

**UITKOMSTENMANAGEMENT
IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG
IN VLAANDEREN
DEEL 1**

Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid



Rik Van Nuffel

**MAATSCHAPPELIJKE VERANTWOORDING
EN KWALITEITSZORG:
over meetinstrumenten en indicatoren**

**Internationaal symposium
1 december 2006**

Dit is een uitgave van de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid
Tenderstraat 14 – 9000 Gent
tel. 09/221.44.34 – fax 09/221.77.25 – e-mail info@vvgg.be

Wettelijk depot: D/2007/2566/2

© Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld als volgt:

Van Nuffel, R. (2007). Maatschappelijke verantwoording en kwaliteitszorg: over meetinstrumenten en indicatoren. Internationaal symposium 1 december 2006. Deel 1. In VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Gent, VVGG.

INHOUDSTAFEL

ALGEMENE INLEIDING	p. 4
DANKBETUIGING	p. 6
VOORWOORD	p. 7
HOOFDSTUK I: HET METEN VAN DE EFFECTIVITEIT VAN DE ZORG IN NEDERLAND: ACTUELE STAND VAN ZAKEN	
BOB VAN WIJNGAARDEN	p. 8
1.1. Niveau van effectiviteitmeting	p. 8
1.2. Een of meer effectiviteiten	p. 8
1.2.1. Macroniveau	p. 8
1.2.2. Meso- en microniveau	p. 9
1.3. Basisset prestatie-indicatoren	p. 10
1.3.1. Aandachtsgebieden van de basisset	p. 10
1.3.2. Databronnen	p. 10
1.3.3. In ontwikkeling	p. 10
1.3.4. Geschikte instrumenten	p. 10
1.4. Conclusies	p. 11
1.5. Literatuur	p. 11
HOOFDSTUK II: PRESTATIE-INDICATOREN VOOR KWALITEIT VAN ZORG IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG EN VERSLAVINGSZORG	
ETA MULDER	p. 12
2.1. Een basisset prestatie-indicatoren	p. 12
2.2. Gefaseerde implementatie	p. 13
2.3. Mogelijkheden van de basisset voor de zorgaanbieder	p. 13
2.4. Toekomstperspectieven	p. 14
HOOFDSTUK III: OUTCOMES AND EFFECTIVENESS IN MENTAL HEALTH CARE: MEASURING WHAT MATTERS	
CHRIS HEGINBOTHAM	p. 15
3.1. Bedenkingen	p. 15
3.2. Benaderingen	p. 15
3.3. Voor- en nadelen	p. 16
3.4. Indicatoren	p. 16
3.5. Voorbeelden van audits	p. 17
3.5.1. Voorbeeld 1. Health check	p. 17
3.5.2. Voorbeeld 2. Audit Commission	p. 18
3.5.3. Voorbeeld 3. Gezondheidsdoelstelling	p. 18
3.5.4. Voorbeeld 4. Cost-effectiveness	p. 18
3.6. Conclusies	p. 18
HOOFDSTUK IV: EVALUATION DES PSYCHOTHÉRAPIES: LA SITUATION EN SUISSE	
JACQUES GASSER	p. 19
4.1. Nieuwe wet	p. 19
4.2. Professionele argwaan	p. 19
4.3. Onderzoeksvragen	p. 20
4.4. Onderzoek naar efficiëntie van behandeling: patiëntgeoriënteerde onderzoek	p. 21
4.5. Conclusies	p. 21

ALGEMENE INLEIDING

Het meten van uitkomsten duikt meer en meer op in de gezondheidszorg, inclusief de geestelijke gezondheidszorg. Getuigen daarvan zijn het toenemende aantal internationale publicaties en een groeiende interesse vanuit de sector en de overheid om zicht te krijgen op de resultaten van de behandeling voor psychiatrische patiënten.

Onderzoek naar behandelingsuitkomsten heeft in de psychiatrie een lange geschiedenis achter de rug. Wat aanvankelijk beperkt bleef tot het onderzoeken van veranderingen van klachten tijdens een behandeling, evolueerde naar *randomised controlled trails* (RCT), waarbij patiëntengroepen worden vergeleken met een controlegroep. Samenvattingen van deze internationale studies zijn te vinden in meta-analyses voor specifieke patiëntengroepen of behandelingen.

Dat de Vlaamse overheid verantwoording vraagt aan de sector geestelijke gezondheidszorg voor het bieden van de beste kwaliteit is volkomen terecht. Tien jaar geleden reeds was de Vlaamse overheid zich bewust van het belang van de kwaliteit van de zorg. Dit formuleerde zij onder vorm van kwaliteitsdecreten. Hiermee volgt Vlaanderen een internationale tendens, die o.a. vanuit Nederland en Engeland naar ons komt overgewaaid. Deze tendens kadert binnen het kwaliteitsdenken wereldwijd en evolueerde van personeels- en middelenmanagement, beleid en strategie (input); over de intake, behandeling en nazorg (kernprocessen) naar patiënttevredenheid, maatschappelijke waardering en uitkomsten van de behandeling (output).

Om de verandering van ernst van een stoornis en de effectiviteit van de behandeling na te gaan zijn de laatste decennia heel wat meetinstrumenten op de markt gekomen, ook in Vlaanderen en Nederland, maar uit internationale literatuur blijkt dat weinig meetinstrumenten aan de gestelde eisen voldoen. De kunst is een evenwicht te vinden tussen de praktische bruikbaarheid en de wetenschappelijke evidentie.

De opdracht wetenschappelijke ondersteuning inzake het meten van behandelingsresultaten werd toevertrouwd aan de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVGG). Deze opdracht is omschreven in de beheersovereenkomst tussen de VVGG en de Vlaamse overheid die in 2006 van start is gegaan. Op het domein van de wetenschappelijke ondersteuning kan de VVGG een tweeledige belangrijke bijdrage leveren: enerzijds als onafhankelijke tussenpersoon tussen de academische onderzoeker en het werkveld en anderzijds als communicatiekanaal van onderzoeksresultaten naar specifieke doelgroepen en het brede publiek. Het beheerscontract verwoordt de opdracht wetenschappelijke ondersteuning als volgt:

“Wetenschappelijke ondersteuning bij het ontwikkelen van een instrumentarium voor de geestelijke gezondheidszorg om de resultaten van behandeling te bepalen en vast te stellen.

