

**De betekenis  
van het begrip kwaliteit  
in de gezondheidszorg**

ISBN 90-9013328-3

Druk: HAVEKA B.V., Alblasterdam  
Omslag: S. Nicolaï, vormgeving & fotografie, Rotterdam  
Omslagillustratie: Rembrandt, De Staalmeesters (1661), Rijksmuseum Amsterdam.  
Olie op doek, 191 x 279cm (overgenomen met toestemming).

© P.P.M. Harteloh, Rotterdam 1999

**De betekenis van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg  
Van intuïtie naar rationele reconstructie**

**The meaning of “quality” in health care  
From intuition to rational reconstruction**

**PROEFSCHRIFT**

Ter verkrijging van de graad van doctor aan de Erasmus Universiteit Rotterdam  
op gezag van de Rector Magnificus Prof.dr. P.W.C. Akkermans M.A.  
en volgens besluit van het College voor Promoties.

De openbare verdediging zal plaatsvinden op  
vrijdag 14 januari 2000 om 13.30 uur  
door

**Petrus Paulus Maria Harteloh**  
geboren te 's-Gravenhage

## **Promotiecommissie**

Promotoren:            Prof.dr. A.F. Casparie  
                              Prof.dr. P.A.H. Van Lieshout

Overige leden:         Dr. M. Berg  
                              Prof.dr. M.C.H. Donker  
                              Prof.mr. F.C.B. Van Wijmen

# Proloog

*'Venons a notre leçon'*  
*Molière, 'Le Bourgeois Gentilhomme'*

Uit Molière, *Le Bourgeois gentilhomme* (1670), acte II, scène 4: Maître de philosophie (MdP), monsieur Jourdain (J)

'MdP. Que voulez-vous donc que je vous apprenne ?

J. Apprenez-moi l'orthographe.

MdP. Très volontiers.

J. Après vous m'apprendrez l'almanach, pour savoir quand il y a de la lune et quand il n'y en a point.

MdP. Soit. Pour bien suivre votre pensée et traiter cette matière en philosophe, il faut commencer selon l'ordre des choses, par une exacte connaissance de la nature des lettres, et de la différente manière de les prononcer toutes. Et là-dessus j'ai à vous dire que les lettres sont divisées en voyelles, ainsi dites voyelles parce qu'elles expriment les voix, et en consonnes, ainsi appelées consonnes parce qu'elles sonnent avec les voyelles, et ne font que marquer les diverses articulations des voix. Il y a cinq voyelles ou voix : A, E, I, O, U.

J. J'entends tout cela

MdP. La voix A se forme en ouvrant fort la bouche : A.

J. A, A. Oui.

MdP. La voix E se forme en rapprochant la mâchoire d'en bas de celle d'en haut : A, E.

J. A, E, A, E. Ma foi ! oui. Ah ! que cela est beau.

MdP. Et la voix I en rapprochant encore davantage les mâchoires l'une de l'autre, et écartant les deux coins de la bouche vers les oreilles : A, E, I.

J. A, E, I, I, I, I. Cela est vrai. Vive la science !

MdP. La voix O se forme en rouvrant les mâchoires, et rapprochant les lèvres par les deux coins, le haut et le bas : O.

J. O, O. Il n'y a rien de plus juste. A, E, I, O, I, O. Cela est admirable ! I, O, I, O.

MdP. L'ouverture de la bouche fait justement comme un petit rond qui représente un O.

J. O, O, O. Vous avez raison. O. Ah ! la belle chose que de savoir quelques chose !

MdP. La voix U se forme en rapprochant les dents sans les joindre entièrement, et allongeant les deux lèvres en dehors, les approchant aussi l'une de l'autre sans les joindre tout à fait : U.

J. U. Il n'y a rien de plus véritable : U.

MdP. Vos deux lèvres s'allongent comme si vous faisiez la moue : d'où vient que si vous la voulez faire à quelqu'un, et vous moquer de lui, vous ne sauriez lui dire que : U.

J. U, U. Cela est vrai. Ah ! que n'ai-je étudié plus tôt, pour savoir tout cela ?

MdP. Demain, nous verrons les autres lettres, qui sont les consonnes.

J. Est-ce qu'il y a des choses aussi curieuses qu'à celles-ci ?

MdP. Sans doute. La consonne D, par exemple, se prononce en donnant du bout de la langue au-dessus des dents d'en haut ! Da.

J. Da, Da. Oui. Ah ! Les belles choses ! Les belles choses !

MdP. L'F en appuyant les dents d'en haut sur la lèvre de dessous : Fa.

J. Fa, Fa. C'est la vérité. Ah ! mon père et ma mère, que je vous veux de mal !

MdP. Et l'R, en portant le bout de la langue jusqu'au haut du palais, de sorte qu'étant frôlée par l'air qui sort avec force, elle lui cède, et revient toujours au même endroit, faisant une manière de tremblement :

Rra.

J. R, r, Ra, R, r, r, r, Ra. Cela est vrai. Ah ! l'habile homme que vous êtes ! et que j'ai perdu de temps !

R, r, r, Ra.

MdP. Je vous expliquerai à fond toutes ces curiosités.

J. Je vous en prie. Au reste, il faut que je vous fasse une confidence. Je suis amoureux d'une personne de grande qualité, et je souhaiterais que vous m'aidassiez à lui écrire quelque chose dans un petit billet que je veux laisser tomber à ses pieds.

MdP. Fort bien.

J. Cela sera galant, oui ?

MdP. Sans doute. Sont-ce des vers que vous lui voulez écrire ?

J. Non, non, point de vers.

MdP. Vous ne voulez que de la prose ?

J. Non, je ne veux ni prose ni verse.

MdP. Il faut bien que ce soit l'un ou l'autre.

J. Pourquoi ?

MdP. Par la raison, monsieur, qu'il n'y a pour s'exprimer que la prose ou les verse.

J. Il n'y a que la prose ou les verse ?

MdP. Non, monsieur : tout ce qui n'est point prose est verse; et tout ce qui n'est point vers est prose.

J. Et comme l'on parle, qu'est-ce que c'est donc que cela ?

MdP. De la prose.

J. Quoi ? quand je dis: 'Nicole apportez-moi mes pantoufles et me donnez mon bonnet de nuit' c'est de la prose ?

MdP. Oui, monsieur.

J. Par ma foi ! il y a plus de quarante ans que je dis de la prose sans que j'en susse rien, et je vous suis le plus obligé du monde de m'avoir appris cela' (Molière, 1992: p42-46).

## Het Molière effect

De aanleiding voor het navolgende onderzoek wordt treffend weergegeven door de voorgaande passage uit Molière's toneelstuk 'Le Bourgeois gentilhomme'. Het illustreert hoe het begrip proza onder invloed van een wat al te consumentgerichte houding van een filosoof wordt opgerekt en zijn oude verwijzing naar literair taalgebruik verliest. Het desbetreffende begrip is niets meer dan een label, een gulden biesje voor het prozaïsche streven van de burger geworden. De les is dat een al te ruimhartige toepassing van een begrip het aan betekenis doet verliezen, omdat een zinvol gebruik niet meer onderscheiden is van pretentieloos, opsierend woordgebruik, zoals in een gedicht of het operaduet. Dit 'Molière-effect' is een linguïstisch verschijnsel dat het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg ook bedreigt (Harteloh & Casparie, 1991: p187-188; Harteloh & Verheggen, 1992c; Harteloh & Kistemaker, 1993). Plotsklaps wordt er gesproken over kwaliteitsbeleid, kwaliteitsonderzoek, kwaliteitsaspecten, kwaliteitsborging, kwaliteitsbewaking, kwaliteitsdimensie of kwaliteitsmanagement (NRV, 1990a). Het is de vraag of al deze toepassingen van het begrip kwaliteit een zinvol onderscheid bewerkstelligen; of om met Donabedian - een invloedrijk theoreticus op het gebied van de kwaliteit van zorg - te spreken: 'We must ask ourselves if the word 'quality' could lose its meaning, if the term is applied almost indiscriminately to too many things' (Donabedian, 1993a). De vraag naar de betekenis van het begrip kwaliteit is dan ook tot vraagstelling van dit proefschrift verheven. Is het spreken over de kwaliteit van zorg "oude wijn in nieuwe zakken"? Of, is het een zinvolle bijdrage aan het taalgebruik, een verrijking van onze visie op het medisch handelen en op gezondheidszorg? Aan het antwoord op dergelijke vragen wil dit onderzoek een bijdrage leveren door het gebruik van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg te bestuderen.

De intentie tot een onderzoek naar het begrip kwaliteit roept de vraag op of het wel mogelijk is in wetenschappelijke zin over kwaliteit te spreken. De gedachtegang van Robert Pirsig is in dit verband illustratief. In diens filosofische roman *Zen en de kunst*

van *het motoronderhoud* lezen we: ‘Kwaliteit is een eigenschap van gedachten en uitspraken die herkend wordt via een gedachtenloos proces.’<sup>1</sup> Aangezien definities producten zijn van een strak, formeel denken, kan kwaliteit niet worden gedefinieerd’ (Pirsig, 1991a: p186). Het (her)kennen van kwaliteit is in deze optiek een intuïtieve aangelegenheid. Definiëren is van een geheel andere orde. Het is een rationele bezigheid en krijgt geen vat op de intuïties die aan het begrip kwaliteit ten grondslag liggen. Het gebrek aan eenvormigheid van in omloop zijnde definities ondersteunt deze visie. Een goed definieerbaar verschijnsel zou immers steeds tot eenzelfde, eenduidige verwoording aanleiding geven. Pirsig trekt hieruit de conclusie: ‘Wanneer ik zeg: ‘kwaliteit kan niet gedefinieerd worden,’ zeg ik in werkelijkheid formeel: ‘Ik ben dom inzake kwaliteit.’...’ (Pirsig, 1991a: p186). Wanneer er geen definitie kan worden gegeven, is er geen kennis over het verschijnsel in kwestie. De onmogelijkheid het begrip kwaliteit te definiëren, kan zelfs leiden tot een twijfel aan het bestaan van kwaliteit: ‘Wanneer je probeert te zeggen wat kwaliteit is afgezien van het opsommen van de dingen die het bezitten, gaat het allemaal ffff! Dan is er niets om over te spreken. Maar wanneer je niet kunt zeggen wat kwaliteit is, hoe weet je dan wat het is, of hoe weet je dan zelfs maar dat het bestaat?’ (Pirsig, 1991a: p165).<sup>2</sup> Daarmee is de scepsis ten aanzien van kwaliteit compleet. Het bestaan ervan is betwifelbaar en zo het verschijnsel al bestaat, is er geen kennis en derhalve geen zinvolle communicatie over mogelijk. Het is belangrijk een verdediging tegen dit sceptische standpunt te vinden om de discussie over de kwaliteit van zorg niet tot een debat over een luchtkasteel te maken. Het voorliggende proefschrift is dan ook een poging de betekenis van het begrip kwaliteit systematisch te analyseren, teneinde de voorwaarden voor een zinvol gebruik van dit begrip in de gezondheidszorg te ontdekken. Het beoogt een rationele reconstructie van de inhoud, en daarmee van de betekenis van het begrip kwaliteit te geven.

---

<sup>1</sup> Vinkenburg wijst er overigens aan de hand van de vraag “hoe moeten wij de kwaliteit van ons denken beoordelen?” al op dat deze invalshoek niet juist is: ‘In de geest van Aristoteles luidt het antwoord dat het denken geen kwaliteit kan hebben als (materiële of reële) eigenschap, maar dat het wel goed kan zijn voor iets of iemand. De term kwaliteit verwijst niet naar een kenmerk van het denken, maar naar de betekenis die het denken voor iemand heeft’ (Vinkenburg, 1996). Op dezelfde manier kan de vraag worden gesteld of de term kwaliteit verwijst naar een eigenschap van zorg, dan wel naar de betekenis die zorgverlening voor iemand heeft.

<sup>2</sup> In een commentaar op zijn boek is dit voor Pirsig (1995) aanleiding kwaliteit ‘een gebeurtenis’ te noemen. Hij benadrukt daarmee het dynamische karakter van het verschijnsel. Kwaliteit *bestaat* niet; kwaliteit *ontstaat*. Een constructivistische visie is in staat de sceptische bezwaren weg te nemen. Het voorliggende onderzoek probeert een dergelijke visie systematisch in te vullen.



# I Onderzoek naar de kwaliteit van zorg

*'En op welke manier, Socrates, wilt ge zoeken naar datgene waarvan ge helemaal niet weet wat het is? Wat voor hoedanigheden zult ge immers een ding eerst toekennen, opdat ge het vervolgens onder alle dingen die ge niet kent, als voorwerp van uw onderzoek zoudt kunnen nemen? Gesteld zelfs dat ge er toevallig pal op uit kwaamt, hoe zoudt ge dan weten dat het dit is, wat ge niet kent?'*

*Plato, Meno*

Een wetenschappelijk onderzoek moet aan de uitdaging van de Sofist uit Plato's *Meno* tegemoetkomen. Het eerste deel van dit proefschrift geeft daarom een beeld van het onderzoeksobject en de manier waarop we er (nieuwe) kennis over kunnen verwerven. Daarbij volgen we een klassiek voorbeeld. Socrates zocht door middel van een dialoog naar de definitie van een begrip. Een definitie is de uitdrukking van een vorm of idee, een theoretische entiteit die de betekenis van het bestudeerde begrip bevat. In het voorliggende onderzoek trachten we dienovereenkomstig door bestudering van een dialoog over de kwaliteit van zorg tot een theorie te komen, die als een criterium voor de betekenis van het begrip kwaliteit kan gelden. Dit criterium stelt ons in staat bepaalde beweringen of handelingen als uitdrukkingen van kwaliteit te zien en de voorwaarden voor een zinvol gebruik van het begrip van kwaliteit in de gezondheidszorg te benoemen.



# 1 De vraag naar betekenis

## 1.1 Inleiding

Op verschillende gebieden is er in de laatste decennia van de Twintigste eeuw een sterk toegenomen aandacht voor kwaliteit. In het bedrijfsleven, het onderwijs, het milieu en de politiek wordt meer en meer belang gehecht aan een visie op kwaliteit, methoden en technieken om de kwaliteit te waarborgen, of een gericht kwaliteitsbeleid. De immer toenemende aandacht voor kwaliteit is een maatschappelijk verschijnsel waaraan de gezondheidszorg zich niet onttrekt. De afgelopen decennia is er dan ook een levendig debat over de kwaliteit van zorg gevoerd. Dit debat is onderwerp van het voorliggende proefschrift. In het eerste hoofdstuk worden probleem- en vraagstelling geformuleerd, alsmede opzet en uitwerking van het onderzoek uiteengezet. Begripsverwarring is de aanleiding om de vraag naar de betekenis van het begrip kwaliteit te stellen. We gaan vervolgens op zoek naar een criterium op basis waarvan beweringen of handelingen als uitdrukkingen van kwaliteit kunnen worden herkend. Daarbij wordt een wijsgerig analyse instrumentarium gehanteerd (*deel I*). Het onderzoeksmateriaal wordt gevormd door een aantal voorbeelden van betekenisverlening, te weten de ontwikkeling van de inhoud van het begrip kwaliteit (*deel II*) en de interpretatie van gegevens over gezondheidszorg in termen van kwaliteit (*deel III*). Analyse van de normatieve inhoud van deze voorbeelden leidt tot een specifiek inzicht in het gebruik van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg, zodanig dat daarmee aan uitgangspunten van de analytische filosofie, een van de belangrijkste wijsgerige stromingen in de Twintigste eeuw, tegemoet wordt gekomen (*deel IV*).

## 1.2 Opvattingen over kwaliteit

De afgelopen decennia is er veel over de kwaliteit van zorg gesproken en geschreven. Het denken over kwaliteit maakt daarbij een zekere ontwikkeling door. In de jaren zeventig ging de aandacht vooral uit naar het medisch handelen van zorgverleners, in de jaren tachtig werd ook de organisatie rondom de zorg erbij betrokken, en in de jaren negentig ging kwaliteit een belangrijke rol spelen in het gezondheidszorgbeleid (Casparie, 1993). Een veranderende houding van zorgverleners, een toenemende schaarste aan financiële middelen en het toenemend kritisch bewustzijn van patiënten worden voor deze ontwikkelingen verantwoordelijk gehouden. Aanvankelijk wordt het begrip kwaliteit vooral met de doeltreffendheid van het geneeskundig handelen (effectiviteit) en met de doelmatigheid van gezondheidszorg (efficiency) geassocieerd (Caper, 1988). Al spoedig worden ook continuïteit, toegankelijkheid en coördinatie van zorg (Donabedian, 1980), alsmede de tevredenheid van de patiënt en de rechtvaardige verdeling van zorg met het begrip kwaliteit in verband gebracht (Klazinga et al., 1988). De reikwijdte van het begrip kwaliteit breidt zich aldus gestaag uit.

Daarbij is er een nauwe relatie tussen denkbeelden over kwaliteit en de aard van het kwaliteitsgericht handelen. Wanneer onder kwaliteit een (goed) effect van de geleverde zorg wordt verstaan (Rutstein, 1976), zal de aandacht vooral uitgaan naar de uitkomsten

of uiteindelijke resultaten van zorgverlening en het onderzoek hiernaar als kwaliteitsbewaking worden beschouwd (Treurniet et al., 1998). Wanneer men kwaliteit daarentegen zoekt in het subject en het verband legt met een (juiste) houding van zorgverleners (Laffel & Blumenthal, 1989), worden onderwijs en training belangrijke vormen van kwaliteitsbevordering (Williamson et al., 1989). Wanneer kwaliteit met (maximaal mogelijke) efficiency wordt geassocieerd, is de reductie van ongepaste zorg en de daarmee gepaard gaande kosten een belangrijke vorm van kwaliteitsverbetering (Bliersbach, 1988; 1989).

De aandacht voor kwaliteit gaat gepaard met een specifiek taalgebruik. Zo wordt er gesproken over een kwaliteitsbeleid, kwaliteitsonderzoek, kwaliteitsaspecten, kwaliteitsdimensies en kwaliteitsmanagement (NRV, 1990a),<sup>3</sup> en raken de termen kwaliteitsbewaking, kwaliteitsbevordering en kwaliteitsverbetering in gebruik om het kwaliteitsgericht handelen te karakteriseren. Soms worden daarbij de naambordjes verhangen. In 1989 deed een aantal verenigingen van medische specialisten uitspraken over hun kwaliteitsbeleid. Nascholing, bijscholing, visitatie en richtlijnontwikkeling zijn de meest genoemde vormen van kwaliteitsbewaking en -bevordering vanuit professioneel perspectief (Casparie et al., 1989). De vraag is wat deze nieuwe benaming van alreeds gangbare praktijken rechtvaardigt. Is iedere nieuwe toepassing van het begrip kwaliteit ook zonder meer betekenisvol?<sup>4</sup> Een definitie lijkt een handzaam instrument om dit vast te stellen. Een definitie kan aangeven naar welke verzameling objecten, gebeurtenissen of handelingen een begrip verwijst (referentieklassie van een begrip) en welke bedoeling (zinvolheid of begripsinhoud) het uitdrukt.<sup>5</sup> In de gezondheidszorg is echter een groot aantal *verschillende* definities van het begrip kwaliteit in omloop. Vaak wordt kwaliteit gedefinieerd in termen van eigenschappen of kenmerken van zorg (Donabedian, 1980: p3; Steffen, 1988). Net zoals het begrip rood als eigenschap van een object herleidbaar is tot een bepaalde golflengte van het weerkaatste licht, is het begrip kwaliteit in deze optiek herleidbaar tot een aanwijsbare eigenschap van zorgverlening. We zouden het de

<sup>3</sup> De bijna schier oneindige toepassingsmogelijkheden van het begrip kwaliteit is voer voor columnisten. Regelmatig ridiculiseren zij 'nieuwe' toepassingen van het woord kwaliteit. Zo signaleert de columnist Jan Mulder in de *Volkskrant* van 26 januari 1997 het samengaan van het begrip kwaliteit met de woorden lucht (kwaliteit van de lucht), heide, kandidaten, tussenlandingen, laatste levensfase, huwelijk, milieu (kwaliteitsmilieu), debat ('kwaliteitsdebat') en wijst hij op de intuïtief paradoxale zinssnede uit een wetenschappelijk rapport: 'De kwaliteit van leven is in het eerste kwartaal van 1995 met 0,5% toegenomen'. Jaap Boerdam maakt zich in het *NRC Handelsblad* van 7 maart 1998 naar aanleiding van het begrip 'kwaliteitsuitkering' ('waarvan de kwantiteit nog wel eens vies tegen zou kunnen vallen') vrolijk over het verschijnen van kwaliteitszorgmanagers, kwaliteitsbureaus, kwaliteitsverbeterpunten, alsmede de daarmee samenhangende evaluatiemechanismen (enquêtes over tevredenheid met de koffie, het tentamenpapier, de uitstraling, of de lessen) en bijbehorende beloningen (certificaten).

<sup>4</sup> Molière exploreert deze gedachte in relatie tot het begrip 'proza' in het toneelstuk 'Le Bourgeois gentilhomme' (zie *proloog*). Een gegoede burger wordt zich, dankzij het onderricht van een filosoof, gewaar dat hij in proza ofwel de taal van 'de schone kunst' spreekt (Molière, 1992). Hiervoor heeft de burger niets hoeven te doen. In feite is 'de schone kunst' in zijn taal gaan spreken. Het begrip proza is opgerekt. We hebben te maken met "oude wijn in nieuwe zakken". De inhoud van een begrip verwaart en het verliest daardoor aan betekenis.

<sup>5</sup> Het woord definitie (lat. definitio) betekent letterlijk 'grenzen trekken voor'; figuurlijk 'een betekenisinhoud afbakenen' (Naess, 1978: p73).

*objectgebonden* visie op kwaliteit kunnen noemen. De herleidbaarheid van het begrip kwaliteit tot eigenschappen van zorg draagt echter nauwelijks bij aan de eenduidigheid van de communicatie. Een toenemend aantal uiteenlopende eigenschappen wordt met de kwaliteit van zorg in verband gebracht. Vaak wordt kwaliteit dan een subjectief begrip genoemd, dat slechts de voorkeur van een spreker uitdrukt (Steffen, 1988). Als subjectief begrip is ‘kwaliteit’ een label, willekeurig toepasbaar op het voorwerp van aandacht, zoals een persoon een huisdier een willekeurig gekozen naam kan geven. Vanuit wetenschappelijk oogpunt is het een weinig aantrekkelijke visie, die aanleiding geeft tot scepticisme over de mogelijkheid het begrip kwaliteit rationeel te definiëren (*zie* bijvoorbeeld de opmerkingen van Pirsig in *de proloog*). Het zoeken naar een gulden middenweg leidt tot lokalisatie van het begrip kwaliteit in intersubjectieve, mentale sferen. We zouden van een *subjectgebonden* begrip kunnen spreken. Als subjectgebonden begrip is ‘kwaliteit’ herleidbaar tot de mentale eigenschappen van de persoon die het gebruikt. Het wordt bijvoorbeeld beschouwd in relatie tot het oordeel over de mate waarin de geleverde zorg aan doelstellingen tegemoet komt (Williamson, 1992). Een definitie van het begrip kwaliteit verwijst nu enerzijds naar mentale mechanismen die aan het oordeel ten grondslag liggen, en anderzijds naar eigenschappen van het voorwerp van aandacht. Het ontrefelen van deze mechanismen in relatie tot de eigenschappen van het voorwerp van aandacht is de motivatie voor dit onderzoek naar kwaliteit.

Veelal beperkt onderzoek zich tot een inventarisatie van de aanwezige opinies en wordt de verklaring voor geconstateerde verschillen ontleend aan het referentiekader van de onderzoeker. Kwalitatieve onderzoekers zoeken een verklaring in het perspectief van betrokkenen (Boeije, 1994), de organisatorische complexiteit van de zorgverlening (Klazinga, 1996) of in het sociaal-politieke krachtenveld binnen de gezondheidszorg (Van Herk, 1997). Kwantitatieve onderzoekers beschrijven het voorkomen van opinies en kwantificeren het belang dat aan bepaalde invullingen van het begrip kwaliteit wordt toegekend naar sociaal-demografische kenmerken van de respondenten (Breedveld et al., 1993; Van der Waal et al., 1993). Een filosofisch onderzoek kiest een andere invalshoek. In diens *Topica* maant de Griekse filosoof Aristoteles (384-322 v. Chr.) ons al dat we niet tevreden moeten zijn met een opsomming van de verschillende betekenissen van een begrip in verschillende contexten, maar dat we ook elk van deze verschillende betekenissen dienen te verklaren en daarbij het ontstaan van de verschillende betekenissen in de beschouwing op moeten nemen.<sup>6</sup> Filosofisch onderzoek betreft de grondslagen van onze begripsvorming en tracht verklaringen te vinden in de aard van het begrip zelf. Het onderhavige onderzoek sluit hierbij nauw aan. We bestuderen de ontwikkeling van de betekenis het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg en proberen de structuur van de begripsinhoud bloot te leggen. Het instrumentarium daarvoor wordt ontleend aan de

---

<sup>6</sup> ‘for example, we should not rest with saying that fairness and courage are called “good” in one meaning and that that which contributes to strength and health is called so in another meaning, but we must also explain that the former are so called because of a certain inherent quality which they themselves possess, the latter because they lead to a certain result and not by virtue of some inherent quality’ (*Topica*, 115, 106). De inherente kwaliteit waarover Aristoteles hier spreekt is het voorwerp van dit onderzoek. Het begrip kwaliteit (*poiós*) speelt daarbij zelf een rol in de verklaring. De betekenis van het begrip kwaliteit moet daarom gezocht worden in de aard van het begrip.

wijsbegeerte als algemeen referentiekader voor conceptuele analyse.<sup>7</sup> Daarbij komen we tegemoet aan een hartenkreet van Donabedian, een van de grondleggers van de kwaliteitskunde in de gezondheidszorg: ‘There is a whole succession of important contributors [to QA in HC] beginning with Lee, Jones, and then Codman of course, and later come Morehead in New York, Lembcke, Peterson, Rosenfeld, Williamson - it just goes on. It’s a whole tradition of QA. We find in this work very little of what is now called traditional QA, which is a kind of regulatory approach that prescribes the examination of certain occurrences, focuses on bad apples, and is punitive in its approach.’<sup>8</sup> None of that can be seen in the work of any of these people; let me also mention Eisele and the work of Slee at the CPHA. A full grasp of this tradition – an understanding of its methods and of the spirit which motivated these people is lacking. It’s important that we have to establish the continuity between the old tradition and the new developments and see how they interrelate and complement each other. And also to evaluate the new in the light of the established, and the old in the light of the new’ (Brown, 1996). In overeenstemming met deze gedachte wil het onderhavige onderzoek een bijdrage leveren aan het begrip van een traditie, de inspiratiebron van personen voor een bepaalde handelwijze bevatten en verschillende gedachten over de kwaliteit van zorg in een zinvol verband brengen.

### 1.3 Vertalen en interpreteren

Het voorliggende onderzoek sluit aan bij het werk van Donabedian: ‘My purpose from the beginning, and in all my work, has been to organize the disorderly material of our field so as to reveal the conceptual structure that gives it coherence and meaning’ (Donabedian, 1980: p ix). Het doel van dit onderzoek is niet anders: organiseren en structuren teneinde de conceptuele structuur van het denken over kwaliteit in de gezondheidszorg bloot te leggen. Het opstellen van een theorie over de betekenis van het begrip kwaliteit is daartoe een middel. De centrale vraagstelling van het onderzoek luidt derhalve: *Wat is de betekenis van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg?* Deze vraag naar de betekenis van het begrip kwaliteit wordt in dit proefschrift niet opgevat als een vraag naar diepzinnige duiding, maar als een vraag naar filosofische verheldering, waarbij er een *betekenistheorie* wordt gezocht als leidraad voor interpretatie van een

---

<sup>7</sup> Peacocke lijkt bijna rechtstreeks aan te sluiten bij de visie van Aristoteles. ‘The phenomena to be explained may be semantic, epistemological, psychological, metaphysical, or of any other kind, provided that their source is the nature of the concept or concepts in question. It is for this reason that a full theory of concept would include a substantial part of philosophy’ (Peacocke, 1992: p4). Daarom wordt diens invalshoek gebruikt om de vraagstelling vorm te geven. Het plaatst de vraagstelling in de traditie van de analytische wijsbegeerte.

<sup>8</sup> Chassin (1996) denkt hier overigens geheel anders over. Hij schrijft: ‘Physicians see little difference between new ‘quality improvement’ and the quality assurance programs that continue to harass them. A great deal of anecdotal evidence suggests that the latter, with their emphasis on finding errors in medical practice and imposing punitive, sometimes humiliating sanctions, make practicing physicians’ lives difficult.’ Ook een andere grondlegger van de kwaliteitskunde in de gezondheidszorg, Williamson, stelt in het begin van de jaren negentig in navolging van Kathleen Lohr dat ‘the exceedingly high price society is paying by placing major emphasis on identifying bad apples is becoming a national crisis’ (Williamson, 1994).

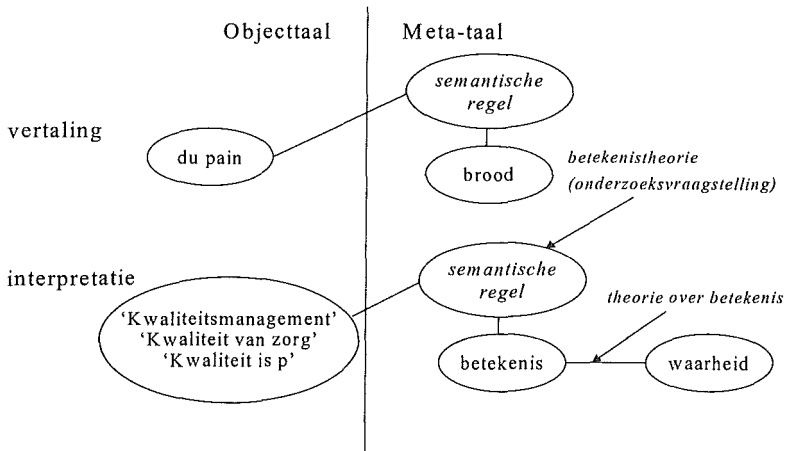
begrip.<sup>9</sup> De filosoof Peacocke (1991) schetst de contouren van een dergelijke theorie: ‘We first identify which statements the object language speakers hold to be true; we then select as interpretational that truth theory which assigns truth conditions to object language sentences in such a way that, subject to certain epistemological constraints, no other theory makes them hold more sentences that are, by our lights, true.’ Beantwoording van de onderzoeksvraag vereist aldus: (i) het afbakenen van een objecttaal; (ii) een theorie die ons in staat stelt waarheidsvoorwaarden aan zinnen van de objecttaal toe te kennen, zodanig dat gegeven bepaalde epistemische beperkingen een spreker zoveel mogelijk zinnen van de objecttaal voor waar houdt.

Onder een interpretatie wordt in dit onderzoek het toekennen van betekenis aan uitdrukkingen van een objecttaal verstaan.<sup>10</sup> Interpreteren wordt daarbij beschouwd als een vertaling. Neem bijvoorbeeld: brood (nl) = du pain (fr). ‘Du pain’ verwijst naar een verzameling objecten (afbakening), te interpreteren als ‘een in zekere vorm gebakken hoeveelheid deeg’ (semantische regel, zowel in Nederland als in Frankrijk geldig) vanuit het perspectief van de Fransman. Als we geen Frans spreken, begrijpen we ‘Du pain’ door waar te nemen dat een Fransman alleen broden aanwijst bij het noemen van het woord. Wanneer hij daar niet consistent in is, en bijvoorbeeld naast broden ook broodkruim of personen met een bijnaam zou gaan aanwijzen, begrijpen we de ordening niet en wordt het moeilijker om het begrip zonder verdere achtergrondkennis correct te vertalen (zie: Wittgenstein, 1958: §1-25). Het Frans is in dit voorbeeld voorwerp van vertaling, ofwel de objecttaal. Het Nederlands is de metataal, de taal waarin *over* de objecttaal wordt gesproken. Het is de taal waarin de regel is geformuleerd, die we gebruiken om uitdrukkingen van de ene in de andere taal te vertalen. Op vergelijkbare wijze onderzoeken we het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg. De vertaling wordt tot interpretatie wanneer objecttaal en metataal zich van hetzelfde soort woorden en zinnen bedienen (in dit onderzoek het Nederlands), en de interpretatie tot een semantische theorie, wanneer woorden, woordgroepen of zinnen over kwaliteit door een regel met het begrip betekenis worden verbonden (zie *figuur 1.1*).

<sup>9</sup> Er is onderscheid tussen een *betekenistheorie* en een *theorie over betekenis* (Schwartz, 1990: p14-20). Een betekenisstheorie is een theorie die door leden van een bepaalde taalgemeenschap wordt gebruikt om teksten, gebeurtenissen of objecten te interpreteren. Het is de praktische pendant van een theorie over betekenis. Een theorie over betekenis beïnvloedt een betekenisstheorie door bijvoorbeeld te stellen dat de betekenis van een zin of woordgroep bestaat uit bedoeling en referentieklassie (zie *figuur 1.1*).

<sup>10</sup> Om interpretatie van een natuurlijke taal te verklaren maakt Davidson gebruik van Quine’s ideeën over de radicale *vertaling*. Davidson spreekt over een radicale *interpretatie*. In een radicale interpretatie wordt interpreteren gezien als een procedure waarbij uitdrukkingen uit een objecttaal met uitdrukkingen van een metataal worden verbonden. Betekenis is daarbij het richtinggevend beginsel. Het radicale is gelegen in het uitgangspunt; een neutrale opstelling zonder enige vooronderstellingen is mogelijk en leidt tot begrip van de objecttaal. Het verschil tussen een vertaling en een interpretatie is gelegen in de vorm van de woorden of zinnen van de object- en metataal. Bij een interpretatie verschilt deze niet van elkaar, bij een vertaling wel (Davidson, 1984: p125-141). Het reconstrueren van een interpretatieprocedure voor het begrip kwaliteit is doel van het onderhavige onderzoek. Als een antropoloog die een stam in de binnenlanden van Afrika bezoekt en probeert taal, handelingen, gebaren en gebruiken uit te leggen in diens moedertaal, beschouwen we het debat over de kwaliteit van zorg en proberen we de betekenis van het begrip kwaliteit te reconstrueren. Het filosofisch jargon fungeert daarbij als metataal.

*Figuur 1.1 Interpretatie van het begrip kwaliteit*



Het debat over de kwaliteit van zorg is het voorwerp van onderzoek (objecttaal). Het wordt gekenmerkt door een aantal thema's, zoals het definiëren van het begrip kwaliteit, het operationaliseren van het begrip kwaliteit (kwaliteitsmeting), gedachten over de aard van het kwaliteitsgericht handelen (kwaliteitsbewaking, kwaliteitsbevordering, kwaliteitsverbetering) en het zoeken naar gegevens over de kwaliteit van zorg. Daarbij wordt verwezen naar bepaalde voorbeelden en wordt een bepaald vakjargon gehanteerd (zie: Harteloh & Casparie, 1991: p84-85). Initiatie middels opleidingen is nodig om deze vaktaal te kunnen spreken en begrijpen. Daarmee krijgt de dialoog het karakter van een taal, gesproken door een bepaalde taalgemeenschap van kwaliteitsdeskundigen. Het jargon van de kwaliteitskunde is de objecttaal, waarover in het voorliggende onderzoek met behulp van een aantal wijsgerige theorieën, de metataal, wordt gesproken. Explicitering van de betekenis van het woord 'kwaliteit' in definities ('Kwaliteit is geschiktheid voor gebruik'), woordgroepen (kwaliteitsbeleid, kwaliteitszorg, kwaliteitsbewaking), zinnen ('De kwaliteit van zorg is goed'), beschouwingen ('Kwaliteit betekent alle handelingen in een keer goed doen') en theorieën ('Kwaliteit is geassocieerd met toegankelijkheid') is het onderwerp van analyse. Doel is de interpretatie van uitdrukkingen over kwaliteit te reconstrueren.<sup>11</sup> Daarbij wordt gezocht naar een bepaalde formule, een se-

<sup>11</sup> Het gaat daarbij nadrukkelijk om de *interpretatie* van de bewering of handeling. De reproductie van een bewering of handeling is voorwerp van natuurwetenschappelijk onderzoek. De sociologie of psychologie kunnen omstandigheden beschrijven waaronder een handeling wordt verricht. De fysiologie kan de bijbehorende materiële verschijnselen onderzoeken. Een theorie over interpretatie lijkt (nog altijd) een geschikt onderwerp voor de analytische filosofie, daarbij het perspectief van de persoon hanterend als aspect van een voor de spreker normatieve (normale) situatie.



mantische regel die verklaart waarom sprekers van de objecttaal bepaalde zinnen of handelingen als (ware) uitdrukkingen van kwaliteit beschouwen.<sup>12 13</sup>

De objecttaal bevat termen, zinnen en redeneringen, waarbinnen nadere afbakening nodig is om een hanteerbaar onderzoeksobject te creëren. Daartoe onderscheiden we verschillende soort beweringen (zie tabel 1.1).<sup>14</sup> In een *analytische bewering* wordt geen empirische inhoud aan het onderwerp van de zin toegevoegd. De zin legt uit wat alreeds in het onderwerp is bevat. Bijvoorbeeld: ‘De bal is rond’ of ‘Een vrijgezel is ongehuwd’. De waarheid van een analytische bewering berust op kennis van taal en is bijvoorbeeld door het opslaan van een woordenboek vast te stellen. Er is daarvoor geen zintuiglijke ervaring ofwel empirisch onderzoek nodig. De bewering is voorwerp van conceptuele analyse. Een bewering als ‘kwaliteit is hoedanigheid’ is een voorbeeld van een analytische bewering in het debat over de kwaliteit van zorg. Er staat niets meer dan “‘kwaliteit’ is kwaliteit”. De waarheid van een dergelijke bewering is op voorhand kenbaar. Het is een tautologie. Een bewering als ‘kwaliteit is p’, waarbij p bijvoorbeeld een semantische regel is, of een predikaat (bijvoorbeeld ‘een eigenschap’), is van eenzelfde orde. Toch is de inhoud ervan niet op voorhand te kennen. Daartoe is onderzoek van het taalgebruik nodig. Daarom is het een analytische bewering, *a posteriori*. Een *synthetische bewering* voegt iets toe aan onze kennis over het onderwerp. Bijvoorbeeld: ‘De bal is van goud’, ‘De vrijgezel is rijk’. De waarheid van een synthetische bewering berust op een stand van zaken in de wereld. Er is een zintuiglijke ervaring nodig om deze vast te stellen (Störig, 1979, deel 2: p18-19). Een bewering als ‘De kwaliteit van zorg is goed’ vereist bestudering van de zorgverlening. We weten op voorhand dat de bewering in de

<sup>12</sup> Het is aannemelijk dat daarbij een (impliciete) regel wordt gebruikt. De natuurlijke talen illustreren dit. Een spreker van een objecttaal moet een oneindig aantal zinnen kunnen begrijpen vanuit een eindig en beperkt aantal elementen, ofwel een aantal regels. Een spreker leert een natuurlijke taal niet woord voor woord, maar met behulp van een regel, overgedragen door voorbeelden (Davidson, 1984: p3-17).

<sup>13</sup> Niet alleen antropologisch of linguïstisch onderzoek heeft een dergelijke structuur, maar ook het gangbare empirisch onderzoek hanteert een metataal (bijvoorbeeld de statistiek bij geneeskundig onderzoek), en deze metataal bevat een regel om de betekenis van beweringen in de objecttaal vast te stellen (bijvoorbeeld de p-waarde).

<sup>14</sup> Volgens Hume (1989) zijn wetenschappelijke beweringen (i) synthetisch *en a posteriori* (waarnemingsuitspraken), of (ii) analytisch *en a priori* (wiskunde en logica). Kant verandert dit schema. Hij onderscheidt een derde soort beweringen: synthetische beweringen *a priori*. Deze hebben alleen betekenis voor zover zij worden aangewend in de (mogelijke) ervaring en zijn om die reden synthetisch. Maar voorafgaande aan alle ervaring weten we dat zij waar zijn. Om die reden zijn zij ook *a priori*. Mathematische beweringen vormen er een voorbeeld van. De uitkomst van een rekensom is soms niet direct inzichtelijk, maar ligt wel van tevoren vast (Kant, 1979: p49-58). Synthetische beweringen zijn voorwerp van empirisch onderzoek. Toekenning van waarheidswaarde berust op ervaring. Kripke zal het overgebleven veld in het schema invullen met een theorie over beweringen met een analytisch *a posteriori* karakter, bijvoorbeeld ‘Water is H<sub>2</sub>O’. Een dergelijke bewering is thans een noodzakelijke waarheid (‘waar in alle mogelijke werelden’, d.w.z. denkbare situaties). Het predikaat voegt niets toe aan het onderwerp van de zin. Het is een analytische bewering. Nochtans is deze waarheid pas in 1750 op natuurwetenschappelijke wijze ontdekt (Kripke, 1988: p120 e.v.). In deze zin brengt de bewering *a posteriori* kennis tot uitdrukking. Geurts (1978: p175) spreekt van een bewering met een verleend analytisch karakter.

werkelijkheid (noodzakelijkerwijs en altijd) een waarheidswaarde heeft. De kwaliteit van zorg is goed of slecht. We weten nog niet welke waarheidswaarde dat is (waar, onwaar). Daarom is het een synthetische bewering, *a priori*. Bij een bewering als ‘Zorg van goede kwaliteit is doelmatig’ is dat niet het geval. We moeten de werkelijkheid consulteren om de waarheidswaarde van deze bewering vast te stellen. Daarom is het een synthetische bewering. Het is mogelijk dat de kwaliteit van zorg in het onderhavige geval niets met doelmatigheid van doen heeft. Het is een synthetische bewering, *a posteriori*. Op voorhand is er geen kennis over de bewering aanwezig.

Tabel 1.1 Betekenis en uitdrukkingen van kwaliteit

sociale realiteit (taal, dialoog over kwaliteit)	<i>analytische beweringen</i> (noodzakelijk waar)	<i>synthetische beweringen</i> (contingent; mogelijk waar)
kennis		
op voorhand ( <i>a priori</i> )	‘Kwaliteit’ is kwaliteit <sup>15</sup>	De kwaliteit van zorg is goed.
uit onderzoek ( <i>a posteriori</i> )	Kwaliteit is p ( <u>dit onderzoek</u> )	Zorg van goede kwaliteit is doeltreffendheid, doelmatigheid, patiëntgericht, etc.
taal element	<i>term</i> (kwaliteit)	<i>predikaat</i> (kwaliteit van zorg)
betekenis		
Sinn, sense, bedoeling	semantische regel	associatie, correlatie
Bedeutung, reference, Referentieklassse	intuïtie	{dokter x, verpleegster z, ziekenhuis y, etc.}

Het onderhavige onderzoek is beperkt tot analytische beweringen over kwaliteit. Deze zijn een geschikt voorwerp voor conceptuele analyse. Net zoals de betekenis van het begrip ‘rood’ te herleiden is tot de gewaarwording van licht met een bepaalde golflengte, is het de bedoeling van dit onderzoek de betekenis van het begrip kwaliteit te herleiden tot de structuur van een semantische regel (p). Deze regel bevat de bedoeling of zinvolheid van beweringen (Sinn, sense) over de kwaliteit van zorg.<sup>16</sup> Het is een uit-

<sup>15</sup> Een intuïtie, het herkennen van de tekens als eerste fase van begripsontwikkeling (zie paragraaf 2.3). Het is mijns inziens gebaseerd op het onderscheid tussen gebruik (‘use’) en noemen (‘mention’). Het woord ‘Rotterdam’ wordt gebruikt in de zin: ‘Rotterdam is een havenstad’; het wordt genoemd in de zin “‘Rotterdam’ heeft negen letters”. Een genoemd woord staat tussen (enkele) aanhalingstekens.

<sup>16</sup> Overeenkomstig de theorie van Gotlob Frege (Wedberg, 1984: p89-125). De betekenis van een begrip of bewering is tweeledig. Deze bestaat uit de zin of bedoeling (sense, Sinn) enerzijds, en uit de verwijzing (reference, Bedeutung) naar een verzameling objecten of gebeurtenissen in de wereld anderzijds. De termen ‘morgenster’ en ‘avondster’ verwijzen bijvoorbeeld beide naar de planeet Venus, maar in het gangbare taalgebruik is de morgenster niet gelijk aan de avondster. De term ‘morgenster’ heeft een bepaalde bedoeling die samenhangt met het gebruik van deze term in een bepaalde context, namelijk die van zeelieden om op een bepaald tijdstip in de ochtend hun geografische positie aan de hand van de stand van een ster vast te stellen. Daarnaast verwijst de term ‘morgenster’ (altijd en overal) naar de pla-

drukking van een linguïstische intuïtie. Een opsomming van objecten (ziekenhuis X of Y) of personen (dokter Z) waarnaar het begrip kwaliteit als predikaat van het begrip zorg verwijst, vormt de referentieklassie van dit begrip in de praktijk der gezondheidszorg. Deze is voorwerp van empirisch onderzoek. Beide vormen van onderzoek zijn daarbij uit op beschrijving van het verband tussen de term ‘kwaliteit’ met, respectievelijk, een intuïtie of een referentieklassie (zie tabel 1.1).<sup>17</sup>

#### 1.4 Reconstructie van betekenis

Om de vraagstelling te beantwoorden bestuderen we een aantal toonaangevende voorbeelden voor het denken over kwaliteit in de gezondheidszorg. Deze vormen de kern van het paradigma der kwaliteitskunde, bestaande uit definities en exemplarische theorieën, uiteenzettingen of werkwijzen, zoals deze zijn ‘neergelegd in een oorspronkelijke publicatie waarin een auteur op ten voorbeeld strekkende wijze een aantal vragen formuleert als legitieme problemen en aangeeft met behulp van welke theorieën, methoden of instrumenten deze en soortgelijke problemen oplosbaar zijn’ (Verbrugh, 1978: p27).<sup>18</sup> Het empirisch materiaal voor dit onderzoek bestaat uit een aantal toonaangevende theoretische beschouwingen over kwaliteit in de gezondheidszorg (*deel II*) en uit een aantal representatieve voorbeelden van de manier waarop gegevens over gezondheidszorg met kwaliteit in verband worden gebracht (*deel III*). Dit materiaal wordt ontleend aan het oeuvre van invloedrijke auteurs, beleidsdocumenten of publicaties in medisch wetenschappelijke tijdschriften.

Het bijeengebrachte materiaal is onderwerp van een aantal gevalsstudies naar betekenisverlening. Een voorbeeld, casus of een geval is een natuurlijke onderzoekseenheid

---

neet Venus. De sterrenkundige stelt dit vast. De definitie bevat de zin of bedoeling van een bepaald begrip (‘De morgenster is een planeet die wordt gebruikt om in de ochtend de geografische positie te bepalen’). Een opsomming van objecten bevat de referentieklassie ervan (morgenster = {Venus}) (zie tabel 1.1). De zin of bedoeling van het begrip is voorwerp van een conceptuele analyse, de referentieklassie van empirisch onderzoek.

<sup>17</sup> De theorie over betekenis van Frege gaat niet op voor eigennamen en natuurlijke soort termen (Schwartz, 1990: p14-20). In alle denkbare situaties zal een eigennaam als ‘Aristoteles’ altijd naar eenzelfde persoon verwijzen ({Aristoteles}), wat de historici ook over deze persoon zullen ontdekken (waterputdeler of groot filosoof). Een eigennaam heeft een vaste (rigide) verwijzing. Voor natuurlijke soort termen (goud, water) geldt iets dergelijks. Natuurlijke soort termen bezitten een essentie die door de wetenschap wordt ontdekt en vastgelegd (‘Water is H<sub>2</sub>O’). Als deze eenmaal is vastgelegd, is er sprake van een noodzakelijke waarheid en is de beweerzin een analytische bewering. Het predikaat is onderdeel van het onderwerp geworden. Vooralnog lijkt dit het onderzoek naar de betekenis van het begrip kwaliteit niet te hinderen. De term kwaliteit is geen eigennaam of natuurlijke soort. Wel is de theorie over eigennamen en natuurlijke soort termen aanleiding om het onderscheid tussen analytische en synthetische beweringen te herzien. Er moet een plaats worden ingeruimd voor zinnen die noodzakelijk waar zijn (analytische beweringen), maar waarvan de waarheidswaarde toch door middel van empirisch onderzoek wordt blootgelegd (analytisch a posteriori). Dergelijk onderzoek is conceptueel van aard.

<sup>18</sup> In de gezondheidszorg vertoont het denken over kwaliteit meer en meer de kenmerken van een paradigma, zoals: een vakjargon, leerboeken en eigen opleidingen, specifieke methoden en technieken, tijdschriften en vakbladen, congressen, een onderzoeksprogramma en een sociale organisatie in verenigingen (Merry, 1990; Casparie & Harteloh, 1993).

(Bowling, 1997), zoals een persoon of een ziekenhuis, maar ook een verhaal, metafoor of het werk (oeuvre) van een persoon kan dat zijn. Eenheid impliceert samenhang, begrenzing en identiteit. Voor een verhaal is deze gelegen in de strekking of moraal ervan. Het is kenmerkend voor kwalitatief onderzoek dat het de eenheid van het onderzoeksobject aanwezig veronderstelt, maar tegelijkertijd in de gang van het onderzoek beoogt te demonstreren of te reconstrueren. Een *gevalsstudie* beschrijft daardoor niet de daadwerkelijke gang van zaken, maar bevat een reconstructie binnen een passend ordeningskader.<sup>19</sup> <sup>20</sup> Veelal wordt daarbij het schema van Yin gevolgd (1994: p5): ‘who, what, where, how, why’ (zie tabel 1.3). Dit geeft de theoretische dimensies van een onderwerp weer. Bovendien is er een verband met betekenisverlening. Dit blijkt bij beschouwing van de zogenaamde karteringsvraagzin van de methodoloog De Groot (1985): ‘*Waar toe willen wie dit weten, en hoe uitgewerkt?*’ Een karteringsvraagzin vraagt naar de *bedoeling* van een vraag. Het dwingt bij beantwoording tot ontstijging van een loutere opsomming of presentatie van gegevens en tot plaatsing van het gegeven in een specifieke context. Het verheft een gegeven daardoor tot informatie. Er is sprake van *betekenisverlening*. Opzet van een gevalsstudie aan de hand van de karteringsvraagzin verheft de gevalsstudie tot een analyse van betekenisverlening. Conceptuele analyse van de normatieve inhoud der gevalsstudies leidt tot een axioma voor interpretatie van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg (een semantische regel). Dit axioma levert ons theorema’s die voorwaarden voor het begrijpen van kwaliteit bevatten (zie deel IV). Deze verklaren uitdrukkingen in het debat over de kwaliteit van zorg. Daarmee is de empirische cirkel rond (zie tabel 1.2).<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> Een *gevalsbeschrijving* beoogt de chronologische volgorde van de gebeurtenissen zo nauwkeurig mogelijk weer te geven (vooral gangbaar in historisch onderzoek). De *gevalsbeschrijving* en de *gevalsstudie* zijn beide vormen van *gevalsonderzoek* (‘case-study research’) (Hutjes & Van Buuren, 1992: p33).

<sup>20</sup> De klinische lessen in medische tijdschriften zijn een schoolvoorbeeld van gevalsstudies. De klachten van een patiënt worden er meestal niet in de bewoordingen weergegeven waarmee deze worden gepresenteerd, maar zijn al het resultaat van een vertaalslag. De bewoordingen van de patiënt worden niet relevant geacht voor de boodschap, de les, die de gevalsstudie moet representeren. Zo ook met de volgorde van de gebeurtenissen. Gewoonlijk wordt een gang van klacht naar diagnose, van diagnose naar therapie en van therapie naar klinisch verloop beschreven, ongeacht of de gebeurtenissen zich ook in deze volgorde hebben voorgedaan. Soms komt de clinicus bijvoorbeeld door een therapie op het spoor van de juiste diagnose (Een huiduitslag na toedieningen van Amoxicilline verradt de ziekte van Pfeiffer) of maakt deze gebruik van vuistregels die geen enkel leerboek vermeldt. De reconstructie van de klinische les weerspiegelt meer de wetenschappelijke, rationele houding die de clinicus wordt *geacht* te bezitten dan de feitelijk gang van zaken in de kliniek (zie ook paragraaf 9.3.1). Geneeskunde vereist een wetenschappelijke attitude. Dat is de les die steeds wordt voorgehouden. De begrippen ‘diagnose’, ‘therapie’ en ‘verloop’ zijn concepten aan de hand waarvan de waarnemer gebeurtenissen ordent en het geval reconstrueert. Deze vormen het conceptuele kader aan de hand waarvan het de geneeskunde wordt beoefend.

<sup>21</sup> De methode van empirische wetenschapsbeoefening: verzamel gegevens, formaliseer, axiomatiseer, deduceer tot theorema’s, toets deze aan de hand van de gegevens (De Groot, 1981: p29-34).

Tabel 1.2 De opbouw van het onderzoek

Materiaal	Methoden	Resultaat
medische literatuur → over kwaliteit	gevalsstudie → conceptuele analyse →	semantische regel voor interpretatie van het begrip kwaliteit
gangbare opvattingen, grondleggers, traditie, definities, theorieën en gegevens	reconstructie reconstructie	axioma van een betekenis­theorie
bibliografie en citaten in tekst	delen II en III deel IV	deel IV

Validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid zijn de gangbare criteria voor het hedendaagse wetenschappelijk onderzoek. Vooral kwantitatief onderzoek is gewoon zich in deze termen te legitimeren. Validiteit betreft de mate waarin het onderzoeksresultaat het onderzoeksobject adequaat representeert (De Groot, 1981: p265-279). De (meet) betrouwbaarheid betreft de mate waarin herhaalde meting aan eenzelfde onderzoeksobject onder gelijkblijvende omstandigheden eenzelfde resultaat oplevert (De Groot, 1981: p279-297). Bruikbaarheid slaat vooral op de relevantie van de onderzoeksresultaten voor het handelen van een bepaalde doelgroep (Baarda & De Goede, 1990: p227). Bij filosofisch onderzoek krijgen deze criteria een iets andere invulling. Filosofisch onderzoek is conceptueel en daardoor kwalitatief van aard. Het kwalitatief onderzoek weerspiegelt verschijnselen ‘in (meerduidige) woorden of begrippen uit de dagelijkse of wetenschappelijke taal’ (Nievaard, 1990: p81). Validiteit betreft dan ook vooral begripsvaliditeit, ofwel de mate waarin conceptuele reconstructie het onderzochte begrip adequaat representeert. ‘Verzadiging’ is hiervoor als maatstaf te beschouwen. Deze maatstaf wordt in kwalitatief onderzoek gebruikt om aan te geven dat de conceptuele inhoud van het bijeengebrachte materiaal volledig expliciet is gemaakt, en uitputtend door het gehanteerde ordeningskader kan worden weergegeven (Wester, 1995: p45). In deze zin kan het onderhavige onderzoek op verzadiging worden beoordeeld naar de mate waarin de *wijsgerige* inhoud van het bijeengebrachte materiaal expliciet is gemaakt.<sup>22</sup>

De *unieke* reconstructie kenmerkt het karakter van een dergelijk onderzoek. Ook daarin lijkt filosofisch onderzoek op kwalitatief onderzoek. Herhaling als criterium

<sup>22</sup> Soms wordt enigszins denigrerend over deze interpretatie van filosofische arbeid gedaan. Er wordt gesproken van een misplaatste filologie (Nietzsche, 1983: p35-39) of van een “filosofologie” (Pirsig, 1991b: p329). Een dergelijke kritiek wordt ingegeven door een romantische kijk op de wijsbegeerte als bron van nieuwe, oorspronkelijke of bijzonder inzichtgevende gedachten. Zij leidt al ras tot een vlucht in de literatuur, omdat de criticus vaak zelf niet kan ontsnappen aan een meer of minder expliciete verwijzing naar wijsgerige voorgangers. Plato is daarbij het gemeenschappelijk referentiepunt. Sommigen menen dat wijsbegeerte slechts een voetnoot bij Plato is. Deze bescheiden mening heeft een diepere betekenis. Mogelijk heeft Plato een bepaald referentiekader voor het (westerse) denken uiteengezet waaraan moeilijk valt te ontsnappen. Explicitering van dit kader aan de hand van diens werk is dan ook een wezenlijke vrucht van filosofische arbeid. Het voorziet de tekst van een zekere mate van wijsgerig zelfbewustzijn die er de meerwaarde van vormt.

voor betrouwbaarheid is dan ook niet echt van toepassing. Wel is er een procedure gevolgd die voor de lezer controleerbaar is, zodat tot een empirische gefundeerd oordeel over het onderzoeksvoorwerp kan worden gekomen. Het vermelden van bronnen en de letterlijke citaten daaruit stellen de lezer in staat zelf na te gaan hoe de conclusies aan het gegeven materiaal zijn ontleend.

*Tabel 1.3 Gevalsstudies naar betekenisverlening*

		Gedachten over de kwaliteit van zorg			
		begripsontwikkeling	definities	Gegevens over de kwaliteit van zorg	
			ziekenhuissterfte	praktijkvariaties patiëntsatisfactie	
Wat					
	begripsinhoud in tijd	logische structuur begrippenkader	debat over publicatie ziekenhuissterfte cijfers	debat over paradox van gepaste zorg	debat over relatie patiëntsatisfactie en kwaliteit van zorg
Wie					
	grondleggers als Donabedian, Williamson, Berwick	IOM, NRV, diverse auteurs	HCFA	Wennberg	Donabedian, Williamson, diverse auteurs
Waar					
	VS	VS Nederland	VS VK	VS Nederland	VS Nederland
Wanneer					
	1970 - heden	1990 - heden	1987 - 1995	1980 - heden	1970 - heden
Hoe					
	oeuvre van grondleggers	publicaties en rapporten	publicatie in rapporten, tijdschriften, en kranten	wetenschappelijke publicaties	wetenschappelijke publicaties, gegevens CBS
Waarom					
	intuïtie expliciteren	begripsoperationalisering	verantwoording afleggen	rechtvaardige verdeling zorg	waardering van zorg
			informatie over doeltreffendheid	informatie over doelmatigheid	informatie over patiëntgerichtheid

De bruikbaarheid of relevantie van het onderzoek berust op de keuze van de gevalsstudies. Daarbij maken we een onderscheid tussen gedachten over kwaliteit en interpretatie van gegevens over kwaliteit als voorbeelden van, respectievelijk, begripsontwikkeling en interpretatie van begripsinhoud. Aan het oeuvre van Donabedian, Williamson en Berwick worden invloedrijke voorbeelden voor het denken over de kwaliteit van zorg ontleend. Het definiëren van het begrip kwaliteit is daarin een terugkerend thema. Het is te beschouwen als een vorm van betekenisverlening. Daarnaast bestuderen we de interpretatie van gegevens over gezondheidszorg in het kader van het kwaliteitsbeleid. Het hedendaagse kwaliteitsbeleid in Nederland beoogt doeltreffendheid, doelmatigheid en patiëntgerichtheid in de gezondheidszorg te bewerkstelligen (WVC, 1991). Deze doel-

stellingen vergen gegevens om inzicht in de realisatie ervan te verkrijgen. De analyse van gegevens over ziekenhuissterfte, praktijkvariaties en tevredenheid met gezondheidszorg is hiervan een voorbeeld. De ziekenhuissterfte wordt beschouwd als bron van informatie over doeltreffendheid van de zorg, praktijkvariaties verschaffen informatie over doelmatigheid en patiëntsatisfactie over de patiëntgerichtheid van de zorgverlening. Daardoor spelen deze gegevens een rol in een publiek debat over, respectievelijk, de verantwoording voor, alsmede de rechtvaardigheid en waarde van de geleverde zorg. Vanuit conceptueel oogpunt staan de gevalsstudies model voor de verschillende betekenisnuances van het begrip kwaliteit (zie hoofdstuk 2, tabel 2.1). De ziekenhuissterfte is een intrinsieke eigenschap van zorginstellingen. De variaties in zorgverlening informeren over de onderlinge verhouding tussen zorgverleners of zorginstellingen in termen van ‘meer of minder medische handelingen dan’. Het betreft relationele eigenschappen van gezondheidszorg als systeem of organisatie. De patiëntsatisfactie is een staat of toestand van personen. Deze komt tot uitdrukking in een mening of oordeel over de geleverde zorg (zie tabel 1.3). De verschillende gevalsstudies bevatten nu een variëteit aan invalshoeken. Een betekenisstheorie die berust op een inductieve generalisatie van de resultaten van deze gevalsstudies, kan derhalve bogen op geldigheid en op relevantie voor het debat over kwaliteit in de gezondheidszorg.

## 1.5 Een analytische invalshoek

Het adagium van Aristoteles om eerst te bezien wat ‘men’ onder een begrip verstaat alvorens tot een filosofische theorie te komen, is bij de opzet van dit onderzoek naar de betekenis van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg in acht genomen.<sup>23</sup> Slechts dan kan een filosofische theorie de contouren van het onderzochte begrip op basis van de aard ervan bevatten (*Ethica N.*, 1094<sup>b</sup>12). Het onderzoek is opgebouwd uit verschillende lagen. Publicaties, beleidsdocumenten en het oeuvre van een drietal invloedrijke auteurs zijn het materiaal voor de gevalsstudies.<sup>24</sup> De gevalsstudies bevatten een normatieve inhoud die vervolgens het onderwerp is van conceptuele analyse. Het resultaat van de conceptuele analyse is een theorie over de betekenis van het begrip kwaliteit (zie tabel 1.2). Door deze opzet lijkt het voorliggende onderzoek op een ethisch onderzoek.

De uitwerking van het onderzoek geschiedt langs verschillende lijnen. Het gebruik van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg is een voorbeeld, een casus, aan de hand waarvan betekenisverlening wordt bestudeerd (*hoofdstuk 1*). Het instrumentarium daartoe wordt ontleend aan filosofische theorieën over kwaliteit (*hoofdstuk 2*). Het werk van een drietal invloedrijke auteurs toont de *ontwikkeling* van het denken over kwaliteit in de

<sup>23</sup> ‘We may grasp the nature of prudence (phronesis) if we consider what sort of people we call prudent’ (*Ethica N.*, 1140<sup>a</sup>24).

<sup>24</sup> Selectie van publicaties vond plaats door een zoekslag op onderwerp (in-hospital mortality (*hoofdstuk 5*), practice variation (*hoofdstuk 6*), consumer satisfaction (*hoofdstuk 7*)), of op naam (Donabedian, Williamson, Berwick) in het *medische* literatuurbestand MEDLINE. Er is gezocht naar overzichtsartikelen (review articles). Vanuit deze overzichtsartikelen zijn veelvuldig geciteerde of verwezen artikelen over het desbetreffende onderwerp opgezocht en gerefereerd. Daarnaast werd gesteund op beleidsdocumenten van de (toenmalige) Nationale Raad van de Volksgezondheid (NRV) die een belangrijke rol heeft gespeeld bij de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid in Nederland.

gezondheidszorg (*hoofdstuk 3*). Een verzameling definities van het begrip kwaliteit uit de Amerikaanse en Nederlandse literatuur leert ons iets over de *structuur* van de begripsinhoud (*hoofdstuk 4*). De interpretatie van gegevens over ziekenhuissterfte (*hoofdstuk 5*), praktijkvariaties (*hoofdstuk 6*) en patiëntsatisfactie (*hoofdstuk 7*) in termen van kwaliteit verschaft inzicht in een methode van betekenisverlening. De conclusies van de gevalsstudies worden steeds gevat in een paragraaf over ‘*het gebruik van het begrip kwaliteit*’, de rode draad van het proefschrift. Het materiaal uit deze paragrafen wordt in deel vier gebruikt voor conceptuele analyse. Deze conceptuele analyse brengt de resultaten van de verschillende gevalsstudies samen in een model voor betekenisverlening (*hoofdstuk 8*). Vervolgens worden uit dit model voorwaarden afgeleid voor het begrijpen van kwaliteit in relatie tot het begrip zorg (*hoofdstuk 9*).

Het onderzoek beoogt door opbouw en uitwerking aan een aantal uitgangspunten van de analytische wijsbegeerte tegemoet te komen. De analytische filosofie houdt zich (expliciet) bezig met logische analyse van taal. De formele logica speelt daarbij een belangrijke rol, maar ook informele analyse van taal als in het latere werk van Wittgenstein (1958) of Ryle (1980) is een voorbeeld van analytisch filosoferen. Bij redeneringen worden de regels van de logica in acht genomen en verklaringen voor mentale of sociale verschijnselen berusten op inzichten in de logica (Wedberg, 1984: p313-336). Het analytische karakter van het onderhavige onderzoek wordt gevormd door:

(i) de taal, in de vorm van een debat over de kwaliteit van zorg, als het positief gegeven voor onderzoek (Nuchelmans, 1974: p61). Daarbij is zowel het verloop van het debat (accentverschuiving van zorginhoudelijke naar bedrijfskundige benadering) als de verschillende onderdelen ervan (definiëren, interpreteren van gegevens) voorwerp van onderzoek. Door de vraag ‘Wat is kwaliteit?’ te lezen als ‘Wat betekent het begrip kwaliteit eigenlijk?’ verkrijgen we een analytisch filosofische invalshoek op het voorwerp van onderzoek (Wedberg, 1984: p313).

(ii) een ontleding van het voorwerp van onderzoek in samenstellende delen (Nuchelmans, 1974: p56), namelijk begrippen (kwaliteitsinstituut, kwaliteitsfunctionaris, etc.) en zinnen (‘De kwaliteit van zorg is slecht’, ‘De kwaliteit van zorg moet worden verbeterd’, etc.) met het woord kwaliteit erin, alsmede redeneringen over kwaliteit (‘Als de doeltreffendheid van de zorg hoog is, is de kwaliteit van zorg goed’, etc.) als bouwstenen van het debat over de kwaliteit van zorg.

(iii) de veronderstelling dat: (a) de werking van taal berust op een onderliggende logisch-mathematische structuur, waaraan de gebruiker van een begrip zich niet kan onttrekken. Een betekenisstheorie weerspiegelt deze structuur (Wedberg, 1984: p318); (b) inzicht in de werking van de taal een oplossing biedt voor filosofische problemen die het gebruik van een begrip met zich meebrengt (Nuchelmans, 1974: p61). In *hoofdstuk 8* wordt bijvoorbeeld de kloof tussen een zorginhoudelijke en een bedrijfskundige benadering van kwaliteit overbrugd door beide te beschouwen als interpretatie van eenzelfde semantische regel.

(iv) het ophelderen van misverstanden door treffend geformuleerde voorbeelden die een juister gebruik van begrippen bevorderen (Nuchelmans, 1974: p190). Dit laatste kenmerk van analytisch filosoferen schept ruimte om de resultaten van de analyse te bundelen in een voorbeeld als passende afsluiting van een onderzoek naar de betekenis van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg (*zie paragraaf 9.4*).



## 2 Wijsgerige analyse van het begrip kwaliteit

### 2.1 Inleiding

In dit proefschrift wordt een filosofisch analysekader gebruikt om de betekenis van het begrip kwaliteit te onderzoeken. Een dergelijk analysekader wordt niet zo maar aangetroffen als het werk van een bepaald filosoof of als een doorlopend thema in het werk van verschillende filosofen. Het behoeft constructie. Het analysekader van dit onderzoek is gebaseerd op een aantal passages over kwaliteit bij de stamvaders der Westerse filosofie. De passages zijn geselecteerd op grond van inhoud - expliciete beschouwingen over kwaliteit - en op basis van een theorie over begripsontwikkeling. Voorondersteld is daarbij dat de hedendaagse gebruiker van een begrip uit de gangbare omgangstaal zich niet kan onttrekken aan de historisch gegroeide mogelijkheden van betekenisverlening. Het filosofisch analysekader is derhalve niet alleen onderzoeksinstrumentarium. Het bevat tevens de mogelijkheidsvoorwaarden voor het gebruik van een begrip (Peacocke, 1992). Het vormt daarom het begin van een serie opeenvolgende paragrafen met eenzelfde titel, de rode draad van dit onderzoek naar de betekenis van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg.

### 2.2 Een theorie over kwaliteit

‘Kwaliteit’ is een oud begrip. De hedendaagse vorm is afkomstig van het latijnse ‘quale’ (‘qualitas’), een vertaling van het Griekse woord ‘poiós’ (‘poiótes’).<sup>25</sup> Het woord ‘poiótes’ is een abstract zelfstandig naamwoord, afkomstig van een woord dat in vragende zin, maar ook als onbepaald bijwoord werd gebruikt (‘poiós’; ποιός).<sup>26</sup> Een eerste intuïtie aangaande het begrip kwaliteit treffen we aan bij de filosoof Plato. In Plato’s dialoog *Theaetetus* wordt de term ‘poiótes’ geïntroduceerd (letterlijk ‘van een dergelijke soort’). Op een gegeven moment zegt Socrates tegen Theodorus: ‘Misschien komt het woord kwaliteit je vreemd voor. Misschien begrijp je deze abstracte term niet. Ik zal daarom een voorbeeld geven. Welnu, datgene wat een waarneming veroorzaakt, is niet zelf de warmte of de kleur wit, maar het is wel warm of wit. We hebben alreeds eerder gesteld dat niets louter op zichzelf bestaat, als een eenheid, noch wat de waarneming veroorzaakt, noch wat waarneemt. Het waargenomene en de waarnemer komen tezamen, waardoor het waargenomene op een bepaalde wijze wordt gekwalificeerd en de waarnemer het op een bepaalde wijze waarneemt’ (*Theaetetus*, 182a).<sup>27</sup>

<sup>25</sup> Qualljis: 1. Interr.: hoedanig, wat voor (een)? 2.relat.: zodanig) als 3. Indefinit.: van een zekere hoedanigheid (poia); Qualitas: hoedanigheid (poiótes) (Leeman, 1970).

<sup>26</sup> ‘Wat’ is een hedendaags voorbeeld van een dergelijk woordgebruik. (i) Wat? (ii) Het is wat (= niet niets). Vergelijk ook de stap van ‘hoe?’ naar ‘hoedanigheid’ (‘hoe het is’).

<sup>27</sup> Uit de inleidende bewoordingen waarmee Plato het woord ‘poiótes’ (lett. ‘Het hoe’; van poiós (hoe!), ποιός) hier omkleedt, maken commentatoren op dat Plato, gebruik makende van de ruwe grondstof der taal, een begrip van betekenis voorziet. Een nog ouder tekstfragment waarin het begrip kwaliteit voorkomt, wordt aangetroffen bij Demokritos (6<sup>e</sup> eeuw voor Christus) als hij over de atomen schrijft: ‘het

Plato (428-348 v. Chr.) introduceert het woord kwaliteit in een discussie over de perceptie. De eenvormigheid van onze gedachten en begrippen binnen een diversiteit aan gewaarwordingen is het probleem. We spreken bijvoorbeeld over ‘een boom’, maar duiden met hetzelfde woord verschillende bomen (objecten) aan. Een boom veroorzaakt bovendien een veelheid en verscheidenheid aan gewaarwordingen in het subject (kleuren, geuren, vormen, etc.) en verandert van gestalte naar gelang de wisseling van seizoenen. Toch blijven we spreken over ‘de(zelfde) boom’. Plato postuleert daarom abstracte, onveranderlijke objecten van het denken, ideeën of vormen genaamd, die de eigenschappen van objecten, personen of gebeurtenissen in de werkelijkheid bepalen, en die het eigenlijke object van onze kennis zijn (Wedberg, 1982: p58-69). Om de realisatie van een vorm in de interactie tussen object en subject aan te geven gebruikt Plato de term ‘kwaliteit’. Een kwaliteit is de bepaalde hoedanigheid van een vorm.

De passage uit Plato's *Theaetetus* leert een aantal dingen over de betekenis van het begrip kwaliteit: (i) Kwaliteit is abstract. Er wordt gesproken over een abstracte term, een begrip dat niet wordt geassocieerd met een bepaald beeld. De betekenis ervan wordt overgedragen met behulp van voorbeelden; (ii) Het begrip kwaliteit wordt gebruikt om een bepaald aspect van de perceptie te verduidelijken. De perceptie is een interactie waarin het object zich op een bepaalde wijze (‘gekwalficeerd’) voordoet. Daarbuiten is het object niet in bezit van bedoelde eigenschappen. Deze eigenschappen worden geconstitueerd in de waarneming tegen de achtergrond van een immer veranderende werkelijkheid. Als verschijnsel is kwaliteit het resultaat van een interactie; (iii) De constitutie of constructie is het objectieve element van de waarneming. Het begrip kwaliteit draagt hieraan bij. Het is verantwoordelijk voor de hoedanigheid van waarnemer *en* waargenome;<sup>28</sup> (iv) De constructie wordt begrepen als de verhouding tussen zelfstandig naamwoord en een bijwoord, dat wil zeggen, naar analogie van het taalgebruik. De invalshoek is linguïstisch. Aan de hand van het oordeel wordt de structuur van de realiteit bestudeerd. Er is nog geen scherp onderscheid tussen taal en de wereld der objecten.<sup>29</sup>

Bij Aristoteles (384-322 v. Chr.) kristalliseert de betekenis van het begrip kwaliteit verder uit: ‘Met een kwaliteit bedoel ik hetgeen verantwoordelijk is voor de kwalificatie

---

niets is gevuld met een bewegende substantie, oneindig in aantal, ondeelbaar en uniform, en zonder kwaliteit (apoióus) en niet ontvankelijk voor enige inwerking van buitenaf’ (Plutarchus, 1986: 1110F-1111A). Het begrip kwaliteit is hier nog onbepaald.

<sup>28</sup> Het ‘hoe-zijn’ (Sosein) in tegenstelling tot het ‘er-zijn’ (Dasein). De Nederlandse woorden ‘hoe’ of ‘hoedanigheid’ dragen deze lading nog immer in zich. Een hoedanigheid geeft aan ‘hoe het object is’.

<sup>29</sup> De passage stelt ons ook in staat de vraagstelling scherper te formuleren. Is de intuïtie, zoals Plato deze hier verwoordt, correct? Is introductie van het begrip kwaliteit nodig? Is de bedoeling ervan zinvol? Na de mechanisering van het wereldbeeld in de zeventiende eeuw neemt het causale denken de zin van begrip kwaliteit mogelijk weg. Met name als het gaat om materiële objecten slaagt de moderne natuurwetenschap erin het gedrag gedurende de waarneming te verklaren vanuit intrinsieke eigenschappen en natuurkundige wetmatigheden. Het begrip kwaliteit is daarbij niet nodig (Atomen zijn zonder kwaliteit; zie ook voetnoten 27 en 35). Voor niet materiële objecten (zorgverlening) is een natuurkundige verklaring (van betekenis) tot op heden ten dage minder dominant. Het verklaart misschien thematisering van kwaliteit op het gebied van de gezondheidszorg.

van een ding op een bepaalde wijze' (Categorieën, 8<sup>b</sup>25).<sup>30</sup> De linguïstische invalshoek wordt daarbij niet verlaten. Aristoteles gebruikt het woord 'poiótes' als aanduiding voor een categorie van begrippen, die (letterlijk) voor kwalificatie van een voorwerp zorgt, bijvoorbeeld: een object is zoet, in contrast met zoetheid als zodanig.<sup>31</sup> Wanneer Aristoteles het woord 'poiótes' gebruikt als onbepaald bijwoord luidt de Nederlandse vertaling doorgaans 'gekwalificeerd' (van een kwalificatie voorzien). In de omschrijving van de categorie 'kwaliteit' lijkt bovendien een causaal verband besloten. Aristoteles beweert dat we *dankzij* een kwaliteit gekwalificeerd zijn. Een subject ontleent kwaliteit aan iets anders. Het is altijd een afgeleide van iets (een paroniem). 'Het is rood' wordt ontleend aan de kwaliteit 'roodheid'. Aristoteles lijkt daarbij te denken aan graderingen van roodheid, terwijl roodheid, als zodanig, een absoluut gegeven is (Ackrill, 1981: p108). Hierbij sluit Aristoteles aan bij Plato. De vorm 'roodheid' is verantwoordelijk voor het rood-zijn van een bepaald object. Over de status van deze vorm verschillen Plato en Aristoteles van mening. Volgens Plato bezitten de vormen een zelfstandig, reëel bestaan, onafhankelijk van het kennende subject of de eigenschappen van het object (Wedberg, 1982: p58-69). Volgens Aristoteles zijn de vormen immanent in objecten of subject aanwezig (Wedberg, 1982: p78-79). Interpretatie van kwaliteit in termen van eigenschap ligt dan ook voor de hand.<sup>32</sup> <sup>33</sup> Een eigenschap is een vorm, immanent aan het object. Aristoteles onderscheidt vier soorten eigenschappen:

<sup>30</sup> De Categorieën van Aristoteles bevat een der oudste beschouwingen over het begrip kwaliteit. Deze vindt plaats in een uiteenzetting die aan de logica en kenleer ('Organon') voorafgaat. De Categorieën vormt een soort filosofisch woordenboek. De toeschrijving van het werkje aan Aristoteles is in twijfel getrokken. Mogelijk is het een latere toevoeging aan diens Organon. Niet de authenticiteit, maar de intentie van het werkje is hier van belang. Er is behoefte aan een uitleg van de begrippen die in de andere delen van het Organon een belangrijke rol spelen. Een categorie wordt omschreven als een enkelvoudig begrip, waaraan geen waarheidswaarde kan worden toegekend (Categorieën, 1<sup>b</sup>25, 2<sup>a</sup>4). Een element uit een categorie (mens, wit, rennen) fungeert als onderdeel van een propositie ('De mens is een dier'). Een categorie is dus een klasse van begrippen, die in combinatie met andere categorieën een propositie (zin met een waarheidswaarde) oplevert. Een kwaliteit fungeert daarbij als een predikaat. De tien categorieën komen overigens in Aristoteles' latere werk, de Topica, wel voor, zodat over de aard van de Aristotelische categorieën geen twijfel hoeft te bestaan.

<sup>31</sup> Aristoteles geeft in de Categorieën aan dat het begrip kwaliteit op verschillende manieren wordt gebruikt. Deze leidt Aristoteles niet af. Hij geeft geen enkel principe. Het lijkt erop alsof het toenmalige gangbare taalgebruik wordt beschreven.

<sup>32</sup> In een oordeel van het type 'S is P', is de aard van het predikaat (P): *een substantie*, dat wil zeggen element van een soort, bijvoorbeeld een paard of een man, *een kwaliteit*, bijvoorbeeld wit of koud, *een kwantiteit*, bijvoorbeeld 90 cm of tien liter, *een relatie*, bijvoorbeeld houden van, of groter dan, *een tijd*, bijvoorbeeld lente, zomer, avond, middag, *een plaats*, bijvoorbeeld thuis, in Athene, *een (tijdelijke) positie of dispositie*, bijvoorbeeld zitten of genoeg, *een (permanente) toestand*, bijvoorbeeld kreupel of geleerd, *een handeling*, bijvoorbeeld snijden, *een passief ondergaan*, bijvoorbeeld gesneden worden. De laatste zes categorieën worden soms weggelaten. Deze zijn herleidbaar tot de tweede, derde en vierde categorie, die op hun beurt weer herleidbaar zijn tot de eerste categorie, de categorie van 'het zijn'.

<sup>33</sup> Aristoteles meent dat dingen een kwalificatie verkrijgen *dankzij* genoemde kwaliteiten (Categorieën, 10<sup>a</sup>27). Het is een conceptueel-causale relatie, een benoeming (benaming), een voorbeeld van conceptueel essentialisme. De kwaliteit van een object is gevat in de naam die het draagt ('morgenster', etc.). Het

(i) Kwaliteit als een staat (statisch, stabiel, langdurig, bijvoorbeeld: kennis, karakter of deugd) of toestand (gemakkelijk en snel veranderend, maar in essentie hetzelfde, bijvoorbeeld: de persoon p ziek of gezond, lopend of staand, etc.). Een staat is een toestand, maar een toestand is niet noodzakelijkerwijs een staat (Categorieën, 8<sup>b</sup>26). Een staat duurt lang en is bestendig. Bovendien is een staat consistent. Als x rechtvaardigheid is, kan een persoon rechtvaardig worden genoemd als hij geruime tijd een consistent (rechtvaardig) gedrag vertoont. Zo ook voor tevredenheid met zorgverlening. Als een persoon in een toestand of staat van tevredenheid verkeert, zal deze een bepaald zorggebruik en een bepaald zorggedrag vertonen. De linguïstische pendant van een staat of toestand is een beschrijvende bewering met een werkelijkheids- of waarheidspretentie ('an assertion': 'x is y'). Aan een dergelijke uitdrukking herkennen we de bijbehorende betekenisnuance in het debat over de kwaliteit van zorg. Een descriptieve definitie van de kwaliteit van zorg is er een voorbeeld van (*zie hoofdstuk 4*).

(ii) Kwaliteit als een natuurlijke (in)capaciteit iets gemakkelijk te doen of te ondergaan (Categorieën, 9<sup>a</sup>14). Dat wat het mogelijk maakt boxers, hardlopers, zieken of gezonden als zodanig te kunnen benoemen. In moderne termen is er sprake van een dispositie. Een dispositie is een eigenschap van het object die het alleen vertoont in interactie met de omgeving. Zo bokst een boxer niet voortdurend, maar alleen in de ring; of lost goud alleen op in koningswater. 'Oplosbaarheid' van goud is een dispositie, een 'neiging tot', ofwel een eigenschap die zich (noodzakelijkerwijs) alleen openbaart onder bepaalde omstandigheden en waaraan dan ook een bepaalde wetmatigheid ten grondslag ligt. De uitdrukking 'indien p, dan q' is de linguïstische pendant van deze eigenschap. Hieraan herkennen we deze betekenisnuance in de discussie over de kwaliteit van zorg, onder meer in het debat over de relatie tussen ziekenhuissterfte en het begrip kwaliteit (*zie hoofdstuk 5*).

(iii) Kwaliteit als eigenschap van gewaarwordingen (zoetheid, bitterheid, warmte, koude, etc.). Honing bezit zoetheid en wordt daarom zoet genoemd. Zoetheid veroorzaakt een bepaalde smaaksensatie, warmte een bepaalde tactiele gewaarwording, etc. Zoetheid is een capaciteit, echter nu niet van het object zelf, maar van gewaarwordingen (Categorieën, 9<sup>a</sup>28)<sup>34</sup>. In moderne terminologie is er sprake van relationele eigenschappen. Dergelijke eigenschappen bestaan uitsluitend en alleen in de interactie van het subject met het object. De linguïstische pendant is een bewering waarin een (formele) relatie tussen twee entiteiten wordt uitgedrukt ('x groter dan y', 'x mooier dan y', 'x beter dan y', maar ook 'x is rood', 'x is warm', etc.). Hieraan herkennen we deze betekenis-

---

onderscheid tussen kwaliteiten hangt samen met de aard van het object (materieel, mens, dier). Dingen worden benoemd naar hun kwaliteit (Categorieën, 10<sup>b</sup>27).

<sup>34</sup> Affectieve kwaliteiten lijken aanvankelijk gelijk te worden gesteld met sensibele kwaliteiten ('productive of an affection of the senses'). Later wordt deze klasse echter opgerekt. Affectieve kwaliteiten betreffen ook temperament en karakter. Aristoteles begint 9<sup>b</sup>28 met het benoemen van gevoelsmatige indrukken (affecties) als kwaliteiten, maar eindigt dezelfde passage met te zeggen dat het eigenlijk geen kwaliteiten zijn. Hij beweert dat personen niet op basis van affecties gekwalificeerd worden. 'Hij bloost' of 'hij is woedende' zijn geen goede antwoorden op de vraag 'qualis?' (hoe gekwalificeerd?, hoe is hij?, 'what is he like?'), maar het zijn antwoorden op de vraag hoe is hij aangedaan. De hoe-vraag is de kwalificatie van een object binnen een gegeven klasse. De wat-vraag is de plaatsing van een object binnen een gegeven classificatie.

nuaance in de literatuur over de kwaliteit van zorg. Relationele eigenschappen van zorgverleners, zorgverlening, of zorginstellingen zijn het voorwerp van discussie als het gaat om variaties in zorgverlening (zie hoofdstuk 6).

(iv) De (externe) vorm van dingen (recht, gebogen) (Categorieën, 10<sup>a</sup>11). Het zijn eigenschappen van een object die het bezit ongeacht de interactie met andere objecten of personen. De gedachten van het subject komen overeen met de reële eigenschappen van het object ('lengte' versus lengte, etc.). De linguïstische pendant is de wezensdefinitie van een object, een beschrijvende bewering die de essentie of kenmerkende eigenschappen uitdrukt zonder welke het object niet meer als zodanig herkenbaar is. Het streven naar een dergelijke definitie aangaande de kwaliteit van zorg is herkenbaar in het werk van Donabedian (zie hoofdstuk 3).

In de zeventiende eeuw heeft er een verandering in het denken over kwaliteit plaatsgevonden. De mechanisering van het wereldbeeld is hier in belangrijke mate debet aan. Er komt een empirische oriëntatie van de natuurwetenschappen tot stand, een verfijnder manier van waarnemen met een toenemend gebruik van instrumenten (telescoop en microscoop) en er worden experimenten verricht om nieuwe kennis te verwerven. Ook krijgt de sociale organisatie van de wetenschap gestalte in de oprichting van 'The Royal Society' in Engeland (1662) en de 'Académie des Sciences' (1664) in Frankrijk. De mechanisering betekent een herziening van Aristoteles' wereldbeeld (Dijksterhuis, 1985: 19-49). De corpusculair theorie speelt daarbij een belangrijke rol. De wereld is materieel van aard en bestaat uit atomen in beweging. Wetenschappelijk kennis wordt niet langer herleid tot de vormen, maar tot deze deeltjes en hun bewegingen. Deze beweging is niet zoals bij Aristoteles een eigenschap (kwaliteit) van het deeltje, maar het gevolg van krachten die erop inwerken. De wereld wordt nu begrepen als een mechanisme, een uurwerk (Russelman, 1984). Het problematiseert de betekenis van het begrip kwaliteit. In natuurwetenschappelijke kennis, gebaseerd op de corpusculair theorie, speelt het eigenlijk geen rol. De deeltjes zijn immers, conform Democritos, zonder kwaliteit ('*apoiou*').<sup>35</sup> Bij een verdere herleiding van onze wetenschappelijke kennis tot de natuurwetenschappen zal het begrip kwaliteit onvermijdelijk aan betekenis inboeten. Toch wordt het begrip nog niet naar het rijk der fabelen verwezen. In de zestiende en zeventiende eeuw worden pogingen ondernomen het een plaats te geven binnen het nieuwe wereldbeeld. De connotatie van kwaliteit als eigenschap krijgt gestalte in het onderscheid tussen primaire en secundaire kwaliteiten. Dit onderscheid wordt aangetroffen bij Galileo (1564-1642), Descartes (1596-1650) en Newton (1642-1727), maar toonaangevend geformuleerd door John Locke (Hirst, 1972).

John Locke (1632-1704) introduceert het begrip kwaliteit als volgt: 'Whatsoever the mind perceives in itself, or is the immediate object of perception, thought, or understanding, that I call idea; and the power to produce any idea in our mind I call quality of the subject wherein that power is' (Locke, 1980: p112). Locke illustreert deze opvatting met een voorbeeld: 'Thus a snowball having the power to produce in us the ideas of white, cold, and round, the power to produce those ideas in us, as they are in the snowball, I call qualities; and as they are sensations or perceptions in our understandings, I

<sup>35</sup> 'Sweet and bitter, warm and cold, and colour exist only by convention, and in truth there exist only the atoms and the void' (Fr.9 Diels & Kranz, 1996).

call them ideas; which ideas, if I speak of sometimes as in the things themselves, I would be understood to mean those qualities in the objects which produce them in us' (Locke, 1980: p112). Het object bezit kwaliteiten, die gedachten oproepen in het subject. Het begrip kwaliteit krijgt een causale connotatie. Het ervaren van rood (als begrip of sensibele indruk) wordt bijvoorbeeld veroorzaakt door een kwaliteit die niets meer is dan de capaciteit ('power') van een bepaalde oppervlakte structuur van het object om licht van een bepaalde golflengte te weerkaatsen en de andere golflengten te absorberen (Hirst, 1972).

Vervolgens maakt Locke onderscheid tussen primaire, secundaire en tertiaire kwaliteiten: 'The qualities, then, that are in bodies are of three sorts: First, The bulk, figure, number, situation and motion or rest of their solid parts. Those are in them, whether we perceive them or not; and when they are of that size we can discover them, we have by these an idea of the thing as it is in itself, as is plain in artificial things. These I call primary qualities. Second, The power that is in any body, by reason of its insensible primary qualities, to operate after a peculiar manner on any of our senses, and thereby produce in us the different ideas of several colours, sounds, smells, tastes, &c. These are usually called sensible qualities. Thirdly, The power that is in any body, by reason of the particular constitution of its primary qualities, to make such a change in the bulk, figure, texture, and motion of another body, as to make it operate on our senses differently from what it did before. Thus the sun has a power to make wax white, and fire to make lead fluid. These are actually called powers' (Locke, 1980: p117). Sommige gedachten die een kwaliteit oproept in het subject, stemmen overeen met de eigenschappen die het als zodanig bezit (primaire kwaliteiten), of deze nu worden waargenomen of niet. Daarnaast zijn er gedachten die uitsluitend en alleen worden gevormd in de interactie van subject en object (secundaire kwaliteiten), en die zijn te herleiden tot een capaciteit van het object berustende op niet zintuiglijk waarneembare eigenschappen. Het object heeft geen kleur, maar een bepaalde configuratie van kwaliteiten die bij de waarnemer de gewaarwording van een kleur veroorzaken. Bij een inwerking van het ene object op het andere spreekt Locke van tertiaire kwaliteiten en al spoedig, in navolging van Newton, over krachten. Het begrip kwaliteit krijgt zo binnen de mechanisering van het wereldbeeld een plaats in een model van de perceptie en wordt er verbonden met causaliteit. Het krijgt er vooral invulling in termen van een capaciteit. De gedachte dat kwaliteit een (bijzonder soort) eigenschap is van een object wordt daarmee nog niet verlaten.

De Duitse filosoof Kant (1724-1804) reageert op een andere manier op de mechanisering van het wereldbeeld. Hij onderschrijft een empiristisch gezichtspunt: 'niets in het verstand dat niet eerst in de zintuigen was', maar acht net als Leibniz nuancering nodig, door te stellen 'behalve het verstand zelf' (Störig, 1979, deel 2: p23). Het onderzoeken van de structuur van het verstand wordt vervolgens een belangrijk aspect van Kant's wijsgerig onderzoek (Kant, 1979). Het begrip categorie speelt daarbij een bijzondere rol. Kant geeft er geen scherpe definitie van: 'Der definition dieser Kategorien überhebe ich mich in dieser Abhandlung geflissentlich, ob ich gleich im Besitz derselben sein möchte' (Kant, 1966: p153). Een categorie heeft een bepaalde functie binnen ons begrippenapparaat. Zoals het oog nodig is om te kunnen zien, is een categorie nodig om een wille-

keurig gekozen begrip te kunnen begrijpen. Een categorie stelt ons in staat tot analyse en ordening van de ruwe grondstof van onze ervaring (Kant, 1966: p150).<sup>36</sup>

Kant tracht de aard en functie van categorieën rationeel te beredeneren. Bij deze transcendentale redenering gaat Kant ervan uit dat logische noodzakelijkheid het verstand en niet de ons omringende wereld, kenmerkt. In de wereld is er alleen maar contingentie, oftewel een niet noodzakelijke configuratie van gebeurtenissen. Steeds als we stuiten op algemeenheid of noodzakelijkheid, hebben we te maken met de structuur van het verstand. Zo is een gebeurtenis *altijd* en *noodzakelijkerwijs* in tijd en ruimte gelokaliseerd. Kant concludeert dan overeenkomstig de transcendentale redenering dat ‘tijd’ en ‘ruimte’ *geen* eigenschappen van de wereld zijn, maar behoren tot de structuur van het verstand van de waarnemer, oftewel categorieën zijn. Uit dit voorbeeld blijkt de aard en functie van een categorie. Een categorie is onderdeel van het conceptueel instrumentarium waarmee het kennend subject zintuiglijke indrukken ordent en begrijpt.

De transcendentale redenering gaat ook op voor het begrip kwaliteit. Een persoon moet noodzakelijkerwijs altijd aan zintuiglijke indrukken naast kwantitatieve ook kwalitatieve aspecten toekennen. Het begrip kwaliteit is in deze zin dan ook *geen* subjectief (willekeurig) begrip. Het gaat bijvoorbeeld niet alleen om één stoel (aantal, kwantiteit), maar ook om een gemakkelijke of mooie stoel. Kwaliteit is een (noodzakelijke) ordeningscategorie van deze kwalitatieve aspecten.<sup>37</sup> Er kan van een subjectgebonden begrip worden gesproken. Kwaliteit is een onderdeel van de structuur van ons begrippenapparaat. Bij Kant duidt de categorie kwaliteit op de begrippen realiteit (werkelijkheid), negatie (niet-werkelijkheid) en limitatie (beperking). Deze corresponderen met bevestigende (‘Deze roos is rood’), ontkennde (‘deze roos is niet-rood’) of oneindige (onbepaalde) oordelen (‘deze roos is niet-geurend, wat zij verder ook moge zijn’) (Störig, 1979, deel 2: p25). De visie van Kant opent de weg naar het begrijpen van kwaliteit als mentale ordeningscategorie. De werkelijkheid is een constructie van een actief ordenend verstand, op basis van zintuiglijke gegevens, volgens een onontkoombare wetmatigheid. Daarbij gebruikt het verstand categorieën, waarvan het begrip kwaliteit er een is. Het begrip kwaliteit functioneert enerzijds als ordeningsprincipe in een cognitief oordeel, dat naar *een bepaald soort* ervaringen verwijst (moeilijk kwantificeerbare intuïties), en anderzijds als een normatief principe. Er komt een waardeoordeel in tot uiting, waardoor bepaalde aspecten van het voorwerp van aandacht worden geordend. Het oordeel is gericht op de (ervaren) hoedanigheid van het voorwerp van aandacht.<sup>38</sup> In relatie (gezond-

<sup>36</sup> ‘Wir wollen diese Begriffe, nach dem Aristoteles, Kategorien nennen, indem unsre Absicht uranfänglich mit der seinigen zwar einerlei ist, ob sie sich gleich davon in der Ausführung gar sehr entfernt’ (Kant, 1966: p150). Een categorie is in hedendaagse termen misschien het beste als een conceptueel model te begrijpen, een netwerk van begrippen waarbinnen waarnemingsgegevens een plaats krijgen.

<sup>37</sup> (‘What it is like to be’). De filosoof Thomas Nagel maakt dit inzichtelijk aan de hand van een eenvoudig voorbeeld (Nagel, 1986). Stel een kleurenblinde neurofysioloog onderzoekt het visuele systeem. Deze zal in staat zijn alles wat nodig is om een kleur te zien te beschrijven (staafjes, kegeltjes, visueel systeem etc.). Eén ding zal echter blijven ontbreken en wel de beleving van het kleuren-zien. Deze specifieke beleving is de hoedanigheid van een object, zoals die door een persoon wordt ervaren. Onder normale omstandigheden is deze een onvermijdelijk aspect van de gewaarwording.

<sup>38</sup> De term kwaliteit verwijst niet naar een materiële entiteit. Kwaliteit is niet aanwijsbaar, *zoals* een

heids)zorg brengt het de vraag met zich mee naar de specifieke soort ordening die met de kwaliteit van zorg is verbonden.

Zo is er in de loop der geschiedenis van de Westerse filosofie een aantal invloedrijke invalshoeken op de aard en functie van het begrip kwaliteit ontwikkeld. Tot aan de achttiende eeuw wordt het vooral als intrinsieke of relationele *eigenschap* van een object beschouwd. Nuanceverschillen ontstaan door een verschillend wereldbeeld. Binnen het kwalitatief wereldbeeld van Aristoteles is zowel de connotatie van staat of toestand als die van capaciteit van toepassing. Binnen een mechanistisch wereldbeeld beperkt de connotatie zicht niet alleen tot die van capaciteit binnen een causale keten van gewaarwordingen, maar is de betekenis van het begrip kwaliteit intrinsiek problematisch - de atomen zijn *apoiou*s, zonder kwaliteit - en brokkelt deze af tegen de achtergrond van een zich ontwikkelende natuurwetenschap. In de achttiende eeuw ontstaat onder invloed van de opkomende filosofische psychologie het inzicht dat het begrip kwaliteit als categorie in het oordeel een ordening en waardering van een subject over de omringende werkelijkheid kan uitdrukken. Het is een subjectgebonden begrip geworden, dat wortelt in de mentale structuur van een persoon.

Deze filosofische betekenisnuances van het begrip kwaliteit stemmen goed overeen met de hedendaagse begripsinhoud. Een willekeurig gekozen woordenboek geeft de volgende definitie van het begrip kwaliteit: 'Kwaliteit, v. -en (Lat. Qualitas) (i) Gesteldheid, hoedanigheid, aard, (ii) eigenschap van een ding of van een persoon, (iii) titel die iemands stand of rang aanduidt, (iv) rang, functie, (v) goede hoedanigheid' (Koenen & Endepols, 1972). De door Aristoteles onderscheiden invullingen van het begrip zijn duidelijk herkenbaar. Het begrip kwaliteit wordt nog steeds gebruikt om een hoedanigheid aan te duiden. Hiermee wordt een staat of toestand bedoeld. De natuurlijke capaciteit krijgt een vertaling in 'functie' en de affecties en uiterlijke vorm worden onder de noemer 'eigenschappen' gevat. Opvallend is dat het begrip kwaliteit een normatieve inhoud heeft gekregen in de zin van 'rang' of 'goede hoedanigheid'. Deze stemt overeen met de gangbare betekenis van het begrip kwaliteit in de omgangstaal, bijvoorbeeld als wordt gesproken over een 'kwaliteitssigaar' (Thung, 1986a). Het drukt een ongereflecteerde vorm van bijval, aanbeveling of waardering uit. Het heeft er de betekenisnuance van klasse of mate van perfectie. De filosofische betekenisnuances zijn ogenschijnlijk nog altijd de begrenzing voor het hedendaagse gebruik van het begrip kwaliteit. Zij vormen dan ook een geschikt analysekader voor het debat over de kwaliteit van zorg. We zetten daarom het palet van betekenisnuances voorlopig ongewogen naast elkaar om een zo breed mogelijk analysekader te verkrijgen (*tabel 2.1*). In het verloop van dit onderzoek wordt geleidelijk aan een beredeneerde keuze gemaakt voor de betekenisnuance die het beste past bij het gebruik van begrip kwaliteit in relatie tot het begrip zorg.

