

TRENDRAPPORTAGE GGZ 2008

DEEL 3 KWALITEIT EN EFFECTIVITEIT

Basisanalyse



Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

I. Hilderink
M. Vink
H. van 't Land
L. Fotiadis

TRENDRAPPORTAGE GGZ 2008

DEEL 3

KWALITEIT EN EFFECTIVITEIT

Basisanalyse

I. Hilderink
M. Vink
H. van 't Land
L. Fotiadis

COLOFON

Opdrachtgever
Ministerie van VWS

Financiering
Ministerie van VWS

Projectleiding
Dr. H. van 't Land

Projectuitvoering
Drs. I.B. Hilderink
Drs. M.T. Vink
Dr. H. van 't Land
Drs. L.O. Fotiadis

Eindredactie
Dr. H. van 't Land

Review
Drs. G.C. Franx
Dr. Ir. R. de Graaf
Drs. I. Kok

Met dank aan
Drs. F. van Hoof
Mw. A. Peterse
Mr. M.O. Samuels, Ministerie van VWS
Mw. E. Wennink
Mr. E. van der Mede

Productiebegeleiding
Linda Groeneveld

Opmaak en druk
Ladenius Communicatie BV, Houten

Coverfoto
Marcus Hannerstig, Mälmo, Skane, Zweden

Trimbos Instituut
Postbus 725
3500 AS Utrecht
030-2971100
www.trimbos.nl

ISBN 978-90-5253-623-1

Deze uitgave is te bestellen via www.trimbos.nl onder vermelding van AFo842.
U krijgt een factuur voor betaling.
© 2008 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

In 2007 verzocht het ministerie van VWS het Trimbos-instituut een periodieke, landelijke rapportage op te stellen over de voor het overheidsbeleid relevante ontwikkelingen op het gebied van de geestelijke gezondheid en de geestelijke gezondheidszorg. De rapportages moeten zicht bieden op de actuele stand van zaken en recente ontwikkelingen en trends, maar ook op achtergronden van de gesignaleerde ontwikkelingen. De rapportages vervullen daarmee een driedelige functie (signaleren, analyseren en evalueren) en richten zich op de volgende drie hoofdthema's:

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

Met deze thema's bestrijken de rapportages respectievelijk de voorwaarden, het proces en de uitkomsten van het GGZ-systeem. Ook sluiten de thema's aan bij de drie kerntaken van de overheid met betrekking tot de zorg (duurzaamheid, toegankelijkheid, kwaliteit) en bij de belangrijkste beleidsdoelstellingen zoals die zijn verwoord in de Beleidsvisie GGZ van het ministerie van VWS (2006). Inmiddels is de eerste serie rapporten van de *Trendrapportage GGZ* gereed. De komende jaren is de *Trendrapportage GGZ* in ontwikkeling, waarbij steeds wisselende beleidsterreinen aandacht zullen krijgen.

Kwaliteit en effectiviteit

Het voor u liggende rapport richt zich op het thema 'Kwaliteit en effectiviteit'. 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.¹ Er zijn tot op heden nauwelijks cijfers beschikbaar die een landelijk beeld kunnen geven van kwaliteit en effectiviteit van de zorg die binnen de GGZ geboden wordt. In dit rapport worden de eerste landelijke gegevens hierover gepresenteerd. De gegevens in deel A zijn deels gebaseerd op het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording 2006 en deels op literatuuronderzoek. In deel B wordt de laatste stand van zaken gepresenteerd rondom een aantal kwaliteitsinterventies en -instrumenten in de praktijk van de GGZ:

- Het kennisbeleid in de GGZ
- Multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ
- Implementatieprojecten Doorbraakmethode
- Zorgprogramma's en Landelijke Basisprogramma's

Over de effectiviteit van bovengenoemde kwaliteitsinterventies en –instrumenten (zoals het kennisbeleid, de multidisciplinaire richtlijnen en zorgprogrammering) is op dit moment nauwelijks informatie beschikbaar. De informatie die hierover beschikbaar is, wordt in dit rapport vermeld.

INHOUDSOPGAVE DEEL A: EFFECTIVITEIT, VEILIGHEID, CLIËNTGERICHTHEID

1	INLEIDING	11
1.1	Aanleiding	11
1.2	Prestatie-indicatoren	13
1.3	Aanvullende bronnen	19
1.4	Opbouw van het rapport	26
2	EFFECTIVITEIT	27
2.1	Verandering in ernst van de problematiek	28
2.2	Verandering in dagelijks functioneren	30
2.3	Verandering in ervaren kwaliteit van leven	32
2.4	Drop-out	34
2.5	Somatische screening	35
2.6	Hanteren van behandelrichtlijnen	37
2.7	Bemoeizorg: bereik van zorgwekkende zorgmijders	38
2.8	Continuïteit van zorg na ontslag uit de kliniek	40
2.9	Samenvatting en belangrijkste ontwikkelingen	42
3	VEILIGHEID	45
3.1	Onveiligheid door het ontbreken van informatie	46
3.2	Dwang	47
3.3	Suïcide	51
3.4	Samenvatting en belangrijkste ontwikkelingen	53
4	CLIËNTGERICHTHEID	57
4.1	Informed consent	58
4.2	Keuzevrijheid	60
4.3	Vervulling van zorgwensen	61
4.4	Evaluatie van begeleidings- en behandelplannen	63
4.5	Dagbesteding en arbeid	63
4.6	Woon- en leefomstandigheden	66
4.7	Adequate bejegening door hulpverleners	67
4.8	Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners	69
4.9	Samenvatting en belangrijkste ontwikkelingen	72

5	SAMENVATTING EN CONCLUSIES	75
	REFERENTIES	77
	Bijlage 1 Certificering	81
	Bijlage 2 Consumer Quality-index	87
	Bijlage 3 Non-respons analyse	91

INHOUDSOPGAVE DEEL B: KWALITEITSINTERVENTIES EN –INSTRUMENTEN IN DE PRAKTIJK VAN DE GGZ

1	INLEIDING	99
1.1	Bronnen	99
2	HET KENNISBELEID IN DE GGZ	101
2.1	Inleiding	101
2.2	Convenant kennisbeleid	102
2.3	Landelijke kennisagenda	102
2.4	Het landelijke netwerk kenniscentra in de GGZ	106
2.5	Effectiviteit en waardering	107
3	MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJNEN IN DE GGZ	109
3.1	Inleiding	109
3.2	Multidisciplinaire versus monodisciplinaire richtlijnen	109
3.3	Ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ	110
3.4	Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling	110
3.5	Werkvormen bij het ontwikkelen van multidisciplinaire richtlijnen	113
3.6	Producten van landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling	116
3.7	Implementatie richtlijnen via Doorbraakmethode	118
3.8	Implementatieresultaten multidisciplinaire richtlijnen	122
4	ZORGPROGRAMMERING	127
4.1	Inleiding	127
4.2	Zorgprogramma's	128
4.3	Landelijke basisprogramma's	129
4.4	Invoering zorgprogrammering in de praktijk van de GGZ	130
4.5	Invloed interne en externe ontwikkelingen	133
4.6	Stand van zaken rondom zorgprogrammering	133
4.7	Effectiviteit en waardering zorgprogrammering	135

5	SAMENVATTING EN CONCLUSIES	137
5.1	Belangrijke ontwikkelingen	137
5.2	Witte vlekken	138
 REFERENTIES		139
Bijlage 1 Schema Kennisinfrastructuur		141

DEEL A

EFFECTIVITEIT, VEILIGHEID EN CLIËNTGERICHTHEID

I. Hilderink
H. van 't Land
L. Fotiadis

1 INLEIDING

1.1 AANLEIDING

Kwaliteit van zorg is een speerpunt van het beleid van het ministerie van VWS.¹ De ambitie 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: eigentijdse zorg die effectief, veilig en op tijd is.¹

Het denken over kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg is veranderd. Aanvankelijk verstond men onder kwalitatief goede zorg, die zorg waarbij alle beschikbare kennis en technieken op de juiste wijze werden toegepast. In de loop van de tijd zijn steeds meer aspecten met het begrip kwaliteit in verband gebracht, zoals doelmatigheid, beschikbaarheid, continuïteit, veiligheid, toegankelijkheid, een goede bejegening en afleggen van verantwoording.² De invoering van de Kwaliteitswet Zorginstellingen gaf in de jaren negentig een belangrijke impuls aan het tot stand brengen en verbeteren van het kwaliteitsbeleid binnen zorginstellingen.