In 2006 zal een kerngroep opgestart worden, samengesteld uit vertegenwoordigers van de hulpvragers, hun omgeving, hulpverleners, deskundigen uit de wetenschappelijke en universitaire wereld, beleidsfunctionarissen en andere actoren uit de geestelijke gezondheidszorg. Er zal inbreng zijn van binnenlandse en buitenlandse experts.

Onder leiding van de kerngroep zal gewerkt worden aan een inventarisatie wat terzake reeds bestaat en gebruikt wordt in Vlaanderen, wat in het buitenland gebeurt of ontwikkeld werd. Deze inventaris zal gerangschikt worden op basis van de parameters evidentie, gebruiksvriendelijkheid en bereik.

Op basis van deze inventaris kan dan in een tweede fase (2007) gestart worden met de aanpassing aan de Vlaamse realiteit, de implementatie van meerdere instrumenten in een aantal voorzieningen, met begeleiding van een veralgemeende invoering ervan in 2008.’

De realisatie van de beheersovereenkomst resulteert in een reeks van 5 uitgaven van de VVGG. De rode draad wordt gevormd door 3 kernvragen:

1. 'Wat zijn de uitkomsten van een behandeling in de geestelijke gezondheidszorg?'
2. 'Hoe kunnen de verschillende soorten uitkomsten gemeten worden?'
3. 'Wat doen de zorginstellingen en de overheid met deze resultaten?'

Een 1ste publicatie is een verslag van het besloten VVGG-symposium. Tijdens deze bijeenkomst hebben buitenlandse deskundigen gerapporteerd over hun jarenlange ervaring met het spanningsveld tussen kwaliteitsverbetering en maatschappelijk verantwoording in de geestelijke gezondheidszorg.

Een 2de publicatie is de inventaris die gemaakt werd op basis van een rondvraag eind 2006. Het is een exploratief onderzoek naar de meetinstrumenten die gebruikt worden in de geestelijke gezondheidsvoorzieningen waarvoor de Vlaamse overheid bevoegd is.

Een 3de publicatie is een literatuurstudie over het meten van uitkomsten. Hierin wordt een beeld geschetst van wat in het buitenland al is gebeurd, met speciale aandacht voor Nederland, gezien de bruikbaarheid voor Vlaanderen.

Een 4de en 5de publicatie zullen later verschijnen. In een 4de deel wordt gepeild naar standpunten en visies van de verschillende stakeholders. In een laatste publicatie wordt verslag uitgebracht van de implementatie van een set van meetinstrumenten in enkele zorginstellingen.

Gent, september 2007

DANKBETUIGING

We danken voor hun deskundig advies:

Paul Arteel (VVG)

Stefaan Baert (VVG)

Laurence Claes (KULeuven)

Mieke Craeymeersch (Similes)

Mario De Prijker (CGG Vagga)

Stefaan Lievens (beheerder VVG)

Lea Maes (Universiteit Gent)

Jan Michiels (Ups & Downs vzw)

Geert Molenberghs (Universiteit Hasselt)

Guido Pieters (KULeuven)

Chantal Van Audenhove (KULeuven)

Chris Vander Auwera (Agentschap Zorg en Gezondheid)

Wouter Vanderplasschen (Universiteit Gent)

Geert Verstuyf (VAD)

Alain Vincke (CCG Eclips)

Yves Wuyts (VVI).

VOORWOORD

In overleg werd er voor gekozen om in de eerste plaats voort te bouwen op de contacten die reeds gelegd waren met de collega's uit Nederland: Bob van Wijngaarden (Trimbos-instituut), auteur van klinische uitkomstindicatoren in de ggz en verslavingszorg en Eta Mulder (GGZ Nederland), medeauteur van de Basisset prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.

Daarnaast ging de voorkeur uit naar een expert uit het Angelsaksische invloedsveld enerzijds, en het Latijnse gebied anderzijds.

Voor Nederland werden Eta Mulder en Bob van Wijngaarden, gezien de reeds gelegde contacten, vlug bereid gevonden hun medewerking te verlenen.

In Engeland waren er de bestaande goede contacten met Chris Heginbotham (Professor of Mental Health Policy and Management; Co-Director, Institute for Philosophy, Diversity and Mental Health, Centre for Ethnicity and Health University of Central Lancashire; Chief Executive Mental Health Act Commission, England and Wales).

Voor de Latijnse invloedssfeer viel de keuze in eerste instantie op Anne Lovell (directeur de recherche, INSERM, Marseille). Zij kon zich spijtig genoeg niet vrijmaken. Anne Lovell verwees door naar Jean Nicolas Despland, (directeur de l'Institut universitaire de psychothérapie, Lausanne), zij zouden een gezamenlijke tekst maken.

Te elfder ure diende deze af te zeggen, Jacques Gasser uit Lausanne bleek bereid in te springen en na overleg met Anne Lovell en Jean Nicolas Despland een bijdrage te verzorgen.

Er werd gekozen voor de formule van het "besloten" symposium met een beperkt aantal deelnemers.

Werden uitgenodigd als deelnemers: de leden van de adviesgroep, de leden van de algemene vergadering van de VVGG, de binnenlandse experten waarmee in deze periode contacten gelegd waren en de opdrachtgever, de Vlaamse gemeenschap.

Hoofdstuk I brengt een actuele stand van zaken over het meten van de effectiviteit van de zorg in Nederland. Hoofdstuk II beschrijft de implementatie van een set van basisindicatoren voor de geestelijke gezondheid in Nederland. Hoofdstuk III behandelt de vraag wat er nu eigenlijk gemeten moet worden. Hoofdstuk IV tenslotte haalt de consequenties aan van een nieuwe Zwitserse wet over de controle van kosten.