---

stoel of een tafel dat wel is. Het aanwijzen van een stoel met goede kwaliteit vereist het aanwijzen van een stoel *en* het uitleggen of motiveren hiervan. '*De manier waarop*' kenmerkt dikwijls deze motivatie. Het wijst de weg naar een omschrijving van kwaliteit als *hoedanigheid*, het hoe-zijn ('so-sein') van de dingen.



Tabel 2.1 Betekenisnuances van het begrip kwaliteit

Betekenis	Aard van het begrip	Wijsgerige bron
intuïtie hoedanigheid van gewaarwordingen	subjectgebonden	Plato
eigenschap intrinsiek (staat, toestand, vorm) relationeel (capaciteit, dispositie, affectie)	objectgebonden	Aristoteles
capaciteit ("kracht") primaire secundaire tertiaire	objectgebonden	Locke
categorie van het oordeel	subjectgebonden	Kant
bijval, lofuiting, klasse, mate van perfectie (de 'kwaliteitssigaar')	subjectief	diversen (onder meer: Thung, 1986a; Munchow, 1986)

### 2.3 Reconstructie en begripsontwikkeling

In het voorwerp van onderzoek - het debat over de kwaliteit van zorg - komen niet alleen de (statische) betekenisnuances van het begrip kwaliteit tot uitdrukking. Het weerspiegelt ook een dynamisch proces waarin de begripsinhoud gestalte krijgt. Het is een vorm van begripsontwikkeling. De ontwikkeling van de inhoud van een begrip doorloopt een aantal fasen: intuïtie, aanschouwing, vorming van begripsinhoud, bewijs voor begripsinhoud.<sup>39</sup> Het eerste bevatten van de constructie (het snappen van de tekens, het woord) wordt wel de intuïtie genoemd. Als de spreker of schrijver het verschil tussen benoeming en gebruik - 'kwaliteit' is kwaliteit - begrijpt (*zie voetnoot 15*), kan deze de begripsinhoud verder ontwikkelen. Het begrip kan worden gebruikt. De intuïtie wordt dan ook gevolgd door een beschouwing ('Anschauung'), dat wil zeggen, een eerste verbinding van een woord met een of meerdere beelden, gedachten of gevoelens.<sup>40</sup> Plato's beschouwing van het begrip kwaliteit is hier een voorbeeld van (*zie paragraaf 2.2*). De

<sup>39</sup> Deze typering van begripsontwikkeling is ontleend aan het intuïtionisme van de Nederlandse wiskundige Brouwer (1932; 1981). Door de filosoof Wittgenstein heeft een variant van diens filosofische denkbeelden een grote invloed uitgeoefend op vele takken van wetenschap en filosofie in de twintigste eeuw. Na een onderbreking van zijn filosofische activiteiten om enige tijd om als leraar en hovenier te werken, zette Wittgenstein zijn carrière voort aan de universiteit van Cambridge. Brouwer is daarvoor een inspiratiebron geweest. Zijn voordracht over het artikel 'Willen, weten, spreken' voor de Wiener Kreis op 10 maart 1928 heeft Wittgenstein's terugkeer in de filosofie bewerkstelligd (Schulte, 1989: p119).

<sup>40</sup> Volgens Aristoteles is intuïtie (nous) het (be)vatten (apprehentie, niet zintuiglijke waarneming) van de axioma's (definities zonder logisch bewijs, of eerste principes van wetenschappelijk kennis). Ik wil dit toepassen op een begrip. Een juiste intuïtie is regel-volgen in de zin van Wittgenstein. De semantische regel is met het begrip gegeven en bepalend voor de toepassing ervan.

beschouwing is een mentale handeling, niet gericht op een materieel object; een gedachte-experiment waarbij het *bestaan* van de begripsinhoud vooralsnog buiten beschouwing blijft. Het begrip wordt daarbij verbonden met andere begrippen. Het wordt bijvoorbeeld geassocieerd met eigenschappen van het voorwerp van aandacht. Het krijgt een plaats in een netwerk van begrippen. In de Twintigste eeuw is de gedachte dat daarbij een regel wordt gevolgd tot bloei gekomen (Wittgenstein, 1958). Een begrip drukt een regel uit die de gebruikers (spreker, schrijver of toehoorder) ervan moeten volgen om *zinnvolle* communicatie tot stand te brengen. De spreker heeft een bedoeling met het gebruik van een begrip en bewerkstelligt een effect bij de luisteraar. Daarbij moeten interpretatieregels worden gevolgd om begripsinhoud over te dragen. Begrippen bezitten dan ook een zekere autonomie ten opzichte van de spreker en zijn in deze zin een objectieve drager van betekenis. Het regelgevend karakter van een begrip is leidraad voor de interpretatie ervan. Als de semantische regel leidt tot zinvolle toepassing van het begrip binnen een bepaalde context, beschikken we over een bewijs voor de begripsinhoud van het desbetreffende begrip. Pas dan is de constructie voltooid; het begrip is begrepen.

*Tabel 2.2 Ontwikkeling van de inhoud van het begrip kwaliteit*

Fasen van begripsontwikkeling	Voorbeeld in dit onderzoek	Semantische pendant
intuïtie beschouwing	Codman, Nightingale Joint Commission (werk van )Donabedian, Williamson, Berwick	'kwaliteit' = kwaliteit kwaliteit is perfectie kwaliteit is een eigenschap kwaliteit is een capaciteit kwaliteit is een capaciteit
vorming begripsinhoud interpretatie bewijs	definities en aspectbenaderingen gegevens over kwaliteit ( <i>deel III</i> ) criterium voor betekenis ( <i>deel IV</i> )	kwaliteit = p p = f (gerealiseerd/normen) als p dan ('kwaliteit' = kwaliteit)

Door de opzet is dit onderzoek naar de betekenis van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg te lezen als een reconstructie van een begripsontwikkeling (zie tabel 2.2). In *deel II* wordt de ontwikkeling van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg beschouwd. Vanuit een aantal voorbeelden van intuïtief gebruik van de term kwaliteit komt het tot pogingen het begrip inhoud te verlenen of een formele definitie van de kwaliteit van zorg te geven. Het begrip kwaliteit wordt daarbij geassocieerd met eigenschappen van (gezondheids)zorg als doeltreffendheid, doelmatigheid en patiëntgerichtheid op basis van een semantische regel die aan het gebruik van het begrip kwaliteit ten grondslag ligt. Daarmee zijn de eerste fasen van begripsontwikkeling (intuïtie, beschouwing, explicitering semantische regel) gereconstrueerd. In *deel III* bestuderen we de interpretatie van gegevens over gezondheidszorg in termen van kwaliteit. De vervulling van de semantische regel wordt onderzocht.<sup>41</sup> Vraag daarbij is of een toepassing van de regel tot zinvolle communicatie over de kwaliteit van zorg leidt. Als dit het geval is dan betekent het dat de inhoud van het begrip kwaliteit tegemoetkomt aan de intenties

<sup>41</sup> Methodologen spreken over begripsvaliditeit. Deze begripsvaliditeit is het raakvlak tussen empirisch en filosofisch onderzoek.

van de sprekers of toehoorders. Het besef van de semantische regel bevordert dan de zinvolheid van de onderlinge communicatie. Een bewuste toepassing van de regel is *het* wapen tegen begripsverwarring en zinledige gedachteswisselingen, ofwel tegen het ‘Molière-effect’, de aanleiding voor het huidige onderzoek.

## 2.4 Het gebruik van het begrip kwaliteit

De filosofische betekenisnuances van het begrip kwaliteit vormen niet alleen een analysekader voor dit onderzoek. Zij leren ons iets over de aard van het begrip. Een eerste intuïtie van het begrip kwaliteit wordt aangetroffen bij Plato. Hij gebruikt het begrip welbewust en verleent het betekenis, maar geeft geen scherpe definitie van het begrip kwaliteit. Het wordt geïntroduceerd door een voorbeeld (zie paragraaf 2.2). Vanuit linguïstisch oogpunt is er sprake van een primair begrip. Een primair begrip is een begrip dat niet verder analyseerbaar is.<sup>42</sup> Het is niet uiteen te rafelen in onderdelen die substituëerbaar zijn met behoud van betekenis (Moore, 1993: p60).<sup>43</sup> De betekenis wordt gekend zonder dat een expliciete definitie voorhanden is (Kapteyn, 1982). Het wordt daarom (noodzakelijkerwijs) uiteengezet door het geven van voorbeelden. Wittgenstein (1958: §50) geeft hiervan een voorbeeld (sic!): ‘There is one thing of which one can say neither that it is one metre long, nor that it is not one metre long, and that is the standard metre in Paris’. Net als de standaardmeter spelen primaire begrippen ‘slechts’ een rol in het taalspel (Wittgenstein, 1958: §50).<sup>44 45 46</sup> Het bestuderen van voorbeelden is de aange-

<sup>42</sup> Socrates tegen Theaetetus: ‘I have the impression that I too have heard a theory, that the primary elements (stoicheion, letters of units of sounds), as it were, of which human beings and everything else are composed, are not susceptible to rational account (a definition). Each of them, taken just by itself, can only be named, but nothing else can be said about it’ (Theaetetus, 201e). Dezelfde passage houdt Wittgenstein bezig in de *Philosophical Investigations* (1958: §46 e.v.). Uitwerking langs de gedachte-lijnen van deze filosoof is daarom het natuurlijk beloop van dit onderzoek (zie deel IV). Een primair begrip lijkt op een eigennaam (Peter, Bello, Kuifje). De functie is ‘benaming’. Het is als het plaatsnemen van een schaakstuk op het bord, voordat het schaakspel een aanvang neemt (Wittgenstein, 1958: §49).

<sup>43</sup> Het begrip mens is analyseerbaar door te wijzen op samenstellende delen als lichaam, geest, ziel, of handen, hoofd en voeten. Moore (1993) wijst erop dat er begrippen zijn zoals ‘goed’, ‘liefde’ of ‘schoonheid’ die zich aan de mogelijkheid van een verdere analyse onttrekken. Kwaliteit lijkt ook tot deze categorie van begrippen te behoren.

<sup>44</sup> Een theorie over primitieve begrippen is een uitdrukking van een bepaalde opvatting over taal en werkelijkheid. Zo stelt Russell: ‘Since all terms that are defined, are defined by means of other terms, it is clear that human knowledge must always be content to accept some terms as intelligible without definition in order to have a starting point for its definitions’ (Copi, 1986: p130). De visie van Russell is een uiting van een logisch atomisme in de stijl van de vroege Wittgenstein (Wedberg, 1984: p318 e.v.). Primitieve begrippen vormen de atomaire eenheden van ons conceptueel apparaat. Deze zijn conceptueel van aard, een gegeven in termen van Husserl, als resultante van een transcendentale reductie en aanschouwing van absolute evidentie. Het vormt de intuïtie van een begrip. Een alternatief voor een logisch atomisme is de netwerktheorie van begrippen. Wanneer een begrip wordt opgevat als knooppunt in een netwerk van andere begrippen, zal het definiëren van een begrip met behulp van andere begrippen nooit een eindpunt kennen in de vorm van termen die niet verder definieerbaar zijn. Steeds is er immers een connectie met een ander begrip mogelijk. In een netwerktheorie is geen plaats voor primitieve begrippen als fundament voor het conceptuele apparaat, maar misschien wel als knooppunt van begrippen.

wezen weg om deze te begrijpen.<sup>47</sup> Het motiveert de keuze van de gevalsstudie als onderzoeksmethode. Onderwerpen in de discussie over de kwaliteit van zorg fungeren in het onderhavige onderzoek als voorbeelden van betekenisverlening. Bovendien leeft ook in de gezondheidszorg het besef van kwaliteit als een primair begrip: 'De leden van de samenleving hebben besef van de inhoud van de begrippen [kwaliteit, zorg, en gezondheid] en hanteren ze in de dagelijkse omgang zonder ze duidelijk te omschrijven' (Boelen, 1985); 'Kwaliteit verwijst enerzijds naar een principieel onafleidbaar en niet specificerbaar gegeven, en eist anderzijds een voortdurende inspanning om kwaliteit te definiëren en praktisch te realiseren' (Thung, 1986a); en 'kwaliteit is een niet nader expliciteerbaar begrip, terwijl iedereen toch denkt te weten waar hij het over heeft' (Lemmens & Donker, 1990: p11). Een primair begrip is het vertrekpunt van begripsontwikkeling, niet alleen in het debat over de kwaliteit van zorg, maar ook in het voor ons liggende onderzoek. Het is een methodologisch aantrekkelijke invalshoek die ons in staat stelt het begrip kwaliteit zo onbevangen mogelijk te benaderen.

De kennis over een primair begrip moet niet worden gezocht is een formele definitie, - een primair begrip wordt begrepen zonder dat dit exact kan worden gedefinieerd - maar deze is gelegen in de *juiste* manier van toepassen van het desbetreffende begrip. Deze blijkt uit voorbeelden. Kennis van schoonheid doet men bijvoorbeeld op door het (regelmatig) zien van als mooi aangeduide schilderijen. Het gebruik stoelt op het leggen van de juiste relaties tussen het begrip en de situaties waarop het van toepassing is. Het *juiste* gebruik berust op een regel die het gebruik van een begrip in de interpersoonlijke communicatie normeert. Het woord is onderdeel van de sociale realiteit. Het vooronderstelt een interpretatieregels als voorwaarde voor zinvolle communicatie. De spreker volgt regels om een boodschap te zenden naar een luisteraar. De toehoorder interpreteert deze

---

<sup>45</sup> De idee van het primair begrip speelt een belangrijke rol in de analytische wijsbegeerte. Deze is daarin mijns inziens beïnvloed door de gedachten daarover in de Hellenistische wijsbegeerte (3<sup>e</sup> eeuw voor Christus). In navolgende voetnoten wordt daarom voor de geïnteresseerde lezer ingegaan op de achtergrond van dit ook voor een theorie over de aard en functie van het begrip kwaliteit belangrijke concept.

<sup>46</sup> In de Hellenistische wijsbegeerte (3<sup>e</sup> eeuw voor Christus) wordt er een debat over primaire begrippen (proton ennoëma) aangetroffen. Een primair begrip is een criterium voor waarheid in linguïstische sferen. Bijvoorbeeld. Het vaststellen van de waarheid van de bewering 'Dit papiertje is een bankbiljet' vereist niet alleen een helder beeld van het stukje papier in kwestie. Er is ook een juiste aanwending van de termen 'papier' en 'bankbiljet' in het geding. Het is op dit niveau ('papier' = papier), het correct vatten van de termen in de gewaarwording, dat het primair begrip een rol speelt (Long, 1971: 120). Kwaliteit een primair begrip noemen, wil dus zeggen dat de waarheid van 'papier' = papier wordt vastgesteld op basis van (een) kwaliteit.

<sup>47</sup> Bij Epicurus wordt een genetische verklaring voor primaire begrippen als criterium voor waarheid aangetroffen. In de ontwikkeling van taal onderscheidt hij twee stadia (Ep Her 76). In een eerste stadium is een woord direct gelieerd met een gebeurtenis, bijvoorbeeld het voelen van pijn met het uiten van een kreet. Er is een causaal verband tussen een woord en een bepaalde prikkel. In het tweede stadium wordt er onder invloed van sociale relaties woorden in de taal geïntroduceerd, die conventioneel van aard zijn (Glidden, 1983: 199-204). Hoewel de vorm van de woorden kan zijn veranderd of er vanuit communicatief oogpunt woorden kunnen zijn toegevoegd, wordt de basis van de taal gevormd door direct met gewaarwordingen corresponderende woorden. Dit zijn de primaire begrippen die in een later ontwikkelingsstadium van de taal als criterium voor correcte benoeming fungeren (Glidden, 1983: 185).

boodschap volgens bepaalde regels. Als deze overeenkomen met de regels die de spreker heeft gebruikt, vindt overdracht van informatie plaats. In de keuze van de soort regels (mathematisch, esthetisch, linguïstisch) is de spreker vrij, maar in het volgen daarvan niet. De regel bevat de objectieve betekenis van het begrip kwaliteit.

Een primair begrip bestaat 'slechts' in samenhang met personen. Het heeft een betekenis die weliswaar wordt gedragen door het subject, maar tegelijkertijd ook afhankelijk is van de opvattingen en overtuigingen van een specifieke sociale gemeenschap, alsmede de structuur of regels die het subject hanteert om betekenis over te dragen. Het primair begrip onttrekt zich daardoor aan een zekere willekeur. Het is dan ook geen subjectief, ofwel willekeurig begrip, zoals sommige neologismen in een bepaald stadium van hun ontwikkeling ('kwaliteitsdebat', 'kwaliteitsuitkering'). Het is eerder een subjectgebonden begrip te noemen. Het is een mentale entiteit. Daarbij is het geassocieerd met een voorwerp van aandacht (een gedachteninhoud). Er wordt gesproken over de schoonheid *van* een schilderij en over de kwaliteit *van* zorg. Bij het spreken over de kwaliteit *van* zorg is de aandacht gericht op een zorgverlener, een zorginstelling of een zorgaspect (doeltreffendheid, doelmatigheid, patiëntgerichtheid, toegankelijkheid, etc.). Bij 'schoonheid' of 'kwaliteit' als zodanig behoort geen concrete voorstelling. Het zijn abstracte begrippen.<sup>48</sup> Het subjectgebonden karakter van het begrip kwaliteit is verenigbaar met de betekenis van kwaliteit als capaciteit en met de betekenis van kwaliteit als categorie van het oordeel: 'Quality, the thing, is the capacity of an object with its properties to achieve a goal. The more completely the goal is achieved, the higher we will judge the quality. Quality is not the property (the metaphysical quality) or the object or the goal' (Steffen, 1988). Een oordeel *over* de kwaliteit van zorg betekent een klassering van het voorwerp van aandacht op een normatieve schaal op basis van de eigenschappen die het bezit. In deze betekenis bevat het begrip kwaliteit gradaties van het goede.

Tabel 2.3 De aard van het begrip kwaliteit

primair begrip subjectgebonden abstract geassocieerd met (aspecten van) het voorwerp van aandacht gradatie van het goede een semantische regel contextafhankelijk
---

Het vertrekpunt voor analyse van de betekenis van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg wordt nu gevormd door een aantal gedachten over de aard van het begrip kwaliteit (zie tabel 2.3). Kwaliteit is een primair begrip. De betekenis is gelegen in het gebruik ervan. Deze blijkt uit voorbeelden. Een primair begrip is een mentale (abstracte) entiteit. Het bezit een subjectgebonden karakter. De objectieve betekenis van het begrip kwaliteit komt tot uitdrukking in een gebruiksregel. De concrete invulling van deze regel zal per betrokkene

<sup>48</sup> 'Quality is an abstract concept, like honor or love. Like them, it is understood emotionally and irrationally; like them it is defined somewhat differently by each individual, although members of a given culture generally agree on some basic characteristics of a definition; like them, it becomes incorporated into each individual's set of personal values' (Munchow, 1986). Begripsontwikkeling is de gang van intuïtie naar het rationeel gebruik van een begrip, die het onderhavige onderzoek tracht te reconstrueren.

- beroepsbeoefenaren, zorgverzekeraars, overheid, patiënten en managers van instellingen - verschillen en is daarmee contextafhankelijk. De structuur van de regel als zodanig is dit niet. Daarom zoeken we in dit onderzoek naar een regel die ons in staat stelt vanuit een willekeurig gekozen perspectief het begrip kwaliteit te interpreteren, en proberen we deze een plaats te geven binnen een sociale realiteit, de gezondheidszorg.<sup>49</sup> Daarmee is aan de uitdaging van de Sofist uit Plato's 'Meno' tegemoet gekomen. We weten wat we zoeken. De eigenlijke vorm van het onderzoeksobject zal zich in de loop van het onderzoek ontwikkelen.

---

<sup>49</sup> 'Philosophy may in no way interfere with the actual use of language; it can in the end only describe it' (Wittgenstein, 1958: §124). De gezochte semantische regel is een beschrijving van taalgebruik!

## II Gedachten over de kwaliteit van zorg

*'kwaliteit is een van die dingen waarover men op verschillende manieren kan spreken.'*

*Aristoteles, Categorieën 8b25*

In de gezondheidszorg wordt op verschillende manieren over kwaliteit gesproken. Dit verschillend gebruik van het begrip kwaliteit is onderwerp van een tweetal gevalsstudies. Eerst wordt de *ontwikkeling* van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg onderzocht. Vervolgens wordt de (logische) *structuur* van de begripsinhoud bestudeerd. Het materiaal hiervoor wordt gevormd door de wijze waarop het begrip kwaliteit door een aantal invloedrijke auteurs in de loop der tijd is ingevuld (*hoofdstuk 3*), en door definities van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg (*hoofdstuk 4*). Het materiaal suggereert een semantische regel voor de interpretatie van het begrip kwaliteit. In *deel IV* gaan we na in hoeverre deze als criterium voor zinvol gebruik van het begrip kwaliteit kan gelden.





## 3 Grondleggers en hun ideeën

### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de ontwikkeling van de inhoud van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg onderzocht als een aspect van betekenisverlening (zie paragraaf 2.3). Daarbij hanteren we *geen* historische, maar een systematische invalshoek. Op basis van onderlinge verwantschap en invloed wordt er een aantal auteurs beschouwd: Donabedian, Williamson en Berwick. Het werk van deze personen is nauw gerelateerd aan verschillende invullingen van het begrip kwaliteit. In de gezondheidszorg wordt onderscheid gemaakt tussen kwaliteitsbeoordeling ('*quality assessment*'), kwaliteitsbewaking of -bevordering ('*quality assurance*') en kwaliteitsverbetering ('*quality improvement*') (Lohr, 1990; Luce et al., 1994). Het Institute of Medicine (IOM) definieert 'quality assessment' als 'detection and measurement' en stelt 'it does not result in corrective action, and does not propose solutions'; 'quality assurance' is gedefinieerd als 'a set of activities, maintaining quality at an acceptable level in order to engender the confidence of participants'; 'quality improvement' betekent 'to improve what is good according to QA [quality assurance] through continuous study and process improvement' (Lohr, 1990).<sup>50</sup> Het betekent een onderscheid in een meten ofwel objectief beschrijven van de kwaliteit, een waarborgend handelen en een verbeterend ingrijpen of optreden.

De kwaliteitsmeting en -beoordeling is door Donabedian van een referentiekader voorzien, het bewaken van de kwaliteit van zorg is het onderwerp van Williamson en kwaliteitsverbetering is met name door Berwick tot thema verheven. Het werk van deze personen toont verschillende betekenisnuances van het begrip kwaliteit wanneer dit wordt toegepast in de gezondheidszorg. Het betreft drie Amerikanen wiens werk het denken over de kwaliteit van zorg ook buiten de Verenigde Staten diepgaand heeft beïnvloed.<sup>51</sup> In Nederlandse literatuur wordt vaak naar hen verwezen (Casparie, 1975; Ree-

---

<sup>50</sup> Deze definities suggereren een hiërarchische orde. Kwaliteitsverbetering berust op het bewaken van de kwaliteit van zorg. Voor kwaliteitsbewaking is meting of detectie van de kwaliteit nodig. Deze hiërarchische orde weerspiegelt de ontwikkeling van het begrip kwaliteit: 'In the 1970s, peer review was supposed to improve the quality of care. In the 1980s it was quality assurance. Quality improvement is the chosen phrase of this decade. In the 1960s we talked about improving the quality of care primarily in terms of increasing the access to health care for specific populations. The solution was to subsidize health insurance for the poor and the elderly. In the 1990s we hear that market place competition will improve the quality and that public report cards are the answer' (Chassin, 1996).

<sup>51</sup> Ontwikkelingen in de Verenigde Staten oefenen een rechtstreekse invloed uit op de ontwikkelingen in Nederland. Opeenvolging in de tijd, persoonlijke contacten, een sterke gelijkenis van concepten, alsmede opzet en uitwerking van methoden zijn daarvoor een aanwijzing (Casparie, 1975; Reerink, 1983; Reerink 1985; Harvey, 1996; Van Herk, 1997). In 1962 wijzen Pannekoek en Burkens door publicaties in Medisch Contact op het verschijnsel Medical audit in de Verenigde Staten. Vervolgens is er door de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) gezocht naar een Nederlandse versie van deze toetsingsactiviteiten (Kuipers & Van der Zalm, 1975). De intercollegiale toetsing vloeit eruit voort (Simons & Van Mansvelt, 1976; Raat & Goudriaan, 1985). Er is niet alleen sprake van een blindelings navolgen, maar ook van een reactie op ongewenste aspecten die de ontwikkelingen in de Verenigde Staten met zich meebrengen, zoals bureaucratisering, juridisering, defensief medisch handelen, een

rink, 1985; Klazinga et al., 1988; Casparie, 1989; Van Wijmen & Carpay, 1992). Zij zijn een voorbeeld, aanleiding, of bron van rechtvaardiging om het begrip kwaliteit op een bepaalde wijze te gebruiken en kunnen dan ook met recht grondleggers van de kwaliteitskunde in de gezondheidszorg worden genoemd (Millenson, 1997).<sup>52</sup> <sup>53</sup> Ook deze grondleggers wijzen een voorbeeld aan in de vorm van het werk van de chirurg Codman (Lembcke, 1967; Brown, 1996; Millenson, 1997: p142-147).<sup>54</sup> <sup>55</sup> Daarom gaan we in dit hoofdstuk eerst in op het verhaal dat over deze pionier van de kwaliteitskunde in de gezondheidszorg wordt verteld. Het geeft inzicht in een oorspronkelijke intentie die aan de thematisering van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg ten grondslag ligt. Vervolgens bestuderen we het werk van Donabedian, Williamson en Berwick voor zover dit betrekking heeft op definiëring en operationalisering van het begrip kwaliteit. Reconstructie van de gedachtegang is het doel. De reconstructies leiden tot een beeld van de interpretatie van het begrip kwaliteit. Op basis hiervan trekken we een aantal conclusies over het gebruik van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg.

---

vooropgezette onnauwkeurige statusvoering, of onderlinge bescherming (Leenen, 1979; Anoniem, 1980; Klazinga et al., 1988; Casparie, 1991; Kistemaker, 1993; Van Kemenade, 1994). Het Nederlandse (landelijke) kwaliteitsbeleid, de ondersteuning ervan door het Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO) en de manier van wet- en regelgeving (kader in plaats van gedetailleerd voorschrift) zijn voorbeelden van maatregelen om deze bijwerkingen van de medical audit in Nederland te voorkomen (Williamson, 1994).

<sup>52</sup> Onder kwaliteitskunde verstaan we 'de planmatige en professionele bewaking of bevordering van de kwaliteit van zorg' (Harteloh & Casparie, 1998: p15).

<sup>53</sup> Millenson (1997, p xiii) noemt 'Berwick, Blumenthal, Brook, Chalmers, Chassin, Eddy, Ellwood, Sanazaro, Warner, Wennberg, en Williamson als de huidige 'leaders of this field'. Deze keuze lijkt ingegeven te zijn door de artikelenserie in het '*New England Journal of Medicine*' uit 1996. Het merendeel van de genoemde personen fungeert als auteur of wordt in de artikelen besproken. Opmerkelijk is het ontbreken van Donabedian in dit rijtje personen. Wel zwaait Millenson hem veel lof toe als hij schrijft 'In 1966 Avedis Donabedian, a Lebanese-born physician-researcher at the University of Michigan, had developed the first true conceptual model for evaluating everyday care (Millenson, 1997: p257). Dit model is zo goed als rechtstreeks vertaald in de 'Guidelines for Quality Assessment van de American Medical Association (AMA) (Council on Medical Service, 1986). De 'Guidelines for Quality Assurance' zijn meer heterogeen van karakter (Council on Medical Service, 1988).

<sup>54</sup> Niet zozeer de historische zuiverheid, ofwel, het *feit* dat Codman werkelijk de initiator van een historische ontwikkeling was, als wel het feit *dat* Codman wordt beschouwd als een voorbeeld voor de huidige praktijk van kwaliteitswaarborging is hier van belang. Misschien is het een projectie. Historisch onderzoek zal het ons leren. Het *verwijzen naar* Codman leert ons echter iets over de betekenis van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg. In de Britse literatuur wordt wel naar Florence Nightingale verwezen (Baker, 1988: p1).

<sup>55</sup> 'The first effective demand for the systematic review and scientific evaluation of medical care that is now termed medical audit originated soon after 1910' (Lembcke, 1967). De medical audit is een methode voor het waarborgen van de kwaliteit van het medisch handelen. Deze ontwikkelt zich naar aanleiding van het resultaat van Flexner's onderzoek naar de medische scholing van alreeds werkzame chirurgen. De opzet ervan is geïnspireerd door het werk van de chirurg Codman.

### 3.2 Voorbeelden van kwaliteit

Het werk van de chirurg Codman is een belangrijk voorbeeld voor de hedendaagse benadering van kwaliteit in de Amerikaanse gezondheidszorg. Codman werkte in het begin van de Twintigste eeuw in het ‘Massachusetts General Hospital’ (Baker, 1988: p1). Het chirurgisch handelen lag op dat moment onder vuur. Hoewel verbetering van de anesthesie, de anti-sepsis, de bloedtransfusie en nieuwe chirurgische technieken het vak met grote sprongen vooruit hadden geholpen (*zie bijvoorbeeld*: Dunning, 1989; Boot & Knapen, 1993), was de reputatie ervan bijzonder slecht. De werkzame chirurgen hadden weinig opleiding en een gebrek aan ervaring. Zij werden gemotiveerd door de grote groei en verdiensten van het vak, en presteerden over het algemeen niet goed hetgeen onder meer bleek uit gerapporteerde fouten en grote variaties in het medisch handelen (Lembcke, 1967).<sup>56</sup> Daarenboven waren de omstandigheden in de Amerikaanse ziekenhuizen slecht. Het ziekenhuis was nog nauwelijks meer dan een opvanghuis voor armen en zieken. De organisatiegraad was laag. Patiënten werden opgenomen zonder onderzoek; er werd zelden een medisch dossier bijgehouden zodat weinig informatie over de zorgverlening beschikbaar was; en de meeste ziekenhuizen ontbeerden een laboratorium voor pre-operatief onderzoek. Ook werden er nauwelijks pogingen ondernomen de resultaten van een ingreep te volgen (Roberts et al., 1987). Binnen de toenmalige Amerikaanse ziekenhuizen bestond bovendien een sterke hiërarchie. Er werd promotie gemaakt op basis van anciënniteit. Zo was de beroemde Harvard Medical School: ‘practically bound to make clinical appointments by seniority, in accordance with the custom prevailing in the hospital’ (Millenson, 1997: p141). Bij Codman leefde de wens te werken en te worden beloond naar resultaat. Om dit stukje Amerikaanse droom te verwezenlijken verliet Codman in 1912 het ‘Massachusetts General Hospital’ om in diens eigen kliniek een systematische evaluatie van (eind)resultaten van zorgverlening op te zetten. Hiervoor gebruikte hij gestandaardiseerde gevalsbeschrijvingen. Deze beschrijvingen bevatten de afloop van de ingreep, de toestand van een behandelde patiënt bij ontslag, alsmede de toestand een jaar na de ingreep. Het sluitstuk vormde een oordeel over de gang van zaken. Bijvoorbeeld:

‘[volnummer]301. feb 23, 1916. Vrouw - 44 [jaar oud].<sup>57</sup> Kleine tumoren in beide borsten [symptoom]. Pre-operatieve diagnose: kanker van de rechter borst en cysten in beide borsten [klinische intuïtie]. Operatie (EAC en ARB [namen van operators]), linker borst verwijderd [therapie] en direct onderzocht door Dr Wright [patholoog anatoom] die de verdenking op maligniteit uitsprak [diagnose], en aanbeval de oksellymfklieren te verwijderen [therapie]. Rechter borst werd ook verwijderd. Geen verdere complicaties [follow-up]. Uiteindelijk pathologisch rapport: een aantal plaatsen in de

<sup>56</sup> In de hoofdstukken vijf en zes volgen gevalsstudies naar, respectievelijk, ziekenhuissterftecijfers en praktijkvariaties. Daarbij worden de twee laatstgenoemde concepten als drijfveer voor het kwaliteitsgericht handelen meer in detail bestudeerd.

<sup>57</sup> Ter verduidelijking binnen de haken [ ] mijn commentaar. Het toont de structuur van het geneeskundig handelen in relatie tot het oordeel over de kwaliteit. Het geneeskundig handelen is een opeenvolging van diagnostiek, therapie, follow-up, en evaluatie (Wulff, 1980: p5-7). Er wordt een oordeel over de kwaliteit aan toegevoegd. De structuur van deze kwaliteitsbeoordeling is vooralsnog lineair: waarneming van het zorgproces leidt direct tot een oordeel over de kwaliteit ervan.

borsten vertoont epitheel proliferaties, maar geen aanwijzingen voor een carcinoom. Resultaat: aug 9, 1916 - onderzocht door dokter B - littekens geen bijzonderheden, soms enige irritatie [follow-up]. Verder maakt patiënte het goed [evaluatie]. Fout door gebrek aan diagnostische vaardigheden' [oordeel] (Lembcke, 1967).

Codman trachtte het effect van het (eigen) chirurgisch handelen te evalueren. Een nauwkeurige beschrijving van de gang van zaken, een belangstelling voor het gevolg op langere termijn, een evaluatie door het handelen te toetsen aan een (gouden) standaard, voorbeeld of ideaal (de pathologisch-anatomische diagnose versus het klinische vermoeden, het lange termijn resultaat versus de aanvankelijke verwachtingen), en een uiteindelijk oordeel in termen van goed of slecht zijn onderdeel van Codman's relatief nieuwe benadering. Deze werd bovendien gekenmerkt door een opmerkelijke openheid. Tussen 1912 en 1916 publiceerde hij samenvattingen van ziektegeschiedenissen en analyseerde hij ongunstige uitkomsten van medisch ingrijpen. Codman stelde bovendien dat deze analyses, uitgevoerd door hemzelf, 'cannot carry the weight they would if the Trustees of an Endowed Hospital had had them audited, as they do financial account...they...rely on what the staff is said to be able to do, not on what it actually does do, to the patients' (Lembcke, 1967). Codman is zich ervan bewust dat een toetsing van het medische handelen een passend sociaal kader vereist. Dit was nog verre van optimaal om diens ideeën over het kwaliteitsgericht handelen gestalte te geven. In 1917 nam Codman dienst in het Amerikaanse leger om na beëindiging van de eerste wereldoorlog weer in het Massachusetts General Hospital terug te keren (Lembcke, 1967). Daarmee kwam een eind aan het experiment dat als een voorbeeld van welgeslaagde aandacht voor de kwaliteit van zorg wordt beschouwd. De gedachtegang zal het denken over de kwaliteit van zorg in de Verenigde Staten echter nog langdurig domineren.

Naast het persoonlijke initiatief van Codman had de reactie op de staat van de chirurgische zorg ook een meer formele vorm. In 1919 kreeg het 'College of Surgeons' de taak na te gaan of een ziekenhuis geschikt was om chirurgische zorg te verlenen. Er worden standaarden ontwikkeld om het chirurgisch handelen en de daartoe benodigde materiële voorwaarden te beoordelen. Deze weerspiegelen Codman's ideeën over de kwaliteitsbeoordeling van het medisch handelen. In 1951 ging dit college samen met de 'American College of Physicians', de 'American Hospital Association', de 'American Medical Association' en de 'Canadian Medical Association' op in de 'Joint Commission on Accreditation of Hospitals'. Het draagvlak en de reikwijdte worden hierdoor aanmerkelijk vergoot. Accreditatie van (gehele) ziekenhuizen is nu het aandachtsgebied van deze commissie. Er wordt vastgesteld of een ziekenhuis aan geldende eisen voor het verlenen van medische zorg in de breedste zin des woords voldoet. In de standaarden van de 'Joint Commission' krijgt het begrip kwaliteit vooral de betekenis van: 'a staff of thoroughly trained physicians, supplied with adequate facilities, working within the limits of their professional competence, following generally accepted procedures, being advised by their colleagues in serious or doubtful cases, and undergoing professional scrutiny of their performance through regular review of the medical records of their cases' (Lembcke, 1967). Het voorbeeld door Codman gegeven, is duidelijk herkenbaar. Het krijgt een formele uitwerking in de standaarden van de 'Joint Commission'. Deze vereisen een competentie van de artsen, adequate klinische en pathologische laboratorium faciliteiten (om correcte diagnostiek te garanderen), schriftelijk vastleggen van be-

vindingen, uitvoering van een periodieke evaluatie (audit) van medisch en chirurgisch handelen (maandelijks!) en het verbieden van ondervredelen van tarieven op welke wijze dan ook (Lembcke, 1967). Daarmee krijgt een (eerste) moraal van het kwaliteitsbeleid gestalte. Evaluatie is daarin normatief voor goed medisch handelen.

De gehanteerde standaarden geven een idee van beroepsbeoefenaren weer over benodigheden om een goede kwaliteit van patiëntenzorg te kunnen leveren. Het zijn voorbeelden voor goede zorgverlening, gebaseerd op de moraal van de beroepsgroep. De accreditatie voorziet in een evaluatie en wordt een gunstig effect op de kwaliteit van het medische handelen toegedacht door combinatie van educatie en (gestructureerd) onderling overleg. De accreditatie van een ziekenhuis geschiedt aanvankelijk op vrijwillige basis. Ziekenhuizen kunnen zich op deze manier onderscheiden ten opzichte van elkaar. Meer en meer worden de standaarden van de 'Joint commission' echter geformaliseerd door nationale overheden en krijgen deze een verplicht karakter. Doordat naast de accreditatie door de 'Joint Commission' ook nog eens een evaluatie door de federale en de lokale overheid vereist was om voor financiering (met name door Medicare en Medicaid)<sup>58</sup> in aanmerking te komen, nam de bureaucratie in de Amerikaanse gezondheidszorg toe (zie: Bodenheimer, 1999). Bovendien werd in de jaren zestig een punt bereikt waarop bijna alle ziekenhuizen in de Verenigde Staten aan de minimum standaard van de 'Joint Commission' voldeden.<sup>59</sup> In 1966 neemt de 'Joint Commission' daarom het besluit haar standaarden te herzien. Deze zouden voortaan optimale zorgverlening en niet meer uitsluitend en alleen een minimaal vereiste competentie weer gaan geven (Roberts et al., 1987). De gehanteerde standaarden zijn gebaseerd op consensus en geschikt om periodiek bijna alle aspecten van zorgorganisaties te evalueren. Ongeveer 1 à 2% van de geëvalueerde zorginstellingen komt daarbij niet aan de (nieuwe) standaarden tegemoet (Sisk et al., 1990).<sup>60</sup>

<sup>58</sup> Medicare: sedert 1965 een overheidsverzekering tegen ziektekosten voor personen van 65 jaar of ouder, die langer dan twee jaar hebben gewerkt, arbeidsongeschikten en chronische nierpatiënten. Uitvoering ervan vindt plaats door de Health Care Financing Administration (HCFA), ressorterende onder het Ministerie van Gezondheid. Momenteel beslaat deze verzekering in de Verenigde Staten 34 miljoen personen van 65 jaar of ouder, 5 miljoen personen met een beperking of handicap en 284.000 personen met een chronische nierziekte, bijna een zesde gedeelte van de Amerikaanse bevolking (Iglehart, 1999). Medicaid is een sociale ziektekostenverzekering voor minder vermogenden (Aretz et al., 1989: p165).

<sup>59</sup> De eerste accreditatieronde vond plaats in 1919 en onderstreepte nog eens de deplorabele staat van de Amerikaanse ziekenhuizen. Van de 692 onderzochte ziekenhuizen (met meer dan 100 bedden) kwamen er slechts 89 (13%) aan de standaarden tegemoet. Het aantal ziekenhuizen dat aan deze standaarden voldeed, steeg van 89 in 1919 naar 3.290 in 1950 (bijna 50% van het toenmalige aantal Amerikaanse ziekenhuizen) (Roberts et al., 1987).

<sup>60</sup> De geschiedenis lijkt zich te herhalen. Momenteel bestaat in Nederland grote belangstelling voor kwaliteitssystemen in zorginstellingen (Harteloh & Casparie, 1998: p123-141). Bij een inventariserend onderzoek blijkt anno 1995 echter slechts 1-4% van de zorginstellingen over een goed functionerend kwaliteitssysteem te beschikken (Wagner et al., 1995). Met de Kwaliteitswet zorginstellingen verkregen deze in 1996 een wettelijke basis. Het kwaliteitssysteem is daarmee tot een verplichting geworden en zal als onderscheidend kenmerk zijn functie verliezen.

Door deze nieuwe beleidslijn ontstaat een ‘standaard voor uitmuntendheid’ en ligt associatie met het begrip kwaliteit voor de hand. Er is een duidelijk verband met de populaire betekenis van het begrip in de zin van bijval of lofuiting (zie paragraaf 2.2). Het streven naar perfectie krijgt een plaats in het denken over kwaliteit. Het louter en alleen voldoen aan de gangbare vereisten betekent ‘goede zorg leveren’. Zorg van goede kwaliteit vereist meer. Het streven naar perfectie vereist een ander soort standaard, een (ideaaltypisch) voorbeeld dat navolging verdient, een beschrijving van ‘voorbeeldige zorgverlening’. Kwaliteit is het nieuwe label voor de activiteiten van de ‘Joint Commission’. Het wordt aangevuld met een wens de nieuwe standaarden beter te funderen (Lembcke, 1967). Het werk van Donabedian en Williamson vloeit hieruit voort.

### 3.3 Kennis en handelen

In de loop van de jaren zestig en zeventig komen er vanuit gezondheidszorgonderzoek steeds meer wetenschappelijke gegevens over zorgverlening en zorgverleners ter beschikking. Avedis Donabedian gebruikt deze om inzicht te verkrijgen in de kwaliteit van zorg.<sup>61</sup> Hij speelt daarmee in op de behoefte aan wetenschappelijke onderbouwing van de medical audit zoals die zich in de jaren vijftig doet voelen (Lembcke, 1956). Er is een conceptueel raamwerk nodig waarmee het gehalte aan kwaliteit van zorg kan worden vastgesteld (‘quality assessment’) en in de tijd kan worden gevolgd (‘monitoring’). Donabedian zet zich aan het ontwerp daarvan. Hij heeft inmiddels een omvangrijk oeuvre geproduceerd, bestaande uit verscheidene boeken en een veelheid aan artikelen over uiteenlopende onderwerpen zoals: de benadering van de kwaliteit van zorg vanuit volksgezondheidsperspectief (Donabedian, 1993a), de relatie tussen kosten en kwaliteit (Donabedian et al., 1982), de relatie tussen kwaliteitsbewaking en technology assessment (Donabedian, 1988c) en het effect van kwaliteitszorg (Donabedian, 1996). Centraal staat een driedelig boekwerk *Explorations in Quality Assessment and Monitoring*. In 1980 verschijnt het eerste deel. Het bevat een definitie van kwaliteit, (potentiële) gegevens over de kwaliteit van zorg en een model van gezondheidszorg en zorgverlening. Deze opzet weerspiegelt de structuur van het oordeel over kwaliteit. In deel twee gaat Donabedian uitgebreid in op de rol die standaarden, criteria en normen bij het beoordelen van de kwaliteit spelen (Donabedian, 1982). Hij probeert tot criteria voor criteria te komen. In deel drie brengt hij een groot aantal wetenschappelijke onderzoeken binnen een raamwerk voor kwaliteitsbeoordeling samen (Donabedian, 1985a). Daaruit blijken de vereisten voor kwaliteitsbeoordeling. Het behoeft: (i) een definitie van kwaliteit, (ii) gegevens over zorgverlening en (iii) een normatief kader voor beoordeling. De gedachte is via meting van de zorg (gegevens) tot een oordeel over de kwaliteit te komen:

---

<sup>61</sup> Donabedian is geboren in het Libanese Beirut, alwaar hij geneeskunde studeerde aan de Amerikaanse universiteit. Hij behaalde er het artsexamen en volgde er een managementopleiding. Na het behalen van een graad in de algemene gezondheidszorg (MPH) aan de Harvard School of Public Health te Boston, werkte hij enige jaren als onderzoeker met name aan de verzameling en presentatie van statistische gegevens over de gezondheidszorg, van het soort dat in Nederland vandaag de dag bijvoorbeeld door het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) wordt verzameld. Hij was hoogleraar aan de universiteit van Michigan (Ann Arbor) en is thans met emeritaat (Brown, 1996). Donabedian’s achtergrond als epidemiologisch georiënteerde gezondheidswetenschapper komt in diens benadering steeds duidelijk naar voren.

'attributes of care itself are used, alternatively or simultaneously, both to define and to judge quality' (Donabedian, 1980). Deze denkwijze is te karakteriseren als een zorginhoudelijke benadering (Harteloh & Casparie, 1991: p13). Vanuit een visie op zorg wordt er een visie op de kwaliteit van zorg ontwikkeld. Invulling van het begrip kwaliteit is daarbij afhankelijk van de invulling van het begrip zorg.

### 3.3.1 Een visie op zorg

In de formulering 'kwaliteit van zorg' kan het begrip zorg op tweeërlei wijze worden opgevat: (i) als intermenselijke activiteit waarbij de één zich bekommert over het lot van de ander, zoals dat gestalte heeft gekregen in geneeskundig, verpleegkundig of verzorgend handelen; (ii) als een verwijzing naar gezondheidszorg, een organisatie of systeem, waarbinnen zorgverlening plaatsvindt. Beide mogelijkheden vat Donabedian in een (zeer invloedrijk) model om de kwaliteit van zorg te beoordelen.<sup>62</sup> Daarbij worden structuur, (zorg)proces en uitkomsten of resultaten van (gezondheids)zorg onderscheiden (Donabedian, 1980: p79-85).<sup>63</sup>

De term *structuur* duidt op de voorwaardenscheppende factoren van gezondheidszorg. Voorbeeld van structuurkenmerken zijn: het aantal of de verschillende soort instellingen waarin de zorgverlening plaatsvindt, beschikbare financiële middelen, en menskracht (aantal huisartsen, specialisten, verpleegkundigen, etc.). In structuurkenmerken van gezondheidszorg liggen de mogelijkheden en voorwaarden voor een goede kwaliteit van de zorgverlening besloten (Donabedian, 1980: p81). De structuur van gezondheidszorg beïnvloedt de kans op een goed functionerend zorgproces.

Het zorgproces is volgens Donabedian object van beoordeling als het gaat om de kwaliteit van zorg: 'The primary object of study is a set of activities that go on within and between practitioners and patients. This set of activities I have called the process of care' (Donabedian, 1980: p79). Daarom is een goed beeld van het zorgproces van belang. Het zorgproces betreft de interactie tussen zorgverleners en patiënten, een opeenvolging van handelingen of gebeurtenissen in de tijd. Het wordt gerepresenteerd door gegevens over zorghandelingen, zoals wachttijd voor een ingreep, aantal verrichte diagnostische testen, aantal operatieve ingrepen, verpleegduur.<sup>64</sup> Als proces is de zorg een dynamisch verschijnsel (zorgverlening). Een valide beeld zou continue observatie vereisen, hetgeen doorgaans op een praktische onmogelijkheid stuit (ethische bezwaren en als

<sup>62</sup> Het is herkenbaar in het kader van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV, 1990a; 1990b) en in verschillende aspectbenaderingen (zie hoofdstuk 4).

<sup>63</sup> Donabedian ontleent dit model aan Makover. Herformulering levert een onderscheid in structuur (beleid, organisatie, beheer en financiering) en proces (geleverde zorg) op. Makover verrichtte veel onderzoek naar het beoordelen van het medisch dossier (Morehead, 1967). Daarbij beschouwde hij de geleverde zorg als een eindproduct van een zorginstelling. Donabedian voegt hieraan resultaten in termen van veranderingen van de gezondheidstoestand toe (Donabedian, 1980: p84).

<sup>64</sup> Overigens heeft Williamson (1988) erop gewezen dat deze zorgaspecten ook als uitkomsten of resultaten kunnen worden beschouwd, namelijk van een diagnostisch of therapeutisch proces! Het onderscheid tussen proces en uitkomst is derhalve inherent problematisch. Het wijst op een statische visie van de realiteit.

methode te arbeidsintensief). Het onderzoek van het zorgproces aan de hand van de medische status ('chart review') wordt daarom als (indirecte) procesmeting beschouwd, waarmee Donabedian de op dat moment gangbare medical audit van een theoretische basis voorziet.

Naast de strikt fenomenologische opvatting van zorg als een proces, is er een meer symbolische duiding in het geding om deze serie handelingen ook daadwerkelijk als zorgverlening te kunnen benoemen. Donabedian (1980: p4) beschouwt het medisch handelen als een techniek, toegepast in de context van een intermenselijke relatie: 'the distinction [in medicine] between science and art can be accepted only as an imperfect representation of the distinction between technical and interpersonal care'. In deze opvatting schemert een vooral in de jaren zeventig opgeld doende visie door, waarin medische zorg als een toegepaste wetenschap, een technologie, wordt beschouwd (Pellegrino & Thomasma, 1981). De groei van medische kennis heeft sedert de Tweede Wereldoorlog een hoge vlucht genomen. Dierexperimenteel onderzoek en de klinische trial verschaffen deze medische kennis een wetenschappelijke basis. De medische kennis is daardoor, net zoals natuurwetenschappelijke kennis, objectief, onpersoonlijk en algemeen van aard. De medische praktijk vereist toepassing van deze wetenschappelijke kennis op individuen in concrete situaties. De zorgverlener is degene die zich hierin bekwaamt. Hij is vergelijkbaar met de ingenieur die natuurwetenschappelijk kennis toepast ten behoeve van technische constructies. De zorgverlener verschilt van de ingenieur door het toepassen van medische kennis in een intermenselijke relatie, waarbij de ene persoon zorg verleent aan de andere (Wulff et al., 1986: p40-41). Het verschil in context vereist een uitbreiding van het (louter) technische model met relationele aspecten, zoals vertroosting, prompt reageren, privacy, beleefdheid en acceptatie (Donabedian, 1980: p5), en de daarbij behorende normen. Relationele aspecten vereisen een goede communicatie, verantwoordelijkheid en informatie (Donabedian, 1980: p23-24).

Onder een *uitkomst* van (gezondheids)zorg wordt de uiteindelijk tot stand gekomen verandering in een toestand van een patiënt of populatie verstaan, die aan een (geneeskundige) interventie kan worden toegeschreven (Donabedian, 1980: p82-86). Veel gebruikte uitkomsten van medische zorg zijn: sterfte (in populatie of in ziekenhuizen); de waarde van bepaalde (klinische) parameters bij het verlaten van het ziekenhuis (resterende symptomen of laboratoriumwaarden van de behandelde patiënt); (resterende) beperkingen en handicaps (lichamelijk, geestelijk of sociaal); het algeheel welbevinden, geoperationaliseerd als beleving van gezondheid of de kwaliteit van het leven; en tevredenheid met de verleende zorg. Het gaat nadrukkelijk om een waargenomen *verandering* van één van de genoemde uitkomstparameters. Een vergelijking tussen twee verschillende toestanden in relatie tot een zorghandeling is het empirisch gegeven voor beoordeling van de kwaliteit van zorg.

In deze gedachtegang is zowel het woord 'uiteindelijk' als het woord 'toegeschreven' een bron van problemen. Het woord 'uiteindelijk' suggereert een causale keten die ergens eindigt. Waar trekt men echter de grens als het gaat om gevolgen van een medische interventie? Bij het verlaten van het ziekenhuis? Bij het overlijden van een patiënt? Of bij de maatschappelijke gevolgen van een bepaalde ziekte? Het trekken van een grens is essentieel om de invloedssferen van het medisch handelen vast te stellen en een geschikte uitkomstmaat te kiezen. Deze grens wordt zeer ruim getrokken als Donabedi-



an (1980: p80) spreekt over 'consequences to the health and welfare of individuals and society'. Gezondheidszorg heeft een invloed op welzijn. Daar is het uiteindelijke oordeel over de kwaliteit van zorg op gebaseerd.<sup>65</sup>

Voor een toeschrijving van uitkomsten (waargenomen veranderingen in gezondheidstoestand) aan een geneeskundige interventie is methodologisch goed uitgevoerd onderzoek nodig in de vorm van een gerandomiseerde klinische trial (Caper, 1974), hetgeen niet altijd beschikbaar (Cochrane, 1971; 1979), of op ethische dan wel praktische gronden uitvoerbaar is (McPherson, 1994). Dit bemoeilijkt het leggen van relaties tussen structuur, proces en uitkomst van zorg. Het is dan moeilijk te beslissen of de kwaliteit van de verleende zorg aan de hand van proces of uitkomst moet worden beoordeeld. Sinds de jaren zeventig wordt hierover een discussie gevoerd (Brook, 1979; Donabedian, 1980: p100; Casparie, 1989). Daarbij speelt niet alleen empirische onderzoek een rol, maar is er ook een zekere logica in het geding. Brook (et al., 1996a) geeft een argument.

Neem bijvoorbeeld een groep personen met longkanker. Als er geen enkele vorm van zorg aan deze personen wordt gegeven, overlijden de meeste (85%-90%) binnen vijf jaar na het stellen van de diagnose (Festen, 1998). Dit is echter ook het geval als er alle mogelijk vormen van geneeskundige zorg worden verleend, van operatief ingrijpen tot radiotherapie. Een beoordeling van het zorgproces naar de thans gangbare normen voor medisch handelen zal wijzen op (zeer) slechte kwaliteit in het eerste en (mogelijk) op een goede kwaliteit van zorg in het tweede geval. Het verschil zal echter veel minder groot zijn als een beoordeling van de kwaliteit plaatsvindt aan de hand van uitkomsten. Deze zullen het (extreme) verschil in kwaliteit van zorg in dit hypothetische voorbeeld niet weerspiegelen. In het geval van longkanker is het duidelijk waaraan dit licht. De periode van vijf jaar is te lang om zinvolle evaluatie op grond van sterfte mogelijk te maken. Bij veel ziektebeelden is de toeschrijving van het verschil in beoordeling van de bijbehorende zorg aan de relatie tussen zorgproces en uitkomst vaak niet zo evident. De betekenis van een verschil in beoordeling is dan minder goed te duiden.

Het argument wordt ondersteund door empirisch onderzoek van Brook & Appel (1973), waaruit blijkt dat beoordeling van het zorgproces (behandeling) op grond van expliciete criteria slechts 1,4% aanvaardbare gevallen oplevert, terwijl beoordeling van het resultaat van de behandeling op grond van impliciete criteria in 63,2% van de gevallen adequaat wordt bevonden. Kennelijk is de wijze waarop de arts de behandeling instelt bij sommige ziekten of aandoeningen nauwelijks van invloed op het ziektebeloop (Casparie, 1975).<sup>66</sup> Het is echter eenvoudigweg maatschappelijk niet acceptabel dat een ingrijpen achterwege blijft, ook al is het effect ervan niet wetenschappelijk gefundeerd. De keuze van een uitkomstmaat staat derhalve niet los van maatschappelijke waarden of

<sup>65</sup> Deze gedachte onderzoeken we in *hoofdstuk 7* in de gevalstudie naar patiëntsatisfactie.

<sup>66</sup> Voor een aantal ziektebeelden is er inmiddels wel een empirische relatie tussen het zorgproces en de uitkomst ervan vastgesteld (Wray et al., 1995). De mate van voorkomen in zorgregistraties legt nog een nadere beperking aan de bruikbaarheid van de gegevens op. Soms komt een ziekte te weinig voor om statistisch significante verschillen tussen instelling of in de loop der tijd te vertonen. Een valide oordeel over verschillen in kwaliteit is ook dan niet mogelijk. Uiteindelijk blijven uit de aanvankelijke selectie slechts twee ziekten over, namelijk chronisch obstructief longlijden (chronische bronchitis en emfyseem), alsmede hartfalen en shock. Een ziektespecifieke benadering heeft een zeer beperkte reikwijdte.

normen. Donabedian tracht deze naar goed wetenschappelijk gebruik te neutraliseren door een *causaal* model van gezondheidszorg te hanteren, waarbij de structuur (aanwezige mensen, middelen en materialen) een proces (transformatie van patiënt) veroorzaakt, en een proces een bepaald effect, resultaat of uitkomst heeft (patiënt wordt weer gezond, komt te overlijden, of blijft chronische ziek met eventueel een beperking of handicap).<sup>67</sup> Hij trekt daarmee echter een zware wissel op gezondheidswetenschappen.

De relatie tussen structuur, proces en uitkomst alsmede de prioriteit die één van deze verdient bij de beoordeling van de kwaliteit van zorg, vormen tot op heden onderwerp van discussie. Vaak ontbreekt een wetenschappelijk bewijs voor enige samenhang waardoor het causaal verband niet duidelijk is en toeschrijving hooguit in termen van verantwoordelijkheid kan plaatsvinden. De zorgverlener en de patiënt zijn beide verantwoordelijk voor een goed verloop zorgproces, de clinicus bijvoorbeeld voor de indicatiestelling van een therapie, de patiënt voor het getrouw opvolgen van een therapeutisch regiem. De zorgverlener en patiënt ontmoeten elkaar in een analyse- of besluitvormingsproces waarin kansen met waarden worden verbonden om tot een beslissing over het handelen te komen (Harteloh, 1990). Louter technische aspecten betreffen de toepassing van medische kennis (de diagnostiek, indicatiestelling en therapie). Relationele aspecten betreffen de waarden van betrokken actoren. Beoordeling van de kwaliteit van zorg vereist dan ook een tweeledig normatief kader. Donabedian geeft aan dat de staat van medische kennis en technologie op een bepaald ogenblik het criterium voor causale samenhang tussen zorgproces en uitkomst bepalen in relatie tot maatschappelijke en individuele waarden (Donabedian, 1980: p80). Niet alleen het causaal verband, maar ook de betekenis van de verzamelde (uitkomst)gegevens teneinde het medisch handelen te evalueren, bepalen de kwaliteit van zorg. Een adequate betekenis-theorie is derhalve van belang. Deze zoekt Donabedian in een definitie van het begrip kwaliteit.

### 3.3.2 Een definitie van de kwaliteit van zorg

Met een model van de medische zorg voor ogen ontwikkelt Donabedian een visie op de kwaliteit van zorg. Hij hanteert daarbij een algemeen idee van waaruit meer specifieke definities van het begrip kwaliteit worden afgeleid (een hypothetico-deductief model). Traditionele waarden voor goede medische zorg als ‘weldoen’ en ‘niet schaden’ bepalen de invulling van het begrip kwaliteit. Deze betreffen de drie onderscheiden aspecten van medische zorg (techniek, relatie, organisatie) in gelijke mate en fungeren in deze zin als een universeel model. Een ethische theorie werkt zo door in de visie op kwaliteit. Kwaliteit wordt in verband gebracht met het goede: ‘It is necessary to say next what constitutes quality or goodness in each of these parts (Donabedian, 1980: p5).’ Dit is in het gangbare spraakgebruik of in het denken over kwaliteit dikwijls eveneens het geval (Boeije, 1994: p80). Het is dan ook niet verwonderlijk dat Donabedian een utilistische theorie over het goede aanwendt om zorg van goede kwaliteit te definiëren. Daarbij hanteert hij, overeenkomstig de hypothetico-deductieve werkwijze, een aantal postulaten: ‘quality of care as that kind of care which is expected to maximize an inclusive

<sup>67</sup> Opmerkelijk is dat Donabedian structuur als een causale factor van het zorgproces beschouwd. Men zou er ook vanuit kunnen gaan dat een structuur zich vormt rondom een zorgproces, een visie die beter in overeenstemming is met de historische ontwikkeling van de gezondheidszorg.

measure of patient welfare, after one has taken account of the balance of expected gains and losses that attend the process of care in all its parts' (Donabedian, 1980: p5-6). Het welzijn van de patiënt is de uiteindelijke maat voor de kwaliteit van de geleverde zorg. Deze omschrijving sluit aan bij de WHO definitie van gezondheid, als 'een toestand van volledig lichamelijk, psychisch en sociaal welzijn en niet alleen de afwezigheid van ziekte'. Daarmee is een verband gelegd met één van de morele waarden van zorgverlening, 'weldoen'. Welzijn is een gevolg van weldoen. Aanvankelijk lijkt het erop dat maximalisering van het welzijn het doel van de zorgverlening is waaraan kwaliteit wordt afgelezen. Daarbij plaatst Donabedian echter de volgende kanttekening: 'Quality however is not represented by health status, but by the extent to which the improvements in health status that are possible are realized' (Donabedian, 1980: p10). Een potentieel haalbare verbetering van de gezondheidstoestand wordt vergeleken met een daadwerkelijk gerealiseerde verbetering van de gezondheidstoestand om tot beoordeling van de kwaliteit van de geleverde zorg te komen. Aangezien een vergelijking op basis waarvan kan worden vastgesteld of een verandering ook daadwerkelijk een verbetering is, een standaard of norm nodig heeft, bevat een beschouwing van de kwaliteit onvermijdelijk een normatief element. Donabedian merkt dan ook op: 'To define quality is to establish a norm' (Donabedian, 1980: p13). Het normatief referentiekader van de kwaliteit van zorg bestaat nu enerzijds uit welzijn als resultante van de intentie van het medisch handelen, 'weldoen', en anderzijds uit een meer specifiek met de desbetreffende medische handeling samenhangende norm voor de (te verwachten) verbetering in gezondheidstoestand.

Het realiseren van kwaliteit betekent het realiseren van een evenwicht. Het vereist afweging van een aantal (mogelijk strijdige) aspecten van zorghandelingen. 'I am convinced that the balance of health benefits and harm is the essential core of a definition of quality' met als bijbehorende voorwaarde: 'with the avoidance of useless care' (Donabedian 1980: p27). De definitie van kwaliteit gaat aldus naadloos over in een definitie van doelmatigheid. De utilistische denkwijze is er debet aan. Het impliceert een nadruk op uitkomsten of resultaten van het (waardevrije) medische handelen en een afweging van offers (kosten) tegen opbrengsten (baten). Kwaliteit wordt zo gedefinieerd vanuit een theorie over het goede. 'This concept is fundamental to the values, ethics, and traditions of the health professions: at the very least to do no harm; usually to do some good; ideally to realize the greatest good that is possible to achieve in any given situation' (Donabedian, 1980: p22).<sup>68</sup> Er ontstaat het volgende beeld. Het *streven* naar kwaliteit impliceert het streven naar zo groot mogelijk nut van een zorghandeling, gegeven

<sup>68</sup> En: '... its expected ability to achieve the highest possible net benefit according to the valuations of individuals and society' (Donabedian, 1980: p22). Het utilisme is van origine een groep ethische theorieën die stellen: (i) dat het goed of slecht zijn van een handeling bepaald wordt door de gevolgen van deze handeling; (ii) er gekozen moet worden voor de handeling die het goede maximaliseert ten opzichte van het kwade; (iii) een goede handeling het grootste goed voor het grootste aantal personen dient te realiseren. Utilistische theorieën onderscheiden zich van elkander door de operationalisering van het begrip goed (als geluk, welzijn, etc.) en door de principes toe te passen op een individuele handeling (act-utilisme) of op andere, afgeleide principes (theoremata's) met betrekking tot het handelen (regel-utilisme) (Frankena, 1978: p39-50). Verdere uitwerking van Donabedian's uitgangspunt vereist meer kennis van de mening van klanten of zorgverlener over gezondheidszorg. De tevredenheid speelt daarbij een belangrijke rol (zie hoofdstuk 7).

een bepaald risico en de kosten die de desbetreffende zorghandeling met zich meebrengt. Het *realiseren* van kwaliteit betekent het vinden van een harmonieus evenwicht tussen sterk uiteenlopende zorgaspecten.

### 3.3.3 Kwaliteit en perspectief

Donabedian (1980: p11) gaat uit van een universeel model voor de kwaliteit van zorg. Een dergelijk model is noodzakelijkerwijs algemeen van aard. Daaraan ontleent het zijn (universeel) karakter. In praktijk worden uiteraard verschillende invullingen van het begrip kwaliteit waargenomen. Donabedian schrijft deze verschillen tot aan een verschil in perspectief en hij onderscheidt dienovereenkomstig drie soorten definities van kwaliteit van zorg: de technische, de geïndividualiseerde en de sociale. Onder *de technische definitie* wordt de omschrijving van kwaliteit van zorg vanuit de optiek van de beroepsbeoefenaar verstaan (artsen, verpleegkundigen, verzorgenden). Donabedian noemt deze ook wel de autoritaire definitie van kwaliteit, omdat de visie op kwaliteit samenvalt met die van de beroepsbeoefenaar zonder dat andere betrokkenen hierop enige invloed uitoefenen. Technische overwegingen aangaande diagnose, indicatiestelling en therapie spelen dan meestal een doorslaggevende rol: ‘the quality of care was defined in terms of practitioners’ decisions and behaviors that were expected to yield the highest net benefit to individuals and to society’ (Donabedian, 1980: p13). Het streven naar kwaliteit legitimeert deze opvatting. Het *verwachte* nut is goed.

Wanneer het persoonlijk oordeel van de patiënt van doorslaggevend belang is voor de definitie van het begrip kwaliteit, spreekt Donabedian (1980: p14) van een geïndividualiseerde definitie: ‘When the judgement of quality takes into account the patient’s wishes, expectations, valuations, and means, we may speak of an ‘individualized’ definition of the quality of care’. De definiëring van kwaliteit geschiedt vanuit het perspectief van de patiënt doorgaans in termen van tevredenheid met de geleverde zorg of als een waardering van de kwaliteit van leven voor, na of tijdens een behandeling. Het individu is doorgaans uit op een maximalisatie van tevredenheid of kwaliteit van leven, gegeven de eigen situatie, ongeacht de mogelijkheden of beschikbare middelen. Definiëring op individuele grondslag loopt daardoor het risico dat bepaalde (groepen) individuen tekort wordt gedaan ten opzichte van anderen. Ook rechtvaardigheid is onderdeel van de definitie van het begrip kwaliteit. Verdeling van de beschikbare zorg in een situatie van krapte of schaarste speelt immers een rol. Daarom oppert Donabedian (1980: p15) nog een derde soort definitie: *de sociale definitie*, waarbij het welzijn van de populatie als geheel in beschouwing wordt genomen. De sociale definitie maakt gebruik van het (utilistische) adagium: handel zodanig, dat het grootste nut voor het grootste aantal personen wordt gerealiseerd. Vanuit een maatschappelijke optiek moet een zorghandeling van goede kwaliteit leiden tot een optimalisering van opbrengst, enerzijds, en een rechtvaardige verdeling van de opbrengst van gezondheidszorg voor de bevolking als geheel, anderzijds.

Donabedian geeft met het onderscheid in drie soorten definities aan dat de verschillende posities waarin men zich bevindt, invloed uitoefenen op de visie op kwaliteit. Hij heeft het doorslaggevend belang van de context (tijd, plaats, persoon) voor het definiëren van kwaliteit van zorg aangegeven. Het perspectief is dan ook een belangrijk or-

deningsbeginsel voor gegevens over de kwaliteit van zorg (zie ook paragraaf 4.3). Onderzoek naar tevredenheid van patiënten of zorgverleners met de verleende zorg is vervolgens relevant voor onze kennis over de kwaliteit van zorg (Donabedian, 1980: p35-77). Het geeft aan welke eigenschappen van het zorgobject vanuit een bepaald perspectief voor de kwaliteit van belang zijn. Het probleem is het samenbrengen of verenigen van de verschillende perspectieven tot een coherente visie op kwaliteit van zorg, zodanig dat deze als uitgangspunt voor een kwaliteitsbeleid kan dienen. De betrokkenen (zorgverleners, patiënten, zorgverzekeraars, overheid) ontmoeten elkaar in de spreekkamer of op de gezondheidszorgmarkt. Een verregaand verschil in mening over de kwaliteit van zorg hindert een kwaliteitsgericht handelen. De zorgverlener zal bijvoorbeeld doeltreffendheid tot onderwerp van het kwaliteitsbeleid kiezen, de voorkeur van de patiënt zal naar informatievoorziening uitgaan. Een manier om de verschillende perspectieven met elkaar te verenigen is daarom van belang. Donabedian kiest voor een wetenschappelijk aanpak. Wetenschap moet de verschillende belangen neutraliseren en tot een 'waar' beeld van de kwaliteit leiden. Daarom is het belangrijk gegevens over het perspectief van de patiënt of van de zorgverlener te verzamelen en de invloed ervan op het oordeel over de kwaliteit vast te stellen.

### 3.3.4 Een normatief referentiekader

Het formuleren van een normatief referentiekader teneinde een beoordeling van de kwaliteit mogelijk te maken is een ander belangrijk element in het werk van Donabedian. Nadat de eigenschappen van het object 'zorg' zijn vastgesteld en beschreven, kan dit worden beoordeeld. Een evaluatie van de kwaliteit van zorg is gebaseerd op een vergelijking van de geleverde zorg met im- of expliciete normen, criteria of standaarden. Deze begrippen hebben een specifieke betekenis gekregen in het vakjargon van de kwaliteitskunde, die iets afwijkt van het alledaagse spraakgebruik. Een norm kan aangegeven wat wenselijk of wat gangbaar is. Een norm is: (i) een ideale, dan wel streefwaarde; (ii) de meest voorkomende waarde: 'normaalwaarde' (Van Dale, 1984). Donabedian stelt voor de term 'norm' in het vakjargon te gebruiken als *een notie* van het goede ten opzichte van een criterium. Bijvoorbeeld: er moeten *voldoende* verzorgers per intensive care bed aanwezig zijn, antibiotica moeten op *juiste* wijze gebruikt worden, hoge bloeddruk moet worden bestreden. Deze notie ligt ten grondslag aan het formuleren van richtlijnen, criteria of standaarden voor de kwaliteit van zorg.<sup>69</sup> Een beoordeling van de kwaliteit be-

<sup>69</sup> Een criterium wordt door Donabedian descriptief gedefinieerd als een aspect van de structuur, het proces of de uitkomst van gezondheidszorg, dat samenhangt met de kwaliteit van zorg (de verhouding tussen het aantal verzorgers per bed in een zorginstelling, het proportie kinderen met keelpijn dat daar (onterecht) antibiotica voor krijgt, of het bloeddrukniveau van personen die voor hoge bloeddruk behandeld zijn) (Donabedian, 1986). Een criterium is 'een beginsel waarmee het ware van het onware kan worden onderscheiden' (Van Dale, 1984). In het vakjargon van Donabedian is het een aspect waarmee zorg van goede kwaliteit kan worden onderscheiden van zorg van slechte kwaliteit. Een standaard is een exacte (bij voorkeur) kwantitatieve specificatie van de toestand van een criterium. Een standaard wordt uitgedrukt met behulp van een 'range'. Er kan bijvoorbeeld worden gesteld, dat er niet minder dan één verzorger per twee intensive care-bedden mag zijn, dat er niet minder dan 5% en niet meer dan 30% van de kinderen met keelpijn antibiotica mag ontvangen, of dat minstens 70% van de individuen onder behandeling voor hoge bloeddruk binnen een jaar na aanvang van therapie een nor-

rust zo ook in normatief opzicht uiteindelijk op de notie van het goede. Gelet op de aard van zorg, een handeling of gedrag, is er sprake van een normatief gedrag: ‘when we speak of the quality of care, we are concerned with the most immediately discernible attributes of that care; and these can be most clearly seen as normative behavior’ (Donabedian, 1980: p83). Het axioma voor dit normatieve gedrag luidt: ‘Good medical care is the kind of medicine practiced and taught by the recognized leaders of the medical profession at a given time or period of social, cultural, and professional development in a community or population group.’ Kwaliteit blijkt uit het handelen van vooraanstaande beroepsbeoefenaren, een voorbeeld dat navolging verdient. Een norm of gedrag is voorbeeld voor een goede zorgverlening.<sup>70</sup>

In 1933 formuleren Lee & Jones in de Verenigde Staten de vereisten voor goede zorgverlening. Donabedian (1980: p80-81) gebruikt deze als normatief referentiekader voor een beoordeling van de kwaliteit van zorg: ‘The concept of good medical care that has been employed in this study is based upon certain ‘articles of faith’ which can be briefly stated: (i) Good medical care is limited to the practice of rational medicine based on the medical sciences; (ii) Good medical care emphasizes prevention; (iii) Good medical care requires intelligent cooperation between the lay public and the practitioners of scientific medicine; (iv) Good medical care treats the individual as a whole; (v) Good medical care maintains a close and continuing personal relation between physicians and patient; (vi) Good medical care is coordinated with social welfare work; (vii) Good medical care coordinates all types of medical services; (viii) Good medical care implies the application of all the necessary services of modern scientific medicine to the needs of all the people’.

De American Medical Association (AMA) gebruikt in 1986 de ‘fundamentals of good care’ van Lee & Jones om een definitie van ‘zorg van hoge kwaliteit’ te geven: ‘Care of high quality should: (i) produce optimal improvement in the patient’s health; (ii) emphasize the promotion of health and the prevention of disease; (iii) be provided in a timely manner; (iv) seek to achieve the informed cooperation and participation of the patient in the care process; (v) be based on accepted principles of medical science and the proficient use of appropriate technological and professional resources; (vi) be provided with sensitivity and concern for the patient’s welfare; (vii) make efficient use of technology and other health system resources; and (viii) be sufficiently documented in the patient’s medical record to enable continuity of care and peer evaluation’ (Council on Medical Service, 1986).<sup>71</sup>

---

male bloeddruk moet hebben. Zorg van goede kwaliteit valt binnen de gespecificeerde range (Donabedian, 1986).

<sup>70</sup> Deze zienswijze is in overeenstemming met de opvatting van kwaliteit als primair begrip. Uiteenzetting blijkt uit voorbeelden (zie paragraaf 2.4).

<sup>71</sup> De American Medical Association (AMA), de organisatie van artsen in de Verenigde Staten, definieert ‘high-quality care’ als ‘*care which consistently contributes to the improvement or maintenance of quality and/or duration of life*’ (Council on Medical Service, 1986). Deze definitie bakent een soort zorg af. Er wordt een demarcatiecriterium gesuggereerd, gebaseerd op een feitelijke eigenschap van de geleverde zorg, af te lezen aan de uitkomst in termen van traditionele gezondheidsmaten, namelijk levensverwachting of kwaliteit van leven.

De uitgangspunten van Lee & Jones zijn bijna onveranderd overgenomen. De volgorde is iets veranderd. Een belangrijk verschil in teneur blijkt uit de verschuiving van het aanwenden van *alle* benodigde middelen (zie punt viii van Lee & Jones) naar een efficiënt gebruik van medische technologieën en optimale verbetering van de gezondheid (punten i en vii van de AMA). De associatie van het begrip kwaliteit met doelmatigheid is een grotere rol gaan spelen. De sterke toename van medische technologieën en behandel mogelijkheden is hier ongetwijfeld debet aan. Opmerkelijk is verder de toevoeging over het medisch dossier en de intercollegiale toetsing ('peer review'). De beroepsbeoefenaar wordt een morele plicht opgelegd het handelen zodanig te documenteren dat dit voor anderen inzichtelijk is, en de mogelijkheid tot evaluatie van de geleverde zorg bevat. Er wordt een voorwaarde voor het afleggen van verantwoording geformuleerd. Lee & Jones hebben een bepaald ideaalbeeld van gezondheidszorg in gedachten dat door de AMA wordt vertaald in het kwaliteitsbeleid. De vereisten voor 'goede zorg' vormen het normatief referentiekader voor het denken over kwaliteit in een zorginhoudelijke benadering. Het duidt op een nauwe relatie van dit begrip met morele waarden die meer en meer een expliciet onderdeel van de discussie over de kwaliteit van zorg gaan worden. De ontwikkeling van een normatief kader weerspiegelt dan ook een ontwikkeling in de inhoud van het begrip kwaliteit.

### 3.3.5 Interpretatie van het begrip kwaliteit

Het werk van Donabedian toont een aantal betekenisnuances van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg (zie hoofdstuk 2, tabel 2.1): (i) Kwaliteit is een (niet nader gespecificeerd soort) eigenschap van de medische zorg; (ii) De kwaliteit van zorg is op wetenschappelijke wijze vast te stellen. Medische kennis en gezondheidswetenschappen zijn hiertoe de aangewezen instrumenten; (iii) Kennis over kwaliteit is afhankelijk van onze kennis over zorg; (iv) Nadat deze (objectief) is beschreven, wordt de kwaliteit van zorg beoordeeld met behulp van een medisch moreel referentiekader. Het perspectief van de betrokkene speelt hierbij een rol. Het veroorzaakt verschillen in het (uiteindelijke) oordeel over de kwaliteit van zorg. Wetenschappelijke kennis is in staat deze invloed van het perspectief te neutraliseren.

In een zorginhoudelijke benadering wordt kwaliteit beschouwd als ware het een eigenschap van (het object) zorg. Vanuit filosofisch oogpunt is er sprake van een realisme.<sup>72</sup> Kwaliteit bestaat onafhankelijk van de beschouwer of waarneming (Steffen, 1988). Deze vooronderstelling domineert de zorginhoudelijke benadering. Meting en beoordeling zijn er de hoekstenen van. Eigenschappen van zorg worden gemeten. Een theorie over kwaliteit komt vervolgens neer op een theorie over de goede of gewenste eigenschappen van zorg. Daarbij worden normen of waarden gebruikt. Aan de hand van een typering van de gezondheidszorg (het object van kwaliteitsmeting) en een normatief referentiekader (het instrument voor kwaliteitsbeoordeling) is het mogelijk gegevens over gezondheidszorg bijeen te brengen, zodanig dat er een oordeel over de kwaliteit

<sup>72</sup> 'Most commonly the view (contrasted with idealism) that physical objects exist independently of being perceived' (Flew, 1979). De visie is in overeenstemming met het alledaagse gezichtspunt, maar leidt tot filosofische problemen wanneer de relatie tussen onze kennis of taal en een daarvan onafhankelijke wereld wordt gethematiseerd.

van de zorg te vellen is.<sup>73</sup> Een opvatting over zorg speelt daarbij een rol. Het technische model brengt doeltreffendheid en doelmatigheid als normerend kader met zich mee en leidt de gedachtegang al snel in de richting van een utilisme met het nut van het medisch handelen als centrale waarde. Overeenkomstig de gangbare moraal is dit nut gelegen in weldoen en niet schaden. Kwaliteit is nu een eigenschap van de zorg die het grootste welzijn voor het grootste aantal personen kan bewerkstelligen. Dit impliceert maximalisering van het welzijn en optimalisering van de verdeling ervan. Doelmatigheid is een sturend beginsel dat een evenwicht moet bewerkstelligen. Een kosten-baten analyse geeft inzicht in de mate waarin dit doel is of kan worden bereikt (Donabedian, 1988c).

Donabedian is een wetenschapper *pur sang*. Wie hem een vraag stelt krijgt geen droge opsomming van gegevens, maar vaak een compleet conceptueel kader als antwoord (zie bijvoorbeeld: Donabedian, 1980; 1996). De filosofische fundering ervan is soms niet helemaal adequaat. Zo houdt Donabedian vast aan de definitie van kwaliteit als eigenschap, maar is de aard van deze eigenschap niet nader gespecificeerd (intrinsiek, relationeel). Ook over de structuur van het oordeel lijkt geen duidelijk beeld aanwezig te zijn. Dit brengt met zich mee dat de interpretatie van de verzamelde gegevens niet expliciet is. De betekenisnuance van het begrip kwaliteit als categorie van het oordeel is niet uitgewerkt. Wetenschappelijke evaluatie van de zorg is streefwaarde; en daarin is het voorbeeld van Codman herkenbaar.

### 3.4 Handelen en leren

Het begrip ervaring speelt een bijzondere rol in de geneeskunde. Geneeskunde is een praktijk, een manier van handelen. Het is een vak dat niet uit de studieboeken alleen kan worden geleerd. De student dient zich ook te bekwamen in de praktische uitoefening ervan en is daarom doorgaans enige tijd als assistent bij een gekwalificeerde beroepsbeoefenaar aanwezig alvorens diploma of registratie in het desbetreffende vakgebied wordt verleend. Dit is niet alleen maar een afspiegeling van het teloorgegangene middeleeuwse gilde systeem. De inhoudelijke achtergrond van de ogenschijnlijke meester gezelschap verhouding is gelegen in het verwerven van ervaring die nodig is om het vak goed te kunnen beoefenen. Door het navolgen van de leermeester wordt een brug geslagen tussen theorie over ziekte en de praktische herkenning ervan in zieke personen. Ervaring is een samengaan van kennis en kunde. Ervaring wordt opgedaan *tijdens* de uitoefening van het beroep en *door* de uitoefening van het beroep. In de jaren zestig en zeventig is veel aandacht besteed aan deze specifieke vorm van leren teneinde de aard ervan te doorgronden en de beheersbaarheid ervan te vergroten. Het krijgt gestalte als methode voor kwaliteitsbewaking of -bevordering ('quality assurance') in het werk van Williamson.<sup>74</sup>

<sup>73</sup> De (secundaire) kwaliteit 'kleur' is meetbaar als golflengte. We beschikken over een theorie over absorptie en weerkaatsing van licht en weten onder welke omstandigheden onze waarneming onbetrouwbaar is (schemering, donker). Bovendien wordt er voor afwijkende meningen gecorrigeerd door middel van een theorie over kleurenblindheid. Zo zou ook een realisme ten aanzien van de kwaliteiten van zorg moeten worden opgebouwd.

<sup>74</sup> Williamson heeft een medische achtergrond. Hij is opgeleid tot arts en was al spoedig geïnteresseerd in de organisatorische voorwaarden voor een goede uitoefening van het beroep (Williamson, 1997). Aanvankelijk verrichtte Williamson onderzoek naar het leren van artsen gedurende de uitoefening van



### 3.4.1 Beroepsuitoefening en kwaliteit

De medical audit is het antwoord op de deplorabele staat van de chirurgische zorg in de Verenigde Staten aan het begin van de Twintigste eeuw (Lembcke, 1956; Morehead, 1967).<sup>75</sup> De ‘peer review’ is er een vorm van.<sup>76</sup> In het verdere verloop van deze eeuw ontstaat er een toenemende behoefte aan een methodologische onderbouwing van de medical audit in het algemeen en de ‘peer review’ in het bijzonder. In de jaren zeventig speelt Williamson hierop in. Hij gebruikt kennis over leerprocessen om de ‘peer review’ van een structuur te voorzien (Klazinga et al., 1988). Deze structuur is mede door diens invloed ook herkenbaar in het grondplan van de intercollegiale toetsing in Nederland (Klazinga, 1996).

In een artikel uit 1967 doen Williamson en medewerkers verslag van een onderzoek naar de reactie van medici op afwijkende testuitslagen die zij van tevoren niet verwachten.<sup>77</sup> Ongeveer de helft deze testuitslagen bleek geen zichtbare reactie bij de clinicus uit te lokken. Werden de uitslagen over het hoofd gezien, eenvoudigweg genegeerd; of vereisten deze geen nader onderzoek? Geen van deze drie hypothesen bleek juist. Met name relevant was de bevinding dat de medische staf van het ziekenhuis waarin het onderzoek plaatsvond, van mening was dat in de meerderheid van de onverachte afwijkende testuitslagen nader onderzoek had moeten worden verricht. Er is een ongewenste discrepantie tussen het feitelijk handelen en een normatief referentiekader. Later wordt dit

---

het beroep. Langzamerhand heeft zijn aandachtsgebied zich verbreed tot evaluatie van het medisch handelen en is dit in het kader van kwaliteitsverbetering komen te staan (Williamson et al., 1982). Het voorzag de medical audit van een methodische basis. Door een directe betrokkenheid bij de oprichting van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing (CBO) heeft de benadering van Williamson grote invloed uitgeoefend op het denken over kwaliteit in Nederland (Reerink, 1983; 1985).

<sup>75</sup> De medical audit staat model voor kwaliteitsgericht handelen in de gezondheidszorg. Anno 1967 betekent een medical audit: ‘The medical audits described concentrated on the professional performance of the attending physician as judged by a clinician surveyor in the review of a medical record’ (Morehead, 1967). In Nederland wordt het op uiteenlopende wijze vertaald. Er wordt gesproken over intercollegiale toetsing, kwaliteitsbewaking van het medisch handelen, medische accountantsdienst, toezicht op kwaliteit en doelmatigheid van het medisch handelen, of medische hoorzitting. Voorkeur gaat uit naar de definitie van Slee: ‘A system of continuing medical education based on the evaluation of the quality of medical care’ (Casparie, 1975). Vooral de term intercollegiale toetsing raakt ingeburgerd.

<sup>76</sup> ‘Peer review’ ofwel intercollegiale toetsing is een evaluatie van het medisch handelen door beroepsbeoefenaren onderling. Het is een vorm van medical audit. De ‘utilization review’ is er een andere vorm van. Het gaat hierbij vooral om een (economische) verantwoording voor de bestede middelen. De ‘peer group’ is een concept uit de sociologie van de jaren zestig, gebruikt om een groep personen aan te duiden die elkaar als gelijken of lotgenoten beschouwen (collega’s), en een bepaalde gedragscode delen, vastleggen of tot stand brengen. ‘Peer review’ suggereert dat deze gedragscode tot voorwerp van evaluatie wordt gemaakt.

<sup>77</sup> Bijvoorbeeld: bij een bloedonderzoek in geval van hoge bloeddruk zijn afwijkende nierfuncties geen verrassing voor de clinicus. Deze passen in een verklaringspatroon. Er werd naar gezocht. Afwijkende leverfuncties, routinematig meebepaald, passen echter niet in een verklaringspatroon voor hoge bloeddruk. Deze lopen een groot risico te worden genegeerd.

soort discrepanties geduid als ‘slechte kwaliteit’. Er is vervolgens een aantal interventies onderzocht om te bezien of het percentage reacties op afwijkende testuitslagen kon worden verhoogd. Een workshop, een herinnering verzonden aan alle internisten en een herhaalde nieuwsbrief brachten geen verbetering teweeg. Het markeren van onverwacht afwijkende testuitslagen wel, zelfs nadat deze interventie al enige tijd was gestaakt (Williamson et al., 1967). Belangrijk is het om te beseffen dat het een geaccrediteerd ziekenhuis betrof met een volledig gekwalificeerde medische staf. Aan de structurele voorwaarden voor goede zorgverlening was dus voldaan. De noodzaak tot aanvulling van deze voorwaarden met een voortdurende, meer systematische en directe aandacht voor de kwaliteit van het zorgproces deed zich voelen.

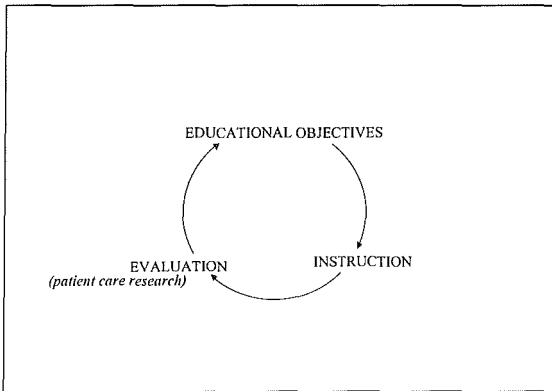
In de aanhef van het artikel merken de auteurs op: ‘Two independent groups are currently striving to systematically improve the quality of medical care: those interested in continuing medical education and those concerned with patient care research’ (Williamson et al., 1967). Anno 1967 worden het leren tijdens de uitoefening van het beroep en patiëntgebonden onderzoek van belang geacht voor de kwaliteit van zorg. Williamson tracht beide te integreren. Evaluatie van de verleende zorg door middel van patiëntgebonden onderzoek levert leerdoelen op. Vervolgens kan instructie worden gegeven, waarop opnieuw evaluatie middels patiëntgebonden onderzoek plaatsvindt om te zien of verandering optreedt. Herhaling van dit proces tot een gewenst zorgniveau is bereikt, leidt tot verbetering van de zorgverlening. Williamson denkt in termen van een zich steeds herhalend, cyclisch proces, waardoor de zorgverlener leert het handelen beter in overeenstemming te brengen met de doelstellingen ervan. Er vindt terugkoppeling plaats. Het proces wordt weergegeven met behulp van een cirkel (zie *figuur 3.1*).<sup>78</sup> De zorgverlener spiegelt het medisch handelen op systematische wijze aan een normatief referentiekader. Deze structuur van het leerproces zal Williamson gaan gebruiken als grondplan voor kwaliteitsbewaking.

De gehanteerde invalshoek is relatief nieuw. De auteurs merken op dat: ‘the literature contains no comparable studies, several suggested that failure of physicians to respond to screening tests may be a widespread problem’ (Williamson et al., 1967). Zij concluderen tot de noodzaak van een nauwe samenhang tussen een voortdurend leerproces (‘continuing education’) en patiëntgebonden onderzoek, alsmede tot de noodzaak over gegevens te beschikken, die een verbetering van de zorgverlening op gang brengen. Het voortdurende leren is een bron van kennisverwerving over de medische praktijk, een alternatief voor het formeel patiëntgebonden onderzoek in de toentertijd steeds meer aan populariteit winnende klinische trial. Onder patiëntgebonden onderzoek verstaan de auteurs onderzoek aan de hand van behandelde patiënten in een natuurlijke situatie, dat wil zeggen, buiten de context van een formeel opgezet experiment. Verder concluderen zij: ‘this study emphasizes that in evaluation of educational effectiveness, measurement of what physicians *actually* do is more important than recording what they claim they *should do*’, en ‘since educational effects are often short lived a continuing cyclic effort seems essential if desired levels of performance are to be achieved and maintained’ (Williamson et al., 1967). De nieuwe invalshoek was nodig, omdat Williamson (1994)

---

<sup>78</sup> Zie ook Batstone (1990) of Harteloh & Casparie (1991: p91).

*Figuur 3.1 Continue educatie en patiëntgebonden onderzoek  
Bron: Williamson et al., 1967*



geen vertrouwen had in de bereidheid van zorgverleners om medewerking te verlenen aan een bureaucratisch systeem van kwaliteitsbewaking met veel papierwerk, externe controles en sancties. Deze worden als een belediging beschouwd, een vlek op de goede intenties waaruit zorgverlening stamt. Voor een goede motivatie zijn vrijwilligheid, zelfstandigheid, steun van leidinggevende echelons en een gezamenlijke verantwoor-

delijkheid nodig.

In Nederland heeft het Centraal Begeleidingsorgaan voor Intercollegiale toetsing (CBO) de methode van Williamson met een aantal modificaties vorm gegeven (zie: Van Everdingen, 1988; Klazinga, 1996). Bij de installatie van het CBO wordt de (nieuwe) moraal voor de beroepsbeoefenaar als volgt geformuleerd: 'De specialist moet waarborgen bieden dat hij met een gepast gebruik der middelen deugdelijk werk zal leveren; de specialist moet inzicht hebben in de kwaliteit van zijn eigen werk en dient die kwaliteit zo nodig ter discussie te stellen; zijn collegae en hijzelf moeten correcties aanbrenge bij gebleken onvolkomenheden' (Anoniem, 1979). Dit betekent coöperatie, motivatie, en de bereidheid om eigen werk ter discussie te stellen en bespreekbaar te maken (Anoniem, 1979). De voorwaarden voor evaluatie worden verbonden met het ethos van de zorgverlener. Dit ethos moet bepaalde kenmerken vertonen om de kwaliteit van zorg tot object van diens aandacht te verheffen.

Williamson's onderzoek zou heden ten dage gezondheidszorgonderzoek worden genoemd. Het gedrag van zorgverleners binnen zorginstellingen is voorwerp van onderzoek. Het onderzoek gaf aanleiding tot een regelmatige evaluatie van uitslagen van routinebepalingen in de desbetreffende kliniek. Het voorzag in de continuïteit die de aandacht voor kwaliteit vereist. Leren van de praktijk, gedurende de uitoefening van het beroep is een aanvulling op traditionele methoden om de kwaliteit van het medisch handelen te waarborgen, namelijk (uniforme) opleiding, exameneisen, registratie van zorgverleners en na- of bijscholing. Deze laatste vormen noodzakelijke, maar niet voldoende voorwaarden voor de competentie van de zorgverleners. Zorgverleners schieten vaak niet zozeer tekort in kennis van ziektebeelden of behandelingen, maar wel in de praktische toepassing van deze kennis (Casparie, 1975). Er is een continue kwaliteitsbewaking bij de uitoefening van het beroep vereist. De gedachte dat beoefening van de geneeskunde een vertaalslag van theorie naar praktijk met zich meebrengt die niet zonder meer in hiërarchische gezagsverhouding kan worden overgedragen, maar al doende meer en meer wordt beheerst, is daarbij een belangrijk inzicht. Een sturing en beheersing van dit leerproces levert mogelijkheden tot kwaliteitsbevordering op. Daartoe is een bepaalde verwachting, een observatie of registratie van het feitelijk handelen, en een norm nodig.

In 1968 formuleert Williamson het voor de preventie van lichamelijke beperkingen aldus: '(i) expected health impairment – the total expected individual impairment in a given population; (ii) preventable health impairment not prevented – the total possible benefit of medical care encompassing primary prevention, cure, amelioration, rehabilitation, etc; and (iii) preventable impairment not prevented – the degree to which potential benefit is not being received by the patients' (Williamson et al., 1968; Williamson, 1978). Williamson verheft dit concept tot basisgedachte van kwaliteitsbevordering. Met name de gedachte van een niet gerealiseerde gezondheidswinst, een discrepantie tussen actualiteit en potentialiteit van het medisch handelen, zal Williamson's verdere werk blijven beheersen.

### 3.4.2 Een methode voor kwaliteitsbevordering

Vanuit een bestudering van leerprocessen groeit een visie op de kwaliteit van zorg en de manier waarop deze moet worden gewaarborgd. Volgens Williamson (1978: pxiv) verwijst de term kwaliteit naar effectiviteit (doeltreffendheid) en efficiëntie (doelmatigheid): 'we will use the term quality assurance to encompass what has been traditionally called quality (that is, effectiveness) of care and what is currently implied by cost containment (that is, efficiency)'. Een beoordeling van de kwaliteit is daardoor nauw gerelateerd met een doelstelling van de zorg. Doeltreffendheid vergt een afweging van de mate waarin het gestelde doel daadwerkelijk is bereikt (getroffen). Doelmatigheid vereist daarenboven een afweging van de manier waarop het doel wordt bereikt in termen van kosten of ingezette middelen. Williamson (1992) onderscheidt daarbij drie soorten effecten van zorg: (i) een effect op gezondheid, gemeten met behulp van de kwaliteit van leven; (ii) een economisch effect, in termen van een reductie van het financiële verlies dat een patiënt leidt doordat deze niet goed kan functioneren, en een vermindering in kosten van curatieve zorgvoorzieningen doordat de gezonde persoon daarvan (bij een effectieve preventie) geen gebruik maakt; (iii) een sociaal gevolg, waaronder aspecten als tevredenheid, kennisvermeerdering en ethisch-juridische gevolgen voor consumenten of zorgaanbieders vallen. Gezondheidszorg draagt zo (uiteindelijk) bij aan het maatschappelijk welzijn door middel van een beïnvloeding van de gezondheidstoestand.<sup>79</sup> Doeltreffendheid en doelmatigheid zijn de aspecten van gezondheidszorg, die het onderwerp van kwaliteitsbewaking of -bevordering vormen.

<sup>79</sup> Williamson (1992) beschouwt de feitelijk behaalde opbrengst (benefit) in termen van resultaten of effecten van zorgverlening als het uiteindelijke product van de gezondheidszorg. Daarbij kiest hij ervoor zorghandelingen of geleverde diensten niet als een product van gezondheidszorg te definiëren teneinde zijn benadering te onderscheiden van industriële of utilistische benaderingen. In deze visie is gezondheidszorg een determinant van de gezondheidstoestand. Deze relatie is echter omstrepen (McKeown, 1975; 1976). Vereist is een intermediair, namelijk zorghandelingen, als output van het gezondheidszorgsysteem. Een onderscheid tussen *outcome* en *output* is nodig. De geleverde diensten (zorghandelingen) zijn een output van het gezondheidszorgsysteem en het effect van deze diensten op de gezondheidstoestand is de *outcome* van gezondheidszorg. Het model is derhalve: gezondheidszorg >>> diensten (output) >>> verandering in gezondheidstoestand, kosten, welzijn (outcome). Deze nuance is nodig om theoretische beweringen als 'longkanker is door toeschrijving aan het roken als vermijdbare sterfte te beschouwen' (Rutstein, 1976) van een praktische betekenis te voorzien (zie hoofdstuk 5). Het terugdringen van roken is immers afhankelijk van de mogelijkheid tot effectieve preventie

Williamson ontwikkelt een methode voor kwaliteitsbevordering op basis van onderzoek in zesenvijftig ziekenhuizen in de Verenigde Staten gedurende 1968-1973 (Hoekstra & Verzellenberg, 1983). Hij spreekt over 'quality assurance', het waarborging of bewaken van de kwaliteit, ofwel 'maintaining quality at an acceptable level in order to engender the confidence and faith of participants' (Lohr, 1990).<sup>80</sup> Het doel is: 'to meet personal and professional demands for excellence, to respond to society's demand for accountability, to increase physicians' satisfaction in their work, and to improve the health and satisfaction of patients to whom care is provided' (Williamson et al., 1982: p4). Een streven naar perfectie, het afleggen van verantwoording, en tevredenheid vormen de hoekstenen van diens benadering. Williamson heeft deze de 'Health Accounting Approach' genoemd (Williamson et al., 1982; Williamson, 1988). Deze lijkt veel op een gestructureerd probleem oplossingsproces, zoals dat in de jaren zeventig binnen de gezondheidszorg meer en meer in zwang komt (Weed, 1969). De 'Health Accounting Approach' is geïnspireerd door de cybernetica, de wetenschap van het sturen en beheersen van processen: 'In the early sixties I conceptualized Health Accounting as a management model to integrate continuing education and patient care research into an ongoing cyclic function to systematically improve the quality of medical care' (Williamson, 1988).<sup>81</sup> Williamson refereert daarbij naar het artikel uit 1967, waarin hij een verband legt tussen kwaliteitsbewaking en leerprocessen: 'explore the feasibility of improving the quality of hospital care by integrating programs of continuing education and patient care research (Williamson et al., 1967).