De Kwaliteitswet Zorginstellingen (Staatsblad 80, 13 februari 1996) stelt dat zorginstellingen en -aanbieders verplicht zijn 'verantwoorde zorg' te leveren (art.2). Verantwoorde zorg wil zeggen; zorg van een goed niveau en in ieder geval doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Naast het leveren van verantwoorde zorg, moeten zorgaanbieders tevens zorg dragen voor de systematische bewaking, beheersing en verbetering van kwaliteit en moeten zij jaarlijks een kwaliteitsverslag publiceren waarin verantwoording wordt afgelegd over het gevoerde kwaliteitsbeleid.³ Om kwaliteit te waarborgen en inzichtelijk en toetsbaar te maken, verplicht de Kwaliteitswet zorginstellingen kwaliteitssystemen in te voeren. Als bewijs dat het kwaliteitssysteem aan een aantal eisen voldoet, kan een instelling een certificaat verwerven.⁴ In 2005 had 8 procent van de GGZ-instellingen reeds het HKZ-certificaat in bezit; 88 procent werkte aan het behalen van het certificaat⁴ (voor uitgebreide info over certificering, zie Bijlage 1). De Kwaliteitswet Zorginstellingen gaat uit van professionele zelfregulering, versterking van de positie van de consument en van de verzekeraar. Zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten of consumenten zijn eerstverantwoordelijken voor de zorg. De overheid kreeg tot taak na te gaan of de wet wordt nageleefd. Deze taak is toegevoegd aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Tijdens de (laatste) Leidschendamconferentie in 2000 werd het kwaliteitsbeleid van de zorgsector geëvalueerd. De belangrijkste conclusie van deze conferentie was, dat na een jarenlang proces- en structuurgeoriënteerd beleid in de gezondheidszorg, de focus

verplaatst moest worden naar zorguitkomsten en prestaties van zorginstellingen. Het focussen op zorguitkomsten zou moeten resulteren in transparante zorg en het door aanbieders van zorg en verzekeraars afleggen van verantwoording over de geleverde prestaties. Aan de hand van dergelijke informatie zou het mogelijk moeten worden prestaties van zorgaanbieders onderling te vergelijken en de prestaties te relateren aan de kosten.⁵

Sinds het overheidsbeleid zich focust op het zichtbaar maken van zorguitkomsten, vormt het versnellen van kwaliteitstransparantie - door middel van het meten en zichtbaar maken van (verschillen in) kwaliteit - een belangrijk aandachtspunt.¹ Meetbare en zichtbare kwaliteit is volgens het ministerie van VWS dé belangrijkste voorwaarde om de kwaliteit van zorg goed te kunnen beoordelen. Om kwaliteit van zorg meetbaar te maken, moeten instellingen gegevens over kwaliteit op een vergelijkbare wijze verzamelen en publiceren.⁶ Daartoe dienden er duidelijke en vergelijkbare indicatoren en meetmethoden ontwikkeld te worden om prestaties in kaart te brengen.

In de notitie 'Bakens Zetten' (2002) werd een raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg beschreven. Dit raamwerk richtte zich op het meetbaar maken van het functioneren van de gezondheidszorg als geheel, ten behoeve van de monitoring op afstand van de overheid.⁷ Naast de overheid, is er een veelheid aan partijen die ook behoefte heeft aan informatie omtrent de kwaliteit van zorg: de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), zorgverzekeraars, cliënten en de zorginstellingen zelf. De informatie dient voor elke partij een ander gebruiksdoel:⁸

- De *Inspectie voor de Gezondheidszorg* houdt toezicht op de kwaliteit van de zorg en is verantwoordelijk voor het systematisch toetsen van de kwaliteit van zorg en de resultaten van het kwaliteitsbeleid.¹ Op basis van de door de instellingen aangeleverde gegevens, houdt de IGZ gelaagd en gefaseerd toezicht^a en maakt het een inschatting voor welke instellingen het risico op onverantwoorde zorg het grootst is.
- *Zorgverzekeraars* (en zorgkantoren) zijn verantwoordelijk voor het inkopen van zorg van voldoende kwaliteit. In toenemende mate stellen zij eisen aan de kwaliteit van zorg bij het maken van productieafspraken en verlangen ze duidelijkheid over de resultaten van verleende zorg.

^a Gelaagd en gefaseerd toezicht verwijst naar een vorm van toezicht dat uit drie fases bestaat. In de eerste fase worden instellingen geïdentificeerd die mogelijk kwalitatief slechte zorg bieden. Op basis van deze uitkomsten kan de inspectie vervolgens in een tweede fase gericht inspectiebezoeken uitvoeren bij instellingen waar zich omstandigheden voordoen die een indicatie geven voor een verhoogd risico op zorg van onvoldoende kwaliteit. Op basis van de bevindingen van de inspectie moet het management van de instelling zonodig gericht zaken verbeteren. Wanneer op grond van de uitkomsten uit fase 2 de zorg onvoldoende blijft, maakt het preventieve toezicht van fase 1 en 2 plaats voor repressief toezicht (fase 3)(www.igz.nl).

- *Cliënten* worden zich steeds meer bewust van verschillen in zorgaanbod, wijze van zorgverlening en kwaliteit van zorg. De positie van cliënten moet zo sterk zijn dat zij, eventueel via de verzekeraars, ervoor zorgen dat de zorg op hun behoefte wordt toegesneden.⁹ De cliënt bepaalt welke zorg bij hem past en is geïnteresseerd in zorg van goede kwaliteit. Op basis van keuzeondersteunende informatie moet hij in staat gesteld worden een keuze te kunnen maken.
- Ten slotte hebben ook *zorginstellingen* zélf baat bij informatie over de kwaliteit van zorg, zowel voor de vergelijking van de eigen behandelresultaten met die van andere zorginstellingen als voor het interne (kwaliteits)beleid.

Bovenstaande partijen opereren op instellingsniveau; de informatie is zowel ten behoeve van externe doelen (toezicht houden door de IGZ, keuzeondersteuning voor cliënten en zorgverzekeraars) als ten behoeve van interne doelen van zorgaanbieders. Ook op landelijk niveau is behoefte aan informatie omtrent de kwaliteit van zorg.¹⁵ Deze informatie wordt in dit rapport gepresenteerd. Bij het presenteren van de gegevens in dit rapport dienen de prestatie-indicatoren uit de *Basisset Prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg 2006* als leidraad.

1.2 PRESTATIE-INDICATOREN

1.2.1 ONTWIKKELING PRESTATIE-INDICATOREN

Voor de ontwikkeling van de eerste basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg zijn verschillende sets indicatoren naast elkaar gelegd. Voor de operationalisatie van het begrip kwaliteit werd aangesloten bij de Kwaliteitswet Zorginstellingen, waarin kwaliteit van zorg gedefinieerd wordt als *effectieve, veilige en patiëntgerichte zorg*. In 2006 werden door een projectgroep, bestaande uit acht partijen^b, de thema's *cliëntgerichtheid*, *effectiviteit* en *veiligheid* geconcretiseerd in 28 meetbare prestatie-indicatoren (zie Tabel 1.1).⁸ Deze basisset maakt integraal onderdeel uit van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV).

^b Zorgverzekeraars Nederland, Vereniging Landelijk Platform GGZ, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, Nederlands Instituut van Psychologen, Verpleging en Verzorging Nederland/ Federatie Verpleegkundigen in de GGZ, GGZ Nederland, Inspectie voor de Gezondheidszorg en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

TABEL 1.1 BASISSET PRESTATIE-INDICATOREN

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

Bron: *Inspectie voor de Gezondheidszorg et al, 2006*

1.2.2 METEN VAN PRESTATIE-INDICATOREN

Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV)

Met ingang van verslagjaar 2007 is het JMV wettelijk verplicht als formele jaarverslaglegging voor alle (zorg)instellingen die zijn toegelaten op grond van de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi). Het Jaardocument heeft drie functies. In de eerste plaats voldoen instellingen via het invullen van het document 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 omtrent productie, financiën, personeel, kwaliteit en medezeggenschap. Op deze wijze vervult het document zijn derde functie: het bevorderen van de transparantie van de zorgsector.¹⁰ Nog niet alle indicatoren uit de basisset zijn al voldoende ontwikkeld of leverbaar. In 2006 werden in het JMV voorlopig 17 van de 28 prestatie-indicatoren opgenomen. De set zal de komende jaren nader geconcretiseerd worden; nog niet opgenomen indicatoren zullen verder geoperationaliseerd worden en andere indicatoren zullen aangescherpt en verbeterd worden. De gegevens die door middel van het JMV worden verzameld, zijn toegankelijk voor zorginstellingen, cliënten en zorgverzekeraars.

Onderzoek Trimbos-instituut: selectie indicatoren

Met de publicatie van informatie uit 2006 over de prestatie-indicatoren in het JMV door GGZ-instellingen, zijn er voor het eerst data op landelijk niveau beschikbaar over de effectiviteit, de veiligheid en de cliëntgerichtheid in de geestelijke gezondheidszorg. Niet iedere indicator opgenomen in het JMV bleek echter geschikt om over te rapporteren. De respons van de GGZ-instellingen per indicator varieerde aanzienlijk (van 10,5 tot 85,3 procent; bij de geïntegreerde GGZ-instellingen van 4,9 tot 80,5 procent; zie Bijlage 3 voor een uitgebreid respons-overzicht). Vragen met een hoge respons betroffen vooral vragen met dichotome antwoordcategorieën ('ja'/'nee') of vragen die afgeleid waren van de GGZ-Thermometer. De laagste respons werd gevonden op de diagnosespecifieke vragen en vragen die betrekking hebben op de effectiviteit van de zorg. Het Trimbos-instituut voerde, in het kader van deze studie, een non-respons analyse uit om vast te stellen over welke indicatoren gerapporteerd kon worden; de respons op een indicator diende tenminste 70 procent te zijn wilden we er over rapporteren. Op basis van deze analyse, bleken uiteindelijk 8 indicatoren bruikbaar om over te rapporteren (zie Tabel 1.2) (zie Bijlage 3).

