

VRIJ ARTIKEL

Permanent falen

Het (niet-)gebruik van kwaliteitssystemen in de GGZ

Marieke Van Geffen, Taco Brandsen, Christiaan J. Lako & Odette M. Brand-de Wilde*

In dit artikel presenteren we de resultaten van een onderzoek naar prestatie- en kwaliteitssystemen in de Nederlandse Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Tot op heden is er weinig onderzoek gedaan naar dit thema in deze sector. Middels een mix van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden (interviews, focusgroepen, vragenlijsten en documentanalyse) is onderzocht hoe deze systemen in de GGZ worden toegepast en hoe deze toepassing kan worden verklaard.

Dit onderzoek laat zien dat de toepassing van kwaliteitssystemen gering was; er lijkt sprake van een permanent falend systeem. Op basis van wantrouwen wordt het huidige systeem in tact gehouden, terwijl het disfunctioneren door alle partijen wordt erkend. Het onderzoek bevestigt de institutionele theorie dat elementen van organisaties vaak eerder een symbolisch dan een reëel effect hebben. Het feit dat kwaliteitssystemen er zijn, blijkt belangrijker dan dat zij daadwerkelijk de kwaliteit verbeteren.

1. Inleiding

In de zorg wordt steeds nadruk gelegd op controlesystemen en prestatiemetingen die enerzijds de kwaliteit van de zorg dienen te bewaken en bevorderen en waarmee anderzijds verantwoording kan worden afgelegd aan stakeholders. Zorgorganisaties kunnen in deze behoefte voorzien door zogenaamde kwaliteitssystemen toe te passen. Een kwaliteitssysteem is een formeel mechanisme dat voorziet in feedback op basis van metingen en vooraf vastgestelde criteria, dat wordt gebruikt om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en te verantwoorden. Prestatiemetingen zijn hier dus onderdeel van.

Het gebruik van kwaliteitssystemen in de zorg is niet nieuw. Vaak vanuit professionele disciplines georganiseerd zijn er talloze manieren waarop de professie haar handelen evalueert. Waar kwaliteitssystemen voorheen voornamelijk werden toegepast om het behandelproces en -resultaat te verbeteren, zijn ze tegenwoordig

* Dr. M. van Geffen is gastonderzoeker aan de Radboud Universiteit, manager innovatie bij de Viersprong en specialist in persoonlijkheid, gedrag en gezin. Prof. dr. T. Brandsen is hoogleraar bestuurskunde aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Dr. C.J. Lako is hoofddocent bestuurskunde aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Dr. O.M. Brand-de Wilde is klinisch psycholoog en psychotherapeut aan de Universiteit van Amsterdam, afdeling klinische psychologie.

Marieke Van Geffen, Taco Brandsen, Christiaan J. Lako & Odette M. Brand-de Wilde

ook een belangrijk hulpmiddel voor verantwoording en de toename van het marktaandeel (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2011).

Deze verbreding van het gebruik brengt echter risico's met zich mee. Het is lastig om een kwaliteitssysteem goed te laten aansluiten bij het primaire proces en tegelijkertijd te voldoen aan de algemene eisen die de omgeving stelt in het kader van verantwoording en transparantie (Van Thiel & Leeuw, 2002; Trimbos, 2010; Van Os et al., 2012; Visser & Den Bakker, 2018). Daarnaast zijn kwaliteitssystemen en prestatie-monitoring met name geschikt voor activiteiten waarbij de doelstellingen helder zijn en de output goed meetbaar is – wat op veel terreinen van de zorg te betwisten valt. Indien de systemen onvoldoende aansluiten bij de activiteiten en cultuur van een organisatie, kan dat de impact van de systemen drastisch verminderen (Hofstede, 1981). Deze mismatch tussen systemen en de zorgpraktijk is dan ook met regelmaat onderhevig aan kritiek (Van Os et al., 2012).