Bob Van Wijngaarden is onderzoeker aan het Trimbosinstituut, het landelijk kennisinstituut voor geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg in Nederland.

HOOFDSTUK I

HET METEN VAN DE EFFECTIVITEIT VAN DE ZORG IN NEDERLAND: ACTUELE STAND VAN ZAKEN

BOB VAN WIJNGAARDEN

Het meten van effectiviteit van zorg is een proces dat in verschillende fases moet gebeuren.

1.1. Niveau van effectiviteitsmeting

De eerste fase is het bepalen van het niveau van effectiviteitsmeting. Dat is afhankelijk van het gebruiksdoel. We kunnen onderscheiden:

- Macro: landelijk
Voorbeeld: aantal dwangmaatregelen in alle instellingen over het ganse land.
- Meso: instellingen
Voorbeeld: benchmarken van cliënttevredenheid.
- Micro: individueel
Voorbeeld: afname symptomatologie.

1.2. Een of meer effectiviteiten

Een voor de hand liggende meting van effectiviteit is het kijken naar de afname van symptomatologie. Maar men kan het verbreden en ook kijken naar sociale effecten van het zorgproces. Verbreedt men effectiviteit tot buiten het zorgproces, dan kan men ook naar de bedrijfsvoering kijken en de kosten-effectiviteit in overweging nemen. Deze vier elementen samen vormen de *balanced scorecard*, in het Nederlands het *uitkomstenkwadrant*.

Er hoeft geen verband te zijn tussen de kwadranten. Elementen uit de verschillende kwadranten kunnen onafhankelijk van mekaar zijn.

Bijvoorbeeld: de symptomatologie van een cliënt neemt af, maar de cliënt ervaart een lagere kwaliteit van leven.

Figuur 1: Uitkomstenkwadrant

Klinische resultaten als: <ul style="list-style-type: none"> • Specifieke indicatoren voor specifieke zorgprogramma's • Patiëntveiligheid 	Klantwaardering, bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> • Cliëntwaardering • Kwaliteit van leven • Match tussen vraag en aanbod
Kosten en opbrengsten als: <ul style="list-style-type: none"> • Volume • Kosten per cliënt • RAK (reserve aanvaarbare kosten) • Return on investment • Marktaandeel 	Bedrijfsvoering, bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> • Toegankelijkheid • Wachttijden/wachtlijsten • Doorlooptijden • Routing • Ontslag

1.2.1. Macroniveau

De 'Leidschendam conferentie' (2000) was het beginpunt van deze ontwikkeling in Nederland. Tijdens deze conferentie kwamen de overheid, zorgaanbieders en de verzekeraars overeen om op termijn de resultaten en prestaties van de gezondheidszorg zichtbaar te maken. De uitvoering van de zorg zou in handen blijven van particuliere aanbieders, maar om controle op het veld te houden wilde de overheid systematisch de prestaties gaan meten. In de notitie Bakens Zetten (2003) werden de contouren uitgewerkt voor een 'raamwerk van prestatie-indicatoren', althans op macroniveau (landelijk).

Er werden 26 macro-indicatoren weerhouden, die vooral peilden naar organisatorische en managementdata:

- Kostenontwikkelingen in de zorg
- Personeelsbeleid
- Omvang Research & Development
- Innovatieklimaat.

De enige indicator voor effectiviteit van de zorg was het sterftecijfer van psychiatrische patiënten. Helaas geeft deze indicator geen aanzet tot sturing of tot een verbetertraject.

1.2.2. Meso- en microniveau

De uitkomstmeting op meso- en microniveau werd ontwikkeld door alle betrokken partijen erbij te betrekken. Het Trimbosinstituut heeft daarvoor een consensustraject uitgewerkt.

Gestreeft werd naar indicatoren die:

- bruikbaar zijn op verschillende niveaus
- aanvaardbaar zijn voor zoveel mogelijk belanghebbenden (overheid, inspectie, verzekeraars, aanbieders en cliënten).

Dit heeft geleid tot 12 indicatoren (Wennink & van Wijngaarden, 2006):

Figuur 1: Uitkomstenkwadrant	%
Cliëntwaardering	100
Kwaliteit van leven	94
Percentage cliënten behandeld conform richtlijn	94
Percentage cliënten dat wacht op behandeling	76
Mate van cliëntgericht werken	76
Verandering in deelname arbeidsproces	74
Verandering in ernst problematiek	73
Het vóórkomen van incidenten	70
Drop out	70
Mate van need-fulfilment	67
Recidive	65
Verandering in woon- en leefsituatie	63

Parallel daarmee ontwikkelde de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een eigen set prestatie-indicatoren.

Daarin werden de volgende domeinen bestreken:

- Cliënt- en vraaggerichtheid
- Diagnose en indicatie
- Behandeling
- Veiligheid en zorgvuldigheid
- Continuïteit van zorg

IGZ legde de nadruk op veiligheid en zorgvuldigheid.

1.3. Basisset prestatie-indicatoren

Om de beperkingen en tegenstellingen tussen de eerder ontwikkelde prestatie-indicatoren te overstijgen en te komen tot een vormig instrument werd een basisset van prestatie-indicatoren ontwikkeld.

De basisset is een fusie van de sets die eerder door het Trimbosinstituut en IGZ werden ontwikkeld. Bedoeling was om daarin alle elementen op te nemen die in de jaarrapportage (jaarverslag) moeten worden opgenomen. En niet te vergeten: deze basisset zou aanvaard moeten worden door alle ggz-instellingen (de zorgverstrekkers).

De basisset bestaat uit 28 indicatoren die 3 gebieden bestrijken:

- effectiviteit
- veiligheid
- cliëntgerichtheid.

