

Tendrapportage GGZ 2010

Deel 3 Kwaliteit en effectiviteit



20
10

Tendrapportage GGZ 2010

Deel 3

Kwaliteit en effectiviteit

Trimbos-instituut,
Utrecht, 2010

 **Trimbos
instituut**
Netherlands Institute of
Mental Health and Addiction

Colofon

Opdrachtgever
Ministerie van VWS

Financiering
Ministerie van VWS

Projectleiding en redactie
Dr. J. Nuijen

Projectuitvoering
Drs. A. van den Bosch
Drs. G. Franx
Dr. H. van Haastrecht
Drs. I. Hilderink
Drs. I. Kok
Dr. H. van 't Land
Dr. J. Nuijen
Dr. M. Ruiters
Drs. H. Sinnema
Dr. C. Smits
Dr. J. Spijker
Drs. P. van Splunten
Prof. dr. P.F.M. Verhaak (NIVEL)
Dr. B. van Wijngaarden

Met dank aan
Drs. E.G. Memeo; Ministerie van VWS

Productiebegeleiding
L. Groeneveld

Opmaak en druk
Ladenius Communicatie BV, Houten

ISBN 978-90-5253-686-6

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl, onder vermelding van artikelnummer **AF1008**
U krijgt een factuur voor de betaling.

© 2010 Trimbos-instituut, Utrecht

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het Trimbos Instituut.

Inleiding

Onder de noemer Trendrapportage GGZ brengt het Trimbos-instituut vanaf 2008 jaarlijks een serie rapportages uit over de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De Trendrapportage GGZ wordt opgesteld in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Primaire doelstelling is overzicht te bieden van de voor het overheidsbeleid relevante ontwikkelingen op het gebied van de GGZ. Daarbij vervult de Trendrapportage GGZ een signalerende, een analyserende en een evaluatieve functie. Behalve voor de rijksoverheid staat de Trendrapportage GGZ ook ten dienste van andere betrokkenen bij de GGZ en GGZ-beleid, waaronder beleidsmakers van zorgaanbieders, financiers, koepelorganisaties en cliëntenorganisaties.

De Trendrapportage GGZ bestrijkt drie deelterreinen:

1. Organisatie, structuur en financiering
2. Toegang en zorggebruik
3. Kwaliteit en effectiviteit

In een tweejaarlijkse cyclus (gestart in 2008) worden over elk van deze deelterreinen *overzichtsrapportages* geschreven. In de tussenliggende jaren verschijnen verdiepende *themaportages* rond specifieke subthema's binnen de drie deelterreinen.

Kwaliteit en effectiviteit

Het voor u liggende overzichtsrapport richt zich op het deelterrein 'Kwaliteit en effectiviteit'. Het betreft een actualisering en verbreding van het overzicht dat gegeven werd in de Trendrapportage GGZ 2008.^a

Kwaliteit van zorg is een speerpunt van het beleid van het Ministerie van VWS. Het streven van de overheid is veilige zorg op kwalitatief hoog niveau, klantgericht, met voldoende keuzemogelijkheden en met duidelijke rechten en plichten voor iedereen. Er is sprake van kwalitatief goede zorg als de zorg zoveel mogelijk is toegesneden op de individuele behoeften van de cliënt (cliëntgericht), effectief en veilig is. Om deze ambitie te realiseren is het essentieel een goed beeld te krijgen van de kwaliteit van zorg die GGZ-zorgaanbieders leveren en van het oordeel van cliënten over deze zorg.

Deel A van dit rapport gaat in op het streven om transparante kwaliteitsinformatie te genereren over effectiviteit, veiligheid en cliëntgerichtheid middels de Basisset pres-

a Hilderink I., Vink M., Van 't Land H., Fotiadis L. (2008). Trendrapportage GGZ 2008. Deel 3: Kwaliteit en effectiviteit. Basisanalyse. Utrecht: Trimbos-instituut.

tatie-indicatoren GGZ/verslavingszorg. In het hoofdstuk worden alle ontwikkelingen die rondom de Basisset hebben gespeeld of nog spelen beschreven en geëvalueerd.

Deel B van het rapport richt zich op kwaliteitsinterventies en –instrumenten in de praktijk van de GGZ. Allereerst wordt ingegaan op de actuele stand van zaken op het gebied van kennisbeleid voor een betere kwaliteit van de geestelijke gezondheid en gezondheidszorg (hoofdstuk 1). De landelijke kennisagenda speelt hierbij een belangrijke rol. De ontwikkeling en implementatie van multidisciplinaire richtlijnen is één van de thema's die volgens de kennisagenda met prioriteit aandacht vragen in de GGZ. De hoofdstukken 2 tot en met 4 brengen de stand van zaken omtrent dit thema in kaart, waarbij hoofdstuk 2 een beknopt overzicht geeft van ontwikkelde multidisciplinaire richtlijnen en de verspreiding en implementatie daarvan, hoofdstuk 3 de opbrengsten van landelijk uitgevoerde 'doorbraakprojecten' in kaart brengt en evalueert, en hoofdstuk 4 ingaat op hoe richtlijnen voor depressie zich verhouden tot de zorg die in de praktijk door hulpverleners geboden wordt. Tot slot wordt aandacht besteed aan een ander geprioriteerd thema in de kennisagenda: etnische diversiteit. Er is beperkte wetenschappelijke kennis voorhanden over de effecten van behandeling van etnische minderheden met psychische problematiek. Het afsluitende hoofdstuk beoogt deze kennislacune voor een deel op te vullen door zicht te krijgen op de kenmerken en effecten van in het buitenland ontwikkelde integrale, multidisciplinaire interventies voor psychische problemen bij etnische minderheden.

Inhoudsopgave

Deel A: Effectiviteit, veiligheid en cliëntgerichtheid

1	Een transparante GGZ: de ontwikkeling en huidige stand van zaken rond de Basisset prestatie-indicatoren	9
	<i>B. van Wijngaarden, J. Nuijen, I. Kok</i>	
1.1	Inleiding	9
1.2	De achtergrond van de ontwikkeling van een Basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ	11
1.3	De doorontwikkeling van de Basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ in de periode 2006-2010	14
1.4	De dekkingsgraad van de prestatie-indicatoren in de periode 2006-2008	21
1.5	De betrouwbaarheid, validiteit en vergelijkbaarheid van de prestatie-indicatoren	31
1.6	Naar een standaardisatie van meetinstrumenten voor de Basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ	36
1.7	De ontwikkeling van de CQ Index vragenlijsten	43
1.8	Samenvatting en beschouwing	48
	Referenties	51
	Bijlage 1 Dekkingsgraad indicatoren 2006-2008 voor GGZ-zorgaanbieders	55

Deel B: Kwaliteitsinterventies en –instrumenten in de praktijk van de GGZ

1	Het kennisbeleid in de GGZ	63
	<i>P. van Splunteren</i>	
1.1	Inleiding	63
1.2	Landelijke kennisagenda	63
1.3	Infrastructuur	69
	Referenties	71
2	Multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ	73
	<i>A. van den Bosch, J. Nuijen</i>	
2.1	Inleiding	73
2.2	De ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen	74
2.3	Reeds uitgegeven en in ontwikkeling zijnde multidisciplinaire richtlijnen	76
2.4	Verspreiding en implementatie van multidisciplinaire richtlijnen	78
	Referenties	81

3	Implementatie van kennis: de impact van doorbraakprojecten in de GGZ	83
	<i>P. van Splunteren, A. van den Bosch, I. Kok, J. Nuijen</i>	
3.1	Inleiding	83
3.2	De doorbraakmethode	83
3.3	Toepassing van de doorbraakmethode in de GGZ	85
3.4	Resultaten LAK/CVZ/IZ-projecten	87
3.5	Resultaten ZvB-projecten	95
3.6	Borging en verspreiding van resultaten	102
3.7	Samenvatting en beschouwing	104
	Referenties	109
	Bijlage 1 Kenmerken, doelen en resultaten van de doorbraakprojecten	113
4	Geboden zorg bij depressie en richtlijnaanbevelingen: aanknopingspunten voor het bevorderen van implementatie van richtlijnen	129
	<i>H. Sinnema, G. Franx, J. Spijker, M. Ruiter, H. van Haastrecht, P.F.M. Verhaak, J. Nuijen</i>	
4.1	Inleiding	129
4.2	Ontwikkeling vragenlijst, respons en kenmerken van deelnemers	132
4.3	Vroegherkenning van depressie in de huisartsenpraktijk	135
4.4	Ernstbepaling van een nieuw gediagnosticeerde depressie	138
4.5	Stepped care behandeling bij nieuw gediagnosticeerde depressie	142
4.6	Samenvatting en beschouwing	148
	Referenties	153
5	Integrale multidisciplinaire zorg voor psychische problemen bij etnische minderheden: kenmerken en effecten van in het buitenland ontwikkelde interventies	155
	<i>I. Hilderink, C. Smits, H. van 't Land, J. Nuijen</i>	
5.1	Inleiding	155
5.2	Methode	157
5.3	Resultaten	158
5.4	Samenvatting en beschouwing	161
	Referenties	165
	Bijlagen	169
	Bijlage 1 Zoekstrategieën	169
	Bijlage 2 Flowchart	171
	Bijlage 3 Kenmerken van de interventies	172
	Bijlage 4 Effecten van de interventies	176

Deel A

Effectiviteit, veiligheid
en cliëntgerichtheid

1 Een transparante GGZ: de ontwikkeling en huidige stand van zaken rond de Basisset prestatie-indicatoren

1.1 Inleiding

1.1.1 Achtergrond

Het verbeteren van de kwaliteit van zorg is één van de speerpunten van het beleid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).^{1,2} De ambitie van de overheid is veilige zorg op kwalitatief hoog niveau, klantgericht, met voldoende keuzemogelijkheden en met duidelijke rechten en plichten voor iedereen.³ Om deze ambitie te realiseren is het essentieel een goed beeld te krijgen van de kwaliteit van de zorg die zorgaanbieders leveren en het oordeel van cliënten over deze zorg. Een belangrijke focus in het beleid van het Ministerie van VWS is dan ook de kwaliteit van geleverde zorg meetbaar en inzichtelijk te maken.^{1,3} Naast de overheid zijn er verschillende andere partijen die behoefte hebben aan transparante kwaliteitsinformatie, waaronder de zorgaanbieders en professionals (onder andere voor de sturing en verbetering van het eigen zorgproces), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (voor het identificeren van zorgaanbieders waar naar verwachting het risico op onverantwoorde zorg groot is), cliënten (voor het maken van een keuze voor een zorgaanbieder of behandeling), en zorgverzekeraars (als leidraad voor het inkopen van kwalitatief goede zorg). Om te bewerkstelligen dat er valide, betrouwbare en vergelijkbare informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg beschikbaar komt, werken al deze partijen in elke zorgsector samen om te komen tot een set prestatie-indicatoren. In 2006 werd voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en verslavingszorg (VZ) de eerste Basisset prestatie-indicatoren ontwikkeld onder regie van de stuurgroep Transparantie GGZ, de voorganger van de huidige stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ.⁴ Deze Basisset bestond uit 28 prestatie-indicatoren die betrekking hebben op drie thema's, te weten *effectiviteit* (11 indicatoren), *veiligheid* (6 indicatoren), en *cliëntgerichtheid* (11 indicatoren) van de GGZ. Sinds deze eerste versie is de Basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ, op basis van evaluatiestudies⁵⁻⁸ en ervaringen met het gebruik van de indicatoren door GGZ-zorgaanbieders, tweemaal herzien.^{9,10}

De zorgaanbieders leveren hun indicatorgegevens aan als onderdeel van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV). Met het publiceren van het JMV voldoen de zorgaanbieders onder andere aan hun jaarlijkse verantwoordingsverplichtingen. In 2006 werden voorlopig 17 van de 28 prestatie-indicatoren opgenomen in het JMV en was de aanlevering hiervan nog facultatief; met ingang van het verslagjaar 2007 is het aanleveren van het JMV verplicht geworden voor

GGZ- en VZ-zorgaanbieders die een toelating hebben op grond van de Wet Toelatingen Zorginstellingen (een WTZi-erkenning).

1.1.2 Focus Trendrapportage GGZ 2008

In de Trendrapportage GGZ 2008¹¹ zijn analyses uitgevoerd op de indicatorgegevens over het verslagjaar 2006. Het doel was om voor het eerst landelijke cijfers over de effectiviteit, veiligheid en cliëntgerichtheid van de zorg in de GGZ te presenteren (een zogenaamde nulmeting). De bedoeling was om in daaropvolgende jaren de analyses te herhalen, waardoor landelijke ontwikkelingen op het gebied van de kwaliteit van zorg in de GGZ in kaart worden gebracht. Aangezien een door Tranzo uitgevoerd evaluatieonderzoek⁵ over de aanlevering van indicatorgegevens in het JMV over het verslagjaar 2006 aangaf dat de mate van aanlevering per indicator aanzienlijk varieerde, werd er in de Trendrapportage GGZ 2008 voor gekozen om alleen te rapporteren over de prestatie-indicatoren waarvoor ten minste 70% van de GGZ-zorgaanbieders gegevens hadden aangeleverd. Op basis van dit criterium bleken slechts acht van de 17 indicatoren die opgenomen waren in het JMV 2006 bruikbaar om over te rapporteren, waarbij één indicator betrekking had op effectiviteit, twee indicatoren op veiligheid, en vijf indicatoren op cliëntgerichtheid. Om toch uitspraken te kunnen doen over de onderwerpen waar de andere indicatoren betrekking op hadden werd, voor zover mogelijk, gebruik gemaakt van aanvullende databronnen en literatuur. Een belangrijke conclusie van de Trendrapportage GGZ 2008 was dat het nog niet mogelijk was om een landelijk beeld te geven van de kwaliteit van de geleverde zorg in de GGZ.¹¹

1.1.3 Focus Trendrapportage GGZ 2010

Zoals hierboven beschreven is de Basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ sinds de eerste versie uit 2006 tweemaal herzien op basis van gebruikerservaring en bevindingen van de diverse uitgevoerde evaluatiestudies.⁵⁻⁸ Zoals verderop meer in detail wordt besproken, bleek uit deze studies dat de Basisset nog volop in ontwikkeling is en dat er nog duidelijke tekortkomingen bestaan wat betreft de volledigheid, betrouwbaarheid, en validiteit van de aangeleverde indicatorgegevens. Daarom is het op dit moment nog steeds niet mogelijk om de indicatorscores inhoudelijk te analyseren. In plaats daarvan is er in de huidige Trendrapportage voor gekozen om alle ontwikkelingen die omtrent de basisset hebben plaatsgevonden of nog spelen te beschrijven en te evalueren. Specifiek zal in dit hoofdstuk achtereenvolgens worden stilgestaan bij:

- de achtergrond van de ontwikkeling van een Basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ (paragraaf 1.2);
- de doorontwikkeling van de Basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ sinds de eerste versie uit 2006 (paragraaf 1.3);
- de ontwikkeling van de mate van aanlevering van de indicatorgegevens in de periode 2006-2008 aan de hand van analyses op de datasets van het JMV 2006, het JMV 2007, en het JMV 2008 (paragraaf 1.4);
- de betrouwbaarheid, validiteit en vergelijkbaarheid van de prestatie-indicatoren, op basis van de bevindingen van de verschillende evaluatiestudies die de afgelopen jaren uitgevoerd zijn (paragraaf 1.5);

- de ontwikkelingen omtrent de meetinstrumenten die gebruikt worden om de prestatie-indicatoren te meten (paragraaf 1.6), waarbij in het bijzonder ingegaan wordt op de ontwikkeling van de Consumer Quality (CQ) index (paragraaf 1.7).

Het hoofdstuk wordt afgesloten met een algemene beschouwing.

1.2 De achtergrond van de ontwikkeling van een Basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ

1.2.1 Kwaliteitsinformatie gewenst op verschillende aggregatieniveaus

Het kwaliteitsbeleid van de overheid is jarenlang vooral gericht op de kwaliteit van de processen in de zorg. Bij de Leidschendamconferentie in 2000 werd dit kwaliteitsbeleid voor het laatst geëvalueerd. Er werd indertijd geconcludeerd dat de focus verplaatst moest worden naar zorguitkomsten en prestaties van zorginstellingen. Deze focus op uitkomsten van behandeling en zorg zou moeten resulteren in transparante processen en het door aanbieders van zorg en verzekeraars afleggen van verantwoording over de geleverde prestaties. Dergelijke informatie zou het mogelijk maken de prestaties van aanbieders van zorg, respectievelijk van verzekeraars, onderling te vergelijken en de prestaties te relateren aan de kosten.¹²

De overheid liet de uitvoering van de zorg over aan particuliere partijen, maar wilde mede door het systematisch meten van prestaties enige controle behouden op de gepri-vatiseerde uitvoering. De staatssecretaris van VWS schreef in de brief over de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen (2003)¹³: “Publieke verantwoording afleggen over kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg is de keerzijde van de medaille van ‘meer ruimte, minder regulering en minder knellende kaders vooraf’. Dit betekent: duidelijke en vergelijkbare indicatoren om de prestaties te meten, bedrijfsvergelijkingen (benchmarking), monitoring, transparant inzicht. De informatie is openbaar en voor iedereen toegankelijk”. Het was de bedoeling dat uiteindelijk in iedere sector van de zorg aan de hand van prestatie-indicatoren duidelijk wordt hoe het gesteld is met de kwaliteit van de zorg.¹² Hierbij werd onderscheid gemaakt tussen informatiebehoefte en gebruiksdoel van informatie op het microniveau, het mesoniveau en het macroniveau:

Microniveau

- Informatie ten behoeve van de interne doelen van zorgaanbieders. Hieronder worden zaken verstaan als interne verantwoording en kwaliteitsverbetering, bijvoorbeeld door ‘spiegelinformatie’.
- Informatie ten behoeve van externe doelen. Hieronder wordt bijvoorbeeld keuze-ondersteunende informatie voor cliënten(organisaties) en inkoopinformatie voor de zorgverzekeraars verstaan.

Mesoniveau

- Informatie ten behoeve van interne doelen van koepels van zorgsectoren en beroeps-verenigingen.

- Informatie ten behoeve van externe doelen voor de verantwoording van zorgaanbieders, bijvoorbeeld voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Macroniveau

- Informatie over het functioneren van het totale zorgsysteem ten behoeve van de zogeheten 'VBTB-opdracht'^b, het Jaarbeeld Zorg, en internationale vergelijkingen.

1.2.2 Indicatoren op macroniveau

Op macroniveau werden in de notitie 'Bakens Zetten'¹³ de contouren uitgewerkt voor een 'raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening', waarmee de beoogde werking van het (te vernieuwen) zorgstelsel kon worden gemonitord en een vergelijking kon worden gemaakt met andere landen. Het ging in Bakens Zetten in eerste instantie om het functioneren van het zorgsysteem als geheel. Prestatiegegevens van de verschillende beroepsgroepen, instellingen, zorgketens, of regio's konden, geaggregeerd, een landelijk beeld geven van de zorg. Er werd geen aandacht besteed aan indicatoren op meso- en microniveau. De indicatoren werden gepresenteerd aan de hand van het zogeheten Balanced Scorecard model, waarin een onderscheid werd gemaakt tussen prestaties op vier dimensies:

- Consumenten: effectiviteit, veiligheid, cliëntgerichtheid;
- Financiële prestaties: betaalbaarheid op macroniveau;
- Interne bedrijfsvoering: samenwerking, afstemming, doorstroom;
- Innovatie en leervermogen: productinnovatie, manpowerplanning, opleiding.

De indicatoren voor deze dimensies werden verder uitgewerkt ten behoeve van de verschillende directies van VWS.¹⁴ Ook werd aangesloten bij de macro-indicatoren van de landen die samenwerken in de *Organisation for Economic Cooperation and Development* (OECD), waardoor internationale vergelijkingen kunnen worden gemaakt.

1.2.3 Samenwerking tussen verschillende partijen om te komen tot een Basisset prestatie-indicatoren op meso- en microniveau

Naast de overheid ontstond ook bij andere partijen behoefte aan transparantie en kwaliteit van zorg. Dit betrof¹¹:

- De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) die verantwoordelijk is voor het systematisch toetsen van de kwaliteit van zorg en de resultaten van het kwaliteitsbeleid.
- Zorgverzekeraars die zorg van goede kwaliteit willen inkopen en daarvoor helder willen hebben wat de kwaliteit van die geleverde zorg is.
- Cliënten, die in de Leidschendamconferentie van 2000 een belangrijke rol kregen toebedeeld.
- Ook Walburg (2003) benadrukt de rol van cliënten en noemt daarbij de volgende overwegingen¹⁵:
 - *Medische overwegingen*: een goed geïnformeerde, respectvol benaderde en bij de

b Van Beleidsbegroting Tot Beleidsverantwoording. Begrotingsmethodiek waarin een koppeling wordt gemaakt tussen beleid, prestaties en geld, met als doel vergroting van de informatiewaarde en toegankelijkheid van de begroting en het jaarverslag.

behandeling betrokken cliënt is eerder geneigd zich aan richtlijnen betreffende een behandeling te houden en zich beter te houden aan afspraken,

- *Efficiency*: een ontevreden cliënt eist meer aandacht op,
- *Ervaringsdeskundigheid*: de cliënt is vaak de enige die het succes van een bepaalde behandeling kan beoordelen, vooral in het geval van psychisch lijden,
- *Kwaliteitsverbetering*: het vragen naar het oordeel en de mening van de cliënt levert informatie op over zorgprocessen (bijvoorbeeld over toegangstijd, wachttijd, juiste behandeling, en betrokkenheid bij het behandelplan), en kan zo leiden tot verbeteringen,
- *Humanistische overwegingen*: cliënten hebben recht op een menselijke dienstverlening die onderdeel is van de professionaliteit van behandelaars,
- *Marktwerking*: door de toenemende concurrentie in de gezondheidszorg kunnen cliënten van zorgaanbieder veranderen als zij niet tevreden zijn.

De ervaringen van cliënten werden expliciet als uitkomsten- en kwaliteitsmaten gedefinieerd. Hiermee werd de positie van de cliënt versterkt. Enerzijds omdat zij er, eventueel via de verzekeraars, voor zouden kunnen zorgen dat de hulpverlening op hun behoeften wordt afgestemd, anderzijds omdat zij de uitkomsten zouden kunnen gebruiken als keuze-informatie.

- Zorginstellingen kunnen zelf baat hebben bij informatie over de kwaliteit van de zorg, zowel in vergelijking met andere zorginstellingen als intern in een vergelijking tussen afdelingen, zorgcircuits, locaties en dergelijke.

Deze informatiebehoefte vereiste een kwaliteitstoetsing op meso- en microniveau. Meerdere partijen hielden zich gedurende de eerst vijf jaar van de 21^e eeuw bezig met het definiëren van adequate prestatie-indicatoren¹²:

- Het Trimbos-instituut ontwikkelde in opdracht van het Ministerie van VWS een set generieke prestatie-indicatoren, geschikt voor alle aggregatieniveaus en van belang voor alle relevante partijen.
- Voor de registratie ten behoeve van de invoering van de Diagnose Behandelcombinaties (DBC) in de GGZ werden indicatoren geformuleerd.
- De IGZ ontwikkelde het zogeheten Inspectieformulier. Deze had de vorm van een enquête onder zorginstellingen in de GGZ en verslavingszorg, waarin het proces van zorgverlening en eventueel daarbij optredende risico's voor cliënten werd vastgelegd.
- Prismant maakte, op verzoek van de directie Verpleging, Verzorging en Ouderen (VVO) van het Ministerie van VWS, een overzicht van mogelijke indicatoren voor de zogeheten 'caresectoren' c.q. het domein van de gemoderniseerde AWBZ.

Gezien de gemeenschappelijk gevoelde belangen ten aanzien van de kwaliteitstoetsing van de zorg in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, nam GGZ Nederland samen met de beroepsverenigingen in 2006 het initiatief om deze belangen te bundelen en te komen tot een Basisset prestatie-indicatoren die aan de informatiebehoefte van alle partijen zou kunnen voldoen.

1.3 De doorontwikkeling van de Basisset prestatie indicatoren GGZ/VZ in de periode 2006-2010

In 2006 werd de eerste versie van de Basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ ontwikkeld.⁴ Zoals in de inleiding al werd aangegeven, is de Basisset sinds de eerste versie tweemaal herzien. In 2007 werd de Basisset 2007-2008 gepubliceerd voor de verslagjaren 2007 en 2008⁹ en in 2009 de Basisset 2009-2010 voor de verslagjaren 2009 en 2010¹⁰. De herzieningen in 2007 en 2009 werden uitgevoerd op grond van verschillende evaluatiestudies en ervaringen van GGZ-zorgaanbieders met het gebruik van de indicatoren. In deze sectie wordt een overzicht gegeven van deze evaluatierondes en aanpassingen van de Basisset.

1.3.1 De eerste Basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ 2006

De eerste Basisset werd onder meer samengesteld op basis van de indicatorenset die door het Trimbos-instituut en de indicatorset die door de IGZ was ontwikkeld. Voor de samenstelling en vaststelling van de Basisset werd een Projectgroep prestatie-indicatoren in het leven geroepen, waarin vertegenwoordigers van de diverse stakeholders^c zitting hadden en werd het Bureau Zorgbrede Transparantie opgericht om het geheel te coördineren, ressemblerend onder de IGZ. In totaal werden 28 indicatoren geformuleerd, verdeeld over drie thema's: cliëntgerichtheid (11 indicatoren), veiligheid (6 indicatoren) en effectiviteit van behandeling en/of begeleiding (11 indicatoren). Deze indicatoren zijn weergegeven in Tabel 1. Deze indicatoren werden – daar waar relevant – zowel vanuit hulpverleners- als cliëntperspectief gedefinieerd. Afgesproken werd dat deze Basisset de grondslag zou vormen voor de verantwoording naar alle relevante partijen, zoals voor het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV) of voor keuze-informatie voor cliënten via de website www.kiesBeter.nl. Het was de bedoeling dat deze set twee jaar zonder veranderingen gebruikt werd en daarna alleen zou worden aangepast als daar een noodzaak toe was. Verder werd afgesproken dat 28 indicatoren het maximale aantal zou zijn. Indien in de toekomst de behoefte aan nieuwe indicatoren zou ontstaan dan zou voor elke nieuwe indicator een oude indicator moeten sneuvelen. Op vrijwillige basis deden in 2006 97 instellingen mee aan een proef waarin 17 van de 28 indicatoren werden ingevoerd. Deze indicatoren moesten in principe door alle zorgaanbieders kunnen worden aangeleverd.

c GGZ Nederland, Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zorgverzekeraars Nederland, Landelijk Platform GGZ, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP), Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Verpleging en verzorging Nederland (V&VN) vertegenwoordigd door de Federatie Verpleegkundigen in de GGZ (FVGGZ), Ministerie van VWS (waarnemer).

Tabel 1 De Basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ in de periode 2006-2010

	Indicator	Basisset 2006	Basisset 2007-2008	Basisset 2009-2010
1	Effectiviteit			
1.1	Bereik preventieactiviteiten	X	VO	X
1.2	Verandering ernst problematiek	X	VO	X
1.3	Verandering dagelijks functioneren van de cliënt	X	X	X
1.4	Verandering ervaren kwaliteit van leven van cliënt	X	VO	X
1.5	Rehabilitatie	X	VO	X
1.6	Heropname versus duur opname	X	X	TVW
1.7	Drop-out	X	X	DVW
1.8	Somatische screening	X	X	X
1.9	Hanteren behandelrichtlijnen	X	TVW	DVW
1.10	Bemoeizorg: bereik zorgwekkende zorgmijders	X	X	TVW
1.11	Continuïteit bij verandering zorgsoort: tijdig contact na ontslag uit kliniek	X	X	X
2	Veiligheid			
2.1	Risicovolle interactie tussen medicijnen	X	VO	X
2.2	Informatie over bijwerkingen van medicijnen	X	X	X
2.3	Onveiligheid door ontbreken van informatie	X	X	X
2.4	Dwang	X	VO	X
2.5	Percentage suicides, gerelateerd aan instellingsgrootte	X	X	TVW
2.6	Incidenten cliëntenzorg	X	TVW	X
2.7	Aantal delicten tijdens uitvoering van de strafrechtelijke maatregel			
3	Cliëntgerichtheid			
3.1	Wachttijd tot start behandeling	X	X	X
3.2	Toegang tot zorg	X	VO	TVW
3.3	Informed consent	X	X	X
3.4	Keuzevrijheid	X	X	X
3.5	Vervulling zorgwensen	X	X	X
3.6	Evaluatie van begeleidings- en behandelplannen	X	X	X
3.7	Continuïteit van zorg: goede samenwerking en afstemming met ketenpartners	X	X	X
3.8	Dagbesteding en arbeid: cliëntparticipatie aan dag- of werkactiviteiten	X	TVW	X
3.9	Woon- en leefomstandigheden: cliëntoordeel over woon- en leefomstandigheden in een klinische setting of RIBW	X	X	X
3.10	Adequate begeleiding door hulpverleners	X	X	X
3.11	Adequate informatieverstrekking door hulpverleners	X	X	X

X=Aanwezig; VO=verder ontwikkeld; TVW=tijdelijk verwijderd; DVW=definitief verwijderd

1.3.2 Eerste herziening: Basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ 2007-2008

In opdracht van de Stuurgroep Transparantie GGZ voerde Tranzo in 2007 een onderzoek uit naar het aanleverproces van de 17 indicatoren die de instellingen in 2006 vrijwillig aanleverden. Hoewel de zorgaanbieders allemaal positief oordeelden over de ontwikkeling van prestatie-indicatoren en het nut en de noodzaak van transparantie, kwam men een aantal problemen tegen:^{5,9}

- Het aanleveren van de gevraagde indicatoren was beduidend lastiger dan tevoren was ingeschat. Hoewel alle aan te leveren gegevens in principe in de systemen van de zorgaanbieders moeten zitten, was dit niet overal het geval. Instellingen konden een deel van de gegevens moeilijk of niet afleiden uit het registratiesysteem, of de benodigde gegevens werden niet geregistreerd. Hiervoor zouden de systemen moeten worden aangepast.
- De registratie van Diagnose Behandel Combinaties (DBC's), die vaak de bron vormt voor de indicator voor het dagelijks functioneren (GAF-score), was niet bij alle zorgaanbieders al voldoende geïmplementeerd om over 2006 gegevens te kunnen leveren. Naar verwachting zou dit in de komende jaren verbeteren.
- De gevraagde gegevens waren niet allemaal van toepassing op alle GGZ-zorgaanbieders en soms was dit onduidelijk.
- Zorgaanbieders vonden de geregistreerde gegevens soms niet betrouwbaar genoeg voor publicatie en leverden deze gegevens niet aan.
- De gehanteerde definities bleken regelmatig voor meerdere interpretaties vatbaar te zijn. Dit maakt de uiteindelijke resultaten in het Jaardocument onderling nog niet goed vergelijkbaar.

Op grond van deze bevindingen heeft de Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ (inmiddels Stuurgroep Zichtbare Zorg geheten) de basisset waar mogelijk herzien. De wijzigingen ten opzichte van de Basisset 2006 betroffen:

- Ondersteuning door middel van een werkinstructie, waarin nader uitleg werd gegeven over het bepalen van de tellers en noemers.
- Aanscherping van de definities.
- De diagnosegroepen waarover aan aantal indicatoren moet worden uitgesplitst zijn één op één gekoppeld aan de DBC-indeling.
- Zorgaanbieders die de GGZ Thermometer voor de cliëntwaardering niet gebruikten, mochten een eigen instrument gebruiken.
- Het verder doorontwikkelen van zeven indicatoren die in 2006 nog niet konden worden afgenomen (preventie, ernst problematiek, kwaliteit van leven, rehabilitatie, interactie tussen medicijnen, dwang, en toegang tot zorg).
- Het (tijdelijk) vervallen van drie indicatoren, twee omdat daar geen betekenisvolle invulling aan te geven was (hanteren behandelrichtlijnen en incidenten cliëntenzorg) en één omdat hiervoor nog geen informatie uit een CQ Index voorhanden was.
- Aanpassing van DigiMV, waarin in plaats van een berekende indicatorscore de tellers en noemers worden ingevuld, ter vergroting van de betrouwbaarheid.

In december 2007 werd deze tweede versie van de Basisset uitgebracht (zie Tabel 1).

1.3.3 Tweede herziening: Basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ 2009-2010

MediQuest voerde in 2008 in opdracht van de Stuurgroep Zichtbare Zorg een evaluatieonderzoek uit dat zich richtte op 26 van de 28 indicatoren uit de Basisset prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg 2007-2008. MediQuest onderzocht de validiteit, de betrouwbaarheid, de toepassing en het gebruik van de basisset, waarbij gebruik werd gemaakt van literatuuronderzoek, expertgroepen, focusgroepen van cliëntvertegenwoordigers, interviews met kwaliteitsfunctionarissen en de door de instellingen over 2007 aangeleverde gegevens. Dit onderzoek leidde onder meer tot de volgende bevindingen:^{7,8,10}

- De gekozen indicatoronderwerpen sloten aan bij de onderwerpen die op basis van literatuur en/of naar mening van experts en gebruikers belangrijk zijn voor het in kaart brengen van de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Vanuit cliënten werden aanvullende onderwerpen benoemd, die zijn meegenomen bij de doorontwikkeling van de basisset 2009 -2010.
- Een deel van de indicatoren moest worden aangescherpt wat betreft onderbouwing, vraagstelling en/of definiëring van de doelgroep. De definiëring van kernbegrippen en indicatoren behoefde verbetering en een deel van de indicatoren was niet voor alle zorgaanbieders van toepassing.
- De geïntegreerde GGZ-instellingen waren het meest volledig in hun aanlevering van de indicatoren. De aanlevering door ambulante GGZ-instellingen en Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW) verdiende nog aandacht. Belangrijke redenen voor het niet aanleveren waren:
 - Uitsplitsing naar diagnosegroep was nog niet mogelijk.
 - Het was niet duidelijk of de indicator door de betreffende instelling geleverd moest worden.
 - Er werd gebruik gemaakt van eigen instrumenten, waarin de vragen niet overeenkwamen met de Thermometer Cliëntwaardering (tot 2009 het standaardinstrument voor cliëntwaardering).
- Schoning van de aangeleverde data levert een belangrijke bijdrage aan de betrouwbaarheid van de data. In DigiMV, de website waar de gegevens door de zorgaanbieders moesten worden ingevuld, was het niet mogelijk om een schoningsronde in te bouwen.
- De resultaten van de indicatoren 1.2 t/m 1.4 (zie Tabel 1) waren nog niet rijp voor presentatie op zorgvergelijkingswebsites zoals www.kiesBeter.nl. Deze indicatoren werden in de praktijk met verschillende instrumenten en op verschillende wijze gemeten. Hierdoor ontstonden verschillen in uitkomsten en frequentie van meten, wat de uitkomsten onvoldoende valide maakte.
- Door het gebruik van meerdere meetinstrumenten bij bepaalde indicatoren toe te staan, waren die gegevens niet geschikt voor vergelijking en daarmee minder bruikbaar.
- Zorgaanbieders gebruikten de indicatoren voor interne sturing, maar voor externe verantwoording vonden ze dat het vergelijken van instellingen met de nodige voorzichtigheid moest geschieden.

Een tweede evaluatiestudie in opdracht van de Stuurgroep Zichtbare Zorg werd in 2008 uitgevoerd door TNO Management Consultants en PricewaterhouseCoopers.⁶ Doel van dit onderzoek was een inventarisatie van risico's als het gaat om de betrouwbaarheid en vergelijkbaarheid van kwaliteitsinformatie en de manieren om de betrouwbaarheid maximaal te borgen. Hiervoor werd door middel van een literatuurstudie en interviews met 32 experts een inventarisatie van mogelijke risico's gemaakt. Dit leidde tot een lijst van 69 verschillende risico's die voor een groot deel overeenkwamen met de bevindingen van MediQuest en Tranzo. In een Delphistudie werden deze risico's vervolgens geordend naar belangrijkheid. De vijf belangrijke risico's in het licht van de vergelijkbaarheid van de data waren:⁶

- Het risico dat het leveren van kwaliteitsinformatie niet goed is ingebed in de reguliere werkprocessen.
- Het risico dat er een interne controle ontbreekt op het verzamelen en verwerking van de kwaliteitsregistraties.
- Het risico dat de indicatoren niet geschikt zijn en/of gebruikt worden als stuurinformatie voor instellingen en gebruikers.
- Het risico dat de basisbestanden die nodig zijn voor de kwaliteitsinformatie onvoldoende betrouwbaar zijn.
- Het risico dat de uiteindelijk opgeleverde informatie voor de eindgebruiker niet duidelijk is.

Op basis van deze twee evaluaties werd in 2009 een nieuwe, tweede revisie van de Basisset gemaakt. Definities werden nogmaals aangescherpt, en er werd getracht de onderbouwing van indicatoren te verbeteren en te ondersteunen met literatuur. Verder werd de CQ Index als standaardinstrument aanbevolen, nog wel facultatief. Zes indicatoren kwamen tijdelijk of definitief te vervallen (zie Tabel 1):¹⁰

- Indicator 1.6 (heropnames versus gemiddelde opnameduur) verviel tijdelijk omdat deze onvoldoende onderbouwd kon worden. Deze indicator zal worden vervangen door een indicator voor continuïteit van zorg vanuit hulpverlenersperspectief.
- Indicator 1.7 (drop-out) kon nog niet worden geoperationaliseerd, maar zal wel worden meegenomen bij de ontwikkeling van indicator 1.10 (bemoeizorg).
- Indicator 1.9 (hanteren behandelrichtlijnen) verviel definitief, omdat de toetsing hiervan niet mogelijk is via een basisset indicatoren.
- Indicator 1.10 (bemoeizorg) verviel tijdelijk, omdat deze indicator nog onvoldoende was gedefinieerd. Deze indicator zal verder worden ontwikkeld in combinatie met indicator 1.7 (drop-out).
- Indicator 2.5 (suïcide) verviel tijdelijk, omdat er nog geen betekenisvolle indicator kon worden gedefinieerd.
- Indicator 3.2 (toegang tot zorg) verviel tijdelijk, omdat ook hiervoor nog geen betekenisvolle indicator kon worden gedefinieerd.

1.3.4 Prestatie-indicatoren voor de forensische zorg en zelfstandig gevestigde professionals in de tweede lijn

De Basisset 2006 was nog alleen bedoeld voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, verzorgd door instellingen. Vanaf de versie 2007-2008 werd de Basisset uitgebreid met indicatoren voor de forensische psychiatrie. Deze aanvulling met vragen voor de forensische psychiatrie, kwam voort uit de wens van het Ministerie van Justitie om te participeren in het GGZ-brede transparantieproject in hun nieuwe rol als zorginkoper. Voor de forensische psychiatrie werd daarom een subset met indicatoren ontwikkeld. Zes bestaande indicatoren werden verbijzonderd en vier indicatoren werden specifiek voor de forensische zorg toegevoegd. De overige indicatoren uit de Basisset golden niet voor de forensische zorg (zie Tabel 2). In de Basisset 2007-2008 was de forensische psychiatrie nog een onderdeel van de algemene set, vanaf 2009-2010 is er sprake van een eigen set indicatoren. Hiervoor zijn veel indicatoren uit de Basisset 2007-2008 vervangen. De indicator 'dagelijks functioneren' is vervangen door de indicator 'ernst van de problematiek', en de indicator 'aantal delicten' door de indicator 'recidive'. Verder zijn de indicatoren 'tijdig contact na beëindiging justitiële titel' en 'nazorg' samengenomen in één indicator 'continuïteit van zorg'. Gemiddelde behandelduur en het aantal onttrekkingen zijn vervallen (Tabel 2). De eigen set prestatie-indicatoren voor de forensische psychiatrie wordt stapsgewijs ingevoerd. Over verslagjaar 2009 zullen 10 van de 16 indicatoren facultatief worden ingevoerd. Over verslagjaar 2010 worden deze 10 indicatoren verplicht en worden de overige zes indicatoren facultatief ingevoerd. Vanaf verslagjaar 2011 moet de gehele set verplicht worden aangeleverd.

De prestatie-indicatoren hebben zich tot op heden beperkt tot GGZ- en VZ-instellingen. In 2008 is het Trimbos-instituut, in opdracht van de Werkgroep ZGP van Zichtbare Zorg en in samenwerking met het CBO, gestart met de ontwikkeling van een set prestatie-indicatoren voor Zelfstandig Gevestigde Professionals (ZGP) in de tweede lijn (psychiaters, psychotherapeuten en psychologen). Hierbij wordt zo veel mogelijk aangesloten bij de Basisset voor de instellingen en worden voor de ZGP 'eigen' aanvullende indicatoren gedefinieerd. Deze ontwikkeling is nog in volle gang. Het ligt in de bedoeling dat in 2011 een pilotstudie wordt uitgevoerd, waarin onder meer wordt onderzocht in hoeverre de afname van meetinstrumenten in de zelfstandige praktijk haalbaar is. In 2009 is hiervoor al een beperkte voorstudie bij 24 zelfstandige praktijken uitgevoerd (nog niet gepubliceerd).

1.3.5 Samenvatting

Ondanks het voornemen om de Basisset prestatie-indicatoren niet te vaak en te ingrijpend aan te passen, is er sinds 2006 veel aan de indicatorensets gesleuteld op basis van tussentijdse evaluaties. Indicatoren zijn samengevoegd, vervallen, opnieuw gedefinieerd, en ook de wijze van aanbieden aan DigiMV is een aantal malen aangepast. Dit laatste is vooral het geval geweest bij de invoering van de CQ Index als standaardinstrument voor cliëntervaringen. Door de overgang van de GGZ Thermometer naar de CQ Index is het op meerdere wijzen mogelijk gegevens voor de Basisset aan te leveren. Voor het meten van de ernst van de problematiek, de kwaliteit van leven en het dagelijks functioneren is nog geen keuze gemaakt voor standaardinstrumenten. Hierdoor is de bruikbaarheid van de Basisset

op onderdelen nog gering. De tussentijdse evaluaties hebben tenslotte aangetoond dat getwijfeld kan worden aan de betrouwbaarheid en validiteit van een aantal indicatoren. Met het verder aanscherpen van de definities wordt geprobeerd hier verbetering in aan te brengen, maar of dit lukt, moet nog worden bewezen. De Basisset prestatie-indicatoren is nog vol in ontwikkeling, ondanks het feit dat de verplichting tot aanlevering van gegevens al bestaat.

Tabel 2 Prestatie-indicatoren voor de forensische psychiatrie in 2007-2008 en facultatief en verplicht over verslagjaren 2009-2011

	2007 2008	Facultatief 2009	Verplicht 2010	Facultatief 2010	Verplicht 2011
Effectiviteit					
Ernst van de problematiek		X	X		X
Dagelijks functioneren	X	VW	VW		
Aantal delicten	X	V	V		
Afname delict risico		X	X		X
Aantal onttrekkingen	X	VW	VW		
Recidive		X	X		X
Drop-out	X	X	X		X
Evaluatie/bijstelling behandelplan	X	X	X		X
Veiligheid					
Medicatieveiligheid				X	X
Separatie		X	X		X
Somatische screening	X	X	X		X
Geweldsincidenten		X	X		X
Cliëntgerichtheid					
Betrokkenheid omgeving				X	X
Persoonlijke verzorging				X	X
Wachttijd tot start behandeling	X	X	X		X
Passendheid van zorg				X	X
Tijdig contact na ontslag	X	VW	V		
Continuïteit van zorg		X	X		X
Nazorg	X	V	VW		
Behandelduur	X	VW	VW		
Informatieverstrekking				X	X
Bejegening				X	X

Bron: Zichtbare Zorg: Subset prestatie-indicatoren Forensische Psychiatrie 2009 – 2011

X=aanwezig; VW = Verwijderd

1.4 De dekkingsgraad van de prestatie-indicatoren in de periode 2006-2008

1.4.1 Verplichte of facultatieve aanlevering van indicatoren aan het JMV

Zoals eerder beschreven leveren GGZ-zorgaanbieders jaarlijks hun indicatorgegevens aan als onderdeel van hun Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV). Hiermee voldoen zij aan hun jaarlijkse verantwoordingsverplichtingen; het JMV bundelt alle informatievragen aan zorginstellingen in één document. De tweede functie is die van de maatschappelijke verantwoording; het JMV biedt instellingen de mogelijkheid verantwoording af te leggen aan stakeholders (bijvoorbeeld cliënten en toezichthouders) over beleid, inspanningen en prestaties betreffende productie, financiën, personeel, kwaliteit en medezeggenschap. Op deze wijze vervult het document zijn derde functie: het bevorderen van de transparantie van de zorgsector.

Voor het verslagjaar 2006 werden 17 van de 28 prestatie-indicatoren door 97 instellingen op vrijwillige basis aangeleverd. Uit de evaluatiestudie van Tranzo⁵ op deze data bleek dat instellingen wisselend in staat waren indicatorgegevens aan te leveren. Ongeveer de helft van de zorgaanbieders leverde een min of meer complete set aan. Ook de dekkingsgraad per indicator was zeer wisselend. Voor de 78 lidinstellingen van GGZ Nederland varieerde deze dekkingsgraad tussen de 28 en 94%, voor alle 97 deelnemende instellingen samen was deze 15 (dagbesteding) tot 90% (registratie van incidenten). Zoals eerder beschreven hadden sommige instellingen moeite om de gewenste informatie uit de registratiesystemen te halen en werden er soms ook geen data aangeleverd omdat de zorgaanbieder de informatie te onbetrouwbaar vond.

In deze sectie wordt, op basis van analyses van de datasets van het JMV 2006, het JMV 2007, en het JMV 2008, nagegaan wat de ontwikkeling is tussen 2006 en 2008 wat betreft: (a) het aantal GGZ-zorgaanbieders dat indicatorgegevens aanlevert en (b) de dekkingsgraad per indicator voor deze GGZ-zorgaanbieders. Gegevens over 2009 konden nog niet worden geanalyseerd omdat deze op dit moment nog niet zijn vrijgegeven voor gebruik door derden. De verwachting is dat zowel het aantal GGZ-zorgaanbieders dat gegevens aanlevert als de dekkingsgraad toegenomen is, door aanpassingen in de werkinstructies over welke gegevens op welke wijze moeten worden aangeleverd. Ook hebben de GGZ-zorgaanbieders meer ervaring opgedaan in het genereren van de benodigde gegevens (bijvoorbeeld door aanpassingen in het registratiesysteem). Ten slotte is het aanleveren van indicatorgegevens vanaf het verslagjaar 2007 grotendeels verplicht (Tabel 3).

Tabel 3 De prestatie-indicatoren in het JMV over de verslagjaren 2006-2010 en de wijze van aanlevering: facultatief of verplicht

	Prestatie-indicator ¹	in JMV 2006	in JMV 2007	in JMV 2008	in JMV 2009	in JMV 2010
1	Effectiviteit					
1.1	Bereik preventieactiviteiten	-	V	V	-	-
1.2	Verandering ernst problematiek	F	V/F	V/F	V	V
1.3	Verandering dagelijks functioneren van de cliënt	F	V	V	V	V
1.4	Verandering ervaren kwaliteit van leven van cliënt	-	F	F	V	V
1.5	Rehabilitatie	-	F	F	V	V
1.6	Heropname versus duur opname	F	V	V	-	?
1.7	Drop-out	F	V	V	V	V
1.8	Somatische screening	F	V	V	V	V
1.9	Hanteren behandelrichtlijnen	-	-	-	-	-
1.10	Bemoeizorg: bereik zorgwekkende zorgmijders	-	V	V	-	?
1.11	Continuïteit bij verandering zorgsoort: tijdig contact na ontslag uit kliniek	F	V	V	V	V
2	Veiligheid					
2.1	Risicovolle interactie tussen medicijnen	-	F	V	F	F
2.2	Informatie over bijwerkingen van medicijnen	-	F	V	F	V
2.3	Onveiligheid door ontbreken van informatie	F	DV	V	F	V
2.4	Dwang	-	-	-	F	V
2.5	Percentage suïcides, gerelateerd aan instellingsgrootte	F	V	V	-	-
2.6	Incidenten cliëntenzorg	-	-	-	DF	DF
3	Cliëntgerichtheid					
3.1	Wachttijd tot start behandeling	F	V	V	V	V
3.2	Toegang tot zorg	-	F	F	-	?
3.3	Informed consent	F	V	V	V	V
3.4	Keuzevrijheid	F	V	V	V	V
3.5	Vervulling zorgwensen	F	V	V	V	V
3.6	Evaluatie van begeleidings- en behandelplannen	F	DV	DV	V/F	V/F
3.7	Continuïteit van zorg: goede samenwerking en afstemming met ketenpartners		F	V	F	V/F
3.8	Dagbesteding en arbeid: cliëntparticipatie aan dag- of werkactiviteiten	F	-	-	F	?

	Prestatie-indicator ¹	in JMV 2006	in JMV 2007	in JMV 2008	in JMV 2009	in JMV 2010
3	Clïëntgerichtheid					
3.9	Woon- en leefomstandigheden: cliëntoordeel over woon- en leefomstandigheden in een klinische setting of RIBW-instelling	F	V	V	V	V
3.10	Adequate begeleiding door de hulpverleners	F	V	V	V	V
3.11	Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners	F	V	V	V	V

¹ Sommige indicatoren bestaan uit twee subindicatoren die apart worden uitgevraagd (zie Tabel 4).

V=verplicht

F=facultatief

V/F=deels verplicht, deels facultatief (indicator bestaat uit meerdere subindicatoren)

DV=een deel van de indicator is verplicht, een ander deel bestaat nog niet (indien subindicatoren)

DF=een deel van de indicator is facultatief, een ander deel bestaat nog niet (indien subindicatoren)

?=indicator is in ontwikkeling

-=indicator wordt niet (meer) afgenomen

1.4.2 De dekkingsgraad van de indicatorgegevens 2006-2008: methode

In deze paragraaf wordt de dekkingsgraad van de indicatorgegevens in de periode 2006-2008 beschreven voor alle GGZ-zorgaanbieders die indicatorgegevens hebben aangeleverd. Daarnaast is voor de periode 2007-2008 de dekkingsgraad voor alleen de geïntegreerde GGZ-instellingen geanalyseerd. De reden voor deze twee aparte analyses is dat de GGZ-zorgaanbieders die indicatorgegevens aan het JMV leveren zeer divers zijn, variërend van geïntegreerde GGZ-instellingen tot samenwerkende psychologenpraktijken, van Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's) tot verpleeghuizen, en van instellingen voor maatschappelijke opvang tot thuiszorginstellingen. De overeenkomst is dat deze GGZ-zorgaanbieders alle een toelating hebben op grond van de Wet Toelatingen Zorginstellingen (een zogeheten WTZi erkenning). Met andere woorden, zij bieden zorg aan die op grond van de Zorgverzekeringswet of AWBZ voor vergoeding in aanmerking komt. Deze variëteit aan GGZ-zorgaanbieders bemoeilijkt de interpretatie van de dekkingsgraad van sommige prestatie-indicatoren. Niet alle prestatie-indicatoren uit de Basisset zijn namelijk van toepassing voor alle GGZ-zorgaanbieders. RIBW's hoeven bijvoorbeeld geen data aan te leveren voor indicator 1.2 (verandering in ernst van de problematiek) of 1.11 (continuïteit van zorg) (zie Tabel 1). Alleen een aantal van de prestatie-indicatoren die betrekking hebben op het oordeel van cliënten over de ontvangen zorg, drop-out en suïcides (indicatoren 1.7, 2.5, 3.3, 3.4, 3.5, 3.10, 3.11; zie Tabel 1) zijn voor alle GGZ-aanbieders van toepassing. Bij de andere prestatie-indicatoren kan nooit een dekkingsgraad van 100% behaald worden.

Geïntegreerde GGZ-instellingen, die zowel ambulante, klinische als RIBW-zorg leveren, moeten in principe voor alle prestatie-indicatoren gegevens aanleveren. Binnen deze subgroep van GGZ-zorgaanbieders zou de dekkingsgraad van alle prestatie-indicatoren idealiter 100% moeten zijn. Daarom zijn voor elk van de verslagjaren dezelfde

geïntegreerde GGZ-instellingen (of hun latere fusie-instellingen) geselecteerd, zodat op een zo zuiver mogelijke wijze kan worden bekeken of de dekkingsgraad van de prestatie-indicatoren in de periode 2007-2008 is toegenomen.

1.4.3 Resultaten

Het aantal GGZ-zorgaanbieders dat indicatorgegevens heeft aangeleverd en hun dekkingsgraad in de periode 2006-2008

Over 2006 leverden 97 instellingen hun indicatorgegevens op vrijwillige basis aan. Dit aantal nam toe tot 167 instellingen in 2007, toen het aanleveren van data verplicht werd. In 2008 was dit aantal echter weer teruggelopen tot 127, 56% van de 228 GGZ-zorgaanbieders die prestatie-indicatoren hadden moeten aanleveren^d. Dit verschil wordt voor een deel verklaard uit het feit dat de gegevens van 17 instellingen niet aan de database van het JMV 2008 zijn toegevoegd, hoewel deze gegevens door de instellingen wel zijn aangeleverd. Wanneer hiermee rekening wordt gehouden, stijgt het aantal instellingen dat gegevens heeft aangeleverd naar 144 van de 228 (63%), nog steeds minder dan in 2007. Verder blijkt dat slechts een deel van de instellingen elk jaar de indicatorgegevens heeft aangeleverd. Hoewel het aanleveren van indicatorgegevens vanaf verslagjaar 2007 verplicht is, hebben slechts 91 instellingen zowel over 2007 als 2008 gegevens aangeleverd. Van 76 instellingen zijn alleen gegevens over 2007 beschikbaar. Rekening houdend met het feit dat de database over 2008 nog met 17 instellingen moet worden uitgebreid, en dat er sprake was van twee fusies (resultierend in Arkin en Dimence), kan worden vastgesteld dat 57 instellingen niet meer in de database over 2008 voorkomen. Daarentegen zijn er in 2008 36 nieuwe instellingen bijgekomen. De 'uitvallers' van 2007 betreffen een breed scala aan voorzieningen: grote geïntegreerde GGZ-instellingen, PAAZen en instellingen voor forensische psychiatrie, thuiszorg, woonbegeleiding, maatschappelijke opvang, welzijn en huiselijk geweld. De nieuwe instellingen in 2008 bestrijken ook een breed deel van de hulpverlening, met als opvallendste nieuwkomers de zogeheten 'nieuwe aanbieders' van GGZ-zorg, zoals Intherapy, Europsyche en Mentaal Beter Cure en diverse verslavingszorginstellingen. Uit de fluctuatie van het aantal instellingen en de aanlevering van gegevens door maximaal 63% van de instellingen¹⁶, kan worden opgemaakt dat de aanlevering van prestatie-indicatoren, ondanks de wettelijke verplichting, nog verre van volledig is. Er is, tegen de verwachting in, zelfs sprake van een dalend aantal GGZ-zorgaanbieders dat indicatorgegevens aanlevert tussen 2007 en 2008.

Over het algemeen is er sprake van een toenemende dekkingsgraad in de periode 2006-2008. Soms is er in 2007 sprake van een daling ten opzichte van 2006, met in 2008 weer een stijging (zie Bijlage 1). In twee gevallen is er sprake van een opvallende daling van de dekkingsgraad vanaf 2006. Dit geldt voor de indicatoren 'somatische screening'

^d Aantallen op basis van informatie van Zorgverzekeraars Nederland (ZN). ZN vermeldt overigens 128 instellingen die data hebben geleverd. De database waarover het Trimbos-instituut beschikt bevat 127 instellingen.

(1.8.a/b/c) en 'onveiligheid door het ontbreken van informatie' (2.3.a/b). In 2006 werd hiervoor een veel grotere dekkinggraad gevonden, dan in de jaren daarna. In 2006 kan 80% van de instellingen aangeven of men beschikt over een standaardprocedure voor somatische screening, in 2007 en 2008 is dat respectievelijk 43 en 49%. In 2006 weet 90% van de instellingen of er sprake is van een registratie van incidenten, in 2007 en 2008 is dat respectievelijk 24 en 35%.