Dat systemen voor prestatie-meting geregeld falen, is een bekend gegeven. Minder bekend is waarom dat soort systemen ondanks dat falen in stand blijven. In dit artikel presenteren we de resultaten van een dissertatieonderzoek naar dit thema in de Nederlandse Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) (Van Geffen, 2019), een vanouds vrij gesloten sector, waarover in vergelijking met andere takken van zorg relatief weinig gepubliceerd is in de bestuurskunde. Het onderzoek laat zien hoe er een veelheid aan kwaliteitssystemen bestaat, waarvan slechts een beperkt deel wordt gebruikt en waarvan de informatie door de belangrijkste stakeholders niet wordt vertrouwd. Een groot deel van de systemen lijkt voornamelijk een symbolische functie te hebben. Dit haakt aan op een bredere organisatiekundige observatie: dat een systeem waarvan bij betrokkenen bekend is dat het faalt, niettemin in stand kan worden gehouden om andere redenen.

Na een korte achtergrondschets zullen we beschrijven hoe het onderzoek theoretisch en methodologisch is vormgegeven. Daarna volgt een analyse, vanuit het perspectief van verschillende partijen, hoe kwaliteitssystemen in de GGZ worden toegepast en hoe deze toepassing kan worden verklaard.

2. Achtergrond: de Nederlandse GGZ

De Nederlandse GGZ is gericht op het voorkomen en behandelen van cliënten met psychische en/of verslavingsproblemen. Jaarlijks maken meer dan 1 miljoen Nederlanders gebruik van geestelijke gezondheidszorg. De GGZ kent een systeem van gereguleerde marktwerking. De zorgverzekeraar heeft de primaire taak om consumenten van zorg te voorzien en als secundaire taak het regisseren van de kwaliteit van zorg middels selectieve inkoop. De regiefunctie van de zorgverzekeraar moet in combinatie met de vrije keuze van cliënten, de kwaliteit van zorg stimuleren doordat beide partijen zorginstellingen zullen kiezen waar een goede kwaliteit van zorg wordt geleverd.

Uit onderzoek blijkt dat het moeilijk is om een door iedereen geaccepteerde definitie van kwaliteit van zorg te vinden en afstemming te bereiken tussen stakeholders

over een gelimiteerd aantal passende kwaliteitsindicatoren (Hermann et al., 2004) die de volle breedte van het kwaliteitsspectrum dekken (Herbstman & Pincus, 2009). Dit dilemma stimuleert dat verschillende stakeholders ieder hun eigen kwaliteitssysteem ontwikkelen, met verschillende meetinstrumenten en specificaties, gericht op hun 'eigen' perceptie van kwaliteit van zorg (Hermann et al., 2000, 2004) of 'hun' oplossing voor betere zorg (Hermann et al., 2000; Ring, 2001).

Door het verbreden van de scope van kwaliteitssystemen en het ontbreken van een uniforme kwaliteitsdefinitie zijn er in de loop der tijd veel verschillende soorten kwaliteitssystemen in de GGZ ontwikkeld. Ondanks verschillende initiatieven om een nationaal of sectorbreed kwaliteitssysteem op te zetten (Buwalda, Nugter, Swinkels, & Mulder, 2011; Sluijs, Keijser & Wagner, 2006; Trimbos, 2010) is een wildgroei aan systemen ontstaan (NICTIZ & Kwaliteitsinstituut College voor Zorgverzekeringen, 2014).

Enerzijds is er dus een breed scala aan kwaliteitssystemen, anderzijds is er kritiek op de inzet van kwaliteitssystemen en de complexiteit om systemen te laten aansluiten bij het primair proces en de eisen van de omgeving. De vraag is of dit brede scala aan kwaliteitssystemen wordt toegepast door betrokken actoren om de kwaliteit te verbeteren. En vervolgens, hoe kan dan deze toepassing worden verklaard?

3. Theoretische benadering

Kwaliteitssystemen: perceptie en gebruik

De eerste onderzoeksvraag richt zich op de toepassing van kwaliteitssystemen. De betrokken actoren moeten het kwaliteitssysteem niet alleen op papier, maar ook in de praktijk gebruiken om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Dat betekent dat ze handelen op basis van de feedback die door het systeem wordt geleverd om de zorg te veranderen (De Jong, 2012). Dat impliceert tevens dat de veranderingen die op basis van het kwaliteitssysteem zijn ingevoerd, door de betrokkenen als positief worden ervaren. Hieruit volgt dat er geen direct causaal verband is tussen de inzet van kwaliteitssystemen en kwaliteitsverbetering, maar dat gebruik en perceptie door betrokken actoren cruciale intermediërende variabelen zijn.