TABEL 1.2 PRESTATIE-INDICATOREN OPGENOMEN IN JMV 2006

<i>Prestatie-indicator</i>	<i>Opgenomen in JMV 2006</i>	<i>Bruikbaar (>70% respons)</i>
1 Effectiviteit		
1.1 Bereik preventieactiviteiten	-	-
1.2 Verandering ernst problematiek	√	-
1.3 Verandering dagelijks functioneren van de cliënt	√	-
1.4 Verandering ervaren kwaliteit van leven van cliënt	-	-
1.5 Rehabilitatie	-	-
1.6 Heropname versus duur opname	√	-
1.7 Drop-out	√	-
1.8 Somatische screening	√	√
1.9 Hanteren behandelrichtlijnen	-	-
1.10 Bemoeizorg: bereik zorgwekkende zorgmijders	-	-
1.11 Continuïteit bij verandering zorgsoort: tijdig contact na ontslag uit kliniek	√	-
2 Veiligheid		
2.1 Risicovolle interactie tussen medicijnen	-	-
2.2 Informatie over bijwerkingen van medicijnen	-	-
2.3 Onveiligheid door ontbreken van informatie	√	√
2.4 Dwang	-	-
2.5 Percentage suïcides, gerelateerd aan instellingsgrootte	√	√
2.6 Incidenten cliëntenzorg	-	-
3 Cliëntgerichtheid		
3.1 Wachtijd tot start behandeling	√	-
3.2 Toegang tot zorg	-	-
3.3 Informed consent	√	√
3.4 Keuzevrijheid	√	√
3.5 Vervulling zorgwensen	√	√
3.6 Evaluatie van begeleidings- en behandelplannen	√	-
3.7 Continuïteit van zorg: goede samenwerking en afstemming met ketenpartners		
3.8 Dagbesteding en arbeid: cliëntparticipatie aan dag- of werkactiviteiten	√	-
3.9 Woon- en leefomstandigheden: cliëntoordeel over woon- en leefomstandigheden in een klinische setting of RIBW-instelling	√	-
3.10 Adequate bejegening door de hulpverleners	√	√
3.11 Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners	√	√

In totaal zijn in het JMV 2006 zes indicatoren opgenomen die over de effectiviteit van zorg gaan. Op vijf van de zes indicatoren was de respons lager dan 70 procent. Dit betekent dat in dit rapport alleen gerapporteerd zal worden over de indicator 'somatische screening'. De basisset prestatie-indicatoren telt zes indicatoren die betrekking hebben op veiligheid. Twee van de zes indicatoren zijn opgenomen in het JMV 2006 en op beide indicatoren was de respons voldoende hoog om in dit rapport erover te rapporteren. De cliëntgerichtheid van de zorg wordt gemeten aan de hand van elf indicatoren. Negen van de elf indicatoren zijn opgenomen in het JMV 2006. Op vijf indicatoren was de respons tenminste 70 procent. Over deze vijf indicatoren zal in dit rapport gerapporteerd worden.

Steekproef

Het JMV-databestand bevat de verantwoordingsinformatie van 97 instellingen. Van de 100 lidinstellingen van GGZ Nederland hebben 78 instellingen deelgenomen aan het JMV 2006. De overige 19 instellingen die informatie aanleverden, beschikken niet over het lidmaatschap van GGZ Nederland. De instellingen zijn onderverdeeld in zeven categorieën: geïntegreerde GGZ-instellingen, algemeen psychiatrische ziekenhuizen, RIAGG, RIBW, kinder- en jeugdpsychiatrie, verslavingszorg en forensische psychiatrie (TBS). De toewijzing van de instellingen naar categorie gebeurde op basis van het jaardocument. Indien instellingen zichzelf in meer dan één categorie indeelden, is gekozen voor de categorie die overeenkomt met de toewijzing in de ledenlijst van GGZ Nederland. Instellingen die geen lid zijn van GGZ Nederland en waarvan niet aangegeven was tot welke categorie zij behoren, zijn ingedeeld in de categorie 'anders' (zie Tabel 1.3).

TABEL 1.3 DEELNEMENDE INSTELLINGEN JMV 2006 VERSUS LIDINSTELLINGEN GGZ NEDERLAND

<i>Categorie</i>	<i>Aantal JMV*</i>	<i>Aantal lidinstellingen GGZ Nederland (2006)**</i>
Geïntegreerde GGZ	41	41
Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis	3	3
Riagg	8	7
RIBW	17	20
KJP	10	10
VZ	6	13
TBS ^c	2	6
Anders	10	-
Totaal	97	100

Bron: * JMV 2006; ** GGZ Nederland, 2007

Deze analyse laat verder zien dat de respons van de geïntegreerde GGZ-instellingen hoger was dan die van de gespecialiseerde instellingen (APZ, RIAGG, RIBW, KJP en VZ). De afgelopen jaren is er sprake van een toename van het aantal geïntegreerde GGZ-instellingen, terwijl het aantal zelfstandige APZ'en, RIAGG's, RIBW's en instellingen voor ambulante verslavingszorg afneemt. Dit gegeven heeft ons doen besluiten om de resultaten van de geïntegreerde GGZ-instellingen in dit rapport apart te bespreken.

1.2.3 EVALUATIESTUDIE PRESTATIE-INDICATOREN

Bij de publicatie van de basisset prestatie-indicatoren 2006, werd afgesproken het aanleverproces rondom de prestatie-indicatoren aan de hand van het JMV jaarlijks extern te evalueren. Naar aanleiding van deze jaarlijkse evaluatie dienden de prestatie-indicatoren verbeterd en aangescherpt te worden. De evaluatie van de eerste aanlevering van de prestatie-indicatoren in het JMV over het verslagjaar 2006 werd, in opdracht van GGZ Nederland, uitgevoerd door Tranzo.^d Een belangrijke bevinding van Tranzo was, dat de door instellingen aangeleverde gegevens over 2006 onderling niet altijd goed vergelijkbaar waren en dat veel instellingen nog moeite hadden met het aanleveren van bepaalde informatie. Instellingsadministraties bleken niet altijd de

^c Tijdens de data-analyse bleek dat de antwoorden van de twee TBS-klinieken gekenmerkt worden door een zeer hoge nonrespons. Als gevolg daarvan is besloten deze groep uit het databestand te verwijderen.

^d Wetenschappelijk Centrum voor Transformatie in Zorg & Welzijn, Universiteit van Tilburg

benodigde informatie te bevatten en beschikken niet altijd over de juiste voorzieningen om de voor de afleiding van antwoorden benodigde gegevensbewerkingen uit te voeren. Daarnaast bleek een aantal indicatoren of deelvragen niet altijd van toepassing op (gespecialiseerde) instellingen en gaven instellingen bij een aantal indicatoren aan dat de beschikbare gegevens beperkt waren in betrouwbaarheid. Tenslotte bleek een aantal gehanteerde begrippen en toelichtingen niet altijd helder, waardoor ze op verschillende wijzen geïnterpreteerd werden.¹¹ Een groot deel van de knelpunten die Tranzo signaleerde zijn van invloed op de respons (bijvoorbeeld moeite hebben om informatie aan te leveren, niet de benodigde informatie hebben, niet de juiste gegevensbewerking kunnen uitvoeren werken een lage respons in de hand). Hiermee rekening houdend is in dit onderzoek besloten om uitsluitend over die indicatoren te rapporteren die een voldoende hoge respons hadden (> 70 procent). Dat bleken uiteindelijk 8 indicatoren te zijn. Deze indicatoren kunnen natuurlijk geen alomvattend beeld geven van de kwaliteit en effectiviteit van de GGZ. Voor prestatie-indicatoren waarvoor de informatie uit het JMV-bestand niet toereikend was, zijn gegevens opgenomen afkomstig van databronnen en literatuuronderzoek. De gegevens uit het JMV en de aanvullende bronnen bieden gezamenlijk een eerste indruk van de effectiviteit, veiligheid en cliëntgerichtheid. Hiermee komen voor het eerst gebundelde landelijke cijfers beschikbaar omtrent *effectiviteit, veiligheid en cliëntgerichtheid* van de GGZ. De resultaten vormen een nulmeting; de komende jaren zullen de analyses herhaald worden, waardoor trends in kaart kunnen worden gebracht en het beeld verder aangescherpt en aangevuld zal worden.

1.3 AANVULLEND LITERATUURONDERZOEK

1.3.1 DATABRONNEN

Uitgangspunt in dit onderzoek is het verzamelen, analyseren en weergeven van reeds gepubliceerd onderzoek. De geraadpleegde databronnen zijn onder te verdelen in twee typen: registratiebestanden en cijfers uit cliënt- en bevolkingsonderzoeken.

Registratiebestanden:

Zorgis/ Wachtlijstregistratie GGZ Nederland
Psychiatrische Casusregisters

Cliënt-/ bevolkingsonderzoek:

GGZ-Thermometer Cliëntwaardering
NEMESIS

Meetperiode

In onderstaande tabel wordt van iedere bron weergegeven in welke periode de data-verzameling plaatsvond. Gestreefd is om zoveel mogelijk recente gegevens in deze rapportage op te nemen. Indien van een indicator uitsluitend minder recente cijfers beschikbaar waren, werd op basis van de uniekheid van de gegevens, de beleidsrelevantie en de kwaliteit van het onderzoek besloten of de cijfers relevant genoeg waren om in dit rapport op te nemen.

	<i>Meetperiode</i>
<i>Registratiebestanden:</i>	
Wachlijstregistratie GGZ Nederland	2003–2007
Zorgis	2003–2005, 2004–2006
Psychiatrische casusregisters	1990–2004
<i>Bevolkingsonderzoeken:</i>	
GGZ Thermometer Cliëntwaardering	2006
NEMESIS	1996–1999

1.3.2 BEKNOPTE BESCHRIJVING REGISTRATIEBESTANDEN

Zorgis/ Wachlijstregistratie GGZ Nederland

Zorgis is het databestand van GGZ Nederland. In Zorgis worden gegevens geregistreerd van GGZ-zorgaanbieders die lid zijn van GGZ Nederland. Om tot een landelijk beeld te komen maakt GGZ Nederland gebruik van extrapolatiemethoden. GGZ Nederland baseert zich hierbij op gegevens van APZ, RIAGG, RIBW, KJP en de geïntegreerde GGZ. Van de verslavingszorginstellingen en de TBS-instellingen zijn te weinig gegevens beschikbaar om op betrouwbare wijze te extrapoleren. PAAZ'en en de vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten vallen niet onder het bereik van Zorgis. GGZ Nederland gebruikt sinds 2003 een nieuwe systematiek om de omvang van het aantal cliënten per circuit te bepalen. De oude leeftijdgebonden systematiek is losgelaten. Volgens de nieuwe systematiek worden alle personen die zorg ontvangen bij één van de circuits meegeteld. Bij het circuit Kinderen en Jeugd worden volgens de nieuwe systematiek zowel ouders als kinderen die bij de jeugdafdeling zorg ontvangen meegeteld in de statistieken (zie voor een uitgebreide beschrijving: www.zorggegevens.nl/productie/Zorggegevens/registraties).

