

**UITKOMSTENMANAGEMENT IN  
DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG  
IN VLAANDEREN  
DEEL 6**

*Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid*



**Stefaan Baert**

**MEETINSTRUMENTEN BIJ DE BEHANDELING  
IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

**INTERNATIONAAL SYMPOSIUM 6 DECEMBER 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](mailto:info@vvgg.be)

Wettelijk depot: D/2008/2566/5

© 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). Meetinstrumenten bij de behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. Internationaal symposium 6 december 2007. Deel 6. In de VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Gent, VVGG.

# INHOUDSTAFEL

ALGEMENE INLEIDING VAN DE REEKS

p. 4

DANKBETUIGING

p. 5

VOORWOORD

p. 6

HOOFDSTUK I: INLEIDING EN STAND VAN ZAKEN VAN HET PROJECT

p. 7

UITKOMSTENMANAGEMENT IN VLAANDEREN

p. 7

PROF. EM. JORIS CASSELMAN & STEFAAN BAERT

p. 7

1.1. Inleiding

p. 7

1.2. Stand van zaken

p. 7

1.2.1. Doelstellingen

p. 7

1.2.2. Selectieproces meetinstrumenten

p. 8

1.2.3. Periodiek meten

p. 10

1.2.4. Klinisch significante verandering

p. 11

1.3. Implementatiemethodiek

p. 11

1.3.1. Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Eclips te Gent

p. 11

1.3.2. Beschut Wonen te Veurne

p. 12

1.4. Eerste evaluatie

p. 13

1.5. Uitdagingen voor de toekomst

p. 13

1.6. Literatuur

p. 14

HOOFDSTUK II: OUTCOME MEASURES IN MENTAL HEALTH

p. 15

CHRIS HEGINBOTHAM

p. 15

2.1. Belang en stand van zaken

p. 15

2.2. Uitkomstenmetingen

p. 15

2.3. Commentaar op VVGG-werkwijze

p. 16

2.4. Literatuur

p. 16

HOOFDSTUK III: UITKOMSTENMANAGEMENT IN DE

p. 17

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND

p. 17

JOHN WENNINK

p. 17

3.1. Doel uitkomstenmanagement

p. 17

3.2. Periodiek meten

p. 17

3.3. Evenwichtige vergelijking

p. 17

3.4. Meerdere gebruiksdoelen

p. 18

3.5. Niet-normatief starten

p. 18

3.6. Ontwerp

p. 18

3.7. Uitkomstencompassen

p. 19

3.8. Literatuur

p. 21

HOOFDSTUK IV: CONCLUSIES

p. 22

## 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 behandeluitkomsten 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 trials*. Samenvattingen van deze internationale studies zijn te vinden in meta-analyses 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. In 1997 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 (VVG). Deze opdracht vindt zijn neerslag in de beheersovereenkomst tussen de VVG en de Vlaamse overheid die in 2006 van start is gegaan. De VVG 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 uitkomsten van een behandeling gemeten worden?
3. Hoe wordt die informatie aangewend door de verschillende actoren?

## DANKBETUIGING

We danken de buitenlandse gasten Chris Heginbotham en John Wennink voor hun presentaties op dit tweede internationale symposium over meetinstrumenten. De VVGG dankt ook alle aanwezigen voor hun betrokkenheid bij het project uitkomstenmanagement en hun bijdrage in de discussie. Daarnaast dankt de auteur de leden van de adviesgroep wetenschappelijke ondersteuning, alsook Paul Arteel, Joris Casselman en Rik Van Nuffel voor het nalezen van de ontwerptekst.

## VOORWOORD

In het kader van de opdracht wetenschappelijke ondersteuning begeleidt de VVGG de introductie van meetinstrumenten die het resultaat van een behandeling in kaart brengen. Hiertoe ondernam de VVGG reeds een aantal initiatieven. Zo werden alle betrokken actoren in september 2007 bevroegd over wat zij belangrijk vinden in een psychiatrische behandeling (Baert, 2008a). Bovendien werden verschillende meetinstrumenten doorgelicht op basis van wetenschappelijke evidentie en praktische bruikbaarheid. Dit leidde tot een set van meetinstrumenten (Baert, 2008b). Echter, om in Vlaanderen tot systematisch meten van behandelingseffecten te komen, is een cultuurverandering nodig. Uit eerder onderzoek naar het gebruik van meetinstrumenten in Vlaanderen bleek dat instrumenten in de meeste zorginstellingen worden gebruikt als diagnostisch instrument, al zien we dat sommige psychologen bij een aantal patiënten meetinstrumenten gebruiken om het effect van hun behandeling na te gaan. Elke voorziening voert hieromtrent een eigen kwaliteitsbeleid dat afhankelijk is van de kennis en ervaring van de betrokken hulpverleners en beleidsverantwoordelijken (Baert, 2007). De taak van de VVGG bestaat erin om de draagkracht hiervoor te vergroten en de integratie van meetinstrumenten te begeleiden.

Het is verfrissend en nuttig om in de loop van een traject even stil te staan en kritisch na te denken over de reeds afgelegde weg en antwoorden te suggereren op uitdagingen voor de toekomst. Een tweede internationaal symposium leek hiervoor uitmate geschikt. Verder bouwend op onze contacten in Nederland en Engeland kozen we ervoor om Chris Heginbotham en John Wennink uit te nodigen. Onze doelstelling van het symposium was een stand van zaken opmaken, mede in functie van de verdere uitvoering van de opdracht zoals vervat in het beheerscontract met de Vlaamse overheid.

Werden uitgenodigd als deelnemers: de leden van de adviesgroep wetenschappelijke ondersteuning, de leden van de algemene vergadering van de VVGG, de opdrachtgever, i.c. de Vlaamse gemeenschap, en vertegenwoordigers van deelnemende zorginstellingen of zorginstellingen met een grote belangstelling voor uitkomstenmanagement.

