

**UITKOMSTENMANAGEMENT IN
DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG
IN VLAANDEREN
DEEL3**

Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid



Sara Keymolen en Joris Casselman

**METEN VAN UITKOMSTEN
VAN BEHANDELING IN DE
GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG
LITERATUURSTUDIE 2007**

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/2007/2566/4

© 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:

Keymolen, S. & Casselman, J. (2007). Meten van uitkomsten van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. Literatuurstudie 2007. Deel 3. In de VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Gent, VVGG.

INHOUDSTAFEL

ALGEMENE INLEIDING	p. 4
DANKBETUIGING	p. 6
VOORWOORD	p. 7
HOOFDSTUK I: PROBLEEMSTELLING	p. 8
1.1. Algemene trend: uitkomstengerichtheid als belangrijk aspect van kwaliteitsverbetering	p. 8
1.2. Meten van uitkomsten van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg	p. 10
HOOFDSTUK II: UITKOMSTEN	p. 12
2.1. Klinische uitkomsten	p. 12
2.1.1. Toelichting	p. 12
2.1.2. Bedenkingen	p. 12
2.2. Functionele uitkomsten: kwaliteit van leven	p. 15
2.2.1. Toelichting	p. 15
2.2.2. Bedenkingen	p. 16
2.3. Waardering door de cliënt en omgeving	p. 18
2.3.1. Toelichting	p. 18
2.3.2. Bedenkingen	p. 19
2.4. Kosten	p. 20
2.5. Prestatie-indicatoren (PI)	p. 21
HOOFDSTUK III: MEETINSTRUMENTEN	p. 24
3.1. Klinische uitkomsten	p. 24
3.1.1. Inleiding	p. 24
3.1.2. Instrumenten	p. 26
3.1.2.1. Algemene klinische metingen	p. 26
3.1.2.2. Stoornisspecifieke metingen	p. 26
3.1.2.2.1. Angststoornissen	p. 27
3.1.2.2.2. Stemningsstoornissen	p. 28
3.1.2.2.3. Psychotische stoornissen	p. 29
3.1.2.2.4. Stoornissen in het gebruik van middelen	p. 30
3.1.2.3. Specifieke doelgroepen	p. 31
3.1.2.3.1. Kinderen en jongeren	p. 31
3.1.2.3.2. Forensische geestelijke gezondheidszorg	p. 31
3.2. Functionele uitkomsten	p. 32
3.2.1. Instrumenten algemene beoordeling	p. 32
3.2.2. Kwaliteit van leven	p. 32
3.2.2.1. Objectief of subjectief en globaal of multidimensioneel	p. 32
3.2.2.2. Generiek of ziektespecifiek	p. 33
3.3. Waardering door cliënt en omgeving	p. 34
3.3.1. Instrumenten	p. 34
3.4. Kosten	p. 36
HOOFDSTUK IV: OMGAAN MET UITKOMSTEN	p. 37
HOOFDSTUK V: CONCLUSIES	p. 40
5.1. Actueel	p. 40
5.2. Complex	p. 40
5.3. Delicaat	p. 40
HOOFDSTUK VI: AANBEVELINGEN	p. 43
Stappenplan	p. 43
LITERATUUR	p. 44
ENKELE INTERESSANTE WEBSITES	p. 50
BIJLAGE: BASIS TERMINOLOGIE	p. 51

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)

Rik Van Nuffel (VVG)

Wouter Vanderplasschen (Universiteit Gent)

Geert Verstuyf (VAD)

Alain Vincke (CCG Eclips)

Yves Wuyts (VVI).

VOORWOORD

Dit deel werd opgesteld door Sara Keymolen, tijdelijk deeltijds gedetacheerd vanuit het CGG VAGGA te Antwerpen, momenteel afdelingshoofd Jeugdzorg en Joris Casselman, voorzitter van de VVGG en van de VVGG adviesgroep Wetenschappelijke Ondersteuning. Voorbereidend werk werd verricht door Luc Claeys, destijds stafid van de VVGG en Stefaan Lievens, bestuurslid van de VVGG en voorzitter van de VVGG Werkgroep Documentatie. De auteurs zijn hen zeer dankbaar. Dit geldt ook voor Stefaan Baert (VVGG), Mario De Prijcker (CGG VAGGA) en Geert Verstuyf (VAD) voor het nalezen van de ontwerp tekst.

Alhoewel het in de geestelijke gezondheidszorg niet aangewezen is om de hulpverlening en bepaalde vormen van preventie strikt van elkaar te scheiden beperkt deze literatuurstudie zich tot de behandeling in de geestelijke gezondheidszorg omdat de vraag van de overheid zich daarop toespitst.

Het 1ste hoofdstuk beoogt een genuanceerde formulering van de probleemstelling in verband met het meten van uitkomsten van de behandeling in de geestelijke gezondheidszorg en dit als onderdeel van kwaliteitsverbetering. Hoofdstuk II beschrijft de verschillende soorten uitkomsten die van belang zijn met inbegrip van kritische bedenkingen. In hoofdstuk III wordt een overzicht geboden van de bestaande meetinstrumenten ter zake. Hierbij wordt reeds 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 IV wordt de vraag gesteld wat met de uitkomsten wordt gedaan door de verschillende betrokken actoren. In hoofdstuk V worden besluiten geformuleerd en in hoofdstuk VI volgen aanbevelingen onder de vorm van een stappenplan. Daarna volgen nog een literatuurlijst en een bijlage met toelichting van een aantal basistermen die nuttig kunnen zijn voor lezers die minder vertrouwd zijn met teksten van managers en/of onderzoekers.

HOOFDSTUK I: PROBLEEMSTELLING

De vragen ‘wat zijn resultaten van de behandeling in de geestelijke gezondheidszorg’ en ‘hoe kunnen deze resultaten worden gemeten’ situeren zich binnen een benadering van *kwaliteitsverbetering*, die ook in de non-profitsector in toenemende mate verschuift van het evalueren van interventieprocessen naar een *uitkomstenmanagement*.

De toenemende gerichtheid op uitkomsten, onder de vlag ‘what works’, is een algemene trend in de gezondheidszorg, inclusief de geestelijke gezondheidszorg, zoals in tal van andere sectoren in de samenleving.

Het is volkomen terecht dat de overheid en de bevolking aan de sector geestelijke gezondheidszorg verantwoording vragen voor het bieden van de beste kwaliteit voor de ter beschikking gestelde middelen. Een essentiële voorwaarde is dat hierbij voldoende rekening wordt gehouden met de complexe werkelijkheid. Naast, ontegensprekelijk kansen die een uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg biedt, zijn er ook risico's aan verbonden. Bepaalde interventies kunnen in de ‘real world’ tot andere uitkomsten leiden dan wat via zorgvuldig maar zeer selectief opgezet wetenschappelijk onderzoek als bewezen wordt geacht. In wetenschappelijk onderzoek bekijkt men een deel van de werkelijkheid bij welbepaalde onderzoekspersonen en onderzoeksgroepen. In de klinische praktijk dient men rekening te houden met de totale werkelijkheid van zeer verschillende individuele cliënten die elk op zich te situeren zijn binnen zeer verschillende leefcontexten. Dit kan tot gevolg hebben dat wetenschappelijke inzichten moeten worden aangepast vooraleer ze kunnen worden geïmplementeerd bij een welbepaald individu in een welbepaalde setting. Dit betekent niet automatisch dat men hiervoor de wetenschap echt geweld moet aandoen. Niet alleen het soort interventies maar ook de subjectieve belevenissen van zeer verschillende cliënten in hun eigen context zijn mede bepalend voor de kwaliteit van de bekomen uitkomsten. Vandaar dat het aangewezen is om de vraag ‘wat werkt’ te herformuleren als ‘wat werkt voor wie in welke context’?

1.1. Algemene trend: uitkomstengerichtheid als belangrijk aspect van kwaliteitsverbetering

Een specifieke gerichtheid op resultaten of uitkomsten duikt meer en meer op in de gezondheidszorg, inclusief de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg (Walburg, 2003; Bean et al., 2004; Wollersheim et al., 2006), alsook in de preventie en de gezondheidsbevordering (Saan et al., 2005; Matthys et al. 2006; De Bock et al., 2007), de criminologie (Goethals, 2006), de politie, het onderwijs en vele andere sectoren (Wollersheim et al., 2006). Naast een toenemend aantal publicaties ziet men het als een populair thema naar voren komen op het programma van allerlei congressen en studiebijeenkomsten. Hier volgt een niet limitatief overzicht van wetenschappelijke evenementen gedurende het laatste lopende werkjaar: What (else) works? Universiteit van Warwick, 14/03/06 (Caselman, 2006); What works in Belgium? Behandeling in strafrechtelijke context, Studiedag Vakgroep Criminologie VUB, 06/06/06 (Tubex, 2006); Gaat het nu beter? Uitkomstenmeting en terugrapportage in de verslavingszorg en de geestelijke gezondheidszorg, Studiedagmiddag, Amersfoort, 13/06/06; Evidence-based werken in de alcohol- en drugsector, Onderzoeksplatform VAD, Brussel, 10/10/06; Wat maakt het verschil? Conferentie Prestatie-indicatoren GGZ, Amsterdam, 29/11/06; Besloten symposium VVGG, Brussel, 01/12/06; Effecten van alternatieve afhandeling voor druggebruikers, Brussel, 21/02/07 (De Ruyver et al., 2007); Themavergadering, Outcome-maten van zorg, Koninklijke Academie, 24/02/07; Effects of the hospital care environment on patient and nurse outcomes, Lezing Linda Alken, University of Pennsylvania, Gasthuisberg Leuven, 06/03/07; Evidence-based werken in de verslavingszorg, Brussel, 27/03/07 (Autrique et al., 2007).

De trend naar meer uitkomstengerichtheid is reeds geruime tijd merkbaar binnen het algemeen kwaliteitsdenken wereldwijd. Men kan een geleidelijke verschuiving vaststellen in het beslissingsschema van het EFQM-model (European Foundation of Quality Management). Terwijl de aandacht aanvankelijk vooral ging naar leiderschap, personeelsmanagement, middenmanagement, beleid en strategie werd later ingezoomd op de bedrijfsprocessen en kwamen uiteindelijk klantentevredenheid, medewerkerstevredenheid, maatschappelijke waardering en tenslotte de uitkomsten stricto sensu ('outcome') in toenemende mate in beeld.

Tien jaar geleden verleende het Vlaams Parlement haar goedkeuring aan het zogenaamde *Kwaliteitsdecreet* (Decreet van 25 februari 1997 betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen, verschenen in het Belgisch Staatsblad van 9 april 1997). De uitvoering ervan valt onder de bevoegdheid van de Vlaamse Minister van Gezondheidsbeleid. Voor de welzijnsvoorzieningen werd nog een ander specifiek decreet goedgekeurd door het Vlaams Parlement op 16 april 1997 (Decreet inzake kwaliteitszorg in de welzijnsvoorzieningen, gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 11 juni 1997 en 4 juli 1997). Voor de ziekenhuizen was het eerstgenoemde decreet voor de verzorgingsvoorzieningen complementair aan de reeds bestaande federale ziekenhuiswetgeving waarin allerlei verplichtingen zijn opgenomen aangaande het medisch kwaliteitsbeleid en de kwaliteit van de verpleegkundige activiteiten (Wet op de ziekenhuizen, zoals gecoördineerd door het K.B. van 7 augustus 1987) (Arteel et al., 1998; De Graeve, 2001).

De meest recente Vlaamse regelgeving is vervat in het Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen (B.S. 10 november 2003) en het Besluit van 27 januari 2006 houdende de uitvoering van het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen in de psychiatrische ziekenhuizen en de centra voor geestelijke gezondheidszorg (B.S. 23 februari 2006).

Naast het invoeren van het kwaliteitsboek, het kwaliteitsplan en de kwaliteitscoördinator is een bijkomende doelstelling van het Kwaliteitsdecreet het toezicht van overheidswege waarbij wordt nagegaan of de aangewende financiële middelen op de meest doelmatige en doeltreffende wijze worden aangewend in functie van een kwaliteitsvolle zorgverlening.

Zowel in België als in het buitenland zijn er in toenemende mate organisaties beschikbaar die ondersteuning bieden op vlak van kwaliteitszorg, specifiek gericht op de welzijns- en gezondheidszorg. Sommige Vlaamse voorzieningen doen reeds beroep op dergelijke organisaties (bijvoorbeeld Prose, zie www.prose.be).

De Vlaamse overheid gaat er van uit dat het beheersen van *structurele* kenmerken (zoals onder meer het aantal voltijdse equivalenten personeel) aangevuld dient te worden met de kwaliteit van *procesmatige* aspecten (zoals onder meer de wijze van samenwerken tussen hulpverleners) en dat naast de aandacht voor *economische of productiegerichte aspecten* (zoals onder meer ligdagen, bezettingsgraad en afwezigheid van wachtlijsten) meer aandacht moet gaan naar *cliëntgerichte aspecten* (zoals onder meer cliëntentevredenheid). Al deze aspecten hebben volgens het Kwaliteitsdecreet een invloed op de uiteindelijke zorgresultaten.

In landen waar men reeds langere tijd met systematische kwaliteitsverbetering bezig is, kan bovendien, zoals reeds vermeld, vastgesteld worden dat een verschuiving plaatsvindt van structurele en procesmatige indicatoren naar het meten van uitkomsten. Deze vorm

van uitkomstengerichtheid, met name het meten van uitkomsten, zit duidelijk verrat in de nieuwe opdracht van wetenschappelijke ondersteuning vanwege de Vlaamse overheid, zoals geformuleerd in de VVGG-overeenkomst 2006-2008.

1.2. Meten van uitkomsten van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg

Op vlak van uitkomstenmanagement staan managers en zorgverstrekkers aanvankelijk vaak lijnrecht tegenover elkaar vooraleer na verloop van tijd meer tot een vergelijk te komen. Managers leggen vooral de nadruk op de noodzaak van meer maatschappelijke verantwoording ten aanzien van de overheid alsook van de mondiger geworden cliënten en hun leefgenoten. Bovendien is nazicht op het aanwenden van de karige middelen een belangrijk aandachtspunt. Het kwaliteitsmanagement uit het bedrijfsleven, al dan niet letterlijk overgenomen uit het buitenland, wordt als basismodel naar voor geschoven (Walburg, 2003).

Zorgverstrekkers vinden dat maatschappelijke verantwoording afleggen terecht is en zij zijn in toenemende mate bereid om met evidence-based richtlijnen te werken en om betrouwbare en valide meetinstrumenten te gebruiken. Maar zij wijzen er op dat het evalueren van doelgerichtheid en doelmatigheid in de geestelijke gezondheidszorg aan de hand van de huidig beschikbare, wetenschappelijk verantwoorde en meetbare indicatoren het risico inhoudt dat de complexe werkelijkheid verengd wordt tot zeer fragmentarische antwoorden. Gepleit wordt om voldoende rekening te houden met de grote diversiteit van cliënten die als subjecten vanuit zeer verschillende leefomstandigheden in contact komen met de geestelijke gezondheidszorg (Wollersheim et al., 2006).

De verschillende actoren beweren meestal hetzelfde doel na te streven, met name het bevorderen van de gezondheid en het welzijn van de hulpvragers (het zogenaamd primair proces). Toch is het evident dat de verschillende actoren verschillende accenten leggen en verschillende deelaspecten van een globaal kwaliteitsbeleid als prioritair beschouwen. Bovendien is het cliëntenbestand zeer heterogeen en kunnen hun levensomstandigheden zo verschillend zijn dat de doelstellingen niet uniform kunnen zijn: bijvoorbeeld het wegwerken van klinische symptomen, het vermijden van ongewenste nevenwerkingen, het bevorderen van kwaliteit van het leven, het bekomen van het maximaal rendement aan een minimale kostprijs.

Wat het meten van uitkomsten in de geestelijke gezondheidszorg betreft dient in Vlaanderen nog een lange weg stap voor stap afgelegd te worden, een werkwijze in andere landen kan niet zomaar klakkeloos worden overgenomen.

Er dient rekening gehouden te worden met het feit dat de geestelijke gezondheidszorg niet alleen natuurwetenschappelijke maar ook geesteswetenschappelijke wortels heeft. De subjectieve belevenis van eenzelfde objectief geachte situatie kan bij verschillende cliënten tot zeer verschillende resultaten aanleiding geven. Dit heeft mede tot gevolg dat niet alles wat we zouden willen meten, omdat het belangrijk is, te meten is en dat niet alles wat kan gemeten worden belangrijk is. Het risico is reëel dat de werkelijkheid gereduceerd wordt door het aanwenden van enkele simplistische indicatoren die dienen gehanteerd te worden voor alle cliënten in alle omstandigheden. Naargelang de doelstelling die men nastreeft kunnen indicatoren ingedeeld worden in algemene en specifieke indicatoren. Algemene indicatoren hebben onder meer betrekking op het beleid of de strategieën van de voorzieningen, terwijl specifieke indicatoren meer betrekking hebben op de kernprocessen van de zorg, bijvoorbeeld de behandeling en het opvolgen van cliënten.

Uiteindelijk is het een kwestie van een evenwicht te vinden tussen enerzijds een maximale kwaliteitsbevordering (met prioritaire aandacht voor het primair proces) en anderzijds een eigentijds management (met het vermijden van ongewenste neveneffecten).

Met deze literatuurstudie wordt getracht om een begin van realistisch antwoord te bieden voor drie vragen die zich opdringen.

Een eerste vraag is: wat zijn uitkomsten van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg? Walburg (2003) beschrijft een set van vier kwadranten met elk een cluster van mogelijke uitkomsten, met name: (1) klinische uitkomsten, (2) functionele uitkomsten (onder meer: kwaliteit van het leven), (3) cliëntenwaardering en (4) kosten. Zoals hoger reeds vermeld dient rekening gehouden te worden met de doelstellingen van de verschillende actoren. De maximale betrachting dat 'cliënten er beter van worden' heeft een prijskaartje dat betaalbaar moet zijn, maar men mag ook geen onrealistische verwachtingen koesteren wanneer de middelen duidelijk tekort schieten.

Een tweede vraag is hoe de verschillende soorten uitkomsten kunnen gemeten worden. Het is uiteraard aangewezen om enkel te meten wat werkelijk telt ('what matters', Heginbotham, 2006). Metingen moeten betrouwbaar, valide en gebruiksvriendelijk zijn. Niet alles wat kan gemeten worden is belangrijk voor de vooropgestelde doelstellingen en niet alles wat we zouden willen meten is te meten. Meer en meer wordt trouwens gepleit om voor bepaalde deelaspecten kwantitatieve metingen aan te vullen met kwalitatieve gegevens. De praktische bruikbaarheid is van essentieel belang aangezien wij in wat volgt de dagelijkse praktijk op het oog hebben en niet diepgaand wetenschappelijk onderzoek. Het is evident dat grondig wetenschappelijk onderzoek van de resultaten van allerlei vormen van behandelingen heel veel geld kost. Maar ook het continu registreren van gegevens over niet al te complexe indicatoren of zelfs sporadisch registreren ervan bij steekproeven en de verwerking ervan vergt investering van middelen naast wat gebruikelijk voor routine-activiteiten wordt voorzien. Bij de selectie van meetinstrumenten die de klinische praktijk moeten ondersteunen dient niet alleen rekening gehouden te worden met strikt wetenschappelijke criteria (zoals betrouwbaarheid, validiteit en normen) maar ook met praktische aspecten (zoals gebruiksvriendelijkheid, bijvoorbeeld de afnameduur en de aard van de eventuele vereiste bijkomende training).

Een derde vraag is 'wat doet men met de resultaten?' Het belangrijkste gebruik zou in dienst moeten staan van kwaliteitsverbetering. Toezicht door de overheid is een andere doelstelling, maar wanneer de overheid ook zijn subsidiebeleid daarmee wil aanpassen zouden de resultaten ook absoluut zeker de kwaliteitsverbetering 'in the real world' moeten kunnen meten, wat niet altijd het geval is. Een bijkomende vraag is of deze uitkomsten ook officieel moeten bekend worden gemaakt zodat enerzijds bijkomende externe druk wordt gelegd op de zorgverstrekkers om de beste kwaliteit te bieden en anderzijds de hulpvragers zich beter zouden kunnen oriënteren naar een kwaliteitsvolle hulpverlening. Hier komen ethische aspecten de kop opsteken, met name de vraag of het verantwoord is om resultaten als objectieve maatstaven naar voor te schuiven op een ogenblik dat de aangewende indicatoren nog maar zeer ruw en onvolledig de kwaliteit kunnen meten. Bovendien blijkt dat het nog onvoldoende bewezen is dat het publiek maken van deze resultaten de kwaliteit altijd verbetert en de cliëntenkeuze kan bijsturen (Wollersheim et al., 2006). Het ongenueanceerd verspreiden in de media van de resultaten van doorlichtingen (zoals onlangs van middelbare scholen) en dit zonder voorafgaand overleg met de sector, kan tot grote ongerustheid aanleiding geven (in dit geval bij de betrokken scholen en de ouders van de leerlingen). In de sector van de kinderopvang bestaat reeds de mogelijkheid om verslagen van kindercrèches op te vragen bij Kind en Gezin.