Psychiatrische casusregisters

In Nederland zijn vier psychiatrische casusregisters operationeel: Noord-Nederland, Zuid-Limburg, Midden-Nederland (voorheen Midden Westelijk Utrecht) en Rijnmond. In een casusregister worden de contacten met instellingen op het terrein van de gees-

telijke gezondheidszorg (GGZ) van patiënten uit een omschreven geografisch gebied op één centraal punt verzameld en gekoppeld. In een Psychiatrisch Casus Register (PCR) werken alle GGZ-instellingen in en rond een regio samen om het zorggebruik van de inwoners van die regio te registreren. In de (geanonimiseerde) bestanden van deze registers kunnen de gegevens over een groot aantal jaren door een cliëntgebonden code gecombineerd worden, zodat de ggz-loopbaan per cliënt in kaart gebracht kan worden. Op basis daarvan kunnen epidemiologische gegevens over zorggebruik worden berekend. Een registerregio is, in tegenstelling tot het verzorgingsgebied van een zorginstelling, exact geografisch gedefinieerd. Dit maakt het bijvoorbeeld mogelijk demografische gegevens uit de PCR's te vergelijken met bevolkingscijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Hierdoor kunnen de gegevens uit de PCR's gecorrigeerd worden voor verschillen in bevolkingsopbouw met de landelijke cijfers.³³ De vier psychiatrische casusregisters registreren voor ongeveer 3,6 miljoen inwoners van de drie noordelijke provincies, Zuid-Limburg de regio Midden Westelijk Utrecht en de regio Rijnmond alle contacten met GGZ-instellingen. Via analyses op de data van de psychiatrische casusregisters kan het volgende type onderzoek uitgevoerd worden: (a) onderzoek naar de incidentie en prevalentie van psychiatrische problematiek in zorg; (b) studies van zorgepisodes of het beloop van de behandeling; (c) klinisch of epidemiologisch onderzoek van patiëntgroepen geselecteerd op basis van registergegevens; (d) onderzoek naar risicofactoren en uitkomstvariabelen; en (e) studies waarbij door waarschijnlijkheidskoppeling registergegevens met andere bronnen worden gecombineerd.

1.3.3 BEKNOPTE BESCHRIJVING CLIËNT-/ BEVOLKINGSONDERZOEK

GGZ-Thermometer Cliëntwaardering Volwassenenzorg

De GGZ-Thermometer Cliëntwaardering volwassenenzorg werd, in opdracht van GGZ Nederland, ontwikkeld door het Trimbos-instituut en na diverse pilot- en evaluatieonderzoeken in 2003 landelijk ingevoerd. De Thermometer geeft een globale indicatie over de waardering van cliënten omtrent de verstrekte informatie, de mogelijkheid tot inspraak, de hulpverlener (deskundigheid en bejegening) en het resultaat van zorg of behandeling.¹² Zie tabel 1.4 voor de vragenlijst.

TABEL 1.4 GGZ-THERMOMETER CLIËNTWAARDERING VOLWASSENENZORG

	<i>Waardering informatie</i>
1	Heeft u voldoende informatie gekregen over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden van de instelling?
2	Heeft u voldoende informatie gekregen over de aanpak van uw behandeling of begeleiding?
3	Heeft u voldoende informatie gekregen over het te verwachten resultaat van de behandeling of begeleiding?
	<i>Waardering inspraak</i>
4	Kon (kunt) u meebeslissen over de behandeling of begeleiding die u zou krijgen (krijgt)?
5	Is er een behandel- of begeleidingsplan gemaakt?
6	Heeft u ingestemd met uw behandel- of begeleidingsplan?
	<i>Waardering hulpverlener</i>
7	Vond (vindt) u de hulpverlener voldoende deskundig (goed in zijn of haar vak)?
8	Kon (kunt) u de hulpverlener voldoende vertrouwen?
9	Toonde (toont) de hulpverlener voldoende respect voor u?
10	Vond (vindt) u de hulpverlener voldoende geïnteresseerd in u en in uw mening?
	<i>Waardering resultaat van de behandeling</i>
11	Werd (wordt) het behandel- of begeleidingsplan naar wens uitgevoerd?
12	Vond (vindt) u de behandeling of begeleiding de juiste aanpak voor uw problemen?
13	Heeft u door de behandeling of begeleiding meer greep op uw problemen of klachten (gekregen)?
14	Bent u door de behandeling of begeleiding voldoende vooruit gegaan?
15	Bent u door de behandeling of begeleiding beter in staat om dingen te doen die u belangrijk vindt?
16	Kunt u door de behandeling of begeleiding beter omgaan met mensen en situaties, waar u eerder problemen mee had?
17	Welk rapportcijfer zou u geven aan de totale behandeling of begeleiding?

Bron: Kok & Mulder, 2005

De Thermometer is bedoeld voor cliënten die een behandeling hebben afgesloten of voor cliënten waarbij sprake is van een belangrijke verandering van of overgang in de zorg, bijvoorbeeld na her-indicatie.¹² Naast de GGZ-Thermometer voor volwassenenzorg zijn er thermometers ontwikkeld voor ouders en betrokkenen van GGZ-cliënten, voor de jeugd-GGZ en de ouderenzorg (zie Tabel 1.5).

TABEL 1.5 GGZ-THERMOMETERS CLIËNTWAARDERING VOOR DE VERSCHILLENDE CIRCUITS

<i>Thermometer</i>	<i>Oordeel over eigen behandeling</i>	<i>Oordeel over eigen begeleiding</i>	<i>Afgeleid oordeel</i>
<i>Volwassenenzorg (ouderenzorg)</i>	GGZ-Thermometer voor volwassenen (versie 2003)		
<i>Jeugd GGz</i>	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 kind (versie 2005)
<i>Ouderenzorg</i>		GGZ-Thermometer waardering betrokkenen deel B (versie 2005)	GGZ-Thermometer waardering betrokkenen: deel A (versie 2005)

Bron: Kok & Mulder, 2005

Instellingen die de GGZ-Thermometer gebruiken, hebben de mogelijkheid om hun resultaten onder te brengen in een landelijke database. Deze database wordt beheerd door Stratus, een onafhankelijk bureau op het gebied van marktonderzoek. Vanuit deze database krijgen de deelnemende instellingen een benchmarkrapportage waarin hun eigen resultaten vergeleken worden met die van een groep gelijksoortige instellingen of, bij afwezigheid hiervan, met het gemiddelde van alle deelnemende instellingen. Aan het eind van 2006 bedroeg het aantal cases in het volwassenenbestand 14.444, afkomstig van 33 GGZ-instellingen (zie Tabel 1.6). Vanaf 2003 wordt er gemeten met de GGZ-Thermometer. In deze rapportage zijn alleen gegevens opgenomen die verzameld werden gedurende 2006. In deze rapportage wordt uitsluitend gerapporteerd over de GGZ Thermometer voor *volwassenenzorg*.

TABEL 1.6 DEELNEMENDE INSTELLINGEN, 2006

Zwolle	GGZ Westelijk Noord-Brabant
Vincent van Gogh Instituut	GGZ Regio Breda WOZ
Heuvelland	RIAGG Midden-Limburg
Reinier van Arkel groep	Mensana
GGZ Breda	GGZ Noord- en Midden-Limburg
RCGGz Weert	Zorgcircuits Venlo
Grote Rivieren	GGZ Vijverdal
GGZ NHN Noord-Kennemerland	Parnassia
Arnhem & Veluwe	Rivierduinen
GGNet	GGZ Meerkanten
Sinai	Stichting De Hoop
Zwolse Poort	GGZ Noord-Holland-Noord
RIBW Midden-Brabant	Altrecht
GGZ Delfland	RIBW Zwolle
Vindicta	Kliniek Overwaal
Buro van Roosmalen	RIAGG Midden-Holland
Stichting Woonbegeleiding	

Bron: GGZ-Nederland/ Stratus, 2007

Er worden diverse achtergrondkenmerken gemeten (geslacht, leeftijd, geboorteland cliënt en geboorteland vader en moeder cliënt). Daarnaast zijn de cijfers uitgesplitst in een negental zorgtypering: ambulantly kort, ambulantly lang, zorg op maat, klinisch kort, klinisch lang, deeltijd, RIBW, BZW en transmuraal (zie Tabel 1.7).