Het symposium startte met een stand van zaken van het project uitkomstenmanagement in Vlaanderen. Prof. em. Joris Casselman gaf een korte inleiding. Stefaan Baert beschreef het selectieproces van de meetinstrumenten en de implementatiemethodiek. Naast een update van de situatie in Engeland en commentaar op onze werkwijze, had Chris Heginbotham het over het belang van uitkomstenmetingen. John Wennink belichtte het begrip ggz-kompas. Daarnaast sprak hij over periodiek meten, de verschillende gebruiksdoelen van uitkomstenmanagement en empirische normen.

Gent, september 2008

# HOOFDSTUK I: INLEIDING EN STAND VAN ZAKEN VAN HET PROJECT UITKOMSTENMANAGEMENT IN VLAANDEREN

prof. em. Joris Casselman<sup>1</sup>  
Stefaan Baert<sup>2</sup>

## 1.1. Inleiding

In de overheidsopdracht 'Wetenschappelijke Ondersteuning' van de VVGG is voorzien dat op een wetenschappelijk verantwoorde wijze meetinstrumenten worden geïntroduceerd in de Vlaamse geestelijke gezondheidszorg. Tijdens de voorbereidende fase van de opdracht nam de VVGG een reeks initiatieven die uitmondde in deze reeks.

- Eerste internationaal symposium in 2006: vier sprekers rapporteerden over hun jarenlange ervaring met het spanningsveld tussen kwaliteitsverbetering en maatschappelijke verantwoording in de geestelijke gezondheidszorg (Van Nuffel, 2007).
- Inventaris 2006: verslag over een rondvraag naar het gebruik van (meet)instrumenten en behandelrichtlijnen in Vlaanderen (Baert, 2007).
- Literatuurstudie 2007: literatuurstudie over het meten van uitkomsten van een behandeling (Keymolen & Casselman, 2007).
- Stakeholdersbevraging 2007: onderzoek naar aspecten van psychiatrische zorg die als belangrijk worden ervaren door vijf groepen betrokkenen.<sup>3</sup>

## 1.2. Stand van zaken

### 1.2.1. Doelstellingen

De implementatie van de meetinstrumenten in de praktijk probeert een antwoord te geven op volgende vragen:

- Is het mogelijk om een samenhangende set van betrouwbare, valide en gebruiksvriendelijke meetinstrumenten te implementeren in een aantal geestelijke gezondheidszorginstellingen?
- Heeft de implementatie een meerwaarde voor de betrokken patiënten, hulpverleners, betrokkenen en de zorginstelling zelf?
- Welke belemmerende en bevorderende factoren komen bij de implementatie tot uiting?
- Worden de meetinstrumenten geïmplementeerd in de integrale kwaliteitswerking zodat ze daadwerkelijk de kwaliteit kunnen bijsturen?
- Is een vergelijking van de meetresultaten tussen verschillende instellingen mogelijk?

<sup>1</sup> Prof. em. Joris Casselman is voorzitter van de VVGG en van de adviesgroep wetenschappelijke ondersteuning.

<sup>2</sup> Stefaan Baert is klinisch psycholoog en werkt als stafmedewerker bij de VVGG.

<sup>3</sup> In een vijfde deel, dat verscheen na dit symposium, werd nagegaan welke meetinstrumenten gebruikt kunnen worden om de resultaten van de behandeling in kaart te brengen (Baert, 2008b).

4 In december 2007 waren 13 meetinstrumenten doorge-licht. De set telt momenteel 21 meetinstrumenten (35 versies). Voor gedetailleerde informatie over deze meet-instrumenten verwijzen we naar Baert, 2008b.

### 1.2.2. Selectieproces meetinstrumenten

Bij de selectie van meetinstrumenten<sup>4</sup> werden, naast de mate van belangrijkheid, de praktische bruikbaarheid en de wetenschappelijke evidentie als selectiecriteria gebruikt (Baert, 2008a, 2008b).

Figuur 1.1. geeft een antwoord op de vraag ‘Wat zijn de uitkomsten van een behandeling in de geestelijke gezondheidszorg?’

Figuur 1.1.: uitkomstenkwadrant volgens Walburg (2003)

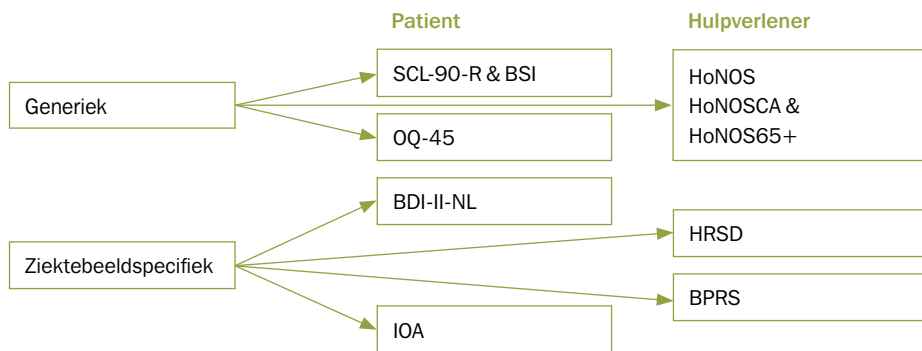


Verder bouwend op de vier uitkomstenkwadranten van Walburg (2003) geven figuren 1.2. tot en met 1.4. een antwoord op de vraag ‘Hoe kunnen uitkomsten van een behandeling gemeten worden?’

Figuur 1.2. geeft een overzicht van meetinstrumenten voor klinische uitkomsten, opgedeeld in generieke en ziektebeeldspecifieke meetinstrumenten, en volgens beoordelaar.