Deze uitkomsten zijn lastig te interpreteren. Ten eerste is in 2006 begonnen met een volledig facultatieve deelname door een aantal voorlopers en is er vanaf 2007 sprake van een toename van verplicht aan te leveren indicatoren (Tabel 3). Ten tweede is in 2007-2008 de Basisset aangepast, zijn indicatoren opnieuw gedefinieerd en is er een verandering gekomen in de wijze van aanleveren bij DigiMV. Hierdoor zijn 2006 en 2007-2008 niet goed te vergelijken. Ten derde is de samenstelling van de GGZ-instellingen in de drie datasets steeds anders. Wanneer we alleen kijken naar de indicatoren die voor alle typen zorg en typen cliënten van toepassing zijn (1.7, 2.5, 3.3, 3.4, 3.5, 3.10, 3.11), zie we bij vrijwel alle indicatoren een daling in dekkinggraad over 2007 ten opzichte van 2006, gevolgd door een stijging over 2008. De dekkinggraad over 2008 is dan groter dan die over 2006. De dekkinggraad van de indicatoren voor de ervaring van cliënten varieert in 2008 van 87 tot 92%. Het cliëntoordeel wordt vrijwel overal gemeten en de gegevens hierover zijn beschikbaar voor de Basisset. Kortom, er lijkt sprake te zijn van een toegenomen dekkinggraad. De tijdelijke afname over 2007 heeft waarschijnlijk te maken met de verplichte invoering van indicatoren (naast de eventuele effecten van de aanpassing van de Basisset), waarbij nog niet alle instellingen in staat waren voor deze eerste keer gegevens aan te leveren.

Het aantal geïntegreerde GGZ-instellingen dat indicatorgegevens heeft aangeleverd en hun dekkinggraad in de periode 2007-2008

In totaal hebben 25 geïntegreerde GGZ-instellingen gegevens over 2007 en 2008 aangeleverd. Vanwege twee fusies blijven er over 2008 nog 23 over^e. In Tabel 4 zijn de dekkingpercentages per (sub)indicator voor deze instellingen weergegeven. Hierbij moet het volgende worden opgemerkt:

- Een percentage geeft *niet* de score op een bepaalde indicator weer, maar het percentage geïntegreerde GGZ-instellingen dat voor deze indicator gegevens heeft kunnen aanleveren. Bijvoorbeeld over 2007 kon 88% van de instellingen informatie geven over het oordeel van hun cliënten over de ernst van hun problematiek (indicator 1.2.a. totaalscore); over 2008 kon 95,6% van de instellingen deze gegevens aanleveren.
- Het cliëntoordeel wordt op verschillende manieren gemeten. Voorheen was de GGZ Thermometer hiervoor het standaardinstrument, maar instellingen konden hiervoor ook een vergelijkbaar eigen instrument gebruiken. De GGZ Thermometer zal in de komende jaren worden vervangen door een nieuw standaardinstrument,

e Over 2006 was het niet mogelijk precies na te gaan welke de geïntegreerde GGZ-instellingen in de database waren. De koppeling tussen deelnemers en de database prestatie-indicatoren kon niet worden gemaakt door het ontbreken van een unieke instellingscode.

de Consumer Quality Index (CQ Index). In 2009 hebben 20 instellingen voor GGZ en VZ dit instrument vrijwillig afgenomen bij cliënten uit de kortdurende ambulante zorg. Deze instellingen konden de resultaten ook voor het JVM 2008 gebruiken. De indicatoren voor het cliëntoordeel konden voor 2008 dus worden gevuld met informatie uit verschillende bronnen. In Tabel 4 zijn daarom dekkingpercentages per informatiebron opgenomen en een totaalscore. Bij sommige instellingen worden echter meerdere instrumenten naast elkaar gebruikt, bijvoorbeeld zowel de GGZ Thermometer als de CQ Index, zodat er dubbeltellingen voor de dekkingsgraad zijn. De totaalscores in Tabel 4 zijn hiervoor gecorrigeerd. Deze totaalscores zijn altijd lager dan de som van de drie subindicatoren en zijn gemerkt met een '*'.

Tabel 4 Dekkingsgraad indicatoren 2007-2008 voor geïntegreerde GGZ-instellingen

Indicator	Variabele	Dekkingsgraad 2007 N=25 (%)	Dekkingsgraad 2008 N=23 (%)
1.2.a	<i>Verandering ernst problematiek (oordeel cliënt)</i> (GGZ Thermometer)	76,0	82,6
1.2.a	<i>Verandering ernst problematiek (oordeel cliënt)</i> (eigen instrument)	12,0	13,0
1.2.a	<i>Verandering ernst problematiek (oordeel cliënt)</i> (CQ Index)	8,0	26,1
1.2.a*	<i>Verandering ernst problematiek (oordeel cliënt)</i> (Totaalscore Thermometer, eigen instrument, CQ Index)	88,0	95,6
1.2.a	<i>Verandering ernst problematiek (oordeel cliënt)</i> Response rate GGZ Thermometer	76,0	78,3
1.2.a	<i>Verandering ernst problematiek (oordeel cliënt)</i> Response rate eigen instrument	24,0	30,4
1.2.a	<i>Verandering ernst problematiek (oordeel cliënt)</i> Response rate CQ Index	8,0	26,1
1.2.a*	<i>Verandering ernst problematiek (oordeel cliënt)</i> Totale respons rate Thermometer, eigen instrument, CQ Index	88,0	91,3
1.2.b	<i>Verandering ernst problematiek</i> Percentage cliënten bij wie verandering in ernst gemeten is	52,0	65,2
1.3	<i>Verandering in dagelijks functioneren</i> Percentage cliënten dat is verbeterd	84,0	91,3
1.3	<i>Verandering in dagelijks functioneren</i> Percentage cliënten dat is gestabiliseerd	84,0	91,3
1.6.a	<i>Heropnames</i> Percentage heropnames	88,0	95,6
1.6.b	<i>Heropnames</i> Gemiddelde opnameduur in dagen	88,0	95,6
1.7	<i>Drop-out</i> Percentage drop-out	100	91,3
1.8.a	<i>De mate waarin somatische screening plaatsvindt</i> Beschikken over standaardprocedure m.b.t. screening op somatische aandoeningen	100	91,3

Indicator	Variabele	Dekkingsgraad 2007 N=25 (%)	Dekkingsgraad 2008 N=23 (%)
1.8.b	<i>De mate waarin somatische screening plaatsvindt</i> Het percentage cliënten dat bij aanvang van de opname in de instelling somatisch gescreend wordt	76,0	73,9
1.8.c	<i>De mate waarin somatische screening plaatsvindt</i> Het percentage langdurig opgenomen cliënten dat jaarlijks somatisch gescreend wordt	52,0	52,2
1.10	<i>Bemoeizorg</i> Percentage cliënten dat met bemoeizorg wordt bereikt	80,0	60,9
1.11	<i>Continuïteit van zorg</i> Percentage cliënten dat na ontslag uit de kliniek binnen twee weken een ambulant of deeltijdzorg-contact heeft	88,0	87,0
2.3.a	<i>Onveiligheid door ontbreken informatie</i> Registratie van incidenten die optreden door het ontbreken van informatie	95,8	86,4
2.3.b	<i>Onveiligheid door ontbreken informatie</i> Percentage spoedopnames buiten kantooruren van reeds binnen de instelling bekende cliënten waarbij de hulpverlener niet kon beschikken over actuele informatie van de cliënt	n.v.t.	36,4
2.5	<i>Suïcide</i> Percentage suïcides bij ambulante behandeling/ begeleiding	100	100
2.5	<i>Suïcide</i> Percentage suïcides bij klinische behandeling/ begeleiding	100	100
3.1.a	<i>Wachttijd tot start behandeling</i> Gemiddelde wachttijd ambulante behandeling/ begeleiding	92,0	87,0
3.1.a	<i>Wachttijd tot start behandeling</i> Gemiddelde wachttijd klinische behandeling/ begeleiding	84,0	87,0
3.1.a	<i>Wachttijd tot start behandeling</i> Gemiddelde wachttijd RIBW begeleiding	48,0	26,1
3.1.b	<i>Wachttijd tot start behandeling</i> Percentage cliënten voor ambulante behandeling/ begeleiding dat korter gewacht heeft dan 98 dagen	92,0	91,3
3.1.b	<i>Wachttijd tot start behandeling</i> Percentage cliënten voor klinische behandeling/ begeleiding dat korter gewacht heeft dan 105 dagen	84,0	87,0
3.1.b	<i>Wachttijd tot start behandeling</i> Percentage cliënten voor RIBW begeleiding dat korter gewacht heeft dan 147 dagen	48,0	26,1
3.3	<i>Informed consent</i> Percentage cliënten dat informed consent ervaart (Thermometer)	84,0	82,6
3.3	<i>Informed consent</i> Percentage cliënten dat informed consent ervaart (eigen instrument)	12,0	13,0
3.3	<i>Informed consent</i> Percentage cliënten dat informed consent ervaart (CQ Index)	12,0	30,4
3.3*	<i>Informed consent</i> Totaalscore Thermometer, eigen instrument, totaalscore	96,0	100

Indicator	Variabele	Dekkingsgraad 2007 N=25 (%)	Dekkingsgraad 2008 N=23 (%)
3.3	<i>Informed consent</i> Response rate Thermometer	84,0	78,3
3.3	<i>Informed consent</i> Response rate eigen instrument	28,0	26,1
3.3	<i>Informed consent</i> Response rate CQ Index	12,0	30,4
3.3*	<i>Informed consent</i> Totale response rate Thermometer, eigen instrument, CQ Index	96,0	95,6
3.4	<i>Keuzevrijheid</i> Percentage cliënten dat keuzevrijheid in behandeling of begeleiding ervaart (Thermometer)	84,0	82,3
3.4	<i>Keuzevrijheid</i> Percentage cliënten dat keuzevrijheid in behandeling of begeleiding ervaart (eigen instrument)	16,0	13,0
3.4	<i>Keuzevrijheid</i> Percentage cliënten dat keuzevrijheid in behandeling of begeleiding ervaart (CQ Index)	12,0	30,4
3.4*	<i>Keuzevrijheid</i> Totaalscore Thermometer, eigen instrument, CQ Index	96,0	100
3.4	<i>Keuzevrijheid</i> Response rate Thermometer	84,0	78,3
3.4	<i>Keuzevrijheid</i> Response rate eigen instrument	28,0	30,4
3.4	<i>Keuzevrijheid</i> Response rate CQ Index	12,0	30,4
3.4*	<i>Keuzevrijheid</i> Totale respons rate Thermometer, eigen instrument, CQ Index	96,0	95,6
3.5	<i>Vervulling zorgwensen</i> Percentage cliënten dat aangeeft dat de behandeling/ begeleiding voldoet aan de eigen zorgwensen (Thermometer)	88,0	82,7
3.5	<i>Vervulling zorgwensen</i> Percentage cliënten dat aangeeft dat de behandeling/ begeleiding voldoet aan de eigen zorgwensen (eigen instrument)	12,0	13,0
3.5	<i>Vervulling zorgwensen</i> Percentage cliënten dat aangeeft dat de behandeling/ begeleiding voldoet aan de eigen zorgwensen (CQ Index)	12,0	30,4
3.5*	<i>Vervulling zorgwensen</i> Totaalscore Thermometer, eigen instrument, CQ Index	100	100
3.5	<i>Vervulling zorgwensen</i> Response rate Thermometer	88,0	78,2
3.5	<i>Vervulling zorgwensen</i> Response rate eigen instrument	28,0	30,4
3.5	<i>Vervulling zorgwensen</i> Response rate CQ Index	33,0	30,4

Indicator	Variabele	Dekkingsgraad 2007 N=25 (%)	Dekkingsgraad 2008 N=23 (%)
3.5*	<i>Vervulling zorgwensen</i> Totale respons rate Thermometer, eigen instrument, CQ Index	100	95,6
3.6.b	<i>Evaluatie van begeleiding- en behandelplannen</i> Het percentage begeleiding- en behandelplannen van cliënten in de langdurende zorg dat minder dan 1 jaar oud is	48,0	69,6
3.9	<i>Woon- en leefomstandigheden</i> Percentage cliënten dat positief oordeelt over de woonsituatie (Thermometer)	32,0	47,8
3.9	<i>Woon- en leefomstandigheden</i> Percentage cliënten dat positief oordeelt over de woonsituatie (eigen instrument)	8,0	13,0
3.9*	<i>Woon- en leefomstandigheden</i> Totaalscore Thermometer, eigen instrument, CQ Index	40,0	60,9
3.9	<i>Woon- en leefomstandigheden</i> Response rate Thermometer	44,0	65,2
3.9	<i>Woon- en leefomstandigheden</i> Response rate eigen instrument	16,0	21,7
3.9*	<i>Woon- en leefomstandigheden</i> Totale respons rate Thermometer, eigen instrument, CQ Index	44,0	65,2
3.10	<i>Adequate bejegening door de hulpverleners</i> Het percentage cliënten dat een adequate bejegening door hulpverleners ervaart (Thermometer)	88,0	82,6
3.10	<i>Adequate bejegening door de hulpverleners</i> Het percentage cliënten dat een adequate bejegening door hulpverleners ervaart (eigen instrument)	20,0	17,4
3.10	<i>Adequate bejegening door de hulpverleners</i> Het percentage cliënten dat een adequate bejegening door hulpverleners ervaart (CQ Index)	12,0	30,4
3.10*	<i>Adequate bejegening door de hulpverleners</i> Totaalscore Thermometer, eigen instrument, CQ Index	100	100
3.10	<i>Adequate bejegening door de hulpverleners</i> Response rate Thermometer	88,0	78,2
3.10	<i>Adequate bejegening door de hulpverleners</i> Response rate eigen instrument	28,0	30,4
3.10	<i>Adequate bejegening door de hulpverleners</i> Response rate CQ Index	16,0	30,4
3.10*	<i>Adequate bejegening door de hulpverleners</i> Totale respons rate Thermometer, eigen instrument, CQ Index	100	95,6
3.11	<i>Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners</i> Het percentage cliënten dat een adequate informatie van hulpverleners ontvangt (Thermometer)	88,0	82,6
3.11	<i>Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners</i> Het percentage cliënten dat een adequate informatie van hulpverleners ontvangt (eigen instrument)	16,0	17,4

Indicator	Variabele	Dekkingsgraad 2007 N=25 (%)	Dekkingsgraad 2008 N=23 (%)
3.11	<i>Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners</i> Het percentage cliënten dat een adequate informatie van hulpverleners ontvangt (CQ Index)	12,0	30,4
3.11*	<i>Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners</i> Totaalscore Thermometer, eigen instrument, CQ Index	100	100
3.11	<i>Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners</i> Response rate Thermometer	88,0	78,2
3.11	<i>Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners</i> Response rate eigen instrument	28,0	30,4
3.11	<i>Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners</i> Response rate CQ Index	16,0	30,4
3.11*	<i>Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners</i> Totale respons rate Thermometer, eigen instrument, CQ Index	100	95,6

Zoals blijkt uit Tabel 4 zijn de 25 geïntegreerde GGZ-instellingen over 2007 in staat om de meeste indicatorgegevens bijna volledig aan te leveren, enkele uitzonderingen daargelaten. Vooral de data die worden verkregen bij de cliënt door middel van de GGZ Thermometer, een vergelijkbaar eigen instrument en/of de CQ Index zijn vrijwel compleet (88-100%). Uitzondering is het oordeel van de cliënt over de woon- en leefomstandigheden, dat voor 40% wordt gedekt. De oorzaak hiervan ligt in het feit dat de standaard Thermometer hierover geen vragen bevat. Een door de RIBW-alliantie aangepast versie bevat deze vragen wel, maar niet iedereen gebruikt deze versie. Ook het grootste deel van de indicatoren die worden gevuld met gegevens uit de eigen registratie worden goed gedekt. Er zijn echter ook indicatoren die nog onvoldoende worden gedekt. Het betreft het meten van de verandering van de ernst van de problematiek (1.2.b), somatische screening bij langdurend opgenomen cliënten (1.8.c), en de wachttijd tot beschermd wonen (3.1.a). Hierbij ontbreekt bij ongeveer de helft van de GGZ-instellingen informatie. Een verklaring hiervoor is op dit moment nog niet te geven. Wellicht speelt hier mee dat er in instellingen al langer een traditie bestaat van het afnemen van vragenlijsten voor cliëntwaardering, met de GGZ Thermometer als standaardinstrument. Wat betreft andere indicatoren bestaat een dergelijke traditie nog niet, wat zou hebben kunnen geleid tot een lagere dekkingsgraad.

In 2008 is er over de gehele linie sprake van een grotere dekking vergeleken met 2007. Dit geldt bijvoorbeeld voor het oordeel van de cliënt over de verandering in de ernst van de problematiek (1.2.a: van 88,0 naar 95,6%), en het meten van deze ernst (1.2.b: van 52,0 naar 65,2%) en de verandering in het dagelijks functioneren (1.3: van 84,0 naar 91,2%). Er is ook bij de registraties van heropnames en drop-out sprake van een toegenomen dekkingsgraad.

Er zijn echter ook enkele dalers. Informatie over bemoeizorg werd in 2007 nog door 80,0% van de instellingen geleverd, in 2008 is dat nog maar 60,9%. Ook de informatie over wachttijden voor het beschermd wonen wordt minder compleet aangeleverd.

De dekkingsgraad was in 2007 al niet hoog (48,0%), in 2008 is deze nog maar 26,1%. Een nieuwe indicator in 2008, informatie over het niet kunnen beschikken over informatie bij een spoedopname (2.3.b), wordt nog onvoldoende gedekt (36,4%). Verder wordt informatie over een lichamelijke screening in de langdurende zorg (1.8.c) nog steeds onvoldoende aangeleverd (52,2%). De oorzaak van deze dalingen is onbekend. In de periode 2007-2008 is er sprake van een gelijk gebleven Basisset en hadden deze indicatoren over beide jaren verplicht moeten worden aangeleverd (Tabel 3). Verder bestaan beide datasets uit dezelfde GGZ-instellingen, zodat een één op één vergelijking mogelijk was.

1.4.4 Samenvatting

Samengevat lijkt er over het algemeen sprake te zijn van een toenemende dekkingsgraad van de prestatie-indicatoren. Op het gebied van cliëntwaardering of cliëntervaringen is de dekkingsgraad het grootst. Cliëntwaardering wordt al langere tijd gemeten met een gestandaardiseerd instrument (GGZ Thermometer), zodat hier sprake is van een zekere traditie. Voor andere indicatoren lijkt hiervan nog geen sprake te zijn.

De gegevens over 2007 en 2008 zijn het best vergelijkbaar, omdat hierbij gebruik is gemaakt van een ongewijzigde indicatorenset en er sprake was van een verplichte invoering, vergeleken met de facultatieve afname over 2006. De stijgende trend is te zien zowel bij alle instellingen als bij de subcategorie van geïntegreerde GGZ-instellingen. Dit geldt vooral voor de indicatoren die door alle GGZ-aanbieders moeten worden aangeleverd. De overige indicatoren hoeven niet door alle typen GGZ-aanbieders te worden aangeleverd en zijn daardoor moeilijker te interpreteren voor alle instellingen bij elkaar. Daarbij komt nog dat de datasets voor een deel verschillende instellingen bevatten, waardoor een vergelijking eigenlijk niet mogelijk is. Ondanks de verplichting tot aanlevering voldoen nog lang niet alle GGZ-aanbieders aan deze verplichting.

1.5 De betrouwbaarheid, validiteit en vergelijkbaarheid van de prestatie-indicatoren

In de voorgaande sectie is ingegaan op de mate van aanlevering van indicatorgegevens door GGZ-zorgaanbieders. De volledigheid van gegevensaanlevering zegt echter nog niets over de kwaliteit (betrouwbaarheid, validiteit en vergelijkbaarheid) van de aangeleverde data. In deze sectie worden twee evaluatiestudies besproken, waarbij specifiek wordt ingegaan op de onderlinge vergelijkbaarheid van de aangeleverde indicatorgegevens, op de factoren die de vergelijkbaarheid van indicatorgegevens bemoeilijken, en mogelijke oplossingen om de vergelijkbaarheid te vergroten.

1.5.1 Indicatorgegevens zijn nog niet goed vergelijkbaar

De Basisset prestatie-indicatoren is bedoeld om de kwaliteit van de geleverde zorg tussen GGZ-aanbieders te kunnen vergelijken. Hiervoor zijn betrouwbare, valide en vergelijkbare gegevens nodig. Uit de eerder besproken tussentijdse evaluaties van de Basisset bleek echter dat de betrouwbaarheid en de vergelijkbaarheid van de indicatorgegevens

duidelijk onvoldoende was.^{5;7;8} Dit had onder meer te maken met onduidelijke definities van indicatoren, het gebruik van verschillende meetinstrumenten, onduidelijkheden in de wijze van aanleveren aan DigiMV, en de onmogelijkheid om aangeleverde gegevens te schonen. Op grond van deze evaluaties is getracht de betrouwbaarheid te vergroten door onder meer het aanscherpen van definities, werkinstructies, en de invoering van de CQ Index als standaardinstrument. Dit heeft tot op heden echter nog niet tot een goede en betrouwbare vergelijkbaarheid geleid. Dit blijkt uit de onlangs verschenen zogeheten visualiseringstudie die MediQuest in opdracht van Zorgverzekeraars Nederland heeft uitgevoerd.¹⁶ Hierin werden de gegevens van de 128 instellingen die gegevens over 2008 aan de DigiMV hadden aangeleverd met elkaar vergeleken en grafisch tegen elkaar afgezet. Zorgverzekeraars Nederland meldt dat 145 van de 228 aangeschreven instellingen voor 1 juli 2009 gegevens aanleverden (64%). Van deze instellingen hebben er 123 een 'schoningsvoorstel' gekregen; een voorgestelde correctie op de aangeleverde data. Slechts 36% (n= 44) van de instellingen heeft dit schoningsvoorstel geheel of gedeeltelijk overgenomen; de overige 79 instellingen zijn hier niet op ingegaan. Verder blijken 17 instellingen, zoals in de vorige paragraaf al is gemeld wel gegevens te hebben aangeleverd, maar deze gegevens zijn om een of andere reden niet in de database terechtgekomen. In het rapport van Zorgverzekeraars Nederland wordt geconstateerd dat de betrouwbaarheid van de gegevens hierdoor uiteenlopend en soms gebrekkig is. Ten gevolge van de variatie in betrouwbaarheid van de geschoonde en ongeschoonde gegevens zijn ook de grafische weergaven van de uitkomsten zeer uiteenlopend.¹⁶ ZN concludeert op grond hiervan dat "de grafieken een mix zijn van de werkelijke prestatie van een instelling en de betrouwbaarheid van de data".¹⁶ Hierdoor kan van een 'eerlijke' vergelijking tussen instellingen geen sprake zijn en de interpretatie van de uitkomsten in het ZN rapport wordt dan ook aan de lezer overgelaten.

1.5.2 Factoren die de vergelijkbaarheid van indicatorgegevens bemoeilijken: onvoldoende standaardisatie, een te hoog aggregatieniveau en confounders

Behalve door de onvoldoende betrouwbaarheid en validiteit van de indicatorgegevens wordt de vergelijkbaarheid van prestatiegegevens ook beïnvloed door een aantal andere factoren. Er is nog onvoldoende sprake van standaardisatie, onder andere door het gebruik van verschillende meetinstrumenten, en van een te hoog aggregatieniveau die alleen een vergelijking op instellingsniveau toestaat. Verder is er nog onvoldoende bekend over mogelijke confounders; kenmerken van de instelling of de cliënt die de uitkomsten van een meting beïnvloeden en hierdoor een verkeerd beeld van de prestaties geven. Hieronder wordt nader ingegaan op deze drie factoren.

Onvoldoende standaardisatie

Een goede vergelijkbaarheid vereist een optimale standaardisatie wat betreft het verzamelen van gegevens en het aanleveren daarvan. Zorgaanbieders leveren hun data aan via de invoerschermen van DigiMV. Deze gegevens bestaan uit een gemiddelde score op een meetinstrument, of uit een teller (bijvoorbeeld het aantal keren voldaan aan een

voorwaarde), een noemer (het aantal cliënten waarvoor de voorwaarde van toepassing was) en een respons rate (het percentage cliënten waarvoor data beschikbaar zijn, afgezet tegen het aantal cliënten dat is bevraagd). In geval van het gebruik van een teller en een noemer is het van belang dat alle zorgaanbieders dezelfde definities gebruiken en dezelfde in- en exclusiecriteria. Omdat in het DigiMV alleen de eindresultaten worden ingevoerd is het niet mogelijk om te controleren of de standaardprocedures zijn gevolgd. De enige indicatie voor het eventueel niet volgen van de standaardprocedures is wanneer een instelling sterk afwijkende resultaten heeft.

In het geval van een gevalideerd meetinstrument dat op een gestandaardiseerde wijze wordt afgenomen, zullen de gegevens in het algemeen bruikbaar en betrouwbaar zijn. De gegevens voor indicatoren waarbij naar de ernst van de symptomatologie, de kwaliteit van leven en het oordeel van de cliënt wordt gevraagd, worden echter met verschillende instrumenten gemeten. Ondanks herhaalde pogingen om te komen tot een vaste set instrumenten is het bij de Basisset nog steeds mogelijk de uitkomsten van een eigen instrument aan te leveren. Hierdoor is een vergelijking tussen instellingen moeilijk zo niet onmogelijk.

Een te hoog aggregatieniveau

Uit de evaluatiestudies van Tranzo⁵ en MediQuest^{7,8} bleek dat het aggregatieniveau van de aangeleverde data een bron van discussie was. De gegevens voor de Basisset worden op dit moment op instellingsniveau (mesoniveau) aangeleverd. Dit betekent dat de prestaties van soms heel verschillende instellingen met elkaar worden vergeleken. Daarnaast zegt één algemene indicatorscore niets over de prestaties van de verschillende onderdelen van een instelling, bijvoorbeeld een langverblijfafdeling of een polikliniek. De prestatie-indicatoren zijn daarmee minder geschikt voor interne sturing (microniveau).

Een voorbeeld hiervan is de informatie die zorgverzekeraar Uvit (Univé-VGZ-IZA-Trias) op haar websites heeft geplaatst. Hiervoor heeft MediQuest een 'vergelijk en kies-module' ontwikkeld, met als doel de verzekerden zoveel mogelijk de gelegenheid te bieden om de beste zorg te kiezen. Verzekerden krijgen op basis van hun postcode en klachten een lijst van instellingen in hun regio, met een kwaliteitsoordeel. Uit de eerste reacties op een bericht hierover op de website van het tijdschrift Psy (www.psy.nl) bleek echter dat er grote twijfel bestaat over het nut van deze informatie. Zo wezen meerdere personen op het feit dat alle afdelingen van grote geïntegreerde GGZ-instellingen dezelfde beoordeling krijgen en dat waarschijnlijk het geaggregeerde oordeel uit de Basisset voor alle afdelingen is gebruikt, voorbijgaand aan het type afdeling en/of type cliënten. Men kan zich afvragen welke informatieve waarde vergelijkingsgegevens op instellingsniveau hebben.

Mogelijke confounders

Door de vergelijking op instellingsniveau, kan men te maken hebben met zeer verschillende populaties cliënten en vormen van zorgverlening. Kenmerken van bepaalde cliëntgroepen kunnen een verstoringende invloed hebben op de uitkomsten. Er kan hierbij een onderscheid worden gemaakt tussen de meer cliëntgebonden confounders (cliënt-

kenmerken, diagnose, ernst problematiek en dergelijke) en de zorgaanbieder gebonden confounders (zorgaanbod, doelgroep, grootstedelijk of perifeer gesitueerd, specialisaties en dergelijke). Hoe hoger het aggregatieniveau, hoe groter het aantal mogelijke confounders waarvoor moet worden gecorrigeerd. Op dit moment gebeurt dat (nog) niet bij de prestatie-indicatoren. Dus ook op dit gebied wordt de onderlinge vergelijkbaarheid van prestatie-uitkomsten bemoeilijkt.

1.5.3 Hoe kan de vergelijkbaarheid van indicatorgegevens worden verbeterd?

De drie elementen die de vergelijkbaarheid van prestaties tussen instellingen bemoeilijken (standaardisatie van meetprocessen, de invloed van versturende variabelen, en aggregatieniveau) werden in opdracht van de Stuurgroep Zichtbare Zorg door Plexus onderzocht.¹⁷ Hierbij kwamen de volgende vragen aan de orde:

1. *Wat is de gewenste standaardisatievorm voor het verkrijgen van een goede vergelijking van de indicatoruitkomsten?* Hierbij kan gedacht worden aan de standaardisatie van de meetprocessen, de definiëring van de begrippen, de instrumenten, de steekproeven en de rapportage.
2. *Wat is het gewenste aggregatieniveau voor het vergelijken van de data van zorgaanbieders, waarbij een zo minimale mogelijke belasting van de werklust in oogschouw genomen wordt?* Hier gaat het om zaken als de minimaal noodzakelijke steekproefgrootte, het aantal verschillende doelgroepen dat binnen één instelling wordt bediend, specifieke doelgroepen en verschillen in het zorgaanbod.
3. *Wat zijn de vijf belangrijkste confounders die de waarde van de indicator beïnvloeden en die, zonder correctie, de vergelijkbaarheid van deze indicatorwaarde tussen de instellingen vertekenen?*

Gewenste standaardisatievorm

Voor het bepalen van de meest gewenste standaardisatievorm werd in dit onderzoek gekozen voor standaardisatietechnieken voor het corrigeren op uitkomsten ter vergroting van de vergelijkbaarheid tussen zorgaanbieders. Voor de vraag naar standaardisatie werd een focusgroep-bijeenkomst georganiseerd met vijf methodologen en statistici die kennis hebben van en ervaring hebben met standaardisatietechnieken en prestatie-indicatoren in de gezondheidszorg. Zij kozen voor de methode van 'indirecte standaardisatie', waarin met behulp van regressiemodellen voor confounders wordt gecorrigeerd. Indien cliënten met bepaalde karakteristieken weinig voorkomen bij zorgaanbieders levert deze methode de beste uitkomst op. Deze methode wordt overigens ook gebruikt in de VV&T (verpleging, verzorging en thuiszorg)-sector.

Gewenste aggregatieniveau

De vraag naar het gewenste aggregatieniveau werd door de hiervoor genoemde methodologen en statistici beantwoord en vervolgens besproken met vertegenwoordigers van de betrokken partijen. Uitgaande van de gebruiksdoelen van cliënten (informatie over specifieke behandelingen), instellingen (interne sturing), inspectie (alle niveaus), verzekeraars (instelling, zorgproducten) en overheid (instelling) werd geconcludeerd dat indica-

toren op cliëntniveau zouden moeten worden aangeleverd. Deze dataverzameling zou (in de toekomst) kunnen worden gekoppeld aan de Routine Outcome Monitoring (ROM) systemen, met in achtname van de privacy van de cliënt (trusted third party), onder de regie van Zichtbare Zorg. Door de koppeling aan de ROM wordt de extra werklast tot een minimum beperkt. Tevens kan op elk gewenst moment een terugkoppeling naar de instelling en individuele hulpverleners plaatsvinden op een relevant aggregatieniveau.

Confounders

De vraag over de confounders kon slechts gedeeltelijk worden beantwoord. Het was de bedoeling om op basis van de literatuur en het bevragen van experts een top-5 van confounders per indicator vast te stellen, onder andere door de confounders door de experts op belangrijkheid te laten schatten met behulp van de zogeheten Q-sort methodologie. Uit de literatuur kon een lijst met mogelijke confounders worden samengesteld, maar de inventarisatie onder experts leverde weinig aanvullende informatie op vanwege een lage respons (23,3% in de eerste ronde en 16,6% in de tweede ronde), waardoor er geen top-5 van confounders per indicator kon worden verkregen. Ook op basis van de literatuur kon geen rangschikking worden gemaakt door de grote verschillen in populaties en analysemethoden. Er kon wel een lijst worden samengesteld met confounders die (in principe) voor alle indicatoren van toepassingen zouden kunnen zijn:

- Aard van de stoornis/diagnose
- Ernst van de aandoening op as I
- Vastgestelde diagnose op as II
- Leeftijd
- Geslacht
- Opleidingsniveau/intelligentie
- Sociaal economische status
- Etniciteit
- Woonomgeving (stedelijk/landelijk)
- Burgerlijke staat/relatie
- Arbeidsstatus
- Ziekte duur
- Behandel duur
- Initiële of recidive ziekte episode
- Het hebben van een comorbide stoornis (psychisch of somatisch)
- Setting (klinisch/ambulant/anders)

De beperkte inventarisatie onder experts gaf aan dat de aard van de stoornis, de ernst op as I en een comorbide stoornis als meest van invloed worden beschouwd, maar dat de generaliseerbaarheid van deze uitkomst zeer beperkt is.

Een bijkomende vraag in hoeverre instellingen in staat zijn gegevens over confounders aan te leveren kon ook niet worden beantwoord, omdat slechts drie van de 47 aangeschreven instellingen (6,4%) hierover gegevens aanleverden. Ten slotte werd op basis van

de datasets prestatie-indicatoren uit 2007 en 2008 berekend of er een verband bestaat tussen drie in de datasets beschikbare confounders (diagnosegroep, setting en opnameduur) en de 27 (sub)indicatoren. Dit leverde enkele verbanden op, maar onvoldoende om conclusies te mogen trekken, mede vanwege de veronderstelde onbetrouwbaarheid van de datasets. De vraag welke de belangrijkste confounders zijn, kan dus (nog) niet worden beantwoord. Een aanbeveling van de experts was om aparte pilots op cliëtniveau op te zetten en op basis van de resultaten onderzoek te doen naar mogelijke confounders.

1.5.4 Samenvatting

Op dit moment bestaat nog grote twijfel over de betrouwbaarheid, validiteit en vergelijkbaarheid van de prestatie-indicatoren. Dit heeft diverse oorzaken die hier nog eens op een rij worden gezet:

- Nog lang niet alle instellingen leveren hun gegevens aan.
- In veel gevallen zijn de gegevens niet geschoond zoals voorgesteld door ZN.
- Er is slechts gedeeltelijk sprake van een gestandaardiseerde dataverzameling en aanlevering van gegevens.
- Het is niet mogelijk te controleren of standaardprocedures worden gevolgd.
- Door het gebruik van verschillende instrumenten voor één indicator, zijn de verzamelde gegevens voor die indicator niet of onvoldoende vergelijkbaar.
- Het aggregatieniveau van de aangeleverde gegevens (instellingsniveau) heeft tot gevolg dat heel verschillende instellingen met elkaar vergeleken worden.
- Het aggregatieniveau van de aangeleverde gegevens laat geen vergelijking op afdelingsniveau of lager toe en geeft te weinig houvast voor (toekomstige) cliënten om op afdelings- of zorgprogrammaniveau keuzen te kunnen maken, en voor instellingen om intern op kwaliteit te sturen.
- Er wordt geen rekening gehouden met mogelijke confounders die de uitkomsten kunnen beïnvloeden; deze zijn ook nog niet bekend.

Ondanks het feit dat de prestatie-indicatoren sinds verslagjaar 2007 verplicht zijn ingevoerd, is het de vraag in hoeverre deze indicatoren een goed beeld geven van de kwaliteit van de zorg in de GGZ-instellingen. Om het draagvlak voor een Basisset prestatie-indicatoren te behouden, zal aan deze tekortkomingen blijvende aandacht moeten worden besteed. Een belangrijk onderdeel hierbij is een standaardisatie van meetinstrumenten. In de volgende paragraaf wordt hierop nader ingegaan.

1.6 Naar een standaardisatie van meetinstrumenten voor de Basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ

1.6.1 Vooraf

Voor een zuivere vergelijking van prestatie-indicatoren is het van belang dat de gegevens voor deze indicatoren overal op dezelfde wijze worden verzameld. Dat geldt zowel voor gegevens die uit de bestaande registraties van de zorgaanbieders worden gehaald, als voor meetinstrumenten die worden afgenomen. In de drie Basissets die tot op heden zijn

verschenen is echter van standaardinstrumenten voor de indicatoren 'ernst symptomatologie', 'dagelijks functioneren' en 'kwaliteit van leven' nog geen sprake. In de laatste versie 2009-2010 wordt een aantal instrumenten wel sterk aanbevolen. De keuze voor deze aanbevolen instrumenten is gemaakt door een expertgroep hoogleraren, onder meer op basis van eerder onderzoek.¹⁸ In subparagraaf 1.6.2 wordt eerst beschreven welke instrumenten door deze expertgroep worden aanbevolen. In de subparagrafen 1.6.3 en verder wordt gedetailleerd ingegaan op de argumenten die tot deze keuze hebben geleid.

1.6.2 Een keuze voor aanbevolen standaardinstrumenten

Zoals is weergegeven in Tabel 1 zijn er bij de tweede revisie van de Basisset (versie 2009-2010) 21 indicatoren overgebleven die over 2009 en/of 2010 moeten worden aangeleverd. De benodigde gegevens komen uit de registratie van de instellingen en uit metingen bij cliënten. Dit laatste geldt voor 13 (sub)indicatoren (zie Tabel 5). Er is hierbij sprake van vier typen metingen:

1. *Klinisch resultaat*: Verandering in ernst van de problematiek, zowel vanuit de optiek van de cliënt (ervaren verbetering of verslechtering), als een 'objectief' gemeten verbetering of verslechtering van symptomatologie met een gevalideerd instrument.
2. *Functioneren*: Verbetering of verslechtering van het dagelijks functioneren van de cliënt, beoordeeld door de hulpverlener aan de hand van een gevalideerd instrument.
3. *Kwaliteit van leven*: Verbetering of verslechtering van de kwaliteit van leven vanuit het perspectief van de cliënt, aan de hand van een gevalideerd instrument.
4. *Cliëntgerichtheid*: de ervaren kwaliteit van de hulpverlening vanuit het perspectief van de cliënt, aan de hand van een gevalideerd instrument.

Voor elk van de vier typen metingen is het zaak om een geschikt en gevalideerd standaardmeetinstrument te kiezen. Ondanks diverse pogingen om te kiezen voor zo'n standaardinstrument is dat tot op heden niet gelukt, met uitzondering van cliëntgerichtheid. Hier bestaat wel consensus over de te gebruiken instrumenten. In eerste instantie was dit de GGZ Thermometer. Dit instrument wordt in de toekomst gefaseerd vervangen door de CQ Index. Op het moment van schrijven van deze rapportage is alleen de CQ Index voor de kortdurende ambulante GGZ en VZ gereed. Deze CQ Index is over het verslagjaar 2010 verplicht ingevoerd. Voor de klinische GGZ en langdurende GGZ komen binnenkort vragenlijsten beschikbaar. Voor de ouderen- en jeugdpsychiatrie en specialistische zorg zijn nog geen CQ Index vragenlijsten in ontwikkeling. Bij deze categorieën cliënten blijft de GGZ Thermometer vooralsnog het aangewezen instrument. De ontwikkeling van de CQ Index vragenlijsten wordt in de volgende sectie beschreven.

Het Trimbos-instituut kreeg in 2007 de opdracht van GGZ Nederland om voor de Werkgroep Transparantie (tegenwoordig Zichtbare Zorg) een inventarisatie te maken van de in de praktijk meest gebruikte instrumenten en deze op basis van de literatuur te beschrijven op validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid. De gedachte hierachter

was dat, wanneer er sprake is van een 'grootste gemene veelvoud', een set populaire en veelgebruikte instrumenten, de keuze voor het (de) meest geschikte instrument(en) eenvoudiger kon worden gemaakt. De inventarisatie werd uitgevoerd bij 67 GGZ- en verslavingszorginstellingen. Deze inventarisatie leidde tot een beperkte set veel gebruikte instrumenten.¹⁸

In een hernieuwde poging om te komen tot een eenduidiger meetinstrumentarium voor het klinisch resultaat, het dagelijks functioneren en kwaliteit van leven, werd in 2009 een expertgroep van hoogleraren in het leven geroepen. Op basis van de literatuur, waaronder de bovenstaande inventarisatie, brachten zij een advies uit over aanbevolen meetinstrumenten. In Tabel 5 zijn deze instrumenten weergegeven. Het advies van de expertgroep werd overgenomen door de Stuurgroep Zichtbare Zorg voor de Basisset 2009-2010. Hoewel de genoemde instrumenten in de Basisset nadrukkelijk worden aanbevolen, is het gebruik van deze instrumenten over 2009 en 2010 nog facultatief. Wanneer een instelling andere instrumenten gebruikt, is men wel verplicht de uitkomsten hiervan aan te leveren.

Tabel 5 Meetinstrumenten voor de Basisset prestatie-indicatoren

	<i>Indicatoren</i>	<i>Informatiebron</i>	<i>Instrumenten 2009-2010</i>
	Effectiviteit		
1.2a 1.2b	Verandering in ernst van de problematiek	Cliënt Cliënt	CQ Index of Thermometer BSI, BPRS en MATE aanbevolen
1.3	Verandering in het dagelijks functioneren	Hulpverlener	HoNOS aanbevolen
1.4	Verandering in de ervaren kwaliteit van leven	Cliënt	MANSA aanbevolen
	Veiligheid		
2.2	Informatie over bijwerkingen	Cliënt	CQ Index
2.6.a	Incidenten	Cliënt	CQ Index
	Cliëntgerichtheid		
3.3	Informed consent	Cliënt	CQ Index of Thermometer
3.4	Keuzevrijheid	Cliënt	CQ Index of Thermometer
3.5	Vervulling zorgwensen	Cliënt	CQ Index of Thermometer
3.6	Evaluatie begeleidings- en behandelplannen	Cliënt	CQ Index
3.7	Samenwerking tussen de ketenpartners	Cliënt	CQ Index
3.8	Aantal dagdelen deelname aan dagactiviteiten	Cliënt	In toekomst CQ Index
3.9	Oordeel over de woonsituatie	Cliënt	In toekomst CQ Index
3.10	Adequate bejegening door hulpverlener	Cliënt	CQ Index of Thermometer
3.11	Adequate informatieverstrekking	Cliënt	CQ Index of Thermometer

In de volgende subparagrafen worden de argumenten beschreven waarop de adviezen van de expertgroep zijn gebaseerd.

1.6.3 Instrumenten voor klinisch resultaat

Wat betreft een instrument voor het meten van klinisch resultaat, spitste de discussie zich toe op twee aspecten, de keuze voor een generiek of een ziektespecifiek instrument en het feit dat instellingen sommige instrumenten al gebruiken.

Generieke instrumenten zijn algemeen en breed toepasbaar bij alle stoornissen, waardoor klinische uitkomsten onderling vergelijkbaar zijn. Zij geven echter minder gedetailleerde informatie over het psychiatrisch toestandsbeeld en zijn daardoor voor hulpverleners minder zinvol.¹² Ziektespecifieke instrumenten geven wel gedetailleerde informatie over het psychiatrisch toestandsbeeld. Een nadeel van deze instrumenten is dat zij vaak ontwikkeld zijn voor specifieke diagnoses (of zelfs subdiagnoses) wat de bruikbaarheid tot die (sub)diagnoses beperkt. Een vergelijking op een hoger geaggregeerd niveau is niet mogelijk. Tenslotte is er in de praktijk vaak sprake van meervoudige diagnoses waardoor het noodzakelijk zou zijn om meerdere instrumenten naast elkaar te gebruiken.

Instellingen hebben vaak al gekozen voor een bepaald instrument, bijvoorbeeld voor opname in een digitaal ROM-systeem (Routine Outcome Monitoring). Men is aan dit instrument gewend en niet geneigd om op een ander instrument over te stappen. Pogingen om tot de keuze voor één enkel (en het beste) instrument te komen, ter maximalisering van de onderlinge vergelijkbaarheid en daarmee het meest ideaal voor een Basisset prestatie-indicatoren, lukten tot op heden niet. Deze pogingen werden gezien als bemoeienissen van bovenaf en werden niet gedragen door de beroepsgroepen.

Uit de inventarisatie van veelgebruikte instrumenten¹⁸ bleek dat van de generieke instrumenten de SCL-90 het vaakst wordt gebruikt. De SCL-90 is vaak ook onderdeel van een monitorsysteem. Behalve de SCL-90 wordt ook de BSI (Brief Symptom Inventory) genoemd. Dit is een verkorte versie van de SCL-90 (53 in plaats van 90 items), met dezelfde schalen als het origineel. Deze 'familie' van SCL-instrumenten wordt in 58% van de gevallen gebruikt. De Outcome Questionnaire (OQ-45) wordt ook vaak gebruikt. De OQ-45, een in Nederland relatief nieuw instrument, werd ontwikkeld in de Verenigde Staten.¹⁹⁻²¹ Dit instrument meet naast de aanwezigheid van klachten ook het interpersoonlijk en maatschappelijk functioneren. Als derde generiek instrument wordt de CGI (Clinical Global Impression) genoemd. De CGI is een heel globale maat bestaande uit twee scores, een inschatting door een behandelaar van de ernst van de symptomatologie en een inschatting van de mate van verbetering of verslechtering vergeleken met de afgelopen maand.

Van de diagnosespecifieke instrumenten worden de PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) en de BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) het vaakst gebruikt voor het meten van de ernst van psychotische stoornissen. De PANSS is voor een deel op de BPRS gebaseerd, zodat ook hier van een 'familie' van instrumenten kan worden gesproken. In het geval van stemmingsstoornissen worden de MADRS (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale), de HDRS (Hamilton Depression Rating Scale), en de BDI (Beck Depression Inventory) het meest gebruikt. Bij de andere ziektebeelden, zoals (sociale)

angst, posttraumatische stress-stoornis, verslaving en persoonlijkheidsstoornissen, is er geen sprake van instrumenten die beduidend vaker worden gebruikt.

De in de inventarisatie van veelgebruikte instrumenten opgenomen literatuurstudie naar de validiteit, betrouwbaarheid en bruikbaarheid leverde geen grote verschillen op tussen de veel gebruikte instrumenten.¹⁸ De drie generieke instrumenten scoren alle goed op validiteit en betrouwbaarheid. Vanwege het kleinere aantal vragen bij gelijkblijvende kwaliteit is de BSI in het voordeel boven de SCL-90, en in omvang vergelijkbaar met de OQ-45. De CGI is klein (twee vragen) heeft een voldoende grote validiteit, maar geeft weinig informatie (alleen een inschatting van de ernst van de aandoening en een inschatting van de mate waarin er sprake is van een verbetering vergeleken met de vorige meting). Verder kan het instrument alleen worden ingevuld door een behandelaar die de cliënt goed kent.

Ook de beide veel gebruikte ziektespecifieke instrumenten voor psychose (PANSS en BPRS) verschillen niet veel van elkaar.¹⁸ De PANNS wordt beter beoordeeld, en ook is de voorspellende waarde groter dan die van de BPRS. Het nadeel is echter dat de PANSS veel meer tijd vraagt bij de afname.

De instrumenten voor het meten van depressie ontlopen elkaar ook niet veel wat betreft hun validiteit en betrouwbaarheid. Van de beide interviewinstrumenten (HDRS en MADRS) wordt de HDRS iets beter beoordeeld. Dit instrument heeft een grotere sensitiviteit en specificiteit.¹⁸ Ook de BDI wordt goed beoordeeld en heeft het voordeel dat het een zelfbeoordelingsinstrument is, wat de bruikbaarheid vergroot.

In de expertgroep van hoogleraren, samengesteld door Zichtbare Zorg, is mede op basis van dit overzicht een selectie gemaakt van aanbevolen standaardinstrumenten. Hierbij werd vanwege de vergelijkbaarheid gekozen voor generieke instrumenten. Op grond van de bruikbaarheid en de directe link met de (ook internationaal) veelgebruikte SCL-90 werd de BSI aanbevolen. De BSI is geschikt voor stemmingsstoornissen, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en overige stoornissen (met uitzondering van psychose). Voor de psychotische stoornissen en bipolaire stoornissen werd de BPRS als standaardinstrument aanbevolen. Voor verslaving werd de MATE (Meten van Addicties voor Triage en Evaluatie) als het standaardinstrument aanbevolen.

1.6.4 Instrumenten voor het dagelijks functioneren

Tot voor kort werd de DSM-IV as 5 score (GAF Global Assessment of Functioning) als maat voor het dagelijks functioneren gebruikt, bijvoorbeeld in de DBC-classificatie. Het voordeel van de GAF-score is dat het een simpele maat is, en daarmee uiterst geschikt voor de Basisset prestatie-indicatoren. Het nadeel is echter dat de score het gecombineerde oordeel over de mate van symptomatologie en de mate van functioneren van de cliënt weergeeft. De hoogte van de GAF-score zegt dus wel globaal iets over hoe goed of slecht het met de cliënt gaat, maar niets over de samenstellende

delen. Verder zou de intrabeoordelaar-betrouwbaarheid wel goed zijn, maar zouden de scores tussen beoordelaars nogal verschillen.¹² Binnen de beroepsgroepen is er dan ook sprake van toenemende kritiek op de bruikbaarheid van de GAF-score en wordt meer en meer gebruik gemaakt van een relatief nieuw instrument, de HoNOS (Health of the Nations Outcome Scales). Dit instrument is in Engeland ontwikkeld met als doel op een eenvoudige, betrouwbare, valide en veranderingsgevoelige wijze de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal functioneren van psychiatrische patiënten te meten.^{22,23} Hoewel de resultaten van het (internationale valideringsonderzoek) op de HoNOS nog niet eenduidig zijn, wordt dit instrument door de expertgroep aanbevolen als standaardinstrument, maar dan wel alleen te meten bij cliënten die langer dan één jaar in zorg zijn.

1.6.5 Instrumenten voor kwaliteit van leven

In de inventarisatie van meetinstrumenten¹⁸ werd ook gevraagd naar de meest gebruikte instrumenten voor het meten van kwaliteit van leven. Hierbij bleek dat de MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life) en de EQ-5D (EuroQol - 5 item versie) in de praktijk het meest worden gebruikt, gevolgd door de WHOQoL-Bref (World Health Organisation Quality Of Life assessment verkorte versie), en de SF-36 (Short Form-36). Van deze instrumenten wordt de MANSA het meest gebruikt. Dit instrument is speciaal ontwikkeld voor gebruik in de GGZ, maar is echter nooit gevalideerd, ook niet internationaal.¹⁸

De EQ-5D, WHOQoL-Bref en de SF-36 hebben goede psychometrische kwaliteiten, maar bevatten een mix van vragen naar de kwaliteit van het lichamelijk en geestelijk functioneren. De EuroQol-5D bestaat bijvoorbeeld uit vijf vragen, waarvan één voor geestelijke gezondheid ('angstig of somber voelen'). Hierdoor is dit instrument niet geschikt voor de evaluatie van een behandeling in de GGZ.²⁴ De WHOQoL-Bref bevat 26 vragen naar zowel het lichamelijke als het geestelijke functioneren. De SF-36 bevat 36 vragen, waarbij de nadruk ligt op lichamelijk functioneren.

Ondanks het feit dat de validiteit en betrouwbaarheid van de MANSA niet zijn onderzocht, gaf de expertgroep toch de voorkeur aan dit instrument als standaardinstrument voor de Basisset prestatie-indicatoren 2009-2010. Deze aanbeveling is gebaseerd op het huidige gebruik, de beknoptheid en de expliciete focus op de GGZ. Het gebruik is voorts nog geïndiceerd voor cliënten met schizofrenie en andere psychotische stoornissen, en bipolaire stoornissen, die langer dan één jaar in zorg zijn.¹⁰

1.6.6 Instrumenten voor cliëntervaringen

Wat betreft het meten van cliëntwaardering of cliëntervaringen is er al langere tijd sprake van een grote mate van standaardisatie. De door het Trimbos-instituut ontwikkelde GGZ cliëntthermometer is in de loop der jaren het standaardinstrument geworden. Toen in de jaren tachtig van de vorige eeuw in de Nederlandse GGZ steeds meer belangstelling ontstond voor het doen van tevredenheidsonderzoek bij cliënten, waren

er geen goede, gevalideerde vragenlijsten voor de GGZ beschikbaar. Daardoor werd men min of meer gedwongen ad hoc eigen ontwerpen te maken. Behalve dat hieraan methodologische haken en ogen zaten (en zitten), was het voornaamste bezwaar dat onderlinge vergelijkingen tussen instellingen niet mogelijk waren.^{25;26}

Deze wildgroei van instrumenten was onwenselijk en de behoefte groeide aan een kort, uniform en valide instrument dat volgens een standaardprocedure kon worden afgenomen in de gehele GGZ, een zogeheten ‘GGZ Thermometer’. In 2000 kreeg het Trimbos-instituut van de koepelorganisatie GGZ Nederland de opdracht hiervoor een instrument te ontwikkelen. De relevante thema’s werden mede in samenwerking met cliëntvertegenwoordigers bepaald: informatievoorziening, inspraak, deskundigheid van en bejegening door de hulpverlener, en het resultaat van de zorg. Deze thema’s werden bestreken door 16 vragen. Tussen 2000 en 2005 werden diverse pilot- en evaluatiestudies uitgevoerd, waarbij de betrouwbaarheid en validiteit getoetst werden.²⁶ Dit resulteerde uiteindelijk in 2005 in vijf versies van de GGZ Thermometer, voor volwassenen, jeugd en betrokkenen van ouderen (Tabel 6). De versie voor de betrokkenen van ouderen bestaat uit twee delen. Deel A gaat over de behandeling van de oudere, deel B gaat over de eigen ervaringen met de hulpverlening.

Tabel 6 Thermometerversies

Thermometer	Oordeel over eigen behandeling	Oordeel over eigen begeleiding	Afgeleid oordeel
Volwassenenzorg (ouderenzorg)	GGZ-Thermometer voor volwassenen (versie 2003)		
Jeugd GGZ	GGZ-Jeugdthermometer versie voor jongeren van 12 jaar en ouder (versie 2003)	GGZ-Jeugdthermometer versie voor ouders: ouderbegeleiding (versie 2005)	GGZ-Jeugdthermometer versie voor ouders: behandeling van het kind (versie 2005)
Ouderenzorg		GGZ-Thermometer waardering betrokkenen: deel B (versie 2005)	GGZ-Thermometer waardering betrokkenen: deel A (versie 2005)

De GGZ Thermometer was oorspronkelijk bedoeld voor intern gebruik ten behoeve van het verbeteren van de kwaliteit van zorg. De Thermometers hebben mede hierdoor in de loop van de tijd in het veld een zeer brede toepassing gekregen. In de loop der jaren is de Thermometer hiermee het standaardinstrument geworden, en vrijwel landelijk ingevoerd in de GGZ. De Thermometer is ook geschikt voor externe benchmarking.

Ondanks de brede verspreiding van de Thermometer is er de afgelopen jaren ook kritiek geweest op het instrument en de bruikbaarheid ervan. Zoals de naam aangeeft is de Thermometer geen vragenlijst die een allesomvattende meting van de waardering van cliënten oplevert. Een meting geeft een indicatie of de GGZ in de ogen van cliënten goed is of niet, zonder de precieze oorzaak of oplossing aan te geven. Dit wordt soms door het veld als een gebrek van het instrument aangemerkt.

Een ander bezwaar tegen de Thermometer was het feit dat er naar het subjectieve oordeel van de cliënt wordt gevraagd. Het oordeel van de cliënt werd – zo was de opvatting – eerder door persoonlijke kenmerken en toevallige omstandigheden bepaald dan door de kwaliteit van de hulpverlening zelf. Wilde men op een meer valide en betrouwbaarder wijze de kwaliteit van de zorgverlening bepalen, moest er naar een ander soort meting worden gezocht. Besloten werd om vragenlijsten te ontwikkelen volgens de methodiek van de Consumer Quality Index (CQ Index), waarbij niet naar tevredenheid maar naar de ervaringen met de ontvangen zorg wordt gevraagd. In de volgende sectie wordt de ontwikkeling van de CQ Index vragenlijsten beschreven.

1.6.7 Samenvatting

Een zinvolle en eerlijke vergelijking tussen zorgaanbieders op basis van hun prestatie-indicatoren is alleen mogelijk als er in hoge mate sprake is van standaardisering van de data-verzameling en van de daarbij gebruikte meetinstrumenten. Ondanks herhaalde pogingen is er tot op heden nog geen sprake van standaardinstrumenten voor de klinische uitkomst, het dagelijks functioneren en kwaliteit van leven. In de Basisset prestatie-indicatoren 2009-2010 wordt een aantal instrumenten wel sterk aanbevolen. De keuze voor deze instrumenten werd gemaakt door een expertgroep hoogleraren, op basis van de literatuur. Voor cliëntgerichtheid was er al wel een standaardinstrument, de GGZ Thermometer, die in de nabije toekomst wordt vervangen door een nieuw instrument, de CQ Index.