Williamson (1988) definieert de 'Health Accounting Approach' als 'the ongoing systematic management of the quality of health care in all its many aspects, whether ambulatory or inpatient, acute or long term, as viewed from either the consumer or the provider frame of reference, or applied at the individual or the national level of social aggregation'. Het streven naar perfectie is vertaald in een streven naar afstemming van de theorie op de praktijk. De methode bestaat uit de volgende stappen (Williamson et al., 1982: p65-79):

- (i) keuze van het onderwerp (topic selection and prioritization): identificeer een probleem met een hoge prioriteit; dat wil zeggen een probleem dat vaak voorkomt of buitengewoon ernstig is, terwijl er een goede mogelijkheid tot preventie of interventie voorhanden is;
- (ii) analyseer het zorgproces (problem verification): verzamel ter plaatse gegevens over de behaalde resultaten of de gang van zaken, bijvoorbeeld met behulp van (klinisch) epidemiologische gegevens uit zorgregistraties of met behulp van statusonderzoek ('chart review');

---

maatregelen, een output van het gezondheidszorgsysteem.

<sup>80</sup> Ter onderscheid met 'quality assessment' waarvoor het werk van Donabedian model staat, en 'quality improvement' dat door Berwick tot thema van de jaren negentig is gemaakt (Lohr, 1990).

<sup>81</sup> Toetsing en rekenschap afleggen werden in de gezondheidszorg aanvankelijk in het kader van leren en evaluatie geplaatst. Een leerproces heeft een overeenkomstige structuur als een audit. Beide kunnen worden weergegeven als cyclische processen (Batstone, 1990).

- (iii) vergelijk de waargenomen praktijk (meetgegevens) met standaarden of richtlijnen. Indien een discrepantie aanwezig is, is er sprake van een kwaliteitsprobleem (initial assessment);
- (iv) stel (plaatselijk) de mogelijkheid van zinvolle en haalbare interventie vast, gegeven de beschikbare middelen en mogelijkheden (definitive assessment);
- (v) laat deskundigen of direct betrokkenen een waardeoordeel toekennen aan bepaalde aspecten van de mogelijke interventie of de gevolgen ervan. De deskundigen moeten met name trachten aan te geven wat onder de gegeven omstandigheden een haalbare verbetering is (improvement planning);
- (vi) implementeer de voorgestelde verbeteringen (implementation of improvement actions);
- (vii) herhaal de procedure na enige tijd om te zien of de veranderingen ook daadwerkelijk tot stand zijn gekomen, of dat er nieuwe problemen zijn gerezen (reassessment).

De ‘Health Accounting Approach’ is gebaseerd op ‘the premise that quality assurance (QA) must integrate the health and management sciences to analyze care benefits and disbenefits with the same rigor as is applied to the analysis of fiscal profits and losses (i.e. financial accounting), as developed for business and industry in Scotland during the late 17th and early 18th centuries’ (Williamson, 1988).<sup>82</sup> Het leerproces wordt zo in verband gebracht met een morele waarde, het afleggen van rekenschap. De geneeskunde is een relatief schaars goed, zodat het gebruik van geneeskundige voorzieningen, zowel van de zijde van de beroepsbeoefenaar als van de zijde van de patiënt, vraagt om rekenschap tegenover een samenleving die deze voorzieningen in stand houdt. De samenleving heeft de zorgverlener het vertrouwen geschonken dat deze de beschikbare middelen zorgvuldig besteedt. Wanneer de zorgverlener laat zien dat deze systematisch bezig is met het waarborgen van de kwaliteit, consequenties trekt uit de toetsing van het eigen handelen en de resultaten van deze toetsing naar buiten brengt, maakt deze het geschonken vertrouwen waar (Reerink, 1985). Het streven naar perfectie in de vorm van een afstemming van de theorie op de praktijk, van verwachte op gerealiseerde mogelijkheden, ofwel van een potentieel op een gerealiseerd effect, staat in dienst van het afleggen van een verantwoording voor de geleverde zorg.

### 3.4.3 Potentieel en gerealiseerd effect

De discrepantie tussen medische theorie en praktijk is de theoretische basis voor de ‘Health Accounting Approach’. Het doel is deze te verkleinen, dan wel geheel weg te werken. Het onbehaalde, theoretisch haalbaar effect van het medisch handelen, naar Amerikaans gebruik aangeduid met behulp van een acroniem ABNA (‘Achievable Benefit Not Achieved’), is dan ook een belangrijk aspect van Williamson’s theorievorming

---

<sup>82</sup> De verwijzing naar de accountancy in de financiële sector van het bedrijfsleven is een rechtstreekse echo van de woorden van Codman (*zie paragraaf 3.2*).

(Williamson, 1978; 1988).<sup>83</sup> Williamson postuleert een verbeteringspotentieel ('Improvement potential'). Een verbeteringspotentieel is een verschil in (resultaat van) zorgverlening onder ideale (haalbare) en alledaagse omstandigheden (gerealiseerde) dat niet *adequaat* kan worden verklaard. Het kwaliteitsgericht handelen is vervolgens gebaseerd op (i) verbeteringsmogelijkheden en (ii) de mate waarin deze mogelijkheden kunnen worden benut.

Een dergelijke redenering is sterk afhankelijk van kennis over de aanwezige mogelijkheden ofwel capaciteiten van de zorg. Kennis over de mogelijkheden of capaciteiten van het medisch handelen wordt ontleend aan wetenschappelijk onderzoek. In de jaren vijftig en zestig kwamen op grote schaal nieuwe medische technieken en geneesmiddelen ter beschikking. De vraag werd gesteld in welke mate deze het gunstig effect van de zorg daadwerkelijk verbeteren. Om een antwoord te vinden op deze vraag wordt gerandomiseerd interventie- ofwel effectonderzoek (Randomised Clinical Trial; RCT) verricht (Wulff, 1980: p147). In dit soort onderzoek wordt een nieuwe medische technologie (geneesmiddel of behandeling) op gestandaardiseerde en nauwkeurig gecontroleerde wijze vergeleken met al aanwezige therapeutische mogelijkheden of met het natuurlijk beloop van een ziekte. Deze opzet laat een conclusie toe omtrent de werkzaamheid van een geneesmiddel of een therapie (Wulff, 1980: p132-146). Tevens geeft het de mogelijkheid de grootte van het effect van een medische (be)handeling te schatten (De Lang & Lubsen, 1987). Deze effectgrootte is een maat voor het potentieel van de desbetreffende medische behandeling en bepaalt het te verwachten effect in de klinische praktijk (Harteloh et al., 1996a).

Het effect, bereikt onder nauwkeurig beheerste en gecontroleerde experimentele omstandigheden, wordt niet altijd in de praktijk, onder alledaagse omstandigheden (aan het ziekbed), gereproduceerd, zoals uit observationeel (uitkomst) onderzoek blijkt (Tarlov et al., 1989). In de klinische praktijk kunnen onvoorziene invloeden een rol spelen, die een deel van het potentieel effect van het medisch handelen teniet doen of sterk afzwakken. De therapietrouw kan bijvoorbeeld slecht zijn, omdat het geneesmiddel vies smaakt, er te vaak een tablet moet worden ingenomen, de patiënt niet gelooft in de voorgeschreven therapie, of er te weinig kennis aanwezig is om de voorgeschreven therapie ook daadwerkelijk op te volgen. De patiëntenpopulatie kan in de praktijk wat betreft samenstelling verschillen van de onderzoekspopulatie (ouder, erger ziek, etc.). De indicatiestelling kan minder scherp worden, omdat de therapie ook wordt gegeven aan groepen patiënten die niet in het effectonderzoek waren opgenomen. De geïndiceerde zorghandeling kan door de zorgverlener niet correct zijn uitgevoerd (slechte protocoltrouw) (zie tabel 3.1).

---

<sup>83</sup> Door onderscheid te maken in actualiteit en potentialiteit van een zorghandeling sluit Williamson aan bij een oude metafysische traditie. Onder actualiteit (energia) verstaat Aristoteles een toestand (zijnsgraad) waarin een entiteit andere entiteiten voort kan brengen of voortgebracht kan worden. In feite komt dit neer op de realiteit van entiteiten en gebeurtenissen. Onder potentialiteit (dynamis) verstaat Aristoteles het vermogen van een entiteit verandering teweeg te brengen, geen toestand (zie tabel 2.1).

Tabel 3.1 Discrepantie tussen potentieel en gerealiseerd effect

Discrepantie toegeschreven aan	Beleidsmaatregelen om eventuele discrepantie terug te dringen
patiëntenpopulatie	risicoselectie, verscherping van indicatiestelling, verbetering therapietrouw, modulatie van verwachtingen, communicatie over effect medische interventies
indicatiestelling	consensus bevorderen, nader onderzoek naar effect op deelpopulaties verrichten
uitvoering van de medische interventie	protocollering, budgettering, volumebeperking, regionalisering
zorgverlener	opleiding, na- en bijscholing, verbetering protocoltrouw, financiële prikkels, ervaring en vorming, deelname aan intercollegiale toetsing
kans op effect van de medische interventie	standaardisering van effectmeting, nader onderzoek naar potentieel effect (klinische trials, meta-analyse), nader onderzoek naar lokaal effect (uitkomst onderzoek, cohort studie)
lokale omstandigheden	financiële of structurele maatregelen initiëren

Bron: Harteloh et al., 1996a

Vergelijking van het effect van een medische interventie in een klinische trial met het effect van een dergelijke interventie in de praktijk kan informatie geven over de discrepantie tussen potentieel en gerealiseerd effect (Harteloh et al., 1996a). Daarmee is een bepaalde waardering van medische kennis in het geding.<sup>84</sup> Het experiment is maatgevend voor de mogelijkheden van het medische handelen. Een dergelijke gedachte voedt de zogenaamde 'evidence based medicine' (Cochrane, 1979). Meta-analyse van klinische trials wordt gezien als bewijs voor de werkzaamheid van een medische interventie. Het niet realiseren ervan in de praktijk wordt in verband gebracht met de kwaliteit van zorg. Williamson postuleert een samenhang tussen het oordeel over kwaliteit en de grootte van een discrepantie tussen potentieel en gerealiseerd effect van zorgverlening. Kwaliteit wordt opgevat als een capaciteit van het medisch handelen (*zie hoofdstuk 2, tabel 2.1*).

<sup>84</sup> Het technische model van geneeskunde speelt hier een rol. Het berust op een onderscheid in verschillende soort kennis. Volgens Aristoteles is er sprake van wetenschappelijke kennis (epistêmê), als men de eerste beginselen kent en deze kan bewijzen met behulp van inductie of deductie. De eerste beginselen worden verkregen door middel van intuïtie (nous). Tezamen leiden nous en epistêmê tot wijsheid (sophia), indien er sprake is van een uitmuntende beheersing van deze vormen van kennis (kwaliteit!). Daarnaast is er volgens Aristoteles sprake van praktische kennis in de vorm van phronêsis als het gaat om het (louter) handelen met betrekking tot het goede leven (ethiek), en technê als het gaat om de vaardigheid iets te kunnen maken (Aristoteles, *Ethica N.*, p207-215). Dit onderscheid herkennen we in Williamson's model voor kwaliteitsbevordering. Er is een streven naar praktisch wijsheid, phronêsis, in het geding.



De cyclische structuur van Williamson's methode voor kwaliteitsbewaking sluit aan bij een theoretisch inzicht over de aard van het medisch handelen. De zorghandeling heeft een bepaalde capaciteit, een potentieel effect, vastgesteld onder experimentele omstandigheden (de klinische trial), waarbij de mogelijkheid bestaat dat dit potentieel effect in de praktijk, dat wil zeggen, bij het verrichten van een zorghandeling onder alledaagse omstandigheden slechts gedeeltelijk of niet wordt gerealiseerd.<sup>85</sup> De vraag is nu wanneer een eventuele discrepantie tussen beide een kwaliteitsprobleem is. Berust dit op (*zie paragraaf 3.4.2*): de keuze van het onderwerp: (fase (i) in de methode), de oorzaak van de waargenomen discrepantie (fase (iii) in de methode),<sup>86</sup> de mening van deskundigen (fase (v) in de methode), of het uiteindelijk effect van de interventie (fase (vi) in de methode)? Een criterium hiervoor wordt niet gegeven. Het Molière effect dreigt (*zie proloog*). Een waargenomen discrepantie wordt naar willekeur aan de kwaliteit van zorg toegeschreven om deze van een label te voorzien.

#### 3.4.4 Interpretatie van het begrip kwaliteit

Het werk van Williamson toont een aantal betekenissen van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg (*zie hoofdstuk 2, tabel 2.1*): (i) kwaliteit ontstaat door het voltrekken van een procedure (kwaliteitsbewaking). Vanuit filosofisch oogpunt is er sprake van een constructivisme;<sup>87</sup> (ii) kwaliteitsbewaking is een cyclisch proces, een aantal logisch samenhangende stappen, waarbij men uiteindelijk terugkomt op het vertrekpunt, en waardoor een transformatie plaatsvindt, zodanig dat er (meer) kwaliteit aan het zorgproces of de zorgverlener wordt toegeschreven. Kwaliteit is daarbij bovenal een capaciteit van zorgverlener of zorgverlening. De mate waarin deze zich gerealiseerd, bepaalt de mate van kwaliteit; (iii) het verschil tussen potentieel en gerealiseerd effect van het medisch handelen is het aangrijpingspunt voor kwaliteitsbewaking; (iv) kwaliteitsbewaking geeft een mogelijkheid tot het afleggen van rekenschap voor het medisch handelen en heeft zo een morele betekenis.

<sup>85</sup> Het is een belangrijke annotatie van het rationele denken over zorghandelingen. Experimenteel wetenschappelijk onderzoek brengt bepaalde wetmatigheden aan het licht, bijvoorbeeld: een verhoogde bloeddruk is door middel van diuretica te verlagen. Wanneer nu een arts diuretica voorschrijft voor een patiënt met een verhoogde bloeddruk, en geen effect waarneemt blijft de wetmatigheid 'diuretica verlagen de bloeddruk' gehandhaafd, doordat een zogenaamde couter-factual in werking treedt (if p than q, but not p), bijvoorbeeld: als deze patiënt de diuretica volgens voorschrift zou hebben ingenomen, zou de bloeddruk zijn gedaald. De niet waargenomen wetmatigheid wordt ad hoc verklaard door middel van een hypothese over de therapietrouw.

<sup>86</sup> Bij een discrepantie tussen de opgestelde criteria en realiteit doen zich twee mogelijkheden voor. De criteria zijn niet realistisch of de zorgverlening vertoont tekorten (Reerink, 1983).

<sup>87</sup> Het constructivisme is van origine een wiskundige visie: 'The view that mathematical entities exist only if a constructive proof can be given' (Flew, 1979). Door het intuïtionisme van Brouwer (*zie voetnoot 39*) is het van een grotere reikwijdte voorzien. Het constructief bewijs volgt de stappen van begripsontwikkeling (*zie paragraaf 2.3*). De door Williamson voorgestelde procedure is als een (non-formeel) bewijs voor het bestaan of de aanwezigheid van kwaliteit te beschouwen en kan daarom een rol spelen bij het afleggen van verantwoording voor zorgverlening.

Williamson is de grondlegger van een methode voor kwaliteitsbewaking. Daarbij is een streven naar praktische wijsheid in het geding. De belangstelling voor leerprocessen gedurende de uitoefening van het beroep (vorming) groeit langzaam uit tot een stramen om het medische handelen te evalueren, dat vervolgens als methode van kwaliteitsbewaking wordt beschouwd. Deze methode wordt ondergebracht in specifieke organisatiestructuren (na- en bijscholing, ziekenhuiscommissies, CBO). Het grondplan ervan is gebaseerd op de cyclische structuur van (agogische) leerprocessen, zoals die in de jaren zestig en zeventig in het onderwijs aan medici steeds meer opgeld doen (terugkoppeling).<sup>88</sup> De cyclische structuur van kwaliteitsbewaking weerspiegelt een opvatting over kwaliteit. Kwaliteit is de mate waarin een zorghandeling in de medische praktijk tegemoet komt aan het aanwezige normatief referentiekader. Het postuleren van een cyclische structuur draagt bij aan een brede toepassing van het kwaliteitsgericht handelen, maar nauwelijks aan het eigen karakter ofwel de identiteit ervan.<sup>89</sup> Het probleem oplossingsproces, terugkoppeling, voorwaartskoppeling, evaluatie kennen alle een cyclisch grondplan, waarbij men uitgaande van een (willekeurig gekozen) vertrekpunt na een aantal welomschreven stappen op een uitgangspunt terugkomt dat een inhoudelijke gelijkenis met het vertrekpunt vertoont. De identiteit van het *kwaliteits*probleem is niet scherp afgebakend.

Het begrip kwaliteit wordt nauw geassocieerd met doeltreffendheid en doelmatigheid. Williamson hanteert een model van een zorghandeling waarin doelen een logische samenhang vertonen met een zorgproces, de ingezette menskracht en middelen, en de resultaten ervan. Aan de hand van waargenomen effecten is een beoordeling van de doeltreffendheid (effectiviteit) of doelmatigheid (efficiëntie) mogelijk, en aan de hand van doeltreffendheid en doelmatigheid is een oordeel over de kwaliteit van de zorg te vellen. Dit vereist het formuleren (zoeken) van een doel voor de zorginstelling of de

---

<sup>88</sup> De cyclische structuur van Williamson's methode vertoont verwantschap met de in het bedrijfsleven gehanteerde structuur van kwaliteitszorg, de 'Deming cyclus'. Deming is een van de grondleggers van kwaliteitskunde in het bedrijfsleven. Hij introduceert een schema, ontleend aan Shewhart, waarin vier fasen worden onderscheiden die een logische samenhang vertonen en tezamen een continue proces van kwaliteitsbevordering teweeg brengen, namelijk 'planning, uitvoering, toetsing en bijstelling' (Deming, 1994: p94). Dit grondplan van een evaluatieproces drukt uit dat een combinatie van voorwaarts- en terugkoppeling wordt gezien als methode om de kwaliteit van een product te verbeteren. Meer gedetailleerd treffen we het aan in Williamson's 'health accounting approach' (zie Harteloh & Casparie, 1998: p103). Williamson blijft echter in terminologie en aangrijpingspunt (de zorghandeling) binnen de begrenzingen van de gezondheidszorg, waardoor diens benadering als zorginhoudelijk te kenschetsen is.

<sup>89</sup> In Nederland heeft het CBO de procedure van Williamson met een aantal modificaties vorm gegeven. Daarbij zijn de verschillende onderdelen van de procedure bij verschillende organen ondergebracht. Er is een groot aantal prioriteiten zittingen gehouden in ziekenhuizen (lokaal). Het CBO beschikte over een wetenschappelijke raad die aan de hand van de onderwerpen die uit prioriteiten zittingen naar voren komen, consensusbijeenkomsten organiseert om het normatieve referentiekader voor de volgende fasen op te stellen (landelijk). Met behulp van dit normatieve referentiekader kan vervolgens in de ziekenhuizen intercollegiale toetsing plaatsvinden (Baarveld et al., 1982). Klazinga (1996) onderzoekt de uitwerking van dit model in Nederland en concludeert vooral een gebrek aan samenspel tussen de verschillende stappen. De prioriteiten zittingen sluiten niet goed aan bij de consensusbijeenkomsten en de consensusbijeenkomsten niet bij de onderwerpen die voor intercollegiale toetsing worden gekozen.

zorghandeling (Colsen & Harteloh, 1993). De rationele zorghandeling is dan ook doelzoekend en gericht op een evenwicht tussen ingezette middelen en uitkomsten.

Het doelzoekende karakter van de zorghandeling verschaft op lokaal niveau een zekere vrijheid in onderwerpskeuze, prioriteitstelling of gehanteerde waarden en normen bij kwaliteitsbewaking. Volgens deze moraal van het kwaliteitsgericht handelen is het onmogelijk een algemeen geldende voorschrift voor de inhoud van de zorg te geven. Steeds is afstemming op lokale doelen vereist. Wel kan een procedure worden aangegeven die een ieder (lokaal) moet voltrekken om de kwaliteit van zorg te waarborgen. Deze biedt mogelijkheid tot objectivering van bedoelingen en handelingen: 'It is possible, however, to remove emotional connotations from the terminology by emphasizing that QA is a procedure, not a goal' (Munchow, 1986). Een procedure past binnen een politiek kader waarin de aandacht voor kwaliteit op lokaal niveau wordt gestimuleerd zonder dat daarbij een specifieke norm wordt voorgeschreven. Het afleggen van verantwoording voor het medisch handelen is de onderliggende morele waarde. Door middel van kwaliteitsbewaking legt de zorgverlener verantwoording af voor het medisch handelen aan patiënt, bestuurders, en samenleving. Er wordt niet alleen gehandeld, maar ook op de hoedanigheid van de handeling gelet. De attitude ofwel het karakter (ethos) van de zorgverlener vormt hiervoor de basis. Kritische zelfreflectie is een voorwaarde voor kwaliteitsgericht denken en handelen.

Er is nu een tweetal belangrijke verschillen tussen Donabedian en Williamson als het gaat om de betekenis van het begrip kwaliteit. Williamson hanteert een constructivistische visie op kwaliteit, Donabedian een realistische (zie paragraaf 3.3.5).<sup>72</sup> Bij Williamson krijgt de kwaliteit van zorg gestalte in een methode, een logisch samenhangende stappenplan. Bij Donabedian wordt de kwaliteit van zorg gemeten en beoordeeld, zoals de kleur van een tafel of stoel kan worden gemeten (als golflengte) en kan worden beoordeeld (mooi, lelijk, etc.). Sedert de jaren zeventig staan deze twee opvattingen over de kwaliteit van zorg als een wetenschappelijke en een pragmatische school tegenover elkaar. Totdat er in de jaren negentig een geheel nieuw geluid gaat ontstaan.

### 3.5 Het streven naar continue verbetering

Donald Berwick is een belangrijk criticus van de traditionele benadering van kwaliteit in de gezondheidszorg.<sup>90</sup> Hij doet vooral in de jaren negentig van zich spreken als hij na het volgen van een cursus bij een van de grondleggers van de kwaliteitskunde in het bedrijfsleven zich een duidelijk idee heeft gevormd over een alternatief voor het op dat moment gangbare kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg. Berwick (1989b) stelt *verbetering* van de kwaliteit van zorg centraal. Deze boodschap doet enigszins paradoxaal aan tegen de achtergrond van de stormachtige ontwikkeling die gezondheidszorg doormaakt. Berwick heeft er dan ook een speciale bedoeling mee. Hij doelt op *beheersing* (Berwick,

<sup>90</sup> Berwick is een kinderarts met een opleiding in de algemene gezondheidszorg (public health). Tevens beschikt hij over een managementtraining (Millenson, 1997: p244). Hij was verbonden aan het Harvard Community Health Plan een van de oudste en grootste HMO's in de Verenigde Staten. Sinds 1992 is Berwick werkzaam bij een nonprofit organisatie, gericht op verbetering in de gezondheidszorg: 'Institute for Healthcare Improvement' te Boston.

1991).<sup>91</sup> Sedert de Tweede Wereldoorlog is de geest uit de geneeskundige fles. Er is een veelheid aan geneesmiddelen en nieuwe technologieën ter beschikking gekomen. De toverformule tot zinvolle aanwending van de losgewoelde krachten is echter nog niet gevonden. Dat is vaak de teneur van kritiek op de moderne gezondheidszorg (zie bijvoorbeeld: Verbrugh, 1972; Illich, 1975). Tegen deze achtergrond krijgt het begrip *beheersing* betekenis voor de hedendaagse gezondheidszorg. Het gaat erom de zorg beter af te stemmen op maatschappelijke of individuele doeleinden: 'Improvement involves the design and redesign of products, services, and processes of work so that they better match the needs and expectations of the people they serve, while minimizing waste' (Berwick & Nolan, 1995). In de benaderingen van Donabedian of Williamson is verbetering doorgaans een impliciet gevolg van meting of evaluatie van de zorg (Berwick, 1990). Berwick beoogt het streven naar verbetering expliciet te maken. Hij wijst op de noodzaak van leiderschap, integratie van werkzaamheden en een gericht, goed onderbouwd kwaliteitsbeleid, zowel op het niveau van het individu (Berwick & Nolan, 1998) als op dat van de organisatie (Berwick, 1996b). Ideeën hiervoor ontleent Berwick aan een bedrijfskundige traditie (Berwick, 1998b). Hij gebruikt metaforen en aansprekende voorbeelden als polemisch instrumentarium om het denken over kwaliteit te beïnvloeden.<sup>92</sup> Het lichtvoetige, beeldende karakter van Berwick's betoog staat dan ook in schrill contrast met de ernstige, strakke betoogtrant van Donabedian, of de nuchtere, zakelijke invalshoek van Williamson. De bedrijfskundige benadering stelt de identiteit van het kwaliteitsgericht denken en handelen in de gezondheidszorg ter discussie. Dit is een nieuw element in het debat over de kwaliteit van zorg. Er wordt een ander voorbeeld gebruikt om een primair begrip, kwaliteit, te operationaliseren (zie paragraaf 2.4).

### 3.5.1 Een nieuwe moraal van het kwaliteitsbeleid

Aanvankelijk is Berwick geïnteresseerd in de besliskunde zoals die in de jaren zeventig haar intrede in het medische denken heeft gedaan. Hij verrichtte onderzoek naar screeningstesten (Berwick, 1985), besluitvorming en de kosten-effectiviteit van zorgvoorzieningen (Berwick & Weinstein, 1985). De eerste bemoeienis met kwaliteit is zichtbaar in een artikel in 1986 waarin de invloed van terugkoppeling op het gebruik van laboratoriumtesten is onderzocht (Berwick & Coltin, 1986). Hierin zet Berwick zich enigszins af tegen leermodellen, zoals bijvoorbeeld Williamson die hanteert (zie paragraaf 3.4.1). Over de methode, terugkoppeling, lijkt overeenstemming, maar Berwick mist een (pas-send) beleidskader, doel en identiteit (Berwick & Coltin, 1986).

In 1988 verschijnt Berwick's eerste artikel over de kwaliteit van zorg. Hij is dan voorzitter van de commissie voor kwaliteitsmeting binnen het Harvard Community Health Plan en hij zal ongetwijfeld in dit verband zijn geconfronteerd met het referentie-

<sup>91</sup> 'They [Japan] showed the deep theoretical link between quality, on the one hand, and process variation, on the other. Unpredictable processes do not lead to consistently excellent quality. Controlling quality means, in part, managing processes so that they become predictable' (Berwick et al., 1991: p14).

<sup>92</sup> En niet zonder effect! Het 'Quality Review Bulletin', het tijdschrift dat de activiteiten van de 'Joint Commission' begeleidt, wordt in 1993 omgedoopt in het 'Journal of Quality Improvement'.

kader van Donabedian. Het artikel gaat vooral over meetmethoden. De traditionele benadering wordt gehekelde en de kritiek is fors: 'Research on targets of measurement (structure, process, and outcome) and methods of measurement (implicit, explicit and sentinel methods) has not yet produced managerially useful applied technology for quality measurement in real-world settings' (Berwick, 1988). Kwantitatieve technieken afkomstig uit de beslistkunde worden als een alternatief genoemd.<sup>93</sup>

Al ras wordt het traditionele geneeskundige gedachtegoed verlaten. Er ontstaat een nieuw geluid, ontleend aan bedrijfskundige ideeën over het waarborgen van de kwaliteit. Berwick volgt een cursus bij Deming.<sup>94</sup> Aanvankelijk is de confrontatie frustrerend: 'Something fundamental was at stake, some set of assumptions so wide and so pervasive that, psychologically, defence seemed more convenient than learning' (Berwick, 1998a). Maar geleidelijk aan voltrekt zich een verandering en wordt Berwick een belangrijke voorstander van Deming's benadering. Een collega merkt op: 'Normally calm and contained, Berwick radiated an excitement bordering on elation as he described his experience' (Millenson, 1997: p258).

Begin jaren negentig geeft Berwick de aanzet tot een nieuwe benadering van de kwaliteit van zorg. Verschillende theoretische perspectieven worden daarin samengevoegd. Het doel is verbetering van de zorgverlening te bewerkstelligen en daarbij bureaucratie, achterdocht en (financiële) strafmaatregelen te vermijden. In een invloedrijk artikel formuleert Berwick (1989a) hierover zijn ideeën: 'health services research must pursue at least four intellectual agendas: the study of efficacy (knowing what works), the study of appropriateness (using what works), the study of execution of care (doing well what works), and the study of the purposes of care (the values that underlie action)'.<sup>95</sup>

<sup>93</sup> In de referenties duidt de naam van Crosby op, een van de grondleggers van kwaliteitskunde in de industrie. Kennelijk was Berwick al bezig diens blik te verruimen.

<sup>94</sup> De Amerikanen Deming en Juran ontwikkelden kort na de Tweede Wereldoorlog een aantal principes voor de kwaliteitsbewaking en -bevordering in het bedrijfsleven. Deze vonden met name in Japan weerklank en speelden er een belangrijke rol bij de wederopbouw van de industrie (Ishikawa, 1986). Deming is een statisticus. Hij beschreef een procedure waarbij statistische informatie over het productieproces of over het product werd verzameld. Deze informatie wordt vervolgens niet (alleen) door wetenschapper, maar groepsgewijs door medewerkers geanalyseerd om te zien in hoeverre verbeteringen van het productieproces mogelijk zijn. De voorgestelde verbeteringen worden ingevoerd, waarna het proces weer van voren af aan begint, dat wil zeggen, er wordt weer statistische informatie verzameld, geanalyseerd om vervolgens nieuwe verbeteringen voor te stellen en te implementeren (Deming, 1994). De aard van de realiteit vereist een continuïteit. Juran is een manager. Hij stelde dat verbetering van de kwaliteit van een productieproces berust op begrip van en inzicht in: (i) de omstandigheden waaronder het productieproces plaatsvindt; (ii) de personen die het productieproces ten uitvoer brengen; (iii) de klanten waarvoor het product is bestemd (Juran, 1964; 1974). Juran gaf daarmee een beleidskader en management georiënteerde onderbouwing aan de techniek van Deming.

<sup>95</sup> Het bestuderen van efficacy komt neer op het verrichten of (meta) analyseren van gerandomiseerd interventie onderzoek (RCT's). Het levert een wetenschappelijk bewijs voor het (effect van) medisch handelen. 'Gepaste zorg' berust op consensus onder beroepsbeoefenaren over de meest aangewezen handelwijze in een bepaalde situatie. Deze consensus kan worden gebruikt als onderbouwing van richtlijnen voor de medische praktijk. Het bestuderen van de praktijk levert aanwijzingen over mogelijkheden tot procesverbeteringen. Maatschappelijk waarden bepalen uiteindelijk de (rechtvaardige) inzet van gezondheidszorgvoorzieningen (Berwick, 1989a).

Het samenbrengen van deze principes in het kwaliteitsbeleid is voorwaarde voor een gunstige invloed ervan op de gezondheidszorg. Deze gedachten vinden hun weg onder de noemer 'De juiste dingen goed doen' (Berwick, 1994). Dit tweeledige principe is de slagzin van een nieuwe moraal van het kwaliteitsbeleid die Berwick in een aantal artikelen verder uit zal werken (zie bijvoorbeeld: Berwick, 1994; 1998a).

Om principes van het kwaliteitsgericht denken en handelen op een beeldende wijze uiteen te zetten maakt Berwick (1989b) gebruik van verschillende metaforen. Zo schetst hij het beeld van twee productielijnen met bijbehorende managers. De manager van productielijn één houdt nauwkeurig toezicht op al hetgeen er gebeurt en werkt met methoden om werkprestaties te meten. Hierdoor worden diegenen opgespoord die niet capabel zijn, of die hun taak niet goed uit willen voeren. Deze personen worden bestraft, desnoods vervangen. Er zijn immers vele andere capabele individuen op de markt, die ter vervanging kunnen dienen. De manager van productielijn twee gaat op een andere wijze te werk. Hij observeert het productieproces en stelt dat er een gemeenschappelijk belang aanwezig is, namelijk dat het productieproces goed verloopt. De meeste medewerkers doen hun best, maar soms gaan er dingen mis. De kunst is nu om (gezamenlijk) mogelijkheden voor verbetering te zoeken, zodanig dat de kwaliteit van het productieproces wordt verhoogd. De omstandigheden waaronder wordt gewerkt, moeten worden verbeterd om medewerkers in staat te stellen hun taak beter te kunnen verrichten. Ervaring met de uitvoering van de werkzaamheden is belangrijk. Deze mag niet verloren gaan. Het verleden moet een les zijn voor het heden en de toekomst. Vervolgens stelt Berwick de lezer de retorische vraag waar deze liever zou werken en welke productielijn beter zal functioneren. Het is duidelijk dat de voorkeur uitgaat naar de tweede situatie.

De metafoor is een krachtige uitdrukking voor bedrijfskundige theorieën over organisatie en organiseren. De Amerikaanse lezer herkent ongetwijfeld in de eerste productielijn de traditionele aanpak van kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg. De Amerikaanse overheid die middels de 'Health Care Financing Administration' (HCFA) vele gegevens over gezondheidszorg verzamelt om op grond daarvan de kwaliteit te meten, en de 'Peer Review Organizations' die in opdracht van de HCFA ziekenhuizen evalueren en strafpunten uitdelen waarop financiële sancties volgen (Verzoo, 1988a; Bodenheimer, 1999), zijn in deze metafoor gevat. Het alternatief zoals gevat in de tweede productielijn verwijst naar principes van kwaliteitsgericht denken en handelen zoals die zich inmiddels in het bedrijfsleven hebben ontwikkeld waarbij met name identiteit, cultuur, en sfeer middelen zijn om de kwaliteit te beïnvloeden. Het leren op basis van ervaring zodanig dat deze optimaal benut wordt om processen te verbeteren, sluit aan bij het gedachtegoed van Williamson. Een visie op de organisatie waarbinnen de aandacht voor kwaliteit moet worden ontwikkeld, is het verschil. De veranderende aard van de gezondheidszorg noopt tot het denken in termen van systemen en integrale zorgverlening. Zorgverlening is geen solistische bezigheid meer, maar ingebed in een organisatie en deze organisatie is aan het veranderen (Blumenthal, 1996b). Dit is een belangrijke aangrijpingspunt voor bedrijfskundige invloeden op de gezondheidszorg. Naast het aloude thema van kostenbeheersing dat vaak met restricties van zorgverlening of zorgverlener gepaard gaat (zie ook Heckman, 1985), wordt nu een handreiking geboden tot een betere organisatie van praktijk en beroepsbeoefening; een optiek waarbij zowel zorgverlener, patiënt als samenleving voordeel kunnen hebben. Met diens artikelen pleit Berwick voor

een andere koers van het kwaliteitsbeleid in de jaren negentig, en vooral voor aanvulling in de vorm van een besturingsfilosofie die zin geeft aan het streven naar kwaliteit.

Een andere invloedrijke metafoor van Berwick betreft de omgang met fouten of tekortkomingen in de Amerikaanse gezondheidszorg. Hij bepleit een nieuwe visie op fouten, als betekenisvolle afwijkingen binnen een gangbare praktijk, een aangrijpingspunt voor analyse en daarmee de hoeksteen van een streven naar verbetering. De gangbare benadering wordt gekenschetst als een rotte appel theorie (Berwick, 1989b). Men stelle zich een fruitschaal voor waarop zich appels bevinden, waaronder rotte exemplaren. Deze rotte exemplaren worden niet hoog gewaardeerd. Zij verlagen de kwaliteit van het fruit. Het systematisch elimineren van de rotte exemplaren resulteert op den duur in een schaal met fruit van goede kwaliteit. De rotte appel theorie is te herkennen in het classificeren en het kwantificeren van fouten in de zorg (zie: Leape et al., 1991; 1994). Het doel is uiteraard nobel: voorvallen elimineren, waarvan aangenomen mag worden dat deze berusten op foutief handelen (het toepassen van een verkeerde techniek), of ongewenste gevolgen van medisch handelen, doordat de uitvoering niet optimaal is (verkeerd toepassen van een techniek). Hieraan ligt een aantal veronderstellingen ten grondslag, namelijk: (i) ongewenste gebeurtenissen zijn objectief in kaart te brengen; (ii) *als* het zorgproces naar behoren zou zijn uitgevoerd *dan* zou de onderhavige gebeurtenis niet zijn opgetreden<sup>96</sup>; (iii) de zorgverlener is (als causale factor) verantwoordelijk voor het optreden van fouten; (iv) ongewenste gebeurtenissen zijn te bestrijden door onderzoek, inspectie en bestraffing. Het beeld van de eerste productielijn doemt op.

Berwick wijst op een alternatief. Men kan zich - om in termen van de metafoor te blijven - ook afvragen hoe die rotte appels dan wel op de fruitschaal terecht zijn gekomen. Er zou ook gezocht kunnen worden naar methoden om fouten te voorkomen. Daartoe moeten fouten worden gemeld en geanalyseerd, en oplossingen kunnen worden uitgetest. Kennis van fouten biedt de mogelijkheid tot verbetering. Daarom moet het melden van fouten worden gewaardeerd. Dit is de les die het bedrijfsleven in de loop der tijd heeft geleerd. Het leidt tot een fundamenteel ander uitgangspunt dan een gerichtheid op totale beheersing van het productieproces, waarbij het individu op de werkvloer wordt gecontroleerd op fouten en zo nodig wordt bestraft. Het omgaan met fouten of tekortkomingen typeert een houding ten opzichte van kwaliteit. Een *fout* kan worden beschouwd als *afwijking* van de normale gang van zaken. De oorzaak wordt gezocht in het systeem. Het toepassen van bedrijfskundige principes betreft de personen die het productieproces ten uitvoer brengen nadrukkelijk bij de kwaliteitsbewaking of -bevordering. Het kwaliteitsbeleid functioneert in deze zienswijze beter als de organisatiestructuur een gunstige voedingsbodem is voor bewaken en bevorderen van de kwaliteit van product en productieproces (Berwick, 1996b). Het gaat erom een organisatiestructuur te creëren waarin een sfeer van constructief vertrouwen heerst, in plaats van een sfeer van achterdocht.

Tegen de achtergrond van deze principes formuleert Berwick een nieuwe moraal voor het kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg. Deze bestaat uit een aantal streefwaarden: '(i) reducing inappropriate surgery, hospital admissions, and diagnostic tests; (ii) reducing key underlying root causes of illness; (iii) reducing cesarean section rates to

<sup>96</sup> Het begrip kwaliteit in de betekenis van een dispositie (zie hoofdstuk 2, tabel 2.1).

pre-1980 levels; (iv) reducing the use of unwanted medical procedures at the end of life; (v) simplifying pharmaceutical use, especially for antibiotics and medication of the elderly; (vi) increasing active patient participation in therapeutic decision making; (vii) decreasing waiting times in health care settings; (viii) reducing inventory levels in health care organizations; (ix) recording only useful information; (x) consolidating and reducing the total supply of high technology medical and surgical care; (xi) reducing the racial gap in infant mortality and low birth weight' (Berwick, 1994). De geformuleerde doelstellingen vormen een staalkaart van de ongewenste gevolgen van de hedendaagse Amerikaanse gezondheidszorg en de minder gewaardeerde (bureaucratische) eigenschappen van het systeem. Een juiste houding tegenover tekortkomingen is van belang om deze te benaderen, zodanig dat een 'rotte appel theorie' wordt vermeden ten gunste van gerichte verbeteringen. In vergelijking met de traditionele moraal, zoals Donabedian die hanteert (zie paragraaf 3.3.4), zijn de streefwaarden zeer operationeel geformuleerd. De noodzaak tot beheersing klinkt erin door.

De nieuwe moraal wordt dan ook aangevuld met een methode om het zorgproces te beheersen: (i) 'simplify (reduce the number of steps and hand-offs in work processes, reduce nonessential elements of equipment, software and rules of production); (ii) standardize (limit unneeded variety); (iii) stratify (five sizes fit 80%); (iv) improve auditory communication patterns; (v) support communication against the authority gradient (train for team communication); (vi) use default properly; (vii) automate cautiously; (viii) use affordances and natural mapping; (ix) respect limits on vigilance and attention; (x) encourage reporting of errors and hazardous conditions' (Berwick, 1996b).

In de nieuwe moraal voor het kwaliteitsbeleid worden zorginhoudelijke en bedrijfskundige inzichten gecombineerd. Er ligt een sterke nadruk op sturing van zorgprocessen en de communicatieve aspecten die daarbij een rol spelen. Standaardisatie wordt niet geschuwd. Ook een zorgproces bestaat volgens Berwick voor het merendeel uit steeds terugkerende handelingen. Het is van belang deze te beheersen. De rotte appels (fouten en gevaarlijke situaties) worden gewaardeerd als bron van kennis over mogelijkheden tot verbetering van het zorgproces of de gezondheidszorg. Zij spelen een (positieve) rol in een besturingsfilosofie. De beperkt waarde van het opsporen en louter inventariseren wordt benadrukt. Berwick ontleent de methode openlijk aan het bedrijfsleven. Normen voor cockpitcommunicatie staan model, niet de traditionele medische normen en waarden voor het medische handelen (zie paragraaf 3.3.4). De nieuwe moraal voor het kwaliteitsgericht handelen krijgt gestalte als een besturingsfilosofie met beheersing van zorgprocessen als doel, teneinde de voorspelbaarheid van het verloop en de uitkomsten ervan te bevorderen.

### 3.5.2 Een reflexief model

Berwick ontleent een besturingsfilosofie aan de kwaliteitskunde in het bedrijfsleven. De principes van Taylor, de grondlegger van het wetenschappelijk management van bedrijfsprocessen, zijn begin deze eeuw al toegepast in Amerikaanse ziekenhuizen op uiteenlopende onderwerpen als de bereiding en voorziening van het voedsel tot de kwaliteit van hechtingen (Lembcke, 1967). In de jaren tachtig en negentig neemt de



bedrijfskundige invloed op de gezondheidszorg toe (Makens & McEachern, 1990).<sup>97</sup> De toenemende organisatiegraad van medische zorgverlening (Blumenthal, 1996b; Harvey, 1996) en de nauwe samenhang met overheid of nationale belangen (zie bijvoorbeeld: Boot & Kapen, 1983) zijn er debet aan. Een besturingsfilosofie wint nu aan belang.

Een besturingsfilosofie heeft een theoretische achtergrond in kennis over gedrag. Gedragsverandering is een centraal element in het pleidooi van Berwick (1998b). Het streven naar verbetering moet er een integraal onderdeel van gaan uitmaken. Vijf mogelijkheden worden overwogen: scholing betreffende de analyse van medische strategieën en kosten die deze met zich meebrengen, terugkoppeling zodanig dat de zorgverlener zijn gedrag (anoniem) kan vergelijken met dat van anderen of gangbare protocollen, administratieve veranderingen, groepsprocessen, positieve en negatieve beloningen (Berwick & Coltin, 1986). Berwick heeft een voorkeur voor terugkoppeling. Hij propageert een rationeel model voor het medisch handelen en hij heeft dit ongetwijfeld herkend in de zogenaamde Deming cirkel (zie *figuur 3.2*). Berwick (1996b) modificeert deze ietwat. Hij spreekt van een 'plan, do, study, act', in plaats van een 'plan, do, check, act'. Er worden doelen gesteld, meetpunten gedefinieerd, ideeën voor verbeteringen geïdentificeerd en uitgetest in de praktijk. Het bestuderen van de uitvoering past beter bij de gezondheidszorg dan een toetsing. Het ontbreken van een eenduidig normatief referentiekader voor een eenvoudige toetsing van de zorgverlening is hieraan debet. De procedure beschrijft een inductief leerproces. Een groei van kennis door het aanbrengen van veranderingen en evaluatie van het effect van deze veranderingen (Berwick, 1996b).

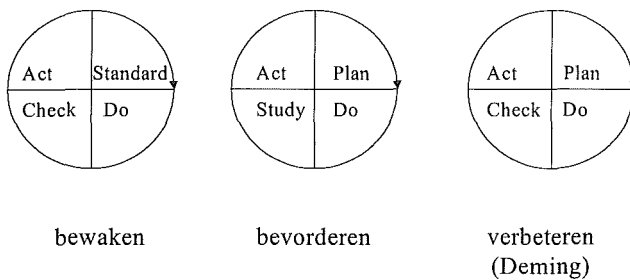
Een inductieve redeneerwijze kenmerkt het denkpatroon van de medische wetenschapper, maar wordt doorgaans niet systematisch toegepast in de dagelijkse praktijk. Doel is nu de inductieve werkwijze voor evaluatie van zorghandelingen te gebruiken: 'The plan-do-study-act cycle (PDSA) is a mnemonic for testing changes in real work settings. It defines activities not normally part of the work but which if made part of work can convert a system from at best a merely stable one to one capable of continuous learning' (Berwick, 1996b). Hiermee komt Berwick dicht bij de oorspronkelijke intenties van Williamson. Ook de 'Health Accounting Approach' is als een PDSA cirkel weer te geven (Harteloh & Casparie, 1998: p103). 'The science in PDSA is in the act of reflection, learning from what one did' (Berwick, 1996b). Belangrijk verschil tussen Williamson en Berwick is gelegen in de strategie en manier waarop het kwaliteitsgericht denken en handelen gerealiseerd moeten worden, alsmede de termen waarin het is gevat. De PDSA cirkel is interdisciplinair van aard. Probleemanalyse, innovatie of projectmanagement kunnen alle door de PDSA cirkel worden gestructureerd. Toepassing beperkt zich niet alleen tot de zorgverleners of tot het zorgproces. Ook een multidisciplinair team kan de PDSA cirkel toepassen. Het verbeterproces moet de schotten tussen zorgverleners en managers wegnemen. De kwaliteitscirkel waarin personen uit verschillende disciplines samenkomen rondom een gemeenschappelijk probleem is hiervan een voorbeeld. Het uitgangspunt is bovendien niet uitsluitend en alleen probleemgericht, zoals in

<sup>97</sup> In Nederland publiceren Hoekstra en Verzellenburg (1982a; 1982b; 1983) begin jaren tachtig al een artikelenserie in *Medisch Contact* over bedrijfskundige technieken en benaderingen van kwaliteitszorg. De boeken van Harteloh & Casparie (1991; 1994; 1998), Verbeek (1993) en Walburg (1997) zijn andere voorbeelden van pogingen bedrijfskundige principes voor de Nederlandse gezondheidszorg toegankelijk te maken.

de 'health accounting approach' (zie paragraaf 3.4.2), maar een ieder zorgaspect kan voorwerp van PDSA zijn. De fase van aanvang kan willekeurig worden gekozen, maar deze bepaalt wel de aard (naam, identiteit) van het proces (zie figuur 3.2). Daarmee verandert de identiteit van de kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg.

De meting van prestaties van personen of zorginstellingen wordt nadrukkelijk in het kader van verbetering geplaatst. Men is gewend aan meting ter selectie, beloning of bestraffing. Een meting moet echter worden gebruikt ter lering, als ijkpunt in een veranderproces. Het is belangrijk dit te benadrukken, omdat de gezondheidszorg gewend is metingen op wetenschappelijke merites te beoordelen. De meting is er een eindpunt, een oordeel. Vanuit dit oogpunt wordt er vaak wantrouwend of kritisch tegen kwaliteitsgericht handelen aangekeken, wanneer het een introductie van onbekende en doorgaans minder streng wetenschappelijk onderbouwde technieken betreft. Er is behoefte aan strategieën om deze nieuwe ideeën te implementeren. Daarvoor is een veranderingsconcept nodig (Berwick, 1996b). Berwick heeft er een aantal principes voor geformuleerd.

*Figuur 3.2 De Deming cirkel en zijn varianten*



*Bronnen: Berwick, 1996b; Imai, 1997: p23*

### 3.5.3 Principes van kwaliteitskunde

Berwick formuleert een aantal principes die zijn overgenomen door een commissie van het Institute of Medicine (IOM) teneinde de strategie voor het kwaliteitsbeleid in de Verenigde Staten te (her)formuleren (Lohr, 1990; Lohr & Harris-Wehling, 1991). Deze principes luiden (Berwick, 1989b): (i) Het is belangrijk dat sleutelfiguren in een bepaald vakgebied een voortrekkersrol vervullen door kwaliteitsgericht denken en handelen aan te bevelen als methode voor gestructureerde verbetering; (ii) Er moet wezenlijk worden geïnvesteerd in verbetering van de kwaliteit. In het bedrijfsleven is dit al het geval. De

gezondheidszorg zou dit voorbeeld moeten volgen; (iii) Verbetering moet gebaseerd zijn op begrip van het primair proces en de werknemers; (iv) De zorgverlener moet worden vertrouwd, in plaats van gewantrouwd. Wantrouwen zal polarisatie, angst en verdedigingsmechanismen in de hand werken. Defensieve en (dus) kostbare geneeskunde zal het gevolg zijn; (v) Er moet een open dialoog zijn tussen klanten en aanbieders van gezondheidszorg. De kwaliteit verbetert als de afstemming van het geleverde product of dienst op de wensen van de klant verbetert (externe gerichtheid); (vi) Technieken van kwaliteitsbewaking moeten in de juiste context worden geplaatst. Zo heeft een foutenanalyse geen zin als geen lering uit de fouten wordt getrokken; (vii) De kwaliteitsbevordering vereist een organisatie die moet zijn afgestemd op de specifieke situatie van de gezondheidszorg.

De eerste twee principes zijn opmerkelijk. Kwaliteit blijkt uit voorbeelden. Sleutelfiguren, een bedrijfskundige benadering, en de zorgverlener zelf kunnen deze voorbeeldfunctie vervullen (Berwick & Nolan, 1998). Het normatief gedrag dat Donabedian hanteert om een referentiekader voor de kwaliteitsbeoordeling te scheppen, klinkt hierin door (zie *paragraaf 3.3.4*). Het is in overeenstemming met de opvatting van 'kwaliteit' als primair begrip (zie *paragraaf 2.4*). De voorbeelden om een dergelijk begrip uiteen te zetten verschillen en daarmee ook de aard en functie van het kwaliteitgericht handelen. Voorbeelden worden ontleend aan het bedrijfsleven. Een bedrijfskundige aanpak van kwaliteitsbewaking of -verbetering en de positie van de klant staan vervolgens centraal in de door Berwick gepropageerde benadering.

Deze principes betekenen een omslag in het denken over kwaliteit in de Amerikaanse gezondheidszorg. Berwick is van mening dat er bij de ontwikkeling van kwaliteitsborging in de gezondheidszorg onvoldoende kennis is genomen van ontwikkelingen op dit gebied in het bedrijfsleven (Berwick et al., 1991). Het *expliciet* verwijzen naar bedrijfskundige methoden en technieken is een nieuw geluid in de discussie over kwaliteit in de gezondheidszorg. Het besef breekt door dat de historische wortels van kwaliteitsborging in het bedrijfsleven liggen, met name in de industrie (Berwick et al., 1991). Het is dan ook daar dat naar een eigen identiteit van het vakgebied 'kwaliteitskunde' moet worden gezocht, waardoor de definitie van kwaliteit losgemaakt kan worden van een definitie van zorg. In plaats van een zorgopvatting die de definitie van kwaliteit bepaalt, gaat een opvatting over het begrip kwaliteit de modaliteit van zorghandelingen bepalen. Berwick ziet een verwantschap tussen zorgverlening en (de meer complexere vormen) van dienstverlening (Kenagy et al., 1999). De functie van de nieuw moraal is dan ook het dienstverlenende karakter van zorgverlening te benadrukken: 'the experience of the people we serve, as they judge that experience, is intimately tied into the basic effectiveness of care itself. The way we interact with people (like respect for individual preferences, promptness of reply, dignity, privacy, completeness of communication, involvement of loved ones, and attention to comfort) affects not just their level of satisfaction but also their psychological, functional, and psychological outcomes' (Berwick, 1998a). Hierbij past een bepaalde betekenis van het begrip kwaliteit. Een dienst is een *interactie* tussen dienstverlener en afnemer van de dienst. Een dergelijke interactie heeft een momentaan karakter. De kwaliteit ervan is geen staat of toestand, maar wordt steeds weer iedere keer opnieuw gereproduceerd. Een dynamische, constructivistische visie op kwaliteit is in overeenstemming met de aard van dienst- of zorgverlening.

### 3.5.4 Interpretatie van het begrip kwaliteit

Berwick heeft grote invloed uitgeoefend op het kwaliteitsbeleid in de jaren negentig. Hij behoort tot de groep van pragmatici die een diepgaande discussie over de betekenis van het begrip kwaliteit vermijden ten gunste van het op gang brengen van veranderingen die een verbetering van de zorgverlening bewerkstelligen. Tussen de regels lezen we soms iets over het begrip kwaliteit. Kritiek is er op de traditionele definitie: ‘Many NHS leaders attending the 50th anniversary celebration in 1998 would still have distinguished between “quality” - by which they would have meant the technical and interpersonal properties of care given to patients - and “efficiency” - by which they would have meant decreasing the level of resources invested to produce that care’. Deze zal volgens Berwick in het jaar 2023 vervangen zijn door: ‘today, you have unified those ideas. Today, you see cost as a quality of a system of care - a variable to be improved just as you can improve levels of morbidity, mortality, dignity, or pain control’ (Berwick, 1998a). Berwick denkt in termen van een systeem met meerdere kwaliteiten als eigenschappen in de vorm van capaciteiten, waarvan kosten er één kan zijn. Uit het aanwijzen van voorbeelden blijkt meer over de betekenis die hij aan het begrip kwaliteit toeschrijft.

Berwick is geïnspireerd door het denken over kwaliteit in het bedrijfsleven. Leiderschap, organisatie en attitude krijgen als onderdeel van het kwaliteitsbeleid een centrale rol toebedeeld. De besturingsfilosofie wint aan belang. Berwick wijst op de ervaring die het bedrijfsleven inmiddels met kwaliteitsgericht denken en handelen heeft opgedaan en de mogelijkheid hieruit lering te trekken. Hij formuleert de methode hiervoor, in navolging van Deming, als een cyclisch proces. Het wezen ervan is een opeenvolging van planning, uitvoering, toetsing of bestudering, en bijstelling van de planning. Een voortdurende herhaling van dit proces tijdens de uitvoering van werkprocessen doet een voortdurende verbetering ontstaan. Toetsing, evaluatie en verbetering maken alle integraal onderdeel uit van dit proces, zodat kwaliteitsbewaking, -beoordeling, en -verbetering worden geïntegreerd in het zorgproces als zodanig. Het *cyclisch* proces wordt daardoor een *reflexief* proces.<sup>98</sup> Dit is een belangrijk verschil met de ‘Health Accounting Approach’. De ‘Health Accounting Approach’ vertoont een cyclisch grondplan, maar is geen integraal onderdeel van de zorgverlening. Het is een methode die naast de routinematige zorgprocessen een rol speelt als leerproces. Het krijgt een plaats in de bureaucratie van de gezondheidszorg. De structuur van de ‘Health Accounting Approach’ spiegelt evenwel de beoefening van de geneeskunde. Geneeskunde wordt in de jaren zeventig ook meer en meer als een rationeel probleem oplossingsproces beschouwd (Weed, 1969), en een cyclische structuur toegedacht (Wulff, 1980: p6), een logische opeenvolging van diagnostiek, indicatiestelling, therapie, follow-up, bijstelling van diagnostiek, etc. De introductie van reflexiviteit in het denken over de zorgverlening is een belangrijke stap. Er ontstaat een verrijking van de zorghandeling, een kwalitatieve

<sup>98</sup> Reflexiviteit is gedefinieerd als het herhaald toepassen van eenzelfde handelingsstructuur op eenzelfde object. Zo leidt kennis over kennis bijvoorbeeld tot een kentheorie, een kwalitatieve sprong in een kenproces. We hebben hier te maken met een toepassen van een geneeskundige structuur op de geneeskunde zelf. Er wordt een diagnose gesteld over diagnostiek, etc. De titel van Berwick’s boek ‘Curing Health Care’ en diens adagium ‘de juiste dingen goed doen’ zijn eveneens voorbeelden van reflexiviteit.

sprong, waardoor deze in verband met kwaliteit wordt gebracht. Reflexiviteit lijkt dan ook van wezenlijk belang voor de betekenis van het begrip kwaliteit.

Berwick oefent in de jaren negentig scherpe kritiek uit op het kwaliteitsbeleid in de Verenigde Staten. De bureaucratische inslag van de medical audit leidt tot verlaging in efficiency en juridische beslommingen tot een toename van de bureaucratie. Om deze negatieve cirkel te doorbreken geeft Berwick een aantal nieuwe doelen en waarden aan die het leidend beginsel van kwaliteitsborging in de gezondheidszorg zouden moeten zijn. Hij verlegt het accent naar kwaliteitsverbetering. Verbetering is een impliciet gevolg van systematische beschouwing of wetenschappelijke evaluatie van de zorgverlening. Het is niet beheerst, gegarandeerd, of in de structuur van het handelen gegeven. Niet iedere verandering is een verbetering. Daarom kan de aandacht voor kwaliteit een negatieve wending nemen. Door verbetering als expliciete doelstelling van het kwaliteitsbeleid te postuleren, kwaliteitszorg vanuit een beleidsvisie te formuleren, en de kwaliteit van zorg niet meer vanuit een model van zorg, maar vanuit een visie op kwaliteit te benaderen schept Berwick een alternatief voor de zorginhoudelijke benadering. Vooral de visie op de organisatie is belangrijk. Deze kan beter worden beschouwd als een doelgericht organisme, in het bezit van bedoelingen en strevende naar bevrediging van behoeften, dan als een machine met een (causaal) proces van input, structuur en output. Kwaliteit ontstaat door een streven naar verbetering, waarbij verbetering wordt opgevat als beheersing van variaties in zorgproces of gezondheidszorg, zodanig dat daardoor een betere voorspelbaarheid van de resultaten mogelijk wordt. Daarmee krijgt een constructivistische visie gestalte. Kwaliteit bestaat niet als zodanig, maar wordt gecreëerd. Het vereist een dynamische aanpak met een continu aanwezige aandacht voor de kwaliteit waarin de gehele organisatie betrokken is. Dit is een belangrijke les die het bedrijfsleven over bewaking en bevordering van de kwaliteit heeft geleerd en die Berwick probeert over te dragen aan de gezondheidszorg. Nadruk wordt gelegd op het stimuleren van een kwaliteitsgerichte houding (attitude) bij de medewerkers en een organisatie die hieraan bijdraagt.

### 3.6 Het gebruik van het begrip kwaliteit

In dit hoofdstuk is de ontwikkeling van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg beschouwd. De *figuur 3.3* geeft de belangrijkste mijlpalen van deze ontwikkeling weer tegen de achtergrond van het gezondheidszorgbeleid. Overeenkomstig de aard van het (primair) begrip kwaliteit spelen voorbeelden een belangrijke rol (*zie paragraaf 2.4*). Het verwijzen naar Codman leert ons dat het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg in verband wordt gebracht met *wetenschappelijke evaluatie* van de zorgverlening aan de hand van de bereikte resultaten en *systematische beschouwing* van het eigen handelen. Donabedian en Williamson geven een theoretische uitwerking aan deze betekenisnuances. Donabedian werkt vooral aan de wetenschappelijke evaluatie van de zorg. Hij beschouwt kwaliteit als een eigenschap van zorg. In Donabedian's gedachtegang is een visie op kwaliteit afhankelijk van een visie op zorg. De kwaliteit van zorg kan worden gemeten zoals een eigenschap van een materieel object kan worden gemeten. De meetwaarde leidt tot een oordeel, primair in termen van goede of slechte zorg en vervolgens in termen van kwaliteit. Deze wordt daartoe geconfronteerd met normen en waarden,

ontleend aan de traditionele moraal van de geneeskunde. Donabedian definieert zorg van goede kwaliteit in een utilistische stijl als de zorg met het grootste mogelijk welzijn voor het grootste aantal patiënten (zie tabel 3.2). Zo wordt een theorie over het goede aangevend om het begrip kwaliteit overwegend descriptief te definiëren. Het werk van Donabedian heeft vooral veel invloed uitgeoefend op het theoretisch kader van de kwaliteit van zorg.

Williamson werkt de systematische beschouwing van het medisch handelen verder uit. Hiervoor ontwerpt hij een methode, de 'Health Accounting Approach'. Deze methode is ontleend aan leerprocessen en bezit de cyclische structuur die daarvoor van belang wordt geacht (terugkoppeling). De betekenis van het begrip kwaliteit wordt gezocht in een overeenstemming van het potentieel en het gerealiseerd effect van de medische zorg. Kwaliteit is een capaciteit, overwegend prescriptief gedefinieerd als mogelijk te realiseren gezondheidstoestand of zorgverlening. Het dynamische karakter van de verhouding tussen potentieel en gerealiseerd effect vereist een voortdurende of periodieke herhaling van de beoordelingsprocedure. De procedure stelt in staat verantwoording af te leggen voor de bestede middelen en de resultaten van de verleende zorg. Deze krijgt een plaats in een educatieve context (na- bijscholing) en wordt ondergebracht in aparte organisatiestructuren (ziekenhuiscommissies, CBO). Het levert een bijdrage aan de vorming van de zorgverlener. Een houding van kritische zelfreflectie is een voorwaarde voor het welslagen van dit kwaliteitsbeleid (zie tabel 3.2). Het werk van Williamson heeft in Nederland grote invloed uitgeoefend op de praktische vorm van de kwaliteitsbewaking door diens betrokkenheid bij de opzet van de intercollegiale toetsing.

Berwick is een belangrijk criticus van de traditionele benadering van de kwaliteit van zorg. Kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg is volgens hem ontaard in een bureaucratische vertoning, geënt op bestraffing van zorgverleners of zorginstellingen die niet aan standaarden voldoen, en verbonden met grote financiële belangen waardoor manipulatie van gegevens en het ophouden van een imago tot de kunst van het kwaliteitsmanagement gaan behoren om lijfsbehoud van zorgverlener of zorginstelling te garanderen. Deze gang van zaken heeft weinig meer met Codman's oorspronkelijke intentie van doen. Berwick roept daarom op tot een nieuwe moraal voor het kwaliteitsbeleid. Hij laat zich inspireren door bedrijfskundige theorieën over kwaliteit en wijst erop dat een besturingsfilosofie alsmede een visie op de organisatie van wezenlijk belang zijn voor de opzet en het welslagen van het kwaliteitsgericht handelen. Het begrip kwaliteit krijgt nu een tweeledige inhoud: beheersing van het zorgproces middels gerichte analyse door de zorgverleners zelf *en* de resultaten van zorgverlening afstemmen op de waarden of normen van de afnemer (patiënt, zorgverzekeraar, (andere) zorgverleners, overheid, maatschappij). Het begrip kwaliteit wordt gebruikt in de betekenis van capaciteit. Het heeft een symbolische (performatieve) functie.<sup>99</sup> De kwaliteitsgerichte handeling heeft

<sup>99</sup> De linguïstische pendant ervan is een bijvoorbeeld de bewering, 'Hora est', uitgesproken door de pedel als de verdediging van het proefschrift ten einde is. Deze ogenschijnlijk beschrijvende zin heeft een symbolische functie. De filosoof Austin heeft gewezen op de bijzondere status van dit soort beweringen ten opzichte de traditioneel onderscheiden descriptieve en prescriptieve beweringen. De criteria voor betekenis als, respectievelijk, waarheid en juistheid, ofwel correspondentie (van inhoud bewering met realiteit) en coherentie (van bewering met andere beweringen) zijn eigenlijk niet van toepassing. De performatieve bewering ontleent betekenis aan een sociale realiteit. Zinvolheid is een functie van

een cyclische structuur, net als bij Williamson, maar is daarentegen een integraal onderdeel van de zorgverlening, een combinatie van voorwaarts- en terugkoppeling, die leidt tot een beter voorspelbaar effect, waardoor rationele afstemming van het zorgproces op de waarden en normen van een afnemer mogelijk wordt. Door integratie van de cyclische structuur van het kwaliteitsgericht denken in het medisch handelen is er sprake van reflexiviteit. Aan de hand van de uitvoering of de waargenomen resultaten wordt middels terugkoppeling de doelstelling van de handeling gewaardeerd en eventueel bijgesteld. De inhoud van de handeling (verloop en resultaat) wordt gespiegeld aan de vorm (bedoeling) ervan en daardoor geleidelijk geperfectioneerd door een betere afstemming van de bedoeling op het resultaat en de eisen die daaraan zowel door zorgverleners als afnemers van de zorg worden gesteld. Kwaliteit komt tot stand in een reflexief proces. Dit impliceert een constructivistische visie op het verschijnsel. Kwaliteit *bestaat* niet, maar kwaliteit *ontstaat* (zie tabel 3.2). Een dergelijke visie is in overeenstemming met het subjectgebonden en abstracte karakter van het verschijnsel (zie paragraaf 2.4).

De verschillende betekenisnuances van het begrip kwaliteit krijgen gestalte in het kwaliteitsgericht denken en handelen in de gezondheidszorg. Steeds wordt er daarbij een relatie gelegd tussen het gegeven in de vorm van eigenschap of capaciteit van de zorg en een normatief kader, teneinde het gegeven te ordenen of te waarderen. Bij Donabedian is het de verhouding tussen de waargenomen eigenschappen van zorg en medische normen of waarden, bij Williamson de verhouding tussen gerealiseerd en potentieel effect van het diagnostisch of therapeutisch handelen, bij Berwick de verhouding tussen planning en uitvoering van de zorgverlening of tussen uitvoering en resultaat van de zorg. De grondleggers zoeken de betekenis van het begrip kwaliteit in een spanningsveld tussen gerealiseerde mogelijkheden en normatief referentiekader. Het is een rode draad bij pogingen de inhoud van het begrip kwaliteit te ontwikkelen.

---

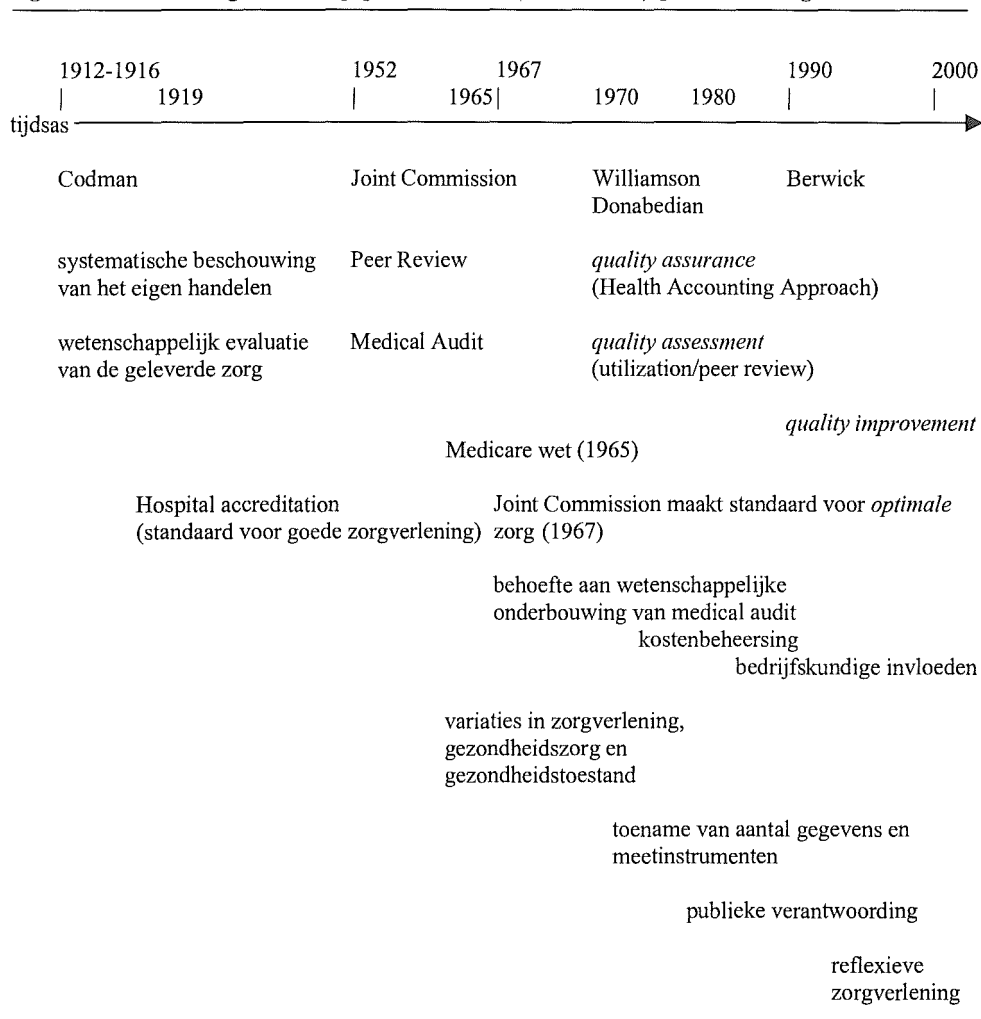
het gebruik in een bepaalde context. Deze wordt wel afgemeten aan de esthetiek, schoonheid of gepastheid van het woordgebruik. Vanuit linguïstisch oogpunt vormen beschrijven, voorschrijven en symboliek de achtergrond voor verschillende operationalisering van het begrip kwaliteit (tabel 3.2).

Tabel 3.2 Drie belangrijke betekenisnuances van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg

	Kwaliteitsbeoordeling (‘quality assessment’)	Kwaliteitsbevordering (‘quality assurance’)	Kwaliteitsverbetering (‘quality improvement’)
grondlegger	Donabedian	Williamson	Berwick
kwaliteit van zorg als (vergelijk tabel 2.1)	eigenschap (intrinsiek of relationeel)	capaciteit	capaciteit
kwaliteit betekent	grootst mogelijke welzijn voor grootste aantal personen	overeenstemming van potentieel en gerealiseerd effect	streven naar verbetering, beheersen van variaties, beter voorspelbaar effect.
morele norm	weldoen, niet schaden	rekenschap afleggen	(streven naar) perfectie
centrale waarde	kennis	leren (in de praktijk)	handelen
methode	meten	vorming	beleid
doel	kennis over kwaliteit	befef van kwaliteit	reflexief handelen
normatief kader	het juiste oordeel	het juiste handelen	de juiste attitude
berust op	gezondheidswetenschap, realisme	gedragwetenschap, constructivisme	bedrijfskunde, constructivisme
structuur	lineair: meting => oordeel => evaluatie	cyclisch: prioriteer, bestudeer, meet de praktijk, beoordeel, interventie, herhaal meting, prioriteer, etc.	reflexief: planning, uitvoering, bestudering, bijstelling van planning, etc.
samenhang tussen stappen	empirisch, hypothetisch-deductief model: theorie over zorg => conclusie over kwaliteit	empirisch, inductief model: waarnemen praktijk => conclusie over kwaliteit	logisch, formeel model (‘PDSA cirkel’): theorie over kwaliteit => conclusie over zorg
linguïstische pendant	descriptieve beweringen	prescriptieve beweringen	performatieve beweringen
criterium voor betekenis	waarheid (correspondentie)	juistheid (coherentie)	schoonheid (esthetiek, gepastheid)



Figuur 3.3 Ontwikkeling van het begrip kwaliteit in de (Amerikaanse) gezondheidszorg





## Definities van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg

### 4.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is de ontwikkeling van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg beschouwd. In dit hoofdstuk is de structuur van de begripsinhoud voorwerp van onderzoek. Uit een aantal verschillende definitiepogingen blijkt de manier waarop deze gestalte krijgt.<sup>100</sup> Allereerst beschouwen we het definiëren van het begrip kwaliteit in de Amerikaanse gezondheidszorg.<sup>101</sup> Aan de hand van een inhoudsanalyse is het er tot een formele definitie van de kwaliteit van zorg gekomen. Vervolgens wordt de Nederlandse invalshoek belicht. Het definiëren van het begrip kwaliteit vindt er plaats binnen het raamwerk van een kwaliteitsbeleid. Vertegenwoordigers van verschillende betrokkenen (zorgverleners, zorginstellingen, patiënten, zorgverzekeraars en overheid) formuleren zorgaspecten die zij voor de kwaliteit van belang achten. Deze aspectbenaderingen zijn (recursieve) definities van het begrip kwaliteit. Er wordt gedefinieerd door een opsomming, niet door een formele omschrijving. Hieruit blijkt de samenhang van het begrip kwaliteit met andere begrippen. Analyse van het materiaal leidt tot de contouren van een betekenisstheorie die aan het gebruik van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg ten grondslag ligt.

### 4.2 Formele definities van kwaliteit

Het zoeken naar een definitie voor het begrip kwaliteit is een belangrijk thema in het debat over de kwaliteit van zorg (Donabedian, 1988a). Het is noodzakelijk het begrip kwaliteit aan de intuïtieve sferen te ontrukken om het hanteerbaar en operationaliseerbaar te maken. Dit streven heeft een veelheid en verscheidenheid aan definities opgeleverd. De analyse van Harris-Wehling (1990) geeft hiervan een beeld. Zij inventariseert en rubriceert de inhoud van een honderdtal definities over kwaliteit. De analyse heeft een linguïstische karakter. Het gaat om de woordelijke inhoud van de aangetroffen definities, dat wil zeggen, om *wat* er wordt gezegd en *hoe* vaak. Er worden achttien dimensies onderscheiden. Deze tonen de verschillende betekenisnuances van het begrip kwaliteit (zie tabel 4.1). Het begrip kwaliteit duidt op een bepaalde klasse (*scale of quality*) van zorg. Op deze manier krijgt de betekenisnuance van het begrip kwaliteit als catego-

<sup>100</sup> De logische samenhang tussen begrippen wordt gevonden in een definitie waarin het gedefinieerde (definiendum) gelijk wordt gesteld aan de begrippen die het definiëren (definiens), doordat deze in een bepaalde context uitwisselbaar zijn zonder dat daarbij de betekenis van de bewering verandert. Uitwisselbaarheid of substitutie is een criterium voor gelijkwaardigheid van betekenis.

<sup>101</sup> Definities van Donabedian (1980), de American Medical Association (AMA) (Council on Medical Services, 1986) en het Institute of Medicine (Lohr, 1990) zijn toonaangevende voor de Amerikaanse gezondheidszorg (Blumenthal, 1996a). In het vorige hoofdstuk kwamen definities van Donabedian en de AMA al aan bod (zie paragraaf 3.3.4). In dit hoofdstuk gaan we in op de definitie van het IOM. De definitie is door het Institute of Medicine (IOM) tot uitgangspunt van het kwaliteitsbeleid in de Verenigde Staten verheven (Lohr & Harris-Wehling, 1991). Deze toont, net als aspectbenaderingen, de *logische* samenhang tussen het begrip kwaliteit en zorgaspecten (de designatie van een begrip, zie paragraaf 2.4).

rie van het oordeel gestalte. Een oordeel is gericht op een object. Het bezit een intentionele structuur. Het gerichte karakter (*goal oriented*) van veel definities op een beoordelingsobject is hiermee in overeenstemming (*nature of entity being evaluated,, aspects of outcomes specified, type of recipient specified*). Bovendien vereist het oordeel een norm die expliciet wordt aangetroffen als een standaard voor zorg, maar ook in de vorm van een eis tot goed gedocumenteerd zorgverlening aanwezig is (*standard of care, documentation required*).

Tabel 4.1 Dimensions in definitions of quality

	Frequency of occurrence*	Betekenisnuance / aard van het begrip kwaliteit (zie tabel 2.1; tabel 2.3)
Scale of quality	22	klasse/descriptief
Nature of entity being evaluated	21	oordeel/contextgebonden
Type of recipient identified	24	oordeel/contextgebonden
Goal oriented	15	oordeel/gerichtheid
Risk versus benefit trade offs	10	oordeel/descriptief
Aspects of outcomes specified	12	oordeel/gerichtheid
Role and responsibility of recipient asserted	16	oordeel/subjectgebonden
Constrained by technology and state of scientific knowledge	16	oordeel/contextgebonden
Technical competency of provider	34	capaciteit
Interpersonal skills of provider	30	eigenschap
Access	30	eigenschap
Acceptability	27	eigenschap
Constrained by resources	21	oordeel/contextgebonden
Standard of care	13	oordeel/prescriptief
Constrained by consumer and patient circumstances	13	oordeel/contextgebonden
Documentation required	8	oordeel/prescriptief
Continuity, management and coordination	6	eigenschap
Statements about use	3	oordeel/descriptief

Bron: Harris-Wehling, 1990: p117

\* Het aantal malen dat een bepaalde dimensie voorkomt in de onderzochte populatie van honderd definities van kwaliteit van zorg. De eerste acht aspecten worden door een commissie opgenomen in de formele definitie van het IOM.

De betekenisnuance van het begrip kwaliteit als eigenschap blijkt uit associatie met een aantal zorgaspecten. In diens analyse treft Harris Wehling: technische en relationele vaardigheden van de zorgverlener, toegankelijkheid en maatschappelijke acceptatie, continuïteit, management en coördinatie. Morehead (1967) spreekt over goeddeels dezelfde aspecten, maar hij noemt deze 'standaarden': 'Standards of quality of care should be based on the degree to which this care is available, acceptable, comprehensive, continuous, and documented, as well as on the extent to which adequate therapy is based on an accurate diagnosis and not on symptomatology'. De genoemde zorgaspecten zijn te lezen als eigenschappen van zorg, maar ook als criteria voor goede kwaliteit. Zij verwijzen zowel naar gerealiseerde mogelijkheden, als naar een normatief referentiekader van de zorg.

Bij operationalisering van het begrip kwaliteit vindt specificatie naar context plaats. Zo is de definitie gebonden aan de stand van de medische middelen en mogelijkheden en technologie (*constrained by resources, technology*) en aan de heersende wetenschappelijke opvattingen (...*state of scientific knowledge*...). Uit het contextgebonden karakter van de definitie volgt dat er geen immer geldende norm voor goede kwaliteit aanwezig is. Er is een *continue* aandacht voor de kwaliteit van zorg nodig om deze steeds bij te stellen en af te stemmen op de specifieke situatie.

De resultaten van de analyse worden vervolgens gebundeld in een definitie van de kwaliteit van zorg: 'The degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge' (Lohr & Harris-Wehling, 1991).<sup>102</sup> Hierbij zijn de eerste acht dimensies van de conceptanalyse gebruikt. De betekenisnuance van kwaliteit als capaciteit komt in deze formulering tot uitdrukking. De definitie spreekt over het vermogen van gezondheidszorg om de kans op gezondheid te vergroten (een dispositie). De mate (...*degree to which*...) waarin de verlangde gezondheidswinst (...*desired health outcomes*...) wordt gerealiseerd, bepaalt de mate van kwaliteit. De rode draad die door de ontwikkeling van de inhoud van het begrip kwaliteit loopt, is in deze operationalisering van het begrip kwaliteit herkenbaar (zie *paragraaf 3.6*). De betekenis van het begrip kwaliteit wordt gezocht in een spanningsveld van gerealiseerde mogelijkheden (mate waarin gezondheidszorg een bepaalde capaciteit *bezit*) en een normatief referentiekader (verwachtingen, professionele vereisten). Verondersteld is dat de kwaliteit van zorg toe- of afneemt naar gelang de mate waarin het gerealiseerde goed of slecht in overeenstemming is met het normatief referentiekader, overeenkomstig de linguïstische pendant van een dispositie (zie *hoofdstuk 2, tabel 2.1*).

Het subjectgebonden karakter van het begrip kwaliteit komt in de definitie tot uiting. Het gaat om voorkeuren en waarden *van* de individuele patiënt en de bevolking, en de persoon van de zorgverlener wordt genoemd in relatie tot diens professionele kennis en vaardigheden. Ook geeft de definitie aan dat uitkomsten van zorgverlening in de praktijk aan een zekere waarschijnlijkheid (... *likelihood*...) onderhevig zijn. Hieruit blijkt het empirisch karakter van de definitie. Er is een biologische variabiliteit die bij toepassing van een zorghandeling op eenzelfde populatie voor verschillen in effect zorgt. Zorg van goede kwaliteit impliceert dan ook geen garantie voor een bepaald effect. Wel is er een grotere *kans* op een verwachte opbrengst van zorgverlening. Het is een uitdrukking van contingentie die in een empirische context een rol speelt.<sup>103</sup> Contingentie is de mogelijkheidsvoorwaarde voor de discrepantie tussen potentieel en gerealiseerd effect van zorg-

<sup>102</sup> Deze definitie is overigens nagenoeg gelijk aan een definitie van de Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) uit 1982 (!) (Affeldt, 1982). Als inventarisatie is de analyse geslaagd. De synthese wordt ogenschijnlijk sterk gekleurd door een professionele invalshoek en politieke belangen.

<sup>103</sup> In contrast met noodzakelijkheid. Contingentie (van objecten of gebeurtenissen) wordt wel gedefinieerd als 'the property of not *having* to exist or to occur' (Flew, 1979). Een theoretische definitie drukt noodzakelijkheid uit (mogelijkheidsvoorwaarden voor het spreken over). Een empirische definitie geeft de omstandigheden aan waaronder hoedanigheden van objecten of gebeurtenissen verschijnen.

verlening (zie *paragraaf 3.4.3*). Het streven naar kwaliteit beoogt deze zo klein mogelijk te doen zijn.

De diverse eigenschappen van definities van kwaliteit zijn te herleiden tot een theorie over het gebruik van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg. Een gerealiseerde mogelijkheid is het object van beoordeling. Er is een normatief referentiekader nodig dat wordt gebruikt om deze gerealiseerde mogelijkheden te beoordelen (verwachtingen, verlangens, professionele inzichten), terwijl ook de verhouding tussen gerealiseerde en normatief kader als zodanig moet worden genormeerd. Dit is nodig om de kwaliteit van zorg niet tot een gulden biesje zonder inhoud te laten verworden. Het gaat er niet uitsluitende en alleen om koste wat kost aan de verachtingen van de patiënt of consument tegemoet te komen, maar ook om (inhoudelijk) goede zorg te leveren. Wanneer een operatie bijvoorbeeld ondeskundig wordt uitgevoerd, maar desondanks slaagt, komt de uitkomst van de verleende zorg tegemoet aan het verlangde effect. Toch is er geen kwaliteit geleverd. De patiënt heeft een onnodig risico gelopen.<sup>104</sup> De kans op het gewenste resultaat was niet groot genoeg. Het normeren van de wijze waarop de verhouding tussen de geleverde zorg en de verwachtingen tot stand komt, is daarom van belang. Dit voorkomt dat kwaliteit tot een illusie verwordt, een tegemoetkoming aan verwachtingen of verlangens zonder inhoud.

Het gebruik van het begrip kwaliteit suggereert een regel, namelijk: het begrip kwaliteit is van toepassing indien er een *optimale* verhouding bestaat tussen gerealiseerde mogelijkheden en een normatief referentiekader met betrekking tot een bepaald aspect van de gezondheidszorg. Deze regel voor het gebruik van het begrip kwaliteit is een betekenis­theorie. Het stelt ons in staat een uitdrukking over kwaliteit in de objecttaal te interpreteren en vast te stellen of deze betekenis heeft (zie *paragraaf 1.3*). Een mogelijke substitutie in de semantische regel is een criterium van zinvolheid voor een uitdrukking in de objecttaal. De regel geeft aan wat er onder kwaliteit van zorg *kan* worden verstaan, net zoals het woordenboek de *mogelijke* betekenissen van een term bij aanwending in het spraakgebruik aangeeft.

De semantische regel bevat de formele structuur van het taalgebruik, de vorm voor het spreken over kwaliteit. Er wordt een relatie (R) gelegd tussen verschillende variabelen. Deze heeft de vorm van een verhouding (p/q). Naar gelang de context zal er een specifieke invulling van deze variabelen ('gerealiseerde mogelijkheden' (gm) en 'normatief referentiekader' (nk)) plaatsvinden.<sup>105</sup> De patiënt doet dit bijvoorbeeld in termen van belevingen en verwachtingen, de zorgverlener in termen van waargenomen resultaat van het medisch handelen en wetenschappelijke kennis over het mogelijk te behalen resultaat, en de beleidsmaker in termen van aantal zorghandelingen en de daartoe benodigde menskracht of middelen. Daarbij komen de verschillende betekenisnuances van het begrip kwaliteit tot uiting (zie *paragraaf 2.2 en tabel 4.2*).

<sup>104</sup> De strekking van dit voorbeeld is dezelfde als die van het argument van Brook. De aard van de gehanteerde normering kan verschillen (maatschappelijk of professioneel) en bepaalt in belangrijke mate het uiterlijk van een definitie van kwaliteit (zie *paragraaf 3.3.1*).

<sup>105</sup> Formeel weer te geven als: "Als (gmRnk) = goed) dan ('kwaliteit' = kwaliteit)"; de structuur van een dispositie.

Het woord ‘optimaal’ normeert de onderlinge verhouding der variabelen. Het symboliseert een criterium voor een kwalitatieve sprong, zoals beheersing of klantgerichtheid (zie *paragraaf 3.5*). Het zorgproces moet beheerst verlopen om gericht aan de wensen van de diverse betrokkenen tegemoet te kunnen komen. Dit vereist een herhaalde aanwending van het normatief referentiekader, nu niet toegepast op gerealiseerde mogelijkheden als zodanig, maar op de wijze waarop gerealiseerde mogelijkheden zich verhouden tot normen en waarden. In beginsel is dit geen eindig proces, hetgeen de cyclische structuur van het denken over kwaliteit verklaart (zie *hoofdstuk 3, figuren 3.1 en 3.2*).<sup>106</sup> Het wordt gevisualiseerd als cirkel of spiraal. In de praktijk komt dit proces tot einde wanneer er een gedeeld referentiekader tussen spreker en toehoorder ontstaat. Door invulling van de semantische regel ontstaat een theorema dat aan een toetsing in de praktijk wordt onderworpen. De spreker beziet de geldigheid ervan in de lokale situatie.

De semantische regel wordt zo gebruikt om een intuïtie aangaande kwaliteit te vertalen in de verschillende formele definities van het begrip (zie *paragraaf 2.3*).<sup>107</sup> De gerealiseerde mogelijkheden en het normatief referentiekader kunnen als variabelen in de bewering worden onderscheiden, en de wijze waarop deze zich tot elkaar verhouden (opsomming, rate of ratio) kan worden benoemd (zie *tabel 4.2*). Zo wordt de structuur van de begripsinhoud zichtbaar. Door invulling van de variabelen ontstaat een formele definitie van het begrip kwaliteit. Formele definities zijn derhalve uitdrukkingen van een criterium voor betekenis, een interpretatieregel die personen gebruiken om elkaar in de dialoog over de kwaliteit van zorg te begrijpen (zie *hoofdstuk 1, figuur 1.1*).

Ook in Nederland is een aantal formele definities van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg gegeven. Een eerste voorbeeld ervan wordt aangetroffen in het rapport over intercollegiale toetsing uit 1979. Deze luidt: ‘Kwaliteit is de mate van overeenkomst tussen de werkelijke zorg en de daarvoor opgestelde criteria’ (Simons & Mansvelt, 1979). Het is een theoretische definitie waarin de semantische regel duidelijk tot uitdrukking komt. Criteria zijn als normatief referentiekader volgens deze definitie maatgevend voor de verleende zorg om aldus op basis van geconstateerde overeenkomst of verschil tot een oordeel over het gehalte aan kwaliteit te komen. In eenzelfde stijl, maar met aandacht voor de maatschappelijke invalshoek, spreekt de artsorganisatie KNMG over kwaliteit: ‘Er is sprake van kwaliteit indien de zorg voldoet aan geformuleerde en geaccepteerde normen zoals die tot stand komen als gevolg van maatschappelijke verhoudingen en die daarop ook zijn afgestemd’ (Kasdorp et al., 1982). In deze definitie is bovenal het normatief kader van het begrip kwaliteit tot uitdrukking gebracht. Andere definities spreken over ‘hoog gekwalificeerde zorg die alle relevante

<sup>106</sup> Formeel weer te geven als: “Als (((gmRnk<sub>1</sub>)Rnk<sub>2</sub>)Rnk<sub>n</sub>) = goed) dan (‘kwaliteit’ = kwaliteit)”.

<sup>107</sup> Vaak vindt een psychologische invulling van de variabelen plaats. De verhouding tussen de verwachtingen van de patiënt of de zorgverlener enerzijds en de beleving van de zorg anderzijds blijkt de basis te vormen voor de gepercipieerde kwaliteit. Hierbij wordt gelet op of gezocht naar bepaalde kenmerken van de zorgverlening, die essentieel worden geacht voor de kwaliteit (cruciale ofwel kritische kwaliteitskenmerken). Dergelijke kritische kwaliteitskenmerken zijn voor iedere betrokkene verschillend. De arts zal op andere dingen letten dan de verpleegkundige of de patiënt als het gaat om de kwaliteit van zorg (Harteloh & Casparie, 1991: p123-125). De onderliggende intuïtie is echter dezelfde.

Tabel 4.2 Definities en betekenis van het begrip kwaliteit

	Gerealiseerde mogelijkheden	Normatief kader	Gerelateerd als
<b>I. Kwaliteit als intrinsieke eigenschap van het object (descriptieve bewering met feitelijke eigenschap)</b>			
'Product and service quality can be defined as the total composite product and service characteristics of marketing, engineering, manufacture, and maintenance through which the product and service in use will meet the expectations of the customers' (NNI, ISO 8402).	kenmerken van product of dienst, gebruik	verwachtingen	opsomming
'De mate waarin het geheel van eigenschappen van een product, proces of dienst voldoet aan de eraan gestelde eisen, die voortvloeiën uit het gebruiksdoel' (Berkestein & Colsen, 1989; RGO, 1990).	eigenschap	eisen	ratio
'het geheel van eigenschappen en kenmerken van een product, proces of dienst dat van belang is voor het voldoen aan vastgelegde of vanzelfsprekende behoeften' (NRV, 1990a: p11).	eigenschap, kenmerk	behoeften	opsomming
'Het geheel van eigenschappen dat van invloed is op de geschiktheid van het product om bepaalde gekende of geschatte behoeften te bevredigen' (Hoekstra & Verzellenberg, 1983).	eigenschap	behoeften	opsomming
<b>II. Kwaliteit als relationele eigenschap van het object (descriptieve bewering gespecificeerd naar handeling, situatie of perspectief)</b>			
'Quality is fitness for use' (Juran, 1974: p2-2).	gebruik	geschiktheid	onbepaald
'the extent to which the product succesfully serves the purposes of the user during usage' (Juran, 1974: p2-2).	gebruik	gebruiksdoel	rate
'Voldoen aan verwachtingen van deugdelijkheid van de verstrekte zorg gedurende de periode dat de patiënt deze behoeft' (Hoekstra & Verzellenberg, 1983).	verstrekte zorg	verwachtingen	ratio
'Kwaliteit is de mate van bereikte baat voor de patiënt met een minimum aan middelen en diensten' (Reerink, 1983, ontleend aan Williamson).	baten voor patiënt	middelen en diensten, aantal	ratio
<b>III. Kwaliteit als dispositie (capaciteit) (prescriptieve bewering met eigenschap in de vorm van 'indien x dan y')</b>			
'My training in a large, academically oriented state-subsidized teaching hospital followed by experience in a municipal hospital accentuated this tendency by insulating my patients from the cost implications of my "high quality", extensive and exhaustive diagnostic and therapeutic efforts' (Caper, 1974).	diagnostische en therapeutische ingrepen	opleiding, ervaring, gebruik van diagnostische en therapeutische middelen	rate
'Quality should be defined as a continuous effort by all members of an organization to meet the needs and expectations of the customers' (Laffel & Blumenthal, 1989).	attitude	behoeften of verwachtingen van patiënt	onbepaald



	Gerealiseerde mogelijkheden	Normatief kader	Gerelateerd als
'Standards of quality of care should be based on the degree to which this care is available, acceptable, comprehensive, continuous, and documented, as well as on the extent to which adequate therapy is based on an accurate diagnosis and not on symptomatology' (Esselstein, Morehead, 1967).	zorg	beschikbaarheid acceptabel integraal continu gedocumenteerd	ratio
'Hoog gekwalificeerde zorg is die zorg, die al de relevante kennis en technieken aanwendt die ter beschikking staan van de gezondheidszorg' (Reerink, 1983).	soort zorg	medische kennis en technieken	
<b>IV. Kwaliteit als categorie van het oordeel (descriptieve of prescriptieve bewering met expliciete norm)</b>			
'Quality of care is a multidimensional concept reflecting a judgement that the services rendered to a patient were those most likely to produce the best outcomes that could reasonably be expected for the individual patient and those services were given with due attention to the patient-physician relationship' (Lohr et al., 1988).	verleende zorg aan patiënten	verwachte resultaat van zorg voor de individuele patiënt, arts-patiënt relatie	rate, redelijkheid, waarschijnlijkheid,
'De mate van overeenkomst tussen de gestelde doelen in de gezondheidszorg en de werkelijk verleende zorg' (Casparie, 1989).	verleende zorg	doelen van gezondheidszorg	ratio, overeenkomst, gelijkkenis
'De mate waarin de zorg op een aantal zorgaspecten in overeenstemming is met de geldende opvattingen (normen) over wat wenselijk of vereist is' (GIGV, 1990: 8).	geleverde zorg	opvattingen normen	ratio, overeenstemming, gelijkkenis
'Quality must be defined as conformance to requirements' (Feigenbaum, 1983).	vereisten	vereisten	rate
'The purpose of all QA activities is to promote the most efficient, consistent restoration of an impaired individual's function and well-being to as close to normal as possible, and to do so in the shortest possible time at the least discomfort and expense to both the individual and society' (Munchow, 1986).	herstel van functieverlies en welzijn	efficiëntie, tijd, kosten	rate
'Quality is the degree of excellence at an acceptable price and the control of variability at an acceptable cost' (Broth, 1982: p15).	uitmuntendheid	prijs, variabiliteit, kosten	ratio
'Er is sprake van kwaliteit indien de zorg voldoet aan geformuleerde en geaccepteerde normen zoals die tot stand komen als gevolg van maatschappelijke verhoudingen en die daarop ook zijn afgestemd' (Kasdorp et al., 1982).	geleverde zorg	maatschappelijke normen en verhoudingen	ratio
'De professionele zorg is van goede kwaliteit wanneer de deskundige op een bepaald gebied op zodanige wijze zijn bijdrage levert dat deze wordt aanvaard binnen het patroon van waarden dat mede door de desbetreffende beroepsgroep is ontwikkeld in overeenstemming met de stand van zaken in wetenschap en techniek' (Boelen, 1985).	geleverde zorg	deskundigheid, patroon van waarden, stand wetenschap en techniek	onbepaald

kennis en technieken aanwendt die ter beschikking staan' (Reerink, 1983), of over 'de mate van overeenkomst tussen de gestelde doelen en de werkelijk verleende zorg' (Casparie, 1989). Het aantal definities neemt in de loop der tijd toe en deze vertonen belangrijke inhoudelijke verschillen.

Naarmate het debat over de kwaliteit van zorg aan belang en omvang wint, groeit de behoefte aan een uniform begrippenkader. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) heeft daarom in 1990 een kader voor het spreken over kwaliteit opgesteld. De NRV speelt daarbij in op de heersende begripsverwarring. 'Tijdens de vele besprekingen en discussies die gevoerd worden over kwaliteit en kwaliteitsbevordering ontstaat regelmatig een Babylonische spraakverwarring over de gehanteerde begrippen' (NRV, 1990a: p7). De oorzaak hiervoor zoekt de NRV in begrippen die van oudsher op verschillende wijze zijn op te vatten, overbodige begrippen zonder zelfstandige betekenis, en innerlijk tegenstrijdige begrippen (NRV, 1990a: p7-8). De voorkeur gaat uit naar een beschrijvende definitie van kwaliteit, waarbij kenmerken van een object worden beschreven en in relatie tot het vermogen van het object om een bepaalde functie te vervullen worden gebracht.<sup>108</sup> Daarop wordt de volgende definitie van kwaliteit gegeven: 'het geheel van eigenschappen en kenmerken van een product, proces of dienst dat van belang is voor het voldoen aan vastgelegde of vanzelfsprekende behoeften' (NRV, 1990a: p11). Het begrip kwaliteit wordt gethematiseerd in de betekenis van eigenschap en capaciteit (kenmerk). Vastgelegde of vanzelfsprekende behoeften vormen het normatief referentiekader. De formulering 'het geheel van' noopt tot een opsomming van zorgaspecten. Een belangrijk probleem dat daarbij optreedt, is gelegen in de selectie van zorgaspecten. Welke eigenschappen van het object zorg worden in de beschouwing opgenomen en welke niet? Een criterium om dit te beslissen vereist een theorie over kwaliteit en het is juist de definitie die verondersteld wordt deze te geven. Een opsommende definitie lijkt dan ook tot een zekere circulariteit in het denken over kwaliteit aanleiding te geven.<sup>109</sup>

Op een conferentie over het landelijk kwaliteitsbeleid is het begrip kwaliteit gedefinieerd als 'de mate waarin het geheel van eigenschappen van een product, proces of dienst voldoet aan de eraan gestelde eisen, die voortvloeien uit het gebruiksdoel' (Berkestein & Colsen, 1989; RGO, 1990). In deze definitie wordt het begrip kwaliteit als eigenschap gethematiseerd. Het gebruik vormt het normatief referentiekader. Het hantieren van de formulering 'de mate van' geeft uitdrukking aan een verhouding ( $p : q$ , weer te geven als een quotiënt). Een geselecteerd zorgaspect wordt met zichzelf geconfronteerd (in verschillende hoedanigheden, namelijk als teller en als noemer, als rate of als ratio), bijvoorbeeld als een verwachting versus een beleving. In het taalgebruik komt een

<sup>108</sup> De NEN-ISO 8402 (1994) wijst op de associatie van het begrip kwaliteit met de term 'klasse' om uitdrukking aan de mate van uitmuntendheid te geven (zoals in de definitie van R.A. Broth, zie tabel 4.2). Een klasse geeft een gepland of erkend verschil aan met kwaliteitseisen. Een klasse aanduiding kan worden gebruikt om een rangorde van kenmerken en daarmee een gradering van kwaliteit(en) aan te geven. Hierin komt de betekenisnuance van bijval (teveel) tot uitdrukking (zie hoofdstuk 2, tabel 2.1).

