwen in het correct weergeven van de kwaliteitsinformatie.

Gebruik op basis van persoonlijke voorkeur

In de praktijk bleek het mogelijk dat, ondanks of juist dankzij de veelheid aan beschikbare systemen, zorgprofessionals op basis van individuele voorkeur bepaalden welke kwaliteitssystemen ze toepasten om de kwaliteit van hun behandelingen te verbeteren. Wanneer een systeem als nuttig werd beschouwd en/of als de professional geneigd was om externe feedback als waardevol te ervaren, was de kans op het gebruik van kwaliteitssystemen groter. Als de professional een systeem als taak of eis (opgelegd) beschouwde of a priori geneigd was om externe feedback te negeren, dan was de kans op positief gebruik van het kwaliteitssysteem vele malen kleiner. Professionals gebruikten vooral die systemen die aansloten bij de professionele gemeenschap en hun specialisme. Hadden ze naast hun basisregistraties een verdere specialisatie binnen een bepaalde methodiek, dan waren ze sterk geneigd systemen te gebruiken die afkomstig waren van die methodiek.

Controle door het management had maar in zeer beperkte mate invloed op welke kwaliteitssystemen werden gebruikt. Enerzijds benoemden managers weinig controle uit te kunnen oefenen op de werkzaamheden van het primaire proces. Anderzijds hadden veel professionals maar in zeer beperkte mate het gevoel verantwoording af te moeten leggen aan de manager over de kwaliteit van de zorg. Professionals benoemden dat zij (en/of de hoofdbehandelaar) verantwoordelijk waren voor de kwaliteit van zorg, niet de manager. De controle vanuit de lijn bleek

groter, wanneer professionals rapporteerden geprotocolleerd te werken. De controle was echter nog groter, wanneer de manager zelf ook een professionele achtergrond had (BIG-registratie).

Uiteenlopende managementvisies

Formeel gezien waren in alle organisaties vrijwel dezelfde systemen aanwezig, maar de daadwerkelijke toepassing ervan verschilde sterk. Deze verschillen konden deels op basis van de organisatiestructuur worden verklaard.

Er bleken verschillende manieren waarop organisaties en managers met externe eisen omgingen. Sommige organisaties benoemden erg naar buiten gericht te zijn. Zij gaven aan voornamelijk bezig te zijn met het voldoen aan de externe eisen, waarbij veel eisen één op één werden overgenomen zonder dit te koppelen aan interne doelstellingen. In organisaties die meer gericht waren op het behalen van interne doelstellingen ervoeren professionals een grotere eenduidigheid in welke systemen moesten worden ingezet. In deze organisaties werd vaker gebruikgemaakt van dezelfde systemen dan in organisaties die gericht waren op de externe doelstellingen.

De organisatiecultuur bleek ook een rol te spelen bij de inzet van kwaliteitssystemen, met name bij de keuze welke type systemen werd ingezet. In een organisatie of afdeling die zich presenteerde als flexibel en cliëntgericht werd belang gehecht aan andere systemen dan in een organisatie of afdeling die zich presenteerde als transparant, *evidence-based* en protocollair. De variatie in het gebruik van kwaliteitssystemen was kleiner naarmate de cultuur sterker was. Een sterke cultuur werd gekenmerkt door een gezamenlijke visie op het organisatiebeleid, breder dan alleen het kwaliteitsbeleid. Hierin was dus een sterke relatie tussen de verklaringen op grond van de organisatiecultuur en het professionalisme.

DISCUSSIE

Dit onderzoek laat zien dat het huidige systeem niet optimaal werkt. Dit komt ten eerste door het gebrek aan een eenduidige kwaliteitsdefinitie. Het lukt de ggz-sector onvoldoende om een gezamenlijke, uniforme definitie van kwaliteit te ontwikkelen, die alle betrokkenen kunnen gebruiken. Wegens het ontbreken van een uniforme definitie en de complexiteit van de kwaliteitsinformatie is het lastig om te sturen op kwaliteit van zorg. Zowel zorgverzekeraars, managers als cliënten geven aan het moeilijk te vinden om acties te verbinden aan de kwaliteitsgegevens. Daarnaast zorgt het ontbreken van een uniforme definitie voor een pluriformiteit aan kwaliteitseisen vanuit betrokkenen. Instellingen hebben hier last van, omdat zij aan veel verschillende controles en parameters worden onderworpen die niet altijd logisch in hun werkomgeving pas-

sen en die mogelijk vragen om extra personele inzet en kosten.