HOOFDSTUK II: UITKOMSTEN

Om structuur aan te brengen in de veelheid van bronnen en gegevens, baseren we ons op de indeling volgens Walburg (2003). Hij spreekt over 'uitkomstenmanagement' dat wordt gedefinieerd als: het voortdurend verbeteren van zorguitkomsten van de best mogelijke zorgprocessen met het efficiëntste gebruik van hulpmiddelen. Hierbij is de primaire invalshoek het microstelsel in de voorhoede van de zorgverlening, het stelsel waar de zorg daadwerkelijk wordt verleend. Hierbij maakt hij gebruik van vier kwadranten, elk met hun eigen accenten, maar onderling nauw verbonden en complementair. Deze vierdeling is voldoende algemeen om in verschillende settings te gebruiken (bijvoorbeeld ambulante en residentiële) en refereert tevens naar de internationale literatuur (bijvoorbeeld Heginbotham 2006, Nelson et al. 1998). Zij biedt tegelijkertijd de mogelijkheid om de vraagstelling op de verschillende niveaus van zorgorganisaties te plaatsen. De volgende vier categorieën bepalen de indeling: 1) klinische uitkomsten, 2) functionele uitkomsten, die samenhangen met hoe iemand in het dagelijks leven functioneert, voornamelijk de kwaliteit van leven 3) waardering van het zorgproces door de patiënt en de omgeving, en 4) de kosten van het zorgproces (kosten-effectiviteit of doelmatigheid).

Wij zullen de vier kwadranten afzonderlijk verduidelijken en toelichten. Bovendien zullen we bij elk kwadrant ook een aantal bedenkingen formuleren. Daarna vestigen we nog de aandacht op de benadering 'prestatie-indicatoren'. Deze te meten indicatoren worden in toenemende mate gesitueerd binnen de verschillende segmenten van de vierdeling. Zij geven meteen een voorzet naar het kernthema van dit rapport, met name het meten van de zorg vanuit een viertal invalshoeken.

2.1. Klinische uitkomsten

2.1.1. Toelichting

Klinische uitkomsten gaan uit van een beperkte opvatting over ziekte en gezondheid en geven de waarneembare veranderingen in de symptomen van de cliënt weer. Men gaat dus na welke concrete klinische uitkomsten gerealiseerd worden en of bepaalde procedures leiden tot verbetering van die uitkomsten. Het monitoren van deze klinische uitkomsten geeft professionals en cliënten inzicht in de vooruitgang, ook ten opzichte van wat men redelijkerwijs mag verwachten. Het uitblijven van een verwacht effect kan ertoe leiden dat de behandeling of de diagnose wordt bijgesteld. Walburg (2003) vat de belangrijke redenen voor het meten van klinische uitkomsten als volgt samen:

1. het monitoren en tijdig bijsturen van een behandeling
2. het informeren van de patiënt over de vorderingen van de behandeling, gerelateerd aan de eigen en de medische verwachtingen daarover (nvdv: voor ons de verwachtingen van de professionelen in de geestelijke gezondheidszorg)
3. het verbeteren van het behandelproces op basis van analyses van geaggregeerde uitkomsten
4. het verbeteren van de professionele kennis over de behandeling van bepaalde diagnoses waarbij uitkomsten geaggregeerd worden over meerdere teams.

Bij klinische uitkomsten ontstaat wel vaker verwarring over uitkomsten- en procesindicatoren. Het blijft belangrijk dit onderscheid helder te houden én tegelijkertijd de verschillende soorten indicatoren te meten. Want, zoals Walburg (2003) stelt, klinische indicatoren geven niet per se aan of een behandeling wel of niet goed is uitgevoerd. Maar ze zijn een indicatie van de kwaliteit van het zorgproces waarvan de betekenis moet wor-

den gezien in relatie tot patiëntkenmerken en proceskenmerken. Dit alles leidt ons tot de volgende definitie van klinische uitkomsten.

Klinische uitkomsten zijn kenmerken van de zorgconsument, gerelateerd aan een specifieke stoornis die veranderen in de tijd ten gevolge van een zorginterventie. Soms gaat het over een globale klinische evaluatie van symptomatologie.

Deze definitie benadrukt dat het gaat om kenmerken van de zorgconsument of de cliënt. Voor de geestelijke gezondheidszorg betekent dit dat men rekening dient te houden met de verschillende cliëntgroepen. Ten tweede gaat het om kenmerken van een stoornis die veranderen in de tijd en die verandering moet redelijkerwijs het gevolg zijn van een interventie. Juist dit aantonen van een causale relatie tussen zorgproces en uitkomst maakt het hanteren van een solide meetinstrumentarium noodzakelijk. Bij de beschrijving van de meetinstrumenten zal blijken dat men soms een globale klinische beoordeling op het oog heeft.

Wel dient voldoende rekening gehouden te worden met het feit dat het in de dagelijkse praktijk van de geestelijke gezondheidszorg vaak niet gaat over één stoornis maar over het samengaan van verschillende stoornissen in problematische contexten (bijvoorbeeld 'multi problem' gezinnen). Teneinde een behoorlijk resultaat te bekomen vergt een meervoudige problematiek een geïntegreerde multidisciplinaire benadering door verschillende hulpverleners eventueel vanuit verschillende voorzieningen.

2.1.2. Bedenkingen

Op het eerste zicht lijkt het allemaal eenvoudig: de cliënt meldt zich aan of wordt aangemeld, een probleemstelling wordt gedefinieerd of een diagnose wordt gesteld. Vervolgens gaat de behandeling van start en na enige tijd is er een evaluatie of eindigt de behandeling, want de persoon in kwestie vertoont geen of minder klachten of symptomen. Deze evolutie zou kunnen gemeten worden en zodoende niet enkel een kwalitatieve en eerder subjectieve invulling krijgen, maar tevens een kwantitatieve en objectieve toets.

Wanneer we deze eerste indruk kritisch ontleden, rijzen tal van vragen. Om te beginnen, over wie spreken we wanneer we het hebben over 'de patiënt' of 'de cliënt'? (cfr. epistemologische discussie, Wampold, 2001) In het werkveld van de geestelijke gezondheidszorg is er een grote diversiteit aan populaties, vaak elk met hun specifieke zorg. Wie stelt de diagnose of de probleemstelling en vanuit welk denkkader of paradigma gebeurt dit? In welke mate wordt voldoende aandacht besteed aan de specifieke noden bij chronische aandoeningen, die zo frequent voorkomen in de geestelijke gezondheidszorg? Een psychotherapeutisch kader kan fundamenteel verschillen van een strikt medisch-psychiatrisch kader (Lambert, 2004). Wat met mondige cliënten die kiezen voor een welbepaald (psycho)therapeutisch denkkader? Helaas is er steeds minder ruimte om dit verschil te laten bestaan, juist vanuit een grote drang naar uniformeren van de geestelijke gezondheidszorg op beleidsmatig niveau.

Dan is er de behandeling. Welke behandeling voor welk probleem? Welk model hanteert men hierbij? Gaat men evidence-based te werk? Hanteert men een diagnose-behandeling combinatie (DBC)? Denkt men hoofdzakelijk aan een psychotherapeutisch aanbod of aan een combinatie met medicamenteuze behandeling?

Zal men vervolgens de uitkomsten meten op niveau van de symptomen of de diagnose? Zo ja, dan zal symptoomvermindering volgens een aantal studies wijzen op een positieve uitkomst (Kadzin, 2000c, in Fonagy et al., 2002). Uiteraard gaat het bij de uitkomsten van behandeling of zorg niet alleen om de vermindering van symptomatologie, maar ook om de gevolgen die de zorg heeft gehad voor het welzijn van de cliënt. Een cliënt die minder stemmen hoort heeft hiervan alleen baat, indien dit leidt tot bijvoorbeeld een afname van het recidief, een langere periode tussen heropnames, een vermindering van negatieve symptomen, een verbetering van de competentie, een toegenomen kwaliteit van leven, of een grotere tevredenheid met het bestaan. Andersom geldt dat er wel degelijk sprake kan zijn van een verbetering in het functioneren van de cliënt of in diens kwaliteit van leven, zonder dat er op puur klinisch niveau sprake is van een vermindering van de symptomatologie. Het is zelfs voorstelbaar dat een verbetering in de zin van een toename van de kwaliteit van leven gepaard gaat met een verslechtering in klinische zin, dus meer symptomen (Schene, 1992). Bij resultaten in de (geestelijke) gezondheidszorg gaat het dus niet alleen om de primaire handicap (de symptomatologie), maar ook om secundaire handicaps, welbevinden en andere afgeleide effecten.

Voorbeeld: kinderen en adolescenten bereiken een behandelorganisatie grotendeels op verwijzing. De verwijzer kan een andere zorgorganisatie zijn, maar ook de school, mensen uit de directe omgeving van het kind of de jongere. En dan stelt zich opnieuw de vraag: wie bepaalt of de uitkomst positief is? Het kind of de jongere? De ouders? De zorgverlener? Wat als de resultaten voor kinderen en ouders divergeren? Bijvoorbeeld: de zorgverlener stelt uithuisplaatsing voor om de veiligheid van het kind te garanderen in een situatie van verwaarlozing of mishandeling. En de ouders willen niet dat hun kind wordt 'afgepakt'. Een bijkomend probleem is dat er vaak weinig overeenstemming is tussen de verschillende informanten over de symptomatologie of de aanpassing van het kind/jongere.

Echter, het zijn dan ook metingen op het niveau van klinische uitkomsten die het meest zijn uitgewerkt en hun vertaling vinden in tal van checklists en vragenlijsten. Maar van zodra men hier werkt met verschillende informanten, stellen onderzoekers helaas vast dat er weinig overeenkomst is, zeker wanneer zij bevestigd worden op internaliserend gedrag (Achenbach et al., 1987, Simonoff, et al., 1997, in Fonagy et al., 2002). Doorgaans worden hiervoor drie redenen aangehaald: 1) de contextgebondenheid van het probleem, 2) comorbiditeit of multiple syndromen en 3) perceptie van de informanten.

Er zijn nog andere beperkingen verbonden aan deze symptomen-gerelateerde benadering in de context van de meting van klinische uitkomsten. Symptomen zijn een indicatie van pathologische processen, maar zij zeggen echter weinig over de aard van het probleem of over de beste manier om het op te lossen. Enkel focussen op symptomatische resultaten, reduceert de reikwijdte van interventies aanzienlijk (Lambert, 2004; Fonagy et al., 2002; Wampold, 2001). Zoals blijkt, valt er op dit onderzoeksterrein nog veel te doen. Men kan volgens Fonagy et al. (2002) nog andere relevante metingen doen, zoals bijvoorbeeld op het niveau van aanpassing of functioneren, of op het niveau van emotionele en cognitieve mechanismen of capaciteiten. In dit geval spreekt men van generieke variabelen (Orlinsky et al., 2004; Walburg, 2003) of van proxymaten (afgeleide indicatoren met betrekking tot secundaire handicaps, welbevinden en andere afgeleide effecten) (van Wijngaarden, 2003). Deze generieke maten omvatten fysieke, psychische en sociale domeinen. Dit laat onder meer toe gegevens van verschillende populaties en doelgroepen te vergelijken. Deze generieke maten komen aan bod bij de kwadranten 'functionele uitkomsten' en de 'cliëntwaardering'. Dit geeft eens te meer aan dat de verschillende onderdelen hun betekenis juist verlenen aan hun onderlinge samenhang.

Orlinsky et al. (2001) trachten in hun generiek model van psychotherapie te komen tot een integratie van verschillende variabelen, met name input, proces en output. Dit gedetailleerd model geeft nogmaals duidelijk de complexiteit van hulpverlening aan. Het zou ons te ver leiden om hun model in detail weer te geven. Het belangrijkste punt is dat zij benadrukken dat onderzoek naar procesvariabelen noodzakelijk blijft in de context van klinische uitkomsten. Hubble et al. (2004) sluiten hierbij aan met hun boek *'Heart and soul of change. What works in therapy'*. Lambert et al. (2004) tonen aan dat de 'common factors' of de niet-specifieke factoren een belangrijke rol spelen. Zo blijkt alvast uit hun onderzoek dat de resultaten voor een groot deel door de cliënt en door externe gebeurtenissen worden bepaald. Zo wordt 40% van de verbetering toegeschreven aan cliëntvariabelen en extratherapeutische invloeden (impact die niet kan verhaald worden op de therapeutische interventies). Verder blijken relationele factoren tussen cliënt en therapeut goed voor zo'n 30% van de vooruitgang bij de cliënt. Deze therapeutische relatie speelt een cruciale rol. Een positieve beoordeling door de cliënt beïnvloedt op evenredige wijze het resultaat. Tot slot spelen de verwachtingen van de cliënt (15%) en de specifieke technieken (15%) een even grote rol. Voor een uitgebreide discussie hieromtrent verwijzen wij naar een eerder vermelde referentie (Hubble et al., 2004), alsook naar *'Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change'* van Lambert (2004) en *'The great psychotherapy debate. Models, methods and findings'* van Wampold (2001). De auteurs onderbouwen een pleidooi tegen het meten om te meten, en voor meten om te weten. Dit enkel om aan te tonen hoe belangrijk het is om het geheel van kwadranten te blijven overzien en zich niet blind te staren op één enkel kwadrant.

Aansluitend nog een woord over de schijnbare tegenstellingen objectief/subjectief en kwantitatief/kwalitatief. We zijn ervan overtuigd en met ons een hele rits internationale auteurs (onder meer Wampold, 2001), dat de geestelijke gezondheidszorg met beide maten gediend is. Zij reiken beide materiaal aan voor het complexe proces van zorgverlening. Dit ondersteunt tevens wat nog aan bod zal komen bij de functionele uitkomsten en de cliëntwaardering.

2.2. Functionele uitkomsten: kwaliteit van leven

2.2.1. Toelichting

Functionele uitkomsten geven het functionele vermogen van de patiënt weer, het vermogen om zo goed mogelijk te functioneren in het dagelijks leven. Dit behelst drie grote domeinen, met name het fysiek, het psychisch en het sociaal-maatschappelijk functioneren. De benadering van de kwaliteit van het leven neemt hierbij een prominente plaats in.

Veel meer dan in de somatische gezondheidszorg, beïnvloeden deze domeinen in de geestelijke gezondheidszorg de dagelijkse praktijk. Te meer het psychisch functioneren juist de ingangspoort vormt tot deze specifieke zorg. Waar men vanuit een somatische behandeling wel degelijk beseft dat een interventie gevolgen kan hebben voor deze drie domeinen, brengen de zorgconsumenten van de geestelijke gezondheidszorg ze mee in hun lijdensverhaal. Hoe dan ook, voor alle zorgconsumenten zijn deze domeinen zeer belangrijk want het gaat vooral over de kwaliteit van leven. Deze indicator 'kwaliteit van leven' is een aanzienlijk minder gerichte indicator dan de klinische indicatoren. 'Kwaliteit van leven' is veel meer generiek.

De redenen om dit concept mee op te nemen in de vierdeling, zijn de volgende:

1. De kwaliteit van leven kan een behandeldoel zijn.

Voorbeeld: bij chronisch psychiatrische patiënten die men veeleer een ondersteunende begeleiding biedt dan behandeling, omdat men de kwaliteit van leven zo veel mogelijk in stand wil houden.

2. De kwaliteit van leven beïnvloedt de behandeling.
Nogal wat mensen met een algemene lage kwaliteit van leven krijgen geen toegang tot een vorm van hulpverlening die zij zeer sterk behoeven omdat zij het niet kunnen betalen.

Voorbeeld: Ondanks het democratiseringsprincipe van de ambulante centra voor geestelijke gezondheidszorg, blijft een uitgebreid kinderpsychiatrisch onderzoek voor een aantal kansarme gezinnen te duur.

3. In de discussie over de uitkomsten van de vier kwadranten maken we een afweging tussen de klinische uitkomsten, de kosten, de waardering en de kwaliteit van leven, waarbij toegenomen kwaliteit van leven bij voorbeeld een argument kan zijn voor het accepteren van een kostenverhoging.

Voorbeeld: hulpverlening aan sociaal-zwakkere gezinnen kost door de band genomen meer geld. Zij komen soms niet opdagen, al dan niet aangekondigd. Aanklampend werken vraagt ook meer tijd (en dus geld) voor de betrokken hulpverlener(s). Daarnaast is hun sociaal bindweefsel soms omgekeerd evenredig met het netwerk aan hulpverleners. Deze achter dezelfde kar krijgen kan ook tijdrovend zijn. Dus wanneer men de kwaliteit van leven wil verbeteren in samenspraak met de cliënt, kan dit betekenen dat het kostenplaatje verhoogt.

2.2.2. Bedenkingen

Kwaliteit van leven is een multidimensionaal, subjectief begrip met alle meetproblemen van dien (Bernheim, 1999; Bernheim et al, 2006). Het is zeer moeilijk om een goed zicht te krijgen via één enkele observatie of één enkel meetinstrument en het dient bevestigd te worden bij de cliënt. Hoewel het bij de kwaliteit van leven gaat om het vermogen om in het dagelijks leven te functioneren, is deze omschrijving nog te weinig afgegrensd om het begrip helder te operationaliseren. Anders gesteld, het onderzoek naar kwaliteit van leven staat nog in de kinderschoenen en kent op dit moment slechts weinig toepassingen. Dit staat in contrast met het belang dat aan dit concept wordt toegekend. Veel publicaties en rapporten erkennen dit als een belangrijke indicator bij het meten van uitkomsten, maar de afwezigheid van een algemene consensus over de betekenis van kwaliteit van leven, bemoeilijkt relevante metingen. Enigszins verwarrend valt dit concept nog al te vaak samen met de zeer beperkte definitie van 'cliëntwaardering'. Hier betreft het echter veelal een beoordeling door de cliënt over de geleverde zorg. Wat toch weer een heel ander aspect aangeeft, zoals we later zullen toelichten. Om het wat concreter te maken: men kan tevreden zijn over de hulpverlening en toch achteruitgaan in een chronische degeneratieve aandoening die men heeft leren aanvaarden en tegelijkertijd verschillende initiatieven nemen om een zeker niveau van kwaliteit van leven te behouden of alleszins te vrijwaren. Deze beschrijving toont nog maar eens het belang van oog te hebben voor het geheel in het zorgproces. Want zoals we bovendien al veel langer dan vandaag weten: het geheel is meer dan de som der delen.

Een mogelijke benadering om de levenskwaliteit na te gaan is het in kaart brengen van welke psychische aandoeningen precies een belemmering vormen voor het optimale dagelijks functioneren. Het grootste deel van dergelijk onderzoek is gericht op somatische aandoeningen. Daarnaast bestaat een beperkt aantal studies die aantonen dat psychische stoornissen een belangrijke impact uitoefenen op het dagelijks functioneren. Personen met psychische stoornissen, al dan niet in behandeling, rapporteerden hogere niveaus van functionele beperkingen in hun dagelijks functioneren dan personen zonder psychische stoornissen (Bonnewyn, et al., 2005). Een Belgische epidemiologische studie, in het kader van een Europees onderzoek (ESEMeD), concludeert dat stemmings- en angststoornissen het duidelijkst zijn geassocieerd met functionele beperkingen in het dagelijks functioneren en dit met betrekking tot sociale, emotionele en fysieke aspecten. Stemmingsstoornissen hebben de grootste impact: verschillende domeinen van functioneren worden aangetast, voornamelijk het sociale leven. Angststoornissen daarentegen zijn vooral gerelateerd aan beperkingen met betrekking tot emotionele en fysieke aspecten. De onderzoekers besluiten met de vaststelling dat de economische impact van psychische stoornissen aanzienlijk is (Bonnewyn, et al., 2005), bijvoorbeeld door het aantal dagen afwezigheid op het werk of door niet in staat te zijn het werk optimaal te verrichten.