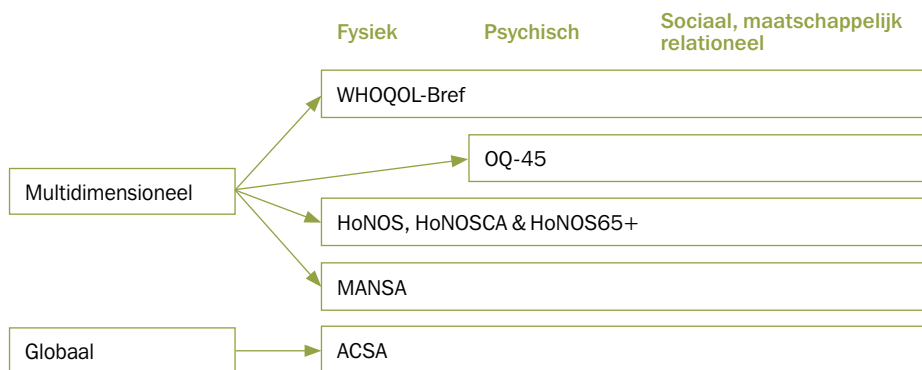
Figuur 1.2.: meten van klinische uitkomsten



- BDI-II-NL** Beck Depression Inventory
- BPRS** Brief Psychiatric Rating Scale
- BSI** Brief Symptom Inventory
- HoNOS** Health of the Nation Outcome Scales (volwassenen)
- HoNOSCA** Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents
- HoNOS65+** Health of the Nation Outcome Scales (ouderenversie)
- HRSD** Hamilton Rating Scale of Depression
- IOA** Inventarisatielijst Omgaan met Anderen
- OQ-45** Outcome Questionnaire
- SCL-90-R** Symptom Check List

Figuur 1.3. geeft een overzicht van multidimensionele en globale meetinstrumenten die kwaliteit van leven meten en dit met aandacht voor fysieke, psychische en sociale factoren.

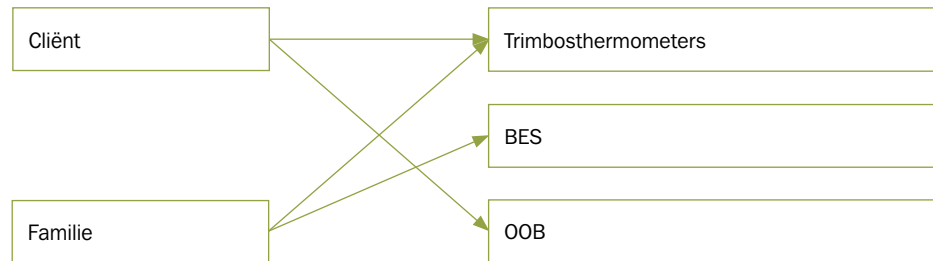
Figuur 1.3.: meten van kwaliteit van leven



- ACSA** Anamnestic Comparative Self Assessment
- HoNOS** Health of the Nation Outcome Scales (volwassenen)
- HoNOSCA** Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents
- HoNOS65+** Health of the Nation Outcome Scales (ouderenversie)
- MANSA** Manchester Short Assessment of quality of life
- OQ-45** Outcome Questionnaire
- WHOQOL-bref** World Health Organization Quality of Life

Figuur 1.4. geeft een overzicht van de meetinstrumenten die waardering meten, zowel cliëntwaardering als waardering van familieleden.

Figuur 1.4.: meten van waardering



**BES** Betrokkenen Evaluatie Schaal  
**OOB** Oordeel over de Ontvangen Behandeling

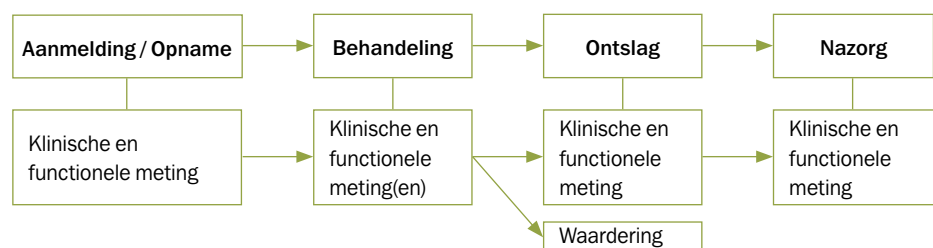
### 1.2.3. Periodiek meten

Een periodieke meting van de uitkomsten houdt in dat op regelmatige tijdstippen de symptomen en kwaliteit van leven wordt bepaald.

- Aanmelding en/of opname: een eerste meting vindt plaats bij de aanmelding of opname. Afhankelijk van het type zorginstelling gebeurt dit bijvoorbeeld in de eerste week van de opname (in een residentiële setting) of tijdens de eerste gesprekken (in een ambulante setting).
- Behandeling: tijdens de behandeling worden dezelfde meetinstrumenten opnieuw afgenomen. Afhankelijk van het type zorginstellingen en de interne structuren kan dit bijvoorbeeld om de zes maanden of na een bepaald aantal sessies gebeuren. Bij deze vervolgmetingen geven de verschillen tussen de meetresultaten aan of de behandeling resulteert in een reductie van symptomatologie en/of toegenomen levenskwaliteit.
- Ontslag: ook op het einde van de behandeling worden dezelfde meetinstrumenten opnieuw gehanteerd.
- Nazorg: gezien we ons willen behoeden voor schijn- en korte termijneffecten, suggereren we om de meetinstrumenten x aantal maanden na ontslag een laatste keer af te nemen om na te gaan of de verbetering behouden blijft.

Zoals te zien op figuur 1.5. wordt een waarderingsinstrument enkel bij ontslag afgenomen, tenzij de patiënten reeds enige tijd zijn opgenomen. Indien gewerkt wordt met beoordelingsschalen, adviseren we dat een patiënt gevolgd wordt door dezelfde hulpverlener (omwille van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid).

Figuur 1.5.: periodieke meting



### 1.2.4. Klinisch significante verandering

“Hoeveel punten moet de score van een patiënt veranderen opdat er sprake is van een betekenisvolle verandering?” Om te weten of de verandering voldoende groot is, kunnen we gebruik maken van de formule van Jacobson en Truax (1991). Dit kan voor elk meetinstrument worden berekend.