Op 30 november 2006 werd de basisset officieel overhandigd aan de Nederlandse staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

1.3.1. Aandachtsgebieden van de basisset

- Effectiviteit van zorg
11 indicatoren, waaronder verandering ernst problematiek, kwaliteit van leven, drop-out, behandelrichtlijnen, continuïteit van zorg
- Veiligheid
6 indicatoren, waaronder medicatie risico, dwang en percentage suïcides
- Cliëntgerichtheid
11 indicatoren, waaronder wachttijden, keuzevrijheid, vervulling zorgwensen en informed consent.

1.3.2. Databronnen

De basisset maakt deels gebruik van bestaande registraties in GGZ-voorzieningen, en deels van metingen bij cliënten. Zo is de GGZ-thermometer (bestaande uit 16 vragen) geïntegreerd.

1.3.3. In ontwikkeling

De basisset is nog niet volledig. Sommige indicatoren hebben nog geen instrumenten. Belangrijk is dat er gebruik wordt gemaakt van simpele, korte vragenlijsten.

Het Trimbosinstituut is bezig met het ontwikkelen van een nieuwe instrument dat peilt naar verandering van de ernst van de problematiek en naar kwaliteit van leven, ervaren door de cliënt.

Op basis van de Amerikaanse Consumer Assessment of Health Plan Survey (CAHPS), door Amerikaanse zorgverzekeraars ontwikkeld om inzicht te krijgen in de behoeften en ervaringen van patiënten, werkt het Trimbosinstituut (samen met Nivel, Nederlands Instituut voor Onderzoek van de gezondheid) aan de CQ-index (CQ voor Consumer Quality).

1.3.4. Geschikte instrumenten

Geschikte instrumenten liggen niet voor het rapen. Er zijn veel instrumenten, maar wanneer ze getoetst zijn op validiteit, betrouwbaarheid, veranderingsgevoeligheid, theoretische onderbouwing en gebruiksgemak, blijken er slechts enkele te voldoen. Daarom is er een aanvullende studie nodig om goede en veelgebruikte instrumenten te selecteren voor verdere invulling van de basisset.

1.4. Conclusies

- In Nederland is een basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheid ontwikkeld.
- Dat gebeurde in consensus onder de zorgaanbieders.
- Daarbij wordt gebruik gemaakt van meerdere typen uitkomstmaten.
- De basisset is nog in volle ontwikkeling: nieuwe indicatoren worden bestudeerd.
- De basisset is nog niet volledig ingevuld: instrumentenkeuze.
- Nog niet alle instrumenten zijn beschikbaar.

1.5. Literatuur

Bakenszetten

http://www.ggd.nl/kennisnet/uploaddb/downl_object.asp?atoom=15799&VolgNr=1

Basisset prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg (2006). Inspectie voor de Gezondheidszorg, Utrecht.

Wennink H.J. & van Wijngaarden B. (red.) (2006). *Prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang*, Trimbosinstituut, Utrecht.

Eta Mulder
is beleidsmedewerker
kwaliteit bij GGZ Nederland,
de werkgeversorganisatie
van instellingen in de
geestelijke gezondheids- en
verslavingszorg.

HOOFDSTUK II PRESTATIE-INDICATOREN VOOR KWALITEIT VAN ZORG IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG EN VERSLAVINGSZORG ETA MULDER

De jongste jaren heeft de Nederlandse gezondheidszorg een aantal ontwikkelingen doorgemaakt die haar aanzien sterk hebben beïnvloed:

- de introductie van marktwerking, die voortvloeide uit de terugtrekkende overheid. De overheid beperkt haar rol tot controle van de resultaten van de zorg, en op het internationaal vergelijken
- de kiezende zorggebruiker, die wil kiezen op basis van betrouwbare informatie
- de inspectie die zich beperkt tot gefaseerd toezicht
- de zorgverzekeraars die zorg inkopen bij zorginstellingen, op basis van diagnose-behandelingscombinaties.

Dit alles leidt tot een toenemende vraag om transparantie over de kwaliteit van zorg. De zorginstellingen kregen van al deze betrokken partijen zeer gelijklopende (maar toch verschillende) informatievragen, die toenemend administratieve lasten opleverden.

2.1. Een basisset prestatie-indicatoren

Daarom nam GGZ Nederland in 2005 het initiatief om prestatie-indicatoren te formuleren die informatie zou leveren voor alle betrokken partijen.

Uitgangspunt was: aanval is de beste verdediging.

De kenmerken van het opzet waren:

- pragmatisch: de verzamelde informatie moet zijn: zinvol (ter zake), zuiver (betrouwbaar), zuinig (zo veel als nodig)
- aansluiten bij landelijke ontwikkelingen
- zoveel mogelijk gebaseerd op bestaande informatie.

Om de kans op succes te vergroten werd gepoogd een draagvlak bij alle stakeholders te verkrijgen.

Zij werden alle bij het project betrokken:

- zorgverzekeraars
- cliëntvertegenwoordigers
- inspectie
- professionals
- zorgaanbieders
- ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Doel was dat alle betrokken partijen akkoord zouden geraken over 1 set prestatie-indicatoren.

De uitgangspunten van het project waren:

1. Het is een ontwikkelingsmodel
2. Primair voor extern gebruik
3. Aggregatieniveau concern en diagnosegroep
4. Relatieve norm: nog te bepalen door de overheid, specifiek rond veiligheid

5. Uitkomstindicatoren, vooral onder invloed van de markt
6. Uniformiteit van meten: eenvoudige, valide instrumenten
7. Perspectief zorgaanbieders en –gebruikers
8. Bestaande registratiesystemen
9. Zeggingskracht gaat boven perfectie.

Dit heeft eind 2006 geleid tot de Basisset prestatie-indicatoren die bestaat uit 28 indicatoren, verdeeld over 3 domeinen:

- 11 over effectiviteit
- 6 over veiligheid
- 11 over cliëntgerichtheid.

Tabel 2: Een voorbeeldindicator: het percentage drop-out.