Naast het ontbreken van een uniforme definitie, ontstaan er ook problemen door de rolonduidelijkheid en het wantrouwen in de sector. Systemen worden eerder ingezet voor controle dan van kwaliteitsverbetering. Er vinden maar in zeer beperkte mate gesprekken plaats waarin men probeert te begrijpen wat de kwaliteitsgegevens betekenen.

Implicaties voor de zorgpraktijk

Om de impact van de kwaliteitssystemen te bevorderen is harmonisatie van de kwaliteitssystemen nodig, waarbij men dezelfde systemen gebruikt op alle niveaus. Hierbij is van belang dat betrokkenen zich realiseren dat het niet haalbaar is een zo breed scala aan kwaliteitssystemen te implementeren en te borgen als nu (formeel) wordt ingezet. Als er veel systemen zijn, is adequaat en consequent gebruik en monitoring van deze systemen lastig. Dit geldt niet alleen voor de inzet door professionals, maar ook voor de inzet van de systemen door managers en betrokkenen. Er dienen dus keuzes gemaakt te worden. Deze keuzes dienen niet alleen gebaseerd te zijn op externe eisen van bijvoorbeeld de overheid, financiers, etc. maar ook op de visies van organisaties en de behoeften van hun professionals en cliënten. Het is essentieel om ook het perspectief van de cliënt en de doelen die hij of zij wil behalen mee te nemen. In het verlengde daarvan moeten instellingen kunnen differentiëren tussen kwaliteitssystemen, om deze beter te laten aansluiten bij de cliëntendoelgroep en de daaraan verbonden professionals en moeten betrokkenen meer op 'afstand' monitoren. Hiermee wordt bedoeld dat zij vooral gericht moeten zijn op het monitoren of kwaliteitssystemen adequaat worden ingezet en in mindere mate welke systemen gebruikt worden.

Ook dient er binnen de beroepsopleidingen van zorgprofessionals meer discussie te zijn over nut, de noodzaak en integratie van kwaliteitssystemen. Professionals leren het vak in hun eigen 'gesloten beroepsgroep'. Wanneer zij in de opleiding niet leren om kwaliteitssystemen onderdeel te maken van hun professie, om verantwoording af te leggen over hun werk en/of om transparant te zijn over hun werk, dan zal het later in de praktijk vermoedelijk lastiger worden om ze van het belang daarvan te overtuigen. Hierdoor blijven ook toekomstige generaties van professionals geneigd om hun werk af te schermen en enkel hun eigen kwaliteitssystemen toe te passen.

Daarnaast dienen rolonduidelijkheden in het stelsel te worden weggenomen, zodat kwaliteitsborging vanuit heldere rollen kan plaatsvinden. Tot op heden is het instellingen en andere betrokkenen niet gelukt tot opheldering van de rolverwarring te komen. De kans dat zij dit gezamenlijk en zonder hulp de komende jaren zullen gaan

realiseren, is klein. Daarom bepleiten we dat de overheid een centrale rol moet nemen in het opnieuw definiëren van taken en verantwoordelijkheden van met name de verzekeraars. Om de impact van kwaliteitssystemen te vergroten, is het noodzakelijk dat de partijen in het veld beter gaan samenwerken. Dat is enkel mogelijk bij groter onderling vertrouwen.

Beperkingen

Het beschreven onderzoek heeft methodologische beperkingen. Een beperking van dit onderzoek is het aantal betrokkenen hierbij. Hoewel ruim 50 interviews zijn gehouden, is dit maar een beperkt aantal gezien het totaal aantal medewerkers in de Nederlandse ggz.