Grofweg kunnen de betrokken actoren worden ingedeeld aan de hand van drie niveaus: het professionele niveau, het organisatieniveau en het institutionele niveau. In de GGZ wordt het primaire proces beheerst door professionele beroepsbeoefenaars, die een hoge mate van autonomie kennen (Freidson, 2001; Mintzberg, 1979). Kwaliteitssystemen geven feedback op basis waarvan zij hun handelen kunnen bijstellen om een hogere kwaliteit te bereiken. Op organisatieniveau zijn vooral de managers en kwaliteits- of beleidsmedewerkers betrokken bij de toepassing van kwaliteitssystemen. De managers zijn verantwoordelijk voor de sturing op kwaliteit op team- of organisatieniveau, de beleidsmedewerkers voor de ontwikkeling van deze systemen. Op institutioneel niveau zijn twee stakeholders onderzocht, cliënten en financiers, die potentieel gebruik kunnen maken van de feedback uit kwaliteitssystemen.

Marieke Van Geffen, Taco Brandsen, Christiaan J. Lako & Odette M. Brand-de Wilde

Verklaringen voor perceptie en gebruik van kwaliteitssystemen

De reden dat er in de GGZ zoveel kwaliteitssystemen zijn ingevoerd, kan worden begrepen vanuit de gedachte van het New Public Management. De leer van New Public Management is in de loop der tijd steeds sterker bekritiseerd (bijvoorbeeld Osborne, 2020), maar is in de praktijk nog springlevend. Weliswaar is het enthousiasme voor vergaande privatisering in de publieke sector reeds lang gedempt, maar dat geldt niet voor outputsturing en -monitoring. Als onderdeel van gereguleerde marktwerking beoordelen partijen elkaars prestaties om zo selectief te consumeren. Deze kwaliteitssystemen leveren informatie om de kwaliteit te beoordelen – althans in theorie.

Het in dit onderzoek gebruikte theoretisch perspectief is gevoed vanuit verschillende theoretische stromingen, die we hier slechts kort kunnen bespreken. Om te beginnen is het onderzoek geïnspireerd door het contingentiedenken, dat ons leert dat de doelmatigheid en doeltreffendheid van een organisatie in grote mate worden bepaald door de 'fit' tussen de manier waarop de organisatie is vormgegeven en de omgeving waarin zij opereert (Lawrence & Lorsch, 1967). In het onderzoek zijn verschillende in de literatuur genoemde externe en interne situationele factoren meegenomen.

Bij externe factoren is het uitgangspunt dat de inrichting van de organisatie niet alleen beïnvloed wordt door de omgeving, maar ook dat de organisatie zich kan aanpassen hieraan (Pfeffer & Salancik, 1978). Organisaties opereren in een inter-organisatieel netwerk, waarbij organisaties en stakeholders elkaar beïnvloeden. Complexiteit en dynamiek van de omgeving van organisaties zorgen ervoor dat een inter-organisatieel netwerk aan verandering onderhevig is. Organisaties moeten zich weten te verhouden tot deze veranderingen. Hierbij kunnen conflicten ontstaan, doordat stakeholders verschillende percepties en belangen hebben, en conflicterende prioriteiten hebben, bijvoorbeeld op het gebied van kwaliteit van zorg (Hermann et al., 2004). Daarnaast hebben de complexiteit en dynamiek van de sector ook een relatie met de veranderende machtsverhoudingen tussen stakeholders, waarbij een organisatie zich niet altijd aan de omgeving kan aanpassen. Er is dan sprake van een sterk machtsoverwicht en een externe beheersing van de organisatie.