#### Stap 1: grenswaarde

- meer dan twee standaarddeviaties ( $2 \times SD_{klin}$ ) verwijderd van het gemiddelde van de klinische populatie ( $M_{klin}$ ), of
- meer dan twee standaarddeviaties ( $2 \times SD_{norm}$ ) verwijderd van het gemiddelde van de normale populatie ( $M_{norm}$ ), of
- indien distributies overlappen, gelijke variantie of niet?
  - gelijke variantie:  $(M_{klin} + M_{norm}) / 2$
  - ongelijke variantie:  $((M_{klin} \times SD_{norm}) + (M_{norm} \times SD_{klin})) / (SD_{norm} + SD_{klin})$

#### Stap 2: Reliability of Change Index

Onderstaande formule geeft aan hoe groot het verschil minimaal moet zijn om klinisch betrouwbaar te zijn:

$$1,96 \times \sqrt{2 \times (SD_{klin} \times \sqrt{(1-r_{xx})})^2}$$

Omdat de  $SD_{norm}$  doorgaans kleiner is dan de  $SD_{klin}$ , is het aan te raden om  $SD_{klin}$  te verkiezen.

#### Voorbeeld

- Stap 1: van de Beck Depression Inventory (BDI-II-NL) zijn de gemiddelde scores van de patiënten ( $M = 21,3$ ;  $SD = 12,2$ ) en van de normgroep ( $M = 6,2$ ;  $SD = 6,2$ ) in de handleiding weergegeven. Aan de hand van deze gegevens kan de grenswaarde worden berekend. Let op: de distributies overlappen elkaar.  
 $(21,3 \times 6,2) + (6,2 \times 12,2) / (6,2 + 12,2) = 11,3$
- Stap 2: de test hertestbetrouwbaarheid bedraagt .82.

$$1,96 \times \sqrt{2 \times (12,2 \times \sqrt{(1-.82)})^2} = 14,3$$

Stel dat een patiënt bij een eerste meting 30 scoort, wat boven onze norm van 11,3 is. Bij een tweede meting drie maanden later daalt zijn score tot 15, wat nog altijd boven de norm is. Echter, gezien het verschil (30-15) groter is dan 14,3 kunnen we spreken van een significante verbetering.

## 1.3. Implementatiemethodiek

Eenmaal er in de zorginstelling voldoende draagkracht is voor het project, wordt samen met de VVGG een implementatieplan opgesteld. Dit implementatieplan bevat volgende elementen:

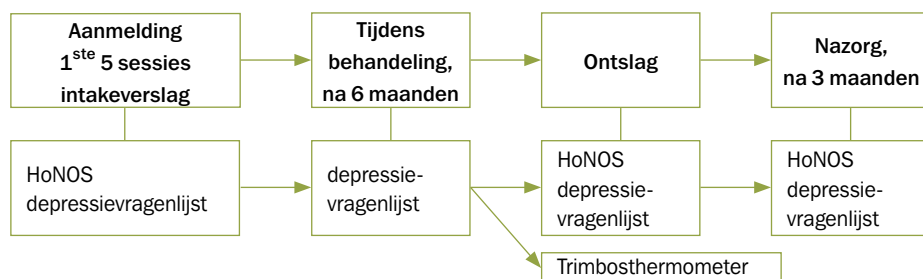
- Beschrijving groep patiënten
- Selectie meetinstrumenten en planning periodieke metingen (zie figuur 1.5., p. 10)
- Wat zijn de finaliteiten van de metingen?
- Wie coördineert? Wat is de implementatiestrategie?

### 1.3.1. Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Eclips te Gent

CGG Eclips realiseert haar ambulante geestelijke gezondheidszorg via acht gedifferentieerde, rechtstreeks bereikbare deelwerkingen: Advies- en Begeleidingscentrum; Centrum Bevrijding; Centrum voor Studie, Preventie en Behandeling van Alcoholisme en andere Toximanieën (CAT)- Preventie, Curatiehuis en Infopunt; Centrum De Schelp; Guidance Centrum voor Kinderen en Adolescenten; Forensische eenheid.

- Beschrijving groep patiënten  
Alle cliënten met depressieve aanmeldingsklachten op vijf afdelingen.
- Meetinstrumenten en periodieke metingen (figuur 1.6.)

Figuur 1.6.: periodieke metingen CGG Eclips



**HoNOS** Health of the Nation Outcome Scales (volwassenen)

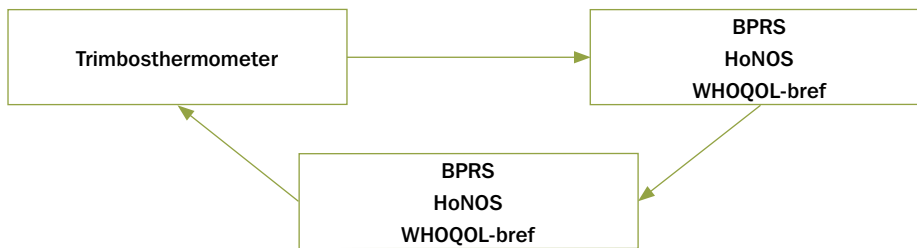
- Finaliteiten
  - Patiëntniveau
    - feedback naar cliënten
    - feedback naar hulpverleners
  - Organisatieniveau
    - uitbreiding nazorg (evaluatie Integrale Kwaliteitszorg)
    - benchmarking
- Coördinatie en implementatiestrategie
  - kwaliteitscoördinator
    - opstellen en verspreiden van motivatietekst voor hulpverleners
    - informatie voor patiënten over dit project
  - therapeuten
    - meetinstrumenten invullen en verzamelen

### 1.3.2. Beschut Wonen te Veurne

Volwassenen vanaf 18 jaar met een beperking (verstandelijk, sensorieel, motorisch, autisme spectrumstoornis) die zelfstandig wonen of gaan wonen komen in aanmerking voor beschut wonen.