1.7 De ontwikkeling van de CQ Index vragenlijsten

De achtergrond van de CQ Index vragenlijsten

De CQ Index is gebaseerd op de Amerikaanse CAHPS vragenlijsten (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems). Deze vragenlijsten werden voor de gehele gezondheidszorg ontwikkeld ten behoeve van zorgverzekeraars die daarmee hun verzekerden konden bevragen. Met deze vragenlijsten wordt niet naar cliëntoordelen of tevredenheid gevraagd, maar naar de ervaringen die cliënten hebben met de hulpverlening. Bijvoorbeeld, in plaats van te vragen of men tevreden is over de bejegening door een hulpverlener, wordt gevraagd *hoe vaak* de hulpverlener serieus naar de cliënt luistert, en/of *hoe vaak* de hulpverlener de cliënt met respect behandelt.

Ter vergroting van de betrouwbaarheid en validiteit van de vragenlijsten werden aan de ontwikkeling van de vragenlijsten, de dataverzameling en –analyse en de wijze van rapporteren strenge eisen gesteld:

1. Elke vragenlijst is op dezelfde wijze opgebouwd;
2. gebruikt voorgeschreven antwoordcategorieën;
3. gebruikt deels voorgeschreven vragensets, bijvoorbeeld over de bejegening door de hulpverlener;

4. en hebben een voorgeschreven lay-out;
5. De onderwerpen in de vragenlijst worden in nauwe samenhang met cliëntverteenwoordigers vastgesteld;
6. Er bestaan strikte protocollen voor het trekken van een steekproef en voor de dataverzameling;
7. De dataverzameling mag niet worden uitgevoerd door de zorginstelling zelf, maar moet door een onafhankelijke derde partij gebeuren. Dit om bias en eventueel zelfs fraude te voorkomen;
8. De rapportage van de resultaten geschiedt volgens een vast format.

De CAHPS vragenlijsten werden in 2004 in Nederland geïntroduceerd en gecombineerd met de door het NIVEL ontwikkelde QUOTE (Quality Of care Through the patient's Eyes) vragenlijsten, waarin naar het belang van bepaalde aspecten van de zorg wordt gevraagd. De combinatie van te verwachten betrouwbaarder resultaten en de gestandaardiseerde procedures was voor het ministerie van VWS reden deze gecombineerde CAHPS/QUOTE methodiek onder de nieuwe naam Consumer Quality Index (CQ Index) in alle zorgsectoren in te voeren. Dit onder verantwoordelijkheid van het in april 2007 geïnstalleerde Centrum Klantervaring Zorg (CKZ), een onafhankelijk instituut dat bewaakt en toetst of CQ Indices volgens de vaste methodiek worden ontwikkeld en toegepast. Daartoe werkt het CKZ onder andere met een systeem van accreditaties. Onderzoeksbureaus die de dataverzameling met een CQ Index willen uitvoeren, moeten voldoen aan de eisen op het gebied van steekproeftrekking, uitvoering van de dataverzameling, analyse en rapportage.

1.7.1 De CQ Index voor kortdurende ambulante GGZ en VZ

Het Trimbos-instituut kreeg in 2006 van het Ministerie van VWS de opdracht om een CQ Index voor de GGZ en VZ te ontwikkelen. Door de grote verschillen in cliëntpopulaties (kortdurend, langdurend, klinisch, ambulant, verblijfspsychiatrie, geriatrie, jeugd en forensisch) lag een CQ Index voor de gehele GGZ en VZ niet voor de hand. Er werd besloten om eerst een CQ Index voor de kortdurende ambulante GGZ en VZ te ontwikkelen. Omdat de methodiek van de CQI leidt tot omvangrijke vragenlijsten, was het de vraag of cliënten met een ernstig of chronisch ziektebeeld in staat zouden zijn een CQ Index zelfstandig in te vullen. Bij ambulante cliënten was de kans het grootst dat zij dat wel zouden kunnen, naast het feit dat deze groep circa 70% van de totale cliëntenpopulatie uitmaakt.

De CQ Index kortdurende ambulante GGZ en VZ werd in twee fasen volgens de voorschriften van het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ) ontwikkeld. De eerste fase betrof een onderzoek onder 1540 ambulante cliënten van vijf GGZ-instellingen voor het testen van de kwaliteiten van de vragenlijst. De tweede fase betrof een onderzoek naar het onderscheidend vermogen dat werd uitgevoerd onder 6000 ambulante cliënten afkomstig van 20 GGZ- en VZ-instellingen.^{27,28} Uit beide onderzoeken bleek dat, ondanks een

bescheiden respons van 30-40%, de CQ Index goed werd ingevuld en dat er sprake was van elf betekenisvolle schalen met een voldoende betrouwbaarheid (Tabel 7). De CQ Index werd zo beknopt mogelijk gehouden. De uiteindelijke versie bevat 63 vragen.

Tabel 7 Schalen van de CQ Index voor kortdurende ambulante GGZ en VZ

<i>Schaal</i>	<i>N items</i>	<i>Cronbach's α</i>
1 Ervaren functioneren	3	0.93
2 Bejegening door hulpverlener	8	0.89
3 Informatie over cliëntenrechten	4	0.80
4 Informatie over de behandeling	6	0.73
5 Communicatie tussen behandelaars	3	0.64
6 Informatie over medicatie	3	0.73
7 Vervulling van hulpwensen	4	0.83
8 Keuzemogelijkheden	4	0.62
9 Afronding van de behandeling	3	0.62
10 Bereikbaarheid	3	0.71
11 Behandelaars op één lijn	4	0.63

Er bleek sprake te zijn van een redelijke mate van onderscheidend vermogen. Hoewel de onderlinge verschillen tussen instellingen in absolute getallen gering waren, is het voor vrijwel alle schalen mogelijk significant hoger of lager scorende instellingen aan te wijzen.

1.7.2 De CQ Index vragenlijsten voor langdurende GGZ en voor de klinische GGZ en VZ

Haalbaarheidsonderzoek

In 2008 werd gestart met de ontwikkeling van een CQ Index voor de langdurende en (dag)klinische GGZ. Hierbij werd zo veel mogelijk voortgeborduurd op de kernvragen van de CQ Index voor de kortdurende ambulante GGZ en VZ. Op basis van focusbijeenkomsten met cliënten werden deze aangevuld met modules die relevant zijn voor de langdurende en (dag)klinische GGZ.

Omdat bij cliënten in de langdurende zorg en klinische GGZ meer cognitieve beperkingen werden verwacht, werd eerst een haalbaarheidsstudie uitgevoerd onder de vijf groepen cliënten die tot de doelgroep behoren:

1. Cliënten op een afdeling voor langdurig verblijf van een psychiatrische kliniek
2. Cliënten die verblijven op de psychiatrische afdeling van een verpleeghuis
3. Cliënten die Beschermd Wonen (BW) of Begeleid Zelfstandig Wonen (BZW)
4. Cliënten opgenomen in een verslavingskliniek
5. Cliënten opgenomen op een psychiatrische opnameafdeling.

Uit de haalbaarheidsstudie bleek dat de CQ Index niet bruikbaar is voor afname bij cliënten in langdurende klinische verblijfsvoorzieningen. Slechts een klein deel was in staat deel te nemen en het lukte bij de cliënten die wel meededen vrijwel nooit de vragenlijst te voltooien. Cliënten haakten af door concentratieverlies of begrepen de vragen niet. De resultaten bij opgenomen cliënten in een psychiatrische of verslavingszorgkliniek waren wel bemoedigend. Deze cliënten konden meestal de lijst zelfstandig en betrouwbaar invullen. Ook de cliënten van beschermd en begeleid zelfstandig wonen waren redelijk tot goed in staat de CQ Index vragen te beantwoorden, zeker als zij werden geïnterviewd. Besloten werd om de ontwikkeling van een CQ Index voor de langdurende zorg te beperken tot BW en BZW.²⁹

Uitvoeringsproblemen bij de pilotstudie met de CQ Index vragenlijsten voor klinische GGZ en VZ, BW en BZW

De pilotstudie werd uitgevoerd in 2009 bij 24 GGZ- en VZ-instellingen, verdeeld over 177 locaties. Sommige instellingen deden zowel met hun klinische afdelingen als met Beschermd Wonen (BW) en/of Begeleid Zelfstandig Wonen (BZW) mee. In verband met tijdwinst en met het beperkte aantal cliënten per instelling werd besloten beide fasen van het ontwikkeltraject (testen van de psychometrie en testen van het onderscheidend vermogen) in één onderzoek uit te voeren.³⁰

Hoewel bij een deel van de instellingen de dataverzameling goed verliep was er bij een aantal andere instellingen sprake van één of meer uitvoeringsproblemen:

- Een onvoldoende voorbereiding, ondanks een uitgeschreven protocol.
- Het ontbreken van informatie over de cliënten
- Er had een selectie van cliënten plaatsgevonden
- Cliënten werden niet bereikt
- Communicatieproblemen
- Weerstand bij de hulpverleners

Doordat de dataverzameling op een deel van de locaties slecht liep, werden de streefgetallen (50 CQ Index vragenlijsten per locatie) daar niet gehaald. Het totaal aantal ingevulde lijsten (910 klinisch en 900 BW/BZW) was wel voldoende voor de eerste fase van instrumentontwikkeling (test op de kwaliteit van de vragenlijst), maar onvoldoende voor de tweede fase (test op het onderscheidend vermogen).

Kwaliteit van de CQ Index vragenlijsten voor klinische GGZ en VZ, BW en BZW

Uit de pilot bleek dat CQ Index vragenlijsten goed bij de drie cliëntenpopulaties kunnen worden gebruikt. De vragenlijsten waren (vrijwel) volledig en bij het merendeel van de cliënten (80-90%) duurde de afname minder dan 20 minuten. Factoranalyses op de drie CQ Index vragenlijsten leverden wisselende resultaten op. Voor alle lijsten konden betekenisvolle schalen worden samengesteld, maar een aanzienlijk deel daarvan had een matige tot slechte betrouwbaarheid. Dat geldt vooral voor BW en BZW. Er lijkt

hier, meer dan bij de klinische GGZ en VZ, sprake te zijn van een minder consistent beantwoorden van vragen. De matige tot slechte betrouwbaarheid van een deel van de schalen heeft tot gevolg dat men voorzichtig moet zijn met de interpretatie van de uitkomsten.

Verdere ontwikkelingen

Doordat het onderscheidend vermogen niet kon worden getest, mogen deze CQ Index vragenlijsten formeel nog niet worden ingevoerd. Om geen vertraging op te lopen, wordt op het moment van schrijven van deze rapportage overwogen om dit voorwaardelijk wel te doen en dan in een later stadium de test op onderscheidend vermogen alsnog uit te voeren.

1.7.3 De betrouwbaarheid van de afname van CQ Index vragenlijsten

De gegevens voor een aanzienlijk deel van de indicatoren van de Basisset zijn of worden afkomstig van de CQ Index vragenlijsten. Dit legt een zware claim op de betrouwbaarheid van de uitkomsten op deze lijsten. Bij de pilotstudies is een aantal problemen aan het licht gekomen, die een mogelijke bedreiging vormen voor de betrouwbaarheid en waaraan aandacht zal moeten worden besteed. Het betreft:

- *Lage respons*: 30-40% gemiddeld voor de CQ Index voor kortdurende GGZ en VZ. Een lage respons bemoeilijkt de generaliseerbaarheid van de uitkomsten, bijvoorbeeld omdat alleen tevreden cliënten meedoen.
- *Ongelijke of selectieve steekproeven*. Er zijn fouten geconstateerd bij het trekken van een steekproef uit het cliëntenbestand. Bij de langdurende en klinische zorg was sprake van een selectie vooraf. Cliënten die volgens de hulpverleners niet in staat waren om deel te nemen, werden van de lijst geschrapt. Ongelijke of selectieve steekproeven leiden tot een vertekende uitkomst.
- *Anonimiteit versus bemoeienis van hulpverleners*. De CQ Index moet volledig anoniem worden afgenomen. Bij de langdurende en klinische zorg is dit niet mogelijk, omdat de assistentie van begeleiders nodig is voor het in contact komen met de cliënt. Opheffen van de anonimiteit kan leiden tot sociaal wenselijke antwoorden.
- *Betrouwbaarheid van de CQ Index schalen*. Zoals besproken is een deel van de schalen matig tot slecht betrouwbaar, vooral die voor BW en BZW.
- *Variatie in cliëntkenmerken*. Bij de pilotstudie met de CQ Index voor BW, BZW en klinische zorg bleek dat er soms grote verschillen waren in de samenstelling van (woon)afdelingen (leeftijdsofbouw, geslacht, opleidingsniveau, ervaren gezondheid, etniciteit, werk, cognitief functioneren, aard van de stoornis). Hoewel bij de CQ Index een case-mix correctie wordt toegepast op een aantal van deze kenmerken, is het de vraag in hoeverre deze verschillen de uitkomsten beïnvloeden.
- *Afdelingsgrootte*. Bij BW, BZW en klinische GGZ en VZ is vaak sprake van kleine instellingen of afdelingen, wat een onderlinge vergelijking in kwaliteit, een belangrijke aanleiding voor de afname van een CQI, bemoeilijkt.

1.7.4 Samenvatting

De ontwikkeling van CQ Index vragenlijsten ten behoeve van de Basisset prestatie-indicatoren heeft tot op dit moment vier versies opgeleverd. De versie voor de kortdurende ambulante GGZ en VZ heeft alle ontwikkelfases doorlopen en is inmiddels goedgekeurd door het Centrum Klantervaring Zorg. Het gebruik van deze CQ Index versie bij de desbetreffende categorie cliënten is facultatief voor de jaarverantwoording over 2009. Versies voor de klinische GGZ en VZ, voor BW en voor BZW zijn gereed, maar op het moment van schrijven van deze rapportage nog niet officieel goedgekeurd, omdat fase twee van de vragenlijstontwikkeling, het testen van het onderscheidend vermogen, niet kon worden uitgevoerd.

Voor de thema's veiligheid en – vooral - cliëntgerichtheid in de Basisset wordt zwaar geleund op de CQ Index vragenlijsten. Dit gegeven legt een claim op de betrouwbaarheid, validiteit, sensitiviteit en bruikbaarheid van deze instrumenten. Men moet er redelijkerwijs zeker van zijn dat de verkregen gegevens recht doen aan de werkelijk geleverde kwaliteit van zorg. Er zal veel aandacht moeten worden besteed aan de grootte van de respons, het voorkomen van een selectieve steekproef, de niet-anonieme dataverzameling door bemoeienis van de hulpverlener, de aanwezigheid van zwakke schalen, en een grote variatie in cliëntkenmerken en afdelingsgrootte. Verder zal aandacht moeten worden besteed aan de afname van de lijst bij met name cliënten van BW en BZW. Te vaak werden cliënten gemist door foutieve afspraken. Een (nog) grotere mate van protocollering zal nodig zijn.

1.8 Samenvatting en beschouwing

Het is inmiddels tien jaar geleden dat werd besloten om de focus van het kwaliteitsbeleid te verplaatsen van de zorgprocessen naar de prestaties van die zorg en te komen tot transparante kwaliteitsinformatie bedoeld voor de maatschappelijke verantwoording, voor toezicht door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), voor zorginkoop door de verzekeraars, voor interne kwaliteitssturing en – *last but not least* – voor keuze-informatie voor cliënten. Wat is er in die tien jaar gebeurd en wat heeft het opgeleverd?

In dit hoofdstuk is beschreven hoe er stap voor stap een Basisset prestatie-indicatoren GGZ/VZ is ontwikkeld, een ontwikkeling die nog steeds gaande is. Vanaf de eerste versie in 2006 is telkens elke twee jaar evaluatieonderzoek op die Basisset uitgevoerd, met als doel de betrouwbaarheid en validiteit van de indicatoren te toetsen en waar mogelijk te verbeteren. Ondanks deze onderzoeken en bijstellingen blijkt de Basisset nog verre van ideaal. Er bestaan verschillende problemen, waaronder:

- ***De beperkte kwaliteit van aangeleverde gegevens***

In de eerste plaats bleek het voor GGZ-zorgaanbieders moeilijker dan verondersteld om de vereiste gegevens aan te leveren, waren er twijfels over de betrouwbaarheid van de aangeleverde gegevens en was er onduidelijkheid over de juiste definitie van

indicatoren. Ondanks de herhaalde aanpassingen van de Basisset is er nog steeds twijfel over de validiteit en betrouwbaarheid van de gegevens die aan de Basisset worden geleverd. Data over instellingen zijn nog steeds niet goed vergelijkbaar, bijvoorbeeld omdat er geen controle mogelijk is op het uitvoeren van de standaardprocedures voor dataverzameling, er niet altijd schoningsslagen worden uitgevoerd en er nog niets bekend is over confounders, versturende variabelen. Daarnaast is het nog steeds niet gelukt om te komen tot een vaste set meetinstrumenten. Ondanks een lijst sterk aanbevolen meetinstrumenten, zijn instellingen vrij in het kiezen van een instrument voor het meten van de ernst van de symptomatologie, de kwaliteit van leven en het dagelijks functioneren. Alleen wat betreft de cliëntervaringen is er langzamerhand sprake van een standaardinstrument, de Consumer Quality Index (CQ Index). Op het moment van schrijven van deze rapportage is deze tot op heden alleen beschikbaar voor de kortdurende ambulante zorg, maar versies voor de langdurende en klinische zorg komen binnenkort beschikbaar.

- ***Het aggregatieniveau beperkt de bruikbaarheid van de Basisset***

Een ander probleem betreft het aggregatieniveau van de Basisset. In opzet is de Basisset bedoeld als gemeenschappelijke set van indicatoren die bruikbaar is voor alle belanghebbenden. In de praktijk valt dat tegen. Er wordt op instellingsniveau gerapporteerd. Dat betekent dat er niets kan worden gezegd over de prestaties van afzonderlijke behandel eenheden, programma's en locaties. Hierdoor heeft de Basisset weinig tot geen waarde als sturingsinstrument voor professionals, als toezichtsinstrument, of als keuze-informatie voor cliënten. Het draagvlak onder de Basisset dreigt hierdoor te verdwijnen en het ideaal van één set indicatoren die bruikbaar is voor alle belanghebbenden lijkt uit te draaien op toch weer aparte indicatoren sets voor zorgverzekeraars of IGZ. Op dit moment wordt onderzocht in hoeverre de Basisset aan de wensen voor informatie op cliëntniveau kan worden aangepast.

- ***Vragen rondom de CQ Index vragenlijsten***

Een belangrijk deel van de Basisset bestaat uit vragen naar de ervaringen van cliënten met de hulpverlening die zij hebben ontvangen. Deze ervaringen worden met één instrument gemeten, de CQ Index. Voor een valide en betrouwbare meting moet de CQ Index goede psychometrische kenmerken hebben, en moeten cliënten bereid en in staat zijn de vragenlijst in te vullen. Zo niet, dan valt een belangrijke peiler onder de Basisset weg. De CQ Index voor de *kortdurende ambulante GGZ en VZ* lijkt voldoende valide en betrouwbaar te zijn, gezien het feit dat de meeste items in betekenisvolle en voldoende betrouwbare schalen konden worden samengevat. Een probleem is echter de soms geringe respons (30-40%), waardoor de generaliseerbaarheid van de uitkomsten afneemt. Hoewel daar geen directe aanwijzingen voor zijn, is het mogelijk dat alleen een selecte (bijvoorbeeld zeer tevreden) groep cliënten heeft meegedaan. Onlangs is een studie uitgevoerd naar responsverhogende maatregelen.³¹ Cliënten die na twee schriftelijke herinneringen nog steeds niet hadden gereageerd, werden opgebeld en eventueel telefonisch geïnterviewd. De respons nam toe tot 50%, maar deze methode is

wel arbeidsintensief en relatief duur. De CQ Index vragenlijsten die worden ontwikkeld voor de *langdurende en klinische zorg* lijken minder valide en betrouwbaar te zijn. Er kunnen wel schalen worden gevormd, maar een deel daarvan heeft een matige tot slechte interne consistentie, en zijn dus niet of beperkt betrouwbaar. Daarnaast was er sprake van een selectie van cliënten, omdat niet iedereen in deze cliëntgroepen in staat is om mee te doen door bijvoorbeeld een acute psychose of ander ernstig toestandbeeld (klinische afdeling), of door een te veel aan cognitieve beperkingen (langdurende zorg). Deze cliënten werden vooraf voor onderzoek uitgesloten. De kans is dus aanwezig dat voor een belangrijk deel van de Basisset de gegevens worden verzameld met een beperkt bruikbaar instrument. Een laatste beperking betreft het feit dat er niet voor alle type cliënten een CQ Index beschikbaar is. In een voorstudie werd vastgesteld dat dit type instrumenten ongeschikt is voor cliënten die verblijven op langdurende verblijfsafdelingen, de chronische verblijfscliënten. Zij waren in meerderheid niet in staat de vragen te beantwoorden en/of de vragenlijst was voor hen te lang. Voor deze groep zal dus naar een andere vorm van meten moeten worden gezocht. Ook voor specifieke groepen zoals jeugd, ouderen en forensische cliënten is (nog) geen CQ Index beschikbaar.

Concluderend kan gesteld worden dat na tien jaar ontwikkelen van prestatie-indicatoren er nog geen sprake is van een uitgekristalliseerde Basisset met standaardinstrumenten en standaardprocedures. De vragen rond validiteit en betrouwbaarheid zijn nog niet afdoende beantwoord en er is kritiek op de bruikbaarheid. Hoewel de instellingen inmiddels in staat zijn de benodigde gegevens vrijwel compleet uit hun registraties te halen en de afname van de CQ Index aan geaccrediteerde onderzoeksbureaus worden uitbesteed, moet worden voorkomen dat het meten van prestaties niet 'meten om het meten' wordt, een puur administratieve verplichting.

Referenties

1. Ministerie van VWS (2008). *Beleidsagenda 2009*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
2. Ministerie van VWS (2009). *Beleidsagenda 2010*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
3. Ministerie van VWS (2007). *Koers op Kwaliteit*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
4. Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ (2006). *Basisset prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg*. Den Haag: Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ.
5. Van Ham M., Luijsterburg J., Brouwers E. (2007). *Evaluatiestudie Basisset Prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg*. Tilburg: Tranzo.
6. PricewaterhouseCoopers, TNO Management Consultants (2008). *Voorkomen is beter dan genezen. Betrouwbaarheid van kwaliteitsinformatie in de zorg: achtergrondstudie naar risico's en oplossingsrichtingen*. Den Haag: Zichtbare Zorg.
7. Roggeveen L., Keulen R., Vissers A. (2008). *Evaluatiestudie basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Eindrapportage deel 1: Validiteit*. Hilversum: MediQuest.
8. Roggeveen L., Keulen R., Vissers A. (2008). *Evaluatiestudie basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Eindrapportage deel 2: Volledigheid, betrouwbaarheid en bruikbaarheid*. Hilversum: MediQuest.
9. Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ (2007). *Basisset prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg 2007-2008*. Den Haag: Stuurgroep Zorgbrede Transparantie GGZ.
10. Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ (2009). *Basisset prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg 2009-2010*. Den Haag: Stuurgroep Zichtbare Zorg.
11. Hilderink I., Vink M., Van 't Land H., Fotiadis L. (2008). *Trendrapportage GGZ 2008. Deel 3: Kwaliteit en effectiviteit. Basisanalyse*. Utrecht: Trimbos-instituut.
12. Wennink H.J., Van Wijngaarden B. (red.) (2006). *Prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang*. Utrecht: Trimbos-instituut.
13. Delnoij D.M.J., Ten Asbroek A.H.A., Arah O.A., Custers T., Klazinga N.S. (2003). *Bakens Zetten. Naar een Nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg*. Den Haag: Ministerie van VWS.
14. Ten Asbroek A.H.A., Arah O.A., Delnoij D.M.J., Custers T., Klazinga N.S. (2003). *De ontwikkeling van een Nederlands raamwerk voor prestatie-indicatoren voor*

- de gezondheidszorg: Het consumentenperspectief, het financieel perspectief, het innovatieperspectief.* Amsterdam: AMC, Sociale Geneeskunde.
15. Walburg J.A. (2003). *Uitkomstenmanagement in de gezondheidszorg: Het opbouwen van lerende teams in zorgorganisaties.* Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
 16. Zorgverzekeraars Nederland (2009). *Visualisering prestatie indicatoren GGZ en VZ 2008.* Zeist: ZN.
 17. Groenewoud S., Van der Avoort C., Francati V. (2009). *Eindrapportage: Vergroten vergelijkbaarheid data prestatie-indicatoren GGZ.* Plexus/Zichtbare Zorg: Breukelen/Den Haag.
 18. Van Wijngaarden B., Kok I. (2007). *Een inventarisatie van potentieel geschikte instrumenten voor de Basisset prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.* Utrecht: Trimbos-instituut.
 19. Lambert M.J., Burlingame C.M., Umphress V., Hansen N.B., Vermeersch D.A., Clouse G.C., et al. (1996). The reliability and validity of the outcome questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 249-258.
 20. Umphress V.J., Lambert M.J., Smart D.W., Barlow S.H., Clouse G. (1997). Concurrent and construct validity of the Outcome Questionnaire. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 15, 40-55.
 21. Mueller R.M., Lambert M.J., Burlingame G.M. (1998). Construct validity of the outcome questionnaire: A confirmatory factor analysis. *Journal of Personality Assessment*, 70, 248-262.
 22. Wing J.K., Curtis R.H., Beevor A.S. (1996). *HoNOS: Health of the Nation Outcome Scales: Report on Research and Development July 1993-December 1995.* London: Royal College of Psychiatrists.
 23. Mulder C.L., Staring A.B.P., Loos J., Buwalda V.J.A., Kuijpers D., Sytema S., Wierdsma A.I. (2004). De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) als instrument voor 'routine outcome assessment'. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 273-284.
 24. De Beurs E., Den Hollander-Gijsman M., Buwalda V., Trijsburg W., Zitman F. (2005). De Outcome Questionnaire OQ-45 Psychodiagnostisch gereedschap. *De Psycholoog*, 40, 393-400.
 25. Van Wijngaarden B., Schene A.H. (1995). Patiënten beoordelen psychiatrische zorg: de vragenlijst Oordeel over de Ontvangen Behandeling (OOB). *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 1, 11-18.
 26. Van Wijngaarden B., Kok I. (2008). Prestatie-indicatoren en meetinstrumenten: prestaties door de ogen van de cliënt. In: Havenaar J., Van Splunteren P., Wennink H.J. (redactie). *Koersen op kwaliteit in de GGZ.* Assen: Koninklijke Van Gorcum.
 27. Van Wijngaarden B., Kok I., Meije D., Fotiadis L. (2007). *Een Consumer Quality Index voor kortdurende ambulante GGZ; De ontwikkeling en psychometrische kwaliteiten van een vragenlijst voor het meten van cliëntervaringen.* Utrecht: Trimbos-instituut.

28. Van Wijngaarden B., Kok I., Meije D. (2008). *Het onderscheidend vermogen van een Consumer Quality Index voor kortdurende GGZ en VZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.
29. Van Wijngaarden B., Kok I., Meije D., Fotiadis L. (2008). *Een Consumer Quality Index voor de langdurende en klinische GGZ. De haalbaarheid van het afnemen van CQ Index vragenlijsten bij Iza- en klinisch opgenomen cliënten: verslag van een kwalitatieve pre-pilotstudie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
30. Van Wijngaarden B., Meije D., Oskam K., Kok I. (2009). *De psychometrische kwaliteiten van een Consumer Quality Index voor langdurende en klinische geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
31. Draisma S., Smit J.H. (2010). *Responsverhogende maatregelen voor de Consumer Quality Index*. Amsterdam: InGeest.

Bijlage 1

Dekkingsgraad indicatoren 2006-2008 voor GGZ-zorgaanbieders. Bij sommige instellingen worden meerdere instrumenten naast elkaar gebruikt, bijvoorbeeld zowel de GGZ Thermometer als de CQ Index, zodat er dubbeltellingen voor de dekking graad zijn. De totaalscores, gemerkt met een '*', zijn hiervoor gecorrigeerd, en zijn altijd lager dan de som van de drie subindicatoren.

Indicator	Variabele	Dekking 2006 N=97 (%)	Dekking 2007 N=167 (%)	Dekking 2008 N=127 (%)
1.2.a	Verandering ernst problematiek (oordeel cliënt) (GGZ Thermometer)	----	40,7	54,3
1.2.a	Verandering ernst problematiek (oordeel cliënt) (eigen instrument)	----	19,2	24,4
1.2.a	Verandering ernst problematiek (oordeel cliënt) (CQ Index)	----	3,3	8,7
1.2.a*	Verandering ernst problematiek (oordeel cliënt) (Totaalscore Thermometer, eigen instrument, CQ Index)	----	58,1	77,2
1.2.a	Verandering ernst problematiek (oordeel cliënt) Response rate GGZ Thermometer	36,8	41,3	52,0
1.2.a	Verandering ernst problematiek (oordeel cliënt) Response rate eigen instrument	----	22,2	29,1
1.2.a	Verandering ernst problematiek (oordeel cliënt) Response rate CQ Index	----	3,0	8,7
1.2.a*	Verandering ernst problematiek (oordeel cliënt) Totale respons rate Thermometer, eigen instrument, CQ Index	----	60,5	77,9
1.2.b	Verandering ernst problematiek Percentage cliënten bij wie verandering in ernst gemeten is	----	19,8	34,6
1.3	Verandering in dagelijks functioneren Percentage cliënten dat is verbeterd	19,9	35,9	52,8
1.3	Verandering in dagelijks functioneren Percentage cliënten dat is gestabiliseerd	15,8	35,9	47,2
1.6.a	Heropnames Percentage heropnames	28,4	29,3	35,4
1.6.b	Heropnames Gemiddelde opnameduur in dagen	28,4	29,3	35,4

Indicator	Variabele	Dekking 2006 N=97 (%)	Dekking 2007 N=167 (%)	Dekking 2008 N=127 (%)
1.7	<i>Drop-out</i> Percentage drop-out	36,8	50,9	59,8
1.8.a	<i>De mate waarin somatische screening plaatsvindt</i> Beschikken over standaardprocedure m.b.t. screening op somatische aandoeningen	80,0	43,1	48,8
1.8.b	<i>De mate waarin somatische screening plaatsvindt</i> Het percentage cliënten dat bij aanvang van de opname in de instelling somatisch gescreend wordt	58,9	22,7	40,2
1.8.c	<i>De mate waarin somatische screening plaatsvindt</i> Het percentage langdurig opgenomen cliënten dat jaarlijks somatisch gescreend wordt	41,1	13,2	26,0
1.10	<i>Bemoeizorg</i> Percentage cliënten dat met bemoeizorg wordt bereikt	----	23,3	26,0
1.11	<i>Continuïteit van zorg</i> Percentage cliënten dat na ontslag uit de kliniek binnen twee weken een ambulant of deeltijdzorg-contact heeft	25,3	26,3	32,3
2.3.a	<i>Onveiligheid door ontbreken informatie</i> Registratie van incidenten die optreden door het ontbreken van informatie	89,5	24,2	35,2
2.3.b	<i>Onveiligheid door ontbreken informatie</i> Percentage spoedopnames buiten kantooruren van reeds binnen de instelling bekende cliënten waarbij de hulpverlener niet kon beschikken over actuele informatie van de cliënt	44,2	n.v.t.	13,1
2.5	<i>Suicide</i> Percentage suicides bij ambulante behandeling/ begeleiding	80,0	67,9	90,1
2.5	<i>Suicide</i> Percentage suicides bij klinische behandeling/ begeleiding	70,5	43,2	52,8
3.1.a	<i>Wachttijd tot start behandeling</i> Gemiddelde wachttijd ambulante behandeling/ begeleiding	71,6	53,4	68,2
3.1.a	<i>Wachttijd tot start behandeling</i> Gemiddelde wachttijd klinische behandeling/ begeleiding	49,5	52,1	64,6
3.1.a	<i>Wachttijd tot start behandeling</i> Gemiddelde wachttijd RIBW begeleiding	34,7	16,7	20,2
3.1.b	<i>Wachttijd tot start behandeling</i> Percentage cliënten voor ambulante behandeling/ begeleiding dat korter gewacht heeft dan 98 dagen	64,2	53,4	71,4

Indicator	Variabele	Dekking 2006 N=97 (%)	Dekking 2007 N=167 (%)	Dekking 2008 N=127 (%)
3.1.b	<i>Wachttijd tot start behandeling</i> Percentage cliënten voor klinische behandeling/ begeleiding dat korter gewacht heeft dan 105 dagen	47,4	51,5	37,8
3.1.b	<i>Wachttijd tot start behandeling</i> Percentage cliënten voor RIBW begeleiding dat korter gewacht heeft dan 147 dagen	31,6	17,3	20,2
3.3	<i>Informed consent</i> Percentage cliënten dat informed consent ervaart (Thermometer)	----	47,9	64,6
3.3	<i>Informed consent</i> Percentage cliënten dat informed consent ervaart (eigen instrument)	----	15,6	22,8
3.3	<i>Informed consent</i> Percentage cliënten dat informed consent ervaart (CQ Index)	---	4,2	7,9
3.3*	<i>Informed consent</i> Totaalscore Thermometer, eigen instrument, totaalscore	73,7	62,3	86,6
3.3	<i>Informed consent</i> Response rate Thermometer	----	47,9	62,2
3.3	<i>Informed consent</i> Response rate eigen instrument	----	20,4	26,0
3.3	<i>Informed consent</i> Response rate CQ Index	----	4,2	8,7
3.3*	<i>Informed consent</i> Totale response rate Thermometer, eigen instrument, CQ Index	62,1	67,1	85,8
3.4	<i>Keuzevrijheid</i> Percentage cliënten dat keuzevrijheid in behandeling of begeleiding ervaart (Thermometer)	----	48,5	64,6
3.4	<i>Keuzevrijheid</i> Percentage cliënten dat keuzevrijheid in behandeling of begeleiding ervaart (eigen instrument)	----	16,2	23,6
3.4	<i>Keuzevrijheid</i> Percentage cliënten dat keuzevrijheid in behandeling of begeleiding ervaart (CQ Index)	----	3,6	7,9
3.4*	<i>Keuzevrijheid</i> Totaalscore Thermometer, eigen instrument, CQ Index	76,8	63,5	88,2
3.4	<i>Keuzevrijheid</i> Response rate Thermometer	----	48,5	61,4
3.4	<i>Keuzevrijheid</i> Response rate eigen instrument	----	21,6	29,1
3.4	<i>Keuzevrijheid</i> Response rate CQ Index	----	3,6	9,4

Indicator	Variabele	Dekking 2006 N=97 (%)	Dekking 2007 N=167 (%)	Dekking 2008 N=127 (%)
3.4*	<i>Keuzevrijheid</i> Totale respons rate Thermometer, eigen instrument, CQ Index	66,3	67,1	89,0
3.5	<i>Vervulling zorgwensen</i> Percentage cliënten dat aangeeft dat de behandeling/ begeleiding voldoet aan de eigen zorgwensen (Thermometer)	----	48,5	64,6
3.5	<i>Vervulling zorgwensen</i> Percentage cliënten dat aangeeft dat de behandeling/ begeleiding voldoet aan de eigen zorgwensen (eigen instrument)	----	16,2	26,0
3.5	<i>Vervulling zorgwensen</i> Percentage cliënten dat aangeeft dat de behandeling/ begeleiding voldoet aan de eigen zorgwensen (CQ Index)	----	3,6	8,7
3.5*	<i>Vervulling zorgwensen</i> Totaalscore Thermometer, eigen instrument, CQ Index	73,7	63,5	89,8
3.5	<i>Vervulling zorgwensen</i> Response rate Thermometer	----	49,1	61,4
3.5	<i>Vervulling zorgwensen</i> Response rate eigen instrument	----	23,9	30,7
3.5	<i>Vervulling zorgwensen</i> Response rate CQ Index	----	4,8	9,4
3.5*	<i>Vervulling zorgwensen</i> Totale respons rate Thermometer, eigen instrument, CQ Index	65,3	71,3	90,5
3.6.b	<i>Evaluatie van begeleiding- en behandelplannen</i> Het percentage begeleiding- en behandelplannen van cliënten in de langdurende zorg dat minder dan 1 jaar oud is	42,1	35,9	37,0
3.9	<i>Woon- en leefomstandigheden</i> Percentage cliënten dat positief oordeelt over de woonsituatie (Thermometer)	----	15,6	26,0
3.9	<i>Woon- en leefomstandigheden</i> Percentage cliënten dat positief oordeelt over de woonsituatie (eigen instrument)	----	4,8	7,9
3.9*	<i>Woon- en leefomstandigheden</i> Totaalscore Thermometer, eigen instrument, CQ Index	29,5	20,4	32,3
3.9	<i>Woon- en leefomstandigheden</i> Response rate Thermometer	----	19,2	29,9
3.9	<i>Woon- en leefomstandigheden</i> Response rate eigen instrument	----	6,0	9,5
3.9*	<i>Woon- en leefomstandigheden</i> Totale respons rate Thermometer, eigen instrument, CQ Index	30,5	25,2	37,8

Indicator	Variabele	Dekking 2006 N=97 (%)	Dekking 2007 N=167 (%)	Dekking 2008 N=127 (%)
3.10	<i>Adequate bejegening door de hulpverleners</i> Het percentage cliënten dat een adequate bejegening door hulpverleners ervaart (Thermometer)	----	49,1	64,6
3.10	<i>Adequate bejegening door de hulpverleners</i> Het percentage cliënten dat een adequate bejegening door hulpverleners ervaart (eigen instrument)	----	19,8	27,6
3.10	<i>Adequate bejegening door de hulpverleners</i> Het percentage cliënten dat een adequate bejegening door hulpverleners ervaart (CQ Index)	----	4,2	7,9
3.10*	<i>Adequate bejegening door de hulpverleners</i> Totaalscore Thermometer, eigen instrument, CQ Index	72,6	68,9	92,1
3.10	<i>Adequate bejegening door de hulpverleners</i> Response rate Thermometer	----	49,1	61,4
3.10	<i>Adequate bejegening door de hulpverleners</i> Response rate eigen instrument	----	23,3	30,7
3.10	<i>Adequate bejegening door de hulpverleners</i> Response rate CQ Index	----	4,8	8,7
3.10*	<i>Adequate bejegening door de hulpverleners</i> Totale respons rate Thermometer, eigen instrument, CQ Index	65,3	70,7	90,5
3.11	<i>Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners</i> Het percentage cliënten dat een adequate informatie van hulpverleners ontvangt (Thermometer)	----	49,1	64,6
3.11	<i>Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners</i> Het percentage cliënten dat een adequate informatie van hulpverleners ontvangt (eigen instrument)	----	19,2	24,4
3.11	<i>Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners</i> Het percentage cliënten dat een adequate informatie van hulpverleners ontvangt (CQ Index)	----	4,2	7,9
3.11*	<i>Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners</i> Totaalscore Thermometer, eigen instrument, CQ Index	74,7	67,7	89,8

Indicator	Variabele	Dekking 2006 N=97 (%)	Dekking 2007 N=167 (%)	Dekking 2008 N=127 (%)
3.11	<i>Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners</i> Response rate Thermometer	----	49,1	61,4
3.11	<i>Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners</i> Response rate eigen instrument	----	23,3	28,3
3.11	<i>Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners</i> Response rate CQ Index	----	4,8	8,7
3.11*	<i>Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners</i> Totale respons rate Thermometer, eigen instrument, CQ Index	66,3	70,7	88,2

Deel B

Kwaliteitsinterventies en -instrumenten in de praktijk van de GGZ

1 Het kennisbeleid in de GGZ

1.1 Inleiding

Kennisbeleid is vanaf het begin van 2000 een belangrijk thema in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Kennisbeleid beoogt een betere (geestelijke) gezondheid van de bevolking te bereiken via meer effectieve en efficiënte hulp en preventie, op basis van de beschikbare wetenschappelijke en professionele kennis, de ervaringsdeskundigheid van gebruikers en *best practices* uit de zorg. Belangrijke onderdelen van kennisbeleid zijn:

- Aandoeningen identificeren waarop het gebruik van de beschikbare kennis kan leiden tot substantiële winst;
- Toepassing van deze kennis in de praktijk bevorderen;
- Ontwikkelen van nieuwe kennis op belangrijke gebieden, waarop het aan noodzakelijke kennis ontbreekt.

Het Trimbos-instituut, GGZ Nederland en ZonMw hebben sinds 2007 een overeenkomst waarin afspraken zijn gemaakt om samen te werken op het gebied van kennisbeleid.¹ Het doel van de samenwerking is het proces van kennisontwikkeling naar toepassing van de kennis in de praktijk te versnellen en de infrastructuur voor kennis te versterken. Uiteindelijk moet dat leiden tot een betere kwaliteit van de geestelijke gezondheid en gezondheidszorg voor de bevolking. De gemaakte afspraken hebben betrekking op de ontwikkeling, de overdracht en het gebruik van kennis in de praktijk. De drie convenantpartners werken samen bij het verzamelen van praktijkvragen en de omzetting daarvan in onderzoeks- en implementatievragen. Een belangrijk instrument om dit doel te bereiken is de landelijke kennisagenda GGZ, die voor het eerst in 2008 door de drie partijen is uitgegeven.²

Dit hoofdstuk is een weergave van de stand van zaken (medio 2010) wat betreft de verschillende onderdelen van de kennisagenda. Waar relevant wordt ook aangegeven welke onderwerpen van de kennisagenda verder uitgediept worden in de volgende hoofdstukken van dit tweede deel van deze Trendrapportage GGZ. Afsluitend wordt kort ingegaan op activiteiten om de kennisinfrastructuur te versterken.

1.2 Landelijke kennisagenda

De landelijke kennisagenda bevat een lijst met onderwerpen die met prioriteit aandacht vragen in de GGZ. De agenda is opgesteld met inbreng van zorgaanbieders, onderzoekers, kenniscentra, het Ministerie van VWS, cliëntenorganisaties en zorgverzekeraars. Bij het opstellen van de kennisagenda wordt de kenniscyclus gevolgd.³ De cyclus bestaat uit verschillende fasen waarin een bepaald type kennis tot stand komt:

1. *kennisontwikkeling*, waarin nieuwe kennis tot stand komt;

2. *vertaling van kennis naar de praktijk*, waarin kennis voor de praktijk bruikbaar wordt gemaakt;
3. *kennissynthese*, waarbij de beschikbare kennis wordt gewogen en witte vlekken zichtbaar worden;
4. *kennisoverdracht*, waarin kennis in de praktijk wordt verspreid;
5. *kennisimplementatie*, waarbij kennis systematisch in de praktijk wordt ingevoerd; en
6. *evaluatie en feedback*, waarbij het verloop van de cyclus wordt beoordeeld en het proces kan worden bijgestuurd.

De onderwerpen van de agenda zijn geordend naar gebieden: epidemiologie, preventie, diagnostiek, behandeling, zorg en internationaal. Op het gebied van *epidemiologie* is in de kennisagenda bijvoorbeeld aangegeven dat cijfers over het vóórkomen van psychische stoornissen bij specifieke groepen zoals ouderen, migranten, jeugdigen en lage SES-groepen van belang zijn. Ten aanzien van *preventie* wordt onder meer het belang van onderzoek naar mogelijkheden van vroegsignalering bij ernstige psychische stoornissen aangegeven. Wat betreft *diagnostiek* is onder andere aandacht nodig voor methoden om het *stepped care* model in de praktijk te brengen. Op het gebied van *behandeling* wordt gepleit voor een krachtige voortzetting van het richtlijnentraject en ten aanzien van *zorg* wordt aangegeven dat vormen van *outreaching* hulp moeten worden ontwikkeld en toegepast. Op *internationaal* gebied wordt onder meer het belang benadrukt van internationale afspraken over kennisuitwisseling in EU en WHO.

De agenda is een 'levend' document dat onder invloed van de maatschappelijke ontwikkelingen en de inbreng van uiteenlopende partijen (beroepsverenigingen, onderzoekers, instellingen, verzekeraars, cliëntenvertegenwoordigers) periodiek wordt bijgesteld. De kennisagenda is in 2008 voor het eerst verschenen en in november 2009 aangepast. De volledige tekst van de kennisagenda's van 2008 en 2009 is op te vragen bij het Trimbos-instituut en te vinden op de website www.trimbos.nl.

De drie convenantpartners die de kennisagenda hebben opgesteld kozen in 2008 voor een drietal prioriteiten die ze met voorrang aandacht willen geven. In 2009 is daar nog een vierde prioriteit bijgekomen. De keuze voor deze prioriteiten is gemaakt op basis van de veldraadplegingen en consultatiebijeenkomsten met deskundigen. De prioriteiten betreffen (1) comorbiditeit, (2) persoonlijkheidsstoornissen, (3) multidisciplinaire richtlijnen en (4) het mentaal vermogen van burgers (in 2009 toegevoegd). Over deze thema's heen liggen als een matrix twee overkoepelende thema's, die gelden als algemene uitgangspunten: het cliëntperspectief en diversiteit. Achtereenvolgens worden hieronder de vier prioriteiten en de twee overkoepelende thema's verder toegelicht. Ook wordt aangegeven wanneer een onderwerp verder uitgediept wordt in één van de volgende hoofdstukken van dit tweede deel van deze Trendrapportage GGZ.

1.2.1 Prioriteiten landelijke kennisagenda 2009

Comorbiditeit

Comorbiditeit staat voor het gelijktijdig vóórkomen van twee of meer aandoeningen bij eenzelfde persoon. Het kan gaan om het samengaan van verslavingsproblemen met

psychiatrische problemen (de zogenoemde 'dubbele diagnose'), maar het kan ook gaan om een combinatie van somatische en psychische problemen (bv. angststoornissen in combinatie met hart- en vaatziekte of kanker). In de praktijk komt comorbiditeit veel voor, terwijl er nog weinig kennis is over de preventie en behandeling van comorbide aandoeningen. Er is behoefte aan effectiviteitsstudies naar diagnostiek, psychotherapeutische interventies en andere vormen van behandeling; aan onderzoek naar een integrale benadering van patiënten met meervoudige problematiek en naar de organisatie van de zorg. Waar bewezen effectieve methoden gevonden zijn, is implementatie dringend gewenst. Aanbevolen wordt met name het accent te leggen op behandeling in de eerstelijns gezondheidszorg en de principes van *diseasemanagement* toe te passen.⁴

De drie convenant partners stimuleren mogelijkheden voor onderzoek en toepassing van goede kennis in de praktijk. De volgende punten op het gebied van comorbiditeit zijn onder de aandacht van de convenantpartners:

1. In 2008 is het programma Disease management chronische ziekten bij ZonMw van start gegaan (www.zonmw.nl/diseasemanagement). In dit programma is aandacht voor kennisontwikkeling en praktijkexperimenten. Er is veel aandacht voor comorbiditeit. Resultaten van het programma zijn te verwachten vanaf 2012.
2. In het Nationaal Programma Ouderenzorg dat in 2008 onder regie van ZonMw en de academische onderzoekcentra van start is gegaan is er onder meer aandacht voor kwetsbare ouderen met zowel psychisch als somatisch functieverlies (www.nationaalprogrammaouderenzorg.nl). Resultaten zijn na 2011 te verwachten.
3. In 2008 is een inventarisatie gedaan naar lopend onderzoek bij ZonMw op gebied van comorbiditeit.⁵ Daaruit blijkt dat er met name onderzoek uitgevoerd is en wordt naar depressie en een somatische aandoening en naar psychische problematiek en verslaving. Het gaat in totaal om 25 onderzoeksprojecten die gericht zijn op risicofactoren, effectiviteit van interventies en implementatie.
4. Uit deze inventarisatie blijkt ook dat GGZ-instellingen in toenemende mate aanbod hebben op gebied van dubbele diagnose. Voor andere vormen van comorbiditeit is er weinig aandacht in de praktijk van de GGZ.
5. In 2009 is het Landelijk Expertise- en implementatiecentrum Dubbele Diagnose (LEDD) opgericht onder auspiciën van het Trimbos-instituut samen met vier GGZ-instellingen. Het expertisecentrum geeft instellingen training en ondersteuning bij het in de praktijk brengen van interventies en werkwijzen op gebied van diagnostiek en behandeling bij dubbele diagnose.

In de toekomstige Trendrapportage 2011 zal geïnventariseerd worden welke initiatieven er bestaan in de eerste lijn en algemene ziekenhuizen op het gebied van de herkenning en behandeling van comorbide psychische problemen bij mensen met een chronische lichamelijke ziekte (waaronder diabetes mellitus, coronaire hartziekte en chronische obstructieve longziekte, COPD).

Persoonlijkheidsstoornissen

Mensen met persoonlijkheidsstoornissen - o.a. borderline en antisociale persoonlijkheidsstoornis - ervaren veel problemen en lopen vast op verschillende terreinen van hun leven. De problematiek kent een grote patiëntgebonden, maatschappelijke en economische ziektelast. De prevalentie van persoonlijkheidsstoornissen in de algemene bevolking wordt geschat op 10 tot 15%.⁶ Bij personen met verslaving is dit 40 tot 50%; en bij personen die in aanraking zijn gekomen met justitie gaat het om 60 tot 80%. De laatste jaren nemen de behandelmogelijkheden van persoonlijkheidsstoornissen beduidend toe. Voor personen met een borderline persoonlijkheidsstoornis bijvoorbeeld, wordt het herstelpercentage tegenwoordig geschat op 46%.⁷ Maar toch klopt ongeveer één op de vijf mensen met een persoonlijkheidsstoornis niet bij de GGZ hulpverlening aan. Zij komen wel bij de huisarts, die de problematiek zelden herkent.⁸ Betere ondersteuning van de huisarts op dit punt lijkt van belang.

Op het gebied van persoonlijkheidsstoornissen zijn de volgende punten onder de aandacht van de convenantpartners:

1. In 2008 publiceerde ZonMw in een open brief aan Minister Klink van VWS het Signalement Persoonlijkheidsstoornissen.⁹ Het Signalement laat zien dat de wetenschappelijke aandacht niet in de pas loopt met de in werkelijkheid veel voorkomende persoonlijkheidsstoornissen en de daarmee verbonden individuele en maatschappelijke ziektelast. Het signalement pleit voor een multidisciplinair onderzoeksprogramma met aandacht voor epidemiologie, pathogenese, preventie, behandelingsmogelijkheden en hulpverleningsmodellen.
2. In 2008 verscheen ook de Multidisciplinaire richtlijn voor de diagnostiek en de behandeling van volwassenen met een persoonlijkheidsstoornis.⁶ De richtlijn geeft een beeld van de bestaande kennis en maakt opnieuw zichtbaar dat er nog veel onderzoek nodig is naar persoonlijkheidsstoornissen, zowel naar het ontstaan ervan als naar de mogelijkheden van preventie en behandeling.
3. In 2010 is het Kennis- en Innovatiecentrum Persoonlijkheidsstoornissen (KIP) actief geworden. Het KIP richt zich op innovatie en kennisbevordering op gebied van persoonlijkheidsstoornissen. Najaar 2010 verschijnt het werkprogramma van het KIP. Daarin zullen verschillende podia worden gerealiseerd waarin onderzoekers, professionals en gebruikers in de GGZ met elkaar van gedachten kunnen wisselen over onderwerpen betreffende de preventie, diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen en die mogelijk tot nader onderzoek kunnen leiden.

Multidisciplinaire richtlijnen

Multidisciplinaire richtlijnen zijn bij uitstek een middel om kennis te 'vertalen' voor toepassing in de praktijk. Een richtlijn biedt *evidence based* methoden voor diagnostiek en behandeling. Volgens de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO) gelden richtlijnen als professionele standaarden. Richtlijnen vinden steeds meer hun ingang bij hulpverleners, maar dan moeten ze wel goed toegankelijk en relevant zijn voor de praktijk. Het is nodig dat richtlijnen nog meer

gaan 'leven' bij professionals. Daarvoor dienen de richtlijnen regelmatig beoordeeld te worden op actualiteit. Op de consultatiebijeenkomsten over de kennisagenda kwam steeds weer naar voren dat de implementatie van richtlijnen meer systematisch dient te worden uitgevoerd en geëvalueerd. Het inzetten van strategieën voor uitkomstenmanagement en het ontwikkelen van praktijkinstrumenten (bv. door het opstellen van zorgpaden) gebaseerd op richtlijnen kan daarbij sterker bevorderd worden.

Er zijn diverse multidisciplinaire richtlijnen ontwikkeld (o.a. voor angststoornissen, depressie, schizofrenie, en persoonlijkheidsstoornissen) of nog in ontwikkeling (o.a. voor autisme bij kinderen en jeugdigen). Ook zijn er verschillende afgeleide producten ontwikkeld, waaronder cliëntenversies, digitale versies en addenda. In **hoofdstuk 2** wordt hier een overzicht van gegeven en bovendien wordt nader ingegaan op de werkwijze om te komen tot een multidisciplinaire richtlijn. Desondanks zijn er ook nog verschillende aandoeningen en gebieden waarvoor geen multidisciplinaire richtlijnen bestaan. Zo is er dringend behoefte aan richtlijnen op gebied van dwang- en drangmaatregelen in de GGZ en voor preventie, diagnostiek en behandeling van comorbide aandoeningen. Daarnaast zijn er richtlijnen waarvoor nog geen cliëntenversie beschikbaar is of die nog (beter) geïmplementeerd moeten worden.

Er zijn genoeg aanwijzingen dat de multidisciplinaire richtlijnen in de praktijk nog onvoldoende worden gebruikt, om verschillende redenen.^{10;11} In de **hoofdstukken 3 en 4** wordt meer gedetailleerd ingegaan op deze 'kloof' tussen kennis en praktijk. **Hoofdstuk 3** brengt daarnaast ook de opbrengsten in kaart van zogenoemde doorbraakprojecten in de GGZ die gericht waren op de implementatie van richtlijnaanbevelingen.

Op het gebied van richtlijnen zijn de volgende punten onder de aandacht van de convenantpartners:

1. Het Trimbos-instituut en de beroepsverenigingen zijn met elkaar in gesprek om gezamenlijk toe te werken naar nieuwe richtlijnen en de bestaande richtlijnen toegankelijker te maken voor toepassing.
2. In 2010 zal de Zorgstandaard Depressie, die mede is gebaseerd op de herziene Multidisciplinaire richtlijn Depressie, worden gepresenteerd. Een zorgstandaard beperkt zich niet tot de inhoud maar beschrijft ook de ketenorganisatie en de bijbehorende prestatie-indicatoren. De Zorgstandaard Depressie wordt in nauw overleg met beroepsverenigingen en cliëntenvertegenwoordigers gemaakt.

Mentaal vermogen

Bij dit thema gaat het niet om (de eerste tekenen van) een stoornis of om de behoefte aan zorg. Aandacht voor mentaal vermogen richt zich op het welbevinden of het geluk van alle burgers, of zij nu wel of geen zorg behoeven.¹² Er begint wetenschappelijk bewijs te ontstaan voor het feit dat het om een maatschappelijk zeer relevant thema gaat. Geluk houdt mensen gezonder, maakt hen minder vatbaar voor ziektes en bevordert vermoedelijk herstel. Mentaal vermogen heeft betrekking op emotionele,

cognitieve en sociale vaardigheden. Het stelt mensen in staat om hun eigen talent en potentieel te ontwikkelen, om productief en creatief te zijn en om positieve relaties op te bouwen. Investeren in mentale vermogens bestrijkt vrijwel alle maatschappelijke terreinen. Belangrijk zijn bijvoorbeeld de sectoren van arbeid, onderwijs en het gemeentelijk beleid. E-mental health interventies kunnen een rol van betekenis spelen. Kosteneffectiviteitsstudies zijn van betekenis om het economisch rendement vast te stellen van interventies die mentaal vermogen bevorderen.

1.2.2 Overkoepelende thema's

Cliëntperspectief

Het cliëntperspectief is een belangrijk element in elk van de vier hierboven besproken geprioriteerde thema's. Het op de agenda zetten van comorbiditeit is een direct gevolg van de wens van cliënten om als *mens* gezien te worden en niet te worden gereduceerd tot een *stoornis*. Bij de ontwikkeling van richtlijnen dienen cliënten vanaf het begin van het proces betrokken te worden. Cliëntenvertegenwoordigers zijn nauw betrokken geweest bij de ontwikkeling van de richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen en in samenspraak met de cliëntenvereniging Stichting Borderline wordt gewerkt aan een cliëntenversie van de richtlijn. Als het gaat om mentaal vermogen is de inbreng van cliënten cruciaal. Dit zal in projecten aandacht krijgen. Ook bij de kennisagenda in zijn geheel en bij de verheldering van de samenwerking tussen beleid, onderzoek en praktijk in het kader van het kennisbeleid dient structurele inbreng vanuit cliëntenorganisaties te worden gewaarborgd. Versterking van de positie van de cliënt is één van de pijlers in de brief van het Ministerie van VWS over het beleid 2007 – 2010 "Samen zorgen voor beter".¹³ Ook bij de door het Ministerie van VWS genoemde Maatschappelijke Opgave "Hoe leven we langer gezonder?" (2006) wordt de eigen regie van de cliënt in relatie tot integrale zorg en leefstijl benadrukt.¹⁴ De convenantpartners zijn intensiever gaan samenwerken met de koepelorganisatie cliënten- en familieorganisaties in de GGZ, het Landelijk Platform GGZ, om uitwerking te geven aan het cliëntperspectief bij alle vier de prioriteiten.