Status	Deze prestatie-indicator heeft t.o.v. 2005 kleine wijzigingen ondergaan en is leverbaar uit de bestaande registraties. Deze indicator moet geleverd worden over verslagjaar 2006.
Onderbouwing	Het terugvalrisico bij een afgebroken behandeling is ruim twee keer zo groot als bij een voortgezette behandeling.
Beschrijving	Het percentage cliënten dat hun behandeling/begeleiding eenzijdig en/of tegen het advies van de behandelaar beëindigd heeft gedurende het registratiejaar naar diagnosegroep.
Meetinstrument	n.v.t.
Informatiebron	Instellingsadministratie
Exclusie	n.v.t.
Type indicator	Uitkomst
Opmerking	Het percentage drop-outs wordt beïnvloed door de cliëntenmix en het gebied waarbinnen een instelling opereert. Het aandeel cliënten vanuit de bemoezorg zal in grote steden groter zijn en een negatieve impact hebben op het overall drop-outpercentage. Instellingen kunnen dit aangeven in de toelichting.
Teller	Aantal cliënten waarbij de behandeling/begeleiding in jaar X is afgesloten met als opgegeven reden van afsluiting eenzijdige beëindiging door cliënt per diagnosegroep.
Noemer	Totaal aantal cliënten waarbij de behandeling/begeleiding is afgesloten in jaar X.
Best practice	Nog te bepalen

2.2. Gefaseerde implementatie

In het jaardocument Maatschappelijke Verantwoording werden over 2005 18 indicatoren opgenomen. Een indicator wordt toegevoegd aan het jaardocument als er consensus bestaat over het meetinstrument. Dan wordt de meting ingebouwd in het verplichte registratiesysteem. Dit wordt voorzien in de periode 2006-2008.

2.3. Mogelijkheden van de basisset voor de zorgaanbieder

- De basisset levert alle informatie die nodig is om te rapporteren in het jaarverslag: het jaarrapport maatschappelijke verantwoording.
- Het levert materiaal om te onderhandelen met de zorgkantoren en zorgverzekeraars.
- Het kan het intern (kwaliteits)beleid voeden.
- Het kan uitgangspunt zijn voor certificatie van de zorgorganisaties.

2.4. Toekomstperspectieven

- Samenwerkingscontract als basis
- Sommige partijen moeten worden toegevoegd aan de onderhandelingen: gemeenten en justitie
- In de evaluatie moet de gebruikersvraag centraal staan
- Het gebruik van een set vergt onderhoud, maar ook stabiliteit.

Dat betekent dat fouten er moeten worden uit gehaald, dat het aantal indicatoren moet gelijk blijven (1 indicator erbij is 1 eraf) en dat er vervanging van indicatoren moet gebeuren tegen strategisch gedrag in beleid en registratie.

HOOFDSTUK III

OUTCOMES AND EFFECTIVENESS IN MENTAL HEALTH CARE: MEASURING WHAT MATTERS

CHRIS HEGINBOTHAM

Resultaten en effectiviteit in de geestelijke gezondheidszorg: meten wat belangrijk is.

3.1. Bedenkingen

Vooreerst moet men zich bij het meten de volgende zaken voor ogen houden:

1. Wat willen wij meten
2. Waarom willen we dat meten
3. Wat zijn de doelstellingen van het beleid of van de zorginstelling
4. Wat is het meest belangrijk?

In het algemeen kan men stellen: meet wat belangrijk is ('Measure what matters!'). En dat kan zijn: klinische behandelresultaten, ondersteunende zorgpaden, het realiseren van levensdoelen van de gebruiker.

Maar meten houdt ook beperkingen en risico's in, nl. soms meet men wat men kan meten, in plaats van wat men wil meten. Er is een kloof tussen wat men wil meten en wat meetbaar is. We moeten ons dus toeleggen op het ontwikkelen van instrumenten die ondersteunen wat belangrijk is.

Er is een trend dat gebruikers steeds meer gericht zijn op herstel en op hun kwaliteit van leven. En daarom is het ook belangrijk dat indicatoren van verstrekte zorg moeten voldoen aan een aantal voorwaarden. Indicatoren moeten:

- op de persoongerichte zorg weerspiegelen
- het realiseren van de behandeldoelen ondersteunen
- de gewenste gedragsveranderingen aanmoedigen.

3.2. Benaderingen

Er zijn vier tradities in het uitvoeren van audits.

- De *externe audit* is gericht op validering, en heeft vaak de hoofdaandacht voor niet-klinische aspecten, bv. veiligheid.
- Een *klinische audit* is gefocused op het zorgproces, maar soms ook op behandelresultaten.
- Een *managerial audit* heeft de hoofdaandacht voor structurele elementen van een zorgorganisatie, zoals de financiën, personeelsomvang ...).
- Een *persoonsgerichte audit* (personal) weerspiegelt de standpunten van de gebruikers van de zorg.

Elk meetsysteem moet elementen van de vier audittradities in zich hebben. Elk van deze audittradities heeft ook sterke en zwakke kanten. Onderstaande tabel geeft dit aan.

Chris Heginbotham is hoogleraar Mental Health Policy and Management, en co-directeur van het Institute for Philosophy, Diversity and Mental Health (Centre for Ethnicity and Health) aan de University of Central Lancashire. Tevens is hij Chief Executive Mental van de Health Act Commission in Engeland en Wales.

Tabel 3: Sterke en zwakke punten van audits

type	sterke punten	zwakke punten
externe	objectief 'fearless'	te weinig inzicht in details
klinische	lokale informatie impact op gebruikers	gevaar voor bias
managerial	cijfergegevens meetbaar	onpersoonlijk niet-klinisch
persoonsgerichte	individuele verhalen de stem van de gebruiker	anekdotisch

3.3. Voor- en nadelen

De voor- en nadelen van deze vier benaderingen kunnen worden overwonnen door de vier audittradities in een gebalanceerd portfolio samen te brengen.

De 'Balanced Scorecard' of 'Dashboard' is zo een portfolio-instrument.

Het wordt in Engeland gebruikt om overheidsdiensten te beoordelen.