- Beschrijving groep patiënten  
Alle bewoners
- Meetinstrumenten en periodieke metingen (figuur 1.7.)

Figuur 1.7.: periodieke metingen BW Veurne



**HoNOS** Health of the Nation Outcome Scales (volwassenen)

**WHOQOL-bref** World Health Organization Quality of Life

**BPRS** Brief Psychiatric Rating Scale

- Finaliteiten
  - Patiëntniveau
    - feedback bewoners
    - aanpassen begeleidingsplan
- Coördinatie en implementatiestrategie
  - psycholoog
    - BPRS invullen
    - verzamelen alle testmateriaal
    - feedback bewoners (samen met begeleider)
  - begeleiding
    - HoNOS invullen
    - feedback bewoners (samen met psycholoog)
  - bewoners
    - WHOQOL en Trimbosthermometer invullen
    - feedback van psycholoog en begeleider

#### 1.4. Eerste evaluatie

- Bevorderende factoren
  - hulpverleners werken met een behandelingsplan
  - hulpverleners volgen vorming over meetinstrumenten
- Belemmerende factoren
  - negatieve houding tegenover meten in het algemeen
  - verdwijnen van de therapeutische autonomie

#### 1.5. Uitdagingen voor de toekomst

- Uitbreiding aantal deelnemende zorginstellingen<sup>5</sup>
- Uitbreiding aantal meetinstrumenten<sup>6</sup>
- Testmanager<sup>7</sup>

- 5 Huidige stand van zaken, september 2008: 9 zorginstellingen voeren effectief metingen uit; 7 andere maken een implementatieplan op en zullen binnenkort starten.
- 6 Huidige stand van zaken, augustus 2008: 21 meetinstrumenten werden doorgevoerd (Baert, 2008b).
- 7 Verschillende instellingen testen een op maat gemaakte experimentele versie uit.

## 1.6. 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.

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

Baert, S. (2008b). De zoektocht naar geschikte meetinstrumenten voor het ontwikkelen van uitkomstencompassen. Deel 5. In de VVGG-reeks: *Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen*. Gent, VVGG.

Jacobson, N.S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 12-19.

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.

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.

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

De VVGG publicaties zijn gratis beschikbaar op [www.vvvgg.be](http://www.vvvgg.be) (downloads – vvgg losse publicaties). Algemene informatie over dit project vindt u onder de rubriek *Wat doet de vvgg? – Wetenschappelijke ondersteuning - Uitkomstenmanagement*.

## HOOFDSTUK II: OUTCOME MEASURES IN MENTAL HEALTH

Chris Heginbotham<sup>8</sup>

Bij het meten van resultaten van de behandeling gaat men best doordacht en voorzichtig te werk. Culturele en taalgebonden factoren bijvoorbeeld maken het vinden van goede meetinstrumenten niet eenvoudig. Bovendien is het resultaat van een behandeling vaak een complexe zaak. *The better metrics project* probeert hier een antwoord op te bieden.

### 2.1. Belang en stand van zaken

In Engeland evolueerde de klemtoon in de kwaliteitszorg van kosten naar uitkomsten.

Het rapport van de *Reference Group* stelde een aantal aanbevelingen op. Hierin stelden Peter Fonagy en collega's dat *“Collecting outcomes data alone has limited value, it is only when it is interpreted and translated into positive changes in practice that it will yield improvements in the quality of services. Skills in interpreting outcomes data have to evolve locally and require the active involvement and goodwill of all responsible for collecting and interpreting outcomes data within each local trust. Implementation of outcomes measurement should therefore follow a developmental path. Further, successful implementation requires a balance between setting minimal national standards while allowing sufficient flexibility to encourage local innovation and initiative.”*

De pijlers van het rapport waren de volgende:

- een duidelijke visie is noodzakelijk
- integratie uitkomstmetingen in een elektronisch registratiesysteem
- gebruik van de Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)
- implementatieplan voor routine outcome measurements
  - integratie van uitkomstmetingen in bestaande zorg- en IT-processen
  - gefaseerde introductie van uitkomstmetingen, rekening houdend met de enerzijds lokale sterktes en mogelijkheden en anderzijds met lokale zwaktes en bedreigingen.
  - ter beschikking stellen van de nodige (financiële) middelen

Ondanks de positieve ervaringen van de pilootprojecten werden drie belangrijke beperkingen geïdentificeerd, gebrek aan:

- meetinstrumenten voor etnische groepen
- meetinstrumenten voor kwaliteit van leven en tevredenheid
- procedures om uitkomstmetingen te analyseren

### 2.2. Uitkomstenmetingen

Uitkomstmetingen houden best rekening met de volgende principes:

- combineren van diverse aspecten (morbiditeit, mortaliteit, kwaliteit van leven, en tevredenheid)
- combineren van verschillende perspectieven (patiënten en hulpverleners)
- aandacht voor alle leeftijden (kinderen, adolescenten, volwassenen, ouderen)
- kijken vanuit een breed perspectief

<sup>8</sup> Chris Heginbotham is hoogleraar Mental Health Policy and Management, en co-directeur van het Institute for Philosophy, Diversity and Mental Health (Centre for Ethnicity and Health) aan de University of Central Lancashire. Tevens is hij Chief Executive Mental Health van de Act Commission in Engeland en Wales.

De lokale implementatie van uitkomstenmetingen verloopt vlot indien:

- het aantal afnames en patiënten beheersbaar is
- de meetinstrumenten praktisch zijn
- de meetinstrumenten ondersteund worden door software
- de metingen betekenis hebben voor zowel hulpverlener als patiënt
- men selectief is inzake aggregatieniveau en benchmarking
- de link met andere metingen mogelijk is
- er richtlijnen voor handen zijn zodat instellingen ook lokale meetinstrumenten kunnen gebruiken.

#### *Primaire zorg-indicatoren*

Eerst aandacht voor structuur en processen (figuur 2.1.).