Diversiteit

De kennis over preventie, diagnostiek en behandeling van mensen van niet-Nederlandse afkomst neemt toe. Maar gezien de gecompliceerde maatschappelijke context moet dit proces op alle fronten versneld en geïntensiveerd worden. Net als bij het thema comorbiditeit lijkt zich hier een discrepantie tussen praktijk en onderzoek af te tekenen. In de praktijk zijn verbeteringen waarneembaar in de richting van een meer intercultureel werkende GGZ. De Handreiking Interculturele Zorgprogrammering van GGZ Nederland (2005) is nog altijd actueel: in zorgprogramma's en trajecten voor richtlijnen worden interculturele componenten ingebracht en geborgd.¹⁵ Onder meer uit de vorige Trendrapportage GGZ 2008 blijkt dat de toegankelijkheid van de GGZ voor sommige etnische minderheidsgroepen (vooral voor Turken en Marokkanen) aanzienlijk is verbeterd.¹⁶ Van Dijk (Gekleurde Gekte 2009) noemt een aantal relevante onderzoeksthema's.¹⁷ De thema's zijn ook verwerkt in de in 2009 verschenen programmeringsstudie van ZonMw ten behoeve van het programma

Etniciteit en Gezondheid.¹⁸ In **hoofdstuk 5** wordt op basis van wetenschappelijke literatuur in kaart gebracht welke integrale, multidisciplinaire zorg in het buitenland gegeven wordt aan etnische minderheden, en wat hiervan de effecten zijn.

1.3 Infrastructuur

Een belangrijk element in het kennisbeleid is het versterken van de infrastructuur, waardoor wetenschap, praktijk, beleid en alle andere actoren systematisch samenwerken aan kwaliteitsverbetering en innovatie. De convenantpartners werken de kennisagenda en de genoemde prioriteiten uit in samenwerking met de betrokken partijen. Daartoe worden de reeds bestaande banden nauwer aangehaald met het Platform GGZ en de beroepsverenigingen. Ook de expertise van de Stichting Topklinische Zorg, van verschillende kenniscentra en een groot aantal wetenschappers wordt graag benut.

Daarnaast werden in 2009 door de convenantpartners een viertal 'ambassadeurs' ingeschakeld om een breed maatschappelijk veld te interesseren voor kennisbeleid in de geestelijke gezondheid en mogelijkheden te onderzoeken voor programmering van onderzoek, ontwikkeling en implementatie. De ambassadeurs – Dick Dees, Arga Paternotte, Boudewijn Dessing en Armand Höppener – voerden gesprekken met strategische partners in en vooral buiten het veld van de GGZ. De gesprekken monden uit in een Manifest met een actieprogramma dat najaar 2010 aan de vaste Kamercommissie voor de Volksgezondheid wordt aangeboden.

Referenties

1. Samenwerkingsconvenant GGZ Nederland, ZonMw en het Trimbos-instituut (2007).
2. Trimbos-instituut, GGZ Nederland, ZonMw (2008). *Kennisagenda: psychische gezondheid, onderzoek en implementatie: stand van zaken januari 2008*. Utrecht: Trimbos-instituut, GGZ Nederland, ZonMw.
3. Verburg H. (2000). *Kennis en kenniscentra in de GGZ en Beleidsplan kennis-overdracht in de GGZ: een voorzet*. Utrecht: Trimbos-instituut.
4. Van der Feltz-Cornelis C.M., Nuyen J., Verdurmen J.E.E., Pot A.M. et al. (2007). *Zorg voor heel de mens: psychiatrische en somatische comorbiditeit. Programmerings-studie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
5. Veerbeek M., Van Splunteren P. (2008). *Inventarisatie naar onderzoek en praktijk op het gebied van comorbiditeit*. Utrecht: Trimbos-instituut.
6. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2008). *Multidisciplinaire richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
7. Perry, J.C. (1993). Longitudinal studies of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 7, 63–85.
8. Soeteman D.I., Verheul R., Busschbach J.J.V. (2008). The burden of disease in personality disorders: diagnosis-specific quality of life. *Journal of Personality Disorders*, 22, 259-268.
9. ZonMw, Trimbos-instituut, GGZ Nederland (2008). *Onderzoek naar persoonlijkheids-stoornissen, een signalement*. Aangeboden aan het Ministerie van VWS.
10. Cabana M.D., Rand C.S., Powe N.R., Wu A.W., Wilson M.H., Abboud P.A., Rubin H.R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*, 282, 1458-1465.
11. Grol R., Grimshaw J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients care. *The Lancet*, 362, 1225-1230.
12. Walburg J.A. (2008). *Mentaal Vermogen - Investeren in geluk*. Nieuw Amsterdam Uitgevers: Trimbos-instituut.
13. Ministerie van VWS (2007). *Samen zorgen voor beter, proloog VWS-beleid 2007–2010*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
14. Ministerie van VWS (2006). *Brochure Maatschappelijke Opgaven Volksgezondheid en Gezondheidszorg. Leidmotief voor de kennis- en innovatieagenda van de gezondheidssector*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
15. GGZ Nederland (2005). *Handreiking Interculturele Zorgprogrammering*. Amersfoort: GGZ Nederland.

16. Smits C., Van 't Land H. (2008). Allochtonen: Psychische aandoeningen, zorggebruik en toegang. In: Van 't Land H., Grolleman J., Mutsaers K., Smits C. (2008). *Tendrapportage GGZ 2008. Deel 2: Toegang en Zorggebruik*. Utrecht: Trimbos-instituut.
17. Mikado (2009). *Jubileum boek 'Gekleurde gekte'*. Rotterdam: Mikado.
18. Bekker M., Van Mens-Verhulst J. (2008). *GGZ en Diversiteit: Prevalentie en Zorgkwaliteit. Programmeringsstudie 'Etniciteit en gezondheid' voor ZonMw*. Tilburg: Universiteit van Tilburg/Utrecht: Universiteit van Utrecht.

2 Multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ

2.1 Inleiding

In het streven naar kwaliteitsverbetering wordt in de gezondheidszorg meer en meer gebruik gemaakt van richtlijnen. Het stimuleren van werken volgens richtlijnen is een speerpunt in het beleid van het Ministerie van VWS.¹ In de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg (GGZ) worden mono- en multidisciplinaire richtlijnen gebruikt. Omdat de zorg voor mensen met psychische problematiek vaak complex is en meerdere disciplines aangaat, is de ontwikkeling en implementatie van multidisciplinaire richtlijnen één van de thema's die volgens de landelijke kennisagenda met prioriteit aandacht vragen in de GGZ. Multidisciplinaire richtlijnen kunnen op verschillende manieren bijdragen aan een hogere kwaliteit van de zorg, onder meer door:

- het hanteerbaar maken van de snel groeiende informatiestroom over wat goede zorg is;
- het verminderen van ongewenste variatie in het handelen tussen hulpverleners;
- het bevorderen van afstemming tussen diverse disciplines;
- het klinisch handelen meer te baseren op wetenschappelijk bewijs dan op ervaringen en meningen; en
- het bevorderen van de transparantie van de hulpverlening.²⁻⁴

Sinds de oprichting van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ in 1999 wordt in de GGZ samengewerkt tussen beroepsverenigingen, patiënten- en familieorganisaties en kennisinstituten (het Trimbos-instituut; het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO; het Landelijk Expertisecentrum Verpleging & Verzorging, LEVV; en het Nederlands Huisartsen Genootschap, NHG) om multidisciplinaire richtlijnen te ontwikkelen. De Landelijke Stuurgroep werd eind 2009 officieel ontbonden, tijdens een slotcongres waarop alle producten van de Landelijke Stuurgroep aan het Ministerie van VWS zijn aangeboden. Het opheffen van de Landelijke Stuurgroep betekent niet dat de samenwerking rond multidisciplinaire richtlijnen tussen de beroepsgroepen beëindigd wordt, deze zal in een nieuwe vorm worden voortgezet.

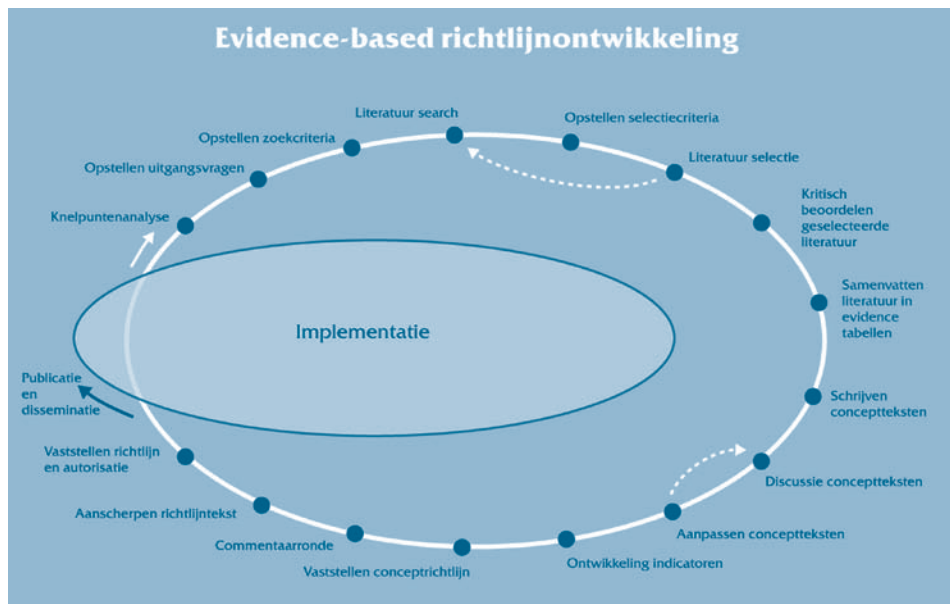
Een multidisciplinaire richtlijn is een leidraad met aanbevelingen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de dagelijkse praktijkvoering. Het is gebaseerd op beschikbare wetenschappelijke literatuur én de expertise van hulpverleners en ervaringskennis van patiënten. Een multidisciplinaire richtlijn kan beschouwd worden als een 'moederrichtlijn' waarin de samenhang en interactie tussen de verschillende beroepsgroepen en tussen de verschillende fasen in het zorgproces voor een bepaalde aandoening beschreven wordt. Op basis van een multidisciplinaire richtlijn kan een vertaling plaatsvinden naar *mono-disciplinaire* richtlijnen die bedoeld zijn voor een enkele beroepsgroep, zoals bijvoorbeeld de huisartsenstandaarden van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).³

Inmiddels zijn voor verschillende psychische stoornissen multidisciplinaire richtlijnen uitgegeven of nog in ontwikkeling. In dit hoofdstuk wordt achtereenvolgens kort stil gestaan bij de wijze waarop multidisciplinaire richtlijnen tot stand komen (paragraaf 2.2), wordt een overzicht gegeven van reeds uitgebrachte en nog in ontwikkeling zijnde multidisciplinaire richtlijnen (paragraaf 2.3), en wordt ingegaan op de verspreiding en implementatie van de richtlijnen (paragraaf 2.4).

2.2 De ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen

De ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn is een cyclisch proces, zoals weergegeven in Figuur 1. De cyclus start met een analyse van de knelpunten in de praktijk en eindigt met het vaststellen en verspreiden van de definitieve richtlijn. Met de implementatie van de richtlijn, de invoering in de praktijk, wordt idealiter tijdens het gehele ontwikkelingsproces van een richtlijn rekening gehouden (zoals weergegeven met de binnenste ovaal in Figuur 1).³ De methodiek van *Evidence-Based Richtlijn Ontwikkeling* (EBRO) wordt gevolgd. Gestreefd wordt naar een hoge kwaliteit van richtlijnen gebaseerd op de *evidence based* principes. Er wordt op een systematische manier gezocht naar bewijs uit de wetenschappelijke literatuur en de mate van bewijskracht wordt transparant gerapporteerd.⁵

Figuur 1 De verschillende fasen in richtlijnontwikkeling



De 'retour' pijlen geven aan dat, bij onvoldoende resultaat, terug wordt gegaan naar een eerdere fase van de cyclus. Bron: Trimbos-instituut/CBO, 2008

Het richtlijntraject begint met het instellen van een werkgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van beroepsverenigingen, patiënten- en familieorganisaties en kennisinstellingen zoals het Trimbos-instituut en het CBO. Op basis van een *inventarisatie en analyse van knelpunten* in de dagelijkse zorgpraktijk formuleert de werkgroep *uitgangsvragen*, waarop de richtlijn een antwoord zou moeten geven. De uitgangsvragen vormen het vertrekpunt voor de volgende fase, het *literatuuronderzoek*. Hierbij wordt op systematische wijze gezocht in de wetenschappelijke literatuur naar het best beschikbare bewijsmateriaal dat een antwoord geeft op een bepaalde uitgangsvraag. Relevante artikelen worden beoordeeld op de 'hardheid' van de bewijskracht van de onderzoeksresultaten. Voor uitgangsvragen waarvoor onvoldoende 'hard' wetenschappelijk bewijs beschikbaar is, zullen aanbevelingen meer gebaseerd zijn op de mening en ervaring van experts. Op basis van deze *evidence based* informatie, schrijft de werkgroep een *concepttekst* van de richtlijn. Het Trimbos-instituut en het CBO hanteren een standaardformat voor richtlijnteksten, zodat deze uniform geschreven worden. Dit is als volgt opgebouwd:

- Uitgangsvraag
- Samenvatting van de literatuur
- Conclusie(s) met niveau van bewijs en vermelding van geclassificeerde studies
- Overige overwegingen
- Aanbeveling(en)
- Literatuur

Voordat de richtlijn definitief is, vindt er een *commentaarfase* plaats, waarbij reacties gegeven kunnen worden op de inhoud door leden van de betrokken organisaties, maar ook door andere geïnteresseerden. De werkgroep beoordeelt en verwerkt vervolgens de reacties en stelt een definitieve versie van de richtlijn vast. Deze wordt in de *autorisatiefase* voor procedurele toetsing en formele vaststelling voorgelegd aan de besturen van de betrokken verenigingen. Na autorisatie wordt de richtlijn van kracht en geldt dan als leidraad voor het professionele handelen voor alle leden van de beroepsvereniging.

2.2.1 Herzieningen en levende richtlijnen

De ontwikkelingen binnen de zorg gaan snel, dit geldt ook voor de wetenschappelijke kennis en de praktijkkennis. Het is daarom belangrijk om de actualiteit van richtlijnen te bewaken. Het is gebruikelijk om richtlijnen elke vijf jaar te herzien. Wanneer een richtlijn exact moet worden herzien, hangt af van het onderwerp en de ontwikkelingen die plaatsvinden. In een richtlijn behoort aangegeven te zijn wanneer herziening en/of aanvulling zal plaatsvinden. Er bestaan verschillende redenen om tot een (gedeeltelijke) herziening van een richtlijn over te gaan, zoals:

- het commentaar van zorgverleners op de richtlijn;
- gegevens uit visitatie, metingen met indicatoren of andere registraties;
- uitbreiding of inkrimping van de afbakening van de richtlijn: bijvoorbeeld nieuwe belangrijke knelpunten in de zorgverlening of het verdwijnen van de noodzaak over een bepaald aspect aanbevelingen te doen;
- nog niet uitgewerkte onderwerpen van de vorige knelpuntenanalyse;

- nieuwe wetenschappelijke inzichten (vast te stellen op basis van literatuuronderzoek);
- veranderingen in de huidige praktijk;
- veranderingen in beschikbare middelen;
- veranderingen in de vergoeding van diagnostiek en behandeling.

Het actualiseren van richtlijnen op een continue basis, wordt aangeduid met het begrip 'levende richtlijnen'. Bij voorkeur wordt gezien dat richtlijnen 'leven' bij professionals, dat kennis uit richtlijnen gebruikt wordt door behandelaars en dat er terugkoppeling plaatsvindt over toepasbaarheid in de dagelijkse praktijk. Als de richtlijnen op grond hiervan op continue basis worden herzien, is er voor professionals en patiënten een steeds actueel, hanteerbaar en werkzaam beslissingsondersteunend instrument voorhanden.²

2.3 Reeds uitgegeven en in ontwikkeling zijnde multidisciplinaire richtlijnen

Tabel 1 geeft een overzicht van reeds uitgebrachte en nog te ontwikkelen multidisciplinaire richtlijnen en afgeleide producten. Uit de tabel valt af te leiden dat er inmiddels negen multidisciplinaire richtlijnen uitgegeven zijn. Twee richtlijnen zijn nog in ontwikkeling en verschijnen naar verwachting in het eerste kwartaal van 2011. Van de meeste van de reeds uitgegeven richtlijnen is tevens een samenvatting gepubliceerd. Daarnaast is van verschillende richtlijnen een patiëntenversie uitgebracht; hierin worden de conclusies en aanbevelingen uit de richtlijn samengevat en is specifieke informatie opgenomen bestemd voor patiënten en naasten. Bij een aantal richtlijnen is een landelijk basisprogramma beschreven. Een basisprogramma is een vertaling van een richtlijn naar de praktijk. Het geeft een leidraad bij het opstellen en implementeren van een regionaal zorgprogramma (welke partij doet wat?). Zoals aangegeven in Tabel 1 zijn de Multidisciplinaire richtlijnen Depressie en Angststoornissen inmiddels herzien. Ook zijn voor deze richtlijnen addenda uitgebracht specifiek voor de zorg van ouderen en/of jongeren. Van alle reeds uitgebrachte multidisciplinaire richtlijnen zijn inmiddels digitale versies beschikbaar.

Tabel 1 Overzicht van uitgebrachte en nog te publiceren multidisciplinaire richtlijnen en afgeleide producten

<i>Stoornis</i>	Herziening MDR ^a	Eerste versie MDR	Addendum	Samenvatting	Clïëntversie	Landelijk basisprogramma
Angststoornissen	2010	2003	2008: Ouderen	2005	2005	2005
Depressie	2010	2005	2009: Jeugd 2008: Ouderen	2005	2005	2005
Schizofrenie	2010	2005	-	2005	2008	-
Stoornissen in het gebruik van alcohol	-	2009	-	2009	-	-
Familiaal huiselijk geweld	-	2009	-	-	-	-
Persoonlijkheidsstoornissen	-	2008	-	2008	-	-
Vroegtijdige psychosociale interventies na rampen, terrorisme en andere schokkende gebeurtenissen	-	2007	-	Opgenomen in richtlijn	Opgenomen in richtlijn	-
Eetstoornissen	-	2006	-	-	-	2006
ADHD bij kinderen en jeugdigen	-	2005	-	2007	2007	2007
Somatoforme klachten en stoornissen	-	Verwacht eerste kwartaal 2011	-	-	-	-
Suïcidaal gedrag	-	Verwacht Eerste kwartaal 2011	-	-	-	-

MDR: multidisciplinaire richtlijn

^a De herzieningen van de MDR Angststoornissen, MDR Depressie en MDR Schizofrenie zijn niet meer in volledige boekvorm verschenen.

2.4 Verspreiding en implementatie van multidisciplinaire richtlijnen

2.4.1 Verspreiding

Wanneer een multidisciplinaire richtlijn is vastgesteld start de landelijke verspreiding. In Tabel 2 wordt een overzicht gegeven van de aantallen multidisciplinaire richtlijnen en afgeleide producten die via de webwinkel van het Trimbos-instituut verkocht zijn in de periode 2004-2009.

Tabel 2 Het aantal verkochte multidisciplinaire richtlijnen en afgeleide producten via www.trimbos.nl in de periode 2004-2009

Stoornis	Product en Publicatiejaar	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Totaal aantal t/m 2009
Angst	MDR 1 ^{ste} versie 2003	511	540	428	243	134	112	1968
	Samenvatting 2005		504	247	218	92	68	3778
	Cliëntversie 2005		212	310	80	41	20	663
Depressie	MDR 1 ^{ste} versie 2005		1212	608	264	122	136	2342
	Samenvatting 2005		3908	475	163	83	75	4704
	Cliëntversie 2005		238	262	98	37	19	654
Schizofrenie	MDR 1 ^{ste} versie 2005		645	1475	139	78	45	2382
	Samenvatting 2005		1584	336	131	118	87	2256
	Cliëntversie 2008					164	21	185
ADHD bij kinderen en jeugdigen	MDR 1 ^{ste} versie 2005		1243	1390	212	122	70	3037
	Samenvatting 2007				111	21	541	673
	Cliëntversie 2007					64	20	84
Eetstoornissen	MDR 1 ^{ste} versie 2006			807	153	153	130	1243
Persoonlijkheidsstoornissen	MDR 1 ^{ste} versie 2008					1124	357	1481
Stoornissen in het gebruik van alcohol	MDR 1 ^{ste} versie 2009						153	153
	Samenvatting 2009						89	89

MDR: multidisciplinaire richtlijn

Richtlijnen worden hoofdzakelijk via de webwinkel afgenomen (direct online besteld of via mail, telefoon, fax of post). Daarnaast worden ze ook op congressen verkocht en uitgedeeld en verspreiden de samenstellers ze vaak in hun eigen netwerk. De afnemers zijn voornamelijk GGZ-instellingen; zij bestellen de richtlijnen vaak voor hun personeel. Professionals in de GGZ bestellen zelf ook exemplaren. Sinds 2007 is het ook mogelijk om richtlijnen in te zien op de website www.ggz-richtlijnen.nl. Verder zijn de richtlijnen ook te downloaden op de site van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) (www.nvvp.net/publicaties/richtlijnen) en het CBO (www.cbo.nl/thema/Richtlijnen/

Overzicht-richtlijnen/Geestelijke gezondheidszorg). Er zijn geen cijfers bekend over hoe vaak de richtlijnen de afgelopen jaren zijn gedownload.

2.4.2 Belemmerende factoren bij implementatie

Een richtlijn wordt ontwikkeld om uiteindelijk gebruikt te worden in de praktijk. Het invoeren van de richtlijn is daarom een belangrijke volgende stap als de richtlijn gepubliceerd is. Gedurende de ontwikkeling van de richtlijn wordt idealiter al gekeken hoe de richtlijn uiteindelijk optimaal geïmplementeerd kan worden.³ Zo wordt er een analyse gemaakt van knelpunten die zorgverleners in de dagelijkse praktijk ervaren en werken er tijdens het gehele richtlijnproces ervaringsdeskundigen en experts mee. Bij het formuleren van aanbevelingen wordt, in de paragraaf 'overige overwegingen', aandacht besteed aan mogelijke belemmerende factoren bij het invoeren van die aanbeveling in de praktijk. Aan het einde van de richtlijnontwikkeling vindt een landelijke commentaarfase plaats.

Desondanks zijn er aanwijzingen dat de multidisciplinaire richtlijnen in de praktijk nog onvoldoende worden gebruikt.⁶ Er bestaan verschillende factoren die het toepassen van richtlijnen kunnen belemmeren. Deze hebben te maken met:^{2,6-9}

- *Kenmerken van multidisciplinaire richtlijnen*, waaronder bijvoorbeeld:
 - De richtlijnen zijn vaak zeer uitgebreid en daardoor moeilijk te hanteren.
 - Het van mening zijn dat de richtlijnen teveel gebaseerd zijn op bevindingen uit *gerandomiseerde gecontroleerde trials* (RCT's) en dat praktijkkennis van hulpverleners en ervaringskennis van patiënten en hun omgeving te weinig aan bod komen.
- *Factoren gerelateerd aan de hulpverlener*, waaronder bijvoorbeeld:
 - Het ervaren van een tekort in vaardigheden of het hebben van te weinig tijd om de richtlijn te kunnen uitvoeren.
- *Factoren gerelateerd aan de patiënt*, waaronder bijvoorbeeld:
 - De weerstand van sommige patiënten tegen een behandeling volgens richtlijnen.
 - Richtlijnen zijn niet altijd goed toepasbaar voor specifieke groepen, zoals ouderen, kinderen, allochtonen of mensen met complexe, meervoudige problematiek.
- *Sociale omgevingsfactoren*, waaronder bijvoorbeeld:
 - Professionals ervaren niet altijd steun voor het gebruik van richtlijnen vanuit hun beroepsgroepen, van hun collega's, van hun leidinggevende, of van hun management.
- *Organisatorische factoren*, waaronder bijvoorbeeld:
 - Onvoldoende draagvlak of het ontbreken van helder beleid binnen een organisatie of praktijk ten aanzien van richtlijngebruik.
- *Maatschappelijke factoren*, waaronder bijvoorbeeld:
 - Het van mening zijn dat opgelegde normen door zorgverzekeraars vanuit economische motieven een negatief effect hebben op de toepassing van richtlijnen.

2.4.3 Methodes om de toepassing van richtlijnen te bevorderen

Er bestaan diverse effectieve methoden die ingezet kunnen worden om het gebruik van richtlijnen te bevorderen, waaronder:¹⁰

- *Passieve vormen van educatie (informerende, conferenties)*. Hoewel nuttig als eerste stap, moeten deze meestal worden aangevuld met interactieve vormen waarin de doelgroep actief aan de slag gaat met de voorgestelde verandering om deze in en aan te passen aan de eigen situatie.
- *Feedback*. Dit wordt vaak toegepast in kwaliteitsverbetering. Feedback kan niet als enige strategie worden gebruikt, maar zou wel cruciaal zijn om deelnemers aan te zetten tot verbeteringen.¹⁰
- *Inzet van consulenten (outreach visitors, facilitators) voor face-to-face instructie of ondersteuning op de werkplek*. Dit moeten personen zijn die goed getraind en geprepareerd zijn en respect afdwingen bij de doelgroep. Inzet van consulenten zou een werkzaam middel zijn, maar kostbaar.
- *Praktische hulpmiddelen*. Voorbeelden zijn ICT ondersteuning en het maken van aantrekkelijke en praktische samenvattingen, en het opnemen van uitgewerkte stroomschema's in de richtlijn (zoals bijvoorbeeld gedaan is in de herziene versie van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie). Bij de herzieningen van de Multidisciplinaire richtlijnen Angststoornissen, Depressie en Schizofrenie is het gangbaar geworden om van de herziene tekst een samenvattingskaartje te maken, die een praktisch en beknopt overzicht geeft van de richtlijnaanbevelingen.

Een andere, strak gestructureerde methode om nieuwe werkwijzen te implementeren is de zogenaamde *doorbraakmethode*. De afgelopen jaren zijn er in de GGZ verschillende landelijke doorbraakprojecten uitgevoerd, onder meer om het gebruik van richtlijnaanbevelingen te stimuleren. In het volgende hoofdstuk wordt stilgestaan bij de werkwijze van de doorbraakmethode en worden de opbrengsten van de uitgevoerde doorbraakprojecten in kaart gebracht en geëvalueerd.

Referenties

1. Ministerie van VWS (2009). *Beleidsagenda 2010*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
2. Grol R., Wensing M. (2006). *Implementatie: Effectieve verbetering van de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
3. Offringa M., Assendelft W.J.J., Scholten R.J.P.M. (2008). *Inleiding in evidence based medicine*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
4. Fischer E., Hagemeijer A., Meeuwissen J. (2008). *Evidence-based richtlijnontwikkeling in een digitale werkomgeving Handleiding voor GGZ-richtlijnen*. Utrecht: Trimbos-instituut/CBO.
5. Van Everdingen J.J.E., Burgers J.S., Assendelft W.J.J., Swinkels J.A. (2004). *Evidence-based richtlijnontwikkeling: een leidraad voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
6. Sinnema H., Franx G., Van 't Land H. (2009). *Tendrapportage GGZ 2009. Deel 3: Kwaliteit en effectiviteit. Multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ 2009*. Utrecht: Trimbos-instituut.
7. Hutschemaekers G. (2010). *Wetten in de weg en praktische bezwaren, inaugurele rede*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
8. Brils P. (2005). Wat is de mening van hulpverleners in de ambulante GFGZ over richtlijnen en protocollen. *NVMA Vereniging voor Zorgadministratie en Informatie*, 122, 30-35.
9. Smolders M., Laurant M., Duin D., et al. (2006). Werken met richtlijnen: beïnvloedende factoren bij het handelen volgens de multidisciplinaire richtlijnen angststoornissen en depressie. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 61, 1018-1030.
10. Grol R., Grimshaw J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *The Lancet*, 362, 1225-1230.

3 Implementatie van kennis: de impact van doorbraakprojecten in de GGZ

3.1 Inleiding

De overheid heeft de afgelopen jaren met kwaliteitsprogramma's fors ingezet om de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) verder te verbeteren. Dit hoofdstuk behandelt landelijk uitgevoerde kwaliteitsprojecten, waarbij gebruik is gemaakt van de zogenoemde *doorbraakmethode* als manier om verbeteringen te implementeren in de zorgpraktijk. De doorbraakmethode is een veel gebruikte strategie voor kwaliteitsverbetering en wordt sinds 2004 ook in de GGZ toegepast.¹ Nu de eerste reeks van in totaal veertien doorbraakprojecten in de GGZ is uitgevoerd, is het zinvol stil te staan bij de opbrengsten van de projecten en de geleerde lessen te verzamelen. De focus van zes doorbraakprojecten betrof de implementatie - het invoeren - van onderdelen van (multidisciplinaire) richtlijnen; acht projecten richtten zich op de implementatie van aspecten van goede zorg voor mensen die langdurig afhankelijk zijn van zorg.

De belangrijkste vraag die in dit hoofdstuk wordt geprobeerd te beantwoorden is in hoeverre de doorbraakmethode helpt bij de implementatie van de best beschikbare kennis in de GGZ. Daartoe wordt achtereenvolgens:

- ingegaan op de doorbraakmethode en de belangrijkste veranderkundige principes die hieraan ten grondslag liggen (paragraaf 3.2);
- ingegaan op de toepassing van doorbraakmethode in de GGZ (paragraaf 3.3);
- een overzicht gegeven van de resultaten van de veertien landelijke doorbraakprojecten in de GGZ (paragrafen 3.4 tot en met 3.6);

Ten slotte worden in paragraaf 3.7 de opbrengsten van de doorbraakmethode in de GGZ beschouwd en worden aanbevelingen gedaan voor het gebruik van de methode in de toekomst.

3.2 De doorbraakmethode

De doorbraakmethode is een strak gestructureerde methode waarin teams van zorgverleners samenwerken aan verbeteringen in de zorg voor groepen cliënten. De te realiseren verbeteringen zijn zoveel mogelijk gebaseerd op bestaande *evidence* en voorbeelden van goede zorg. Deelnemende teams worden gestimuleerd verbeteringen in hun eigen situatie toe te passen. De kloof tussen wat de beschikbare *evidence* aangeeft als goede zorg en de feitelijke praktijk bepaalt vaak het onderwerp van een doorbraakproject. De doorbraakmethode bestaat uit een model voor gefaseerde invoering van veranderingen en het bijhouden van de mate waarin het lukt de beoogde

verbeteringen te realiseren. Teams krijgen handreikingen om zoveel mogelijk hun eigen veranderproces te regisseren en worden daarbij begeleid door experts.

De doorbraakmethode is vooral gebaseerd op het werk van Rogers en van Deming.^{2,3} Rogers verklaart aan de hand van vijf kenmerken waarom de ene innovatie zich sneller verspreidt dan de andere. De kenmerken zijn: relatief voordeel, inpasbaarheid, complexiteit, testbaarheid en zichtbaarheid. Een vernieuwing die de gebruiker veel voordelen biedt, past bij de bestaande werkwijze, niet al te moeilijk uitvoerbaar is, zich makkelijk laat testen en zichtbare resultaten oplevert, implementeert makkelijker dan een vernieuwing die deze kenmerken niet of in mindere mate heeft. In doorbraakprojecten wordt geprobeerd zoveel mogelijk aan deze eisen te voldoen. Teams worden gemotiveerd de vernieuwing in de eigen situatie toe te passen en te testen. Resultaten van inspanningen worden zoveel mogelijk met behulp van metingen zichtbaar gemaakt. Rogers benadrukt dat een vernieuwing zich nooit in één keer over een doelgroep verspreidt. Dit proces gaat geleidelijk, de vernieuwing wordt via sleutelfiguren binnen het netwerk van de doelgroep overgedragen. Dat leidt tot de inmiddels alom gebruikte indeling van groepen gebruikers: de voorlopers (2,5% van de totale groep), de vroege *adopters* (13,5%), een vroege meerderheid (34%), een late meerderheid (34%), de achterblijvers (13,5%) en de weigeraars (2,5%). De verspreiding verloopt grofweg van de ene groep naar de volgende. De theorie van Rogers impliceert bijvoorbeeld dat je de inspanningen in het begin van de verspreiding van een vernieuwing vooral op de groep vroege *adopters* moet richten. Zij zijn gemotiveerd om een vernieuwing uit te proberen. De rol van experts (voorlopers) is de vroege *adopters* te motiveren mee te doen en de vroege adopters verspreiden de vernieuwing verder naar de volgende groep.

Deming ontwikkelde de PDCA cyclus. PDCA staat voor *Plan* (plan maken), *Do* (testen van de verandering op kleine schaal), *Check* (bestuderen van resultaten) en *Act* (bijstellen en herhalen van verandering). De PDCA is ontworpen in het kader van kwaliteitsmanagement om kennis op te doen over het effect van een verandering op basis van kortcyclisch werken, herhaald meten en testen. De kracht van de methode is het cyclische karakter die het lerend vermogen van een organisatie stimuleert.

Langley en collega's hebben het PDCA model gecombineerd met de concepten van Rogers over de verspreiding van innovaties en op basis hiervan de *doorbraakmethode* ontwikkeld.⁴ In het doorbraakmodel staat de PDCA-cyclus centraal, zij het dat Langley en collega's C van *Check* veranderden in de S van *Study* om zo aan te geven dat deze fase vooral een analysefase is waarin de eerste resultaten worden geanalyseerd. Zij vulden de cyclus verder aan met de volgende drie vragen die elk team dient te beantwoorden:

- Wat is het concrete en meetbare doel van de verandering?
- Hoe meet je dat een verandering ook een verbetering is?
- Welke veranderingen moeten we invoeren zodat dit resulteert in een verbetering?

Doelen stellen moet zoveel mogelijk volgens het 'SMART-principe' gebeuren, waarbij SMART staat voor: Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Resultaatgericht en Tijdgebonden. Werken volgens dit principe is een techniek om op een resultaatgerichte manier doelen en afspraken te formuleren. Op basis van de gekozen doelen worden vervolgens indicatoren benoemd die informatie geven over de mate waarin een doelstelling ook bereikt is. Er zijn indicatoren die informatie geven over de mate waarin processen zijn verbeterd

(bijvoorbeeld de mate waarin een bepaalde interventie toegepast wordt door zorgverleners) en indicatoren die informatie geven over de mate waarin de cliënt profiteert van de zorgverlening (bijvoorbeeld de mate van verbetering van de klachten of het sociaal functioneren van een cliënt). De doorbraakmethode richt zich op 10 tot 15 teams die al enigszins gemotiveerd zijn om de vernieuwing toe te passen, de eerder genoemde vroege *adopters*. De teams worden samengebracht voor de duur van het project, in de regel ongeveer 12 maanden. De teams worden in drie tot vijf eendaagse werkconferenties getraind in het toepassen van de vernieuwing en krijgen daarbij ondersteuning van landelijk erkende experts. De teams worden tijdens het veranderproces ondersteund door procesbegeleiders, bijvoorbeeld bij het doen van de metingen.⁵

Er is onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de doorbraakmethode. Deze evaluaties zijn hoofdzakelijk gebaseerd op doorbraakprojecten die uitgevoerd zijn in het buitenland en in de somatische gezondheidszorg. Schouten en collega's (2008) hebben een systematische review uitgevoerd van 72 studies naar de effecten van de doorbraakmethode. Zij concluderen dat doorbraakprojecten bescheiden positieve effecten hebben in de somatische zorg: *"The evidence underlying quality improvement collaboratives is positive but limited and the effects cannot be predicted with great certainty."*⁶ Øvretveit en collega's (2002) concluderen op basis van onderzoek naar de effecten van doorbraakprojecten dat de methode op sommige onderdelen sneller en meer resultaten boekt dan andere strategieën. De bewijsvoering is echter moeilijk omdat de projecten onderling lastig vergelijkbaar zijn.⁷

3.3 Toepassing van de doorbraakmethode in de GGZ

De doorbraakmethode breekt begin 2000 in Nederland door. Eerst met name in ziekenhuizen, maar vanaf 2004 gaan ook andere zorgsectoren, waaronder de GGZ, de methode toepassen. De eerste reeks van landelijke doorbraakprojecten in de GGZ kwam vooral tot stand vanuit het Trimbos-instituut. Later werden ook doorbraakprojecten georganiseerd door het Landelijk Platform GGZ, door Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en) ter ondersteuning van de eerste lijn en door GGZ-instellingen zelf.

Zoals eerder aangegeven wordt in dit hoofdstuk de eerste reeks van veertien doorbraakprojecten geëvalueerd. Daarbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen doorbraakprojecten die gericht zijn op de implementatie van (multidisciplinaire) richtlijnen voor de diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen (in totaal zes projecten) en doorbraakprojecten die gericht zijn op de implementatie van goede zorg voor mensen die langdurig afhankelijk zijn van zorg (in totaal acht projecten) (zie Tabel 1). Van de eerstgenoemde groep van doorbraakprojecten zijn drie projecten (Schizofrenie II; Angststoornissen; en Dubbele Diagnose) uitgevoerd in het kader van het Landelijke Actieprogramma Kwaliteit (LAK) in de GGZ/Verslavingszorg.^f Het doel

^f Het LAK-programma liep van 2005 tot en met 2008 en werd uitgevoerd door verschillende partijen. Zie: www.zonmw.nl/nl/onderwerpen/alle-programma-s/lak-ggz-vz/

van het LAK-programma was om concrete kwaliteitsverbeteringen in de GGZ en verslavingszorg versneld in te voeren, waarbij het accent lag op invoering van richtlijnen. Het programma werd door het Ministerie van VWS gefinancierd en door ZonMw gecoördineerd. De andere drie projecten werden gefinancierd met gelden van respectievelijk het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) (Depressie I; Schizofrenie I) en het Innovatiefonds Zorgverzekeraars (IZ) (Depressie II). Daarnaast droegen deelnemende GGZ-instellingen en eerstelijns organisaties ook zelf financieel bij aan de projecten. In het vervolg van de tekst worden de zes doorbraakprojecten die gericht zijn op de implementatie van richtlijnen aangeduid als 'de LAK/CVZ/IZ-projecten'. De acht doorbraakprojecten die gericht zijn op de implementatie van goede zorg voor langdurig zorgafhankelijke cliënten zijn uitgevoerd in het kader van het programma Zorg voor Beter (ZvB).^g Het programma ZvB beoogt de thuiszorg, ouderenzorg en langdurende GGZ te verbeteren. Ook dit landelijke kwaliteitsprogramma is geïnitieerd vanuit het Ministerie van VWS en wordt uitgevoerd onder regie van ZonMw. In het vervolg van de tekst worden de doorbraakprojecten die gericht zijn op de invoering van goede zorg voor mensen die langdurig afhankelijk zijn van zorg aangeduid als 'de ZvB-projecten'.

Tabel 1 Doorbraakprojecten uitgevoerd in de GGZ in de periode 2004-2009

LAK/CVZ/IZ-projecten		ZvB-projecten	
Doorbraakprojecten gericht op de implementatie van richtlijnen		Doorbraakprojecten gericht op de implementatie van goede zorg voor langdurig zorgafhankelijke cliënten	
Onderwerp	Uitvoering	Onderwerp	Uitvoering
Depressie I en II	2004-2006; 2006-2008	Bemoeizorg I en II	2007-2008; 2008-2009
Schizofrenie I en II	2004-2007; 2006-2008	Sociale Participatie I en II	2007-2008; 2008-2009
Angststoornissen	2006-2008	Niet alleen de geest, maar ook het lichaam I en II	2007-2009; 2008-2009
Dubbele Diagnose*	2006-2008	Herstelgerichte zorg I en II	2007-2008; 2008-2009
Totaal: 6 projecten		Totaal: 8 projecten	

* Het gelijktijdig voorkomen van psychische stoornissen en middelenmisbruik

Zoals aangegeven in Tabel 1 hadden de zes LAK/CVZ/IZ-projecten betrekking op de implementatie van onderdelen van de (multidisciplinaire) richtlijnen voor depressie, schizofrenie, angststoornissen, en dubbele diagnose. Wat betreft de invoering van de richtlijnen voor depressie en schizofrenie werden twee opeenvolgende doorbraakprojecten uitgevoerd; voor de implementatie van de overige twee richtlijnen werd één doorbraakproject uitgevoerd. Ook de acht ZvB-projecten handelden over vier onderwerpen. Dit waren respectievelijk bemoeizorg voor sociaal kwetsbare mensen, sociale participatie van mensen met langdurige psychiatrische problemen of verstandelijke

^g Het programma ZvB loopt nog steeds en wordt door Vilans en TNO-Kwaliteit van Leven uitgevoerd in samenwerking met diverse organisaties. Zie: www.zorgvoorbeter.nl

beperkingen, lichamelijke zorg voor mensen met ernstige psychiatrische problemen en herstelgerichte zorg voor cliënten die langdurig in een GGZ-instelling verblijven. Met betrekking tot elk onderwerp werden twee opeenvolgende doorbraakprojecten uitgevoerd.

In de volgende paragrafen worden opbrengsten van de veertien doorbraakprojecten besproken. Achtereenvolgens wordt ingegaan op de resultaten van de LAK/CVZ/IZ-projecten (paragraaf 3.4), de resultaten van de ZvB-projecten (paragraaf 3.5), en de resultaten van activiteiten gericht op het borgen en verspreiden van de behaalde veranderingen (paragraaf 3.6).

3.4 Resultaten LAK/CVZ/IZ-projecten

Deze paragraaf behandelt de opbrengsten van de zes LAK/CVZ/IZ-doorbraakprojecten. In alle projecten zijn algemene verbeteracties in gang gezet die behoren tot de standaard doorbraakmethode (zie ook paragraaf 3.2), waaronder:

- Toepassen PDSA cyclus, waaronder een plan maken, SMART doelen stellen, een set van indicatoren samenstellen om resultaten te volgen;
- Een training voor lokale team coördinatoren over de doorbraakmethode en het verzamelen van gegevens;
- Drie tot vijf conferentiedagen voor alle deelnemende teams;
- Locatie bezoeken door experts;
- Telefonisch contact tussen experts en teams;
- Schriftelijke feedback over voortgangsrapportages en meetgegevens;
- Een virtuele omgeving voor de uitwisseling van *best practices*;
- Een toolkit van instrumenten en behandelprotocollen en links naar relevante sites;
- Een tweedaagse training voor professionals over het oplossen van problemen;
- Een projectstructuur met een expertgroep en de deelnemende teams.

Naast deze algemene verbeteracties zijn per project specifieke verbeteracties uitgevoerd op grond van voorstudies naar de 'kloof' tussen huidige en wenselijke zorg. Hieronder wordt per project kort ingegaan op de toegepaste specifieke verbeteracties.

Vooraf werden in elk doorbraakproject meetbare (SMART) doelen geformuleerd die betrekking hadden op de speerpunten van het project. Daarbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen *procesdoelen*, doelen gericht op het verbeteren van bepaalde zorgprocessen (bv. het tijdig afnemen van een diagnostisch instrument), en *uitkomst-doelen*, doelen gericht op het verbeteren van uitkomsten van cliënten (bv. ernst van de klachten; functioneren). Voor het meten van de doelen werd door deelnemende teams zoveel mogelijk gebruik gemaakt van gevalideerde vragenlijsten.

Hieronder wordt per onderwerp (d.w.z. implementatie van richtlijnaanbevelingen voor depressie, angststoornissen, schizofrenie en dubbele diagnose) ingegaan op de aanleiding, doelen en resultaten van de LAK/CVZ/IZ-doorbraakprojecten. Voor de leesbaarheid is er voor gekozen om de belangrijkste resultaten van de doorbraakprojecten

beknopt te beschrijven; de resultaten worden per project gedetailleerd gepresenteerd in tabellen in de bijlage. Naast de gemeten resultaten met betrekking tot de meer kwantitatieve resultaten zijn ook andere resultaten van de doorbraakprojecten in kaart gebracht. Dat zijn resultaten, gebaseerd op observatie van projectmedewerkers, die lastig in maat of getal zijn uit te drukken, maar relevant zijn om te vermelden omdat ze betekenis geven aan het veranderproces binnen de deelnemende teams. Voor het verzamelen van gegevens is gebruik gemaakt van rapporten en publicaties van de afzonderlijke doorbraakprojecten.⁸⁻¹¹ Daarnaast is aan alle betrokken projectleiders gevraagd te reageren op de in de tabellen samengevatte resultaten en hun commentaar is zoveel mogelijk verwerkt.

Opgemerkt dient te worden dat de drie doorbraakprojecten die zijn uitgevoerd in het kader van het LAK-programma (Schizofrenie II, Angststoornissen, Dubbele Diagnose) eerder geëvalueerd zijn door IQ Healthcare (Scientific Institute for Quality of Healthcare).¹⁶ De evaluatie was vooral gericht op de mate van doelrealisering binnen de projecten en op de structuur van het LAK-programma. Er zijn geen grote verschillen gevonden in de door ons geraadpleegde projectrapportages en het rapport van IQ Healthcare.

3.4.1 Depressie I en II

Aanleiding

Depressie komt veel voor. De meeste mensen met een depressie die hulp zoeken worden behandeld in de huisartsenpraktijk. Uit een voorstudie naar de kloof tussen huidige en wenselijke zorg aan mensen met een depressie kwamen verschillende knelpunten naar voren:

- overbehandeling met antidepressiva van mensen met niet-ernstige depressie in de eerste lijn;
- onderbehandeling van mensen met een ernstige depressie door wachttijden en gebrek aan tempo in de behandeling;
- ontbreken van monitoring van klachtenbeloop en evaluatie van de behandeling;
- gebrekkige psycho-educatie voor cliënten.

Deze knelpunten vormden het referentiekader voor de doelstellingen van de doorbraakprojecten Depressie I en II.⁹

Doelen en specifieke verbeteracties

In de doorbraakprojecten is gewerkt aan de implementatie van (de eerste versie van de) Multidisciplinaire richtlijn Depressie¹⁷ en de NHG-Standaard Depressieve stoornis.¹⁸ Er is daarbij via verbeteracties voornamelijk ingezet om teams te laten werken volgens het *stepped care* model.¹⁹⁻²² Kenmerkend voor *stepped care* is de keuze, in samenspraak met de cliënt, voor de lichtste behandeling die gezien het klinisch beeld verantwoord is. Het beloop van de depressie wordt systematisch gemeten en geëvalueerd (monitoring) en bij onvoldoende behandel-effect wordt in overleg met de cliënt overgegaan op een meer intensieve behandeling. Overeenkomstig het uitgangspunt van *stepped care* werd in de doorbraakprojecten gekozen voor de volgende twee *procesdoelen*:

- de meerderheid van de cliënten met een niet-ernstige (lichte) depressie worden allereerst behandeld met een eerste stap interventie gericht op het vergroten van inzicht in depressie en het vermogen om te gaan met problemen;
- alle cliënten met een ernstige depressie worden binnen een maand behandeld met een depressiespecifieke behandeling, te weten psychotherapie en/of antidepressiva.

Daarnaast werd in Depressie II ook nog gekozen voor het *procesdoel* om het beloop van de depressieve klachten bij ten minste 80% van de cliënten te monitoren. Het *uitkomst-doel* was in beide projecten dat ten minste 80% van de cliënten na zes maanden behandeling opgeknapt was.

Deelnemers

In Depressie I deden negen multidisciplinaire teams gedurende het hele project mee. De teams bestonden ten minste uit een huisarts, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV), een psychotherapeut/psycholoog en een psychiater. In totaal deden ongeveer 80 hulpverleners mee en werden ruim 300 cliënten met een depressie bereikt. In het aansluitende doorbraakproject Depressie II namen dertien multidisciplinaire teams deel^h, in totaal bestaand uit ongeveer 100 hulpverleners. In dit project werden circa 550 cliënten met een depressie bereikt.

Resultaten met betrekking tot de doelstellingen

De resultaten van de twee doorbraakprojecten worden hier beknopt beschreven. Voor een gedetailleerde beschrijving van de resultaten wordt verwezen naar de bijlage (Tabellen 1 en 2). In beide projecten lukte het de teams gedurende het project de *stepped care* principes toe te passen. In Depressie I ontvangt tijdens de verbeterperiode gemiddeld 78% van de cliënten met een niet-ernstige depressie een eerste stap interventie; in Depressie II ook gemiddeld 78%. Het gemiddelde percentage cliënten met een ernstige depressie dat binnen een maand een depressiespecifieke behandeling krijgt bedroeg 66% in Depressie I en 57% Depressie II. Opgemerkt moet wel worden dat de behaalde percentages over het algemeen lager zijn dan vooraf beoogd. Interessant is dat in Depressie I nog een vergelijking gemaakt is met de geboden zorg voor het doorbraakproject. Deze vergelijking wijst erop dat het percentage cliënten met een lichte depressie dat een eerste stap interventie ontving substantieel toegenomen was gedurende de verbeterperiode ten opzichte van de situatie daarvoor, terwijl tegelijkertijd het percentage cliënten dat antidepressiva als eerste behandeling kreeg substantieel daalde.

Het monitoren van het beloop van de depressieve klachten lukte minder goed, zoals blijkt uit de resultaten van Depressie II. Hoewel de ernst van de klachten goed werd gemeten bij de start van de behandeling, werden systematische vervolgmetingen slechts bij een minderheid van de cliënten uitgevoerd.

Doordat het systematisch meten van het klachtenbeloop niet goed verliep, is het onduidelijk of het beoogde *uitkomstdoel* behaald is in de twee doorbraakprojecten. Het

^h Aan Depressie II deden meer teams mee; de voor dit onderzoek geselecteerde 13 teams richtten zich op verbetering van diagnostiek en behandeling.

enige wat gezegd kan worden is dat van de cliënten van wie meetgegevens voorhanden waren ruim 40% opgeknapt was na zes maanden behandeling.

Andere resultaten

In de eindrapportages van de twee doorbraakprojecten wordt aangegeven dat de samenwerking tussen hulpverleners in de eerste lijn en tussen eerste- en tweedelijns GGZ verbeterd is. Verder geven huisartsen aan dat hun diagnostische vaardigheden verbeterd zijn, door te leren differentiëren tussen niet-ernstige en ernstige depressies. De teams zijn zich bewuster van bestaande knelpunten (zoals wachttijden, het niet toepassen van monitoring, het ontbreken van multidisciplinair overleg) en van de mogelijkheden om die zelf en met elkaar op te lossen. Een andere belangrijke verandering is het consequenter gebruiken van meetgegevens om het zorgproces aan te passen. Sommige teams in Depressie II geven aan dat ze meer dan voorheen een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor depressiezorg in de regio ervaren. De participatie van cliënten in de projectorganisatie werd gewaardeerd.

3.4.2 Angststoornissen

Aanleiding

Een angststoornis is een veel voorkomende psychische aandoening. Behandeling vindt dikwijls plaats in de eerste lijn. Wat betreft de zorg voor mensen met een angststoornis bestaan grotendeels dezelfde knelpunten als in de depressiezorg: er is sprake van onderdiagnostiek en -behandeling, medicamenteuze overbehandeling, gebrekkige monitoring van het klachtenbeloop en matige psycho-educatie voor cliënten.²³

Doelen en specifieke verbeteracties

Het doorbraakproject was gericht op de implementatie van de Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen²⁴ en de NHG-Standaard Angststoornissen.²⁵ Net als in de doorbraakprojecten Depressie I en II werd aan de hand van specifieke verbeteracties met name gewerkt aan de invoering van de *stepped care* benadering.¹⁹⁻²² Daarnaast werd ook sterk ingezet op het verbeteren van de vroegtijdige herkenning en diagnostiek van angststoornissen. Drie *procesdoelen* hadden betrekking op dit laatstgenoemde speerpunt:

- het maandelijks screenen van cliënten bij wie een angststoornis vermoed wordt;
- het binnen zes weken opnieuw afnemen van het instrument bij 80% van de cliënten met een verhoogde score;
- het binnen twee weken nagaan of er sprake is van een diagnose angststoornis bij 80% van de cliënten met een duidelijk verhoogde score.

Andere gekozen *procesdoelen* waren dat ten minste 90% van de cliënten met een diagnose angststoornis binnen twee weken psycho-educatie zou krijgen; en dat bij ten minste 80% van de cliënten met een angststoornis het beloop van de angstklachten gemonitord zou worden tijdens behandeling. Daarnaast werden diverse *uitkomstdoelen* geformuleerd die betrekking hadden op beoogde percentages cliënten die na een bepaalde periode van behandeling opgeknapt zouden moeten zijn.

Deelnemers

In het doorbraakproject hebben 11 teams gedurende het hele traject deelgenomen; zeven eerstelijnssteams en vier tweedelijnssteams. Een eerstelijnssteam bestond in ieder geval uit een huisarts met daarnaast meestal een eerstelijns- of GZ-psycholoog, een SPV en een maatschappelijk werkende. Een tweedelijnssteam bestond ten minste uit een SPV en een GZ-psycholoog met daarnaast meestal een psychiater, psychotherapeut en manager. In totaal hebben ongeveer 120 hulpverleners deelgenomen. Wat betreft de doelstellingen omtrent het verbeteren van herkenning en diagnostiek werden circa 680 cliënten bereikt; wat betreft de doelstelling omtrent het verbeteren van behandeling en monitoring was het bereik ongeveer 470 cliënten met een diagnose angststoornis.

Resultaten met betrekking tot de doelstellingen

De resultaten van het doorbraakproject worden hier beknopt besproken. In de bijlage (Tabel 3) is een gedetailleerde beschrijving van de resultaten te vinden.

Het project laat diverse verbeterde zorgprocessen zien. Het lukte de deelnemende teams om geregeld te screenen op de aanwezigheid van angstklachten. Herafname van het screeningsinstrument bij cliënten met een verhoogde score kwam echter niet goed van de grond. Bij de meerderheid van de cliënten met een duidelijke verhoogde score (62-77%) vond binnen twee weken nadere diagnostiek plaats. Ook ontvingen de meeste cliënten bij wie een angststoornis gediagnosticeerd was (59-74%) psycho-educatie. Aangetekend dient te worden dat de behaalde percentages lager waren dan vooraf beoogd, en het hoogst waren halverwege de verbeterperiode (zie Tabel 3).

Net als in het doorbraakproject Depressie II werd het procesdoel met betrekking tot monitoring duidelijk niet behaald. Hoewel de ernst van de angstklachten bij de meeste cliënten in het begin van de behandeling gemeten werd, werden slechts bij een kleine minderheid systematische vervolgmetingen uitgevoerd. Hierdoor is het niet mogelijk uitspraken te doen over het wel of niet behalen van de *uitkomstdoelen* met betrekking tot de mate van herstel van cliënten.

Andere resultaten

In de eindrapportage wordt vermeld dat deelnemers enthousiast zijn over het gebruik van het screeningsinstrument (4 DKL). Het instrument gaf hen goede informatie om met de cliënt in gesprek te komen over mogelijke problemen. Teams gaven aan dat de samenwerking tussen de hulpverleners is verbeterd. Er was meer duidelijkheid over wie wat doet in de diagnostiek en behandeling. Hierdoor werden patiënten sneller naar de juiste hulpverlener verwezen en kreeg men vaker een adequate behandeling.