<sup>109</sup> In de vroege dialogen van Plato stelt Socrates een aantal malen het definiëren door middel van een opsomming aan de kaak. Zo is het noemen van leren voorwerpen (schoenen, jassen, etc.) geen goede definitie van leer. Kennis van leer wordt voorondersteld en dat is juist hetgeen de definitie moet bewerkstelligen (Wedberg, 1982: p96-103).

formele structuur tot uitdrukking en deze verschilt naar gelang de verwoording verschilt. Dit verschil in definiëring noopt tot een andere operationalisering van het begrip kwaliteit (Gudmundsson & Maack, 1991). Hierin ligt een bron van begripsverwarring. Intuïties aangaande kwaliteit vormen een criterium voor de formele structuur. De formulering 'de mate van' is daarbij beter in overeenstemming met de theoretische inzichten in het begrip kwaliteit dan 'het geheel van'.

Opmerkelijk is de industriële invloed op definities van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg.<sup>110</sup> Juran, een van de grondleggers van de kwaliteitskunde in het bedrijfsleven, definieert kwaliteit als 'fitness for use'; ofwel 'the extent to which the product successfully serves the purposes of the user during usage' (Juran, 1974: p2-2). In deze definitie is het gebruik van een product de norm voor kwaliteit. De doelen van de gebruiker doen deze norm tot stand komen. De definitie leent zich uitstekend voor het betrekken van de visie van de klant bij het kwaliteitsbeleid. Het gaat erom specificaties van het productieproces zodanig te beheersen dat het product op diens verwachtingspatroon is afgestemd. Er ontbreekt echter een visie op de intrinsieke kwaliteit van het product. De definitie van Juran sluit niet uit dat doeleinden worden bereikt met een (intrinsiek) slecht product (zoals in het voorbeeld van de blinde darmoperatie). Crosby (1979: p15) definieert kwaliteit prescriptief als 'Quality must be defined as conformance to requirements'. In deze definitie staat het normatief referentiekader van de producent centraal. Een louter voldoen aan vereisten is echter nog geen voldoende voorwaarde voor de kwaliteit van een product. Een klant kan het eenvoudigweg niet mooi vinden. Een onvoorzien aspect kan de kwaliteit van het product verregaand degraderen. Feigenbaum (1983) geeft een definitie van kwaliteit die beschrijvende en normatieve aspecten met elkaar verenigt: 'Product and service quality can be defined as the total composite product and service characteristics of marketing, engineering, manufacture, and maintenance through which the product and service in use will meet the expectations of the customers'. Deze definitie brengt gerealiseerde mogelijkheden en normatief referentiekader van de klant en producent in één formulering samen. Het is herkenbaar in de normen die de ISO (International Organization for Standardization) in het bedrijfsleven voor het spreken over kwaliteit heeft opgesteld (NEN-ISO 8402).

Bij de definiëring van de begrippen heeft de NRV zoveel mogelijk aangesloten bij de NEN-ISO terminologie (NRV, 1990a: p10). Via de diverse rapporten van de NRV heeft het bedrijfskundig jargon in Nederland grote invloed gehad op het spreken over kwaliteit in de gezondheidszorg. Deze industriële invloed op het definiëren kenmerkt de omslag in het denken over de kwaliteit van zorg (Eskildson & Yates, 1991), waarvan ook het werk van Berwick een exponent is (zie paragraaf 3.5). De identiteit van het onderwerp wordt meer en meer gezocht in de historische wortels ervan en deze worden gevonden in een bedrijfskundige benadering van de kwaliteit van zorg (Harteloh & Casparie, 1991). Er is sprake van eenzelfde intuïtie van kwaliteit, die in verschillende sectoren op gelijklopende wijze wordt verwoord. Ook in het bedrijfsleven beweegt het definiëren van kwaliteit zich naar een harmonische balans van gerealiseerde mogelijkheden en normatief referentiekader.

<sup>110</sup> In het bedrijfsleven wordt kwaliteit (op dat moment) gedefinieerd als: 'het geheel van eigenschappen en kenmerken van een product of dienst dat van belang is voor het voldoen aan vastgelegde of vanzelfsprekende behoeften' (NNI, 1989).

### 4.3 Beleidsrelevante operationalisering van het begrip kwaliteit

Vaak voorzien formele definitiepogingen niet in een behoefte van het kwaliteitsgericht handelen. In 1985 verzucht oud KNMG voorzitter Boelen, al het werk van Donabedian ten spijt: 'Het is een erkend probleem dat bij het tot stand komen van een beleid de kwaliteit van zorg niet goed kan worden omschreven. Er is behoefte om het begrip operationeel te maken' (Boelen, 1985). De jaren negentig kenmerken zich in Nederland dan ook door een reeks van beleidsinitiatieven op het gebied van de kwaliteit van zorg. Deze hebben voornamelijk ten doel de opinies van verschillende betrokkenen (zorgverleners, zorginstellingen, zorgverzekeraar, patiënten en overheid) binnen een beleidsmatig raamwerk samen te brengen. Er is een aantal beleidsconferenties gehouden waarop de betrokkenen partijen onderlinge afspraken hebben gemaakt over het kwaliteitsbeleid (Casparie, 1990; 1995). De overheid heeft deze vertaald in de beleidsvoornemens, zoals neergelegd in de 'Nota Kwaliteit van Zorg' (WVC, 1991), en vervolgens een aantal wetten het licht doen zien die de kwaliteit van zorg mede beogen te bevorderen (Casparie et al., 1993). De verschillende partijen worden aangemoedigd om via vertegenwoordigende organisaties vanuit eigen perspectief zorgaspecten te formuleren die relevant worden geacht voor de kwaliteit. Vervolgens is het de bedoeling 'criteria ten aanzien van aspecten van kwaliteit op te stellen waarmee een bepaald kwaliteitsniveau kan worden aangegeven' (Anoniem, 1989). Op deze wijze wordt het abstracte begrip kwaliteit vanuit een bepaald perspectief geoperationaliseerd. Er wordt gesproken van een aspectbenadering (Harteloh & Casparie, 1991: p155-173).

Caper (1974) formuleert het principe dat aan de aspectbenadering ten grondslag ligt: 'It seems useful to me to think of the quality of medical care as being separable into a number of components. Some are measurable, and others are not'. De laatste toevoeging is belangrijk. Het geeft aan dat de analyse in beginsel kwalitatief van aard is. Een aspectbenadering is ogenschijnlijk een descriptieve definitie van de kwaliteit van zorg.<sup>111</sup> Een aspect is een zijde of verschijningsvorm van iets (Van Dale, 1984). Aspecten van zorg zijn kwaliteiten in de zin van hoedanigheden (zie hoofdstuk 2, tabel 2.1). Een aspectbenadering is een explicitering van het begrip kwaliteit, nodig om dit te operationaliseren en (op den duur) meetbaar te maken. Daarin wordt een samenhang tussen het begrip kwaliteit en andere begrippen zichtbaar.

Zorg van goede kwaliteit hangt volgens Caper (1974) nauw samen met maximaal mogelijke aanwending van diagnostische en therapeutische mogelijkheden door een goed opgeleide en ervaren zorgverlener: 'My training in a large, academically oriented

<sup>111</sup> Soms wordt wel van 'soorten kwaliteit' gesproken alsof kwaliteit een natuurlijke soort is met een onderverdeling in geslachten: 'Quality is conceived of as a many-faceted phenomenon that can be divided into definable and measurable components' (Vuori, 1980). Zo is er sprake van technische kwaliteit (de technisch-inhoudelijke specificaties van een product), functionele kwaliteit (resultaten of effecten die met een product, proces of dienst worden bereikt), relationele kwaliteit (attitude en interactie), institutionele kwaliteit (imago van de organisatie), financiële kwaliteit (verhouding prijs/resultaten), logistieke kwaliteit (tijds- en hoeveelheidskenmerken) (Vinkenburg, 1996). Het lijkt geen goede gang van zaken. Kwaliteit is geen object dat de persoon voor ogen staat als een tafel of een stoel. Het is een primair begrip. Vanuit oogpunt van begripszuiverheid is het beter te spreken van aspecten van het voorwerp van aandacht met relevantie voor kwaliteit. Bovendien is in de genoemde soorten de veelvuldig genoemde aspecten weer herkenbaar.

state-subsidized teaching hospital followed by experience in a municipal hospital accentuated this tendency by insulating my patients from the cost implications of my “high quality”, extensive and exhaustive diagnostic and therapeutic efforts’ (Caper, 1974). De ironie in deze formulering verraadt een verandering van begripsinhoud onder de invloed van een toenemend bewustzijn van kosten die de medische zorg met zich meebrengt. Deze voltrekt zich in de jaren tachtig als het begrip kwaliteit meer en meer met doelmatigheid wordt geassocieerd. Vervolgens vindt er een verdere verbreding van de begripsinhoud plaats. Niet alleen doeltreffendheid en doelmatigheid, maar ook tevredenheid van patiënten, toegankelijkheid van de zorg, informatie en communicatie worden met de kwaliteit van zorg geassocieerd.<sup>112</sup> Caper (1988) vat deze onder vier aspecten van gezondheidszorg, die volgens hem de kwaliteit ervan bepalen, en hij ordent deze naar perspectief. Vanuit medisch en financieel oogpunt zijn vooral de doeltreffendheid en doelmatigheid van de zorgverlening van belang. Vanuit medisch en maatschappelijk oogpunt is de gepastheid (‘appropriateness’) belangrijk: de juiste toepassing van medische kennis en technieken. Menselijk bezien is het interpersoonlijke aspect essentieel voor zorg van een goede kwaliteit. Ordening van aspecten naar perspectief is dan ook, mede door het werk van Donabedian (*zie paragraaf 3.3.3*), een veelvuldig gehanteerde benadering in onderzoek naar de kwaliteit van zorg (*zie: Donabedian 1980: p65; Smith & Armstrong, 1989; Breedveld et al., 1993; Van der Waal et al., 1993; Sales et al., 1995*).<sup>113</sup> In Nederland heeft dit geleid tot verschillende aspectbenaderingen. Zo zijn er aspectbenaderingen vanuit het perspectief van de zorgverlener, de zorgverzekeraar, de patiënten, de zorginstellingen, en vanuit een juridische of beleidsmatige invalshoek (Harteloh & Casparie, 1991: p155-173). Hieruit blijkt de samenhang tussen het begrip kwaliteit en andere begrippen. De aspectbenaderingen van zorgverleners en patiënten zijn geschikt om het onderliggende principe verder te verduidelijken.

In 1986 publiceert de toenmalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) de discussienota ‘begrippenkader kwaliteit van de beroepsuitoefening’. De nota is, overeenkomstig de intentie van het Nederlandse kwaliteitsbeleid, opgesteld door een werkgroep van deskundigen die verschillende beroepsorganisaties vertegenwoordigden. Het resulteert in een veelvuldig geciteerd schema met zorgaspecten vanuit het perspectief

<sup>112</sup> In Nederland vormen kostenbeheersing en stelselwijzigingen de achtergrond van het kwaliteitsbeleid (Casparie, 1993). Deze zullen de invulling van het begrip kwaliteit dan ook mede bepalen.

<sup>113</sup> Relativisme ligt daarbij op de loer. De conclusie is namelijk dikwijls dat kwaliteit een kwestie van smaak is (Donabedian, 1980; Sales et al., 1995). Het relativisme (in de wetenschap) is de ogenschijnlijk paradoxale opvatting dat ‘er geen objectieve kennis (waarheid) van de ons omringende werkelijkheid mogelijk is’ (Flew, 1979). De status van een dergelijke bewering (waar, onwaar) is inherent problematisch. Als de bewering waar is, dan is deze strijdig met de eigen inhoud. Er is dan immers minstens één ware bewering. Als de bewering onwaar is, dan zou daaruit volgen dat er objectieve kennis mogelijk is, hetgeen opnieuw strijdig is met de uitgedrukte inhoud. Logisch gezien, is het relativisme dus geen aantrekkelijke doctrine. De empirische pendant ervan komt tot uiting in een theorie over perceptie. In de zogenaamde sterke variant stelt het relativisme dat het perspectief bepaalt *wat* we waarnemen; in de gematigde variant dat het perspectief bepaalt *hoe* we iets waarnemen. In aspectbenaderingen komt deze gedachtegang naar voren. Davidson bestrijdt het relativisme door te wijzen op de mogelijkheid van een vertaling. Deze wijst op een objectief referentiepunt in de vorm van een semantische regel. In het onderhavige hoofdstuk proberen we te onderzoeken hoe dit eruit ziet voor het begrip kwaliteit.

van (professionele) zorgverleners (zie tabel 4.3). Aan de kwaliteit van de beroepsuitoefening wordt een drietal dimensies onderscheiden: methodisch-technisch handelen, attitude en organisatie. Per dimensie worden vervolgens aspecten benoemd die met de kwaliteit in verband worden gebracht. Donabedian's model waarin technische, interpersoonlijke en accommodatieaspecten worden onderscheiden, is herkenbaar (zie paragraaf 3.3.1) en heeft via deze aspectbenadering een grote invloed uitgeoefend op het denken over kwaliteit in Nederland.

*Tabel 4.3 Kwaliteit van de beroepsuitoefening*

Dimensies het medisch handelen	Zorgaspect
kwaliteit van het methodisch/technisch handelen	doeltreffendheid deskundigheid indicatiestelling geschiktheid veiligheid zorgvuldigheid
kwaliteit van de attitude van de beroepsbeoefenaar	respectvolle bejegening informatiebereidheid vertrouwensrelatie coöperatie verantwoordingsbereidheid
kwaliteit van de organisatie van de beroepsbeoefening	continuïteit beschikbaarheid doelmatigheid integrale zorg

*Bron: NRV, 1986: p10*

Het aldus geoperationaliseerde perspectief van de zorgverleners toont een conceptueel schema van zorgaspecten die relevant zijn voor de kwaliteit. Het representeert het object van aandacht, zorg of gezondheidszorg, als een techniek in de context van een intermenselijke relatie (Pellegrino & Thomasma, 1981: p58-82; Wulff et al., 1986). Er is voor een technische invalshoek gekozen, waarbij zorgverlening als communicatief handelen, of juridische dan wel economische activiteit buiten beschouwing is gebleven. Deze keuze impliceert een waardering van het technische standpunt boven andere alternatieven. Doeltreffendheid en doelmatigheid zijn daarbij belangrijke begrippen. Het zijn eigenschappen, maar ook waarden van de zorgverlening. Opvallend is dat de definitie van doeltreffendheid zo goed als samenvalt met de definitie van kwaliteit. De Nationale Raad definieert doeltreffendheid als 'de mate waarin datgene dat onder optimale omstandigheden als bereikbaar is vastgesteld, onder dagelijkse condities daadwerkelijk wordt bereikt (NRV, 1986: p11). Een dergelijke omschrijving drukt een relatie tussen gerealiseerde mogelijkheden, een daadwerkelijk bereikte, en een normatief referentiekader, het bereikbare, uit. De semantische regel wordt toegepast. Blijkbaar speelt deze een rol bij de selectie van begrippen die met het begrip kwaliteit worden geassocieerd. Een

conceptuele (familie)gelijkenis lijkt hiervoor het criterium. Bij sommige begrippen zoals doeltreffendheid is deze expliciet aanwezig; bij andere niet, en het is dan ook de vraag op grond waarvan deze in het conceptueel schema zijn geplaatst. De voormalige KNMG voorzitter Boelen oppert mogelijk een verklaring. Hij definieert zorg van goede kwaliteit als 'de bijdrage van een deskundige op een bepaald gebied op zodanige wijze dat deze wordt aanvaard binnen het patroon van waarden dat mede door de desbetreffende beroepsgroep is ontwikkeld in overeenstemming met de stand van zaken in wetenschap en techniek', en stelt 'kwaliteit wijst in die zin naar een schaal van waarden waaraan kan worden gerefereerd' (Boelen, 1985). Het conceptueel schema is een uitdrukking van waarden. Een aspectbenadering vanuit patiëntenperspectief is hiervan een duidelijker voorbeeld.

In een procedure van onderling overleg zijn vertegenwoordigers van patiënten begin negentiger jaren tot een formulering van 'het patiëntenperspectief' gekomen. Patiëntenorganisaties gaan uit van drie basale menselijke waarden: zelfbeschikkingsrecht, individuele diversiteit en de ondeelbaarheid van het individu (NCDB, 1990). Deze volgen rechtstreeks uit de doelstelling van gezondheidszorg vanuit patiëntenperspectief, namelijk het bevorderen van de autonomie en het in stand houden van de menselijke waardigheid van de patiënt of consument (NRV, 1986: p11; Thung, 1986b). Deze waarden moeten gericht zijn op eigenschappen van zorgverlening en een weerklank vinden in de kwaliteit van de verleende zorg. Informatie blijkt voor alle drie de genoemde waarden van groot belang. Het is een door patiënten hoog gewaardeerd aspect van de zorgverlening en staat centraal in de hedendaagse relatie tussen zorgverlener en patiënt (Thung, 1990).

Vanuit de geformuleerde waarden worden nu specifieke zorgaspecten genoemd die relevant zijn voor de kwaliteit (*zie tabel 4.4*). Keuzevrijheid en toegankelijkheid geven een patiënt de mogelijkheid de zorg te verkrijgen die het beste bij hem of haar past. Het zelfbeschikkingsrecht wordt daardoor bevorderd. Een voldoende spreiding van het aanbod van verschillende soort voorzieningen en een aandacht voor de subjectieve beleving van de ziekte zijn nodig om individuele verschillen tussen personen voldoende tot hun recht te laten komen. Het moet de zakelijke ingestelde patiënt in staat stellen een slagvaardige, en de zoekende patiënt, een luisterende, duidende zorgverlener te kunnen kiezen. Pas dan is het zorgaanbod afgestemd op de individuele noden van een patiënt. De ondeelbaarheid van het individu wordt vooral gezocht in zorgvormen die een patiënt in staat stellen zichzelf te blijven en een eenduidige, persoonlijke relatie te hebben met zorgverlener. Samenwerking en coördinatie zijn nodig om dit te realiseren. Zo ontstaat vanuit een mensbeeld een ordening van aspecten van zorgverlening die voor de kwaliteit relevant worden geacht.

Een andere dimensie van het patiëntenperspectief wordt gevormd door de aan Donabedian ontleende ordening naar voorwaarden (structuur), proces en product (uitkomst) van zorg (*zie tabel 4.4*). Voorwaarden voor gezondheidszorg betreffen bijvoorbeeld spreiding en toegankelijkheid van voorzieningen. De mate van spreiding of toegankelijkheid is vervolgens een maat voor de kwaliteit. De kwaliteit van het zorgproces heeft betrekking op de mate van zorgvuldige bejegening van patiënten en op de mate waarin een patiëntgerichte attitude is gerealiseerd. De kwaliteit van het product heeft betrekking op de inhoud en op het effect van de behandeling (genezing, sterfte, beper-

kingen, handicaps). Het hanteren van Donabedian's indeling doet het patiëntenperspectief aansluiten bij dat van de beroepsbeoefenaren of zorginstellingen. Het maakt vertaling van het eigen perspectief in dat van de beroepsbeoefenaar mogelijk.

Hoewel het aldus geoperationaliseerde patiëntenperspectief mogelijk niet geheel representatief is (niet iedere ziekte of aandoening heeft een patiëntenvereniging) en een algemeen karakter heeft (niet de individuele patiënt, maar de patiënt als groep is vertegenwoordigd),<sup>114</sup> biedt het een uitgangspunt voor beleid dat gericht is op het tegemoetkomen aan wensen en behoeften van de patiënt. Het is een belangrijk voorbeeld van een aspectbenadering waarbij vanuit morele waarden zorgaspecten worden geselecteerd, die relevant zijn voor de kwaliteit. Het perspectief is tot uitdrukking gebracht in een conceptueel schema. Een mensbeeld fungeert daarvoor als model.

Aspectbenaderingen tonen de operationalisering van het begrip kwaliteit. In een aspectbenadering worden factoren naar voren gebracht, die vanuit de invalshoek van de betrokkenen van belang worden geacht als het gaat om de kwaliteit van zorg. Soms is er overeenstemming over het belang van een aspect voor de kwaliteit. Soms wordt een verschillend belang toegekend, of worden zelfs geheel verschillende aspecten voor de kwaliteit relevant geacht. Een aspectbenadering resulteert in een conceptueel schema, een schematische ordening van begrippen. Verschillen in het perspectief verklaren de verschillen in de schema's van zorgverleners, patiënten, zorgverzekeraars of overheid. De term perspectief betekent letterlijk een doorzicht, vergezicht of uitzicht, figuurlijk een invalshoek (Van Dale, 1984). Deze wordt ontleend aan de schilderkunst of architectuur. Het gebruik van de term perspectief buiten genoemde vakgebieden geeft uiting aan een visuele metafoer ('Quality is in the eye of the beholder'). Het geeft aan dat er een invloed is van de achtergrond of positie van de spreker op diens visie op kwaliteit. Het verband tussen de begrippen is conceptueel van aard. Er is geen causale relatie tussen de begrippen onderling. Associatie lijkt een leidende beginsel. Deze associatie is niet vrij, maar verbonden met een bepaald object dat de spreker voor ogen staat, en waarover deze oordeelt.<sup>115 116</sup> Het is dit object dat een bepaalde ordening ontlokt. De beroepsbeoef-

<sup>114</sup> Het patiëntenperspectief is dan ook herzien aan de hand van empirisch onderzoek waarin een grote hoeveelheid uitspraken is verzameld en geordend. Nu ontstaan acht aspecten, onderscheiden naar hulpverlenende instantie (organisatie, accommodatie, vakbekwaamheid), uitwisselingsprocessen (bejegening, informatie, steun, evaluatie), en hulpvrager (zelfstandigheid) (NP/CF, 1995). Het oorspronkelijk gehanteerde mensbeeld is hierin nog wel herkenbaar. De interactie tussen zorgaanbieder en patiënt is nu het uitgangspunt. Grondslagen van de intermenselijke relatie (zelfbeschikking) en grondslagen van de hulpverlening (belang patiënt, individuele diversiteit, attitude van de beroepsbeoefenaar, criteria voor het therapeutisch handelen, en criteria voor praktijkvoering) fungeren als dimensies van het conceptueel schema. Deze opmerkelijke verandering van invalshoek toont het voortschrijden van de discussie over de kwaliteit van zorg. Steeds wordt naar een gemeenschappelijk aangrijpingspunt gezocht, een gedeeld referentiekader. Dit vereist vertaling. Zo hanteren patiënten in het bestudeerde voorbeeld het model van Donabedian om hun conceptueel schema te vertalen naar dat van de zorgaanbieders. Een beroep op de een wetenschappelijke methode is een andere manier om vertaalbaarheid te bewerkstelligen. Door de hoge waarde van wetenschap wordt het resultaat aanvaard als argument in het debat over de kwaliteit van zorg.

<sup>115</sup> Soms gaan kwaliteitsaspecten als criteria fungeren. Garvin (1989) noemt acht kwaliteitsaspecten die eigenlijk ook als criteria zijn te lezen: prestatie, eigenschappen, betrouwbaarheid, overeenstemming, duurzaamheid, onderhoudsvriendelijkheid, uiterlijk, waargenomen kwaliteit.



fenaar staat een bepaald model van de geneeskunde voor ogen. Techniek, relatie en organisatie zijn de basisingrediënten van het professioneel perspectief. Het beeld dat deze van zichzelf heeft, de relatie met anderen en de beschikking over het eigen lijf en leden vormen het perspectief van de patiënt. In een aspectbenadering komt een perspectief naar voren als een conceptueel schema. Dit conceptueel schema is herleidbaar tot waarden of normen van de betrokkene: technische beheersing van de zorgverleners versus autonomie van de patiënten.

*Tabel 4.4 Kwaliteit vanuit patiëntenperspectief*

Dimensies van de kwaliteit van zorg	Aspecten van zorgverlening
<i>Zelfbeschikking</i>	
voorwaarden	informatiebereidheid toegankelijkheid
proces	informatiebereidheid gelijkwaardigheid binnen de arts-patiënt relatie
product	informatiebereidheid keuzevrijheid
<i>Individuele diversiteit</i>	
voorwaarden	diversiteit en spreiding van aanbod informatiebereidheid
proces	aandacht voor subjectieve beleving van ziekte kwalificatie eisen
product	informatiebereidheid keuzevrijheid
<i>Ondeelbaarheid van het individu</i>	
voorwaarden	samenwerking tussen de eerste en tweede lijn experimenten met behandeling in thuisituatie alternatieve behandel mogelijkheden patiëntgerichte zorg
proces	aandacht voor ziekteoverstijgende vragen
product	tegengaan medicalisering geen onnodig onderzoek aandacht voor maatschappelijke omstandigheden

*Bron: NCDB, 1990*

<sup>116</sup> Het ligt overigens voor de hand te veronderstellen dat daarbij de semantische regel die het begrip kwaliteit tot uitdrukking brengt, wordt gebruikt (zie paragraaf 4.2). De vaak voorkomende associatie tussen kwaliteit en doeltreffendheid of doelmatigheid wijst daar ook op. Deze begrippen vertonen een zekere familiegelegenheid. Zij drukken een relatie uit tussen gerealiseerde mogelijkheden en een normatief kader (doel). Het materiaal gaf echter onvoldoende aanleiding deze veronderstelling te staven. Wel wijst het karakter van de aspectbenadering (beschrijvend en normatief) op een relatie met de semantische regel.

#### 4.4 Het gebruik van het begrip kwaliteit

In de gezondheidszorg is een groot aantal pogingen ondernomen het begrip kwaliteit te definiëren. Om de verschillende definities te analyseren kan gebruik worden gemaakt van filosofische theorievorming (Harteloh et al., 1991). Daarin wordt naar gelang de aard van de bewering beschrijvende ofwel *descriptieve* en voorschrijvende ofwel *prescriptieve* definities onderscheiden (Abelson, 1972).<sup>117</sup> Een descriptieve definitie is een bewering die aangeeft wat de betekenis van een verschijnsel is. Deze is herkenbaar aan het koppelwerkwoord 'is' ('Kwaliteit is ...'). Het gedefinieerde en dat wat definieert zijn als synoniemen op te vatten en in een bepaalde context uitwisselbaar zonder dat daarbij de betekenis van de zin verandert. Zo wordt kwaliteit door Rutstein en medewerkers (1976) descriptief gedefinieerd als: 'quality is the effect of care on the health of the individual'. Deze (formele) definitie geeft een verklaring voor het feit dat een bepaalde soort zorg(handelingen) kwaliteit wordt toegekend. De gepostuleerde regel voor de betekenis van het begrip kwaliteit luidt: 'als een zorghandeling effect heeft op de gezondheid van een individu, dan is er sprake van kwaliteit'. Kwaliteit wordt geoperationaliseerd als dispositie. Waarheid in de zin van correspondentie van begripsinhoud met de realiteit is het criterium voor de betekenis van een descriptieve definitie. Naarmate dit criterium beter is vervuld, zal aanwending van descriptieve definities zinvoller zijn. De definitie van Rutstein en medewerkers is wat dat betreft niet geheel onproblematisch, omdat het effect van zorgverlening soms niet eenduidig is vast te stellen (zie: McKeown, 1975; 1976), of het daartoe benodigde wetenschappelijke bewijs in de vorm van gerandomiseerd effectonderzoek ontbreekt (Cochrane, 1971; 1979).

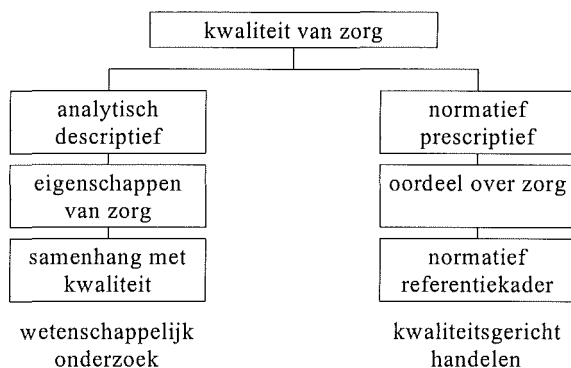
Een prescriptieve definitie is een bewering die een handeling of een bepaald taalgebruik aanbeveelt, suggereert of voorschrijft. Een prescriptieve definitie is normatief van aard, herkenbaar aan het koppelwerkwoord 'moeten' of aan de formulering 'behoort te' ('Onder kwaliteit moet/behoort te worden verstaan ...'). Een prescriptieve definitie heeft een conventioneel karakter, komt tot stand door middel van overleg, en dient vooral om het handelen, gegeven de plaatselijke omstandigheden, richting te geven (Naess, 1978: p72-76). Een voorbeeld ervan wordt aangetroffen bij Laffel en Blumenthal (1989): 'quality should be defined as a continuous effort by all members of an organization to meet the needs and expectations of the customers'. Deze (formele) definitie heeft het karakter van een aanbeveling. De betekenis van het begrip kwaliteit wordt gezocht in een inspanning van medewerkers, een streven om aan de behoeften en verwachtingen van klanten tegemoet te komen. Juistheid in de zin van coherentie van de bewering met andere beweringen is het criterium voor de betekenis van een prescriptieve definitie. Naarmate dit criterium beter is vervuld, zal aanwending van prescriptieve definities zinvoller zijn.

Er wordt een descriptieve of een prescriptieve definitie gehanteerd naar gelang het beoogde doel, namelijk het komen tot een gefundeerde beschrijving (descriptief) van de kwaliteit van de zorg, of het op gang brengen van een gerichte activiteit (prescriptief), zoals verbetering van de kwaliteit van de zorg (zie *figuur 4.1*). Dit geldt niet alleen voor

<sup>117</sup> Vergelijk *voetnoot 99*. De performatieve bewering wordt niet als een definitie beschouwd. Daarom is het conceptueel kader voor het *definiëren* van het begrip kwaliteit tweeledig, en niet driedig van aard. Het conceptueel kader voor het debat over de kwaliteit van zorg is dat wel.

formele definities van het begrip kwaliteit, maar ook voor de aspectbenadering. Een aspectbenadering toont de samenhang van het begrip kwaliteit met andere begrippen. Hieraan kan een beschrijvende of een voorschrijvende bedoeling ten grondslag liggen (paragraaf 4.3).

*Figuur 4.1. Conceptuele kader van het debat over de kwaliteit van zorg*



Het conceptuele kader van het definiëren van de kwaliteit lijkt dan ook tweeledig van aard. Enerzijds wordt het begrip kwaliteit gebruikt om een (bestaande) verhouding tussen gerealiseerde mogelijkheden en normatief referentiekader te beschrijven. Anderzijds wordt het gebruikt om een bepaalde verhouding tussen gerealiseerde mogelijkheden en normatief referentiekader voor te schrijven of aan te bevelen. Een descriptieve invulling thematiseert de betekenis van het begrip kwaliteit als eigenschap. In een prescriptieve invulling verschijnt het begrip kwaliteit als categorie van het oordeel. Gebruik van het begrip kwaliteit betekent in beide gevallen invullen van de variabelen in een semantische regel. Onder gerealiseerde mogelijkheden kunnen zorghandelingen, gezondheid, beperkingen, handicaps, sterfte, belevingen, geleverde zorg, of structurele eigenschappen van gezondheidszorg worden verstaan. Het normatief referentiekader kan bestaan uit normen in de vorm van impliciete of expliciete criteria, wetenschappelijke kennis, individuele verwachtingen, idealen, wensen, dan wel culturele of maatschappelijke waarden. De semantische regel wordt (noodzakelijkerwijs) geïnterpreteerd door een persoon vanuit een bepaald perspectief. De spreker of schrijver volgt de regel om een bedoeling over te brengen en de luisteraar of lezer om de bedoeling te begrijpen. De semantische regel als zodanig is echter perspectiefloos. Het is als (de structuur van) een wiskundige formule, voor een ieder hetzelfde, met variabelen ('gerealiseerde mogelijkheden', 'normatief referentiekader') waarvan de invulling naar gelang de context kan verschillen. De semantische regel geeft de logische structuur van de inhoud van het begrip kwaliteit weer.



### III Gegevens over de kwaliteit van zorg

*Socrates tegen Theodorus: 'Misschien komt het woord kwaliteit je vreemd voor. Misschien begrijp je deze abstracte term niet. Ik zal daarom een voorbeeld geven.'*

*Plato, Theaetetus, 182a*

In *deel II* zijn begripsontwikkeling en definiëring het voorwerp van onderzoek geweest. Het begrip kwaliteit blijkt in de gezondheidszorg te worden gebruikt om een verhouding tussen gerealiseerde mogelijkheden en normatief referentiekader te beschrijven (descriptief gebruik) of voor te schrijven (prescriptief gebruik). Daarmee is de betekenis van het begrip kwaliteit in een interpretatieregel gevat. Met dit resultaat in de hand gaan we in *deel III* op zoek naar een methode voor betekenisverlening, oftewel de wijze waarop de semantische regel in de praktijk functioneert. Daartoe beschouwen we in een drietal gevalsstudies de interpretatie van gegevens over gezondheidszorg in termen van kwaliteit. Er is gekozen voor bestudering van verschillende soort gegevens, namelijk ziekenhuissterfte (*hoofdstuk 5*), variaties in de praktijk der zorgverlening (*hoofdstuk 6*) en patiëntsatisfactie (*hoofdstuk 7*). Deze gegevens representeren, respectievelijk, eigenschappen van een zorginstelling, de onderlinge verhouding van zorgverleners of zorginstellingen, en het oordeel van personen over zorgverlening. Daarmee worden de belangrijkste betekenisnuances van het begrip kwaliteit onderzocht (*zie hoofdstuk 2, tabel 2.1*), namelijk die van intrinsieke of relationele eigenschap van een object of persoon, en die van categorie van het oordeel. Een gevalstudie is steeds op dezelfde manier opgezet teneinde onderlinge vergelijking te vergemakkelijken en het stramien van de gedachtegang bloot te leggen. Een kritische beschouwing van voorbeeldig onderzoek ('een paradigma') staat centraal. Onderscheid wordt gemaakt in methodologische merites en de beleidsrelevantie van het gegeven. De gevalsstudies worden steeds gebruikt om conclusies over het gebruik van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg te trekken. Deze conclusies gebruiken we in *deel IV* om tot een model voor betekenisverlening te komen.



## 5 Ziekenhuissterfte en verantwoording voor zorg

### 5.1 Inleiding

In 1998 worden in Engeland twee kinderhartchirurgen door een woedende menigte belaagd bij het verlaten van het gebouw alwaar zij zich voor hun medisch handelen hebben moeten verantwoorden. Het tweetal veroorzaakte grote opschudding onder het Britse publiek door hun zeer slechte operatieresultaten. Tussen 1988 en 1995 overleed meer dan de helft (60%) van de kinderen die zij voor een aangeboren hartaandoening opereerden. De desbetreffende chirurgen waren bovendien alreeds eerder op dit gegeven geweest. In 1988 was het een anesthesioloog opgevallen dat de operaties van bewuste chirurgen drie maal zo lang duurden als vergelijkbare ingrepen in een ziekenhuis waar hij al eerder had gewerkt. Bovendien leken er extreem veel kinderen te sterven. De anesthesioloog stelde de directeur van het ziekenhuis schriftelijk van dit vermoeden op de hoogte. Hij werd echter terugverwezen naar de betrokken chirurgen die hem dit schrijven hoogst kwalijk namen, en zonder verdere maatregelen gewoon doorgingen met opereren. Zij interpreteerden de gegevens niet als een teken van slechte kwaliteit. De één beriep zich op een leereffect, de ander op bijzonder moeilijke gevallen. Pas in 1995 nadat de anesthesioloog ook het Ministerie van Gezondheidszorg had ingelicht, werd een onafhankelijk onderzoek ingesteld dat de juistheid van diens vermoeden bevestigde, en de slechte prestaties van de twee chirurgen aan het licht bracht door hun operatiesterfte te vergelijken met die van andere kinderhartchirurgen met een vergelijkbare ervaring en patiëntengroep (anoniem, 1998). Het voorval illustreert op treffende wijze de relatie tussen ziekenhuissterftecijfers en de kwaliteit van zorg. Sterfte lijkt een bijna objectieve maat voor de kwaliteit van het medische handelen. Het is omgekeerd evenredig met een welgeslaagd medisch ingrijpen. Het verschaft informatie over de doeltreffendheid van het medische handelen in zorginstellingen en daarmee over één van de traditionele betekenissen van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg (zie paragraaf 4.3).

De aandacht voor sterfte na of tijdens een medische behandeling is overigens niet van vandaag of gisteren. Zo deed een grondlegger van de klassieke epidemiologie, William Farr, al in 1864 de aanbeveling sterftecijfers van Engelse ziekenhuizen met elkaar te vergelijken (Iezzoni, 1997), en pleitte Florence Nightingale kort na haar terugkeer uit de Krim oorlog (1854-1856) voor het opzetten van een naar diagnosegroep gespecificeerde registratie met sterfte- en ontslagcijfers van ziekenhuizen (Baker, 1988: p1).<sup>118</sup> De relatie tussen ziekenhuissterfte en de kwaliteit van het medisch handelen is daarentegen van recenter datum. In de Verenigde Staten is het een poging het voorbeeld van Codman gestalte te geven door de kwaliteit van zorg in ziekenhuizen te beoordelen aan de hand van de resultaten van een medische behandeling (Hill et al., 1997; zie paragraaf 3.2). Het inspireert de 'Health Care Financing Administration' (HCFA) in 1987 om jaarlijks een rapport over ziekenhuissterfte uit te gaan brengen. De discussie die dit beleid op-

<sup>118</sup> Het was Florence Nightingale gelukt de sterfte in veldhospitelen van 42 naar 2 procent terug te dringen door een uit eenplaatsing van de bedden (reductie infectiekans), het met grote discipline naleven van verpleegkundige inzichten op het gebied van wondverzorging en hygiëne en het nauwkeurig bijhouden van een administratie (observatie effect van genomen maatregelen).

roept, is voor de HCFA aanleiding om in 1995 de publicatie van ziekenhuissterftcijfers weer stop te zetten. Het verloop van deze discussie is het materiaal voor deze gevalstudie naar betekenisverlening.<sup>119</sup> Er worden argumenten naar voren gebracht in de vorm van redeneringen of onderzoeksresultaten, die de relatie tussen ziekenhuissterfte en de kwaliteit van het medisch handelen onderbouwen of ondergraven. Deze argumenten leren iets over de wijze waarop gegevens in termen van kwaliteit worden geïnterpreteerd. Eerst gaan we in op de aard van het gegeven. Dan beschouwen we verschillende soort argumenten. Sommige hebben betrekking op de methodologische merites die bij de interpretatie van ziekenhuissterftcijfers een rol spelen; andere hebben betrekking op de bruikbaarheid van deze gegevens voor het kwaliteitsbeleid.<sup>120</sup> Vervolgens beschouwen we de interpretatie van ziekenhuissterfte in relatie tot de kwaliteit van zorg. Het stelt ons in staat enige conclusies te trekken over het gebruik van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg.

## 5.2 De aard van het gegeven

Het overlijden van patiënten gedurende een medische behandeling is een belangwekkende en dramatische gebeurtenis die de vraag naar de kwaliteit van zorg pregnant naar voren brengt. Gegevens over sterfte in ziekenhuizen passen in Donabedian's model waarin gegevens over het zorgproces aan uitkomsten worden gerelateerd teneinde de kwaliteit van zorg te beoordelen (zie paragraaf 3.3.1; Donabedian, 1992). De tabel 5.1 toont de presentatie van gegevens over ziekenhuissterfte in het onderzoek van Dubois en medewerkers. Dit onderzoek geldt als een belangrijk argument voor de relatie tussen ziekenhuissterfte en de kwaliteit van zorg (Fink et al., 1989). De manier waarop de gegevens worden weergegeven, is hier van belang.<sup>121</sup> De ziekenhuissterfte wordt gedefinieerd als een verhouding van overleden patiënten op het aantal opgenomen patiënten per diagnosegroep. Deze verhouding kan in een bepaald ziekenhuis worden vastgesteld en vervolgens kan er voor een groep ziekenhuizen een gemiddelde worden berekend. Het sterftcijfer van een bepaald ziekenhuis wordt dan met het gemiddelde sterftcijfer van de groep ziekenhuizen vergeleken. Ziekenhuizen met hogere of lagere sterftcijfers worden daardoor geïdentificeerd.

Onderlinge vergelijking van groepen ziekenhuizen vindt plaats op statistische gronden. Het betrouwbaarheidsinterval maakt een uitspraak over de significantie van het verschil mogelijk. Dit verschil is een maat voor de discrepantie tussen waargenomen en verwachte sterfte in een bepaald ziekenhuis. De gegevens over ziekenhuissterfte representeren op deze wijze de semantische regel, die het begrip kwaliteit tot uitdrukking brengt (zie paragraaf 4.2). De *waargenomen* sterfte in een bepaald ziekenhuis in een

<sup>119</sup> Daarbij is gebruik gemaakt van het artikel 'De rol van ziekenhuissterftcijfers in het kwaliteitsbeleid' (Harteloh & Nievaard, 1992).

<sup>120</sup> Discussies over ziekenhuisinfecties (Wijgergangs & Severijnen, 1993), postoperatieve wondinfecties of heropnamecijfers (Williams, 1996) vertonen een soortgelijk patroon.

<sup>121</sup> Niet de feitelijk getallen! Dit geldt ook voor de tabellen in volgende hoofdstukken. Zij worden gepresenteerd om de omgang met (bepaalde) gegevens te illustreren.



bepaald jaar voor een bepaalde ziekte of aandoening wordt vergeleken met een *voorspelde* ziekenhuissterfte, berekend op basis van de gemiddelde sterftcijfers van een groep vergelijkbare ziekenhuizen in het voorafgaande jaar (Green et al., 1990). De gegevens representeren een verhouding van gerealiseerde mogelijkheden ten opzichte van een normatief referentiekader. Dit referentiekader is tweeledig. Enerzijds is de voorspelde sterfte een norm voor de waargenomen sterfte in eenzelfde ziekenhuis; anderzijds is het gemiddelde van de groep ziekenhuizen een norm voor de sterfte in een bepaald ziekenhuis. Opvallend is dat er in het onderzoek van Dubois en medewerkers geen significant verschil wordt gevonden tussen waargenomen en voorspelde sterfte voor een bepaalde aandoening *binnen* een bepaalde groep ziekenhuizen. Dit is wel het geval als ziekenhuizen met een hoge sterfte worden vergeleken met ziekenhuizen met een lage sterfte. In overeenstemming met onze theorie over de betekenis van het begrip kwaliteit zal er interpretatie in termen van slechte kwaliteit plaatsvinden. Hoewel er in een bepaalde groep ziekenhuizen geen discrepantie tussen gerealiseerde en normatief kader aanwezig is, wordt de verhouding tussen beide niet *optimaal* geacht (zie paragraaf 4.2). De dubbele normering van de semantische regel is herkenbaar.

Dubois en medewerkers (1987a; 1987b) gebruiken de gegevens over ziekenhuissterfte voor nadere evaluatie van de verleende zorg in ziekenhuizen met een hoger dan gemiddelde sterfte. Er werd vastgesteld welke patiënten (diagnosegroep) voor deze hogere sterfte verantwoordelijk waren. Vervolgens vond er bij *deze* patiëntengroepen een evaluatie van de geleverde zorg plaats aan de hand van het patiëntendossier ('chart review'). Een evaluatie met behulp van expliciete criteria bleek geen systematische verschillen in kwaliteit van zorgproces aan het licht te brengen. Dit is wel het geval als er met impliciete criteria wordt gewerkt.<sup>122</sup> De ziekenhuizen met een gemiddeld hoge sterfte bleken overigens zorg te dragen voor ernstiger zieke patiënten. Hierdoor kon echter niet het gehele verschil in sterfte met andere ziekenhuizen worden verklaard. Het onverklaarde gedeelte van het verschil werd vervolgens toegeschreven aan de kwaliteit van zorg (Dubois et al., 1987a).

In het onderzoek van Dubois is het verband tussen ziekenhuissterfte en de kwaliteit van zorg per exclusionam gelegd. Een discussie over centralisatie van medische voorzieningen speelt hierbij op de achtergrond een rol (zie: Donabedian, 1984). In de literatuur wordt een inverse relatie tussen de omvang van de diensten van een instelling en de ziekenhuissterfte beschreven (Luft & Hunt, 1986). Een *grotere* omvang van diensten gaat gepaard met een ziekenhuissterfte die *lager* is dan het voorspelde op grond van kenmerken van de populatie waarvoor de desbetreffende instelling zorg draagt (Luft et al., 1979; Luft et al., 1980). Ook dit gegeven suggereert een relatie tussen de kwaliteit van het medische handelen en de sterfte. Er is een tweetal mogelijkheden. Een grotere omvang van diensten leidt tot beter resultaten of betere resultaten leiden tot een grotere omvang van diensten. Voor beide mogelijkheden is iets te zeggen. Een grotere omvang

<sup>122</sup> Naar aanleiding hiervan wordt wel opgemerkt dat de ziekenhuissterfte geen efficiënte maat voor de kwaliteit van zorg is (Casparie, 1989). Slechts drie procent van de ziekenhuisopnamen blijkt in een dood te eindigen. De omvang van de beoordeelde zorg is daardoor relatief klein, de inspanning relatief groot. Er is immers een impliciete review nodig en dat is een tijdrovende en kostbare zaak (Dubois et al., 1987a/b; Fink et al., 1989).

Tabel 5.1 Presentatie van gegevens over ziekenhuissterfte. Bron: Dubois et al., 1987b

Aandoening	Uitbijter	Waargenomen mortaliteit	Voorspelde mortaliteit	Waargenomen / voorspelde mortaliteit
		%	% (95%-bti*)	% (95%-bti*)
Cerebrovasculair Accident (CVA)	hoog	22	20,8 (17,3-24,3)	1,05 (0,73 - 1,37)
	laag	10	11,7 (5,9-17,5)	0,85 (0,51-1,19)
Pneumonia	hoog	18	17,5 (15,9-19,1)	1,03 (0,93-1,13)
	laag	9	10 (7,7-12,3)	0,9 (0,7-1,1)
Myocard infarct	hoog	21	19 (16,9-21,1)	1,10 (0,96-1,24)
	laag	12	13,9(11,9-15,9)	0,86 (0,74-0,98)

\* bti = betrouwbaarheidsinterval

van diensten brengt oefening met zich mee, een personeel of organisatie met meer ervaring, waardoor er (op den duur) een beter resultaat wordt geboekt. Aan de andere kant is het voorstelbaar, dat betere resultaten aanleiding geven tot een betere reputatie, meer verwijzingen, een groeiende patiëntenstroom en aldus een grotere omvang van diensten. De eerste mogelijkheid staat in de Amerikaanse literatuur bekend als de 'practice makes perfect' hypothese, de tweede als de 'selective referral' hypothese (Flood et al., 1984a/b; Dranove, 1984; Hughes et al., 1988). De 'practice makes perfect' hypothese gaat uit van een leereffect, de 'selective referral' hypothese van een alreeds aanwezige kwaliteit van de zorgverlener of zorginstelling. Onderzoek geeft nog geen eenduidig uitsluitsel over het al of niet waar zijn van één van beide hypothesen, maar de argumentatieve suggestie van een relatie tussen sterfte en het medisch handelen is groot en deze heeft het beleid van de Amerikaanse overheid beïnvloed (Phillips & Luft, 1997).

### 5.3 Methodologische merites

Intuïtief is de kwaliteit van zorg omgekeerd evenredig met de ziekenhuissterfte en wordt een zorg van goede kwaliteit gekenmerkt door een lage sterfte. De commotie rondom de Britse kinderhartchirurgen vormt hiervan een illustratie. Het onderzoek van Dubois en medewerkers, alsmede de waargenomen relatie tussen omvang van zorgverlening en ziekenhuissterfte versterken deze intuïtie. Ziekenhuissterftecijfers lijken dan ook een potentiële bron van informatie over de kwaliteit van zorg. Het overlijden van patiënten in een ziekenhuis is als zodanig een duidelijk en onbetwistbaar verschijnsel dat niet zo gemakkelijk over het hoofd kan worden gezien. Over het vastleggen en registreren naar doodsoorzaak is doorgaans meer discussie gaande. Sterfte wordt traditioneel toegeschreven aan het onderliggende lijden (zie: Rutstein et al., 1976). Het toeschrijven van sterfte aan een zorghandeling is een relatief nieuwe invalshoek en bijzonder gecompliceerd (Charlton & Velez, 1986).

Het verband tussen de kwaliteit van zorg en ziekenhuissterfte is door Dubois op logische gronden gelegd (per exclusionam). Een gedeelte van de sterfte is niet verklaarbaar uit de toestand van de patiënt en mogelijk te wijten aan een slechte kwaliteit van zorg. Daarbij wordt een redenering gehanteerd: 'Als het zorgproces van goede kwaliteit

zou zijn, *dan* treedt er in de onderhavige gevallen geen ziekenhuissterfte op.' Deze redering verraadt een visie op het begrip kwaliteit. Kwaliteit wordt geïnterpreteerd als een dispositie (zie paragraaf 2.2). Een dispositie is een capaciteit van een object, die berust op een wetmatig verband dat aangeeft onder welke omstandigheden deze zich (noodzakelijkerwijs) zal realiseren. Neem bijvoorbeeld 'broosheid'. 'Dit glas is broos' betekent 'Als dit glas op de grond zou vallen, *dan* zou het in stukken breken.' Het broze glas breekt altijd wanneer het op de grond valt. Daarom is het een broos glas. Er is een wetmatige relatie tussen de valsnelheid en de structuur van het glas. Wanneer ziekenhuissterfte de kwaliteit van zorg representeert, zou er een wetmatig verband moeten zijn tussen ziekenhuissterfte en de kwaliteit van zorg. Dit roept problemen op bij een falsifiëren van de hypothese dat een hoge ziekenhuissterfte samenhangt met een slechte kwaliteit van zorg.<sup>123</sup> Naast dit logische probleem, is er een aantal empirische gronden om de betekenis van de cijfers ter discussie te stellen.

De ziekenhuissterfecijfers gepubliceerd door de HCFA, zijn gebaseerd op administratieve gegevens (financiële claims) met betrekking tot Medicare patiënten. Het verblijf in een ziekenhuis wordt in de tijd begrensd door opname en ontslag. Dergelijke grenzen zijn administratief nauwkeurig te bepalen. Het probleem is echter dat de toestand bij opname de kans op een al of niet overlijden tijdens de periode van verblijf in het ziekenhuis mede bepaalt. Bij het onderling vergelijken van ziekenhuizen moet er daarom rekening worden gehouden met de opnametoestand. Dit geschiedt door 'case-mix adjustment' (Jencks & Dobson, 1987). 'Case-mix adjustment' is een statistische bewerking, waardoor wordt getracht te corrigeren voor factoren die de vergelijkbaarheid van groepen patiënten verstoren, zoals de ernst van het ziektebeeld (DesHarnais et al., 1988).<sup>124</sup> Daarbij is er een samenhang met organisatiekenmerken. Zo zal een ziekenhuis met een spoedeisende eerste hulp een hogere ziekenhuissterfte hebben dan een ziekenhuis zonder een dergelijke functie. Het behandelt immers vaker patiënten met ernstiger ziekten of aandoeningen (Williams, 1996). De informatie die ziekenhuissterfte oplevert over de kwaliteit van zorg, is daarmee afhankelijk van het welslagen van een statistische techniek om de zuiverheid van de waarneming te bevorderen.

Uit onderzoek bleek de HCFA rekenmethode onvoldoende rekening te houden met de grote variatie van ernst van ziektebeelden. Door een score die de ernst van het ziektebeeld uitdrukt toe te voegen aan het model dat door de HCFA wordt gebruikt, vermindert het aantal ziekenhuizen dat van het gemiddelde afweek aanzienlijk (Green et al.,

<sup>123</sup> De gedachte kan als volgt worden gereconstrueerd. Ziekenhuissterfte is een eigenschap (kwaliteit) van een object, het ziekenhuis. Interpretatie vereist een theorie over het ziekenhuis als organisatie. Kennis over het ziekenhuis berust op kennis over het organiseren van processen en personen, dat wil zeggen, op sociaal-psychologische theorievorming, waaraan (uiteindelijk) kennis over biologische verschijnselen ten grondslag ligt. Zo is onze kennis uiteindelijk natuurwetenschappelijk gefundeerd. Wanneer de relaties tussen de verschillende lagen van kennis niet bekend of duidelijk geëxpliciteerd zijn, vormt dit een probleem voor interpretatie van gegevens in een bepaalde laag. De suggestie is nu dat de logische inhoud van het veronderstelde verband niet gefundeerd is en daarom de methodologische discussie op empirisch niveau niet beslisbaar is. Eenzelfde probleem komen we tegen bij praktijkvariëaties (zie hoofdstuk 6).

<sup>124</sup> Namelijk door standaardisatie (bijvoorbeeld voor leeftijd en geslacht) en stratificatie (bijvoorbeeld naar diagnose of ernst). De mogelijkheid van case-mix adjustment voedt een streven naar vergelijkbaarheid dat niet snel wordt opgegeven.

1990). Op grond hiervan zetten de auteurs vraagtekens bij het gebruik van ziekenhuissterfte als afspiegeling van de kwaliteit van zorg. De mogelijkheid bestaat dat een ziekenhuis ten onrechte wordt verdacht van een slechte kwaliteit van zorg. Over de al eerder genoemde studie van Dubois merkt Green op dat deze bij evaluatie te grove categorieën hanteert, namelijk 'waarschijnlijk te voorkomen' en 'zeker te voorkomen'. Slechts daardoor is het mogelijk een aanzienlijk deel van het na 'case-mix adjustment' overblijvende gedeelte van de hoger dan gemiddelde sterfte aan de kwaliteit van zorg toe te schrijven. Het 'New York Health Department' slaagde er echter, op dezelfde manier tewerk gaande, in slechts 0,1% van het overblijvende gedeelte van de hoger dan gemiddelde ziekenhuissterfte aan de kwaliteit van zorg toe te schrijven, hetgeen niet pleit voor een generaliseerbaarheid van de conclusies van Dubois en medewerkers (Green et al., 1990). Het brengt de toeschrijving van ziekenhuissterfte aan de kwaliteit van zorg aan het wankelen.

Park schrijft de controverse tussen Green en Dubois toe aan een te korte observatieperiode van de ziekenhuissterftecijfers. Deze observatieperiode moet minstens één jaar bedragen om valide conclusies over de kwaliteit van zorg toe te laten (Park et al., 1990). Het tijdstip van ontslag speelt eveneens een rol bij het benoemen van sterfte als *ziekenhuissterfte*. Een patiënt die korte tijd na ontslag kwam te overlijden, werd aanvankelijk niet meegeteld. Toch is dit sterftegeval mogelijk nog te wijten aan de behandeling in het ziekenhuis. Daarom moet ook na ontslag over een nader overeen te komen periode sterfte nog worden meegeteld. Bovendien kan de publicatie van sterftecijfers een ziekenhuis aanzetten patiënten sneller (en zeker) te gaan ontslaan om de ziekenhuissterfte te beperken (Smith et al., 1993), en zo de sterftecijfers fraaier te doen voorkomen dan deze eigenlijk zijn. Daarom is correctie van sterftecijfers voor verblijfsduur van patiënten in het ziekenhuis nodig (Farber, 1989). Een ziekenhuis met een korter dan gemiddelde verblijfsduur en een extreem lage sterfte valt dan onmiddellijk op. Ziekenhuissterfte betreft dan ook niet alleen het overlijden van een patiënt in het ziekenhuis. Er is een bepaalde periode na het ontslag waarin overlijden nog aan het ziekenhuisverblijf moet kunnen worden toegeschreven. De duur van deze periode is inzet van discussie. Het leidt tot een correctie op het HCFA rekenmodel, waardoor de sterfte ook 30, 90 en 180 dagen na ontslag nog wordt meegeteld (Fleming et al., 1995). Het vastleggen van de sterfte gedurende deze periode vereist terugmelding naar het ziekenhuis, hetgeen de registratie van ziekenhuissterfte aanmerkelijk compliceert, en door onvolledigheid de validiteit van ziekenhuissterftecijfers aantast.

In het rekenmodel van de HCFA is een zekere ontwikkeling waar te nemen (Mennemeyer et al., 1997). Momenteel bestaat consensus over de noodzaak te corrigeren voor: demografische kenmerken, opname en ontslag toestand, comorbiditeit en heropnames (Fleming et al., 1995). Ook moet er gecorrigeerd worden voor de ernst van de behandelde ziekte of aandoening, de aard van de toegepaste medische techniek, verblijfsduur en ervaring van zorgverleners, en moeten ook patiënten in de beschouwing worden opgenomen, die enige tijd na ontslag uit het ziekenhuis komen te overlijden (Farber, 1989). Belangrijk is om daarbij op te merken dat de gegevens worden gepresenteerd als verhouding van waargenomen versus voorspelde ziekenhuissterfte (*zie tabel 5.1*), en dat de evaluatie van de zorg vervolgens fijnmazig en genuanceerd moet zijn.

Het aanbrengen van methodologische correcties beoogt de validiteit van het model te vergroten, de werkelijkheid dichter te benaderen. Deze methodologische inspanningen zijn een uiting van een positivisme.<sup>125</sup> Het betreft een model van de waarneming waarbij er een werkelijkheid wordt voorondersteld (kwaliteit als objectieve eigenschap van zorg); er een relatie bestaat tussen waarnemer en werkelijkheid; en er een afbeelding van de werkelijkheid op het conceptueel schema van de waarnemer plaatsvindt. De waarnemer weet dat vertekening mogelijk is en tracht hiervoor te corrigeren. Adequate correctie levert uiteindelijk een juist (waar) beeld van de werkelijkheid. De optimisten houden vast aan deze strategie en gaan door met methodologische correctie van de ziekenhuissterftecijfers teneinde op den duur een waar beeld van de kwaliteit van zorg te verkrijgen. De pessimisten slaan een andere weg in. Zij verleggen het accent naar het *gebruik* van ziekenhuissterftecijfers, stellen het doel van publicatie ervan ter discussie en bepleiten een andere visie op de informatie die de gegevens oplevert.

#### 5.4 Beleidsrelevantie

Ziekenhuissterfte speelt een rol in een publiek debat over de kwaliteit van zorg. Met publicatie van ziekenhuissterftecijfers beoogt de HCFA het publiek beter te informeren, terwijl publicatie tevens een prikkel moet zijn voor de ziekenhuizen om door middel van het verbeteren van hun sterftecijfers de kwaliteit van de geleverde zorg te verbeteren (Lohr et al., 1988; Green et al., 1990). Van publicatie dient een invloed uit te gaan op de keuze van patiënten voor een ziekenhuis of zorgverlener, het afsluiten van contracten met zorgaanbieders, of op het verwijsgedrag van artsen. Een gezondheidszorgmarkt met een bewuste consument, waarbij een voldoende keuzevrijheid aan de vraagzijde en een ruime variatie van zorgvoorzieningen aan de aanbodzijde zijn voorondersteld. In combinatie met het professioneel ethos wordt verwacht dat dergelijke gegevens instellingen en beroepsbeoefenaren motiveren om het prestatieniveau te verbeteren door middel van richtlijnen, standaarden voor gepaste zorg, of bedrijfskundige methodieken voor kwaliteitsverbetering (Blumenthal & Epstein, 1996).

Uit een vergelijking van het gedrag van cliënten van ziekenhuizen voor en na publicatie van de ziekenhuissterftecijfers bleken deze echter weinig invloed te hebben op de keuze van het ziekenhuis. De bezettingsgraad van een ziekenhuis verandert niet significant na publicatie van de hoge sterftecijfers (Vladeck et al., 1988). De strijdige informatie die consumenten soms krijgen, het bagatelliseren van de sterftecijfers door zorgverleners, het globale karakter van de informatie en het gebrek aan mogelijkheden om op de informatie te reageren wordt hiervoor mede verantwoordelijk gehouden (Mennemey-

<sup>125</sup> De wijsgerige doctrine dat kennis in beginsel moet kunnen worden teruggebracht tot zintuiglijke ervaringen, de wetenschappelijke methode ons daartoe in staat stelt, en dat wetenschappelijk gevormde kennis de enige zinvolle (betekenisvolle) kennis is die andere vormen van kennis, zoals theologie en metafysica, op den duur zal gaan vervangen. Deze reductie tot zintuiglijke indrukken, verificatie genaamd, en de methode zijn criteria voor betekenis, die wetenschappelijke (ware) kennis afbakenen van zinledige kennis. Het positivisme is vooral verbonden met het werk van de Fransman Auguste Comte (Flew, 1979). Deze heeft via de filosoof John Stuart Mill, en de artsen P.C.A. Louis en Jules Gavaret invloed uitgeoefend op de ontwikkeling van de epidemiologie en de klinische trial in de negentiende eeuw (Wulff et al., 1986: p35). De sterk positivistisch georiënteerde epidemiologie oefent hier invloed uit op de omgang met ziekenhuissterftecijfers.

er et al., 1997). Bovendien zijn er aanwijzingen dat al voor publicatie van ziekenhuissterftecijfers door de HCFA in 1987 een indruk van de kwaliteit van invloed was op de keuze voor een bepaald ziekenhuis (Luft, 1990). Wel is er een invloed waargenomen op het gedrag van artsen en de toegankelijkheid van zorginstellingen (Blumenthal & Epstein, 1996; Schneider & Epstein, 1996).

Berwick en Wald (1990) wijzen op onderzoek, dat aangeeft dat de attitude van ziekenhuispersoneel met betrekking tot publicatie van de ziekenhuissterftecijfers uiterst negatief is. Er werd (officieel) binnen de instelling weinig met de gegevens gedaan. Er werd geen invloed op het aantal zorghandelingen waargenomen (Mennemeyer et al., 1997) en het was beleidsmakers niet duidelijk wat voor soort actie aangewezen was (Berwick & Wald, 1990). Niet alleen de interpretatie van ziekenhuissterftecijfers stuit dus op grote problemen. Ook het gebruik van deze gegevens staat ter discussie. Een zinvol gebruik van resultaatmeting als verbetering van de kwaliteit van zorg vereist een betrokkenheid van zowel de gebruikers van de gegevens als van degenen die deze produceren. Berwick meent dat ziekenhuissterftecijfers hierin te kort schieten.

Het thematiseren van de kwaliteit in zorginstellingen stuit vaak op weerstand bij de zorgverleners. Dit is niet onbegrijpelijk. Het publiceren van sterftecijfers per ziekenhuis of zorgverlener suggereert dat sterfte een in hoge mate ongewenste uitkomst van het zorgproces is, waarvoor de zorgverlener of zorginstelling verantwoordelijk kan worden gehouden. Door publicatie komen deze "rotte appels" aan het licht. Het is een kwaliteitsbeleid dat het opsporen en bestraffen van slecht functionerende zorgverleners als oogmerk heeft (zie paragraaf 3.5.1).<sup>126</sup> Een strikte toepassing hiervan brengt in Westerse culturen doorgaans een toeschrijving van geconstateerde tekortkomingen aan individuen met zich mee. Hieraan ligt een bepaald mensbeeld ten grondslag. Het falen van personen wordt als oorzaak van fouten beschouwd en het individu moet worden gecorrigeerd door de organisatie. In praktijk zal van deze benadering een bedreiging voor de desbetreffende individuen uitgaan door de negatieve gevolgen die de geconstateerde afwijking van een norm met zich meebrengen (straf, demotie, ontslag). Deze bedreiging zal leiden tot een reactie van zelfverdediging. Er zijn drie reactiepatronen herkenbaar:

(i) De bringer van het slechte nieuws krijgt het probleem dat hij aankaat teruggespeeld als *zijn* probleem. Dit is wat de anesthesioloog overkwam, toen deze de twee

<sup>126</sup> Hetgeen overigens niet geheel onbegrijpelijk is, zoals het voorbeeld van de Britse hartchirurgen toont. Deze rotte appels verraadden zich door een hoge operatiesterfte. Het Britse genootschap voor hartchirurgen wil nu geheel in stijl met de vertrouwelijke onderzoekingen naar perioperatieve sterfte (Buck et al., 1987) maatregelen nemen om dit soort uitwassen te voorkomen. Hartchirurgen moeten hun resultaten weliswaar gecodeerd, maar in principe tot de persoon herleidbaar inzenden. Een slecht presterende specialist wordt vervolgens aangeschreven en gevraagd contact op te nemen met het genootschap om vervolgens samen met collega's diens handelen te evalueren en een oorzaak voor de slechte resultaten op te sporen. Als deze dat niet doet kan het genootschap eventueel de code verbreken en directief ingrijpen. Het genootschap benadrukt nog eens dat de oorzaak voor slechte prestaties niet in het medisch handelen van de betrokken specialist behoefte te zijn gelegen, maar ook te wijten kan zijn aan diens patiënten populatie waarin zich bijvoorbeeld veel hoog risico patiënten bevinden. De publieke opinie is hierdoor niet geheel gerustgesteld. Een krantencommentaar merkt op dat patiënten recht hebben het slaagpercentage van operaties te weten. Zelfregulatie is onvoldoende. Het kan leiden tot verdoezelen van fouten. Het vertrouwen in chirurgen vereist openheid, verantwoording wordt geëist. Resultaten moeten worden gepubliceerd en eventueel worden gevolgd door maatregelen (anoniem, 1998).

Britse kinderhartchirurgen bekritiseerde. In plaats van evaluatie van het handelen, de betrokken personen of de omringende organisatie op gang te brengen, is het probleem bij de brenger van het slechte nieuws neergelegd. Op een hoger aggregatieniveau is deze strategie ook waarneembaar. Zo hebben Amerikaanse ziekenhuizen de validiteit en betrouwbaarheid van de gepubliceerde sterftecijfers voortdurende ter discussie gesteld. Eventuele afwijkingen van de norm (hoge of lage ziekenhuissterfte) werden niet gezien als een probleem van desbetreffende ziekenhuizen, maar als een probleem van de meting of berekeningen van ziekenhuissterftecijfers door de HCFA. Methodologische merites spelen zo een strategische rol in een discussie over het gebruik van ziekenhuissterftecijfers.

(ii) De gegevens worden aangepast of veranderd, zodanig dat het management geen reëel beeld krijgt van de feitelijke stand van zaken. Door selectie van patiënten kan een ziekenhuis de ziekenhuissterfte in gunstige zin beïnvloeden zonder wat aan de kwaliteit van de zorg te veranderen. Zo werd in de staat New York een daling van de sterfte bij coronaire bypass operaties met 34-60% waargenomen, gedurende de tijd dat jaarlijks sterftecijfers zijn gepubliceerd (Hannan et al., 1995). Er werd echter opgemerkt dat chirurgen hun codering van ziektegevallen aanpasten en een zekere selectie begonnen toe te passen bij het opereren (Blumenthal & Epstein, 1996; Schneider & Epstein, 1996). Er is dus een invloed van de publicatie van ziekenhuissterftecijfers op het gedrag van de zorgverleners, maar of dit een gewenst effect is, is de vraag. Bovendien bleek in vergelijkbare regio's de sterfte eveneens sterk te zijn gedaald, zodat de waargenomen ontwikkeling in het sterftecijfers deels aan trendmatige ontwikkeling moet worden toegeschreven en niet aan een invloed van de publicatie (Green & Wintfeld, 1995). Het is de valkuil van casuïstiek. Een vergelijking met andere staten waar geen terugkoppeling plaatsvond, ontbreekt en dit leidt tot een verkeerde conclusie over de relatie tussen publicatie en ziekenhuissterfte.

(iii) De aandacht van het management of beleidsmakers wordt afgeleid, bijvoorbeeld door de oorzaak van problemen buiten de zorginstelling te lokaliseren. Ook deze strategie is in de discussie over ziekenhuissterftecijfers waarneembaar. Verschillen in ziekenhuissterfte werden toegeschreven aan verschillen in patiëntenpopulaties. Beïnvloeding hiervan valt dan buiten de macht van een ziekenhuis. Het ontsloeg het ziekenhuis van verantwoordelijkheid voor (hoge) sterftecijfers.

De rotte appel theorie thematiseert de relatie tussen een mensbeeld of maatschappijvisie en de strategie van het kwaliteitsbeleid. Berwick acht een perspectiefwisseling nodig om de negatieve aspecten van een kwaliteitsbeleid weg te nemen. Het zoeken naar verantwoordelijken of schuldigen voor fouten vervult vooral een emotionele behoefte die op de lange termijn eerder nadeel dan voordeel op zal leveren (Berwick & Wald, 1990). Het leidt de aandacht af van fundamentele systeemfouten, dat wil zeggen, problemen die het ontwerp van de gezondheidszorg als zodanig met zich meebrengt. Het leren wordt erdoor gehinderd; de groei van kennis geremd (McIntyre & Popper, 1983). De discussie over de publicatie van ziekenhuissterftecijfers illustreert dit op treffende wijze. Publicatie roept veel weerstand en verdedigende reacties op, maar leidt niet tot een aanwijsbaar kwaliteitsgericht handelen.

De aandacht voor ziekenhuissterfte reflecteert het belang dat een samenleving hieraan toekent. Gegeven de emoties die het handelen van de twee Britse kinderhartchirur-

gen en de HCFA publicatie van ziekenhuissterfte oproepen, lijkt dit belang onomstreden. Als de analyse van sterftegevallen in een ziekenhuis juridische of andere negatieve consequenties voor medewerkers heeft, mag echter niet worden verwacht dat deze enthousiast aan de interpretatie van het gegeven mee zullen werken. In het Verenigd Koninkrijk is er dan ook voor gekozen om de analyse betrouwbaar te laten vinden (Lunn & Mushin, 1982). Deze heeft de vorm van een intercollegiale toetsing ('peer review') die achter gesloten deuren plaatsvindt (Buck et al., 1987). Het resultaat van deze toetsing kan (extern) slechts worden beoordeeld aan het verloop van de ziekenhuissterfte in de tijd (Department of Health, 1989). In de Verenigde Staten is gekozen voor een publieke verantwoording. Ranglijsten met sterfecijfers van ziekenhuizen of chirurgen werden in de New York Times gepubliceerd.<sup>127</sup> Vooral het financieren van zorg uit publieke middelen of gezamenlijke bronnen roept in de Amerikaanse cultuur deze reactie op (Inglehart, 1999) Zorginstellingen en zorgverleners dienen verantwoording af te leggen voor de wijze waarop de toegekende financiële en materiële middelen worden besteed. Rapportage van resultaten van zorgverlening is hier een onderdeel van: 'Ten years ago, public reporting of data on the quality of health care was a distant rumour. Now quality report cards seem ubiquitous' (Blumenthal & Epstein, 1996). De ziekenhuissterfte wordt daarbij gebruikt om zorginstellingen of zorgverleners te beoordelen. Vergelijking met andere ziekenhuizen is daarbij in eerste instantie het criterium. Een ziekenhuis met een hogere sterfte dan het gemiddelde wordt verdacht van een slechte kwaliteit van zorg. De onderlinge vergelijkbaarheid ziekenhuizen is vervolgens onderwerp van een methodologische discussie. De validiteit en betrouwbaarheid van de gepubliceerde getallen verbeteren in de loop der tijd, maar blijven aanvechtbaar. Het duidt vooral op een onderliggende weerstand tegen deze bron van informatie over de kwaliteit van zorg. De HCFA heeft de publicatie van ziekenhuissterfecijfers dan ook in 1995 gestaakt, maar poogt deze thans te vervangen door meer specifiekere, betekenisvolle maten. In de staten New York en Pennsylvania zijn in het verlengde van het HCFA initiatief meetinstrumenten ontwikkeld om de resultaten van hartchirurgie te volgen (Green & Wintfield, 1995) en bedrijfszorgverzekeraars ontwikkelden een, ook in breder context bruikbaar meetinstrument, de HEDIS Report Card (Epstein, 1995). Het is de vraag of deze de teneur van de discussie zullen veranderen. De meting staat in dienst van een beoordeling en de beoordeling heeft negatieve gevolgen voor ogenschijnlijk slecht presterende zorgverleners of zorginstellingen. Het verloop van de discussie over ziekenhuissterfecijfers suggereert dat eerder de vorm van publieke verantwoording de bron van problemen is dan de aard van het gegeven. Een (externe) kwaliteitsbewaking op basis van uitkomsten is geen zinvolle terugkoppeling van informatie naar zorgverleners.

<sup>127</sup> Het verschijnsel 'ranglijsten' duikt inmiddels ook in Nederland op. 'Ziekenhuizen in kwaliteitsgids' lezen we op de voorpagina van het Algemeen Dagblad van 22 juli 1998. Het artikel meldt dat de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg oproept tot het opstellen van 'een Michelingids' voor ziekenhuizen. Het ziekenhuis wordt daartoe door patiënten en consumenten beoordeeld op kwaliteit van de behandeltechnieken, omvang van de wachtlijsten, ligging van het ziekenhuis, het aantal overlijdensgevallen en het aantal wondinfecties na een operatie. Voorlopig betreft het nog een proefproject in één provincie (Utrecht) bij één medisch specialisme (orthopedie). De aanleiding hiervoor wordt gevormd door een ranglijst met ziekenhuizen naar kwaliteit, die het tijdschrift 'Elsevier' in september 1997 publiceert.



Het bewerkstelligt geen kwaliteitsgericht handelen in zorginstellingen. Er is een alternatieve invalshoek nodig, die een andere wijze van interpreteren met zich meebrengt.

### 5.5 Interpretatie van ziekenhuissterfte

Dubois en Brook gaan ervan uit dat, als de kwaliteit van ziekenhuiszorg samenhangt met de ziekenhuissterfte, er een bepaald gedeelte van de sterftegevallen moet kunnen worden voorkomen. Zij trachten daarom situaties op het spoor te komen met een verhoogd risico op overlijden in een ziekenhuis. De methode is kwalitatief van aard. Er wordt een steekproef uit de ziekenhuisstatussen getrokken en deze wordt geëvalueerd ('chart review') door klinische experts. Wanneer minstens twee van de drie beoordelaars de sterfte als vermijdbaar aanmerken, is de zorg van slechte kwaliteit. In dat geval worden de experts om een motivatie gevraagd teneinde nader inzicht te krijgen in de reden van die slechte kwaliteit van zorg. Vervolgens zijn door de onderzoekers de aangewezen gevallen onderzocht op demografische en klinische kenmerken. Hieruit kunnen conclusies worden getrokken met betrekking tot de karakteristieken van patiënten die bij opname een verhoogd risico hebben op een vermijdbare ziekenhuissterfte. Bij een hartinfarct bleek vermijdbare sterfte vooral veroorzaakt door managementfouten, terwijl voor cerebrovasculaire aandoeningen (CVA) vermijdbare sterfte vooral wordt veroorzaakt door fouten in diagnostiek. In ieder geval blijkt dat een significant aantal gevallen van ziekenhuissterfte (14%) kan worden voorkomen (*zie ook tabel 5.1*; Dubois & Brook, 1988).

Het onderzoek van Dubois en Brook (1988) demonstreert hoe uit analyse van ziekenhuissterfecijfers een aanwijzing voor het kwaliteitsbeleid voort kan komen. Gegevens over ziekenhuissterfte worden op een specifieke manier gebruikt, namelijk om een evaluatie op gang te brengen. De gevolgde werkwijze levert onderwerpen voor het kwaliteitsgericht handelen (Rubin et al., 1992). In de onderzochte ziekenhuizen betreft het patiënten met een hartinfarct of met een CVA. In andere ziekenhuizen kan het andere patiëntengroepen betreffen. Niet het specifieke resultaat in termen van percentage of patiëntengroepen als wel de gevolgde methode blijkt vanuit het oogpunt van betekenisverlening generaliseerbaar. De gegevens over ziekenhuissterfte spreken niet voor zichzelf, zoals een positivistische zienswijze soms wil doen geloven, maar vereisen een interpretatieprocedure. Alleen dan komen verschillen in de kwaliteit van zorg aan het licht.<sup>128</sup> Opvallend is daarbij dat impliciete criteria moeten worden gebruikt om ook daadwerkelijk een verschil in kwaliteit aan het licht te brengen. Deze impliciete criteria zijn herleidbaar tot vermijdbaarheid, waardoor een verband wordt gelegd met het niet schaden ('primum non nocere'), een basale morele waarde van geneeskundige handelen. De criteria voor beoordeling van de geleverde zorg zijn (uiteindelijk) moreel van aard.

Het nieuwe perspectief op gegevens over ziekenhuissterfte is gevat in het begrip 'indicator' (Casparie & Hommes, 1997: p93). De term is afkomstig van het Latijnse woord 'indicare', 'aanwijzen'. Het begrip indicator heeft de connotatie van symbool of teken. Een klinische indicator is door Robert Marder voor de Joint Commission on Ac-

<sup>128</sup> De betekenis is meestal negatief geformuleerd. Het is ook denkbaar dat situaties waar een lage sterfte aanwezig is nader worden geanalyseerd om te zien wat hiervan de oorzaak is. Mogelijk geeft dit belangrijke aanwijzingen voor kwaliteitsverbetering. Vooralsnog ligt het accent ook bij het gebruik van indicatoren op kwaliteitsbewaking.

creditation of Health Care Organizations (JCAHO) gedefinieerd als 'an instrument that measures a quantifiable aspect of patient care to guide professionals in monitoring and evaluating patient care quality and/or appropriateness' (Anonymous, 1989). Het is een alternatief voor een directe meting van kwaliteit: 'indicator data are not directly used as measures of quality but as "flags" for locating areas of patient care that the organization should evaluate further' (Lehman, 1989). Indicatoren voor de kwaliteit van het primair proces geven aanwijzingen voor het kwaliteitsgericht handelen. Het zijn signalen die een aanleiding zijn voor nadere evaluatie. Dit is precies de wijze waarop ziekenhuissterfte in het onderzoek van Dubois en Brook functioneert (Goldman & Thomas, 1994). Ziekenhuissterfte wijst op de mogelijkheid van slechte (of goede) kwaliteit van een bepaald zorgaspect. Het gegeven is een signaal geworden. Het signaal brengt een evaluatie van de zorg op gang, een procedure waarin interpretatie van het gegeven plaatsvindt. Vanuit een houding van kritische zelfreflectie evalueert de zorgverlener het eigen medische handelen op geleide van deze signalen, aan de hand van impliciete criteria die uiteindelijk terug te voeren zijn op morele waarden. Op de zorgmarkt is deze evaluatie *als zodanig* een signaal van een kwaliteitsgericht handelen. De theorie over indicatoren voor kwaliteitszorg geeft zo gestalte aan een besturingsfilosofie die zowel informatie over de kwaliteit van zorg oplevert, als een kwaliteitsgericht denken en handelen stimuleert. Een indicator slaat een brug tussen gegeven, informatie en beleidsrelevant handelen.

Ziekenhuissterfte is geen voor zichzelf sprekend gegeven. Het roept een methodologische discussie op, die vooral is gericht op validiteit. Het normeren van een gegeven door validiteit berust op een beeld van ziekenhuissterfte als gevolg van medisch handelen. Het waardeert een relatie tussen oorzaak en gevolg. Het causale verband tussen medisch handelen en ziekenhuissterfte is echter onderbepaald. Vele andere factoren beïnvloeden ziekenhuissterfte, zodat het niet mogelijk is ziekenhuissterfte in het algemeen aan de kwaliteit van zorg toe te schrijven. Kennis over de relatie tussen ziekenhuissterfte en het zorgproces is derhalve niet generaliseerbaar. De interpretatiemethode die daarbij wordt gebruikt, is dit wel. Een theorie over indicatoren voor kwaliteitszorg geeft hieraan gestalte. Onder bepaalde voorwaarden is het gegeven als een signaal voor de kwaliteit van zorg te beschouwen. Deze voorwaarden leren ons iets over de interpretatie van het gegeven in termen van kwaliteit.

Normering van het gegeven vindt plaats aan de hand van de structuur van het gegeven. Wanneer de structuur van het gegeven een uitdrukking is van de semantische regel die het begrip kwaliteit bevat, is interpretatie in termen van kwaliteit mogelijk. Deze regel is een criterium voor begripsvaliditeit als het gaat om de interpretatie van gegevens over gezondheidszorg in termen van kwaliteit. Vervolgens dient er een evaluatieprocedure plaats te vinden. Daarin wordt een morele medische waarde aangewend. Deze is een criterium voor inhoudelijke interpretatie. Begripsvaliditeit en morele medische waarden verlenen het gegeven betekenis indien dit in het kader van de kwaliteit van zorg wordt geplaatst.<sup>129</sup>

---

<sup>129</sup> Merk op dat de instrumentele utiliteit vervolgens een ondergeschikte rol speelt. Zelf wanneer deze laag is, verbetert de evaluatie de kwaliteit van zorg, omdat deze niet *bestaat* maar *ontstaat*.

## 5.6 Het gebruik van het begrip kwaliteit

Over de relatie tussen ziekenhuissterfte en de kwaliteit van zorg is een onstuimig debat gevoerd, waarin redeneringen en wetenschappelijk onderzoek argumenten leveren om deze relatie te onderschrijven, te verwerpen, of genuanceerd te waarderen. Intuïtief is er een relatie tussen (hoge of goede) kwaliteit van zorg en (lage) ziekenhuissterfte. Casuïstiek zoals de kwestie rondom de Britse kinderhartchirurgen wijst daar ook op. Zorgverleners menen daarentegen dat ziekenhuissterfte als maat voor de kwaliteit van zorg tekort schiet. De causale relatie tussen ziekenhuissterfte en de kwaliteit van het zorgproces is niet eenduidig en de berekening van de ziekenhuissterfte op basis van administratieve gegevens vaak niet valide. Het zijn argumenten om een correcte representatie van de kwaliteit van zorg door ziekenhuissterfte te betwijfelen. Daarbij komt dat beoordeling middels ziekenhuissterfecijfers door zorgverleners niet als een rechtvaardige benadering wordt beschouwd. Het stimuleert een "rotte appel theorie" en hindert verbetering. Vanuit beleidsoptiek worden desondanks pogingen ondernomen om ziekenhuissterfecijfers een plaats te geven in het kwaliteitsbeleid teneinde informatie over de doeltreffendheid van de zorgverlening te verkrijgen.

Vanuit een theorie over de aard van het begrip kwaliteit is het verband tussen kwaliteit en ziekenhuissterfte te verklaren. Het begrip kwaliteit is een primair begrip. Het drukt (uitsluitend en alleen) een semantische regel uit. Het begrip ziekenhuissterfte *kan* dezelfde regel uitdrukken, maar het bezit meer vrijheidsgraden en vereist een bepaalde presentatievorm om in termen van kwaliteit van zorg te kunnen worden geïnterpreteerd. Wanneer het gegeven wordt gepresenteerd als een verhouding van waargenomen ten opzichte van verwachte ziekenhuissterfte, is er een conceptuele overeenkomst met de het begrip kwaliteit. Het begrip kwaliteit wordt immers gebuikt om een verhouding tussen gerealiseerde mogelijkheden en normatief referentiekader te beschrijven (descriptief gebruik) of voor te schrijven (prescriptief gebruik) (zie *deel II*). Waargenomen ziekenhuissterfte kan als een gerealiseerde mogelijkheid gelden. De verwachte ziekenhuissterfte is het normatief referentiekader. Het wordt gebruikt om te bepalen of de waargenomen ziekenhuissterfte als goed of slecht moet worden aangemerkt. De ziekenhuissterfte is nu te interpreteren in termen van kwaliteit. De structuur van het gegeven weerspiegelt de structuur van de semantische regel. De semantische regel is een criterium voor *begripsvaliditeit*.

De structuur is van belang voor het conceptuele verband tussen het gegeven en kwaliteit. In geval van ziekenhuissterfte wordt deze structuur geconstrueerd. Een bewuste aanwending van de semantische regel brengt representatie tot stand en leidt tot zinvolle communicatie over gegevens in relatie tot de kwaliteit van zorg. Het biedt de mogelijkheid tot kritische zelfreflectie en geeft daarmee invulling aan één van de oorspronkelijke betekenisnuances van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg (zie *paragraaf 3.6*). Onderlinge vergelijking van zorginstellingen, bijvoorbeeld door publicatie van ranglijsten, verstoort dit beeld. Het is geen vergelijking van een zorginstelling met zichzelf (ipsatieve evaluatie), maar een vergelijking van zorginstellingen onderling (idiotetische evaluatie). Er wordt een (extern) voorbeeld gesteld, een impliciete norm voorgehouden ('de ander'). Daarmee is aan een belangrijke betekenisnuance van het begrip kwaliteit niet voldaan, en is het niet verwonderlijk dat het gebruik van sterfecijfers veel weer-

stand oproept. Kritische zelfreflectie vereist dat de structuur van het gegeven een waarneming ten opzichte van een verwachting weergeeft in de tijd voor eenzelfde zorgverlener of zorginstelling.

Een gefundeerde conceptueel verband is een noodzakelijke, maar niet voldoende voorwaarde voor zinvolle interpretatie van ziekenhuissterfte. Het is immers mogelijk dat de waargenomen sterfte in een bepaald ziekenhuis steeds aan de verwachtingen tegemoet komt, terwijl het desbetreffende ziekenhuis een hoge ratio van verwachte ten opzichte van waargenomen sterfte heeft. Daarom is nadere normering niet alleen nodig, maar ook noodzakelijk. Inhoudelijke evaluatie van de verleende zorg voorziet hierin. Opvallend is dat bij een zorginhoudelijke evaluatie van ziekenhuissterfte 'vermijdbaarheid' als criterium fungeert. Het is een medische morele waarde die het gegeven letterlijk en figuurlijk van gewicht voorziet binnen een conceptueel schema. Intuïtief wordt de zorgverlening beoordeeld in termen van goed of slecht, ziekenhuissterfte in termen van laag of hoog. Vervolgens vindt nadere specificatie van dit oordeel plaats. Een (als p dan niet q) redenering blijkt daarbij een rol te spelen, hetgeen wijst op de conceptuele inbedding van het gegeven. *Vermijdbare* sterfte wijst op zorg van slechte kwaliteit. 'Vermijdbaarheid' verwijst enerzijds naar een (dispositionele) eigenschap van de medische zorg en anderzijds naar een van de traditionele waarden van zorgverlening (primum non nocere). Daarmee krijgt het gegeven betekenis als eigenschap en waarde (zie schema 5.1).

*Schema 5.1 Betekenisverlening van ziekenhuissterfecijfers (eigenschappen van objecten)*

Eigenschap van object	Gegeven	(Re)presentatie als	Waardering	Informatie over
ziekenhuissterfte	frequentie	waargenomen/verwachte sterfte	hoog/slecht laag/good	primum non nocere vermijdbaarheid
feit	gerealiseerde	semantische regel van het begrip kwaliteit	oordeel	waarde

De gevalsstudie aangaande ziekenhuissterfte leidt tot een aantal conclusies over de interpretatie van eigenschappen van een object (zorgverleners, zorginstellingen) in termen van kwaliteit. Vereist is (i) een conceptueel verband (de semantische regel die het begrip kwaliteit tot uitdrukking is hiervoor het criterium); (ii) dienstbaarheid aan kritische zelfreflectie; (iii) optimalisering van de verhouding tussen gerealiseerde mogelijkheden en normatief referentiekader (streven naar perfectie); (iv) inhoudelijke interpretatie middels (medische) morele normen en waarden. De evaluatie verschaft een sociaal kader waarbinnen medische morele waarden een gemeenschappelijke grond vormen voor informatie over de kwaliteit van zorg. Het legt de inhoudelijke verantwoording voor (lokale) evaluatie (met behulp van lokale criteria) bij de zorgverleners zelf, terwijl het publiek belang is gelegen in het plaatsvinden van de evaluatie als zodanig. Het primaire begrip kwaliteit krijgt zo betekenis in een procedure. Het voltrekken van de procedure duidt op een kwaliteitsgericht denken en handelen. Het is een uitdrukking van

kritische zelfreflectie die binnen een maatschappelijke kader wordt begrepen als verantwoording voor de geleverde zorg. In *deel IV* gebruiken we deze conclusies, tezamen met die van de andere gevalstudies, om tot een model voor betekenisverlening te komen.

## 5.7 Literatuur<sup>130</sup>

- Anoniem. Hartchirurgen in opspraak door ondermaatse resultaten. *Ned Tijdschr geneeskd* 1998; 142: 1476-1477.
- Anonymous. Characteristics of Clinical Indicators. *Quality Review Bulletin* 1989; 15: 330-339.
- Baker, R. *Practice Assessment and Quality of Care*. London: The Royal College of General Practitioners, 1988.
- Berwick, D.M. & D.L. Wald. Hospital Leaders' Opinions of the HCFA Mortality Data. *JAMA* 1990; 263: 247-249.
- Blumenthal, D. & A.M. Epstein. The Role of Physicians in the Future of Quality Management. *N Engl J Med* 1996; 335: 1328-1331.
- Buck, N., H.B. Devlin & Lunn J.N. *The report of a confidential enquiry into perioperative deaths*. London: Nuffield Provincial Hospital Trust, 1987.
- Casparie, A.F. Kwaliteit in de gezondheidszorg. *Medisch Contact* 1989; 44: 477-482.
- Casparie, A.F. & H. Hommes. *Indicatoren voor integrale kwaliteitszorg in ziekenhuizen*. Deventer: Kluwer, 1997.
- Charlton, J.R.H. & R. Velez. Some international comparisons of mortality amenable to medical intervention. *Br Med J* 1986; 292: 295-301.
- Department of Health. *Report on confidential enquiries into maternal and perinatal death in England and Wales*. London: HMSO, 1989 (Drie-jaarlijkse rapportage).
- DesHamais, S.I., J.D. Chesney, R.T. Wroblewski, S.T. Fleming & L.F. McMahon. The Risk-Adjusted Mortality Index. A New Measure of Hospital Performance. *Med Care* 1988; 26: 1129-1148.
- Donabedian, A. Volume, Quality, and the Regionalization of Health Care Services. *Med Care* 1984; 22: 95-97.
- Dubois, R.W., R.H. Brook & W.H. Rogers. Adjusted Hospital Death Rates: A Potential Screen for Quality of Medical Care. *Am J Public Health* 1987a; 77: 1162-1166.
- Dubois, R.W., W.H. Rogers, J.H. Moxley, D. Draper & R.H. Brook. Hospital inpatient mortality. Is it a predictor of quality? *N Engl J Med* 1987b; 317: 1674-1680.
- Dubois, R.W. & R.H. Brook. Preventable Deaths: Who, How Often and Why? *Annals of Internal Medicine* 1988; 109: 582-589.
- Dranove, D. A comment on 'Does practice make perfect?' *Med Care* 1984; 22: 967.
- Epstein, A. Performance Reports on Quality -Prototypes, Problems and Prospects. *N Engl J Med* 1995; 333: 57-61.
- Farber, S.J. Perspectives in Quality Assurance and Technology Assessment. In: K.N. Lohr & R.A. Rettig (eds.) *Quality of Care and Technology Assessment*. Washington D.C.: NAP, 1989.
- Fink, A., E.M. Yano & R.H. Brook. The condition of the literature on differences in hospital mortality. *Med Care* 1989; 27: 315-336.
- Fleming, S.T., L.L. Hicks & R.C. Bailey. Interpreting the Health Care Financing Administration's Mortality Statistics. *Med Care* 1995; 33: 186-201.
- Flood, A.B., W.R. Scott & W. Ewy. Does Practice Make Perfect: 1 The relation between hospital volume and outcome for selected diagnostic categories. *Med Care* 1984a; 22: 98-114.
- Flood, A.B., W.R. Scott & W. Ewy. Does Practice Make Perfect 2: The relation between volume and outcome and other hospital characteristics. *Med Care* 1984b; 22: 115-125.

<sup>130</sup> Specifiek bij deze casus behorende literatuur. Boekwerken of artikelen van algemene aard staan in de bibliografie vermeld.

- Goldman, R.L. & T.L. Thomas. Using mortality rates as a screening tool: the experience of the Department of Veterans Affairs. *Journal on Quality Improvement* 1994; 20: 511-522.
- Green, J., N. Wintfield, P. Sharkey & L.J. Passman. The Importance of Severity of Illness in Assessing Hospital Mortality. *JAMA* 1990; 263: 241-246.
- Green, J. & N. Wintfield. Report Cards on Cardiac Surgeons. Assessing the New York Approach. *N Engl J Med* 1995; 332:1229-1232.
- Hannan, E.L., A.L. Sui, D. Kumar, H. Kilburn & M.R. Chassin. The Decline in Coronary Artery Bypass Graft Surgery Mortality in New York State. *JAMA* 1995; 273: 209-213.
- Harteloh, P.P.M. & A.C. Nievaard. De rol van ziekenhuissterftecijfers in het kwaliteitsbeleid. *Acta Hospitalia* 1992; 32: 65-71.
- Hill, C.A., K.L. Winfrey & B.A. Rudolph. "Best Hospitals": A Description of the Methodology for the index of Hospital Quality. *Inquiry* 1997; 34: 80-90.
- Hughes, R.G. Hospital Volume and Patient Outcomes. *Med Care* 1988; 26: 1057-1067.
- Iezzoni, L.I. The Risk of Risk Adjustment. *JAMA* 1997; 278: 1600-1607.
- Iglehart, J.K. The American Health Care System. Medicare. *N Engl J Med* 1999; 340: 327-332.
- Jencks, F.S. & A. Dobson. Refining Case-mix Adjustment. *N Engl J Med* 1987; 317: 679-86.
- Lehmann, R. Forum on Clinical Indicator Development: A Discussion of the Use and Development of Indicators. *Quality Review Bulletin* 1989; 15: 223-227.
- Lohr, K.N., K.D. Yordy, S.O. Thier. Current Issues in quality of Care. *Health Affairs* 1988; Spring: 5-18.
- Luft, H.S., et al. Should Operations Be Regionalized? The Empirical Relation Between Volume and Mortality. *N Engl J Med* 1979; 301: 1364-1369.
- Luft, H.S., et al. The Relation Between Surgical Volume and Mortality. An exploration of Causal factors and Alternative Models. *Med Care* 1980; 18: 940-959.
- Luft, H.S. & S.S. Hunt. Evaluating Individual Hospital Quality Through Outcome Statistics. *JAMA* 1986; 255: 2780-2784.
- Luft, H.S. Does Quality Influence Choice of Hospital? *JAMA* 1990; 263: 2899-2906.
- Lunn, J.N. & W.W. Mushin. *Mortality associated with anaesthesia*. London: Nuffield Provincial Hospital Trust, 1982.
- McIntyre, A.L. & K. Popper. The Critical Attitude in Medicine: the Need for a new Ethics. *Br Med J* 1983; 287: 1919-1923.
- Mennemeyer, S.T., M.A. Morrissey & L.Z. Howard. Death and reputation: how consumers acted upon HCFA mortality information. *Inquiry* 1997; 34: 117-128.
- Park, R.E., R.H. Brook & J.Kosecoff. Explaining variations in hospital death rates: randomness, severity of illness, quality of care. *JAMA* 1990; 264: 484-490.
- Phillips, K.A. & H.S. Luft. The policy implications of using hospital and physician volumes as indicators of quality of care in a changing health care environment. *Int J Quality Health Care* 1997; 9: 341-48.
- Rubin, H.R., W.H. Rogers, K.L. Kahn, L.V. Rubenstein & R.H. Brook. Watching the doctor-watchers. How well do peer review organization methods detect hospital care quality problems. *JAMA* 1992; 267: 2349-2354.
- Rutstein, D.D., W. Berenberg & T.C. Chalmers. Measuring the quality of care. *N Engl J Med* 1976; 294: 582-588.
- Schneider, E.C. & A.M. Epstein. Influence of Cardiac Surgery Performance Reports on Referral Practices and Access to Care. *N Engl J Med* 1996; 335: 251-256.
- Smith, D.W., S.L. McFall & M.B. Pine. State Rate Regulation and Inpatient Mortality Rates. *Inquiry* 1993; 30: 23-33.
- Vladeck, B.C., E.J. Goodwin, L.P. Myers & M. Sinisi. Consumer and hospital use: The HCFA Death list. *Health Affairs* 1988; 122-125.
- Williams, T.J. Does risk adjusted readmission rate provide valid information on hospital quality? *Inquiry* 1996; 33: 258-270.
- Wijgergangs L.M. & A.J. Severijnen. Ziekenhuisinfecties. In: D. Ruwaard & P.G.N. Kramers (red.). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning*. Bilthoven: RIVM, 1993.