Figuur 2.1.: indicatoren voor geestelijke gezondheid

Indicator
<b>Records</b>
MH 8. The practice can produce a register of people with schizophrenia, bipolar disorder and other psychoses.
<b>On-going management</b>
MH 9. The percentage of patients with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses with a review recorded in the preceding 15 months. In the review there should be evidence that the patient has been offered routine health promotion and prevention advice appropriate to their age, gender and health status.
MH 4. The percentage of patients on lithium therapy with a record of serum creatinine and TSH in the preceding 15 months.
MH 5. The percentage of patients on lithium therapy with a record of lithium levels in the therapeutic range within the previous six months.
MH 6. The percentage of patients on the register who have a comprehensive care plan documented in the records agreed between individuals, their family and/or carers as appropriate.
MH 7. The percentage of patients with schizophrenia, bipolar affective disorder and other psychoses who do not attend the practice for their annual review who are identified and followed up by the practice team within 14 days non-attendance.

### 2.3. Commentaar op VVGG-werkwijze

- in Engeland verloopt de vooruitgang traag
- herkennen van de noden voor nieuwe meetinstrumenten
- uitkomstmanagement is geen eenvoudige zaak
- proficiat aan de VVGG voor de vooruitgang in 2007

### 2.4. Literatuur

Appleby, L. & Griffiths, H. (2007). *The better metrics project*. Health Care Commission (zie ook [www.vvgg.be](http://www.vvgg.be) – downloads – teksten uitkomstenmanagement).



## HOOFDSTUK III: UITKOMSTENMANAGEMENT IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG IN NEDERLAND

John Wennink<sup>9</sup>

### 3.1. Doel uitkomstenmanagement

In het Nederlandse kwaliteitsbeleid rond gezondheidszorg lag tussen 1990 en 2000 de nadruk op het beschrijven en borgen van processen. Vanaf 2000 is de focus verschoven naar uitkomsten van zorg, dat wil zeggen naar prestaties van zorginstellingen. De Leidendamconferentie (2000) markeert dan ook de introductie van uitkomstenmanagement, en het ermee samenhangende principe van het cyclisch meten en verbeteren als integraal onderdeel van het dagelijkse werk.

Het doel van uitkomstenmanagement is het realiseren van

- aantoonbare verbetering van klinische resultaten,
- goede (ervaren) kwaliteit van leven,
- tegen aanvaardbare kosten, en
- met tevredenheid van patiënten.

### 3.2. Periodiek meten

Management van processen, zonder informatie over de resultaten ervan, resulteert in de constatering dat 'alles min of meer volgens afspraak verloopt, maar dat er over de resultaten niet veel valt te zeggen.' Management op grond van uitkomsten, zonder informatie over de wijze waarop ze bereikt moeten worden, mondt op zijn beurt uit in de conclusie dat 'de resultaten mee- of tegenvallen, maar dat niet bekend is hoe we de resultaten kunnen beïnvloeden.' Anders gezegd, een goed kwaliteitsbeleid vooronderstelt zowel aandacht voor processen als voor uitkomsten.

Samenvattend: uitkomstenmanagement impliceert

- structureel meten van *uitkomsten*,
- vaststellen van trends (zowel op patiënt- als op organisatieniveau),
- meten van *procesvariabelen*,
- vastleggen van achtergrondkenmerken van patiënten t.b.v. casemixanalyse,
- uitvoeren van verbeteracties (plan-do-check-act).

### 3.3. Evenwichtige vergelijking

In de praktijk verschillen afdelingen/teams onderling in doelgroep, aard van de zorg, doelstelling, betrokken disciplines, omvang van de cliëntenstroom en dergelijke. Klinische resultaten van verschillende afdelingen/teams zijn dan ook nauwelijks onderling vergelijkbaar. Daarom is het nodig om naast specifieke indicatoren ook generieke indicatoren te kiezen die relevant zijn voor de vergelijking tussen afdelingen/teams. Het betreft generieke indicatoren als 'cliëntwaardering', 'door patiënten ervaren kwaliteit', 'kwaliteit van leven' en de 'mate van need fulfillment' (match tussen vraag en aanbod bij individuele patiënten). Dit op grond van de overweging dat de kwaliteit van zorg niet alleen gebaseerd kan worden op het oordeel van professionals. De patiënt kan klinisch

<sup>9</sup> John Wennink is onderzoeker aan het Trimbosinstituut, het landelijk kennisinstituut voor geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke zorg in Nederland.

genezen zijn, maar als deze bijvoorbeeld zijn kwaliteit van leven als onvoldoende beoordeelt of ontevreden is over de bejegening, dan legt dit oordeel minstens evenveel gewicht in de schaal. Het spreekt voor zich dat bij de verbetering van klinische resultaten, naast het oordeel van hulpverleners en cliënten, ook het oordeel van het management of financiers van groot gewicht is. Als de klinische resultaten worden verbeterd en de cliënt tevreden is, dan is dat een goede zaak. Als tegelijk de kosten onacceptabel stijgen of het aantal cliënten dat geholpen wordt dramatisch zou afnemen of als de behandelduur veel langer zou worden, is er sprake van onevenwichtigheid.

### 3.4. Meerdere gebruiksdoelen

De relevantie van indicatoren hangt samen met de vraag voor wie en met welk doel informatie wordt verzameld. Het gebruiksdoel bepaalt op welke wijze de benodigde gegevens moeten worden verzameld. Wil men uitspraken doen op patiëntniveau, dan zal men de data bij alle patiënten moeten verzamelen en voor- en nametingen moeten verrichten. Beperkt men zich tot uitspraken op het organisatieniveau, dan volstaan steekproeven. Voor uitspraken op landelijk niveau voldoen steekproeven die representatief zijn voor de ganse sector.

