

**UITKOMSTENMANAGEMENT IN
DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG
IN VLAANDEREN
DEEL 4**

Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid



Stefaan Baert

**CONCEPT MAP
VAN GOEDE PSYCHIATRISCHE BEHANDELING
STAKEHOLDERSBEVRAGING NAJAAR 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/2008/2566/1

© Niets uit deze uitgave mag worden veelevoudigd 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:

Baert, S. (2008). Concept map van goede psychiatrische behandeling. Stakeholdersbevraging najaar 2007. Deel 4. In de VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Gent, VVGG.

INHOUDSTAFEL

ALGEMENE INLEIDING VAN DE REEK

DANKBETUIGING

VOORWOORD

HOOFDSTUK I: DOELSTELLINGEN EN METHODIEK

1.1. Doelstellingen

1.2. Methodiek

1.2.1. Selecteren van groepen en deelnemers

1.2.2. Brainstormen

1.2.3. Reductie van uitspraken

1.2.4. Structureren

1.2.4.1. Prioriteren

1.2.4.2. Clusteren

1.2.5. Data analyse

1.2.5.1. Meerdimensionele schaaltechniek

1.2.5.2. Hiërarchische clusteranalyse

1.2.6 Duiding

HOOFDSTUK II: RESULTATEN

2.1. Puntenwolk

2.2. Clusters

2.2.1. Cluster 1: respectvolle relatie tussen hulpverlener en patiënt

2.2.2. Cluster 2: organisatie van de passende zorg

2.2.3. Cluster 3: deskundige hulpverlener

2.2.4. Cluster 4: doel van de behandeling

2.2.5. Cluster 5: maatschappelijke aspecten

2.3. Dimensies

2.4. Waardering

2.5. Overeenkomsten en verschillen

2.5.1. Overeenkomsten

2.5.2. Verschillen

HOOFDSTUK III: ANDERE CONCEPTUALISERINGEN

3.1. Uitkomstenkwadranten volgens Walburg (2003)

3.2. Model voor psychotherapie-uitkomsten volgens Howard et al (1993 & 1996)

3.3. Relatie tussen hulpverlener en cliënt (Van Weeghel et al, 2005)

HOOFDSTUK IV: HET METEN VAN ASPECTEN VAN PSYCHIATRISCHE ZORG

HOOFDSTUK V: CONCLUSIES

5.1. Het concept goede psychiatrische zorg

5.2. Bedenkingen en toekomstperspectief

5.3. Klinische logica versus managementlogica en integrale kwaliteitszorg

LITERATUUR

BIJLAGEN

Bijlage 1: Prioriteren en clusteren van uitspraken

Bijlage 2: Lijst met 89 uitspraken

Bijlage 3: Peilen naar kwaliteit van zorg en nazorg in de geestelijke gezondheidszorg vanuit patiëntenperspectief

p. 4

p. 5

p. 6

p. 7

p. 7

p. 7

p. 7

p. 9

p. 9

p. 10

p. 10

p. 11

p. 11

p. 11

p. 11

p. 11

p. 13

p. 13

p. 13

p. 14

p. 14

p. 14

p. 14

p. 15

p. 15

p. 15

p. 19

p. 19

p. 19

p. 21

p. 21

p. 22

p. 22

p. 24

p. 26

p. 26

p. 26

p. 28

p. 29

p. 31

p. 31

p. 33

p. 36

ALGEMENE INLEIDING OP DE REEKS

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 van personen met een psychische stoornis. 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*¹. Samenvattingen van deze internationale studies zijn te vinden in meta-analyses² voor specifieke patiëntengroepen of behandelingen.

Dat de Vlaamse overheid verantwoording vraagt aan de geestelijke gezondheidszorg over het bieden van de beste kwaliteit voor de ter beschikking gestelde financiële middelen is volkomen terecht. Tien jaar geleden keurde het Vlaamse Parlement het *Kwaliteitsdecreet* goed. Hiermee volgde Vlaanderen een internationale tendens, die o.a. vanuit Nederland en Engeland naar ons kwam 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 patiëntentevredenheid, 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 ontwikkeld, ook in Vlaanderen en Nederland. Uit internationale literatuur blijkt echter 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 over de wetenschappelijke ondersteuning inzake het meten van behandelingsresultaten werd toevertrouwd aan de Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVGG). Deze opdracht vindt zijn neerslag in de beheersovereenkomst tussen de VVGG en de Vlaamse overheid die in 2006 van start is gegaan. De VVGG kan daarin een belangrijke, tweeledige bijdrage leveren: enerzijds als onafhankelijke intermediair tussen de academische onderzoeker en het werkveld en anderzijds als communicatiekanaal voor onderzoeksresultaten naar specifieke doelgroepen en het brede publiek.

De uitvoering van de beheersovereenkomst resulteert in de reeks '*Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen*'. De rode draad wordt gevormd door drie kernvragen:

1. 'Wat zijn de uitkomsten van een behandeling in de geestelijke gezondheidszorg?';
2. 'Hoe kunnen die uitkomsten gemeten worden?' en
3. 'Hoe wordt die informatie aangewend door de verschillende actoren?'

1 Een *randomised controlled trail (RCT)* is een gerandomiseerd onderzoek waarin patiëntengroep(en) vergeleken worden met een controlegroep. Bij een RCT zijn vier kenmerken van belang. Ten eerste, personen worden at random of bij toeval toegewezen aan een experimentele of een controlegroep; ten tweede weten de personen niet of ze tot de experimentele of de controlegroep behoren; ten derde het uitvoeren van een gestandaardiseerde voormeting en nameting en ten vierde het vaststellen van een eenduidige relatie tussen interventie en resultaat. In een dergelijk onderzoeksopzet wordt nagegaan of een bepaalde behandeling of interventie werkzaam of zinvol is.

2 Een meta-analyse is een kwantitatieve methode om de resultaten van verschillende, onafhankelijk van elkaar verrichte onderzoekingen naar het effect van een zorginterventie te combineren tot één effect-schatting.

DANKBETUIGING

Onze dank gaat uit naar Uilenspiegel, Ups & Downs (Vlaamse Vereniging voor Manische Depressieven), SOS Nuchterheid en Similes, voor het bijeenbrengen van patiënten en familieleden. De VVGG dankt ook de vertegenwoordigers van de overheid, hulpverleners en koepelorganisaties voor hun bijdrage.

Daarnaast dankt de auteur Paul Arteel, Rik Van Nuffel en Karin Vercauteren. Zij stonden in voor de praktische organisatie van de bijeenkomsten, de verwerking van de gegevens en het nalezen van de ontwerptekst. Dit geldt ook voor Joris Casselman, voorzitter van de VVGG, en de leden van de Adviesgroep wetenschappelijke ondersteuning voor het nalezen van deze tekst.

VOORWOORD

Het risico bestaat dat vooral meetinstrumenten worden geselecteerd op basis van beschikbaarheid, zonder rekening te houden met wat belangrijk wordt geacht door de betrokken actoren. In deze studie worden de verschillende aspecten van psychiatrische zorg die als belangrijk worden ervaren door betrokkenen (patiënten, de overheid, de familieleden, koepels en hulpverleners) in kaart gebracht. Een recent onderzoek in vijf Europese landen³ naar de kenmerken van goede psychiatrische zorg toont aan dat de visies en standpunten van de verschillende betrokkenen zowel gelijkenissen als verschillen vertonen (van Weeghel et al, 2005). Boevink et al (1995) en Nijssen et al (1997) onderzochten de verschillende aspecten van kwaliteit van leven, respectievelijk in de ambulante zorg en op een gesloten psychiatrische afdeling. Roeg et al (2005) deed een soortgelijk onderzoek in de verslaafdenzorg. Ook Uilenspiegel deed in 2006 een verdienstelijke poging om de kwaliteit van de zorg te beschrijven vanuit een patiëntenperspectief.

Eens de verschillende aspecten van psychiatrische zorg in kaart zijn gebracht, kan worden nagegaan welke van deze aspecten gemeten kunnen worden en voor welke aspecten reeds instrumenten zijn ontwikkeld. Zoals de titel van de reeks aangeeft, ligt de focus op uitkomstenmanagement. Het doel van uitkomstenmanagement is om via het meten van uitkomsten *aantoonbare* verbetering van klinische resultaten te bewerkstelligen en goede kwaliteit van leven na te streven, tegen aanvaardbare kosten en met tevredenheid van de patiënten (Wennick, 2007). De vraag naar uitkomsten van de behandeling sluit naadloos aan bij de idee van integrale kwaliteitszorg⁴ (Keymolen & Casselman, 2007). Als men echter de resultaten van de zorg wil verbeteren, zal men onvermijdelijk ook aandacht moeten hebben voor de kernprocessen van psychiatrische zorg (Wennink, 2007).

Niettegenstaande in Vlaanderen en Nederland de laatste jaren heel wat meetinstrumenten ontwikkeld zijn die behandelresultaten meten, staat Vlaanderen nog in zijn kinderschoenen wat betreft het systematisch meten van uitkomsten in de geestelijke gezondheidszorg (Baert, 2007). Werkwijzen in andere landen kunnen inspirerend zijn, maar kunnen niet klakkeloos worden overgenomen!

In het eerste hoofdstuk worden de doelstellingen en methodiek van deze studie uiteengezet. De gevolgde procedures en opmerkingen van deelnemers worden nauwgezet toegelicht.

In het tweede hoofdstuk komen de resultaten aan bod. De verschillende aspecten van psychiatrische zorg die door de deelnemers als belangrijk worden beschouwd, worden uitgebreid omschreven.

In het derde hoofdstuk worden de resultaten vergeleken met andere modellen uit internationaal onderzoek. Er wordt nagegaan waar de raakpunten en verschillen zich bevinden.

In het vierde hoofdstuk wordt nagegaan welke belangrijke aspecten gemeten kunnen worden.

Tenslotte worden in het laatste hoofdstuk conclusies geformuleerd.

Gent, januari 2008

3 België, Engeland, Griekenland, Italië en Nederland.

4 Integrale kwaliteitszorg is een managementaanpak van een zorginstelling 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).

HOOFDSTUK I: DOELSTELLINGEN EN METHODIEK

1.1. Doelstellingen

In dit onderzoek wordt via de concept mapmethode onderzocht welke aspecten van psychiatrische zorg als belangrijk worden ervaren door verschillende betrokkenen.

Een eerste doelstelling is het bepalen van de verschillende aspecten van psychiatrische zorg. Er gaat hierbij zowel aandacht naar de gemeenschappelijke deler, alsook naar de verschillen tussen de betrokkenen (patiënten, de overheid, de familieleden, koepels en hulpverleners). De methode laat bovendien toe te bepalen welke aspecten van psychiatrische zorg als belangrijk en minder belangrijk worden ervaren door de deelnemers (hoofdstuk 2). Zoals in het voorwoord reeds gesteld dient integrale kwaliteitszorg zowel aandacht te hebben voor uitkomsten van de zorg als voor de kernprocessen van de zorg. Vervolgens worden onze resultaten vergeleken met andere modellen of onderzoeksresultaten (hoofdstuk 3). Tot slot wordt nagegaan welke belangrijke aspecten van psychiatrische zorg gemeten kunnen worden (hoofdstuk 4).

1.2. Methodiek

Zoals blijkt uit de literatuurstudie is het meten van de uitkomsten van de behandeling in de geestelijke gezondheidszorg niet alleen een actueel, maar ook uiterst complex en delicaat onderwerp (Keymolen & Casselman, 2007). De uitkomst van een behandeling is gebaseerd op een groot aantal aspecten van de zorg en het zorgproces (Ketelaars et al, 1993).

Concept mapping is een methode die de meningen van een aantal mensen op een gestructureerde manier in kaart brengt. In dit onderzoek helpt de methode betrokkenen bij de zorg (patiënten, de overheid, de familieleden, koepels en hulpverleners) bij het expliciteren van aspecten van psychiatrische zorg. Van concrete uitspraken wordt gewerkt naar meer omvattende, abstracte begrippen die samen een goed beeld geven van alle relevante aspecten (bottom-up) (Ketelaars et al, 1993). Aan de deelnemers wordt in een tweede fase gevraagd om hun uitspraken te beoordelen op relevantie (prioriteren) en inhoud (clusteren). Deze gegevens worden verwerkt met een computerprogramma. De resultaten worden onder de vorm van een concept map of puntenwolk voorgelegd aan de deelnemers, die vervolgens de verschillende clusters en dimensies benoemen. Deze methodologie, ontworpen door Trochim et al (1994), wordt hieronder in verschillende fases uitgebreid toegelicht.