De inrichting van een organisatie is behalve van de omgeving ook afhankelijk van de kenmerken van een organisatie zelf, de interne situationele factoren. Specifiek is in het onderzoek gekeken naar omvang, ouderdom en interne doelstellingen. Factoren als omvang en ouderdom kunnen er bijvoorbeeld aan bijdragen dat een organisatie zich onder bepaalde omstandigheden niet aanpast aan marktcondities (Lammers et al., 2000). Een organisatie kan verschillende, deels tegenstrijdige doelstellingen nastreven, waardoor bijvoorbeeld doelmatigheid en doeltreffendheid met elkaar in conflict kunnen komen. Deze veelheid aan doelstellingen zal dan ook de inrichting en werking van kwaliteitssystemen compliceren.

Daarnaast is gebruik gemaakt van theoretische inzichten uit het organisatieel institutionalisme, waarin veel aandacht is besteed aan de spanningen en inconsistenties die binnen organisaties kunnen ontstaan (Scott, 2013). Zo moeten in de

GGZ-instellingen een balans vinden tussen enerzijds aansturing van hun professionals, die een hoge mate van discretionaire autonomie kennen, en anderzijds een externe omgeving met verwachtingen en eisen die daar soms sterk van afwijken. Dit kan leiden tot interne spanningen en zelfs tot een bijna complete ont koppeling, waarbij het primaire proces wordt afgeschermd van eisen uit de omgeving en deze laatste slechts symbolisch tegemoet worden gekomen, bijvoorbeeld door procedures en systemen in te richten die feitelijk alleen op papier bestaan.

4. Methodologische benadering

Voor dit (dissertatie)onderzoek is eerst in kaart gebracht welke kwaliteitssystemen er aanwezig zijn in de Nederlandse GGZ. Om een beeld te krijgen van de beschikbare systemen in de Nederlandse GGZ zijn websites en jaarverslagen van 40 organisaties geanalyseerd. Daarnaast zijn er ook drie focusgroepen gehouden met 24 medewerkers van 20 zorginstellingen.

Vervolgens is het feitelijke gebruik van de kwaliteitssystemen onderzocht, via een mix van kwalitatieve en kwantitatieve onderzoeksmethoden: interviews, focusgroepen en vragenlijsten. Van negen GGZ-instellingen zijn in totaal 54 medewerkers geïnterviewd: 34 professionals, 8 stafmedewerkers en 12 managers. Van zorgverzekeraars zijn zes medewerkers geïnterviewd, van de in totaal vier Nederlandse holdings. De interviews waren semigestructureerd. De interviewvragen en het coding frame zijn opgesteld door de onderzoeker op basis van de theoretische concepten, zoals beschreven in paragraaf 3, en deze zijn besproken in de onderzoeksgroep. In de interviews is gevraagd naar zowel het gebruik van de kwaliteitssystemen op zichzelf als naar eventuele gedragingen of gewoonten die indirect samenhangen met de aanwezigheid van deze kwaliteitssystemen. Alle interviews zijn getranscribeerd, waarbij zoveel mogelijk letterlijk is opgeschreven. Deze transcripten werden beoordeeld op basis van het codeerschema.

Voor de bevraging van cliënten is een survey gebruikt. Om praktische redenen is deze uitgezet bij één instelling. De vragenlijst is opgesteld aan de hand van de contingentietheorie. Hierbij is gewerkt volgens dezelfde methodiek als bij de operationalisering, de formulering van de vragen en het opstellen van het coding frame van de eerdere interviews. Om de vragenlijst te valideren heeft een beoordeling plaatsgevonden na 20 vragenlijsten van 20 cliënten die de vragenlijst onder begeleiding hadden ingevuld. Hun feedback is verwerkt in de uiteindelijke lijst. In totaal zijn 344 cliënten benaderd, van wie 49 deelname hebben geweigerd en 6 geen vragenlijst hebben ingevuld. In totaal hebben dus 289 cliënten de vragenlijst ingevuld (de respons is 84%).

5. Analyse van het gebruik

Allereerst zijn de kwaliteitssystemen in kaart gebracht. De onderzochte organisaties benoemen veel verschillende kwaliteitssystemen. Vervolgens zijn gebruik en de perceptie van de systemen onderzocht op de eerdergenoemde drie niveaus.