## 6 Praktijkvariaties en de paradox van gepaste zorg

### 6.1 Inleiding

In de loop van de Twintigste eeuw heeft bestudering van de gezondheidszorg steeds meer gegevens opgeleverd. De interpretatie van deze gegevens is verre van eenvoudig. De zogenaamde paradox van de gepaste zorg is hiervan een voorbeeld. De ontdekking dat een inwoner van Boston twee maal zoveel kans heeft op het ondergaan van een operatie in verband met dichtslibbende halsslagaders dan iemand uit het naburige New Haven, terwijl personen uit New Haven twee keer zo vaak een operatie aan de kransslagaders van het hart ondergaan dan personen uit Boston, roept verontwaardiging en verontrusting op. De verontwaardiging berust op waargenomen verschillen in (hoeveelheid) zorgverlening en het daarbij behorende verschil in kosten aan in sociaal-demografisch en medisch opzicht gelijkwaardige bevolkingsgroepen (Wennberg, 1987). De verontrusting wordt ingegeven door de gedachte dat de toepassing van belangrijke medische interventies door zorgverleners mogelijk niet op rationele gronden plaatsvindt. Wanneer echter blijkt dat er *geen* verschil kan worden gevonden in het percentage onjuiste indicatiestellingen, spreekt Wennberg (1987) over de paradox van de gepaste zorg.<sup>131</sup> Deze ogenschijnlijke tegenstelling tussen een juiste toepassing van zorg en een verschil in de hoeveelheid "gepaste" zorg bij gelijkwaardige populaties is onderdeel van een discussie over de interpretatie van gegevens over zorgverleners of zorgverlening in termen van kwaliteit geworden (Brook & Lohr, 1985). Niemand minder dan Donabedian (1985) suggereert dat de waargenomen praktijkvariaties wel eens het gevolg van verschillen in de kwaliteit van zorg kunnen zijn. Het betreft een verschil de mate waarin bepaalde doelen van de medische zorgverlening worden gehaald, gegeven de daartoe benodigde menskracht en middelen. Gegevens over praktijkvariaties verschaffen informatie over verschillen in doelmatigheid en daarmee over één van de streefwaarden van het kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg (zie paragraaf 4.3). De opzet van deze gevalstudie is identiek aan die van het vorige. Eerst gaan we in op de aard van gegevens over praktijkvariaties. Dan beschouwen we verschillende soorten argumenten die in de discussie over de relatie tussen praktijkvariaties en de kwaliteit van zorg voorkomen. Sommige argumenten hebben betrekking op methodologische merites van gegevens over praktijkvariaties; andere hebben betrekking op het gebruik van deze gegevens in het kwaliteitsbeleid. Vervolgens onderzoeken we de interpretatie van praktijkvariaties in termen van kwaliteit. De gevalstudie stelt ons in staat enige conclusies te trekken over het gebruik van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg.

<sup>131</sup> In 1969 begon John Wennberg onderzoek naar de frequentie van ziekenhuisopnames voor eenzelfde diagnose in verschillende gebieden. Hij vond grote verschillen, waarover hij vervolgens veel publiceert, onder meer in het gerenomeerde 'Science'. Deze publicaties trokken de aandacht van beleidsmakers. In de Verenigde Staten hield senator William Proxmire zelfs hoorzittingen over het onderwerp (anonymous, 1985). Het illustreert de (publieke) verontwaardiging en verontrusting die de bevindingen van Wennberg oproepen.

## 6.2 De aard van het gegeven

Voor een goed begrip van de paradox der gepaste zorg is de formulering ervan van groot belang. Deze wortelt in een epidemiologische traditie. In 1856 merkt één der grondleggers van de klassieke epidemiologie, William Guy, op dat de ziekenhuis opnamefrequentie voor verschillende districten in Londen sterk verschilt. Het King's College Hospital nam in dat jaar 325 van de 1.000 inwoners op uit St Mary's le Strand en slechts 1 van de 1.000 bewoners uit het (naburige) Marylebone district (Barnes, 1982). Guy zoekt de verklaring voor het waargenomen verschil in de leefstijl van de bewoners van beide wijken. De benadering lijkt nog op die van de klassieke infectieziekten epidemiologie, zij het dat nu het verschil in zorggebruik en niet de plotselinge verheffing van de frequentie van een infectieziekte voorwerp van aandacht is. Een verschil in ziekte of zorg wordt toegeschreven aan een verschil in de bevolking. Ruim een eeuw later verandert de epidemiologische noemer (Kazandjian, 1996). Een verschil in ziekte of zorg wordt nu toegeschreven aan een verschil in zorgverleners of zorginstellingen. Daarbij wordt gecorrigeerd voor een eventueel verschil in samenstelling tussen verschillende bevolkingsgroepen. Er wordt gesproken over praktijkvariaties (Wennberg & Gittelsohn, 1982).

Waargenomen variaties vormen eigenlijk de aanleiding, bron en mogelijkheid voor ieder empirisch onderzoek. Interpretatie van deze variaties hangt dan ook nauw samen met de presentatie van het gegeven en de doel van het onderzoek dat deze aan het licht brengt. Er is een drietal invalshoeken te onderscheiden (*zie tabel 6.1*): (i) Er worden *variaties in morbiditeit of mortaliteit* tussen regio's of landen beschouwd. Doorgaans is dit het onderwerp van klassiek epidemiologisch onderzoek met een sociaal medische strekking. De verklaring voor waargenomen variaties wordt gezocht in demografische, sociaal-economische of culturele verschillen tussen regio's of landen. Ontbreekt deze verklaringsmogelijkheid, dan verschuift de aandacht naar het medisch handelen als determinant van de volksgezondheid (VTV, 1993: p29); (ii) Er worden *variaties in zorggebruik* (aantal medische verrichtingen, geneesmiddelengebruik of huisartsenbezoek) naar regio of land per ziekte of zorghandeling bestudeerd (*geografische verschillen*). Doorgaans is dit onderwerp van gezondheidszorgonderzoek met aanbevelingen aangaande zorgvoorzieningen als doel (beleidsepidemiologie). Verklaring wordt gezocht in een verschil in zorgbehoefte, zorgvraag of aanbod van voorzieningen (*zie bijvoorbeeld: Treurniet et al., 1998*); (iii) Het beschrijven van *variaties in zorgverlening* (vooral aantal medische verrichtingen als ook kosten) binnen een *homogeen* gebied per zorginstelling of (soort) zorgverlener kenmerkt het onderzoek naar praktijkvariaties ('*small area variations*').<sup>132</sup> Het weerspiegelt de onderzoeksintentie van William Guy. De verklaring

<sup>132</sup> Het verschijnsel staat bekend als 'small area variations': personen binnen een bepaald gebied met nagenoeg dezelfde demografische karakteristieken (leeftijdsopbouw, geslacht, sociale klasse), morbiditeit, of culturele waarden vertonen een verschil in frequentie van medische verrichtingen. Een homogeen gebied is voorondersteld, waarbij het begrip niet zozeer op de omvang van een geografisch gebied slaat als wel op de methode van gegevensverzameling en -bewerking: 'Small area analysis is a method used to describe the way individuals in a community utilise the community's health care resources. The approach is analogous to that used in epidemiology, where the number of disease occurrences design a defined time period in a specific area is divided by the population at risk for contracting the disease. In small area analysis, the number of occurrences of a health care event in an area



Tabel 6.1 Oorzaken van waargenomen variaties als bron van wetenschappelijk onderzoek

Oorzaak	Voorwerp van
supply factors	gezondheidszorgonderzoek
Staffing or manpower levels	
Hospital bed provision	
Funding of medical services (GNP spent on health services)	
Method of payment	
System	
Outpatient	
Use of private practice	
Waiting lists	
Diferent technology for management	
Teaching versus non-teaching centre	
Availability of nursing home/convalescent care	
Extent of health insurance coverage	
Access to health care services	
general clinical judgment factors	onderzoek naar praktijkvariates
Practice style	
Uncertainty regarding appropriate treatment	
Characteristics of physicians	
Refferral patterns from GP's	
Varying indications for procedures	
Unnecessary surgery	
Litigation fears	
Different assessment practices used by specialists	
Ritualistic placebo aspects of surgery	
general demand factors	klassieke epidemiologie
Age/sex population	
Race ethnicity	
Income	
SEG/social class	
Occupation	

bron: Sanders et al., 1988.

defined time frame is divided by that areas' population at risk. The result is a use rate standardised to a given population or subpopulation at risk' (Sheehan, 1988). Het 'small area' wordt wel beschouwd als het adhaerentieggebied van een zorginstelling. Wennberg en Gittelsohn (1982) gaan bijvoorbeeld uit van een bepaalde postcode en berekenen vervolgens op basis van historische gegevens van welke zorginstelling er het meeste gebruik is gemaakt. Dit weerspiegelt het onderzoek van William Guy. In het Verenigd Koninkrijk wordt een 'small area' soms gedefinieerd als een district of een regio die onder de verantwoordelijkheid valt van een regionale raad voor de volksgezondheid (Sanders et al., 1988: p10). Strikt genomen is een onderzoek naar waargenomen variaties in medische zorg dan een onderzoek naar geografische verschillen. De gebieden kunnen immers verschillen naar zorgvraag of zorgaanbod.

voor de waargenomen variaties wordt echter niet gezocht in de aard en opbouw van de patiëntenpopulatie of in het aanbod aan zorgvoorzieningen. Deze zijn binnen het beschouwde gebied nagenoeg dezelfde of ondergaan statistische correctie voor eventuele verschillen. De verklaring kan nu worden gezocht in de werkstijl van zorgverleners of zorginstellingen en worden geduid in termen van kwaliteit van zorg. Een associatie tussen werkstijlverschillen en kwaliteit lijkt daartoe aanleiding te geven. Er is een conceptuele overeenkomst tussen beide begrippen. Een werkstijl is *de manier waarop* een zorgverlener of zorginstelling de zorg verleent. Het is een hoedanigheid van het handelen of de organisatie.

Donabedian (1985) wijst erop de praktijkvariaties mogelijk verschillen in de kwaliteit van zorg weerspiegelen. Hij legt daarbij een (causaal) verband tussen praktijkvariaties en de kwaliteit van zorg.<sup>133</sup> Argument hiervoor is het onderzoek van Stapleton & Zwerneman (Donabedian, 1985; Sanders et al., 1988). Zij formuleren het probleem als volgt: 'This study presents an attempt to compare objectively the quality of medical care on two geographically separate private medical services in a single community hospital. The same attending physicians admitted similar patients to both sections; the only difference between services lies in the fact that interns and residents were assigned to the one, while on the other the attending physicians practised medicine unassisted by the house staff' (Stapleton & Zwerneman, 1965). Het betreft een gelijkwaardige patiëntenpopulatie die aan verschillend georganiseerde vormen van zorg wordt blootgesteld. De associatie met het begrip kwaliteit is expliciet aanwezig. Er wordt zelfs van een objectieve vergelijking van de kwaliteit van zorg gesproken, waarschijnlijk omdat de studieopzet een experiment nabootst. Voor een nagenoeg zelfde verzorgingsgebied wordt vervolgens een groot verschil in medische handelingen tussen de verschillend georganiseerde zorg waargenomen, dat niet verklaarbaar is vanuit een verschil in samenstelling van de patiëntenpopulatie of het voorkomen van ziekten en aandoeningen. In termen van Donabedian is er sprake van een relatie tussen de structuur van zorg en de kwaliteit van het medisch handelen.

Het onderzoek van Pearson en medewerkers uit 1968 geeft verder voeding aan de discussie. Pearson en medewerkers beschrijven verschillen in aantal operaties voor eenzelfde aandoening tussen Liverpool (VK), Uppsala (Zweden) en New England (VS). Er vonden in New England meer dan twee keer zo veel tonsillectomieën plaats als in Liverpool, en vier keer zo veel als in Uppsala.<sup>134</sup> Uppsala en Liverpool hadden overigens

<sup>133</sup> De journaliste Lynn Payer gebruikt het gegeven om de culturele bepaaldheid van de geneeskunde te beargumenteren (Payer, 1988). Zij geeft een aantal voorbeelden van praktijkvariaties in samenhang met cultureel bepaalde opvattingen. In Frankrijk schrijven artsen heel vaak geneesmiddelen voor om de bloedvaten van de hersenen wijder te maken. In Engeland en de Verenigde Staten meent men dat deze middelen *geen* effect hebben. In Duitsland schrijft men zes tot zeven maal zo vaak digitalispreparaten tegen hartklachten voor als in Frankrijk en Engeland. In de medische literatuur blijkt de mate van praktijkvariatie doorgaans meer kenmerkend voor een bepaalde medische diagnose of procedure dan voor het land waarin deze wordt verricht (Sanders et al., 1988: p19). Het belang van een culturele verklaring verdwijnt daardoor naar de achtergrond. Werkstijl komt in het brandpunt van de belangstelling te staan.

<sup>134</sup> Opmerkelijk is dat het knippen van de keelamandelen (tonsillectomieën) de steen des aanstoots vormt voor onderzoek naar praktijkvariaties. Het onderzoek van Glover (1938) naar de wisselende frequenties van deze ingreep wordt wel als een der eerste naar praktijkvariaties aangemerkt (Sanders et

dezelfde frequentie van chirurgisch ingrijpen, maar in Uppsala vonden significant meer galblaas en gynaecologische operaties plaats dan in het Verenigd Koninkrijk (zie tabel 6.2). De waargenomen verschillen zijn niet te verklaren uit een verschil in samenstelling van de bevolking, het voorkomen van ziekte of aandoeningen, of het aanbod van zorgvoorzieningen (Pearson et al., 1968). Deze bevinding wint sterk aan belang naarmate kostenbeheersing een prominenter plaats op de agenda in het zorgbeleid gaat innemen. De waargenomen variaties kunnen immers duiden op verschillen in doelmatigheid. Het is een maat voor het verschil in aanwending van de beschikbare middelen gedurende een bepaalde periode voor een bepaalde patiëntenpopulatie (Welch et al., 1994). Het beschrijven van variaties in structuur, proces of uitkomst van zorgverlening naar tijd, plaats (regio, land), zorginstelling of zorgverlener neemt dan ook vervolgens een grote vlucht. Er is variatie in de frequentie van ziekenhuisopnamen voor eenzelfde indicatie, het voorschrijven van geneesmiddelen, de kosten van bepaalde verrichtingen, de toepassing van diagnostische verrichtingen, het verwijzen van huisartsen naar specialisten (Casparie, 1996) en chirurgische ingrepen (Leape, 1992). Kortom, variaties in zorg zijn endemisch. Op macroniveau springt het verschil in *gebruik* van zorgvoorzieningen door naar pathologie of demografische samenstelling vergelijkbare patiëntenpopulaties in het oog (Dawson, 1987). Het wordt toegeschreven aan een verschil in toepassing van eenzelfde soort zorg door de zorgverlener of de zorginstelling, en aldus verklaart vanuit de aard van het medisch handelen of de structuur van de gezondheidszorg (Greenfield et al., 1992).

Tabel 6.2 Aantal tonsillectomieën per 10.000 van de bevolking. Bron: Pearson et al., 1968.

	Frequentie per 10.000
Uppsala, Zweden	17
Liverpool, Engeland	26
Engeland & Wales	34
Verenigde Staten (VS)	54
Platteland NSW, Australië	59
New England, VS	70
Canada	99

Wennberg en Gittelsohn (1982) onderzoeken het gegeven dat sommige chirurgische ingrepen een grotere variatie tussen zorgverleners of zorginstellingen vertonen dan andere, ongeacht waar de procedure wordt uitgevoerd (zie tabel 6.3). Zo varieert de frequentie van ziekenhuisopnamen voor heupfracturen (traditioneel) nauwelijks. Hetzelfde geldt voor het hartinfarct, hersen- of maagbloedingen. Operaties aan baarmoeder (anders dan voor kanker), prostaat en amandelen vertonen

daarentegen vier tot vijfvoudige verschillen in frequentie tussen homogene gebieden. Daarbij is er een relatief constante frequentie van chirurgische procedures in een bepaalde gemeenschap in het verloop van de tijd. In een bepaald gebied blijven hoge frequenties hoog; lage frequenties blijven laag (Wennberg & Gittelsohn, 1982). Vaak is er daarbij een grotere variaties tussen medische handelingen op het gebied van de interne geneeskunde dan tussen chirurgische verrichtingen (Sanders et al., 1988). De structuur van de zorg blijkt daarbij overeenkomstig de bevinding van Stapleton & Zwerneman van

al., 1988). Het is een exemplarisch voorbeeld (paradigma). De conclusie riep indertijd grote verantwoordiging op. Mogelijk zijn de doelgroep (jonge kinderen), de bedoeling (preventie) en het sociaal karakter van de onderzochte ingreep hiervoor verantwoordelijk. Het knippen der amandelen behoorde tot de aspecten van een goed ouderschap. Tot op de dag van vandaag worden overigens bij de keel-, neus- en oorheelkunde (KNO) doorgaans de grootste praktijkvariates waargenomen (KNMG, 1989).

belang. De waargenomen verschillen zijn soms toe te schrijven aan een verschil tussen poliklinische en klinische behandeling voor eenzelfde aandoening (anonymous, 1985). De verklaring voor praktijkvariaties wordt echter ook gezocht in een grotere onzekerheid onder zorgverleners over de toepassing van sommige zorghandelingen, maar vervolgens wordt ontdekt dat de waargenomen verschillen *niet* kunnen worden toegeschreven aan een verschil in ongepaste indicatiestellingen: 'the proportion of procedures rated as appropriate is more or less the same in all areas' (Wennberg, 1987). In gebieden met een groot aantal ingrepen is het percentage *gepaste* zorg nagenoeg gelijk aan dat in gebieden met een gering aantal ingrepen.<sup>135</sup> Het wordt de paradox van de gepaste zorg genoemd.

Als verklaring voor deze paradox oppert Wennberg het gebrek aan consensus onder medici met betrekking tot de *standaard of norm* voor optimale praktijkvoering in het algemeen (administratie, gebruik van middelen) en met betrekking tot de beste indicatiestelling voor diagnostiek of medische ingrepen in het bijzonder. Niet de praktijk, maar de norm voor beoordeling ervan lijkt daarbij te variëren (Brook et al., 1988; McGlynn et al., 1994). Onderzoek naar consensusvorming ondersteunt dit vermoeden. Een aantal panels van zorgverleners in verschillende landen beoordelen dezelfde casuïstiek (naar zorgproces en uitkomsten), maar verschillen in het oordeel over de *gepaste* zorg (Caspary, 1996). Om bijvoorbeeld te bepalen of opname in het ziekenhuis gepast is, worden de volgende criteria gehanteerd: bescherming van een patiënt tegen de nadelige effecten van de omgeving; preventie van complicaties ten gevolge van ziekte, diagnostiek, of therapeutische interventies; het leveren van diagnostische diensten die opname in het ziekenhuis vereisen; het leveren van therapeutische diensten die opname in het ziekenhuis vereisen; verlichting van pijn en lijden. De traditionele medische moraal is herkenbaar (zie paragraaf 3.3.4). "Gepaste zorg" is zorg die aan een normatief referentiekader tegemoet komt.

Toch brengt deze verklaring de verontwaardiging over de waargenomen praktijkvariaties niet tot rust. Praktijkvariaties hebben invloed op de kosten van zorg, de gelijkwaardige verdeling van voorzieningen en de mortaliteit in de populatie (Sanders et al., 1988). Er is zelfs gesuggereerd dat praktijkvariaties samenhangen met een oneigenlijk gebruik van medische voorzieningen. Hieronder moet dan zowel oneigenlijk gebruik van de kant van de gebruiker (het niet ziek naar de dokter gaan) als van de zorgverlener (ingreep louter en alleen uit financiële overwegingen) worden verstaan (Leape, 1992). Deze hypothese is inmiddels onderzocht voor verschillende diagnoses. Geheel in overeenstemming met de paradox van de gepaste zorg, kon het *niet* worden bevestigd dat gebieden met meer medische en chirurgische ingrepen dit dankten aan een groter aantal oneigenlijke medische indicaties (Mortensen, 1989; Chassin et al., 1987a). Desondanks vormen praktijkvariaties een argument voor beleidsmaatregelen, gericht op een standaardisatie van zorgverlening (Leape, 1990).

<sup>135</sup> In absolute zin is in gebieden met een hoge productie het aantal onterechte indicaties uiteraard hoger dan in gebieden met een lager aantal medische handelingen. Het beschrijven van praktijkvariaties geeft derhalve een aanwijzing voor een (geografische) prioriteitsstelling in het kwaliteitsbeleid.

Tabel 6.3 Gegevens over praktijkvariaties in het klassieke onderzoek van McPherson et al., 1982

a. voor leeftijd en geslacht gestandaardiseerde frequentie van chirurgische ingrepen per 10.000 inwoners in drie verschillende gebieden

Chirurgische ingreep (aantallen per 10.000)	New England (VS)	Noorwegen	West Midlands (VK)
hernia operatie	276	186	137
appendectomie	128	150	177
cholecystectomie	238	86	89
prostatectomie	264	236	132
hysterectomie	540	118	220
Hemorrhoïdectomie	76	45	28
Tonsillectomie	289	64	172

b. variatie in leeftijd en geslacht gestandaardiseerde frequentie van chirurgische ingrepen in ziekenhuizen in drie verschillende gebieden

Variatie coëfficiënt (% SD/gem.)	Hernia operatie	Append ectomie	Cholecyst ectomie	Prostat ectomie	Hyster ectomie	Hemor- rroid ectomie	Tonsill ectomie	To- taal
New England	0,11	26	18	30	22	30	30	14
Noorwegen	0,20	16	18	33	31	47	47	11
West Midlands	0,20	16	16	24	20	35	35	12

Ook neemt Wennberg's verklaring de verontrusting over de waargenomen praktijkvariaties niet weg. Het roept twijfel op aan de rationele basis ofwel wetenschappelijk fundering van de geneeskunde. Het gegeven spreekt de zorgverleners aan en deze zijn bereid te werken aan meer kennis over de optimale handelwijze in een gegeven situatie, een aanmerkelijk verschil met de reactie die zorgverleners vertonen op gegevens over ziekenhuissterfte (zie hoofdstuk 5). In de stijl van Wennberg verrichtte Stoevelaar (1996) een detailstudie naar het medisch handelen van urologen in Nederland. Een verklaring voor praktijkvariaties wordt gezocht in werkstijl - gedefinieerd als de beslisregels die individuele zorgverleners hanteren voor de toepassing van therapeutische mogelijkheden - ofwel in de relatie tussen het denken en het medische handelen. Denkbeelden over diagnostiek en therapie blijken sterk uiteen te lopen en bepalen de keuze voor een handelwijze in de praktijk (Stoevelaar, 1996: p189-192). Een verklaring voor praktijkvariaties wordt gezocht op het niveau van de individuele zorgverlener (microniveau). De paradox van de gepaste zorg treedt er niet op. Het probleem lijkt te zijn gelegen in het leggen van een relatie tussen de bevindingen op macroniveau en het microniveau.

### 6.3 Methodologische merites

De variaties in zorgverlening worden aanvankelijk gepresenteerd als een frequentie (zie *tabel 6.2*), het meest basale resultaat van een telling van medische handelingen, een afbeelding van gebeurtenissen op de verzameling der natuurlijke getallen. Doorgaans vindt weergave plaats met voor leeftijd en geslacht gestandaardiseerde gegevens, en worden de beschouwde geografische gebieden wat betreft morbiditeit, cultuur of zorgaanbod homogeen geacht. De gedachte is daarmee belangrijke bronnen van vertekening weg te nemen. In de presentatie van het gegeven is een zekere ontwikkeling waarneembaar. Een statistisch criterium gaat fungeren als criterium om te beslissen of de waargenomen verschillen betekenis hebben. Klassiek is de presentatie in het onderzoek van Chassin en medewerkers (zie *tabel 6.4*). Voor een groot aantal medische en chirurgische verrichtingen is de regionale variatie in beeld gebracht (Chassin et al., 1986). De (gecorrigeerde) variatiecoëfficiënt (standaarddeviatie of range gedeeld door het gemiddelde) wordt als maat gebruikt (zie ook *tabel 6.3b*). Deze representeert een eigenschap van een verzameling getallen. Een hoge variatiecoëfficiënt duidt op een relatief grote praktijkvariatie.

De *tabel 6.5* bevat een ander (recent) voorbeeld van een onderzoek naar praktijkvariatiaties. Het onderzoek van Yusuf en medewerkers combineert een beschrijving van variaties in zorgverlening met een bestudering van uitkomsten. Het onderscheid in structuur, proces en uitkomst is herkenbaar (zie *paragraaf 3.3.2*). Frequenties worden naast elkaar geplaatst en rechtstreeks met elkaar vergeleken. Er is gecorrigeerd voor sociaal-demografische verschillen in opbouw van de populatie. De epidemiologische noemer (patiënten met een hartinfarct) verschilt niet naar land. Statistische toetsing leert iets over de significantie van het verschil (*p* waarde). Er is *geen* significant verschil tussen de onderzochte landen in uitkomst (sterfte) of complicatie (ernstige bloeding) dan wel comorbiditeit (hersenvloeding), ondanks een groot significant verschil in medische praktijk bij de behandeling van patiënten met een hartinfarct. Weergave van zorghandelingen naar land kan worden vervangen door weergave naar zorgverleners (Stoevelaar, 1996: p8), zorginstellingen (Stapleton & Zwerneman, 1965) of zorgregio's (KNMG, 1989) zonder dat de strekking van de presentatie verandert. Een beschrijving van praktijkvariatiaties wordt geleidelijk meer en meer aangevuld met statistische toetsing als aanwijzing voor betekenis van de waargenomen verschillen.

De statistische component van de beschrijving (variatiecoëfficiënt, *p*-waarde) lijkt de objectiviteit van de beschrijving te verhogen, maar brengt een aantal (verhulde) interpretatieproblemen met zich mee. Onderzoek naar praktijkvariatiaties vereist homogene gebieden en is daarmee afhankelijk van statistische correctie voor sociaal-demografische verschillen in de bevolking. Nu worden bijvoorbeeld variaties in ziekenhuisgebruik wel degelijk beïnvloed door etniciteit, sociaal-economische status, graad van urbanisatie en leeftijd (KNMG, 1989; Storm, 1990). De meeste onderzoeken tonen echter slechts een zeer geringe invloed van deze variabelen. Zo draagt statistische correctie voor patiënten aanbod (*case-mix*), enerzijds, en de aanwezigheid artsen of verpleeghuisbedden anderzijds, weinig bij aan een verklaring van de waargenomen variaties in ziekenhuisopnamen. Binnen het geheel van verklarende variabelen blijkt ligduur de belangrijkste te zijn (Sanders et al., 1988). De betekenis van dit gegeven is onduidelijk, maar het lijkt,

Tabel 6.4 Gegevens over variaties in medische en chirurgische ingrepen op 13 plaatsen door Medicare patiënten van 65 jaar en ouder gedurende het jaar 1981 (Chassin et al., 1986).

Ingreep	Frequentie			Variatiecoëfficiënt	Hoogste/laagste rate/ratio
	hoog	laag gemiddeld			
<i>per 10.000 personen</i>					
<b>grootste variatie</b>					
wegspuiten aanbeien	17	7	0,7	0,79	26,0
arthroplastiek heup	18	9	2	0,69	11,4
excisie van benigne huidlesie	750	360	94	0,67	8,0
arthrocentesis	1.100	390	94	0,66	8,8
huidbiopsie	190	95	41	0,58	4,8
humerus fractuur	21	13	3	0,51	7,9
totale knie prothese	20	9	3	0,47	6,0
lumbale sympathectomie	4	2	0,9	0,44	4,0
mediastinoscopie	7	3	1	0,42	6,7
coronaire bypass chirurgie	23	13	7	0,41	3,1
<b>matige variatie</b>					
halsslagader operatie	23	14	6	0,38	5,9
excisie van maligne huidlesie	260	150	77	0,37	3,3
ERCP	6	4	0,3	0,32	17,2
Coronaire angiografie	51	33	22	0,32	2,3
Excisie van benigne Borstlesie	21	13	9	0,31	2,2
Craniotomie	8	5	3	0,31	2,6
Totale heup prothese	24	15	8	0,31	3,0
Arteriële bypass van benen	19	13	6	0,28	3,5
Colles fractuur	34	26	15	0,25	2,3
<b>geringe variatie</b>					
bronchoscopie	78	50	35	0,21	2,2
appendectomie	5	3	2	0,19	2,2
ruptuur abdominale aorta	10	7	5	0,17	2,2
mastectomie	21	17	8	0,17	2,7
endoscopie	150	120	94	0,16	1,6
colectomie	42	33	24	0,15	1,8
cholecystectomie	52	41	34	0,14	1,6
protatectomie	97	82	57	0,12	1,7
lens extractie	180	140	120	0,11	1,5
liesbreuk	53	45	38	0,10	1,4

(cijfers gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht)

Tabel 6.5 voorbeeld van presentatie van gegevens over variaties in zorgverlening: percentage (%) van zorghandelingen en de belangrijkste uitkomsten ervan naar land bij patiënten met een eerste hartinfarct gedurende de eerste zes maanden na dit infarct. Bron: Yusuf et al., 1998

%	Brazilië	VS	Canada	Australië	Hongarije	Polen	Gemidd.	p waarde
angiografie	72	65	57	41	32	16	47	<0,001
PTCA	22	26	22	13	8	4	16	<0,001
CABG	27	22	18	16	17	6	18	<0,001
revascularisatie	47	47	38	28	24	10	33	<0,001
sterfte	11,5	8,8	11,9	9,3	11,9	10,8	10,7	0,684
heropname	8,9	11,0	15,1	18,5	12,7	9,7	13,3	<0,001
hersenvloeding	1,6	2,0	1,1	1,2	1,3	0,7	1,3	0,449
zware bloeding	1,3	2,6	1,3	1,0	0,6	1,1	1,3	0,058

gecorrigeerd voor de ernst van aandoeningen, op een bron van variatie in het medische handelen te wijzen. De geringe invloed ervan kan op twee manieren worden verklaard. De genoemde variabelen zijn niet goed gemeten of deze hebben daadwerkelijk geen grote invloed op het ziekenhuisgebruik. Het vereist een methodologische beslissing dienaangaande en deze wordt vaak op impliciete gronden door de onderzoeker genomen.

Ook stratificatie voor structurele kenmerken van de gezondheidszorg, zoals het aantal beschikbare artsen of ziekenhuisbedden vereist een methodologische keuze. Bunker wees erop dat per hoofd van de bevolking er in Engeland en Wales ongeveer twee keer zoveel chirurgen waren als in de Verenigde Staten, en dat er ook twee keer zoveel operaties plaatsvonden per hoofd van de bevolking in Engeland en Wales ten opzichte van de Verenigde Staten. Daarbij was gecorrigeerd voor een verschil in incidentie of prevalentie van ziekten en aandoeningen. Bunker suggereert dat het aanbod van zorgvoorzieningen, de financieringstructuur en de beschikbaarheid van zorgverleners verantwoordelijk zijn voor praktijkvariaties (Bunker, 1970). Het onderzoek van Stapleton & Zwerneman ondersteunt deze suggestie (zie paragraaf 6.2). De relatie tussen zorggebruik en het zorgaanbod is echter dubbelzinnig. Veroorzaakt aanbod een gebruik van voorzieningen, middels een vraag (vraaginductie); of is er sprake van een zorgvraag die een aanbod van zorgvoorzieningen veroorzaakt? Een denkbeeld over de relatie tussen zorgvraag en zorgaanbod typeert het gegeven als een geografisch verschil in zorgaanbod of als een praktijkvariatie.

De validiteit van het gegeven staat opvallend weinig ter discussie. De relatieve eenvoud is hier mogelijk debet aan. Basale tellingen en eenvoudige statistische technieken worden gebruikt om praktijkvariatie te beschrijven en te analyseren. De standaardisatie en stratificatie van de epidemiologische noemer zijn inmiddels wijd verbreide en algemeen geaccepteerde technieken. Soms wordt erop gewezen dat de grootte van de variatie afhangt van de wijze waarop de analyse plaatsvindt (Schwartz et al., 1994). Doorgaans worden variaties in zorgverlening echter aanvaard voor wat zij zijn. Methodologische argumenten spelen in vergelijking met de discussie over ziekenhuissterfte dan ook een relatief ondergeschikte rol. Het belang dat het gegeven door zorgverleners, beleidsmakers en het publiek wordt toegekend, is hiervoor naar alle waarschijnlijkheid verant-



woordelijk. Praktijkvariaties worden over het algemeen slecht gevonden, als ongewenst beschouwd en gebruikt als aangrijpingspunt voor beleidsmaatregelen.

#### 6.4 Beleidsrelevantie

Beleidsmakers interpreteren praktijkvariaties als een aanwijzing voor onnodige zorg, verspilling van aangewende menskracht en materialen, of een onrechtvaardige verdeling van gemeenschappelijke middelen. Praktijkvariaties verschaffen informatie over de veiligheid, doelmatigheid en de rechtvaardigheid van zorg. Waargenomen variaties in zorgverlening, zorginstellingen of gezondheidszorg worden al begin Twintigste eeuw gebruikt om te wijzen op verschillen in kwaliteit van zorg, en leveren een argument voor revisie van opleiding of toelating tot de medische beroepsgroep (zie paragraaf 3.2). In de jaren zestig wordt er vervolgens op gewezen dat ondanks langdurige opleidingen met grofweg dezelfde leerstof en gelijkkluidende examens de praktijkuitoefening van de geneeskunde nog steeds buitengewoon uiteen loopt (Lembcke, 1967); een situatie die twijfel oproept aan de rationele basis van de geneeskundige. Het gegeven speelt daarenboven in op een gevoel voor (verdelende) rechtvaardigheid dat met name als variaties in zorgverlening ook nog eens in verband worden gebracht met kosten en publiek gefinancierde middelen, een steeds grotere rol in het publiek bewustzijn is gaan spelen.<sup>136</sup>

De Reactie op waargenomen variaties in zorg is meestal tweërlei: (i) *structurele maatregelen* door middel van opleiding en registratie van zorgverleners, en standaardisatie van ziekenhuizen, apparatuur of methoden; (ii) *evaluatie* van het zorgproces in de vorm van 'utilization review' (toetsing aangewende middelen) en 'peer review' (intercollegiale toetsing van het medisch handelen) (zie ook paragraaf 3.2). Deze beide reactiepatronen komen niet alleen in het begin van de Twintigste eeuw naar aanleiding van de deplorabele staat van de chirurgische zorg voor, maar ook in de jaren zeventig duiken deze weer op, zij het nu in relatie tot kostenbeheersing. Daarbij spelen richtlijnen voor gepaste zorg een immer grotere rol om de geconstateerde variaties terug te dringen (Wennberg, 1984). Een richtlijn geeft in algemene termen aan hoe de zorgverlening eruit kan zien (Casparie, 1991). Richtlijnen kunnen worden ontleend aan onderzoek, de medische literatuur, of aan overeenstemming over juiste handelwijze bij een bepaald medisch probleem onder beroepsbeoefenaren (consensus). Deze dienen de overbrugging van theoretische kennis, verworven in wetenschappelijk onderzoek, naar de praktijk (Casparie, 1988). Het opstellen van wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen levert daarenboven een bijdrage aan de rationaliteit van het geneeskundig handelen (Casparie, 1988; 1998). Tevens bieden deze een mogelijkheid de praktijkbeoefening aan een toetsing te onderwerpen (Huttin, 1997). Er ontstaat een normatief referentiekader voor de toetsing van aangewende middelen of van het medisch handelen door het gerealiseerde in de praktijk te vergelijken met de daarvoor geldende richtlijnen (zie hoofdstuk 3, figuur 3.2).

De gedachte is om met behulp van richtlijnen en de daarop gebaseerde protocollen het medisch handelen (meer) te standaardiseren, en daardoor de variatie in medisch han-

<sup>136</sup> De introductie van Medicare (1965) speelt daarbij in de Verenigde Staten een rol (Inglehart, 1999).

delen terug te dringen (Wennberg, 1984; Leape, 1990). De redenering brengt een moreel probleem met zich mee. Zo is een richtlijn doorgaans in algemene bewoordingen gesteld. Er is bijvoorbeeld sprake van *de* patiënt met anemie of van *een* persoon met hoge bloeddruk, waarvoor een bepaalde handelwijze wordt aanbevolen. Van individuele verschillen wordt noodzakelijkerwijs geabstraheerd. Bij een bepaald hemoglobinegehalte wordt een bloedtransfusie gegeven en bij een bepaalde bloeddruk wordt medicatie voorgeschreven. De werkstijlverschillen nemen daardoor af. Op verschillende plaatsen wordt door zorgverleners op eenzelfde manier gehandeld. In deze zin dragen richtlijnen bij aan een (verdelende) rechtvaardigheid op maatschappelijk niveau. Voor specifieke patiënten die sterk afwijken van het gemiddelde, kan een richtlijn echter nadelig zijn. De ene persoon heeft bijvoorbeeld meer last van diens bloedarmoede dan de ander, en bij sommige personen met een hoge bloeddruk zal het leven door medicatie verzuurd worden, maar daardoor een vroegtijdige morbiditeit worden voorkomen. Toch kan hen de benodigde zorg worden onthouden of opgedrongen, en daarbij kan een beroep worden gedaan op de geldende richtlijn. De onrechtvaardigheid neemt op individueel niveau toe.<sup>137</sup> Een richtlijn heeft een utilistisch karakter. Het grootste nut voor het grootste aantal is uitgangspunt. Dat hierdoor soms individueel nut in het gedrang komt, is een onvermijdelijk gevolg van de utilistische invalshoek.

Het gebruik van richtlijnen om praktijkvariaties te bestrijden brengt niet alleen een moreel probleem met zich mee. Ook het effect van richtlijnen op deze variaties in zorgverlening is omstreden. Zo blijken zorgverleners soms niet op de hoogte te zijn van het bestaan van een richtlijn, maar wel volgens de richtlijn te handelen (Klazinga, 1994). Ook blijkt alleen al het terugkoppelen van gegevens over variatie in zorgprocessen aan de uitvoerders een geringere variatie in zorgverlening tot gevolg te hebben (Berwick & Coltin, 1986). Soms wordt dit geweten aan een manipulatie van gegevens; soms aan een verandering in het zorgproces. In ieder geval brengt terugkoppeling een reactie teweeg bij de zorgverleners (Mugford et al., 1991), die moeilijk is te onderscheiden van het effect van de introductie van een richtlijn. In een gerandomiseerd onderzoek blijkt terugkoppeling van gegevens meer effect te bewerkstelligen op het aantal verbeteracties dan kennis van richtlijnen of bespreking van evaluatie criteria (Palmer et al., 1996). De causale vooronderstelling van Donabedian beheerst het debat. Er wordt een verband verondersteld tussen de waargenomen variaties op macroniveau en de werkstijl van zorgverleners, maar een eenduidig verband tussen macroniveau en microniveau is niet gelegd (Stano, 1991). Dit bemoeilijkt de interpretatie van praktijkvariaties in termen van kwaliteit van zorg. Er dreigt een impasse. Er komt een veelheid van praktijkvariaties aan het licht. De betekenis van het gegeven is echter niet eenduidig. Een andere invalshoek is vereist.

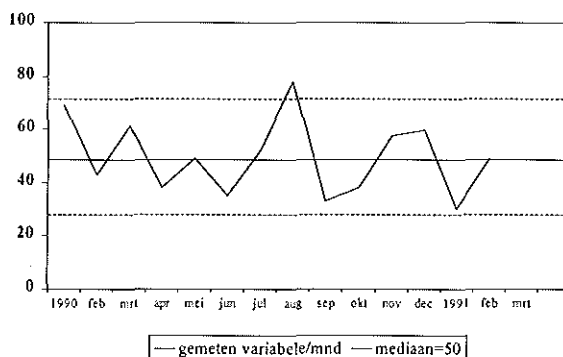
Een geheel andere optiek op praktijkvariaties is ontleend aan bedrijfskundige theorievorming (Berwick, 1992). In literatuur over de kwaliteit van zorg worden in de jaren negentig meer en meer voorbeelden van deze benadering aangetroffen (zie: Carey &

<sup>137</sup> Door hen echter (zonder meer) voor geleden schade te compenseren (no fault option) kan overigens aan een retributieve rechtvaardigheid tegemoet worden gekomen. Daarbij moet het principe van niet-schaden uiteraard nauwkeurig worden gewogen. Doorgaans wordt rechtvaardigheid in dit verband echter als verdelende rechtvaardigheid gethematiseerd. De Oregon casus is een berucht voorbeeld van dit probleem.

Teeters, 1995; Benneyan, 1997). Daarbij is het zorgproces (microniveau) vertrekpunt van beschouwing. Variatie in een zorgproces worden gevisualiseerd middels een zogenaamde controlekaart (Harteloh & Casparie, 1998: p109-111).<sup>138</sup> Daarbij wordt het aantal succesvol behandelende patiënten, het aantal klachten, het aantal vallen uit bed, of het aantal fouten bij toediening van medicijnen als een proces in de loop der tijd weergegeven (zie figuur 6.1). Het gemiddelde en de spreiding typeren een verzameling meet-

*Figuur 6.1 Voorbeeld van een controle kaart*

Variabele  
(bijvoorbeeld:  
ziekenhuissterfte,  
heropname,  
ziekenhuisinfectie,  
medicatiegebruik,  
etc.)



meting aan eenzelfde object in het verloop van de tijd

(Voor berekening van de controle grenzen (---): zie Harteloh & Casparie, 1998: p109-111).

waarden, en daarmee het zorgproces waarvan deze afkomstig zijn. Deze representatie van het meetobject brengt een specifieke interpretatie met zich mee. Het gemiddelde van de waargenomen verzameling meetgegevens geeft informatie over het prestatieniveau van het zorgproces, de variatiecoëfficiënt over de mate van variabiliteit en de sterkte van het gemiddelde afwijkende meetwaarden (uitschieters) over de mate waarin het zorgproces beheerst verloopt. Controlekaarten zijn ontwikkeld vanuit het oogpunt dat variabiliteit inherent is aan elk productieproces en dat deze variabiliteit kan worden beschreven met behulp van statistische technieken. Als de waargenomen variatie binnen de gestelde grenzen blijft, geeft dit het vertrouwen dat het proces beheerst verloopt.

Daarmee is een belangrijk principe van het kwaliteitsgericht denken en handelen weergegeven, namelijk beheersing van het productieproces door middel van voorspelbaarheid: 'A phenomenon will be said to be controlled when, through the use of past experience, we can predict, at least within limits, how the phenomenon may be expected to vary in the future. Here it is understood that prediction means that we can state, at least approximately, the probability that the observed phenomenon will fall within the given limits' (Shewhart, 1931, zoals geciteerd door Garvin, 1991: p7). Beheersing is nodig om op basis van de kenmerken van product of productieproces aan de wensen of

<sup>138</sup> Een anglicisme ('control chart'): het woord 'controle' duidt hier op beheersing.

behoefden van de afnemer ervan tegemoet te kunnen komen. De norm wordt daarbij ontleend aan het productieproces zelf. De grenzen waarbinnen het proces beheerst verloopt (controlegrenzen), worden berekend op basis van waarnemingen aan het(zelfde) productieproces in het verleden. De semantische regel die het begrip kwaliteit tot uitdrukking brengt, wordt toegepast. Een gerealiseerde wordt gewogen ten opzichte van een (historische) verwachting. Er is (nog) geen externe norm in het geding. Er is sprake van kritische zelfevaluatie. Kwaliteit wordt gethematiseerd als een intrinsieke eigenschap van het voorwerp van aandacht. Het prestatieniveau en de grootte van de variabiliteit kunnen extern worden genormeerd door deze gerealiseerde mogelijkheden te wegen tegen het verwachtingspatroon van afnemers (patiënten, verzekeraars, andere zorgverleners) of de maatschappij. Maatschappelijke verontrusting over praktijkvariatie is bijvoorbeeld een aanwijzing voor een te grote variabiliteit van het zorgproces; ontevredenheid van patiënten voor te laag prestatieniveau (*zie ook hoofdstuk 7*).

Bedrijfskundige theorievorming over de variaties in een productieproces kan mogelijk ook de paradox van de gepaste zorg verklaren. Daartoe moet een conceptueel onderscheid worden gemaakt tussen verschillende soort variaties. Shewhart onderscheidt in de jaren dertig 'common-cause' en een 'special cause variation' (Berwick, 1991). De variatie binnen controlegrenzen noemt hij 'common-cause variation', ook wel intrinsieke of gewone variatie genaamd. Deze intrinsieke variatie is te beschouwen als een toevalsproces en inherent aan het ontwerp van het productieproces. Het tijdstip van de dag, samenstelling van de patiëntenpopulatie (case-mix), gewicht of fysieke conditie van de patiënt, gedrag van de patiënt of demografische kenmerken zijn in deze optiek intrinsieke variatie (Benneyan, 1997). Herhaaldelijke overschrijding van de controlegrenzen of een trendmatige ontwikkeling binnen de controlegrenzen, wijst op een specifieke oorzaak, een factor die de aard van het productieproces wezenlijk verandert. Shewhart spreekt van 'special-cause variation', een specifieke of bijzondere variatie. Veranderingen in klinische procedures, vaardigheden van de zorgverlener, nieuwe medewerkers, veranderingen in de demografische samenstelling van een populatie, frequentie van ziekten, of de fysiologie van patiënten zijn voorbeelden van specifieke variatie (Benneyan, 1997).

De paradox van de gepaste zorg ontstaat wanneer aan het onderscheid tussen gewone en bijzondere variatie voorbij wordt gegaan. Een toevalsproces (contingentie) is verantwoordelijk voor een intrinsiek of gewone variatie in zorg. Het is dan ook niet verwonderlijk dat deze variatie niet is te verklaren door factoren die het zorgproces beïnvloeden, zoals de indicatiestelling voor het medische handelen. We hebben te maken met een variatie die inherent is aan handelend ingrijpen in het algemeen (Deming, 1994).<sup>139</sup> Handelen vindt plaats in sferen van contingentie, tegen de achtergrond van een voortdurend veranderende realiteit. Het gaat niet zozeer om een streven naar volledige afwezigheid van variaties, maar om de informatie die deze opleveren over de mate waarin het productieproces binnen zelf gestelde grenzen verloopt en het zich onttrekt aan externe invloeden. Het prestatieniveau en de wenselijkheid van de waargenomen variatie is voorwerp van waardering, niet van wetenschappelijke verklaring, en vergt een

<sup>139</sup> Het verklaart bovendien de relatief constante verschillen in zorgverlening tussen zorgverleners of zorginstellingen in de loop der tijd. Dergelijke verschillen wijzen op gewone variaties en zijn onderdeel van het ontwerp ofwel de structuur van de gezondheidszorg. Het zoeken van oorzaken voor deze variaties in het zorgproces leidt tot de paradox van de gepaste zorg.

ingreep in het ontwerp van het zorgproces om veranderingen teweeg te brengen. Het is een probleem gelegen op het gebied van innovatie, niet van de kwaliteit van zorg. Een specifieke variatie is een kwaliteitsprobleem en behoeft nader onderzoek om de oorzaak ervan vast te stellen.<sup>140</sup>

Een dergelijke interpretatie past binnen een kwaliteitgericht denken, zoals dat in een theorie over indicatoren gestalte krijgt. Het systematisch verzamelen van gegevens schept de mogelijkheid patronen te herkennen en afwijkingen te signaleren, waarvoor een verklaring kan worden gezocht (Berwick, 1992). Als de oorzaak voor de waargenomen variabiliteit niet bekend is, maar deze binnen de vastgestelde grenzen blijft, noodzaakt de waargenomen variatie niet tot nader onderzoek van het productieproces. We hebben dan te maken met een (intrinsieke) eigenschap van het productieproces. Een uitschieter signaleert een disfunctionerende keten van gebeurtenissen. Een trend signaleert een veranderend karakter van het productieproces. Nadere evaluatie zal aan het licht moeten brengen welke schakel(s) in het productieproces hiervoor verantwoordelijk zijn. Het principe van de procescontrole vertoont verwantschap met de theorie over indicatoren voor kwaliteit in de gezondheidszorg (zie hoofdstuk 5). Het voorziet in een informatie die betekenis heeft voor het beleidsmatig handelen. De presentatie van het gegeven is daarvoor van belang. Het is niet zinvol lijstjes met verschillen in frequentie op te sommen (zie de tabellen 6.2, 6.3, 6.4 of 6.5).<sup>141</sup> De interpretatie is vaak niet meer dan een suggestie. De controlekaart biedt daarentegen mogelijkheid tot een rationeel onderbouwde interpretatie in termen van de kwaliteit van zorg.

In het streven naar beleidsrelevante informatie over de kwaliteit van zorg ontmoeten een zorginhoudelijke en een bedrijfskundige benadering elkaar. Vereist is een onderscheid tussen soorten variatie, in overeenstemming met een van de schaarse opmerkingen van Deming, een der grondleggers van de kwaliteitskunde in het bedrijfsleven, over de gezondheidszorg: 'Het probleem is om erachter te komen of de oorzaak van het ongewenste effect (a) in het systeem opgesloten ligt (inclusief de patiënt) of dat (b) het moet worden toegeschreven aan een speciale oorzaak, zoals nalatigheid van de arts of nalatigheid van de patiënt die de gegeven instructies niet goed opvolgt of geen contact meer met zijn arts opneemt. Het zou een belangrijke stap voorwaarts zijn als de medische wereld operationele definities zou maken voor de speciale oorzaken van ongewenste resultaten van de diverse medische interventies. Dit is een geweldige, nooit aflopende, taak maar tot het moment dat dit in een stabiele situatie is gebracht, zullen artsen in de Verenigde Staten en de verzekeringsmaatschappijen voortdurend een gevecht moeten leveren met onterechte beschuldigingen en voortdurend blootstaan aan juridische steekspelen' (Deming, 1994: p404). Zorginhoudelijke kennis biedt de mogelijkheid het onderscheid in verschillende soort variatie te maken. Bedrijfskundige theorievorming over kwaliteit dicteert de presentatie en interpretatie van het gegeven. De conceptuele verwantschap met het begrip kwaliteit krijgt gestalte in de controlekaart. Deze wordt geconstrueerd door het volgen van de semantische regel die het begrip kwaliteit tot uit-

<sup>140</sup> Het Molière effect speelt de discussie hier parten. Het begrip kwaliteit is niet scherp afgebakend.

<sup>141</sup> Vergelijkbare met ziekenhuissterftecijfers. Het gegeven spreekt niet voor zichzelf, maar behoeft interpretatie en deze interpretatie is aan regelen gebonden om ook daadwerkelijk over de kwaliteit van zorg te kunnen spreken.

drukking brengt. Het informeert over de beheersing van een zorgproces en voorziet in signalen voor een kwaliteitgericht handelen.

## 6.5 Interpretatie van praktijkvariaties

Interpretatie van praktijkvariaties in termen van kwaliteit vergt een specifiek conceptueel kader. Dit bestaat uit: (i) de presentatie van het gegeven, (ii) een procedure, (iii) aanwending van normen en waarden die op een (a) bedrijfskundige of op een (b) zorginhoudelijke wijze worden ingekleurd.

(i) Kwaliteit betekent een *optimale* verhouding tussen gerealiseerde mogelijkheden en normatief referentiekader (zie paragraaf 4.2). Om aan deze betekenis invulling te geven wordt de variatie of spreiding van het zorgproces als gerealiseerde mogelijkheid begrepen. Daartoe wordt deze beschreven aan de hand van een reeks gebeurtenissen (ziekenhuisopnamen, chirurgische verrichtingen) in de tijd. Voorgaande waarnemingen vormen het normatief referentie kader voor daaropvolgende. De eigenschappen van de verzameling meetwaarden (gemiddelde, mediaan, bereik, standaardafwijking, etc.) geeft nu informatie over een intrinsieke eigenschap van het zorgproces. Deze wordt geduid als beheersing. Beheersing van het zorgproces is kenmerkend voor de kwaliteit ervan. Het is criterium voor een *optimale* verhouding tussen gerealiseerde en normatief referentiekader.

(ii) De interpretatieprocedure bestaat uit een aantal stappen. Een meting aan een object (zorgproces, zorgverlener, zorginstelling) levert een gegeven op. Dit gegeven heeft een bepaalde structuur. Deze structuur komt aan het licht door een mathematische (statistische) beschrijving. Op basis van deze structuur kan een relatie met het begrip kwaliteit worden gelegd. Pas bij normering wordt het gegeven tot informatie, oftewel krijgt het gegeven betekenis. Normering geschiedt op statistische gronden en door middel van inhoudelijk waardering. Daarbij wordt een specifieke semantische regel gevolgd om interpretatie in termen van kwaliteit mogelijk te maken. Deze interpretatiewijze toont een vorm van betekenisverlening (zie hoofdstuk 8).

(iiia) Bij interpretatie worden gerealiseerde mogelijkheden afgewogen tegen een aantal verschillende normatieve referentiekaders. Vanuit een bedrijfskundige optiek betekent reductie van variatie in het zorgproces een toename van de voorspelbaarheid. Daarbij spelen twee normen een rol: de grootte van de spreiding (variatiecoëfficiënt) en het aantal uitschieters. Het normatief referentiekader hiervoor wordt gevormd door verwachtingen van de zorgverleners, patiënt en maatschappij. Als het aantal uitschieters (waarnemingen ver van het gemiddelde) groot is, betekent dit dat het aantal zorghandelingen of de resultaten daarvan, dat niet aan de inhoudelijke eisen van zorgverleners (producent) voldoet, groot is. Er is sprake van verspilling (fouten, ongevallen, afwijkingen, anomalieën) ofwel verlies aan doelmatigheid doordat met de ingezette middelen het gestelde doel niet wordt bereikt. Bovendien loopt een patiënt (klant) een te groot risico dat er niet aan diens verwachtingen wordt voldaan. Te veel uitschieters betekent te vaak een ontevreden patiënt.

(iiib) Vanuit zorginhoudelijke optiek kunnen de waargenomen variaties wijzen op een afstemming van de geleverde zorg op verschillen in medische behoefte van de populatie waaraan deze is geleverd, een teken van 'zorg op maat', maar ook op een tekort

aan noodzakelijke zorg bij de ene of een teveel aan zorg bij een andere groep personen (Leape, 1990). Het teveel aan verstrekte zorg brengt onnodige risico's op complicaties van medische interventies met zich mee. Het is in strijd met het medisch-morele adagium 'niet schaden' (*primum non nocere*) of terughoudendheid bij twijfel over de werking van een ingreep. Een tekort aan zorg is een sociaal-medische kwestie. Het blijkt gerelateerd aan het (lage) inkomen van personen (Blumenthal, 1996b). Deze bevinding wijst de weg naar een morele kwestie, namelijk in hoeverre de geleverde zorg recht doet aan de gelijkwaardigheid van personen die een beroep doen op gezondheidszorg. Ham (1988) formuleert het dilemma als volgt: 'A key objective of the NHS is to provide services on the basis of need. Do variations in utilisation rates indicate the NHS is responding to differences in needs between areas or do the variations in themselves give rise to inequities in service provision?' Verdelende rechtvaardigheid ('equity') is in het geding. Pas in het licht van een beleid, gericht op een zo goed mogelijke verdeling van zorgvoorzieningen over de aanwezige personen, worden waargenomen praktijkvariëaties relevant. Het streven naar gelijkheid voedt de verontrusting over waargenomen praktijkvariëaties. Het gegeven is echter niet eenduidig. Variaties zijn ook te beschouwen als een uiting van de individuele diversiteit. Wennberg wijst hierop. Wanneer praktijkvariatie niet toe te schrijven is aan een verschil in gepast indicatiestelling, is er geen sprake van onrechtvaardigheid. Bij deze paradox van de gepaste zorg is er niet zozeer een logische strijdigheid in het geding, als wel een strijdigheid tussen impliciete vooronderstelling en expliciete beweringen, belevingen of gebeurtenissen. De vooronderstelling is dat gelijke zorgverlening aan gelijkwaardige populaties tot de zelfde resultaten zou moeten leiden. Een waarneming van verschillen of variaties roept een dilemma op. Interpretatie in termen van kwaliteit berust weliswaar op een beleving die niet in overeenstemming is met een verwachting, zodat de semantische regel van het begrip kwaliteit wordt toegepast, maar deze wordt niet goed begrepen. Presentatie van de gegevens wijst hier ook op. Deze worden veelal in absolute zin en niet als een verhouding van verwachtingen versus belevingen in de tijd weergegeven. Net als in het geval van ziekenhuissterftecijfers staan gegevens daardoor niet in dienst van een van de betekenisnuances van het begrip kwaliteit en is het verband met dit begrip niet gefundeerd door aanwending van de semantische regel die het begrip kwaliteit tot uitdrukking brengt.

## 6.6 Het gebruik van het begrip kwaliteit

Het begrip kwaliteit wordt in de gezondheidszorg onder meer in verband gebracht met praktijkvariëaties. De wijze waarop dit gebeurt, leert iets over betekenisverlening. Het stelt ons in staat een eerste indruk ervan, gevormd in de gevalsstudie naar ziekenhuissterfte, verder te exploreren. Bovendien is er een ander *soort* gegeven in het geding. Ziekenhuissterfte representeert een eigenschap van een object. Gegevens over praktijkvariëaties staan model voor relaties tussen objecten. Toch is er een grote overeenkomst in het verloop van beide discussies. Deze is te herleiden tot een visie op het gegeven in relatie tot kwaliteit.

In de gevalsstudie zijn een zorginhoudelijke en een bedrijfskundige benadering van praktijkvariëaties beschouwd. Een zorginhoudelijke benadering vaart op een klassiek epidemiologische weergave van het gegeven in de vorm van ranglijsten met frequenties of

variatiecoëfficiënten. Hoewel de correctie voor versturende factoren van een dergelijke beschrijving in de loop der tijd beter is geworden, verandert het principe niet. Beschrijving levert een beeld van de werkelijkheid, waarop interpretatie volgt. Gegevens over variaties in de zorgverlening of de resultaten daarvan verschaffen informatie over de verdeling van het welzijn dat geneeskundig handelen beoogt te bewerkstelligen. Binnen een politiek referentiekader spelen gegevens over praktijkvariaties een rol bij de rechtvaardige verdeling van de zorg. Wanneer de gehanteerde indicatiestelling van het medisch handelen als oorzaak van de praktijkvariaties wordt overwogen, ontstaat een paradox, omdat een ogenschijnlijk juiste indicatiestelling niet leidt tot een rechtvaardige verdeling van de zorg. Een bedrijfskundige invalshoek blijkt een dergelijke paradox niet op te roepen. Een andere interpretatie van het gegeven ligt daaraan ten grondslag.

De bedrijfskundige benadering gaat uit van een specifieke presentatie van het gegeven door middel van een controlekaart. Door weergave van een variatie *in de tijd* wordt het gerealiseerde afgezet tegen verwachtingen. Er is een structurele overeenkomst tussen het gegeven en de semantische regel die het begrip kwaliteit tot uitdrukking brengt. Weergave van het gegeven is gebaseerd op de aard van het zorgproces *zelf*. Het gemiddelde en de grenzen typeren de verzameling meetwaarden en het productie- of zorgproces (object) waarvan deze afkomstig zijn. Het gegeven staat daardoor in dienst van een kritische zelfevaluatie, één van de oorspronkelijke betekenismatigheden van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg. Deze informatie past binnen een kwaliteitsgericht denken dat tracht het gemiddelde prestatieniveau van het productieproces zo goed mogelijk in overeenstemming te brengen met de verwachtingen van de deskundige die het productieproces ontwerpt, *en* met de verwachtingen van de klant die het product gebruikt. Beheersing van de variaties in het productieproces is hiervoor een voorwaarde, want beheersing betekent voorspelbaarheid, en voorspelbaarheid is een voorwaarde voor afstemming van de verschillende waarden op elkaar. Inhoudelijk zijn het de verwachtingen van de producent of van de klant die daarbij een normatief kader vormen voor de grootte van de spreiding of de waarde van het gemiddelde prestatieniveau. Het gegeven geeft nu zowel structureel als inhoudelijk invulling aan de semantische regel die het begrip kwaliteit tot uitdrukking brengt. Het geeft uitdrukking aan de verhouding tussen gerealiseerde en normatief referentiekader. Daarmee is er een norm voor zinvol gebruik van gegevens over het zorgproces en wordt aan een van de belangrijkste principes van de kwaliteitskunde invulling gegeven (zie *schema 6.1*).

*Schema 6.1 Betekenisverlening van praktijkvariaties (relaties tussen objecten)*

Variaties	Gegeven	(Re)presentatie als	Waardering	Informatie over
in zorghandelingen zorgverlening, of zorgverleners	frequentie	opeenvolgende waarnemingen in de tijd	veel slecht weinig goed	rechtvaardigheid
	variatiecoëfficiënt		hoog/laag	beheersbaarheid
feit	gerealiseerde	semantische regel van het begrip kwaliteit	oordeel	waarde



De gevalsstudie leidt tot een aantal conclusies over het gebruik van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg: (i) Praktijkvariaties hebben intuïtief iets met verschil in kwaliteit van zorg te maken (indicatiestelling, doelmatigheid). Empirische onderzoek bevestigt dit niet. De paradox van de gepaste zorg treedt op. Er moet naar een andere interpretatie van praktijkvariaties worden gezocht. Het volgen van de semantische regel die het begrip kwaliteit tot uitdrukking brengt, leidt tot zinvolle interpretatie van het gegeven in termen van kwaliteit; (ii) Beheersing is de waarde van het kwaliteitsgericht denken en handelen. Vanuit beheersing volgt voorspelbaarheid en vanuit voorspelbaarheid de mogelijkheid tot afstemming van een proces op andere waarden, zoals verdelende rechtvaardigheid, welzijn of patiëntgerichtheid. Beheersing is het criterium voor een optimale verhouding van gerealiseerde mogelijkheden ten opzichte van normatief referentiekader; (iii) Een beeld van de werkelijkheid bepaalt de positie van 'beheersing' binnen het systeem van normen en waarden. De bedrijfskundige benadering gaat uit van een dynamische realiteit, een immer stromende sfeer van contingentie, waarbij het begrip kwaliteit wordt gebruikt om deze *conceptueel* te interpreteren als een spanningsveld van mogelijkheden en tijd-ruimtelijk bepaalde constellaties. Vanuit zorginhoudelijke perspectief wordt de werkelijkheid in een statische beschrijving gevat en het begrip kwaliteit gebruikt om deze *causaal* te interpreteren. Wanneer daarbij voorbij wordt gegaan aan het onderscheid tussen gewone en bijzondere variaties ontstaat de paradox van de gepaste zorg. In *deel IV* gebruiken we deze conclusies, tezamen met die van de andere gevalsstudies, om tot een model voor betekenisverlening te komen.

## 6.7 Literatuur<sup>130</sup>

- Anonymous. Medical Practice: why does it vary so much? (interview) *Hospitals* 1985: 88-89.
- Barnes, B.A. Population based small unit analysis of health care. In: D.L. Rothberg (ed.). *Regional variations in hospital use: geografic and temporal patterns of care in the United States*. Lexington: Heath & coo, 1982.
- Benneyan, J.C. Use and interpretation of statistical quality control charts. *Journal for Quality in Health Care* 1997; 10: 69-73.
- Berwick, D.M. Controlling Variation in Health Care: A Consultation from Walter Shewhart. *Med Care* 1991; 29: 1212-1225.
- Berwick, D.M. The Clinical Process and the Quality Process. *Quality Management in Health Care* 1992; 1: 1-8.
- Berwick, D.M. & K.L. Coltin. Feedback reduces test use in a health maintenance organization. *JAMA* 1986; 255: 1450-1454.
- Blumenthal, D. The Origins of the Quality-of-Care Debate. *N Engl J Med* 1996; 335: 1146-1149.
- Brook, R.H. & K.H. Lohr. Efficacy, effectiveness, variations and quality. *Med Care* 1985; 23: 710-722.
- Brook, R.H., J.B. Kosecoff, R.E. Park, M.R. Chassin, C.M. Winslow & J.R. Hampton. Diagnosis and treatment of coronary disease: comparison of doctor's attitudes in the USA and the UK. *Lancet* 1988, i: 750-753.
- Bunker, J. Surgical manpower: a comparison of operations and surgeons in the United States and England and Wales. *N Engl J Med* 1970; 282: 135.
- Carey, R.G. & J. Teeters. CQI Case Study: Reducing Medication Errors. *Journal on Quality Improvement* 1995; 21: 232-237.
- Casparie, A.F. Guidelines for medical care; the relationship between medical decision making, technology assessment and quality assurance. *Netherland Journal of Medicine* 1988; 33: 1-4.
- Casparie, A.F. Guidelines to shape clinical practice. The role of medical societies: the Dutch experience in comparison with recent developments in the American approach. *Health Policy* 1991; 18: 251-9.

- Casparie, A.F. The ambiguous relationship between practice variation and appropriateness of care: an agenda for further research. *Health Policy* 1996; 35: 247-265.
- Casparie, A.F. Ontwikkeling en implementatie van kosteneffectieve richtlijnen. *Medisch Contact* 1998; 53: 88-90.
- Chassin, M.R., R.H. Brook, R.E. Park, J. Keeseey, A. Fink, J. Kosecoff, et al. Variations in the use of medical and surgical services by the medicare population. *JAMA* 1986; 314: 285-290.
- Chassin, M.R., J. Kosecoff, R.E. Park, C.M. Winslow, K.L. Kahn, N.J. Merrick, et al. Does inappropriate use explain geographic variations in the use of health care services? A study of three procedures. *JAMA* 1987a; 258: 2533-2537.
- Chassin, M.R., J. Kosecoff, D.H. Solomon, R.H. Brook. How coronary angiography is used. Clinical determinants of appropriateness. *JAMA* 1987b; 258: 2543-2547.
- Deming, E.W. *De crises overwonnen* (1982). Deventer: Kluwer bedrijfsinformatie, 1994.
- Dawson, J.H. Practice Variations: a Challenge for Physicians. *JAMA* 1987; 258: 2570.
- Donabedian, A. The Epidemiology of Quality. *Inquiry* 1985; 22: 282-292.
- Glover, J. The incidence of tonsillectomy in schoolchildren. *Proc Royal Col of Med* 1938; 31: 1219-21.
- Greenfield, S., E.C. Nelson, M. Zubkoff, W. Manning, et al. Variations in resource utilization among medical specialties and systems of care. *JAMA* 1992; 267: 1624-1630.
- Huttin, C. The use of clinical guidelines to improve medical practice: main issues in the United States. *International J for Quality in Health Care* 1997; 9: 207-214.
- Ham, C. (ed.) *Health care variations: assessing the evidence*. London: Kings Fund Institute, 1988.
- Iglehart, J.K. The American Health Care System: Medicare. *N Engl J Med* 1999; 340: 327-332.
- Kazandjian, V.A. The contribution of epidemiology to CQI: a commentary. *Int J Quality in Health Care* 1996; 8: 351-357.
- Klazinga, N.S. Compliance with practice guidelines: clinical autonomy revisited. *Health Policy* 1994; 28: 51-66.
- KNMG-commissie. *Verschillen tussen gezondheidsregio's in gebruik van ziekenhuisvoorzieningen in 1985* (rapport). Utrecht, KNMG, 1989.
- Leape, L.L. Practice Guidelines and Standards: An Overview. *Quality Review Bulletin* 1990; 16: 42-49.
- Leape, L.L. Unnecessary surgery. *Annu Rev Public Health* 1992; 13: 363-383.
- Lembcke, P.A. Evolution of the Medical audit. *JAMA* 1967; 199: 111-118.
- Mortensen, N. Wide Variations in Surgical Mortality. *Br Med J* 1989; 298: 344-5.
- McGlynn, E.A., C.D. Naylor, G.M. Anderson, L.L. Leape, R.E. Park, L.H. Hilborne, et al. Comparison of appropriateness of coronary angiography and coronary artery bypass graft surgery between Canada and New York State. *JAMA* 1994; 272: 934-940.
- McPherson, K., J.E. Wennberg, O.B. Hovind & P.Clifford. Small-area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England, and Norway. *N Engl J Med* 1982; 307: 1310-1314.
- Mugford, M., Ph. Banfield & M. O'Hanlon. Effects of feedback of information on clinical practice: an overview. *Br Med J* 1991; 303: 398-402.
- Palmer, R.H., T.A. Louis, H.F. Petersen, J.K. Rothrock, R. Strain & E.A. Wright. What makes quality assurance effective? Results from a randomised controlled trial in 16 primary care group practices. *Med Care (Suppl)* 1996; 34: SS29-SS39.
- Payer, L. *Medicine and Culture. Varieties of Treatment in the United States, England, West Germany, and France*. New York: Holt and Company, 1988.
- Pearson, R.J.C., B. Smedby, R. Berfenstam, R.F.L. Logan, A.M. Burgess & O.L. Peterson. Hospital caseloads in Liverpool, New England and Uppsala. *Lancet* 1968; ii: 559-566.
- Sanders, D., A. Coulter & K. McPherson. *Variations in hospital admission rates: a review of the literature*. Oxford: University of Oxford, Unit of Clinical Epidemiology, 1988.
- Sheehan, K.H. Caesarean section for dystocia: a comparison of practices in two countries. *Lancet* 1987; ii: 548-551.
- Stapleton, J.F. & J.A. Zwerneman The influence of an intern-resident staff on the quality of private patient care. *JAMA* 1965; 194: 135-140.

- Stoevelaar, H.J. *Management of Benign Prostatic Hyperplasia: Practice Variation and Appropriateness of Care* (Proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR), 1996.
- Storm, J.R. Regionale verschillen in gebruik van ziekenhuisvoorzieningen. *Medisch Contact* 1990; 45: 1051-1053.
- Shwartz, M., A.S. Ash, J. Anderson, L.I. Iezzoni, S.M.C. Payne & J.D. Restuccia. Small area variations in hospitalization rates: how much you see depends on how you look. *Med Care* 1994; 32: 189-201.
- Treurniet, H.F., J.P. Mackenbach & P.J. van der Maas. Variaties in gezondheid: een aanknopingspunt voor kwaliteitsbewaking in de zorg. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998; 142: 388-392.
- VTV. *Volksgesondheid Toekomst Verkenning. De gezondheidstoestand van de Nederlandse bevolking in de periode 1950-2010*. Bilthoven: RIVM, 1993: inleiding.
- Welch, H.G., M.E. Miller & P.E. Welch. Physician profiling. An analysis of inpatient practice patterns in Florida and Oregon. *N Engl J Med* 1994; 330: 607-612.
- Wennberg, J.E. & A. Gittelsohn. Variations in medical care among small areas. *Scientific American* 1982; 246: 100-111.
- Wennberg J.E. Dealing with Medical Practice Variations. A Proposal for Action. *Health Affairs* 1984; 3: 6-32.
- Wennberg, J.E. The Paradox of Appropriate Care. *JAMA* 1987; 258: 2568-2569.
- Yusuf, S., M. Flather, J. Pogue, D. Hunt, J. Varigos, L. Piegas, et.al. Variations between countries in invasive cardiac procedures and outcomes in patients with suspected unstable angina or myocardial infarction without initial ST elevation. *Lancet* 1998; 352: 507-513.



## 7 Patiëntsatisfactie en de waardering van zorg

### 7.1 Inleiding

De waardering van gezondheid is in de laatste decennia aanzienlijke toegenomen. Uit onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) blijkt dat in 1966 36% van de bevolking een goede gezondheid als het belangrijkste in het leven zag. In 1985 was dit 58% van de Nederlandse bevolking. Momenteel stabiliseert dit percentage zich rond de 60% (SCP, 1996: p466). Indirect verschaft deze waardering van gezondheid informatie over de waardering en daarmee over de kwaliteit van de gezondheidszorg (Leenen, 1979).<sup>142</sup> <sup>143</sup> De tevredenheid van de patiënt met de verleende zorg wordt wel als een afspiegeling voor de kwaliteit van de geleverde zorg beschouwd (Vuori, 1987). Meting ervan levert mogelijk een meer direct inzicht in de waardering van de geleverde zorg. Het voorstel van Williamson (1994) om tevredenheid met zorgverlening, afgewogen tegen de kosten van zorg en indicatoren voor de volksgezondheid, op macroniveau te gebruiken om de kwaliteit van gezondheidszorg te kwantificeren is reden om het debat over patiëntsatisfactie te bestuderen als voorbeeld van betekenisverlening: 'An assessment of whether the growing share of the nation's resources dedicated to health care is too low can only be made by determining the value society is getting from these increased expenditures' (Williamson, 1994). Om te bepalen of de kosten, besteed aan gezondheidszorg, maatschappelijk acceptabel zijn, moet de opbrengst in termen van waarde ofwel kwaliteit worden geschat. De tevredenheid met de verleende zorg is daartoe een maatstaf.

Het (positieve) oordeel van een persoon is een uitdrukking van tevredenheid. In deze gevalstudie gebruiken we daarom de meting van het oordeel van personen over verschillende zorgvormen door het Centraal Bureau van de Statistiek (CBS) als voorbeeld van de rol die gegevens over tevredenheid spelen bij de waardering van de (verleende) zorg.<sup>144</sup> Het onderzoek is een voorbeeld van de inmiddels ingeburgerde manier waarop tevredenheid doorgaans wordt benaderd (Donker, 1996), zodat de methodologische aspecten van tevredenheidsonderzoek kunnen worden geïllustreerd. Het past bovendien bij

<sup>142</sup> De meest recente meting in het jaar 1995 wijkt overigens af van dit patroon (SCP, 1996: p466). Waardering van een goede gezondheid is iets afgenomen (53%) ten gevolge van een toegenomen waardering van een leuk gezin (19%). De toekomst zal moeten uitwijzen of we hier met een trendbreuk, danwel een uitbijter te maken hebben. Daarbij wordt erop gewezen dat de meting mede afhankelijk is van de geboden alternatieven in de vragenlijst (goed huwelijk, sterk geloof, leuk gezin), die alle sinds 1966 sterk in waardering zijn afgenomen ten opzichte van een goede gezondheid (SCP, 1996: 502-504).

<sup>143</sup> 'The medical art is proved to be good by its conducing to health' (Mill, 1989: p255).

<sup>144</sup> Dit hoofdstuk is (gedeeltelijk) gebaseerd op de publicaties: 'Patiëntsatisfactie en kwaliteit: een problematische relatie' (Harteloh, Sprij & Casparie, 1992); 'De meting van tevredenheid over de huisarts, tandarts, fysiotherapeut en specialist' (Harteloh & Verweij, 1995); 'Het oordeel van personen over de huisarts en tandarts' (Harteloh, Verweij & Casparie, 1996); 'De mening van personen over de tandarts' (Harteloh, Verweij & Soehardi, 1997).

de visie van Williamson. Het geeft informatie over de mate waarin en de wijze waarop zorgverlening wordt gewaardeerd. Het gaat daarbij, net als in de vorige gevalstudies, niet om de feitelijke gegevens die het CBS onderzoek heeft opgeleverd, maar om redeneringen en argumenten die worden gehanteerd bij interpretatie van de gegevens in termen van kwaliteit.

De opzet van de gevalstudie in dit hoofdstuk is identiek aan die van de vorige twee. Eerst gaan we in op de aard van het gegeven 'patiëntsatisfactie'. Dan beschouwen we verschillende soort argumenten met betrekking tot het verband tussen patiëntsatisfactie en de kwaliteit van zorg. Sommige hebben betrekking op de methodologische merites van de patiëntsatisfactiemeting; andere hebben betrekking op het gebruik van gegevens over patiëntsatisfactie in het kwaliteitsbeleid. Een conceptueel kader om gegevens over patiëntsatisfactie te interpreteren in termen van kwaliteit is het resultaat van deze gevalstudie. Het stelt ons in staat enige conclusies te trekken over het gebruik van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg.

## 7.2 De aard van het gegeven

Het meten van tevredenheid is een onderwerp met een eigen aard en geschiedenis. Het is bovenal voorwerp van (sociaal) psychologisch onderzoek. In de jaren dertig worden psychometrische technieken ontwikkeld om de houding van personen tegenover maatschappelijke instituties (kerk, overheid), ras en religie te onderzoeken (Murphy & Likert, 1967; Thurstone, 1974). De veronderstelling is dat confrontatie met een maatschappelijke instituut een bepaald gedrag, een mening of een bepaald gevoel bij personen veroorzaakt. Een constellatie van opvattingen, verlangens en bijbehorende mentale mechanismen wordt een attitude of houding genoemd. Vanuit deze mentale toestand wordt het gedrag van een persoon verklaard. In de jaren zeventig zijn deze attitude theorie en de daarbij behorende meetmethoden toegepast op de tevredenheid met arbeid (Ajzen & Fishbein, 1977) en op de tevredenheid met gezondheidszorg (Zyzanski et al., 1974; Hulka et al., 1975; Ware & Snyder, 1975).

De attitude theorie is een synthese van traditionele associatiepsychologie en het behaviourisme. De associatiepsychologie vindt een aanzet in het werk van de filosoof Locke. Hij gaat uit van de gedachte als mentale entiteit, waarbij de ene gedachte de andere oproept door middel van een inhoudelijke gelijkenis (Locke, 1980: p89-99; 320 e.v.). John Stuart Mill noemt dit een associatieproces en probeert het onderliggende mechanisme te ontrafelen (Mill, 1846: p510-514). De associatiepsychologie domineert vooral de anglo-saksische landen in de negentiende eeuw. Het meer empirisch georiënteerde behaviourisme is er de twintigste eeuwse reactie op. De terminologie van de volkspychologie wordt verworpen en het gedrag wordt bestudeerd als empirisch waarneembare component van het mentale. Een radicaal behaviourisme wijst daarbij iedere speculatie over mentale processen (evaluatie, deliberatie) of entiteiten (wil, bedoelingen, verlangens) af (zie Ryle, 1980). Daarbij verdwijnt een belangrijke component van de oorzaak of reden van het gedrag uit het theoretisch gezichtsveld.<sup>145</sup>

<sup>145</sup> Plato wijst hier overigens al op. In de Apologia zit Socrates in de gevangenis op de gifbeker te wachten. Hij merkt op dat het 'in de gevangenis zitten' niet volledig verklaard kan worden door diens gebogen benen en rug, en zitvlak dat rust op een houten bankje, maar dat het nodig is de bedoelingen

De attitude theorie brengt de verschillende componenten (weer) in één model samen (Bem, 1970). Opvattingen en verlangens leiden middels cognitieve overwegingen of middels deliberatie van gevoelens tot een gedragsintentie (de wil). Deze wil vertaalt zich in waarneembaar gedrag indien de randvoorwaarden, in termen van materiële mogelijkheden of beperkingen, dit toelaten. Speculaties over mentale processen blijven daarbij ondergeschikt aan het waarneembaar gedrag. Dit gedrag kent een linguïstische component, omdat ook de reactie van een persoon op een vraag of het uiten van een mening als (taal)gedrag worden opgevat (een respons op een stimulus). Dit maakt de tevredenheid meetbaar met behulp van vragenlijsten of interviews (Murhy & Likert, 1967; Thurstone, 1974). Door de toepassing op patiëntsatisfactie is dit verschijnsel ingebed in een theoretisch kader dat de verdere discussie over de methodologische merites van de meting en de bruikbaarheid van de gegevens die deze oplevert, sterk zal bepalen.

Empirisch onderzoek leert ons iets over de samenhang van de verschillende mentale entiteiten binnen een attitude (Kistemaker & Visser, 1995). De mate waarin belevingen als mentale component van gebeurtenissen aan verwachtingen tegemoet komen, blijkt de grootte van de kans op een tevreden patiënt te bepalen (Linder-Pelz, 1982a; 1982b; Abramowitz et al., 1987).<sup>146</sup> Het toekennen van waarde aan een gebeurtenis is een voorwaarde voor het gepostuleerde verband (Swan et al., 1985). Een weinig gewaardeerde medische handeling zal immers niet of nauwelijks in staat zijn tevredenheid te doen ontstaan, ook al komen de verwachtingen erover aan de belevingen tegemoet. Een groot verlangen naar het voorwerp van aandacht of de hoge plaats die het in de rangorde van opvattingen inneemt, is voorwaarde voor tevredenheid. Het vermogen van een persoon om op een of andere manier met een eventuele discrepantie tussen belevingen en verwachtingen om te gaan speelt eveneens een rol. Een ongunstig oordeel over een bepaald aspect van zorgverlening leidt niet altijd tot een ontevreden patiënt en omgekeerd kan een gunstig oordeel over een bepaald zorgaspect heel goed samengaan met een uiteindelijke ontevredenheid (Harteloh et al., 1996b). Een attitude veroorzaakt een bepaald gedrag indien de omstandigheden (het aanbod van zorg of de financiële mogelijkheden) dat toelaten (Lochman, 1983). Dit kan variëren van nauwkeurige opvolgen van de voorgeschreven therapie (compliance) bij tevredenheid tot wisselen van zorgverlener bij ontevredenheid (Marquis et al., 1983). Het komt tot uiting in een positief of negatief oordeel over de zorg. Patiëntsatisfactie is derhalve te beschouwen als (i) de uitkomst (het gevolg) van een geslaagd zorgproces (Lohr, 1988), (ii) een waardering (positief of negatief oordeel) van de zorg (Starfield, 1998), (iii) een aspect van het zorgproces dat bijdraagt aan een gunstig verloop ervan, (iv) of een afspiegeling van de arts-patiënt relatie.

---

van de rechters en de argumenten van Socrates in de verklaring op te nemen om de betekenis van het 'in de gevangenis zitten' te begrijpen.

<sup>146</sup> Een verwachting is een beleving geprojecteerd in de tijd. Een verwachting is vergelijkbaar met belevingen binnen een mentaal afwegingsproces. De beleving wordt veroorzaakt door de gebeurtenis. Het is de mentale component van een gebeurtenis. Een verwachting kan worden veroorzaakt door voorgaande belevingen of worden geconstrueerd op basis van informatie uitwisseling.

### 7.3 Methodologische merites

In Nederland zijn er inmiddels veel gegevens over tevredenheid met gezondheidszorg verzameld. Het tevredenheidsonderzoek heeft zich onder meer gericht op ziekenhuispatiënten (Visser, 1983), GGZ-cliënten (Lemmens & Donker, 1990), cliënten in de thuiszorg (Verbeek, 1994), huisartspatiënten (Sixma et al., 1994; Van der Voort et al., 1995; Wensing et al., 1997) en tandartspatiënten (Goedhart et al., 1992). Door het CBS is de tevredenheid van de bevolking met gezondheidszorg voor een representatieve groep Nederlanders onderzocht (Harteloh & Verweij, 1995). Het werk van Donabedian geeft dit soort onderzoek relevantie voor de kwaliteit van zorg.

Donabedian (1980: p40) gebruikt onderzoek naar tevredenheid om een beeld te verkrijgen van de kwaliteit van zorg vanuit het perspectief van de patiënt. Zowel naar gedachtegang als bevindingen is diens benadering illustratief. Donabedian citeert Cartwright. Deze heeft in een onderzoek uit 1967 onder huisartsen uit Engeland en Wales de vraag gesteld: 'What are the qualities, the things about your G.P., that you appreciate?'. Het woord kwaliteit komt rechtstreeks in de vraagstelling voor en lijkt de aanleiding te zijn dit soort onderzoek te gebruiken als gegeven over de kwaliteit van zorg. Van de respondenten noemt 84% iets dat gewaardeerd wordt aan de manieren of persoonlijkheid van de huisarts, 67% noemt iets dat gaat over de wijze waarop de huisarts zorgt voor, of hoedt over de patiënt en 14% noemt kwaliteiten die niet exclusief onder een van beide categorieën zijn onder te brengen (Donabedian, 1980: p41; zie tabel 7.3). Ook is er gevraagd naar kwaliteiten waarvan de respondent vindt dat de huisarts die zou moeten hebben, maar die niet aanwezig blijken te zijn (ontevredenheid). Opmerkelijk noemt Donabedian de bevinding dat driekwart van de respondenten niets kan noemen wat in deze categorie valt. Er zal een andere weg moeten worden bewandeld om kritiek op gezondheidszorg te ontlokken. Feldman wijst deze weg door naar wenselijke eigenschappen van de arts te vragen. Uit dit type onderzoek komt een ideaalbeeld of verwachtingen van personen naar voren dat door vergelijking met de feitelijke situatie tot een oordeel over de kwaliteit kan leiden. Hier worden de eerste contouren van een (discrepantie) theorie over tevredenheid van patiënten zichtbaar en lijkt bovendien de semantische regel die het begrip kwaliteit tot uitdrukking brengt, te worden gebruikt om het onderzoek naar tevredenheid in verband te brengen met de kwaliteit van zorg. Een gerealiseerde wordt gewogen ten opzichte van een normatief referentiekader (zie paragraaf 4.4).

In onderzoek van Sussman uit 1967 onder patiënten met een chronische ziekte of aandoening wordt respondenten gevraagd de eigenschappen van een 'goede dokter' te beschrijven (Donabedian, 1980: p43). Aspecten van interpersoonlijke vaardigheden of communicatie worden genoemd door 49,1% van de respondenten, 26,6% noemt alleen technische vaardigheden, 24,3% noemt aspecten die in beide categorieën thuis horen (zie tabel 7.3). Nu is het beeld van de 'goede dokter' het voorwerp van onderzoek. Met de selectie van dit soort onderzoek tracht Donabedian een beeld te verkrijgen van het patiëntenperspectief. Vervolgens wordt dit afgewogen tegen het perspectief van de zorgverlener. Er blijkt een groot verschil in waardering van zorgaspecten. Donabedian (1980: p137) concludeert daarop, dat patiëntstisfactie niet noodzakelijkerwijs, eigenlijk slechts zelden een afspiegeling van technische goede zorg is. Daarom is volgens hem het percentage tevreden personen slechts in zeer beperkte mate bruikbaar als maat voor de



kwaliteit van zorg. Bovendien zijn de meeste patiënten doorgaans tevreden met de medische zorg (Locker & Dunt, 1978). Het proportie tevreden personen is meestal tussen de 85 en 95% gelegen (WHO, 1990). In Nederland is bijvoorbeeld 97% van de respondenten tevreden met de tandarts, 93% met de huisarts, 91% met de fysiotherapeut en 89% met de medisch specialist (Harteloh & Verweij, 1995). In vergelijkbaar internationaal onderzoek ('household survey') worden percentages van 1 tot 8% ontevreden personen gevonden (Roberts & Tugwell, 1987). Het percentage tevreden personen verandert daarenboven weinig in de loop der tijd.<sup>147</sup> Als maat is patiëntstevredenheid dan ook mogelijke te grof om ontwikkelingen of verschillen in de kwaliteit van zorg aan het licht te brengen (Zastowni & Roghman, 1989).

Het hoge percentage tevreden personen kan wijzen op een onderschatting van de ontevredenheid. Personen zijn immers niet zo snel geneigd kritiek ten aanzien van gezondheidszorg te formuleren. Een ontevreden persoon kan bovendien net zo lang van zorgverlener wisselen totdat hij of zij tevreden is. Dit 'medical shopping' is nauw gerelateerd aan de kwaliteit van de relatie tussen de zorgverlener en de patiënt. Neem bijvoorbeeld de tandarts. Een tandarts streeft naar overeenstemming met de patiënt over het medisch beleid dat het beste past bij de gebitssituatie. Slaagt hij er niet in deze overeenstemming te bereiken, dan is de kans groot dat de patiënt van tandarts wisselt (Harteloh et al., 1997). Hetzelfde geldt voor de andere zorgverleners. Het relatief groot aantal tevreden patiënten zou kunnen betekenen dat een patiënt in de (Nederlandse) situatie van vrije keuze en voldoende zorgaanbod uiteindelijk bij de voor hem of haar juiste zorgverlener terecht komt. Het veelvuldig waargenomen hoge percentage tevreden personen is mogelijk een onderschatting van ontevredenheid over individuele zorginteracties, maar kan als een uiteindelijk positief oordeel over de structuur van onze gezondheidszorg worden gelezen. Het gegeven past dan goed bij een (hoge) waardering van gezondheidszorg.

Resultaten van tevredenheidsmetingen variëren naar plaats en tijdstip (Hall & Doran, 1988). Verschillen in bestudeerde populatie, meetinstrument (vragenlijst) (Sutherland et al., 1989) en het vertrouwen op moeilijk interpreteerbare correlaties in plaats van rationeel overdachte, modelmatige studieopzet (Lochman, 1983) bemoeilijken de vergelijkbaarheid van de verschillende onderzoeken. Vaak worden verwachtingen en ervaringen vanuit een praktisch oogpunt niet afzonderlijk gemeten, beïnvloeden deze elkaar daardoor, en is de meting vervolgens moeilijk te interpreteren. Ook het tijdstip van meting is van bijzonder groot belang. Soms vermeldt de literatuur een afname van de ontevredenheid naarmate het laatste contact met de zorgverlener langer geleden is (Aharony & Strasser, 1993). Geheugeneffecten in de vorm van het vergeten of het verdringen van een slechte ervaring en generalisering van een gevoel over de uiteindelijke afloop ('eind goed, al goed') vormen hiervoor mogelijke verklaringen. Het conceptuele onderscheid tussen een patiënt, ofwel degene die op het moment van onderzoek ziek is, en een consument (el-Guebaly et al., 1983), dat wil zeggen een persoon die op moment van

<sup>147</sup> In opinieonderzoek is dit daarentegen wel het geval. Op de vraag 'Hoe is op dit moment de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland?' antwoordt in 1992 84% van de respondenten goed, 14% matig en 2% slecht. In 1998 vindt 43% van de respondenten de kwaliteit van zorg goed, 45% matig en 10% slecht (Tijmstra & Heinsbroek, 1998). Deze verschuiving in publieke opinie staat sterk onder invloed van het imago van de gezondheidszorg. Het is vooral een politiek signaal.

beschouwing niet ziek is (Like & Zyzanski, 1987), is dan ook van belang. Door het verschil in situatie zal de waardering van gezondheidszorg verschillen. Een consument kan bijvoorbeeld de ziektekostenpremie als belangrijk aspect van gezondheidszorg aanmerken, terwijl voor een chronisch zieke patiënt de continuïteit van de zorg zwaar zal wegen.

In het algemeen zal de interpretatie van de meting verschillen naar gelang de toestand waarin de persoon verkeert (patiënt of consument) en de situatie of context van de studie (ziekenhuis, huisartspraktijk, bevolking). De juistheid van de meetwaarde ofwel de instrumentele validiteit van de tevredenheidsmeting is dan ook een belangrijk onderwerp van discussie (Hulka & Zyzanski, 1982; Hays & Ware, 1986; Prehn et al., 1989; Nelson et al., 1989). Er is een groot aantal mogelijke bronnen van vertekening, zodat het belangrijk is de invloed hiervan op de uiteindelijke meetwaarde te ontrafelen. Het onderzoek naar het oordeel van personen over verschillende zorgvormen door het Centraal Bureau van de Statistiek (CBS) bevat hiervan een voorbeeld (Harteloh & Verweij, 1995). De medische literatuur vermeldt al sinds de jaren zeventig een relatie tussen de *leeftijd* van de respondent en de tevredenheid met zorgverlening (Aharony & Strasser, 1993). Oudere mensen zijn geneigd gunstiger over de zorgverlening te oordelen dan jongeren (Van der Voort et al., 1995; Kistemaker & Visser, 1995). Ook kan een verschil in *opleiding* een verschil in attitude bewerkstelligen. Uit onderzoek van het CBS blijkt dat na correctie voor de overige persoonskenmerken (leeftijd, geslacht, inkomen, verzekeringsvorm) personen met een hogere opleiding gunstiger over de huisarts oordelen (Harteloh & Verweij, 1995). Bij de tandarts wordt ook een significante samenhang gevonden tussen het uiteindelijke oordeel en de opleiding van de respondent, maar in tegenstelling tot de huisarts is bij tandartspatiënten het oordeel minder gunstig bij de hoger dan bij lager opgeleiden (Harteloh & Verweij, 1995). De relatie tussen opleiding en oordeel verschilt derhalve naar soort zorg. Bij de huisarts wordt na correctie voor de overige persoonskenmerken een significante samenhang tussen de *verzekeringsvorm* en het percentage personen met het positief oordeel over de zorg gevonden. Ziekentfondsverzekerden oordelen minder gunstig over hun huisarts dan ambtenaren of particulier verzekerden. Dit wijst op een relatie tussen sociale klasse en tevredenheid. Het lidmaatschap van een sociale klasse hangt samen met opvattingen en mentale mechanismen die de attitude ten opzichte van gezondheidszorg helpen vormen.

De lichamelijke of psychische toestand waarin een persoon zich bevindt, beïnvloedt diens kijk op de wereld en waardering van gebeurtenissen en derhalve de verwachtingen en belevingen die onderdeel van de attitude 'tevredenheid' uitmaken. Een verband tussen de *gezondheidstoestand* en de tevredenheid met de zorgverlening lijkt derhalve aannemelijk (Hall et al., 1993). In onderzoek van het CBS zijn verschillende indicatoren voor de gezondheidstoestand van de respondent opgenomen. Zo wordt er gevraagd naar langdurige aandoeningen, naar beperkingen of handicaps met behulp van de verkorte versie van de OESO-indicator (Van Sonsbeek, 1991), naar het psychische welbevinden (negatieve component van de Affect Balance Scale (ABS/NAS)) en naar de ervaren gezondheid. Tezamen geven deze indicatoren een beeld van de lichamelijke en psychische gezondheidstoestand van de respondent. Er is daarbij gecorrigeerd voor mogelijke vertekening door verschillen in leeftijd, geslacht en opleiding. Bij de huisarts is er een significante samenhang tussen het uiteindelijke oordeel over de verleende zorg en de erva-

ren gezondheidstoestand alsmede het psychische welbevinden (ABS-score) van de respondent. Er wordt geen verband gevonden tussen het uiteindelijk oordeel en de beperkingen of handicaps. Bij de tandarts is een significante samenhang tussen het uiteindelijke oordeel en de ervaren gezondheid van de respondent. Naarmate de ervaren gezondheid slechter wordt, neemt de tevredenheid af. Bij de fysiotherapeut is er een significant verband tussen het uiteindelijk oordeel en het psychische welbevinden aanwezig. Bij de specialist is dit het geval voor de relatie tussen het uiteindelijke oordeel en het aantal langdurige aandoeningen, alsmede het psychische welbevinden van de respondent (Harteloh & Verweij, 1995). De gezondheidstoestand is derhalve van invloed op het uiteindelijke oordeel over de zorgverlening. Voor verschillende vormen van zorg is er een verband tussen minstens één indicator voor de gezondheidstoestand en het uiteindelijk oordeel over de zorgverlening.

De tevredenheid neemt af naarmate de gezondheidstoestand slechter is (Harteloh & Verweij, 1995). Deze bevinding kan erop duiden dat tevredenheid over de zorgverlening mede een onderdeel is van het ziekteproces. Een persoon generaliseert diens gevoel van onvrede over de toestand waarin hij of zij verkeert, naar de omgeving. Bij de huisarts en fysiotherapeut neemt de tevredenheid af, naarmate het aantal langdurige aandoeningen toeneemt. Dit heeft echter geen significante invloed op het uiteindelijke oordeel over deze zorgverleners. Mogelijk projecteert een persoon met een beperking of handicap de onvrede over de toestand niet op de zorgverlener en is de doorgaans langere en persoonlijker relatie tussen patiënt en zorgverlener hier debet aan. Bij de medische specialist is er wel een verband tussen uiteindelijk oordeel en aantal lichamelijke beperkingen. Kennelijk is het voor de specialist moeilijker om ernstiger zieke patiënten tevreden te stellen met de verleende zorg, hetgeen mogelijk kan worden toegeschreven aan hoog gespannen verwachtingen ten opzichte van de specialistische zorgverlening. Zo maken gegevens over tevredenheid speculaties over de kwaliteit van zorg mogelijk.

Eveneens opvallend is de veelvuldig aangetroffen samenhang tussen het uiteindelijk oordeel en *het psychische welbevinden* van de respondent. In alle gevallen waarin een significant verband tussen het psychische welbevinden en het uiteindelijk oordeel over een zorgverlener wordt aangetroffen, neemt de ontevredenheid toe naarmate het psychische welbevinden vermindert. Dit zou kunnen wijzen op een mogelijk vertroebeling van het oordeel door onderliggende psychische morbiditeit. In het onderzoek van het CBS vertoont de meting van negatieve gevoelens (NAS) een sterke samenhang met de General Health Questionnaire (GHQ), een screeningsinstrument voor psychische morbiditeit (zie: Furer et al., 1995). Deze bevinding stemt overeen met de oorspronkelijke intentie van de NAS, namelijk het meten van alledaagse onplezierige belevingen. Ontevredenheid kan als een dergelijke beleving worden opgevat, zodat de NAS gedeeltelijk hetzelfde meet als de vraag naar het uiteindelijke oordeel over de verleende zorg. Een negatief oordeel weerspiegelt een onplezierige beleving, een ontevredenheid met de verleende zorg.

Uit de resultaten van het onderzoek door het CBS blijkt dat het uiteindelijke oordeel over de zorgverleners meer met de gezondheidstoestand van de ondervraagde personen samenhangt dan met leeftijd, geslacht, opleiding en sociale klasse. De voorspellende kracht van deze sociaal-demografische kenmerken met betrekking tot de tevredenheid van de respondent, afgelezen aan het percentage verklaarde variantie in het uiteindelijk

positief oordeel over de zorg, is gering. De invloed van de gezondheidstoestand blijkt iets groter te zijn, maar is toch eveneens relatief gering (zie tabel 7.1). Groot is de samenhang tussen tevredenheid en de mening van een respondent over aspecten van het zorgproces. De informatievoorziening, de relatie met de zorgverlener en de indruk van diens vakbekwaamheid blijken de belangrijkste determinanten van het positief oordeel over de zorg te zijn (Harteloh & Verweij, 1995).

Tabel 7.1 Percentage verklaarde variantie als maat voor invloed van verschillende bronnen op het (uit-eindelijke) oordeel over de verleende zorg. Bron: Harteloh & Verweij, 1995.