Een andere benadering is het schatten van het aantal QALY's (Quality Adjusted Life Years). Dit situeert zich in het kader van kosten-effectiviteitsstudies en vormt een combinatie van het geschatte aantal levensjaren en de kwaliteit van het leven. Dit bespreken wij verder onder het kwadrant 'kosten'.

Men kan ook de patiënten en hun omgeving bevragen naar randvoorwaarden van de kwaliteit van leven. Op die manier krijgt men zicht op welbepaalde specifieke noden. In de loop van 1997 en 1998 bestudeerde de VVGG de kwaliteit van leven van langdurig psychisch zieken, in opdracht van de Federale Minister van Volksgezondheid en Pensioenen (Arteel et al., 1998). Hierbij werden zowel de cliënten, de naasten als de hulpverleners bevroegd. Wij focussen hier slechts op een aantal aspecten, voor de volledige analyse verwijzen wij naar het desbetreffende document. Zo blijkt er een grote nood aan informatie te bestaan. Patiënten zien dit als een recht en tevens als een uiting van respect. Een tweede element houdt verband met de (re)integratie in de samenleving en is van belang voor het concept 'kwaliteit van leven.' Terug deel kunnen uitmaken van bepaalde groepen (professioneel, sociaal, cultureel), heeft een positief effect op zelfwaardering en identiteit. Tot slot is er nog een derde aspect, de familie of de naaste omgeving van de cliënt. Uit de studie blijkt immers dat de belangen van de familie en de cliënt grotendeels gelijklopend zijn en dat de betrokkenheid van de familie belangrijk is voor het functioneren van de cliënt, maar evenzeer voor hun eigen functioneren. Kortom, deze studie geeft onder andere aan dat het voor de langdurig psychisch zieke persoon van tel is dat er voldoende informatie wordt verstrekt, dat er sociaal bindweefsel is en dat de familie een actieve rol speelt.

Opmerkelijk in deze context is dat het Groenboek *'De geestelijke gezondheid van de bevolking verbeteren. Naar een strategie inzake geestelijke gezondheidszorg voor de Europese Unie'* (Commissie van de Europese Gemeenschappen, 2005) richtlijnen optekent die in grote mate overeenstemming vertonen met de resultaten van de VVGG-studie (1998). Naast preventieve strategieën inzake geestelijke gezondheidszorg, pleit de commissie onder andere voor een sociaal en tewerkstellingsbeleid, een mediabeleid en beleid op het gebied van de informatiemaatschappij. Nogmaals spreekt hieruit de bekommernis ten aanzien van

de kwaliteit van leven van mensen met psychische problemen.

Bovenstaande zaken geven hoofdzakelijk te kennen dat het concept 'kwaliteit van leven' niet door één maat te vangen is. Tal van omgevings- en persoonskenmerken spelen hierin een rol.

Een voorbeeld, om het nog even scherp te stellen: iemand die eenmalig decompenseert en kan terugval- len op een steunende omgeving en scala aan vaardigheden, zal de kwaliteit van leven anders omschrij- ven dan iemand die langdurig te kampen heeft met een ernstige pathologie, met beperkte coping-vaar- digheden en een minimaal netwerk.

Tot slot focussen wij in dit kader op de contextuele aspecten van de ontwikkeling bij kinderen en jongeren, die een grote impact heeft op de kwaliteit van leven. Professionals van de geestelijke gezondheidszorg (kinderen en jongeren), samen met onderzoe- kers op het terrein van de ontwikkeling, vragen nadrukkelijk de aandacht voor contex- tuele invloeden op de aanpassing en de ontwikkeling van kinderen. In het algemeen zien zij verandering en een wederzijdse aanpassing tussen het individu en wijzigingen in de omgeving (Bronnefener, 1979, in Fonagy et al., 2002). Contextuele of transactionele uit- komstmetingen zouden in principe een schier oneindig scala van domeinen kunnen behelzen. Maar hoe dan ook is de directe context (ouders en familie) van het kind of de jongere waarschijnlijk van het grootste belang. Zaken als gezinsleden met psychiatrische stoornissen (KOPP-problematiek), moeilijke partnerrelaties of dysfunctionele gezinsdy- namieken (verwaarlozing, mishandeling, misbruik), zijn van invloed op het functioneren van kinderen en jongeren (Netwerk hulpverlening bij kindermishandeling Antwerpen, werkgroep ouderbegeleiding, instrument voor gezins- en opvoedingsdiagnostiek, 2004). Deze wetenschap heeft vanzelfsprekend haar implicaties voor behandeling en de hieruit volgende resultaten.

2.3. Waardering door de cliënt en omgeving

2.3.1. Toelichting

De meeste zorgorganisaties beschikken de dag van vandaag over één of ander instru- ment om waardering of tevredenheid van cliënten en hun directe omgeving te meten. Een literatuuranalyse (Hall et al., 1988, in Walburg, 2003) geeft aan dat de definiëring niet voldoende is afgebakend en dat er verschillende dimensies meespelen, zoals algemene tevredenheid, toegang, kosten, menselijkheid, informatieverstrekking, veiligheid, enzo- voort. De lijst van dimensies kan nogal eens variëren naargelang het onderzoek.

Daarbij komt dat deze in wezen subjectieve maat door vele factoren wordt beïnvloed. Een aantal voorbeelden hiervan zijn: demografische variabelen, socio-economische fac- toren, relationele aspecten, communicatie, organisatiekenmerken, ziektespecifieke ken- merken.

Algemeen gesteld komt men tot volgende omschrijving: waardering is het resultaat van een proces van overweging tussen de verwachting die iemand heeft en de feitelijke zorgverlening. Die overweging leidt tot een oordeel of een gevoel dat positief of negatief is. Dus anders en zeer eenvoudig gezegd: de mate waarin de beleving de verwachting overtreft, bepaalt de grootte van de kans op een tevreden zorgconsument. Deze maakt een vergelijk tussen wat hij/zij krijgt en wat hij/zij verwacht, wenst of ervaart.

Voorbeeld: iemand verwacht onmiddellijk geholpen te worden en moet een kwartier wachten. De waardering zal negatief zijn. Iemand anders verwacht een halfuur te moeten wachten en wordt na een kwartier geholpen. De waardering zal positief zijn en de kans bestaat bovendien dat de waardering over de ganse zorginterventie beïnvloed zal worden door de waardering over de wachttijd.

Wat de waardering van de omgeving betreft is het zo dat vooral de naaste familieleden bedoeld worden maar ook soms belangrijke derden uit de omgeving van de cliënt. Vaak zijn hier verschillende personen terzelfder tijd van belang. Bij ernstige psychische problemen is het mogelijk dat de cliënt zelf weinig tevredenheid zal te kennen geven.

Voorbeeld: de meerderjarige kinderen maken zich ernstige zorgen over het psychisch lijden van hun bejaarde vader. Hij hallucineert, doet fugues en gedraagt zich paranoïde. Via de huisarts melden zij hem bij een psychiatrisch ziekenhuis. Zijn echtgenote is eveneens aanwezig maar spreekt zich niet uit over wat zij vindt dat er zou moeten gebeuren.

2.3.2. Bedenkingen

Zoals reeds eerder vermeld, beschikken de meeste zorgorganisaties over een of andere vorm van tevredenheidsmeting. Helaas zijn deze resultaten meestal niet onderling vergelijkbaar en zijn de gebruikte instrumenten niet altijd op hun betrouwbaarheid en validiteit getoetst. Vaak zijn die metingen erg generiek en geven ze weinig informatie over specifieke onderdelen van het zorgproces. Bovendien is het niet altijd duidelijk hoe de organisatie de resultaten gebruikt om tot verbetering te komen.

Als we zorgprocessen willen verbeteren en we vinden de mening van cliënten en van hun directe omgeving hierbij belangrijk, dan moeten deze interventies dicht bij de betrokken personen gebeuren en dient er voortdurend getoetst te worden of de processen voldoen aan de verwachtingen. Uit onderzoek blijkt dat de waardering van het zorgproces sterk samenhangt met de waardering van de relatie tussen zorgverstrekker en zorgconsument (Leebov et al., 1994, in Walburg, 2003). Hierdoor dient men blijvend oog te hebben voor het effect van de bevraging met betrekking tot de tevredenheid bij cliënten op de hulpverleningsrelatie. Naast de aanzet tot allerlei verbeterprojecten, kan deze bevraging tevens leiden tot erosie van de hulpverleningsrelatie (Mol, 2006). Hiermee verwijst men naar het risico dat deze relatie al te zeer zou worden geformaliseerd door de bevragingen en als gevolg hiervan het vertrouwen, dat van primair belang is in deze zelfde relatie, zou worden aangetast. Met andere woorden, (te veel) bevraging zou juist ook argwaan kunnen wekken.

De mate van cliënttevredenheid moet gerelativeerd worden omdat blijkt dat de resultaten met 'tevredenheidslijsten' verschillen naargelang de leeftijd, het geslacht, de aard van de stoornissen. Ook een geringe motivatie voor een degelijke behandeling bij cliënten die eventueel onder druk van de omgeving tot een behandeling gedwongen worden kan tot paradoxale resultaten leiden

Voorbeeld: bepaalde cliënten met alcohol- en andere drugproblemen die een geringe motivatie voor verandering vertonen kunnen op een zeer specifieke wijze reageren. Enerzijds kunnen zij zeer tevreden zijn over een behandeling die weinig inzet van hen vergt, omdat zij onder meer door een korte opname aan de omgeving hun goede intenties willen betonen. Anderzijds kunnen zij zeer ontevreden zijn over een type van behandelingsprogramma waarbij zij zeer intensief moeten meewerken. Aan de hand van dit voorbeeld is het duidelijk dat een geïsoleerde meting van cliënttevredenheid een relevante maar ook relatieve waarde heeft.

Samenvattend kunnen we stellen dat:

1. het van groot belang is om de waardering van de betrokkenen over de zorg te kennen als beoordelaar (s) van de uitkomsten en als beoordelaar (s) van de dienstverlening, ten einde richting te geven aan verbeteracties;
2. het meten van waardering specifiek moet zijn en aansluiten bij de cliëntengroep die een bepaalde vorm van zorg doorloopt (bijvoorbeeld verslavingszorg, kinderen en jongeren, chronische zorg, ...);
3. het meten van waardering moet, zoals elke meting trouwens, valide en betrouwbaar zijn en gebaseerd op een expliciete conceptualisering van kwaliteit en de beoordeling hiervan;
4. de waardering moet teruggekoppeld worden aan de zorgverstrekkers die een directe verantwoordelijkheid hebben voor een zorgproces en die gemachtigd en in staat zijn de kennis van de waardering om te zetten in verbeteracties.

2.4. Kosten

Elke interventie in het veld van de geestelijke gezondheidszorg brengt kosten met zich mee. Teneinde de interventie-uitkomsten globaal te beoordelen, zullen de kosten eveneens een indicator zijn (Walburg, 2003). Zowel de vertegenwoordigers van de overheid als het management van de verschillende sectoren van de geestelijke gezondheidszorg willen graag specifieke kosten berekenen. Het kan bijvoorbeeld zijn dat de uitkomsten van een interventie kunnen verbeterd worden, maar alleen tegen aanzienlijk hogere kosten. Een dergelijke afweging dient men te kunnen maken bij het verbeteren van processen, bij het vergroten van de kwaliteit. Het kan evenzeer zijn dat een interventie met een hoge kost, verhoudingsgewijs weinig bijdraagt tot de kwaliteit. Deze elementen spelen een rol bij het bepalen van de waarde van een interventie, met name de afweging tussen de uitkomsten en de kosten. De waarde is dan de uitkomsten gedeeld door de kosten. Dit alles laat toe vergelijkingen te maken tussen instellingen, teams of in de tijd.

De kostenanalyses op micro- of mesoniveau kunnen aanleiding geven tot uitgebreidere (economische) analyses op macroniveau. Het verschil tussen beide analyses is dat men in economische analyses een maatschappelijk perspectief hanteert, met inbegrip van alle mogelijke kosten en gezondheidseffecten. Op microniveau gaat het veeleer om het perspectief van behandelaar en cliënt. Op macroniveau spreekt men over de kosten van het materiaal en de activiteiten van personen en of instellingen binnen de geestelijke gezondheidszorg met zorgverlening als doel (Walburg, 2003).

Een kostenmeting dient te gebeuren met inbegrip van een aantal elementen. Ten eerste is het van belang welke tijdsperiode men kiest. Zo ligt dit veel gecompliceerder bij chronische patiënten dan bij een eenmalige zorgvraag. Bij de eerste neemt men de tijdhorizon zodanig dat alle aan de interventies gerelateerde kosten meegenomen worden in de meting.

Ten tweede, een kostenbepaling kan men meer of minder gedetailleerd laten plaatsvinden. Anders gezegd, men kan een totaalprijs hanteren of alle verrichtingen afzonderlijk meten en in geldwaarde uitdrukken.

Een derde aspect dat meespeelt in de bepaling van de kosten, is de mate waarin men de overhead in de kostprijs meeneemt. Er is een verschil tussen een integrale kostprijs en een marginale kostprijs.

Ten slotte spreekt Walburg (2003) van een kostprijsonderzoek aan de hand van een kostenplaatsmethode. Hierbij maakt men een onderscheid tussen de verschillende kostenplaatsen.

2.5. Prestatie-indicatoren (PI)

Wij sluiten dit deel over soorten uitkomsten af met een excursie over prestatie-indicatoren in de (geestelijke) gezondheidszorg. Het is een excursie omdat het niet volledig samenvalt met soorten uitkomsten maar toch interessante raakvlakken vertoont. Prestatie-indicatoren geven de richting aan van wat dient gemeten te worden. Voor sommige indicatoren zijn reeds betrouwbare en valide meetinstrumenten beschikbaar, voor andere (nog) niet. De reden waarom we deze zijsprong even maken is omdat pogingen om meer maatschappelijke verantwoording te koppelen aan kwaliteitsverbetering op de werkvloer in Nederland resulteerden in een set van prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg. Deze werden tijdens een conferentie op 29/11/2006 te Amsterdam officieel overhandigd door de zorgsector aan de overheid (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2006).

In verband met dit markante gebeuren zijn drie aspecten voor ons belangrijk. Ten eerste kwam deze lofwaardige prestatie slechts tot stand na langdurig en moeizaam overleg tussen alle betrokken partijen: cliënten, professionelen, zorgaanbieders, verzekeraars en verschillende overheidsinstanties. Ten tweede werd gekozen voor prestatie-indicatoren uit verschillende van de hoger vermelde kwadranten van uitkomsten: met name, niet alleen verandering van ernst van de problematiek, maar ook functionele uitkomsten (algemeen en kwaliteit van het leven) en cliënttevredenheid. Een belangrijk gedeelte van de 28 prestatie-indicatoren gaat immers over effectiviteit van zorg, naast cliëntgerichtheid en veiligheid. Ten derde, na al deze inspanningen, zijn er voor heel wat indicatoren nog geen voldoende betrouwbare en valide meetinstrumenten beschikbaar. De keuze van de prestatie-indicatoren en de metingen ervan zijn nog steeds in volle ontwikkeling en zullen naar verwacht wordt steeds opnieuw moeten worden bijgesteld. Dit betekent ook dat er gelijklopend verder grondig wetenschappelijk onderzoek in opdracht van de overheid in uitvoering is.

We gaan nu iets dieper in op de basisfilosofie van het aanwenden van prestatie-indicatoren, terwijl in het volgende deel van dit rapport over de meetinstrumenten gesignaleerd worden welke meetinstrumenten in deze basisset prestatie-indicatoren reeds voorzien zijn.

Wat wordt verstaan onder prestatie-indicatoren (PI)? Een indicator is een meetbaar aspect van de geleverde zorg waarvan op basis van wetenschappelijk onderzoek is aangetoond of door middel van consensus tussen experts als aannemelijk wordt beschouwd dat het een aanwijzing geeft over de kwaliteit van die zorg (Campbell, 2002 in Wollersheim et al., 2006). Een indicator doet dus geen directe of absolute uitspraak over hoe goed of hoe slecht de kwaliteit van de zorg is, maar heeft een signalerende functie. Lage scores vormen een signaal dat er mogelijk iets aan de hand is en dat nadere analyse gewenst is om uit te maken of dat ook werkelijk het geval is. Gebruikelijk is het onderscheid tussen procesindicatoren (m.b.t. het handelen van zorgverleners), structuurindicatoren (m.b.t. de organisatie van en de voorwaarden voor een goede zorgverlening) en uitkomstindicatoren (m.b.t. de effecten die met de zorg bij cliënten wordt bereikt).

Verder volgens Wollersheim et al. (2006) ontwikkelt en gebruikt men indicatoren voor verschillende doelen. Het kan gaan om de overheid die de kwaliteit en veiligheid van

de zorg wil garanderen en deze voor het publiek zichtbaar wil maken. Het kan gaan om instellingen die informatie willen voor het interne beleid. Het kan evenzeer gaan om wetenschappelijke instellingen die indicatoren maken in het kader van deelname aan bepaalde projecten. Het doel van de indicatoren bepaalt in belangrijke mate het gebruik ervan en de eisen die men eraan kan stellen. De concrete invulling zal per betrokkene verschillen. De invulling is afhankelijk van de context, van het perspectief van de betrokkene.

Indicatoren in functie van kwaliteitsverbetering zijn geen nieuw fenomeen in de gezondheidszorg in het algemeen en de geestelijke gezondheidszorg in het bijzonder. Dit is reeds aangehaald in de probleemstelling. Sinds jaar en dag worden cijfers verzameld en als feedback aan de zorgverleners gepresenteerd. Deze cijfers zijn veelal bedoeld als 'interne' prikkel tot kwaliteitsverbetering. Externe indicatoren dienen voor externe beoordeling van zorginstellingen of zorgsystemen door cliënten, publiek en politiek of inspecties. De externe indicatoren hebben als doel inadequate zorg te verbeteren en daartoe beleidsinitiatieven te ontwikkelen. Daarin zien Wollersheim et al. (2006) echter ook diverse vormen met uiteenlopende doelen, waaronder rapportage aan diverse partijen om diverse redenen en maatregelen op basis van de indicatoren. Deze discussie diepen wij verder uit onder de hoofding 'omgaan met uitkomsten'.

Naast al de bedrijvigheid in verband met de kwaliteitsverbetering op niveau van de verschillende geledingen van de organisaties, is er een toenemende druk vanuit de samenleving en de overheid om meer informatie te krijgen over de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg. Met behulp van de 'prestatie-indicatoren' moet de kwaliteit van het aanbod zichtbaar én vergelijkbaar worden gemaakt. Het doel is transparantie en kwaliteitsverbetering. De samenleving moet kunnen zien wat er met de in de zorg geïnvesteerde collectieve middelen gebeurt (Wollersheim et al., 2006).

Het gebruik van prestatie-indicatoren is sterk geïnspireerd door het markteconomisch denken: wat krijg ik voor mijn geld? Welke zorg biedt waar de beste kwaliteit aan de beste prijs? Deze vraagstelling wordt afhankelijk van de context anders ingevuld. Gesteld op niveau van de overheid, leidt dit tot een ander debat dan bijvoorbeeld op niveau van een psychiatrisch ziekenhuis of op niveau van een centrum voor geestelijke gezondheidszorg.

Dit vraagstuk is vaak voorwerp van een sterk gepolariseerd debat. Voorstanders lijken weinig oog te hebben voor ongewenste effecten en tegenstanders zijn bij voorbaat overtuigd dat het allemaal niets zal worden (Wollersheim et al., 2006). Leys (2003) merkt terecht op dat de belangrijkste les die uit de literatuur te trekken valt, is dat de (geestelijke, nvdr) gezondheidszorg zeker geen 'vrije' markt is. Het goed of de dienst 'gezondheid' is niet te vergelijken met andere goederen en diensten die op een markt verhandeld worden. Schut (2001, in Leys, 2003) vat de kenmerken van de gezondheidszorg als volgt samen:

- Veel van de bijzondere kenmerken van de gezondheidsmarkt houden verband met de asymmetrie in kennis en informatie bij de verschillende marktpartijen.
- Opvallend is de positie van de aanbieders van de zorg. Zij zijn belangenbehartiger van cliënten, maar hebben tegelijkertijd eigen preferenties en complementaire rollen naar derden als overheid en werkgevers.
- Er zijn vele marktonvolkomenheden en het marktmechanisme speelt nauwelijks een rol.
- Overheid en collectieve instituten zijn dominant aanwezig, met een grote invloed op het functioneren van de gezondheidsmarkt.