Marieke Van Geffen, Taco Brandsen, Christiaan J. Lako & Odette M. Brand-de Wilde

Op het professionele niveau liet het gebruik van kwaliteitssystemen interessante patronen zien. Geen enkele professional gaf aan alle beschikbare systemen te gebruiken, tegelijkertijd gaf geen professional aan geen systeem te gebruiken. Professionals benoemden vaak één, twee of drie systemen die ze daadwerkelijk gebruiken. Een systeem wordt gebruikt indien het een relatief voordeel heeft voor de professional en aansluit bij diens werkwijze. Een systeem wordt niet gebruikt als het als complex en tijdrovend wordt ervaren. Er is een duidelijke relatie tussen de positieve perceptie en het gebruik van systemen die zijn gericht op het monitoren en verbeteren van de kwaliteit van zorg op het niveau van de individuele professional en patiënt. Indien een systeem als positief wordt ervaren, wordt het systeem gebruikt. Dit wil zeggen dat de professional zijn of haar handelen bijstelt op basis van de feedback van het systeem. Systemen die zijn gericht op prestaties op organisatie- of institutioneel niveau, worden over het algemeen niet gebruikt. Hierbij valt te denken aan sturing op Key Performance Indicators (KPI's) zoals productie of de inzet van zorgpaden. Professionals gaven aan deze systemen vrijwel altijd als negatief te ervaren. De systemen zouden niet aansluiten bij de praktijk van de zorg. Toch worden deze systemen wel meer gebruikt dan op basis van de negatieve percepties zou worden verwacht. Professionals maken gebruik van sommige systemen 'omdat het moet'.

Op organisatieniveau benoemden managers ook weinig gebruik te maken van de sturingsinformatie uit de kwaliteitssystemen. Zij gaven aan dat ze wel graag zouden sturen op de kwaliteit van verleende zorg, maar dat zij daarvoor de juiste monitoringsinformatie missen. Deze constatering staat in schril contrast met de hoeveelheid aan systemen die beschikbaar is, ook in hun eigen organisatie. Kwaliteitsmedewerkers vormen de enige groep in het onderzoek die vrijwel onverdeeld positief was over de inzet van kwaliteitssystemen. Dat is logisch: het is de kern van hun werk. Zij zijn ook de enigen die een overzicht hebben van de kwaliteitssystemen die in hun organisatie worden gebruikt.

Daarnaast is ook gekeken naar het gebruik van de kwaliteitssystemen op het institutionele niveau, vertegenwoordigd door de cliënt en de zorgverzekeraar. Formeel zouden cliënten kwaliteitsinformatie moeten gebruiken bij de keuze en beoordeling van hun zorginstelling, maar slechts een beperkt deel blijkt dat ook daadwerkelijk te doen. In totaal had 28,4 procent van de cliënten die deelnamen aan het onderzoek, weleens gebruikgemaakt van de beschikbare kwaliteitsinformatie om de keuze voor zorg te maken.

Verzekeraars hechten weliswaar belang aan kwaliteitssystemen, maar maken (met een enkele uitzondering) in de praktijk weinig gebruik van informatie die door andere instanties wordt aangeleverd. Gegevens ten aanzien van cliënttevredenheid of incidentmeldingen werden amper geconsulteerd. Daarentegen maken ze wel gebruik van de kwaliteitsinformatie die ze genereren via eigen verzamelde data (bijvoorbeeld via de informatie die volgde uit declaraties).

Al met al kan worden geconcludeerd dat veel systemen niet of nauwelijks gebruikt worden. De perceptie van de betrokkenen ten aanzien van deze systemen is vaak vrij negatief en veel systemen worden amper ingezet. Indien systemen wel worden

toegepast, dan betreft dit vrijwel altijd een systeem waarbij de monitoring dicht tegen de eigen werkzaamheden aan ligt. Er wordt weinig gebruikgemaakt van feedback die wordt geleverd door andere actoren. Indien de toepassing is 'afgedwongen', dan is de toepassing vaak symbolisch. Dit betekent dat het kwaliteitssysteem minder wordt gebruikt om de kwaliteit van de zorg te verbeteren dan om aan de eisen van de opdrachtgever te voldoen. Kwaliteitsdata worden dan wel aangeleverd, maar de betrokken actoren stellen hun handelen niet bij op basis van de ontvangen feedback.