De Balanced Scorecard die in de Engelse gezondheidszorg (National Health System, NHS) wordt gebruikt, bestaat uit vier onderdelen:

- *Structurele doelen*: nationaal vastgelegde doelstellingen (bv. daling van het aantal suicides) of het aanbieden van een specifiek zorgaanbod (bv. een nieuw team, nieuw aanbod van zorg)
- *Investering*: meet de inzet en resultaten van investeringen
- *Klinische behandelresultaten*: meet de effecten van het klinisch handelen, of de mate waarin gebruikers levensdoelen kunnen bereiken
- *Nuttige zorgpaden*: waaronder herstelgerichte vormen van zorg, gelijke kansen en mensenrechten, perceptie van de zorg vanuit gebruikersstandpunt.

3.4. Indicatoren

In 2004 waren de kernindicatoren die de NHS hanteerde de volgende:

- de implementatie van assertive outreach teams (aanklampende zorgteams)
- de implementatie van Community Mental Health Teams (gemeenschapsgerichte teams)
- de verbetering van Care Plan systemen (op de patiëntgerichte zorg)
- financieel beleid
- netheid van ziekenhuizen
- het verbeteren van de werkomstandigheden van de medewerkers
- het invoeren van de 'Mental Health Minimum Data Set' (registratiesysteem).

Twee nieuwe indicatoren werden er recent aan toegevoegd:

- de invoering van cognitieve gedragstherapie
- beperken van het hoge aantal opnames en opsluitingen van mensen uit etnische bevolkingsgroepen.

Er is ook een andere benadering mogelijk die vertrekt vanuit de aangeboden zorg:

- klinische kwaliteit
- dwangbehandeling
- zorg
- zorgzaamheid bij dwang.

Deze vier domeinen van de zorg worden beoordeeld door verschillende betrokkenen.

3.5. Voorbeelden van audits

3.5.1. Voorbeeld 1. Healthcheck

Zorginstellingen kunnen jaarlijks een zelfevaluatie uitvoeren, de door de Healthcare Commission ontwikkelde 'Healthcheck'. Die bestaat uit vijf maten.

De maten zijn:

- kernmaten 'Standards for Better Health'
- bestaande nationale doelstellingen
- nieuwe nationale doelstellingen
- vier inspecties naar verbeteringen (waarvan 1 in geestelijke gezondheid)
- drie inspecties van algemene ziekenhuizen.

De beoordeling gebeurt op een vierpuntenschaal: zwak – matig – goed – uitstekend.

De resultaten van deze Healthcheck voor verschillende zorgsoorten is te vinden in onderstaande tabel.

	Excellent	Good	Fair	Weak
Acute & specialist	11 (6%)	83 (48%)	67 (39%)	12 (7%)
Ambulance	0 (0%)	12 (40%)	7 (23%)	11 (37%)
Primary Care Trust	6 (2%)	93 (31%)	180 (59%)	24 (8%)
Mental health	6 (10%)	18 (30%)	34 (56%)	3 (5%)

Uit de inspectieverslagen van Healthcare Commission kwamen een aantal verbeterpunten naar voren:

- meer crisisopvang buiten de klassieke kantooruren
- meer toegang tot gesprekstherapie voor chronisch zieken, meerbepaald schizofrenen
- betere opvolging van de algemene gezondheid van psychisch zieken
- mensen helpen bij het zoeken naar werk
- invoering van het persoonlijk zorgbudget (cfr. persoonlijk assistentiebudget)
- specifieke voorzieningen voor zwarten en etnische bevolkingsgroepen.

Daarnaast biedt de beroepsvereniging van psychiaters 'The Royal College of Psychiatrists' een aantal middelen voor kwaliteitsbewaking en -erkenning aan. Die hebben betrekking op deelgebieden van psychiatrische zorg:

- kwaliteitsnetwerk voor opnames in voorzieningen voor kinderen en jongeren (CAMHS)
- therapeutische gemeenschappen
- ECT-accreditering
- nationale audits naar geweldpleging in residentiële voorzieningen
- voorschrijfgedrag medicijnen
- netwerk van mediumbeveiligde afdelingen.

3.5.2. Voorbeeld 2. Auditcommission

De 'Auditcommission' beoordeelt enkel het financiële beleid van Primary Care Trusts (PCT). De PCT's staan in voor de organisatie en toewijzing van zorg binnen een regio.

Enkele vaststellingen van de Auditcommissie:

- Er is een grote variatie aan middelen besteed aan geestelijke gezondheidszorg (van 75 £ tot 300 £ per inwoner per jaar).
- Er is een grote variatie in het aantal opnamedagen.

Met benchmarking kan men deze verschillen in kaart brengen. Benchmarking geeft zorgorganisaties de mogelijkheid om zich te vergelijken met andere, en kan leren om zorgvuldig te budgetteren. Toch kan een financiële benadering in principe geen uitspraken doen over wie de beste zorg verstrekt.

3.5.3. Voorbeeld 3. Gezondheidsdoelstelling

Het Engelse Department of Health (Ministerie van Gezondheid) heeft een aantal doelstellingen geformuleerd voor geestelijke gezondheidsvoorzieningen. Belangrijkste doelstelling was het aantal zelfdodingen te doen dalen met 20% in de periode 1996 - 2010. Op basis van een aantal maten (algemene overlijdens, ziekenhuisoverlijdens) is deze doelstelling nu reeds bereikt.

3.5.4. Voorbeeld 4. Cost-effectiveness

De verstrekte zorg kan ook worden beoordeeld vanuit een 'cost-effectiveness' standpunt, de prijs-kwaliteitverhouding. Maar dit is geen gemakkelijke oefening.

- De meest informatie die beschikbaar is is eerder relatief dan absoluut
- Onderzoeksresultaten blijven eerder vaag
- Door het ontbreken aan goede instrumenten voor behandelresultaten is prijs-kwaliteitbeoordeling problematisch
- Budgettering van zorgprogramma's gebeurt weinig.