Een tweede beperking is dat niet alle belanghebbenden bij dit onderzoek zijn betrokken. De rol van betrokken partijen, zoals het ministerie en de toezichthouders, is niet direct onderzocht.

Een derde beperking is dat er in eerste instantie navraag is gedaan naar de kwaliteitssystemen die de respondent zelf noemde. Bij weinig respons is vervolgens gevraagd naar de systemen die zijn gevonden in de documentanalyse. Niet in elk gesprek zijn daardoor alle systemen benoemd, waardoor het lastig is een vergelijking tussen de systemen te maken. De interviews waren bovendien semigestructureerd, zodat er voldoende ruimte is geweest voor respondenten om andere thema's aan te snijden, buiten de vooraf geformuleerde vragen. Gezien de interviewvragen mogen we ervan uitgaan dat de prominente systemen door de betreffende respondent besproken zijn.

CONCLUSIE

De investeringen in kwaliteitssystemen staan niet in verhouding tot de beperkte impact die deze systemen hebben op de praktijk van de zorg. Hiertegenoverstaat dat, ondanks de beperkte impact, deze brede range van kwaliteitssystemen wel een grote administratieve last met zich meebrengt voor zowel organisaties als professionals. In het huidige debat over lastenverlichting, toenemende zorgkosten en terugdringing van administratieve regeldruk, zou een kritische en beperkte selectie van kwaliteitssystemen een waardevolle toevoeging zijn.

Om de impact van kwaliteitssystemen te bevorderen dienen organisaties keuzes te maken welke systemen ze inzetten. Ook dienen de systemen beter aan te sluiten bij cliënten en professionals en moeten de metingen beter aansluiten bij de dagelijkse zorgpraktijk. Nuttig hierbij zou zijn wanneer niet alleen formele controlesystemen, maar ook bestaande kaders van herregistratie, beroepscoodes, zorgwetgeving en tuchtrecht en professionele systemen zoals supervisie en multidisciplinair overleg als kwaliteitsborging worden gezien.

Daarnaast moet de rolverdeling tussen de betrokkenen in het veld duidelijker, zodat men kan werken aan het verbeteren in de sector waarbij men kwaliteitsverbetering in gezamenlijk overleg kan vormgeven en betrokkenen vertrouwen in elkaars kennis en kunde.

NOOT

1 Dit artikel is gebaseerd op het proefschrift van de eerste auteur, Kwaliteitssystemen in de Nederlandse Geestelijke Gezondheidszorg. een analyse van de impact van kwaliteitssystemen op de praktijk van de zorg. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen; 2019 (<https://repository.ubn.ru.nl/bitstream/handle/2066/203431/203431.pdf>).