Leys komt via Schut (2001, in Leys, 2003) en Barlett et al (1993, in Leys, 2003) tot het concept van de quasi-marktwerking of de geregleerde concurrentie. Hij pleit echter zeer sterk voor een genuanceerde en empirisch onderbouwde reflectie over hoe deze vorm van geregleerde concurrentie, waarin rekening gehouden wordt met het behoud van solidariteit en die garanties biedt op kwalitatieve zorgverlening, beleidsmatig kan worden vorm gegeven.

Wollerheim et al. (2006) treden hem bij in hun verhoog dat (maatschappelijke) verantwoording aan de hand van prestatie-indicatoren reflectie verdiend over de kansen en de risico's. Dit vraagt niet alleen een open houding van alle deelnemers, maar ook om de inbreng van wetenschappelijke gegevens én ethische analyses.

HOOFDSTUK III: MEETINSTRUMENTEN

Bovenstaande geeft te kennen dat verschillende aspecten in overweging kunnen genomen worden, maar hoe gaan we hiermee aan de slag? Welke instrumenten worden reeds gebruikt? Welke instrumenten worden aanbevolen door deskundigen? Hoe betrouwbaar, valide en veranderingsgevoelig zijn onze kwaliteitsmetingen? Hoe gebruiksvriendelijk zijn de meetinstrumenten? Deze vragen herhalen zich per kwadrant. Anders gezegd, we kunnen meten op niveau van klinische uitkomsten, op het niveau van de functionele uitkomsten (kwaliteit van leven), op niveau van de waardering door cliënt en omgeving, en op het niveau van de kosten. In wat volgt zullen we per kwadrant een aantal instrumenten aangeven die bij een eerste selectie in aanmerking komen voor het doel dat wij voor ogen hebben, met name bruikbaarheid voor de dagelijkse praktijk van de geestelijke gezondheidszorg. Vanzelfsprekend is dit niet alomvattend en is dit deels braakliggend terrein voor grondig wetenschappelijk onderzoek. Belangrijk blijft dat we de vierdeling in zijn geheel blijven zien.

3.1. Klinische uitkomsten

3.1.1. Inleiding

Naar het eerstgenoemde niveau, dat van de klinische uitkomsten, hebben medewerkers van het Trimbos-instituut in Nederland (van Wijngaarden et al., 2003, van Wijngaarden, 2006) reeds uitvoerig onderzoek verricht op het domein van de verslavingszorg en de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen. Andere doelgroepen komen in dit onderzoek niet aan bod. De resultaten zijn allicht voor ons interessant aangezien ze hetzelfde taalgebied bestrijken en een leidraad kunnen vormen voor verder onderzoek in Vlaanderen. Hun onderzoek komt samengevat neer op het volgende. Aan de hand van verschillende bronnen hebben zij een inventaris gemaakt van instrumenten. Deze zijn door een panel van deskundigen beoordeeld op hun psychometrische kwaliteiten, met name betrouwbaarheid, validiteit en veranderingsgevoeligheid. Vervolgens hebben ze de instrumenten ook getaxeerd op hun toepasbaarheid voor de klinische praktijk in de zin van eenvoudig af te nemen, weinig tijd in beslag nemende instrumenten en waarvoor voorafgaandelijk nagenoeg geen training nodig is.

Van de 168 gevonden instrumenten blijken er uiteindelijk 17 aan alle eisen te voldoen, over 31 instrumenten bestaat er twijfel en de overige 120 zijn, volgens deze auteurs, helemaal niet geschikt. Wat volgens de onderzoekers opvalt is dat de validiteit en betrouwbaarheid van instrumenten in regel te weinig worden nagegaan. Dit is bijvoorbeeld vaak het geval voor vertaalde instrumenten. Deze zijn in het land van herkomst vaak goed onderzocht, maar na de vertaling naar het Nederlands wordt niet automatisch opnieuw de validiteit en de betrouwbaarheid getoetst. Wellicht speelt hier de veronderstelling dat dit niet meer nodig is. Nu heeft onderzoek wel uitgewezen dat instrumenten cultuurgevoelig zijn, ook al lijken de overeenkomsten tussen de culturen op het eerste gezicht groot. Dit betekent ook dat men in Vlaanderen niet zomaar de gegevens van onze noordburen kan overnemen. Met andere woorden, de resultaten van het Trimbosinstituut dienen nog verder onderzocht op hun gebruiksmogelijkheden in de Vlaamse context.

Onder de 120 niet geselecteerde instrumenten bevinden zich ook wel instrumenten die goed zijn maar geen uitkomsten meten, zoals bijvoorbeeld diagnostische instrumenten. Tot slot concluderen zij (van Wijngaarden et al., 2003) dat het gros van de in Nederland gebruikte instrumenten onvoldoende is onderzocht. Hieronder vallen ook de veel gebruikte indicatoren zoals de GAF-score (Global Assessment of Functioning). In Vlaanderen is deze score (via de DSM-IV) opgenomen in de registratie en wordt dus voor alle

cliënten bepaald. Ook in Nederland zijn de GAF en de C-GAS (Children's Global Assessment Scale) voor de jeugd-ggz trouwens opgenomen in de basisset prestatie-indicatoren 2006 als meetinstrumenten voor het bepalen van een verandering in het dagelijks functioneren van cliënten. Ondanks het wijdverspreide gebruik van dit meetinstrument, voldoet het niet aan de vereisten van validiteit en betrouwbaarheid, terwijl het wel voldoet aan de eis van het gebruiksgemak.

Nolen (2004) vermeldt een aantal bedenkingen bij dit onderzoek van het Trimbosinstituut. Hij betwijfelt of de wetenschappelijke medewerkers van het Trimbosinstituut ook klinisch werkzaam zijn. In een redactioneel van een themanummer van het Tijdschrift voor Psychiatrie over meetinstrumenten in de geestelijke gezondheidszorg formuleert deze auteur het als volgt. *'Veel instrumenten die in de klinische praktijk op ruime schaal gebruikt worden vielen af, soms ook op gronden die op zijn minst discutabel te noemen zijn.'*

Dit debat geeft aan dat er geen eenduidigheid bestaat over welke instrumenten men het best hanteert als klinische uitkomsten. Dit is niet zo verwonderlijk wanneer men zicht krijgt op de hoeveelheid aan instrumenten die in de loop van de voorbije decennia zijn ontwikkeld op wereldschaal. Naast het gebruik van 'checklists', vragenlijsten, gestructureerde interviews en dergelijke, kan men zich ook nog eens beroepen op richtlijnen, 'good practices' of goede praktijken. Deze werden bijvoorbeeld reeds uitgewerkt voor hulpverlening ten aanzien van schizofrenie, ADHD bij kinderen en bij kindermishandeling. Om er maar een paar te noemen. Deze richtlijnen reiken op hun beurt ook parameters aan waarmee men de hulpverlening kan evalueren.

Uit de inventaris (Baert, 2007) uitgevoerd door de VVGG blijkt duidelijk dat meetinstrumenten en richtlijnen bekend zijn in de geestelijke gezondheidszorg.

Een tweede vaststelling op basis van de inventaris in het kader van klinische uitkomsten, is dat de gehanteerde instrumenten veelal symptomen meten. Voorbeelden hiervan zijn onder andere de **SCL- 90 Symptom Checklist**, de **Beck Depression Inventory (BDI)** en de **Hamilton Depressieschaal**. Zoals eerder aangehaald (Walburg, 2003), hebben deze metingen hun beperkingen wanneer men ze geïsoleerd gebruikt.

Een andere voor ons belangrijke en recente publicatie is een reeks artikelen in het reeds vermelde themanummer van het Tijdschrift voor Psychiatrie (2004). De redactie van het tijdschrift had aan een aantal Nederlandse en Vlaamse deskundigen gevraagd om een selectie te maken van de meetinstrumenten, die volgens hen voor de dagelijkse (psychiatrische) praktijk bruikbaar waren. De aanbevelingen van deze deskundigen reiken verder dan de opzet van dit rapport, maar bepaalde bevindingen zijn zeer relevant. Voor ons rapport hebben wij bijvoorbeeld de zuiver diagnostische instrumenten niet geselecteerd, maar wel die instrumenten die het meten toelaten van een verandering van de ernst van een stoornis in het verloop van de tijd en/of de effectiviteit van behandeling. Heel wat informatie over de instrumenten, die in het themanummer aanbevolen worden, is terug te vinden op www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl, onder de rubriek meetinstrumenten.

Voor de duidelijkheid en de leesbaarheid maken wij hierna een onderscheid tussen volgende categorieën: 1) algemene klinische metingen, 2) stoornisspecifieke metingen en 3) metingen bij specifieke doelgroepen.

3.1.2. Instrumenten

3.1.2.1. Algemene klinische metingen

De Clinical Global Impression Scale (CGI)

Dit is een eenvoudig te scoren ernstmetingsinstrument van de stoornis en de veranderingen daarin over de tijd, bijvoorbeeld bij het meten van het effect van behandeling (Havenaar et al., 2004; Hengeveld et al., 2004). Er zijn drie subschalen: ernst van de stoornis, globale verandering en effectiviteit van de behandeling. Deze worden elk op één 7-puntenschaal beoordeeld. Subschaal 2, globale verandering, kan ook door de patiënt gescoord worden. Subschaal 3, waarbij ook rekening wordt gehouden met eventuele bijwerkingen, wordt nog maar zelden gebruikt. Invullen van de schaal kost de behandelaar 1 à 2 minuten. De interbeoordelaarsovereenstemming is goed, maar de test-hertestingsbetrouwbaarheid, die van groot belang is om veranderingen in de toestand van de cliënt te meten, is matig.

De Health of the Nation Outcome Scale (s) (HoNOS)

Deze schaal, die in opdracht van de Engelse regering werd ontwikkeld voor routinematig gebruik in de dagelijkse praktijk (Wing et al., 1998), geldt in Engeland en Australië als de meest courante klinische uitkomstmaat en is in het Nederlands vertaald (Havenaar et al., 2004).

Dit instrument voor 'routine outcome assesment' (Mulder et al., 2004) inventariseert 12 deelgebieden verdeeld over 4 subschalen, met name gedragsproblemen (3 items), beperkingen (2 items), symptomatologie (3 items) en sociale problemen (4 items). Dit instrument is bijgevolg niet enkel gericht op de symptomatologie maar het peilt tevens naar de context ('sociale problemen'). Het instrument is praktisch in het gebruik en de afname kan in principe door elke ggz-medewerker worden uitgevoerd en duurt ongeveer 15 minuten, afhankelijk van hoe goed de beoordelaar de cliënt kent. Omdat de HoNOS gevoelig is voor verandering, kan hij ook als uitkomsten-effectmaat worden gebruikt (Mulder et al., 2000).

Mulder et al. (2004) hebben niet enkel de betrouwbaarheid en de validiteit onderzocht, maar hebben tevens nagegaan wat het instrument kan betekenen voor zowel cliënt, hulpverlener als manager. Zo bleek dat cliënten het belangrijk vonden om in 'maat en getal' hun toestand en de veranderingen daarin te kunnen zien. Door het samenbrengen van gescoorde 'HoNOS-en' kan men inzicht krijgen in de aard van de case load van ieder hulpverlener, van het team en van de instelling (Mulder et al., 2004).

Naast de 'gewone' HoNOS zijn er specifieke versies ontworpen voor ouderen, kinderen en adolescenten, kinderen met leerproblemen, mensen met verworven cognitieve stoornissen en ook voor de forensische psychiatrie.

3.1.2.2. Stoornisspecifieke metingen

De onderstaande opsomming en indeling van instrumenten is gebaseerd op de gegevens van het Tijdschrift voor Psychiatrie (2004). We beperken ons tot een aantal belangrijke psychische stoornissen (angststoornissen, stemmingsstoornissen, psychotische stoornissen, middelengebruik) en enkele specifieke doelgroepen (kinderen en jongeren en de forensische geestelijke gezondheidszorg).

3.1.2.2.1. Angststoornissen

Paniekstoornis met of zonder agorafobie

Door van Balkom et al. (2004) wordt aanbevolen om periodiek de voortgang in de behandeling te meten met een keuze uit de volgende instrumenten, afhankelijk van de aanwezigheid van paniekaanvallen en/of agorafobie.

De Mobility Inventory (MI)

Dit is de meest gebruikte zelfinvullijst voor het meten van agorafobische vermijding (van Balkom et al., 2004). Hij omvat drie delen. In deel 1 worden 26 situaties gepresenteerd en geeft de cliënt aan in hoeverre die situaties worden vermeden, onder twee condities: alleen en met een vertrouwde metgezel. De situaties bestrijken het gehele agorafobisch domein. In deel 2 wordt de cliënt gevraagd 5 situaties te selecteren waarvan de vermijding het functioneren het sterkst in negatieve zin beïnvloedt. Tenslotte wordt in deel 3 de actieradius van cliënten vastgesteld door te vragen naar het gebied waarbinnen ze zonder angst durven te reizen. Het invullen kost 10 minuten.

De Agoraphobic Cognitions Questionnaire (ACQ)

De mate waarin men zich zorgen maakt over paniekaanvallen kan worden gemeten met de ACQ die 14 vragen omvat (van Balkom et al., 2004; Hengeveld et al., 2004). De invultijd is 5 minuten.

De Body Sensation Questionnaire (BSQ)

Het is een vragenlijst die de relevante lichamelijke en psychische verschijnselen van paniekaanvallen meet (van Balkom et al., 2004; Hengeveld et al., 2004). De invultijd voor de 17 vragen bedraagt 5 minuten.

De Panic Disorder Severity Scale (PDSS)

Dit is een beoordelaarlijst voor de ernst van paniekstoornis en agorafobie met goede psychometrische eigenschappen (van Balkom et al., 2004). In 7 items komen alle relevante aspecten van paniekstoornis aan bod. Het instrument is in het Nederlands vertaald maar er zijn nog geen Nederlandse normen voorhanden. De voortgang in de behandeling kan gevolgd worden. De afname duurt 5 tot 10 minuten.

Sociale fobie of sociale angststoornis

Volgens van Balkom et al. (2004) is het raadzaam om regelmatig een beoordelingslijst in te (laten) vullen. Het volgend instrument is daarvoor het meest gebruikt en is eenvoudig toepasbaar.

De Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)

De LSAS omvat 24 vragen, 11 over sociale situaties (zoals met belangrijke mensen praten, naar een feestje gaan) en 13 over situaties waarin men moet presteren (zoals schrijven terwijl een ander toekijkt) (van Balkom et al., 2004). Al deze situaties worden op een 4-puntenschaal tweemaal gescoord: één keer voor de mate van angst en één keer voor de mate van vermijding. Er zijn 4 subschalen: sociale angst, sociale vermijding, prestatieangst, prestatievermijding. Daarnaast kan een totaalscore angst en een totaalscore vermijding bepaald worden. Psychometrische gegevens zijn voor de Nederlandse situatie nog niet beschikbaar. Het afnemen en invullen kost ongeveer 10 minuten.

Obsessieve compulsieve stoornis

De volgende instrumenten met goede psychometrische eigenschappen worden door van Balkom et al. (2004) aanbevolen om de ernst van OCS-klachten te evalueren. Door hun goede sensitiviteit voor verandering, kan het beloop van de klachten gemeten worden.

De Padua Inventory-Revised (PI-R)

Het is een zelfinvullijst met 41 items die gescoord worden op een 5-puntschaal (van Balkom et al., 2004; Hengeveld et al., 2004). De items dekken de meest voorkomende dwangklachten en clusteren op 5 subschalen: impulsen, wassen, checken, rumineren en nauwkeurigheid. Er is een gevalideerde Nederlandse versie beschikbaar.

De Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)

Het betreft een beoordelaarschaal die bestaat uit een checklist en een ernstschaal (van Balkom et al., 2004; Hengeveld et al., 2004). Met het afnemen van de checklist is de klinicus ongeveer 20 minuten bezig. In vergelijking met de PI-R wordt een groter aantal symptomen uitgevraagd, geclusterd rond wassen, controleren, tellen, herhalen, verzamelen en een restcategorie. De ernstschaal kan gebruikt worden om het effect van een behandeling te evalueren en kan afgenomen worden in ongeveer 10 minuten.

Posttraumatische stressstoornis

Om het beloop van de klachten tijdens de behandeling te monitoren worden de volgende twee instrumenten aanbevolen door van Balkom et al. (2004).

De Schokverwerkingslijst (SVL)

Het is de Nederlandse versie van de Impact of Event Scale (van Balkom et al., 2004; Hengeveld et al., 2004). De SVL stelt 15 vragen over herbelevingen en vermijding van een meegemaakte gebeurtenis. De items worden gescoord op een 4-puntenschaal. De invultijd is 5 tot 10 minuten. De SVL kan in principe ook gebruikt worden voor het bepalen van de ernst van de stoornis en voor het monitoren van het beloop van de behandeling. Betrouwbare gegevens zijn daarover (nog) niet voorhanden.

De Zelfinventarisatielijst Posttraumatische Stress (ZIL)

Deze invullijst werd in Nederland ontwikkeld (van Balkom et al., 2004; Hengeveld et al., 2004). De 22 items volgen nauwgezet de DSM-IV. De items die niet gerelateerd zijn aan een specifieke gebeurtenis worden gescoord op een 4-puntenschaal en meten de intensiteit van de symptomen. De ZIL heeft een hoge sensitiviteit en specificiteit voor PTSS. De invultijd is 10 minuten. Ook de ZIL kan gebruikt worden voor het bepalen van de ernst van de stoornis en voor het monitoren van het beloop van de behandeling en ook in dit verband zijn (nog) geen betrouwbare gegevens beschikbaar.

3.1.2.2.2. Stemmingsstoornissen

Depressie

Voor het bepalen van de ernst van depressie zijn diverse interviewschalen en zelfinvullijsten beschikbaar (Nolen et al., 2004). Van de eerst genoemde drie interviewschalen heeft alleen de IDS 100% dekking ten opzichte van de DSM-IV criteria van de depressieve episode en van de subclassificaties met melancholische of met atypische kenmerken.

De Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)

De meest bekende interviewschaal is de HRSD waarvan verschillende versies in omloop zijn met 17 items (naast varianten van 21 en 24 items) (Nolen et al., 2004). Van deze versies bestaan ook diverse Nederlandse vertalingen. Een van de best onderzochte versies is die van Bech en Rafaelsen, die weliswaar in het Nederlands is vertaald, maar niet is gevalideerd (D'Haenen en Verhoeven, 1989 in Nolen et al., 2004). Het gebruik van deze versie is echter toch aan te raden omdat de items uitgebreider geoperationaliseerd zijn en zij goed aansluit bij versies die internationaal het meest gebruikt worden.

De Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS)

Een tweede veel gebruikte interviewschaal is de MADRS (Nolen et al., 2004; Hengeveld et al., 2004). Het is een 10-itemlijst, waarbij de items gescoord worden op een 7-punten-schaal met schaalankerpunten. Er is een gevalideerde Nederlandse vertaling (Hartong en Goedkoop, 1985 in Nolen et al., 2004).

De Inventory of Depressive Symptomatology (IDS)

Dit is een derde interviewschaal met 30 items die gescoord worden op een 4-punten-schaal met schaalankerpunten (Nolen et al., 2004; Hengeveld et al., 2004). Er bestaat zowel een versie voor de clinicus (C) als een zelfinvulversie (SR). Beide versies zijn uitgebreid internationaal onderzocht, deels ook in Nederland. Sinds kort is er ook een kortere 16-itemversie beschikbaar, maar die is nog weinig onderzocht.

De Beck Depression Inventory (BDI-II)

Deze veel gebruikte zelfbeoordelingschaal omvat 21 items waarbij de cliënt per item gevraagd wordt steeds uit 4 omschrijvingen de meest toepasselijke te kiezen (Nolen et al., 2004; Hengeveld et al., 2004). Er is een Nederlandse vertaling gepubliceerd en onderzocht (Van der Does, 2002 in Nolen et al., 2004). In tegenstelling tot veel andere schalen moet voor het gebruik van de BDI-II betaald worden.