3.4.3 Schizofrenie I en II

Aanleiding

Uit de voorstudie blijkt een substantiële kloof tussen bestaande kennis en de praktijk. De Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie geeft aanbevelingen over toe te passen effectieve interventies en de organisatie van goede zorg.²⁶ Desondanks worden beschikbare

interventies in het algemeen onvoldoende en niet tijdig toegepast. Goed functionerende zorgketens blijken in de praktijk een probleem. Het voorkómen van terugval blijkt moeilijk en hulpverleners zijn onvoldoende proactief om cliënten te attenderen op voor hen relevant zorgaanbod.²⁷

Doelen en specifieke verbeteracties

De doorbraakprojecten waren gericht op de implementatie van de Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie. Via verbeteracties werd vooral ingezet op het toepassen van effectieve interventies, het verbeteren van de continuïteit van de zorg en het monitoren van het klachtenbeloop en het niveau van sociaal functioneren. Als *procesdoel* is in de twee projecten gekozen voor het actueel houden van de zorgplannen van alle cliënten. Gekozen *uitkomstdoelen* waren een verlaging van het aantal terugvallen bij langdurige cliënten met 30% en een duidelijk verbeterd sociaal functioneren van cliënten. Daarnaast werd in Schizofrenie I ook gekozen voor het uitkomstdoel om het aantal cliënten dat (volledig of deels) hersteld was met 30% te doen toe nemen. Dit doel had alleen betrekking op cliënten die een eerste psychose doormaakten, oftewel eerste-episode cliënten.

Deelnemers

Twintig multidisciplinaire teams participeerden in Schizofrenie I. De teams kwamen uit 18 verschillende GGZ instellingen en bestonden doorgaans uit een psychiater, psycholoog, verpleegkundige, woonbegeleider, trajectbegeleider en een ervaringsdeskundige. In totaal deden circa 160 hulpverleners en ervaringsdeskundigen mee en werden ongeveer 1090 cliënten met schizofrenie bereikt. Aan het aansluitende project Schizofrenie II namen 10 multidisciplinaire teams gedurende het hele traject deel, in totaal bestaande uit ongeveer 110 hulpverleners en ervaringsdeskundigen. In dit project werden circa 600 cliënten met schizofrenie bereikt.

Resultaten met betrekking tot de doelstellingen

De resultaten van de twee doorbraakprojecten worden hier bondig beschreven. Tabellen 4 en 5 in de bijlage presenteren de resultaten gedetailleerd.

In beide projecten lukte het de teams om gedurende de verbeterperiode het percentage cliënten met een actueel en volledig zorgplan flink te verhogen. Aan het eind van de verbeterperiode van Schizofrenie I was 42% van de zorgplannen actueel en compleet; voor Schizofrenie II was dit 55%. Opgemerkt moet worden dat het ambitieuze streefpercentage van 100% niet behaald werd.

Het is opvallend dat het in beide projecten de hulpverleners lukte om zowel de ernst van de symptomen als het sociaal functioneren te monitoren. In de doorbraakprojecten Depressie I en II en Angststoornissen kwam monitoring juist niet goed van de grond. Op basis van de uitgevoerde systematische metingen kunnen uitspraken gedaan worden over de *uitkomstdoelen*. In beide projecten bleek het percentage langdurige cliënten dat een terugval doormaakte niet te zijn afgenomen gedurende de verbeterperiode, hoewel gemiddeld genomen de ernst van hun symptomen wel behoorlijk verminderde. Daarentegen nam in Schizofrenie I het aantal eerste-episode cliënten dat herstelde substantieel

toe tijdens het project. Ook op het gebied van sociaal functioneren werden positieve resultaten behaald. In Schizofrenie I is het sociaal functioneren bij 41% van de cliënten substantieel verbeterd; in Schizofrenie II was dit 21%.

Andere resultaten

In de eindrapportages van beide doorbraakprojecten worden over het algemeen overeenkomstige resultaten genoemd. Alle teams gaven aan meer geprotocolleerd en meer methodisch te werken. De nadruk op monitoring van cliënten en het gebruik van effectieve interventies hielp hen het werk goed te doen. Tabel 2 laat zien dat de toepassing van *evidence based* interventies gedurende de projecten duidelijk verbeterde.

Alle teams waren van mening dat de zorg was verbeterd. Ze zagen cliënten frequenter, de wens van de cliënt stond centraler, cliënten waren meer tevreden en functioneerden beter. De samenwerking in de keten en binnen de organisatie werd ook als een belangrijke verbetering genoemd. Teams waardeerden het werken volgens aanbevelingen van de richtlijn als een bindend middel in de organisatie, men werkte effectiever samen en had meer contact met hulpverleners van verschillende teams. De kennis over goede zorg was beter voorhanden waardoor er meer conform de richtlijn gewerkt werd. De teams uit Schizofrenie II benadrukten de steun van het management.

Tabel 2 Toepassing van *evidence based* interventies aan het begin en het eind van de verbeterperiodes van de doorbraakprojecten Schizofrenie I en II. De cijfers van de twee projecten zijn tezamen genomen.

	Interventie beschikbaar		Protocol beschikbaar		Toepassing protocol	
	Begin	Eind	Begin	Eind	Begin	Eind
(F)ACT	23 %	60%	17%	53%	7%	40%
CGT	70%	83%	33%	60%	3%	10%
PE	70%	90%	23%	70%	7%	33%
GI	43%	60%	10%	27%	0%	10%
IPS	20%	53%	13%	40%	3%	10%
Fth	90%	93%	60%	70%	43%	53%

Bron: Van Duijn e.a., 2010²⁸

Deelnemende teams konden kiezen uit het toepassen van verschillende effectieve interventies. (F)ACT;; CGT: cognitieve gedragstherapie; PE: psycho-educatie; IPO: individual placement en support; GI: gezinsinterventie; Fth: farmacotherapie.

3.4.4 Dubbele diagnose

Aanleiding

In 2003 is voor de diagnostiek en behandeling van cliënten met een dubbele diagnose, oftewel cliënten met zowel een psychische stoornis als verslavingsproblematiek, de richtlijn Dubbele Diagnose opgesteld.²⁹ Uit een voorstudie naar het gebruik van de

richtlijn bleek dat deze positief was ontvangen door de veldpartijen maar vrijwel nergens stelselmatig werd nageleefd.⁸ In de praktijk is nauwelijks sprake van geïntegreerde behandeling (gelijktijdige aandacht voor psychopathologie en middelenmisbruik). Ook schieten de screening en diagnostiek van dubbele diagnose problemen tekort. De doorverwijzing van cliënten aan de 'voordeur' van de GGZ verloopt niet optimaal. Er is weinig samenwerking tussen de GGZ en verslavingszorg waardoor cliënten tussen wal en schip dreigen te vallen.

Doelen en specifieke verbeteracties

In het doorbraakproject is gewerkt aan de implementatie van de richtlijn Dubbele Diagnose. Door middel van verbeteracties is vooral ingezet op (1) de verbetering van vroegtijdige herkenning en diagnostiek van middelengebruik, (2) het stimuleren van het toepassen van geïntegreerde behandeling, en (3) het monitoren van het middelengebruik en de ervaren kwaliteit van leven. Met betrekking tot het eerstgenoemde speerpunt werden twee *procesdoelen* geformuleerd: het binnen vier weken na het eerste behandelcontact (a) screenen en (b) diagnosticeren van alle nieuwe cliënten. Met nieuwe cliënten werden de cliënten bedoeld die sinds het begin van het project bij de deelnemende teams in beeld waren gekomen. Ook met betrekking tot het tweede speerpunt werd gekozen voor twee *procesdoelen*: het binnen 12 weken opstellen van een geïntegreerd behandelplan voor alle nieuwe cliënten, en het bieden van geïntegreerde behandeling aan alle nieuwe cliënten. De gekozen procesdoelen bij het derde speerpunt waren dat bij ten minste 90% van de nieuwe cliënten het middelengebruik gemonitord werd; en bij alle nieuwe cliënten de ervaren kwaliteit van leven. Er werd in het project één *uitkomstdoel* geformuleerd, namelijk dat bij ten minste driekwart van de nieuwe cliënten de ervaren kwaliteit van leven substantieel verbeterd is aan het eind van de verbeterperiode.

Deelnemers

Zeven multidisciplinaire teams hebben in het doorbraakproject geparticipeerd, voornamelijk Assertive Community Treatment (ACT)-teams van GGZ-instellingen.ⁱ Zowel ambulante als klinische teams deden mee; in de regel waren teams samengesteld uit verpleegkundigen, psychologen en psychiaters. Hoewel bij aanvang van het project het voornemen was om in te zetten op teams waarbij de samenwerking tussen GGZ en verslavingszorg al (formeel) tot stand was gekomen, was dit maar bij één team het geval. De teams begeleidten in totaal ongeveer 320 cliënten met een dubbele diagnose, waaronder ruim 50 nieuwe cliënten.

Resultaten met betrekking tot de doelstellingen

Hieronder volgt een beknopte beschrijving van de resultaten van het project; de resultaten staan gedetailleerd beschreven in de bijlage (Tabel 6).

i ACT is een bewezen effectieve behandelvorm waarbij op een proactieve en *out-reachende* wijze in multidisciplinair teamverband intensieve zorg (behandeling, begeleiding en rehabilitatie) wordt geboden aan cliënten met ernstige psychiatrische problemen

Er zijn bescheiden verbeteringen in een aantal zorgprocessen voor nieuwe cliënten te zien, soms vooral wanneer een vergelijking gemaakt wordt met de resultaten bij de cliënten die al langer in zorg waren (zie bijlage, Tabel 6). Hoewel het ambitieuze streefpercentage van 100% duidelijk niet haalbaar bleek, werd gedurende de verbeterperiode een deel van de nieuwe cliënten (23-36%) binnen vier weken gescreend op middelengebruik. Het binnen een maand uitvoeren van diagnostiek van middelengebruik lukte alleen bij een kleiner aantal nieuwe cliënten. Ofschoon duidelijk weer niet het beoogde percentage van 100% behaald werd, was halverwege (47%) en aan het eind (37%) van de verbeterperiode voor een substantieel deel van de nieuwe cliënten binnen 12 weken een geïntegreerd behandelpun opgesteld. Het geven van geïntegreerde behandeling aan nieuwe cliënten kwam daarentegen niet goed van de grond. De procesdoelen met betrekking tot monitoring werden ook duidelijk niet behaald. Het middelengebruik en de ervaren kwaliteit van leven werd in eerste instantie nog bij een beperkt deel van de nieuwe cliënten gemeten, maar vervolgmetingen werden slechts bij kleine percentages cliënten uitgevoerd. Ook het uitkomstdoel bleek niet haalbaar: aan het eind van het project is slechts bij een klein percentage van de nieuwe cliënten de ervaren kwaliteit van leven substantieel verbeterd.

Andere resultaten

In de eindrapportage wordt aangegeven dat de teams tevreden waren over de behaalde resultaten. Met name de deskundigheid ten aanzien van dubbele diagnose problematiek was naar de mening van de teams aanzienlijk verbeterd. Tevens was men vertrouwd geraakt met de interventies vanuit de 'toolkit Dubbele diagnose' en konden de teams deze steeds effectiever toepassen. Ook hadden hulpverleners meer aandacht voor screening en diagnostiek van dubbele diagnose problemen en waren ze beter in staat om geïntegreerde behandeling te bieden aan hun cliënten. Naar aanleiding van dit project is door enkele GGZ-instellingen en het Trimbos-instituut het Landelijk Expertisecentrum Dubbele Diagnose (LEDD) opgericht. Het expertisecentrum wil instellingen verder helpen door actuele informatie te geven over de hulpverlening aan cliënten met een dubbele diagnose. Het kenniscentrum biedt expertise in de vorm van training, opleiding, instrumenten en begeleiding bij implementatie.

3.5 Resultaten ZvB-projecten

In deze paragraaf wordt per onderwerp ingegaan op de opbrengsten van de acht ZvB-doorbraakprojecten. Zoals eerder beschreven richtten deze projecten zich op een viertal onderwerpen: bemoeizorg voor sociaal kwetsbare mensen, sociale participatie van mensen met langdurige psychiatrische problemen of verstandelijke beperkingen, lichamelijke zorg voor mensen met ernstige psychiatrische problemen, en herstelgerichte zorg voor cliënten die langdurig in een GGZ-instelling verblijven. Voor elk onderwerp werden twee opeenvolgende doorbraakprojecten uitgevoerd, waarbij de leerervaringen van het eerste project werden meegenomen in het tweede, aansluitende project.

Derhalve worden per onderwerp de *overall* resultaten van de twee doorbraakprojecten besproken.

De ZvB-doorbraakprojecten kenden een grotendeels vergelijkbare werkwijze als de LAK/CVZ/IZ-doorbraakprojecten: er werden algemene verbeteracties in gang gezet die behoren tot de standaard doorbraakmethode, alsook specifieke verbeteracties op basis van voorstudies naar de kloof tussen kennis en praktijk (zie begin paragraaf 3.4). Zoals eerder aangegeven was een duidelijk verschil het ontbreken van (multidisciplinaire) richtlijnen of andere 'harde' referentiekaders met aanbevelingen over de best mogelijke zorg. Een ander verschil met de LAK/CVZ/IZ-doorbraakprojecten is dat de doelen in de ZvB-projecten veelal *uitkomstdoelen* betroffen en 'open' (d.w.z. niet SMART) geformuleerd waren. Er werd bijvoorbeeld gestreefd naar 'verbetering van het sociaal functioneren van cliënten', zonder daarbij vooraf aan te geven in welke mate en bij hoeveel cliënten.

Voor het in kaart brengen van de resultaten is gebruik gemaakt van rapporten en publicaties van de afzonderlijke projecten.¹²⁻¹⁵ De in tabellen samengevatte resultaten zijn voorgelegd aan alle betrokken projectleiders.

3.5.1 Bemoeizorg I en II

Aanleiding

Bemoeizorg is een assertieve, *outreaching* vorm van hulpverlening die niet op geleide van een vrijwillige, individuele hulpvraag geboden wordt. Het gaat over moeilijke en complexe probleemsituaties van sociaal kwetsbare mensen die zelf niet om hulp vragen, ook wel 'zorgwekkende zorgvermijders' genoemd. Meestal is het iemand uit de omgeving die melding maakt van verwaarlozing, overlast of andere zorgwekkende problemen. De beschikbare bemoeizorg en betrokken diensten verschillen per regio. Uit een voorstudie en een speciale studiedag kwamen verschillende belangrijke knelpunten omtrent bemoeizorg naar voren, waaronder een gebrekkige continuïteit van zorg en het onvoldoende methodisch en professioneel handelen.¹⁵

Doelen en specifieke verbeteracties

Aan de hand van specifieke verbeteracties werd in de projecten vooral ingezet op het verbeteren van de continuïteit van zorg (o.a. door verbetering van contact met cliënten en verbetering van samenwerking tussen betrokken instanties en voorzieningen) en het verbeteren van het methodisch en professioneel handelen van hulpverleners. Verder werden hulpverleners gestimuleerd het sociaal functioneren en (de ernst van) problemen op belangrijke levensgebieden (o.a. sociaal functioneren, gezondheid, wonen) van cliënten te monitoren met gevalideerde meetinstrumenten. Er werd gekozen voor twee *uitkomstdoelen*: het verbeteren van het sociaal functioneren van cliënten en het verminderen van hun problemen op belangrijke levensgebieden.

Deelnemers

In totaal hebben 25 teams gedurende het hele traject aan de twee projecten deelgenomen. Er deden verschillende teams mee, zoals bemoeizorgteams van Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's), ACT-teams van GGZ- en verlavingszorginstellingen, en teams die zijn samengesteld uit hulpverleners van verschillende instellingen zoals GGZ, RIBW, verslavingszorg, GGD en maatschappelijk werk. De teams behandelden uiteenlopende cliëntgroepen (o.a. cliënten met psychiatrische problemen, verslavingen of sociale problemen); waarbij het per team ging om ongeveer 30 tot 50 cliënten. In totaal werden bij ongeveer 800 cliënten beginmetingen uitgevoerd; voor circa 560 cliënten (ongeveer 70%) waren ook eindmetingen beschikbaar.

Resultaten met betrekking tot de doelstellingen

Hieronder volgt een beknopte beschrijving van de *overall* resultaten van de twee projecten; een gedetailleerde beschrijving is te vinden in de bijlage (Tabel 7).

Om na te gaan in welke mate de twee *uitkomstdoelen* bereikt waren, zijn de beschikbare metingen aan het begin en einde van de verbeterperiode met elkaar vergeleken. Hieruit bleek dat overeenkomstig de eerste doelstelling het sociaal functioneren van cliënten gemiddeld genomen verbeterde. In percentages uitgedrukt liet ongeveer de helft van de cliënten een verbetering van het sociaal functioneren zien, bijna 30% een verslechterd functioneren, en ongeveer 20% een stabiel functioneren. Wat betreft de tweede doelstelling is een soortgelijk beeld te zien: ongeveer de helft van de cliënten gaf aan op minder levensgebieden (ernstige) problemen te ervaren, circa 30% ervoeren juist problemen op meer levensgebieden, en volgens ongeveer 20% waren er geen veranderingen op dit gebied. Hoewel in de projecten de monitoring relatief goed verliep, dient opgemerkt te worden dat deze bevindingen betrekking hadden op het deel van de bereikte cliënten voor wie een begin- en eindmeting beschikbaar was (ongeveer 70%).

Andere resultaten

De teams waardeerden het methodische karakter van het verbeterproces. Zij gaven aan inzicht te hebben gekregen in het eigen zorgproces en door de uitwisseling met andere teams kennis en ervaring te hebben opgedaan. De samenwerking in het team (teamcohesie) werd hierdoor versterkt. Het eindrapport sluit af met de opmerking: *"De belangrijkste conclusie is dat het traject 25 teams een enorme push heeft gegeven om systematischer te werken, evidence- en practice-based interventies in te voeren en ook in de toekomst van elkaar gebruik te maken om de bemoeizorg te verbeteren. Helaas is er nog geen vervolg op deze twee verbeter rondes, dit terwijl er meer dan 80 bemoeizorg teams in Nederland zijn."*

3.5.2 Herstelgerichte zorg I en II

Aanleiding

Deze projecten waren erop gericht om cliënten die langdurig in een GGZ-instelling verblijven door middel van herstelgerichte zorg te voorzien van nieuwe perspectieven en weer grip te geven op hun eigen leven.¹⁴ Uit onderzoek is bekend dat de aan hun

geboden zorg voor verbetering vatbaar is.³⁰ Een kwart van de chronische cliënten heeft volgens hun hulpverleners meer hulp nodig dan dat ze krijgen.³¹ Principes van herstel en rehabilitatie zijn niet op grote schaal aanwezig op klinische verblijfafdelingen. Veel cliënten op verblijfafdelingen hebben niet veel te doen; ze slijten hun dagen vaak in ledigheid in de rookkamer of voor de televisie.³²

Doelen en specifieke verbeteracties

Via verbeteracties is door de deelnemende teams vooral geïnvesteerd in visievorming, informatieverschaffing en deskundigheidsbevordering omtrent herstel en herstelgerichte zorg. Als *procesdoel* werd gekozen voor het faciliteren van de persoonlijke herstelprocessen van cliënten. Om te meten of deze doelstelling bereikt werd is gebruik gemaakt van een uitgebreid instrument waarmee een indicatie kan worden verkregen van de mate van herstelgerichte zorg. De gegevens hiervoor werden hoofdzakelijk verzameld via interviews met cliënten, hulpverleners en managers. Als *uitkomstdoel* werd gekozen voor het versterken van het zelfvertrouwen van cliënten; het al dan niet bereiken van dit doel werd gemeten met een korte vragenlijst.

Deelnemers

In totaal hebben 30 teams, afkomstig uit 19 verschillende GGZ-instellingen, tijdens het hele traject meegedaan aan de twee projecten. Vooral klinische verblijfafdelingen deden mee; daarnaast participeerden ook een aantal beschermende woonvormen, resocialisatieafdelingen en een opnameafdeling.

Resultaten met betrekking tot de doelstellingen

Hier worden de *overall* resultaten van de twee projecten beknopt beschreven. In de bijlage (Tabel 8) is een meer gedetailleerde beschrijving te vinden.

Om te bepalen of de beoogde doelstellingen behaald waren, zijn metingen aan het begin en einde van de verbeterperiode met elkaar vergeleken. Hieruit blijkt dat het de teams lukte om meer te gaan werken volgens de principes van herstelgerichte zorg. Er werd bijvoorbeeld duidelijk meer rekening gehouden met de wensen en ideeën van cliënten (bv. met betrekking tot hun leefomgeving en de gang van zaken op de afdeling) en er is duidelijk meer persoonlijke aandacht voor cliënten. Het *uitkomstdoel* is daarentegen niet behaald: het zelfvertrouwen van cliënten is gelijk gebleven.^j

Andere resultaten

Uit de voortgangsrapportages van de teams komt naar voren dat ze gedurende het verbetertraject serieus en enthousiast gewerkt hebben aan betere zorg voor langdurig zorgafhankelijke cliënten. De teams hebben een breed scala aan concrete verbeteracties uitgevoerd, variërend van het aanstellen van een ervaringsdeskundige tot het slopen van een verpleegpost. Door de projecten heeft er bij veel hulpverleners een attitudever-

j Deze bevinding is gebaseerd op gegevens van Herstelgerichte zorg II omdat de vragenlijst voor het meten van zelfvertrouwen alleen in het tweede project bij een behoorlijk aantal cliënten afgenomen.

andering plaatsgevonden die meer overeenkomt met de principes van herstelgerichte zorg.³²

3.5.3 Niet alleen de geest, maar ook het lichaam I en II

Aanleiding

Uit onderzoek is bekend dat cliënten met ernstige psychische aandoeningen dikwijls een slechte lichamelijke gezondheid hebben en vroegtijdig sterven.¹² Redenen hiervoor zijn onder meer de nadelige lichamelijke gevolgen van voorgeschreven psychofarmaca en de ongezonde leefstijl die veel cliënten met ernstige psychische stoornissen er op na houden. Lichamelijke problemen worden vaak niet of pas in een (te) laat stadium door cliënten zelf, hun naasten en GGZ-hulpverleners herkend. Bovendien verloopt de samenwerking binnen de GGZ en tussen de GGZ en de somatische zorg niet altijd optimaal, waardoor na het signaleren van lichamelijke klachten geen adequate zorg of begeleiding volgt.

Doelen en specifieke verbeteracties

In de projecten werd via verbeteracties ingezet op het vergroten van de betrokkenheid en de kennis over lichamelijke gezondheid en gezonde leefstijl bij cliënten en hulpverleners; het verbeteren van de herkenning van lichamelijke symptomen en klachten; en het verbeteren van de somatische zorg door het stimuleren van samenwerking binnen en buiten de GGZ. Als *procesdoel* werd gekozen voor een verbetering van de somatische zorg voor cliënten; beoogd werd dit te meten aan de hand van de verandering in het percentage cliënten dat bepaalde zorg ontvangt (bv. lichamelijke screening; lichamenlijk behandeladvies). Als *uitkomstdoel* werd gekozen voor een verbetering van de lichamelijke gezondheid van cliënten; beoogd werd dit te meten middels veranderingen in lichamelijke indicatoren (gewicht, buikomvang, en bloeddruk) en leefstijlindicatoren (roken; alcoholgebruik; drugsgebruik; mate van beweging).

Deelnemers

In totaal hebben 24 multidisciplinaire teams, afkomstig uit 17 verschillende GGZ-instellingen, gedurende het hele traject geparticipeerd. Er deed een breed scala aan teams mee, zoals RIBW's, ambulante en/of (poli)klinische afdelingen. De teams behandelden verschillende cliëntgroepen met psychiatrische problemen, waaronder volwassenen, ouderen, cliënten met verslavingsproblematiek, cliënten met verworven hersenletsel en cliënten met een verstandelijke beperking.

Resultaten met betrekking tot de doelstellingen

Hier wordt alleen beknopt ingegaan op de *overall* resultaten van de twee opeenvolgende projecten; een gedetailleerde beschrijving van de resultaten is te vinden in de bijlage (Tabel 9).

Tijdens het traject is voor globaal tussen de 200 en 300 cliënten geregistreerd of bepaalde vormen van lichamelijke zorg gegeven zijn.¹² Op basis van deze gegevens lijkt

het de teams redelijk gelukt te zijn lichamelijke zorgprocessen toe te passen. Bij meer dan de helft van de cliënten werd bijvoorbeeld lichamelijke screening uitgevoerd (57%), de uitslag besproken (62%), en de lichamelijke gezondheid en zorg opgenomen in het behandelplan (57%). Echter, aangezien er weinig vervolgmetingen beschikbaar waren kan geen uitspraak gedaan worden of en in welke mate het beoogde *procesdoel*, het verbeteren van lichamelijke zorg, bereikt is. Met betrekking tot het ambitieuze *uitkomstdoel* verbetering van lichamelijke gezondheid geldt hetzelfde. Het lukte de hulpverleners om voor behoorlijke aantallen cliënten het gewicht, de buikomvang, en de bloeddruk te bepalen, alsook hun leefstijl; het lukte echter niet voldoende vervolgmetingen uit te voeren om valide uitspraken te doen over veranderingen in deze lichamelijke en leefstijl indicatoren.

Andere resultaten

De teams rapporteerden over scholing van cliënten en hulpverleners over lichamelijke klachten en ziekten en het herkennen daarvan, het opzetten van een systeem voor signalering en screening van lichamelijke problemen en het in gebruik nemen van richtlijnen en protocollen omtrent lichamelijke gezondheid. Er werd gemeld dat er sprake is van een gunstige verandering in de attitude en gedrag van de hulpverleners. Men is zich meer bewust van het belang om de lichamelijke gezondheid van cliënten in de gaten te houden. De bewustwording bij cliënten over gezond gedrag is enigszins op gang gekomen, maar dat vraagt nog meer inspanningen. In het eindrapport staat als conclusie: *"In de teams is hard gewerkt en er zijn veel verbeteringen gerealiseerd. Veel van deze verbeteringen hebben te maken met bewustwording en kennis op het gebied van somatische comorbiditeit."*

3.5.4 Sociale participatie I en II

Aanleiding

Veel mensen met langdurige psychiatrische problemen of verstandelijke beperkingen verkeren in een maatschappelijk en sociaal isolement.^{13;33} Dit, terwijl hun wensen op het gebied van sociale contacten in de regel niet verschillen van die van de gemiddelde burger. De begeleiding vanuit de GGZ en de verstandelijke gehandicaptenzorg bij het aangaan van sociale contacten is echter nog niet goed ontwikkeld. Over het algemeen ligt in de praktijk veel nadruk op zorgaspecten (o.a. regulering, medicatiebeleid) en krijgen wensen van cliënten op het gebied van sociale contacten, relaties en het (weer) oppakken van sociale rollen veel minder aandacht.

Doelen en specifieke verbeteracties

In de projecten is middels verbeteracties vooral ingezet op een betere, individuele ondersteuning en begeleiding vanuit instellingen bij de sociale participatie van cliënten, het betrekken van familieleden, en het verbeteren van de samenwerking tussen betrokken instellingen. Er is gekozen voor twee *uitkomstdoelen*: het verbeteren van het sociale netwerk van cliënten en het verminderen van eenzaamheidsgevoelens van

cliënten. Er werden aan het begin en eind van de verbeterperiode zowel kwantitatieve als kwalitatieve meetinstrumenten afgenomen om te bepalen of deze doelstellingen bereikt werden, waaronder het schrijven van individuele verhalen door cliënten over hun sociaal netwerk.

Deelnemers

Er hebben in totaal 28 teams, afkomstig uit 26 instellingen, gedurende het hele traject deelgenomen. In het eerste project deden voornamelijk teams uit de GGZ mee; in het aansluitende, tweede project vooral teams uit de verstandelijke gehandicaptenzorg (VGZ). De teams vertegenwoordigden uiteenlopende afdelingen en subgebieden uit de twee zorgsectoren. De GGZ-teams waren onder meer gericht op langdurige klinische zorg, ambulante langdurige begeleiding, geriatrische zorg, jeugdhulpverlening; de VGZ-teams waren onder andere gericht op de begeleiding van mensen met epilepsie en mensen met zowel verstandelijke als autistische beperkingen. Over het algemeen bestonden de teams uit vijf tot tien personen, doorgaans hulpverleners uit verschillende disciplines van één of twee afdelingen van een instelling. In totaal werden bij bijna 350 cliënten beginmetingen uitgevoerd en bij circa 200 hiervan (ongeveer 60%) is ook een tweede meting gedaan.

Resultaten met betrekking tot de doelstellingen

Hieronder worden de *overall* resultaten van de twee projecten beknopt beschreven. Voor een gedetailleerde beschrijving van de resultaten wordt verwezen naar de bijlage (Tabel 10).

Om na te gaan of de beoogde *uitkomstdoelen* bereikt werden, zijn de metingen aan het begin en einde van het traject met elkaar vergeleken. Opgemerkt moet worden dat dit voor ongeveer 60% van de bereikte cliënten gedaan kon worden. Wat betreft beide doelstellingen werden bescheiden positieve resultaten bereikt. Zowel de persoonlijke verhalen als de meer kwantitatieve cijfers gaven aan dat bij een behoorlijk aantal cliënten het sociale netwerk verbeterde en de gevoelens van eenzaamheid verminderden. Zo werd bijvoorbeeld gevonden dat bijna 40% van de cliënten er gedurende de verbeterperiode één of meer netwerkleden bij gekregen heeft. Bij ruim een kwart van de cliënten verminderde het aantal netwerkleden juist; en bij 35% bleef het aantal gelijk. Wat betreft ervaren eenzaamheidsgevoelens gaf bijna 30% van de cliënten aan dat deze verminderd waren; circa 10% ervaarde juist meer eenzaamheid; en ongeveer 60% ervaarde geen verandering. Verder steeg het percentage cliënten zonder eenzaamheidsgevoelens van 19 naar 27%, en daalde het percentage cliënten dat sterk tot zeer sterke eenzaamheidsgevoelens had van 24 naar 15%.

Andere resultaten

De teams hebben geleerd, zo blijkt uit de eindrapportage, beter te letten op en meer aandacht te geven aan de sociale wensen van cliënten.¹³ Begeleiders zijn attenter geworden op signalen van cliënten over hun sociale netwerk en de betekenis daarvan. Het onderwerp sociale participatie is bij een meerderheid van de teams een vast onder-

deel van de begeleiding geworden. Ook de introductie van de instrumenten is van waarde gebleken. Veel teams gaven aan (bepaalde) instrumenten blijvend te willen gebruiken in hun begeleiding van cliënten. Ten slotte wordt aangegeven dat het oog hebben voor en samenwerken met instellingen en personen in de omgeving van de cliënt zichtbaar toegenomen is.

3.6 Borging en verspreiding van resultaten

Borgen en verspreiden van de veranderingen binnen en buiten de deelnemende organisaties maken geen vast onderdeel uit van de doorbraakmethode. Daarom is hier binnen het LAK-programma in een apart project aandacht aan besteed. In dit zogenoemde project LAK-Borging zijn gedurende een jaar activiteiten uitgevoerd bedoeld om de resultaten en inzichten van de doorbraakprojecten Angststoornissen, Schizofrenie II en Dubbele diagnose in de deelnemende instellingen te borgen en ook landelijk te verspreiden.^{16;34} In subparagraaf 3.6.1 worden de resultaten van het project Borging beschreven. Wat betreft de ZvB-projecten is er geen apart traject opgezet dat gericht is op borging en verspreiding van de opgedane inzichten, waardoor het onduidelijk is in welke mate dit plaatsgevonden heeft. Subparagraaf 3.6.2 geeft een impressie van de borgings- en verspreidingsactiviteiten die tijdens de projecten zijn ondernomen.

3.6.1 Resultaten project LAK-Borging

Borgen

De resultaten met betrekking tot borging van de verbeteringen zijn verkregen op basis van zelfrapportages en dienen met enige voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

Het overgrote deel van de teams heeft aangegeven dat sinds het doorbraakproject de bereikte resultaten van de laatste metingen behouden zijn. Vier op de tien teams geeft aan dat de resultaten verder verbeterd zijn ten opzichte van de laatste metingen. Teams hebben op eigen kracht verdere verbeteringen doorgevoerd. Hoewel bij de meeste teams het meten nog een lastig punt blijft, geeft 40% van de teams aan door te zijn blijven gaan met het meten van resultaten. Er is tijdens het project Borging een nieuw *webbased* instrument geïntroduceerd om het meten voor de teams te vergemakkelijken.^k Immers, vele teams hadden ten tijde van de uitvoering van de doorbraakprojecten aangegeven moeite te hebben met het meten. Dit instrument is GGZ-instellingen en eerstelijns organisaties aangeboden tegen geringe vergoeding. Inmiddels wordt het instrument bij enkele eerstelijns organisaties gebruikt. De GGZ-instellingen wilden er echter geen gebruik van maken. Men vond het instrument teveel een *stand alone* oplossing. Daarnaast zijn veel GGZ-instellingen bezig met het opzetten van *routine outcome monitoring* (ROM) systemen op het niveau van de gehele organisatie.

k Digitale monitor ontwikkeld door het Trimbos-instituut (2009)

Verspreiden

Over het algemeen is de verspreiding van het ontwikkelde materiaal goed gelukt. Bijna 70% van de teams heeft de nieuwe werkwijze weten te verspreiden naar een ander team binnen en ook buiten de eigen organisatie. Met de installatie van de website 'verbeterdezorg' (zie daarvoor www.trimbos.nl) werden interventies, instrumenten, checklists en waardevolle tips ter beschikking gesteld aan GGZ-instellingen en eerste lijns organisaties. De website bleek een goede keuze voor de verspreiding van de vernieuwingen. Er werd (en wordt) ruim 400 keer per maand van de website gebruik gemaakt. Ook de training voor projectleiders over 'verbeteren' bleek in een behoefte te voorzien. Een ander positief punt was de organisatie van een over het internet te volgen videoconferentie over de aanpak van angststoornissen in de eerste lijn. Er was veel belangstelling voor de videoconferentie (circa 400 mensen deden mee).³⁵ Vele partners, zoals beroepsverenigingen, kenniscentra, en ROS'en, zijn betrokken geweest bij onderdelen van de activiteiten. Op deze manier zijn de resultaten en nieuwe inzichten op grote schaal verspreid onder de professionals van de GGZ-instellingen en de eerste lijn. Er zijn *best practices* ontstaan in twee instellingen. GGZ Noord-Holland-Noord en de Geestgronden hebben de nieuwe werkwijzen op het gebied van schizofrenie en dubbele diagnose instellingsbreed geïmplementeerd. Verder hebben de Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en) ter ondersteuning van de eerste lijn in het zuiden van het land de doorbraakprojecten Angststoornissen en Depressie met ondersteuning van de verzekeraars in ongeveer 70 nieuwe eerste lijns teams ingevoerd. De teams kunnen inmiddels hun metingen digitaal invoeren, zodat het eenvoudiger is te monitoren en na te gaan in hoeverre beoogde doelstellingen behaald worden.

3.6.2 ZvB-projecten

In de projecten Bemoeizorg I en II werd aandacht besteed aan borging tijdens een bijeenkomst met managers en tijdens de terugkombijeenkomst. Teams meldden dat ze de instrumenten blijven gebruiken en de metingen blijven doen. Een publicatie over het project is aangeboden aan een vaktijdschrift.

In de projecten Herstelgerichte zorg I en II zijn door een aantal teams intern studiedagen georganiseerd over de projectresultaten. Er is een handreiking gemaakt met de gebruikte instrumenten en methoden, die verkrijgbaar is op de websites van Vilans en het Trimbos-instituut. Er is gepubliceerd over het project in een vakblad.³²

In de eindrapportage van de projecten Niet alleen de geest, maar ook het lichaam I en II wordt gemeld dat veel verbeteringen vastgelegd worden in routines. Afspraken en formuleren zijn opgenomen in procedures en in het elektronisch patiëntendossier (EPD). Verder is er aandacht voor de projecten gevraagd op studiedagen en conferenties. Andere teams van de instellingen nemen deel aan een vergelijkbaar doorbraakproject dat voortbordurt op de behaalde resultaten.

Tijdens een terugkombijeenkomst meldt de helft van de teams die hebben meegedaan aan de projecten Sociale participatie I en II voort te gaan op de ingeslagen weg. Er is veel werk gemaakt van de verspreiding van het ideeëngoed. Zo zijn er dvd's gemaakt (o.a. met een voorbeeldgesprek voor het in kaart brengen van het sociale netwerk van

een cliënt), nieuwsbrieven, folders, en een handreiking met de gebruikte instrumenten en methoden. De handreiking is te downloaden via de websites van Vilans en het Trimbos- instituut. Over het project is gepubliceerd in een vaktijdschrift.³³

3.7 Samenvatting en beschouwing

In dit hoofdstuk is ingegaan op de principes van de doorbraakmethode en zijn de opbrengsten van landelijke doorbraakprojecten die de afgelopen jaren zijn uitgevoerd in de GGZ in kaart gebracht. Doorbraakprojecten vragen van vele betrokkenen tijd en geld. Dus is de vraag terecht in hoeverre de doorbraakmethode helpt bij de toepassing van goede kennis in de praktijk van de GGZ. Om deze vraag te beantwoorden worden in de volgende paragraaf de in kaart gebrachte resultaten tegen het licht gehouden en worden de verschillende uitkomsten bediscussieerd. In de afsluitende paragraaf worden ten slotte conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan voor de toekomstige generatie kwaliteitstrajecten.

3.7.1 De impact van de doorbraakmethode in de GGZ

Zorgprocessen verbeteren

Over het algemeen verbeterden zorgprocessen in de doorbraakprojecten. Niet allemaal even goed, maar er is een onmiskenbare positieve trend waarneembaar in vrijwel alle projecten. Het lukte de meeste teams om in de doorbraakperiode de werkwijze te verbeteren. Zo werden veel cliënten met een depressie behandeld volgens de *stepped care* werkwijze, ontvingen de meeste cliënten met een angststoornis psycho-educatie, werd bij cliënten met schizofrenie in toenemende mate gebruik gemaakt van *evidence based* interventies, werd voor een substantieel deel van de nieuwe cliënten met een dubbele diagnose een geïntegreerd behandelplan opgesteld, lukte het om bij veel sociaal kwetsbare cliënten hun functioneren en problemen systematisch te volgen met vragenlijsten, werkten hulpverleners meer volgens de principes van herstelgerichte zorg bij langdurig opgenomen cliënten, werd de lichamelijke gezondheid van een deel van de cliënten met ernstige psychiatrische problemen in kaart gebracht en hebben hulpverleners meer aandacht voor de sociale participatie van cliënten met langdurige psychiatrische problemen of verstandelijke beperking. In verschillende projecten waren cliënten betrokken bij de invoering van de veranderingen. Waar dat gebeurde werd de betrokkenheid van cliënten of ervaringsdeskundigen op prijs gesteld.

Hoewel de zorgprocessen verbeterden, waren de verbeteringen in de regel minder groot dan vooraf beoogd. Voor een deel is dit te verklaren doordat de nagestreefde procesdoelen bewust erg ambitieus geformuleerd werden door de organisatoren van de doorbraakprojecten met het idee om teams tot het uiterste te stimuleren. Echter, in veel gevallen lag de lat te hoog en was het gat tussen wens en werkelijkheid onoverbrugbaar. De vraag in hoeverre deze onrealistische doelstellingen daadwerkelijk motiverend hebben gewerkt is legitiem. Het is mogelijk dat ze de doorbraakprojecten eerder geschaad dan

goed gedaan hebben, mede omdat na afloop altijd uitgelegd moest worden waarom de beoogde (mate van) verbeteringen niet gehaald werden.

Een andere verklaring voor het achterblijven van de resultaten ten opzichte van de beoogde doelen is de beperkte beschikbare tijd. Implementeren kost veel tijd, vooral als de verandering complex is. In de beschreven doorbraakprojecten werd er veel van de deelnemende teams gevraagd. Teams werden geacht in een paar maanden een nieuwe methode (of soms set van methoden) toe te passen, terwijl het gewone werk doorging en de productiedruk toenam. Het aanleren van nieuw gedrag gaat niet vanzelf en bestaat bijvoorbeeld uit een geheel nieuwe aanpak (bv. *stepped care* benadering), uit een andere attitude naar cliënten (bv. herstelgerichte zorg), of uit een compleet nieuwe benadering voor behandeling (bv. geïntegreerde zorg bij dubbele diagnose). Tijdens de implementatie van deze vernieuwingen liepen de teams in de onderzochte projecten tegen vele belemmerende factoren op, waaronder een tekort aan kennis en vaardigheden bij hulpverleners, het niet gewend zijn om cliënten systematisch te volgen met behulp van vragenlijsten, het willen behalen van teveel doelen, een tekort aan personeel, een lage instroom van cliënten, onvoldoende financiering, en rigide organisatiestructuren. Sommige barrières waren te slechten door het team, terwijl andere barrières vroegen om ingrijpende maatregelen die niet haalbaar waren voor een kleine groep hulpverleners. Eén jaar is dan te kort om de nieuwe werkvormen goed toe te passen, wat mede kan verklaren waarom de teams maar ten dele slaagden in het bereiken van de beoogde procesdoelen. Veranderen van gedrag van professionals vraagt een lange adem, kan niet zomaar van boven gecommandeerd worden en krijg je niet voor elkaar in één enkel project. En er bestaat geen *magic bullit* om dat voor elkaar te krijgen. Dat heeft veelvuldig onderzoek naar toepassing van richtlijnen inmiddels uitgewezen.^{36,37} En ook de doorbraakmethode levert die *magic bullit* niet. Dat bewijzen de uitkomsten van doorbraakprojecten in de somatische zorg^{6,7} en ook de veertien doorbraakprojecten in de GGZ vormen daarop geen uitzondering.

Het is onduidelijk of uitkomsten voor cliënten verbeteren

De vraag of en in welke mate cliënten hebben geprofiteerd van de verbeterde zorgprocessen is niet goed te beantwoorden. Allereerst omdat doorbraakprojecten primair gericht zijn op de implementatie van nieuwe werkwijzen en geen onderzoeksprojecten zijn. Metingen van uitkomsten op het niveau van cliënten worden verricht als bewaking van het verbeterproces en zijn geen wetenschappelijk verantwoorde effectmetingen. Daarnaast lukte het in de meeste van de geëvalueerde doorbraakprojecten hulpverleners niet om uitkomsten van cliënten op een systematische manier herhaaldelijk te meten, of lukte dit alleen bij een deel van de cliënten. Door het ontbreken van voldoende vervolgmetingen kunnen geen uitspraken gedaan worden over veranderingen van uitkomsten voor cliënten. Opgemerkt moet worden dat de meetgegevens van de projecten waar monitoring wel goed van de grond kwam suggereren dat cliënten mogelijk in bescheiden mate hebben geprofiteerd van de veranderde werkwijzen. In de doorbraakprojecten Schizofrenie I en II verbeterde bijvoorbeeld het sociaal functioneren van een deel van de cliënten.

Het valt op dat, net als bij de procesdoelen, de vooraf gekozen doelen met betrekking tot uitkomsten voor cliënten in de regel erg ambitieus geformuleerd waren in de doorbraakprojecten. Zoals eerder gezegd was dit een bewuste keuze van de organisatoren om teams extra te motiveren. Maar hoge verwachtingen ten aanzien van uitkomsten voor cliënten in doorbraakprojecten zijn niet realistisch.³⁸ Zoals gezegd zijn doorbraakprojecten immers primair gericht op het verbeteren van zorgprocessen. Als implementatie succesvol verloopt gedurende een project, is het waarschijnlijk dat daaruit resulterende verbeterde uitkomsten voor cliënten pas na langere tijd (na afloop van de verbeterperiode) zichtbaar zullen zijn. Daarbij hoeft een succesvolle implementatie niet automatisch tot betere cliënt uitkomsten te leiden. Veel van de te implementeren interventies zijn weliswaar in gecontroleerd onderzoek effectief gebleken, maar in de gewone praktijk pakt dat vaak anders uit. Hulpverleners passen de interventie niet altijd toe zoals bedoeld, cliënten komen niet opdagen, hebben andere kenmerken of volgen adviezen niet of gedeeltelijk op. Zo willen cliënten niet altijd een vragenlijst invullen, weigeren ze soms mee te doen aan voorlichting of willen per se een bepaalde behandeling. Met andere woorden, het nieuwe hulpaanbod bereikt niet altijd alle cliënten en zorgverleners wijken van de gewenste standaard af. Er staan wetten in de weg en praktische bezwaren, die het zorgverleners niet mogelijk maken om geheel conform de richtlijnen te handelen.³⁹

De veranderbereidheid van hulpverleners wordt gestimuleerd

Over het algemeen wilden veel instellingen meedoen aan de doorbraakprojecten. Aan de 14 projecten hebben in totaal ongeveer 170 teams met zorgverleners deelgenomen. Met een gemiddelde van grofweg zes hulpverleners per team betekent dat ruim 1000 hulpverleners een jaar lang bezig zijn geweest met een andere manier van kijken naar hun eigen zorgproces en met het veranderen daarvan. De teams bereikten ruim 5200 cliënten. Zoals hierboven beschreven kwamen de teams in de doorbraakprojecten in beweging en lukte het de hulpverleners zorgprocessen te verbeteren.

De onderzoeksliteratuur staat vol met voorbeelden van effectieve interventies, die in de praktijk met succes zijn beproefd, maar niet grootschalig worden toegepast.⁴⁰ Het behoeft geen betoog dat veranderprojecten weinig zin hebben wanneer na afloop van een project deelnemers weer terugvallen in het 'oude' gedrag en het dus niet lukt om de nieuwe manier van werken te blijven toepassen in het reguliere werk. 'Harde' gegevens over de mate van borging van verbeterde werkwijzen ontbreken. De eindrapportages van de projecten geven aan dat de teams veelal enthousiast deelnamen, vaak vol lof waren over de aangereikte vernieuwingen en dat ze daar in de regel ook na afloop van de verbeterperiode mee verder zijn gegaan. De resultaten van het project LAK-borging suggereren dat het na afloop van een doorbraakproject ondersteunen van borgings- en verspreidingsactiviteiten effect sorteert.

De doorbraakprojecten markeren het begin van een veranderproces. Hoewel vele instellingen wilden meedoen aan een doorbraakproject en daar gedurende een jaar tijd in wilden investeren, diende er wel op een hoog niveau 'gescoord' worden en ging tegelijkertijd het 'gewone' werk door. De gegeven tijd voor het aanleren van nieuwe

werkwijzen is (te) kort. Wellicht is er in de instellingen sprake van een “korte termijn cultuur” die aangewakkerd wordt door de korte looptijd van de doorbraakprojecten.⁴¹ In een “korte termijn cultuur” willen organisaties snel succes boeken. Een project wordt vaak al weer snel opgevolgd door een volgend project, en verandering wordt op verandering gestapeld. Het is de wens van managers snel resultaten te boeken, want het volgende probleem dient zich al aan. Echter, de veranderingen zijn vaak complex, er is nauwelijks ervaring met systematisch meten en het terugkoppelen van cliëntge-relateerde informatie. De veranderingen vereisen investeringen in tijd en middelen om hulpverleners toe te rusten. Een korte termijn houding verdraagt zich lastig met dit soort lange termijn investeringen. Deze heersende cultuur is ook geen goede voedingsbodem voor de borging van de behaalde resultaten. Juist borgen vraagt om een lange adem, om voortdurende bijscholing en training in kennis, vaardigheden en attitude om het geleerde vast te houden en verder te ontwikkelen. Het is realistisch doorbraakprojecten te beschouwen als aanjager van verandering van zorgprocessen, waarin teams leren hoe een verandering kan worden aangepakt. Het management van de instelling wordt geacht het stokje na afloop van een project over te nemen, zoals dat bij een paar projecten ook is gebeurd. Dan ontstaat een voedingsbodem voor continue verbetering (*continuous improvement*). Daarbij horen activiteiten op gebied van scholing, intervisie en innovatie en ook maatregelen op gebied van auditing en intercollegiale toetsing zodat er informatie beschikbaar komt over de mate waarin de nieuwe werkwijzen goed worden toegepast.

3.7.2 Conclusies en aanbevelingen

Doorbraakprojecten brengen hulpverleners in beweging. Hun attitudes veranderen, en werkwijzen verbeteren en worden ingevoerd. De vraag of en in hoeverre cliënten profiteren van de verbeteringen is niet goed te beantwoorden. De bereikte verbeteringen zijn over het algemeen minder groot dan vooraf beoogd. Mogelijke verklaringen hiervoor zijn onder meer de veelal erg ambitieus geformuleerde doelstellingen, de korte tijdsduur van de projecten en de “korte termijn cultuur” van de organisaties. Dit zijn in een notendop de resultaten van de doorbraakprojecten die de afgelopen jaren in de GGZ zijn uitgevoerd. Deze uitkomsten wijken niet veel af van de resultaten in doorbraakprojecten in de somatische zorg.^{7;13}

Op grond van de bevindingen van deze evaluatie kunnen een aantal aanbevelingen gedaan worden voor de toekomstige generatie kwaliteitsprojecten in de GGZ:

- Voorafgaande aan een project moeten opdrachtgevers, professionals, begeleiders en experts het met elkaar eens worden over (de verwachtingen met betrekking tot) de doelstellingen. Te ambitieuze, onrealistische doelstellingen kunnen mogelijk demotiverend werken. Procesdoelen zijn zeker niet minder waardevol dan uitkomstdoelen. Het is van groot belang focus aan te brengen en het aantal doelen te beperken.
- Een zwakke plek in de uitgevoerde doorbraakprojecten was het apart verrichten van metingen met Excel-bestanden, los van bestaande registratiesystemen. Een mogelijke oplossing hiervoor is metingen te integreren met werkprocessen met behulp van ICT. Het meten wordt op deze manier vast onderdeel van de hulpverlening. Inmiddels zijn

veel GGZ-instellingen bezig met het opzetten van ROM-systemen die systematische metingen op cliëntniveau goed mogelijk maken.

- Cliëntenparticipatie is van groot belang bij kwaliteitsprojecten. De inbreng van cliënten is waardevol en helpt om de kwaliteit te verbeteren.
- Het borgen en verder implementeren van de nieuwe werkwijzen is cruciaal. Managers spelen een belangrijke rol bij de borging en verspreiding binnen de organisatie. Vernieuwen vraagt een lange termijn visie op inhoud van de zorg en om langdurige investeringen in mensen en middelen. Instellingen die willen vernieuwen zullen daarvoor duurzaam moeten investeren in tijd, middelen en maatregelen.
- Zorgverzekeraars kunnen stimulansen geven aan de regionale en landelijke verspreiding van de vernieuwingen. In toenemende mate zullen verzekeraars vragen om een zogenoemde *business case* waarin de kosten en maatschappelijke baten van de vernieuwing voor de korte en middellange termijn inzichtelijk zijn gemaakt.

Referenties

1. Hilderink I., Vink M., Van 't Land H., Fotiadis L. (2009). *Tendrapportage GGZ 2008. Deel 3: Kwaliteit en effectiviteit*. Utrecht: Trimbos-instituut.
2. Rogers, E.M. (1963). *Diffusion of innovation*. Glencoe: Free Press.
3. Deming, W.E. (1982). *Out of the crisis*. Cambridge: MIT press.
4. Langley G.J., Nolan K.M., Nolan T.W., Norma C.L., Provost L.P. (1996). *The improvement Guide: A practical approach to enhancing organizational performance*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
5. Van Splunteren P., Van Everdingen J., Janssen S. (2001). *Doorbreken met resultaten; Verbetering van de patiëntenzorg met de doorbraakmethode*. Assen: Van Gorcum.
6. Schouten L.M.T., Hulscher M.E.J.L., Van Everdingen J.J.E., Huijsman R., Grol R.P.T.M. (2008). Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: Systematic review. *British Medical Journal*, 336, 1491-1494.
7. Øvretveit J., Bate P., Cleary P., et al. (2002). Quality collaboratives: lessons from research. *Quality Safety Health Care*, 11, 345-351.
8. Van Rooijen S. et al. (2008). *Eindverslag Dubbele Diagnose*. Utrecht: Trimbos-instituut.
9. Henkelman L., Franx G., Van Wetten H., Van Duin D., Oskam K., Van Wijngaarden B. (2006). *Eindrapportage Doorbraakproject Depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut/ De Lange J., Sinnema H., Huyser J., Franx G. (2009). *Doorbraak Depressie 2 verbetert de zorg. Rapportage in het kader van het Depressie Initiatief 2006-2008*. Utrecht: Trimbos-instituut
10. Sinnema H., Van Wetten H., Franx G. (2009). *Doorbraakproject Angst; december 2006 - mei 2008; Eindverslag*. Utrecht: Trimbos-instituut.
11. Van Wetten H., Van der Gaag M., Slooff C. (2007). *Eindrapport Doorbraakproject Schizofrenie 1*. Utrecht: Trimbos-instituut/ Van Duin D., Oud M. (2008). *Eindrapport Doorbraakproject Schizofrenie 2*. Utrecht: Trimbos-instituut.
12. Van Wamel A. et al. (2009). *Eindverslag Zorg voor Beter traject Niet alleen de geest, maar ook het lichaam*. Utrecht: Trimbos-instituut.
13. Michon H. et al. (2009). *Eindverslag Zorg voor Beter traject Sociale participatie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
14. Van Rooijen S. et al. (2009). *Eindverslag Zorg voor Beter traject Herstelgerichte Zorg voor Langverblijvers in de GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.
15. Van de Lindt S. (2009). *Eindverslag Zorg voor Beter Traject Bemoezorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
16. Versteeg M., Laurant M., Wensing M., Jacobs J. (2009). *Evaluatie van het Landelijk Actie Programma Kwaliteit GGZ/VZ; overzicht van resultaten en evaluatie*. Nijmegen: IQ Healthcare.

17. Landelijke stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
18. Van Marwijk H.W.J., Grundmeijer H.G.L.M., Bijl D., Van Gelderen M.G., De Haan M., Van Weel-Baumgarten E.M., Burgers J.S., Boukes F.S., Romeijnders A.C.M. (2003). NHG-Standaard Depressieve stoornis. Eerste herziening. *Huisarts en Wetenschap*, 46, 614-623.
19. Meeuwissen J.A.C., Donker M.C.H. (2004). Minder is meer. Stepped care in de geestelijke gezondheidszorg. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 59, 904-915.
20. Meeuwissen J.A.C., Van der Feltz-Cornelis C.M., Van Marwijk H.W.J., Rijnders P.B.M., Donker M.C.H. (2008). A stepped care programme for depression management: an uncontrolled pre-post study in primary and secondary care in The Netherlands. *International Journal of Integrated care*, 8, 1-11.
21. Meeuwissen J.A.C., Van Weeghel J. (2003). *Ontwikkeling, implementatie en evaluatie van een stepped care-programma voor depressie. Eindrapport*. Utrecht: Trimbos-instituut.
22. Meeuwissen J.A.C., Van Weeghel J. (2003). *Modulenboek bij het stepped care-programma voor depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
23. Meijer S.A., Smit F., Schoemaker C., Cuijpers P. (2006). *Gezond verstand: evidence-based preventie van psychische stoornissen*. Bilthoven/Utrecht: RIVM/Trimbos-instituut.
24. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2003). *Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen. Richtlijn voor de multidisciplinaire diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
25. Terluin B., Van Heest F.B., Van der Meer K., Neomagus G.J.H., Hekman J., Aulbers L.P.J., Starreveld J.S., Grol M.H. (2004). NHG-Standaard Angststoornissen. Eerste herziening. *Huisarts en Wetenschap*, 2004, 47, 26-37.
26. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). *Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie. Richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling van volwassen cliënten met schizofrenie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
27. Van Wetten H., Van Vugt M., Franx G., Henkelman L. (2004). *De bruikbaarheid van de Doorbraakmethode voor verspreiding van best-practices in de schizofreniezorg. Rapportage voorstudie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
28. Van Duin D., Franx G., Van Wijngaarden B., Van der Gaag M., Slooff C., Wensing M. (2010). *Quality improvement in chronic mental healthcare in the Netherlands: results of the Schizophrenia Breakthrough Collaboratives. A quality improvement report*. Submitted.
29. Posthuma T., Vos R., Kerkmeier M. (2003). *Dubbele diagnose, dubbele hulp- Richtlijnen voor diagnostiek en behandeling*. Rapport project Dubbele Diagnose

- door Verslavingszorg Parnassia, psycho-medisch centrum Den Haag.
 Uitgever: Ontwikkelcentrum Kwaliteit en Innovatie van Zorg, in opdracht van
 GGZ Nederland - project Resultaten Scoren
30. Van Wijngaarden B., Bransen M.E.M., Wennink H.J. (2001). *Een keten van lege zondagen: Tekorten in de zorg voor langdurig zorgafhankelijke patiënten in het APZ, vergeleken met een standaard*. Utrecht: Trimbos-instituut.
 31. Borgesius E., Brunenberg W. (1998). *Behoeftte aan asiel? De behoefte aan wonen en zorg van chronisch psychiatrische patiënten*. Utrecht: Trimbos-instituut/GGZ Nederland.
 32. Neijmeijer L., Van Rooijen S. (2009). Herstelgerichte zorg voor langverblijvers in de GGZ. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 64, 1080-1092.
 33. Hendriksen-Favier A., Michon H. (2009). Verbetertraject Sociale Participatie: concrete stappen in één jaar. *Tijdschrift voor Rehabilitatie*, 3, 45-55.
 34. Van Splunteren P. (2009). *Verslag resultaten LAK-borging; ZonMw rapportage*. Utrecht: Trimbos-instituut.
 35. Sinnema, H. (2009). *Webcast angststoornissen*. NedKAD/Silhouet.
 36. Grol R., Wensing M. (2001). *Implementatie: Effectieve verandering in de patiëntenzorg*. Maarssen: Elsevier.
 37. Cabana M.D., Rand C.S., Powe N.R., Wu A.W., Wilson M.H., Abboud P.A., Rubin H.R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*, 282, 1458-1465.
 38. Grol R., Grimshaw J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients care. *The Lancet*, 362, 1225-1230.
 39. Hutschemaekers G. (2010). *Wetten in de weg en praktische bezwaren, inaugurele rede*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
 40. Raad voor de Volksgezondheid en zorg (2005). *Van weten naar doen*. Rijswijk: Quantas.
 41. Øvretveit J. (2008). *Review of Research on Sustaining and Spreading Quality and Safety Improvement*. Stockholm/Den Haag: Karolinska Institute MMC/ZonMw.