Uitkomstenmanagement heeft meerdere gebruiksdoelen:

- Patiëntniveau: volgen van ontwikkelingen bij individuele patiënten (monitoren & bijstellen behandeling)
- Organisatieniveau: analyseren van resultaten op geaggregeerd niveau t.b.v. van plannen en uitvoeren van verbeteracties
- Landelijk niveau: benchmarking (intern/extern).

### 3.5. Niet-normatief starten

Gezien de beginresultaten van verschillende teams, afdelingen of behandelprogramma's ver uiteen kunnen liggen, en er soms geen normen voor handen zijn, kan men toch aan de slag door niet-normatief te starten. Volgens deze werkwijze wordt eerst gemeten, daarna wordt op basis van het gemiddelde en de standaarddeviatie een empirische norm vastgesteld<sup>10</sup>, die tenslotte kan leiden tot een verbetercyclus.

<sup>10</sup> Voor de berekening, zie 1.2.4. klinisch significante verandering (stap 1, eerste mogelijkheid, gezien er enkel gegevens over een klinische populatie voor handen zijn), p.11.

### 3.6. Ontwerp

- Zuinig model (sleutelindicatoren)
- Werken met één specifieke en één generieke indicator voor klinische resultaten
- Eenvoudige (maar sensitieve) instrumenten met één samengestelde eindscore (liefst selfrating)
- Gebruik van standaardscores
- Casemixanalyse bij geaggregeerde data

Het Trimbosinstituut-project bestaat uit drie onderdelen:

- Voor belangrijkste psychische stoornissen een kompas met vier kwadranten
- Draaiboek voor toepassing van uitkomstenmanagement in de praktijk (meten en verbeteren op de werkvloer door hulpverleners)
- Begeleidingsaanbod (consultatie, advies en begeleiding).

### 3.7. Uitkomstenkompassen

#### Uitwerking

- Ieder kwadrant
- Per grafiek: achtergrond- en zorgprocesgegevens oproepbaar
- Per grafiek: indicatie van klinisch betekenisvolle verandering
- Per grafiek: empirische norm (percent of gemiddelde) & standaarddeviatie
- Normwaarden zijn oproepbaar
- Geen casemixcorrectie, maar norm per empirische groep patiënten
- Software gekoppeld aan QuestManager of soortgelijk pakket

De kompassen verschillen in:

- de indicatoren voor de specifieke klinische resultaten
- de ernstmaat bij de start van de behandeling

Generieke maat voor klinische resultaten in alle kompassen: (Hall-) GAF.

Klinische resultaten, kwaliteit van leven, patiëntenwaardering, en kosten en opbrengsten kunnen in een 'uitkomstenkompas' met vier kwadranten worden gepresenteerd. Figuren 3.1. en 3.2. toont het depressiekompas, respectievelijk op patiënt- en organisatieniveau.

Figuur 3.1.: depressiekompas op patiëntniveau

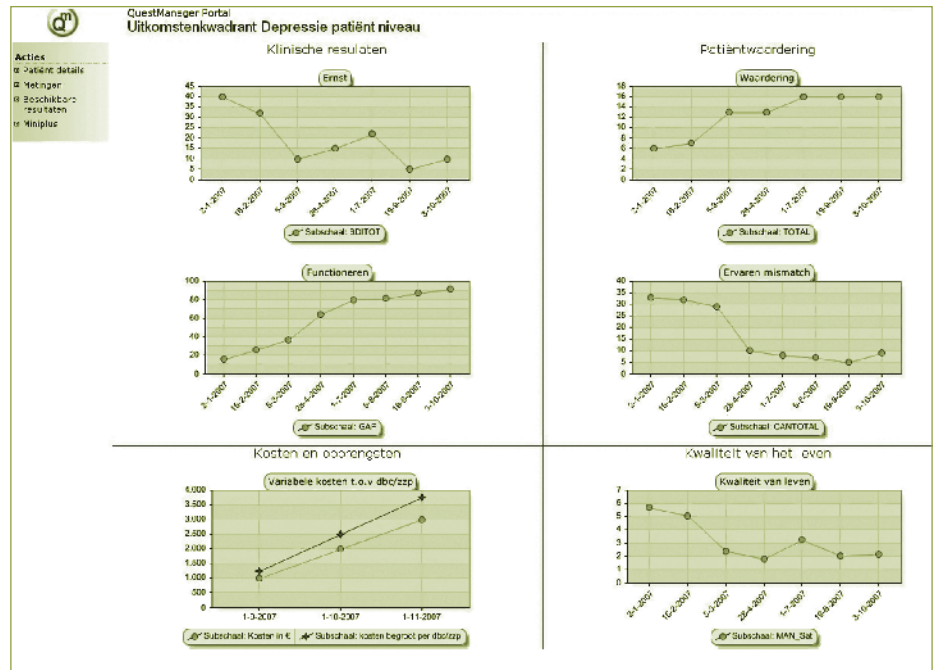
<p><b>Klinische resultaten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Ernst op t1 – tn: BDI (Beck Depression Inventory)</li> <li>– Functioneren op t1 – tn: (Hall-) GAF (Global Assessment of Functioning)</li> </ul>	<p><b>Kwaliteit van leven</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Kwaliteit van leven op t1 – tn: Mansa (Manchester Short Assessment of Quality of Life), verkorte versie van de Lancashire Quality of Life Profile</li> </ul>
<p><b>Patiëntwaardering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Waardering op t1 – tn: CQ-Index (Consumer Quality Index)</li> <li>– Ervaren mismatch op t1 – tn: CANSAS (Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule)</li> </ul>	<p><b>Kosten en opbrengsten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Variabele kosten t.o.v. DBc op t1 – tn</li> <li>– Verandering van woon- en leefsituatie op t1 - tn</li> <li>– Verandering in deelname arbeidsproces op t1 - tn</li> </ul>