	Huisarts	Tandarts	Fysiotherapeut	Specialist
Persoonskenmerken (geslacht, leeftijd, opleiding, verzekeringsvorm)	0,7	0,6	*	1,3
Gezondheidstoestand (ervaren gezondheid, aantal langdurige aandoeningen, OECD score, ABS score)	2,1	1,0	1,5	1,8
Bereikbaarheid	9,6	11,0	*	*
Relatie/bejegening	13,2	8,8	*	*
Informatie	46,8	8	80,1	92,2
Vakbekwaamheid	*	48,0	*	*
Kosten	*	11,7	*	*
Effectiviteit	*	*	11,6	*

\* niet significant

Het onderzoek naar de tevredenheid met zorgverlening heeft in de loop der tijd een zekere methodologische ontwikkeling doorgemaakt die de interpretatie ervan beïnvloedt. Het eenvoudige onderzoek uit de vijftiger en zestiger jaren rapporteert resultaten in de vorm van percentages tevreden personen. Het heeft een zeer beperkte bruikbaarheid voor het kwaliteitsbeleid. Een verdieping wordt aangetroffen in satisfactieonderzoek, met name wanneer voortschrijdende statistische technieken, zoals de variantieanalyse en de factoranalyse kunnen worden uitgevoerd om de structuur van de gegevens bloot te leggen en deze nader te interpreteren. Het betreft onderzoek waarin correlaties tussen tevredenheid van patiënten en kenmerken van zorgverlener, zorgverlening of zorginstelling worden gebruikt om het belang van de verschillende kenmerken aan te geven. Het onderzoek van Ware en Snyder uit 1975 is hiervan een voorbeeld. In dit onderzoek is gebruik gemaakt van factoranalyse. Ware en Snyder identificeren vier factoren, te weten gedrag van de zorgverlener, beschikbaarheid van zorgverlener of zorgfaciliteiten, continuïteit, comfort of toegankelijkheid (zie tabel 7.3). Deze factoren worden beschouwd als dimensies van het begrip kwaliteit. Niet altijd komen dezelfde dimensie uit onderzoek naar tevredenheid naar voren. Hulka en medewerkers (1975) komen tot drie categorieën: persoonlijke kwaliteiten van zorgverleners, professionele competentie en kosten of comfort (zie tabel 7.3). Donabedian (1980: p46) wijst erop dat deze gegevens in overeenstemming zijn met de theoretische inzichten van Freidson: 'Given these ambiguities, it is perhaps best to accept, as Freidson did, that competence and personal interest are equally important and functionally interrelated element of good care, and to

add that the emphasis on one or the other reflects not so much a perception of relative importance as a perception of greater vulnerability in any given situation.<sup>9</sup>

Toch is de factoranalyse een belangrijke stap voorwaarts in het onderzoek naar de opinie van de patiënt over zorgverlening. Het verheft de opinie tot een (gestructureerd) oordeel en brengt een interpretatiemogelijkheid in het licht van de kwaliteit van zorg met zich mee. Door benoeming van een factor ontstaan empirisch gegronde concepten, van belang voor het kwaliteitgericht handelen. Een voorbeeld hiervan wordt aangetroffen in het onderzoek van de Centraal Bureau van de Statistiek (CBS) naar het oordeel over een viertal zorgverleners (Harteloh & Verweij, 1995).<sup>148</sup> Met behulp van een factoranalyse is onderzocht welke factoren of dimensies er in de opinie van een patiënt over zorgverlening aanwezig zijn. Aan de hand van een (filter)vraag zijn in dit onderzoek respondenten geselecteerd die in de twee jaar voorafgaande aan het interview minstens één maal een zorgverlener hebben bezocht. Deze personen baseren hun oordeel over de zorgverlener op een relevante ervaring. Zij hebben een aantal aanvullende vragen over de zorgverlening en de zorgverleners beantwoord. Het oordeel van een persoon over de zorgverlening wordt gemeten aan de hand van beantwoording van vragen. De vraag is een stimulus, het antwoord een respons. Onderlinge correlaties van de antwoorden op deze vragen is het voorwerp van de factoranalyse.<sup>149</sup> Deze levert dimensies van het oordeel over een zorgverlener op. Voor de huisarts kunnen de dimensies 'informatie', 'relatie' en 'bereikbaarheid' worden onderscheiden. In *tabel 7.2* zijn deze dimensies aangegeven met de bijbehorende, dat wil zeggen, hoog gecorreleerde vragen uit de vragenlijst (vet gedrukt). Een factor is te benoemen naar de inhoud van de vraag die deze het meeste bepaalt (hoogste correlatiecoëfficiënt). Voor de eerste factor is dat de vraag over diagnostische informatie. Andere vragen over informatie zijn eveneens hoog gecorreleerd met de eerste factor. Het bevestigt de indruk dat het hier gaat om het begrip 'informatie'. Bovendien is ook het uiteindelijk oordeel over de huisarts hoog gecorreleerd met de factor 'informatie'. We concluderen dat informatie de belangrijkste dimensie is van het oordeel over de huisarts. Een opinie over diens vakbekwaamheid hangt hiermee nauw samen. De vraag hierover is eveneens hoog gecorreleerd met de eerste dimensie. Kennelijk legt de huisartspatiënt een relatie tussen de vakbekwaamheid van de huisarts en de informatie die deze geeft (Harteloh et al., 1996b). Zo verrijkt de factoranalyse de structurele en inhoudelijke interpretatie van het oordeel over een zorgverlener.

Een meer gedetailleerde beschouwing van factoranalyse leert ons iets over de interpretatie van een opinie in termen van kwaliteit. De correlatie van opinies over aspecten van de zorgverlening speelt een grote rol in de analyse. De psychologische associatie tussen begrippen wordt gerepresenteerd door een statistische correlatie. De hoogte van de correlatiecoëfficiënt tussen een bepaald aspect en het uiteindelijk oordeel is een indicatie voor de sterkte van het onderling verband. Ook de onderlinge correlatie tussen vragen

<sup>148</sup> Het gaat inmiddels om een grote groep van technieken. We behandelen de meest eenvoudige ervan als voorbeeld. Het principe is steeds hetzelfde. Het voorbeeld illustreert, net als in de vorige hoofdstukken, een redeneerwijze. In het licht van dit onderzoek naar betekenisverlening gaat het niet om de feitelijke resultaten of getallen.

<sup>149</sup> Dit kunnen overigens ook onderlinge correlaties van eigenschappen van objecten of personen zijn.

Tabel 7.2 Voorbeeld van een gangbare presentatie van gegevens over patiëntsatisfactie. Correlaties van items in vragenlijst met dimensies van het oordeel over de huisarts.<sup>150</sup> Bron: Harteloh et al., 1996b.

Huisarts	Factor I	Factor II	Factor III	
	informatie	relatie	bereikbaarheid	
item				communaliteit <sup>151</sup>
bereikbaarheid 's avonds/'s nachts	0,717	-0,277	<b>0,585</b>	0,933
bereikbaarheid in het weekend	0,692	-0,310	<b>0,603</b>	0,939
vakbekwaamheid	<b>0,855</b>	-0,112	-0,126	0,759
informatie over diagnose	<b>0,866</b>	-0,053	-0,241	0,810
adviezen over gezond leven	<b>0,813</b>	-0,610	-0,280	1,111
informatie over medicijnen	<b>0,814</b>	-0,097	-0,295	0,759
te weinig medicijnen voorgeschreven	0,235	-0,541	0,197	0,387
verwijst te weinig	0,410	<b>0,656</b>	0,136	0,616
weigert langs te komen	0,306	<b>0,487</b>	0,126	0,347
serieus nemen van problemen	0,528	<b>0,519</b>	-0,039	0,550
uiteindelijk oordeel	<b>0,871</b>	-0,061	-0,199	0,802
verklaarde variantie (%) <sup>152</sup>	46,8	13,2	9,6	
eigenwaarde <sup>153</sup>	5,151	1,457	1,060	

kan worden berekend. Een hoge correlatie geeft nu aan dat respondenten geneigd zijn de desbetreffende vragen gelijkluidend te beantwoorden. Vanuit een empirisch standpunt is er dan geen semantisch verschil tussen de desbetreffende vragen aanwezig. Eenzelfde gebruik wijst op eenzelfde betekenis. De structuur van de verzameling van onderlinge correlaties kan verder worden onderzocht. Een factoranalyse probeert deze te herleiden tot (aanvankelijk) abstracte factoren (vectoren). Het brengt de onderliggende (latente) structuur van de vragenlijst in beeld (Tacq, 1991). Het resultaat is een matrix met correlaties. De correlaties geven de sterkte van het verband tussen een item in de vragenlijst en de gepostuleerde factor. De factor kan vervolgens inhoudelijk worden benoemd aan de hand van de met deze factor samenhangende vragen. Groepjes van onderling hoog gecorreleerde vragen zijn nu te interpreteren als dimensies van het oordeel over de zorgverlener (zie tabel 7.2). Deze dimensies suggereren onderwerpen voor het kwaliteitsbeleid (Harteloh et al., 1996b). Zo is informatie bijvoorbeeld een belangrijke dimensie van het

<sup>150</sup> In de matrix staan correlatiecoëfficiënten. Van links naar rechts zijn deze te lezen als de coëfficiënten in een regressievergelijking die de (gestandaardiseerde) waarde van een vraag voorspeld uit de som van factoren. Kolomsgewijs zijn deze te lezen als correlaties van het item in de vragenlijst met een gepostuleerde (abstracte) dimensie van het oordeel over de huisarts.

<sup>151</sup> Som van de gekwadrateerde correlaties per rij. Maat voor de kwaliteit van de analyse.

<sup>152</sup> Som van de gekwadrateerde correlaties per kolom (factor) gedeeld door het aantal vragen. Maat voor het belang van een bepaalde factor (relatief).

<sup>153</sup> Som van de gekwadrateerde correlaties per kolom (factor). Maat voor het belang van een factor (absoluut).

Tabel 7.3 Dimensies van tevredenheid

Sussman et al., 1967	Cartwright, 1967	Ware & Snyder, 1975	Hulka et al., 1975	Harteloh & Verweij, 1995	Wensing et al., 1997
Verenigde Staten Chronisch zieken	Engeland & Wales huisartspatiënten	Verenigde Staten bevolking	Verenigde Staten bevolking	Nederland bevolking	Nederland huisartspatiënten
percentages	percentages	factoranalyse	factoranalyse	factoranalyse	factoranalyse
over polikliniek	over huisarts	over gezondheidszorg	over huisarts	over vier zorgverleners	over huisarts
goed opgeleide artsen, handelwijze of zelfde dokter, persoonlijke belangstelling, privacy, redelijke tarieven, korte wachttijd, informatie, goede toiletten, aardige medewerkers, comfortabele wachtruimten	persoonlijkheid, manier van zorgverlening.	Gedrag van zorgverlener Beschikbaarheid Continuïteit Comfort	persoonlijke kwaliteiten zorgverlener, professionele competentie, kosten, gemak	informatie relatie bereikbaarheid  over tandarts  vakbekwaamheid kosten bereikbaarheid relatie	beschikbaarheid, bereikbaarheid organisatie en samenwerking medische zorg relatie en communicatie informatie en advies steun

oordeel over de huisarts (hoge eigenwaarde). Informatie over de diagnose, over medicijnen, of over gezond leven zou nu als onderwerp voor kwaliteitsverbetering van de huisartsenzorg kunnen worden gekozen.

De conceptuele aard van het meetinstrument (verwachtingen versus belevingen) en de reflexiviteit in de bewerking van de resultaten (correlaties op basis van correlaties) doen het aansluiten bij de semantische regel die het begrip kwaliteit tot uitdrukking brengt (zie paragraaf 4.2). Het antwoord (de opinie) representeert een verhouding van verwachtingen en belevingen. De verwachtingen gelden als normatief kader voor belevingen bij het beantwoorden van de vragen. De onderlinge correlaties van de antwoorden gelden vervolgens weer als normatief kader voor de antwoorden als zodanig. Onderling hoog gecorreleerde antwoorden hebben geen onderscheiden betekenis. Zij worden als eenzelfde dimensie van het oordeel beschouwd. De verzameling opinies is nu herleid tot een gefundeerd en gestructureerd oordeel over de zorgverlener. Op deze manier levert de meting *relevante* gegevens. Deze zijn conceptueel van aard. Het leggen van causale verbanden is moeilijk, omdat een relatie tussen beantwoording van de vragen en externe gebeurtenissen niet wordt onderzocht (Harteloh et al., 1992). In een transversale meting van de tevredenheid waarbij op steekproefbasis een dwarsdoorsnede uit de bevolking wordt verkregen (zoals bij de gezondheidsenquête van het CBS), kan echter wel de betekenis van het begrip worden onderzocht en wanneer dit aan bepaalde voorwaarden voldoet worden geïnterpreteerd in termen van kwaliteit. Het is de semantische regel van het begrip kwaliteit die deze voorwaarden dicteert.

#### 7.4 Beleidsrelevantie

De interpretatie van de gegevens over patiëntsatisfactie is niet alleen een methodologisch probleem. Een vaak terugkerend argument aangaande de bruikbaarheid speelt eveneens een rol. De relatie tussen de kwaliteit van de zorg en de tevredenheid van een patiënt staat namelijk ter discussie (zie: Thung, 1986; Lemmens & Donker, 1990). Een patiënt kan uitermate tevreden zijn over de geleverde zorg, terwijl deze volgens professionele normen niet adequaat is. Zo kan bijvoorbeeld een tandartspatiënt zeer tevreden zijn over de aandacht voor het uiterlijk van het gebit, terwijl hiervoor de medisch-tandheelkundige noodzaak ontbreekt en de uiteindelijke gezondheid van het gebit er niet door wordt bevorderd (Harteloh et al., 1997). Aan de andere kant kan een patiënt ontevreden zijn over de geleverde zorg, terwijl deze volgens professionele normen wel adequaat is uitgevoerd (Bleys, 1986). Al zijn de technisch-materiële aspecten van de zorgverlening soms nog zo goed, toch ervaart een ontvanger de zorgverlening vaak negatief en als een geringe bijdrage aan diens welbevinden (Hattinga Verschure, 1981: p89). Uit onderzoek onder verpleeghuisbewoners blijkt bijvoorbeeld dat de perceptie van zorg door de ontvangers meestal negatief gekleurd is. Dat geldt meer, naarmate de cliënt meer en langer afhankelijk is van de beroepszorg voor zijn lichamelijke functies. Het verpleeghuis voor somatische patiënten is de instelling waar de perceptie van beroepszorg door zorgbehoevenden het meest negatief is. In verzorgingshuizen en bejaardenhuizen is dat meestal minder (Hattinga Verschure, 1981: p86). Omdat de patiënt tevreden kan zijn, terwijl het zorgproces in feite niet aan de gangbare medische normen voldoet, wordt gesteld dat de tevredenheid van de patiënt zeker geen integrale maat voor de



kwaliteit van de geleverde zorg is (Harteloh et al., 1992). Het argument wordt dikwijls gebruikt als diskwalificatie van het gebruik van de tevredenheidsmeting. Een kwaliteitskundig referentiekader biedt een mogelijkheid de geopperd bezwaren weg te nemen (Harteloh et al., 1996b).

De toegenomen aandacht voor tevredenheid van patiënten met de zorgverlening moet worden gezien tegen de achtergrond van een veranderende relatie tussen zorgverlener en patiënt. Patiëntgerichtheid is daarbij het thema van de jaren negentig (WVC, 1991). De zorgverlener is niet langer de paternalistische heer en meester die het doen en laten van de patiënt dwingend voorschrijft, maar de bondgenoot van de patiënt in diens strijd tegen een ziekte, of de partner in een gezamenlijke interpretatie van ziekteverschijnselen. Tegenwoordig berust de relatie tussen zorgverlener en patiënt vooral op informatie uitwisseling en besluitvorming in onderling overleg. Het achterhouden van een fatale diagnose, in de jaren zestig nog gemeengoed, lijkt voorgoed tot het verleden te behoren. Een volledige bekendheid van de patiënt over alle mogelijke behandelalternatieven en hun eventuele gevolgen heeft een juridische basis gekregen in de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (1995) waardoor de zorgverlener kan worden aangesproken op een onvolledige informatie uitwisseling. Uitkomsten van zorg worden ook meer en meer vanuit het patiëntenperspectief geformuleerd. Niet langer gaat het uitsluitende en alleen om overleven, maar ook de kwaliteit van leven na een behandeling, de functionele status en tevredenheid van een patiënt bepalen de keuze voor een bepaald behandelalternatief.

Door het veranderend karakter van de relatie tussen zorgverlener en patiënt verandert ook de rol van de patiënt (Kistemaker, 1989). Deze lijkt meer en meer op een klant (Thung, 1990). Ook een klant wil volledig op de hoogte zijn van alle mogelijke alternatieven om in een bepaalde behoefte te voorzien en bij de keuze voor een bepaald product zo volledig mogelijk geïnformeerd zijn over eventuele voor en nadelen van het desbetreffende product. De verkoop van een slecht exemplaar van een product heeft juridische gevolgen (garantieclaims) en een tevreden klant is een streefwaarde van menig verkooptransactie. Een patiëntgerichte zorg kenmerkt zich door benadering van de patiënt als ware deze een klant. De volledige informatie uitwisseling, gedeelde besluitvorming en patiëntgerichte uitkomstmaten winnen aan belang. Een patiënt als klant zien betekent dat aspecten als betrouwbaarheid van de zorgverlening, wachttijd, bejegening, empathie of entourage meer nadruk krijgen. Met name bij een oordeel over de *kwaliteit* blijken dergelijke zorgaspecten naast doeltreffendheid en doelmatigheid een belangrijke rol te spelen (Babakus & Mangold, 1992). Daarenboven vertoont de theorie over dit oordeel een grote conceptuele verwantschap met een theorie over patiëntstatisfactie (Parasuraman, et al., 1988; Zeithaml, 1988). Een afweging van verwachtingen ten opzichte van belevingen bepaalt uiteindelijk het oordeel over de kwaliteit van zorg. Binnen een patiëntgerichte zorg wordt de mening van de patiënt serieus genomen, systematisch gemeten, of op een andere wijze zichtbaar gemaakt, en door de deskundigen gebruikt om eigenschappen van de te verlenen zorg te definiëren en de verleende zorg te evalueren. Het gebruik van gegevens over de tevredenheid kenmerkt een patiëntgericht beleid.

Geleidelijk verandert nu de optiek op de relatie tussen tevredenheid en de kwaliteit van zorg. Het is niet zozeer de bedoeling een causaal verband tussen tevredenheid en de kwaliteit van zorg te leggen. Het gaat erom het oordeel van de patiënt over de zorg een

plaats te geven in het kwaliteitsbeleid. Dit neemt de zware last op de validiteit en betrouwbaarheid als criterium voor de tevredenheidsmeting enigszins weg. Het positief oordeel of de tevredenheid van patiënten kan een zinvolle bron voor terugkoppeling zijn. Hier kan principieel voor gekozen worden, zonder dat de validiteit van de meting als argument in het geding is (Harper Petersen, 1989; Widdershoven, 1997). Kwaliteitsverbetering vereist dat de informatie die een meting van de tevredenheid van patiënten oplevert, door zorgverleners, zorginstellingen of de overheid wordt gebruikt (zie: Visser, 1988; Sisk et al., 1990). Dit kan aanpassing van het meetinstrument (de vragenlijst: bijvoorbeeld open vragen invoegen om ook kwalitatief informatie te verzamelen) en soms concessies wat betreft methodologische gestrengheid betekenen (Bokma & Kramer, 1988; Starfield, 1998). Het is van belang de relatie tussen patiëntsatisfactie en organisatiekenmerken te bestuderen, zodanig dat beïnvloeding door beleidsveranderingen mogelijk is (Cleary & McNeil, 1988).

Bij het gebruik van gegevens over de tevredenheid onderscheiden Cleary en Edgman (1997) vijf invalshoeken: terugkoppeling naar consumenten zodanig dat keuzen met betrekking tot het zorgaanbod worden beïnvloed (vereist informatie gerelateerd aan ziekenhuizen of artsen, zoals de HCFA ranglijsten, zie ook paragraaf 5.3); terugkoppeling naar zorgverleners zodanig dat deze maatregelen kunnen nemen om de zorgverlening te verbeteren (vereist informatie over zorgaspecten die zij kunnen beïnvloeden, voornamelijk proceskenmerken); terugkoppeling naar beleidsmakers zodanig dat deze keuzen aangaande zorgvoorzieningen kunnen maken (vereist informatie over uitkomsten in relatie tot kosten); informatie verkregen van patiënten om standaarden voor goede zorg op te stellen; informatie om richtlijnen of wetgeving te kunnen baseren op waarden van patiënten of consumenten van gezondheidszorg. Terugkoppeling staat in de onderscheiden gebruiksmogelijkheden centraal. Een tevreden patiënt kan als een streefwaarde (doel) van gezondheidszorg worden gezien. Een goede gezondheidszorg zonder tevreden patiënten lijkt immers een contradictio in terminis (Vuori, 1987). De tevredenheidsmeting informeert niet zozeer over de mate waarin dit doel is gehaald, maar zet aan tot een streven naar kwaliteit. Van belang is daarbij de professionele mening over de intrinsieke kwaliteit van een zorghandeling in overeenstemming te brengen met het beeld, de indruk of het uiteindelijk oordeel dat een patiënt over deze zorghandeling heeft. De kritische zelfreflectie op het medisch handelen vereist een (extern) referentiepunt als criterium voor een optimale verhouding tussen gerealiseerde mogelijkheden en normatief referentiekader (zie ook hoofdstuk 6). Wanneer dit wordt gezocht in de tevredenheid van behandelde patiënten ontstaat er een synergie tussen een professionele en een klantgerichte visie op het zorgproces, die de zorgverlening een patiëntgericht karakter verleent.

De ontwikkeling in techniek der tevredenheidsmeting ondersteunt deze gebruiksmogelijkheid. Gegevens worden aanvankelijke gepresenteerd als aantal of frequentie. Door voortschrijdende statistische technieken levert het materiaal factoren, en door benoeming van factoren empirisch gegronde concepten, ofwel dimensies waaruit het concept 'patiëntsatisfactie' is opgebouwd (zie tabel 7.2 en 7.3). Deze dimensies kunnen vervolgens fungeren als objecten voor het kwaliteitsbeleid. Het zijn eerder waarden dan eigenschappen. Daarmee bezit de patiëntsatisfactiemeting een directe relevantie voor het kwaliteitsbeleid, zowel op lokaal als op landelijke niveau. Een patiëntgericht (ratio-

neel) kwaliteitsbeleid wordt gekenmerkt door de keuze van doelen die voortkomen uit tevredenheidsonderzoek. De structuur van het gegeven geeft daartoe een mogelijkheid. Het moet worden aangevuld met een keuze van bijpassende doelen en middelen. Deze worden niet aangereikt door gegevens over patiëntsatisfactie, maar berusten op kennis over kwaliteitskunde. Dit betekent het relateren van doelen aan zorgverlening, het toetsen van de verleende zorg en het bijstellen van de doelen op basis van de bevindingen bij toetsing. Op deze wijze past de tevredenheidsmeting binnen een kwaliteitsgericht denken en handelen.

## 7.5 Interpretatie van patiëntsatisfactie

Interpretatie van de gegevens over tevredenheid van patiënten met zorgverlening in termen van kwaliteit vereist een conceptueel kader, bestaande uit een aantal keuzemomenten met bijbehorende criteria. Allereerst zal er op een strategisch beleidsniveau voor moeten worden gekozen de waarden van de patiënt centraal te stellen in de evaluatie van de geleverde zorg: 'important criteria for making decisions about what subset of measures to develop and collect are the values and preferences of consumers' (Cleary & Edgman-Levitan, 1997). Daarmee wordt aan een belangrijk kwaliteitskundig principe tegemoet gekomen (*zie paragraaf 3.5.3*). Wanneer de keuze is gemaakt de waarden van de klant tot uitgangspunt van evaluatie van de geleverde zorg te maken, moet getracht worden deze zichtbaar te maken. Er doet zich dan een aantal mogelijkheden voor. Zo valt naast een meting van de patiëntsatisfactie te denken aan een systematische klacht-opvang, aandacht voor en contact met patiëntenorganisaties, of een rechtstreeks ontslag-gesprek met de verpleging op de desbetreffende afdeling (*zie: Depla et al., 1992*). Deze zijn een afspiegeling van de mening van de patiënt. Alleen de formele tevredenheidsmeting verheft de opinie tot een oordeel. Het biedt de mogelijkheid deze empirisch te funderen en de structuur van de opinie te analyseren (De Ridder, 1991).

Bij interpretatie van de tevredenheidsmeting spelen de volgende criteria een rol: (i) de mate van betrouwbaarheid en validiteit van de gebruikte schalen ter bepaling van de tevredenheid van de patiënt of cliënt (Nelson et al., 1989); (ii) het richten van de meting op specifieke aspecten of onderdelen van zorgverlening; (iii) het moment (tijdstip) van meting; patiënt of consument (el-Guebaly, 1983; Stamps & Finkelstein, 1981); (iv) de situatie waarin de tevredenheidsmeting plaatsvindt (soort organisatie, soort zorgverlening (Rossiter et al., 1989), toestand van de patiënt (Cryns et al., 1989)); (v) de gang van de verkregen resultaten van de meting door de organisatie (terugkoppeling) (Harper Peterson, 1989); (vi) de reactie in de organisatie op de verkregen informatie (verbetering of niet) (Cleary et al., 1989). Van belang is dan op welke fase van het zorgverleningsproces de informatie betrekking heeft (opname, diagnostiek, therapie, verpleging of ontslag), op welk niveau van de organisatie de informatie bruikbaar is (directie of werkvloer), of op welke aspecten van zorgverlening de informatie betrekking heeft (medisch-technisch of relationeel).

Deze criteria bundelen zich in een methode voor betekenisverlening. Net als bij het gebruik van ziekenhuissterftecijfers of praktijkvariaties speelt daarbij het gebruik van patiëntsatisfactie als indicator een rol (*zie ook paragraaf 5.5*). Cleary en haar medewerkers (1989) gebruiken de patiëntsatisfactiemeting om zorg van slechte kwaliteit op te

sporen. Van ontevreden ziekenhuispatiënten werd de medisch status opgezocht en aan een nader onderzoek onderworpen om de aard van het onderliggende probleem vast te stellen. Hieruit bleek voor chirurgische patiënten een betere voorbereiding op de hen wachtende gebeurtenissen noodzakelijk. Op deze wijze werd een vrij specifieke aanwijzing voor een verbetering van de kwaliteit van zorg verkregen en werd de patiëntstatisfactiemeting hanteerbaar voor management doeleinden. Het geeft de mogelijkheid slechte (of goede) kwaliteit van een bepaald zorgaspect te ontdekken.

De interpretatiecriteria voor de tevredenheidsmeting zijn in een bepaalde volgorde geplaatst en ten opzichte van elkaar gewogen om tot een methode van betekenisverlening te komen. Het brengt een reflexief proces op gang, waarbij (i) de validiteit van satisfactiemeting (steeds opnieuw) in de specifieke situatie moet worden vastgesteld. Van tevoren is hierover niets te zeggen, zoals sociaal-psychologisch onderzoek soms wel wil doen geloven; (ii) er doelen worden geformuleerd aangaande zorgaspecten of patiëntengroepen; en (iii) er een *voortdurende* verbetering wordt beoogd, zodat de organisatie tot reactie wordt aangezet. Zo verkrijgt de satisfactiemeting betekenis voor het kwaliteitsbeleid. De betekenis van het gegeven is gevat in een theorie over indicatoren voor de kwaliteit van zorg. Er is sprake van een procedure, een normering en een redenering. De norm wordt gevormd door tevredenheid als pendant van welzijn, een aloude medische morele waarde, of de inverse daarvan 'ontevredenheid'. Net als bij ziekenhuissterfte geeft de counterfactual de aard van de redenering weer: 'als de zorg naar behoren zou zijn uitgevoerd, dan zou de patiënt tevreden zijn geweest'. Deze zorgt voor de inbedding van het gegeven in een conceptuele structuur. Hoewel deze visie op de satisfactiemeting als indicator minder invloedrijk is dan dat bij ziekenhuissterftecijfers het geval is, herkennen we een patroon dat een zinvolle interpretatie tot stand brengt. Dit terugkerende interpretatiepatroon kan worden gebruikt om tot een model voor betekenisverlening te komen, teneinde gegevens over gezondheidszorg in termen van kwaliteit te interpreteren (zie hoofdstuk 8).

## 7.6 Het gebruik van het begrip kwaliteit

In deze gevalsstudie is de discussie over het verband tussen patiëntstatisfactie en de kwaliteit van zorg beschouwd. Gegevens over patiëntstatisfactie staan model voor gegevens over een staat of toestand van personen in relatie tot de verleende zorg. Gegevens over de tevredenheid van zorgverleners, de houding van het management, maar ook over de identiteit, cultuur of sfeer binnen een zorginstelling zijn van eenzelfde aard. Het gaat nu niet om een eigenschap van zorg, maar om een mening. Een mentale staat of toestand komt tot uitdrukking in een mening. De mening wordt tot oordeel wanneer deze een empirische basis en structuur verkrijgt (De Ridder, 1991: p53 e.v.). De tevredenheidsmeting voorziet hierin. Aanvankelijk wordt het verband tussen patiëntstatisfactie en de kwaliteit van zorg vooral causaal ingevuld. Argumenten en empirische bevindingen ondergraven echter deze invulling, maar door een ontwikkeling van meettechnieken en een toenemende invloed van een bedrijfskundig referentiekader gaat de visie op de tevredenheidsmeting geleidelijk veranderen. Deze krijgt een welomschreven plaats in het kwaliteitsbeleid.

Het intuïtieve verband tussen beide verschijnselen is te verklaren vanuit de semantische regel die het begrip kwaliteit tot uitdrukking brengt. De betekenis van het begrip kwaliteit is gelegen in een verhouding tussen gerealiseerde mogelijkheden en normatief referentiekader (zie deel II). Substitutie van deze variabelen in de semantische regel door mentale begrippen als 'verwachtingen' en 'belevingen' leidt tot een definitie van het concept 'patiëntstisfactie'. Belevingen kunnen als mentale component van gebeurtenissen in het zorgproces de rol van het gerealiseerde spelen. Verwachtingen geven invulling aan het normatief referentiekader. Zij worden gebruikt om belevingen te waarderen in termen van goed of slecht (zie schema 7.1). Zo is er een sterke (familie)gelijkenis tussen de begrippen kwaliteit en patiëntstisfactie. Hoewel beide verschijnselen naar aard en oorsprong verschillen, vertonen deze een *structurele* overeenkomst. Beide drukken dezelfde theoretische intuïtie uit. Het verklaart onder meer de sterke gelijkenis van conceptuele modellen voor de kwaliteit van zorg en patiëntstisfactie (zie: Harteloh & Casparie, 1998: p87).

Er komt nu een belangrijk verschil naar voren met de vorige gevalstudies. In geval van ziekenhuissterfte of praktijkvariaties berust het verband met kwaliteit op de presentatie dan wel constructie van het gegeven. In geval van patiëntstisfactie is er een natuurlijke verwantschap met het begrip kwaliteit. Dit heeft gevolgen voor de visie op gegevens over patiëntstisfactie. Deze zijn een directe representatie van de kwaliteit van zorg. Het legt een zware last op de methodologische merites van de tevredenheidsmeting. Veelal domineren methodologische argumenten dan ook de discussie. De patiëntstisfactie wordt beïnvloed door persoonskenmerken of de situatie waarin de meting plaatsvindt, en vormt soms geen zuivere afspiegeling van de mentale toestand van een persoon in relatie tot de zorgverlening. Dit doet afbreuk aan de representatie. De interpretatiemogelijkheid van patiëntstisfactie in termen van kwaliteit van zorg berust op de semantische regel als criterium voor begripsvaliditeit. Deze moet worden onderscheiden van de instrumentele validiteit van de tevredenheidsmeting. De validiteit van de meetwaarde is een voorwaarde voor het invullen van de semantische regel. Het is een criterium voor *substitutie* van een variabele ('gerealiseerde mogelijkheden', 'normatief referentiekader') door een begrip (belevingen, verwachtingen) in de semantische regel, niet voor betekenis. Verdere perfectionering van de meting is dienovereenkomstig van groot belang, maar deze moet worden gewogen ten opzichte van de relevantie voor het kwaliteitsbeleid.

Beleidsrelevantie wordt gevonden in de aanwijzing die het gebruik van gegevens over patiëntstisfactie als zodanig verschaft over de patiëntgerichtheid van het kwaliteitsbeleid. Een patiëntgerichte zorginstelling gebruikt het oordeel van de patiënt om het normatief referentiekader voor de zorgverlening (mede) vorm te geven. Voortschrijdende statistische technieken bieden een mogelijkheid de tevredenheidsmeting in het kwaliteitsbeleid te gebruiken. De interne structuur van gegevens over patiëntstisfactie kan met behulp van factoranalyse worden onderzocht. De factoranalyse is in staat verschillende dimensies van het begrip naar voren te brengen. Deze vertonen verschillen naar onderzoek (zie tabel 7.3), zodat een toepassing van de tevredenheidsmeting als in de theorie over indicatoren voor de kwaliteit van zorg vereist is om lokaal de geldende dimensies van patiëntstisfactie vast te stellen. Deze dimensies kunnen vervolgens als objecten van het kwaliteitsbeleid fungeren. Hierin ligt een meerwaarde ten opzichte van

aspectbenaderingen die deze eveneens opleveren (zie paragraaf 4.3). De tevredenheidsmeting verheft de mening van patiënten tot een gestructureerd oordeel. We hebben te maken met empirisch gegronde concepten, waarvan het onderling belang een getalsmatige uitdrukking heeft gekregen, en die dankzij de factoranalyse een welonderscheiden betekenis bezitten (zie tabel 7.2). Dit stelt in staat weloverwogen prioriteiten te stellen en doelen voor het beleid te formuleren. Als maat voor het (gemiddeld) kwaliteitsniveau van de zorg is de patiëntsatisfactie doorgaans te grof. Een groot percentage personen is tevreden over gezondheidszorg en dit percentage verandert niet zoveel (meer) in de loop der tijd.<sup>154</sup> Het is eerder een waardering van zorgverlening of gezondheidszorg. Het gegeven slaat zo een brug tussen een inhoudelijke component van de verleende zorg (weldoen en welzijn), beleidsdoelen als patiëntgerichtheid en de maatschappelijke waardering van gezondheidszorg (zie schema 7.1).

*Schema 7.1 Betekenisverlening van patiëntsatisfactie (oordeel van personen)*

Attitude van een persoon	Gegeven	(Re)presentatie als	Waardering	Informatie over
mentale toestand				
tevredenheid van een patiënt	frequentie	verwachtingen/ belevingen	veel goed weinig slecht	welzijn
	factor, dimensie (zie tabel 7.2 en 7.3)		patiëntgerichtheid	doel van kwaliteitsbeleid
feit	gerealiseerde	semantische regel van het begrip kwaliteit	oordeel	waarde

De gevalsstudie aangaande patiëntsatisfactie leidt tot een aantal conclusies over het gebruik van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg: (i) Het verband tussen het begrip kwaliteit en de patiëntsatisfactie berust op (familie)gelijkenis van beide concepten. De semantische regel is daarbij het criterium voor begripsvaliditeit. Dankzij deze familiegelijkenis met het begrip kwaliteit representeert patiëntsatisfactie het begrip kwaliteit; (ii) De instrumentele validiteit van de meting is een voorwaarde voor het invullen van de semantische regel. Het is een criterium voor *substitutie* van een variabele in de semantische regel door een begrip, niet voor betekenis; (iii) Meting van patiëntsatisfactie geeft informatie over de waardering van gezondheidszorg; (iv) De meting verheft de mening over gezondheidszorg tot een empirisch gefundeerd oordeel en brengt de structuur van het oordeel aan het licht. Het toont de betekenisnuance van het begrip kwaliteit als categorie van het oordeel. In *deel IV* gebruiken we deze conclusies, tezamen met die van de andere gevalsstudies, om tot een model voor betekenisverlening te komen.

<sup>154</sup> Dit geldt voor Nederland. Internationaal worden er wel grote verschillen aangetroffen. Zo is de tevredenheid van Russische patiënten laag (ongeveer 60%) (WHO, 1994).

## 7.7 Literatuur<sup>130</sup>

- Abramowitz, S., A.A. Coté & E. Berry. Analyzing Patient Satisfaction. *Quality Review Bulletin* 1987; 13: 122-130.
- Ajzen, I. & M. Fishbein. Attitude-behavior relations: a theoretical analysis and review of empirical research. *Psychol bull* 1977; 84: 888-918.
- Aharony, L. & S. Strasser. Patient Satisfaction: what we know about and what we still need to explore. *Medical Care* (Review) 1993; 50: 49-74.
- Babakus, E. & W.G. Mangold. Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Services Research* 1992; 26: 767-786.
- Bem, D.J. *Beliefs, Attitudes, and Human Affairs*. Belmont, California: Brooks, Cole Publishing Company, 1970.
- Bleys, C. Over de grenzen van de zorg vanuit een klinisch oogpunt. *Scripta Medico-Philosophica* 1986; 2: 14-28.
- Bokma, J.J.H. & G.J.A. Kramer. Patiëntenraadpleging als instrument voor kwaliteitsverbetering. In: A.Ph. Visser (red.). *Onderzoek naar de tevredenheid van ziekenhuispatiënten. Doel, methode en beleid*. Lochem: De Tijdstroom, 1988.
- Brody, D.S., S.M. Miller & C.A. Lerman. The relationship between patients' satisfaction with their physician and perceptions about interventions they desired and received. *Med Care* 1989; 27: 1027-35.
- CBS. Centraal Bureau voor de Statistiek. *Netherlands Health Interview Survey (NHIS) 1981-1991*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1992.
- Cleary, P.D. & B.J. McNeil. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry* 1988; 25: 25-36.
- Cleary, P.D., L. Keroy, G. Karapanos & W. McMullen. Patient Assessments of Hospital Care. *Quality Review Bulletin* 1989; 15: 172-179.
- Cleary, P.D. & S. Edgman-Levitan. Health Care Quality. Incorporating Consumer Perspective. *JAMA* 1997; 278: 608-1612.
- Cryns, A.G., R.C. Nichols, L.A. Katz & E. Calkins. The hierarchical structure of geriatric patient satisfaction. *Medical care* 1989; 27: 802-816.
- Depla, M., M. Donker & P. Severens. *Verscheidenheid in kwaliteit. Betrokkenen aan het woord over kwaliteitscriteria voor de acute psychiatrie*. Utrecht: NcGv, 1992.
- Donabedian, A. *Explorations in quality assessment and monitoring (vol.1), The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1980.
- Donabedian, A. Quality assessment and assurance: unity of purpose, diversity of means. *Inquiry* 1988; 25: 173-192.
- Donker, M. Satisfactieonderzoek: meer dan boekhouden? *Tijdschr Soc Gezondheidszorg* 1996; 74: 303-4.
- el-Guebaly, N., J. Toews, A. Leckie & D. Harper. On evaluating patient satisfaction: methodological issues. *Can J Psychiatry* 1983; 28: 24-29.
- Furer, J.W., C. König-Zahn C & B. Tax. *Het meten van de gezondheidstoestand*, deel 3, Psychische gezondheid. Assen, Van Gorcum, 1995, hoofdstuk 6.
- Geerlof, J., M. Touw & L. van der Vis. *Barometer Modernisering Gezondheidszorg; Vergelijking metingen in januari 1993 en januari 1994*. Rapport B&A Groep Beleidsonderzoek & -Advies BV in opdracht van Ministerie WVC, Den Haag, 1994.
- Goedhart, H., M.A.J. Eijkman, M. Andela & G. ter Horst. *Kwaliteit van tandheelkundig handelen: percepties van patiënten en tandartsen*. Amsterdam: ACTA, Vakgroep Sociale Tandheelkunde & Voorlichtingskunde, 1992.
- Hall, J.A. & M.C. Dornan. What patients like about their medical care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Soc Sci Med* 1988; 27: 935-939.
- Hall, J.A., M.A. Milburn & A.M. Epstein. A causal model of health status and satisfaction with medical care. *Medical Care* 1993; 31: 84-94.
- Harper Petersen, M.B. Using patient satisfaction data: an ongoing dialogue to solicit feedback. *Quality Review Bulletin* June 1989: 168-171.
- Harteloh, P.P.M., B. Sprij & A.F. Casparie. Patiëntensatisfactie en kwaliteit: een problematische relatie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* 1992; 47: 157-165.

- Harteloh, P.P.M. & G.C.G. Verweij. De meting van tevredenheid over de huisarts, tandarts, fysiotherapeut en specialist. *Mindber gezondheid* (CBS) 1995; 11: 4-12.
- Harteloh, P.P.M., G.C.G. Verweij & A.F. Casparie. Het oordeel van personen over de huisarts en tandarts. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 1996; 74: 305-311.
- Harteloh, P.P.M., G.C.G. Verweij & R. A. Soehardi. De mening van personen over de tandarts. *Nederlands Tijdschrift voor Mondhygiëne* 1997; 2: 156-157.
- Hattinga Verschure, J.C.M. *Algemene zorgkunde voor de zorgverlenende beroepen*. Lochem: De Tijdstroom, 1981.
- Hays, R.D. & J.E. Ware. My medical care is better than yours: social desirability and patient satisfaction ratings. *Medical Care* 1986; 24: 519-525.
- Hulka, B.S., L.L.Kupper, M.B.Daly, J.C. Cassel & F. Schoen. Correlates of satisfaction and dissatisfaction with medical care: a community perspective. *Medical Care* 1975; 13(8): 648-658.
- Hulka, B.S. & S.J. Zyzanski. Validation of a patient satisfaction scale. *Med Care* 1982; 20: 649-653.
- Jones, I. & D. Morrell. General practitioners' background knowledge of their patients. *Fam Practice* 1995; 12: 49-53.
- Kistemaker, J.W.G. *Patiënt en integrale kwaliteitszorg*. Leuven: Centrum voor Ziekenhuiswetenschappen, 1989.
- Kistemaker, J.W.G. & A.Ph. Visser. Betekenis van tevredenheid van patiënten voor de kwaliteit van zorg. *Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg* 1995; 73: 214-223.
- Lemmens, F. & M. Donker. *Kwaliteitsbeoordeling door cliënten: een metastudie naar tevredenheidsonderzoek in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid-reeks 90-6; 1990.
- Like, R. & S.J. Zyzanski. Patient satisfaction with the clinical encounter: social psychological determinants. *Soc Sci Med* 1987; 24: 351-357.
- Linder-Pelz, S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med* 1982a; 16: 577-582.
- Linder-Pelz, S. Social psychological determinants of patient satisfaction: a test of five hypothesis. *Soc Sci Med* 1982b; 16: 583-589.
- Lochman, J.E. Factors related to patients' satisfaction with their medical care. *Journal of Community Health* 1983; 9: 99-109.
- Locker, D. & D.Dunt. Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. *Soc Sci Med* 1978; 12: 283-292.
- Lohr, K.N. Outcome Measurement: Concepts and Questions. *Inquiry* 1988; 25: 37-50.
- Marquis, S., A.R. Davies & J.E. Ware. Patient satisfaction and change in medical care provider: a longitudinal study. *Medical Care* 1983; 21: 821-829.
- Mill, J.S. *Utilitarianism* (1861). In *Utilitarianism*, ed. by M. Warnock. Glasgow: Fontana Press, 1989.
- Mill, J.S. *System of Logic*. London: West Strand, 1846.
- Murphy, G. & R. Likert. *Public Opinion and the Individual* (1938). New York: Russell & Russell, 1967.
- Nelson, E.C, R.D. Hays, C. Larson & P.B. Batalden. The patient judgment system: reliability and validity. *Quality Review Bulletin* 1989; 15: 185-191.
- Parasuraman, A., V.A. Zeithaml & L.L. Berry. "SERVQUAL": A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality. *J of Retailing* 1988: 12-39.
- Prehn, R.A., H. Mayo & E. Weisman. Determining the validity of patient perceptions of quality care. *Quality Review bulletin* 1989; 15: 74-76.
- Quaethoven, P. Standaardmeting van de tevredenheid van de ziekenhuispatiënten. *Acta Hospitalia* 1989; 29; 35-51.
- Ridder de, D. *Greep op kwaliteit. Methodologische aspecten van het verhelder van criteria voor de kwaliteit van zorg*. Utrecht: NcGv, 1991.
- Roberts, J.G. & P. Tugwell. Comparison of questionnaires determining patient satisfaction with medical care. *Health Services Research (HSR)* 1987; 22: 637-655.
- Rossiter, L.F., K. Langwell, T.Th. Wan & M. Rivnyak. Patient satisfaction among elderly enrollees and disenrollees in Medicare Health Maintenance Organizations. *JAMA* 1989; 262: 57-63.
- Ryle, G. *The Concept of Mind* (1949). Harmondsworth, Middlesex, England : Penguin Books, 1980.



- Sisk, J.E., D.M. Dougherty, P.M. Ehrenhaft, G. Ruby & B.A. Mitchner. Assessing information for Consumers on the Quality of Medical Care. *Inquiry* 1990; 27: 263-272.
- Sixma, H., J.J. Kerstens, C. van Campen & C. Jakobs. Kwaliteit van huisartszorg; Het perspectief van de patiënt. *Medisch Contact* 1994; 49: 1284-1286.
- SCP. Sociaal en Cultureel Planbureau. *Sociaal en Cultureel Rapport*. Rijswijk: SCP, 1996.
- Sonsbeek, van J.L.A. & L.H. Stronkhorst. *Methodische aspecten van de gezondheidsenquête*. Statistische Onderzoekingen M22. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983.
- Starfield, B. Quality-of -Care Research. Internal elegance and external relevance. *JAMA* 1998; 280:1006-8.
- Stamps, P.L. & J. Berger-Finkelstein. Statistical analysis of an attitude scale to measure patient satisfaction with medical care. *Medical Care* 1981; 19: 1108-1135.
- Sutherland, H.J., G.A. Lockwood, S. Minkin, D.L. Tritchler, J.E. Till & H.A. Llewellyn-Thomas. Measuring satisfaction with health care: A comparison of single with paired rating strategies. *Soc Sci Med* 1989; 28: 53-58.
- Swan, J.E., J.C. Sawyer, J.G. van Matre & G.W. McGee. Deepening the understanding of hospital patientsatisfaction: fulfillment and equity effects. *Journal of Health Care Marketing*, 1985; 5: 7-18.
- Tacq, J. *Van probleem naar analyse. De keuze van een gepaste multivariate analysetechniek bij een sociaal wetenschappelijke probleemstelling*. De Lier: Academisch Boeken Centrum, 1991.
- Tijmstra, Tj. & N. Heinsbroek. Meningingen over de zorgverlening in Nederland. *Medisch Contact* 1998; 53: 811-813.
- Thung, P.J. Over de kwaliteit van de zorg. *Scripta Medico-Philosophica* 1986; 2: 30-39.
- Thung, P.J. Morgen brengen. *Scripta Medico-Philosophica* 1990; 7: 61-73.
- Thurstone, L.L. *The measurement of values* (1959). Chicago & London: The University of Chicago Press (reprint), 1974.
- Tolpin, B. The role of the consumer in quality assurance. *Dental clinics N America* 1985; 29: 595-603.
- Verbeek, G. *Wat zeggen onze cliënten? Gebruikersraadpleging als middel voor kwaliteitsbevordering in thuiszorginstellingen*. Utrecht: NIZW, 1994.
- Visser, A. Ph. De satisfactie van ziekenhuispatiënten. Ontwikkeling van een meetinstrument. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 1983; 61: 720-732
- Visser, A. Ph. (red.) *Onderzoek naar de tevredenheid van ziekenhuispatiënten. Doel, methode en beleid*. Lochem: De Tijdstroom, 1988.
- Voort, van der H.P.M., H.G.L.M. Grundmeijer & J.M.A. Hendrick. NHG-NIPO-enquête 'Huisarts en zinvol handelen'. *Huisarts en Wetenschap* 1995; 38: 351-354.
- Vuori, H. Patientsatisfaction: attribute or indicator of the quality of care. *Quality Review Bulletin* 1987; 13: 106-108.
- Ware, J.E. & M.K. Snyder. Dimensions of Patients Attitudes regarding Doctors and Medical Services. *Med Care* 1975; 13: 1975-1979.
- Wensing, M., R. Grol & P. van Montfort. Patiëntenoordelen over de huisartsenzorg. *Medisch contact* 1997; 52: 762-764.
- Williamson, J.W. Issues and Challenges in Quality Assurance of Health Care. *Int J Quality in Health Care* 1994; 6: 5-15.
- Widdershoven, van G.A.M. Kwaliteitszorg: welke stem krijgt de patiënt? *Kwaliteit en Zorg* 1997; 5: 81-6.
- WHO. World Health Organisation. *Measuring Consumer Satisfaction with Health Care*. Copenhagen: WHO-regional office for Europe, 1990.
- WVC. Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur. *Nota 'Kwaliteit van Zorg'*. Tweede Kamer der Staten Generaal. Vergaderjaar 1990-1991 22 113. 's-Gravenhage: SDU, 1991.
- Zastowny, T.R. & K.J.Roghamann. Patient satisfaction and the use of health services. *Med Care* 1989; 27: 705-723.
- Zeithaml, V.A. Communication and Control Processes in the Delivery of Service Quality. *Journal of Marketing* 1988; 55, 35-48.
- Zyzanski, S.J. Scale for Measurement of Satisfaction with Medical Care: Modifications in Content. *Med Care* 1974; 12: 611-620.



## IV Betekenis en de kwaliteit van zorg

*'We want to understand something that is already in plain view. For this is what we seem in some sense not to understand.'*

*Wittgenstein, 1958 §89*

In het vierde deel van dit proefschrift worden de resultaten van de gevalsstudies gebruikt om de vraag naar de betekenis van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg te beantwoorden. *Hoofdstuk 8* voert ons langs de gedachtelijnen van de vorige hoofdstukken naar een model voor betekenisverlening. Ontwikkelingen in het denken over de kwaliteit van zorg worden daarbij beschouwd met behulp van uitgangspunten van de analytische filosofie. Het model stelt ons in staat een aantal conclusies over het gebruik van het begrip kwaliteit te trekken. *Hoofdstuk 9* geeft een formeel criterium voor de betekenis van uitdrukkingen (beweringen of handelingen) van kwaliteit. Dit criterium wortelt in een sociale context. Daarom wordt de analyse besloten met een beschouwing over mogelijksvoorwaarden voor het begrijpen van kwaliteit in de praktijk van de gezondheidszorg. Daarmee is de filosofische inhoud van de gevalsstudies geëxpliciteerd.



## 8 Vormen van betekenisverlening

### 8.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de inhoud van de gevalsstudies verder geanalyseerd. Daarbij wordt voortgebouwd op de conclusies uit de paragrafen over het gebruik van het begrip kwaliteit in de voorgaande hoofdstukken.<sup>155</sup> Het beeld dat deze opleveren is tweeledig. Enerzijds hebben we te maken met gedachten over kwaliteit, voortkomend uit het streven naar een coherent conceptueel kader dat tot een kwaliteitsgericht handelen dient te motiveren. Anderzijds vindt er interpretatie van gegevens over gezondheidszorg in termen van kwaliteit plaats, teneinde de zorg te beoordelen of te waarderen. Beide verschijnselen zijn te beschouwen als vormen van betekenisverlening. We proberen deze te verklaren vanuit, respectievelijk, het karakter van het begrip kwaliteit (*paragraaf 8.2*) en vanuit een visie op de aard van het gegeven (*paragraaf 8.3*). De verschillende vormen van betekenisverlening krijgen gestalte in een model (*paragraaf 8.4*). Op basis van dit model trekken we een aantal slotconclusies over het gebruik van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg (*paragraaf 8.5*).

### 8.2 Gedachten over de kwaliteit van zorg

In de Twintigste eeuw heeft zich, met name na de Tweede Wereldoorlog, een aantal belangrijke ontwikkelingen in de gezondheidszorg voltrokken. Deze worden op grond van snelheid, omvang en invloed zelfs gekenschetst als revoluties. Het betreft medisch technologische ontwikkelingen, kostenbeheersing en een informatieoverdracht, die zowel op individueel niveau als op het niveau van maatschappelijke verantwoording de gestalte van gezondheidszorg meer en meer gaat bepalen (Rellman, 1988, Dunning, 1989). Een vierde ontwikkeling verloopt meer geleidelijk en bezit daardoor misschien niet zozeer het karakter van een revolutie. De invloed ervan is echter niet minder groot. Meer en meer wordt de gezondheidszorg beschouwd als een organisatie, waarbinnen geneeskunde, verpleging en verzorging gestalte krijgen (Blumenthal, 1996a; Hattinga Verschure, 1981a). De toenemende organisatiegraad van deze aanvankelijk eenvoudige en spontane intermenselijke interacties gaat gepaard met een toenemende invloed van bedrijfskundige principes (Bliersbach, 1988; Laffel & Blumenthal, 1989). Het is met name in het denken over de kwaliteit van zorg dat deze ontwikkeling zichtbaar wordt.

#### 8.2.1 Bedrijfskundige invloeden

De ontwikkeling van de inhoud van het begrip kwaliteit komt tot uitdrukking in een accentverschuiving van kwaliteitsbeoordeling naar kwaliteitsverbetering (*hoofdstuk 3*), het streven naar een formele definitie of een beleidsrelevante operationalisering van het begrip kwaliteit (*hoofdstuk 4*), alsmede in de interpretatie van gegevens over de kwaliteit

<sup>155</sup> De beweringen in dit hoofdstuk worden nu niet meer onderbouwd door de literatuur, maar door de voorafgaande gevalsstudies. Waar nodig wordt uiteraard nog wel verwezen naar literaire bronnen die de interpretatie van de gevalsstudies hebben beïnvloed.

van zorg (*hoofdstuk 5, 6 en 7*). Een dergelijke ontwikkeling is tegen de achtergrond van de toenemende organisatorische complexiteit van de gezondheidszorg te typeren als een verschuiving van zorginhoudelijke benadering naar bedrijfskundige aanpak. Aanvankelijk krijgt de aandacht voor de kwaliteit van zorg gestalte in een streven naar perfectie. Het werk van de chirurg Codman is hiervan een voorbeeld. Het drukt een gedachte over de inhoud van het begrip kwaliteit uit. Deze begripsinhoud wordt geëxpliciteerd in de formele aanpak van de 'Joint Commission', verder uitgewerkt en onderbouwd door Donabedian en Williamson, tot Berwick de moraal van het kwaliteitsbeleid en de aard van het kwaliteitsgericht handelen ter discussie stelt en nieuwe voorbeelden geeft voor de invulling van het begrip kwaliteit, die hij veelal ontleent aan bedrijfskundige theorievorming (*zie hoofdstuk 3, figuur 3.3*).<sup>156</sup> De aard van het voorbeeld verandert en deze is van (groot) belang voor de identiteit van het kwaliteitsgericht denken en handelen. Een primair begrip wordt immers uiteengezet door middel van voorbeelden (*paragraaf 2.4*).

De geleidelijke verandering van het voorbeeld voor kwaliteitsgericht denken en handelen brengt een verandering in begripsinhoud teweeg (*zie tabel 8.1*).<sup>157</sup> Donabedian verwoordt een statische visie op kwaliteit. Kwaliteit bestaat als eigenschap van het zorgproces. Het kan worden gemeten en beoordeeld. Williamson en Berwick geven gestalte aan een dynamische visie. Kwaliteit ontstaat in een cyclisch proces, waarin doelstellingen voortdurend worden geconfronteerd met uitvoering of resultaten van zorgverlening. Meting speelt geen absolute rol, maar vindt bij herhaling plaats teneinde vermoedens, afgeleid uit de doelstelling van het handelen, te toetsen. De gegevens die de meting oplevert, worden vervolgens gebruikt om de doelstellingen of de uitvoering van het desbetreffende zorgproces te herzien. Bij Williamson is dit cyclisch proces sterk professioneel gekleurd. Het is vooral een leerproces voor zorgverleners dat naast de praktijk der zorgverlening plaatsvindt in de vorm van bij- of nascholing of als activiteit van een ziekenhuiscommissie (vorming). Berwick streeft, naar bedrijfskundig voorbeeld, integratie van het cyclisch proces in het medisch handelen na. Het cyclische proces wordt daardoor een reflexief proces.<sup>158</sup> Op het niveau van de persoon vertaalt het zich in kritische zelfreflec-

<sup>156</sup> Opvallend is dat het onderwerp in bedrijfskundige literatuur veelal door filosofische beschouwingen wordt begeleid. Grondleggers als Deming, Juran, Ishikawa en Imai geven een wijsgerig commentaar op de meer pragmatisch georiënteerde onderdelen van hun werk. Uit biografische notities blijkt de aandacht voor kwaliteit bij deze personen te zijn uitgegroeid tot een levenshouding. Zo denkt bijvoorbeeld Deming zelfs bij het wachten op de trein automatisch aan mogelijkheden tot kwaliteitsverbetering (Deming, 1994). Terecht kan er in populaire zin over een 'kwaliteitsfilosofie' worden gesproken. Deze heeft veel te maken met betekenisverlening. Daarom lijkt een betekenisstheorie van belang, niet alleen voor het denken over de kwaliteit van zorg, maar ook voor het medisch handelen in het algemeen.

<sup>157</sup> Dit blijkt niet alleen uit de gevalsstudies. Veel tijdschriften publiceren inmiddels artikelen met toepassingen van controle-kaarten, het Pareto-diagram, de kwaliteitscyclus of andere bedrijfskundige methoden en technieken voor beheersing van de kwaliteit van zorg (*zie Harteloh & Casparie, 1998: p108 e.v.*).

<sup>158</sup> Een relatie is reflexief wanneer  $xRx$  waar is. De Deming cyclus geeft hieraan gestalte. In deze cyclus wordt bijvoorbeeld een relatie gelegd tussen het (oorspronkelijke) plan (p) met zichzelf, middels de fasen uitvoering (d), toetsing (c) en evaluatie (a). Er geldt  $pRp$ , waarbij  $x$  = plan en  $R$  = conceptuele relatie middels d, c, a. Hetzelfde geldt voor de andere fasen uit de Deming cyclus (dRd, cRc, aRa). Wanneer het kwaliteitsgericht denken of handelen het grondplan van de Deming cyclus vertoont, is er

tie, op interpersoonlijk niveau in de structuur van sociale configuraties (intercollegiale toetsing, Deming cyclus). De samenhang tussen vorming en kritische attitude van de beroepsbeoefenaar en de organisatorische ondersteuning van het streven naar kwaliteit worden daarbij benadrukt. Het wordt gezien als een voorwaarde voor *continue* verbetering en een *directe* invloed van het kwaliteitsbeleid op de medische praktijk (*paragraaf 3.6*).

*Tabel 8.1 Bedrijfskundige beïnvloeding van het denken over de kwaliteit van zorg*

- 
- een dynamische opvatting van kwaliteit, tegen de achtergrond van een bepaald wereldbeeld. Vereist is een reflexief proces, waarbij plannen of handelingsdoeleinden worden verbonden met zichzelf middels uitvoering, toetsing en evaluatie, waardoor kwaliteit *ontstaat* als beheersing van een immer veranderende realiteit.<sup>159</sup> Zorgverlening wordt daarbij vergeleken met dienstverlening, en methoden en technieken om dienstverlening te analyseren (procesanalyse, visgraatdiagram, Pareto analyse, etc.) worden toegepast op zorgverlening;
  - kennis van de verwachtingen en belevingen van de patiënt verzamelen om de kwaliteitsbeoordeling in een reflexief proces van betekenis te voorzien (klantgerichtheid, patiëntgerichtheid);
  - kennis en ervaring van de zorgverlener gebruiken om een relatie tussen de theorie en de praktijk te leggen en de kwaliteitsbeoordeling van een inhoudelijke basis te voorzien;
  - het benadrukken van de samenhang tussen vorming en attitude van de zorgverlener, tegen de achtergrond van een bepaald mensbeeld. Er is een streven naar het goede (perfectie). De organisatie of het systeem moet dit ondersteunen;
  - inbedding van kwaliteitsgericht denken en handelen in de organisatie (kwaliteitssystemen);
  - een besturingsfilosofie die kwaliteitsgerichtheid als een integraal onderdeel (reflexief proces) van de zorgverlening probeert te stimuleren;
- 

Spiegeling aan het bedrijfsleven wordt als een belangrijke nieuwe impuls voor het denken over de kwaliteit van zorg beschouwd (Laffel & Blumenthal, 1992) of scherp bekritiseerd en afgewezen (Donabedian, 1993). De autonomie en eigenheid van de gezondheidszorg zijn daarbij vaak inzet van de discussie. Volgens Williamson zijn bedrijfskundige benaderingen moeilijk vertaalbaar naar de gezondheidszorg. Het jargon verschilt sterk en spreekt zorgverleners niet aan. Nuchter merkt hij op dat van de 44 door hem geanalyseerde voorbeelden van bedrijfskundige benaderingen van de kwaliteit binnen de gezondheidszorg, er 40 administratieve processen betroffen in plaats van klinische uitkomsten, hetgeen zorgverleners niet tot voorbeeld strekt (Williamson, 1994). Williamson ontkent de zwakheden van de zorginhoudelijke benadering niet (overmatige controle, negatieve houding, bureaucratie), maar hij vraagt zich af of het ook de *noodzaak* van een bedrijfskundige aanpak met zich meebrengt. Hij wijst er (terecht) op dat de

---

sprake van reflexiviteit. In bredere zin is reflexiviteit een verzamelnaam voor een naar zichzelf verwijzend verschijnsel, begrip of verhaal. Het kent een mathematische, logische en sociale pendant (Ashmore, 1989). Een reflexief proces is niets meer dan het herhaald toepassen van eenzelfde conceptuele vaardigheid op het voorwerp van aandacht; een reeks van handelingen, waarvan de inhoud zich steeds verrijkt. Er vindt een kwalitatieve sprong plaats. Er *ontstaat* kwaliteit.

<sup>159</sup> De flux theorie van Heraclitos: "Het is niet mogelijk twee maal in dezelfde rivier te stappen" en "alles stroomt en niets blijft hetzelfde" (Plutarchus, 1983). Opmerkelijk is dat deze flux theorie de achtergrond vormt van de discussie tussen Socrates en Theodorus waarbinnen het begrip kwaliteit wordt gemunt in de betekenis van een hoedanigheid (*paragraaf 2.2*). Deze conceptualisering komt dicht bij de oorspronkelijke intuïtie van kwaliteit.

(cyclische) structuur van de 'Health Accounting Approach' herkenbaar is in industriële modellen. Het is op te vatten als een variant van de Deming cyclus in de gezondheidszorg (zie hoofdstuk 3, figuur 3.2) en daarmee als een vertaling van bedrijfskundige principes naar de gezondheidszorg 'avant-la-lettre'.

Donabedian voert een ander veelgehoord argument aan tegen een bedrijfskundige benadering. Het betreft de rol van de patiënt. Deze heeft volgens Donabedian altijd al centraal gestaan in de gezondheidszorg (Brown, 1996). Het medische handelen neemt een aanvang met medische klachten of problemen van een patiënt. Bedoeling is deze te verlichten of op te lossen. Een gezondheidszorg die daarin niet (gedeeltelijk) zou slagen, is een *contradictio in terminis*. Dat daarbij de mening van de zorgverlener over de mate waarin de gezondheidszorg aan de beoogde doelstellingen tegemoet komt, meer gewicht in de schaal legt dan die van de patiënt, is volgens Donabedian dan ook eerder een methodologische kwestie dan kwestie van waardering. Wetenschappelijk onderzoek is daarom de context waarbinnen de oplossing moet worden gezocht. Bovendien is een patiënt volgens Donabedian geen klant (Brown, 1996). Een patiënt heeft een lichamelijke, psychisch of sociaal *probleem* en verschilt daardoor van een klant die, conform de klassieke economische inzichten, (louter) uit is op behoeftebevrediging.<sup>160</sup> De patiënt is niet alleen figuurlijk, maar zelfs vaak letterlijk het lijdend voorwerp van de zorgverlening en daardoor dikwijls veel afhankelijker dan de klant. Vaak beschikt een patiënt door de toestand waarin deze verkeert, niet over een rationeel verwachtingspatroon en is er een zekere kennisachterstand ten opzichte van de zorgverlener als het gaat om verwachtingen over het verloop en effect van het medisch handelen. Dit vereist een bepaalde houding van de zorgverlener (bekommernis) en een bepaalde doelstelling van de organisatie (*charitas*) om gegeven diens specifieke toestand tot een handelen te geraken dat de patiënt tot voordeel strekt, en daardoor daadwerkelijk als 'zorg' kan worden aangemerkt. De bedrijfskundige benadering als voorbeeld van klantgerichtheid is volgens Donabedian dan ook enerzijds "oude wijn in nieuwe zakken" en anderzijds niet gepast.<sup>161</sup>

Aanwending van dit soort argumenten duidt erop dat het bedrijfskundige principe van de klantgerichtheid nog over onvoldoende draagvlak in de gezondheidszorg beschikt. Vanuit een bedrijfskundig perspectief is kennis over de (interne of externe) klant een aspect van een kritische zelfreflectie op het eigen handelen. Een producent moet duidelijk kunnen aangeven wie de klant is en wat deze wil om vervolgens de wensen of behoeften van de klant te vertalen in eigenschappen van het product. De klant bepaalt zo

<sup>160</sup> Volgens neo-klassieke economische theorieën vinden zorghandelingen plaats omdat personen er een voordeel (nut) aan ontleen. Dit voordeel kan geformuleerd worden in termen van eigenbelang, bijvoorbeeld het geld dat ermee wordt verdiend, of in termen van een altruïsme, een bekommernis om de ander. Voor een economische theorie maakt dit onderscheid niet zoveel verschil. Ook een altruïsme brengt een zeker voordeel met mee (status, prestige). Het verrichten van een zorghandeling kan leiden tot nut in de vorm van tevredenheid of geluk (Wiseman, 1997).

<sup>161</sup> Mogelijk staat de patiënt centraal in de zorgverlening, *niet* in de kwaliteitsbewaking ervan. Zo merkt Reerink in 1985 al (met een zekere ironie) op: 'Gezien het axioma van de patiënt als middelpunt van het medisch handelen en de vele uitspraken die namens of uit naam van de patiënt over zorgverlening of de kwaliteit ervan worden gedaan, moet de geringe aandacht voor de patiënt bij de toetsing op een artefact berusten, een methodische fout misschien' (Reerink, 1985).



*mede* het normatief referentiekader van het productieproces. In de gezondheidszorg betekent het dat de kwaliteit van zorg niet langer uitsluitend en alleen wordt gedefinieerd vanuit de optiek van de zorgverlener, maar dat *ook* de opinie van de patiënt wordt gebruikt bij het vormgeven en evalueren van de zorg. Veelal wordt de relevantie van de mening van de patiënt onderschreven, maar de validiteit van diens opinie aangevochten (zie hoofdstuk 7). Daarmee is een van de basisprincipes van de kwaliteitskunde in het geding.

Een ander argument tegen al te grote spiegeling aan het bedrijfsleven, stelt dat het misschien wel *mogelijk*, maar eigenlijk minder *wenselijk* is de zorgverlening in te kleden naar bedrijfskundige principes. De gezondheidszorg is een maatschappelijke goed. Het kwaliteitsbeleid is dan ook niet alleen gericht op de mate waarin de populatie tevreden is gesteld door middel van de verleende diensten, maar ook op een gepaste aanwending van deze (geneeskundige) diensten. Het is een probleem om daarbij binnen de gegeven financiële grenzen aan de vraag naar zorg tegemoet te komen. Industriële modellen veronderstellen een intrinsieke drijfveer - concurrentie of een streven naar winst - die tot evenwicht of synergie van verschillende onderdelen van het kwaliteitsgericht handelen leidt. Het is de vraag hoe een dergelijk evenwicht en de bijbehorende prikkels om dit te bewerkstelligen er in de gezondheidszorg uitzien.<sup>162</sup> Het ontbreken van expliciete concurrentie in de gezondheidszorg vereist een ander marktmechanisme om tot een maatschappelijk acceptabel evenwicht te geraken.

Zo heeft het bedrijfskundige voorbeeld een discussie over de identiteit van kwaliteitsgericht denken en handelen in de gezondheidszorg op gang gebracht. Het voorziet kwaliteitsgerichtheid van een eigen gezicht door de synergie van procesbeheersing en klantgerichtheid, alsmede het gebruik van specifieke methoden en technieken om deze te realiseren. Bedrijfskundige theorievorming biedt bovendien een algemeen toepasbare visie op kwaliteit van waaruit het object van aandacht wordt beschouwd. Het ontleent deze aan een inhoudelijke invulling van kwaliteit als capaciteit, een verhouding van gerealiseerde mogelijkheden ten opzichte van een normatief referentiekader; geheel in overeenstemming met de intuïtie die het begrip oorspronkelijk tot uitdrukking brengt (*paragraaf 2.2*). Een bedrijfskundige benadering brengt echter een visie op zorg met zich mee - zorg als dienstverlening - die minder goed past binnen de context waarin gezondheidszorg plaatsvindt. De gezondheidszorg representeert een algemeen maatschappelijk belang waarin het individu (zorgverlener en patiënt) is ingebed. Het vinden van een evenwicht tussen zorginhoudelijke en maatschappelijke belangen is niet in de bedrijfskundige aanpak geïnvolveerd. Het accent op klantgerichtheid is bovendien vanuit zorginhoudelijk perspectief een nieuw label voor een aloude gang van zaken. De zorg-

<sup>162</sup> Economische theorieën over zorghandelingen gaan ervan uit dat het individu handelt vanuit een vrije keuzemogelijkheid, en dat deze rationeel kiest met als doel bevrediging van behoeften. Biologische theorieën verklaren zorghandelingen vanuit instinct, biologische verwantschap, of biologische constitutie. Zij gaan ervan uit dat erkenning en beloning in de toekomst belangrijke motieven zijn voor zorghandelingen (Wiseman, 1997). In een bedrijfskundige en zorginhoudelijke benadering staan deze beide theorieën met bijhorende drijfveren - concurrentie en *charitas* - tegen over elkaar. Op de achtergrond spelen nog andere theorieën met andere drijfveren een rol. Anthropologische theorieën beschouwen zorg als een geritualiseerde vorm van ruilhandel of gemarchandeerd met de goden. Commitment, religie en macht spelen daarbij een centrale rol. Sociologen gaan vaak uit van verwachtingen samenhangend met sociale rolpatronen (Wiseman, 1997).

inhoudelijke benadering gaat uit van een visie op zorgverlening en geniet daardoor erkenning en waardering bij zorgverleners. Probleem is echter het begrip kwaliteit een plaats te geven in een zorgmodel, zonder dat dit daarbij aan betekenis verliest en oude wijn in nieuwe zakken wordt verpakt (*paragraaf 1.2*). De integratie van zorginhoudelijke en bedrijfskundige benadering behoeft een zorgconcept dat zowel aan de vereisten voor het denken over zorg, als aan de vereisten voor het denken over kwaliteit tegemoet komt. De vraag is nu hoe een dergelijk zorgconcept eruit ziet.

### 8.2.2 Een functioneel zorgconcept

Een zinvol gebruik van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg berust op een gevoel voor de betekenis van kwaliteit. Dit gevoel is veranderd en mogelijk zelfs verloren gegaan met de mechanisering van het wereldbeeld (*paragraaf 2.2*). Het begrip kwaliteit nam een vooraanstaande plaats in binnen het Aristotelianse gedachtegoed, maar het moest zich vervolgens een plaats veroveren binnen een causaal model dat meer en meer wordt ingevuld door natuurwetenschappen, die het begrip kwaliteit ogenschijnlijk niet meer nodig hebben als onderdeel van een verklaring voor de werkelijkheid (Dennet, 1990).<sup>163</sup> <sup>164</sup> Het is dan ook niet verwonderlijk dat thematisering van de kwaliteit van zorg heden ten dage problematisch is. Modellen van het medisch handelen en de gezondheidszorg zijn overwegend mechanistisch van aard (*zie paragraaf 3.3.1*) en berusten op natuurwetenschappelijke grondslag (*zie paragraaf 4.3*). Een technische ingreep van de zorgverlener wordt beschouwd als oorzaak voor het opheffen van een medisch probleem op microniveau of het causaal verband tussen structuur, proces en uitkomst is het beeld van de gezondheidszorg op macroniveau. De bouwstenen van dergelijke modellen zijn zonder kwaliteit ('apoiou'). Het zorgproces is niet langer de unieke helende interactie tussen patiënt en zorgverlener, maar net als een industrieel proces een serie handelingen, gericht op het reproduceren van een bepaald resultaat (diagnostiek, therapie, verpleging, verzorging). Het voedt de vergelijking van zorg- met dienstverlening (*zie: Harteloh & Casparie, 1998: p103*) en het is de vraag of deze geheel recht doet aan de eigen aard van de zorgverlening. Een (specifieke) kwaliteit van de zorgverlening valt weg, hetgeen de weerstand tegen toepassing van bedrijfskundige theorievorming over kwaliteit mede verklaart. Met deze weerstand wordt tevens een visie op kwaliteit verworpen, die beter in overeenstemming is met de oorspronkelijke intuïties achter dit begrip. Er is in de gezondheidszorg een nieuw (post-mechanistisch) gevoel voor de betekenis van het begrip kwaliteit nodig om het in relatie tot zorg te definiëren.

Locke was één van diegenen die kort na de mechanisering van het wereldbeeld het begrip kwaliteit een nieuwe invulling heeft gegeven (*zie paragraaf 2.2*). Laten we daar-

<sup>163</sup> Beweging is bijvoorbeeld geen kwaliteit van het deeltje meer, maar een gevolg van botsingen van het desbetreffende deeltje met andere deeltjes.

<sup>164</sup> In diens artikel *Quining Qualia* weerlegt Dennett (1990) stuk voor stuk de betekenisnuances van kwaliteiten als onuitsprekelijke, intrinsieke, private, direct waarneembare eigenschappen van de ervaring. Hij betoogt dat de enige inhoud van bijvoorbeeld 'het proeven' de neurofysiologische toestand van smaakreceptoren kan zijn, ook al proeft de persoon een zoete wijn. Iedere andere aanname leidt tot strijdigheden of onweerlegbare (= non empirische) uitspraken.

om eens nagaan in hoeverre diens terminologie toepasbaar is op zorg.<sup>165</sup> In termen van Locke kan de vraag worden gesteld naar de primaire of secundaire kwaliteiten van zorg. Daarbij stuiten we op de moeilijkheid dat zorg geen materieel object is. Zorg bezit geen uitgebreidheid, geen lengte, hoogte of gewicht, is niet in beweging of rust, en kent geen aantal. Wanneer de vraag de zorgverlener of de zorginstelling betreft, kan wel over primaire kwaliteiten worden gesproken, maar lijkt het antwoord triviaal. We zijn niet geïnteresseerd in het gewicht van de zorgverlener of de afmetingen van de zorginstelling als we de kwaliteit van zorg thematiseren. Kortom, het lijkt zinledig in deze zin over primaire kwaliteiten te spreken. Strikt genomen is medische zorg een verzameling van handelingen, zoals het verrichten van diagnostiek, het voorschrijven van een geneesmiddel, het verbinden van een wond, of het wassen van een patiënt. Iedere handeling heeft een functie en daarvoor een specifieke capaciteit nodig, in de vorm van een kwaliteit, waardoor de functie goed kan worden vervuld. Zonder die kwaliteit lukt dat niet. Om deze kwaliteit te benoemen moet worden teruggegrepen op de bedoelingen of doeleinden van zorgverlening en de organisatie die daarom heen is gegroeid.<sup>166</sup> Daarbij moet onderscheid worden gemaakt tussen een gebeurtenis en een handeling. Een eenvoudig voorbeeld maakt dit inzichtelijk. Het bijeenbrengen van een aantal stenen is een feit, een (neutrale) tijd-ruimtelijk gesitueerde gebeurtenis met multipеле functies. Het is slechts het bouwen van een huis als het bijeenbrengen van de stenen ook met deze bedoeling geschiedt. Het bijeenbrengen van de stenen is dan een handeling. Ontstaat er door het bijeenbrengen van de stenen “toevallig” een huis dan blijft het een gebeurtenis, geen handeling.<sup>167</sup> De bedoeling is het verschil tussen een gebeurtenis en een handeling (Da-

<sup>165</sup> Er is een onderscheid tussen ‘zorg voor anderen’ (caring for) en ‘zorg over anderen’ (caring about). ‘Zorgen voor’ impliceert een handeling. Het duidt op een taak. ‘Zorgen over’ impliceert een houding. Het heeft te maken met gevoelens voor anderen. Het welzijn van de ander heeft een positief gemarkeerde waarde in de verzameling voorkeuren van een persoon. Het zorgen voor kan, maar hoeft niet noodzakelijkerwijs, te berusten op gevoelens voor de ander. Binnen deze connotatie kan het zorgconcept een professionele invulling krijgen. De zorgverlener krijgt een geldelijke beloning voor diens diensten. Motivatie wordt daarbij gevonden in een algehele bekommernis om de medemens zonder specifieke voorkeur of onderscheid in de zin des persoons te maken (Wiseman, 1997). De intentie van beide vormen van zorg is vanuit conceptueel oogpunt gelijk.

<sup>166</sup> Een verzameling van *bedoelingen* die aan een zorghandeling ten grondslag liggen, vormen in hun onderlinge samenhang een zorgconcept. Het *zorgconcept* bevat doelen en principes van de zorghandeling. Vanuit een zorgconcept wordt een *handeling* verricht. Een verzameling van zorghandelingen vormt de *praktijk* van de zorgverlening. Rondom een serie van zorghandelingen wordt een *organisatie* opgetrokken. Bijvoorbeeld: voor een bepaalde doelgroep van personen wordt door zorgverleners, beleidsmakers en de betrokkenen zelf, gezamenlijk een zorgconcept geformuleerd. De zorgverleners geven vervolgens de praktijk van de zorgverlening vorm. Beleidsmakers en bestuurders richten zich op de omringende organisatie. Organisatie en structuur volgen uit de inhoud van het zorgconcept. Een zorgconcept vindt zijn neerslag in beleidsplannen, definities van geneeskunde of zorgverlening en taakstellingen van zorginstellingen. Het begrip zorg kan daarom in de formulering ‘kwaliteit van zorg’ op tweeërlei wijze worden opgevat: als handeling en als organisatie of systeem.

<sup>167</sup> Dit is van belang voor de *betekenis* van een handeling: ‘Someone who acts with a certain intention acts for a reason; he has something in mind that he wants to promote or accomplish. A man who nails boards together with the intention of building a squirrel house must want to build a squirrel house, or think that he ought to (no doubt for further reasons), and he must believe that by nailing the boards

vidson, 1980: p83-102), en derhalve van eminent belang om de betekenis van zorg als handeling te begrijpen. Toepassing van dit analytische onderscheid op zorg leidt tot een nieuwe visie op de kwaliteit van zorg.

Zorg gaat uit van een intentie 'bekommernis' (Hattinga Verschure, 1981b). Door deze intentie is de handeling als zorgverlening te benoemen. Het snijden met een mes in de buikwand is weldoen in handen van de chirurg, maar een misdaad in handen van de straatrover; het toedienen van atropine vakbekwaam in handen van de internist die een ritmestoornis van het hart behandelt, maar een poging tot doodslag in handen van de gifmengster. De handeling is dezelfde. De intentie bewerkstelligt het verschil in betekenis. Het is de primaire kwaliteit van een zorghandeling, omdat het deze conceptueel maakt tot wat zij is, 'zorg'. De zorghandeling is in de loop der geschiedenis meer en meer ingebed in een organisatorisch kader. Daarbij transformeert een persoonlijke intentie in een morele waarde. Ook voor een praktijk, een vorm van collectief handelen, is de intentie, nu doelstelling genaamd, als primaire kwaliteit aan te merken (McIntyre, 1981). Aanvankelijk is dit de *charitas* wanneer de zorgpraktijk voornamelijk in de Middeleeuwse kloostergasthuizen is gelokaliseerd (Kuitert, 1989; Wulff, 1995). Het isoleren van een persoon in een dergelijk gasthuis verschilt bijvoorbeeld van isolatie in een gevangenis, niet zozeer door de praktijk als zodanig, het ontzeggen van enige maatschappelijke relaties, maar door de intentie, 'zorg'. De morele waarde 'charitas' ondergaat transformaties naarmate de organisatie en de omringende maatschappij zich in de loop der tijd verder ontwikkelen. De zorghandeling krijgt daarbij meer en meer een neutraal karakter. Het doel ervan ligt niet meer inhoudelijk vast. Het moet (steeds weer opnieuw) worden gezocht en alleen in het licht van het gezochte doel hebben *doel*/treffendheid en *doelmatigheid* betekenis (Barneveld Binkhuysen & Puijlaart, 1986). Tegen de achtergrond van een toenemende pluraliteit van normen en waarden stelsels ontwikkelt zich vervolgens een notie van kritische zelfreflectie die het denken over de kwaliteit van zorg stimuleert. Het begrip kwaliteit wordt daarbij geassocieerd met een verhouding van gerealiseerde mogelijkheden ten opzichte van een normatief referentiekader.<sup>168</sup> De inhoud ervan wordt gezocht op een hoger abstractieniveau, namelijk in de vorm van een semantische regel. De feitelijke inhoud is variabel en situationeel bepaald. Het gerealiseerde is echter nog steeds te lezen als realisatie van een intentie, een bedoeling, de oorspronkelijke drijfveer achter een *zorghandeling* of doeleinden van de daarbij passende organisatie 'gezondheidszorg'. De bekommernis op individueel niveau en de *charitas* op het niveau van de organisatie zijn dan ook als de (oorspronkelijke) primaire kwaliteiten

---

together he will advance his project. Reference to other attitudes besides wanting, or thinking he ought, may help specify the agent's reasons, but it seems that some positive, or pro-, attitude must be involved' (Davidson, 1980: 83).

<sup>168</sup> Formeel weergegeven als: "Als  $((((gmRnk_1)Rnk_2)Rnk_n) = \text{goed})$  dan ('kwaliteit' = kwaliteit)" (waarbij *gm* = gerealiseerde mogelijkheid, *nk* = normatief referentiekader, *R* = formele relatie, bijvoorbeeld een verhouding; zie hoofdstuk 4). Een aloude paradox duikt hierbij op. Eén zandkorrel is geen zandhoop. Door toevoeging van een zandkorrel is er sprake van een aantal zandkorrels, nog niet van een zandhoop, etc. Het moment waarop een aantal zandkorrels overgaat in de zandhoop, is het moment waarop een verandering van hoedanigheid, een kwalitatieve sprong plaatsvindt (Wedberg, 1984: p134-135). Het kwantitatieve wereldbeeld kan dit slechts beschrijven, maar bevat hiervoor geen criterium. Het grootte van het getal *n* hoort bij het criterium voor de kwalitatieve sprong.

van zorg aan te merken. Zij ondergaan een transformatie in de loop der tijd en worden daarbij meer en meer situationeel neutraal. Een semantische regel neemt op een hoger abstractie niveau hun functie als primaire kwaliteit over. Kritische zelfreflectie op individueel niveau en een juiste verhouding van normen en waarden op het niveau van de organisatie verheffen de zorg tot zorg van goede kwaliteit.

In termen van Locke zijn de secundaire kwaliteiten van zorg eigenschappen die berusten op primaire kwaliteiten van de zorghandeling, maar die zich alleen voordoen in een bepaalde context. De gevalsstudies naar betekenisverlening geven een aanwijzing welke dit zijn. In het denken over kwaliteit representeren gegevens over gezondheidszorg niet alleen feiten, maar ook (medische) morele waarden. Zo is de waardering van ziekenhuissterfte te herleiden tot het niet schaden (vermijdbaarheid), de patiëntsatisfactie tot welzijn, autonomie en de waardering van gezondheidszorg in het algemeen, en variaties in zorg tot (verdelende) rechtvaardigheid. Waarden vinden toepassing in een evaluatieprocedure, waarin met name de (lokale) relevantie van de desbetreffende waarde wordt vastgesteld. Zij vormen er de impliciete criteria aan de hand waarvan de kwaliteit van het medisch handelen wordt beoordeeld (*paragrafen 5.6, 6.6 en 7.6*).<sup>169</sup> Een specifieke waarde is echter geen intrinsiek eigenschap van de zorghandeling, maar deze krijgt alleen gestalte in een bepaalde context. Wat in de ene situatie verdelende rechtvaardigheid is (bijvoorbeeld een richtlijn die eenzelfde behandeling bij eenzelfde soort patiënten voorschrijft), is in de andere situatie een beperking van de autonomie van de patiënt (bijvoorbeeld de individuele patiënt die de behandeling wil hebben, maar deze op grond van een richtlijn wordt onthouden). Het zijn de secundaire kwaliteiten van zorg. Zij treden alleen op als de zorghandeling wordt verricht, maar zijn situationeel bepaald.

Het onderscheiden van primaire en secundaire kwaliteiten stelt ons in staat tot een visie op het verschijnsel zorg te komen, zodat we de betekenisnuances van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg verder in kunnen vullen. Zorg gaat uit van de intentie tot bekommernis op individueel niveau en van de intentie 'charitas' op het niveau van de organisatie. Dit zijn de primaire kwaliteiten van zorg. De meest open benadering van zorg is als vorm van weldoen, een bewerkstelligen of streven naar een niet schaden, autonomie of rechtvaardigheid. Slechts dan is zorg een object met multiple functies, zoals doeltreffendheid, doelmatigheid of patiëntgerichtheid.<sup>170</sup> Traditionele medische waarden

<sup>169</sup> Het gebruik van morele waarden is plausibel, omdat de evaluatie van de zorg plaats vindt in een maatschappelijk kader waarin een gemeenschappelijk begrippenkader moet worden gehanteerd. Het medisch technische begrippenkader van de zorgverlener, het economische jargon van de verzekeraar, de volkpsychologie van de patiënt, of het organisatorische spraakgebruik van het management zijn daartoe niet geschikt. De verschillende partijen vinden elkaar daarentegen in een dialoog over waarden die aan gezondheidszorg ten grondslag liggen, omdat deze interindividueel uitwisselbaar en begrijpelijk zijn. Deze universele waarden verlenen het gegeven in combinatie met de intrinsieke structuur ervan betekenis voor de kwaliteit van zorg.

<sup>170</sup> Een vereniging van feit en waarde vereist een bepaalde taalvaardigheid. We treffen dit aan bij Aristoteles als deze het begrip *ethos* in de zin van gedrag (feit) en karakter (waarde) gebruikt. Het is geen analytische zwakheid, maar een uitdrukking van een openstaan voor de wereld. Een boom wordt bijvoorbeeld niet alleen gezien als 'iets om in te klimmen', maar als een 'boom', een object met multiple functies, eigenschappen en kwaliteiten. Het is tevens een besef van de conceptuele medebepaaldheid van onze ervaring. Zo benaderen we hier ook 'het object' zorg.

en functies zijn de secundaire kwaliteiten van een zorghandeling. Als deze aanwezig zijn vervult de zorg haar functie (zie tabel 8.2).<sup>171</sup>

Tabel 8.2 De kwaliteiten van zorg

	Primaire kwaliteiten van zorg	Secundaire kwaliteiten van zorg
	intentie, bedoeling, doelstelling	doeltreffendheid, doelmatigheid, patiëntgerichtheid, etc.
individu	bekommernis kritische zelfreflectie	weldoen, niet schaden
organisatie	charitas kwaliteitssysteem	autonomie en rechtvaardigheid bevorderen
	semantische regel	morele waarden

Een zinvol gebruik van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg vereist een zorgconcept dat aan een post-mechanistische visie op het begrip kwaliteit tegemoet komt. Zorg moet daartoe niet langer als een materieel object worden beschouwd (zie paragraaf 3.3.5), maar als een functie. Een zorgfunctie heeft een bedoeling, een uitvoering en een resultaat. Het bewerkstelligt een transformatie, niet alleen van een zieke in een gezonde persoon, maar ook van een waarde. Waarden vormen de conceptuele inhoud van zorg en zijn dan ook de uiteindelijke inzet van een discussie over de kwaliteit van zorg. Het aflezen van deze waarden vereist het volgen van een semantische regel. De aard van een dergelijke regel bepaalt de mogelijkheid tot interpretatie van beweringen, handelingen of gegevens in termen van kwaliteit.

Daarmee is het denken over de kwaliteit van zorg in overeenstemming met een visie op de aard en functie van begrippen zoals die zich in de Twintigste eeuw heeft ontwikkeld. Wittgenstein heeft erop gewezen dat betekenis is gelegen in het gebruik van een begrip. Begrippen bestaan (slechts) binnen een sociale realiteit. De interpersoonlijke communicatie bepaalt het objectieve karakter van een begrip. Om binnen deze sociale realiteit een rol te kunnen spelen moet een begrip dan ook worden opgevat als een regel en het begrijpen van een begrip als het volgen (interpreteren) van een regel. Deze regel blijkt uit de structuur van het taalgebruik. Uitdrukking kan in logische, mathematische of talige entiteiten plaatsvinden. Het formuleren van een regel om het gebruik van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg te verklaren is dan ook een manier om de betekenis van het begrip weer te geven. De contouren van deze regel worden langzaam zichtbaar in de ontwikkeling die het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg doormaakt.

<sup>171</sup> Onder kwaliteiten wordt hier in de stijl van Shoemaker (1982) verstaan: 'the qualitative or phenomenal features of sense experiences, in virtue of having which they resemble and differ from each other, qualitatively, in the ways they do'. Het betreft de kenmerkende aspecten van het verschijnsel zorg, opgevat als de (zintuiglijke gefundeerde) ervaring van een intermenselijke relatie door de wederzijdse participanten in deze relatie. Kwaliteiten staan daarbij tegenover intentionele eigenschappen van de ervaring.

### 8.3 Gegevens over de kwaliteit van zorg

De gevalsstudies naar betekenisverlening tonen een veranderende optiek op gegevens over de kwaliteit van zorg. In een zorginhoudelijke benadering is kennis over kwaliteit gebaseerd op de medische wetenschap, epidemiologie en gezondheidszorgonderzoek. Door (alreeds aanwezige) gegevens binnen een conceptueel schema te plaatsen vindt interpretatie in termen van kwaliteit plaats. Het technische model van het medisch handelen of de structuur, proces, uitkomst indeling zijn voorbeelden van dergelijke conceptuele schema's (zie paragraaf 3.3). Zo wordt de ziekenhuissterfte geïnterpreteerd als uitkomst van zorgverlening en een causaal verband toegedacht met het zorgproces (zie hoofdstuk 5). Een dergelijk redeneerpatroon wordt ook aangetroffen bij praktijkvariaties (zie hoofdstuk 6) of patiëntsatisfactie (zie hoofdstuk 7). Een interpretatie met behulp van zorginhoudelijk modellen blijkt niet tot een eenduidig beeld van de kwaliteit van zorg te leiden. Bovendien is het leggen van causale relaties dikwijls een bron van problemen. Daarom is een andere visie op het gegeven vereist. Het gegeven is niet langer een voor zichzelf sprekende bron van informatie over kwaliteit. Een gegeven wordt meer en meer een signaal met een welomschreven rol en functie in het kwaliteitsbeleid (zie tabel 8.3).

Tabel 8.3 Gegevens over de kwaliteit van zorg

	Ziekenhuissterfte	Variaties in zorg	Patiëntsatisfactie
het gegeven	frequentie	aantal, frequentie, proportie, spreiding	frequentie, correlaties, factor, dimensie
relatie met kwaliteit van zorg	constructie door middel van semantische regel	constructie door middel van semantische regel	conceptuele overeenkomst op basis van semantische regel
signaal	afwijkende frequentie naar plaats	afwijkende frequentie in tijd	afwijkende frequentie naar dimensie
informeert over	doeltreffendheid	doelmatigheid	patiëntgerichtheid
normering	vermijdbaarheid niet schaden	beheersbaarheid rechtvaardigheid	welzijn

Het nieuwe perspectief op gegevens over kwaliteit is gevat in begrip 'indicator' (zie: paragraaf 5.5, 6.5, 7.5). De term is afkomstig van het Latijnse woord 'indicare', 'aanwijzen'. De Raad voor Gezondheidszorgonderzoek definieert een indicator dienovereenkomstig als 'een meetbaar element van de zorgverlening dat functioneert als een mogelijke aanwijzing voor de kwaliteit van zorg' (RGO, 1990). Indicatoren voor de kwaliteit van zorg geven aanwijzingen over probleemgebieden in de zorgverlening (screeningsindicatoren), het prestatieniveau van zorgverleners (prestatie indicatoren), het effect op de zorgverlening (uitkomstindicatoren) of het navolgen van richtlijnen (borgingsindicatoren). Het nieuwe perspectief spreekt aan en er wordt veel van verwacht. Geen omstandige onderzoeken of zwaarwichtige registraties meer, maar lichtvoetige

informatie die de noodzaak tot evaluatie van de zorgverlening aanreikt (Colsen & Casparie, 1995). Daarbij is er een specifieke invulling van het begrip indicator in het geding.

Het begrip indicator wortelt in een sociaal-wetenschappelijke traditie (zie: Culyer, 1983). Het is er gedefinieerd als een representatie van een abstracte grootheid (een begrip), zodanig dat deze meetbaar wordt: 'In operationele definities worden zintuiglijk waarneembare zaken genoemd die indicatief zijn voor de term die geoperationaliseerd moet worden. Deze direct waarneembare zaken noemt men indicatoren' (Verschuren, 1986: p98). De Groot (1981: p16) spreekt over een empirisch verschijnsel dat een theoretische eigenschap van het voorwerp van aandacht representeert. De indicator representeert het verschijnsel in de orde der natuurlijke getallen en vertoont er een structurele gelijkenis mee. Het legt een relatie tussen gegevens en gedachten.

De sociaal-wetenschappelijke achtergrond beïnvloedt het gebruik van het begrip indicator in de gezondheidszorg. De Harmonizatierraad Welzijnsbeleid brengt in 1981 het begrip indicator in verband met informatie over de kwaliteit van zorg. Overeenkomstig het meetmodel van Donabedian (zie hoofdstuk 3) worden er input of middelenindicatoren, procesindicatoren en effect of prestatieindicatoren onderscheiden (Kasdorp et al., 1982). Vanuit dit zorginhoudelijke perspectief is een indicator de kwantitatieve operationalisering van het abstracte verschijnsel kwaliteit van zorg (Sisk et al., 1990). Een empirische relatie tussen de indicator en de kwaliteit van zorg wordt vóórondersteld. Er is een causale relatie tussen de theoretische eigenschap van een object (gezondheidszorg, zorgverlener, of zorginstelling) en een variabele door een indicator en een operationele definitie (bijvoorbeeld: kwaliteit van zorg (theoretische eigenschap), doeltreffendheid (indicator), aantal genezen patiënten (variabele)). Een indicator wordt beschouwd als een meetinstrument, in overeenstemming met de sociaal-wetenschappelijke origine van het begrip, en deze wordt methodologisch gewaardeerd in termen van validiteit en betrouwbaarheid (zie paragraaf 5.3 en 6.3). Uitkomsten van het zorgproces, zoals: verschillende vormen van sterfte (kindersterfte, moedersterfte, ziekenhuissterfte); resterende ziekte na medische interventie; resterende beperking of handicap na medische interventie; (on)tevredenheid van patiënten (Lohr, 1990), maar ook het aantal klachten, tuchtrechterlijke sancties of het aantal evaluatieprocedures (Sisk et al., 1990), geven in de zorginhoudelijke optiek een beeld van de kwaliteit van zorg (zie tabel 8.4). Het past bij een visie op kwaliteit als eigenschap (staat of toestand). Kwaliteit bestaat, wordt gemeten en gerepresenteerd door een getal. Een hoge getalswaarde betekent een goede, en een lage getalswaarde een slechte kwaliteit.

Vanuit beleidsoptiek is een indicator een aangrijpingspunt voor evaluatie van de zorgverlening. Er is een in beginsel conventionele relatie met het onderliggende verschijnsel. Een indicator is bovenal een aanwijzing van de manager en geeft richting aan het kwaliteitsgericht handelen (Casparie & Hommes, 1997). De gebruikswaarde is nu de belangrijkste norm. Heropnames of heroperaties in ziekenhuizen, klachten van patiënten, vermijdbare sterfte in de populatie zijn voorbeelden van indicatoren die in dit verband worden genoemd (Kazandjian et al., 1993). De betekenis is gelegen in de aanwijzing die het genormeerde gegeven verschaft over de zorgverlening. De indicator is een signaal. Zoals een rode vlag een (louter conventionele) aanwijzing kan zijn voor gevaar, kunnen indicatoren worden gezien als aanwijzingen voor het management dat er iets mis



Tabel 8.4 Indicatoren voor het meten van de kwaliteit van zorg

---

Hospital mortality rates;
Adverse events that affect patients, exemplified by nosocomial infections in hospitals;
Formal disciplinary actions taken by state medical boards against physicians;
Sanctions imposed by the U.S. Department of Health and Human Services (DHHS) on the recommendations of Peer Review Organizations (PROs);
Malpractice compensation;
Evaluation of physicians' performance in caring for a particular condition, exemplified by hypertension screening and management;
Volume of services in hospitals and performed by physicians;
Scope of hospital services, evaluated by external guidelines with particular reference to emergency services, cancer care, and neonatal intensive care units;
Physician specialization;
Patients' assessments of their care.

---

Bron: Sisk et al., 1990

kan zijn met de kwaliteit van zorg. Het conventionele karakter van deze indicatoren impliceert dat altijd nadere evaluatie nodig is om de kwaliteit van zorg te bepalen. Tijdens deze evaluatie worden validiteit en betrouwbaarheid van de gegevens vastgesteld. Dit geschiedt niet op voorhand, maar in een iteratief, interactief proces van gissingen en weerleggingen. Het op gang brengen van evaluatieprocessen is een belangrijk motief voor het gebruik van indicatoren. Het past bij een constructivistische visie op kwaliteit. Kwaliteit *ontstaat* in een streven naar perfectie. Belangrijk is dit op gang te brengen en te houden. De visie op indicatoren als signaal voor kwaliteitsgericht handelen voorziet hierin (zie tabel 8.5).