Bipolaire stoornissen

De Life Chart Method (LCM)

Hiermee kan het beloop van de stoornis door de tijd heen worden gevolgd (Nolen et al., 2004; Hengeveld et al., 2004). De ernst van de depressie of (hypo)manie wordt gescoord op een 7- of 9-punten-schaal (van ernstig manisch via neutraal naar ernstig depressief). Er zijn van de LCM retrospectieve en prospectieve versies, zowel voor gebruik door de behandelaar (C) als door de cliënt zelf (SR). In de retrospectieve versie wordt de ziekte-geschiedenis tot dan toe in kaart gebracht. Het maken daarvan kost doorgaans één tot enkele uren. In de prospectieve versie wordt het beloop per dag, week of maand bijgehouden. Voor de cliënt kost het dagelijks invullen één enkele minuut, voor de behandelaar kost het bij elke evaluatie bijwerken meestal niet meer dan 5 minuten. De psychometrische eigenschappen zijn zowel in de VS als in Nederland onderzocht (Denicoff et al., 2000 in Nolen et al., 2004).

3.1.2.2.3. Psychotische stoornissen

De Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

De BPRS is primair ontwikkeld voor effectonderzoek van de behandeling van mensen met schizofrenie (Knegtering et al., 2004; Hengeveld et al., 2004). De standaardeditie omvat 18 redelijk omschreven items met een interviewdeel en een observatiedeel dat na training ook door verpleegkundigen afgenomen kan worden. Ieder item wordt beoor-

deeld op een 6- tot 9-puntenschaal, die voor ieder item apart wordt omschreven. Tegenwoordig maakt men vooral gebruik van een gevalideerde 24-itemversie, waarin ook vragen over angst en depressie zijn opgenomen en die in het Nederland beschikbaar is (Dingemans, 1995 in Knegtering et al., 2004).

De Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)

Dit instrument is vergelijkbaar met de BPRS (Knegtering et al., 2004; Hengeveld et al., 2004). Er zijn 3 subschalen: positieve symptomen (7 items), negatieve symptomen (7 items) en algemene psychopathologie (16 items) met daarin ook items over angst en depressie. De PANSS kan betrouwbaar worden toegepast door getrainde interviewers (bijvoorbeeld verpleegkundigen) en de afname duurt 30 tot 45 minuten. Van elk item moet een ernstscore worden gegeven variërend van 1 (symptoom afwezig) tot 7 (symptoom intervieneert met vrijwel alle aspecten van het dagelijks functioneren). Een Nederlandstalige gevalideerde versie is beschikbaar (Wolthaus et al., 2000 in Knegtering et al., 2004). De originele versie bevat een semi-gestructureerd interview. Er bestaat ook een gestructureerd interview dat de interviewer meer ondersteunt, met name het Structured Interview for the PANSS (SCI-PANSS).

3.1.2.2.4. Stoornissen in het gebruik van middelen

In dit verband zijn instrumenten interessant die enerzijds de ernstgraad van de stoornissen en gerelateerde problemen kunnen opvolgen en anderzijds het niveau van motivatie om verandering te brengen in het problematisch gedrag.

De European Addiction Severity Index (EuropASI)

Dom et al. (2004) bevelen dit instrument aan voor het bepalen en opvolgen van de ernst van alcohol- en andere drugproblemen. Deze Europese versie van de ASI (Addiction Severity Index) is een gestandaardiseerde semi-gestructureerde vragenlijst onder de vorm van een interview (Mc Lellan et al., 1980; Mc Lellan et al., 1992). Het biedt een goede probleeminventarisatie van zeven potentiële probleemgebieden (lichamelijke gezondheid, arbeid, middelengebruik, politie en justitie, familie, sociale relaties, psychische gezondheid). De Nederlandse versie is gevalideerd en getoetst op betrouwbaarheid (Hendriks et al., 1989). De Nederlandse vertaling van de Europese versie (Hendriks et al., 1989; Kokkevi et al., 1995; Hartgers, 1996; Keymeulen et al. 1999) is vrij verkrijgbaar. In Vlaanderen werden de vragen over onderwijs, sociale zekerheid en justitie aangepast (Raes et al., 2004). De ernstscores (0-9) per leefgebied geven een indruk over de ernst van de situatie en de behoefte aan aanvullende hulp. De berekende scores kunnen worden gebruikt bij effectevaluaties. Nadelen van de EuropASI zijn tijdsinvestering voor training (2 dagen) en de afnameduur (3/4 uur). Voordelen zijn de systematiek en de aanknopingspunten die het de clinicus biedt voor de behandeling. Met de follow-upversie kunnen evoluties gemeten worden.

Soms worden slechts een gedeelte van de zeven deelgebieden aangewend zoals in recent onderzoek in Vlaanderen (Vanderplasschen et al., 2006).

De Readiness to Change Questionnaire, Dutch Translation (RCQ-D)

Voor het inschatten van de motivatie tot verandering bij alcohol- en andere drugproblemen bevelen Dom et al. (2004) de Nederlandse versie van de RCQ aan. Het betreft een set van 12 items waarmee het motivatiestadium van een cliënt kan ingeschat worden en dit zowel voorafgaand aan de behandeling als tijdens het verloop ervan. De afnameduur is kort (ongeveer 2 minuten). De betrouwbaarheid en de validiteit is goed.

De University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA)

Dit instrument biedt een andere mogelijkheid om de motivatie tot verandering te meten en werd oorspronkelijk ontwikkeld om te gebruiken bij cliënten in psychotherapie. De items zijn generiek opgesteld en verwijzen naar het 'probleem' van de persoon en niet naar een specifieke stoornis. De generieke benadering laat toe om de URICA te gebruiken om de motivatie tot verandering te meten voor een brede waaier van problemen en problematische gedragingen, waaronder middelenmisbruik maar ook psychische stoornissen. Vandaar dat de voorkeur naar dit instrument uitging in een recente studie in Vlaanderen naar het samengaan van druggebruik en psychopathologie bij gedetineerden (De Wilde et al., 2007).

3.1.2.3. Specifieke doelgroepen

3.1.2.3.1. Kinderen en jongeren

De Achenbach System of Empirically Assessment (ASEBA) instrumenten worden gebruikt voor screening, voor het bepalen van de ernst en het beloop van psychische problemen bij kinderen en jongeren. Zij beslaan een brede waaier van psychopathologie en maken een onderscheid tussen internaliserende en externaliserende schalen. Er bestaat versies voor verschillende informanten, namelijk voor de ouders (CBCL, Child Behaviour Check List), voor de leerkracht (TRF, Teacher Report Form) en voor de jongere zelf (YSR, Youth Self Report) (Achenbach et al., 1987, Ferdinand et al., 2004).

De Corner's Teaching Rating Scale (CTRS)

Van dit instrument is een Nederlandse vertaling beschikbaar (Ferdinand, 2000). Ondanks matige validiteit en betrouwbaarheid is dit een veel gebruikte observatieschaal bij het beoordelen van hyperactiviteit en ander probleemgedrag bij kinderen van 5-15 jaar, in het bijzonder om het beloop te beoordelen naar aanleiding van een behandelinterventie, zoals medicatie (Ferdinand et al., 2004). Deze zelfinvullijst voor leerkrachten duurt circa 20 minuten.

De Children's Depression Inventory (CDI)

Het is een zelfinvulschaal voor kinderen en adolescenten tussen 8 en 16 jaar en best geschikt voor het bepalen van de ernst en het beloop van een depressie bij adolescenten. Er is een Nederlandse vertaling beschikbaar (Tibremont et al., 2001 in Ferdinand, 2004).

De Yale Brown Obsessive Compulsive Scale Child Version (CY-BOSC)

Het betreft een semi-gestructureerd interview bij kinderen van 8 tot 16 jaar die kan gebruikt worden voor de ernstbepaling en het beloop van obsessieve compulsieve stoornissen (Ferdinand et al., 2004). De clinicus scoort dwanggedachten en dwanghandelingen op 5 aspecten. De afnameduur bedraagt circa 10 minuten. Er bestaat nog geen officiële Nederlandse vertaling, maar wel een vertaalde handleiding bij de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie.

3.1.2.3.2. Forensische geestelijke gezondheidszorg

HCR-20 Assessing Risk for Violence (HCR-20)

Dit is een checklist van risicofactoren in verband met gewelddadig gedrag (Webster et al., 1997; Douglas et al., 2001). Er worden 20 items gescoord (10 over het verleden: 'Historical'; 5 over de huidige situatie: 'Clinical' en 5 over de toekomst: 'Risk Management'). De scores worden gebaseerd op interviews en de dossiers. Klinische ervaring is vereist.

De Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)

Dit is een beoordelingsschaal die in de eerste plaats ontworpen is om psychopathie te detecteren. De PCL-R is eveneens bruikbaar voor de predictie van agressieve recidiven (Hare, 1991; Harris et al., 1993).

3.2. Functionele uitkomsten

Naar analogie met de klinische uitkomsten doen we ook hier een voorstel van indeling van de verschillende instrumenten. Een eerste indeling betreft het onderscheid tussen een algemene beoordeling van het niveau van functioneren en een specifieke meting van de kwaliteit van leven. Vervolgens kan een verdere indeling gemaakt worden volgens de aard van de instrumenten die de kwaliteit van het leven trachten te meten.

3.2.1. Instrumenten algemene beoordeling

De Global Assessment of Functioning (GAF)

Deze schaal is het meest gebruikte instrument voor het niveau van functioneren, zeker niet in de laatste plaats omdat deze kan worden ingevuld op de vijfde as van de DSM-IV (APA, 1994; van Os et al., 2001; Havenaar et al., 2004; Hengeveld et al., 2004).

Het is een door de clinicus in te vullen schaal die loopt van 0 tot 100. De GAF-schaal kan desgewenst worden uitgesplitst in een gedeelte voor sociale belemmeringen (GAF-S) en een gedeelte voor psychopathologische belemmeringen (GAF-P), volgens de World Health Organisation (van Os et al., 2001).

Alhoewel de 'GAF' door deskundigen niet als optimaal worden beoordeeld, is het grote voordeel dat het gebruik hiervan vrij veralgemeend en gemakkelijk toepasbaar is. In Nederland behoren de GAF en de C-GAS (Children's Global Assessment Scale) tot de meetinstrumenten voorgesteld in de Prestatie-indicatoren 2006. Het Trimbosinstituut heeft echter de opdracht gekregen om een alternatief uit te werken in samenwerking met professionals.

3.2.2. Kwaliteit van leven

3.2.2.1. Objectief of subjectief en globaal of multidimensioneel

Men kan de instrumenten voor kwaliteit van leven indelen volgens verschillende criteria (Spilker, 1996; Rapley, 2003). Een eerste mogelijke indeling is deze volgens de kenmerken 'objectief' of 'subjectief'. 'Objectief' verwijst naar externe, kwantificeerbare gegevens, zoals bijvoorbeeld levensverwachting, alfabetiseringsgraad en kindersterfte. Subjectief staat voor subjectieve beleving van de kwaliteit van leven.

Bovendien kunnen deze instrumenten ingedeeld worden volgens de kenmerken 'globaal' of 'multidimensioneel'. De 'globale' instrumenten vertrekken van een globale vraag ('single-item questionnaire') en de 'multidimensionele' instrumenten bevragen verschillende items. Wanneer men beide indelingen combineert komt men bijvoorbeeld tot de volgende instrumenten. De **Human Development Index (HDI)** is een objectief en multidimensioneel instrument. De **WHO Quality of Life scale (WHOQoL)**, is een subjectief en multidimensioneel instrument dat door de Wereldgezondheidsorganisatie is ontwikkeld. De verkorte versie van de schaal omvat 26 vragen, die schriftelijk beantwoord worden. De schaal bestaat uit vier domeinen, met name fysieke gezondheid, psychisch functioneren, sociale relaties en omgevingsmogelijkheden. In verband met de gevoeligheid voor verandering over de tijd en voor behandelinvloeden, verwijzen Havenaar et al. (2004) naar Van de Willege et al. (2005).

De **Anamnestic Comparative Self-Assessment (ACSA)** (Bernheim, 1999, 2006), is een subjectief en globaal instrument waarbij een verticale, ordinale schaal van -5 over 0 tot +5 wordt aangewend. Het originele van de schaal is dat het hoogste niveau (+5) en het laagste

niveau (-5) voor elke cliënt afzonderlijk tijdens een anamnestic interview worden vastgelegd door de cliënt te vragen naar de meest positieve levenservaring ooit en de meest negatieve levenservaring ooit. De ACSA kan periodisch worden toegepast waardoor curven van individueel algemeen welzijn worden gegenereerd. De betrouwbaarheid van ACSA is hoog en de werkwijze wordt geapprecieerd door de cliënten. Afgezien van het anamnestic gesprek neemt het invullen van de ACSA weinig tijd in beslag. Voor een gedetailleerde bespreking verwijzen wij naar Bernheim (1999), Souris et al. (1983) en Veenhoven (1993).

De **Schedule for Evaluation of Individual Quality of life – Direct Weighing (SEIQoL-DW)** (O’Boyle et al., 1995, 1996) is een subjectief instrument maar dan wel multidimensioneel. Men vraagt de cliënt 5 belangrijke levensdomeinen te noemen. Vervolgens wordt het functioneren in elk van die domeinen geëvalueerd. De cliënt kiest de 5 belangrijkste aspecten van kwaliteit van leven, eventueel aan de hand van een standaardlijst. Vervolgens scoort de cliënt elk levensdomein tussen 0 en 100. Tot slot moet een persoonlijk gewicht toegekend worden aan elk van de vijf levensdomeinen.

3.2.2.2. *Generiek of ziektespecifiek*

Nog een andere mogelijke indeling is deze volgens de kenmerken ‘generiek’ of ‘ziektespecifiek’. ‘Generieke’ instrumenten zijn bedoeld voor algemeen gebruik en meten tal van domeinen. Voorbeelden hiervan zijn: de **Medical outcome study 36 item Short Form (SF-36)** (Ware et al., 1993). Dit instrument bevat 36 items en meet 8 domeinen: fysiek functioneren (10 items), sociaal functioneren (2 items), rolbeperkingen door fysiek probleem (4 items), rolbeperkingen door emotioneel probleem (3 items), mentale gezondheid (5 items), pijn (2 items), energie/vitaliteit (4 items) en algemene gezondheidsbepaling (5 items). Daarnaast is er nog een item over gezondheidsverandering gedurende de afgelopen 12 maanden. De SF-36 is makkelijk toepasbaar en kort. De interne consistentie, de stabiliteit en de constructvaliditeit worden ondersteund door onderzoek in Engeland (Brazier et al., 1992, in Walburg, 2003).

Het grootschalig Europees onderzoek EPSILON (2006) naar uitkomstmetingen in de geestelijke gezondheidszorg heeft 5 instrumenten aangepast aan 5 verschillende talen (Deens, Nederlands, Engels, Italiaans en Spaans) en verschillende settings. Vier van de vijf instrumenten vallen onder de noemer cliëntenwaardering, maar de **Lancashire Quality of Life Profile (LQoLP)** be vraagt duidelijk de kwaliteit van leven. De vier andere zijn: de Camberwell Assessment of Need (CAN), de Client Service Receipt Inventory (CSRI), de Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ) en de Verona Service Satisfaction Scale (VSSS).

De CAN en de IEQ worden hierna besproken bij de instrumenten voor cliëntwaardering. De **LQoLP** is een gestructureerd interview waarbij de gezondheid en het welzijn worden gemeten. Het gaat hier in het bijzonder om cliënten met langdurige, complexe en ernstige problematieken. De oorspronkelijke versie is gebaseerd op Amerikaans en Brits onderzoek. De Europese versie, de **LQoLP-EU**, geeft een omvattend, zij het kort, beeld van het individueel niveau van psychosociaal functioneren. Het combineert objectief, feitelijk materiaal van verschillende levensdomeinen met subjectief materiaal, gebaseerd op zelfbeoordeling. Tevens bevat het een beoordeling van de kwaliteit van leven door een professional aan de hand van observatie en van informatie over de cliënt. Het interview neemt ongeveer een uur in beslag.

De **EuroQoL (EQ-5D)** (Brooks, 1996) is een frequent gebruikte vragenlijst bij kwaliteit van leven onderzoek en is ondertussen een van de meest geaccepteerde uitkomstmaten in Europa. De EuroQoL werd opgesteld met als doel een internationaal meetinstrument te ontwikkelen, dat gebruikt kan worden bij de economische evaluatie van de gezondheidszorg (Jenkinson et al., 1998, in Walburg, 2003). Het meet de gezondheidstoestand aan de hand van 5 items: stemming, mobiliteit, pijn, zelfverzorging en dagelijkse activitei-

ten. Een bijkomend zesde item meet de waardering van de eigen gezondheidstoestand. De EuroQol wordt gezien als een praktische en makkelijke manier om gezondheid te meten. Daarnaast is dit instrument in staat verschillen in gezondheid op een betekenisvolle manier in kaart te brengen. Echter, door het kleine aantal vragen en antwoordcategorieën wordt verondersteld dat de sensitiviteit van de EuroQol beperkt is (Van Busschbach, 2001 in Walburg, 2003).

De **Zorgmonitor GZ Regio 27** (Delespaul et al., 2006) beroept zich op het meetinstrument van de WHO (WHOQoL) wanneer men de kwaliteit van leven bevroegt, zij het in een aangepaste vorm. De Zorgmonitor wordt besproken onder 'waardering door cliënt en omgeving'.

De **Quavisub** (Corten et al., 1994; Corten et al., s.d.) is een uitgebreid instrument om de kwaliteit van leven te evalueren en wel in die zin dat het peilt naar de mentale processen die al dan niet bijdragen tot een goede kwaliteit van leven. Het is de bedoeling dat de cliënt na verwerking van de gegevens aanwijzingen, bepaalde pistes of indrukken krijgt om zijn/haar huidige toestand te verbeteren.

3.3. Waardering door cliënt en omgeving

Versillende organisaties in de geestelijke gezondheidszorg meten op één of andere manier de waardering van cliënten. Dit gaat van de mogelijkheid om een klachtenprocedure te starten, over verschillende (tussentijdse) evaluatievormen van de geboden zorg, tot metingen van cliënttevredenheid. Vaak zijn de gehanteerde instrumenten 'van het huis', waardoor de vergelijking met andere diensten en organisaties bemoeilijkt wordt. Verder zijn ze zelden onderzocht op validiteit en betrouwbaarheid. De toepasbaarheid van deze particuliere instrumenten daarentegen is veelal hoog. Men mag echter niet vergeten dat deze instrumenten passen in een geschiedenis van (kleinschalige) kwaliteitsverbetering. Met andere woorden, het zijn meestal zinvolle metingen binnen de eigen muren, die aangeven waar het beter kan en waar het goed gaat volgens de cliënten.

De VVGG-inventarisatie (Baert 2007) lijkt bovenstaande te bevestigen voor Vlaanderen. Tevredenheidsenquêtes worden regelmatig vermeld als instrument, maar niet gespecificeerd.

3.3.1. Instrumenten

Een wetenschappelijk onderbouwd voorbeeld van een dergelijke meetinstrument is de **Thermometer** Volwassenenzorg (van Wijngaarden et al., 2003). Dit is een instrument waarmee instellingen in de GGZ en verslavingszorg op gezette tijden kunnen onderzoeken hoe cliënten de geboden zorg waarderen. Het betreft een vragenlijst met 19 items met 4 thema's, met name: Waardering Informatie Zorg (3 items), Waardering Inspraak (3 items), Waardering Hulpverlener (4 items) en Waardering Resultaat Zorg (9 items). Bij dit meetinstrument dekt de titel zeker de lading: het meet de temperatuur en bepaalt of er al dan niet sprake is van koorts, om in geassocieerde beeldspraak verder te gaan. Dit betekent dat de metingen aan de hand hiervan een goede indicatie geven van de cliëntwaardering.

Inmiddels heeft het Trimbosinstituut nog 4 andere ggz-thermometers ontwikkeld,

- voor jongeren ouder dan 12 jaar
- voor ouders met een kind in behandeling
- voor ouders over de ouderbegeleiding
- voor waardering van betrokkenen bij de zorg.

Daarnaast ontwikkelden de onderzoekers van het Trimbosinstituut een conceptversie van de **CQ Index ggz** volwassenen (2006). Dit uitgebreid instrument (118 items) voor cliëntwaardering zou in definitieve vorm beschikbaar zijn ten vroegste vanaf het voorjaar 2007. Ook hier zijn de items ondergebracht in verschillende domeinen: Klachten, Toegankelijkheid van de zorg, Informatievoorziening, Inspraak en keuzevrijheid, Bejegening, Deskundigheid van uw behandelaar, Vervulling zorgwensen, Ervaren Behandelresultaat, Continuïteit van zorg en Over uzelf. In het rapport *Prestatie-indicatoren Basisset Geestelijke gezondheidszorg en Verslavingszorg* (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2006) linkt men de verschillende onderdelen van de CQ Index met de geëigende indicatoren.