Bijlage 1

Kenmerken, doelen en resultaten van de doorbraakprojecten.

In deze bijlage worden in tabelvorm de kenmerken, doelen en resultaten van de doorbraakprojecten gepresenteerd. Er wordt alleen ingegaan op landelijke doelen, dat zijn doelen die voor elk deelnemend team gelden. Lokale doelen die een individueel team zelf geformuleerd heeft worden buiten beschouwing gelaten. Wat betreft de LAK/CVZ/IZ-projecten is in de tabellen links van de kolom met specifieke doelen een kolom “algemene doelen” geplaatst. Deze algemene doelen geven aspecten van het zorgproces aan, zoals diagnostiek of behandeling, waarop de specifieke doelen betrekking hebben. De specifieke doelen van de LAK/CVZ/IZ-projecten worden in de tabellen verder gecategoriseerd in proces- en uitkomstdoelen.

De gepresenteerde gegevens zijn gebaseerd op rapporten en publicaties van de afzonderlijke projecten. Daarnaast is aan alle betrokken projectleiders gevraagd te reageren op de in de tabellen samengevatte resultaten en hun commentaar is zoveel mogelijk verwerkt.

Tabel 1 Kenmerken, doelen en resultaten doorbraakproject Depressie I

Kwaliteitsverbeterprogramma: Zorgverzekering en doelmatigheid (College voor Zorgverzekeringen)		
Uitvoering: maart 2004-maart 2006		
Deelnemers: - aantal teams en hulpverleners: 9 multidisciplinaire teams ¹; in totaal ±80 hulpverleners - aantal cliënten: 310 cliënten (waarvan 207 met niet-ernstige depressie en 98 met ernstige depressie ²)		
Toegepaste verbeteracties: - algemene verbeteracties - specifieke verbeteracties waren gericht op de invoering van het stepped care model en omvatten o.a.: - training in het onderscheid tussen ernstige en niet-ernstige depressie - deskundigheidsbevordering omtrent minimale (eerste stap) interventies - stimuleren van het aanbieden van minimale (eerste stap) interventies - training in het monitoren van de ernst van depressie met BDI		
Algemene doelen	Specifieke doelen	Resultaten
Verbetering van behandeling	<i>Procesdoelen:</i> 66% van de cliënten met niet-ernstige depressie ontvangt de eerste 6 weken van de behandeling uitsluitend minimale interventies	a) Gemiddeld % cliënten met niet-ernstige depressie dat als eerste stap een minimale interventie ontvangt: • vooraf³: 33% • tijdens⁴: 88% b) Gemiddeld % cliënten met niet-ernstige depressie dat antidepressiva ontvangt: • vooraf³: 61% • tijdens⁴: 11%
	100% van de cliënten met ernstige depressie start binnen 1 maand met depressiespecifieke behandeling	Gemiddeld % cliënten met ernstige depressie dat binnen 1 maand start met behandeling: • vooraf³: 50% • tijdens⁴: 66%
	<i>Uitkomstdoelen:</i> 90% van de cliënten heeft na 6 maanden een BDI score ≤10	43% van de 88 cliënten met een meting had na 6 maanden een BDI score ≤10
	<15% van de cliënten stopt binnen 1 maand onbedoeld met depressiespecifieke behandeling (drop-out)	Dit doel is niet gemeten vanwege ontbreken voldoende registratiegegevens

¹ Elk team bestond uit minimaal een huisarts, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, een psychotherapeut/ psycholoog en een psychiater.

² Ernst van de depressie was onbekend voor 5 cliënten.

³ Meting van de huisartsenzorg voorafgaand aan de start van het Doorbraakproject (gebaseerd op 93 cliënten van 7 teams).

⁴ Gedurende het verbeterjaar (maart 2005-maart 2006).

PST= Problem Solving Treatment; BDI= Beck Depression Inventory.

Tabel 2 Kenmerken, doelen en resultaten doorbraakproject Depressie II

Kwaliteitsverbeterprogramma: Depressie-initiatief (Innovatiefonds Zorgverzekeraars)		
Uitvoering: december 2006-maart 2008		
Deelnemers¹:		
- aantal teams en hulpverleners: 13 multidisciplinaire teams²; in totaal 101 hulpverleners - aantal cliënten: 552 cliënten (waarvan 367 met niet-ernstige depressie en 185 met ernstige depressie); 3 teams hebben relatief weinig cliënten aangeleverd³		
Toegepaste verbeteracties:		
- algemene verbeteracties - specifieke verbeteracties waren gericht op de invoering van het stepped care model en omvatten o.a.: - training in het onderscheid tussen ernstige en niet-ernstige depressie - deskundigheidsbevordering omtrent minimale (eerste stap) interventies zoals PST en bibliotherapie - stimuleren van het aanbieden van minimale (eerste stap) interventies - training in het monitoren van de ernst van depressie met BDI		
Algemene doelen	Specifieke doelen	Resultaten ⁴
Verbetering van behandeling	<i>Procesdoelen:</i> >90% van de cliënten met niet-ernstige depressie ontvangt de eerste 6 weken van de behandeling uitsluitend minimale interventies	% cliënten met niet-ernstige depressie dat als eerste stap een minimale interventie kreeg: • 1^{ste} meting: 70% • 2^e meting: 78% • 3^e meting: 82% • 4^e meting: 89%
	100% van de cliënten met ernstige depressie start binnen 1 maand met depressiespecifieke behandeling	% cliënten dat binnen 1 maand start met behandeling ⁵ : • 1^{ste} meting: 60% • 2^e meting: 58% • 3^e meting: 41% • 4^e meting: 71%
	<i>Uitkomstdoelen:</i> 80% van de cliënten heeft na 6 maanden een BDI score ≤10	47% van de 219 cliënten met een meting had na 6 maanden een BDI score ≤10
Verbetering van monitoring	<i>Procesdoel:</i> 80% van de cliënten krijgt 6-wekelijks een follow-up afspraak totdat BDI score ≤10	% cliënten bij wie de BDI binnen 6 weken afgenomen wordt na de vorige meting: ±20%

¹ Doorbraak Depressie II richtte zich op meerdere thema's; hier wordt gefocust op de teams met het thema diagnostiek en behandeling van volwassenen

² Elk team bestond uit minimaal een huisarts, een eerstelijnspsycholoog, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige en een psychiater.

³ Deze teams waren later begonnen en zijn niet goed op gang gekomen.

⁴ Resultaten hebben betrekking op een periode van maximaal 15 maanden (januari 2007 t/m maart 2008); 1^{ste} meting heeft betrekking op eerste 3 maanden; 2^e meting op de tweede periode van 3 maanden; 3^e meting op de derde periode van 3 maanden; 4^e meting op de vierde periode van 3 maanden; 5^e meting op de vijfde periode van 3 maanden.

⁵ Van de groep cliënten die niet binnen een maand een voorgeschreven behandeling kreeg werd 29% direct naar de GGZ verwezen. Het was niet bekend in hoeverre zij daar binnen een maand de juiste behandeling kregen PST= Problem Solving Treatment; BDI= Beck Depression Inventory.

Tabel 3 Kenmerken, doelen en resultaten Doorbraakproject Angststoornissen

Kwaliteitsverbeterprogramma: Landelijk Actie Programma Kwaliteit GGZ/VZ

Uitvoering: december 2006 mei 2008

Deelnemers:

- aantal teams en hulpverleners: 13 multidisciplinaire teams, waarvan 2 teams gedurende het project uitvielen; in totaal doen 121 hulpverleners de gehele projectperiode mee¹
- aantal cliënten: 683 cliënten bij wie screening heeft plaatsgevonden; 469 cliënten bij wie een diagnose angststoornis gesteld is

Toegepaste verbeteracties:

- algemene verbeteracties
- specifieke verbeteracties waren gericht op herkenning/diagnostiek en de invoering van het stepped care model en omvatten o.a.:
 - training in het afnemen van de 4DKL
 - training in diagnostiek en psychoeducatie
 - training in het onderscheid tussen complexe en niet-complexe angststoornis
 - deskundigheidsbevordering omtrent minimale (eerste stap) interventies zoals zelfhulp en kortdurende behandeling
 - stimuleren van het aanbieden van minimale (eerste stap) interventies
 - training in het monitoren van de ernst van angst met CGI

Algemene doelen	Specifieke doelen	Resultaten ²
Verbetering van herkenning en diagnostiek	<i>Procesdoelen:</i> Maandelijkse afname 4DKL door huisarts bij 4 op 1000 cliënten bij vermoeden angststoornis	Gemiddeld nam de huisarts maandelijks bij 1-2 per 1000 ingeschreven cliënten de 4DKL af
	Herbeoordeling binnen 6 weken bij 80% van de cliënten met een 4DKL angstscores 4-8	% cliënten met herbeoordeling 4DKL binnen 6 weken: • 1^{ste} meting: 18% • 2^e meting: 30% • 3^e meting: 12%
	Binnen 2 weken diagnose volgens DSM-IV criteria bij 80% van de cliënten met een 4DKL angstscores >8	% cliënten waarbij diagnose binnen 2 weken is gesteld: • 1^{ste} meting: 63% • 2^e meting: 77% • 3^e meting: 68%
Verbetering van behandeling	<i>Procesdoel:</i> Bij 90% van de cliënten bij wie een diagnose angststoornis vastgesteld is, vindt binnen 2 weken psychoeducatie plaats	% cliënten dat psychoeducatie krijgt: • 1^{ste} meting: 64% • 2^e meting: 74% • 3^e meting: 59%
	<i>Uitkomstdoelen:</i> Bij 70% van de cliënten is de CGI-I score <3 (mate van verbetering) na 18 weken eerste stap behandeling	Geen resultaten wegens te weinig vervolgmetingen
	Bij 50% van de cliënten is de CGI ernstscore <3 na 18 weken eerste stap behandeling	Geen resultaten wegens te weinig vervolgmetingen
	Bij 70% van de cliënten is de CGI-I score <3 (mate van verbetering) na 6 maanden tweede stap behandeling	Geen resultaten wegens te weinig vervolgmetingen
	Bij 50% van de cliënten is de CGI ernstscore <3 na 6 maanden tweede stap behandeling	Geen resultaten wegens te weinig vervolgmetingen

Algemene doelen	Specifieke doelen	Resultaten ²
Verbetering van monitoring	<i>Procesdoel:</i> 80% van de cliënten krijgt 6-wekelijks (vanaf datum aanmelding) een systematische follow-up totdat tweemaal CGI ernstscore <3	% cliënten met een CGI-meting: • 1^{ste} meting (start behandeling): 84% • 2^e meting (na 6 weken): 35% • 3^e meting (na 12 weken): 26% • 4^e meting (na 18 weken): 16% • 5^e meting (na 24 weken): 9% • 6^e meting (na 30 weken): 6% • 7^e meting (na 36 weken): 1% • 8^e meting (na 42 weken): 0%

¹ Er namen 7 eerstelijns teams en 4 tweedelijns teams gedurende het hele traject deel. Een eerstelijns team bestond in ieder geval uit een huisarts met daarnaast meestal een eerstelijns- of GZ-psycholoog, een sociaal psychiatrisch verpleegkundige, een maatschappelijk werkende en/of fysiotherapeut. Een tweedelijns team bestond in ieder geval uit een sociaal psychiatrisch verpleegkundige en een GZ-psycholoog met daarnaast meestal een psychiater, psychotherapeut en manager.

² Resultaten hebben betrekking op een periode van 9 maanden (mei 2007 t/m februari 2008); 1^{ste} meting heeft betrekking op eerste 3 maanden; 2^e meting op de tweede periode van 3 maanden; 3^e meting op de derde periode van 3 maanden. 4DKL= VierDimensionale KlachtenLijst; CGI= Clinical Global Impression scale.

Tabel 4 Kenmerken, doelen en resultaten doorbraakproject Schizofrenie I

Kwaliteitsverbeterprogramma: Zorgverzekering en doelmatigheid (College voor Zorgverzekeringen) Uitvoering: oktober 2004-april 2007		
Deelnemers: - aantal teams en hulpverleners: 20 multidisciplinaire teams; in totaal 160 hulpverleners en ervaringsdeskundigen ¹ - aantal cliënten: 1091 cliënten (waarvan 152 cliënten met een eerste psychose, 216 langdurig instabiele cliënten, en 723 langdurige stabiele cliënten)		
Toegepaste verbeteracties - algemene verbeteracties - specifieke verbeteracties: - deskundigheidsbevordering omtrent effectieve interventies uit de MDR Schizofrenie ² - het implementeren van effectieve interventies uit de MDR Schizofrenie ² - het verbeteren van de continuïteit van zorg, waaronder het beschikbaar hebben van actuele en volledige zorgplannen - het monitoren van de ernst van de symptomen (met CGI) en het niveau van sociaal functioneren (met HoNOS) - de inzet van ervaringsdeskundigen		
Algemene doelen	Specifieke doelen	Resultaten
Verbetering van behandeling	<i>Procesdoel:</i> 100% van de cliënten hebben aan eind van het project individueel zorgplan <1 jaar oud	% cliënten dat zorgplan heeft <1 jaar oud: • beginmeting: 7% • eindmeting: 42%

Algemene doelen	Specifieke doelen	Resultaten
Verbetering van behandeling	<i>Uitkomstdoelen:</i> Verlaging van het aantal terugvallen bij cliënten met 30% (gemeten met CGI) ⁴	a) Verandering gemiddeld % cliënten met terugval ⁵ : • 1^{ste} helft projectperiode: 13% • 2^e helft projectperiode: 15% b) Verandering in gemiddelde CGI ernstscores ^{5,6} : • beginmeting: 4,2 • eindmeting: 3,5
	Toename van 30% van het aantal cliënten dat in (partiële) remissie (gemeten met CGI) ⁴	a) Verandering gemiddeld % cliënten in remissie ⁷ : • 1^{ste} helft projectperiode: 50% • 2^e helft projectperiode: 63% b) Verandering in gemiddelde CGI ernstscores ^{6,7} : • beginmeting: 4,2 • eindmeting: 2,8
	Sociaal functioneren cliënten is t.o.v. 0-meting met ≥2 punten verbeterd (gemeten met HoNOS) ⁴	a) % cliënten met verbetering van ≥2 punten op HoNOS subschaal sociaal functioneren: • beginmeting: 0% • eindmeting: 41% b) Verandering in gemiddelde score op HoNOS subschaal sociaal functioneren: • beginmeting: 5,5 • eindmeting: 4,7

¹ Een team bestond over het algemeen uit een psychiater, psycholoog, verpleegkundige, woonbegeleider en trajectbegeleider. De teams kwamen uit 18 verschillende GGZ instellingen.

² Ieder team maakte op basis van lokale prioriteiten een keuze uit de volgende interventies: (Functie) Assertive community treatment; Cognitieve gedragstherapie; Psycho-educatie; Psychiatrische crisiszorg thuis; Acute dagbehandeling; Gezinsinterventie; Individual Placement Support; of Farmacotherapie.

³ Resultaten hebben betrekking op periode februari 2006 (beginmeting) t/m maart 2007 (eindmeting).

⁴ Het percentage cliënten waarbij maandelijks een CGI- en HoNOS-meting is verricht ligt tussen 60-86% gedurende maart 2006- februari 2007.

⁵ Gebaseerd op langdurig stabiele of instabiele cliënten waarvan minimaal 6 CGI-scores bekend zijn (n= 639).

⁶ Deze maat wordt gepresenteerd omdat de ernst van de symptomen een rol speelt bij het optreden van terugval/ bereiken van remissie.

⁷ Gebaseerd op cliënten met een eerste psychose waarvan minimaal 6 CGI-scores bekend zijn (n= 86).

⁸ Gebaseerd op alle cliënten waarvan minimaal 6 HoNOS-scores bekend zijn. MDR= Multidisciplinaire richtlijn; CGI= Clinical Global Impression scale; HoNOS= Health of the Nation Outcome Scales, subschaal sociaal functioneren.

Tabel 5 Kenmerken, doelen en resultaten doorbraakproject Schizofrenie II

Kwaliteitsverbeterprogramma: Landelijk Actie Programma Kwaliteit GGZ/VZ

Uitvoering: december 2006- april 2008

Deelnemers:

- aantal teams en hulpverleners: 11 multidisciplinaire teams, waarvan 1 team gedurende het project uitviel; in totaal 98 hulpverleners en 9 ervaringsdeskundigen¹
- aantal cliënten: 596 cliënten

Toegepaste verbeteracties

- algemene verbeteracties
- specifieke verbeteracties:
 - deskundigheidsbevordering omtrent effectieve interventies uit de MDR Schizofrenie²
 - het implementeren van effectieve interventies uit de MDR Schizofrenie²
 - het verbeteren van de continuïteit van zorg, waaronder het beschikbaar hebben van actuele en volledige zorgplannen
 - het monitoren van de ernst van de symptomen (met CGI) en het niveau van sociaal functioneren (met HoNOS)
 - de inzet van ervaringsdeskundigen

Algemene doelen	Specifieke doelen	Resultaten ³
Verbetering van behandeling	<i>Procesdoel:</i> 100% van de cliënten hebben aan eind van het project individueel zorgplan <1 jaar oud	% cliënten dat zorgplan heeft <1 jaar oud: • beginmeting: 0% • eindmeting: 55%
	<i>Uitkomstdoelen:</i> Verlaging van het aantal terugvallen bij cliënten met 30% (gemeten met CGI) ⁴	a) Verandering gemiddeld % cliënten met terugval ⁵ : • 1 ^{ste} helft projectperiode: 14% • 2 ^e helft projectperiode: 10% b) Verandering in gemiddelde CGI ernstscore ^{5,6} : • beginmeting: 4,2 • eindmeting: 3,6
	Sociaal functioneren van cliënten is t.o.v. nulmeting met ≥2 punten verbeterd (gemeten met HoNOS) ⁴	a) % cliënten met verbetering van ≥2 punten op HoNOS subschaal sociaal functioneren ⁷ : • beginmeting: 0% • eindmeting: 21% b) Verandering in gemiddelde score op de HoNOS subschaal sociaal functioneren ⁷ : • beginmeting: 6,6 • eindmeting: 5,6

¹ Een team bestond uit o.a. een psychiater/arts, psycholoog, (sociaal psychiatisch) verpleegkundige, case manager, trajectbegeleider, manager en ervaringsdeskundige.

² Ieder team koos op basis van lokale prioriteiten 1 tot 3 van de volgende interventies: (Functie) Assertive community treatment; Cognitieve gedragstherapie; Psycho-educatie; Psychiatische crisiszorg thuis; Acute dagbehandeling; Gezinsinterventie; Individual Placement Support; of Farmacotherapie.

³ Resultaten hebben betrekking op de periode april 2007 (beginmeting) t/m maart 2008 (eindmeting).

⁴ Het percentage cliënten waarbij maandelijks een CGI- en HoNOS-meting is verricht ligt tussen 80-100%.

⁵ Gebaseerd op langdurig stabiele en instabiele cliënten waarvan minimaal 5 CGI-scores bekend zijn.

⁶ Deze maat wordt gepresenteerd omdat de ernst van de symptomen een rol speelt bij het optreden van terugval.

⁷ Gebaseerd op cliënten waarvan minimaal 5 HoNOS-scores bekend zijn.

MDR= Multidisciplinaire richtlijn; CGI= Clinical Global Impression scale; HoNOS= Health of the Nation Outcome Scales, subschaal sociaal functioneren.

Tabel 6 Kenmerken, doelen en resultaten doorbraakproject Dubbele diagnose

Kwaliteitsverbeterprogramma: Landelijk Actie Programma Kwaliteit GGZ/VZ		
Uitvoering: maart 2006- juni 2008		
Deelnemers: - aantal teams en hulpverleners: 7 teams, gemiddeld 10 hulpverleners per team - aantal cliënten: er zijn 321 cliënten begeleid, waaronder 54 nieuwe cliënten¹		
Toegepaste verbeteracties: - algemene verbeteracties - specifieke verbeteracties: - veel aandacht besteed aan screening, diagnostiek en monitoring van cliënten met een dubbele diagnose - deskundigheidsbevordering: training in motiverende gespreksvoering (80%), bijscholing basiskennis verslaving/ werking van verslavende middelen (69%), bijscholing psychofarmaca/medicatie (23%), training fasegericht werken (61%) en training afname meetinstrumenten EuropASI (64%), CIDI-SAM (47%), en HoNOS (43%)²		
Algemene doelen	Specifieke doelen	Resultaten ³
Verbetering van herkenning en diagnostiek	<i>Procesdoelen:</i> 100% van de nieuwe cliënten worden binnen 4 weken gescreend met CAGE-AID na 1 ^{ste} behandelcontact	% nieuwe (bestaande) cliënten dat binnen 4 weken is gescreend met CAGE-AID: • 1^{ste} meting: 36% (12%) • 2^e meting: 23% (14%) • 3^e meting: 26% (12%)
	Bij 100% van de nieuwe cliënten wordt de CIDI-SAM afgenomen binnen 4 weken na 1 ^{ste} behandelcontact	% nieuwe (bestaande) cliënten bij wie CIDI-SAM afgenomen wordt binnen 4 weken: • 1^{ste} meting: 14% (3%) • 2^e meting: 7% (5%) • 3^e meting: 7% (4%)
Verbetering van behandeling	<i>Procesdoelen:</i> Voor 100% van de nieuwe cliënten is binnen 12 weken na 1 ^{ste} behandelcontact een transmuraal geïntegreerd behandelplan opgesteld	% nieuwe (bestaande) cliënten waarvoor behandelplan is opgesteld; • 1^{ste} meting: 5% (71%) • 2^e meting: 47% (71%) • 3^e meting: 37% (70%)
	100% van de nieuwe cliënten krijgt een geïntegreerde behandeling waarin de nadruk ligt op individuele behandel-doelen	% nieuwe (bestaande) cliënten dat geïntegreerde behandeling ontvangt: • 1^{ste} meting: 0% (3%) • 2^e meting: 5% (2%) • 3^e meting: 6% (3%)
Verbetering van behandeling	<i>Uitkomstdoelen:</i> Bij ≥75% van de nieuwe cliënten is de kwaliteit van leven verbeterd, d.w.z. ligt de eindscore op de MANSA 15 punten hoger dan bij de nulmeting	% nieuwe (bestaande) cliënten voor wie MANSA score 15 punten verbeterd is: • 1^{ste} meting: 0% (0%) • 2^e meting: 2% (0%) • 3^e meting: 4% (0%)
Verbetering van monitoring	Bij ≥90% van de nieuwe cliënten wordt middelengebruik gemonitord met EuropASI (1 ^{ste} meting binnen 4 weken, daarna 12-wekelijks)	% nieuwe (bestaande) cliënten met metingen ⁴ : T1: <4 weken: • 1^{ste} meting: 18% (4%) • 2^e meting: 14% (5%) • 3^e meting: 20% (5%) T2: 12 weken na T1: • 1^{ste} meting: 0% (0%) • 2^e meting: 0% (0%) • 3^e meting: 6% (2%)

Algemene doelen	Specifieke doelen	Resultaten ³
Verbetering van monitoring	Bij 100% van de nieuwe cliënten wordt binnen 12 weken HoNos afgenomen	% nieuwe (bestaande) cliënten waarbij HoNos is afgenomen binnen 12 weken: • 1^{ste} meting: 18% (26%) • 2^e meting: 27% (29%) • 3^e meting: 28% (26%)
	100% van de nieuwe cliënten wordt gemonitord met MANSA (1 ^{ste} meting binnen 4 weken, daarna 12-wekelijks)	% nieuwe (bestaande) cliënten met metingen ⁴ : T1: <4 weken: • 1^{ste} meting: 14% (12%) • 2^e meting: 9% (14%) • 3^e meting: 13% (12%) T2: 12 weken na T1: • 1^{ste} meting: 0% (0%) • 2^e meting: 5% (1%) • 3^e meting: 6% (1%)

¹ Nieuwe cliënten: cliënten die sinds het begin van het doorbraakproject bij de teams in beeld zijn gekomen.

² Tussen haakjes staat het percentage teamleden dat een bepaalde training/ bijscholing gevolg heeft.

³ Resultaten hebben betrekking op nieuwe cliënten (1^{ste} meting: n= 22; 2^e meting: n= 43; 3^e meting: n= 54; bij vervolgmetingen worden cliënten uit een voorgaand meetmoment meegenomen). Resultaten weergegeven tussen haakjes hebben betrekking op bestaande cliënten (1^{ste} meting: n= 260; 2^e meting: n= 225; 3^e meting: n= 267).

⁴ geen resultaten na 24 en 36 weken wegens tijdsgebrek

CAGE-AID= Cutting down, Annoyance resulting from criticism, Guilt feeling, Eye opener- Adapted to Include Drug; CIDI-SAM= Composite International Diagnostic Interview--Substance Abuse Module; MANSA = Manchester Short Assessment; EuropAsi= Europese Addiction Severity Index; HoNOS= Health of the Nation Outcome Scales

Tabel 7 Kenmerken, doelen en resultaten Bemoeizorg I en II

Kwaliteitsverbeterprogramma: Zorg voor Beter

Uitvoering:

Twee verbeter rondes: 1^{ste} ronde: november 2007-november 2008; 2^e ronde: maart 2008-maart 2009

Deelnemers:

- Totaal aantal teams: begin: 29 teams; eind: 25 teams¹
- type en aantal cliënten:
Mensen met ernstige psychische problemen en verslavingen, die als gevolg daarvan problemen hebben op meerdere levensgebieden.
- Totaal aantal cliënten: beginmeting: 803 cliënten; eindmeting: ±560 cliënten

Toegepaste verbeteracties:

- algemene verbeteracties
- specifieke verbeteracties:
 - verbetering van continuïteit van zorg
 - verbetering van het methodisch en professionele handelen
 - toepassen van specifieke meetinstrumenten: HoNoS, POL en CGI

Algemene doelen	Resultaten ²
Verbetering van het sociaal functioneren van cliënten	Veranderingen in sociaal functioneren (gemeten met HoNos): a) verandering in gemiddelde HoNos-score: • beginmeting: 8,9 • eindmeting: 7,8 b) % cliënten met veranderde HoNos-score: • verbetering: 51% • verslechtering: 28% • gelijk gebleven: 21%
Vermindering van problemen van cliënten op elementaire en essentiële levensgebieden	Veranderingen in problemen op levensgebieden (gemeten met POL): a) % cliënten met veranderd aantal problematische levensgebieden: • afname: 54% • toename: 32% • gelijk gebleven: 14% b) % cliënten met veranderd aantal levensgebieden waarop de problemen (zeer) ernstig zijn: • afname: 53% • toename: 29% • gelijk gebleven: 18%

Algemene doelen	Resultaten ²
Vermindering van problemen van cliënten op elementaire en essentiële levensgebieden	Veranderingen in problemen op levensgebieden (gemeten met POL): c) verandering gemiddeld aantal levensgebieden met (zeer) ernstige problemen: • begin: 6,9 • eind: 5,4 Veranderingen in ernst van de problemen (gemeten met CGI): a) verandering in gemiddelde CGI-score: • beginmeting: 5,0 • eindmeting: 4,7 b) verandering % cliënten met behoorlijke ernstige tot zeer ernstige problemen: • beginmeting: 72% • eindmeting: 55%

¹ Per team zijn 5 tot 8 instellingen betrokken

² De "overall" resultaten over beide verbeterrondes worden gepresenteerd. De aantallen cliënten waarop de analyses zijn gebaseerd wisselen; van ±560 cliënten is een begin- en eindmeting beschikbaar HoNOS= Health of Nation Outcome Scales, subschaal sociaal functioneren; POL= Problemen Op Levensgebieden; CGI= Clinical Global Impression

Tabel 8 Kenmerken, doelen en resultaten Herstelgerichte zorg I en II

Kwaliteitsverbeterprogramma: Zorg voor Beter

Uitvoering:

Twee verbeterondes: 1^{ste} ronde: oktober 2007-oktober 2008; 2^e ronde: februari 2008-februari 2009

Deelnemers:

- aantal teams (en instellingen):
Totaal: 30 teams (19 instellingen)
- type en aantal cliënten:
Cliënten die langdurend in een GGZ-instelling verblijven
Aantal cliënten 2^e ronde: beginmeting: 198 cliënten; eindmeting: 224 cliënten¹

Toegepaste verbeteracties

- algemene verbeteracties
- specifieke verbeteracties:
 - scholing hulpverleners in herstel en herstelgerichte zorg
 - creëren van mogelijkheden voor cliënten om zich te laten informeren/ trainen in herstel
 - het opstellen van een plan m.b.t. de wijze waarop herstelondersteunende zorg vorm kan krijgen op de afdeling
 - het inventariseren van de wensen van cliënten hoe zij ondersteund willen worden in herstelproces en dit verwoorden in begeleidingsplan
 - het, samen met cliënten, beoordelen van het leefmilieu en het opstellen en uitvoeren van een verbeterplan
 - het, samen met cliënten, opstellen en uitvoeren van plan om de participatie van en gastvrijheid voor familie, naastbetrokkenen en vrijwilligers op afdeling/ woonvorm te bevorderen
 - toepassen van meetinstrumenten: ROPI, HOOP
 - n.a.v. SWOT (sterkte/ zwakte analyse) en een ROPI-meting formuleren van verbeterdoelstellingen

Algemene doelen	Resultaten
Faciliteren van de persoonlijke herstelprocessen van cliënten	Verandering in herstelgeoriënteerde zorg zoals verleend door deelnemende teams (gemeten met ROPI, gemiddelde score): • beginmeting (n= 30 teams): 2,7 • eindmeting (n= 30 teams): 3,2
Versterken van het zelfvertrouwen van cliënten ²	Verandering in vertrouwen van cliënten in zichzelf en in de toekomst (gemeten met de HOOP, gemiddelde score): 2 ^e ronde ¹ : • beginmeting (n= 198): 2,9 • eindmeting (n= 224): 2,8

¹ Aangezien alleen in de 2^e ronde de HOOP behoorlijk werd toegepast door de teams worden alleen cijfers m.b.t. deze ronde gepresenteerd. Verder is niet bij alle cliënten bij wie een nameting verricht is ook een voormeting uitgevoerd.

² Het algemene doel was in eerste instantie "verbetering van de woonomgeving en het leefmilieu van cliënten", maar is tijdens de voorbereidingsfase veranderd
ROPI= Recovery Oriented Practices Index, een index voor hersteloriënterende zorg. De ROPI bestaat uit 22 items, onderverdeeld naar 8 items, waaraan scores van 1 tot 5 kunnen worden toegekend; HOOP= een korte vragenlijst van 12 vragen die het vertrouwen meet van cliënten in zichzelf en in de toekomst.

Tabel 9 Kenmerken, doelen en resultaten Niet alleen de Geest, maar ook het lichaam I en II

Kwaliteitsverbeterprogramma: Zorg voor Beter	
Uitvoering: Twee verbeter rondes: 1 ^{ste} ronde: november 2009 – februari 2009; 2 ^e ronde: februari 2008 – februari 2009	
Deelnemers: - Totaal aantal teams (en instellingen): begin: 27 teams (20 instellingen); eind: 24 teams (17 instellingen) - type en aantal cliënten: Cliënten met ernstige psychische stoornissen Totaal aantal cliënten: beginmeting: 542 cliënten ¹	
Toegepaste verbeteracties: - algemene verbeteracties - specifieke verbeteracties: - de betrokkenheid bij en kennis over somatische comorbiditeit en gezond leven bij cliënten en hulpverleners vergroten door het organiseren van scholingen en trainingen - verbeteren van signalering van somatische symptomen en klachten (vroegtijdiger en vollediger) - verbeteren van zorgaanbod rond somatische gezondheid vanuit de samenwerking binnen de GGZ (o.a. het in gebruik nemen van richtlijnen en protocollen) en tussen de GGZ en somatische zorg	
Algemene doelen	Resultaten ²
Verbetering van de somatische zorg voor cliënten in de langdurende zorg	Verandering in % cliënten dat bepaalde zorg krijgt (bv. somatische screening, somatisch behandeladvies): • geen resultaten wegens te weinig vervolgegegevens
Verbetering van de lichamelijke gezondheid van de cliënten in de langdurende zorg	Verandering in lichamelijke maten: a) % cliënten met veranderd gewicht (n= 122): • afgevalen: 34% • aangekomen: 57% • gelijk gebleven: 9%
Verbetering van de lichamelijke gezondheid van de cliënten in de langdurende zorg	Verandering in lichamelijke maten: b) % cliënten met veranderde buikomvang (n= 39): • toename: 46% • afname: 51% • gelijk gebleven: 3% c) verandering gemiddelde systolische bloeddruk (n= 99): • afname van 133,6 mmHg naar 130,6 mmHg Verandering in leefstijl maten: a) verandering in % cliënten dat rookt (n= 26): • gelijk gebleven percentage: 46% b) verandering in % cliënten dat alcohol drinkt (n= 26): • afname van 27% naar 15% c) verandering in % cliënten dat drugs (anders dan cannabis) gebruikt (n= 24): • toename van 0% naar 4% d) verandering in mate van beweging (gemiddeld aantal dagen per week 30 minuten beweging) (n=28): • toename van 4,0 dagen naar 4,2 dagen

¹ cliënten voor wie metingen van landelijke vastgestelde maten beschikbaar zijn. Het aantal cliënten met vervolg- en eindmetingen wisselt per maat.

² resultaten hebben betrekking op cliënten voor wie 3 metingen (begin-, vervolg- en eindmeting) beschikbaar zijn. De verandering van eindmeting t.o.v. beginmeting wordt gepresenteerd. Het aantal cliënten met 3 metingen verschilt per maat.

Tabel 10 Kenmerken, doelen en resultaten Sociale participatie I en II

Kwaliteitsverbeterprogramma: Zorg voor Beter	
Uitvoering: Twee verbeterrondes: 1 ^{ste} ronde: november 2007- november 2008; 2 ^e ronde: maart 2008- maart 2009	
Deelnemers: - aantal teams (en instellingen): begin: 31 teams (29 instellingen); eind: 28 teams (26 instellingen) ¹ - type en aantal cliënten: Cliënten met langdurige psychiatrische problematiek of een verstandelijke beperking Totaal aantal cliënten: beginmeting: ruim 345 cliënten; eindmeting: ±200 cliënten	
Toegepaste verbeteracties: - algemene verbeteracties - specifieke verbeteracties: - verbeterde ondersteuning en begeleiding bij sociale participatie - betrekken van cliënten en familie bij bereiken van het hoofddoel - betere samenwerking tussen betrokken partijen om sociale participatie te bevorderen - betere integratie van specifiek op de doelgroep gericht aanbod met het aanbod van relevante reguliere maatschappelijke voorzieningen (zoals buurthuis, vereniging) - toepassen uniforme kwantitatieve en kwalitatieve meetinstrumenten: 'netwerkcirkel', vragenlijst netwerkkenmerken, eenzaamheidsschaal, schrijven van individuele verhalen en de 'hamvraag'	
Algemene doelen	Resultaten²
Verbetering van het sociale netwerk van cliënten	Veranderingen in netwerkenkenmerken (gemeten met vragenlijst netwerkenkenmerken): a) % cliënten met veranderd aantal netwerkleiden: • 1 of meer netwerkleiden erbij: 37% • minder netwerkleiden: 28% • gelijk gebleven: 35% b) verandering in verdeling naar type netwerkleiden: • geen verandering c) verandering in gemiddelde frequentie van contact met netwerkleiden: • toename van 3,7 naar 3,8³ d) verandering % cliënten dat meer dan maandelijks contact heeft: • met familieleden: toename van 63% naar 68% • met vrienden of kennissen: toename van 62% naar 68% • met burens: gelijk gebleven: 15%

Algemene doelen	Resultaten ²
Vergroting van het gevoel van cliënten 'erbij te horen' of vermindering van ervaren eenzaamheid	Verandering in ervaren eenzaamheid (gemeten met de eenzaamheids-schaal): a) % cliënten met veranderd eenzaamheidsniveau: • verbetering: 29 % • verslechtering: 11% • gelijk gebleven: 60% b) verandering in verdeling van cliënten naar eenzaamheidsniveau: • niet eenzaam: van 19% naar 27% • matig eenzaam: van 57% naar 58% • sterk tot zeer eenzaam: van 24% naar 15% Verandering op het vlak van sociale contacten (gemeten met de 'hamvraag'): • 77% van de cliënten gaf aan dat voor hem of haar iets ten positieve is veranderd

¹ In de 1^{ste} verbeteronde deden voornamelijk teams uit de GGZ mee; in de 2^e ronde voornamelijk teams uit de verstandelijk gehandicaptenzorg

² De "overall" resultaten over beide verbeterondes worden gepresenteerd. Hierbij wordt uitgegaan van de ±200 cliënten waarvoor een begin- en eindmeting beschikbaar is. De verandering van eindmeting t.o.v. beginmeting wordt gepresenteerd. Tussen deze metingen zat gemiddeld 6 tot 9 maanden.

³ Betekenis van gegeven gemiddelden: 3= maandelijks contact; 4= wekelijks contact.

4 Geboden zorg bij depressie en richtlijnaanbevelingen: aanknopingspunten voor het bevorderen van implementatie van richtlijnen

4.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is onder meer ingegaan op de uitgevoerde doorbraakprojecten Depressie I en II die er op gericht waren hulpverleners meer te laten handelen volgens aanbevelingen uit richtlijnen voor depressie. In dit hoofdstuk wordt verder ingegaan op hoe richtlijnen voor depressie zich verhouden tot de zorg zoals die in de praktijk door hulpverleners geboden wordt. De depressiezorg is in ontwikkeling en in 2010 is de Multidisciplinaire richtlijn Depressie herzien en openbaar gemaakt. Alvorens de doelstelling en onderzoeksvragen van dit hoofdstuk te bespreken, zal eerst noodzakelijke achtergrondinformatie gegeven worden.

4.1.1 Achtergrond

Depressiezorg is in ontwikkeling

Depressie is een veel voorkomende psychische stoornis; 19% van de Nederlanders van 18-64 jaar heeft ooit in hun leven ten minste eenmalig een depressieve episode doorgemaakt.¹ Veel mensen met een depressie ervaren een mindere kwaliteit van leven en functioneren minder goed in sociaal en maatschappelijk opzicht.² Vanwege de hoge prevalentie en de gevolgen is depressie een aandoening die gepaard gaat met hoge maatschappelijke kosten.³ Van de volwassenen met een depressie die hulp zoeken wordt veruit het grootste deel behandeld in de huisartsenpraktijk; een minderheid wordt doorverwezen naar gespecialiseerde hulpverleners in de eerstelijnszorg (bv. eerstelijnspsycholoog) of tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ).^{4,5} De zorg voor mensen met een depressie is voor verbetering vatbaar. In de huisartsenpraktijk is er bijvoorbeeld enerzijds sprake van onderherkenning en onderbehandeling van depressie, en anderzijds sprake van medicamenteuze overbehandeling van mensen met een niet-ernstige depressie.⁶⁻⁸

In de loop der jaren zijn er verschillende ontwikkelingen in gang gezet om de GGZ in het algemeen, en de depressiezorg in het bijzonder, verder te verbeteren. Sinds een decennium zijn er vanuit de overheid diverse maatregelen en activiteiten uitgevoerd om de GGZ in de eerste lijn, en in het bijzonder in de huisartsenpraktijk, te versterken^{9,10}

(zie ook Trendrapportage GGZ 2010, deel 2 Toegang en Zorggebruik). Zo kunnen huisartsen zich laten ondersteunen bij de zorg voor patiënten met psychische problemen door het inzetten van een sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV) in de praktijk of, meer recentelijk, door een praktijkondersteuner huisartsenzorg GGZ (POH-GGZ). Het Ministerie van VWS zet de afgelopen jaren ook sterk in op een zogenoemde programmatische aanpak van een aantal geprioriteerde chronische ziekten, waaronder depressie.¹¹ Met deze aanpak wordt beoogd, onder andere door de ontwikkeling van een Zorgstandaard Depressie, de samenhang tussen preventie en curatie te verbeteren, het zelfmanagement van patiënten te stimuleren, en te komen tot betere multidisciplinaire samenwerking tussen verschillende hulpverleners (ook wel 'ketenzorg' genoemd). Een belangrijke basis daarbij vormen de richtlijnen en de implementatie daarvan (onder meer door het uitvoeren van doorbraakprojecten, zoals besproken in hoofdstuk 3).

De landelijke richtlijnen voor depressie

Landelijk worden in ons land mono- en multidisciplinaire richtlijnen voor depressie gebruikt. De belangrijkste monodisciplinaire richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van depressie is de Standaard Depressieve stoornis van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) uit 2003.¹² Deze Standaard is momenteel in herziening. De eerste versie van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (MDR), die door de afgevaardigden van een tiental beroepsverenigingen (waaronder het NHG)^l werd ontwikkeld, stamt uit 2005¹³ en is inmiddels herzien en openbaar gemaakt in 2010.¹⁴ Onder meer het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE)^m, en het NHG hebben meegewerkt aan de totstandkoming van de herziening van de MDR Depressie. De MDR Depressie kan in feite beschouwd worden als een 'moederrichtlijn', waarmee beroepsverenigingen een vertaling kunnen maken naar monodisciplinaire richtlijnen die bedoeld zijn voor een enkele beroepsgroep, zoals de huisartsenstandaarden van het NHG. Het is het streven van de beroepsgroepen om deze richtlijn de komende jaren actueel te houden.

Kernpunten van de herziene Multidisciplinaire richtlijn

De aanbevelingen voor goede depressiezorg uit richtlijnen zijn in ontwikkeling. In vergelijking met de eerste versie is in de herziene MDR Depressie het *stepped care* model expliciet het uitgangspunt geworden. Kenmerkend voor de *stepped care* benadering is dat de hulpverlener, in samenspraak met de patiënt, in eerste instantie kiest voor de lichtste behandeling die gezien het klinische beeld verantwoord is. Het ziektebeloop en de behandeling worden continue geëvalueerd door de hulpverlener en patiënt, en bij onvoldoende effect wordt overgestapt op een meer intensieve interventie.¹⁵ Twee essentiële stappen naar een *stepped care* behandeling zijn het *vroegtijdig herkennen*

^l De NHG heeft de eerste versie van de MDR Depressie uit 2005 niet geautoriseerd omdat naar mening van de NHG de huisartsgeneeskundige inbreng onvoldoende tot zijn recht is gekomen.

^m Van de in totaal 1296 gekwalificeerde eerstelijnspsychologen, zijn 1192 lid van het NIP en 879 lid van de LVE (2010, bron NIP en LVE).

van een depressie en het vaststellen van de ernst ervan. Ten opzichte van de eerste versie neemt in de herziene MDR Depressie vroegtijdige herkenning van depressie in de eerstelijns een belangrijker plaats in. Verder is de mate van ernst van een depressie bepalend voor de toewijzing van een patiënt aan een lichte of meer intensieve behandelvorm. Deze drie zorgtaken van hulpverleners: het vroegtijdig herkennen van de depressie, het vaststellen van de ernst en het *stepped care* indiceren en behandelen, vormen kernpunten van de nieuwe, herziene MDR Depressie, en staan centraal in de hier gepresenteerde informatie.

4.1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

Doelstelling van dit hoofdstuk is meer zicht te krijgen op de depressiezorg zoals hulpverleners die naar hun zeggen in de praktijk verlenen en hoe deze zich verhoudt tot de herziene MDR Depressie waarin de *stepped care* benadering het uitgangspunt vormt, met *vroegherkenning* en *ernstbepaling* van een depressie als belangrijke eerste stappen. Daarbij wordt gefocust op de hoofdgebruikers van de richtlijn: huisartsen, eerstelijnspsychologen (ELP-en) en psychiaters werkzaam in GGZ-instellingen. De bevindingen kunnen aanknopingspunten geven voor het bevorderen van de implementatie van de herziene MDR Depressie. Het bredere doel van dit hoofdstuk is bij te dragen aan een betere aansluiting van de richtlijnaanbevelingen op de praktijk en aan het wegnemen van knelpunten die hulpverleners ervaren bij het opvolgen van richtlijnaanbevelingen. Professionals die betrokken zijn bij volgende herzieningen van de richtlijn kunnen de informatie uit dit hoofdstuk gebruiken bij het formuleren van passende aanbevelingen en implementatiewerkers bij het helpen wegnemen van de gesignaleerde knelpunten in de praktijk.

Onderzoeksvragen

Voor elk van de drie aspecten van depressiezorg die in dit hoofdstuk onderzocht worden, te weten *vroegherkenning*, *ernstbepaling*, en *stepped care* behandeling zullen de volgende twee onderzoeksvragen beantwoord worden:

- Wat gebeurt er in de praktijk volgens huisartsen, ELP-en en psychiaters, en wat is de invloed van een aantal uit de literatuur en praktijk bekende factoren, in het bijzonder de invloed van samenwerkingsafspraken in de huisartsenpraktijk?
- Hoe verhouden richtlijnaanbevelingen en de praktijk zich tot elkaar, en bestaan er aanknopingspunten om de implementatie van richtlijnen voor depressie te stimuleren?

Aangezien de huisartsenvoorziening het eerste toegangspunt bij gezondheidsproblemen is, zowel van lichamelijke als psychosociale aard, is vroegherkenning van depressie vooral relevant in de huisartsenpraktijk. Daarom wordt wat betreft vroegherkenning alleen ingegaan op het handelen van huisartsen. Verder wordt bij huisartsen nagegaan of het al dan niet bestaan van structurele samenwerking met andere hulpverleners omtrent depressiezorg van invloed is op hun handelen. Zoals in de inleiding aangegeven is er de afgelopen jaren ingezet op ondersteuning van de huisarts bij psychische hulpverlening door SPV en POH-GGZ, en wordt multidisciplinaire samenwerking (ketenzorg) gestimuleerd.

4.1.3 Methode

Om antwoord te geven op de eerste onderzoeksvraag is een vragenlijst afgenomen onder huisartsen, ELP-en en psychiaters werkzaam in GGZ-instellingen. Hiervoor is gekozen omdat deze onderzoeksvraag niet goed beantwoord kan worden op basis van bestaande registratiesystemen binnen de eerstelijnszorg en gespecialiseerde GGZ. De tweede onderzoeksvraag wordt beantwoord door de (ontwikkeling in) richtlijnaanbevelingen te vergelijken met de vragenlijstresultaten.

4.1.4 Opbouw hoofdstuk

Dit hoofdstuk bestaat samen met de inleiding uit zes paragrafen. In paragraaf 4.2 wordt ingegaan op de ontwikkeling van de vragenlijst, de respons, en de kenmerken van de huisartsen, ELP-en en psychiaters die de vragenlijst ingevuld hebben. In de paragrafen 4.3 tot en met 4.5 worden de richtlijnaanbevelingen besproken en de vragenlijstresultaten gepresenteerd over het handelen van professionals in de praktijk. Achtereenvolgens wordt ingegaan op vroegherkenning van depressie (paragraaf 4.3), de ernstbepaling van een nieuw gediagnosticeerde depressie (paragraaf 4.4), en *stepped care* behandeling van een nieuw gediagnosticeerde depressie (paragraaf 4.5). Elke paragraaf wordt afgesloten met een beschouwing over de verhouding tussen richtlijnaanbevelingen en geboden depressiezorg. Het hoofdstuk eindigt met slotparagraaf 4.6 waarin aanknopingspunten worden genoemd voor het bevorderen van implementatie van de nieuwe, herziene MDR Depressie in de praktijk.

4.2 Ontwikkeling vragenlijst, respons en kenmerken van deelnemers

4.2.1 Ontwikkeling vragenlijst

De vragenlijst is in drie fasen ontwikkeld:

- 1) Op basis van aanbevelingen uit de NHG-Standaard Depressieve stoornis en de MDR Depressie is een eerste concept vragenlijst opgesteld door twee onderzoekersⁿ. Deze versie is aan expert^o op het gebied van richtlijnontwikkeling en -implementatie en behandeling van depressie voorgelegd;
- 2) Op basis van het commentaar zijn aanpassingen gedaan. Het herziene concept is weer voorgelegd aan de eerste groep experts en aan een tweede groep externe experts^p, bestaande uit een psychiater/onderzoeker, een senior wetenschappelijk medewerker van het NHG en een ELP;

ⁿ Dr. Jasper Nuijen, Drs. Henny Sinnema.

^o Drs. Gerdien Franx, Dr. Marijke Ruiter, Dr. Jan Spijker, Drs. Peter van Splunteren.

^p Prof. Dr. Anton van Balkom (psychiater/onderzoeker), Dr. Ton Drenthen (senior wetenschappelijk medewerker NHG), Drs. Marga van Rhoon (eerstelijnspsycholoog).

3) Op basis van het commentaar zijn aanpassingen gedaan en is een definitieve versie ontwikkeld. De vragenlijst is passend gemaakt voor de specifieke beroepsgroepen huisartsen, eerstelijnspsychologen en psychiaters^q.

Naast algemene informatie over de kenmerken van hulpverleners en de organisatie van depressiezorg, werden respondenten vragen gesteld over het gebruik van screeningsinstrumenten, het vaststellen van de ernst van een depressie, en de behandeling van depressie. Daarnaast werden huisartsen bevraagd over het signaleren van depressie.

De vragenlijst bestond deels uit vragen met twee (ja/nee) of vier ('(bijna) nooit/minder dan 50%/meer dan 50%/(bijna) altijd') antwoordcategorieën waarop één antwoord gegeven kon worden. Op andere vragen konden meerdere antwoorden gegeven worden, waarbij het aantal antwoorden op sommige vragen gelimiteerd was (maximaal drie antwoorden). Bij deze vragen is telkens als laatste antwoordcategorie een 'open' antwoordcategorie opgenomen. De antwoorden op vragen bepaalden de routing door de vragenlijst. De vragenlijst werd digitaal afgenomen bij de ELP-en en psychiaters van wie e-mailadressen met toestemming verstrekt waren. Huisartsen kregen de vragenlijst schriftelijk toegestuurd^r, en konden als ze wilden de vragenlijst digitaal beantwoorden, door een inlogcode te volgen.

4.2.2 Steekproef en respons

Huisartsen

Er zijn 500 huisartsen schriftelijk benaderd op basis van een aselechte steekproef van alle op dat moment werkzame huisartsen.^s De steekproef werd uitgevoerd door het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg). Na het verzenden van de vragenlijst en het versturen van een herinnering hebben uiteindelijk 198 huisartsen de vragenlijst teruggestuurd (waarvan 119 schriftelijk en 79 digitaal), een respons van 40%. De resultaten van vier respondenten die in de schriftelijke vragenlijst hun leeftijd, geslacht en andere kenmerken niet hebben ingevuld en/of andere onderdelen slecht hebben ingevuld zijn niet meegenomen in de analyse. Zodoende zijn de antwoorden van 194 huisartsen, 39% van de oorspronkelijk steekproef, meegenomen in de analyse.

Eerstelijnspsychologen

Op basis van het ledenbestand van de Landelijke Vereniging van Eerstelijnspsychologen (LVE) is een aselechte steekproef van 200 eerstelijnspsychologen (ELP-en) getrokken. Deze ELP-en zijn per e-mail benaderd en na het versturen van een herinnering hebben uiteindelijk 94 ELP-en de digitale vragenlijst ingevuld, een respons van 47%. Na uitsluiting van vier ELP-en die onderdelen van de vragenlijst onvolledig hebben ingevuld, zijn uiteindelijk de antwoorden van 90 ELP-en, 45% van de oorspronkelijk steekproef, meegenomen in de analyse.

q Vragenlijsten kunnen opgevraagd worden bij de eerste auteur.

r Het is wettelijk verboden ongevraagd e-mail te verzenden wanneer er geen aantoonbare actieve klantrelatie is.

s met uitzondering van huisartsen die participeren in LINH (Landelijk Informatie Netwerk Huisartsenzorg); huisartsen die al vaak benaderd zijn en huisartsen die niet benaderd willen worden.

Psychiaters

De psychiaters zijn benaderd via de hoofdbehandelaar stemmingsstoornissen/ behandelprogramma depressie of de directeur behandelzaken van 21 GGZ instellingen, aan wie, telefonisch dan wel per e-mail, medewerking voor de uitvoering van de enquête werd gevraagd. De GGZ instellingen zijn willekeurig geselecteerd op de site van het Nederlands Kenniscentrum Angst en Depressie (NedKAD) (11 instellingen) en de site van GGZ Nederland (10 instellingen). Van de 21 benaderde GGZ instellingen reageerden 5 instellingen niet. Uiteindelijk zijn via de benaderde personen de e-mailadressen verstrekt van 86 psychiaters verdeeld over 16 instellingen, waarvan 9 aangesloten zijn bij NedKAD. De psychiaters zijn vervolgens per e-mail benaderd en na het versturen van een herinnering hebben uiteindelijk 45 psychiaters de digitale vragenlijst ingevuld, een respons van 52%. Na uitsluiting van één psychiater die onderdelen van de vragenlijst onvolledig ingevuld heeft, zijn uiteindelijk de antwoorden van 44 psychiaters, 51% van de oorspronkelijk steekproef, meegenomen in de analyse.

4.2.3 Kenmerken van deelnemende hulpverleners

Huisartsen

Van de deelnemende huisartsen is 43% vrouw (n= 84), een wat hoger percentage dan onder alle Nederlandse huisartsen (38%).¹⁶ De gemiddelde leeftijd van 46 jaar (range: 30-64 jaar) is nagenoeg gelijk aan die van alle Nederlandse huisartsen (47 jaar).¹⁶ De huisartsen werken gemiddeld 15 jaar met patiënten met depressieve klachten of een depressie. Meer dan de helft van de huisartsen (57%) zegt geen bijzondere interesse voor deze patiënten te hebben.[†] Ruim tweederde van de huisartsen (68%) heeft de laatste drie jaar nascholing over depressiezorg gevolgd en ruim een derde (36%) heeft deelgenomen aan een verbeterproject in de depressiezorg. Driekwart van de huisartsen (75%) geeft aan de NHG-Standaard Depressieve stoornis te gebruiken.

Ruim een kwart van de huisartsen (27%; n= 53) heeft structurele samenwerkingsafspraken met GGZ professionals. In veruit de meeste gevallen (70%) betreft het structurele samenwerking met hulpverleners werkzaam in de eerstelijnszorg (veelal een SPV of POH-GGZ in de praktijk); 17% van de huisartsen geeft aan structureel samen te werken met hulpverleners in zowel de eerstelijnszorg als de tweedelijns GGZ; 13% heeft alleen structurele samenwerkingsafspraken met professionals in de tweedelijns GGZ. Om de invloed van samenwerking op de geboden depressiezorg te bepalen worden de vragenlijstresultaten voor de subgroep van huisartsen met structurele samenwerkingsafspraken vergeleken met die voor de subgroep zonder samenwerkingsafspraken (n= 141).