De ontwikkeling van een gegeven, als voor zichzelf sprekend feit (meetwaarde), naar een indicator is een ontwikkeling van een methode voor betekenisverlening die het mogelijk maakt het gegeven in termen van kwaliteit te interpreteren. Deze ontwikkeling is te verklaren vanuit een ontwikkeling in het denken over gegevens. De gedachte van een gegeven met een objectieve lading dat zich onomwonden aan de waarnemer presenteert, is in de loop van de twintigste eeuw goeddeels verlaten. Er is er geweest op de conceptuele medebepaaldheid van gegevens. Deze volgt niet alleen uit een groot aantal kennispsychologische experimenten (zie bijvoorbeeld Geurts, 1978), maar kan ook systematisch worden beredeneerd. De argumentatie van de Duitse filosoof Kant wordt daarbij dikwijls aangewend (Kant, 1966; 1979).

Ogenschijnlijk gaat men, bijvoorbeeld in de natuurwetenschappen, uit van een gegeven, het waarneembare feit. Bij ieder feit is altijd een vooronderstelling aan te treffen. Een vooronderstelling met betrekking tot empirische feiten is bijvoorbeeld dat onder gelijke omstandigheden (voorwaarden) dezelfde gebeurtenissen optreden bij afwezigheid van storende factoren. Steeds kan worden doorgevraagd naar de noodzakelijke vooronderstellingen die het optreden van de feiten mogelijk maken (mogelijkheidsvoorwaarden). Daarbij stuit men op den duur op de meest algemene voorwaarden. In deze meest algemene en noodzakelijke voorwaarden wordt het a priori van de waarneming aangetroffen (Kant, 1979: p87-131); een a priori dat conceptueel van aard is, *omdat* het niet als zodanig wordt waargenomen. Churchland (1990: p80) vat het argument in een

Tabel 8.5 Indicatoren voor kwaliteitszorg in ziekenhuizen

Conceptuele inhoud: 'als zorg van goede kwaliteit, dan zou x niet zijn opgetreden'	Conceptuele inhoud: discrepancie tussen verwachting en gebeurtenis
<i>indicator:</i> ziekenhuisinfecties postoperatieve wondinfecties sterfte opgenomen patiënten neonatale sterfte perioperatieve sterfte keizersnedes	<i>indicator:</i> <i>niet geplande</i> heropnames binnen 30 dagen voor dezelfde of gerelateerde klacht <i>niet geplande</i> opnames na een ambulante verrichting <i>niet geplande</i> terugkeer naar een afdeling voor gespecialiseerde zorg tijdens dezelfde opnameperiode van de patiënt <i>niet geplande</i> terugkeer naar de operatiekamer tijdens dezelfde opnameperiode van de patiënt <i>niet gepland</i> vertrek <i>heropname</i> binnen 15 dagen
mutilerend gedrag	

Bron: Casparie et al., 1993: C 4.2-13.

sylogisme: Alle empirische kennis is (uiteindelijk) gevat in een oordeel; een oordeel verbindt een concept *F* met een zintuiglijke indruk, een gegeven of een object *o* (*o* is *F*); een concept *F* is onderdeel van een conceptueel schema; het conceptueel schema is een theorie: een samenhangende verzameling concepten met speculatieve vooronderstellingen over objecten en relaties tussen deze objecten; *dus*: alle empirische kennis bezit een theoretische medebepaaldheid.

Vanuit verschillende invalshoeken is zo de theoriegeladenheid van de waarneming geïllustreerd of beredeneerd. Het impliceert dat het empirisch gegeven onlosmakelijk verbonden is met een conceptuele inhoud. Een waarneming kan niet worden gedaan zonder gebruik te maken van een concept, en empirische begrippen hebben alleen betekenis in relatie tot ervaringsgegevens (Kant, 1979: p56-58). Slechts dankzij deze conceptuele medebepaaldheid kan een gegeven een plaats krijgen in een conceptueel netwerk. Er ontstaan grootheden van eenzelfde orde, een mogelijkheid om de ogenschijnlijke kloof tussen feit en waarde te overbruggen. De mogelijkheid hiertoe berust op de aard van het gegeven. Het bezit een objectieve component, waarvan de conceptuele inhoud deel uitmaakt.

In het licht van deze ontwikkeling is een theorie over indicatoren van de kwaliteit van zorg nu te beschouwen als een methode om de conceptuele inhoud van het gegeven te operationaliseren, zodanig dat dit relevante informatie verschaft voor het kwaliteitsgericht handelen. De conceptuele inhoud wordt geëxpliciteerd door interpretatie. Interpretatie vindt plaats vanuit de structuur van de gegevens zelf of door middel van een redenering waarbij medische normen en waarden worden gebruikt om de gegevens betekenis te verlenen. Soms wordt daarbij de semantische regel van het begrip kwaliteit expliciet toegepast. Indicatoren als *vermijdbare* sterfte, *niet geplande* heropnames, of *niet-geplande* heroperaties zijn voorbeelden hiervan. Een opname is genormeerd door van een *heropname* te spreken, sterfte is genormeerd door 'vermijdbaar', etc. (zie tabel 8.5). Het gebruik van de term heropname geeft bijvoorbeeld in dit verband aan dat de gebeurtenis niet tot de bedoeling van het medisch handelen heeft behoord. Het gegeven

informeert over een (eventuele) discrepantie tussen gerealiseerde mogelijkheden en normatief referentiekader. De norm is minder expliciet afleesbaar aan indicatoren als ziekenhuisinfecties, postoperatieve infecties, of longemboliën van gehospitaliseerde patiënten. Normering vindt plaats door middel van een redenering. Steeds is daarbij de onderliggende aanname dat *als* de kwaliteit van het zorgproces naar behoren was geweest de waargenomen gebeurtenis had kunnen worden voorkomen.<sup>172</sup> Door inbedding in een redenering vindt op deze wijze toekenning van betekenis aan de verzamelde gegevens plaats. Zo wordt de conceptuele inhoud van het gegeven gethematiseerd. Als deze conceptuele inhoud tegemoet komt aan de semantische regel die het begrip kwaliteit tot uitdrukking brengt, is interpretatie in termen van kwaliteit mogelijk.

#### 8.4 Een model voor betekenisverlening

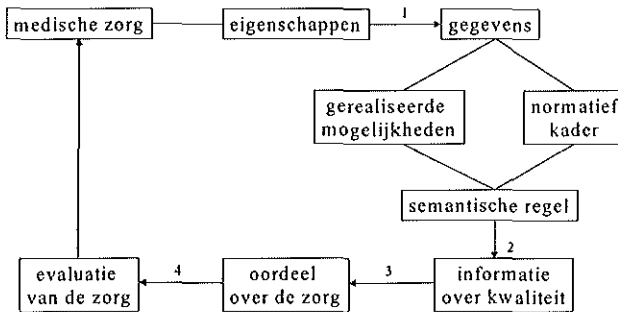
Het onderscheid tussen gedachten en gegevens over de kwaliteit van zorg symboliseert een wijsgerig probleem, namelijk het leggen van een relatie tussen conceptueel kader en materieel gegeven, twee grootheden van verschillende orde die elkaar volgens het gangbare wereldbeeld toch wederzijds (causaal) beïnvloeden en in onderlinge relatie elkaars betekenis bepalen. Om dit probleem op te heffen is het nodig de conceptuele inhoud van het gegeven te thematiseren binnen de begrenzing van het denken. Het interpreteren van gegevens over zorg in termen van kwaliteit is hiervan een voorbeeld. Hieruit blijkt een aantal voorwaarden voor zinvolle interpretatie. Nodig zijn een karakterisering van het kwaliteitsgericht denken en een bijbehorende procedure, een aantal logisch samenhangende fasen of stappen die tot een informatiedragende toestand leiden. Deze voorwaarden bundelen we in een model voor betekenisverlening (*figuur 8.1*).

De medische zorg is het object van aandacht. Het bezit eigenschappen, gerepresenteerd door gegevens. Interpretatie in termen van kwaliteit vindt plaats door invulling van de semantische regel die het begrip kwaliteit uitdrukt. Een verschijnsel moet allereerst als zodanig worden geïnterpreteerd. Alvorens een bewering over ziekenhuissterfte, patiëntstatisfactie of variaties in zorgverlening te doen, moeten we ook zeker weten dat het meetgegeven de eigenschap adequaat representeert. Instrumentele validiteit is hier het criterium (*figuur 8.1: 1*).<sup>173</sup> Het is echter een criterium voor substitutie in de semantische

<sup>172</sup> Rutstein formuleert deze gedachte al in 1976 bij diens poging tot een epidemiologie van vermijdbare sterfte te komen. De toeschrijving aan zorghandelingen is echter nog ongefundeerd. Zo wordt sterfte aan longkanker als vermijdbaar aangemerkt op grond van het gegeven dat roken een oorzaak hiervan is. Er wordt echter niet aangegeven *hoe* roken vermeden kan worden, ofwel welke preventieve maatregel effect op het roken heeft. De vermijdbare sterfte aan longkanker is echter (nog) niet gerelateerd aan het effect van een specifieke preventiemaatregel. Daardoor is de vermijdbare sterfte moeilijk te interpreteren.

<sup>173</sup> De Groot spreekt van predictieve validiteit: 'Hiermee hebben we te doen wanneer een variabele uitdrukkelijk bedoeld is om iets anders, een criterium variabele, te voorspellen. Wat een dergelijke 'voorspeller' (variabele) zelf representeert is van secundaire betekenis.' Er wordt over een indicator gesproken in bovenbedoelde zin. De voorspeller verwijst naar iets anders. De aard van de voorspeller doet er niet zoveel toe. Het is een indicator, een signaal. 'De correlatie tussen voorspeller en criterium is dus van beslissende betekenis en kan dienen als een operationele definitie van predictieve validiteit' (De Groot, 1981: p265).

Figuur 8.1 Een model voor betekenisverlening



regel (een satisfactievoorwaarde), niet voor de relatie met het begrip kwaliteit.<sup>174</sup> Voorbijgaan aan dit onderscheid roept verwarring op in de discussie over de methodologische merites van gegevens over kwaliteit (zie deel III).

Een gegeven is pas informatie wanneer er een betekenis aan wordt verleend. Deze informatie moet in de onderhavige context betrekking hebben op de *kwaliteit* van zorg, niet op andere aspecten van het verschijnsel zorg. De semantische regel die het begrip kwaliteit uitdrukt is hiervoor het criterium (figuur 8.1: 2). De structuur van het gegeven dient aan bepaalde voorwaarden te voldoen. Het dient een verhouding tussen gerealiseerde mogelijkheden en normatief referentiekader uit te drukken. Het begrip kwaliteit drukt (slechts) een regel uit. Gegevens over ziekenhuissterfte en variaties in zorg bezitten deze mogelijkheid. Als de manier waarop zij worden verzameld en gepresenteerd tegemoetkomt aan de semantische regel die het begrip kwaliteit tot uitdrukking brengt, verschaffen zij informatie over de kwaliteit van zorg. De relatie met kwaliteit wordt gelegd op basis van (re)constructie. Bij patiëntsatisfactie is er sprake van een natuurlijke verwantschap met het begrip kwaliteit. Beide begrippen vertonen eenzelfde structuur en drukken dienovereenkomstig eenzelfde theoretische intuïtie uit. Zij vertonen een familiegelekenis. Zij lijken op elkaar zoals het schaakspel op een balspel (Wittgenstein, 1958). Ondanks onderling grote verschillen in uiterlijk of karakter behoren zij tot dezelfde soort begrippen, waarvan het begrip kwaliteit het prototype is. Wanneer de structuur van het gegeven of die van het gehanteerde concept aan de semantische regel voldoet, is er sprake van informatie over de kwaliteit van zorg.<sup>175 176</sup> De regel is een

<sup>174</sup> Zo geldt de formule  $1 + 2 + \dots + n = \frac{1}{2} n (n + 1)$  alleen voor natuurlijke getallen. Het invullen van de variabele  $n$  door een natuurlijk getal is een satisfactievoorwaarde. Het bewijs voor juistheid van de formule wordt geleverd met behulp van volledige inductie (Almering et al., 1979).

<sup>175</sup> Begripsvaliditeit (construct validity) betekent dat de variabele als representant kan gelden van het begrip-zoals-bedoeld (De Groot, 1981: p264). De bedoeling is een criterium voor begripsvaliditeit!

<sup>176</sup> Volgens De Groot is de vraag naar de beoordeling van begripsvaliditeit een der moeilijkste bij ope-

criterium voor begripsvaliditeit. Het beoogde begrip (ziekenhuissterfte, praktijkvariaties, patiëntstisfactie, etc.) kan gelden als representant van het begrip kwaliteit.

De beoordeling van het gegeven is een integraal onderdeel van de interpretatie door de specifieke rol die het normatief referentiekader hierin speelt. De gevalsstudies tonen het stramien (zie *schema 5.1, 6.1 en 7.1*). In eerste instantie vindt er intuïtieve waardering plaats in termen van goed of slecht (*figuur 8.1: 3*). Vervolgens vindt specificatie plaats door middel van een inhoudelijke norm die uiteindelijk verwijst naar medische morele waarden (*figuur 8.1: 4*) als weldoen, niet-schaden, autonomie en rechtvaardigheid. Deze waarden vormen de gemeenschappelijke basis voor informatie over de kwaliteit van zorg, die zowel voor de zorgverlener als de afnemer van zorg begrijpelijk en relevant is. Interpretatie leidt zo tot een informatiedragende toestand die de verschillende betrokkenen in het debat over de kwaliteit van zorg ten dienste staat.

De semantische regel die het begrip kwaliteit tot uitdrukking brengt, krijgt tegen de achtergrond van de resultaten van de gevalsstudies een plaats in een model voor betekenisverlening. Om de relatie met de kwaliteit van zorg te kunnen leggen moet het gegeven een verhouding tussen gerealiseerde mogelijkheden en normatief referentiekader uitdrukken. Dit is een noodzakelijke, maar niet voldoende voorwaarde. Ook de verhouding tussen beide is onderdeel van de betekenis van het begrip kwaliteit. Het vereist een cyclisch proces. Het gehanteerde normatief kader kan in een volgende evaluatie van hetzelfde zorg aspect weer opnieuw ter discussie staan. Het dient dan als gegeven in verhouding tot een (ander) normatief referentiekader. Dit proces herhaalt zich tot uiteindelijke medische waarden als weldoen, niet schaden, rechtvaardigheid het referentiekader voor beoordeling van de kwaliteit vormen. Neem bijvoorbeeld de discussie over ziekenhuissterfte. Wanneer een ziekenhuis vindt dat de verwachte sterfte niet significant verschilt van de waargenomen sterfte, kan deze zorginstelling beweren kwaliteit te leveren. Het gerealiseerde komt tegemoet aan het normatief referentiekader binnen een proces van kritische zelfevaluatie. Wanneer vervolgens blijkt dat de verhouding tussen waargenomen en verwachte sterfte aanmerkelijk hoger ligt dan bij andere ziekenhuizen, noopt dit tot een hernieuwde evaluatie. Hierin staat dan het gehanteerde normatief referentiekader, namelijk vermijdbaarheid als zodanig, ter discussie. In een volgende cyclus kan de relatie tussen het 'primum non nocere' (niet schaden) van de zorgverlening als normatief kader voor vermijdbaarheid als gerealiseerde fungeren. Aldus functioneert het model voor betekenisverlening om gegevens over zorg in termen van kwaliteit te interpreteren.

---

rationalisering. Hij spreekt van 'een empirische uitwerking van het nomologisch netwerk rondom het begrip in kwestie' (De Groot, 1981: p276). Dit is precies de bijdrage die deze conceptuele analyse beoogt te leveren als het gaat om het begrip kwaliteit. Gezocht wordt een criterium voor 'validering van een test met betrekking tot de betekenis en het nomologische net van een begrip' (De Groot, 1981: p272). De procedure hiervoor wordt door *figuur 8.1* aangegeven. De validering is een (logische) stap in een interpretatie procedure. Het gegeven moet als representant van het begrip kwaliteit kunnen gelden. De semantische regel is hiervoor het criterium.

## 8.5 Het gebruik van het begrip kwaliteit

Analyse van de gevalsstudies geeft het volgende beeld van het gebruik van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg.

(i) De ontwikkeling van zorginhoudelijke benadering naar bedrijfskundige aanpak gaat gepaard met een debat over de eigen identiteit van zorghandelingen (dienst- of zorgverlening) en het daarbij passende kwaliteitsgerichte denken en handelen. De aard van het begrip kwaliteit geeft daartoe aanleiding. Het begrip kwaliteit is een primair begrip. De betekenis ervan wordt uiteengezet door middel van voorbeelden. Deze voorbeelden tonen een regel die wordt gevolgd door spreker of toehoorder om het begrip kwaliteit zinvol te gebruiken in relatie tot het begrip zorg.

(ii) Enerzijds wordt het begrip kwaliteit gebruikt om een (bestaande) verhouding tussen gerealiseerde en normatief referentiekader te beschrijven. Anderzijds wordt het gebruikt om deze verhouding te reguleren door een bepaald niveau voor te schrijven of aan te bevelen. De heterogeniteit van de betrokkenen (verschillende soort zorgverleners, patiënten, managers) vereist een visie op kwaliteit die in beginsel perspectiefloos is. De semantische regel die het onderhavige onderzoek postuleert, voldoet aan deze voorwaarde. Het formele referentiekader voor een integrale visie op de kwaliteit van zorg wordt gegeven door invulling van de semantische regel op verschillende niveaus in de gezondheidszorg of door de verschillende betrokkenen. Daarbij kan het accent worden gelegd op gerealiseerde mogelijkheden, het normatief referentiekader, of op de verhouding tussen beide. Het streven de semantische regel te volgen teneinde de betekenis van het begrip kwaliteit te bevatten is echter op alle niveaus dezelfde. Deze opvatting is in overeenstemming met het denken over begrippen zoals dit zich in de loop van de Twintigste eeuw heeft ontwikkeld. Een begrip is een sociale constructie met als functie informatieoverdracht. De sociale context bindt een begrip aan interpretatieregels die schrijver en lezer moeten gebruiken om betekenis over te dragen.

(iii) Methodologische overwegingen en beleidsrelevantie zijn de belangrijkste onderwerpen in het debat over gegevens met betrekking tot de kwaliteit van zorg. De structuur van het gegeven is inzet van een methodologische discussie en de conceptuele interpretatie ervan onderwerp van een maatschappelijk debat over verantwoording of waardering van gezondheidszorg. Het aanbrengen van een verband tussen beide is van belang om tot een zinvolle interpretatie van het gegeven in termen van kwaliteit te geraken. Daartoe moet het spanningsveld tussen meting en beoordeling, dan wel tussen feiten en waarden, worden overbrugd. Een zorginhoudelijke benadering en bedrijfskundige aanpak typeren de verschillende wijzen waarop dit geschiedt. Een zorginhoudelijke visie op kwaliteit tracht meting en beoordeling te verenigen door het gegeven een plaats te verlenen in een zorgmodel, bijvoorbeeld door dit te interpreteren in termen van structuur, proces of uitkomst. Vanuit een bedrijfskundige optiek wordt een signaaltheorie aangewend om gegevens te interpreteren. In de gezondheidszorg krijgt deze vorm als een theorie over indicatoren van de kwaliteit van zorg. In een dergelijke theorie zijn normen en waarden geen aparte dimensies van de werkelijkheid (meer), maar een inte-

graal onderdeel van het gegeven. Interpretatie is gericht op het zichtbaar maken van de conceptuele inhoud van het gegeven. Vereist is een procedure bestaande uit een aantal welonderscheiden fasen, maar ook herhaling van de procedure als zodanig om deze conceptuele inhoud stap voor stap te interpreteren.

De ontwikkeling van een zorginhoudelijke naar bedrijfskundige benadering is te verklaren vanuit het denken over gegevens zoals dit zich in de loop van de Twintigste eeuw heeft ontwikkeld. Niet langer gaat het erom de naakte feiten onbevungen waar te nemen. Het gegeven is behept met een conceptuele medebepaaldheid. Het bewust aflezen van de conceptuele inhoud van een gegeven is een formele voorwaarde voor betekenisverlening. Daarbij wordt een semantische regel gevolgd. Een dergelijke semantische regel speelt ook een rol in het publieke debat over de kwaliteit van zorg. Morele waarden zijn er de gemeenschappelijke basis voor onderling uitwisselbare informatie tussen verschillende betrokkenen (zorgverleners, patiënten, zorgverzekeraars, overheid). Deze waarden vormen de conceptuele inhoud van gegevens over de kwaliteit van zorg. Het is dan ook niet verwonderlijk dat zij figureren als impliciete criteria in een evaluatieprocedure voor bepaalde zorgaspecten of het verloop van het zorgproces (*paragrafen 5.6, 6.6 en 7.6*). Het is nodig morele waarden een plaats te geven in onze visie op zorg, zodanig dat deze kunnen worden vergeleken met gegevens over zorgverlening, teneinde een harmonieus evenwicht in de semantische regel te bewerkstelligen.





## 9 Kwaliteit en gezondheidszorg

### 9.1 Inleiding

Met het resultaat van de analyse uit het vorige hoofdstuk keren we in dit hoofdstuk terug naar de vraagstelling van het onderzoek. Is het gebruik van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg “oude wijn in nieuwe zakken”? - onderhevig aan een Molière effect? - of hebben we te maken met een daadwerkelijk zinvolle verdieping van onze visie op zorg? Bij beantwoording van dergelijke vragen stuiten we op een dilemma. Een bedrijfskundige benadering biedt een algemeen toepasbare en goed onderbouwde visie op kwaliteit, maar de positionering ervan in de gezondheidszorg is problematisch, omdat deze voor zorgverleners geen duidelijk herkenbare visie op zorg met zich meebrengt. Een zorginhoudelijke benadering gaat uit van een beeld van het zorgproces of de gezondheidszorg, maar leidt tot een visie op kwaliteit die weinig meerwaarde lijkt te hebben ten opzichte van alreeds gangbare methoden voor verbetering van de zorg als onderwijs, opleiding of wetenschappelijk onderzoek. De semantische regel die het begrip kwaliteit tot uitdrukking brengt, biedt een mogelijkheid dit dilemma weg te nemen. De regel creëert een gemeenschappelijk referentiepunt voor beide benaderingen als formeel criterium voor betekenis. Een dergelijk formeel criterium wortelt in een sociale context (gezondheidszorg). Daarom wordt ingegaan op de voorwaarden voor een zinvolle toepassing van de semantische regel in praktijk van de gezondheidszorg op het niveau van zorgverlener, zorgverlening en besturingsfilosofie.<sup>177</sup> De gevalsstudies naar de interpretatie van gegevens over kwaliteit suggereren deze ordeningsniveaus (zie paragrafen 5.6, 6.6, 7.6) die overeenkomen met de ethiek (leer van gedrag of karakter) van Aristoteles (Held, 1995: p230-231). Het voert ons terug naar het uitgangspunt, een intuïtie over kwaliteit zoals we die aantreffen bij Plato (zie paragraaf 2.2), en stelt ons in staat om deze op basis van de onderzoeksresultaten een hedendaagse vorm te geven en dit onderzoek te besluiten zoals we het begonnen, namelijk met een verhaal over betekenis.

---

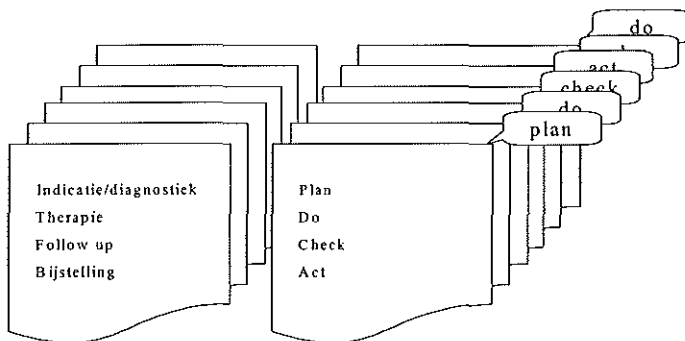
<sup>177</sup> In de analytische wijsbegeerte wordt onderscheid gemaakt tussen een bescheiden of beperkte ('modest') en een zogenaamde volledige ('full blooded') betekenistheorie (Peacocke, 1991). Een bescheiden betekenistheorie lijkt op een vertaaltheorie. Deze beschrijft (niets meer dan) wat een spreker doet als hij een begrip (zinvol) gebruikt. De theorie legt een verband tussen een begrip uit de objecttaal (kwaliteit) en zinvolheid of betekenis als begrip uit de meta-taal middels een vertaalregel (zie paragraaf 1.3). Een betekenistheorie is volledig ('full blooded') wanneer deze tevens de voorwaarden voor toepassing van de vertaalregel aangeeft. De semantische regel die in dit onderzoek is geformuleerd op basis van bestudering van het gebruik van het begrip kwaliteit, is een bescheiden of beperkte betekenistheorie. In dit hoofdstuk worden de contouren van een volledige of volwaardige theorie over de betekenis van het begrip kwaliteit geschetst door voorwaarden voor toepassing van de semantische regel in de sociale realiteit van de gezondheidszorg aan te geven. We bewegen ons daarmee op het grensvlak van filosofisch en empirisch onderzoek.

## 9.2 Een criterium voor betekenis

De normatieve inhoud van de gevalsstudies is tweeledig. Enerzijds hebben we te maken met gedachten over kwaliteit. Deze bevatten een semantische regel die uitdrukking vindt in voorbeelden, definities en conceptuele schema's. De semantische regel geeft uitdrukking aan een intuïtie die het primaire begrip kwaliteit bevat, aangaande de verhouding tussen gerealiseerde mogelijkheden en normatief referentiekader. Wanneer een begrip een zinvolle invulling van deze regel toelaat, is er een conceptuele verwantschap met het begrip kwaliteit. Anderzijds zijn er gegevens die als een bron van informatie over de kwaliteit worden beschouwd, zoals ziekenhuissterftecijfers, de mate van praktijkvariaties, of het percentage tevreden patiënten. Als de structuur van het gegeven de semantische regel van het begrip kwaliteit weerspiegelt, is interpretatie in termen van kwaliteit mogelijk. Deze structuur kan worden geconstrueerd, zoals in het geval van ziekenhuissterftecijfers (*paragraaf 5.6*) en praktijkvariaties (*paragraaf 6.6*), of deze kan inherent aan het gegeven zijn, zoals bij patiëntstatisfactie (*paragraaf 7.6*). De gevalsstudies tonen een criterium voor de betekenis van het begrip kwaliteit, dat een verzameling ware uitdrukkingen (beweringen of handelingen) van kwaliteit afbakt.

Ten eerste worden uitdrukkingen van kwaliteit gekenmerkt door de structuur van de semantische regel. Daarbij wordt niet alleen het gerealiseerde gewogen in het licht van een normatief kader, maar is ook dit normatief kader weer gegeven voor weging in het licht van een(zelfde) normatieve kader (*zie paragraaf 8.4*). Het streven naar een *optimale* verhouding van gerealiseerde mogelijkheden en normatief referentiekader legt ons dit op. De regel wordt bij herhaling toegepast totdat er een kwalitatieve sprong plaatsvindt (beheersing van het zorgproces of klantgerichtheid), waardoor er zorg van goede kwaliteit ontstaat. De inhoud wordt daarbij tot vorm en de vorm tot inhoud verheven (*zie figuur 9.1*). Binnen dit in beginsel continue proces ontstaat kwaliteit. Kwaliteit begrijpen betekent dan ook reflexiviteit begrijpen. Het reflexieve karakter typeert de bewaking, bevordering of verbetering van de kwaliteit als een evaluatie. Het vertaalt zich in kritische zelfreflectie, vorming of de intercollegiale toetsing, terugkoppeling en de manier waarop gegevens over gezondheidszorg tot indicator voor het kwaliteitsbeleid worden.

*Figuur 9.1 Reflexiviteit en kwaliteit van zorg*



Ten tweede worden uitdrukkingen (beweringen of handelingen) van kwaliteit gekenmerkt door een gerichtheid op zorgaspecten die een conceptuele verwantschap vertonen met het begrip kwaliteit.<sup>178</sup> Denken of handelen is altijd intentioneel van aard. Het is een denken over of aan *iets*, of een handelend streven naar *iets*, en zodoende gericht op een object dat er de inhoud van vormt (Husserl, 1986). Ook aan dit object moeten eisen worden gesteld opdat er een verband met het begrip kwaliteit kan worden gelegd. De vorm is daarbij van een groter belang dan de inhoud. Het object dient de structuur van het begrip kwaliteit uit te drukken. Het vertoont daardoor een verwantschap met het begrip kwaliteit (familiegelekenis). De semantische regel van het begrip kwaliteit geeft aan hoe deze eruit ziet. Wanneer we een willekeurig gekozen gedachte of handeling beschouwen en ons afvragen of we te maken hebben met een kwaliteitsgerichte praktijk, kunnen zich nu vier mogelijkheden voordoen:

(i) Een activiteit bezit een reflexieve structuur *en* deze is gericht op een aspect van gezondheidszorg dat een conceptuele verwantschap met het begrip kwaliteit vertoont. Er is sprake van een kwaliteitsgerichte praktijk. Bijvoorbeeld: vermindering van ziekenhuissterfte, uitgedrukt als verwachte versus waargenomen sterfte in de desbetreffende instelling, door middel van planning, uitvoering, toetsing en evaluatie;

(ii) de activiteit vertoont een reflexieve structuur, maar is *niet* gericht op een zorgaspect dat een conceptuele verwantschap met het begrip kwaliteit vertoont. Dit is geen kwaliteitsgerichte praktijk, maar bijvoorbeeld simpelweg terugkoppeling (feedback) of evaluatie. Een voorbeeld hiervan is het verschaffen van informatie over praktijkvariaties met betrekking tot het gebruik van diagnostiek, operaties of voorgeschreven geneesmiddelen aan zorgverleners. Deze terugkoppeling beïnvloedt het gedrag van de zorgverleners (Mugford et al., 1991), maar een invloed ervan op de kwaliteit van zorg is niet eenduidig vast te stellen of beheerst. Terugkoppeling bezit teveel vrijheidsgraden. Het staat niet noodzakelijkerwijs in dienst van een kritische zelfevaluatie. Het duiden van deze terugkoppeling in termen van kwaliteit zal onenigheid en verwarring oproepen. Het verband met het begrip kwaliteit is niet goed gefundeerd;

(iii) een activiteit zonder reflexieve structuur wordt ontplooid ten aanzien van een zorgaspect dat wel over een conceptuele verwantschap met het begrip kwaliteit beschikt. Ook dit is geen (expliciete) kwaliteitsgerichte praktijk. Een eenmalig project om de tevredenheid van patiënten te verbeteren door het geven van informatie over wachttijden op een polikliniek is hiervan een voorbeeld. Het project is weliswaar gericht op een onderwerp dat een nauwe conceptuele samenhang met kwaliteit vertoont (*zie paragraaf 7.6*), maar de resultaten van een dergelijk project spelen geen rol in een reflexief proces. De verbetering van de kwaliteit van zorg is dan niet beheerst, expliciet of voorspelbaar. Daarmee is aan een belangrijk aspect van de inhoud van het begrip kwaliteit niet voldaan;

(iv) een activiteit bezit niet over een reflexieve structuur *en* deze is niet gericht op een zorgaspect dat samenhangt met het begrip kwaliteit. Fundamenteel wetenschappelijk onderzoek als de ontwikkeling van geneesmiddelen is hiervan een voorbeeld. Een dergelijke activiteit heeft niets met de kwaliteit van zorg van doen. Iedere suggestie van

<sup>178</sup> Vergelijk met Harteloh & Casparie (1998: p106-107). Daar wordt op de mogelijkheid van een empirische samenhang gewezen. In dit onderzoek wordt in overeenstemming met de aard ervan een conceptuele invulling aan deze samenhang gegeven.

enig verband moet worden vermeden om het toeslaan van begripsverwarring te vermijden.

Door het volgen van de semantische regel wordt de inhoud van het begrip kwaliteit afgebakend. Het is nu toepasbaar op een welomschreven verzameling uitdrukkingen van kwaliteit. Daarmee is aan een specifieke filosofische vooronderstelling invulling gegeven die een centrale rol heeft gespeeld in de analytische filosofie, een stroming in de wijsbegeerte die het aanzien ervan in de Twintigste eeuw in hoge mate heeft bepaald (zie *paragraaf 1.5*): 'Let us recall the kinds of case where we say that a game is played according to a definite rule. The rule may be an aid in teaching the game. The learner is told it and given practice in applying it. - Or it is an instrument of the game itself. - Or a rule is employed neither in the teaching nor in the game itself; nor is it set down in a list of rules. One learns the game by watching how others play. But we say that it is played according to such-and-such rules because an observer can read these rules off from the practice of the game - like a natural law governing the play' (Wittgenstein, 1958: §54). In dit onderzoek is dienovereenkomstig een regel afgelezen aan het verloop van de dialoog over de kwaliteit van zorg. Net zoals het gebruik van het begrip 'rood' op basis van een natuurwetenschappelijke wetmatigheid is te herleiden tot zintuiglijke indrukken veroorzaakt door licht van een bepaalde golflengte, is het gebruik van het begrip kwaliteit op basis van een conceptuele wetmatigheid te herleiden tot het hanteren van een semantische regel met een bepaalde structuur. Het is de regel die men moet volgen om het spel te spelen.<sup>179 180</sup> Bewust gebruik van de regel leidt tot zinvolle communicatie over de kwaliteit van zorg, het negeren van de regel tot een Molière effect (zie *proloog*).

Als primair begrip representeert het begrip kwaliteit een regel. Het volgen van een regel is een logische wetmatigheid met een symbolische functie.<sup>40</sup> Om het schaakspel te spelen moeten bepaalde regels worden gevolgd. Volgt men deze niet dan is het verzetten van een schaakstuk niet herkenbaar als schaakspel. Hetzelfde geldt voor het gebruik van het begrip kwaliteit. Om zinnig over de kwaliteit van zorg te spreken moeten bepaalde regels worden gevolgd. De noodzaak hiervan volgt uit de aard van een begrip als zodanig. Het begrip kwaliteit is dienovereenkomstig een sociale constructie met een functie in de interpersoonlijke communicatie. Een dergelijke zienswijze is in overeenstemming

<sup>179</sup> Een conceptuele wetmatigheid is geen dwingende wetmatigheid, zoals een natuurwet dat wel is. Men kan om in termen van Wittgenstein's metafoor te blijven een schaakstuk ook naar het hoofd van de tegenstander gooien. Dit is een mogelijkheid, maar dan speelt men het schaakspel niet meer en is het de vraag of de intentie van de handeling begrepen wordt, dan wel betekenis heeft.

<sup>180</sup> De sociale context bindt het gebruik van het begrip aan regels. Wittgenstein verwoordt deze linguïstische wetmatigheid als volgt: 'The rule, once stamped with a particular meaning, traces the lines along which it is to be followed through the whole of space'. Hij legt dit uit als een symbolische manier om de functie van een begrip te begrijpen: 'But if something of this sort really were the case, how would it help? No; my description only made sense if it was to be understood symbolically. - I should have said: This is how it strikes me. When I obey a rule, I do not choose. I obey the rule blindly' (Wittgenstein, 1958: §219). We begrijpen dit volgen van een semantische regel als een voor het denken normatieve situatie in normale omstandigheden. Bij het kijken naar een rode stoel is het bijvoorbeeld niet mogelijk deze anders dan rood te denken. De betekenis van 'rood' is rood. Niet alleen het momentane karakter van de bewering is hier debet aan. Ook bij herhaling is het object rood. 'But what is the purpose of that symbolical proposition? It was supposed to bring into prominence a difference between being causally determined and being logically determined' (Wittgenstein, 1958: §220-221).

met een subjectgebonden aard en het abstracte karakter van het begrip kwaliteit (*paragraaf 2.4*). Het impliceert dat kwaliteit op grond van bepaalde eigenschappen of kenmerken wordt toegeschreven aan het voorwerp van beschouwing (een projectie). Daarin is de betekenisnuances van het begrip kwaliteit als categorie van het oordeel geïnvolveerd (*zie hoofdstuk 2, tabel 2*). Het oordeel over het object, gevat in een bewering, ontstaat in relatie tot het subject. Door interactie van gegevens met een sociaal bepaald conceptueel kader ontstaat een oordeel over de kwaliteit. Het is dit constructivistische model voor het begrip kwaliteit in relatie tot (het object) zorg die tot een taalgebruik leidt dat beter in overeenstemming is met de stand van zaken. Bovendien past het bij de manier waarop Plato de term kwaliteit gebruikt (*zie paragraaf 2.2*), en is het subjectgebonden gebruik daardoor in overeenstemming met de oorspronkelijke betekenisnuance van het begrip kwaliteit. Een dergelijk gebruik zal het begrip kwaliteit inhoud verlenen en tot een daadwerkelijke toevoeging van ons denken over zorg maken.

### 9.3 Kwaliteitsgericht denken en handelen in de gezondheidszorg

De semantische regel is een (formeel) criterium voor zinvol handelen of spreken over kwaliteit. Een dergelijk formeel criterium wortelt in het denken en handelen *van* personen. Het krijgt gestalte in de sociale realiteit van de gezondheidszorg. De aandacht voor de kwaliteit van zorg heeft er de laatste decennia snel om zich heen gegrepen. Steeds meer zorgverleners houden zich met het onderwerp bezig. Het heeft inmiddels geleid tot een bundeling van kennis, kunde en ervaring, specifieke methoden en technieken, eigen tijdschriften en verenigingen, alsmede opleidingen en onderzoek (Harteloh & Casparie, 1991). Het aandachtsgebied vertoont inmiddels de kenmerken van een paradigma (Merry, 1990; McEachern et al., 1991; Casparie & Harteloh, 1993).<sup>181</sup> De vorm ervan moet aan bepaalde voorwaarden voldoen om het volgen van de semantische regel mogelijk te maken. Deze voorwaarden formuleren we in de Aristoteliaanse termen *ethos* (houding/gedrag), *agora* (niet economische marktverhoudingen) en *cybernetika* (besturingsfilosofie). De gevalsstudies naar betekenisverlening suggereren deze orde. Teruggrijpen op het Aristoteliaanse wereldbeeld ligt bovendien voor de hand in een poging de teloorgang van de gevoeligheid voor de betekenis van het begrip kwaliteit met de mechanisering van het wereldbeeld, teniet te doen (*paragraaf 8.2.2*). Daarbij is de meerduidigheid van diens begrippenkader een oefening in betekenisverlening. Het is een suggestie tot zinvolle ordening, teneinde de geformuleerde betekenisvertheorie uit te breiden met de voorwaarden voor toepassing in de sociale realiteit.

<sup>181</sup> Het begrip paradigma, letterlijk voorbeeld, is in de filosofie gebruikt door Kuhn (1976) om de ontwikkeling van het wetenschappelijk denken te verklaren. Het is door Verbrugh (1978) toegepast op het wetenschappelijk denken in de geneeskunde en heeft in de jaren zeventig een belangrijke rol gespeeld in discussies over de identiteit van de huisartsengeneeskunde. Een paradigma is een samenbindende visie op verschijnselen binnen een bepaald vakgebied. Vanuit deze visie wordt wetenschap bedreven of worden waargenomen verschijnselen verklaard. De visie wordt gedeeld door een sociale gemeenschap (wetenschappers of beroepsbeoefenaren), en overgedragen door middel van opvoeding, onderwijs of opleiding, waarbij voorbeelden van succesvolle toepassingen van het onderhavige referentiekader een belangrijke rol spelen.

### 9.3.1 Een kritische houding - Ethos -

Dikwijls zijn misstanden in de geneeskunde of gezondheidszorg aanleiding voor het spreken over kwaliteit. Zo werd de aanleiding voor Codman's optreden gevormd door rapporten over de deplorabele staat van de chirurgische zorg in de Verenigde Staten van het begin der Twintigste eeuw (zie *paragraaf 3.2*). Deze bleek uit slechte kwalificaties van chirurgen, aanwijzingen voor slechte resultaten van de verleende zorg, grote verschillen in uitoefening van de geneeskunde naar zorgverlener of zorginstelling, en onvrede onder patiënten. Daarmee is de toon gezet. In het verloop van de Twintigste eeuw zullen kleine scheurtjes of barstjes in het immer meer gewaardeerde zorgsysteem steeds aanleiding vormen tot thematisering van het begrip kwaliteit.

Vaak is de reactie tweeërlei. Aan de ene kant worden op structuur gerichte maatregelen voorgesteld, zoals aanscherping van opleidingseisen, (her)registratie van zorgverleners op basis van bekwaamheid, certificatie van zorginstellingen op basis van organisatie, of wijzigingen in bestuur en financieringssysteem van de gezondheidszorg. Deze maatregelen zijn indirect. Via de structuur van de gezondheidszorg werken zij in op het zorgproces. Het effect zal pas na geruime tijd merkbaar zijn, maar het beoogt een blijvende invloed uit te oefenen. Aan de andere kant wordt een systematische evaluatie van het medisch handelen voorgestaan. Een evaluatie van zorghandelingen is de meest directe methode om de kwaliteit ervan te beïnvloeden. Het lokaliseert het streven naar kwaliteit bij de zorgverlener, verantwoordelijk voor het zorgproces van indicatiestelling tot evaluatie, en voorziet dit van de benodigde continuïteit, nodig om aan de vereisten van een dynamische, immer in verandering en beweging zijnde omgeving tegemoet te komen.

De systematische evaluatie van zorghandelingen blijkt steeds weer moeilijk realiseerbaar. In de Verenigde Staten sterft het initiatief van Codman begin Twintigste eeuw een zachte dood en het accent komt vervolgens te liggen op accreditatie van zorginstellingen (Lembcke, 1967; Roberts et al., 1987). In Nederland komt de intercollegiale toetsing moeizaam van de grond en heeft deze na twintig jaar een zeer beperkte reikwijdte (Klazinga, 1996). Het accent verschuift naar de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen (Casparie, 1995), alsmede wetgeving (Kwaliteitswet Zorginstellingen, Wet BIG, WGBO) (Casparie et al., 1993; Van Wijmen & Lagro-Janssen, 1998). Kennelijk is het moeilijk aan de voorwaarden voor systematische evaluatie van de medische zorg te voldoen. Toch is deze van groot belang voor het welslagen van het kwaliteitsbeleid. Door het momentane karakter dat zorgverlening bezit, is de uitvoering van een zorghandeling in de praktijk sterk afhankelijk van de persoon. De kwaliteit van de handeling is dit eveneens. Het kwaliteitsgericht denken is dan ook nauw verbonden met een visie op de persoon (zie ook *paragraaf 5.4*). Het vereist nadere aanduiding van de benodigde karaktereigenschappen en de manier waarop deze kunnen worden gevormd.

Juran (1991), een der grondleggers van het denken over kwaliteit in het bedrijfsleven, wijst in dit verband op het voorbeeld van de vakman. De vakman beschikt over een specifiek soort kennis en vaardigheden, die in combinatie met een bepaald streven leiden tot een product of dienst van goede kwaliteit. Aristoteles heeft deze als volgt geanalyseerd. Neem een (professionele) fluitist. Om een goede fluitist te zijn, is er kennis nodig over de aard van het instrument (wetenschappelijke kennis), het bespelen ervan

(technische kennis) en de functie die het fluitspel vervult (phronesis) (*Ethica N.*, 1093a). De eerste twee vormen van kennis zijn in het hedendaagse systeem van de wetenschappen tot volle wasdom gekomen. De phronesis is dat niet. Het begrip van vakmanschap is daardoor onvolledig. Het streven naar een goede begrip van vakmanschap als het streven naar een goed begrip van kwaliteit, vereist een theorie over phronesis. Een aanwijzing voor de inhoud van een dergelijke theorie wordt gevonden in de genese van kennis. De verschillende soorten kennis stammen uit een voortdurende aandacht voor de omgeving en het effect van diens handelen (externe gerichtheid) op het publiek, alsmede de relatie die wordt gelegd met de eigen rol en functie binnen een sociale configuratie (het orkest) en een causaal netwerk, waarin orkest, publiek en het genoegen dat het fluitspel de fluitist zelf brengt (interne gerichtheid), zijn opgenomen (MacIntyre, 1985). Er is sprake van reflexiviteit, in combinatie met een streven naar het goede. Reflexiviteit in de verwerving van opvattingen en een streven naar het goede leidt tot vorming van een praktisch intellect (phronesis), het vermogen om een techniek (geneeskunde, verpleegkunde of verzorging) op gepaste wijze aan te wenden.<sup>182</sup> Daarmee worden de contouren van een theorie over phronesis zichtbaar.

Phronesis komt tot uitdrukking in kritische zelfreflectie als kwaliteit van een persoon en diens handelen. Een kritische zelfreflectie verandert de wijze waarop de persoon omgaat met diens handelingen of het resultaat ervan en de manier waarop deze het beroep uitoefent. Dit impliceert dat: (i) de handeling welbewust wordt verricht; (ii) de handeling weloverwogen is gekozen op basis van de eigenschappen (kwaliteiten) die deze bezit; (iii) de handeling is gekozen vanuit een bestendige dispositie ofwel de kwaliteit die de handelend persoon bezit.<sup>183</sup> Kwaliteitsgerichtheid in de gezondheidszorg vereist dienovereenkomstig een zorgverlener die de semantische regel van het begrip kwaliteit bewust toepast; de structuur van de zorghandeling in overeenstemming probeert te brengen met de vereisten die de semantische regel daaraan stelt; en daarbij handelt vanuit een permanente dispositie (een kundigheid), gebaseerd op het streven naar het goede.<sup>184</sup> Het ethos (gedrag en karakter) beweegt zich daarbij van (louter) goede bedoelingen zoals die de zorgverlener zijn meegegeven door opleiding en training naar een

<sup>182</sup> Aristoteles maakt een onderscheid tussen een deugd als kwaliteit van het karakter en een handelen louter uit gewoonte, zodanig dat de handeling ("toevallig") overeenkomt met hetgeen de deugd vereist. Een deugd is een bepaalde staat van het praktische intellect, phronesis ofwel praktische wijsheid, waarbij phronesis wordt beschouwd als een gevoeligheid voor de eisen van de rede. Het fundament van deze rede wordt volgens de traditionele lezing van Aristoteles' *Ethica* gezocht in de natuur. Meer recente kritische lezingen, bijvoorbeeld door MacIntyre of McDowell, zoeken het fundament van de rede in de sociale interactie. Onze ogen worden geopend voor de eisen van de rede door verwerving van phronesis als actualisering van een potentieel aanwezige eigenschap in de persoon. Dit is *het* thema van Williamson (zie paragraaf 3.4).

<sup>183</sup> 'But virtuous acts are not done in a just or temperate way merely because they have a certain quality, but only if the agent also acts in a certain state, viz. (1) if he knows what he is doing, (2) if he chooses it, and chooses it for its own sake, and (3) if he does it from a fixed and permanent disposition (Aristoteles, *Ethica N.*, p97).

<sup>184</sup> 'Every art and every investigation, and similarly every action and pursuit, is considered to aim at some good. Hence the good has been rightly defined as that at which all things aim' (Aristoteles, *Ethica N.*, p63).

kritische zelfreflectie van het eigen medische handelen. Een kwaliteitsgerichte houding van zorgverleners betekent een internalisering van principes die een kritische zelfreflectie in de hand werken. Daardoor ontstijgt kwaliteitsgericht handelen het niveau van de (externe) kwaliteitsbewaking of het projectmatig karakter van kwaliteitsbevordering, en ontstaat een situatie waarin de aandacht voor kwaliteit van iedere medewerker een voortdurende verbetering van het zorgproces bewerkstelligt. De contouren van de juiste houding voor een kwaliteitsgericht denken en handelen worden daarmee zichtbaar.

Het Japanse concept 'kaizen' is daarbij van belang (Imai, 1986; 1997; Smith, 1990). Het legt een verband tussen het niveau van het individu en dat van de organisatie. Kaizen is de grondhouding die het voortdurend zoeken naar mogelijkheden van verbetering inhoudt. Deze grondhouding is zowel op het niveau van het individu (houding) als op het niveau van de organisatie (kwaliteitsbeleid en kwaliteitssysteem) aanwezig, als voorwaarde voor kwaliteitsgericht denken en handelen. Het begrip kaizen zou kunnen worden vertaald in termen van streven en motivatie. Dit streven uit zich als het pogen doelstellingen te realiseren. Vervolgens is het dus een logische stap doelstellingen zichtbaar te maken, te onderzoeken in hoeverre doelstellingen op hun plaats zijn en in hoeverre ze worden gerealiseerd. Door terugkoppeling kan verbetering worden aangebracht. Dit wordt weergegeven als een cirkel of als een spiraal (Deming/Shewhart). Het dicteert de vorm van kwaliteitsgericht denken en handelen.

Veelal beschikt de houding van kritische zelfreflectie nog over onvoldoende draagvlak in de praktijk van de gezondheidszorg. Een houding ontstaat door opleiding en vorming. De oorzaak voor een onvoldoende draagvlak moet dan ook daar worden gezocht. Veel belang wordt gehecht aan een wetenschappelijke attitude van de zorgverlener (zie voetnoot 20). Gelet op het huidige karakter van de medische basiswetenschappen als epidemiologie en ziekteleer is deze overwegend positivistisch van aard (zie ook paragraaf 5.3). McIntyre & Popper (1983) wijzen op een alternatief. Het is van belang een kritische houding te ontwikkelen en de benodigde randvoorwaarden hiervoor in de gezondheidszorg te scheppen. De menselijke kennis groeit door een proces van gissingen en weerleggingen (Popper, 1968). Kritische beschouwing, waarbij gedachten over waarnemingen worden teruggekoppeld naar gedachten over deze gedachten is hiervoor een voorwaarde. Potentiële weerlegbaarheid (en niet verificatie) is daarbij het criterium voor de zuiverheid van de toets door terugkoppeling en daarmee voor de wetenschappelijkheid van onze kennis. Popper (1987) spreekt van een kritisch rationalisme. Popper's theorie slaat in de gezondheidszorg vooralsnog niet aan (Pearce & Crawford-Brown, 1989; Karhausen, 1995). Hierin is mogelijk een verklaring gelegen voor het problematische karakter van de systematische evaluatie in de praktijk van de gezondheidszorg. Het ontbeert een kritische houding in de geneeskunde.<sup>185</sup> De zorgverlener moet een nieuw soort wetenschapper worden. Dit kan de basis van een integraal kwaliteitsgericht handelen verstevigen.

---

<sup>185</sup> Misschien zou een sterkere wetenschapsfilosofische basis in het medisch basisonderwijs hierin verandering kunnen brengen.



### 9.3.2 Reflexieve zorgverlening - Agora -

De aandacht voor de kwaliteit van zorg heeft aanvankelijk een individueel karakter, een streven van zorgverleners naar goede zorgverlening. De wens tot rationele sturing en beheersing van de geneeskunde is daarbij een belangrijk motief. Kritische reflectie op het eigen, professioneel handelen is hiervoor een noodzakelijke, maar niet voldoende voorwaarde. De medische solist is in het huidige tijdsgewricht zo goed als uitgestorven. Had de dokter in de vorige eeuw nog genoeg aan diens gezond verstand en een klein zwart koffertje met een bescheiden instrumentarium om de geneeskunde uit te oefenen, heden ten dage is deze meer te vergelijken met een dirigent die een orkest met een veelheid aan diagnostische en therapeutische instrumenten tot een harmonisch samenspel probeert te bewegen (Blumenthal, 1996). De zorgverlening is een praktijk geworden, een vorm van gemeenschappelijk handelen met een intrinsiek en een extrinsiek streven naar het goede.<sup>186 187</sup>

Een praktijk is ingebed in een stelsel van organisaties die de werkomstandigheden grotendeels bepalen. Deze organisaties leiden een eigen leven en streven daarbij zowel naar de productie van diensten of goederen als naar het realiseren van een intrinsiek nut voor de deelnemers aan de praktijk. Zij strijden daarbij om de schaarse bronnen en voorzieningen op een gezondheidszorgmarkt, stellen zichzelf een bepaald doel, en wenden de beschikbare mensen en middelen aan om dit doel te bereiken. Enerzijds is een organisatie daardoor een ontmoetingsplaats van personen, anderzijds van normen en waarden. In de stijl van Aristoteles spreken we over een markt, een publieke ruimte die het individu met een bepaald ethos betreedt om een streven naar het goede te bevredigen.<sup>188</sup> Het begrip 'markt' wordt niet in economische betekenis gebruikt. De markt is

---

<sup>186</sup> Vervolgens gaat dezelfde redenering op als voor het ethos van de persoon (zie paragraaf 9.3.1). Aristoteles definieert deze als volgt. 'Observation tells us that every state is an association, and that every association is formed with a view to some good purpose. I say 'good', because in all their actions all men do in fact aim at that what they think good. Clearly then all associations aim at some good, that association which is the most sovereign among them all embraces all others will aim highest, i.e. at the most sovereign of all goods. This is the association which we call the state, the association which is 'political' (Politics 1252a1-4). Een praktijk is een associatie, een samengaan van personen op het maatschappelijk toneel, ten behoeve van een gedeeld doel en belang.

<sup>187</sup> Een praktijk is 'any coherent and complex form of socially established cooperative human activity through which goods internal to that form of activity are realized in the course of trying to achieve those standards of excellence which are appropriate to, and partially definitive of, that form of activity, with the result that human powers to achieve excellence, and human conceptions of the ends and goods involved, are systematically extended (MacIntyre, 1985: p187).

<sup>188</sup> De 'markt' was een term die Griekse filosofen gebruikten om de publieke ruimte aan te duiden (Held, 1995: p 187-206). Tegenwoordig wordt de betekenis van deze term gedomineerd door de economische invulling, maar in oorspronkelijke zin heeft de term een meerduidige betekenis: (i) als plaats waar vraag en aanbod elkaar ontmoeten, (ii) als plaats waar publieke normen heersen en (iii) een plek waar personen elkaar ontmoeten en zich op een of andere manier tot elkaar verhouden (Held, 1995: p190). Het woord 'politiek' duidt deze onderlinge verhoudingen van personen en interpersoonlijke waarden aan (MacIntyre, 1966). Het is in deze laatste zin dat we de term 'markt' gebruiken om enig tegenwicht te bieden aan de economische dominantie van betekenis waarin deze term doorgaans wordt gebruikt. Markt als een ontmoetingsplaats van waarden geeft betekenis aan het begrip kwaliteit in een sociale context.

een stelsel van sociale verhoudingen tussen (vertegenwoordigers van) zorgverleners, patiënten, zorginstellingen, zorgverzekeraars en overheid. Deze vormt de hedendaagse gezondheidszorgmarkt, een publieke (openbare) plaats waar normen en waarden elkaar ontmoeten in een streven van personen naar gezondheid. Tegen de achtergrond van deze sociale verhoudingen functioneert een notie van kwaliteit.

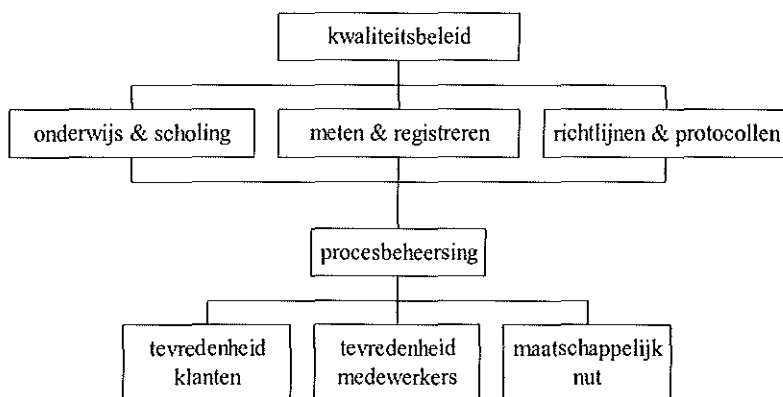
Bundeling van het zorgaanbod in georganiseerde eenheden leidt tot zorginstellingen. Het individu is afhankelijk van deze organisatie en de organisatie van het individu. Het streven naar kwaliteit op individueel niveau behoeft een pendant op het niveau van de organisatie. Daartoe worden kwaliteitssystemen gevormd. Kwaliteitssystemen vormen het sluitstuk van een systematische aandacht voor de kwaliteit van zorg. Zij zijn de vertaling van een individueel streven op macroniveau en bieden het kader waarin de aandacht voor kwaliteit mogelijk en operationeel wordt gemaakt. Een kwaliteitssysteem is een samenspel van de onderlinge verhoudingen van benodigde elementen in een streven naar kwaliteit. Het wordt zowel op het niveau van beroepsverenigingen van medische specialisten (Klazinga, 1996) als op het niveau van zorginstellingen aangetroffen (Verheggen, 1998). Daarbij speelt opnieuw een demarcatieprobleem. Wat maakt een systeem tot een kwaliteitssysteem? (Harteloh, 1993)

De basisprincipes van de verschillende kwaliteitssystemen ontlopen elkaar niet zoveel (Harteloh & Casparie, 1998: p131).<sup>189</sup> De uitwerking in verschillende, meer specifieke elementen en relaties is in het licht van het onderhavige onderzoek te herleiden tot een aantal waarden (*zie figuur 9.2*). We kunnen deze begrijpen vanuit een conceptuele basis. Beheersing is een centrale waarde. Realisatie vereist een reflexief proces. De bijbehorende voorwaarden dicteren de benodigde elementen van het kwaliteitssysteem. Het kwaliteitsbeleid stuurt het kwaliteitgericht handelen aan en voorziet het van een conceptuele eenheid door het vertellen van een bijpassend verhaal, een 'kwaliteitsfilosofie'. Voorwaarden voor procesbeheersing zijn een personeel met de kennis, kunde en vaardigheden voor een kwaliteitgericht handelen (onderwijs en training); inzicht (meten en registreren); en een werkwijze die expliciet is (protocollen, werkinstructies). De semantische regel wordt hierbij toegepast. De gegevens over de uitvoering van het zorgproces worden vergeleken met gangbare normen, richtlijnen of standaarden en zo nodig vindt probleemanalyse of corrigerende actie plaats. Tevredenheid van klanten *en* personeel is het beoogde resultaat van procesbeheersing. Het zijn de streefwaarden van een kwaliteitssysteem. Alleen een beheerst proces kan immers (gericht) aan de wensen en

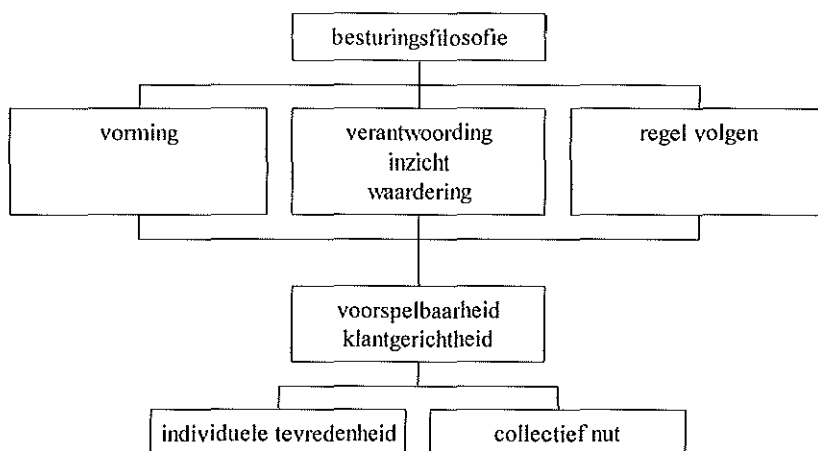
<sup>189</sup> Dit maakt een brede toepassing mogelijk en verklaart misschien het hedendaagse streven in diverse bedrijfstakken om te komen tot een integraal kwaliteitssysteem voor milieu, ARBO omstandigheden en primair proces. Milieuzorg is bijvoorbeeld gedefinieerd als 'alle inspanningen die tot doel hebben inzicht in en beheersen van de effecten van de bedrijfsactiviteiten op het milieu' (Nijenhuis, 1997). Ook hier staan inzicht en beheersing centraal. Het beleid bestaat uit een verklaring (plan) en in- of externe rapportage. Meten en registratie, interne voorlichting en opleiding, en een intern controlesysteem alsmede inspecties vormen de overige elementen van het milieusysteem. Arbo-zorg is gedefinieerd als 'het beschermen en bevorderen van de gezondheid, het bevorderen van de veiligheid en de hygiëne van het arbeidsmilieu en het zorgen voor een arbeidsorganisatie en arbeidsinhoud die rekening houdt met de persoonlijke eigenschappen van de werknemers en ruimte biedt voor zelfontplooiing' (Nijenhuis, 1997). Verplichte onderdelen van een Arbo systeem zijn overleg met werknemers, jaarverslag, bedrijfshulpverlening, ziekteverzuimbeleid, risico inventarisatie en -evaluatie, arbeidsgezondheidskundig onderzoek, en registratie en melding van ongevallen.

verlangens van de klant tegemoet komen, dan wel tot een gerichte en juiste inzet van de medewerkers leiden. Het inzicht in eigen handelen vergroot de grip van de medewerkers op hun bezigheden en helpt hen de resultaten van het werk geleidelijk te verbeteren. Daardoor leidt een beheerst proces ook tot meer tevredenheid onder medewerkers en meer tevredenheid van medewerkers ook tot een betere beheersing van het zorgproces. Zo is het systeem een rationele constructie, een vorm van het begrip kwaliteit binnen een sociale realiteit (Harteloh, 1993).

*Figuur 9.2a Vorm van een kwaliteitssysteem*



*Figuur 9.2b Verhouding van waarden in de gezondheidszorg*



Kwaliteitssystemen bewerkstelligen een aantal voorwaarden voor een kwaliteitsgericht denken en handelen. (i) Het voorziet de praktijk van een reflexief karakter; (ii) Het is de realisatie van een waarde 'beheersing', een noodzakelijke voorwaarde voor kwaliteit als beredeneerd streven naar het goede. Deze realisatie geschiedt in onderlinge samenhang met interne (tevredenheid van medewerkers) en externe doeleinden (tevredenheid van patiënten, maatschappelijk nut). Daardoor krijgt de aandacht voor kwaliteit een integraal karakter en strekt deze zich verder uit dan evaluatie van doeltreffendheid of doelmatigheid van de verleende zorg; (iii) De verantwoordelijkheid van het management en zorgverleners krijgt een gemeenschappelijke basis (kwaliteitsgericht denken en handelen), waardoor de klassieke tegenstellingen in de dualistische structuur van zorginstellingen kunnen worden overbrugd; (iv) Voor de zorgverlener betekent dit een verbreding van de beroepsuitoefening waarbij naast zorginhoudelijke, psychologische of sociologische nu ook organisatorische aspecten een integraal onderdeel van het medisch handelen gaan worden; (v) Het streven naar kwaliteit brengt bovendien een kritische zelfreflectie met zich mee en vergroot daardoor de mogelijkheid tot zelfvervulling in de uitoefening van het beroep ('ambachtelijkheid'). Het bewerkstelligt het intern goede. De organisatorische structuur schept daartoe de mogelijkheden en vergroot daarmee de motivatie en tevredenheid van het personeel. De houding van de zorgverlener (kritische zelfreflectie) is nu in harmonie met de onderlinge verhoudingen van waarden in de publieke ruimte (beheersing, tevredenheid, nut). Het kwaliteitssysteem is de realisatie van een kwaliteitsgerichte praktijk.

### 9.3.3 Een reflexieve besturingsfilosofie - Cybernetika -

Een verhouding van waarden binnen een kwaliteitssysteem is een voedingsbodem voor het ethos van de zorgverlener en de mogelijkheidsvoorwaarde voor een kwaliteitsgericht denken en handelen. Individuele motivatie van zorgverleners en behoeften van patiënten worden vertaald in de doelen van een organisatie. Het begrip kwaliteit wordt daarbij meer en meer onderdeel van een zingevende besturingsfilosofie die de reden van het streven naar kwaliteit inzichtelijk maakt om zodoende tot een kwaliteitsgericht handelen te kunnen motiveren.

Een besturingsfilosofie is een verzameling samenhangende denkbeelden, die gestalte geeft aan een visie op het ontstaan en de identiteit van de organisatie. Het dient de betekenis van het begrip kwaliteit over te dragen op een daartoe gevoelige doelgroep. De gevoeligheid van de doelgroep is gelegen in het ethos en de onderlinge verhoudingen van waarden (*paragrafen 9.3.1 en 9.3.2*). De wijze waarop betekenis wordt overgedragen volgt uit de aard van het begrip kwaliteit. Kwaliteit is een primair begrip; het prototype van een groep begrippen die dienen om een bepaalde intuïtie uit te drukken. Voorbeelden zijn het medium om de betekenis van primaire begrippen over te dragen (*zie paragraaf 2.4*). Aan deze voorbeelden moeten bepaalde eisen worden gesteld om ook daadwerkelijk een notie van kwaliteit tot uitdrukking te brengen. Op overdrachtelijke manier wordt een bepaalde boodschap vorm gegeven. Donabedian gebruikt een wetenschappelijke vorm. Hij verwijst naar feiten en probeert deze een plaats te geven binnen een conceptueel kader voor het denken over kwaliteit. Williamson verwijst naar leerprocessen. Hij thematiseert het streven naar kwaliteit en kenschetst dit als vorming van

de persoon in diens beroepsuitoefening. Berwick zoekt de identiteit van het kwaliteitsgericht denken en handelen in een analogie tussen organisatie en levend organisme of het plukken van de verschillende soort vruchten van een appelboom. Daarbij gebruikt hij een gedragswetenschappelijk kader en verwijst hij naar bedrijfskundige voorbeelden. De vraag naar een passende metafoor voor het denken over kwaliteit doemt nu op.

De besturingsfilosofie moet overeenkomstig de semantische regel een spanning uitdrukken tussen gewenste en waargenomen toestand. Deze spanning dient constructief zijn. Het verhaal moet motiveren tot een streven naar kwaliteit. Bovendien moet een besturingsfilosofie de vereiste normen en waarden overdragen (*figuur 9.2*). De besturingsfilosofie draagt hieraan bij als deze het verhaal over rationele sturing en beheersing verandert in een verhaal over motivering (houding), ondersteuning (technieken en kwaliteitssystemen) en doelgericht handelen (functioneel zorgmodel). De organisatorische inbedding van zorghandelingen noopt tot een verhaal over de organisatie. In de zorginhoudelijke benadering van Donabedian en Williamson heeft dit verhaal een rationeel karakter. De gezondheidszorg wordt beschouwd als een machine met een structuur, proces en uitkomst. Een logische samenhang tussen gestelde doelen en middelen om deze doelen te realiseren (doel-middel rationaliteit) is het basisprincipe waarop deze organisatievorm berust (mechanische organisatievorm; Morgan, 1986). Er is sprake van een omschreven taak en een opbouw in onderdelen die in een nauwkeurig omschreven samenhang functioneren. Specialisatie en centraal bureaucratische leiding zijn essentiële kenmerken van een dergelijke organisatie. Een verregaande beheersing door middel van inspectie en controle van ieder element in de organisatie is een belangrijk kenmerk van deze organisatievorm. Doeltreffendheid en doelmatigheid zijn er centrale waarden (Morgan, 1986). Dit beeld van de mechanische organisatie is herkenbaar in het traditionele kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg (*zie paragraaf 3.2*).

Door bedrijfskundige invloeden op het denken over de kwaliteit van zorg verandert het verhaal van karakter. Kwaliteitsgericht denken en handelen drukken een hang naar een beheerste vervulling van behoeften uit, zoals we dat aantreffen bij een levend organisme. Een levend organisme is gericht op het vervullen van een bepaalde functie en de vorm wordt daaraan aangepast. De organische organisatievorm wordt, net als een levend organisme, gekenmerkt door een voortdurende aandacht voor en een inspelen op een dynamische omgeving, een externe gerichtheid (Morgan, 1986).<sup>190</sup> Tevens is er sprake van een (voortdurend) streven naar een bevrediging van behoeften op diverse niveaus, een interne gerichtheid. Het evenwicht tussen interne en externe gerichtheid is een voedingsbodem voor kwaliteit. Het wordt als beheersing aangeduid. Een organische organisatie zal ernaar streven steeds beter te functioneren. Een *immer* voortdurend streven naar verbetering veronderstelt een dynamische werkelijkheid. Het verbindt een visie op kwaliteit met een visie op de werkelijkheid. De mens is bezig een autonome transformatie (de werkelijkheid) af te buigen in de door hem gewenste richting. Dit wordt als verbetering ervaren. Aangezien de transformatie immer doorgaat, zal ook het sturen immer voort moeten duren. Het streven naar beheersing is impliciet aanwezig, als een elementaire levensbehoefte, maar het wordt door kwaliteitszorg expliciet gemaakt, en vervol-

<sup>190</sup> Daarbij moeten de gedachten niet alleen uitgaan naar een levend organisme. Ook een neurale netwerk (artificiële intelligentie) kenmerkt zich door een organische organisatievorm (*zie Churchland, 1990: p99 e.v.*).

gens geïnternaliseerd in het handelen van de medewerkers en de daaraan aangepaste organisatiestructuur. Het beeld van de organische organisatievorm staat model voor het moderne kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg (zie paragraaf 3.5.1).

Het beeld van een organisatie als organisme past goed bij een houding van kritische zelfreflectie en bij de aard van een kwaliteitssysteem. Bovendien gedijt het begrip kwaliteit beter in een organisch dan een mechanisch wereldbeeld. Een organisme leert de kwaliteit van het handelen te verbeteren door evaluatie van het effect van het handelen op de omgeving in het licht van doelstellingen. Dit principe wordt weergegeven in de Deming cirkel. Een organisch model van gezondheidszorg is een uitdrukking van reflexiviteit en daarmee een passende metafoer om het denken over kwaliteit vorm te geven. Reflexiviteit maakt een besturingsfilosofie tot een kwaliteitsbeleid. Het is de basis voor een verhaal dat het werken in de gezondheidszorg betekenis verleent.

#### 9.4 De goede dokter

Het onderhavige onderzoek heeft geleid tot een theorie over de betekenis van het begrip kwaliteit in de vorm van een semantische regel die personen hanteren als zij dit begrip aanwenden. Het bewust gebruik van deze regel leidt tot zinvolle communicatie over de kwaliteit van zorg. De regel geeft uitdrukking aan een eeuwenoude intuïtie. Plato besloot deze aan te duiden met de term kwaliteit (ποιός). Nog steeds wordt rond deze intuïtie hetzelfde taalspel gespeeld. Verandering van sociale realiteit noopt echter tot het gebruik van andere speelstukken. Laten we daarom het taalspel spelen in een voor de gezondheidszorg passende vorm. De resultaten van de gevalsstudies in dit onderzoek stellen ons daartoe in staat. In de stijl van Plato wordt kwaliteit opgevat als een gestalte van 'Het Goede' (Het Ene), de centrale allesbepalende vorm in diens vormenleer (*De Staat*, boek zeven).<sup>191</sup> De eerste differentiatie ervan in het juiste, het schone en het ware correspondeert met de betekenisnuances van het begrip kwaliteit als oordeel, capaciteit en eigenschap (zie hoofdstuk 2, tabel 2.1). De bijbehorende linguïstische uitdrukkingvormen, prescriptieve (voorschrijvende), performatieve (symbolische) en descriptieve (beschrijvende) beweringen, vertalen zich in definities van kwaliteit (hoofdstuk 4); de aard en vorm van de bijbehorende redenering is in de hoofdstukken *acht* en *negen* blootgelegd. Deze wordt hier geparafraseerde in een metafoer die een beeld oplevert, in overeenstemming met de resultaten van dit onderzoek naar de betekenis van het begrip kwaliteit. We volgen de semantische regel en sluiten nauw aan bij Plato's verwoording van het begrip kwaliteit (zie paragraaf 2.2). Laten we het begrip kwaliteit definiëren als 'het beredeneerde goede'.<sup>192</sup> Misschien komt deze betekenis vreemd voor; misschien is deze niet direct te begrijpen. Laat ik daarom een voorbeeld geven. Welnu, de goede dokter is

<sup>191</sup> 'Good is a noun. That was it. That was what Phaedrus had been looking for. That was the homer, over the fence, that ended the ball game. Good as a noun rather than an adjective is all the Metaphysics of Quality is about. Of course, the ultimate Quality isn't a noun or an adjective or anything else definable, but if you had to reduce the whole Metaphysics of Quality to a single sentence, that would be it.' (Pirsig, 1991b: p418).

<sup>192</sup> Deze voldoet aan de formele kenmerken van een definitie. Definiens en definiendum zijn volledig uitwisselbaar zonder dat de bewering van betekenis verandert. Het is een analytische bewering, a priori. ('kwaliteit' is kwaliteit, zie tabel 1.1).

een dokter die het vak volgens de regelen der kunst beoefent. Deze dokter levert goede zorg, maar nog geen zorg van goede kwaliteit. Daarvoor is meer nodig. De desbetreffende geneesheer moet geïnteresseerd zijn in het resultaat van zijn handelen en weten waarom hij goede zorg levert. Bovendien moet hij er daadwerkelijk in slagen een goed resultaat te leveren. Alleen de intentie daartoe is niet voldoende. Kortom, hij moet het zorgproces en de uitkomst daarvan welbewust beheersen. Daarvoor is een reflexief proces nodig, waardoor de zorghandeling op een bepaalde wijze wordt gekwalificeerd en de zorgverlener als een goede zorgverlener wordt herkend. Dit reflexief proces toont zich in een bepaalde houding van zorgverleners, een bepaalde verhouding van waarden in de praktijk der gezondheidszorg, en in het verhaal dat personen vertellen om het medisch handelen betekenis te verlenen.





## Bibliografie

- Abelson, A.  
1972 Definition. In: P. Edwards (ed.), *The Encyclopedia of Philosophy*. New York: Macmillan and the Free Press.
- Ackrill, J.L.  
1981 *Aristotle the Philosopher*. Oxford: Oxford University Press.
- Affelt, J.E.  
1982 The New Accreditation Cycle: Policies and Procedures. *Hospitals* 16: 86-150.
- Ajzen, I. & M. Fishbein  
1980 *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey.
- Almering, J.H.J., J.M. Aarts, N.C. Balkenende, et al.  
1979 *Analyse*. Delft: Delftse uitgevers Maatschappij (DUM).
- Anoniem  
1979 Wetenschappelijke Raad CBO geïnstalleerd. *Medisch Contact* 34: 1325-1326.  
1980 Kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg. Notitie volksgezondheid. *Medisch Contact* 35: 768.  
1989 Intentieverklaring betreffende een te ontwikkelen kwaliteitsbeleid. *Medisch Contact* 44: 605.  
1998 National Health Service vijftig jaar. *Ned Tijdschr Geneesk* 142: 1748.
- Aretz, A., D.A. Duwel & A. Monnier (red.).  
1989 *Kwaliteitsbewaking en financiële toegankelijkheid*. 's-Gravenhage/Lochem: VUGA Uitgeverij/De Tijdstroom.
- Aristotle  
1963 *Categories and De Interpretatione* (translated with notes and glossary, by J.L. Ackrill). Oxford: Oxford University Press.  
1976 *Ethics (Ethica Nicomachea)*, translation by J.A.K. Thomson). London: Penguin books.  
1981 *The Politics* (translation by T.A. Sinclair). London: Penguin books.
- Ashmore, M.  
1989 *The Reflexive Thesis. Writing sociology of scientific knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Attekum, van A.M.N.G.  
1993 *Bedrijfsgezondheidszorg, aspecten van kwaliteit* (proefschrift). Maastricht: Datawyse.
- Baarda, D.B. & M.P.M. De Goede  
1990 *Methoden en Technieken*. Leiden/Antwerpen: Stenfert Kroese Uitgeverij.
- Baarveld, F., M. Lopes Cardozo, C.J. Russchen, Th.A. Thomas & A.F. Casparie  
1982 Intercollegiale toetsing in een ziekenhuis: toepassing van vaste en persoonlijke criteria in een onderzoek naar de indicaties van bloedtransfusies. *Ned Tijdschr Geneesk* 126: 1717-1720.
- Babakus, E. & W.G. Mangold  
1992 Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health Services Research* 26: 767-786.

Baker, R.

1988 *Practice Assessment and Quality of Care*. London: The Royal College of General Practitioners.

Barneveld Binkhuysen, F.H. & C.B.A.J. Puijlaert

1986 Een ineffectief en inefficiënt woordgebruik. *Medisch Contact* 41: 789-790.

Batstone, G.F.

1990 Educational Aspects of Medical Audit. *Br Med J* 301: 326-328.

Batalden, P.B., E.C. Nelson & J.S. Roberts

1994 Linking Outcomes Measurement to Continual Improvement. *Journal on Quality Improvement* 20: 167-180.

Berkestein, van Th.M.G. & P.J.A. Colsen

1989 Kwaliteit van zorg. *Medisch Contact* 44: 423-426.

Berwick, D.M.

1985 Screening in Health Fairs. A Critical Review of Benefits, Risks, and Costs. *JAMA* 254: 1492-1498.

1988 Toward an Applied Technology for Quality Measurement in Health Care. *Med Decis Making* 8: 253-258.

1989a Health Services Research and the Quality of Care: Assignments for the 1990s. *Med Care* 27: 763-771.

1989b Continuous Improvement as an Ideal in Health Care. *N Engl J Med* 320: 53-56.

1990 Peer review and quality management. Are they compatible? *Quality Review Bulletin* 16: 246-251.

1991 Controlling Variation in Health Care: A Consultation from Walter Shewhart. *Med Care* 29: 1212-1225.

1992 The clinical Process and the Quality Process. *Quality Management in Health Care* 1: 1-8.

1994 Eleven Worthy Aims for Clinical Leadership of Health System Reform. *JAMA* 272: 797-802.

1996a Payment by Capitation and the Quality of Care. *N Engl J Med* 335:1227-1231.

1996b A Primer on Leading the Improvement of Systems. *Br Med J* 312: 619-22.

1998a The NHS: Feeling Well and Thriving at 75. *Br Med J* 317: 57-61.

1998b Crossing the Boundary: changing mental models in the service of improvement. *Int Journal Quality in Health Care* 10: 435-441.

Berwick, D.M. & K.L. Coltin

1986 Feedback reduces test use in a health maintenance organization. *JAMA* 255: 1450-1454.

Berwick, D.M., A. Enthoven & J.P. Bunker

1992 Quality Management in the NHS: the Doctor's Role I. *Br Med J* 304: 235-9.

1992 Quality Management in the NHS: the Doctor's Role II. *Br Med J* 304: 304-8.

Berwick, D.M., A. B. Godfrey & J. Roessner

1991 *Curing Health Care. New strategies for Quality Improvement*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

- Berwick, D.M. & T.W. Nolan  
 1995 Cooperating for improvement. *Journal on Quality Improvement* 21: 573-577.  
 1998 Physicians as leaders in improving health care. *Ann Intern Med* 128: 289-292.
- Berwick, D.M. & D.L. Wald  
 1990 Hospital Leaders' Opinions of the HCFA Mortality Data. *JAMA* 263: 247-249.
- Berwick, D.M. & M.C. Weinstein  
 1985 What do patients value? Willingness to pay for ultrasound in normal pregnancy. *Med Care* 23: 881-893.
- Bleys, C.  
 1986 Over de grenzen van de zorg vanuit een klinisch oogpunt. *Scripta Medico-Philosophica* 2: 14-28.
- Bliersbach, C.M.  
 1988 Quality Assurance in health care: current challenges and future directions. *Quality Review Bulletin* 14: 315-319.  
 1989 Integrating Quality Assurance and Cost Accounting to Facilitate Management Efficiency. *Quality Review Bulletin* 15: 302-305.
- Blumenthal, D.  
 1996a Quality of Care – What is it? *N Engl J Med* 335: 891-893.  
 1996b The Origins of the Quality-of-Care Debate. *N Engl J Med* 335: 1146-1149.
- Blumenthal, D. & A.M. Epstein  
 1996 The Role of Physicians in the Future of Quality Management. *N Engl J Med* 335: 1328-1331.
- Bodenheimer, T.  
 1999 The Movement for Improved Quality in Health Care. *N Engl J Med* 340: 488-492.
- Boelen, J.L.A.  
 1985 De kwaliteit van zorg. *Medisch Contact* 40: 361-363.
- Boeije, H.R.  
 1994 *Kwaliteit van zorg in verpleeghuizen*. Utrecht: Uitgeverij De Tijdstroom.
- Boot, J.M. & M.H.J.M. Knapen  
 1993 *De Nederlandse Gezondheidszorg*. Utrecht: Het Spectrum (7<sup>e</sup> druk).
- Bowling, A.  
 1997 *Research Methods in Health. Investigating health and health services*. Buckingham/Philadelphia: Open University Press.
- Breedveld, E.J., L.C.M. Boonekamp & T.E.D. van der Grinten  
 1993 *Zorgverzekeraar, ziekenhuis en kwaliteit van zorg*. Rotterdam: Erasmus Universiteit, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.
- Brook, R.H., E.A. McGlynn & P.D. Cleary  
 1996 Measuring Quality of Care. *N Engl J Med* 335: 966-969.
- Brook, R.H., C.J. Camberg & E.A. McGlynn  
 1996 Health System Reform and Quality. *JAMA* 276: 476-480.
- Brook, R.H. & F.A. Appel  
 1973 Quality-of-care Assessment: Choosing a Method for Peer Review. *N Engl J Med* 288: 1323-1329.

Brook, R.H.

1979 Studies of Process-Outcome Correlations in Medical Care Evaluations. *Med Care* 17: 868-873.

1989 Practice Guidelines and Practicing Medicine: are they compatible? *JAMA* 262: 3027-3030.

Broth, R.A.

1982 *Managing Quality for Higher Profits*. New York: McGraw-Hill.

Brouwer, L.E.J.

1932 Willen, weten, spreken. Bezinning over wiskunde, wetenschap en taal. *Euclides* 9: 177-193.

1981 *Over de grondslagen der wiskunde* (dissertatie, 1907). Amsterdam: Mathematisch Centrum.

Brown, G.

1996 Interview with Avedis Donabedian, M.D. *American Journal of Medical Quality* 11: 167-172.

Brown, S.W. & T.A. Swartz

1989 A gap analysis of professional service quality. *Journal of marketing* 53: 92-98.

Cameron, H.M., E. McGoogan & H. Watson

1980 Necropsy; a yardstick for clinical diagnosis. *Br Med J* 281: 985-988.

Caper, Ph.

1974 The meaning of quality in medical care. *N Engl J Med* 291: 1136-1137.

1988 Defining Quality in Medical Care. *Health Affairs* (Spring): 49-60.

Casparie, A.F.

1975 Praktische toepassing van Medical Audit. *Ned T Geneesk* 119: 667-671.

1983 Maatstaven voor goede zorg. *Medisch Contact* 38: 349-350.

1988 Guidelines for medical care; the relationship between medical decision making, technology assessment and quality assurance. *Netherland Journal of Medicine* 33: 1-4.

1989 Kwaliteit in de gezondheidszorg: huidige inzichten en toekomstige ontwikkelingen. *Medisch Contact* 44: 477-482.

1990 De rol van de beroepsgroep bij kwaliteitsbewaking en -bevordering. *Medisch Contact* 45: 1538-1539.

1991 Guidelines to shape clinical practice. The role of medical societies: the Dutch experience in comparison with recent developments in the American approach. *Health Policy* 18: 251-259.

1993 Quality care policy. View from the Netherlands. *Int J Quality in Health Care* 2: 138-141.

1995 Landelijk kwaliteitsbeleid anno 1995: stand van zaken en nieuwe ontwikkelingen. *Medisch Contact* 50: 853-856.

1996 The ambiguous relationship between practice variation and appropriateness of care: an agenda for further research. *Health Policy* 35: 247-265.

Casparie, A.F., P.J.A. Colsen, A.W. Kessener, e.a. (red.)

1993 *Handboek kwaliteit van zorg. Ontwikkelingen, hulpmiddelen, projecten*.

Maarsse, Elsevier/De Tijdstroom.

- Caparie, A.F., J.J.E. van Everdingen & P.P.J. Touw  
1989 Kwaliteitsbevordering en kwaliteitsbewaking: een taak voor de wetenschappelijke verenigingen? *Medisch Contact* 45: 1478-1481.
- Casparie, A.F. & P.P.M. Harteloh  
1993 Kwaliteit van zorg en kwaliteitsbevordering. Van een nieuw paradigma naar een omschreven vakgebied. *Medisch Contact* 48: 173-175.
- Casparie, A.F. & H. Hommes  
1997 *Indicatoren voor integrale kwaliteitszorg in ziekenhuizen*. Deventer: Kluwer.
- Chassin, M.R.  
1996 Improving the Quality of Care. *N Engl J Med* 335: 1060-1063.
- Chassin, M.R. & W.G. Galvin  
1998 The Urgent Need to Improve Health Care Utility. *JAMA* 280: 1000-1005.
- Churchland, P.M.  
1990 *Matter and Consciousness*. Cambridge/Massachusetts: MIT Press.
- Cleary, P.D. & S. Edgman-Levitan  
1997 Health Care Quality. Incorporating Consumer Perspective. *JAMA* 278: 1608-1612.
- Collard, A.F., A. Bergman & M. Henderson  
1990 Two approaches to measuring quality in medical case management programs. *Quality Review Bulletin* 16: 3-8.
- Colsen, P.J.A. & P.P.M. Harteloh  
1994 Doelmatigheidsbevordering in de gezondheidszorg. *Medisch Contact* 49: 1243-1244.
- Colsen, P.J.A. & A.F. Casparie  
1995 Indicatorregistratie. Een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis. *Medisch Contact* 50: 297-299.
- Cochrane, A.L.  
1971 *Effectiveness and Efficiency, Random Reflections on Health Care Services*. London: Burgess & Son, Ltd.  
1979 1931-1971: *A Critical Review with Particular Reference to the Medical Profession*. In: *Medicines for the Year 2000*, London: OHE.
- Copi, I.M.  
1986 *Introduction to logic*. New York: Macmillan (7th ed.).
- Council on Medical Service (AMA)  
1986 Quality of Care (Council Report). *JAMA* 256: 1031-1034.  
1988 Guidelines for Quality Assurance (Council Report). *JAMA* 259: 2572-2573.
- Cramwinckel, A.B.  
1989 Wat is kwaliteit? De betekenis van 'analytische' en 'emotionele' kwaliteit. *SIGMA (KDI)* 6: 14-20.
- Crosby, P.B.  
1979 *Quality is free*. New York: New American Library.
- Culyer, A.J.  
1983 *Health Indicators*. Oxford: Martin Robertson Ltd.
- Dale, van  
1984 *Groot Woordenboek der Nederlandse Taal* (11<sup>e</sup> herz. druk). Utrecht: Van Dale.

- Davidson, D.  
 1980 *Essays on Actions and Events*. Oxford: Clarendon Press.  
 1984 *Inquiries into Truth and Interpretation*. Oxford: Clarendon Press.
- Dennett, D.C.  
 1990 Quining Qualia. In: W.G. Lycan (ed.), *Mind and Cognition*. Oxford: Basil Blackwell Ltd, p519-549.
- Deming, W.E.  
 1994 *De crises overwonnen (Out of the crises, 1982)*. Deventer: Kluwer bedrijfs-wetenschappen.
- DesHarnais, S.I. & K.N. Simpson  
 1992 Indices for monitoring hospital outcomes in developed countries. *Health Policy* 21, 1-15.
- Donabedian, A.  
 1980 *Explorations in quality assessment and monitoring (vol.1), The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.  
 1982 *Explorations in quality assessment and monitoring (vol.II), The Criteria and Standards of Quality*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.  
 1984 Volume, Quality, and the Regionalization of Health Care Services. *Medical Care* 22: 95-97.  
 1985a *Explorations in quality assessment and monitoring (vol.III), Perspectives on the Quality of Health Care*. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press.  
 1985b The Epidemiology of Quality. *Inquiry*, 22, 282-292.  
 1986 Criteria and Standards for Quality Assessment and Monitoring. *Quality Review Bulletin* 12: 99-108.  
 1988a The quality of care. *JAMA* 260: 1743-1748.  
 1988b, Quality Assessment and Assurance: Unity of Purpose, Diversity of Means. *Inquiry* 25: 173-192.  
 1988c The assessment of technology and quality. A comparative study of certainties and ambiguities. *Int J of Technology Assessment in Health Care* 4: 487-496.  
 1992 The role of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin* 18: 356-360.  
 1993a Continuity and change in the quest for quality. *Clinical Performance and Health Care* 1: 9-16.  
 1993b Quality in Health Care: Whose Responsibility is it? *Am J Med Quality* 2:32-6.  
 1996 The Effectiveness of Quality Assurance. *Int J Quality in Health Care* 8: 401-7.
- Donabedian, A., J.R.C. Wheeler & L. Wyszewianski  
 1982 Quality, Cost, and Health: An integrative model. *Medical Care* 20: 975-992.
- Dunning, A.J.  
 1989 De derde revolutie: rekenschap. *Ned Tijdschr Geneesk* 133: 1-3.
- Dijksterhuis, E.J.  
 1985 *De mechanisering van het wereldbeeld (1950)*. Amsterdam: Meulenhof.
- Eskildson, L. & G.R. Yates  
 1991 Lessons from Industry: Revising Organizational Structure to Improve Health Care Quality Assurance. *Quality Review Bulletin* 17: 38-41.

- Everdingen, J.J.E.  
1988 *Consensusontwikkeling in de geneeskunde* (proefschrift). Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema.
- Feigenbaum, A.V.  
1983 *Total Quality Control*. New York: McGraw-Hill.
- Festen, J.  
1998 Consensus 'Radiotherapie bij het niet-kleincellige longcarcinoom'. *Ned Tijdschr Geneeskd* 142: 2248-2252.
- Fink, A.  
1984 Consensus Methods: Characteristics and Guidelines for Use. *Am J Public Health* 74: 979-983.
- Flew, A. (ed.)  
1979 *A Dictionary of Philosophy*. London: The Macmillan Press.
- Frankena, W.F.  
1978 *Fundamentele ethiek*. Assen/Amsterdam: Van Gorcum.
- Garvin, D.A.  
1989 Wat houdt "produktkwaliteit" eigenlijk in? Kwaliteits Dienst voor de Industrie (KDI): *Sigma* 5/6: 3-18.  
1991 *Managing quality. The strategic and competitive edge*. New York: The Free Press.
- Geurts, J.P.M.  
1978 *Feit en theorie*. Assen: Van Gorcum (tweede druk).
- GIGV. Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid.  
1990 *Kwaliteitszorg in de GGZ en GGZZ* (discussie nota). Rijswijk: GIGV.
- Glidden, D.K.  
1983 *Epicurean semantics*. EYZHTHEIE: studie sull Epicurismo Greco e Romano of ferti a Marcello Giganti. Napoli.
- Grol, R.P.T.M.  
1987 *Kwaliteitsbewaking in de huisartsgeneeskunde* (dissertatie). Nijmegen: KUN.  
1993 Development of guidelines for general practice care. *Br J Gen Pract* 43: 146-151.
- Groot, de A.D.  
1981 *Methodologie. Grondslagen van onderzoek en denken in de gedragswetenschappen* (1961). 's-Gravenhage: Uitgeverij Mouton (elfde druk).  
1985 Kwaliteit in de wetenschap? Een beknopte probleemanalyse. In: H.A. Becker & A.F.J. van Raan (red.), *Kwaliteit in de wetenschap. Een meetbaar begrip?* Leiden: DSWO Press, pp87-117.
- Gudmundsson, G.H. & P.K. Maack  
1991 In search of a theory of quality. In: *Proceedings of the 35th Annual Conference of the European Organization for Quality (EOQ)*. Prague: EOQ.
- Harris-Wehling, J.  
1990 Defining Quality of Care. In: K.N. Lohr (ed.), *Medicare: a Strategy for Quality Assurance (vol. 1)*. Washington D.C. National Academy Press, pp 116-139.

Harteloh, P.P.M.

1990 Ethiek en de radiologisch laborant. *Gamma* 40: 39-41.

1990 *Kwaliteit van zorg: concepten en methoden* (rapport). Rotterdam: Erasmus Universiteit, Studierichting Beleid en Management Gezondheidszorg (BMG).

1991 *Het begrip kwaliteit in kaart gebracht* (rapport). Rotterdam: Erasmus Universiteit, Studierichting Beleid en Management Gezondheidszorg (BMG).

1993 Quality assurance systems in health care: a rational construction. In: *The quality of health services in a united europe: lessons for others*. Utrecht: CBO: pp30-35.

Harteloh, P.P.M. & A.F. Casparie.

1991 *Kwaliteit van zorg: van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. 's-Gravenhage/Lochem: VUGA/De Tijdstroom (eerste en tweede druk).

1992 Medische Technology Assessment en kwaliteitsborging. *Tijdschr Soc Gezondheidsz* 70: 288-292.

1994 *Kwaliteit van zorg: van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Utrecht: De Tijdstroom (derde herziene druk).

1998 *Kwaliteit van zorg: van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak* (1991). Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom (vierde herziene druk).

Harteloh, P.P.M., A.F. Casparie & P.P.J. Touw.

1991 Het begrip 'kwaliteit van zorg': een analysekader. *Medisch Contact* 46: 18-20.

Harteloh, P.P.M. & A.C. Nievaard

1992 De rol van ziekenhuissterftecijfers in het kwaliteitsbeleid. *Acta Hospitalia* 32: 65-71

Harteloh, P.P.M., M.G.W. Dijkgraaf & J.C. Jager

1996a *Effecten van medische zorg; een conceptueel kader*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

Harteloh, P.P.M & J.W.G. Kistemaker

1993 Denken over kwaliteit. *Ned Tijdschr v Fysiotherapie* 103: 4-8.

Harteloh, P.P.M., B. Sprij & A.F. Casparie.

1992 Patiëntsatisfactie en kwaliteit: een problematische relatie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* (MGv) 47: 157-166.

Harteloh, P.P.M. & F.W.S.M. Verheggen

1992a Prioriteiten in het kwaliteitsbeleid. *Medisch Contact* 1992; 47: 235-238.

1992b *Quality Assurance in Health Care*. Proceedings 2nd workshop on Quality Management in Services. Maastricht: MERIT.

1992c Methoden van kwaliteitsbewaking en -bevordering. *Acta Hospitalia* 32: 5-13.

1994 Quality assurance in health care. From a traditional towards a modern approach. *Health Policy* 27: 261-270.

Harteloh, P.P.M. & G.C.G. Verweij

1995 De meting van tevredenheid over de huisarts, tandarts, fysiotherapeut en specialist. *Mndber gezondheid* (CBS) 11: 4-12.

Harteloh, P.P.M., G.C.G. Verweij & A.F. Casparie

1996b Het oordeel van personen over de huisarts en tandarts. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg* 74: 305-311.



- Harteloh, P.P.M. & G.W. Wagner  
1990 Het dilemma van het patiënt-gericht-utilisme; de keuze tussen ionische versus niet-ionische contrastmiddelen. *Gamma* 40: 41-45.
- Harvey, G.  
1996 Quality in Health Care: Traditions, Influences and Future Directions. *Int J Quality in Health Care* 8: 341-350.
- Hattinga Verschure, J.C.M.  
1979 De relatie tussen zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg. *Medisch Contact* 34: 773-778.  
1981a *Algemene zorgkunde voor de zorgverlenende beroepen*. Lochem: De Tijdstroom.  
1981b *Het verschijnsel zorg. Een inleiding tot de zorgkunde*. Lochem: De Tijdstroom.
- Heckman, J.  
1985 Kwaliteitsbewaking en kostenbeheersing in ziekenhuizen. *Medisch Contact* 40: 454-456.
- Held, K.  
1995 *Trefpunt Plato. Een filosofische reisgids door de antieke wereld*. Baarn: Ambo.
- Herk, van R.  
1997 *Artsen onder druk. Over kwaliteitsbeleid van medische beroepen*. Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom.
- Hirst, R.J.  
1972 Primary and Secondary Qualities. In: P. Edwards (ed.). *The encyclopedia of Philosophy*. New York: Macmillan and the Free Press, pp455-457.
- Hoekstra, P. & L.N.J. Verzellenberg  
1982a Kwaliteitskringen in de gezondheidszorg. *Medisch Contact* 37: 314-320.  
1982b Kosten kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg. *Medisch Contact* 37: 957-961.  
1983 Kwaliteitsbewaking in ziekenhuizen. *Medisch Contact* 38: 311-315.
- Hume, D.  
1989 *Enquiries concerning human understanding and concerning the principles of morals* (reprinted from the 1777 edition (ed) Selby-Bigge. Oxford: Clarendon Press.
- Husserl, E.  
1986 *Die Idee der Phänomenologie: Fünf vorlesungen*. Hamburg: Felix Meiner Verlag.
- Hutjes, J.M. & J.A. van Buuren  
1992 *De gevalsstudie. Strategie van kwalitatief onderzoek*. Meppel: Boom.
- Iglehart, J.K.  
1999 The American Health Care System: Medicare. *N Engl J Med* 340: 327-332.
- Illich, I.  
1975 *Medical Nemesis: the expropriation of health*. London: Calder & Boyars.
- Inspectie voor de volksgezondheid (IG)  
1997 *Staat van de Gezondheidszorg. Een rapportage over kwaliteit en toegankelijkheid*. Rijswijk, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

- Imai, M.  
 1986 *Kaizen: the key to Japan's competitive succes*. New York, McGraw Hill.  
 1997 *Gemba Kaizen*. Deventer: Kluwer BedrijfsInformatie.
- Ishikawa, K.  
 1986 *Totale Kwaliteits Controle*. Amsterdam: Omega Boek.
- Juran, J.M.  
 1964 *Managerial breakthrough*. New york: McGraw-Hill.  
 1974 *Quality Control Handbook*. New York: McGraw-Hill.  
 1991 Challenge and Response in Managing for Quality. In: *The Human Factor in Quality Management*. Prague: 35th EOQ, (Proceedings, Supplement): pp109-121.
- Kant, I.  
 1966 *Kritik der reinen Vernunft* (1789). Stuttgart: Reclam  
 1979 *Prolegomena* (1783). Meppel/Amsterdam: Boom.
- Kapteyn, A.  
 1982 *Nut en Economie* (oratie). Katholieke Hogeschool Tilburg, 17 Sept. 1982.
- Karhausen, L.R.  
 1995 The poverty of Popperian epidemiology. *International J Epidemiology* 24: 869-874.
- Kasdorp, J.P., Ch.O. Pannenberg & B. Wijnberg  
 1982 Kwaliteitsmeting in de gezondheidszorg. Een signaal van de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid. *Medisch Contact* 37: 1023-1025.
- Kazandjian, V.A.  
 1996 The contribution of epidemiology to CQI: a commentary. *Int J Quality in Health Care* 8: 351-357.
- Kazandjian, V.A., W. Lessner, F. McCormack & L.H. Tabb  
 Het Maryland Quality Indicator Project - een kwaliteitsproject naar aanleiding van een indicatorsignaal. In: *Handboek kwaliteit van zorg*, Utrecht: De Tijdstroom, 1993: C4.2 1-14.
- Kenagy, J.W., D.M. Berwick & M.F. Shore  
 1999 Service Quality in Heath Care. *JAMA* 281: 661-665.
- Kistemaker, J.W.G.  
 1989 *Patiënt en integrale kwaliteitszorg*. Leuven: Centrum voor Ziekenhuiswetenschappen.  
 1993 Amerikaanse gezondheidszorg herzien. *Medisch Contact* 48: 1291.
- Kemenade, van Y.W.  
 1994 Het plan Clinton. De voorgenomen hervormingen van de Amerikaanse gezondheidszorg. *Medisch Contact* 49: 829-832.
- Klazinga, N.S.  
 1991 Professionele autonomie en vrijheid van medisch handelen. *Medisch contact* 46: 1285-1287.  
 1996 *Quality Management of Medical Specialist Care in the Netherlands. An Explorative Study of its Nature and Development*. Overveen: Belvédère.
- Klazinga, N.S., P.P.J. Touw & J.J.E. van Everdingen  
 1988 Kwaliteitsbevordering in de specialistische geneeskunde. In: *Bijblijven* 4: 31-5.