Bij de bespreking van de resultaten op het einde van de tweede fase kwamen twee methodologische aspecten naar voor. Een eerste opmerking betreft de representativiteit van de deelnemers (1.2.1.), een tweede betreft de manier waarop de uitspraken zijn gereduceerd (1.2.3.). In de mate van het mogelijke werd met deze opmerkingen rekening gehouden bij de verwerking van de data en de interpretatie van de resultaten.

1.2.1. Selecteren van groepen en deelnemers

Het selecteren van de deelnemers gebeurde door twee stafmedewerkers van de VVGG. Uitgangspunt hierbij was dat de verschillende niveaus, micro-, meso- en macroniveau, vertegenwoordigd waren. Om tot een representatieve steekproef van alle rechtstreekse betrokkenen bij de psychiatrische zorg te komen werden vijf groepen betrokkenen onderscheiden: patiënten en hulpverleners (microniveau), familieleden en koepels (mesoniveau) en de overheid (macroniveau).

Bij de selectie van deelnemers werd verder, afhankelijk van de groep, rekening gehouden met een aantal specifieke aspecten. Er werd beroep gedaan op drie patiëntenorganisaties, Uilenspiegel, Ups & Downs (Vlaamse Vereniging voor Manisch Depressieven) en SOS Nuchterheid. Alle geselecteerde patiënten zijn reeds geruime tijd ervaringsdeskundige. Bij de overheid zijn zowel het Vlaamse als het federale niveau vertegenwoordigd. De andere overheidsniveaus hebben op vlak van psychiatrische zorg geen bevoegdheden. De selectie van familieleden gebeurde in samenwerking met de familievereniging Similes. De vierde groep is meer heterogeen samengesteld. Tot deze groep behoren vertegenwoordigers van een mutualiteit, het management van zorginstellingen, de federatie van zorginstellingen en de academische wereld. De meeste hulpverleners werken in dienstverband, slechts enkele werken daarnaast ook zelfstandig. Diverse theoretische denkkaders en verschillende functies waren vertegenwoordigd.

Alle deelnemers werden geacht hun persoonlijke visie te vertolken. Ze spreken niet in naam van hun instelling, organisatie of vereniging.

Aan de eerste en tweede fase van het onderzoek namen respectievelijk 42 en 28 betrokkenen deel. De meeste deelnemers aan de tweede fase participeerden ook aan de eerste. De verdeling van de verschillende groepen van betrokkenen is opgenomen in tabel 1, opgedeeld in fase 1 en 2.

Tabel 1: deelnemers en uitspraken

Fase 1: brainstormen		
Betrokkenen	Locatie en datum	Deelnemers
Patiënten	Gent, 6 september 2007	5
Overheid	Brussel, 10 september 2007	4
Familie	Heverlee, 10 september 2007	11
Zorg- en koepel	Brussel, 11 september 2007	9
Hulpverleners	Kortenbergh, 11 september 2007	13
Totaal		42
Fase 2: clusteren en prioriteren		
Betrokkenen	Locatie en datum	Deelnemers
Patiënten	Schaarbeek, 14 september 2007	6*
Overheid		3
Familie		5*
Zorg- en koepel		7
Hulpverleners		7
Totaal		42

* na correctie

De familieleden en de patiënten hadden het gevoel dat zij ondervertegenwoordigd waren in fase 2. Een eerste optie om aan deze opmerking tegemoet te komen was om de scores van deze deelnemers twee keer in te geven, zodat het individuele standpunt van deze deelnemers wordt versterkt. Uiteindelijk werd voor een methodologisch meer verantwoorde manier gekozen en hebben drie bijkomende patiënten en één bijkomend familielid de prioriteer- en clusteropdracht uitgevoerd.

1.2.2. Brainstormen

Om het verzamelen van uitspraken zo doeltreffend mogelijk te laten verlopen, werden er voor de verschillende betrokkenen vijf aparte groepsbijeenkomsten georganiseerd. Dit verhoogt de kans dat vertegenwoordigers uit elke groep hun stem laten horen.

Tijdens elke bijeenkomst werd aan de deelnemers dezelfde zin voorgelegd. De zin moest begrijpbaar zijn voor alle groepen en voldoende algemeen zijn. De zin luidde: “*Volgens mij is een goede psychiatrische behandeling...*” Een zin die de deelnemers moeten afmaken bevordert de gelijke structuur van de uitspraken.

De deelnemers deden aan de hand van bovenstaande zin zoveel mogelijk uitspraken, zonder met elkaar in discussie te gaan. Alle deelnemers werden aangemoedigd om uitspraken te formuleren. Het grote voordeel van de brainstormmethode is dat deelnemers op elkaars uitspraken kunnen associëren.

Elke uitspraak moet helder en kort geformuleerd worden. Gezien de uitspraken ook voor de andere groepen begrijpbaar moesten zijn, zijn tijdens de brainstormbijeenkomsten een aantal uitspraken, samen met alle deelnemers, geherformuleerd. Uitspraken die te vaag waren, zoals ‘een goede dienstverlening’ of ‘rekening houden met niet-medische aspecten’ werden niet weerhouden. Uitspraken die niet van toepassing zijn, werden ook niet weerhouden.

Om zeker te zijn dat alle perspectieven aan bod zouden komen, is een uitgebreid vooronderzoek gebeurd, zowel naar instrumentarium (Baert, 2007), naar verschillende aspecten bij het meten van behandelresultaten (Keymolen & Casselman, 2007) als naar buitenlandse modellen en ideeën (Van Nuffel, 2007).

Voor de brainstorm wordt aangeraden dat het aantal deelnemers minimaal acht bedraagt (Roeg et al, 2005). Enkel voor de groep van de patiënten en de overheid is dit niet het geval (tabel 1), toch werden er in deze groepen voldoende uitspraken verzameld.

1.2.3. Reductie van uitspraken

De uitspraken van de vijf groepen werden door 2 stafmedewerkers van de VVGG samengebracht en er werd nagegaan of er overlappingen waren.

Een aantal patiënten en familieleden had na afloop van de bijeenkomst in Schaarbeek het gevoel dat in de definitieve lijst met uitspraken hun uitspraken onvoldoende aan bod kwamen. Bepaalde begrippen die door patiënten en familieleden belangrijk worden geacht, zoals patiëntenvertegenwoordiging en mantelzorg, werden op een meer algemene manier verwoord. Andere begrippen, zoals *ervaringsdeskundigheid* en *patiëntenrechten* werden wel letterlijk overgenomen.

Bij de selectie van uitspraken is niet over één nacht ijs is gegaan. De oorspronkelijke 293 uitspraken werden afgeprint op steekkaarten en op tafel gelegd. Met monnikengeduld en onderling overleg reduceerden 2 stafmedewerkers deze uitspraken tot 89 op basis van inhoudelijke overeenkomst.

Ter illustratie enkele voorbeelden:

Uitspraak 23 ‘*gericht op een stabiele omgeving*’ werd door de patiënten verwoord als een behandeling die patiënten sociaal ondersteunt, die het contact met familieleden en vrienden bevordert, indien de patiënt dit wenst.

Uitspraak 28 ‘*behandeling die de keuzevrijheid van de patiënt respecteert*’ kwam naar onze mening in vier groepen naar voor. De patiënten hadden het over een behandeling die zelfbeschikkingsrecht respecteert. De familieleden spraken in termen van vrije keuze van patiënt voor hulpverlener. De hulpverleners verwoordden het als respecteren van de keuzes van de patiënt en de koepels spraken van respect voor de keuzevrijheid van de patiënt.

Uitspraak 48 ‘ondersteunt de omgeving bij de zorg’ werd door de familieleden omschreven in termen van gezinsondersteunende netwerken, psycho-educatie voor familie, mantelzorg en het geven van goede informatie aan de familie.

Uitspraak 87 ‘beschouwt het gezin als bondgenoot van het team’ werd door de patiënt verwoord als een behandeling die de familie en burens betreft in de opvang van de patiënt. De familieleden hadden het over de familie als informatiebron voor een goede diagnose, signaal-functie van de familie, overleg met betrokken familie en gezinsvriendelijk.

Deze reductie was noodzakelijk opdat de deelnemers op een goede manier zouden kunnen prioriteren en clusteren. Het computerprogramma *Ariadne* kan immers niet meer dan 98 uitspraken verwerken (zie verder 1.2.5.). Inhoudelijk werden nauwelijks wijzigingen aangebracht!

De vrees bestond dat indien de vijf groepen samen zouden worden genomen voor de brainstorm, bepaalde groepen minder aan bod zouden komen. De gehanteerde werkwijze vergroot de kans dat uitspraken uit alle groepen vertegenwoordigd zijn. Uitspraken die overlappen moesten om praktische redenen worden samengenomen.

In tabel 2 wordt een overzicht gegeven van het aantal uitspraken per groep. In de tweede kolom staat het aantal uitspraken per groep uit de brainstormfase. In totaal werden door de vijf groepen samen 293 uitspraken gedaan. In de derde kolom staat het aantal uitspraken na de reductie⁵. Het percentage⁶ weerhouden uitspraken per groep is weergegeven in de laatste kolom. Hoe hoger het percentage, hoe meer uitspraken zijn weerhouden. Uit deze cijfers blijkt dat de uitspraken van de patiënten en familieleden voldoende representatief aanwezig waren in de 89 geselecteerde uitspraken. Bovendien blijkt dat uitspraken uit het micro⁷- en mesoniveau⁸ beter vertegenwoordigd zijn dan het macro-niveau⁹.

Tabel 2: geselecteerde uitspraken per groep

	Voor reductie (n)	Na reductie (n)	Weerhouden
Patiënten	61	35	39%
Overheid	42	29	33%
Familie	57	38	43%
Koepels	57	39	44%
Hulpverleners	76	54	61%

5 Gezien het feit dat dezelfde uitspraken in meerdere groepen voorkomen, bekomen we in de derde kolom *meer dan 89* uitspraken.

6 De berekening gebeurde door het aantal uitspraken na reductie (kolom 3) te delen door het totaal aantal weerhouden uitspraken (89).

7 Microniveau: patiënten en hulpverleners.

8 Mesoniveau: familieleden en koepels.

9 Macroniveau: overheid.

10 De volgorde van deze twee fasen speelt in principe geen rol. In dit onderzoek hebben de deelnemers eerst geprioriteerd en dan geclusterd. Indien men de deelnemers eerst laat clusteren, loopt men het risico dat uitspraken bij het prioriteren onbewust worden gegroepeerd naar inhoud.

1.2.4. Structureren¹⁰

Het structureren van uitspraken bestaat uit twee taken: prioriteren en clusteren. Deze twee taken worden door de deelnemers individueel uitgevoerd. Dit gebeurt in een bijeenkomst waar deelnemers van de vijf groepen vertegenwoordigd zijn. In bijlage 1 vindt u het antwoordformulier.

1.2.4.1. Prioriteren

Het prioriteren van uitspraken houdt in dat de deelnemers aangeven hoe *relevant* elke uitspraak is. De deelnemers verdelen de uitspraken over vijf categorieën, lopende van minst tot meest belangrijk. Er wordt gevraagd om te oordelen naar relatieve belangrijkheid van de uitspraken ten opzichte van elkaar (Trochim et al, 1994). Het aantal uitspraken per categorie is gelijk. De deelnemers worden dus verplicht om keuzes te maken.

1.2.4.2. Clusteren

Bij het clusteren van uitspraken krijgen de deelnemers de opdracht uitspraken die naar hun mening *inhoudelijk* bij elkaar horen bij elkaar te voegen. Het aantal groepjes, evenals het aantal uitspraken per groep, wordt door de deelnemers zelf bepaald, met een maximum van twaalf groepen.

1.2.5. Data analyse

Het analyseren van de data gebeurt met behulp van het computerprogramma *Ariadne*. De clusters die door de deelnemers zijn samengesteld en de prioriteiten die aan elke uitspraak zijn toegekend, worden door het computerprogramma verwerkt. Dit gebeurt in twee fases: meerdimensionele schaaltechniek en hiërarchische clusteranalyse¹¹. Deze twee fases worden hieronder toegelicht. Op die manier worden de individuele prioriteiten en clusters verwerkt tot een groepsproduct.