TABEL 1.7 UITLEG ZORGTYPEN

Ambulantly kort	Face-to-face contacten zonder opname incl. psychische thuiszorg (tot 1 jaar)
Ambulantly lang	Face-to-face contacten zonder opname incl. psychische thuiszorg (langer dan 1 jaar)
Zorg op maat	Inlooptoefening, recreatieve toefening, educatieve toefening, arbeidsmatige activiteiten, zorgcoördinatie/ casemanagement en dagbesteding overig
Klinisch kort	Opname van maximaal één jaar
Klinisch lang	Opname langer dan één jaar
Deeltijd	Cliënt heeft geen bed, verblijft 4 tot 8 uur per werkdag in de instelling
RIBW	Beschermde wonen
BZW	Begeleid zelfstandig wonen
Transmuraal	Combinatie van verschillende zorgsoorten

Bron: GGZ-Nederland/ Stratus, 2007

In 2006 kreeg het Trimbos-instituut de opdracht om in samenwerking met het NIVEL een *Consumer Quality-index (CQ-index)* voor de GGZ te ontwikkelen. Een belangrijk verschil tussen de CQ-index en de GGZ Thermometer Cliënttevredenheid, waarin de tevredenheid van cliënten wordt gemeten, is dat de CQ-index de *ervaringen* met de zorg meet. Vragen omtrent concrete ervaringen van zorggebruikers zou meer bruikbare informatie voor kwaliteitswaarborging en –verbetering op moeten leveren. Inmiddels hebben twee pilotstudies plaatsgevonden en naar verwachting wordt de CQ-index eind 2008 vrijgegeven voor gebruik (zie bijlage 2 voor meer informatie over de CQ-index).

NEMESIS I

NEMESIS (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study) is een omvangrijk onderzoek naar de geestelijke gezondheid van een representatieve steekproef van volwassen Nederlanders uit de algemene bevolking, dat in de jaren 1996-1999 door het Trimbos-instituut werd uitgevoerd. Via NEMESIS wordt een betrouwbaar beeld gegeven van onder andere het vóórkomen van psychische stoornissen, lichamelijke en psychische co-morbiditeit, functionele beperkingen, zorggebruik, onvervulde behoefte aan hulp en barrières om hulp te zoeken. Het begrip hulpverlening werd in NEMESIS ruim opgevat. Er werd niet alleen gevraagd naar hulpverleners binnen de GGZ (onder meer RIAGG, psychiatrische polikliniek, psychiatrisch ziekenhuis, verslavingskliniek, vrijgevestigde psychiater en psychotherapeut), maar ook naar hulpverleners binnen de eerstelijnsgezondheidszorg (onder meer huisarts, bedrijfsarts, algemeen maatschappelijk werk) en binnen de informele zorg (alternatieve hulpverleners, traditionele genezer, zelfhulpgroep, telefonische hulpdienst, dominee, pastor, imam, fysiotherapeut/ haptonoom). Op dit moment voert het Trimbos-instituut de NEMESIS II studie uit. De eerste resultaten worden eind 2009 verwacht.

1.3.4 LITERATUURONDERZOEK

Informatie over de prestatie-indicatoren werd daarnaast aangevuld met gegevens afkomstig uit een literatuuronderzoek (verricht binnen de Trimbos-uitgaven, bij het NIVEL, in Picarta, in de Zorgmediatheek en op de websites www.ggzbeleid.nl, www.minvws.nl, www.cibg.nl, www.ggz nederland.nl, www.rivm.nl). Hierbij werden de volgende zoektermen gebruikt: 'kwaliteit', 'effectiviteit', 'kwaliteit van zorg', 'kwaliteit en GGZ', 'kwaliteit van zorg en GGZ', 'doelmatigheid en GGZ'. Daarnaast werd een literatuuronderzoek verricht naar zorgbehoeften en zorgwensen in de GGZ binnen de Trimbos-uitgaven, PsychInfo, catalogus NIGZ, catalogus NIVEL, catalogus NIZW en in de Nederlandse Onderzoeks Databank. Hierbij werden de volgende zoektermen gebruikt: 'hulpbehoefte(n)', 'zorgbehoefte(n)', 'zoeken van hulp', 'vraag en zorg', 'behoefte en hulp', 'zorgwens', 'hulpwens', 'zorgvraag', 'hulpvraag', 'hulpvragen'. Via de sneeuwbalmethode werd naar andere relevante artikelen gezocht. Dit resulteerde uiteindelijk in totaal 188

hits op het gebied van kwaliteit en effectiviteit en 76 hits op het gebied van zorgbehoefte en zorgwensen binnen de GGZ. Om een landelijk beeld te krijgen van de situatie op het gebied van de GGZ, werden alleen Nederlandse en Engelse publicaties gebruikt die niet ouder zijn dan 10 jaar. Teneinde een zo recent mogelijk beeld te schetsen zijn publicaties van vóór 1997 buiten beschouwing gelaten. Daarnaast hebben we ons uitsluitend gericht op het circuit Volwassenen. Dat betekent dat de overige circuits (Kinderen en Jeugd, Ouderen en Beschermd Wonen) buiten beschouwing zijn gelaten. Ook publicaties met betrekking tot de verslavingszorg en de forensische psychiatrie zijn buiten beschouwing gelaten. De literatuur werd handmatig gescreend op basis van de gevonden hits. De search wees uit dat er wel literatuur over de kwaliteit en de effectiviteit van de GGZ beschikbaar is, maar dat deze vooral gaat over processen van kwaliteitsbewaking, -bevordering, etc. Weinig literatuur gaat over de (gemeten) kwaliteit van GGZ-voorzieningen op landelijk niveau. Het betreffen veelal onderzoeken gericht op een (selectie van) GGZ-instellingen, een specifieke behandelmethode of een specifieke diagnosegroep. Vaak worden verschillende meetinstrumenten gehanteerd in de onderzoeken waardoor onderlinge vergelijking lastig is.

1.4 OPBOUW

Deze rapportage bestaat, naast deze inleiding, uit 5 hoofdstukken. In hoofdstuk 2 worden cijfers en literatuur gepresenteerd over de *Effectiviteit* van de GGZ. Hoofdstuk 3 omvat het thema *Veiligheid* en in hoofdstuk 4 wordt de state-of-the-art van beschikbare kennis omtrent *Cliëntgerichtheid* van de GGZ besproken. In hoofdstuk 5 worden alle gegevens gezamenlijk op een rij gezet en in een breder perspectief geplaatst.

2 EFFECTIVITEIT

Het begrip effectiviteit kan worden onderverdeeld in werkzaamheid en doeltreffendheid. Werkzaamheid is de gezondheidswinst, die onder experimentele of ideale omstandigheden van een zorginterventie mag worden verwacht. Doeltreffendheid is de mate waarin met een zorginterventie (vooraf geformuleerde) uitkomsten worden bereikt.¹³ Vanuit het cliëntenperspectief kan effectiviteit van zorg als volgt worden gedefinieerd: ‘werkt de hulpverlening en zijn de cliënten er wat mee opgeschoten? Hebben de cliënten het gewenste effect bereikt?’¹⁴ De effectiviteit van zorg beschrijft dus de mate waarin de geboden zorg (vooraf geformuleerde) doelstellingen in de praktijk bereikt.¹⁵ Naast het bereiken van de gewenste gezondheidsuitkomsten, verwijst effectiviteit van zorg tevens naar de mate waarin zorg op een correcte manier – gebruik makend van de meest recente kennis – wordt uitgevoerd.¹⁶ In dit hoofdstuk wordt aan de hand van feiten en cijfers afkomstig uit diverse bronnen een landelijk beeld gegeven over 8 van de 11 prestatie-indicatoren die over effectiviteit van zorg gaan:

- Verandering in ernst problematiek
- Verandering in dagelijks functioneren
- Verandering in de ervaren kwaliteit van leven
- Drop-out
- Somatische screening
- Hanteren behandelrichtlijnen (zie verder deel B, paragraaf 1.5)
- Bemoeizorg
- Continuïteit van zorg na ontslag uit kliniek

Het JMV vormde slechts een bron voor één indicator: *somatische screening* (zie Bijlage 3 en tabel 1.2). Informatie over de overige indicatoren werd verzameld via een literatuursearch.

De volgende prestatie-indicatoren zijn in deze rapportage buiten beschouwing gelaten, aangezien er tijdens het schrijven van dit rapport geen landelijke gegevens beschikbaar waren (witte vlekken):

- Bereik preventieactiviteiten (*Het percentage mensen uit de risicopopulatie dat met selectieve en geïndiceerde preventieactiviteiten is bereikt, naar preventieactiviteit*).
- Rehabilitatie (*Het percentage cliënten met ernstige en langdurende psychische stoornissen dat op enig moment zelfstandige huisvesting heeft, regulier betaald werk heeft verricht en tevreden is in zijn of haar sociale relaties*).
- Heropname versus opnameduur (*De verhouding tussen de gemiddelde duur van de opnamen en het percentage heropnamen binnen 3 maanden*).

2.1 VERANDERING IN ERNST PROBLEMATIEK

Introductie indicator

Voorafgaand aan de behandeling worden in overleg met de cliënt behandeldoelen geformuleerd. Voor een aantal diagnosegroepen is stabilisatie van de klachten het behandeldoel omdat hun ziekte chronisch is. Voor andere diagnosegroepen beoogt een behandeling de klachten van de cliënt te verminderen, dan wel ervoor te zorgen dat de klachten verdwijnen.⁸ Hoewel de problematiek meer omvat dan de psychische klachten alleen, beperken we ons in deze paragraaf tot de verandering in de ernst van de psychische klachten.

Geselecteerde databron om trends in kaart te brengen ten aanzien van de indicator 'de verandering van de ernst van de problematiek':

- GGZ-Thermometer Cliëntwaardering (meetperiode 2006; nieuwe meting in 2007)

GGZ-Thermometer Cliëntwaardering

De Thermometer Cliëntwaardering wordt afgenomen bij cliënten die een behandeling hebben afgesloten of waarbij sprake is van een belangrijke verandering van de overgang in de zorg, bijvoorbeeld na her-indicatie.¹² Aan het eind van 2006 bevatte het Thermometerbestand 14.444 cases, afkomstig van 33 GGZ-instellingen (zie paragraaf 1.3).