De **Zorgmonitor GZ Regio 27** (Delespaul et al., 2004) be vraagt verschillende zaken. Naast algemene identificatiegegevens wordt de actuele diagnose gescreend aan de hand van de 'Clinical Global Impression Scale.' Vervolgens be vraagt men het Sociaal Functioneren en Zorgbehoeften van de cliënt. Aan de hand van de GAF geeft men een eerste indicatie. Een diepgaander analyse verkrijgt men via **Camberwell Assessment of Needs (CAN)** (Thornicroft et al., 2006; Knegtering et al., 2004). Hiermee beoordeelt men de zorgbehoeften en of er zorg tegenover staat die al dan niet bevredigend blijkt. Er worden 24 behoeftegebieden gescreend en zowel de cliënt als de hulpverlener kan een beoordeling geven. Verder onderzoekt men de kwaliteit van leven en de kwaliteit van zorg. Tot slot worden al deze gegevens weergegeven op een feedbackformulier na verwerking. De Monitor is ontworpen voor volgende doelgroepen: zij die een integraal zorgprogramma volgen, zij die een psychotische (niet affectieve) stoornis hebben en zij die langdurig een ernstig psychiatrisch probleem hebben. Zoals blijkt omvat dit instrument verschillende delen van de uitkomstenkwadranten cliëntwaardering en kwaliteit van leven en dit wel voor een specifieke groep van cliënten. Ook dient een deskundig interviewer de verschillende items te bevragen en een volledige afname neemt al snel een uur in beslag.

De **Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ)** (Schene, 1986) is in het Nederlands vertaald als de **Betrokkenen Evaluatie Schaal (BES)** (Schene et al., 1991). De vragenlijst omvat vier belastingfactoren (spanning, zorgen maken, toezicht houden, aansporen) en een totaalscore. Een aparte lijst van 19 door de betrokkenen gescoorde symptomen, omvatte vier factoren (psychose, agitatie, apathie, affect). De BES meet de consequenties van een psychiatrische stoornis voor de bij de cliënt betrokkenen gezins- of familieleden, kennissen of anderszins betrokkenen, en bestaat uit 88 meerkeuzevragen, die alle betrekking hebben op de periode van vier weken voorafgaande aan de invulling. Zij zijn ingedeeld in negen secties:

1. kenmerken van respondent en patiënt, en de aard en intensiteit van hun relatie (16 items)
2. aandacht en extra zorg die de respondent aan de patiënt heeft moeten geven (14 items)
3. verstandhouding en sfeer tussen beiden (6 items)
4. gevolgen voor de bezigheden en de contacten buitenshuis (8 items)
5. financiële consequenties (8 items)
6. bezorgdheid die uit de betrokkenheid kan voortvloeien (6 items)
7. gevolgen voor de gezondheid van de betrokkene (11 items)
8. de hulpverlening aan de patiënt (8 items)
9. consequenties voor kinderen van de patiënt (9 items).

Door Knegtering et al. (2004) worden naast de reeds vermelde Camberwell Assessment Need (CAN), de **Drug Attitude Inventory (DAI)**, de **Subjective Well-being under Neuroleptics scale (SWN)** en de **Subjectieve Reactie op Antipsychotica vragenlijst (SRA)** aange-

raden die zich richten op de beleving en de zorgbehoefte van cliënten met psychotische stoornissen, die op korte tijd kunnen worden ingevuld. De ingezette behandeling kan hiermede worden geëvalueerd en zo nodig bijgesteld, met als doel de therapietrouw te verhogen en de kwaliteit van leven te verbeteren.

Wij zijn geen specifieke gestandaardiseerde instrumenten op het spoor gekomen voor personen uit de omgeving van de cliënt in de geestelijke gezondheidszorg. Het blijkt dat dergelijke peilingen meestal 'à la carte' gebeuren.

3.4. Kosten

De kostenmetingen zijn het terrein van economen en managers, alsmede van de financiers in casu de overheid. Een bevattelijk overzicht van de verschillende types van economische evaluatie is terug te vinden bij Fordham et al. (2007). Deze auteurs onderscheiden vier hoofdtypen van economische evaluatie die van belang zijn in de gezondheids-economie. Deze zijn: 'cost-effectiveness analysis', 'cost-utility analysis', 'cost-benefit analysis' en 'cost-minimisation analysis'. Teneinde subtiele onderscheiden volledig tot hun recht te laten komen vermelden we hierna de oorspronkelijke omschrijving in het Engels van de vier types van kostenevaluatie:

1. *Cost-effectiveness analysis: economic evaluations with outcomes measured in natural units;*
2. *cost-utility analysis: economic evaluations where the outcomes are measured in health utilities, usually a composite measure of quality of life and years of survival; this is a method derived from cost-effectiveness analysis;*
3. *cost-benefit analysis: economic evaluation techniques in which outcomes are presented in monetary terms; this usually provides a return on investment estimate in the form of a 'benefit-cost ratio';*
4. *cost-minimisation analysis: choosing least cost options, is in fact a special form of cost-effectiveness analysis.'*

Hoewel zeker niet onbelangrijk valt het selecteren van specifieke instrumenten in dit verband in elk geval buiten de opzet van dit rapport. We verwijzen enkel naar het feit dat in deze context de **Quality Adjusted Life Years (QALY)** vaak wordt genoemd. Zoals reeds vermeld heeft dit instrument zijn oorsprong in kosten-effectiviteitsstudies en betekent het een combinatie van het geschatte aantal levensjaren en de kwaliteit van het leven. Anders uitgedrukt is een QALY: $V(Q) \times Y$, waarbij Y het aantal geschatte overlevingsjaren is en $V(Q)$ een correctiefactor (V) is voor de kwaliteit van leven van de gezondheidstoestand (Q). V (dood) is gelijk aan '0' en V (gezond) is gelijk aan '1'. Op basis hiervan meet men dan de kosteneffectiviteit van gezondheidsprogramma's door de kostprijs per QALY te berekenen (Busschbach, 1994 in Walburg, 2003). Daarnaast en niet minder belangrijk leert de QALY ons iets over de jaren die verloren dreigen te gaan ten gevolge van een slechte geestelijke gezondheid.

HOOFDSTUK IV: OMGAAN MET UITKOMSTEN

Aangezien de verschillende actoren verschillende verwachtingen hebben ten aanzien van het bekomen van resultaten van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg is het ook niet te verwonderen dat zij op een verschillende manier omgaan met de bekomen resultaten.

De vertegenwoordigers van **de overheid** inzake (geestelijke) gezondheidszorg – de bevoegdheidsverdeling blijft in ons land stof voor discussie – hebben vanzelfsprekend hun redenen om geïnteresseerd te zijn in de rapportering over de uitkomsten. Zij wensen zicht te hebben op de investeringen en of deze al dan niet goed gebruikt worden. Zij wensen transparantie en verhoging van de doelmatigheid, resultaten toetsen in relatie tot de kosten. In het debat hieromtrent dient duidelijk gesteld welke gegevens van belang zijn en welke dat niet zijn om van overheidswege beslissingen te nemen. Algemeen gesteld dient deze informatie als het ware als een garantie dat de verleende zorg van voldoende kwaliteit is en voldoende veilig is, met de mogelijkheid om in te grijpen waar nodig. Welke interventies het hier betreft is opnieuw onderwerp van debat. Men dient bedacht te zijn op de vaststelling dat externe evaluatie leidt tot strategisch gedrag zoals verdringing en vermindering. Men zal de zorgactiviteiten eenzijdig richten op de meetbare aspecten. Zinnige activiteiten die niet onder een indicator vallen, zal men geneigd zijn te verwaarlozen. Risicovolle activiteiten en bepaalde populaties zal men mijden. Hoofdzakelijk bestraffende maatregelen ondermijnen eveneens eerlijke rapportage. Bijkomend is het zo dat externe controle en verantwoording veel extra werk en extra investeringen vereisen, waarvan het onduidelijk is of ze opwegen tegen de winst.

Een andere betrokken partij in dit spanningsveld, zijn de **zorginstellingen en zorgverleners** zelf. Binnen de algemene gezondheidszorg bevinden zij zich in toenemende mate in een concurrerende positie. Zij moeten zich meten met private zorginstellingen, maar evengoed onderling. Resultaten bekend maken biedt echter wel de mogelijkheid om aan de buitenwacht te tonen waarin men goed is en zich op de 'markt' te positioneren en eventueel te specialiseren. Deze gedachtegang zou kunnen leiden tot meer geprofileerde zorginstellingen. Daarnaast is een zorginstelling vanzelfsprekend gebaat met een interne rapportering in het kader van het kwaliteitsbeleid. Het is dan een instrument om binnen de eigen organisatie bij te sturen en aan te moedigen.

Verder is er een evolutie vast te stellen in verband met de moderne **zorgconsument**. Deze wordt aanzien als een actieve participant in het hulpverleningstraject, die steeds beter is opgeleid en zich kritischer opstelt. De zorgconsument stelt ook eisen op vlak van goede zorg, goede dienstverlening en correcte informatie. Waar voorheen de cliënt haast een passieve recipiënt van zorg was, is die nu een actieve en kiezende consument van zorg. Althans, zo ziet het er idealiter uit, met name het moreel ideaal van zelfbeschikking, zelf kunnen bepalen wat je belangrijk vindt. Hilhorst (2004) wijst er op dat naarmate de gezondheidszorg en andere vormen van publieke dienstverlening meer en meer als normale economische activiteiten worden beschouwd, het niet meer dan logisch is dat ook op dat terrein wordt gepleit voor meer individuele keuzevrijheid. Daarenboven is het nog vaak zo dat het zorgaanbod onvoldoende is afgestemd op de werkelijke behoeften van de cliënten.

Daartegenover staat echter de vaststelling dat cliënten zich nog niet echt thuis voelen in de rol van kiezende zorgconsument (Wollersheim et al., 2006). Blijkbaar laten patiënten

zich vooralsnog maar weinig leiden door prestatiescores (Groenewoud, 2006 in Wollersheim et al., 2006). Deels kan dit verklaard worden doordat de informatie onvoldoende gericht is op de behoeften van de cliënten. Deels vindt men een verklaring in het besef dat de scores niet zomaar op 'face value' te nemen zijn. Anders gesteld, mensen weten maar al te goed dat de werkelijkheid meer nuanceringen bevat. Voorstanders van dit ideaal gaan er dan ook prat op dat de mensen niet per se moeten kiezen, maar wel dat ze ertoe worden in staat gesteld. Een belangrijke afweging hierbij is dan wel of de materiele en maatschappelijke kosten van het verschaffen van die kennelijk niet als voldoende bruikbaar ervaren informatie nog opwegen tegen de baten ervan (Trappenburg, 2005 in Wollersheim et al., 2006).

Tot slot spelen de **media** eveneens een belangrijke rol in het eisen van transparantie in de (geestelijke) gezondheidszorg. Dit heeft onder andere te maken met de grotere beschikbaarheid van informatie, vooral via internet. Tevens de toegenomen belangstelling voor wat zich afspeelt op het terrein van de (geestelijke) gezondheidszorg, draagt hier toe bij. Belangengroepen weten ook steeds beter gebruik te maken van die media.

Met andere woorden, leidt maatschappelijke verantwoording, onder de vorm van rapportering, rankings en dies meer, tot meer kwaliteit? Tot op heden is het antwoord hierop zeker en vast niet eenduidig.

Als de bekendmaking van de gegevens kadert in een kwaliteitsbeleid en als er een zorgvuldige selectie is gemaakt van de te publiceren uitkomsten, en als zowel cliënten, zorginstellingen en overheid het zinvol achten om uitkomsten te publiceren, en als bij het publiceren de betekenis van de gegevens zorgvuldig wordt aangegeven en als deze gegevens op een begrijpelijke wijze worden verstrekt, dan kan dit het streven naar een betere zorg en een goede en een hechte relatie met de maatschappelijk betrokkenen versterken.

Hoe zinvol is het om uitkomsten van geleverde zorg publiek te maken? We zijn tot dusver trouw gebleven aan de premisse dat metingen, indicatoren en prestaties steeds kaderen binnen een degelijk kwaliteitsbeleid. Met andere woorden, deze gegevens zijn zinvol voor teams, organisaties en het algemeen beleid (cfr. het Vlaams decreet), maar hebben ze ook een maatschappelijk belang?

Het is overduidelijk dat de bekendmaking van uitkomsten ten zeerste gebaat is met een ethische discussie hieromtrent, dat men tevens telkens de afweging maakt wie over welke gegevens dient te beschikken en met welk doel, en dat de werkbelasting ten gevolge van de rapportering voor de zorgverlener beperkt en vooral nuttig blijft.

Een fundamentele vraagstelling op ethisch vlak is: hoe verhouden **zelfbeschikking en keuzevrijheid** zich tot de centrale waarden en normen van de gezondheidszorg? In dit debat zet Mol (2006) 'de logica van het kiezen' en 'de logica van het zorgen' tegenover elkaar. Met het eerste bedoelt ze de vanzelfsprekendheid waarmee uitbreiding van de keuzemogelijkheden op allerlei terreinen van het leven, dus ook van de gezondheidszorg, als ideaal worden gepresenteerd. Onder het tweede verstaat ze de manier waarop zorgverleners en cliënten hebben geleerd gezamenlijk te zoeken naar een beste antwoord op de uitdagingen van te moeten leven met een ziekte of een lijdensdruk. Dit basisgegeven kleurt hun perspectief en bepaalt hun mogelijkheden. Zij waarschuwt er voor dat de grote nadruk op kiezen zich tussen de zorgverlener en de cliënt wringt en daarmee het zorgen dreigt te ondermijnen. Het is echter niet haar bedoeling tot de vast-

stelling te komen dat beide logica's elkaar volledig uitsluiten. Maar zij bevraagt of het zinvol is om cliënten in een consumentenrol tegenover zorgverleners te plaatsen. Of zoals onder andere Tonkens (2003 in Wollersheim et al., 2006) het stelt: wordt er geen schade toegebracht aan het kwetsbare weefsel van de hulpverleningsrelaties? Kan het zijn dat het basale vertrouwen in de hulpverlening juist wordt aangetast in plaats van versterkt door bekend maken van deze scores? Deze vragen verdienen zonder meer uitgebreid debat en onderzoek.

HOOFDSTUK V: CONCLUSIES

Not everything that can be counted counts,
and not everything that counts can be counted

Albert Einstein (geciteerd in Saan et al., 2005)

Uit deze literatuurstudie kunnen we besluiten dat het meten van resultaten van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg een actueel, complex en delicaat onderwerp is.

5.1. Actueel

Zeer verschillende aspecten van wat uitkomstenmanagement genoemd wordt komen aan bod in tal van studiebijeenkomsten en publicaties ook meer recent in Vlaanderen en dit in verschillende maatschappelijke sectoren, met inbegrip van de geestelijke gezondheidszorg. Zoals bleek uit een explorerende rondvraag in Vlaanderen (Baert, 2007) is het aanwenden van evaluatie-instrumenten (en het werken met richtlijnen) mondjesmaat aan het doordringen maar het kan zeker een duwtje in de rug gebruiken. De toenemende vraag vanuit de subsidiërende overheid en meer mondig geworden cliënten en hun familieleden naar maatschappelijke verantwoording door de voorzieningen en behandelaars wordt door de behandelaars meer en meer als verantwoord geacht, maar dit niet ten koste van het bemoeilijken van de kwetsbare vertrouwensrelatie tussen hulpvrager en hulpverlener. In deze literatuurstudie hebben wij ons toegespitst op meetinstrumenten, wat niet betekent dat het aanwenden van degelijke richtlijnen niet belangrijk is voor kwaliteitsbevordering.

5.2. Complex

Het is echter een zeer complex onderwerp en dit voor verschillende redenen. We noemen er drie. Ten eerste, de vaak gehoorde roep naar 'what works' dient uitgebreid te worden naar de vraag: wat werkt voor wie in welke omstandigheden. Iets dat werkt in gerandomiseerde en dubbelblind-situaties in een grootstedelijke cliëntenpopulatie in de Verenigde Staten van Amerika klakkeloos overnemen in de dagelijkse praktijk voor een cliëntenpopulatie in een maatschappelijk zwakke regio in Vlaanderen is meer relevant voor de waarde van bepaalde psychofarmaca dan voor psychosociale interventies, en dan nog. Ten tweede, zeer verschillende stakeholders in de geestelijke gezondheidszorg hebben zeer verschillende verwachtingen over wat resultaten zijn en de besluiten die eruit kunnen getrokken worden. Wanneer men aan de overheid, de voorzieningen, de behandelaars, cliënten en familieleden de basisvraag stelt 'what matters?', wat is er voor u van prioritair belang, dan bekomt men zeer verschillende maar deels complementaire antwoorden (Heginbotham, 2006). Ten derde, uitkomsten van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg betekent niet alleen na verloop van tijd minder symptomen vertonen (klinische resultaten), maar ook het gunstig beïnvloeden van het niveau van functioneren (kwaliteit van leven), cliëntenwaardering en kostenbeheer. Het behoud of minder afglijden van de kwaliteit van leven bij een onverbidde degenerative aandoening kan ook een resultaat betekenen. De boodschap is dat de vier kwadranten van resultaten terzelfder tijd dienen nagestreefd te worden (Walburg, 2003).

5.3. Delicaat

De organisatie van de geestelijke gezondheidszorg is gebaseerd op het bekomen van een optimale geestelijke gezondheid voor iedereen met inbegrip van gezondheidsbevordering, preventie en hulpverlening van psychische problemen. Zeker wat de hulpverlening

betreft gaat het om een primair proces dat zeer kwetsbaar is en soms door goedbedoelde interventies onder het mom van kwaliteitsbevordering schade berokkend wordt. Van daar dat algemeen aangeraden wordt om stap voor stap een proces op gang te trekken, liefst met wetenschappelijke ondersteuning met speciale aandacht om zeker niet het primair proces schade toe te brengen.

In het werkveld van de geestelijke gezondheidszorg staat de relatie tussen cliënt en hulpverlener centraal. Zoals we in het begin van dit rapport aangaven, speelt de beoordeling van deze relatie door de cliënt, samen met het gevoel van hoop, een zeer belangrijke rol bij de uitkomst van de therapie, de behandeling of de begeleiding. Het is dan ook een gedeelde verantwoordelijkheid van alle betrokkenen, met name hulpverleners, cliënten en significante anderen, beleidsmakers, vertegenwoordigers van zorginstellingen en overheid, om deze relatie alle kansen te geven met het oog op een positieve uitkomst. We zijn er van overtuigd dat er veel en hard gewerkt wordt binnen de geestelijke gezondheidszorg, steeds met het oog op kwalitatieve hulpverlening. De kwaliteitsverbetering wordt op verschillende manieren en op diverse echelons nagestreefd. In dit rapport hebben we gepoogd zo dicht mogelijk bij het primaire zorgproces te blijven, met name het proces tussen hulpverlener en cliënt. We hebben hierbij gesteld dat het belangrijk is veel verder te kijken dan enkel de symptomatologie, wanneer we willen weten welke uitkomsten positief zijn. Deze klinische uitkomsten raken aan de kern van onze activiteiten. Het zijn dan ook in eerste instantie hulpverlener en cliënt die hier gebaat zijn met een gepaste ondersteuning. Dit betekent dat de gebruikte instrumenten een groot gebruiksgemak dienen te hebben. Hierbij dient op grondige wijze nagegaan of de gehanteerde instrumenten deze specifieke relatie niet eroderen, uithollen of reduceren. Anders gesteld, kritische reflectie in verband met metingen op dit niveau verdient evenzeer de aandacht als het meten van de uitkomsten zelf.

Het primair zorgproces is als vanzelfsprekend ingebed in een historische, culturele en sociale context. Het is niet onbelangrijk om dit gegeven nogmaals te expliciteren omdat de context vaak op indirecte wijze zijn invloed laat gelden. Dat een non-profitsector als de geestelijke gezondheidszorg steeds meer doordrongen raakt van het paradigma van de profitsector, als een relatief recent gegeven, is maar één van de maatschappelijke tendensen. Zoals Leys (2003) stelde, volgt de (geestelijke) gezondheidszorg niet (volledig) de wetten van de vrije markt. Hierbij staan maakbaarheid en beheersing vooraan als centrale begrippen, waarbij vaak de premissen of randvoorwaarden niet worden vermeld. Juist die voorwaarden liggen vaak vervat in contextvariabelen. Bijvoorbeeld: een normaal begaafd kind uit een sociaal zwak gezin zal over het algemeen minder kansen krijgen dan een normaal begaafd kind uit een sociaal sterk gezin. Maar volgens de vrije markt in strictu sensu is het kind normaal begaafd en heeft het dus het potentieel om te studeren en een beter leven te hebben. We zien duidelijk waar het schoentje wringt.