6. Verklaring van het gebruik

De toepassing van kwaliteitssystemen is teleurstellend, terwijl er wel een breed scala aan systemen is ontwikkeld. Hoe kan dit worden verklaard?

Allereerst lijkt er veel verwarring over de rollen van de betrokken actoren. Deze rolverwarring belemmert de toepassing van de kwaliteitssystemen. Zo is er veel verwarring over de secundaire taak van de zorgverzekeraar, de bevordering van de kwaliteit van zorg op basis van informatie afkomstig uit kwaliteitssystemen. Hoewel deze taak de inzet van kwaliteitssystemen in theorie zou moeten bevorderen, zijn er tegenstrijdigheden in de houding van verzekeraars, waardoor de inzet van kwaliteitssystemen in de praktijk juist wordt beperkt. Verzekeraars maken maar in beperkte mate gebruik van bestaande kwaliteitssystemen en verplichten zorgorganisaties soms om gebruik te maken van nieuwe, door henzelf ontworpen systemen. Maar vervolgens gaven de verzekeraars aan het gevoel te hebben slechts beperkt te kunnen sturen op basis van de informatie die uit die systemen voortkwam, omdat ze er (terecht) niet op vertrouwen dat organisaties die consequent en betrouwbaar gebruiken. Sommige zorgverzekeraars gaven zelfs aan ervan overtuigd te zijn, dat bepaalde professionals de implementatie van kwaliteitssystemen actief tegenhouden, uit angst om afgerekend te worden op de uitkomst ervan.

Ook over de rol van cliënten heerst verwarring. Hoewel in beleidsstukken wordt verwezen naar een rol voor de cliënt in de uitvoering van kwaliteitssystemen, wordt deze daarbij niet structureel betrokken. Zowel zorgverzekeraars als GGZ-instellingen betrekken cliënten mondjesmaat bij de inzet van kwaliteitssystemen. Daarnaast maken cliënten amper gebruik van kwaliteitsinformatie en ervaren zij weinig keuzemogelijkheden ten aanzien van de zorg.

Naast deze rolonduidelijkheid is er ook veel wederzijds wantrouwen. Zorgorganisaties wantrouwen zorgverzekeraars in het juist interpreteren van de kwaliteitsgegevens en zijn bang dat ze er onjuiste conclusies aan verbinden. Omgekeerd gaven zorgverzekeraars aan dat ze organisaties controleren omdat ze organisaties niet vertrouwen in het (juist) inzetten van de systemen. Cliënten vertrouwen vooral de feedback van andere cliënten en cliëntenorganisaties, niet de informatie van zorgverzekeraars.

Nog een probleem bij de inzet van kwaliteitssystemen ligt in de ervaren machtsverhoudingen. Zorgorganisaties ervaren de macht van de zorgverzekeraar als (te)

Marieke Van Geffen, Taco Brandsen, Christiaan J. Lako & Odette M. Brand-de Wilde

groot en hebben het gevoel de regie over de kwaliteit van zorg te verliezen ten behoeve van de verantwoording aan de zorgverzekeraar. Onder invloed van deze veranderende rollen hebben ze bureaucratische afdelingen ingericht om aan de eisen van de stakeholders te voldoen. Dit kwam volgens hen de inzet van kwaliteitssystemen niet ten goede. Interessant genoeg ervaren zorgverzekeraars juist dat ze geen sterke invloed hebben op de kwaliteit van de zorg. Zij hebben wel invloedsmogelijkheden via selectieve inkoop, maar worden hierin belemmerd door het hinderpaalcriterium. Volgens dit hinderpaalcriterium mag de vergoeding voor niet-gedcontracteerde zorg niet zo laag zijn, dat zij daarmee een drempel opwerpt om deze te consumeren.