Twee vragen van de GGZ-Thermometer Cliëntwaardering Volwassenenzorg (13 en 14) hebben betrekking op de waardering van de cliënt over het resultaat van de behandeling:

- *Heeft u door de behandeling of begeleiding meer greep op uw problemen of klachten (gekregen)?*
- *Bent u door de behandeling of begeleiding voldoende vooruit gegaan?*

Analyses op dit bestand laten zien dat 70 procent van de volwassen GGZ-cliënten van mening is dat hij of zij door de behandeling of begeleiding meer greep kreeg op zijn of haar problemen, terwijl 19 procent vond dat de behandeling of begeleiding er niet toe geleid heeft dat hij of zij beter in staat is om te gaan met de beperkingen (Tabel 2.1). Over de vooruitgang werd iets minder positief geoordeeld: 66 procent van de cliënten is van mening dat hij of zij voldoende vooruit ging en 21 procent stelt dat er onvoldoende vooruitgang werd geboekt (Tabel 2.1).

In de ambulante GGZ zijn meer cliënten tevreden over het resultaat van de behandeling of begeleiding dan in de langdurende klinische GGZ. Van de cliënten die langdurende klinische zorg ontvangen, is bijna een kwart van mening dat hij of zij nog onvoldoende greep op zijn of haar problemen heeft en dat er onvoldoende vooruitgang is geboekt (zie Tabel 2.1).

TABEL 2.1 WAARDERING RESULTAAT VAN DE BEHANDELING OF BEGELEIDING NAAR ZORGTYPEN^e (IN PROCENTEN)

<i>Heeft u door de behandeling of begeleiding meer greep op uw problemen gekregen?</i>										
	Totaal	Ambulant kort	Ambulant lang	Zorg op maat	Klinisch kort	Klinisch lang	Deeltijd	RIBW	BZW	Trans-muraal
Ja	70	74	77	72	74	65	78	65	71	61
Nee	19	18	17	19	20	24	15	20	15	19
Onbekend	12	8	6	9	6	11	7	15	14	19
<i>Bent u door de behandeling of begeleiding voldoende vooruit gegaan?</i>										
	Totaal	Ambulant kort	Ambulant lang	Zorg op maat	Klinisch kort	Klinisch lang	Deeltijd	RIBW	BZW	Trans-muraal
Ja	66	69	72	71	69	65	69	69	69	61
Nee	21	22	20	14	23	23	21	17	11	18
Onbekend	13	9	8	15	7	12	9	14	19	21

Bron: GGZ-Nederland/ Stratus, 2007

^e Zie paragraaf 1.3 (tabel 1.7) voor een toelichting per zorgtype.

De GGZ-Thermometer meet diverse achtergrondvariabelen: geslacht, leeftijd en geboorteland. Op de variabelen geslacht en leeftijd werden geen wezenlijke verschillen gevonden. De variabele geboorteland laat zien dat cliënten die niet in Nederland zijn geboren (vanaf nu *buitenlandse cliënten* genoemd aangezien over de nationaliteiten van deze cliënten verder niets bekend is) gemiddeld iets minder tevreden zijn over het resultaat van de behandeling dan Nederlandse cliënten (Tabel 2.2).

TABEL 2.2 WAARDERING RESULTAAT VAN DE BEHANDELING OF BEGELEIDING NAAR AFKOMST (IN PROCENTEN)				
	<i>Heeft u door de behandeling of begeleiding meer greep op uw problemen gekregen?</i>		<i>Bent u door de behandeling voldoende vooruit gegaan?</i>	
	<i>Nederlandse cliënten</i>	<i>Buitenlandse cliënten</i>	<i>Nederlandse cliënten</i>	<i>Buitenlandse cliënten</i>
Ja	72	65	69	64
Nee	19	22	21	23
Onbekend	10	13	11	13

Bron: GGZ-Nederland/ Stratus, 2007

2.2 VERANDERING IN DAGELIJKS FUNCTIONEREN

Introductie indicator

Het dagelijks functioneren van cliënten valt uiteen in het psychisch, sociaal en maatschappelijk functioneren en gaat onder andere over de zelfredzaamheid van de cliënt en de mate waarin deze over een sociaal netwerk beschikt. De verandering in het dagelijks functioneren is een maat voor het bepalen van het resultaat van de behandeling die een cliënt ontvangt.⁸

Geselecteerde databron om trends in kaart te brengen ten aanzien van de indicator 'de verandering in het dagelijks functioneren van cliënten':

- GGZ Nederland, Zorgis (*meetperiode 2003-2005; 2004-2006*)

Aanvullende literatuurbron:

- Westert, G. P. & Verkleij, H. (2006). *Zorgbalans. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in 2004.*

GGZ Nederland, Zorgis

Uit cijfers van GGZ Nederland blijkt dat steeds meer GGZ-cliënten na beëindiging van de behandeling of begeleiding een hogere GAF-score^f behalen dan bij aanvang van de behandeling of begeleiding; in de periode 2000-2006 groeide dit percentage met ruim 50 procent (tabel 2.3, laatste kolom). Bij 60 procent van de GGZ-cliënten was in 2006 sprake van stabilisatie in het dagelijks functioneren, in verband met chroniciteit voor verschillende diagnosegroepen het behandeldoel. Dit percentage nam tussen 2000 en 2006 geleidelijk af (-17 procent). Het percentage cliënten dat verslechterde was constant in de periode 2000-2006 (zie Tabel 2.3).

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Groei- % 2000-2006
Verbeterd	21	23	26	29	31	30	32	52
Stabiel	72	69	67	63	61	62	60	-17
Verslechterd	7	8	7	8	8	8	8	15

Bron: Westert & Verkleij, 2006; GGZ Nederland 2006, 2007

In onderstaande worden deze cijfers uitgesplitst naar circuit (zie Tabel 2.4):

- In het circuit jeugd werd bij 40 procent van de cliënten tussen opening en afsluiting van de behandeling verbetering in het dagelijks functioneren geconstateerd. De meeste verbeteringen vonden plaats bij jeugdigen met angst- en stressgebonden stoornissen (niet in tabel). Bij 54 procent van de cliënten vond stabilisatie plaats. Bij jeugdigen met cognitieve of organische stoornissen en stoornissen door alcohol en drugs wordt het vaakst stabilisatie gerealiseerd (respectievelijk bij 88 en 80 procent; niet in tabel).
- In het circuit volwassenen werd door 32 procent van de cliënten verbetering in het dagelijks functioneren ervaren. De grootse verbeteringen werden gevonden bij angst- en stressgebonden stoornissen, stemmingsstoornissen en bij stoornissen in ontwikkeling en gedrag (niet in tabel). Cognitieve en organische stoornissen en stoornissen door alcohol en drugs laten de minste verbetering zien; 73 procent van de cliënten met deze stoornissen bereikte stabilisatie van de klachten na afloop van de behandeling of begeleiding (niet in tabel).

^f Het dagelijks functioneren van een cliënt wordt gescoord op de vijfde as van het diagnostisch classificatiesysteem DSM-IV, middels de zogenoemde GAF (General Assessment of Functioning) score.

- Bij 22 procent van de cliënten in het circuit ouderen werd na afsluiting van de behandeling of begeleiding verbetering van het dagelijks functioneren geconstateerd. Verbetering komt het vaakst voor bij cliënten met stemmingsstoornissen (niet in tabel). Het circuit ouderen wordt gekenmerkt door het hoogste percentage dat verslechtert; bij 17 procent van de cliënten was na afloop van de behandeling sprake van een verslechtering van het dagelijks functioneren. Met name bij cognitieve en organische stoornissen (dementie) vond de minste verbetering plaats; bij 68 procent van de cliënten trad stabilisatie op en bij 22 procent was na afloop van de behandeling sprake van verslechtering (niet in tabel).
- In het circuit beschermd wonen is stabilisatie het meest voorkomende resultaat, een logisch gevolg van de chroniciteit van de problematiek van de doelgroep.^{17;18}

TABEL 2.4 VERSCHIL IN GAF-SCORE VOOR EN NA BEHANDELING, PER CIRCUIT (IN PROCENTEN)

	<i>Verbeterd</i>	<i>Stabiel</i>	<i>Verslechterd</i>
Jeugd	40	54	6
Volwassenen	32	62	6
Ouderen	22	61	17
Beschermd wonen	12	84	4
Totaal	32	60	8

Bron: GGZ Nederland, 2007

2.3 VERANDERING IN DE ERVAREN KWALITEIT VAN LEVEN

Introductie indicator

Behandeling en begeleiding richten zich bij een aantal doelgroepen niet alleen op specifieke klachten en symptomen, maar op meerdere en bredere aspecten van het persoonlijk- en algehele functioneren.⁸ De corresponderende prestatie-indicator meet in het JMV het percentage cliënten dat langdurende zorg ontvangt waarbij verbetering of stabilisatie van de kwaliteit van leven gemeten wordt. Kwaliteit van leven is een belangrijk doel in langdurende behandlings- of begeleidingstrajecten. Hoewel iedereen zich ongeveer kan voorstellen wat er wordt bedoeld met 'kwaliteit van leven', blijkt het vrijwel onmogelijk om precies vast te stellen wat het begrip omvat. Om grip te kunnen krijgen op dit concept, wordt veelal getracht om het in een model op te splitsen in meerdere domeinen of levensgebieden zoals lichamelijk functioneren, psychisch functioneren, sociaal functioneren, woonsituatie, dagbesteding, financiële situatie, seksuele leven en vrijetijdsbesteding.¹⁹

Van deze prestatie-indicator is het (nog) niet mogelijk om een landelijk beeld te presenteren, aangezien er geen data op landelijk niveau beschikbaar zijn. We beperken ons tot de volgende literatuurbron:

- Busschbach, J.T. van, et al. (2004). *Zorg voor mensen met langdurige psychiatrische problematiek*.