- Koenen, M.J. & J. Endepols  
1972 *Verklarend Handwoordenboek der Nederlandse Taal*. Groningen: Wolters Noordhof (26<sup>e</sup> druk).
- Kripke, S.A.  
1988 *Naming and necessity* (1972). Oxford: Basil Blackwell Ltd
- Kuhn, T.S.  
1970 *The Structure of Scientific Revolutions*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Kuipers, F.C. & H.O. van der Zalm  
1975 Necrologiebespreking. *Ned Tijdschr Geneeskd* 119: 1379-1381.
- Kuitert, H.M.  
1989 *Mag alles wat kan?* Baarn: Ten Have.
- Laffel, G.L. & D.M. Berwick  
1993 Quality Health Care. *JAMA* 270: 254-255.
- Laffel, G. & D. Blumenthal  
1989 The case for using industrial quality management science in health care organizations. *JAMA* 262: 2869-2873.
- Lang, L. de & J. Lubsen  
1987 *Klinisch Geneesmiddelenonderzoek*. Utrecht: Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge.
- Leape, L.L., et al.  
1990 Practice Guidelines and Standards: An Overview. *Quality Review Bulletin* 16: 42-49.  
1991 *Adverse events and negligence in hospitalized patients* *Iatrogenics* 1: 17-21.
- Leape, L.L.  
1994 Error in Medicine. *JAMA* 272: 1851-1857.
- Leeman, A.D.  
1970 *Beknopt latijns-nederlands woordenboek*. Groningen: Wolters-Noordhof.
- Leenen, H.J.J.  
1979 Kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg. *Medisch Contact* 34: 931-938.
- Lehmann, R.  
1989 Forum on Clinical Indicator Development: A Discussion of the Use and Development of Indicators. *Quality Review Bulletin* 15: 223-227.
- Lembcke, P.A.  
1956 Medical Auditing by Scientific Methods. *JAMA*, 162: 646-655.  
1967 Evolution of the Medical audit. *JAMA* 199: 111-118.
- Lemmens, F. & M.C.H. Donker  
1990 *Kwaliteitsbeoordeling door cliënten: een metastudie naar tevredenheidsonderzoek in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid-reeks 90-6.
- Locke, J.  
1980 *An essay concerning human understanding* (1690). Glasgow: Collins Fount Paperbacks.
- Lohr, K.N. (ed.)  
1990 *Medicare: A Strategy for Quality Assurance (Vol I)*. Washington D.C.: NAP.

- Lohr, K.H. & J.H. Harris-Wehling  
1991 Medicare: A Strategy for Quality Assurance, I: A Recapitulation of the Study and a definition of Quality of Care, *Quality Review Bulletin* 17: 6-9.
- Lohr, K.N., K.D. Yordy & S.O. Thier  
1988 Current Issues in Quality of Care. *Health Affairs* (Spring): 5-18.
- Long, A.A.  
1971 Aisthesis, Prolépsis and Linguistic Theory in Epicurus. In: *Bulletin of The Institute of Classical Studies* 18: 114-133.
- Luce, L.M., A.B. Bindman & P.R. Lee  
1994 A brief history of health care quality assessment and improvement in the United States. *West J Med* 160; 263-268.
- MacIntyre, A.  
1966 *A short history of ethics*. London: Routledge & Kegan Paul Ltd.  
1985 *After Virtue. A study in moral theory*. London: Duckworth (second edition).
- Makens, P.K. & J.E. McEachern  
1990 Applications of industrial quality improvement in health care. *J of Occupational Medicine* 32: 1177-1183.
- McEachern, J.E., P.K. Makens, E.D. Buchanan & L. Schiff  
1991 Quality improvement: an imperative for medical care. *J of Occupational Medicine* 33: 364-371.
- McIntyre, A.L. & K. Popper  
1983 The Critical Attitude in Medicine: the Need for a new Ethics. *Br Med J* 287: 1919-1923.
- McKeown, Th.F.  
1975 An interpretation of the decline of mortality in England and Wales during the Twentieth Century. *Population Studies* 29: 391-422.  
1976 *The role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?* London: Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- McPherson, K.  
1994 The best and the enemy of the good: randomised controlled trials, uncertainty, and assessing the role of patient choice in medical decision making. *J Epidemiology Community Health* 48: 6-15.
- Merry, M.D.  
1990 Total Quality Management for Physicians: translating the new paradigm. *Quality Review Bulletin* 16: 101-105.
- Mill, J.S.  
1989 *Utilitarianism* (1867). Glasgow: Fontana Press (19e druk).
- Millenson, M.L.  
1997 *Demanding medical excellence. Doctors and accountability in the information age*. Chicago/London: The University of Chicago Press.
- Mintzberg, H.  
1979 *The structuring of organizations*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Molière  
1992 *Le Bourgeois gentilhomme* (1670). Presses Pocket.

- Moore, G.E.  
1993 *Principia ethica* (Revised Edition, first published 1903). Cambridge: Cambridge university Press.
- Morehead, M.A.  
1967 The medical audit as an operational tool. *Am J Public Health* 57:1643-1656.
- Morgan, G.  
1980 Paradigms, Metaphors, and Puzzle Solving in Organization Theory. *Administrative Science Quarterly*, 605-622.  
1986 *Images of Organization*. Beverly Hills, Sage Publications.
- Mugford, M., Ph. Banfield & M. O'Hanlon  
1991 Effects of feedback of information on clinical practice: an overview. *Br Med J* 303: 398-402.
- Munchow, O.B.  
1986 The term 'Quality'. *Quality Review Bulletin* 12: 310.
- Naess, A.  
1978 *Elementaire argumentatieleer*. Baarn, Ambo
- Nagel, T.  
1986 *The view from nowhere*. Oxford, Oxford University Press.
- N.C.D.B., Nederlands Centrum voor Democratische Burgerschapsvorming  
1990 *Kwaliteit vanuit patiëntenperspectief* (verslag). Amsterdam: NCDB.
- Nietzsche, F.  
1983 *Twilight of the Idols* (Götzen-Dämmerung, 1889). Harmondsworth, Middlesex, England: Penguin Books.
- Nievaard, A.C.  
1990 Validiteit en betrouwbaarheid in kwalitatief onderzoek. In: I. Maso & A. Smaling (red.). *Objectiviteit in kwalitatief onderzoek*. Meppel: Boom, pp75-97.
- Nijenhuis, te B.  
1997 Geïntegreerde zorgsystemen voor kwaliteit, Arbo en milieu. In: A. Faassen, B. te Nijenhuis, H.J. Rijnierse, et al. (red.) *Kwaliteits-, Arbo- en Milieuzorg in het laboratorium*. Den Haag: TenHagenStam, hoofdstuk 1 KAM-zorg.
- N.N.I., Nederlands Normalisatie Instituut.  
1994 *Quality management and quality assurance. Vocabulary* (ISO 8402: 1994). Delft: NNI.
- NP/CF, Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie.  
1995 *De kwaliteit van de gezondheidszorg in patiëntenperspectief*. Utrecht, NP/CF.
- Nuchelmans, G.  
1974 *Overzicht van de analytische wijsbegeerte*. Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum.
- N.R.V., Nationale Raad voor de Volksgezondheid.  
1986 *Begrippenkader kwaliteit van de beroepsuitoefening*. Zoetermeer: NRV.  
1990a *Discussienota Algemeen Begrippenkader Kwaliteitsbevordering*. Zoetermeer: NRV, publikatie 13/90.  
1990b *Rapport certificatie van instellingen*. Zoetermeer, NRV.
- Palmer, R.H.  
1997 Quality of Care. *JAMA* 277: 1896-1897.

- Parasuraman, A., V.A. Zeithaml & L.L.A. Berry  
1985 A conceptual model of service quality and its implications for research, *Journal of Marketing* 49: 41-50.
- Passmore, J.  
1994 *A hundred Years of Philosophy* (1957). London: Penguin books.
- Pirsig, R.  
1991a *Zen en de kunst van het motoronderhoud* (1976). Amsterdam: Bakker (17e druk).  
1991b *Lila. An inquiry into morals*. London: Bantam Press.  
1995 Kwaliteit is een gebeurtenis. *Filosofie Magazine* 4: 19-21.
- Peacocke, C.  
1991 The theory of meaning in analytical philosophy. In: *Contemporary philosophy. A new survey*. Den Haag/Dordrecht, Nijhof Publishers.  
1992 *A Study of Concepts*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Pearce, N. & D. Crawford-Brown  
1989 Critical discussion in epidemiology: problems with the popperian approach. *J Clin Epidemiol* 42: 177-184.
- Pellegrino, E.D. & D.C. Thomasma  
1981 *A Philosophical Basis of Medical Practice*. Oxford: Oxford University Press..
- Phillips, K.A. & H.S. Luft  
1997 The policy implications of using hospital and physician volumes as indicators of quality of care in a changing health care environment. *International J for Quality in Health Care* 9: 341-348.
- Plato  
1965 Meno. In: X. de Win, *Plato, Verzameld werk*, deel 1. Haarlem, Tjeenk Willink & Zoon, pp495-552.  
1987 *Theaetetus*. London: Penguin books.
- Plutarchus  
1983 De E 392B (DK 22B91). In: *Die Vorsokratiker I*. Stuttgart: Reclam, p273.  
1986 Adv. Col. 1110F-1111A (DK 68A57). In: *Die Vorsokratiker II*. Stuttgart: Reclam, p281.
- Popper, K.R.  
1968 *Conjectures and refutations: the growth of scientific knowledge*. New York: Harper and Row.  
1987 *The logic of scientific discovery (1959)*. London: Hutchinson (13th impr.).
- Putnam, H.  
1973 Meaning and Reference. *The Journal of Philosophy* LXX: 699-711.
- Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO)  
1990 *Advies Kwaliteit van Zorg. Terreinverkenning en prioriteiten voor wetenschappelijk onderzoek*. 's-Gravenhage: RGO.
- Raat, H. & G. Goudriaan  
1985 Kwaliteitssystemen en professionele autonomie. *Med Contact* 40: 806-808.
- Reerink, E. & A.Th. Schweizer (red.)  
1980 *Kwaliteitsbevordering van het specialistisch handelen in ziekenhuizen*. Alphen a/d Rijn: Stafleu.

- Reerink, E.  
 1983 De kwaliteit van het medisch handelen in het ziekenhuis. *Medisch Contact* 38: 346-348.  
 1985 Kwaliteitsbewaking in het ziekenhuis. Van patiënt naar consument. *Medisch Contact* 40: 1279-1280.  
 1991 Arcadia revisited: quality assurance in hospitals in the Netherlands. *Br Med J* 302, 1443-1445.
- Relman, A.S.  
 1988 Assessment and accountability: The third revolution in medical care. *N Engl J Med* 319: 1220-1222.
- Roberts, J.S., J.G. Coale & R.R. Redman.  
 1987 A history of the Joint Commission on Accreditation of hospitals. *JAMA* 258: 936-940.
- Russelman, G.H.E.  
 1984 De mechanisering van het wereldbeeld. *Intermediair* 25: 7-13.
- Rutstein, D.D., W. Berenberg, C.T. Chalmers & C.G. Child  
 1976 Measuring the quality of medical care. *N Engl J Med* 294: 582-588.
- Ryle, G.  
 1980 *The Concept of Mind* (1949). Harmondsworth, Middlesex, England : Penguin Books.
- Sales, A., N. Lurie, I. Moscovice & J. Goes  
 1995 Is Quality in the Eye of the Beholder? *J on Quality Improvement* 21: 219-225.
- Schulte, J.  
 1989 *Wittgenstein. Eine Einführung*. Stuttgart: Reclam.
- Schwartz, S.P. (ed.)  
 1990 *Naming, Necessity, and Natural Kinds* (1977). Ithaca & London: Cornell University Press (fourth printing).
- Shoemaker, S.  
 1982 The inverted spectrum. *Journal of Philosophy* 79: 357-381.
- Shortell, S.M., J.L. O'Brien, J.M. Carman, et. al.,  
 1995 Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement/Total Quality Management: Concept versus Implementation. *Health Services Research* 30: 377-401.
- Simons, A.J. & J. van Mansvelt  
 1976 *Intercollegiale Toetsing in Algemene Ziekenhuizen* (rapport). Utrecht: Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO).
- Sisk, J.E., D.M. Dougherty, P.M. Ehrenhaft, G. Ruby & B.A. Mitchner  
 1990 Assessing information for Consumers on the Quality of Medical Care. *Inquiry* 27: 263-272.
- Smith, C.H. & D. Armstrong  
 1989 Comparison of Criteria derived by Government and Patients for evaluating General Practitioner Services. *Br Med J* 299: 494-496.
- Smith, R.  
 1990 Medicine's need for Kaizen: putting Quality first. *Br Med J* 301, 679-680.
- Starfield, B.  
 1991 Primary Care and Health. *JAMA* 266: 2268-2271.

- Steffen, G.E.  
1988 Quality Medical Care: A Definition. *JAMA* 260: 56-61.
- Störig, H.J.  
1979 *Geschiedenis van de filosofie*. Utrecht/Antwerpen: Uitgeverij Het Spectrum (zestiende druk).
- Suijlen, van H.  
1995 *The quest of quality in clinical chemistry* (proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Tarlov, A.R., J.E. Ware, S. Greenfield, E.C. Nelson, E. Perrin & M. Zubkoff  
1989 The Medical Outcome Study. *JAMA* 262: 925-930.
- Thung, P.J.  
1986a Over de kwaliteit van de zorg. *Scripta Medico-Philosophica* 2: 30-39.  
1986b, Doelstellingen: gronden en grenzen van de gezondheidszorg. *Medisch Contact* 41, 442-448.  
1990 Morgen brengen. *Scripta Medico-Philosophica* 7: 61-73.
- Treurniet, H.F.  
1999 *Kwaliteitsbevordering in de gezondheidszorg: ontwikkeling van uitkomstindicatoren* (proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR).
- Treurniet, H.F., J.P. Mackenbach & P.J. van der Maas.  
1998 *Variaties in gezondheid: een aanknopingspunt voor kwaliteitsbewaking in de zorg*. Ned Tijdschr Geneesk 142: 388-392.
- Trochim, W.M.K.  
1989 An Introduction to concept Mapping for Planning and Evaluation. *Evaluation and Programm Planning* 12: 1-16.
- Verbeek, G.  
1993 *Het spel van kwaliteit en zorg*. Utrecht: Uitgeverij LEMMA.
- Verbrugh, H.S.  
1972 *Geneeskunde op dood spoor. Het gangbare medische mensmodel als voorwetenschappelijke ideologie*. Rotterdam: Lemniscaat.  
1978 *Paradigma's en begripsontwikkeling in de ziekteleer*. Haarlem: De Toorts.
- Verheggen, F.W.S.M.  
1998 Integrale kwaliteitszorg: op weg naar een goed geregelde patiëntenzorg. *Kwaliteit & Zorg* 6: 155-165.
- Verschuren, P.J.M.  
1986 *De probleemstelling voor een onderzoek*. Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum.
- Verzuu, W.J.  
1988 Zorgstandaarden en toetsing medisch handelen. Ervaringen met PSRO's en PRO's in de Verenigde Staten. *Medisch Contact* 43: 519-523.  
1988 *Qua Qualitate: kortlopende verkenning instrumenten kwaliteitszorg gezondheidszorg in de Verenigde Staten*. Buren: Transept.
- Vinkenburg, H.  
1996 Kwaliteit een intrigerend, maar onbepaald begrip. *Filosofie in bedrijf* 21: 3-12.
- Vuori, H.  
1980 Optimal and logical quality: two neglected aspects of the quality of health services. *Med Care* 13: 975-985.



- Waal, van der M.A.E., C.J. Lako & A.F. Casparie  
1993 *Voorkeuren voor aspecten van zorg met betrekking tot de kwaliteit*. Rotterdam: Erasmusuniversiteit, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.
- Wagner, C., D.H. de Bakker & E.M. Sluis  
1995 *Kwaliteitssystemen in instellingen. De stand van zaken in 1995*. NIVEL, Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL/NRV.
- Walburg, J.A.  
1997 *Integrale kwaliteit in de gezondheidszorg. Van inspecteren naar leren*. Deventer: Kluwer Bedrijfsinformatie.
- Wedberg, A.  
1982 *A History of Philosophy. Volume 1: Antiquity and the Middle Ages* (1958). Oxford: Clarendon Press.  
1984 *A History of Philosophy. Volume 3: From Bolzano to Wittgenstein* (1966). Oxford: Clarendon Press.
- Weed, L.L.  
1969 *Medical records, medical education and patient care. The problem oriented record as a basic tool*. Cleveland: Western Reserve University.
- Wennberg, J.E.  
1987 The Paradox of Appropriate Care. *JAMA* 258: 2568-2569.
- Wester, F.  
1995 *Strategieën voor kwalitatief onderzoek*. Bussum: Dick Coutinho (derde druk).
- W.H.O. World Health Organization  
1985 *Targets for health for all*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Williams, T.J.  
1996 Does risk adjusted readmission rate provide valid information on hospital quality? *Inquiry* 33: 258-270.
- Williamson, J.W.  
1978 Formulating Priorities for Quality Assurance Activity. Description of a Method and its Application. *JAMA* 239: 631-637.  
1988 Future Policy Directions for Quality Assurance: Lessons from the Health Accounting Experience. *Inquiry* 25: 67-77.  
1992 Comprehensive Approach to Quality for the 1990's. In: *Gezondheidszorg en kwaliteitsbevordering in de jaren negentig* (symposium), Antwerpen (VIK), Leuven-Apeldoorn: Garant.  
1994 Issues and Challenges in Quality Assurance of Health Care. *Int J Quality in Health Care* 6: 5-15.  
1997 A personal tribute to Kerr L. White, M.D., my career mentor, colleague, and friend. *Health Serv Res* 32: 22-31.
- Williamson, J.W., M. Alexander & G.E. Miller  
1967 Continuing Education and Patient Care Research. Physician response to screening test results. *JAMA* 201: 118-122.  
1968 Priorities in Patient Care Research and Continuing Medical Education. *JAMA* 204: 93-98.

- Williamson, J.W., J.I. Hudson & M.N. Nevins  
1982 *Principles of Quality Assurance and Cost Containment in Health Care*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Williamson, J.W., S. German, R. Weiss, E.A. Skinner & F. Bowes.  
1989 Health Science Information Management in Continuing Education of Physicians. *Annals Int Med* 110: 151-60.
- Wiseman, V.  
1997 Caring: the neglected health outcome? Or input? *Health Policy* 39: 43-53.
- Wittgenstein, L.  
1958 *Philosophical Investigations*. Oxford: Basil Blackwell Ltd.
- Wray, N.P., C.M. Ashton, D.H. Kuykendall, et al.,  
1995 Selecting Disease-Outcome Pairs for Monitoring the Quality of Hospital Care. *Med Care* 33: 75-89.
- Wulff, H.R.  
1980 *Principes van klinisch denken en handelen*. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema.  
1986 Rational Diagnosis and Treatment. *The Journal of Medicine and Philosophy* 11: 123-134.  
1995 Medische ethiek en klinische praktijk: op zoek naar het juiste evenwicht. Amsterdam: Volkskrant, Colofon: 'De anatomische les'.
- Wulff, H.R., S.A. Pedersen & R. Rosenberg  
1986 *Philosophy of Medicine: An Introduction*. Oxford: Blackwell Scientific Pbl.
- Wijmen van, F.C.B. & J.J. Carpay  
1992 Opzet en ontwikkeling van een kwaliteitssysteem in een academisch ziekenhuis. *Acta Hospitalia* 32: 13-23.
- Wijmen van, F.C.B. & A.L.M. Lagro-Janssen  
1998 Richtlijn, plichtlijn? Professionele autonomie volgens de WGBO. *Huisarts en Wetenschap* 41: 607-609, 616.
- W.V.C., Ministerie van Welzijn Volksgezondheid en Cultuur (WVC).  
1991 *Nota Kwaliteit van Zorg*. 's-Gravenhage: SDU.
- Yin, K.R.  
1994 *Case Study Research. Design and Methods*. Thousand Oaks/London: Sage.
- Zeithaml, V.A.  
1988 Communication and Control Processes in the Delivery of Service Quality. *Journal of Marketing* 55: 35-48.

## Samenvatting

*'My symbolical expression was really a mythological description of the use of a rule'*

*Wittgenstein, 1958: §221*

### I Onderzoek naar de kwaliteit van zorg

In de gezondheidszorg is er in de laatste decennia van de Twintigste eeuw een sterk toegenomen aandacht voor kwaliteit. Dit opmerkelijk verschijnsel is het onderwerp van dit proefschrift. In het eerste deel worden het probleem en de vraagstelling geformuleerd, alsmede de opzet en uitwerking van het onderzoek uiteengezet. Ook wordt er een wijsgerige analysekader geconstrueerd om de betekenis van het begrip kwaliteit te bestuderen.

#### 1 De vraag naar betekenis

Het gebruik van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg mag zich in een grote populariteit verheugen. Dit blijkt niet alleen uit een toenemend aantal nieuwe begrippen (kwaliteitsbeleid, kwaliteitszorg, kwaliteitsborging, kwaliteitsverbetering); steeds meer aspecten van zorg (doeltreffendheid, doelmatigheid, patiëntgerichtheid) en potentiële bronnen van gegevens daarover (ziekenhuissterfte, variaties in zorgverlening, tevredenheid van patiënten) worden met kwaliteit in verband gebracht. Bovendien worden verschillende methoden en technieken ontwikkeld om de kwaliteit van zorg te beoordelen, te bewaken of te verbeteren (uitkomstmetingen, consensusvorming, intercollegiale toetsing, procesanalyse, benchmarking). Door de sterk uiteenlopende kwaliteitsgerichte denk- en handelwijzen is de betekenis van het begrip kwaliteit verre van eenduidig. Hebben we te maken met een nieuw label voor alreeds gangbare praktijken - *Het Molière Effect* - of biedt het begrip kwaliteit een zinvolle verrijking van onze visie op het medisch handelen? Dergelijke kritische vragen naar het gebruik van het begrip kwaliteit leiden tot de vraagstelling van het onderzoek: *wat is de betekenis van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg?* Het doel van het onderzoek is een theorie op te stellen, die ons in staat stelt het begrip kwaliteit vanuit een willekeurig gekozen perspectief te interpreteren. Een dergelijke betekenis-theorie is te vergelijken met een vertaaltheorie, waarbij uitdrukkingen over kwaliteit kunnen worden geïnterpreteerd in termen van betekenis zodat de zinvolheid van een dergelijke uitdrukking kan worden vastgesteld. Vanuit pragmatisch oogpunt is de betekenis van een begrip gelegen in het gebruik ervan. Om de vraagstelling te beantwoorden bestuderen we daarom het gebruik van het begrip kwaliteit. Het materiaal daarvoor bestaat uit het oeuvre van een aantal invloedrijke auteurs (Donabedian, Williamson en Berwick), alsmede definities van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg (*deel II*), en

het verband dat tussen gegevens over gezondheidszorg en het begrip kwaliteit wordt gelegd (*deel III*). Dit materiaal is het onderwerp van een aantal gevalsstudies naar betekenisverlening. Het toont de ontwikkeling en de structuur van de begripsinhoud, alsmede de interpretatie van gegevens in termen van kwaliteit. De normatieve inhoud van de verschillende gevalsstudies is vervolgens het onderwerp van conceptuele analyse (*deel IV*). Deze leidt tot een criterium voor de betekenis van het begrip kwaliteit, alsmede tot de voorwaarden voor een zinvol gebruik van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg.

## 2 Wijsgerige analyse van het begrip kwaliteit

In dit proefschrift wordt een filosofisch analysekader gebruikt om de betekenis van het begrip kwaliteit te onderzoeken. Dit analysekader wordt niet zo maar aangetroffen als het werk van bepaald filosoof of als een doorlopend thema in het werk van verschillende filosofen, maar behoeft constructie. Basis hiervoor is een aantal passages over kwaliteit bij de stamvaders der Westerse filosofie. Naast een expliciet gebruik van het begrip kwaliteit zijn deze geselecteerd op grond van een theorie over begripsontwikkeling (intuïtie, beschouwing, verwoording van formele begripsinhoud, interpretatie, bewijs). Bij Plato wordt een eerste intuïtie van het begrip kwaliteit aangetroffen. Het figureert er in een verhandeling over de perceptie om grip te krijgen op de hoedanigheid van gewaarwordingen. Plato geeft geen formele definitie, maar zet het begrip kwaliteit uiteen door middel van voorbeelden. Het heeft er de gestalte van een primair begrip. Een primair begrip is een begrip waarvan de betekenis wordt gekend zonder dat een expliciete definitie voorhanden is. Men leert deze begrippen kennen door middel van voorbeelden; zij worden *herkend*. Het wijst de weg naar bestudering van voorbeelden om van daaruit tot een theorie over de betekenis van het begrip kwaliteit te komen. Bij Aristoteles treffen we een eerste analyse van het begrip kwaliteit aan die, gelet op het hedendaagse gebruik ervan, nog altijd relevant is. Hij benoemt vier betekenissen van het begrip kwaliteit: (i) staat of toestand, (ii) (natuurlijke) capaciteit of dispositie, (iii) eigenschap van gewaarwordingen (zoetheid, bitterheid, warm, koud, etc.), (iv) externe vorm van objecten (recht, gebogen). Lange tijd bepalen deze betekenisnuances de inhoud van het begrip kwaliteit. In de zeventiende eeuw vindt onder invloed van de zich sterk ontwikkelende natuurkunde de zogenaamde mechanisering van het wereldbeeld plaats. Er voltrekt zich een radicale breuk met het wereldbeeld van Aristoteles en er is een nieuwe invulling van het begrip kwaliteit nodig. Binnen het mechanistische wereldbeeld geeft Locke het begrip kwaliteit een plaats binnen een causaal model van de perceptie. Het object beschikt over primaire kwaliteiten (lengte, hoogte, breedte, gewicht) waarop secundaire kwaliteiten (kleur, geur etc.) berusten. Er ontstaat het idee dat een (causaal) mechanisme aan de betekenis van het begrip kwaliteit ten grondslag ligt. De sterke dominante van de natuurwetenschappen en de daarmee gepaard gaande mechanistische invulling van causaliteit doen vervolgens het begrip kwaliteit in nevelen verdwijnen. De Duitse filosoof Kant reageert op een andere manier op de mechanisering van het wereldbeeld. Kennis ontstaat volgens hem in het oordeel door samengaan van een categorie met de ruwe grondstof van onze gewaarwordingen. Er is een *conceptueel* verband tussen het mentale en de wereld. Een categorie is niet als zodanig in de ons omringende werkelijkheid aan-

wezig, maar is onderdeel van de structuur van het verstand. Het verstand gebruikt deze noodzakelijkerwijs en in het algemeen om een begrip te vormen. Kwaliteit is een van deze categorieën. Het werk van Kant opent de weg naar een andere invulling van de aard en functie van het begrip kwaliteit. Het is een abstract, mentaal begrip, gevormd in de interactie tussen subject en object. Daarmee zijn de belangrijkste betekenisnuances van het begrip kwaliteit gegeven. Het functioneert enerzijds als een (bepaald soort) eigenschap, anderzijds als een categorie in het oordeel over het object van aandacht. In het gangbare spraakgebruik is het bovendien als een vorm van bijval of lofuiting te onderkennen (kwaliteit als klasse, mate van perfectie). Deze betekenisnuances (soort eigenschap, categorie in het oordeel, lofuiting, bijval, klasse) vormen het analysekader voor dit onderzoek naar het gebruik van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg. Het voert ons van een Platoonse intuïtie via een analyse van voorbeelden naar een beeld van de structuur van de inhoud van het begrip kwaliteit. Het onderzoek is daardoor te lezen als een (rationele) reconstructie van de ontwikkeling van het begrip kwaliteit.

## II Gedachten over de kwaliteit van zorg

Het tweede deel van dit proefschrift heeft theoretische beschouwingen over het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg tot onderwerp. De ontwikkeling en de structuur van de begripsinhoud worden bestudeerd. Daarvoor gebruiken we het oeuvre van een aantal invloedrijke auteurs en definities van het begrip kwaliteit in de medische literatuur. Het resultaat van de analyse is een semantische regel die wordt gebruikt om het begrip kwaliteit te interpreteren.

### 3 Grondleggers en hun ideeën

In Nederland wordt vaak verwezen naar Amerikaanse auteurs als Donabedian, Williamson en Berwick. Zij zijn een voorbeeld, aanleiding of bron van rechtvaardiging om het begrip kwaliteit op een bepaalde wijze te gebruiken. Donabedian schept een kader voor een wetenschappelijke benadering van kwaliteit in de gezondheidszorg. De theoretische invalshoek die hij daarbij gebruikt, heeft grote invloed uitgeoefend op operationalisering van het begrip kwaliteit. Williamson heeft mede door een persoonlijke betrokkenheid bij de opzet van het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO) een rechtstreekse invloed uitgeoefend op de opzet en uitwerking van de kwaliteitsbevordering in Nederland. Berwick doet vooral in de jaren negentig van zich spreken. Hij geeft een nieuwe impuls aan het denken over de kwaliteit van zorg, ontleend aan bedrijfskundige principes voor het kwaliteitsgericht handelen. Donabedian, Williamson en Berwick verwijzen op hun beurt weer naar het werk van de chirurg Codman als motivatie voor hun denken en handelen. Systematische beschouwing en wetenschappelijke evaluatie van de zorgverlening aan de hand van de bereikte resultaten is volgens hen diens boodschap.

Donabedian werkt de wetenschappelijke evaluatie van de kwaliteit van zorg verder uit. De nadruk ligt op operationalisering, meting en wetenschappelijk onderzoek. Donabedian geeft een definitie van kwaliteit tegen de achtergrond van een model voor gezondheidszorg en brengt vervolgens een groot aantal gegevens over de gezondheids-

zorg bijeen, die tot een oordeel over de kwaliteit van zorg moeten leiden. Een dergelijke benadering is als zorginhoudelijk te kenschetsen. Het begrip kwaliteit wordt vanuit een visie op zorg geoperationaliseerd. Kwaliteit wordt als een (niet nader gespecificeerde) eigenschap van zorg beschouwd. Een theorie over het goede bepaalt de definitie van de kwaliteit van zorg als de (soort) zorg met het grootste nut voor het grootste aantal. Dit impliceert maximalisering van het nut *en* een rechtvaardige verdeling van dit nut. Een optimalisering van een kosten-baten verhouding speelt daarbij een rol. Doelmatigheid is een sturend beginsel. Uitwerking ervan verschilt naar gelang het perspectief van de betrokkene verschilt. Daarom worden verschillende opinies, met name die van de patiënt, gemeten en gegevens in het universeel model van de kwaliteit van zorg geplaatst.

Williamson geeft de systematische beschouwing van het medisch handelen gestalte in de zogenaamde 'Health Accounting Approach'. Deze methode voor kwaliteitsbevordering is geïnspireerd door leerprocessen, zoals die in de jaren zestig en zeventig in het onderwijs aan medici steeds meer opgeld doen. Het heeft de vorm van een cyclisch proces waarin doelstellingen op systematische wijze met gerealiseerde zorgverlening of de resultaten daarvan worden vergeleken, en eventueel actie wordt ondernomen om deze beter met elkaar in overeenstemming te brengen. Kwaliteit is een capaciteit van zorghandelingen. Het afleggen van verantwoording voor het medisch handelen is de onderliggende waarde van deze methode van kwaliteitsbevordering. Het gedrag, de attitude ofwel het karakter (ethos) van de zorgverlener vormt het aangrijpingspunt. Kritische zelfreflectie is de richting waarin dit moet worden gevormd. Daardoor kan een continue en volledige, ofwel systematische reflectie op de kwaliteit van het medisch handelen gestalte krijgen. De 'Health Accounting Approach' krijgt een plaats in nascholing of bijscholing, ziekenhuiscommissies of het kwaliteitsbeleid van beroepsverenigingen en -groepen.

Berwick oefent in de jaren negentig scherpe kritiek uit op het kwaliteitsbeleid in de Verenigde Staten. De bureaucratie in slag leidt tot verlaging in efficiency en juridische beslommingen tot een toename van de bureaucratie. Om deze negatieve cirkel te doorbreken geeft Berwick een aantal nieuwe doelen en waarden aan voor het kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg. Hij wordt daarbij geïnspireerd door het denken over kwaliteit in het bedrijfsleven. Leiderschap, organisatie en attitude krijgen een belangrijke rol toebedeeld in het streven naar kwaliteit. De besturingsfilosofie wint aan belang. Beheersing van het zorgproces en afstemming van de eigenschappen ervan op de waarden en normen van betrokkenen zijn er de uitgangspunten van. Deze gedachtegang komt tot uitdrukking in de zogenaamde Deming cyclus, bestaande uit een zich steeds herhalende opeenvolging van planning, uitvoering, toetsing en bijstelling van de planning. Het conceptueel onderscheid tussen potentie en actualiteit van de zorghandeling is de mogelijksvoorwaarde voor een dergelijk proces. Kwaliteit wordt, net als bij Williamson, gethematiseerd in de betekenis van capaciteit. De structuur van deze methode lijkt sterk op die van de geneeskunde. Geneeskunde wordt sedert de jaren zeventig ook meer en meer gekarakteriseerd als een cyclisch proces, een opeenvolging van diagnostiek, indicatiestelling, therapie, follow-up, bijstelling van diagnostiek of therapie, etc. De cyclische gedachtestructuur is van toepassing op ieder onderdeel van het geneeskundig handelen als ook op het gehele proces. Er is nu sprake

van reflexiviteit. Reflexiviteit is het herhaald toepassen van eenzelfde denk- of handelingsstructuur op eenzelfde object. Hierdoor ontstaat een verrijking van de zorg-handeling, een kwalitatieve sprong, waardoor deze in verband met kwaliteit wordt gebracht. Het maakt kwaliteitsgericht denken een integraal onderdeel van het geneeskundig handelen.

Bestudering van de begripsontwikkeling leert dat de verschillende grondleggers van het denken over kwaliteit in de gezondheidszorg de betekenis van het begrip kwaliteit zoeken in een verhouding tussen de verleende zorg en een normatief kader. Bij Donabedian is het de verhouding tussen de waargenomen en gewenste eigenschappen van zorg, bij Williamson de verhouding tussen gerealiseerd en potentieel effect van het diagnostisch of therapeutisch handelen, bij Berwick de verhouding tussen planning en uitvoering van de zorgverlening of tussen uitvoering en resultaat van de zorg. Het spanningsveld tussen gerealiseerde mogelijkheden en normatief referentiekader lijkt dan ook de rode draad bij pogingen de inhoud van het begrip kwaliteit te ontwikkelen.

#### 4 Definities van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg

In hoofdstuk vier zijn definities van het begrip kwaliteit materiaal voor analyse. Deze leren ons iets over de structuur van de begripsinhoud. Veelal worden belevingen en verwachtingen gebruikt om het begrip kwaliteit te definiëren. Het gaat dan om verwachtingen met betrekking tot het welzijn van patiënten, de verbetering van de kwaliteit van leven of de gewenste resultaten van gezondheidszorg. De belevingen betreffen de gerealiseerde zorghandeling of de resultaten daarvan, de verhouding tussen kosten en baten van de geleverde zorg of de mate waarin de zorg overeenstemt met professionele inzichten. Deze krijgen gestalte in een grote veelheid en verscheidenheid aan formele definities van het begrip kwaliteit. De verschillende definities vertonen een structurele verwantschap door het verband dat zij uitdrukken. Een formele definitie van het begrip kwaliteit voorziet niet altijd in beleidsrelevantie. In Nederland is daarom gekozen voor een landelijk kwaliteitsbeleid waarin de diverse betrokkenen hun visie op kwaliteit expliciteren middels een aspectbenadering, en afspraken maken over een kwaliteitsbeleid op nationaal niveau. In een aspectbenadering vindt associatie van het begrip kwaliteit plaats met zorgaspecten. Het is een specificatie van begripsinhoud. Bij zorgverleners heeft het een beschrijvende, bij patiënten veelal een voorschrijvende bedoeling. De zorgverlener hanteert een technisch perspectief. Kwaliteit betekent voor hen bovenal doeltreffendheid en doelmatigheid. De patiënt hanteert een westers mensbeeld waarin autonomie een belangrijke rol speelt en er behoefte is aan informatie om deze te realiseren of te handhaven. De aspectbenadering heeft een beschrijvende vorm, maar is een uitdrukking van onderliggende waarden.

De controversen tussen verschillende wijzen van definiëren is te verklaren door verschillende soorten definities van kwaliteit te onderscheiden. Het begrip kwaliteit wordt descriptief (reëel, beschrijvend) of prescriptief (conventioneel, voorschrijvend) gedefinieerd. Beide soorten definities functioneren in een ander referentiekader. Descriptieve definities dienen kwaliteitsmeting en -beoordeling. Prescriptieve definities staan in dienst van kwaliteitsgericht handelen. De definities brengen een semantische regel tot uitdrukking. Het begrip kwaliteit wordt gebruikt om een verhouding tussen gerealiseerde mo-

gelijkheden en normatief referentiekader te beschrijven of voor te schrijven. Deze semantische regel is het belangrijkste resultaat van het eerste deel van dit onderzoek. Het is een verwoording van de formele structuur van de begripsinhoud. De regel is als een wiskunde formule met variabelen ('gerealiseerde mogelijkheden' en 'normatief referentiekader'), bewerkstelligt samenhang en inhoud van het discours over kwaliteit en is uitgangspunt voor invulling van het begrip kwaliteit vanuit een willekeurig gekozen perspectief. De regel beschrijft niet meer dan wat een persoon doet als deze het begrip kwaliteit gebruikt. In het verdere verloop van dit onderzoek zal moeten worden onderzocht of het volgen van de regel tot een zinvolle communicatie over de kwaliteit van zorg leidt.

### **III Gegevens over de kwaliteit van zorg**

In het derde deel van dit proefschrift wordt in een drietal gevalsstudies de interpretatie van verschillende soort gegevens over gezondheidszorg in termen van kwaliteit onderzocht. Ziekenhuissterfte representeert een eigenschap van een zorginstelling. Waargenomen variaties in zorgverlening, zorgverleners of gezondheidstoestand verwijzen naar onderlinge relaties tussen objecten of personen. De patiëntsatisfactie weerspiegelt het oordeel van een persoon over de (verleende) zorg. Daarmee wordt de samenhang tussen gegevens en de belangrijkste betekenisnuances van het begrip kwaliteit onderzocht (intrinsieke eigenschap, relationele eigenschap, categorie van het oordeel). Het betreft drie verschillende soort gegevens die bovendien in verband worden gebracht met de belangrijkste aandachtsgebieden van het kwaliteitsbeleid. Ziekenhuissterfte beoogt te informeren over doeltreffendheid, praktijkvariatie over doelmatigheid, en de tevredenheid van patiënten over de waardering van zorgverlening of zorginstellingen. De gevalsstudies onderzoeken derhalve niet alleen over de theoretische-, maar ook de beleidsrelevantie van het gegeven tegen de achtergrond van het debat over de kwaliteit van zorg. Het leidt steeds tot een aantal conclusies over betekenisverlening.

### **5 Ziekenhuissterfte en de verantwoording voor zorg**

Het overlijden in een ziekenhuis is een waarneembare gebeurtenis, een observeerbaar feit. Het is een uitkomst van het medisch handelen, omgekeerd evenredig met de doeltreffendheid ervan. Deze eigenschap van een zorginstelling wordt in verband gebracht met de kwaliteit van zorg en gegevens over de ziekenhuissterfte worden in de Verenigde Staten gepubliceerd in kranten en tijdschriften teneinde het publiek te informeren en de zorgverleners of zorginstellingen aan te zetten tot kwaliteitsverbetering. Dit beleid heeft daar een debat opgeroepen dat het onderwerp is van deze gevalsstudie. De discussie vertoont het volgende verloop. Ruwe, niet nader gespecificeerde gegevens omtrent de sterfte in een bepaald ziekenhuis, worden verzameld omdat ze nu eenmaal gemakkelijk beschikbaar zijn. Wanneer er geen andere oorzaken voor het overlijden van een patiënt kunnen worden aangewezen, vindt toeschrijving aan de kwaliteit van zorg plaats. Deze cijfers houden geen rekening met het soort patiënt dat onder behandeling is, het chronisch of acuut ziek zijn, de mate van ernst van een aandoening, het verschil in risico voor verschillende leeftijden en de subjectieve wensen en behoeften van patiënten.



Hierop volgen twee reacties: (i) werken aan een verbetering van de methodologische tekortkomingen van de gegevens over ziekenhuissterfte; (ii) een ander gebruik van de gegevens, namelijk als indicator voor evaluatie van het zorgproces. De eerste mogelijkheid sterft een zachte dood als de HCFA in 1995 besluit de publicatie van ziekenhuissterfecijfers stop te zetten. Ondanks methodologische vooruitgang is en blijft de acceptatie van de informatie laag. De ziekenhuissterfte wordt niet beschouwd als een goede representatie van de kwaliteit van zorg. Als indicator wijst ziekenhuissterfte op de mogelijkheid van slechte (of goede) kwaliteit van een bepaald zorgaspect. Op basis van de verhouding tussen de verwachte ziekenhuissterfte in een bepaalde periode of zorginstelling en de waargenomen ziekenhuissterfte ontstaat een signaal voor evaluatie. De constructie van het gegeven reflecteert nu de semantische regel die het begrip kwaliteit tot uitdrukking brengt. Een indicator brengt een evaluatie op gang om de toestand van de zorgverlening vast te stellen. Bij een dergelijke evaluatie blijkt ziekenhuissterfte te worden geïnterpreteerd in een procedure en te worden genormeerd middels 'vermijdbaarheid'. Het verwijst naar het niet schaden ('primum non nocere'), één van de basale morele waarden van medische zorg. Een periodieke herhaling van dit evaluatiestramien is nodig om een optimale verhouding tussen gerealiseerde mogelijkheden en een normatief referentiekader te bereiken of te handhaven. Zo ontstaat een zinvolle aanwending van het gegeven in relatie tot het begrip kwaliteit. De gevalstudie leidt tot een aantal conclusies over de interpretatie van eigenschappen van een object (zorgverleners, zorginstellingen) in termen van kwaliteit. Vereist is (i) een conceptueel verband (de semantische regel die het begrip kwaliteit tot uitdrukking is hiervoor het criterium); (ii) dienstbaarheid aan kritische zelfreflectie; (iii) optimalisering van de verhouding tussen gerealiseerde mogelijkheden en normatief referentiekader (streven naar perfectie); (iv) inhoudelijke interpretatie middels (medische) morele normen en waarden. In een nader te bepalen logische volgorde vormen deze vereisten de verschillende stappen van een procedure die ons in staat stelt eigenschappen van zorgverlening in termen van kwaliteit te interpreteren.

## 6 Praktijkvariaties en de paradox van gepaste zorg

De aandacht voor variaties in de praktijk der zorgverlening is een voedingsbodem voor de discussie over de kwaliteit van zorg. Al in de klassieke oudheid hebben personen zich verbaasd over verschil in handelwijze tussen zorgverleners op de eilanden Kos en Knidos met betrekking tot ogenschijnlijk dezelfde patiëntengroepen. In de Twintigste eeuw is dit gegeven opnieuw in de belangstelling komen te staan, omdat een verschil van zorgverlening mogelijk te wijten is aan verschil in de kwaliteit van zorg. Vanuit zorginhoudelijke optiek verschaffen gegevens over praktijkvariaties informatie over verschillen in doelmatigheid tussen zorgverleners of zorginstellingen. Het gegeven betreft een waargenomen variatie in een zorgproces of de resultaten ervan in termen van gezondheidszorg of gezondheidstoestand. Er wordt gesproken over praktijkvariatie. Verschil in frequentie van verrichtingen als tonsillectomiën, hysterectomiën, of CABG operaties bij ogenschijnlijk gelijkwaardige patiëntenpopulaties wekt verontrusting en verbazing op. Variaties worden als slecht of ongewenst beschouwd en er worden beleidsmaatregelen genomen om deze terug te dringen middels richtlijnen en een versterking van de

wetenschappelijke basis van het medisch handelen. Het terugdringen van praktijkvariaties wordt echter tot een paradox wanneer nader onderzoek eigenlijk *geen* verschil in geneeskundige indicatiestelling naar voren brengt. Een juiste indicatiestelling is strijdig met ongewenste resultaten van zorgverlening.

Een bedrijfskundige benadering biedt een andere optiek op praktijkvariaties. Het herleidt deze tot het verloop van een zorgproces. *Onvoorspelbare* variaties in producten of productieproces zijn van oudsher de aanleiding voor het thematiseren van kwaliteit. Ruwe, niet nader gespecificeerde gegevens over variaties in het verloop van een productieproces worden daarbij rechtstreeks gebruikt als informatie over de kwaliteit van zorg. Wanneer de waargenomen aantallen worden vergeleken met de verwachte aantallen, weerspiegelen de gegevens de semantische regel van het begrip kwaliteit. Er wordt onderscheid gemaakt tussen gewone of geaccepteerde variatie, inherent aan het ontwerp van het productieproces, en bijzondere of specifieke variatie, veroorzaakt door externe verstoringen van het productieproces. Grenzen voor gewone variatie worden berekend op basis van eigenschappen van de verzamelde gegevens. De gegevens informeren over de beheersbaarheid van de zorg. De norm is neutraal en heeft een nauwe band met (statistische) normen die een boven- of ondergrens aangeven, en onderliggende waarden (gemiddeld gebruikersniveau). Het overschrijden van een boven of ondergrens wijst op bijzondere variatie en is aanleiding voor nadere evaluatie. Het gebruik van praktijkvariaties als initiator voor evaluatie van het zorgproces geeft de mogelijkheid slechte (of goede) kwaliteit van een bepaald zorgaspect te ontdekken. Doel is variaties beheersbaar te maken, meester te worden over het productieproces en de factoren die dit beïnvloeden. Als de variatie wordt beheerst, kan het productieproces worden afgestemd op de wensen van de klant of de eisen van de constructeur.

Bestudering van het debat over de relatie tussen de kwaliteit van zorg en praktijkvariaties leidt tot een aantal conclusies over het gebruik van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg: (i) het volgen van de semantische regel die het begrip kwaliteit tot uitdrukking brengt, leidt tot zinvolle interpretatie van het gegeven in termen van kwaliteit; (ii) dienstbaarheid aan kritische zelfreflectie vereist een vergelijking van iets met zichzelf in de tijd (ipsatieve evaluatie). De structuur van het gegeven dient dienovereenkomstig te worden weergegeven (de controlekaart is hiervan een voorbeeld); (iii) Beheersing is het criterium voor een *optimale* verhouding van gerealiseerde mogelijkheden ten opzichte van normatief referentiekader. Beheersing is een voorwaarde voor voorspelbaarheid en voorspelbaarheid is de voorwaarde voor afstemming van een proces op andere waarden, zoals verdelende rechtvaardigheid, welzijn of tevredenheid van patiënten.

Deze conclusies stellen ons in staat het beeld van de vorige gevalsstudie nader aan te scherpen. De bedrijfskundige benadering gaat uit van een dynamische realiteit, een immer stromende sfeer van contingentie, waarbij het begrip kwaliteit wordt gebruikt om deze *conceptueel* te interpreteren als een spanningsveld van mogelijkheden en tijd-ruimtelijk bepaalde constellaties. Vanuit zorginhoudelijke benadering wordt de werkelijkheid in een statische beschrijving gevat en het begrip kwaliteit gebruikt om deze *causaal* te interpreteren. Deze causale verklaring is minder geschikt om het begrip kwaliteit te interpreteren dan het conceptuele raamwerk. Een eigenschap van een object of persoon vereist een constructie op basis van de semantische regel om een verband met het begrip kwaliteit tot uitdrukking te kunnen brengen.

## 7 Patiëntsatisfactie en de waardering van zorg

Ook gegevens over patiëntsatisfactie worden in verband gebracht met de kwaliteit van zorg. Er is nu een geheel andere invalshoek in het geding. Patiëntsatisfactie is een attitude, een aangename mentale staat of toestand van een persoon (welzijn), gerelateerd aan zorg. Het komt tot uitdrukking in een mening of oordeel over gezondheidszorg. Meting van de patiëntsatisfactie geeft informatie over de waardering van gezondheidszorg. Er is een conceptuele overeenkomst tussen patiëntsatisfactie en kwaliteit. Door invulling van de semantische regel die het begrip kwaliteit uitdrukt met mentale begrippen (belevingen, verwachtingen) ontstaat een definitie van patiëntsatisfactie. Daardoor is patiëntsatisfactie een rechtstreekse representatie van het begrip kwaliteit. Het is dan ook niet verwonderlijk dat de discussie zich toespitst op de instrumentele validiteit van de tevredenheidsmeting. Ruwe, niet nader gespecificeerde gegevens over patiëntsatisfactie houden geen rekening met de status van de ondervraagde persoon (ziek of gezond), het soort patiënt (chronisch of acuut ziek zijn), de mate van ernst van bepaalde aandoening, het verschil in leeftijden of sociale status, het zorggebruik, het tijdstip van de meting, het effect van de behandeling en de subjectieve wensen en behoeften van patiënten. Hierdoor is de validiteit en betrouwbaarheid van de meting betwijfeld. Op deze constatering zijn twee soorten reacties mogelijk: (i) werken aan een verbetering van de methodologische tekortkomingen van de patiëntsatisfactiemeting; (ii) een ander gebruik ervan, namelijk als signaal voor evaluatie van het zorgproces. Gezien de mogelijkheid van rechtstreekse representatie is het werken aan validiteit en betrouwbaarheid van het gegeven van groter belang dan in de vorige gevalsstudies. De nadruk op methodologische merites in het debat is terecht en tot op heden nog niet verlegd. Voor de signaalfunctie kan gebruik worden gemaakt van een ontwikkeling in de meting van patiëntsatisfactie. Er kan een gang van aantal, frequentie, naar correlatie en groepering van correlaties tot factoren worden waargenomen. Deze factoren kunnen worden benoemd waardoor gegronde concepten, ofwel dimensies waaruit het begrip is opgebouwd aan het licht komen. Deze dimensies kunnen fungeren als objecten van het kwaliteitsbeleid. Er is een beleidsrelevantie van het gegeven, die volgt uit exploratie van de structuur. Een (lokale) evaluatieprocedure is vervolgens (altijd) nodig om de waarde van de gegevens vast te stellen, gelet op het mogelijke gebrek aan validiteit en betrouwbaarheid. Interpretatie van de patiëntsatisfactiemeting is nu tweeledig. De patiëntsatisfactiemeting reikt onderwerpen voor het kwaliteitsgericht handelen aan en het gebruik van satisfactiegegevens is een signaal voor patiëntgerichtheid van het kwaliteitsbeleid. Het gegeven slaat zo een brug tussen een inhoudelijke component van de verleende zorg (weldoen en welzijn), beleidsdoelen als kwaliteitsbevordering, en de maatschappelijke waardering van gezondheidszorg.

De gevalsstudie leidt tot een aantal conclusies over het gebruik van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg: (i) Het verband tussen het begrip kwaliteit en de patiëntsatisfactie berust op (familie)gelijkenis van beide concepten. Dankzij deze familiegelijkenis met het begrip kwaliteit representeert patiëntsatisfactie het begrip kwaliteit; (ii) De instrumentele validiteit van de meting is een voorwaarde voor het invullen van de semantische regel. Het is een criterium voor *substitutie*, niet voor betekenis; (iii) De meting van tevredenheid verheft de mening over gezondheidszorg tot een empirisch gefun-

deerd oordeel en brengt de structuur van het oordeel aan het licht. Het toont de betekenisnuance van het begrip kwaliteit als categorie van het oordeel. Een staat of toestand representeert het begrip kwaliteit als het dezelfde semantische regel tot uitdrukking brengt.

#### IV Betekenis en de kwaliteit van zorg

In het vierde deel van dit proefschrift worden de conclusies uit de gevalsstudies gebruikt om tot een theorie over de betekenis van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg te komen. De eigenschappen van het denken over kwaliteit (*deel II*) en de vereisten voor de interpretatie van gegevens in termen van kwaliteit (*deel III*) worden samengebracht in een model voor betekenisverlening. Dit model verenigt een constructivistische visie op kwaliteit met een functioneel zorgmodel. Uit het model voor betekenisverlening volgen de voorwaarden voor het begrijpen van kwaliteit in de praktijk van de gezondheidszorg.

#### 8 Vormen van betekenisverlening

In dit hoofdstuk wordt de normatieve inhoud van de gevalsstudies verder geanalyseerd. Deze is tweeledig. Enerzijds hebben we te maken met gedachten over kwaliteit, voortkomend uit het streven naar een coherent conceptueel kader dat tot een kwaliteitsgericht handelen dient te motiveren. Anderzijds vindt er interpretatie van gegevens over gezondheidszorg in termen van kwaliteit plaats, teneinde de zorg te beoordelen of te waarderen. Beide verschijnselen zijn te beschouwen als vormen van betekenisverlening en te verklaren vanuit, respectievelijk, het karakter van het begrip kwaliteit en een visie op de aard van het gegeven.

In de Twintigste eeuw is de visie op de aard en functie van begrippen veranderd. Wittgenstein heeft erop gewezen dat betekenis is gelegen in het gebruik van een begrip. Begrippen bestaan (slechts) binnen een sociale realiteit. De interpersoonlijke communicatie bepaalt het objectieve karakter van een begrip. Om binnen deze sociale realiteit een rol te kunnen spelen moet een begrip dan ook worden opgevat als een regel en het begrijpen van een begrip als het volgen (interpreteren) van een regel. Deze regel blijkt uit de structuur van het taalgebruik. Uitdrukking kan in logische, mathematische of talige entiteiten plaatsvinden. Het formuleren van een regel om het gebruik van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg te beschrijven is dan ook een manier om de betekenis van het begrip weer te geven. De contouren van deze regel worden langzaam zichtbaar in de ontwikkeling die het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg doormaakt.

Een verschuiving van zorginhoudelijk benadering naar bedrijfskundige aanpak typeert een ontwikkeling in het denken over de kwaliteit van zorg. Een bedrijfskundige visie op kwaliteit is daarbij beter in overeenstemming met de aard van het begrip. Het ontleent deze autoriteit niet alleen aan een langere periode van begripsontwikkeling, maar ook aan een inhoudelijke invulling van kwaliteit, namelijk als capaciteit van een proces, product of dienst waardoor het aan een verhouding van gerealiseerde mogelijkheden tot normatief referentiekader gestalte geeft. Het brengt echter een visie op zorg met zich mee - zorg als vorm van dienstverlening - die minder goed past binnen de context waarin gezondheidszorg plaats vindt. De zorginhoudelijke benadering gaat uit van

een visie op zorgverlening. Kwaliteit wordt beschouwd als een eigenschap van medische zorg. Probleem is echter het begrip kwaliteit een plaats te geven in een zorgmodel, zonder daarbij oude wijn in nieuwe zakken te verpakken. Dikwijls wordt er een verband tussen (alreeds aanwezige) eigenschappen en de kwaliteit verondersteld, zonder dat daarvoor een valide onderbouwing aanwezig is. Het zorginhoudelijk model geniet echter erkenning en waardering bij zorgverleners, en lijkt derhalve het natuurlijke aangrijpingspunt voor operationalisering van het begrip kwaliteit in relatie tot zorg. De integratie van zorginhoudelijke en bedrijfskundige benadering behoeft een concept dat aan de vereisten voor het denken over zorg *en* aan de vereisten voor het denken over kwaliteit tegemoet komt. De vraag is nu hoe een dergelijk concept eruit ziet.

Uit de gevalstudies volgen de vereisten voor een zorgconcept dat op zinvolle wijze met het begrip kwaliteit in verband kan worden gebracht. Zorg moet niet als ware het een materieel object worden beschouwd, maar als een functie. Een zorgfunctie heeft een bedoeling, een uitvoering en een resultaat. Het bewerkstelligt een transformatie, niet alleen van een zieke in een gezonde persoon, maar ook van een waarde. De conceptuele inhoud ervan is gelegen in deze waarden. Het onderscheiden van primaire en secundaire kwaliteiten stelt ons in staat tot een visie op het verschijnsel zorg te komen zodat we de betekenisnuances van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg verder in kunnen vullen. Zorg gaat uit van de intentie tot bekommernis op individueel niveau en van de intentie 'charitas' op het niveau van de organisatie (primaire kwaliteiten van zorg). Zonder deze bedoelingen is de handeling niet herkenbaar als een zorghandeling. De meest open benadering van zorg is als vorm van weldoen, een bewerkstelligen of streven naar een niet schaden, autonomie of rechtvaardigheid. Slechts dan is zorg een object met multiple functies, zoals doeltreffendheid, doelmatigheid, patiëntgerichtheid, etc. (secundaire kwaliteiten van zorg). Deze traditionele medische waarden zijn de kwaliteiten van een zorghandeling. Als deze aanwezig zijn vervult de zorg haar functie. Een functioneel zorgconcept is de basis voor een zinvolle benoeming van de kwaliteiten van zorg.

Methodologische merites en beleidsrelevantie zijn de belangrijkste dimensies van het debat over gegevens in relatie tot de kwaliteit van zorg. Meestal is de structuur van het gegeven inzet van een methodologische discussie en de conceptuele interpretatie ervan onderwerp van een maatschappelijk debat over verantwoording of waardering van zorgverlening en gezondheidszorg. Daarbij is er een ontwikkeling van meting naar beleidsrelevante signalering teneinde tot een zinvolle interpretatie van het gegeven in termen van kwaliteit te geraken. Een zorginhoudelijke benadering tracht meting en beoordeling te verenigen. Vanuit een bedrijfskundige optiek wordt een signaaltheorie aangewend om gegevens te interpreteren. In de gezondheidszorg krijgt deze vorm als een theorie over indicatoren van de kwaliteit van zorg. In een dergelijke theorie zijn normen en waarden geen aparte dimensies van de werkelijkheid (meer), maar een integraal onderdeel van het gegeven. Deze ontwikkeling is te verklaren vanuit het denken over gegevens zoals dit zich in de loop van de Twintigste eeuw heeft ontwikkeld. Niet langer gaat het erom de naakte feiten onbevangen waar te nemen. Het gegeven is behept met een conceptuele medebepaaldheid. Het bewust aflezen van de conceptuele inhoud van een gegeven is een formele voorwaarde voor betekenisverlening. Daarbij wordt een semantische regel gevolgd. Als de structuur van het gegeven de semantische regel van het begrip kwaliteit weerspiegelt, is interpretatie in termen van kwaliteit mogelijk. De regel is

een criterium voor begripsvaliditeit. Een dergelijke semantische regel speelt ook een rol in het publieke debat over de kwaliteit van zorg. Morele waarden zijn de gemeenschappelijke basis voor onderling uitwisselbare informatie tussen verschillende betrokkenen (zorgverleners, patiënten, zorgverzekeraars, overheid). Deze waarden vormen de conceptuele inhoud van gegevens over de kwaliteit van zorg. Het is dan ook niet verwonderlijk dat deze terugkeren als impliciete criteria in een evaluatieprocedure. Het is nodig deze morele waarden een plaats te geven in onze visie op zorg, zodanig dat deze eenzelfde rol spelen als gegevens over zorgverlening om een harmonieus evenwicht in de semantische regel te bewerkstelligen. Een waarde wordt daarom beschouwd als een (intrinsieke) eigenschap van zorgverlening. In het denken over kwaliteit representeren gegevens over gezondheidszorg niet alleen feiten, maar ook (medische) morele waarden, teneinde gerealiseerde mogelijkheden te beschouwen in het licht van een normatief referentiekader.

Uit de gevalstudies blijkt een aantal voorwaarden voor zinvolle interpretatie van gegevens in termen van kwaliteit. Nodig zijn een karakterisering van het kwaliteitsgericht denken en een bijbehorende procedure, een aantal logisch samenhangende fasen of stappen die tot een informatiedragende toestand leidt. Deze voorwaarden bundelen we in een model voor betekenisverlening. De semantische regel die het begrip kwaliteit tot uitdrukking brengt, krijgt hierin een plaats tegen de achtergrond van de resultaten van de gevalstudies. Om de relatie met de kwaliteit van zorg te kunnen leggen moet het gegeven een verhouding tussen gerealiseerde mogelijkheden en normatief referentiekader uitdrukken. Dit is een noodzakelijke, maar niet voldoende voorwaarde. Ook de verhouding tussen beide is onderdeel van de betekenis van het begrip kwaliteit. Dit vereist een cyclisch proces. Het gehanteerde normatief kader kan in een volgende evaluatie van hetzelfde zorg aspect weer opnieuw ter discussie staan. Het dient dan als gegeven in verhouding tot een (ander) normatief referentiekader. Dit proces herhaalt zich net zo lang tot uiteindelijke medische waarden als weldoen, niet schaden, rechtvaardigheid het referentiekader voor beoordeling van de kwaliteit vormen. Daarmee krijgt een constructivistische visie op het verschijnsel kwaliteit gestalte. Kwaliteit *ontstaat* in een reflexief proces.

## 9 Kwaliteit en gezondheidszorg

Het zinvol gebruik van het begrip kwaliteit toont zich als het volgen van een semantische regel in de interpersoonlijke communicatie. De semantische regel is in de eerste plaats een criterium voor betekenis waardoor beweringen of handelingen als uitdrukkingen van kwaliteit kunnen worden beschouwd, en gegevens over gezondheidszorg in termen van kwaliteit kunnen worden geïnterpreteerd. De regel legt het verband tussen een verhouding van gerealiseerde mogelijkheden en normatief referentiekader. Uit deze theorie over de betekenis volgen de voorwaarden voor een zinvol gebruik van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg. De structuur van de semantische regel geeft daartoe een aanwijzing. Deze is reflexief. Een proces met eenzelfde structuur als de zorghandeling (vorm) wordt toegepast op de zorghandeling zelf (inhoud). Kwaliteit begrijpen betekent dan ook reflexiviteit begrijpen. Dit vereist: (i) een vermogen de variabelen van de semantische regel in te kunnen vullen (door begrippen of gegevens over gerealiseerde en

normatief referentiekader), (ii) kennis van de (satisfactie) voorwaarden (de validiteit en betrouwbaarheid van gehanteerde meetinstrumenten), (iii) de regel bij herhaling op hetzelfde voorwerp van aandacht toe te kunnen passen, zodat reflexiviteit ontstaat (gegeven lezen als waarde of waarde lezen als gegeven), en (iv) het vinden van een passende uitdrukkingsvorm om de inhoud van de semantische regel en daarmee van het begrip kwaliteit over te dragen (wetenschappelijke onderzoek, een metafoor, een beleidsverklaring) op een daartoe gevoelige doelgroep.

Een dergelijke betekenistheorie sluit aan bij de aard van het begrip kwaliteit. Het verwijst naar een abstracte entiteit, een verschijnsel dat niet *bestaat*, maar *ontstaat*. De kwaliteit van zorg moet steeds weer opnieuw worden gerealiseerd in de zorghandeling, middels een reflexief proces. Het reflexief proces leidt als streven naar voortdurende perfectie tot een kwalitatieve sprong waardoor de zorghandeling van hoedanigheid verandert. Een opeenvolging van planning, uitvoering, toetsing en bijstelling kenmerkt het reflexief proces als kwaliteitsgericht denken of handelen. Het definieert een handeling op basis van een bedoeling, een voorgaande toestand (invoer), een besturing en een uitvoer, waarbij er een conceptuele samenhang tussen de diverse elementen aanwezig is. Een bedoeling wordt daardoor tot oorzaak of reden, de gebeurtenis tot een *zorghandeling*. Er ontstaan grootheden van dezelfde orde en daardoor de mogelijkheid het gerealiseerde in relatie tot een normatief referentiekader te begrijpen.

Naast de formele voorwaarden voor het begrijpen van kwaliteit zoals die volgen uit de structuur van de semantische regel, is er een harmonieuze balans van houding van betrokkenen (ethos), markt en besturingsfilosofie in de sociale realiteit van de gezondheidszorg vereist. Een kwaliteitsgerichte houding van zorgverleners betekent een internalisering van principes die een kritische zelfreflectie in de hand werken. Daardoor ontstaat kwaliteitsgericht handelen het niveau van de (externe) kwaliteitsbewaking of het projectmatig karakter van kwaliteitsbevordering, en ontstaat een situatie waarin de aandacht voor kwaliteit een voortdurende verbetering van het zorgproces bewerkstelligt. Een kritische zelfreflectie verandert de wijze waarop de zorgverlener omgaat met diens zorghandelingen of het resultaat ervan en de manier waarop deze het beroep uitoefent. Kritische zelfreflectie vereist bepaalde karaktereigenschappen: (i) de handeling moet welbewust worden verricht; (ii) de handeling is weloverwogen gekozen op basis van de eigenschappen (kwaliteiten) die deze bezit; (iii) de handeling is gekozen vanuit een bestendige dispositie ofwel de kwaliteit (capaciteiten) die de persoon bezit. Binnen een kwaliteitsgerichte praktijk betekent dit een zorgverlener die de semantische regel van het begrip kwaliteit bewust toepast; de structuur van de zorghandeling in overeenstemming probeert te brengen met de vereisten die de semantische regel daaraan stelt; en daarbij handelt vanuit een permanente dispositie (een kundigheid), gebaseerd op het streven naar het goede. Het ethos (gedrag en karakter) beweegt zich daarbij van (louter) goede bedoelingen zoals die de zorgverlener zijn meegegeven door opleiding en training naar een kritische zelfreflectie van het eigen medische handelen.

Het kwaliteitssysteem is de realisatie van een kwaliteitsgerichte praktijk. Het bewerkstelligt een aantal voorwaarden voor een kwaliteitsgericht denken en handelen: (i) Het voorziet de praktijk van een reflexief karakter; (ii) Het is de realisatie van een waarde, 'beheersing', een noodzakelijke voorwaarde voor kwaliteit als beredeneerd streven naar het goede. Deze realisatie geschiedt in onderlinge samenhang met interne (tevre-

denheid van medewerkers) en externe doeleinden (tevredenheid van patiënten, maatschappelijk nut). Daardoor krijgt de aandacht voor kwaliteit een integraal karakter en strekt deze zich verder uit dan evaluatie van doeltreffendheid of doelmatigheid van de verleende zorg; (iii) De verantwoordelijkheid van het management en zorgverleners krijgt een gemeenschappelijke basis (kwaliteitsgericht denken en handelen), waardoor de klassieke tegenstellingen in de dualistische structuur van zorginstellingen kunnen worden overbrugd; (iv) Voor de zorgverlener betekent dit een verbreding van de beroepsuitoefening waarbij naast zorginhoudelijke, psychologische of sociologische nu ook organisatorische aspecten een integraal onderdeel van het medisch handelen gaan worden; (v) Het voorziet in de mogelijkheid tot kritische zelfreflectie en daardoor de mogelijkheid tot zelfvervulling in de uitoefening van het beroep ('ambachtelijkheid'). Dit vergroot de motivatie en tevredenheid. De houding van de zorgverlener (kritische zelfreflectie) is nu in harmonie met de onderlinge verhoudingen van waarden in de publieke ruimte (beheersing, tevredenheid, nut).

Het beeld van een organisatie als organisme past goed bij een houding van kritische zelfreflectie en bij de aard van een kwaliteitssysteem. Een organisme leert de kwaliteit van het handelen te verbeteren door evaluatie van het effect van het handelen op de omgeving in het licht van doelstellingen, en het past sturing of regeling van (interne) processen aan naar gelang de resultaten van de evaluatie. Dit principe wordt weergegeven in de Deming cirkel. Een organisch model van gezondheidszorg is een uitdrukking van reflexiviteit en daarmee de voedingsbodem voor een passende metafoor om het denken over kwaliteit vorm te geven. Reflexiviteit maakt een besturingsfilosofie tot een kwaliteitsbeleid. Het is de basis voor een verhaal dat het werken in de gezondheidszorg betekenis verleent.



## Summary

*'A call to arms, a call to use arms,  
a call to brains, a call to use some brains,  
a call to the heart, a call to have a heart,  
to have a sense of purpose again.'*

*Adrian Borland (1957-1999)*

This thesis is a philosophical investigation into the concept of quality in health care. It aims to construct a theory of meaning to explain the use of a concept. Its method is case study research. The empirical material consists of: (i) the works of influential authors (Donabedian, Williamson, Berwick); (ii) definitions of quality in health care; and (iii) the interpretation of data on in-hospital mortality, practice variation and patient satisfaction in terms of quality. The conclusions of the case studies are used for a conceptual analysis, resulting in the conditions for a meaningful use of the term quality in health care.

A philosophical tool is constructed to analyse the use of the term quality in health care. Plato is considered to have coined the term quality (*poiotes*). It is used as a primary concept, intuitively understood by means of examples. Aristotle analyses the concept and gives it some shades of meaning which are used by ordinary language speakers up to date. According to Aristotle, quality refers to a state or condition of an object, a capacity or disposition, an intrinsic property, and a relational property. These varieties of meaning are closely related to an overall worldview. During the seventeenth century this worldview is changing. It becomes mechanistic. Atoms and movement are the building blocks of nature. Within a causal framework of reference Locke distinguished primary and secondary qualities. Secondary qualities are caused by primary qualities. Primary qualities are the intrinsic properties of the object. The German philosopher Kant exemplifies another reaction to the mechanisation of the worldview. According to Kant, the concept of quality is part of a mental structure. It is a category, used to judge properties or capacities of objects as they appear in experience. In ordinary language the term quality serves to express approbation. These varieties of meaning serve as an analytical framework in this study on quality of care.

The case studies show an increasing influence of industrial ideas about quality in health care. It covers several developments: (i) from measurement and assessment to improvement as a central concept of quality management; (ii) from a formal descriptive definition of quality to a pragmatic prescriptive definition, as a tool for policy making and criterion of relevance; (iii) from scientific research, measurement and explanation to quality indicators as a tool for interpretation of data on health care. This increasing influence of industrial ideas exemplifies an underlying conceptual development. Quality is no longer considered as a (static) property of care, but more and more as a (dynamic) capacity of care. Data on health care represent possibilities realised. For judging the

quality of care (traditional) medical norms and values are used, such as doing well, doing no harm, autonomy and equity. A semantic rule is constructed. The meaning of quality is an optimal balance between possibilities realised and a framework of norms and values, considering an aspect of health care. This rule is a formal criterion of meaning. The structure is reflexive. Data on possibilities realised are judged by means of a normative framework, but this framework is also judged by an ethical framework until there is an harmonious balance between possibilities and possibilities realised. This process could be described as a sequence of planning, doing, checking and action. This so called Deming cycle contains the identity of quality management. It gives its meaning. It is a rational activity that looks very much alike practising medicine. Application turns an action into a planned action, the outcome of an action into a planned outcome. A reflexive process leads up to a change in qualities of care, which are recognized as an improvement. It corresponds with an awareness of perfection.

This theory of meaning reflects the use of the word 'quality'. Quality doesn't exist as such. It is constructed in an interaction between subject and object. This construction is a reflexive process. Our semantic rule shows the necessary conditions for the interpretation of the quality of care. Substitution of the variables in the semantic rule is needed (fulfilling satisfaction conditions), change of perspective (facts are to be considered as values and values as facts), - fact-values are constructed - a reflexive process (application of the rule resulting in a harmonious balance). A functional concept of health care would fulfil these conditions. It is necessary to have a new sense of purpose again. A harmonious balance between ethos, market values and management concepts is required.

## Nawoord

*'The philosopher's treatment of a question is like the treatment of an illness'*

*Wittgenstein, 1958, §255*

Samen met Ton Casparie publiceerde ik in de jaren negentig een leerboek over de kwaliteit van zorg (Harteloh & Casparie, 1991; 1994; 1998). Dit proefschrift is er een wijsgerige uitwerking van. De inzichten van de analytische filosofie - een stroming die het aangezicht van de wijsbegeerte in de Twintigste eeuw sterk heeft bepaald - worden gebruikt om het debat over de kwaliteit van zorg te bestuderen. Eerder behandelden proefschriften aspecten van kwaliteitsgericht denken, zoals de consensusvorming van medische specialisten (Van Everdingen, 1988), de intercollegiale toetsing (Klazinga, 1996), het kwaliteitsbeleid van medische beroepsgroepen (Van Herk, 1997) en de meting van kwaliteit middels uitkomstindicatoren (Treurniet, 1999), of van het kwaliteitsgericht handelen in specifieke deelgebieden van de gezondheidszorg, zoals de huisartsgeneeskunde (Grol, 1987), de bedrijfsgezondheidszorg (Van Attekum, 1993), verpleeghuizen (Boeije, 1994) en de klinische chemie (Van Suijlen, 1995). Een onderzoek naar de filosofische grondslagen treft men op dit gebied echter nog niet aan. Het is in deze leemte dat dit proefschrift wil voorzien. Centraal staat de vraag naar de betekenis van het begrip kwaliteit; in analytische stijl opgevat als een vraag naar de zinvolheid van een bepaald taalgebruik.

Het opstellen van een betekenisstheorie teneinde het begrip kwaliteit zinvol te kunnen interpreteren is de beoogde bijdrage van dit onderzoek. Daartoe wordt gebruik gemaakt van eerder werk. Op basis van conceptanalyse en empirisch onderzoek - het "concept mapping" volgens Trochim (1989) - is daarin een theoretische definitie van het begrip kwaliteit opgesteld (zie: Harteloh & Casparie, 1998: p23). Een dergelijke definitie werd door sommige kritische lezers eerder als een regel voor het gebruik van het begrip kwaliteit opgevat dan als een definitie; en daarin hadden zij gelijk. Wittgenstein's pragmatische betekenisstheorie ('meaning is use') en diens gedachten over taal (primaire begrippen, het regel volgen, familiegelekenis) waren gebruikt om tot een definitie van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg te komen. In dit proefschrift is deze theorievorming expliciet gemaakt. De theorie over kwaliteit die nu in de loop van het onderzoek ontstaat, is algemener van strekking en van een wijsgerig fundament voorzien. Afbakening is een belangrijke functie van deze theorie. Het stelt ons in staat een zinvol spreken over kwaliteit te onderscheiden van zinledige beschouwingen over het verschijnsel.

Het voorliggende onderzoek voert de vlag van een literaire metafoer. Vaak is literatuur in staat een denkbeeld treffender en op aangenamer wijze uit te drukken dan de wetenschappelijke verhandeling. Het belang van de kritische vraag naar de betekenis van het begrip kwaliteit wordt daarom geïllustreerd door een passage uit het toneelstuk

'Le Bourgeois gentilhomme'. Molière stelt er op een gegeven moment de betekenis van het begrip proza ter discussie. Het wordt van toepassing verklaard op het taalgebruik van de gegoede burger en voorziet daardoor een alreeds gangbare praktijk van een nieuwe kwalificatie, waardoor de oorspronkelijke betekenis van een begrip verandert. De passage illustreert de ironische twijfel van Molière over de zinnigheid hiervan. De intenties van de gegoede burger komen niet overeen de aard van het gehanteerde begrip. Het leidt tot een hilarische situatie waarin een spreker leert spreken. Op deze manier wordt de zinvolheid van het taalgebruik bevraagd. De passage illustreert de vragen die het gebruik van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg ook oproept. Komen de intenties van de gebruikers wel overeen met de aard van het begrip? Is het spreken over de kwaliteit van zorg "oude wijn in nieuwe zakken"; of hebben we te maken met een nieuwe, zinvolle visie op medische zorg? Deze hersenspinsels voeden de meer wetenschappelijke vraag naar de betekenis van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg.

De reikwijdte van Molière's tekst is overigens groter. Het slaat ook op het onderhavige onderzoek als zodanig. De inhoud van een proefschrift behoort geen "oude wijn in nieuwe zakken" te zijn. Toch bevat het - in het huidige academische tijdsgewricht eerder gebruik dan uitzondering - verschillende aspecten van al eerder gepubliceerd werk. Zo wordt een theoretische definitie van kwaliteit omgewerkt tot een betekenisstheorie en verschijnen sommige figuren (*bijvoorbeeld figuur 8.1 of 9.2*) en tabellen (*bijvoorbeeld tabel 4.1*) (bewust en bedoeld) in een andere vorm, die de filosofische invalshoek toont. Het is deze verandering van gestalte die een meerwaarde moet bewijzen. De filosofische analyse moet daarvoor zorgdragen. Tevens is de context van dit academisch proefschrift in de beeldspraak geïnvolveerd. Molière voert een filosoof ten tonele die een spreker leert spreken. Deze zinloze bezigheid wordt ingegeven door een consumentgericht houding, zoals we die in het hedendaagse academische milieu maar al te vaak aantreffen. De consument is niet meer geïnteresseerd in Plato, Aristoteles, de logica of de moraal, maar deze wil slechts behagen door verleidelijk taalgebruik. De filosoof past vervolgens de inhoud van de les dienovereenkomstig aan. Deze tendens wil ik vermijden door de kritische vraag naar de zinvolheid van het gebruik van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg aan de orde stellen. De passage bij Molière symboliseert derhalve het probleem, alsmede de aard en de positie van dit onderzoek. Het is dan ook tot strekking van dit proefschrift verheven. De verleidelijk moderne aanduiding ervan, "*Molière effect*", accentueert de tegenspraak met de inhoud van het geschrift.

Het vinden van een passend filosofisch instrumentarium voor een onderzoek naar de betekenis van het begrip kwaliteit is niet eenvoudig. Het verschijnsel kwaliteit lijkt ongrijpbaar en nauwelijks in woorden te vangen. Het lijkt zich aan ieder analysekader te onttrekken. Een passage in het werk van Plato gaf echter hoop. Hij heeft de term gemunt en gebruikt daarbij de notie van een primair begrip. Dit toont opmerkelijke overeenkomst met de huidige benaderwijze van het begrip 'kwaliteit'. De hedendaagse spreker thematiseert met het gebruik ervan een eeuwenoude intuïtie en het is de vraag of deze berust op een passende reconstructie. Aan de hand van de stamvaders der Westerse filosofie wordt daarom een instrumentarium geschapen en aangewend om de betekenis van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg te analyseren.

De werkzaamheden aan dit proefschrift namen een aanvang na een bezoek aan de tiende Documenta te Kassel in september 1997. Tijdens een bezoek aan dit vijfjaarlijks

overzicht van ontwikkelingen in de moderne kunst daagde het inzicht. Het werk aan de tweede herziene druk van een boek over methoden en technieken van de kwaliteitskunde was net afgerond (Harteloh & Casparie, 1998). Een boek over de *kunst* van het kwaliteitsmanagement zou het logische vervolg moeten zijn. Net zoals bij het medisch handelen behoeft een kunde aanvulling met een kunst die vooral is gelegen in het vermogen de kennis van een vakgebied in een bepaalde situatie zinvol aan te wenden. Aristoteles noemt het praktische wijsheid, ofwel phronesis, de tegenhanger en noodzakelijke aanvulling van wetenschappelijke (episteme) en technische kennis (techne). Ik wist ook waar deze praktische wijsheid te zoeken. Het werk van Berwick geeft daartoe een aanwijzing. Opmerkelijk is de invloed van een aantal door hem geformuleerde metaforen op het denken over kwaliteit in de gezondheidszorg. De metafoor is klaarblijkelijk een geschikt medium om gedachten over kwaliteit over te dragen. Het past bij de aard van het (primaire) begrip kwaliteit. Metaforen dienen aan te zetten tot een kwaliteitsgericht handelen en de aard en intentie ervan te verklaren. Bovendien beoogt het kwaliteitsgericht denken een integraal onderdeel van het medisch handelen te maken. De kunst van het kwaliteitsmanagement lijkt dan ook te zijn gelegen in het vinden van de passende metafoor die het medisch handelen betekenis verleent.

Het onderzoek analyseert een verzameling verhalen over kwaliteit (de gevalsstudies) om de contouren van een metafoor te schetsen, geschikt om de inhoud van het begrip kwaliteit over te dragen. De inhoud van een dergelijke metafoor is variabel en afhankelijk van het creatief inzicht op een bepaald moment in een bepaalde situatie. Het verhaal over de goede dokter is er een voorbeeld van. Houding, markt en besturingsfilosofie blijken er, in Aristotelianse zin opgevat als ethos, agora en cybernetika, de peilers van te vormen. Het is de meerduidigheid van deze termen, die voor de hedendaagse gebruiker ervan een oefening in de kunst van het kwaliteitsmanagement vormt. De metafoor is beter naarmate vorm en inhoud samenvallen als uitdrukking van reflexiviteit en daarmee van de semantische regel die het begrip kwaliteit tot uitdrukking brengt.

Het proefschrift werd in september 1999 afgerond onder de klanken van het adagio uit Mahlers' *Vijfde Symfonie*. Het biedt enerzijds inzicht in de ontwikkeling van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg en anderzijds een filosofisch gefundeerde theorie om deze te verklaren. De ontwikkeling van het begrip kwaliteit kan worden gelezen als een toenemend besef van de semantische regel die het begrip kwaliteit tot uitdrukking brengt. Daaraan levert dit onderzoek een bijdrage. Doelgroep wordt gevormd door personen geïnteresseerd in de filosofische achtergronden van het debat over de kwaliteit van zorg. Enige kennis van de filosofie als vakgebied is daarbij voorondersteld. Voor de academische lezer is het ook als introductie in het onderwerp geschikt. De gepresenteerde betekenisstheorie heeft de pragmatische vorm van een vertaaltheorie die steeds kan worden toegepast bij het analyseren van geschriften over de kwaliteit van zorg. Beleidsmakers kunnen hun voordeel doen met de gevalsstudies uit *deel III*. Veelal is er tegenwoordig een roep om beleidsrelevante gegevens. Beleidsrelevantie heeft veel te maken met betekenisverlening en de manier waarop deze gestalte krijgt is van belang voor de zinvolheid van de informatie uitwisseling in de publieke ruimte.

Het proefschrift bevat drie leesniveaus. De filosofische citaten die de verschillende delen begeleiden, symboliseren de wijsgerige inhoud ervan. Reflectie op deze citaten zal de lezer de weg naar de essentie van het vertoog wijzen. De hoofdtekst bevat de gang

van het onderzoek naar het gebruik van het begrip kwaliteit. Deze heeft het karakter van een argumentatieve analyse. Ieder hoofdstuk bevat argumenten die in de discussie over de kwaliteit van zorg veelvuldig voorkomen, gegroepeerd rond exemplarisch onderzoek. Ook de getalsmatige gegevens moeten met name in *deel III* als argument in een discussie over de betekenis van kwaliteit worden gelezen en niet als feitelijke informatie. Door analyse en rangschikking van de diverse argumenten ontstaat een nieuw verhaal over de kwaliteit van zorg. De voetnoten zijn er voor de filosofische fijnproever. Deze verwijzen naar gedachten die te omvangrijk waren voor dit onderzoek; bevatten wijsgerige nuances en vormen een verhaal over de meer technische achtergronden van het onderzoek.

De gedachte die in dit proefschrift is neergelegd, kan in verschillende richtingen worden uitgewerkt. Het formuleren van een kunst van het kwaliteitsmanagement kan erdoor worden gestimuleerd en het zoeken naar een metafoor die het werk in de gezondheidszorg betekenis verleent, kan erdoor gericht plaatsvinden. Het wijst op een inhoudelijke relatie tussen het denken over kwaliteit en een mensbeeld, wereldbeeld of maatschappijvisie. Een verder onderzoek van deze relaties leidt tot alternatieve formuleringen van het begrip kwaliteit in relatie tot medische zorg. Een verdere uitwerking wordt bovendien gesuggereerd door de structuur van het onderzoek. Het onderscheid tussen gedachten en gegevens over de kwaliteit van zorg symboliseert een wijsgerig probleem, namelijk het leggen van een relatie tussen conceptueel kader en materieel gegeven, twee grootheden van verschillende orde, die elkaar volgens het gangbare wereldbeeld toch wederzijds (causaal) beïnvloeden en in onderlinge relatie elkaars betekenis bepalen. Om dit probleem op te heffen is het nodig de conceptuele inhoud van het gegeven te thematiseren binnen de begrenzing van het denken. Het vierde deel van dit proefschrift exploreert deze gedachte in relatie de interpretatie van gegevens in termen van kwaliteit. Het is daarmee een toepassing van een actueel (vak)filosofisch thema op gezondheidszorg, een aanzet tot integratie van feiten en waarden - *de* uitdaging voor het komend millennium - door uitwerking van een pragmatische betekenisstheorie die een overstijging van de gangbare positivistische invalshoek op het medisch gegeven kan bewerkstelligen. Het nadenken over de kwaliteit voor zorg gaat daarmee op in een algemeen streven naar een beheerste gezondheidszorg en betekenisvol medisch handelen.

september 1999  
Ackersdijkstraat  
Rotterdam

## Dankwoord

Op deze plaats ook de gebruikelijke, welgemeende woorden van dank. Mijn eerste promotor, Ton Casparie, stond aan de wieg van dit proefschrift en stimuleerde de uiteindelijke afronding ervan. Ton, ik ben je zeer erkentelijk voor de moed om geheel tegen de stroom van het huidige academische tijdsgewricht in een conceptueel proefschrift te verdedigen. Het naderend einde van het millennium vraagt daar ook eigenlijk misschien wel om. Onze vele inspirerende gesprekken over kwaliteit werden gekenmerkt door een hoog tempo en een groot enthousiasme. We hadden elkaar veel te zeggen. Over kwaliteit raakten we nooit uitgepraat. Het kenmerkt de ware liefhebber, de connaisseur. Ik hoop dan ook dat dit proefschrift tegemoet komt aan je wens het onderwerp ook eens van filosofische zijde belicht te zien. Mijn tweede promotor, Peter van Lieshout, bewaakte met name de filosofische kwaliteit van dit proefschrift. Peter, ik heb jouw prachtige volzinnen waarin je op adequate wijze grote verbanden schilderde en de filosofische aspecten vaak precies op de juiste plaats kon laten vallen, zeer gewaardeerd. Je belangstelling voor mijn persoonlijk welzijn paste goed bij de vaste plaats van onze besprekingen, het NIZW te Utrecht.

Ook wil ik op deze plaats een aantal personen memoreren die een belangrijke bijdrage aan de ontwikkeling van mijn gedachten over kwaliteit hebben geleverd. Mijn eerste onderzoek naar de kwaliteit van zorg werd sterk beïnvloed door de methodoloog Ate Nievaard. Helaas verhinderde zijn overlijden in 1997 een betrokkenheid bij de uitwerking van het verzamelde materiaal tot dit proefschrift. Ik heb zijn grote eruditie en klaterende schaterlach node gemist. Met 'de grote' Paul Colsen heb ik een al tien jaar durende levendige discussie over kwaliteit. Hij heeft mij ertoe overgehaald het aanvankelijk nogal tendentiekus lijkende 'nieuwe' begrip indicator serieus te nemen en het nader te exploreren. De indicator is een goed voorbeeld van betekenisverlening door feiten met waarden te verenigen. Het begrip is dan ook buitengewoon relevant voor dit proefschrift. Frank Verheggen vormt met diens originaliteit, gedrevenheid en belezenheid een belangrijke inspiratiebron voor het vormgeven van mijn gedachten over kwaliteit. Hij wees mij vaak op literatuur die in de blikverruiming voorzag, nodig om het onderwerp te doorgronden. Ook voorzag hij de eerste twee delen van het proefschrift van een kritisch commentaar. Herman Stoevelaar gaf onder het genot van een altijd uitstekende wijn kritisch en deskundig commentaar op de opzet en enige hoofdstukken van dit proefschrift. Ton van Bers wil ik bedanken voor correctie van de *Summary* en Khing Njoo voor de aanmaak van figuurtjes. Mijn huidige werkgever, de bloedbank ZWN Rotterdam, ben ik veel dank verschuldigd voor de ruimte die mij is verschaft bij het schrijven van dit proefschrift.

## Over de auteur

Petrus Paulus Maria Harteloh werd geboren op 5 juli 1960 te 's-Gravenhage. Hij studeerde van 1980 tot 1987 geneeskunde en van 1982 tot 1985 wijsbegeerte (als nevenstudie) aan de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR). Van 1993 tot 1996 studeerde hij wijsbegeerte aan de Universiteit Utrecht, alwaar werd afgestudeerd op '*De betekenis van zelfkennis*'. Na het behalen van het arts examen in 1987 vervulde de auteur van dit proefschrift diverse functies, namelijk die van bataljonsarts bij 41 tankbataljon te Bergen-Hohne (BRD), wetenschappelijk onderzoeker bij de studierichting Beleid en Management Gezondheidszorg (BMG) van de EUR, gezondheidskundige bij het centrum voor Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (cVTV) van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) te Bilthoven, en bloedbankarts bij de Rode Kruis Bloedbank West-Brabant te Breda. Thans is hij als transfusie arts verbonden aan de bloedbank ZWN Rotterdam en geeft hij onderwijs over de kwaliteit van zorg aan de iBMG. Hij is lid van de redactie van Elsevier's *Handboek Kwaliteit van Zorg*. De auteur van dit proefschrift schreef samen met Ton Casparie een leerboek over de kwaliteit van zorg voor studenten in de gezondheidswetenschappen. Hiervan verscheen twee maal een herziene druk. Ook schreef hij verschillende artikelen over de kwaliteit van zorg voor nationale en internationale tijdschriften. Het leerboek en de diverse publicaties vormen de basis voor dit proefschrift dat er een wijsgerige uitwerking van bevat.





# Inhoud

<b>Proloog</b>		<i>1</i>
	Het Molière effect	<i>3</i>
<b>I Onderzoek naar de kwaliteit van zorg</b>		<i>5</i>
<b>1</b>	<b>De vraag naar betekenis</b>	
1.1	Inleiding	<i>7</i>
1.2	Opvattingen over kwaliteit	<i>7</i>
1.3	Vertalen en interpreteren	<i>10</i>
1.4	Reconstructie van betekenis	<i>15</i>
1.5	Een analytische invalshoek	<i>19</i>
<b>2</b>	<b>Wijsgerige analyse van het begrip kwaliteit</b>	
2.1	Inleiding	<i>21</i>
2.2	Een theorie over kwaliteit	<i>21</i>
2.3	Reconstructie en begripsontwikkeling	<i>29</i>
2.4	Het gebruik van het begrip kwaliteit	<i>31</i>
<b>II Gedachten over de kwaliteit van zorg</b>		<i>35</i>
<b>3</b>	<b>Grondleggers en hun ideeën</b>	
3.1	Inleiding	<i>37</i>
3.2	Voorbeelden van kwaliteit	<i>39</i>
3.3	Kennis en handelen	<i>42</i>
	3.3.1 Een visie op zorg	<i>43</i>
	3.3.2 Een definitie van de kwaliteit van zorg	<i>46</i>
	3.3.3 Kwaliteit en perspectief	<i>48</i>
	3.3.4 Een normatief referentiekader	<i>49</i>
	3.3.5 Interpretatie van het begrip kwaliteit	<i>51</i>
3.4	Handelen en leren	<i>52</i>
	3.4.1 Beroepsuitoefening en kwaliteit	<i>53</i>
	3.4.2 Een methode voor kwaliteitsbevordering	<i>56</i>
	3.4.3 Potentieel en gerealiseerd effect	<i>58</i>
	3.4.4 Interpretatie van het begrip kwaliteit	<i>61</i>

3.5	Het streven naar continue verbetering	63
3.5.1	Een nieuwe moraal van het kwaliteitsbeleid	64
3.5.2	Een reflexief model	68
3.5.3	Principes van kwaliteitskunde	70
3.5.4	Interpretatie van het begrip kwaliteit	72
3.6	Het gebruik van het begrip kwaliteit	73
<b>4</b>	<b>Definities van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg</b>	
4.1	Inleiding	79
4.2	Formele definities van kwaliteit	79
4.3	Beleidsrelevante operationalisering van het begrip kwaliteit	88
4.4	Het gebruik van het begrip kwaliteit	94
<b>III</b>	<b>Gegevens over de kwaliteit van zorg</b>	<b>97</b>
<b>5</b>	<b>Ziekenhuissterfte en de verantwoording voor zorg</b>	
5.1	Inleiding	99
5.2	De aard van het gegeven	100
5.3	Methodologische merites	102
5.4	Beleidsrelevantie	105
5.5	Interpretatie van ziekenhuissterfte	109
5.6	Het gebruik van het begrip kwaliteit	111
5.7	Literatuur	113
<b>6</b>	<b>Praktijkvariaties en de paradox van gepaste zorg</b>	
6.1	Inleiding	115
6.2	De aard van het gegeven	116
6.3	Methodologische merites	122
6.4	Beleidsrelevantie	125
6.5	Interpretatie van praktijkvariaties	130
6.6	Het gebruik van het begrip kwaliteit	131
6.7	Literatuur	133
<b>7</b>	<b>Patiëntsatisfactie en de waardering van zorg</b>	
7.1	Inleiding	137
7.2	De aard van het gegeven	138
7.3	Methodologische merites	140
7.4	Beleidsrelevantie	148
7.5	Interpretatie van patiëntsatisfactie	151
7.6	Het gebruik van het begrip kwaliteit	152
7.7	Literatuur	155

<b>IV Betekenis en de kwaliteit van zorg</b>	<b>159</b>
<b>8    Vormen van betekenisverlening</b>	
8.1    Inleiding	161
8.2    Gedachten over de kwaliteit van zorg	161
8.2.1    Bedrijfskundige invloeden	161
8.2.2    Een functioneel zorgconcept	166
8.3    Gegevens over de kwaliteit van zorg	171
8.4    Een model voor betekenisverlening	175
8.5    Het gebruik van het begrip kwaliteit	178
<b>9    Kwaliteit en gezondheidszorg</b>	
9.1    Inleiding	181
9.2    Een criterium voor betekenis	182
9.3    Kwaliteitsgericht denken en handelen in de gezondheidszorg	185
9.3.1    Een kritische houding - Ethos -	186
9.3.2    Reflexieve zorgverlening - Agora -	189
9.3.3    Een reflexieve besturingsfilosofie - Cybernetika -	192
9.4    De goede dokter	194
<b>Bibliografie</b>	<b>197</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>215</b>
<b>Summary</b>	<b>229</b>
<b>Nawoord</b>	<b>231</b>
<b>Dankwoord</b>	<b>235</b>
<b>Over de auteur</b>	<b>236</b>
<b>Inhoud</b>	<b>238</b>

## **De betekenis van het begrip kwaliteit in de gezondheidszorg; van intuïtie naar rationele reconstructie**

Plato vertelt het verhaal van Socrates die besluit om het woord 'poiótes' op een iets andere manier te gaan gebruiken. Daarmee begint een taalspel rond het verschijnsel kwaliteit, dat zijn weerklank vindt in de Twintigste eeuw. Dit boek volgt de ontwikkeling van het denken over kwaliteit in de Amerikaanse gezondheidszorg en de invloed die daarvan uitgaat op de Nederlandse situatie. Het verhaal vangt aan met een dokter die 'gewoon' zijn vak zo goed mogelijk uit wil oefenen en die daarmee een voorbeeld stelt. Geleidelijk verandert de aard van dit voorbeeld. Het evolueert tot een formele standaard voor goede, zelfs uitmuntende zorg. Aanwending van het begrip kwaliteit ligt nu voor de hand, maar het gebruik ervan tart heden ten dage een eeuwenoude intuïtie. Er ontstaat een verhitte discussie over de kwaliteit van zorg, gepaard gaande met begripverwarring en twijfel over de mogelijkheid ooit iets zinvol over kwaliteit te kunnen zeggen. Dit boek toont dat analyse toch mogelijk is. Het zoekt de inhoud van het begrip kwaliteit in een reflexieve structuur die normatief is voor de betekenis van het kwaliteitsgericht denken en handelen. Het komt uit op een bespiegeling over de voorwaarden voor het begrijpen van kwaliteit. Deze zijn gelegen in het gedrag of de houding van het individu (ethos), de onderlinge verhouding van waarden in de publieke ruimte (agora), en de aard van het verhaal dat wordt verteld om het handelen zin te geven (cybernetika). Het resultaat van de analyse wordt in Platoonse stijl gebundeld in een verhaal over de goede dokter, een transformatie van het vertrekpunt in overeenstemming met het reflexieve karakter van het begrip kwaliteit.