LITERATUUR

- Bisseling E, Havenaar J, Heemskerk B. Kwaliteit Quo Vadis? Kwaliteit van zorg als onderzoeksparadigma binnen de psychiatrie. Tijdschr Psychiatr 2002; 44: 173-82.
- Buwalda VJA Nugter MA, Swinkels JA, Mulder CL. Praktijkboek ROM in de ggz. Een leidraad voor gebruik en implementatie van meetinstrumenten. Utrecht: De Tijdstroom; 2001.
- Campbell SM, Roland MO, Buetow S. Defining quality of care. Soc Sci Med 2000; 51: 1611-25.
- de Buijn H, Noordegraaf M. Professionals versus managers? De onvermijdelijkheid van nieuwe professionele praktijken. Bestuurskunde 2010; 3: 6-19.
- de Jong K. A chance for change: Building an outcome monitoring feedback system for outpatient mental health care. Leiden: University; 2012.
- Fabbrocetti N, Oud SM, Redekop K, Huijsman RR. De meerwaarde van HKZ-certificering voor GGZ-instellingen. Utrecht: Trimbos-instituut; 2011.
- Freidson E. Theory and the professions. Indiana Law Journal 1989; 64: 423-32.
- Freidson, E. Professionalism, the third logic. Oxford: Blackwell; 2001.
- Harteloh PPM. The meaning of quality in health care: a conceptual analysis. Health Care Anal 2003; 11: 259-67.
- Helderma J-K, Schut FT, van der Grinten TED, van de Ven WPMM. Market-oriented health care reforms and policy learning in the Netherlands policy learning within and between competing policy programs. J Health Polit Policy Law 2005; 30: 189-209.
- Hofstede G. Management control of public and not-for-profit activities. Accounting, Organizations and Society 1981; 6: 193-211.
- Ketelaar NABM, Faber MJ, Flottorp S, Rygh LH, Deane KHO, Eccles MP. Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organisations. Cochrane Database Syst Rev 2011; 11: CD004538.
- Lambert MJ, Harmon C, Slade K, Whipple JL, Hawkins EJ. Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: Clinical results and practice suggestions. J Clin Psychol 2005; 61: 165-74.
- Lammers CJ, Mijs AA, van Noort WJ. Organisaties vergelijkenderwijs: ontwikkeling en relevantie van het sociologisch denken over organisaties (ge ed.). Utrecht: Het Spectrum; 2000.
- Mintzberg H. The structuring of organizations: a synthesis of the research. New York: Simon & Schuster; 1979.
- NICTIZ & Kwaliteitsinstituut College voor Zorgverzekeringen. Keurmerken, certificaten en kwaliteitsverklaringen in de zorg, een praktisch overzicht. Den Haag: NICTIZ; 2014.
- Ring C. Quality assurance in mental health-care: a case study from social work. Health Soc Care Community 2001; 9: 383-90.
- Robbins SP, Judge TA. Gedrag in organisaties (10de ed.). Amsterdam: Pearson; 2011.
- Scholtes HHM. Transparantie, icoon van een dolende overheid. Tilburg: Universitaire Pers; 2012.
- Teitler G. De wording van het professionele officierscorps. Een sociologisch-historische analyse. Rotterdam: Universitaire Pers; 1974.
- Van Geffen M. Kwaliteitssystemen in de Nederlandse Geestelijke Gezondheidszorg. een analyse van de impact van kwaliteitssystemen op de praktijk van de zorg. [Proefschrift]. Nijmegen: Radboud Universiteit; 2019.
- Van Thiel S, Leeuw FL. The performance paradox in the public sector. Public Performance & Management Review 2002; 25: 267.
- Walburg JA, Brinkmann J. Kwaliteit is geen toeval: de praktijk van de kwaliteitszorg in de ggz. Amersfoort: GGZ Nederland; 2001.
- Walshe K, Wallace L, Freeman T, Latham L, Spurgeon P. The external review of quality improvement in health care organizations: a qualitative study. Int J Qual Health Care 2001; 13: 367-74.

SUMMARY

Quality systems in Dutch mental healthcare have a limited impact on the practice of care

M. VAN GEFFEN, T. BRANDSEN, C.J. LAKO, O.M. BRAND-DE WILDE

BACKGROUND Quality systems have become an important and widely used method of monitoring and improving the quality of care in mental health care. However, little is known about the impact of these systems on the daily practice of care.

AIM To determine and explain the impact of quality systems.

METHOD A combination of qualitative (focus groups, document analysis, interviews) and quantitative (questionnaire, literature analysis) data collection and analyses based on different theoretical perspectives.

RESULTS There are many quality systems available, while the impact on the practice of care is limited. Many systems are unknown and are not used or used inadequately. The lack of impact can be explained by role uncertainty and mistrust in the sector. The fact that certain systems are used can largely be explained by the individual preferences of professionals.

CONCLUSION The current deployment of quality systems is very inefficient. There is no common definition of quality and the quality information from the systems is complex. This complicates the application of quality information. In addition, there is a great deal of mistrust towards the sector, which means that systems are used for control rather than for quality improvement.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 62(2020)10, 888-895

KEY WORDS impact analysis, mental healthcare, quality systems