In dit kader is het lovenswaardig van overheidswege om de sociaal zwakkeren extra aandacht te geven in het decreet. Maar durft diezelfde overheid in te zien dat hulpverlening aan diezelfde zwakkeren soms meer investeringen, ook financieel, vereist? Op een breder platform weerspiegelt deze vraagstelling de spanning tussen de eisen en verwachtingen van de overheid en de realisaties in het veld met de geboden middelen. Deze spanning kan leiden tot frictie en op sommige momenten tot wantrouwen.

Daarom is het volgens Wollersheim et al. (2006) essentieel dat er een draagvlak wordt gecreëerd en dat deze wederzijdse spanningen en het eventuele wantrouwen worden doorbroken. Van de kant van de overheid door kwaliteitsverbetering niet uitsluitend

of in de eerste plaats via externe prikkels te willen afdwingen, maar professionals ook nadrukkelijk aan te spreken op hun intrinsieke motivatie en ze in staat te stellen daaraan in hun beroepsuitoefening gestalte te geven.

Daarbij moet duidelijk zijn dat meetinstrumenten (en prestatie-indicatoren) zo worden gebruikt dat niemand hoeft te vrezen onrechtvaardig te kijk te worden gezet of zonder goede gronden in zijn beroepsuitoefening en belangen te worden geschaad. Een bijkomende belangrijke voorwaarde is ook dat nodeloze bureaucratie wordt voorkomen.

Van de kant van de professionals gezien is de uitdaging om de eis van systematische kwaliteitsverbetering op een andere manier te ervaren. Niet als iets dat van buitenaf wordt opgelegd, als iets dat men doet om sancties te vermijden of negatieve beeldvorming te voorkomen, maar als een kernelement van de eigen professionele verantwoordelijkheid.

Zorginstellingen en organisaties dienen anticiperend en proactief om te gaan met het gegeven van metingen. Dit betekent dat zij op voorhand een onderscheid dienen te maken tussen interne en externe indicatoren (Mulder, 2006). Men kan dus best vooraf reeds bepalen welke gegevens men (publiek) beschikbaar zal stellen. De centrale én wederzijdse doelstelling blijft ontegensprekelijk het streven naar een betere zorg en een goede en een hechte relatie met de maatschappelijk betrokkenen versterken. Wanneer de verschillende partijen dit voor ogen blijven houden, kan er sprake zijn van een constructief debat.

Ten slotte zijn we ervan overtuigd, samen met onze buitenlandse collega's, dat dit proces een continue wetenschappelijke toetsing nodig heeft. Daarom is het belangrijk een goede samenwerking uit te bouwen met onderzoekscentra omtrent de instrumenten, de indicatoren en de kritische reflectie. Maar ook hier dienen de zorgontvangers en de zorgverstrekkers of hun vertegenwoordigers voldoende plaats aan de tafel te krijgen.

HOOFDSTUK VI: AANBEVELINGEN

Het stimuleren van het aanwenden van meetinstrumenten voor de evaluatie van resultaten van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg is een proces dat systematisch over jaren dient uitgebouwd en bijgestuurd te worden. Vandaar dat wij ons bij wijze van aanbevelingen op dit moment beperken tot een stappenplan dat in 2007 gevolgd wordt door de VVGG. Dit stappenplan werd vooropgesteld door de VVGG-werkgroep Wetenschappelijke Ondersteuning. De bedoeling is om een jaarlijkse aanvulling en bijsturing te realiseren.

Stappenplan

Stap 1. Aan de hand van de lijst van uitkomsteninstrumenten vermeld in dit tussentijds rapport en de lijst van instrumenten in het deelrapport van de VVGG inventaris (Baert, 2007) een eerste selectie maken van instrumenten die in aanmerking komen om het gebruik in de dagelijkse praktijk te stimuleren.

Stap 2. Een bevraging organiseren met de belangrijkste stakeholders rond de basisvraag: 'what matters?' Wat vinden de verschillende actoren van prioritair belang bij het bekomen van resultaten van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg en indien mogelijk het meten van deze resultaten? Elk van de hoofdgroepen van stakeholders (overheid, voorzieningen, behandelaars, cliënten en familieleden) zal afzonderlijk bevroegd worden volgens de concept mapping methodiek.

Stap 3. Een beperkt aantal instrumenten (verdeeld over de kwadranten klinische uitkomsten, functionele uitkomsten, cliëntwaardering en kosten) wordt voor een eerste periode van promotie uitgekozen. Hierbij wordt uiteraard rekening gehouden met de resultaten van stap één en twee.

Stap 4. Afspraken worden gemaakt met een aantal voorzieningen en behandelaars waarvan blijkt dat zij enige ervaring en belangstelling hebben om te starten met het verder uitwerken van een verantwoord gebruik van één of meer instrumenten. De bedoeling is om te komen tot een aantal ankerpersonen en ankervoorzieningen in Vlaanderen als startplatform.

Stap 5. In samenwerking met een aantal voorzieningen wordt het gebruik van een aantal instrumenten gedurende een zekere periode opgevolgd in het optimaal gebruik ervan in de dagelijkse praktijk.

Na het doorlopen van deze eerste cyclus en een grondige evaluatie ervan worden verdere stappen vastgelegd.

LITERATUUR

Achenbach, T.M., McConaughy, S.H., Howell, C.T. (1987). *Child/adolescent behavioural and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity*. *Psychol. Bull.*, 101 (2), 213-232.

APA (1994). *DSM-IV. Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders* (4th Edition). Washington, American Psychiatric Association.

Arteel, P., Van Nuffel, R., De Graeve, J., Geenen, L., Vermeire, M. (1998). *Kwaliteitsthema's, kwaliteitscriteria en kwaliteitsindicatoren in de geestelijke gezondheidszorg. Een verkennende studie. Eindrapport*. Gent, VVGG.

Arteel, P., Van Nuffel, R., Duprez, A., Vander Laenen, F. (1998). *Kwaliteit van leven van langdurig psychisch zieken. Een kwalitatieve benadering: de betrokkenen aan het woord*. Gent, VVGG.

Autrique, M., Vanderplasschen, W., Pham, T.H., Broekaert, E., Sabbe, B. (2007). *Evidence-based werken in de verslavingszorg: een stand van zaken. Les pratiques 'evidence based' dans l'aide aux toxicomanes: un état des lieux*. Gent, Academia Press.

Baert, S. (2007). *Meetinstrumenten en behandelrichtlijnen in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg. Inventaris 2006. Deel 2*. In VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Gent, VVGG.

Bayingana, K., Demarest, S., Gisle, L., Hesse, E., Miermans, P.J., Tafforeau, J., Van der Heyden, J. (2006). *Boek II Gezondheidstoestand. Gezondheidsenquête België 2004*. Brussel, Wetenschappelijk instituut Volksgezondheid.

Bean, Ph., Nemitz, T. (Eds.) (2004). *Drug treatment: what works?* London, New York, Routledge.

Bernheim, J.L. (1999). How to get serious answers to the serious question: 'How have you been?': subjective Quality of Life (QoL) as an individual experiential emergent construct. *Bioethics*, 3, 272-287.

Bernheim, J., Heylighen, F. (2003). Geluk en Vooruitgang: een verkenning. *Medi-Sfeer*, 189, 23-29.

Bernheim, J.L., Theuns, P., Mazaheri, M., Hofmans, J., Fliege, H., Rose, M. (2006). The potential of Anamnestic Comparative Self-Assessment (ACSA) to reduce bias in the measurement of subjective well-being. *Journal of Happiness Studies*, 7, 227-250.

Besluit van 27 januari 2006 houdende de uitvoering van het decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen in de psychiatrische ziekenhuizen en de centra voor geestelijke gezondheidszorg. *Belgisch Staatsblad*, 23 februari 2006.

Bonnewyn, A., Bruffaerts, R., Van Oyen, H., Demarest, S., Demyttenaere K. (2005). Impact van mentale stoornissen op het dagelijks functioneren van de Belgische bevolking. Resultaten van de European study on epidemiology of mental disorders (ESEMED). *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 61 (16), 1102 – 1108.

Brooks, R. (1996). EuroQol: the current state of play. *Health Policy*, 37, 53 – 72.

Campbell, S.M., Braspenning, J., Hutchinson, A., et al. (2002). Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Quality and Safety in Health Care*, 11, 358 – 364.

Casselmann, J. (2006). *Introduction. Plenary Session 'What (else) works? What does the evidence tell us? Drugs, alcohol and criminal justice: addressing the balance.* University of Warwick, 13-15 March 2006.

Commissie van de Europese Gemeenschappen (2005). Groenboek. *De geestelijke gezondheid van de bevolking verbeteren. Naar een strategie inzake geestelijke gezondheidszorg voor de Europese Unie.* Brussel, Commissie Europese Gemeenschappen.

Corten, P., Mercier, C., Pelc, I. (1994). Subjective quality of life: clinical model for assessment of rehabilitation treatment in psychiatry, Soc. *Psychiatry Epidemiol.*, 29 (4), 178-183.

Corten, Ph., Mercier, C. (s.d.). *Quavisub. Evaluation des stratégies de qualité de vie.* Auto-évaluation Version B6.

De Bock, M., Lambrechts, M.-Cl. (2007). *Evidence based werken in alcohol- en drugpreventie.* In: Casselman, J., Kinable, H. (Eds.), *Gebruik van illegale drugs. Multidimensionaal bekeken.* Heule, UGA.

De Graeve, J. (2001). *Integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen. Het Kwaliteitsdecreet.* In: Welzijnsgids, Welzijnzorg, Methodiek. 42 (Gra.1-10), 113-122.

De Ruyver, B., Ponsaers, P., Lemaître, A., Macquet, C., De Wree, E., Hodeige, R., Pieters, T., Cammaert, F., Sohier, C. (2007). *Effecten van alternatieve afhandeling voor druggebruikers.* Gent, Academia Press.

De Rycke, R. (2003). *Strategisch management voor de gezondheids- en welzijnssector.* Tiel, Lannoo.

De Wilde, J., Soye, V., Vandevelde, S., Broekaert, E., Vander Beken, T., Guillaume, R., Dumortier, E., Caels, Y. (2007). *Druggebruik en psychopathologie in gevangenen: een exploratieve studie tot methodiekontwikkeling.* Gent, Academia Press.

Decreet van 25 februari 1997 betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen. *Belgisch Staatsblad*, 9 april 1997.

Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen. *Belgisch Staatsblad*, 10 november 2003.

Delepaul, Ph., Bak, M., Gunther, N., Van Daal, M., Strouken, M., Roelofs, E., van Os, J., Zorgmonitor, GZ Regio 27.

Dom, G., Raes, V., De Wilde, B., Van den Brink, W. (2004). Meetinstrumenten bij stoornissen in het gebruik van middelen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46 (10), 671-674.

Douglas, K.S., Webster, C.D., Hart, S.D., Eaves, D., Ogloff, J.R.P. (2001). *HCR-20 Violence Risk Management Companion Guide.* Burnaby, Simon Fraser University.

Ferdinand, R.F. (2000). Nederlandse vertaling van de Conner's Beoordelingsschalen. Rotterdam, Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het Sophia Kinderziekenhuis.

Ferdinand, R.F., Van Lier, M.H.M., Van Der Most, G.H.F., De Nijs, P.F.A., Reichart, C.G., Dekkers, F.H.W. (2004). Meetinstrumenten bij psychiatrische stoornissen bij kinderen en jeugdigen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46 (10), 659-664.

Fonagy P., Target, M., Cotrell, D., Phillips, J., Kurtz, Z. (2002). *What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents.* New York, London, Guilford Press.

Fordham, R., Jones, L., Sumnal, H., McVeigh, J., Bellis, M. (2007). *The economics of preventing drug use. An introduction to the issues.* Liverpool, National Collaborating Centre for Drug Prevention.

Gaite, L., Vazquez-Barquero, J.L., Oliver, J., Huxley, P. (2006). *Lancashire Quality of Life Profile – European Version*. In: Thornicroft, G. et al. (2006), International outcome measures in mental health. Quality of life, needs, service satisfaction, costs and impact on carers. London, Gaskell.

Gasser, J., Despland, J.-N. (2007), *Evaluation des psychothérapies. La situation en Suisse*. Lezing in: Van Nuffel, R., Maatschappelijke verantwoording en kwaliteitszorg: over meetinstrumenten en indicatoren, Gent, VVGG. (reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Deel 1)

Goethals, J. (2006). What works? Evidence based no nonsense criminologie? *Panopticon*, 27, 1-6.

Hare, R.D. (1991). *Manual for the Hare Psychopathic Checklist – Revised*. Toronto, Multi Health Systems.

Harris, G.T., Rice, M.E., Quinsey, V.L. (1993). Violent recidivism of mentally disordered offenders. The development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 315-335.

Hartgers, C. (1996). *De Nederlandse vertaling van de handleiding voor training en afname van EuroASI vraaggesprekken*, bij EuroASI versie III (3e druk). Amsterdam, AIAR.

Havenaar, J.M., Van Os, J., Wiersma, D. (2004). Algemene meetinstrumenten in de psychiatrische praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46 (10), 647-651.

Heginbotham, C. (2007). *Outcomes and effectiveness in mental health care. Measuring what matters*. Lezing in: Van Nuffel, R., Maatschappelijke verantwoording en kwaliteitszorg: over meetinstrumenten en indicatoren, Gent, VVGG. (reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Deel 1)

Hendriks, V., Kaplan, C.D., van Limbeek, J., Geerlings, P. (1989). The Addiction Severity Index: reliability and validity in a Dutch addict population. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 6 (2), 133-142.

Hengeveld, M.W., Van der Mast, R.C., Nolen, W.A. (2004). Meetinstrumenten in de opleiding tot psychiatrie. *Tijdschrift Psychiatrie*, 46 (10), 717-720.

Hilhorst, M. (2004). *Goed doen met winstmaken. Naar een economisering van zorg en beroepsethiek? Achtergrondstudie voor Centrum voor ethiek en gezondheid (CEG)*. Zoetermeer, Raad voor de volksgezondheid en Zorg.

Hubble, M.A., Duncan, B.L., Miller, S.D. (Eds) (2004). *Heart and soul of change. What works in therapy*. Washington DC, American Psychological Association.

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

Keymeulen, R., Raes, V (1999). *European Addiction Severity Index (EuroASI)*. Handleiding De Sleutel. Merelbeke, De Sleutel.

Knegtering, H., Bruggeman, R. (2004). Meetinstrumenten bij psychotische stoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46 (10), 675-679.

Kokkevi, A., Hartgers, C. (1995). EuroASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210.

Lambert, M.J., Asay, T.A. (2004). *Clinically significant change*. In Hubble, M.A., Duncan, B.L., Miller, S.D. (Eds.), *Heart and soul of change. What works in therapy*. Washington DC, American Psychological Association.

Lambert, M.J. (Ed) (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York, Wiley.

Leys, M. (Ed) (2003). *Preferenties en competenties van consumenten. Een 'quick scan' van aandachtspunten en wetenschappelijke inzichten*. Den Haag, Zon Mw.

Matthys, N., Van Hal, G., Beurtels, Ph. (2006). *Evidence based cannabispreventie in Vlaanderen*. Antwerpen, UA.

Mc Lellan, A.T., Luborski, L., Woody, G.E., O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 168 (1), 26-33.

Mc Lellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G. (1992). The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9 (3), 199-213.

Memorie van Toelichting van 27 maart 1996 bij het ontwerp van het Decreet betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen.

Ministerieel Besluit van 15 februari 1999 betreffende de uitvoering van het Kwaliteitsdecreet in algemene, universitaire, categorale en psychiatrische ziekenhuizen. *Belgisch Staatsblad*, 26 maart 1999.

Mol, A. (2006). *De logica van het zorgen. Actieve patiënten en de grenzen van het kiezen*. Amsterdam, Van Gennep.

Mulder, C.J., Sytema, S., Wierdsma, A.I. (2000). Statusmeting en instrumentgestuurde planning in de GGZ. Een zoektocht naar de heilige graal. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 55, 790-799.

Mulder, C.L., et al. (2004). De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) als instrument voor 'routine outcome assessment'. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 46 (5), 273 – 283.

Mulder, E., *Prestatie-indicatoren voor kwaliteit van zorg in de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg*. Lezing, in: Van Nuffel, R., Maatschappelijke verantwoording en kwaliteitszorg: over meetinstrumenten en indicatoren, Gent, VVGG. (reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Deel 1)

Nassen, E., Theunis, K., Du Laing, L., Van Holsbeek, J. (1999). *Nieuw beschrijvend begrippenkader geestelijke gezondheidszorg*. Brussel, Lipac.

Nassen, E. (2001). Tien stappen in de concretisering van een nieuw begrippenkader voor de geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 31 (1), 37-48.

Nationale (Nederlandse) Raad voor de Volksgezondheid. Samenvatting begrippenkader kwaliteit van de Beroepsuitoefening.

Nelson, E.C., Splaine, M.E., Batalden, P.B., et al. *Measuring clinical outcomes at the front-line*. In Caldwell, C. (Ed) (1998). *The handbook for managing change in health Care*. Milwaukee, ASQQuality Press.

Netwerk Hulpverlening bij Kindermishandeling Antwerpen. (2004). *Instrument voor gezins- en opvoedingsdiagnostiek van de werkgroep ouderbegeleiding*. Antwerpen, Intern document.

Nijssen, Y.A.M., Schene, A.H., De Haan, R.J. (1999). Kwaliteitsbeoordelingsinstrumenten voor patiënten in de geestelijke gezondheidszorg. Een overzicht. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 41 (11), 25-37.

Nolen, W.A., Dingemans, P.M.A.J. (2004). Meetinstrumenten bij stemmingsstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46 (10), 681-686.

Nolen, W.A. (2004). Meten is weten, ook in de psychiatrie. Aanbevelingen voor het gebruik van meetinstrumenten in de dagelijkse praktijk. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 46 (10), 643 – 645.

O'Boyle, C.A., Browne, J., Hickey, A.M., et al. (1995). *Schedule for the Evaluation of individual Quality of Life (SEIQoL): a direct weighting procedure for quality of life domains (SEIQoL-DW). Administration Manual*. Dublin, Royal College of Surgeons in Ireland, Dept. Of Psychology.

O'Boyle, C.A., Hickey, A.M., Bury, G., O'Kelly, F.D., Shannon, W. (1996). A new short-form individual quality of life measure (SEIQoL-DW): application in a cohort of individuals with HIV/AIDS. *British Medical Journal*, 313, 29 – 33.

Omzendbrief van 10 juni 1999 betreffende de uitvoering van het Kwaliteitsdecreet in de centra voor geestelijke gezondheidszorg. *Belgisch Staatsblad*, 6 augustus 1999.

Omzendbrief van 15 december 1999 - Uitvoering van het Decreet van 25 februari 1997 betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen, in algemene en universitaire ziekenhuizen: nadere regels inzake de aanvaarde indicatoren bij het thema 'ziekenhuisinfecties' en richtlijnen voor de registratie en rapportage. *Belgisch Staatsblad*, 6 januari 2000.

Omzendbrief van 15 december 1999 - Uitvoering van het Decreet van 25 februari 1997 betreffende de integrale kwaliteitszorg in de verzorgingsvoorzieningen, in algemene en universitaire ziekenhuizen: nadere regels inzake de aanvaarde indicatoren bij het thema 'ziekenhuisinfecties' en richtlijnen voor de registratie en rapportage. Erratum. *Belgisch Staatsblad*, 2 februari 2000.

Omzendbrief van 20 april 1999 betreffende de uitvoering van het Kwaliteitsdecreet in algemene, universitaire, categorale en psychiatrische ziekenhuizen. *Belgisch Staatsblad*, 6 augustus 1999.

Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H., Willutzki, U. (2004). *Years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change*. In Lambert, M.J. (Ed), Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley, New York.

Overeenkomst tussen de Vlaamse Gemeenschap en de Vereniging voor Geestelijke Gezondheid voor 2006-2008.

Pieters, G. (1999). *Evidence-based psychiatrie?* Tijdschrift Klinische Psychologie, 29 (2), 85-92.