Daarnaast zijn ook nog twee interne situationele factoren die belemmeringen opwerpen voor zorgverzekeraars en cliënten om te sturen op kwaliteit. Ten eerste zijn sommige organisaties dermate groot of specialistisch, dat zorgverzekeraars wel bij deze instellingen zorg moeten inkopen om de keuzevrijheid van de cliënten te borgen. Ten tweede is de institutionele taakstelling van zorgorganisaties vaak zo pluriform dat de interpretatie van de kwaliteitsgegevens zeer complex is. Zelfs zorgorganisaties ervaren problemen met de interpretatie van de data. Dit wordt ook nog eens gecompliceerd doordat er geen eenduidige definitie van kwaliteit bestond. Organisaties, zorgverzekeraars en cliënten vinden allemaal andere aspecten van de kwaliteit van zorg het meest relevant.

7. Conclusie

Dit onderzoek heeft laten zien dat het feitelijke gebruik van kwaliteitssystemen in de GGZ gering is. Eindgebruikers op professioneel, organisatie- en institutioneel niveau passen kwaliteitssystemen weinig toe en binnen de sector als geheel lijkt het algemeen bekend dat de systemen vooral symbolisch van aard zijn. Met andere woorden, er lijkt sprake van een permanent falend systeem, dat door geen van de betrokken partijen wordt ontkend, maar desondanks gezamenlijk in stand wordt gehouden.

Voor een belangrijk deel komt het falen van kwaliteitssystemen voort uit wederzijds wantrouwen, wat vervolgens leidt tot meer controlebehoefte en bureaucratisering. Deze dynamiek is op zichzelf niet nieuw: dat professionals zich teweerstellen tegen prestatiemeting, is een bekend fenomeen. Al in het rapport 'Bewijzen van goede dienstverlening' uit 2004 van de Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid werd vastgesteld, dat er sprake was van een geïnstitutionaliseerd wantrouwen tussen stakeholders in de dienstverlening, iets wat recent weer werd bevestigd in het rapport *Blijk van vertrouwen* (Raad voor Volksgezondheid, 2019).

Niettemin: zelfs in het licht van eerdere studies is de situatie in de GGZ opvallend. Het is teleurstellend hoezeer een uitgebreid arsenaal aan systemen in stand wordt gehouden, zo niet uitgebreid, terwijl de meeste betrokkenen zich ervan bewust zijn dat deze beperkt of slechts symbolisch worden gebruikt. Hier is geen sprake van een 'prestatieparadox', in de zin dat pogingen om de prestaties te verbeteren juist leiden tot vermindering van prestaties. Ook is hier niet zo zeer sprake van pervers

gebruik, als wel van een gebrek aan gebruik, zodanig dat feitelijk sprake is van een grootschalige ontkoppeling van de papieren werkelijkheid en de feitelijke praktijk.

Hoewel er in de sector een grote behoefte is aan meer financiële en personele middelen, getuigt weinig van wil om dit door alle partijen bevestigde probleem serieus aan te kaarten. Dat bevestigt ideeën uit de institutionele theorie, dat bepaalde elementen van organisaties soms eerder een symbolisch dan een reëel effect hebben. Het feit dat ze er zijn, is belangrijker dan dat zij werkelijk effect hebben (in dit geval: de kwaliteit verbeteren). Gegeven de urgente problemen van de sector is dat op zijn zachtst gezegd zorgwekkend.