Toch kan men op deelgebieden wel iets over de prijs-kwaliteitverhouding zeggen. Op vlak van psychotherapie zijn er onderzoeksresultaten die aangeven dat cognitieve gedragstherapie effectief is. Psychodynamische psychotherapie is effectief in forensische afdelingen met ernstig gestoorde (waaronder persoonlijkheidsstoornissen) patiënten. Er is echter slechts zwakke ondersteuning voor de effectiviteit van psychoanalytische psychotherapie in residentiële voorzieningen, en voor algemene consultaties voor geestelijke gezondheidsklachten.

3.6. Conclusies

Er zijn vele manieren om zorg te meten en de prijs-kwaliteitverhouding ervan. Allerbelangrijkst is het om duidelijk te zijn over de doelstellingen. Ten tweede: er is geen maat die in staat is om een algemene beoordeling te geven. Wel is er nood aan een waaier aan relevante maten. Als men een evenwichtige selectie maakt kan men met zo'n waaier een goed overzicht maken van verstrekte zorg.

HOOFDSTUK IV EVALUATION DES PSYCHOTHÉRAPIES: LA SITUATION EN SUISSE JACQUES GASSER

In Zwitserland is er een basisverzekering voor gezondheidszorgkosten. Daarnaast is er een aanvullende ziekteverzekering.

Er wordt een aanzienlijk bedrag besteed aan psychotherapie verstrekt door privétherapeuten. De basisverzekering betaalt tot 2 psychotherapeutische consultaties per week per verzekerde, gedurende drie jaar.

Op 1 januari 2007 gaat er een nieuwe regeling in, de 'Loi fédérale sur l'assurance-maladie' (LAMal).

Deze gezondheidsverzekering dekt de kosten voor diagnose en behandeling van een ziekte en de mogelijke gevolgen ervan.

4.1. Nieuwe wet

Uitgangspunten van de wet zijn: de behandeling moet efficiënt, aangepast en kostenbewust zijn. Ze voorziet ook in een controle van de kosten en van de kwaliteit van de prestaties.

Ook nieuw is dat er een controlegeneesheer waakt over aspecten van de psychotherapieverstrekkingen. Die moet toestemming geven voor het voorschrijven van een psychotherapiereeks, en voor de verlenging ervan.

Daar staat tegenover dat er geen beperking meer is in frequentie noch in duur van de behandeling.

Ten slotte bepaalt de wet dat enkel 'wetenschappelijke' psychotherapievormen zullen terug betaald worden.

4.2. Professionele argwaan

Psychotherapeuten (in Zwitserland zijn alle psychiaters ook psychotherapeuten) vrezen voor de gevolgen van deze nieuwe wet.

Daarom willen ze garanties voor

- het specifieke van het psychotherapeutisch werken
- kwaliteitsvol werk.

Tegelijk vrezen ze

- voor het moeten wetenschappelijk aantonen van de efficiëntie van een bepaalde psychiatrische behandeling
- dat psychotherapie niet langer in de basisverzekering zal worden behouden, en zo ontoegankelijk wordt voor sociaal zwakkeren.

Ook hebben de psychiaters problemen met een aantal procedurezaken: de rol van controle-artsen, administratieve overlast, bescherming van patiëntgegevens, het ontbreken van een beroepsregeling.

Het onderscheid tussen psychiatrie en psychotherapie is ook niet zonder problemen: wat met doorverwijzing naar een psychotherapeut die geen psychiater is, wat met gecombineerde behandelingen, ...

Patiëntenverenigingen hebben twijfels over de bekwaamheid en objectiviteit van de controle-artsen. Die twijfels gaan over het respecteren van het beroepsgeheim, de onbekendheid van deze artsen met psychiatrie, de belangen van de ziekteverzekering die primieren boven deze van de patiënt, het ontbreken van een beroepsprocedure.

Jacques Gasser
is hoofdgeneesheer en
geassocieerd hoogleraar
aan resp. de afdeling
volwassenenpsychiatrie van
het universitair ziekenhuis
en de faculteit biologie en
geneeskunde van de Université
de Lausanne.

4.3. Onderzoeksvragen

Deze nieuwe ontwikkelingen leiden tot een aantal onderzoeksvragen:

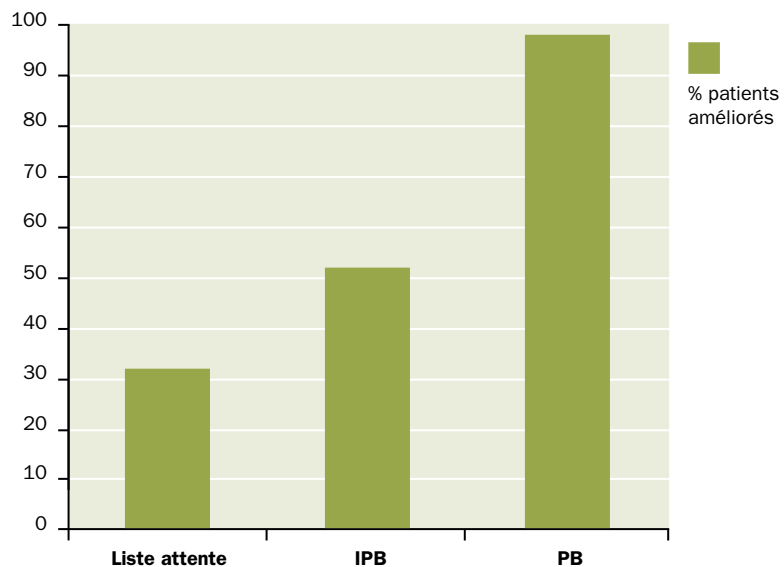
- wat is de duur van een behandeling?
- voor welke problemen?
- voor welke patiënt?
- door welke psychotherapeut?
- met welke vorm van psychotherapie?
- in welke context?

Mogelijke vormen van evaluatie zijn

- potentiële efficiëntie (efficacy)
- werkelijke efficiëntie (effectiveness)
- onderzoek gericht op de patiënt
- de doses-effect curven.