Figuur 3.2.: depressiekompas op organisatieniveau

<p><b>Klinische resultaten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % patiënten met reductie van ernst             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afgesproken norm</li> <li>• Gemiddeld % reductie bij alle deelnemende instellingen / teams</li> </ul> </li> <li>- % patiënten met verbetering van functioneren             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afgesproken norm</li> <li>• Gemiddeld % verbetering bij alle deelnemende instellingen / teams</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Kwaliteit van leven</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• % patiënten met als positief ervaren kwaliteit van leven</li> <li>• Afgesproken norm</li> <li>• Gemiddeld % patiënten met positieve score bij alle deelnemende instellingen / teams</li> </ul>
<p><b>Klantwaardering</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- % patiënten met positieve waardering             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afgesproken norm</li> <li>• Gemiddeld % positieve oordelen bij alle deelnemende instellingen/ teams</li> </ul> </li> <li>- % patiënten met ervaren mismatch tussen vraag en aanbod             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afgesproken norm</li> <li>• Gemiddeld % ervaren mismatch bij alle deelnemende instellingen/teams</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Kosten en opbrengsten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Variabele kosten per patiënt t.o.v. van de geopende DBc             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afgesproken norm</li> <li>• Gemiddelde variabele kosten bij alle deelnemende instellingen/teams</li> </ul> </li> <li>- Verandering van woon- en leefsituatie             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afgesproken norm</li> <li>• Gemiddelde fractie stijgers versus dalers bij alle deelnemende instellingen/teams</li> </ul> </li> </ul>

Figuur 3.3. toont de resultaten van verschillende meetmomenten in de verschillende kwadranten.

Figuur 3.3.: grafieken QuestManager



*Andere voorbeelden*

### **Schizofrenie en psychose**

Klinische resultaten:

- Ernst: CGI (Clinical Global Impression)

Aanvang behandeling:

- Ernst bij aanvang behandeling: PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale), gebaseerd op de BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) en de Psychopathology Rating Scale

### **Persoonlijkheidsstoornissen**

Klinische resultaten:

- Persoonlijk en maatschappelijk functioneren: OQ-45 (Outcome Questionnaire)

Aanvang behandeling:

- Ernst en aard functioneren bij aanvang behandeling: BSI (Brief Symptom Inventory), verkorte versie van de SCL-90 (Symptom Checklist)

## **3.8. Literatuur**

*Van Wijngaarden, B. & van Kok, I. (2007). Een inventarisatie van potentieel geschikte instrumenten voor de basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.*

Utrecht: Trimbosinstituut.

*Wennink, H.J. (2007). Meten en verbeteren van prestaties in de ggz: nieuwe trends in kwaliteitszorg*

Beide teksten zijn beschikbaar via [www.vvvgg.be](http://www.vvvgg.be) – downloads – teksten uitkomstenmanagement.

## HOOFDSTUK V: CONCLUSIES

Hoewel de voordelen van uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg soms in twijfel worden getrokken, werd na afloop van de discussie duidelijk dat het meten van uitkomsten in Vlaanderen een toekomst heeft. Verschillende zorginstellingen toonden immers een actieve betrokkenheid, niet alleen op dit symposium, maar ook en vooral op het werkveld. Toch moet nog een lange weg worden afgelegd. De sprekers wezen erop dat de interpretatie van uitkomstmetingen uiterst complex is. Zowel voor de verwerking als voor de interpretatie van outcome data biedt de VVGG een kader aan waarin zowel lokale noden als verwachtingen van de Vlaamse Overheid een plaats krijgen.

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 eerste internationaal symposium over hun jarenlange ervaring met het spanningsveld tussen kwaliteitsverbetering en maatschappelijk verantwoording in de geestelijke gezondheidszorg.

### **Deel 2**

#### **MEETINSTRUMENTEN EN BEHANDELRICHTLIJNEN IN DE VLAAMSE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

INVENTARIS 2006

In dit deel wordt gerapporteerd over een rondvraag naar het gebruik van meetinstrumenten en behandelrichtlijnen in Vlaanderen.

### **Deel 3**

#### **METEN VAN UITKOMSTEN VAN BEHANDELING IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

LITERATUURSTUDIE 2007

Dit deel beoogt een genuanceerde formulering van de probleemstelling in verband met het meten van uitkomsten van de behandeling, als onderdeel van kwaliteitsverbetering. Er is aandacht voor verschillende aspecten van behandeluitkomsten en bestaande meetinstrumenten.

### **Deel 4**

#### **CONCEPT MAP VAN GOEDE PSYCHIATRISCHE BEHANDELING**

STAKEHOLDERSBEVRAGING NAJAAR 2007

In dit deel is onderzocht welke aspecten van psychiatrische zorg als belangrijk worden ervaren door vijf groepen betrokkenen: patiënten, familieleden, hulpverleners, management en beleid.

### **Deel 5**

#### **DE ZOEKTOCHT NAAR GESCHIKTE MEETINSTRUMENTEN VOOR HET ONTWIKKELEN VAN UITKOMSTENKOMPASSEN**

In dit deel werd nagaan welke meetinstrumenten in Vlaanderen gebruikt kunnen worden om de resultaten van een psychiatrische behandeling in kaart te brengen.

## **DEEL 6**

### **MEETINSTRUMENTEN BIJ DE BEHANDELING IN DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG**

INTERNATIONAAL SYMPOSIUM 6 DECEMBER 2007

Vier sprekers rapporteerden op dit tweede internationale symposium over hun ervaringen met uitkomstmetingen. Prof. em. Joris Casselman en Stefaan Baert geven een stand van zaken weer van het project uitkomstmanagement in Vlaanderen, met aandacht voor het selectieproces van de meetinstrumenten en de implementatiemethodiek. Chris Hegingbotham maakte een vervolg op zijn lezing van vorig jaar. John Wennink licht het begrip ggz-kompas toe. Daarnaast spreekt hij over periodiek meten, de verschillende gebruiksdoelen van uitkomstenmanagement en empirische normen.

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 en boeken.

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](mailto:info@vvgg.be)

[www.vvgg.be](http://www.vvgg.be)