In 2004 werd door het Rob Giel Onderzoekscentrum een onderzoek uitgevoerd naar de zorg voor mensen met langdurende psychiatrische problematiek. Het onderzoek richtte zich op cliënten die in zorg waren binnen een Multifunctionele Eenheid (MFE), de Psychiatrische Thuiszorg (PTZ), de Ambulante Woonbegeleiding (AWB) en bewoners van Beschermd Woonwonen (BW).²⁰ Aan de hand van drie instrumenten werd getracht een beeld te krijgen van de ervaren kwaliteit van leven van cliënten met langdurende psychiatrische problematiek (zie Tabel 2.5):

- 1 *MANSA*²¹, een vragenlijst die speciaal ontwikkeld is voor cliënten met langdurende psychiatrische problematiek. Cliënten wordt gevraagd om een algemene beoordeling van de kwaliteit van leven te geven en van specifieke deelgebieden.
- 2 *Visual Analogue Scale (VAS)* van de *Euroqol*²², een schaal van 0-100 waarop mensen gevraagd wordt aan te geven in hoeverre hun huidige situatie overeenkomt met de meest ideale gezondheidssituatie.
- 3 *Euroqol-5D*²³, deze vragenlijst bestaat uit vijf vragen waarbij de cliënt aangeeft in welk opzicht zijn of haar gezondheidstoestand invloed heeft op het dagelijks functioneren.²⁴ De vijf scores worden aan de hand van een normtabel omgerekend naar één totaalscore voor gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven (Qaly).⁸

Via analyses werd in dit onderzoek gevonden dat meer cliënten van de Beschermde Woonvormen redelijk tevreden zijn over hun kwaliteit van leven in vergelijking met cliënten van andere zorgvormen. Zij scoren gemiddeld een 4.6 op de zevenpuntsschaal van de MANSA. Kwaliteit van leven wordt in de MANSA uitgesplitst in 11 dimensies. Mensen in beschermde woonvormen scoren relatief hoog op de diverse dimensies, met name op psychisch functioneren, huisgenoten en sociale relaties. Punten van aandacht zijn (het gebrek aan) intieme contacten en financiën. Voor mensen die ambulante woonbegeleiding krijgen geldt ongeveer dezelfde spreiding in scores, behalve dat zij aangeven juist wel tevreden te zijn over hun woonomstandigheden.²⁰

⁸ Qaly (Quality Adjusted Life Years) is een maat voor de kwaliteit van een levensjaar en wordt bepaald door de totaalscore voor gezondheidstoestand te vermenigvuldigen met een bepaalde tijdsperiode, zoals het aantal nog te verwachten levensjaren.

TABEL 2.5 KWALITEIT VAN LEVEN: MANSA & EUROQOL

	<i>Multifunctionele Eenheid</i>	<i>Psychiatrische Thuiszorg</i>	<i>Ambulante Woon- begeleiding</i>	<i>Beschermende Woonvormen</i>
<i>MANSA (7-punt schaal)</i>				
Kwaliteit van leven, algemeen	3.9	3.7	4.1	4.6
Leven	5.2	5.0	5.1	5.2
Wonen	5.3	4.8	5.4	4.5
Huisgenoten	4.0	3.9	4.5	4.7
Bezigheden	4.3	3.8	4.8	4.9
Gezondheid	3.3	3.6	4.1	4.8
Psychisch functioneren	5.3	4.6	4.8	5.5
Veiligheid	4.3	4.1	4.8	4.8
Sociale relaties	4.1	4.7	4.5	5.5
Familie	5.1	4.5	5.1	4.7
Seksualiteit	3.7	4.1	5.2	4.2
Financiën	4.5	5.6	4.1	4.2
<i>EUROQOL</i>				
VAS (0-100)	55.6	52.6	57.8	69.3
Qaly via Euroqol-5D (0-1)	0.61	0.59	0.56	0.72

Bron: Busschbach et al, 2004

Binnen de Psychiatrische Thuiszorg waren beduidend minder cliënten positief over de kwaliteit van hun leven (zie Tabel 2.5). Met name op de dimensies gezondheid, bezigheden en veiligheid scoort deze groep op de MANSA lager dan gemiddeld. Op de dimensie financiën scoort deze groep het hoogst (5.6 op een zevenpuntsschaal). Cliënten in zorg bij een multifunctionele eenheid scoren hoog op wonen en psychisch functioneren en laag op met name de dimensies gezondheid en intieme relaties.²⁰

2.4 DROP-OUT

Introductie indicator

Behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg worden nogal eens voortijdig door de cliënt afgebroken. Het terugvalrisico bij een afgebroken behandeling is tweemaal zo groot als bij een voortgezette behandeling.⁸ Het percentage voortijdig afgebroken behandelingen geeft een indicatie van de mate waarin een instelling er in slaagt om cliënten in behandeling te houden.

Geselecteerde databron om trends in kaart te brengen ten aanzien van de indicator 'het percentage drop-outs':

- GGZ Nederland, Zorgis (meetperiode 2003-2005; 2004-2006)

Aanvullende literatuurbronnen:

- Veeninga, A. T., et al. (2004). Verwachtingen van patiënten bij aanvang van de psychotherapie: voorspellers van drop-out?
- Thunissen, M. M., et al. (2004). Voortijdige beëindiging van kortdurende klinische psychotherapie.
- Tehrani, E., et al. (1996). Dropping out of psychiatric treatment: a prospective study of a first-admission cohort.

GGZ Nederland, Zorgis

In verschillende bronnen worden zeer uiteenlopende drop-out percentages genoemd, variërend van 20 tot 80 procent.^{25:54:55} Uit cijfers van GGZ Nederland blijkt dat in 2006 van het totaal aantal beëindigde behandelingen, het aantal *eenzijdig* beëindigde behandelingen door de cliënt - tegen het advies van de behandelaar in - varieerde van 15 procent in het circuit volwassenen en beschermd wonen tot vijf procent in het circuit ouderen.^{17:18} Onderzoek naar de beweegredenen van cliënten om voortijdig met de behandeling te stoppen, maakt duidelijk dat deze cliënten in hun verwachtingen verschillen van cliënten die hun behandeling wel voortzetten.²⁵ Vaak bleken deze cliënten te wijzen op externe omstandigheden en patiëntgebonden factoren, zoals ontevredenheid over de behandeling en de opvatting dat hulp niet langer nodig was.⁵⁴ Groepen met een verhoogd risico op drop-out zijn:

- Mensen met een lage sociaal-economische status
- Jongeren
- Alleenstaanden
- Mensen met negatieve opvattingen ten opzichte van de behandeling.^{54:55}

2.5 SOMATISCHE SCREENING

Introductie indicator

Bij veel ernstige psychiatrische stoornissen komen al dan niet opgemerkte (co-morbide) somatische afwijkingen of stoornissen voor. Het is van belang dat co-morbiditeit tijdig gesignaleerd wordt. Daarom is het wenselijk dat, in ieder geval bij cliënten in (dag)klinische zorg, routinematig somatische screening plaatsvindt. Onder somatische screening wordt verstaan: een lichamelijk onderzoek verricht door een daartoe bevoegde arts.⁸ De corresponderende prestatie-indicator 'somatische screening' bestaat uit de volgende onderdelen:

- a. Het beschikken over een standaardprocedure voor screening op somatische aandoeningen

- b. Het percentage cliënten dat bij aanvang van de opname somatisch wordt gescreend
- c. Het percentage langdurig opgenomen cliënten dat *jaarlijks* somatisch wordt gescreend.^h

Geselecteerde databron om trends in kaart te brengen ten aanzien van de indicator 'somatische screening':

- Dataset JMV (*meting 2006; nieuwe meting 2007*)

Aanvullende literatuurbron:

- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2004). *De somatische zorg in de GGZ wordt beter, maar schiet in de separeerkamers tekort.*

Naar aanleiding van een onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 1999 naar de somatische zorg in APZ'en, waaruit bleek dat de somatische zorg in de GGZ grote aanpassingen behoeft, werd door GGZ Nederland een set kwaliteitsnormen ontwikkeld voor de somatische zorg in de GGZ.²⁸ Twee jaar na de publicatie van deze kwaliteitsnormen, stelde de IGZ in 2004 een vervolgonderzoek in naar de somatische zorg in de GGZ. Een belangrijke conclusie van dit onderzoek was dat instellingen volop bezig waren met de implementatie van maatregelen om aan de kwaliteitseisen te voldoen. De ontwikkelingen zouden echter sterk per instelling verschillen. Zo wees de praktijk uit dat in 2004 een zeer klein percentage van de GGZ-instellingen (APZ'en en geïntegreerde GGZ-instellingen met tenminste een klinische GGZ-functie) zich bezighield met de registratie van somatische co-morbiditeit. Wel bleek 90 procent van de instellingen over een protocol voor somatische screening te beschikken. De inhoud van dit protocol varieerde tussen de instellingen.²⁹

JMV 2006

In het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording 2006 werd instellingen gevraagd of zij al dan niet beschikken over een standaardprocedure (of -protocol) met betrekking tot de screening op somatische aandoeningen. Analyses laten zien dat bijna de helft van alle GGZ-instellingen en 71 procent van de geïntegreerde GGZ-instellingen aangaf over een dergelijke procedure te beschikken (zie Tabel 2.6). Over de inhoud van de protocollen kunnen wij, op basis van de data uit het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording, geen uitspraken doen. De cijfers van de IGZ en het JMV zijn moeilijk te vergelijken aangezien de JMV-gegevens gebaseerd zijn op 97 instellingen, tegenover 26 instellingen in het IGZ-onderzoek.

^h Als gevolg van een zeer hoge non-respons is besloten dit onderdeel van de indicator buiten beschouwing te laten.