Onderzoek in Lausanne naar kortdurende psychotherapie leverde op dat na 4 consultaties 50% van de patiënten zich beter voelde, na 1 jaar was 95% van de patiënten beter.

Figuur 2: Psychotherapie



Despland, de Roten & Michel 2006

Een manier om efficiëntie van behandeling uit te drukken is de 'number to treat' (NTT): het aantal patiënten dat moet behandeld worden om 1 ziektegeval te voorkomen.

Er zijn opvallende verschillen in diverse domeinen van de geneeskunde. Enkele voorbeelden tonen dat aan:

- Psychiatrische behandelingen: 3 - 6
- Galblaasoperatie bij een galblaasontsteking: 13
- Streptokinases bij een acuut hartinfarct: 15
- Anti-hta bij de preventie van hartinfarct: 125.

4.4. Onderzoek naar efficiëntie van behandeling: patiëntgeoriënteerde onderzoek

We hebben nood aan meer manieren om te meten hoe patiënten een behandeling ervaren en hoe de behandeling aanslaat.

Een drietal benaderingen zijn hier mee bezig:

- statistische technieken om de reactie van een patiënt op een behandeling te voorspellen
- een meetstrategie om de vooruitgang te meten, op basis van nog te ontwikkelen modellen
- de ontwikkeling van een theoretisch model van de vooruitgang van de psychotherapie (op basis van klinische waardevolheid en dosiseffect en fasemodel).

4.5. Conclusies

- Het is moeilijk om niet in het debat over dosiseffect verwickeld te raken, zowel om politieke als klinische en wetenschappelijke redenen.
- Psychotherapie is een zeer efficiënte behandelingswijze voor 70% van de patiënten die 1 jaar in behandeling zijn.
- 30% van de patiënten heeft nood aan een langduriger behandeling.
- We beschikken over te weinig bruikbare informatie om te antwoorden op de vragen van de overheid.

Rond het thema meten van uitkomsten in de geestelijke gezondheidszorg voorziet de VVGG een reeks van 5 publicaties. Zijn reeds verschenen

Deel 2

MEETINSTRUMENTEN EN BEHANDELRICHTLIJNEN IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG IN VLAANDEREN. INVENTARIS

In dit deel wordt gerapporteerd over een rondvraag naar het gebruik van meetinstrumenten en behandelrichtlijnen in Vlaanderen. 97% van de 160 Vlaamse ggz-voorzieningen - centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGGZ), psychiatrische ziekenhuizen (PZ), psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ), beschut wonen (BW) en psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) - reageerden op de rondvraag. Meetinstrumenten worden in 64% van de voorzieningen gebruikt. Hierbij gaat het vooral om klinische meetinstrumenten. Behandelrichtlijnen daarentegen worden nauwelijks gebruikt.

Deel 3

METEN VAN UITKOMSTEN VAN BEHANDELING IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG LITERATUURSTUDIE 2007

Een eerste hoofdstuk beoogt een genuanceerde formulering van de probleemstelling in verband met het meten van uitkomsten van de behandeling, als onderdeel van kwaliteitsverbetering. Hoofdstuk 2 beschrijft de verschillende soorten uitkomsten die van belang zijn. Vervolgens wordt een overzicht geboden van de bestaande meetinstrumenten. Hierbij wordt een eerste poging gedaan om die instrumenten te selecteren die voor de dagelijkse praktijk van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen geschikt en gebruiksvriendelijk zijn. In hoofdstuk 4 wordt de vraag gesteld wat met de uitkomsten wordt gedaan door de verschillende betrokken actoren.

Deel 1

MAATSCHAPPELIJKE VERANTWOORDING EN KWALITEITSZORG: OVER MEETINSTRUMENTEN EN INDICATOREN

INTERNATIONAAL SYMPOSIUM 1 DECEMBER 2006

Eerste deel van een reeks van 5 rond het meten van uitkomsten van de behandeling in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Vier sprekers rapporteerden op het besloten VVGG-symposium over hun jarenlange ervaring met het spanningsveld tussen kwaliteitsverbetering en maatschappelijk verantwoordelijkheid in de geestelijke gezondheidszorg. Bob van Wijngaarden bracht een actuele stand van zaken over het meten van de effectiviteit van de zorg in Nederland. Eta Mulder's bijdrage beschreef de implementatie van een set van basis-indicatoren voor de geestelijke gezondheid in Nederland. Chris Heginbotham gaf met de uitspraak 'Measuring what matters' aan dat vooraf goed moet worden nagedacht over wat er gemeten moet worden. Jacques Gasser tenslotte haalde de consequenties aan van een nieuwe Zwitserse wet over de controle van ziektekosten.

De Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVGG) promoot het thema van de geestelijke gezondheid in de samenleving. Publiekgerichte campagnes zijn daar een voorbeeld van. Daarnaast levert de VVGG een bijdrage in de afstemming tussen wetenschappelijk onderzoek enerzijds en de klinische praktijk anderzijds. Wetenschappelijke kennis over geestelijke gezondheid wordt zowel voor het grote publiek als voor specifieke doelgroepen beschikbaar gesteld. Dit leidt respectievelijk tot een beter begrip van psychische problemen én tot een verbetering van de zorg.

VVGG - Documentatiecentrum

De VVGG beschikt over een vrij toegankelijk documentatiecentrum waarin een ruime waaier aan informatie over geestelijke gezondheid beschikbaar is. De collectie bestaat uit internationale en nationale tijdschriften, boeken en video's.
openingsuren documentatiecentrum: maandag, woensdag en vrijdag
9u00 tot 12u15 en 13u30 tot 17u00
tel documentatiecentrum: 09/221.27.13

VVGG – tijdschrift Psyche

Psyche informeert de geïnteresseerde lezer over nieuwe evoluties in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen.

Meer info

Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid
Tenderstraat 14
9000 Gent
tel: 09/221.44.34 info@vvgg.be
www.vvgg.be