1.2.5.1. Meerdimensionele schaaltechniek

Het computerprogramma maakt een uitspraken-matrix aan. Deze matrix bestaat uit 89 kolommen en 89 rijen (evenveel als er uitspraken zijn). Elke cel van deze matrix 89 x 89-matrix bevat een cijfer tussen 0 en 28 (het aantal deelnemers). Dit cijfer geeft aan hoeveel deelnemers het uitsprakenpaar xy in dezelfde cluster onderbrachten (Trochim et al, 1994).

1.2.5.2. Hiërarchische clusteranalyse

Op deze resultaten wordt vervolgens een hiërarchische clusteranalyse uitgevoerd (Boevink et al, 1995). Elke uitspraak wordt voorgesteld als een punt in een puntenwolk. De imaginaire afstand tussen twee uitspraken verwijst naar de *inhoudelijke* relaties. Uitspraken die door de deelnemers vaak in dezelfde clusters geplaatst worden, worden dicht bij elkaar geprojecteerd in een puntenwolk. Dit wijst op een *inhoudelijke* overeenkomst. Uitspraken daarentegen die door de deelnemers zelden of nooit aan elkaar gekoppeld zijn, liggen ver van elkaar verwijderd in de puntenwolk. Uitspraken die in de puntenwolk dicht bij elkaar liggen, worden samengevoegd tot clusters.

Voor het berekenen van de gemiddelde waardering worden aan de categorieën die de deelnemers gemaakt hebben een waarde toegekend. De meetschaal loopt van 1 (minst belangrijk) tot 5 (meest belangrijk). Op basis van deze meetwaarde berekent het computerprogramma Ariadne de gemiddelde waardering voor de afzonderlijke uitspraken¹² en voor alle clusters¹³.

1.2.6. Duiding

Deze laatste fase bestaat uit drie delen: het kiezen van het aantal clusters, het benoemen van de clusters en het benoemen van de dimensies. Dit gebeurt met alle deelnemers samen op het einde van de tweede fase.

Standaard geeft het computerprogramma Ariadne acht clusters. Dit is echter niet noodzakelijk de beste oplossing. Verschillende oplossingen worden met de groep bekeken. Bij het zoeken naar clusteroplossingen kan men de inhoud van de uitspraken combineren met de ligging van de uitspraken. Op de puntenwolk kan men zien welke uitspraken samen horen. De deelnemers worden aangemoedigd om te argumenteren waarom ze een bepaalde oplossing prefereren. Deze werkwijze verhoogt de betrokkenheid van de deelnemers.

Bij het benoemen van de clusters proberen de deelnemers zicht te krijgen op de onderliggende dimensies van de uitspraken die tot de cluster behoren. Bij het benoemen van de clusters worden alle uitspraken die tot één cluster behoren voorgelezen. De deelne-

11 Hiërarchische clusteranalyse is een statistische techniek waarbij op basis van de groepen die verschillende deelnemers hebben gemaakt, clusters worden gevormd. Hiërarchische clusteranalyse is geschikt voor het opstellen van een classificatie. Nadeel is dat verschillende oplossingen mogelijk zijn. Het doel van hiërarchische clusteranalyse is de data te vereenvoudigen door het groeperen van uitspraken in homogene clusters. Als criterium wordt hierbij genomen dat de afstanden tussen de punten in de puntenwolk zo klein mogelijk wordt gehouden.

12 De gemiddelde waardering per uitspraak wordt berekend door alle meetwaarden per uitspraak samen te tellen en te delen door het aantal deelnemers.

13 De gemiddelde waardering per cluster wordt berekend door de gemiddelde waarden van alle uitspraken in de cluster samen te tellen en te delen door het aantal uitspraken.

mers zoeken een gemeenschappelijke noemer. Bij het benoemen van de onderliggende dimensies vertrekt men van uitspraken die op de rand van de puntenwolk zijn weergegeven. Een X-as en Y-as verdelen de puntenwolk in vier kwadranten. Dit kan extra inzichten geven in de aspecten van psychiatrische zorg. Bovendien kunnen de dimensies helpen bij de interpretatie van een 'onbegrijpelijke' plaatsing van één of meerdere uitspraken in een cluster.

Tabel 3 geeft een overzicht van de verschillende fases in deze methodiek.

Tabel 3: overzicht fases concept mapping		
	Fases	Deelnemers
Selecteren van groepen en deelnemers	voorbereidende fase	stafmedewerkers VVGG
Brainstormen	fase 1	vijf groepen apart
Reductie van uitspraken		stafmedewerkers VVGG
Structureren	fase 2	individueel
Prioriteren		
Clusteren		
Data analyse		verwerking door computer
Meerdimensionele schaaltechniek		
Hiërarchische clusteranalyse		
Duiding	vijf groepen samen	

HOOFDSTUK II: RESULTATEN

2.1. Puntenwolk

In figuur 1 worden 89 uitspraken als punten weergegeven in een puntenwolk. Naarmate ze dicht bij elkaar liggen, hebben ze in de perceptie van de deelnemers meer met elkaar te maken; zijn ze verder van elkaar verwijderd, dan hebben ze minder met elkaar te maken (Boevink et al, 1995).

Zo liggen uitspraak 21 *'gericht op zich gelukkig voelen'* en uitspraak 36 *'gericht op het verhogen van de levenskwaliteit'* dicht bij elkaar (kwadrant rechts onderaan). Uitspraak 46 *'kosten-efficiënt'* ligt op de puntenwolk ver van deze 2 uitspraken verwijderd (kwadrant links onderaan).

2.2. Clusters

Door het clusteren krijgt men inzicht in de inhoudelijke samenhang tussen de uitspraken. Op basis van de inhoudelijke ordeningen van de deelnemers worden uitspraken die naar eenzelfde cluster verwijzen samengebracht¹⁴.

Het computerprogramma Ariadne geeft standaard acht clusters. Bij deze oplossing werd uitspraak 79 *'voldoende face-to-face contact tussen behandelaar en patiënt'* als aparte cluster beschouwd. De groep besliste daarop dat deze uitspraak niet belangrijk genoeg is om als apart aspect van psychiatrische zorg te kunnen worden onderscheiden. Na een inhoudelijke analyse bleek dat uitspraak 79 niet wezenlijk verschilt van de uitspraken uit cluster 3. De computer berekent systematisch oplossingen met telkens één cluster minder, te beginnen bij acht clusters. Bij een vijf-clusteroplossing wordt uitspraak 79 niet meer als aparte cluster beschouwd¹⁵ (figuur 2).

Figuur 1: puntenwolk



14 Door het toevoegen van vier bijkomende deelnemers veranderden slechts drie uitspraken (2, 23 en 81) van cluster. Deze uitspraken liggen niet toevallig aan de rand van de cluster.

15 In de bijeenkomst te Schaarbeek werd een 7-clusteroplossing naar voor geschoven. Door de toevoeging van de vier bijkomende deelnemers werd vastgesteld dat uitspraak 79 bij een 7-clusteroplossing nog steeds een aparte cluster is.

Figuur 2: concept map van goede psychiatrische zorg



Vervolgens werden de uitspraken cluster per cluster overlopen en benoemd. Hieronder worden de clusters kort besproken.

2.2.1. Cluster 1: respectvolle relatie tussen hulpverlener en patiënt

Deze cluster bevat uitspraken die de betrokkenheid van de patiënt bij de behandeling benadrukken. In deze cluster komen drie belangrijke aspecten van tevredenheid naar voren. Een eerste aspect is dat een tevreden patiënt goed bejegend wordt. Een tweede aspect is dat een tevreden patiënt goed geïnformeerd wordt. Tenslotte wil de patiënt ook worden betrokken bij de behandeling.

2.2.2. Cluster 2: organisatie van de passende zorg

Deze cluster bevat enerzijds uitspraken over de organisatie van de zorg en anderzijds uitspraken over passende zorg¹⁶. De continuïteit van de zorg is in deze cluster een belangrijk aspect.

2.2.3. Cluster 3: deskundige hulpverlener

Deze cluster bevat uitspraken die het wetenschappelijk karakter van de behandeling en de deskundigheid van de hulpverlener beklemtonen. Een goede psychiatrische behandeling is wetenschappelijk onderbouwd, gebaseerd op diagnostiek/indicatiestelling en – *last but not least* – evalueert zichzelf en stuurt waar nodig bij. Goede psychiatrische zorg is ook gesteund op een behandelplan.

2.2.4. Cluster 4: doel van de behandeling

Deze cluster bevat uitspraken die *stricto sensu* verwijzen naar uitkomsten van de behandeling. Als belangrijke uitkomsten werden naar voren geschoven het verhogen van de kwaliteit van leven, het verminderen van ziektesymptomen en tevredenheid. Daarnaast werd beklemtoond dat een goede psychiatrische behandeling rekening houdt met de context, omgeving, gezin en familie van de patiënt.

¹⁶ Deze twee aspecten waren oorspronkelijk twee aparte clusters in de 7-clusteroplossing van de tweede fase te Schaarbeek. Uiteindelijk blijkt er, na toevoeging van 4 bijkomende deelnemers, onvoldoende argumentatie te zijn om deze twee aspecten afzonderlijk te blijven beschouwen.

2.2.5. Cluster 5: maatschappelijke aspecten

Deze cluster bevat enerzijds uitspraken die betrekking hebben op de betaalbaarheid voor de patiënt en de (re)integratie in de maatschappij. Anderzijds bevat deze cluster uitspraken over het tijdig kunnen aanbieden van psychiatrische zorg, het vroeg kunnen detecteren van psychische problemen bij mensen, aandacht voor nazorg en een goed uitgebouwde eerstelijns geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast bevat deze cluster ook uitspraken over betaalbaarheid voor de overheid en sensibiliseringscampagnes. Deze op het eerste zicht meeste heterogene cluster blijkt pas vanaf een 8-clusteroplossing onvoldoende consistent te zijn¹⁷.

2.3. Dimensies

Vervolgens werden de 2 dimensies benoemd (figuur 2). Uitspraken die links gelegen zijn op de puntenwolk hebben betrekking op de samenleving, terwijl uitspraken die rechts gelegen zijn betrekking hebben op de patiënt. Uitspraken die hoog gelegen zijn op de puntenwolk gaan over de hulpverlener, terwijl uitspraken die laag gelegen zijn gaan over het zorgaanbod.

2.4. Waardering

In dit deel worden de gemiddelde waardering¹⁸ per uitspraak en per cluster weergegeven. Vijf uitspraken behalen een waardering van meer dan 4.00. De uitspraak met de hoogste waardering (4.26) is 'betaalbaarheid voor de patiënt'. Negentien uitspraken krijgen een waardering tussen de 4.00 en 3.50. Zeven uitspraken krijgen een waardering minder dan 2.00. Bijlage 2 omvat de lijst met alle uitspraken in volgorde van waardering.

In tabel 4 staat de cluster met het grootste gewicht bovenaan. Cluster 1 'respectvolle relatie tussen hulpverlener en patiënt' en cluster 4 'doel van de behandeling' zijn twee aspecten van psychiatrische zorg die als meest belangrijk ervaren worden door de deelnemers. Cluster 2 'organisatie van de passende zorg' wordt als minder belangrijk ervaren¹⁹. De clusters met de hoogste waardering situeren zich onderaan rechts op de concept map (figuur 2, p. 14).

Tabel 4: gemiddelde waardering per cluster

	Cluster	Gemiddelde	Aantal uitspraken
1	Respectvolle relatie tussen hulpverlener en patiënt	3.38	22
4	Doel van de behandeling	3.17	13
5	Maatschappelijke aspecten	2.87	26
3	Deskundige hulpverlener	2.82	16
2	Organisatie van de passende zorg	2.75	12

Gemiddelde = gemiddelde waardering

¹⁷ Deze cluster bestond in de 7-clusteroplossing van Schaarbeek uit twee clusters. Door de toevoeging van 4 bijkomende deelnemers worden maatschappelijke aspecten van zorg voor de patiënt en in de maatschappij samengebracht.

¹⁸ De gemiddelde waardering is een cijfer tussen 1 en 5, waarbij 1 als een zeer lage waardering en 5 als een zeer hoge waardering moet geïnterpreteerd worden.