Raes, V., Lombaert, G., Keymeulen, R. (2004). *De Nederlandse vertaling van de handleiding voor training en afname van EuropASI vraaggesprekken, aangepast voor België-Vlaanderen. Versie 2004*. Gent, De Sleutel.

Rapley, B. (2003). *Quality of life research*. London, Sage.

Saan, H., de Haes, W. (2005). *Gezond effect bevorderen. Het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering*. Woerden, NIGZ.

Schene, A.H. (1986). *Worried at home. A monograph on burden on the family in psychiatry (in Dutch)*. Utrecht, Nederlands Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid.

- Schene, A.H., van Wijngaarden, B. (1991). *De Betrokkenen Evaluatie Schaal (BES)*. Amsterdam, Vakgroep Psychiatrie, Universiteit Amsterdam.
- Schene, A.H. (1992). *Psychiatrische dagbehandeling en 24-uursbehandeling: een vergelijkend onderzoek (proefschrift)*. Utrecht, Rijksuniversiteit Utrecht.
- Schut, E. (2001). *De zorg is toch geen markt? Laveren tussen marktfaalen en overheidsfaalen in de gezondheidszorg, Oratie*. Rotterdam, IBMG.
- Slife, B.D., (2004). *Theoretical challenges to therapy practice and research: the constraint of naturalism*. In: Lambert, M.J. (Ed) (2004), Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change. New York, Wiley.
- Souris, M., Ledure, Gn Bernheim, J.L. (1983). *L'auto-évaluation anamnestic comparative (ACSA). III. Fiabilité de la méthode et tolérance des malades cancéreux*. *Psychologie Médicale*, 15, 1625 – 1626.
- Spilker, B. (1996). *Quality of life and pharmacoconomics in clinical trials (2nd ed.)*. Philadelphia, Lippincott-Raven.
- Thornicroft, G., Becker, T., Knapp, M., Knudsen, H.C., Schene, A., Tansella, M., Vazquez-Barquero J.L. (2006). *International outcome measures in mental health. Quality of life, needs, service satisfaction, costs and impact on carers*. London, Gaskell.
- Tubex, H. (2006). 'What works' in Belgium? Behandeling in strafrechtelijke context. Verslag van de studiedag die op 6/6/2006 werd georganiseerd door de VUB, Vakgroep Criminologie. *Panopticon*, 6, 88-96.
- van Balkom, A.J.L.M., De Beurs, E., Hovens, J.E.J.M., Van Vliet, I.M. (2004). Meetinstrumenten bij angststoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 10, 687-692.
- van Os, J., Delespaul, P., Radstake, S., et al. (2002). Kernparameters ter evaluatie van een zorgprogramma voor psychotische patiënten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 56, 952-966.
- van Wijngaarden, B., Wennink, H.J., Kok, I. (2003). *Klinische uitkomstindicatoren in de ggz en verslavingszorg. In Nederland verkrijgbare instrumenten getoetst op betrouwbaarheid, validiteit en toepasbaarheid*, Utrecht, Trimbos-instituut.
- van Wijngaarden, B., Kertzman, T., Kok, I. (2003). *De GGZ Thermometer nader onderzocht. De evaluatie van een vragenlijst voor cliëntwaardering in de volwassenenzorg*. Utrecht, Trimbosinstituut.
- van Wijngaarden, B. (2007). *Het meten van effectiviteit van de zorg in Nederland: actuele stand van zaken*. Lezing. Gent, VVGG. in: Van Nuffel, R., Maatschappelijke verantwoording en kwaliteit: over meetinstrumenten en indicatoren, Gent, VVGG. (reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Deel 1)
- Vandereycken, W., Claes, L., Bloks, H. (2004). Meetinstrumenten bij eetstoornissen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46 (10), 701-704.
- Vanderplasschen, W., Copart, K., Lobbens, P., Messely, J., Meul, J., Seynaeve, P., Vermeiren, D. (2006). *Follow-up onderzoek naar de effecten van de behandeling van alcoholafhankelijkheid in een aantal psychiatrische ziekenhuizen*. Gent, Universiteit Gent Vakgroep Orthopedagogiek.
- Veenhoven, J.R. (1993). *World Database Happiness. Happiness in nations. Subjective appreciation of life in 56 nations 1946 – 1992*. Rotterdam, Studies in social and cultural transformation.

Walburg, J.A. (2003). *Uitkomstenmanagement in de gezondheidszorg. Het opbouwen van lerende teams in de zorgorganisaties*. Maarsen, Elsevier gezondheidszorg.

Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate. Models, methods and findings*. Mahwah, New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.

Ware, J.E. Jr, Snow, K.K., Kosinski, M., Gandek, B. (1993). *SF-36 health survey manual and interpretation guide*. Boston, New England medical centre.

Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., Hart, S.D. (1997). *HCR-20 Assessing Risk for Violence*. Burnaby, Simon Fraser University.

Wing, J.K., Beevor, A.S., Curtis, R.H., et al. (1998). Health of the Nation outcome Scales (HoNOS). Research and development. *British Journal of Psychiatry*, 172, 11 – 18.

Wollersheim, H., Faber, M.J., Grol, R.P.T.M., Dondorp, W.J., Struijs, A.J. (2006). *Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren*. Zoetermeer, Centrum voor Ethiek en Gezondheid.

ENKELE INTERESSANTE WEBSITES

www.prose.be

PROSE is een netwerk van gebruikers en deskundigen in de sectoren Onderwijs en Vorming enerzijds en Gezondheid en Welzijn anderzijds.

www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl

Deze website van het 'Tijdschrift voor psychiatrie' biedt een overzicht van meetinstrumenten in de geestelijke gezondheidszorg.

www.trimbos.nl

Het Trimbosinstituut in Nederland is reeds geruime tijd actief op het gebied van het bevorderen van uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg.

www.vvgg.be

Op de website van de VVGG (Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid) zijn verschillende rapporten terug te vinden over het thema resultaten van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg.

BIJLAGE: BASIS TERMINOLOGIE

De belangrijkste referenties die aangewend werden bij het opstellen van deze lijst met basisterminologie zijn: Kwaliteitsdecreet (Decreet, 1997; Arteel et al., 1998; Nassen et al., 1999; Pieters, 1999; Nassen, 2001; De Rycke, 2002; Walburg, 2003; Saan et al., 2005; Prestatie-indicatoren (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2006); Wollersheim et al., 2006.

- **Accreditatie (Nederland):** vorm van procesborging of procesbeveiliging door een externe toetsing van de mate waarin de organisatie zich houdt aan de regels van de sector zelf.
- **Actoren:** ‘de spelers in het spel’ (ook stakeholders):
- **Audit:** controle van de bedrijfsorganisatie (soorten audits: financiële, operationele en technische audit; interne en externe audit).
- **Balanced scorecard:** een set van metingen die managers een vlug maar alomvattend zicht bieden op de resultaten van een organisatie (eventueel belicht vanuit verschillende perspectieven: met name een financieel perspectief, een afnemersperspectief, een interne processen perspectief en een leer- en groeiperspectief).
- **Benchmarken (benchmarking):** het vergelijken van producten, diensten en werkwijzen van de eigen organisatie met de best presterende organisatie (s) of met de organisatie (s) die erkend worden als leidinggevend (naargelang de specifieke oriëntatie kan er sprake zijn van: competitief cliëntgericht, klinisch, kostengericht, strategisch benchmarken).
- **Benchmarkproces (benchmarkingsproces):** het voortdurende proces van benchmarken.
- **Best practice:** één van de mogelijkheden om de beste werkwijze bij zorgprocessen te identificeren door (internationaal) na te gaan wat aanzien wordt als de beste wijze in de praktijk (in het kader van practice based evidentie naast wetenschappelijke evidentie).
- **Betrouwbaarheid (‘reliability’):** de mate waarin een meetinstrument reproduceerbare en consistente resultaten oplevert. Reproduceerbaarheid kan worden getest door een meting te herhalen (‘test-retest reliability’), door dezelfde metingen te laten uitvoeren door verschillende waarnemers (interbeoordelaar betrouwbaarheid of ‘inter-rater reliability’) of door de meting uit te voeren met verschillende versies van het meetinstrument (‘equivalent-forms reliability’). Een meetinstrument is intern consistent wanneer de verschillende items hetzelfde meten.
- **Borging (of beveiliging):** systematiseren en vastleggen van processen (zie accreditatie, certificatie).
- **Casemanagement:** één persoon is verantwoordelijk voor het organiseren, coördineren en integreren van de zorg aan één cliënt (bijvoorbeeld bij cliënten met een hoge zorgconsumptie).
- **Certificatie (Nederland):** vorm van procesborging of procesbeveiliging volgens de certificatiemethodiek van een externe onafhankelijke certificatie-instelling (de HKZ, de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector), die toetst of aan de eisen wordt voldaan en die daarop periodiek toezicht houdt.
- **Cliënttevredenheid (ook cliëntwaardering):** de tevredenheid van de cliënt die men in toenemende mate tracht te meten en waarbij een veelheid van dimensies aan bod kunnen komen (naast uitkomsten van zorg, eventueel ook algemene tevredenheid, toegang, kosten, algemene kwaliteit, menselijkheid, competentie, informatieverstrekking, administratieve procedures, fysieke omgeving, continuïteit van zorg).
- **Cliëntwaardering (zie cliënttevredenheid)**

- Consensusconferentie: een bijeenkomst van experts en beroepsbeoefenaars uit het veld waar inhoudelijk controversiële onderwerpen aan bod komen en waarbij volgens een redelijk strakke werkwijze de aanwezige ervaringskennis geëxpliciteerd wordt. Daarna worden de gemeenschappelijk aanvaarde elementen benoemd en deze worden uiteindelijk geformuleerd in richtlijnen, die practice based richtlijnen worden genoemd.
- DALY (Disability-Adjusted Life Years): een ziektelast van één Daly staat voor één levensjaar dat iemand als gevolg van een minder goede gezondheid verliest. Dat kan zijn omdat iemand door een ziekte niet goed functioneert (uitgedrukt in ziektejaar-equivalent) of omdat hij of zij eerder is overleden als gevolg van deze ziekte (uitgedrukt in verloren levensjaren). Zie ook QALY.
- Doelmatigheid (ook efficiëntie): de binnen instellingsverband verleende zorg is doelmatig wanneer met een verantwoord gebruik van menskracht en middelen de gestelde doelen worden gerealiseerd (Nederlandse Nationale Raad voor de Volksgezondheid).
- Doeltreffendheid (ook effectiviteit): de zorg is doeltreffend wanneer met de zorgverlening de boogde doelen worden bereikt (Nationale Raad voor de Volksgezondheid).
- EBM (zie Evidence-Based Medicine).
- Effectiviteit: (zie doeltreffendheid).
- Efficiëntie: (zie doelmatigheid).
- EFQM-model (ook INK-model): een evaluatie-instrument ontwikkeld door de European Foundation for Quality Management dat op een systematische wijze de kwaliteit van vijf organisatiegebieden meet (leiderschap, beleid en strategie, personeelsbeleid, middelen en processen) en vier resultaatgebieden (cliënttevredenheid, medewerkerswaardering, waardering vanuit de samenleving en ondernemingsresultaten)
- EURO/QoL: is de meest gebruikte vragenlijst bij kwaliteit-van-leven-onderzoek, waarbij men de gezondheidstoestand met vijf items meet (stemming, mobiliteit, pijn, zelfverzorging en dagelijkse activiteiten).
- Evidence based geestelijke gezondheidszorg: een toepassing van de principes van EBM op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg.
- Evidence-Based Medicine: is het gewetensvol, expliciet en oordeelkundig gebruik van wat op dit ogenblik als beste wetenschappelijke kennis beschikbaar is, bij het nemen van beslissingen over de zorg voor individuele patiënten; het veronderstelt de integratie van individuele klinische expertise met de beste externe klinisch-wetenschappelijke kennis uit systematisch onderzoek.
- Evidentie (wetenschappelijke evidentie): met grote waarschijnlijkheid bewezen, rekening houdend met de huidige stand van de wetenschap.
- Exitinterviews: interviews van cliënten bij het beëindigen van een behandeling.
- Gebruiksvriendelijkheid: de eigenschap van een meetinstrument waarbij belangrijke deelaspecten voor het gebruik in de dagelijkse praktijk zijn: vlotte uitvoerbaarheid, beperkte tijdsinvestering en weinig of geen bijkomende opleiding.
- Gegevensregistratie (zie registratie).
- Geldigheid ('validity'): de mate waarin een instrument echt meet wat het bedoelt te meten. Er zijn verschillende soorten geldigheid. Inhoudsgeldigheid wordt bepaald door de vragen aan een expertpanel voor te leggen om na te gaan of zij inhoudelijk weerspiegelen wat men wil meten. Criteriumgeldigheid betreft het beoordelen door de resultaten ervan te vergelijken met de resultaten van een algemeen aanvaarde (gouden) standaard. Constructgeldigheid betreft de vraag of het theoretisch concept van het meetinstrument op adequate wijze toelaat te meten

wat het wil meten.

- Gevoeligheid ('sensitivity'): het vermogen van een meetinstrument om verschillen tussen individuen of groepen aan het licht te brengen.
- Incidentie: de frequentie waarbij nieuwe ziektegevallen zich voordoen (bijvoorbeeld gedurende één jaar).
- Integrale kwaliteitszorg: managementaanpak van een verzorgingsvoorziening toegespitst op kwaliteit, gebaseerd op de deelname van al haar medewerkers en strevend naar succes op lange termijn door het afstemmen van de zorg op de cliënt/patiënt, en naar voordelen voor alle medewerkers van de verzorgingsvoorziening en voor de samenleving (Kwaliteitsdecreet, 1997).
- INK-model: het evaluatiemodel van het INK (Instituut Nederlandse Kwaliteit) dat de Nederlandse partnerorganisatie is van het EFQM Representative Office te Brussel (zie EFQM-model).
- ISO 9000: een geheel van internationale standaarden voor 'quality management' en 'quality assurance' goedgekeurd door de 'International Standards Organisation'.
- Kernproces (zie primair proces)
- Klinisch pad: optimale volgorde en timing van interventies van verschillende medewerkers bij een bepaalde zorgopdracht (probleem of procedure).
- Klinische uitkomst: het verschil tussen de eerste vaststelling van een klinische toestand en de evaluatie daarvan na de behandeling.
- Kwaliteitsbeleid: overkoepelende intenties en koers van een verzorgingsvoorziening met betrekking tot integrale kwaliteitszorg zoals deze door de hoogste leiding binnen de verzorgingsvoorziening wordt bekrachtigd (Kwaliteitsdecreet, 1997).
- Kwaliteitscoördinator: persoon die als aanspreekpunt fungeert en die de kwaliteitsinspanningen van de voorziening begeleidt (Kwaliteitsdecreet, 1997).
- Kwaliteitshandboek: document waarin het kwaliteitsbeleid van een verzorgingsvoorziening is vastgelegd en waarin het kwaliteitssysteem is beschreven (Kwaliteitsdecreet, 1997).
- Kwaliteitsindicator: meetbare factor die een aanwijzing geeft van de kwaliteit van de gezondheidszorg in een verzorgingsvoorziening (Kwaliteitsdecreet, 1997).
- Kwaliteitsplan: document dat de voor integrale kwaliteitszorg specifieke operationele doelstellingen, middelen, procedures en acties uiteenzet die relevant zijn voor een bepaalde dienstverlening (Kwaliteitsdecreet, 1997).
- Kwaliteitssysteem: organisatiestructuur, procedures, processen en middelen die nodig zijn om integrale kwaliteitszorg te implementeren (Kwaliteitsdecreet, 1997).
- Medewerkerstevredenheid (personeelstevredenheid): tevredenheid bij de medewerkers.
- Meta-analyse: een kwantitatieve methode om de resultaten van verschillende, onafhankelijk van elkaar verrichte onderzoeken naar het effect van een zorginterventie te combineren tot één effectschatting.
- Missie (opdrachtverklaring): een kernachtig geformuleerd antwoord op de volgende vragen: (1) wat willen we zijn? (2) voor wie? (3) met welke middelen? en (4) met welke uiteindelijke doelstellingen?
- Performance management: synoniem van uitkomstenmanagement.
- PDCA: plan-do-check-act cyclus.
- Practice based (zie consensusconferentie)
- Prestatie-indicator: meetbaar element van de zorgverlening die functioneert als een mogelijke aanwijzing van de kwaliteit van zorg.
- Prevalentie: de frequentie waarmee een verschijnsel zich voordoet op een bepaald moment (bijvoorbeeld op een bepaalde dag: dagprevalentie).

- **QALY (Quality-Adjusted Life Years):** een uitkomstmaat van een economische analyse, gedefinieerd als één jaar in goede gezondheid. Als door een interventie de levensverwachting wordt verlengd met één jaar in goede gezondheid, dan is de uitkomst één QALY. Evenzo, indien de interventie de levensduur niet verlengt, maar wel de kwaliteit van leven doet toenemen van bijvoorbeeld tweederde kwaliteit naar volledige kwaliteit gedurende drie jaar, dan is de uitkomst eveneens één QALY. (Zie ook DALY).
- **RCT (Randomised Controlled Trial)** ook gerandomiseerde gecontroleerde experimenten. Bij een RCT zijn vier kenmerken van belang. Ten eerste, randomisatie of at random (bij toeval) toewijzen van personen aan een experimentele of een controlegroep; ten tweede het 'double blind' toewijzen van de interventie aan de experimentele of aan de controlegroep, ten derde het uitvoeren van een gestandaardiseerde voormeting en nameting en ten vierde het vaststellen van een eenduidige relatie tussen interventie en resultaat.
- **Registratie (ook: gegevensregistratie):** systematische verzameling van gegevens waarbij belangrijke elementen zijn: klinische bruikbaarheid, geschiktheid voor de verschillende niveaus van zorg, de administratieve belasting en de kosten.
- **Sensitiviteit ('sensitivity'):** het vermogen van een instrument om een gegevenheid (bijvoorbeeld een gezondheidsprobleem) correct te identificeren.
- **Resultaten (zie uitkomsten).**
- **Specificiteit:** het vermogen van een instrument om degenen met een kenmerk (bijvoorbeeld ziekte) te onderscheiden van degenen zonder (deze ziekte).
- **Stakeholders:** personen of organisaties die een belang hebben in de organisatie en er zich kunnen mee bemoeien; letterlijk beheerder van de inzet, van het belang (zie ook actoren).
- **Strategische doelen of doelstellingen:** één element van een strategisch plan waarbij aangegeven wordt wat men wil realiseren tegen wanneer.
- **Uitkomstenmanagement:** het voortdurend verbeteren van zorguitkomsten van de best mogelijke zorgprocessen met het efficiëntste gebruik van hulpmiddelen.
- **Validiteit (zie geldigheid).**
- **Zorgkwaliteit:** de mate waarin de zorgprocessen de kans op door de patiënt gewenste uitkomsten verhogen en de kans op onwenselijke uitkomsten verminderen, gezien de huidige stand van de medische kennis.
- **Zorgproces:** een verzameling aaneengeschakelde activiteiten die input omzetten in output, met name een aantal taken die in samenhang worden uitgevoerd, waardoor een product of dienst wordt voorgebracht dat de cliënten tevreden moet stellen.

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

Deel 1

MAATSCHAPPELIJKE VERANTWOORDING EN KWALITEITSZORG: OVER MEETINSTRUMENTEN EN INDICATOREN INTERNATIONAAL SYMPOSIUM 1 DECEMBER 2006

Vier sprekers rapporteerden op het besloten VVGG-symposium over hun jarenlange ervaring met het spanningsveld tussen kwaliteitsverbetering en maatschappelijk verantwoording 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. Hij legde aan de hand van concrete voorbeelden het balanced scorecard, het uitkomstenkwadrant, uit in de Engelse gezondheidszorg. Jacques Gasser tenslotte haalde de consequenties aan van een nieuwe Zwitserse wet over de controle van ziektekosten.

Deel 2

MEETINSTRUMENTEN EN BEHANDELRICHTLIJNEN IN DE VLAAMSE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG 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.

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/2007/2566/4

Deel 3

METEN VAN UITKOMSTEN VAN BEHANDELING IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

LITERATUURSTUDIE 2007

Derde deel van een reeks van 5 rond het meten van uitkomsten van de behandeling in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. 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 1ste 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.

De Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VGG) promoot het thema van de geestelijke gezondheid in de samenleving. Publiekgerichte campagnes zijn daar een voorbeeld van. Daarnaast levert de VGG 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 kwaliteit van de zorg.

VGG - Documentatiecentrum

De VGG 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

VGG – 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