Literatuur

- Buwalda, V. J. A., Nugter, M. A., Swinkels, J. A., & Mulder, C. L. (2011). *Praktijkboek ROM in de ggz: Een leidraad voor gebruik en implementatie van meetinstrumenten*. Amsterdam: Boom uitgevers.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism, the third logic*. Cambridge: Blackwell Publishers.
- Geffen, M. van. (2019). *Kwaliteitssystemen in de Nederlandse Geestelijke Gezondheidszorg: Een analyse van de impact van kwaliteitssystemen op de praktijk van de zorg*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Herbstman, B. J., & Pincus, H. A. (2009). Measuring mental healthcare quality in the United States: A review of initiatives. *Current Opinion in Psychiatry*, 22(6), 623-630. doi:10.1097/YCO.0b013e3283318ece
- Hermann, R. C., Leff, H. S., Palmer, R. H., Yang, D., Teller, T., Provost, S., ... Chan, J. (2000). Quality measures for mental health care: Results from a national inventory. *Medical Care Research and Review*, 57, 136-154. doi:10.1177/1077558700573008
- Hermann, R. C., Palmer, H. R., Leff, S., Schwartz, M., Provost, S., Chan, J., ... Lagodmos, G. (2004). Achieving consensus across diverse stakeholders on quality measures for mental healthcare. *Medical Care*, 42(12), 1246-1253. doi:10.1097/00005650-200412000-00012
- Hofstede, G. H. (1981). Management control of public and not-for-profit activities. *Accounting, Organizations and Society*, 6(3), 193-211. [http://doi.org/10.1016/0361-3682\(81\)90026-X](http://doi.org/10.1016/0361-3682(81)90026-X)
- Jong, K. de. (2012). De rol van de behandelaar: De 'vergeten' factor in ROM. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54, 197-201.
- Lammers, C. J., Mijs, A. A., & van Noort, M. J. (2000). Organisaties vergelijkenderwijs: ontwikkeling en relevantie van het sociologisch denken over organisaties. Achtste bijgewerkte druk.
- Lawrence, P. R., & Lorsch, J. W. (1967): *Organization and environment: Managing differentiation and integration*. Boston, MA: Harvard University.
- Mintzberg, H. (1979). *The structuring of organizations: A synthesis of the research*. New York: Pearson Education.
- NICTIZ, & Kwaliteitsinstituut College voor Zorgverzekeringen. (2014). *Keurmerken, certificaten en kwaliteitsverklaringen in de zorg, een praktisch overzicht*. Verkregen van <https://www.nictiz.nl/wp-content/uploads/2014/01/Keurmerken-certificaten-en-kwaliteitsverklaringen-in-de-zorg-tweede-druk.pdf>
- Os, J. van, Kahn, R., Denys, D., Schoevers, R. A., Beekman, A. T. F., Hoogendijk, W. J. G., ... Leentjens, A. F. G. (2012). ROM: gedragsnorm of dwangmaatregel? Overwegingen bij het themanummer over routine outcome monitoring. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 54(3), 245-253.

Marieke Van Geffen, Taco Brandsen, Christiaan J. Lako & Odette M. Brand-de Wilde

- Osborne, S. P. (2020). *Public service logic: Creating value for public service users, citizens, and society through public service delivery*. London: Routledge.
- Pfeffer, J., & Salancik, G. R. (1978). *The external control of organizations: A resource dependence perspective*. New York: Harper and Row.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (2011). *Sturen op gezondheidsdoelen*. Den Haag: RVS.
- Raad voor Volksgezondheid. (2019). *Blijk van vertrouwen – Anders verantwoord voor goede zorg*. Den Haag: RVS.
- Ring, C. (2001). Quality assurance in mental health-care: A case study from social work. *Health & Social Care in the Community*, 9(6), 383-390. doi:10.1046/j.0966-0410.2001.00324.x
- Scott, W. R. (2013). *Institutions and organizations: Ideas, interests, and identities*. Thousand Oaks: Sage.
- Sluijs, E., Keijser, A., & Wagner, C. (2006). *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2005*. Utrecht: NIVEL.
- Thiel, S. van, & Leeuw, F. L. (2002). The performance paradox in the public sector. *Public Performance & Management Review*, 25(3), 267-281. <http://doi.org/10.2307/3381236>
- Trimbos. (2010). *Deel 3 Kwaliteit en effectiviteit 2010: Trendrapportage GGZ*. Utrecht: Trimbos.
- Visser, M., & Den Bakker, J. (2018). Management control in de zorg: Een kritisch essay. *Accountancy en Bedrijfseconomie*, 92(1-2), 47-52.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. (2004). *Bewijzen van goede dienstverlening*. Den Haag: WRR.