¹⁹ Het toevoegen van de bijkomende deelnemers bracht geen verandering in de volgorde van de verschillende clusters.

20 De standaarddeviatie of standaardafwijking is de gemiddelde afwijking t.o.v. de gemiddelde waardering voor een uitspraak. Deze waarde geeft de spreiding weer. Dit is de mate waarin de waarderingen van de deelnemers onderling verschillen.

Tabel 5 geeft de gemiddelde waardering (Gem.) en standaarddeviatie²⁰ (Stdev.) weer van alle uitspraken. De uitspraken zijn geordend volgens cluster.

De gemiddelde waardering van een uitspraak in een cluster kan variëren van 1 tot 5. Zo heeft in cluster 1 uitspraak 26 een hogere waardering (4.11) dan uitspraak 13 (1.78). Hoe hoger de waardering, hoe meer deelnemers deze uitspraak in de hoogste waarderingskolom hebben ondergebracht.

De standaarddeviatie geeft de spreiding van de waardering weer. Als een uitspraak een lage standaarddeviatie heeft, dan wijst dit erop dat de deelnemers het over het algemeen eens zijn over de waardering die deze uitspraak verdiend. Zo krijgen uitspraken 26 en 89 beiden een hoge waardering (4.11), wat erop wijst dat de meeste deelnemers deze uitspraken in de hoogste waarderingskolom hebben geplaatst. Uitspraak 26 krijgt echter een kleinere standaarddeviatie (.99) dan uitspraak 89 (1.43), wat erop wijst dat de eensgezindheid over uitspraak 89 minder groot was.

Tabel 5: uitspraken per cluster

Cluster 1: Respectvolle relatie tussen hulpverlener en patiënt

Nr.	Gem.	Stdev.	Uitspraken
26	4.11	.99	een behandeling die de patiënt betreft in de behandeling
89	4.11	1.43	een behandeling op maat van patiënt
27	4.00	.96	zo respectvol mogelijk
56	3.96	1.81	een behandeling waarin de patiënt goed wordt bejegend
73	3.93	.96	veilig voor de patiënt
57	3.78	1.58	gericht op zelfsturing/autonomie van de patiënt
64	3.67	1.26	de patiënt informeren over alle aspecten van de behandeling
16	3.63	1.27	het aanvaarden van de beperkingen van de patiënt
8	3.59	1.57	een behandeling die rekening houdt met het waardesysteem van de patiënt
28	3.59	1.06	een behandeling die de keuzevrijheid van de patiënt respecteert
72	3.59	1.43	een behandeling die rekening houdt met de rechten van de patiënt
14	3.56	1.28	helder, duidelijk en transparant voor de patiënt
76	3.48	1.66	een behandeling die de privacy van de patiënten respecteert
5	3.33	1.70	een behandeling die respect opbrengt voor de ervaringsdeskundigheid van de patiënt
43	3.30	1.47	een behandeling die de patiënt inzicht geeft in zichzelf
62	3.22	1.73	gebaseerd op een onderhandelde samenwerking tussen patiënt en hulpverlener
59	3.15	1.53	een luisterend oor voor de patiënt
1	3.07	1.33	een behandeling die de patiënt aanspreekt in zijn vaardigheden
51	2.74	1.75	gestoeld op een gelijkwaardige positie tussen patiënt, familie en hulpverlener
61	2.67	1.56	gebaseerd op de gelijkwaardigheid hulpverlener / hulpvrager
17	2.07	1.18	een behandeling die rekening houdt met de plichten van de patiënten
13	1.78	1.14	gericht op het bewerkstelligen van een goede sfeer tussen patiënten onderling

Cluster 2: Organisatie van de passende zorg			
Nr.	Gem.	Stdev.	Uitspraken
10	4.00	1.56	een behandeling die de continuïteit van de zorg garandeert
80	3.30	1.32	een behandeling die snel inspeelt op problemen die zich stellen
55	3.26	1.60	een behandeling waarin de zorg de patiënt volgt
15	2.85	1.46	een gedoseerde toepassing van middelen
52	2.70	1.91	aanklampende zorg, waar nodig
38	2.63	1.64	bij voorkeur ambulante
60	2.59	1.72	biedt continuïteit in de persoon van de behandelaar
41	2.56	1.88	zo weinig mogelijk ingrijpend
70	2.56	1.28	een behandeling die plaatsvindt in een aantrekkelijke en aangename omgeving
2	2.37	1.64	veilig voor de hulpverlener
19	2.33	1.19	gericht op verschillende levensfasen
50	1.89	1.51	een behandeling die patiënten in contact brengt met lotgenoten

Cluster 3: Deskundige hulpverlener			
Nr.	Gem.	Stdev.	Uitspraken
33	3.78	1.36	een behandeling die zichzelf evalueert en bijstuurt
29	3.70	1.32	wetenschappelijk onderbouwd
45	3.56	1.65	gebaseerd op diagnostiek/indicatiestelling
54	3.44	1.43	gesteund op een behandelplan
79	3.41	1.80	een behandeling met voldoende face-to-face contact tussen behandelaar en patiënt
11	3.07	2.07	een behandeling waarin de hulpverlener noodzakelijke beslissingen durft nemen, zelfs tegen de wens van de patiënt in
12	3.07	2.29	bio-psycho-sociaal
39	3.04	2.04	mogelijk afwijken van een behandelprotocol
24	2.85	1.76	een behandeling die wordt gedragen door een eendrachtig team
74	2.85	1.83	een behandeling die oog heeft voor somatische aspecten
32	2.78	2.47	multidisciplinair
9	2.48	2.18	een behandeling die bestaat uit meerdere therapievormen (expressie, verbaal, medicatie)
40	2.00	1.41	durven dwang hanteren
35	1.93	.96	houdt rekening met de capaciteiten van de hulpverlener
3	1.63	1.12	in overeenstemming met de waarden van de behandelaar
42	1.56	.69	ontwikkelingsbevorderend voor de hulpverlener

Cluster 4: Doel van de behandeling			
Nr.	Gem.	Stdev.	Uitspraken
36	3.93	1.03	gericht op het verhogen van de levenskwaliteit
88	3.85	1.09	houdt rekening met de context van de patiënt
34	3.56	1.73	een behandeling die realistische doelstellingen beoogt

44	3.56	1.80	een behandeling die het lijden vermindert
49	3.52	1.81	een behandeling met realistische doelen
67	3.44	1.51	vermindering van ziektesymptomen
4	3.11	1.73	een behandeling die de zieke leert omgaan met zijn vernieuwde kwetsbaarheid
31	3.04	2.27	een behandeling die resulteert in een blijvende verbetering
75	3.00	1.78	hoopgevend
18	2.93	2.36	een behandeling die zelfdoding voorkomt
6	2.67	1.78	als de patiënt tevreden is
23	2.37	1.71	gericht op een stabiele omgeving
21	2.26	1.67	een behandeling die gericht is op 'zich gelukkig voelen'

Cluster 5: Maatschappelijke aspecten

Nr.	Gem.	Stdev.	Uitspraken
71	4.26	1.01	betaalbaar voor de patiënt
66	3.70	1.02	tijdig zorg aanbieden
78	3.70	1.54	gericht op (re)integratie in de maatschappij
86	3.44	1.73	vroeg detecteren van psychische problemen
20	3.37	1.86	ingebod in de samenleving, niet stigmatiserend
82	3.37	1.71	heeft aandacht voor nazorg
48	3.22	1.51	ondersteunt de omgeving bij de zorg
77	3.19	1.41	geen wachtlijsten
85	3.11	1.80	een goed uitgebouwde ggz eerste lijn
69	3.04	1.44	laagdrempelig (taal, afstand)
87	3.04	1.81	beschouwt het gezin als bondgenoot in het team
47	3.00	2.00	gestoeld op samenwerking tussen ggz-voorzieningen
22	2.96	.92	rekening houden met sociaal-emotionele functioneren van de kinderen van patiënten
58	2.89	2.25	samenwerking met andere domeinen (onderwijs, eerste lijn)
84	2.85	1.68	voorkomt chroniciteit
83	2.78	1.43	een goed over ggz geïnformeerde eerste lijn
65	2.67	2.15	een goede afstemming van vraag en aanbod
81	2.67	2.96	psychiatrische zorg zeven dagen op zeven
7	2.59	1.43	een behandeling die ervoor zorgt dat de omgeving begrip opbrengt voor de situatie van de patiënt
37	2.41	2.02	het beantwoorden van elke hulpvraag
46	2.37	1.57	kostenefficiënt
68	2.37	1.49	betaalbaar voor de overheid
30	2.19	1.11	veilig voor de maatschappij
53	2.15	1.31	gekaderd in een preventiebeleid t.o.v. de bevolking
63	1.77	1.56	gericht op een voldoende hoog inkomen
25	1.41	.83	gekaderd in een sensibiliseringscampagne

Gem. = gemiddelde waardering; StDev. = standaarddeviatie

Cluster 1 *'respectvolle relatie tussen hulpverlener en patiënt'* behaalt de hoogste waardering. Deze cluster bestaat uit 22 uitspraken, waarvan 12 een score hebben van minstens 3,50. Cluster 2 *'organisatie van de passende zorg'* behaalt een waardering minder dan 3. Deze cluster bestaat uit twaalf uitspraken, waarvan slechts één een score heeft van minstens 3,50. Cluster 3 *'deskundige hulpverlener'* haalt ook een waardering minder dan 3. Deze cluster bestaat uit zestien uitspraken, waarvan slechts drie een score hebben van minstens 3,50. Cluster 4 *'Doel van de behandeling'* haalt de tweede hoogste waardering. Deze cluster bestaat uit dertien items, waarvan vijf een score hebben van minstens 3,50. Cluster 5 *'maatschappelijke aspecten'* haalt een waardering minder dan 3. Deze cluster bestaat uit 26 items, waarvan drie een score hebben van minstens 3,50.

2.5. Overeenkomsten en verschillen

2.5.1. Overeenkomsten

Uit de statistische analyse is gebleken dat niet alle clusters even belangrijk zijn. Voor de totale groep van betrokkenen wordt een respectvolle relatie tussen hulpverlener en patiënt (cluster 1) als het meest relevante aspect naar voor geschoven. Daarnaast neemt het doel van de behandeling (cluster 4) eveneens een belangrijke plaats in. In de weging van het relatieve belang van de vijf aspecten doen de verschillende perspectieven van de betrokkenen zich gelden.

De clusters die door de betrokkenen een hoge prioriteit hebben gekregen, bevinden zich rechts onderaan in de concept map (figuur 2, p. 14). Het gemeenschappelijke element van deze clusters is de centrale rol van de patiënt. De sterke concentratie van uitspraken rechts maakt in één oogopslag duidelijk dat deze uitspraken, naast een hoge waardering, ook sterk samenhangen.

2.5.2. Verschillen

In tabel 6 worden de gemiddelde waarderingen van de vijf groepen betrokkenen vergeleken. Tussen haakjes wordt de rangorde weergegeven. Over het grote belang van cluster 1 *'respectvolle relatie tussen hulpverlener en patiënt'* en cluster 4 *'doel van de behandeling'* bestaat nagenoeg eensgezindheid. Deze clusters krijgen van bijna alle groepen een hoge waardering. Opvallend is verder dat cluster 1 *'respectvolle relatie tussen hulpverlener en patiënt'* van de familieleden een lagere waardering krijgen. Cluster 5 *'maatschappelijke aspecten'* krijgt van de familieleden en de overheid een hoge waardering, terwijl de hulpverleners aan deze cluster minder belang hechten. Cluster 2 *'organisatie van de passende zorg'* wordt door alle groepen als minder belangrijk ervaren.