Eerstelijnspsychologen

Van de deelnemende eerstelijnspsychologen (ELP-en) is 66% vrouw (n= 59) en hun gemiddelde leeftijd is 50 jaar (range: 22-68 jaar). Dit komt overeen met de seksever-

[†] Er wordt van uitgegaan dat 'bijzondere interesse' door respondenten geïnterpreteerd is als meer interesse in depressie dan in andere aandoeningen.

deling (67% vrouw) en gemiddelde leeftijd (50 jaar) van alle Nederlandse ELP-en.¹⁷ De ELP-en werken gemiddeld 18 jaar met patiënten met depressieve klachten of een depressie. Ongeveer de helft van de ELP-en (52%) geeft aan geen bijzondere interesse voor patiënten met depressieve klachten of een depressie te hebben^t. Bijna tweederde van de ELP-en (61%) heeft de afgelopen drie jaar nascholing gevolgd over depressiezorg en ruim een vijfde (22%) heeft de afgelopen drie jaar deelgenomen aan een verbeterproject in de depressiezorg. Meer dan een vijfde van de ELP-en (23%) heeft structurele samenwerkingsafspraken met GGZ professionals, meestal met hulpverleners in de eerstelijnszorg.

Psychiaters

Van de deelnemende psychiaters is 30% vrouw (n= 13), een lager percentage dan onder alle Nederlandse psychiaters (43%).¹⁸ De gemiddelde leeftijd is 49 jaar, variërend van 32 tot en met 65 jaar, overeenkomstig de landelijke gemiddelde leeftijd. De psychiaters werken gemiddeld 16 jaar met patiënten met depressieve klachten of een depressie. Alle psychiaters hebben de afgelopen drie jaar nascholing gevolgd over depressiezorg en ruim een kwart (27%) heeft de afgelopen drie jaar deelgenomen aan een verbeterproject in de depressiezorg. Meer dan driekwart van de psychiaters (84%) geeft aan de MDR Depressie 2005 te gebruiken en meer dan de helft (55%) maakt gebruik van een (lokaal) zorgprogramma/behandelprotocol. Iets minder dan een derde van de psychiaters (30%) heeft structurele samenwerkingsafspraken met GGZ professionals in de eerstelijnszorg of de huisarts.

4.3 Vroegherkenning van depressie in de huisartsenpraktijk

Aangezien de huisartsenvoorziening het eerste toegangspunt bij gezondheidsproblemen is, zowel van lichamelijke als psychosociale aard, is vroegherkenning van depressie vooral relevant in de huisartsenpraktijk. Daarom wordt hieronder alleen ingegaan op de vragenlijstresultaten van huisartsen. Er is gevraagd naar in hoeverre in de huisartsenpraktijk systematisch aandacht besteed wordt aan het signaleren van depressieve klachten en in hoeverre er gebruik gemaakt wordt van een screeningsinstrument voor vroegtijdige herkenning, en wat daarbij bepalende factoren zijn.

4.3.1 Wat zeggen de richtlijnen?

Wat adviseert de NHG-Standaard Depressieve stoornis?

De NHG-Standaard beveelt aan een depressieve stoornis te overwegen bij een sombere stemming of een sombere indruk door weinig oogcontact, monotone spraak en trage motoriek. Er worden verschillende groepen van patiënten met een verhoogd risico op depressie benoemd, waaronder bijvoorbeeld patiënten met wisselende klachten bij frequent spreekuurbezoek, patiënten met specifieke lichamelijke klachten, patiënten met een angststoornis of verslavingsproblematiek, en patiënten met een ernstige licha-

melijke ziekte. De NHG-Standaard adviseert de huisarts bij deze risicogroepen eerder een depressieve stoornis te overwegen. Aanbevolen wordt om middels het stellen van twee vragen na te gaan of er sprake is van een sombere stemming of verlies van interesse of plezier (de twee kernsymptomen van depressie), en wanneer dit het geval is, over te gaan op nadere diagnostiek. Het systematisch gebruik van screeningsinstrumenten bij alle spreekuurbezoekers ter herkenning van depressieve stoornissen wordt afgeraden. Er worden geen aanbevelingen gedaan over welke screeningsinstrumenten de voorkeur verdienen.

Wat adviseren de eerste en herziene versie van de MDR Depressie?

De eerste versie van de MDR Depressie geeft aan dat screening met een instrument de eerste stap in het diagnostische proces kan zijn. Het gebruik van een screeningsinstrument bij alle patiënten in de eerstelijns wordt afgeraden. Het is mogelijk zinvol bij onverklaarde lichamelijke klachten of onduidelijke symptomatologie. Er worden verschillende screeningsinstrumenten aanbevolen, waaronder de INSTEL-screen, de Depressieherkenningsschaal (HDS), en de Vierdimensionale Klachtenlijst (4DKL). Als alternatief voor een screeningsinstrument wordt in de eerstelijnspraktijk aanbevolen te vragen naar de twee kernsymptomen van depressie, om bij een positief antwoord over te gaan tot nadere diagnostiek.

De aanbevelingen uit de herziene MDR Depressie komen volledig overeen met bovenstaande aanbevelingen uit de eerste versie. Nieuw is dat in de herziening expliciet wordt aanbevolen te screenen in hoogrisicogroepen, zoals bijvoorbeeld bij patiënten met een eerdere depressie, met een lichamelijke ziekte die beperkingen in het functioneren veroorzaakt, of met andere psychische aandoeningen.

4.3.2 Wat gebeurt er in huisartsenpraktijk?

Ongeveer de helft van de huisartsen (53%) geeft aan dat er in hun praktijk systematisch aandacht besteed wordt aan het signaleren van depressieve klachten of dat er gebruik gemaakt wordt van een screeningsinstrument. De groep huisartsen die aangeeft te signaleren (36% van alle huisartsen) overlapt ten dele met de groep huisartsen die gebruik maakt van een screener (33% van alle huisartsen). Van de huisartsen die systematisch aandacht besteden aan signalering past minder dan de helft (46%) ook een screeningsinstrument toe; van de huisartsen die een screener gebruiken besteedt ongeveer de helft (51%) ook systematisch aandacht aan signalering. Wanneer er een screeningsinstrument gebruikt wordt is dit meestal de 4DKL. Er wordt vooral een screener toegepast bij mensen met een sombere stemming en mensen die het spreekuur frequent bezoeken en/of specifieke lichamelijke klachten uiten (zie Tabel 1).

Tabel 1. Bij welke mensen huisartsen (n= 62) aangeven een screeningsinstrument voor depressie te gebruiken, in procenten van de totale groep. Huisartsen konden maximaal drie antwoorden geven.

Mensen met.../ mensen die...	%
een sombere stemming	94
het spreekuur frequent bezoeken en/of specifieke lichamelijke klachten uiten	87
andere psychische stoornissen	57
(chronisch) lichamelijk ziek zijn	27
recent een life-event doorgemaakt	27
eerder een depressie hebben doorgemaakt	24
eerder suïcidepoging ondernomen hebben	7

Bijna tweederde van de huisartsen (63%) geeft aan geen gebruik te maken van een screeningsinstrument, vooral omdat er te weinig tijd is om te screenen. Andere relatief vaak genoemde redenen om niet te screenen zijn onbekendheid met screeningsinstrumenten, het gebruik van een instrument niet nodig achten om een depressie te herkennen, een ontmoedigende werking van het vergoedingssysteem, en het hebben van onvoldoende kennis en vaardigheden (zie Tabel 2).

Tabel 2. Waarom huisartsen geen screeningsinstrument gebruiken (n=120), in procenten van de totale groep. Huisartsen konden maximaal drie antwoorden geven.

Reden	%
er is te weinig tijd om te screenen	63
onbekendheid met instrumenten en/of niet weten hoe aan een instrument te komen	39
een instrument is niet nodig om een patiënt met een depressie te herkennen	33
het vergoedingssysteem werkt ontmoedigend	29
onvoldoende kennis en/of vaardigheden	26
screenen behoort niet tot onze taak	13
patiënten presenteren hun psychische klachten niet/ hebben geen zorgbehoefte	11
patiënten houden niet van lijsten invullen	10
screenen werkt stigmatiserend	6
anders	17

De invloed van samenwerking op het handelen in de huisartsenpraktijk

Relatief meer huisartsen met structurele samenwerkingsafspraken (68%) dan huisartsen zonder samenwerkingsafspraken (47%) geven aan dat er in hun praktijk systematisch aandacht besteed wordt aan signalering of dat er een screeningsinstrument gebruikt wordt. Ongeveer de helft van de huisartsen met structurele samenwerkingsafspraken (52%) geeft aan te signaleren tegenover 31% van de huisartsen zonder samenwerkingsafspraken; 45% van de huisartsen met structurele samenwerkingsafspraken gebruikt een screener tegenover 28% van de huisartsen zonder samenwerkingsafspraken. In

het geval van structurele samenwerkingsafspraken gebruikt ruim meer dan de helft van de huisartsen die aangeven te signaleren ook een screeningsinstrument, en vice versa. Wanneer er geen samenwerkingsafspraken zijn is de overlap tussen de huisartsen die signaleren en de huisartsen die een screener gebruiken veel minder.

Het wel of niet bestaan van structurele samenwerking lijkt invloed te hebben op de redenen waarom geen screeningsinstrument gebruikt wordt. Huisartsen met structurele samenwerkingsafspraken geven relatief minder vaak aan dat er te weinig tijd is om een screeningsinstrument af te nemen (59% versus 71%), en geven relatief vaker aan over onvoldoende kennis en vaardigheden te beschikken (37% versus 22%).

4.3.3 Hoe verhouden richtlijnaanbevelingen en de praktijk zich tot elkaar?

Ten opzichte van de eerste versie neemt in de herziene MDR Depressie vroegtijdige herkenning van depressie in de eerste lijn een belangrijker plaats in. Volgens de herziene MDR Depressie dient in de eerste lijn screening van depressie bij hoogrisicogroepen plaats te vinden.

De resultaten geven aan dat het voor een substantieel deel van de huisartsen niet gebruikelijk is om systematisch aandacht te besteden aan het signaleren van depressieve klachten of gebruik te maken van een screeningsinstrument voor depressie. Iets meer dan de helft doet dit wel. Dit is opvallend omdat in de huidige versie van de NHG-Standaard Depressieve stoornis geen duidelijke aanbevelingen gedaan worden met betrekking tot het signaleren en screenen van depressie.

De huisartsen die wel een screener gebruiken doen dit vooral bij mensen met een sombere stemming en bij hoogrisicogroepen, overeenkomstig richtlijnaanbevelingen. Veelal wordt een aanbevolen screeningsinstrument gebruikt. Tijdgebrek en onbekendheid met screeningsinstrumenten zijn de meest genoemde redenen om geen screener toe te passen. Dit komt overeen met een recent ander onderzoek.¹⁹ De enige relatief vaak genoemde *inhoudelijke* reden om geen screener te gebruiken is dat een instrument niet nodig is om een depressie te herkennen. Het is mogelijk dat een deel van de huisartsen in plaats van een screener te gebruiken, navraag doet naar de twee kernsymptomen van depressie, zoals aanbevolen in de NHG-Standaard. Het is interessant dat het voor huisartsen met structurele samenwerkingsafspraken gangbaarder is om systematisch aandacht te besteden aan signalering en gebruik te maken van screeners dan voor huisartsen zonder samenwerkingsafspraken. De samenwerking betreft veelal samenwerking met een POH-GGZ of SPV in de praktijk. Dit suggereert dat het ondersteunen van huisartsen de door hen ervaren tijd- en kennisgebrek ten aanzien van het vroegtijdig herkennen van depressie meer hanteerbaar maakt.

4.4 Ernstbepaling van een nieuw gediagnosticeerde depressie

4.4.1 Wat zeggen de richtlijnen?

Wat adviseert de NHG-Standaard Depressieve stoornis?

De NHG-Standaard beveelt aan tijdens de diagnostische fase een inschatting te maken van de lijdensdruk die de patiënt van de depressieve stoornis ondervindt en van de mate

waarin het dagelijks functioneren erdoor belemmerd wordt. Ook wordt aanbevolen om situaties te onderscheiden die apart beleid behoeven, zoals de aanwezigheid van een sterk verhoogd suïciderisico en of er sprake is van een bipolaire stoornis of depressieve stoornis met psychotische kenmerken. In de NHG-Standaard wordt niet specifiek gesproken over het vaststellen van de ernst van een depressie en er worden ook geen instrumenten voor ernstbepaling aanbevolen.

Wat adviseren de eerste en herziene versie van de MDR Depressie?

De aanbevelingen uit de herziene MDR Depressie komen geheel overeen met de aanbevelingen uit de eerste versie. De eerste versie van de MDR Depressie beveelt aan om in de diagnostische fase, na het vaststellen van de aard en het beloop van de depressie, de ernst te bepalen. Bij het beoordelen van de ernst wordt gelet op het aantal en de aard van de symptomen, op de gevolgen voor het algemeen functioneren, op de mate van suïcidaliteit en op psychotische kenmerken. Hierbij kan een beroep gedaan worden op meetinstrumenten voor ernstbepaling, zoals de Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) en de Beck Depression Inventory (BDI). Het wordt aanbevolen het verloop van de ernst van een depressie te monitoren met behulp van een meetinstrument, ook als niet meteen tot behandeling wordt overgegaan. Nieuw in de herziening is dat de ernst van de depressieve episode, naast de duur van de episode en het al dan niet optreden van een recidief, resulteert in een toewijzing aan één van vier behandelalgoritmes. Het *stepped care* model vormt het uitgangspunt bij de opbouw van de algoritmes.

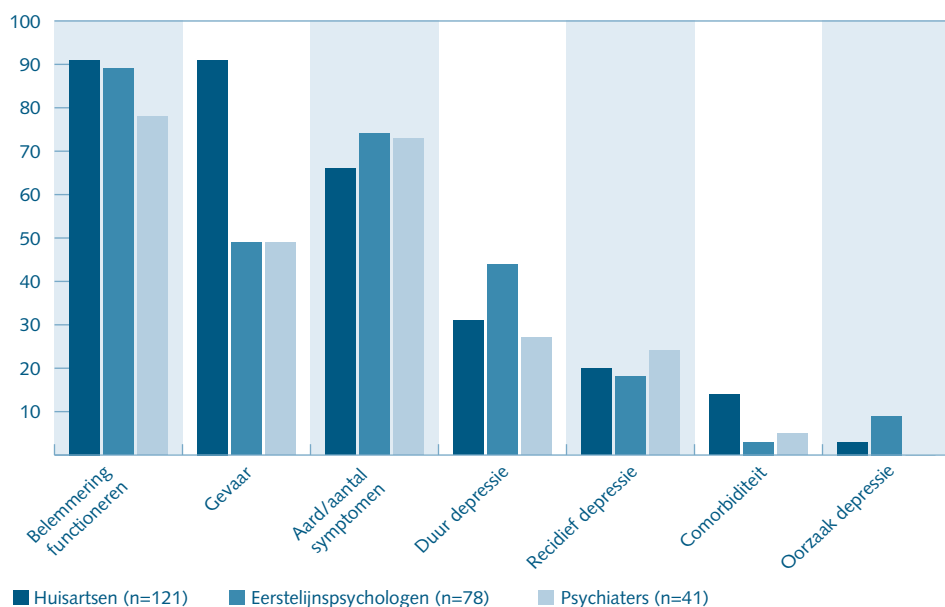
4.4.2 Wat gebeurt er in de praktijk?

Bijna tweederde van de huisartsen (63%), en bijna alle ELP-en (90%) en psychiaters (98%) geven aan de ernst te bepalen bij een nieuw gediagnosticeerde depressie. Huisartsen, ELP-en en psychiaters letten op dezelfde factoren om de ernst van een depressie te bepalen, te weten de mate van belemmering in functioneren; de aard en het aantal depressieve symptomen en of de persoon al dan niet een gevaar voor zichzelf of de omgeving vormt (zie Grafiek 1).

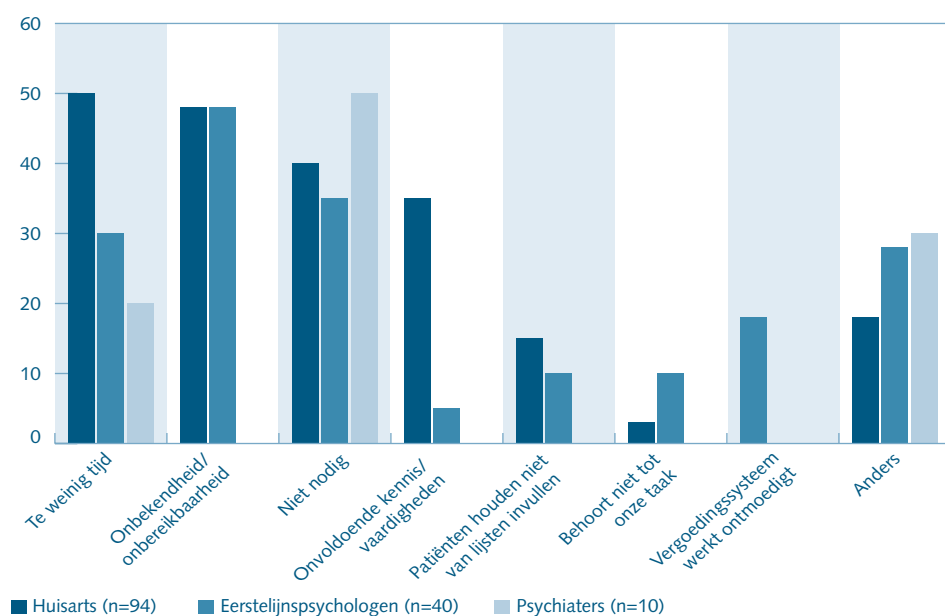
Meer dan een derde van de huisartsen (37%) zegt de ernst van een depressie niet vast te stellen. Het hebben van onvoldoende kennis en vaardigheden (58%) en onbekendheid met instrumenten voor ernstbepaling (53%) worden door deze huisartsen het meest genoemd om dit niet te doen. Minder frequent genoemde redenen zijn het hebben van onvoldoende tijd (27%) en het van mening zijn dat ernstbepaling geen invloed heeft op het behandelbeleid (21%).

Van de professionals die de ernst vaststellen bij een nieuw gediagnosticeerde depressie gebruikt ruim driekwart van de huisartsen (78%), ruim de helft van de ELP-en (53%), en bijna een kwart van de psychiaters (24%) geen meetinstrument voor ernstbepaling. Relatief veel huisartsen en ELP-en geven aan hier te weinig tijd voor te hebben, niet bekend te zijn met een instrument of niet te weten hoe aan een instrument te komen en dat een instrument niet nodig is om de ernst vast te stellen (zie Grafiek 2). Onvoldoende kennis en vaardigheden is een andere reden die door huisartsen veel genoemd wordt. Het merendeel van de psychiaters geeft aan dat een instrument niet vereist is om een de

Grafiek 1. Volgens professionals bepalende factoren bij ernstbepaling, in procenten van de totale groep. Professionals konden maximaal drie antwoorden geven.



Grafiek 2. Waarom professionals geen instrument voor ernstbepaling gebruiken, in procenten van totale groep. Professionals konden maximaal drie antwoorden geven.



ernst te bepalen. Wanneer professionals een instrument voor ernstbepaling gebruiken, is dit meestal de BDI (huisartsen, ELP-en, en psychiaters) en de HRSD (psychiaters).

De invloed van samenwerking op het handelen in de huisartsenpraktijk

Ruim driekwart van de huisartsen met structurele samenwerkingsafspraken (79%) geeft aan de ernst vast te stellen van een nieuw gediagnosticeerde depressie, tegenover 57% van de huisartsen zonder samenwerkingsafspraken. De meest genoemde redenen door huisartsen zonder samenwerkingsafspraken om geen ernst vast te stellen zijn onbekendheid met instrumenten (58%) en het hebben van onvoldoende kennis en vaardigheden (53%); in relatief mindere mate worden ook het hebben van onvoldoende tijd (26%) en het van mening zijn dat ernstbepaling geen invloed heeft op het behandelbeleid (23%) genoemd.

Door huisartsen met structurele samenwerkingsafspraken wordt ook relatief vaker gebruik gemaakt van een instrument voor ernstbepaling dan door huisartsen zonder samenwerkingsafpraak (33% versus 16%). Het wel of niet bestaan van structurele samenwerking heeft weinig invloed op de genoemde redenen waarom geen instrument toegepast wordt.

4.4.3 Hoe verhouden richtlijnaanbevelingen en de praktijk zich tot elkaar?

Volgens de herziene MDR Depressie dient de ernst van een depressieve episode vastgesteld te worden en is deze, rekening houdend met de duur van de episode en het al dan niet optreden van een recidief, bepalend voor toewijzing aan één van vier behandelalgoritmes.

De resultaten geven aan dat nagenoeg alle psychiaters en een ruime meerderheid van de ELP-en de ernst bepalen bij een nieuw gediagnosticeerde depressie. Ondanks dat de huidige versie van de NHG-Standaard geen expliciete aanbeveling doet omtrent ernstbepaling van depressie, geeft bijna tweederde van de huisartsen aan dit wel te doen. De NHG-Standaard lijkt de praktijk in dit opzicht dus niet goed te weerspiegelen. Overeenkomstig richtlijnaanbevelingen letten huisartsen, ELP-en en psychiaters bij het bepalen van de ernst van een depressie vooral op de mate van belemmering in het functioneren, de aard en het aantal symptomen, en het gevaar dat een persoon vormt voor zichzelf en de omgeving. Ruim een derde van de huisartsen stelt bij een nieuwe gediagnosticeerde depressie de ernst niet vast. Dit zijn veelal huisartsen zonder structurele samenwerkingsafspraken. Onvoldoende kennis en vaardigheden en onbekendheid met meetinstrumenten worden door hen het meest genoemd als factoren die het vast stellen van de ernst belemmeren. Structurele samenwerking, wat veelal ondersteuning van huisartsen door POH's-GGZ of SPV betreft, lijkt dus de door huisartsen ervaren belemmeringen om de ernst van een depressie te bepalen hanteerbaar te maken.

De resultaten geven aan dat ruim driekwart van de huisartsen, meer dan de helft van de ELP-en en een kwart van de psychiaters die de ernst van een nieuw gediagnosticeerde depressie vaststellen, dit doen op basis van hun klinisch oordeel, zonder een beroep te doen op meetinstrumenten. Een vaak genoemde reden is dat een meetinstrument niet noodzakelijk is om de ernst te bepalen. Dit beeld strookt op zich met de richtlijnen aangezien de NHG-Standaard geen meetinstrumenten aanbeveelt

en de MDR Depressie aangeeft dat bij ernstbepaling een beroep gedaan *kan* worden op meetinstrumenten. Toch is de landelijke trend om in de GGZ wel instrumenten te gebruiken voor ernstbepaling zichtbaar in de hoge percentages ELP-en en psychiaters die zeggen dit wel te doen. De vraag dringt zich dan ook op of in ieder geval de MDR Depressie hier niet achterblijft bij de praktijk? Maar ook van de NHG-Standaard kan men zich hetzelfde afvragen. Blijkbaar heeft bijna 25% van de huisartsen, toch ook baat bij meetinstrumenten voor ernstbepaling. Dit blijken vooral huisartsen te zijn met structurele samenwerkingsafspraken met GGZ hulpverleners. Vooral de SPV, afkomstig uit de tweede lijn, is al enige jaren aanwezig in de eerste lijn. Mogelijk is de meetcultuur zich via deze samenwerking naar de eerste lijn aan het verspreiden.

Huisartsen (en ook ELP-en) noemen ook vaak andere, 'niet-inhoudelijke' redenen om geen meetinstrumenten te gebruiken, zoals tijdgebrek, onbekendheid met meetinstrumenten, en onvoldoende kennis en vaardigheden. De resultaten suggereren dat structurele samenwerking, wat vooral ondersteuning door een POH-GGZ of SPV inhoudt, de door huisartsen ervaren tijd- en kennisgebrek meer hanteerbaar maakt.

4.5 Stepped care behandeling bij nieuw gediagnosticeerde depressie

4.5.1 Wat zeggen de richtlijnen?

Wat adviseert de NHG-Standaard Depressieve stoornis?

In de NHG-Standaard vormt het *stepped care* model niet expliciet het uitgangspunt. Aangegeven wordt dat in te zetten beleid afhankelijk is van de aard van de depressieve stoornis en de gevolgen hiervan, zoals de mate van lijdensdruk of disfunctioneren van de patiënt, en wordt afgestemd op de voorkeur van de patiënt en eventuele aanwezige bijkomende psychische en lichamelijke aandoeningen. Aanbevolen wordt om in overleg met de patiënt te kiezen uit behandeling door de huisarts, psychologische interventie binnen de eerste lijn (eventueel uitgevoerd door een geïnteresseerde huisarts), of psychotherapie of multidisciplinaire behandeling in de tweedelijns GGZ. Behandeling door de huisarts betreft psycho-educatie, begeleiding in de vorm van ondersteunende contacten, en eventuele medicamenteuze behandeling. De mate van lijdensdruk en disfunctioneren alsook de voorkeur van de patiënt zijn bepalend voor de frequentie en de duur van de begeleidende contacten. Deze factoren bepalen ook of er overgegaan wordt tot (het toevoegen van) medicamenteuze behandeling. Verwijzing naar een psychiater wordt aanbevolen in geval van ernstige situaties, zoals ernstig sociaal disfunctioneren, een sterk verhoogd suïciderisico, of een bipolaire stoornis of psychotische depressie.

Wat adviseren de eerste en herziene versie van de MDR Depressie?

In de eerste versie van de MDR Depressie wordt impliciet het *stepped care* model als uitgangspunt genomen. Op basis van de ernst van een depressie worden aanbevelingen gedaan over het in te zetten beleid. Aanbevolen wordt om in de eerste maanden na

het begin van een eerste, lichte depressieve stoornis te overwegen niet meteen tot een behandeling over te gaan, maar wel voorlichting te geven aan de patiënt en hem of haar regelmatig controleren. Wanneer een lichte (of ook meer ernstige) episode van de depressieve stoornis daarentegen drie of meer maanden bestaat, wordt in elk geval behandeling met antidepressiva of psychotherapie aanbevolen. De aanbeveling is om in het geval van een lichte tot matig ernstige depressie bij de keuze voor behandeling rekening te houden met de voorkeur van de patiënt. Bij patiënten met een ernstige depressie wordt aanbevolen ten minste behandeling met antidepressiva voor te stellen, eventueel gecombineerd met psychotherapie.

In de herziene MDR Depressie wordt expliciet uitgegaan van het *stepped care* model. De behandelaar kiest met de patiënt in eerste instantie voor de lichtste, eenvoudigste behandeling waarvan bekend is dat er resultaat mee kan worden bereikt bij vergelijkbare patiënten en bij onvoldoende herstel wordt overgestapt op intensievere interventies. De aanbevelingen over het in te zetten beleid zijn bijeengebracht in vier behandelalgoritmes, die overzichtelijk gepresenteerd worden in stroomschema's. De ernst van de depressieve episode is, naast de duur van de episode en het al dan niet optreden van een recidief, bepalend voor toewijzing aan een behandelalgoritme. Aanbevolen wordt om de zogenoemde basisinterventies psycho-educatie, actief volgen en dagstructurering aan alle patiënten te geven (ongeacht de ernst van de aandoening). De stappenvolgorde in de behandelalgoritmes geeft de volgorde van overwegen van interventies weer. Bij beslissingen over het behandelbeleid dient rekening gehouden te worden met de voorkeur van de patiënt ten aanzien van de behandelalternatieven.

4.5.2 Wat gebeurt er in de praktijk?

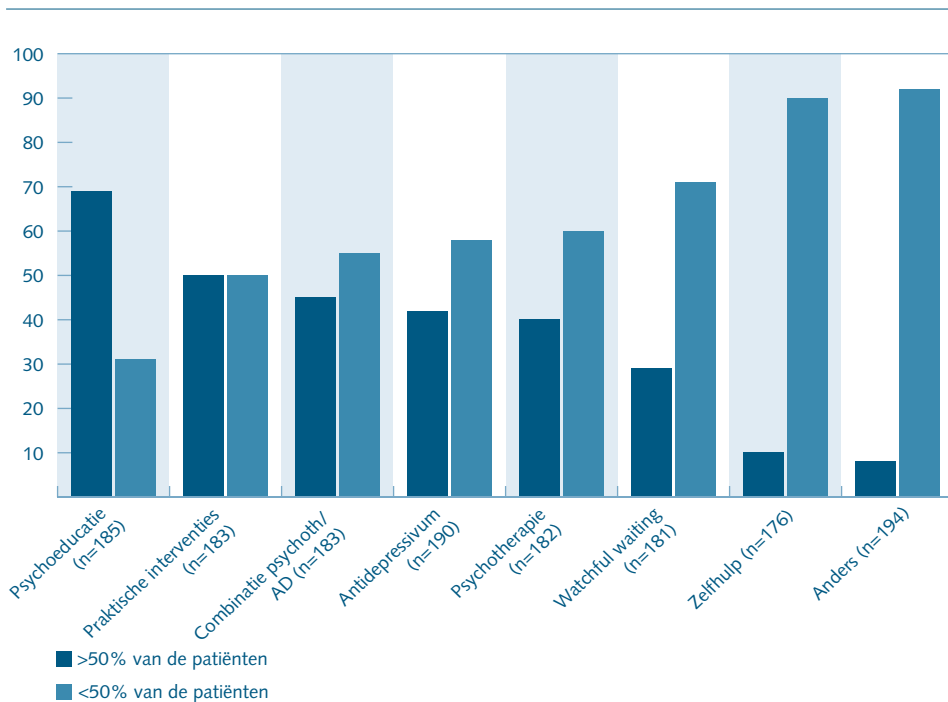
Welke zorg wordt geboden?

De huisartsen geven aan het vaakst psycho-educatie, kortdurende behandelingen, behandeling met antidepressiva, psychotherapie, of combinatietherapie van antidepressiva en psychotherapie aan te bieden aan patiënten met een nieuw gediagnosticeerde depressie (zie Grafiek 3). Het actief volgen van patiënten (*watchful waiting*) wordt in mindere mate gedaan; en het begeleiden van (online) zelfhulp interventies worden nauwelijks aangeboden. De meeste huisartsen geven aan zelf patiënten actief te volgen en de behandeling met antidepressiva uit te voeren; andere vormen van behandeling worden (ook) uitgevoerd door andere hulpverleners. De huisartsen geven aan niet veel patiënten met een depressie te verwijzen; wanneer dit gebeurt is het meestal naar de ELP.

De ELP-en geven aan het vaakst psychotherapie aan te bieden in het geval van een nieuw gediagnosticeerde depressie, gevolgd door psycho-educatie en praktische interventies (zie Grafiek 4). Deze interventies worden door de ELP-en zelf uitgevoerd. Begeleide zelfhulp wordt niet vaak aangeboden. De ELP-en geven aan weinig patiënten met een depressie te verwijzen; wanneer dit gebeurt is het meestal naar een professional werkzaam in de tweedelijns GGZ.

De psychiaters geven aan dat patiënten met een nieuw gediagnosticeerde depressie het vaakst psycho-educatie, antidepressiva, psychotherapie, of een combinatie van

Grafiek 3. Geboden zorg in de huisartsenpraktijk bij een nieuw gediagnosticeerde depressie, volgens huisartsen, in procenten van de totale groep.



antidepressiva en psychotherapie ontvangen (zie Grafiek 5). De meeste psychiaters rapporteren dat ze behandeling met antidepressiva zelf geven; bij de andere vormen van behandeling zijn ook andere hulpverleners betrokken.

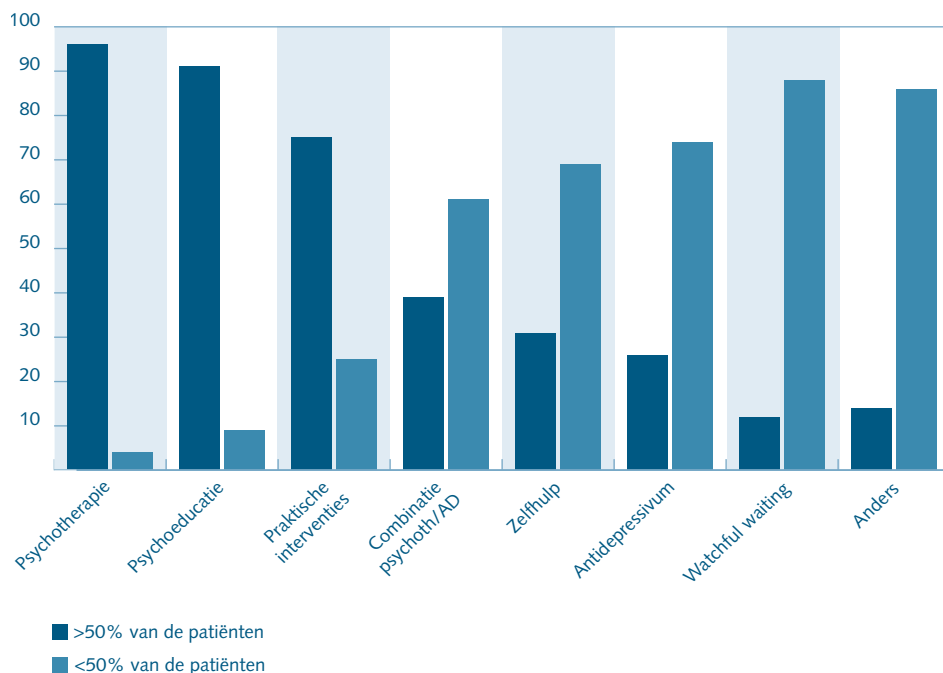
Wat zijn bepalende factoren voor de keuze van de behandeling?

De mate van belemmering in iemands functioneren als gevolg van de depressieve klachten en de ernst van de depressie worden door zowel de huisartsen als de ELP-en het vaakst genoemd als bepalende factoren in de keuze voor de behandeling (zie Grafiek 6). Andere relatief frequent door hen gerapporteerde factoren zijn of iemand een gevaar voor zichzelf of anderen vormt en de aard en het aantal symptomen; relatief veel huisartsen geven ook aan dat de voorkeur van de patiënt bepalend is. De psychiaters noemen het vaakst de ernst van de depressie en de voorkeur van de patiënt als bepalende factoren. Andere relatief vaak genoemde factoren zijn de mate van belemmering in functioneren en of iemand een gevaar vormt voor zichzelf of anderen.

In hoeverre wordt stepped care toegepast?

Wanneer direct gevraagd wordt of er bij behandeling van een patiënt met depressie een *stepped care* benadering toegepast wordt, geeft bijna driekwart van de huisartsen (72%) en ELP-en (72%) en het merendeel van de psychiaters (84%) aan dit bij meer dan de

Grafiek 4. Geboden eerstelijnspsychologische zorg bij een nieuw gediagnosticeerde depressie, volgens eerstelijnspsychologen (n=85), in procenten van de totale groep.



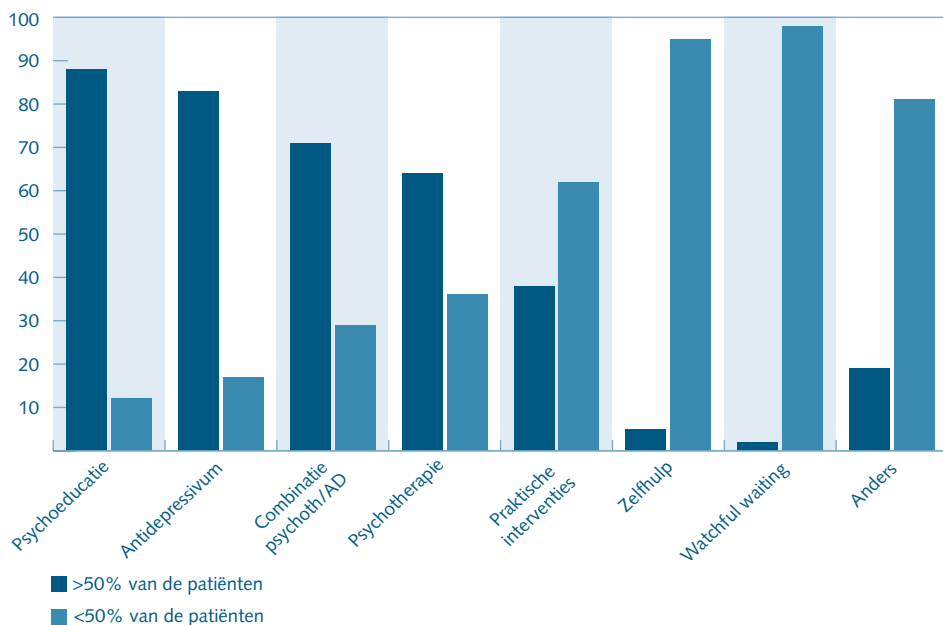
helft van de patiënten te doen. De voorkeur van de patiënt wordt door huisartsen (49%), ELP-en (37%) en psychiaters (67%) het vaakst als reden genoemd om geen *stepped care* behandeling aan te bieden. Huisartsen geven daarnaast ook relatief vaak aan te beschikken over onvoldoende kennis en vaardigheden (45%) en onvoldoende tijd te hebben (33%).

De invloed van samenwerking op het handelen in de huisartsenpraktijk.

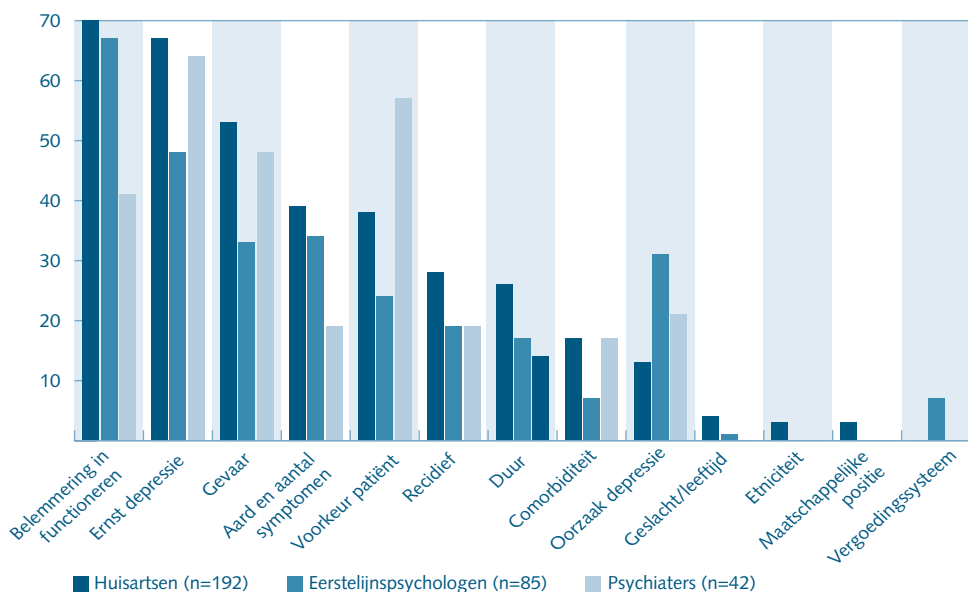
Relatief meer huisartsen met structurele samenwerkingsafspraken dan huisartsen zonder samenwerkingsafspraken geven aan dat meer dan de helft van de patiënten met een nieuw gediagnosticeerde depressie psycho-educatie (77% versus 65%), praktische interventies (59% versus 47%), of zelfhulp (14% versus 9%) krijgt aangeboden. Omgekeerd, geven relatief minder huisartsen met samenwerkingsafspraken antidepressiva (35% versus 45%) of een combinatie van psychotherapie en antidepressiva (35% versus 49%) aan meer dan de helft van nieuw gediagnosticeerde patiënten. Met betrekking tot het actief volgen van patiënten en psychotherapie is geen duidelijke invloed van samenwerking te zien.

Relatief meer huisartsen met structurele samenwerkingsafspraken dan huisartsen zonder structurele samenwerkingsafspraken geven aan de meerderheid van nieuw gediagnosticeerde patiënten te verwijzen naar de SPV in de huisartspraktijk (30% versus 12%), de POH (24% versus 4%), en het algemeen maatschappelijk werk (6% versus 2%).

Grafiek 5. Gebonden zorg in tweedelijns GGZ bij een nieuw gediagnosticeerde depressie, volgens psychiaters (n=42), in procenten van de totale groep.



Grafiek 6. Volgens professionals bepalende factoren bij behandelkeuze, in procenten van de totale groep. Professionals konden maximaal drie antwoorden geven.



Omgekeerd, verwijzen relatief minder huisartsen met samenwerkingsafspraken meer dan de helft van nieuw gediagnosticeerde patiënten naar de ELP (23% versus 50%).

Wanneer direct gevraagd wordt of er bij behandeling van een patiënt met een depressie een *stepped care* benadering toegepast wordt is er geen duidelijk verschil te zien tussen huisartsen met en zonder samenwerkingsafspraken. Relatief minder huisartsen met samenwerkingsafspraken dan huisartsen zonder samenwerkingsafspraken geven aan dat de voorkeur van de patiënt (36% versus 54%) of onvoldoende kennis of vaardigheden (38% versus 47%) de redenen zijn om soms geen *stepped care* behandeling aan te bieden.

4.5.3 Hoe verhouden richtlijnaanbevelingen en de praktijk zich tot elkaar?

In de herziene MDR Depressie wordt het *stepped care* model expliciet als uitgangspunt genomen. Op basis van de ernst van de depressieve episode wordt, rekening houdend met de duur van de episode en het al dan niet optreden van een recidief, een patiënt toegewezen aan één van vier behandelalgoritmes.

Wanneer er direct naar gevraagd wordt geeft bijna driekwart van de huisartsen en ELP-en en ruim 80% van de psychiaters aan bij meer dan de helft van de patiënten met een depressie behandeling te geven volgens de *stepped care* benadering. Andersom gezegd, ruim een kwart van de huisartsen en ELP-en en ruim 15% van de psychiaters geeft in de meerderheid van de gevallen geen *stepped care* behandeling. Daarbij is het mogelijk dat de directe vraagstelling een te gunstig beeld geeft van de daadwerkelijke praktijk, mede doordat sommige professionals geneigd waren een sociaal wenselijk antwoord te geven of doordat ze de term *stepped care* anders geïnterpreteerd hebben dan bedoeld.

Als gekeken wordt naar de antwoorden op de vragen over afzonderlijke interventies, ontstaat het beeld dat *stepped care* minder lijkt te worden toegepast dan men aangeeft bij de directe vraagstelling. Wat betreft de huisartsenpraktijk valt op dat er nogal vaak behandeling met antidepressiva al dan niet gecombineerd met psychotherapie wordt ingezet bij patiënten met een nieuw gediagnosticeerde depressie. Huisartsen geven aan patiënten in mindere mate actief te volgen; het begeleiden bij zelfhulp (waaronder internettherapie) gebeurt nauwelijks. Beiden zijn belangrijke stappen in de *stepped care* benadering. Dit doet vermoeden dat patiënten met lichte depressies, die er in de huisartspraktijk veel zijn, 'overbehandeld' worden met antidepressiva en te weinig profiteren van afwachtend beleid of lichte, eerste-stap interventies. De bevindingen lijken erop te wijzen dat de NHG-Standaard achterloopt op de praktijk. Alhoewel veel huisartsen, wanneer direct gevraagd, aangeven *stepped care* te willen behandelen, geeft de huidige versie van de NHG-Standaard geen duidelijke aanbevelingen op dit gebied, en wordt in de praktijk vaak medicamenteuze behandeling gegeven en weinig lichte, eerste-stap interventies.

Samenwerking lijkt een gunstige invloed te hebben op het behandelbeleid van huisartsen. Huisartsen met structurele samenwerkingsafspraken geven namelijk aan dat in hun praktijk vaker lichte interventies (psycho-educatie, praktische interventies, zelfhulp) toegepast worden dan huisartsen zonder samenwerkingsafspraken, en juist minder vaak

intensieve, depressiespecifieke interventies (antidepressiva al dan niet gecombineerd met psychotherapie). De verwijspatronen wijzen erop dat de samenwerking veelal samenwerking van de huisarts met een SPV of POH-GGZ betreft, en dat deze ondersteuning binnen de huisartspraktijk ertoe leidt dat er minder vaak verwezen hoeft te worden naar de ELP.

De bepalende factoren in de keuze voor behandeling die huisartsen, ELP-en, en psychiaters het meest frequent noemen, zoals ernst van de depressie en mate van belemmering in functioneren, zijn overeenkomstig richtlijnaanbevelingen en sluiten goed aan bij de *stepped care* benadering. Wel valt op dat ELP-en patiëntenvoorkeur relatief weinig noemen als bepalende factor. Mogelijk hangt dit samen met het gegeven dat ELP-en in vergelijking met huisartsen en psychiaters een minder expliciet behandel aanbod hebben: er is sprake van een integrale benadering en minder van losse interventies waaruit men kan kiezen. Ook is medicatie geen onderdeel van het pakket en daarover gaan vaak de keuzes.

Het is opvallend dat patiëntenvoorkeur door huisartsen, ELP-en en psychiaters het vaakst als reden wordt genoemd om geen *stepped care* behandeling te geven. Dit kan impliceren dat sommige patiënten geen behoefte hebben aan of geen vertrouwen hebben in een meer afwachtend beleid of lichtere vormen van interventies, maar meer de voorkeur geven aan intensievere, depressiespecifieke interventies (zoals bv. antidepressiva). Belangrijk is hier te bedenken dat het om de mening van hulpverleners gaat en dat het onduidelijk is in hoeverre de respondenten hier een eigen inschatting van de patiëntenvoorkeur geven of de feitelijke voorkeur zelf. Huisartsen noemen daarnaast ook relatief vaak tijdgebrek en onvoldoende kennis en vaardigheden als belemmerende factoren voor *stepped care* behandeling. Ook nu blijkt samenwerking een positieve werking te hebben: huisartsen met structurele samenwerkingsafspraken noemen minder vaak patiëntenvoorkeur en het hebben van onvoldoende kennis en vaardigheden als belemmerende factoren dan huisartsen zonder samenwerkingsafspraken.

4.6 Samenvatting en beschouwing

De doelstelling van dit hoofdstuk was om meer zicht te krijgen op welke zorg huisartsen, eerstelijnspsychologen (ELP-en) en psychiaters werkzaam in GGZ-instellingen bieden aan mensen met een depressie en hoe deze zich verhoudt tot aanbevelingen uit de recentelijk gepubliceerde, herziene versie van de MDR Depressie. Vooral is gekeken naar de in de herziene MDR Depressie, de moederrichtlijn voor de te herziene Standaard Depressieve stoornis van het NHG, genoemde aanbevelingen rond *stepped care* behandelen, waarbij *vroegherkenning* en *ernstbepaling* van depressie twee essentiële stappen zijn. De bevindingen wijzen op een aantal aanknopingspunten voor het verder implementeren van *stepped care* depressiezorg. Alvorens deze aanknopingspunten te bespreken, worden eerst de beperkingen van het onderzoek besproken en de belangrijkste bevindingen samengevat.

4.6.1 Beperkingen van het onderzoek

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van een zelfrapportage vragenlijst. Een mogelijk nadeel hiervan kan zijn dat deelnemende professionals sociaal wenselijke antwoorden hebben gegeven, waardoor de gerapporteerde zorg soms meer overeenstemt met richtlijnaanbevelingen dan in werkelijkheid het geval is. Ook kunnen vragen en gebruikte terminologie (bv. *stepped care*; psychotherapie) door respondenten op een andere manier geïnterpreteerd zijn dan bedoeld waardoor resultaten mogelijk enigermate vertekend zijn. Bovendien is het aannemelijk dat wat hulpverleners denken dat ze doen, niet altijd overeenstemt met wat ze feitelijk doen.

De respons is redelijk te noemen vergeleken met eerdere studies.²⁰⁻²² De gemiddelde leeftijd van de deelnemende huisartsen is representatief voor alle Nederlandse huisartsen; wel is het percentage vrouwen onder de deelnemende huisartsen wat hoger. De deelnemende ELP-en zijn zowel wat betreft geslacht en leeftijd representatief voor alle Nederlandse ELP-en. Het is mogelijk dat de deelnemende huisartsen en ELP-en op andere kenmerken wel duidelijk afwijken. De steekproef van psychiaters is relatief klein en vrouwen zijn ondervertegenwoordigd.

Door deze beperkingen geven de resultaten een globaal beeld van de zorg zoals die in de praktijk gegeven wordt. Wat betreft de interpretatie van de vragenlijstresultaten van de psychiaters is enige voorzichtigheid geboden.

4.6.2 Samenvatting resultaten

Alhoewel richtlijnen voor depressie in het algemeen de geboden zorg in de praktijk goed lijken te weerspiegelen, identificeert dit onderzoek een aantal gebieden waarop de aansluiting tussen richtlijnaanbevelingen en de praktijk verbeterd kan worden. De resultaten geven aan dat de huidige versie van de NHG-Standaard Depressieve stoornis (die stamt uit 2003) 'achterloopt' op het handelen in de huisartsenpraktijk wat betreft vroegherkenning, ernstbepaling, en *stepped care* behandeling van depressie. De vrijblijvende aanbeveling over toepassing van meetinstrumenten voor ernstbepaling uit de herziene MDR Depressie lijkt achter te blijven op de mate waarin GGZ professionals aangeven gebruik te maken van meetinstrumenten. Omgekeerd, geven de resultaten aan dat aanbevelingen uit de herziene MDR Depressie omtrent vroegherkenning (screening op depressie in hoogrisicogroepen in de eerste lijn), ernstbepaling, en *stepped care* behandeling (o.a. het toepassen van lichte, eerste-stap interventies wanneer verantwoord) beter geïmplementeerd kunnen worden, met name in de huisartsenpraktijk. Huisartsen geven vaak aan dat gebrek aan tijd, kennis en vaardigheden belemmerend werken bij het opvolgen van richtlijnaanbevelingen. Richtlijnmakers zullen hier meer rekening mee moeten houden. De resultaten suggereren dat structurele samenwerking (veelal ondersteuning door een POH-GGZ of SPV) de door huisartsen ervaren belemmeringen meer hanteerbaar maken.

4.6.3 Aanknopingspunten voor implementatie van richtlijnen en herziening van richtlijnen

Uit de resultaten komen vooral aanknopingspunten naar voren om de implementatie van aanbevelingen uit de herziene MDR Depressie in de huisartsenpraktijk te stimu-

leren. De gekozen thema's (vroegherkenning, ernstbepaling, en *stepped care*) zijn ook het meest relevant voor de huisartsensetting. Zoals in de inleiding al is aangegeven speelt de huisarts zowel als poortwachter en als behandelaar een belangrijke rol in de depressiezorg. De meeste mensen met een depressie zullen professionele hulp zoeken of herkend worden in de huisartsenpraktijk en de meerderheid zal ook in deze setting behandeld worden. De volgende aanknopingspunten komen naar voren:

- ***Deskundigheidsbevordering van huisartsen***

Onvoldoende kennis of vaardigheden en onbekendheid met meetinstrumenten voor screening of ernstbepaling worden relatief vaak door huisartsen genoemd om geen verrichtingen uit te voeren om depressie vroegtijdig te herkennen, om de ernst van een depressie niet vast te stellen, of om geen *stepped care* behandeling aan te bieden. Dit wijst erop dat de deskundigheid van huisartsen op het gebied van signalering en screening van depressie, ernstbepaling en het *stepped care* model vergroot kan worden. De publicatie van de herziening van de NHG-Standaard Depressie stoornis, naar verwachting medio 2011, zal hier vermoedelijk aan bijdragen. In de herziening zal expliciet aandacht besteed worden aan vroegherkenning, ernstbepaling en *stepped care* behandeling.

- ***Het stimuleren van het aanbieden van lichtere interventies in de huisartsenpraktijk***

De resultaten van deze studie en ook van ander onderzoek^{6,8,23} wijzen erop dat in de huisartsenpraktijk relatief vaak intensieve, depressiespecifieke behandelvormen (zoals bv. behandeling met antidepressiva) toegepast worden bij nieuw gediagnosticeerde depressies; een meer afwachtend beleid of lichtere interventies (zoals bv. begeleiden bij (online) zelfhulp) worden verhoudingsgewijs minder vaak toegepast. In een recent onderzoek is aan de hand van een paneldiscussie onderzocht hoe eerstelijns hulpverleners aankijken tegen kortdurende (niet-medicamenteuze) interventies.¹⁹ Het bleek dat een ruime meerderheid van de deelnemende eerstelijns hulpverleners het belangrijk vindt om kortdurende interventies zoals gezondheidsvoorlichting, motiverende gespreksvoering en begeleidde zelfhulp op grote schaal in te voeren in de huisartsenvoorziening.¹⁹ Ook vond een ruime meerderheid dat zij een taak hebben met betrekking tot internethulpverlening, bijvoorbeeld door het verwijzen naar betrouwbare websites of het monitoren van de vorderingen van patiënten. Om grootschalige implementatie van kortdurende interventies te bewerkstelligen wordt in het onderzoek onder meer gepleit voor het vergroten van de bekendheid van kortdurende interventies onder eerstelijns hulpverleners.¹⁹

- ***Het opnemen van aanbevelingen in de herziening van de NHG-Standaard over vroegherkenning, ernstbepaling en stepped care behandeling.***

De MDR Depressie kan beschouwd worden als een 'moederrichtlijn' waaruit verschillende disciplines weer eigen monodisciplinaire richtlijnen kunnen maken. In de huidige, relatief oude, NHG-Standaard wordt nog weinig (expliciete) aandacht besteed aan vroegherkenning, ernstbepaling en de *stepped care* benadering. Dit gaat, zoals aangegeven, wel gebeuren in de herziening van de NHG-Standaard.

- ***Het vergroten van de bekendheid en acceptatie van lichtere interventies onder patiënten.***

Patiëntenvoorkeur wordt door huisartsen relatief vaak genoemd als reden om geen *stepped care* behandeling te geven. Dit kan suggereren dat sommige patiënten geen behoefte hebben aan of geen vertrouwen hebben in een meer afwachtend beleid of lichtere interventies. Het vergroten van de bekendheid met (de effectiviteit van) lichtere interventies kan er aan bijdragen dat patiënten hiervoor meer open staan. Het bovengenoemde onderzoek naar de toepasbaarheid van kortdurende interventies in de huisartsenvoorziening doet een overeenkomstige aanbeveling.¹⁹ Het versterken van gezamenlijke besluitvorming door patiënt en hulpverlener kan er ook aan bijdragen dat er, wanneer verantwoord, vaker gekozen wordt voor lichtere interventies.

- ***Het verder stimuleren van samenwerking, ook in de vorm van ondersteuning van de huisarts door andere hulpverleners***

De resultaten wijzen er consistent op dat structurele samenwerking een gunstige invloed heeft op het handelen in de huisartsenpraktijk. In de praktijken van huisartsen met structurele samenwerkingsverbanden worden relatief vaker verrichtingen uitgevoerd om depressie vroegtijdig te herkennen, wordt relatief vaker de ernst van een depressie vastgesteld, en worden relatief vaker lichtere interventies toegepast. De samenwerking betrof veelal samenwerking met een SPV of POH-GGZ in de huisartsenpraktijk. Dit suggereert dat ondersteunende hulpverleners in de huisartsenpraktijk ervaren belemmeringen voor vroegtijdige herkenning, ernstbepaling en *stepped care* behandeling van depressie meer hanteerbaar maken. Momenteel kan maar een beperkt deel van de huisartsen een beroep doen op de ondersteuning van een SPV, en komt de instroom van POH's-GGZ langzaam op gang. Dit pleit ervoor om de aanwezigheid van ondersteunende hulpverleners in de huisartsenpraktijk verder te stimuleren en om 'ketenzorg' te ontwikkelen voor die patiëntengroepen die dit nodig hebben. Aanbevelingen over hoe samenwerking vorm te geven is in volgende richtlijnversies wellicht op zijn plaats.