Tabel 6: vergelijking gemiddelde waardering per groep en cluster

Clusters	1. Respectvolle relatie tussen hulpverlener en patiënt	4. Doel van de behandeling	5. Maatschappelijke aspecten	3. Deskundige hulpverlener	2. Organisatie van de passende zorg
Groepen					
Patiënten	3.67 (1)	3.12 (2)	2.76 (3)	2.61 (5)	2.75 (4)
Hulpverleners	3.40 (1)	3.38 (2)	2.62 (5)	2.92 (3/4)	2.92 (3/4)
Familieleden	2.80 (4)	3.40 (1)	3.11 (2)	3.00 (3)	2.77 (5)
Overheid	3.17 (2)	2.85 (4)	3.23 (1)	2.96 (3)	2.58 (5)
Koepels	3.53 (1)	3.01 (2)	2.91 (3)	2.74 (4)	2.65 (5)
Totaal	3.38 (1)	3.17 (2)	2.87 (3)	2.82 (4)	2.75 (5)

Uit verdere analyse van de uitspraken van de brainstorm bleek dat de meeste uitspraken van de patiënten gingen over de relatie tussen hulpverlener en patiënt. De meeste uitspraken van de familieleden en overheid hadden betrekking op maatschappelijke aspecten. Dit komt overeen met de cijfers uit tabel 6. De koepels deden vooral uitspraken over de organisatie van de zorg en hulpverleners vooral over de deskundigheid van de hulpverlener. Niettemin kregen deze uitspraken geen hoge waardering. Gezien de kleine groepsgrootte werden geen analyses gedaan op itemniveau.

HOOFDSTUK III: ANDERE CONCEPTUALISERINGEN

Vorig hoofdstuk bracht de verschillende aspecten van de psychiatrische zorg in kaart. Gelijkenissen en verschillen tussen groepen betrokkenen werden hierboven beschreven. In dit hoofdstuk worden de resultaten van bovenstaande concept map vergeleken met andere modellen en concept maps.

Deze modellen zijn echter telkens vanuit een andere invalshoek tot stand zijn gekomen, zodat een vergelijking slechts ten dele opgaat. Walburgs (2003) model vertrekt vanuit het uitkomstenmanagement. Howards model (1993 & 1996) heeft betrekking op de uitkomsten van psychotherapie. Van Weeghel et al (2005) brengen goede psychiatrische zorg bij personen met ernstige psychische problemen in kaart. Vergelijkingen met onze resultaten dienen dus met de nodige omzichtigheid te gebeuren.

3.1. Uitkomstenkwadranten volgens Walburg (2003)

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 (figuur 3).

Figuur 3: uitkomstenkwadrant volgens Walburg (2003)



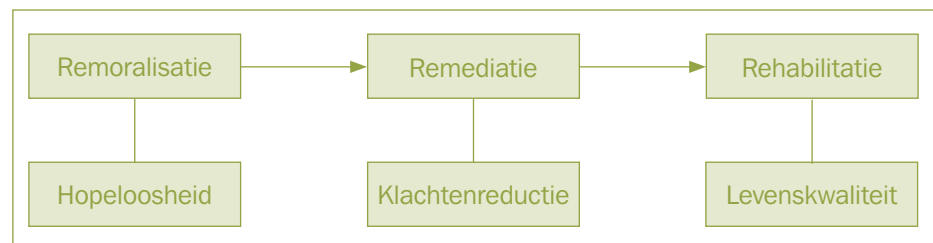
Cluster 4 'doel van de behandeling' bevat uitspraken over uitkomsten in de meer strikte zin van het woord: kwaliteit van leven, het verminderen van ziektesymptomen, verminderen van lijden en tevredenheid. Vooral kwaliteit van leven (3.93) en symptoomreductie (3.44) krijgen een hoge waardering. Door de brede uitgangsvraag kunnen aspecten die belangrijk zijn bij het meten van cliëntenwaardering gedetecteerd worden: bejegening, het krijgen van informatie en inspraak. Het aspect kosten zit vervat in cluster 5 en valt uiteen

in twee delen: kosten die gedragen worden door de patiënt en kostenefficiëntie (kosten die gedragen worden door de overheid). Walburg (2003) schuift aspecten naar voren die meetbaar zijn. Onze concept map schuift aspecten naar voren die belangrijk zijn.

3.2. Model voor psychotherapie-uitkomsten volgens Howard et al (1993 & 1996)

Howard et al (1993 & 1996) schuift in zijn model voor psychotherapie-uitkomsten drie componenten naar voor – hopeloosheid, klachtenreductie en levenskwaliteit – en plaatst ze in de tijd (figuur 4). Hij gaat ervan uit dat cliënten in de ambulante sector zich aanmelden vanuit demoralisatie en hulpeloosheid. Het verminderen van deze hulpeloosheid noemt Howard *remoralisatie*. Pas nadat de hulpeloosheid is verminderd, kan de patiënt werken aan de klachten, *remediatie*. Een derde component van het herstelproces is gericht op het verbeteren van de levenskwaliteit, *rehabilitatie* (Howard et al, 1993 & 1996; Schacht et al, 2007).

Figuur 4: herstelproces volgens Howard (psychotherapeutisch model)



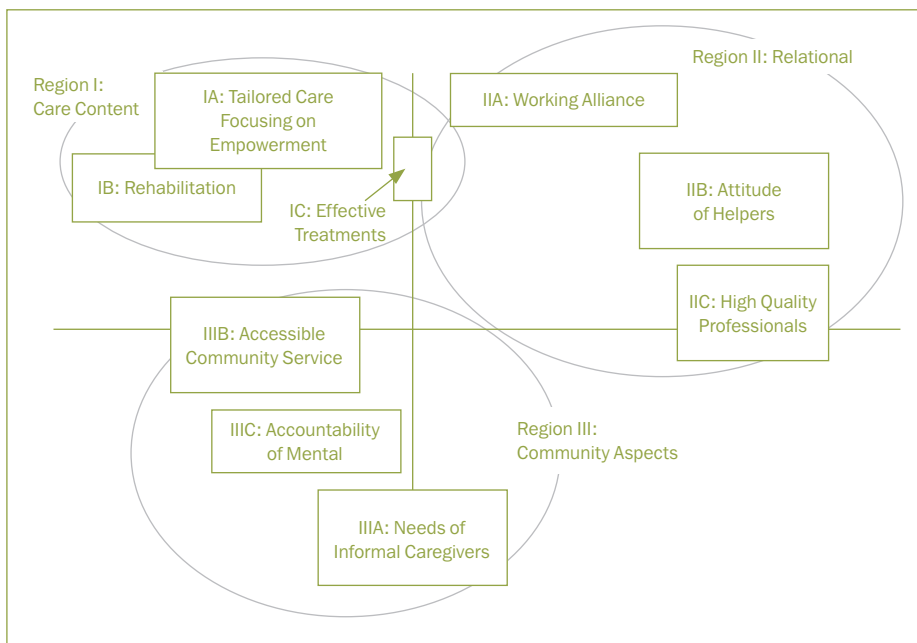
Hoewel dit model betrekking heeft op psychotherapie in een ambulante setting en niet op geestelijke gezondheid in het algemeen, is dit model toch waardevol omdat het specifiek gericht is op het verhogen van de levenskwaliteit. Het model is minder geschikt voor chronische problematieken. Deze drie componenten krijgen ook in onze studie een hoge waardering: hoopgevend (3,00), symptoomreductie (3,44) en levenskwaliteit (3,93). Ze behoren alle drie tot cluster 4 'doel van de behandeling'. In tegenstelling tot Walburgs model (2003) is dit model opgebouwd uit verschillende fases.

3.3. Relatie tussen hulpverlener en cliënt (Van Weeghel et al, 2005)

Van Weeghel et al (2005) brachten aspecten van goede psychiatrische zorg buiten het ziekenhuis bij personen met ernstige psychische problemen in kaart in vijf Europese landen. De onderzoekers maakten hierbij gebruik van dezelfde concept map methode en onderscheidden vijf groepen (cliënten, familieleden, hulpverleners, overheid en burgers). De auteurs vertrokken van een brede vraagstelling.

Het aantal deelnemers per land en per groep komt ongeveer overeen met onze aantallen. Van Weeghel et al kwamen tot een oplossing met negen clusters, die in drie domeinen konden worden ondergebracht: zorginhoudelijke, relationele, en maatschappelijke aspecten (figuur 5).

Figuur 5: the concept map of good care for persons with serious mental health illness (van Weeghel, 2005)



*Working alliance*²¹, *tailored care*²² en *effective treatments*²³ kregen de hoogste waardering. *Working alliance* en *effective treatment* komen in grote lijnen overeen met cluster 1 ‘*respectvolle relatie tussen hulpverlener en patiënt*’. Deze 2 clusters liggen dicht bij elkaar op de concept map van van Weeghel et al. *Tailored care* komt overeen met cluster 2 ‘*organisatie van de passende zorg*’. In ons onderzoek kreeg cluster 1 eveneens een hoge waardering. Cluster 2 daarentegen kreeg een lage waardering.

Attitude of helpers en *high quality of professionals* komen in grote lijnen overeen met cluster 3 ‘*deskundige hulpverlener*’²⁴. Deze 2 clusters hebben te maken hebben met de relationele aspecten en liggen niet toevallig dicht bij elkaar op de concept map van van Weeghel et al.

Accessible community services, *accountability of mental health care* en *needs of informal care givers*²⁵ komen in grote lijnen overeen met cluster 5 ‘*maatschappelijke aspecten*’.

Last but not least, in de cluster *rehabilitation*²⁶ horen aspecten als ADL²⁷ en toegang tot de arbeidsmarkt thuis. Dit komt overeen met kwaliteit van leven (cluster 4 ‘*doel van de behandeling*’). Uit ons onderzoek en het model van Howard et al (1993 & 1996) blijkt dat levenskwaliteit, in tegenstelling tot het onderzoek van van Weeghel, als een zeer belangrijk aspect van een goede behandeling wordt beschouwd.

- 21** *Working Alliance*: professionele hulpverleners hebben een respectvolle houding tegenover personen met ernstige psychische problemen. Patiënten kunnen hun hulpverleners vertrouwen. Deze cluster kreeg van alle groepen de hoogste waardering (met een gemiddelde waardering van 3.9).
- 22** *Tailored care*: de zorg is aangepast aan de individuele noden van de patiënt. De ervaringen van de patiënten worden ernstig genomen. Patiënten worden aangemoedigd om zelf verantwoordelijkheden op te nemen. Deze cluster kreeg een gemiddelde waardering van 3.4.
- 23** *Effective treatments*: de aangeboden behandeling is effectief, duurt zo lang als nodig en gebeurt in samenwerking met de patiënt. Deze cluster kreeg een gemiddelde waardering van 3.3.
- 24** De clusters *attitude of helpers* en *high quality of professionals* kregen gemiddelde waarden van 3.1 tot 3.3.
- 25** De clusters *accessible community services*, *accountability of mental health care* en *needs of informal care givers* kregen een gemiddelde waardering van 2.8 tot 3.0.
- 26** De cluster *rehabilitation* kreeg een gemiddelde waardering van 3.1.
- 27** *ADL*: Activiteiten van het Dage-lijkse Leven.

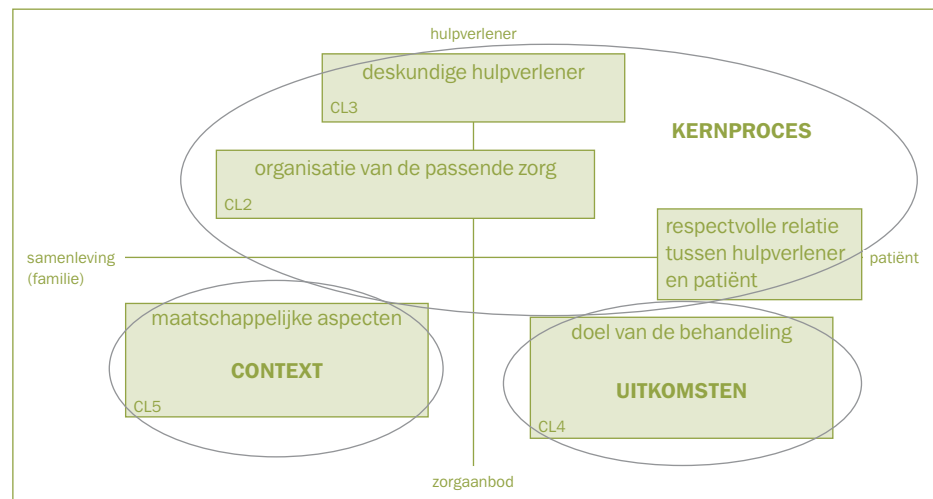
HOOFDSTUK IV: HET METEN VAN ASPECTEN VAN PSYCHIATRISCHE ZORG

In een vorig hoofdstuk werden onze resultaten vergeleken met drie andere conceptuïliseringen. De kwaliteit van leven en de relatie met de hulpverlener worden ook in deze modellen omschreven als belangrijke aspecten van psychiatrische zorg of een psychiatrische behandeling. De overlap is een indicatie voor de validiteit van onze resultaten.

Zoals in het voorwoord reeds is aangehaald, heeft de integrale kwaliteitszorg niet alleen aandacht voor uitkomsten, maar ook voor de kernprocessen van de zorg. Management op grond van een te eenzijdige focus op uitkomsten resulteert in de conclusie dat 'de resultaten mee- of tegenvallen', en dat het niet geweten is hoe de resultaten kunnen worden verbeterd. Anderzijds resulteert management op grond van een te eenzijdige focus op kernprocessen in de conclusie dat 'de kernprocessen goed, minder goed of slecht verlopen, en dat niet geweten is tot wat dit leidt' (Wennink, 2007). Ten tweede bepaalt ook de context van de patiënt, zijn subjectieve beleving van zijn ziekte en zijn particuliere levensverhaal de uitkomsten. Keymolen en Casselman (2007) formuleerden in een eerder gepubliceerde literatuurstudie de vraag 'wat werkt voor wie in welke context'?

Figuur 6 geeft de concept map van goede psychiatrische zorg weer in termen van context, kernproces en uitkomsten. Hieruit blijkt dat als men wil meten wat belangrijk is, men ook zal moeten rekening houden met de context en de kernprocessen. De context komt overeen met maatschappelijke aspecten, de omgeving en familie van de patiënt. Op figuur 6 is te zien dat de kernprocessen zich situeren tussen patiënt en hulpverlener. Daarnaast omvatten de kernprocessen ook de organisatie van de passende zorg. Uitkomsten komen overeen met het doel van de behandeling.

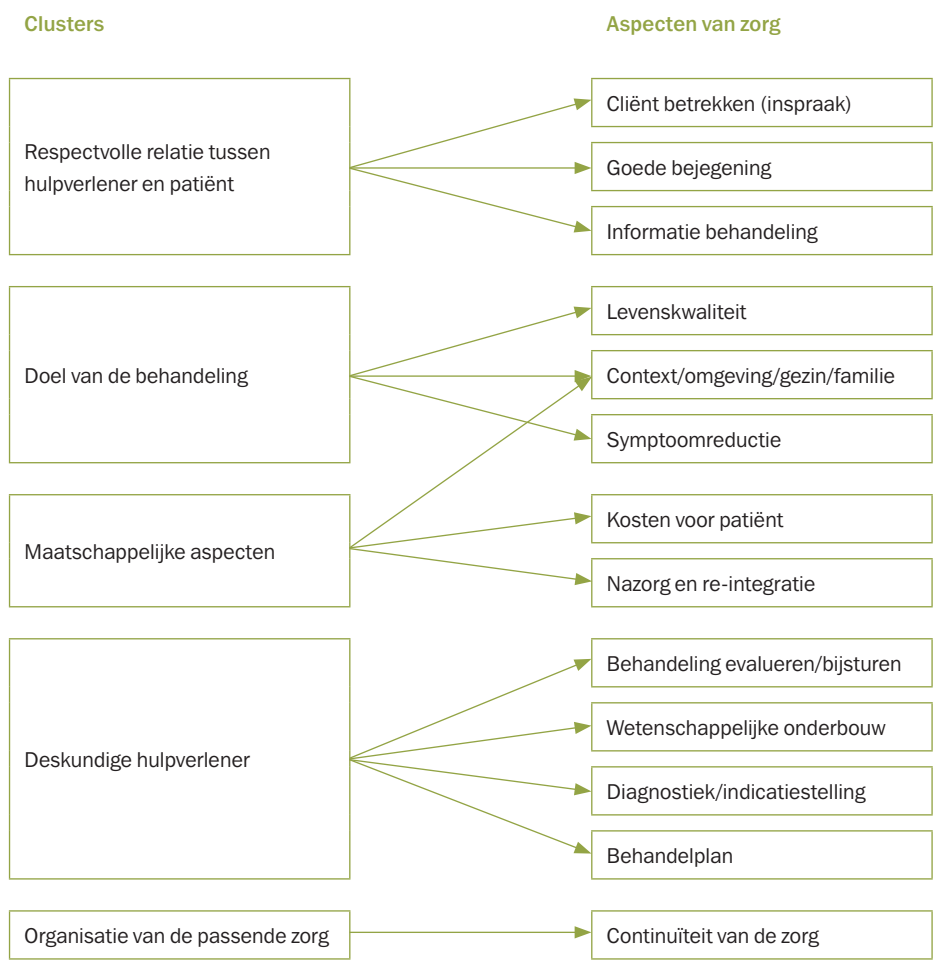
Figuur 6: concept map van goede psychiatrische zorg in termen van context, kernproces en uitkomsten



Figuur 7 geeft een overzicht van de clusters en de belangrijke aspecten van psychiatrische zorg. De clusters in de linkerkolom zijn weergegeven in volgorde van belangrijkheid (clusters met een hoge gemiddelde waardering staan hoger). Bij elke cluster zijn belangrijke, meetbare aspecten van psychiatrische zorg vermeldt in de rechterkolom. Ook deze aspecten zijn weergegeven in volgorde van belangrijkheid (per cluster staan de uitspraken met de hoogste waardering bovenaan).

In een volgende publicatie zal worden nagaan of er voor deze meetbare aspecten meetinstrumenten beschikbaar zijn. Daarnaast zal ook aandacht geschonken worden aan de randvoorwaarden voor de implementatie van de meetinstrumenten.

Figuur 7: overzicht clusters en meetbare uitspraken



HOOFDSTUK V: CONCLUSIES

5.1. Het concept ‘goede psychiatrische zorg’

Goede psychiatrische zorg is een buitengewoon complex begrip dat afhankelijk van het perspectief van waaruit men kijkt een andere invulling krijgt. Vooraleer meetinstrumenten kunnen worden geselecteerd, is het noodzakelijk om na te gaan wat de verschillende betrokkenen bij psychiatrische zorg belangrijk vinden. Het gevaar bestaat immers dat alleen wordt gekeken naar de meetbare aspecten van een goede psychiatrische behandeling. Niet alles wat belangrijk is kan gemeten worden. Het doel van dit onderzoek was tweërlei: (1) het in kaart brengen van aspecten van een psychiatrische behandeling en (2) nagaan welke aspecten meetbaar zijn, en dit voor de ganse ggz-sector.

In dit onderzoek zijn vijf partijen – patiënten, overheid, familieleden, hulpverleners en de koepels van de zorginstellingen – aan het woord gekomen. In vijf brainstormbijeenkomsten werden 293 uitspraken verzameld. Uiteindelijk werden 89 uitspraken weerhouden. De duiding gebeurde met de vijf betrokken partijen samen. De uiteindelijke concept map omvat vijf clusters. ‘*Respectvolle relatie tussen hulpverlener en patiënt*’ en ‘*doel van de behandeling*’ werden door bijna alle groepen als het meest belangrijk ervaren.

De grote waaier aan uitspraken en het feit dat verschillende groepen in dit onderzoek werden betrokken, wijst op valide resultaten. Daarnaast werd ook een vergelijking gemaakt met de uitkomstenkwadranten van Walburg (2003), de psychotherapie-uitkomsten van Howard et al (1993) en de internationale concept map van van Weeghel et al (2005). Alle aspecten uit deze modellen hebben een plaats binnen onze vijf clusters! Anderzijds wijzen de verschillen tussen deze modellen op de complexiteit van het begrip ‘behandeluitkomst’ en op het gevaar van een te eenvoudige voorstelling van de realiteit. Het begrip behandeling kreeg in deze studie een bredere invulling dan in de literatuur. Bovendien, zo merkte een aandachtige deelnemer op, is het niet ondenkbaar dat de verschillende groepen ‘behandeling’ anders interpreteren. Dit verschil in perspectief kan de minimale verschillende verklaren.

Context, omgeving en familie, kosten voor de patiënt, nazorg en re-integratie worden als belangrijke maatschappelijke aspecten naar voren geschoven. Daarnaast worden zaken zoals het bijsturen en evalueren van de behandeling, de wetenschappelijke onderbouw, diagnostiek en indicatiestelling, het behandelplan en de continuïteit van de zorg ook belangrijk geacht. Met betrekking tot tevredenheid worden een drietal elementen als belangrijk ervaren: inspraak en betrokkenheid bij de behandeling, goede bejegening door de hulpverleners en informatie over de behandeling. Verder krijgen levenskwaliteit en symptoomreductie een hoge waardering. Verder onderzoek zal moeten aantonen of er voor deze aspecten meetinstrumenten bestaan.

De verschillen in perspectief werden door deze studie min of meer bevestigd. Het is geen verrassing dat patiënten en hulpverleners een hogere en familieleden een lagere waardering geven aan ‘*respectvolle relatie tussen hulpverlener en patiënt*’ (cluster 1). Ook andere studies wijzen zowel op gelijkenissen als op verschillen (van Weeghel, 2005).

5.2. Bedenkingen en toekomstperspectief

Bij het schrijven van deze tekst werd rekening gehouden met de resultaten van de concept map en met opmerkingen en/of suggesties van de deelnemers. Twee kritische opmerkingen vanwege de patiënten- en familieverenigingen, de representativiteit van de

deelnemers en de reductie van de uitspraken, werden ter harte genomen! De patiëntenvereniging Uilenspiegel deed in 2006 een poging om de kwaliteit van zorg te beschrijven vanuit hun perspectief. De belangrijkste conclusies van Uilenspiegel zijn opgenomen in bijlage 3.

Om minstens twee redenen is voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van de verschillen tussen de vijf groepen deelnemers. Ten eerste stelden de familie- en patiëntenverenigingen dat het vakjargon in deze studie primeert boven de taal van de patiënt. Zij wijzen erop dat bepaalde begrippen, zoals 'continuïteit van de zorg', soms anders worden begrepen of ingevuld. Niettegenstaande erover gewaakt werd dat de uitspraken voor iedereen begrijpbaar waren, zijn deze op geen enkele manier toegelicht. Ten tweede weerspiegelt deze concept map de visie van 28 personen die betrokken zijn bij de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen en dit op verschillende niveaus. Er werd uitdrukkelijk gevraagd naar de eigen visie en niet naar de visie van de instelling, organisatie of vereniging! De vraag kan gesteld worden of deze visies (geoperationaliseerd in 293 uitspraken) representatief zijn voor de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. De deelnemers hadden dan ook een meer dan gewone belangstelling voor het onderwerp.

Een drietal zaken die mogelijk een invloed kunnen hebben op het eindresultaat werden niet in rekening gebracht. Ten eerste, de verschillende doelgroepen van psychiatrische patiënten werden niet onderscheiden. Het is evident dat patiënten die acute hulp nodig hebben andere prioriteiten hebben in psychiatrische zorg dan chronische patiënten. Hetzelfde kan gezegd worden van patiënten met verschillende ziektebeelden. Ten tweede, de verschillende behandelvormen werden niet onderscheiden. Therapeutische denkkaders zijn telkens gebaseerd op verschillende theoretische uitgangspunten en leggen andere klemtonen op de psychiatrische zorg. Dit zou een invloed kunnen hebben op de resultaten. Ten derde, ook de regionale inbedding van de geestelijke gezondheidszorg kan de invulling van 'een goede psychiatrische behandeling' beïnvloeden.

Indien men per doelgroep of therapeutisch denkkader wil nagaan welke de belangrijke aspecten van een behandeling zijn, wat de te meten uitkomsten zijn en hoe ze zich verhouden ten opzichte van elkaar, moet dit proces worden overgedaan en dit per doelgroep en/of therapeutisch denkkader! Het vermoeden bestaat dan ook dat elke subsector naast deze algemene clusters ook specifieke clusters kent. Hetzelfde geldt voor regionale factoren.

In deze studie lag de klemtoon duidelijk op de volwassenenpsychiatrie en niet op kinder- en jeugdpsychiatrie, de ouderenpsychiatrie, forensische psychiatrie, verslavingszorg en mentaal gehandicapten met een psychiatrische problematiek.

Verder lag het accent van deze studie op de mate van inhoudelijke samenhang (vormen van clusters) en mate van belangrijkheid (gemiddelde waardering). De mate waarin de verschillende aspecten gerealiseerd zijn, is niet bevraagd.