Referenties

1. De Graaf R., Ten Have M., Van Dorsselaer S. (2010). *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking. NEMESIS-2: Opzet en eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
2. Bijl R.V., Ravelli A. (2000). Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychological Medicine*, 30, 657-668.
3. Poos M.J.J.C., Smit J.M., Groen J., Kommer G.J., Slobbe L.C.J. (2008). *Kosten van ziekten in Nederland 2005. Zorg voor euro's-8*. Bilthoven: RIVM/CBS.
4. Braspenning J.C.C., Schellevis F.G., Grol R.P.T.M. (2004). *Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk 4: kwaliteit huisartsenzorg belicht*. Utrecht/Nijmegen: NIVEL/WOK.
5. Van 't Land H., Grolleman J., Mutsaers K., Smits C. (2008). *Trendrapportage GGZ 2008. Deel 2: Toegang en zorggebruik. Basisanalyse*. Utrecht: Trimbos-instituut.
6. Spies T., Mokkink H.G.A., De Vries Robbé P., Grol R.P.T.M. (2004). Huisarts kiest vaak voor antidepressiva onafhankelijk van de ernst van de depressie. *Huisarts en Wetenschap*, 47, 364-367.
7. Nuyen J., Volkers A.C., Verhaak P.F., Schellevis F.G., Groenwegen P.P., Van den Bos G.A. (2005). Accuracy of diagnosing depression in primary care: the impact of chronic somatic and psychiatric co-morbidity. *Psychological Medicine*, 35, 1185-1195.
8. Verhaak P.F.M., Bartelds A.I.M., Schellevis F.G. (2002). Hoe behandelt de huisarts nieuwe gevallen van depressie? *Huisarts en Wetenschap*, 45, 722-725.
9. Meijer S.A., Verhaak P.F.M. (2004). *De eerstelijns GGZ in beweging: resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatie-onderzoek "Versterking eerstelijns GGZ: integrale eindrapportage 2004*. Utrecht/Den Haag: NIVEL/Trimbos-instituut/ SGBO.
10. Emmen M.J., Verhaak P.F.M. (2007). *Capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ 2001-2006*. Utrecht: NIVEL.
11. Programmatische aanpak van chronische ziekten (2008). *Beleidsbrief van het Ministerie van VWS aan Tweede Kamer*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
12. Van Marwijk H.W.J., Grundmeijer H.G.L.M., Bijl D., Van Gelderen M.G., De Haan M., Van Weel-Baumgarten E.M., Burgers J.S., Boukes F.S., Romeijnders A.C.M. (2003). NHG-Standaard Depressieve stoornis. Eerste herziening. *Huisarts en Wetenschap*, 46, 614-623.
13. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). *Multidisciplinaire richtlijn Depressie. Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen cliënten met een depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

14. Richtlijnconsortium Nederland (2010). *Richtlijnherziening van de Multidisciplinaire richtlijn Depressie (eerste revisie). Richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van volwassen patiënten met een depressieve stoornis*. Utrecht: Trimbo-instituut.
15. Meeuwissen J.A.C., Donker M.C.H. (2004). Minder is meer: stepped care in de geestelijke gezondheidszorg. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 59, 904–915.
16. Hingstman L., Kenens R.J. (2009). *Cijfers uit de registratie van huisartsen. Peiling 2009*. Utrecht: NIVEL.
17. Beroepsgroepmonitor Eerstelijnspsychologen (BREP) (2007). In deze monitor worden persoonsgegevens, gegevens over opleiding en kwalificaties en de werkzaamheden van alle eerstelijnspsychologen bijgehouden. Het NIVEL beheert deze monitor.
18. Stichting Capaciteitsorgaan voor medische en tandheelkundige vervolopleidingen. Gegevens van 2009, verkregen via E-mail in mei 2010.
19. Zwaanswijk M., Verhaak P.F.M. (2009). *Effectieve kortdurende interventies voor psychische problemen: een kennissynthese over hun toepasbaarheid in de huisartsenvoorziening*. Utrecht: NIVEL.
20. Laurant M.G.H., Drenthen A.J.M., Timmermans A.E., Blanken C.J.M., Verhaak P.F.M., Grol R.T.P.M. (2001). Geestelijke gezondheidszorg bij de huisarts. *Medisch Contact*, 56, 1780-1783.
21. Emmen M.J., Meijer S.A., Heideman J., Laurant M.G.H., Verhaak P.F.M. (2007). Versterking van de eerstelijns GGZ: Effecten op langere termijn. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 85, 166-173.
22. Oud M.J.T., Schuling J., Slooff C.J., Groenier K.H., Dekker J.H., Meyboom-de Jong B. (2009). Care for patients with severe mental illness: the general practitioner's role perspective. *BMC Family Practice*, 6, 10: 29.
23. Nuyen J., Spreeuwenberg P.M., Van Dijk L., Van den Bos G.A., Groenewegen P.P., Schellevis F.G. (2008). The influence of specific chronic somatic conditions on the care for co-morbid depression in general practice. *Psychological Medicine*, 38, 265-277.

5 Integrale multidisciplinaire zorg voor psychische problemen bij etnische minderheden: kenmerken en effecten van in het buitenland ontwikkelde interventies

5.1 Inleiding

Zoals al werd aangegeven in hoofdstuk 1 is er nog beperkte wetenschappelijke kennis beschikbaar over de relatie tussen etniciteit en de geestelijke gezondheid en gezondheidszorg. Uit een recente verkenning van de beschikbare kennis kwam naar voren dat studies naar de effecten van behandeling van etnische minderheden met psychische problemen het meest schaars zijn.¹ In dit hoofdstuk wordt over de eigen nationale grenzen heen gekeken. Op basis van wetenschappelijke literatuur wordt gepoogd zicht te krijgen op welke integrale, multidisciplinaire zorg in het buitenland gegeven wordt aan etnische minderheden met psychische problemen en wat hiervan de effecten zijn. Alvorens verder in te gaan op de doelstelling en onderzoeksvragen van dit hoofdstuk zal eerst noodzakelijke achtergrondinformatie gepresenteerd worden.

5.1.1 Achtergrond

Resultaten van de Trendrapportage GGZ 2008 laten zien dat etnische minderheden steeds beter de weg naar de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ) weten te vinden.² Wel zijn er aanwijzingen dat de *drop-out* onder etnische minderheden hoger is dan onder autochtone Nederlanders. Via een themarapportage werd in 2009 zicht verkregen op factoren die volgens hulpverleners van invloed zijn op de verhoogde *drop-out* onder deze cliënten.³ Een factor die van invloed bleek was het *aanbod* dat etnische minderheden in de tweedelijns GGZ krijgen. Dit zou onvoldoende afgestemd zijn op hun zorgvraag.

Etnische minderheden in Nederland bevinden zich verhoudingsgewijs vaker in een kwetsbare sociaal-economische situatie: veel mensen uit etnische minderheidsgroepen hebben geen betaalde baan, zijn lager opgeleid en hun woonsituatie is slechter dan gemiddeld.⁴⁻⁶ Deze stressoren hebben een negatieve invloed op de psychische gezondheid en leiden ertoe dat GGZ-hulpverleners geconfronteerd worden met een veelzijdige zorgvraag.³ Uit onderzoek van Kamperman (2005) blijkt dat mensen uit etnische minderheidsgroepen vaker hun psychische klachten duiden binnen een niet-psychologisch verklaringsmodel, zoals bijvoorbeeld een sociaal verklaringsmodel.^u Omdat in de GGZ

u Het verklaren van (psychische) gezondheidsklachten vanuit de sociale context.

psychologische verklaringmodelle^v gehanteerd worden, hebben deze cliënten vaak weinig baat bij GGZ-hulpverlening.⁴ Kamperman adviseert daarom, in plaats van te proberen de sociale en interactionele problematiek van deze cliënten te herdefiniëren, een maatschappelijk werkende in te zetten, alvorens de psychische problematiek te behandelen.⁴

Uit de eerder genoemde themarapportage blijkt dat multiproblematiek kan leiden tot *drop-out*: als de hulpverlener in de ogen van de cliënt teveel focust op psychische oorzaken en onvoldoende aandacht besteedt aan maatschappelijke problemen, voelt de cliënt zich niet gehoord en begrepen.³ Hulpverleners zijn van mening dat een multidisciplinair behandelteam nodig is om tegemoet te komen aan de veelzijdige hulpvraag van deze cliënten en zorg 'op maat' te kunnen bieden.² Ook in de internationale literatuur wordt het belang van meer omvattende, integrale GGZ voor etnische minderheden onderstreept.^{3,7-8} Gewezen wordt op aandacht voor de impact van andere problemen (zoals huisvesting, werkloosheid en migratie), als een voorwaarde voor kwalitatief goede zorg voor etnische minderheden.⁷ Uit een overzichtsartikel blijkt daarnaast dat een aantal succesvolle initiatieven gericht op psychische hulpverlening aan etnische minderheden in het Verenigd Koninkrijk gekenmerkt worden door een aantal gemeenschappelijke 'good practices': de inzet van een multicultureel multidisciplinair team, aandacht voor sociale problemen (zoals bv. werkloosheid) en cultureel sensitieve hulpverleners.⁸

De ontwikkeling naar een integrale, multidisciplinaire benadering van psychische problematiek bij etnische minderheden sluit aan bij het overheidsbeleid. Vanuit het Ministerie van VWS wordt onder meer ingezet op een integrale aanpak van gezondheidsproblemen^w en het stimuleren van samenwerking tussen verschillende hulpverleners rondom de zorg voor een cliënt (ook wel 'ketenzorg' genoemd).^{6,9} Hoewel een integraal, multidisciplinair zorgaanbod een antwoord zou kunnen zijn op de vraag naar een beter op etnische minderheden afgestemde GGZ, is het onduidelijk welke initiatieven er op dit gebied ontwikkeld zijn en wat er bekend is over hun effecten.

5.1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

De doelstelling van dit hoofdstuk is zicht te krijgen op in het buitenland ontwikkelde integrale, multidisciplinaire interventies voor psychische problemen bij etnische minderheidsgroepen en de effecten van deze interventies.

Onderzoeksvragen

1. Wat zijn de kenmerken van in het buitenland ontwikkelde integrale, multidisciplinaire interventies die gericht zijn op psychische problemen bij mensen uit etnische minderheidsgroepen?
2. Wat zijn de effecten van deze interventies (o.a. wat betreft verbetering van psychische klachten; functioneren van personen)?

v Het verklaren van (psychische) gezondheidsklachten vanuit de psyche.

w Samenhangende zorg waarbinnen, naast aandacht voor gezondheid, ook aandacht is voor andere domeinen, zoals inkomen, arbeid, onderwijs, leefomgeving en opvoeding.

5.2 Methode

Om een antwoord te geven op de onderzoeksvragen is een review uitgevoerd van internationale wetenschappelijke publicaties op het gebied van integrale, multidisciplinaire interventies voor psychische problematiek bij etnische minderheden.

5.2.1 Zoekstrategie

Studies werden verzameld via de elektronische databases Cinahl, Medline, Psychinfo, Pubmed en de Cochrane Library. Gekeken werd naar wetenschappelijke artikelen die gepubliceerd zijn in de afgelopen vijf jaar (2004-2009). Voor deze periode werd gekozen omdat we ons op recent ontwikkelde interventies wilden focussen. Op basis van de referentielijsten van de geselecteerde artikelen werd nagegaan of een geïdentificeerde interventie al voor 2004 onderzocht is bij een etnische minderheid. Als dit het geval was, werd ook deze studie meegenomen. Tijdens het zoeken werd gebruik gemaakt van *Medical Subject Headings* (MeSH) (Medline, Pubmed, Cochrane Library), thesauri (Psychinfo) en *Cinahl headings* (Cinahl). Omdat elke database eigen trefwoorden hanteert, zijn de zoekstrategieën niet exact hetzelfde, maar wel vergelijkbaar (zie Bijlage 1).

5.2.1 Inclusie- en exclusiecriteria

De volgende inclusie- en exclusiecriteria werden gehanteerd voor het selecteren van relevante artikelen:

Inclusiecriteria

- De studie onderzoekt de effecten van de interventie bij etnische minderheden met psychische problemen.
- Binnen de interventie is naast aandacht voor de psychische problematiek, óók aandacht voor problemen op andere levensgebieden zoals wonen, werk of sociale contacten. Deze problemen staan centraal of krijgen indirect aandacht via de inzet van een multidisciplinair behandelteam.

Exclusiecriteria

- De interventie is gericht op kinderen of jongeren.
- Een specifieke behandelmethode staat centraal die alleen gericht is op het behandelen van psychische problemen. Er is binnen de interventie geen aandacht voor problemen op andere levensgebieden.

5.2.3 Selectie van artikelen voor de review

De zoekstrategieën resulteerden in een opbrengst van 775 potentieel relevante artikelen. De samenvattingen van deze artikelen werden gescreend op basis van de inclusie- en exclusiecriteria. Na deze screening bleven 52 artikelen over voor een *full-text* review, uitgevoerd door twee onderzoekers, onafhankelijk van elkaar. Uiteindelijk bleven tien studies over; dit betroffen drie reviewartikelen en zeven individuele studies. Deze zeven individuele artikelen hadden betrekking op een viertal interventies. Op basis van de

referentielijsten van de geïncludeerde studies en de drie reviewartikelen werd nog één artikel gevonden van vóór 2004 die voldeed aan de inclusiecriteria en één van de vier interventies onderzocht heeft bij etnische minderheden.^x De review betrof zodoende acht individuele studies, waarin de effecten van in totaal vier interventies onderzocht werden. De referenties van deze studies werden ter controle voorgelegd aan internationale experts. Zij gaven aan dat deze lijst een volledig overzicht gaf en dat er geen belangrijke artikelen ontbraken. In Bijlage 2 wordt aan de hand van een *flowchart* stapsgewijs weergegeven hoe de uiteindelijke selectie van de artikelen voor de review tot stand is gekomen.

5.2.4 Data-extractie

Kenmerken van de interventies

De kenmerken van de vier interventies werden in kaart gebracht, waarbij onder andere gekeken werd naar de setting waarin de interventie uitgevoerd werd, of er binnen de interventie gericht aandacht was voor multiproblematiek en of de interventie speciaal voor etnische minderheden ontwikkeld was. Om aanvullende relevante informatie te achterhalen werd van elke interventie het zogenoemde 'design-artikel'^y opgezocht en zijn betrokken onderzoekers geraadpleegd.

Effecten van de interventies

Vervolgens zijn de effecten van de interventies in kaart gebracht. Daarbij werd onderscheid gemaakt naar de volgende vijf uitkomstcategorieën: klinische effect, functioneren van cliënten, tevredenheid van cliënten, toegankelijkheid van zorg, en kwaliteit van zorg.

5.3 Resultaten

5.3.1 Kenmerken van interventies

De acht geïncludeerde artikelen hebben betrekking op de volgende vier interventies:

1. *Better Outcomes in Mental Health Care Initiative* (BOiMHC).¹⁰ Het doel van deze interventie is het realiseren van een verbeterde toegang tot GGZ door de integratie van gespecialiseerde GGZ in de eerste lijn. De BOiMHC-interventie richt zich primair op het ondersteunen van huisartsen bij de zorg voor psychische problemen. Dit gebeurt onder meer via: 1) deskundigheidsbevordering, 2) de ontwikkeling van gestructureerde zorg ('mental health care plan') voor de behandeling van psychische klachten in de eerste lijn, 3) *evidence-based* behandelingen, 4) samenwerking tussen zorgverleners en 5) toegang tot psychiatrische ondersteuning.

x Het artikel van Miranda et al. (2003) werd gepubliceerd voor 2004. Omdat dit artikel betrekking heeft op één van de interventies die in dit hoofdstuk besproken zal worden, is besloten het artikel op te nemen in de review.

y Artikel dat de opzet van een interventieonderzoek beschrijft, waaronder een uitgebreide beschrijving van (de elementen van een) interventie.

2. *Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment (IMPACT)*.¹¹ De IMPACT-interventie is gericht op een verbeterde toegankelijkheid van GGZ voor ouderen met een depressie door gespecialiseerde GGZ te integreren in de eerste lijn. De interventie is gebaseerd op het zogenoemde 'collaborative care'-model, waarvan onder andere het vormen van een multidisciplinair team, de introductie van een zogenoemde 'care manager' (zie hieronder), de getrapte zorg (*stepped care*) benadering, en het kunnen consulteren van specialisten belangrijke kenmerken zijn. De specifieke behandelingen die binnen de IMPACT-interventie worden aangeboden zijn '*Problem solving treatment*' (PST)² en/of antidepressiva.
3. *Partners in Care (PIC)*.¹² De PIC-interventie is een kwaliteitsbevorderende interventie gericht op behandeling van depressie in de eerste lijn, die onder meer de volgende componenten omvat: 1) een multidisciplinair behandelteam, 2) cliëntvoorlichting, 3) deskundigheidsbevordering van hulpverleners en 4) teambijeenkomsten en casereviews. Binnen het kader van de PIC-interventie wordt ingezet op twee vormen van behandeling: antidepressiva óf psychotherapie.
4. *Mental Health/Substance Use (MH/SA)*.¹³ Om de toegankelijkheid van GGZ en verslavingszorg voor ouderen te bevorderen zijn binnen het kader van de MH/SA-interventie twee zorgmodellen ontwikkeld: 1) een *geïntegreerd model*, waarbij gespecialiseerde GGZ geïntegreerd is in de eerste lijn en 2) een *verwijsmodel*, waarbij ingezet wordt op het verbeteren van verwijsstromen tussen de eerste lijn en de gespecialiseerde GGZ.

Wanneer de kenmerken van de vijf interventies naast elkaar gezet worden, komt het volgende beeld naar voren (zie voor gedetailleerde informatie Bijlage 3):

- *Land*. Drie interventies zijn ontwikkeld in de Verenigde Staten (IMPACT, PIC en MH/SA) en één interventie is ontwikkeld in Australië (BOiMHC).
- *Setting*. Alle vier interventies worden uitgevoerd in de eerste lijn; in alle gevallen behelst de interventie de integratie van gespecialiseerde GGZ in de eerste lijn.
- *Doelpopulatie*. Drie interventies (IMPACT, PIC, MH/SA) richten zich primair op het verbeteren van uitkomsten van cliënten. De effecten van deze interventies zijn onderzocht bij de volgende etnische minderheden: Latijns-Amerikanen (IMPACT, PIC, MH/SA), Afro-Amerikanen (IMPACT, PIC, MH/SA) en Aziatisch-Amerikanen (MH/SA). Twee interventies (IMPACT, PIC) richten zich op cliënten met een stemmingsstoornis (depressie en/of dysthymie). De MH/SA-interventie focust op cliënten met depressie, angst en/of een middenstoornis. Twee interventies (IMPACT, MH/SA) richten zich op cliënten van 60 jaar of ouder. De BOiMHC-interventie focust primair op het ondersteunen van huisartsen bij de zorg voor psychische problemen; het effect van deze interventie is niet onderzocht op cliëntniveau.

² PST is een kortdurende, gestructureerde psychologische interventie. De interventie gaat uit van de veronderstelling dat psychische symptomen sterk gerelateerd zijn aan alledaagse problemen. Het doel van PST is dat cliënten een probleemoplossende techniek aanleren, hier positieve ervaringen mee opdoen en meer controle ervaren over hun problemen.

- *Specifiek ontwikkeld voor etnische minderheden?* Geen van de interventies werd speciaal ontwikkeld voor etnische minderheden. Binnen drie interventies werden wel aanpassingen gedaan voor het gebruik voor etnische minderheden: linguïstische aanpassingen (IMPACT, MH/SA, PIC), de ontwikkeling van visuele materialen (IMPACT, PIC), de inzet van tweetalige hulpverleners (PIC) en een training gericht op het ontwikkelen van culturele vaardigheden voor hulpverleners (PIC).
- *Gerichte aandacht voor andere problemen?* Op basis van de bestudeerde literatuur lijkt er binnen de meeste interventies geen of beperkte expliciete aandacht te zijn voor andere, niet-psychische problematiek van cliënten. Binnen de IMPACT-interventie wordt wel PST als behandeloptie aangeboden. PST gaat uit van de gedachte dat psychische problemen sterk samenhangen met alledaagse problemen, en is dan ook gericht op het aanleren van technieken om meer controle te ervaren over alledaagse problemen. Daarnaast is het mogelijk dat problemen op andere levensdomeinen indirect aandacht krijgen via de inzet van een multidisciplinair behandelteam.
- *Deelnemers multidisciplinair team.* Binnen alle interventies is er sprake van de inzet van een multidisciplinair behandelteam. De behandelteams zijn per interventie als volgt samengesteld: 1) IMPACT-interventie: verpleegkundige (opgeleid tot depressiespecialist), eerstelijns hulpverlener (psycholoog) en een psychiater, 2) BOiMHC-interventie: huisarts, klinisch psycholoog, maatschappelijk werker, sociaal-psychiatisch verpleegkundige en een ergotherapeut, 3) MH/SA-interventie: eerstelijns hulpverlener (huisarts/psycholoog), psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker en een verpleegkundige en 4) PIC-interventie: eerstelijnspsycholoog, verpleegkundige, psychiater (in het geval van behandeling met antidepressiva) of een klinisch psycholoog (in het geval van psychotherapie).
- *Care management.* Binnen alle interventies wordt gebruik gemaakt van een zogenoemde 'care manager'. Een care manager is een contactpersoon en belangenbehartiger van de cliënt en coördineert diverse soorten hulp, zorg en ondersteuning die cliënten nodig hebben. Hij of zij past de behandeling toe, houdt regelmatig contact met de cliënt en controleert de vooruitgang. De rol van care manager wordt in de verschillende interventies vervuld door verschillende hulpverleners: een huisarts (BOiMHC), een verpleegkundige of psycholoog (IMPACT), een (praktijk)verpleegkundige (PIC), en een gespecialiseerde verpleegkundige (MH/SA).

5.3.2 Effecten van de interventies

Hieronder worden de effecten van de vier interventies beknopt besproken aan de hand van de onderscheiden uitkomstcategorieën. Bijlage 4 geeft een gedetailleerd overzicht van de bevindingen van de acht effectstudies.^{aa}

- *Klinisch effect.* Deze uitkomstcategorie werd voor drie interventies in ten minste één studie onderzocht in termen van, respectievelijk, afname van de ernst van de psychische stoornis (IMPACT-interventie¹⁴; MH/SA-interventie¹⁵), een verminderd

aa Uitgezonderd de studie van Klimidis et al. (2006) betroffen de studies gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's).

risico op het hebben van een psychische stoornis (PIC-interventie¹⁶⁻¹⁸) en verbetering van het psychologisch welzijn (PIC-interventie¹⁹). De studies rapporteren positieve effecten van de IMPACT-interventie en de PIC-interventie op de onderzochte klinische uitkomsten^{14;16-19}; alleen de studie naar het effect van de MH/SA-interventie vond geen significante verbetering van de ernst van de psychische problematiek.¹⁵

- *Functioneren*. Deze uitkomstcategorie werd voor twee interventies onderzocht in ten minste één studie. Gevonden werd dat de IMPACT-interventie leidde tot een afname van de ervaren functionele belemmeringen bij Afro-Amerikaanse cliënten, maar niet bij Latijns-Amerikaanse cliënten.¹⁴ De studies naar de effecten van de PIC-interventie vonden wel een toename van de arbeidsparticipatie onder autochtone cliënten, maar niet onder cliënten uit etnische minderheidsgroepen.¹⁶⁻¹⁷
- *Tevredenheid*. Deze uitkomstcategorie werd alleen voor de IMPACT-interventie onderzocht. Gevonden werd dat de interventie leidde tot een toegenomen tevredenheid van cliënten uit etnische minderheidsgroepen over de verleende psychische zorg.¹⁴
- *Toegankelijkheid van zorg*. Deze uitkomstcategorie werd voor drie interventies onderzocht in ten minste één studie. Een studie naar de effecten van de PIC-interventie vond dat de onvervulde zorgbehoefte van cliënten uit etnische minderheidsgroepen afgenomen was.¹⁸ De resultaten van twee studies geven aan dat het geïntegreerde model binnen de MH/SA-interventie (zie hierboven) de toegankelijkheid van GGZ (op verschillende manieren gemeten, zie Bijlage 4) vergrootte voor cliënten uit etnische minderheidsgroepen.^{15;20} Ten slotte, vond een andere studie dat de IMPACT-interventie ertoe leidde dat cliënten uit etnische minderheidsgroepen vaker antidepressiva of psychotherapie ontvingen; deze bevinding wijst op een betere toegankelijkheid tot behandeling.¹⁴
- *Kwaliteit van zorg*. Deze uitkomstcategorie werd voor twee interventies onderzocht. In een studie werd gevonden dat de BOiMHC-interventie de toegang van huisartsen tot twee-/meertalige zorg, tolken en vertaald materiaal verbeterde.²¹ Er werd geen effect van de BOiMHC-interventie gevonden op het relatieve aantal huisartsen die problemen ervaarden omtrent de therapietrouw van etnische minderheden.²¹ Een andere studie toonde aan dat de PIC-interventie ertoe leidde dat zorgbehoeften van cliënten uit etnische minderheidsgroepen beter geïdentificeerd werden en dat vaker behandeling volgens richtlijnen gegeven werd.¹⁶

5.4 Samenvatting en beschouwing

5.4.1 Samenvatting

Op basis van wetenschappelijke publicaties van de afgelopen vijf jaar, is in dit hoofdstuk geprobeerd zicht te krijgen op de kenmerken en effecten van in het buitenland ontwikkelde integrale, multidisciplinaire interventies voor psychische problemen bij etnische minderheden.

Er werden vier interventies geïdentificeerd, allen met een focus op het verbeteren van de toegankelijkheid van GGZ voor etnische minderheden door de integratie van

gespecialiseerde GGZ in de eerste lijn. Aangezien de interventies toegepast worden in de eerste lijn is het niet verwonderlijk dat ze gericht zijn op veel voorkomende psychische problematiek, zoals stemmings- en angststoornissen. Bij de uitvoering van elke interventie is een multidisciplinair behandelteam betrokken, waar een 'care manager' (veelal vervuld door een verpleegkundige) en een GGZ-professional deel van uitmaken. Opvallend is dat geen van de vier interventies speciaal ontwikkeld is voor etnische minderheden. Wel zijn vaak bescheiden aanpassingen gedaan om het gebruik voor etnische minderheden te bevorderen. Ook valt op dat er binnen de interventies weinig tot geen expliciete aandacht is voor andere, niet-psychische problematiek. Het is mogelijk dat er via de inzet van een multidisciplinair behandelteam wel indirect aandacht is voor de problemen van cliënten op andere levensgebieden.

Over de effecten van de vier interventies kunnen geen duidelijke uitspraken gedaan worden. De meeste interventies zijn slechts door één of twee studies op hun effecten onderzocht. Verder geven wij in deze review alleen een beschrijving van de bevindingen van de effectstudies en hebben wij de methodologische kwaliteit van de studies niet systematisch beoordeeld. Voor drie interventies (IMPACT, PIC, en MH/SA) werden de effecten op de ernst van psychische problematiek en op de toegankelijkheid van zorg onderzocht in ten minste één studie. Met name wat betreft de laatstgenoemde uitkomst werden consistent positieve effecten gevonden, wat er mogelijk op zou kunnen wijzen dat de interventies de toegankelijkheid van psychische hulpverlening voor etnische minderheden verbeteren. De effecten van de interventies op andere uitkomsten, zoals bijvoorbeeld het functioneren van cliënten op andere levensgebieden of hun tevredenheid, is weinig onderzocht.

5.4.2 Witte vlekken

Deze review wijst op verschillende kennislacunes. Ten eerste is, hoewel de bevindingen een voorzichtig positief beeld geven, meer effectonderzoek gewenst om duidelijke uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit van integrale, multidisciplinaire interventies voor psychische problemen bij etnische minderheden. Op basis van voldoende onderzoek kan ook bepaald worden welke elementen binnen deze complexe interventies het meest bijdragen aan gevonden positieve effecten. Nu is het bijvoorbeeld niet mogelijk het onafhankelijke effect van een care manager te benoemen; ook is het onduidelijk in hoeverre er binnen de interventies door betrokken hulpverleners aandacht besteed wordt aan problemen op andere levensdomeinen, en welk effect dit heeft. Een andere 'witte vlek' is dat wij in de wetenschappelijke literatuur geen integrale, multidisciplinaire interventies vonden die gericht zijn op 'ernstiger' psychische problematiek, zoals schizofrenie, bij etnische minderheden. Ten slotte, de geïdentificeerde interventies zijn veelal in de Verenigde Staten ontwikkeld. Door de verschillen tussen de organisatie van de gezondheidszorg in de Verenigde Staten en die in Nederland (bv. 'zwakke' versus 'sterke' eerste lijn) en de verschillende etnische minderheidsgroepen in beide landen, is het de vraag in hoeverre gevonden effecten generaliseerbaar zijn naar de Nederlandse situatie.

5.4.3 Aanknopingspunten voor de Nederlandse situatie

Hoewel voorzichtigheid betracht moet worden bij het generaliseren naar de Nederlandse situatie, sluiten de bevindingen van deze review goed aan bij nationale ontwikkelingen ten aanzien van GGZ in de eerste lijn.

Versterking van eerstelijns GGZ

De focus van de geïdentificeerde interventies op de integratie van gespecialiseerde GGZ in de eerste lijn, sluit nauw aan bij de diverse maatregelen en activiteiten die sinds een decennium vanuit de overheid uitgevoerd worden om de GGZ in de eerste lijn, en in het bijzonder in de huisartsenpraktijk, te versterken.²²⁻²³ Dit beleid is ingezet om de druk op de tweedelijns GGZ te verminderen. Het oogmerk is om mensen met psychische problemen zoveel mogelijk in de eerste lijn te behandelen en uitsluitend ernstige gevallen door te verwijzen naar de tweede lijn. Een extra reden om voor etnische minderheden in te zetten op een 'sterke' eerstelijns GGZ is het stigma dat voor veel mensen uit etnische minderheidsgroepen kleeft aan psychische stoornissen en de tweedelijns GGZ. Geestelijke gezondheid en GGZ zijn binnen etnische minderheidsgroepen vaak nog relatief onbesproken thema's.³ Onbekendheid met de GGZ en de schaamte rondom psychische problematiek belemmeren vaak nog de stap naar de tweede lijn. Hoewel de toegankelijkheid van de tweedelijns GGZ voor etnische minderheden toeneemt, komen een aantal groepen (Surinaamse en Antilliaanse mannen en vrouwen, Marokkaanse vrouwen, allochtone jongeren tot 17 jaar en allochtone ouderen ouder dan 64 jaar) verhoudingsgewijs nog steeds minder in zorg bij de tweedelijns GGZ.² De toegankelijkheid van de huisarts voor etnische minderheden is echter niet anders dan voor autochtone Nederlanders.²⁴ Versterking van de GGZ in de eerste lijn kan dus in het bijzonder zinvol zijn voor mensen uit etnische minderheidsgroepen met psychische problemen.

Effectonderzoek naar collaborative care in de Nederlandse huisartsenpraktijk

De geïdentificeerde interventies betreffen complexe zorgmodellen waarin de inzet van een multidisciplinair team en een care manager belangrijke elementen vormen, zoals bijvoorbeeld de op het 'collaborative care'-model gebaseerde IMPACT-interventie.¹⁴ In Nederland is de afgelopen jaren een start gemaakt met onderzoek naar de effecten van de 'collaborative care' aanpak. Op dit moment lopen bijvoorbeeld bij het Trimbos-instituut twee studies naar de (kosten-)effectiviteit van het 'collaborative care'-model voor de behandeling van depressie en angst in de huisartsenpraktijk.²⁵ Eerste resultaten worden eind 2010 verwacht (zie voor meer informatie www.trimbos.nl). In het model ondersteunt de care manager de huisarts bij psychische hulpverlening, onder meer door het uitvoeren van eerstelijnsinterventies en het monitoren van het effect van ingezette behandeling.²⁶ De rol van care manager kan vervuld worden door verschillende hulpverleners zoals sociaal psychiatrisch verpleegkundigen, maatschappelijk werkers of praktijkondersteuners. Daarnaast is ook een consultant-psychiater betrokken in het model.

Zoals eerder besproken bevinden etnische minderheden zich verhoudingsgewijs vaker in een kwetsbare sociaal-economische situatie. De gezondheid van etnische

minderheden is gemiddeld genomen minder goed, terwijl zij ook vaker dan gemiddeld sociale en maatschappelijke problemen hebben.⁴⁻⁶ Door het aanbieden van integrale multidisciplinaire zorg voor psychische problemen, bijvoorbeeld in de vorm van het 'collaborative care'-model, kan beter afgestemd worden op de veelzijdige zorgvraag van etnische minderheden en kan mogelijk de effectiviteit van de geboden zorg verhoogd worden. Er is echter in Nederland nog geen onderzoek gedaan naar de effecten van de 'collaborative care' benadering specifiek voor personen etnische minderheden: het strekt tot de aanbeveling hier in de toekomst wel onderzoek naar te doen.

Referenties

1. Bekker M., Van Mens-Verhulst J. (2008). *GGZ en Diversiteit: Prevalentie en Zorgkwaliteit. Programmeringsstudie 'Etniciteit en gezondheid' voor ZonMw*. Tilburg: Universiteit van Tilburg/Utrecht: Universiteit van Utrecht.
2. Smits C., Van 't Land H. (2008). Allochtonen: psychische aandoeningen, zorggebruik en toegang. In: *Tendrapportage GGZ 2008. Deel 2: Toegang en Zorggebruik. Basisanalyse.*, p. 83-113. Utrecht: Trimbos-instituut.
3. Hilderink I., Van 't Land H., Smits C. (2009). *Drop-out onder allochtone GGZ-cliënten. Zicht op onderliggende factoren en aanbevelingen om drop-out te verminderen. Tendrapportage GGZ 2009. Deel 3: Kwaliteit en effectiviteit*. Utrecht: Trimbos-instituut.
4. Kamperman A.M. (2005). *Deconstructing ethnic differences in mental health of Surinamese, Moroccan and Turkish migrants in the Netherlands*. Academisch proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit.
5. Dagevos J., Gijsberts M., (red.) (2007). *Jaarrapport Integratie 2007*. Den Haag: SCP.
6. Ministerie van VWS (2008). *Naar een weerbare samenleving. Beleidsplan aanpak gezondheidsverschillen op basis van sociaal-economische achtergronden*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
7. Palmer D., Ward K. (2007). 'Lost': listening to the voices and mental health needs of forced migrants in London. *Medicine Conflict and Survival*, 23, 198-212.
8. Fernando S. (2005). Multicultural mental health services: projects for minority ethnic communities in England. *Transcultural Psychiatry*, 42, 420-436.
9. Ministerie van VWS (2008). *Programmatische aanpak van chronische ziekten. Beleidsbrief van het Ministerie van VWS aan Tweede Kamer*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
10. Hickie I., Groom G. (2002). Primary care-led mental health service reform: an outline of the Better Outcomes in Mental Health Care initiative. *Australasian Psychiatry*, 10, 376-382.
11. Unutzer J., Katon W., Williams J.W., Jr., Callahan C.M., Harpole L., Hunkeler E.M., Hofferding M., Areal P., Hegel M.T., Schoenbaum M., Oishi S.M., Langston C.A. (2001). Improving primary care for depression in late life: the design of a multicenter randomized trial. *Medical Care*, 39, 785-799.
12. Wells K.B. (1999). The design of Partners in Care: evaluating the cost-effectiveness of improving care for depression in primary care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 20-29.
13. Levkoff S.E., Chen H., Coakley E., Herr E.C., Oslin D.W., Katz I., Bartels S.J., Maxwell J., Olsen E., Miles K.M., Constantino G., Ware J.H. (2004). Design and sample characteristics of the PRISM-E multisite randomized trial to improve behavioral health care for the elderly. *Journal of Aging and Health*, 16, 3-27.

14. Areán P.A., Ayalon L., Hunkeler E., Lin E.H., Tang L., Harpole L., Hendrie H., Williams J.W., Unützer J., IMPACT Investigators (2005). Improving depression care for older, minority patients in primary care. *Medical Care*, 43, 381-390.
15. Areán P.A., Ayalon L., Jin C., McCulloch C.E., Linkins K., Chen H., McDonnell H.B., Levkoff S., Estes C. (2008). Integrated specialty mental health care among older minorities improves access but not outcomes: results of the PRISMe study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1086-1092.
16. Miranda J., Duan N., Sherbourne C., Schoenbaum M., Lagomasino I., Jackson-Triche M., Wells K.B. (2003). Improving care for minorities: can quality improvement interventions improve care and outcomes for depressed minorities? Results of a randomized, controlled trial. *Health Services Research*, 38, 613-630.
17. Miranda J., Schoenbaum M., Sherbourne C., Duan N., Wells K. (2004). Effects of primary care depression treatment on minority patients' clinical status and employment. *Archives of General Psychiatry*, 61, 827-834.
18. Wells K., Sherbourne C., Schoenbaum M., Ettner S., Duan N., Miranda J., Unützer J., Rubenstein L. (2004). Five-year impact of quality improvement for depression: results of a group-level randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 61, 378-386.
19. Wells K.B., Sherbourne C.D., Miranda J., Tang L., Benjamin B., Duan N. (2007). The cumulative effects of quality improvement for depression on outcome disparities over 9 years: results from a randomized, controlled group-level trial. *Medical Care*, 45, 1052-1059.
20. Ayalon L., Arean P.A., Linkins K., Lynch M., Estes C.L. (2007). Integration of mental health services into primary care overcomes ethnic disparities in access to mental health services between black and white elderly. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 906-912.
21. Klimidis S., Minas H., Kokanovic R. (2006). Ethnic minority community patients and the Better Outcomes in Mental Health Care initiative. *Australas Psychiatry*, 14, 212-215.
22. Meijer S.A., Verhaak P.F.M. (2004). *De eerstelijns GGZ in beweging: resultaten, conclusies en beschouwing van het evaluatie-onderzoek "Versterking eerstelijns GGZ: integrale eindrapportage 2004*. Utrecht/Den Haag: NIVEL/Trimbos-instituut/SGBO.
23. Emmen M.J., Verhaak P.F.M. (2007). *Capaciteit, hulpverlening en patiëntenstromen in de eerstelijns GGZ 2001-2006*. Utrecht: NIVEL.
24. Westert G.P., Van de Berg M.J., Koolman X., Verkleij H. (2009). *Zorgbalans 2008. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
25. De Jong F.J., Van Steenbergen-Weijenburg K.M., Huijbregts K.M., Vlasveld M.C., Van Marwijk H.W., Beekman A.T., Van der Feltz-Cornelis C.M. (2009). The Depression Initiative. Description of a collaborative care model for depression and of the factors influencing its implementation in the primary care setting in the Netherlands. *International Journal of Integrated Care*, 15:e81.

26. Vlasveld M.C., Van Marwijk H.W.J., Van der Feltz-Cornelis C.M. (2010).
Depressie te lijf met het 'Collaborative care'-model. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 154: A1486.

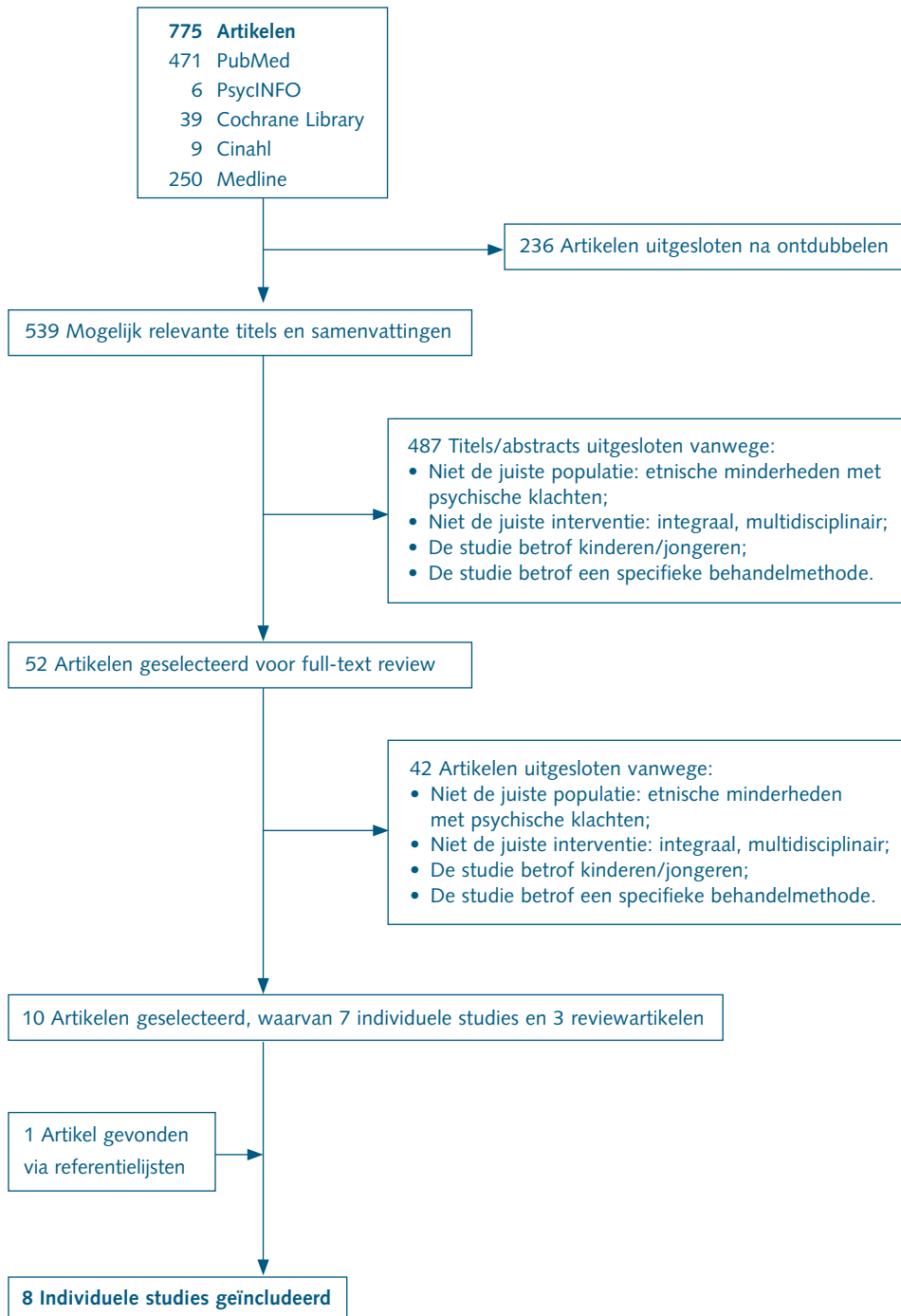
Bijlagen

Bijlage 1 Zoekstrategieën

Database	Trefwoord 'Geïntegreerde Multidisciplinaire zorg'	Trefwoord 'Psychische stoornis'	Trefwoord 'Etnische minderheden'
Cinahl	Integrated Health Care Delivery Disease Management Managed Care Programs Patient Centered Care Multidisciplinary Care Team Patient Record Systems Case Management Holistic Care	Mental Health Mental Disorders	Cultural Diversity Minority Groups Ethnic Groups Transients and Migrants
Medline	Integrated Delivery of Health Care Patient-Centered Care Patient Care Team Case Management Comprehensive Health Care Managed Care Programs Patient Care Management Holistic Care	Mental Disorders Mental Health	Cultural Diversity Ethnic Groups Minority Groups Transients and Migrants
Psycinfo	Disease Management Interdisciplinary Treatment Approach Integrated Services Case Management Outreach Programs Managed Care Continuum of Care	Mental Health Mental Disorders Chronic Mental Illness Chronic Mental Illness	Racial and Ethnic Groups Minority Groups Multiculturalism Migrant*
Pubmed	Integrated Delivery of Health Care Disease Management Patient Care Team Patient Care Management Comprehensive Health Care Patient-Centered Care Holistic Nursing	Mental Health Mental Disorders	Ethnic Groups Minority Groups Transients and Migrants Ethnic* Migrant*
Cochrane Library	Integrated Delivery of Health Care Patient Care Team Case Management Managed Care Programs Disease management Patient Care Management Comprehensive Health Care Patient care management Holistic Nursing	Mental Health Mental Disorders	Transients and Migrants Minority Groups Minority Health Ethnic Groups Cultural Diversity Ethnic* Migrant*

* Aanvullende zoekterm

Bijlage 2 Flowchart



Bijlage 3 Kenmerken van de interventies

Interventie (designartikel)	Land	Setting	Studie-populatie	Is er sprake van een multi-disciplinair behandelteam?	
BOiMHC (Better Outcomes in Mental Health Care) <i>Hickie et al.</i> (2002) ^{ref.10}	Australië	Eerste lijn	Algemene populatie met angst- en stemmingsstoornissen	Ja	
IMPACT (Improving Mood-Promoting Acces to Collaborative Treatment) <i>Unützer et al.</i> (2001) ^{ref.11}	Verenigde Staten	Eerste lijn	Cliënten van 60 jaar of ouder met een depressie of dysthymie	Ja	
Partners in Care (PIC) Evaluatie van 2 Quality Improvement interventies: QI-Meds en QI-Therapy ² <i>Wells et al.</i> (1999) ^{ref.12}	Verenigde Staten	Eerste lijn	Cliënten met een depressie	Ja	
MH/SA Vergelijking van 2 MH/SA-zorgmodellen (Mental Health/Substance Abuse) <i>Levkoff et al.</i> (2004) ^{ref.13}	Verenigde Staten	Eerste lijn (Integrated Care Model) en GGZ (Enhanced referral model)	Cliënten van 60 jaar of ouder met psychische problemen of een verslaving	Ja	

	Is er gericht aandacht voor multi-problematiek?	Overige elementen	Is interventie speciaal voor etnische minderheden?	Is interventie aangepast voor etnische minderheden?
	Nee	Organisatie van de zorg Deskundigheidsbevordering van huisartsen; Caremanagement (huisarts); Toegang tot psychiatrische ondersteuning voor huisartsen Behandeling Evidence based therapie (psycho-educatie, Cognitieve Gedragstherapie, motivatieonderzoek, intermenselijke therapie)	Nee	Nee
	In de oorspronkelijk IMPACT-studie niet, maar in vervolg-implementaties (vooral in organisaties met veel EMC's ¹) is wel meer aandacht geweest voor bijkomende problematiek	Organisatie van de zorg Collaborative care (behandelteam, caremanagement (Depression Clinical Specialist, DCS); toegang tot psychiatrische ondersteuning voor casemanager en eerstelijns hulpverlener); Stepped-care Behandeling Medicatie, of Problem Solving Treatment (PST-PC)	Nee	Ja, materialen werden vertaald in Spaans en Chinees (Mandarijn) en er werd visueel ontwikkeld
	Nee	Organisatie van de zorg Deskundigheidsbevordering van huisarts, verpleegkundig, depressiespecialist; Cliëntactivatie en -voorlichting Behandeling <i>De basiszorg³ wordt aangevuld met QI-meds of QI-therapie.</i> QI-meds (medicatie): caremanagement; QI-therapie (psychotherapie): groeps- en individuele psychotherapie	Nee	Vertaald educatiemateriaal; Visuele materialen; Training voor zorgaanbieders: 'Culture Training for Providers'; Aangepaste versie van CGT; Soms werden tweetalige hulpverleners ingezet
	Nee	Integrated care model Organisatie van de zorg Eerste lijn; Caremanagement (Eerstelijns hulpverlener) Behandeling Medicatiemanagement; Psychotherapie; Korte interventie gericht op alcoholgebruik (gebaseerd op Harm Reduction and Motivational Interviewing Techniques)	Nee	Ja, materialen werden vertaald in Spaans en Chinees (Mandarijn)

Interventie (designartikel)	Land	Setting	Studie-populatie	Is er sprake van een multi- disciplinair behandelteam?	
(vervolg) MH/SA Vergelijking van 2 MH/ SA-zorgmodellen (Mental Health/ Substance Abuse)					

1 EMC= Ethnic Minority Groups

2 QI-Meds: ondersteuning bij antidepressiva medicatiemanagement. QI-Therapy: ondersteuning bij het gebruik van de Cognitieve Gedragstherapie.

3 Een interventie bestaat uit twee elementen: (1) de QI-basiszorg (bestaande uit de volgende componenten: een behandelteam -bestaande uit een eerstelijns hulpverlener, een verpleegkundige, een psychiater of een psycholoog-, patiëntvoorlichting en evaluatie, deskundigheidsbevordering van de betrokken hulpverleners en teambijeenkomsten en casereview door het expertteam en (2) interventiespecifieke middelen (QI-Meds of QI-Therapy).

	Is er gericht aandacht voor multi- problematiek?	Overige elementen	Is interventie speciaal voor etnische minderheden?	Is interventie aangepast voor etnische minder- heden?
		Enhanced referral model Organisatie van de zorg Tweede lijn (GGZ) Caremanagement (MH/SA specialist) Behandeling Medicatiemanagement Psychotherapie Behandeling voor zware drinkers volgens 'Anonieme Alcoholisten'-model		

Bijlage 4 Effecten van de interventies

Interventie	Studie, auteur	Doel studie	Type studie	Controle- conditie	
BOiMHC (Better Outcomes in Mental Health Care)	Klimidis et al. (2006) ^{ref.21}	'Ervaren huisartsen die getraind zijn binnen de BOiMHC minder problemen tijdens de behandeling van etnische minderheden dan ongetrainde huisartsen?'	Cross-sectionele survey	Gebruikelijke zorg	
IMPACT (Improving Mood-Promoting Acces to Collaborative Treatment)	Areán et al. (2005) ^{ref.14}	'Is een collaborative care (CC) model net zo effectief voor de depressie-behandeling van oudere EMC's, als voor oudere niet-EMC's?'	RCT	Gebruikelijke zorg	
Partners in Care (PIC) / QI (Quality Improvement)	Miranda et al. (2003) ^{ref.16}	'Welke effecten hebben QI-interventies op de kwaliteit van zorg, gezondheidsuitkomsten en arbeidparticipatie van EMC's?'	RCT	Autochtone cliënten	
	Miranda et al. (2004) ^{ref.17}	'Wat is het effect van geschikte depressiezorg voor cliënten van etnische minderheden?'	RCT	Gebruikelijke zorg	
	Wells et al. (2004) ^{ref.18}	'Wat is het effect van QI op gezondheidsuitkomsten en verschillen in zorguitkomsten?'	RCT	Autochtone cliënten	

	Totale studiepopulatie	Uitkomstmaten	Resultaten (per uitkomstmaat)
	Huisartsen (n=311)	Kwaliteit van zorg 1. Toegang van de huisarts tot twee-/meertalige zorg 2. Toegang van de huisarts tot tolken 3. Toegang van de huisarts tot vertaald materiaal 4. Toegang tot richtlijnen voor werken met tolken 5. Toegang tot richtlijnen voor werken met cultuur- en migratieproblematiek 6. Door huisarts ervaren problemen omtrent therapietrouw van de cliënt	1. Significante verbetering 2. Significante verbetering 3. Significante verbetering 4. Geen (sign.) effect 5. Geen (sign.) effect 6. Geen (sign.) effect
	1801 Cliënten van 60 jaar of ouder met depressie of dysthymie, waarvan: 12% Afro-Amerikaans 8% Latijns Amerikaans 3% andere etnische afkomst	Klinische effecten 1. Ernst van de stoornis Functioneren op andere levensgebieden 2. Ervaren functionele belemmering Tevredenheid 3. Cliënttevredenheid Toegankelijkheid van zorg 4. Aantal behandelcontacten 5. Gebruik antidepressiva	1. Significante afname 2. Significante afname bij de Afro-Amerikanen, maar niet bij Latijns-Amerikanen 3. Significante toename 4. Significante toename 5. Significante toename bij Latijns-Amerikanen, maar niet bij Afro-Amerikanen
	PIC-studiepopulatie (1356) - 88 (exclusie): 1268 volwassenen met een depressie, waarvan: 31% Latijns-Amerikaans 7% Afro-Amerikaans	Klinische effecten 1. Aanwezigheid depressie Kwaliteit van zorg 2. Kwaliteit van zorg (identificeren van zorgbehoeften en behandeling volgens richtlijnen) Functioneren op andere levensgebieden 3. Arbeidsparticipatie	1. Significante afname 2. Significante verbetering 3. Geen (sign.) effect voor EMC's
	Subpopulatie van de PIC-studiepopulatie) 938 Volwassenen met een depressie, waarvan: 27% Latijns-Amerikaans 6% Afro-Amerikaans 3% andere etnische afkomst	Klinische effecten 1. Aanwezigheid depressie Functioneren op andere levensgebieden 2. Arbeidparticipatie	1. Significante afname 2. Geen (sign.) effect
	1356 Volwassenen met een depressie, waarvan: 27% Latijns-Amerikaans 5% Afro-Amerikaans 7% andere etnische afkomst	Klinische effecten 1. Aanwezigheid depressie Toegankelijkheid van zorg 2. Onvervulde zorgbehoefte	1. Significante afname. Dit effect was sterker bij QI-Therapy dan bij QI-Meds 2. Significante afname

Interventie	Studie, auteur	Doel studie	Type studie	Controle- conditie	
	Wells et al. (2007) ^{ref.19}	'Wat zijn na 9 jaar de cumulatieve effecten van kortetermijn QI-programma's voor depressie in de eerste lijn op ongelijkheden in gezondheidsuitkomsten? Hoe verhoudt dit zich tot gebruikelijke zorg?'	RCT	Gebruikelijke zorg	
MH/ SA (Mental Health/ Substance Abuse)	Areán et al. (2008) ^{ref.15}	'Hebben oudere EMC's die geestelijke gezondheidszorg ontvangen die geïntegreerd is in de eerste lijn, meer behandelcontacten en betere behandeluitkomsten dan oudere allochtonen die gebruik maken van community services?'	RCT	Enhanced-referral model	
	Ayalon et al. (2007) ^{ref.20}	'Overbruggt de integratie van geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn etnische achterstand in toegankelijkheid en zorggebruik van GGZ en verslavingszorg?'	RCT	Enhanced-referral model	
		Controlecondities: Enhanced referral model; autochtone cliënten			

	Totale studiepopulatie	Uitkomstmaten	Resultaten (per uitkomstmaat)
	(PIC follow-up) 1188 Volwassenen met een depressie, waarvan: 40% behoort tot etnische minderheid	Klinische effecten 1. Psychologisch welzijn Kwaliteit van zorg 2. Uitkomstverschillen tussen EMC's en non-EMC's	1. Significante verbetering. Dit effect was sterker bij QI-Therapy dan bij QI-Meds. 2. Significante afname
	2022 Cliënten van 65 jaar en ouder, waarvan: 24,8% Afro-Amerikaans; 14,8% Latijns-Amerikaans; 5,6% Aziatisch-Amerikaans; 2,9% andere etnische afkomst	Klinische effecten 1. Ernst van de stoornis Toegankelijkheid van zorg 2. Toegankelijkheid 3. Deelname (aantal contacten) 4. Tijd tussen intake en eerste contact	1. Geen (sign.) effect 2. Significante verbetering, behalve voor Aziatische cliënten 3. Significante toename 4. Significante afname
	183 Cliënten van 65 jaar en ouder, waarvan: 56% Afro-Amerikaans; 11% andere etnische afkomst	Toegankelijkheid van zorg 1. Toegankelijkheid 2. Deelname (aantal contacten) 3. Tijd tussen intake en eerste contact	1. Significante toename voor Afro-Amerikanen binnen geïntegreerd model 2. Geen (sign.) effect binnen geïntegreerd model. Binnen enhanced referral model hadden Afro-Amerikanen significant minder contacten. 3. Significante afname voor Afro-Amerikanen binnen geïntegreerd model



Dit rapport biedt zicht op ontwikkelingen ten aanzien van de kwaliteit en effectiviteit van geestelijke gezondheidszorg (GGZ).

Het rapport bestaat uit twee delen. Deel A gaat in op het streven om transparante informatie over de kwaliteit van geleverde zorg te verkrijgen middels de Basisset prestatie-indicatoren GGZ en verslavingszorg. Welke ontwikkelingen hebben allemaal plaatsgevonden rond de Basisset of spelen nog steeds? Deel B richt zich op kwaliteitsinterventies en –instrumenten in de GGZ. Er wordt uitgebreid stilgestaan bij de projecten die de afgelopen jaren landelijk zijn uitgevoerd om de kwaliteit van GGZ te verbeteren en daarbij gebruik gemaakt hebben van de doorbraakmethode. Ook wordt gekeken naar de verhouding tussen hulpverlening in de praktijk en richtlijnaanbevelingen. Welke zorg bieden hulpverleners bij depressie en hoe verhoudt dit zich tot aanbevelingen uit de herziene Multidisciplinaire richtlijn Depressie?

Dit rapport is het derde van een drietal overzichtsrapportages die het Trimbos-instituut in 2010 uitbrengt in het kader van de Trendrapportage GGZ. Publicaties in het kader van de Trendrapportage verschijnen jaarlijks en bieden overzichten van de belangrijkste ontwikkelingen in de GGZ op drie deelterreinen:

1. Organisatie, structuur en financiering
2. Toegang en zorggebruik
3. Kwaliteit en effectiviteit

De Trendrapportage GGZ wordt opgesteld in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.