Uit dit onderzoek blijkt onder andere dat levenskwaliteit een hogere waardering krijgt dan bijvoorbeeld symptoomreductie. Dit zegt echter niets over de verhouding tussen deze twee uitkomsten. Keymolen & Casselman (2007) merkten reeds op dat er bij de patiënt sprake kan zijn van een verbetering in het functioneren of in diens kwaliteit van leven, zonder dat er op puur klinisch niveau sprake is van een vermindering van de symptomatologie. Verder onderzoek naar de verhoudingen van uitkomsten is noodzakelijk.

5.3. Verschillende perspectieven op psychiatrische zorg

Deze concept map is een poging om verschillende perspectieven op elkaar af te stemmen. Hierin kunnen, naar analogie met Vandenberghe (2007), verschillende logica's worden onderscheiden. De *klinische logica* bepaalt het therapeutische proces tussen patiënt en hulpverlener. Deze relatie, zo blijkt uit onze resultaten, is de belangrijkste peiler in de psychiatrische zorg. De klinische logica is meer dan de som van het perspectief van de patiënt, hulpverlener en familie. De zorginstellingen en de overheid zijn gestoeld op een andere logica: de *managementlogica*. Beiden logica's beogen echter hetzelfde: kwaliteitsvolle zorg! Een toepassing van de managementlogica in de geestelijke gezondheidszorg biedt kansen, maar houdt best rekening met de klinische logica (het perspectief van de hulpverlener, patiënt en familie). Men zal moeten aanvaarden dat niet alles wat belangrijk is in cijfers kan gegoten worden. De klinische logica en de managementlogica zullen met andere woorden op elkaar moeten worden afgestemd.

Deze concept map is tevens een poging om uitkomstenmanagement te kaderen binnen de *integrale kwaliteitszorg*. Van de centra geestelijke gezondheidszorg en de psychiatrische ziekenhuizen wordt in het bovenstaande decreet verwacht dat de zorginstelling een zelfevaluatie uitvoert. Deze zelfevaluatie houdt onder andere een systematische evaluatie in van processen (behandeling) en resultaten. Bovendien wordt verwacht dat de zorginstelling d.m.v. deze zelfevaluatie deze processen en resultaten bewaakt, beheerst en verbetert. Zo kunnen de resultaten van het meten aan de basis liggen van een verbeterproject of van een sterktezwakteanalyse van de klinische zorg. Naast een zelfevaluatie, wordt ook nog een evaluatie door de cliënten gevraagd. Ook dit valt zowel binnen de IKZ-werking als binnen het projectopzet.

LITERATUUR

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.

Boevink, W.A., Wolf, J.R.L.M., van Nieuwenhuizen, Ch., Schene, A.H., (1995). Kwaliteit van leven van langdurig van ambulante zorg afhankelijke psychiatrische patiënten: een conceptuele verkenning. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 37(2), 97-110.

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

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

Howard, K.I., Lueger, R.J., Maling, M.S., Martinovich, Z., (1993). A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change, *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(4), 678-685.

Howard, K.I., Moras, K., Brill, P.L., Martinovich, Z., Lutz, W., (1996). Evaluation of psychotherapy: efficacy, effectiveness, and patient progress, *American Psychologist*, 51(10), 1059-1064.

Ketelaars, D., Depla M., Donker, M. (1993). Cliëntenprespectief in kaart gebracht. *Maandblad voor geestelijke volksgezondheidszorg*, 48, 136-149.

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.

Lambert, M.J., Hansen, N.B., Finch, A.E. (2001). Patient-focused research: using patient outcome data to enhance treatment effects, *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(2), 159-172.

Nijssen, Y., Schene, A., de Haan, R.J., Gersons, B., (1997). Kwaliteit van zorg op gesloten psychiatrische opnameafdelingen. *Maandblad voor Geestelijke Volksgezondheid*. 11, 1109-1123.

Roeg, D., van de Goor, I., Garretsen, H., (2005). Towards quality indicators for assertive outreach programmes for severely impaired substance abusers: concept mapping with Dutch experts, *International Journal of Quality in Health Care*, 17, 3, 203-208.

Schacht, R., De Raedt, R., Rijnders, P., (2007). Evidence-based stepped care in de gedragstherapeutische praktijk. *Gedragstherapie*, 40, 85-110.

Schene, A.H., van Wijngaarden, B., (1994). Consequenties van psychotische stoornissen voor familieleden: de aard en ernst nader onderzocht, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 36, 1.

Trochim, W.M.K., Cook, J.A., Setze, R.J. (1994). Using concept mapping to develop a conceptual framework of staff's views of a supported employment program for individuals with severe mental illness. *Journal of consulting and clinical psychology*, 62 (4), 766-775.

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

van Weeghel, J., Van Audenhove, Ch., Colucci, M., Garanis-Papadatos, T., Liégeois, A., McCulloch, A., Muijen, M., Norcio, B., Ploumbidis, D., Bauduin, D., (2005). The components of good community care for people with severe mental illness: views of stakeholders in five European countries. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(4), 274-281.

Vandenbergh, J. (2007). De psychiater: clinicus en manager? Het spanningsveld tussen klinisch denken en managementdenken. Redactioneel. *Tijdschrift voor psychiatrie*. 49, 689-691.

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

Wennink, H.J. (2007). Meten en verbeteren van prestaties in de GGz: nieuwe trends in kwaliteitszorg (tekst beschikbaar via www.vvgg.be).

BIJLAGE 1:

PRIORITEREN EN CLUSTEREN VAN UITSPRAKEN

PRIORITERING VAN DE UITSPRAKEN

Toelichting

Bij de prioritering van de uitspraken dient u aan te geven hoe belangrijk de verschillende uitspraken zijn. Wilt u daartoe de uitspraken verdelen in vijf stapeltjes van 'minst belangrijk' naar 'meest belangrijk'.

Score 1 verwijst naar uitspraken die volgens u 'het minst belangrijk zijn'.

Score 5 is bedoeld voor uitspraken die volgens u 'het meest belangrijk zijn'.

U wordt nadrukkelijk verzocht om de uitspraken gelijkmatig over de vijf categorieën te verdelen.

minst belangrijk					meest belangrijk	
1	2	3	4	5		

CLUSTERING VAN DE UITSPRAKEN

Toelichting

U wordt verzocht die uitspraken bij elkaar te voegen die naar uw mening inhoudelijk bij elkaar horen of iets gemeenschappelijks hebben. Elke uitspraak mag maar één keer worden gebruikt. Het aantal clusters kent geen beperkingen. Wilt u op bijbehorend formulier voor ieder cluster een naam invullen. U kunt dit doen door één term in te vullen of door een omschrijving van dat cluster te geven.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

BIJLAGE 2: LIJST MET 89 UITSPRAKEN

Nr.	Gem.	Stdev.	Uitspraak
71	4.26	1.01	betaalbaar voor de patiënt
26	4.11	.99	een behandeling die de patiënt betreft in de behandeling
89	4.11	1.43	een behandeling op maat van patiënt
10	4.00	1.56	een behandeling die de continuïteit van de zorg garandeert
27	4.00	.96	zo respectvol mogelijk
56	3.96	1.81	een behandeling waarin de patiënt goed wordt bejegend
36	3.93	1.03	gericht op het verhogen van de levenskwaliteit
73	3.93	.96	veilig voor de patiënt
88	3.85	1.09	houdt rekening met de context van de patiënt
33	3.78	1.36	een behandeling die zichzelf evalueert en bijstuurt
57	3.78	1.58	gericht op zelfsturing/autonomie van de patiënt
29	3.70	1.32	wetenschappelijk onderbouwd
66	3.70	1.02	tijdig zorg aanbieden
78	3.70	1.54	gericht op (re)integratie in de maatschappij
64	3.67	1.26	de patiënt informeren over alle aspecten van de behandeling
16	3.63	1.27	het aanvaarden van de beperkingen van de patiënt
8	3.59	1.57	een behandeling die rekening houdt met het waardesysteem van de patiënt
28	3.59	1.06	een behandeling die de keuzevrijheid van de patiënt respecteert
72	3.59	1.43	een behandeling die rekening houdt met de rechten van de patiënt
14	3.56	1.28	helder, duidelijk en transparant voor de patiënt
34	3.56	1.73	een behandeling die realistische doelstellingen beoogt
44	3.56	1.80	een behandeling die het lijden vermindert
45	3.56	1.65	gebaseerd op diagnostiek/indicatiestelling
49	3.52	1.81	een behandeling met realistische doelen
76	3.48	1.66	een behandeling die de privacy van de patiënten respecteert
54	3.44	1.43	gesteund op een behandelplan
67	3.44	1.51	vermindering van ziektesymptomen
86	3.44	1.73	vroeg detecteren van psychische problemen
79	3.41	1.80	een behandeling met voldoende face-to-face contact tussen behandelaar en patiënt
20	3.37	1.86	ingebed in de samenleving, niet stigmatiserend

82	3.37	1.71	heeft aandacht voor nazorg
5	3.33	1.70	een behandeling die respect opbrengt voor de ervaringsdeskundigheid van de patiënt
43	3.30	1.47	een behandeling die de patiënt inzicht geeft in zichzelf
80	3.30	1.32	een behandeling die snel inspeelt op problemen die zich stellen
55	3.26	1.60	een behandeling waarin de zorg de patiënt volgt
48	3.22	1.51	ondersteunt de omgeving bij de zorg
62	3.22	1.73	gebaseerd op een onderhandelde samenwerking tussen patiënt en hulpverlener
77	3.19	1.41	geen wachtlijsten
59	3.15	1.53	een luisterend oor voor de patiënt
4	3.11	1.73	een behandeling die de zieke leert omgaan met zijn vernieuwde kwetsbaarheid
85	3.11	1.80	een goed uitgebouwde ggz eerste lijn
1	3.07	1.33	een behandeling die de patiënt aanspreekt in zijn vaardigheden
11	3.07	2.07	een behandeling waarin de hulpverlener noodzakelijke beslissingen durft nemen, zelfs tegen de wens van de patiënt in
12	3.07	2.29	bio-psycho-sociaal
31	3.04	2.27	een behandeling die resulteert in een blijvende verbetering
39	3.04	2.04	mogelijk afwijken van een behandelprotocol
69	3.04	1.44	laagdrempelig (taal, afstand)
87	3.04	1.81	beschouwt het gezin als bondgenoot in het team
47	3.00	2.00	gestoeld op samenwerking tussen ggz-voorzieningen
75	3.00	1.78	hoopgevend
22	2.96	.92	rekening houden met sociaal-emotionele functioneren van de kinderen van patiënten
18	2.93	2.36	een behandeling die zelfdoding voorkomt
58	2.89	2.25	samenwerking met andere domeinen (onderwijs, eerste lijn)
15	2.85	1.46	een gedoseerde toepassing van middelen
24	2.85	1.76	een behandeling die wordt gedragen door een eendrachtig team
74	2.85	1.83	een behandeling die oog heeft voor somatische aspecten
84	2.85	1.68	voorkomt chroniciteit
32	2.78	2.47	multidisciplinair
83	2.78	1.43	een goed over ggz geïnformeerde eerste lijn
51	2.74	1.75	gestoeld op een gelijkwaardige positie tussen patiënt, familie en hulpverlener

52	2.70	1.91	aanklampende zorg, waar nodig
6	2.67	1.78	als de patiënt tevreden is
61	2.67	1.56	gebaseerd op de gelijkwaardigheid hulpverlener/hulpvrager
65	2.67	2.15	een goede afstemming van vraag en aanbod
81	2.67	2.96	psychiatrische zorg 7 dagen op 7
38	2.63	1.64	bij voorkeur ambulante
7	2.59	1.43	een behandeling die ervoor zorgt dat de omgeving begrip opbrengt voor de situatie van de patiënt
60	2.59	1.72	biedt continuïteit in de persoon van de behandelaar
41	2.56	1.88	zo weinig mogelijk ingrijpend
70	2.56	1.28	een behandeling die plaatsvindt in een aantrekkelijke en aangename omgeving
9	2.48	2.18	een behandeling die bestaat uit meerdere therapievormen (expressie, verbaal, medicatie)
37	2.41	2.02	het beantwoorden van elke hulpvraag
2	2.37	1.64	veilig voor de hulpverlener
23	2.37	1.71	gericht op een stabiele omgeving
46	2.37	1.57	kostenefficiënt
68	2.37	1.49	betaalbaar voor de overheid
19	2.33	1.19	gericht op verschillende levensfasen
21	2.26	1.67	een behandeling die gericht is op 'zich gelukkig voelen'
30	2.19	1.11	veilig voor de maatschappij
53	2.15	1.31	gekaderd in een preventiebeleid t.o.v. de bevolking
17	2.07	1.18	een behandeling die rekening houdt met de plichten van de patiënten
40	2.00	1.41	durven dwang hanteren
35	1.93	.96	houdt rekening met de capaciteiten van de hulpverlener
50	1.89	1.51	een behandeling die patiënten in contact brengt met lotgenoten
13	1.78	1.14	gericht op het bewerkstelligen van een goede sfeer tussen patiënten onderling
63	1.77	1.56	gericht op een voldoende hoog inkomen
3	1.63	1.12	in overeenstemming met de waarden van de behandelaar
42	1.56	.69	ontwikkelingsbevorderend voor de hulpverlener
25	1.41	.83	gekaderd in een sensibiliseringscampagne

Gem. = gemiddelde waardering; StDev. = standaarddeviatie

BIJLAGE 3: PEILEN NAAR KWALITEIT VAN ZORG EN NAZORG IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG VANUIT PATIËNTENPERSPECTIEF

Wat ging vooraf? Het dagelijkse bestuur van de Vlaamse Vereniging Geestelijke Gezondheid kwam bijeen op 30 juni 2006 en besloot bij spoed een onderhoud aan te vragen met kabinet en administratie, en dit onderhoud vond plaats op vrijdag 7 juli 2006. Daar bleek immers dat de Vlaamse overheid de VVGG opdracht essentieel wil wijzigen: steun aan patiëntenverenigingen en acties met betrekking tot Rechten van de patiënt worden geschrapt; activiteiten inzake documentatie en informatieverstrekking en activiteiten m.b.t. beeldvorming en destigmatisering worden ten zeerste beperkt (max. 30% van de ter beschikking gestelde subsidies mogen daaraan besteed worden). Daar tegenover kwam vooral een nieuwe opdracht: De VVGG biedt wetenschappelijke ondersteuning aan de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen.

Vzw UilenSpiegel, patiëntenvertegenwoordiging geestelijke gezondheidszorg vindt evenwel dat men voor wetenschappelijke ondersteuning in eerste instantie de stem van de patiënt dient te hanteren als uitgangspunt. Daarom besloot UilenSpiegel haar doelgroep (leden en niet-leden) te bevragen over kwaliteit van zorg en nazorg in de geestelijke gezondheidszorg in het kader van haar weekend te Genk van 20 tot en met 21 oktober 2006. Hiermee wil UilenSpiegel tevens aantonen dat met beperkte middelen een vrijwilligersorganisatie toch de nodige reflectie kan maken.

Hoe ging UilenSpiegel vzw tewerk en met wie?

Er werd gestreefd naar twee panels in gelijke aantallen. Eén moderator en één verslaggever coördineerden elk panel.

Peer – group

De volledige Nederlandstalige groep bestond uit 30 deelnemers. Tweeëntwintig deelnemers op 30 (hetzij 78,6%) zijn federaal of via mutualiteit ingeschreven aan 66% of meer invaliditeit. Het type traject van de deelnemers was gevarieerd: ambulante zorg, beschut wonen, opname ziekenhuis, verplichte opname ziekenhuis, mantelzorg; twee deelnemers kwamen uit Nederland.

Methodiek

Binnen elk panel werd elke deelnemer uitgenodigd tot het opschrijven van maximum 8 aandachtspunten vanuit eigen (recente) ervaring m.b.t. het panelthema. Elk aandachtspunt op een afzonderlijk kaartje. Elke deelnemer lichtte zijn aandachtspunten toe. De aandachtspunten werden gegroepeerd onder waargenomen onderwerpen. Na de pauze bracht elk panellid een stem uit per aandachtspunt in functie van zijn aangevoelde prioriteit m.b.t. het aandachtspunt. De twee aandachtspunten met de meeste stemmen werden door de verslaggever van het panel naar voren geschoven als prioritair; bij het afsluiten van de studievoormiddag naar het hele publiek toe.

Verdere toelichting studie – instrument

Gebruik panelgesprekken: bij elk weekend (m.a.w. 2x per jaar) naast het gebruik ervan in de jaarwerking van UilenSpiegel.

Type: steekproef vertrekend vanuit eigen, persoonlijke ervaringen zowel objectieve als subjectieve van deelnemers.

Gebruik metingen: besprekingen binnen actieve kernen van UilenSpiegel, verdere feedback tijdens verder contact met leden, jaarlijkse beleidsaanbevelingen (jaarverslag); koppeling naar gemeenschappelijk project Belgische Schizofrenie Liga v.z.w. – Uilenspiegel '07 – '08 en naar Psychose – groep van Uilenspiegel v.z.w.

Groepsgesprek over 'Kwaliteit van zorg en nazorg in de geestelijke gezondheidszorg' (verslaggever: mevr. Buekenhoudt Ann)

- De kwaliteit van zorgen in het ziekenhuis.
- De kwaliteit van de nazorg. Wat na mijn ontslag?

Zowel de Nederlandstalige deelnemers van UilenSpiegel, als de Franstalige leden van Psytoyens a.s.b.l., namen deel aan het groepsgesprek. De deelnemers werden verdeeld in groepen volgens hun moedertaal en naar thema. Het doel was de twee belangrijkste punten, die naar voor komen uit het gesprek, te kiezen. Dit gebeurde door stemming. Tenslotte werden de conclusies van zowel de Nederlandstalige kant, als de Franstalige kant vergeleken.

De Nederlandstalige groep, die werkte rond kwaliteit van de zorg in het ziekenhuis, vond de volgende items het belangrijkste:

- Het zogenaamde 'gat in de patiëntenrechten' moet gedicht worden. Indien de klachtenbemiddeling faalt, kan de patiënt bijna nooit een rechtszaak aanspannen. Dit is financieel, emotioneel en juridisch moeilijk haalbaar. De rechten van de patiënt worden niet altijd toegestaan. Mogelijke oplossing: het oprichten van een soort vakbond, die de rechten van de patiënt verdedigt.
- Ook hebben psychiaters en verpleegkundigen te weinig aandacht voor de patiënten. De afstand tussen beide groepen is te groot. Deze afstand moet dringend verkleind worden.
- Er wordt volgens hen te weinig informatie gegeven rond werk, woongelegenheden... De patiënt moet bijna alles zelf regelen.
- Paradoxaal genoeg, werd als tweede item het 'doodknuffelen van de patiënt' gekozen. In sommige gevallen laat de verpleging de patiënt niets zelf doen. Er wordt te weinig psychotherapie aangeboden. Psychiaters besteden te weinig tijd aan de patiënten en zijn te weinig te spreken. Dit moet vaker kunnen. Ook het verplegend personeel geeft te weinig aandacht aan de patiënten. Zij (de verpleging) moeten zich te veel bezig houden met papierwerk.
- De sociale aspecten van de behandeling worden verwaarloosd (ziekte – ontstaan – geschiedenis – omstandigheden).
- De vrijheid in de kliniek moet verhogen. Psychiatrie is gericht op beheersing, niet op bevrijding. Er is sprake van burgerlijke verdrukking in het discours (autoritair, hiërarchisch). De patiënt moet recht hebben op verzet. Emancipatie is in de psychiatrie niet gelijk aan normaliteit.
- Iedereen moet gelijk behandeld worden. Sommige patiënten krijgen een soort 'voorkeurbehandeling' (bv. ze bepalen zelf wanneer ze ontslagen worden, anderen niet).
- De voorbereiding op ontslag en eventueel beschut wonen is te gebrekkig.
- Patiënten met verschillende ziektebeelden zitten bij elkaar. Dat is niet goed. Sommige ziektebeelden passen niet bij elkaar. Mensen met ziekte bij elkaar steken is geen goed idee. Je trekt elkaar zo naar beneden. Ook de groepen zijn vaak te groot.
- Er is geen internettoegang in de kliniek.
- De voeding is te eenzijdig (vb. te weinig vis).

- Gebrek aan informatie en openheid. Er wordt praktisch geen informatie verstrekt. Je weet gewoon niet wat je overkomt (ziektebeeld – opnameduur).
- Er is te weinig communicatie tussen de patiënt en het verplegend personeel. Gebrek aan empathie. Soms is er te weinig takt in de confrontatie met psychiatrische patiënten. Je voelt je niet 'au sérieux' genomen, je voelt je behandeld als een kind. Patiënten kunnen het soms niet goed vinden met de verpleging.
- Er is meer tijd nodig om persoonlijk, specifieke problemen uit te diepen. Gepaste zorg voor gepast probleem (vb. geweldservaringen die een kind meemaakt).
- Er is een gebrek aan alternatieve therapieën en ideeën, filosofische achtergrond. Te weinig organisatie en solidariteit (oplossing: soort vakbond voor patiënten oprichten)

De Franstalige deelnemers van Psytoyens a.s.b.l. bracht drie items in verband met de opname in het ziekenhuis en twee items in verband met de nazorg aan

- Volgens hen wordt er in de ziekenhuizen teveel medicatie gegeven. Deze medicamenten hebben vaak nevenwerkingen die genegeerd worden door de verpleging. Ook bestaat er in sommige ziekenhuizen een parallel circuit (drugs).
- Een tweede item is dat de kwaliteit van de zorgen, die aangeboden worden, moet verbeterd worden. Onder andere: het luisteren naar de patiënt, het respectvol behandelen van de patiënt. Er is ook een gebrek aan diversiteit wat therapieën betreft.
- Tenslotte spelen ook plaatsgebrek, conflicten, het feit met verschillende zieken samen te zitten, slechte accommodatie (vb. te weinig douches) mee.

Na het ontslag uit het ziekenhuis of voorziening vindt men dat:

- Patiënten veel zelf moeten uitzoeken in verband met huisvesting. Er wordt te weinig informatie over de verschillende mogelijkheden gegeven.
- De vriendschappen, die in het ziekenhuis ontstaan, vaak achteraf verloren gaan. En dat vooral, is een spijtige zaak.

In de reeks Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen 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. Jacques Gasser tenslotte haalde de consequenties aan van een nieuwe Zwitserse wet over de controle van ziektekosten.

Deel 2

MEETINSTRUMENTEN EN BEHANDELRIJCHLIJNEN IN DE VLAAMSE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG INVENTARIS 2006

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 (CGG), psychiatrische ziekenhuizen (PZ), psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ), beschut wonen (BW) en psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT) – reageerden op de rondvraag. Meetinstrumenten worden in 64% van de voorzieningen gebruikt. Hierbij gaat het vooral om klinische meetinstrumenten. Behandelrichtlijnen daarentegen worden nauwelijks gebruikt.

Deel 3

METEN VAN UITKOMSTEN VAN BEHANDELING IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG LITERATUURSTUDIE 2007

Een eerste hoofdstuk beoogt een genuanceerde formulering van de probleemstelling in verband met het meten van uitkomsten van de behandeling, als onderdeel van kwaliteitsverbetering. Hoofdstuk 2 beschrijft de verschillende soorten uitkomsten die van belang zijn. Vervolgens wordt een overzicht geboden van de bestaande meetinstrumenten. Hierbij wordt een 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.

Deel 4

CONCEPT MAP VAN EEN GOEDE PSYCHIATRISCHE BEHANDELING STAKEHOLDERSBEVRAGING NAJAAR 2007

In dit deel is onderzocht welke aspecten van psychiatrische zorg als belangrijk worden ervaren door vijf groepen betrokkenen. In het eerste hoofdstuk worden de doelstellingen en methodiek van deze studie uiteengezet. In het tweede hoofdstuk komen de resultaten aan bod. In vijf brainstormsessies werden 293 uitspraken verzameld. Uiteindelijk werden 89 uitspraken weerhouden. De uiteindelijke concept map omvat vijf clusters. 'Respectvolle relatie tussen hulpverlener en patiënt' en 'doel van de behandeling' werden door bijna alle groepen als het meest belangrijk ervaren. In het derde hoofdstuk worden de resultaten vergeleken met andere modellen uit internationaal onderzoek. In het vierde hoofdstuk wordt nagegaan welke aspecten gemeten kunnen worden.

De Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VGG) promoot 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