TABEL 2.6 BESCHIKKEN OVER STANDAARDPROCEDURE VOOR SOMATISCHE SCREENING (IN PROCENTEN)

	<i>Totaal</i>	<i>Geïntegreerde GGZ</i>
Ja	46,3	70,7
Nee	33,7	22
Onbekend	20	7,3
Totaal	100	100

Bron: JMV, 2006

Op de vraag ‘hoeveel procent van de cliënten wordt bij aanvang van de opname in de instelling gescreend wordt en waarbij het resultaat schriftelijk wordt vastgelegd’, stelde 78 procent van de geïntegreerde GGZ-instellingen bij aanvang van de opname haar cliënten somatisch te screenen (niet in tabel);ⁱ gemiddeld wordt 80 procent van de nieuwe cliënten binnen de geïntegreerde GGZ-instellingen bij aanvang van een opname daadwerkelijk gescreend op somatische aandoeningen (niet in tabel).

2.6 HANTEREN BEHANDELRICHTLIJNEN

Introductie indicator

De mate waarin de multi- of monodisciplinaire richtlijnen de basis vormen van het professioneel handelen van hulpverleners, is een indicator voor de kwaliteit van de geleverde zorg.⁸ In onderdeel B ‘Kwaliteitsinterventies en -instrumenten in de praktijk van de GGZ’ in deze rapportage wordt de meest recente stand van zaken weergegeven rondom de implementatie van de richtlijnen in het veld en worden de eerste effectiviteits-cijfers gepresenteerd.

We beperken ons in deze paragraaf tot een beknopte beschrijving van de multidisciplinaire richtlijnen (zie voor een uitgebreid overzicht: hoofdstuk 3, deel B).

Voor het verbeteren van de kwaliteit en het meten van de effectiviteit van de geestelijke gezondheidszorg, is een aantal meerjarige processen in gang gezet om hierin te voorzien. Een van deze kwaliteitsimpulsen is de ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen. Richtlijnen zijn landelijke documenten van de beroepsgroepen en patiënt- en familieorganisaties, waarin aanbevelingen voor de meest effectieve zorg worden

ⁱ Het totaalcijfer wordt gekenmerkt door een hoge non-respons; daarom beperken we ons tot de geïntegreerde GGZ-instellingen.

geformuleerd en een leidraad voor klinisch handelen wordt geleverd. In de periode 2000 tot 2007 zijn zes richtlijnen ontwikkeld en uitgebracht. Tien richtlijnen zijn nog in ontwikkeling en zullen in 2008/2009 gepubliceerd worden. De reeds uitgebrachte richtlijnen zijn:

- Multidisciplinaire richtlijn Angststoornissen
- Multidisciplinaire richtlijn Depressie
- Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie
- Multidisciplinaire richtlijn ADHD bij jeugdigen
- Multidisciplinaire richtlijn Eetstoornissen
- Multidisciplinaire richtlijn Rampen, terrorisme, schokkende gebeurtenissen

De GGZ raakt in toenemende mate bekend met het gebruik van de multidisciplinaire richtlijnen. Bij enkele beroepsgroepen – zoals psychiaters - maken de richtlijnen inmiddels onderdeel uit van het basiscurriculum. Het Trimbos-instituut voert momenteel verschillende doorbraakprojecten in de GGZ uit, met als doel de multidisciplinaire richtlijnen te implementeren. In de periode 2004-2006 werd het Doorbraakproject Depressie 1 uitgevoerd. De eerste implementatieresultaten van dit project waren bemoedigend. Ook de eerste implementatieresultaten van het Doorbraakproject Schizofrenie 1 waren bemoedigend. De overige Doorbraakprojecten (Depressie 2, Schizofrenie 2, Angststoornissen, en Dubbele Diagnose) zullen in 2008 afgerond worden. Het toepassen van de multidisciplinaire richtlijnen in de praktijk en het evalueren van de effecten hiervan, zijn komende jaren onderwerp van onderzoek. Onder andere zal het Trimbos-instituut in 2008 een themarapportage schrijven over factoren die de implementatie van de multidisciplinaire richtlijnen in de praktijk beïnvloeden. Onder andere zal het Trimbos-instituut in 2008 in opdracht van het ministerie van VWS een themarapportage schrijven over factoren die de implementatie van de multidisciplinaire richtlijnen beïnvloeden.

2.7 BEMOEIZORG: BEREIK ZORGWEKKENDE ZORGMIDDERS

Introductie indicator

Onder 'zorgwekkende zorgmijders' worden mensen verstaan die geen passende zorg ontvangen, daar ook niet om vragen, maar deze wel nodig hebben. De GGZ stelt zich ten doel om deze mensen, in samenwerking met andere organisaties, een menswaardig bestaan te bieden door het aanbieden van bemoeizorg.⁸ Bemoeizorg is ongevroegde bemoeienis van hulpverleners met verkommerde en verloederde mensen die hulp nodig hebben, maar daar zelf niet om (kunnen) vragen of deze hulp niet accepteren. Mensen aan wie bemoeizorg wordt geboden, hebben vaak te maken met ingewikkelde problemen op verschillende terreinen.³⁰ Als de behandeling die eigenlijk nodig is niet geboden kan worden, garandeert de bemoeizorg toch een voor de cliënt belangrijke vorm van zorg, met als achterliggende gedachte dat hierdoor de gezondheidsschade

zoveel mogelijk beperkt wordt. De GGZ heeft zich tot doel gesteld om ieder jaar tien procent meer zorgwekkende zorgmijders in zorg te krijgen.⁸ De corresponderende prestatie-indicator meet het percentage zorgwekkende zorgmijders dat met behulp van bemoeizorg bereikt is gedurende het registratiejaar.

Van deze prestatie-indicator is het (nog) niet mogelijk een landelijk beeld te presenteren, aangezien er geen data op landelijk niveau beschikbaar zijn. We beperken ons daarom tot de volgende literatuurbronnen:

- Lindt, S. van de (2006). *Zorg voor beter. Langdurige GGZ, Inventarisatie 'Goede voorbeelden' Bemoeizorg.*
- Gezondheidsraad (2004). *Noodgedwongen.*

In alle regio's in Nederland zijn OGGZ-samenwerkingsverbanden actief, teneinde sociaal kwetsbare mensen te signaleren en (onder andere via een meldpunt) toe te leiden naar bemoeizorg. Onderzoek maakt duidelijk dat er vaak meerdere bemoeizorgteams werkzaam zijn in één regio, bestaande uit dikwijls verschillende typen teams. Naar schatting telt Nederland rond de 88 teams die bemoeizorg bieden (zie Tabel 2.7).³¹

TABEL 2.7 AANTAL BEMOEIZORGTEAMS NAAR ORGANISATIETYPE

<i>Organisatietypen</i>	<i>Aantal teams</i>
Zorgoverleggen/ signaleringsoverleggen	5
Vangnet/adviesteams	29
ACT teams en (F)ACT teams	29
Bemoeizorgteam vanuit één instelling	16
Bemoeizorgteam vanuit meerdere instellingen	6
Jeugdbemoeizorgteam	1
Anders: een dagcentrum voor verslaafden, team 'stop huiselijk geweld'	2
Totaal	88

Bron: Van de Lindt, 2006

Het is nog onduidelijk hoeveel mensen precies via bemoeizorg in de reguliere GGZ terecht komen. Cliënten worden op dit moment nog per bemoeizorgteam geregistreerd, wat centrale tellingen ingewikkeld maakt. Op basis van verschillende bronnen werd door een commissie, samengesteld door de Gezondheidsraad, getracht een schatting te maken van de totale omvang van de groep cliënten.³²

Geschat werd dat jaarlijks rond de 24.000 mensen met ernstige psychiatrische problemen geen of slechts incidenteel contact hebben met de hulpverlening. Binnen deze groep zouden naar schatting 8.000 mensen in acute noodsituaties verkeren, zonder dat zij hiervoor hulp ontvangen (afgaande op de cijfers over deels overlappende groepen patiënten).³²

Ten aanzien van de oorzaken die hieraan ten grondslag liggen: volgens de Gezondheidsraad³² verliezen mensen die buiten de maatschappij komen te staan nogal eens het contact met de hulpverlening. Daarnaast zijn mensen met complexe psychiatrische problematiek mogelijk eerder geneigd om de hulpverlening te ontwijken, bijvoorbeeld omdat zij slechte ervaringen hebben opgedaan. Ook zou de organisatie van de zorg een rol kunnen spelen; mogelijk wordt niet altijd de zorg geboden die deze mensen willen of nodig hebben. Tot slot zou ook de wetgeving een rol kunnen spelen bij het vergroten van de kloof tussen wat er aan zorg nodig zou zijn en wat er geboden kan worden.³² Nader onderzoek op dit vlak is gewenst.

2.8 CONTINUÏTEIT VAN ZORG NA ONTSLAG UIT DE KLINIEK

Introductie indicator

Ongeveer 25 procent van alle suïcides vindt plaats in de periode na ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis.⁸ De meeste cliënten die klinisch behandeld worden voor een psychiatrische aandoening, hebben ambulante of deeltijd vervolgzorg nodig na ontslag uit de kliniek, teneinde verder herstel te bevorderen en terugval te voorkomen. Het is van belang om aandacht te schenken aan de instandhouding van de continuïteit van zorg bij deze groep cliënten.⁸ De corresponderende prestatie-indicator meet het percentage cliënten dat na ontslag uit de kliniek binnen twee weken een ambulant of deeltijd behandelcontact heeft.

Geselecteerde databron om trends in kaart te brengen ten aanzien van de indicator 'de continuïteit van zorg':

- Psychiatrische casusregisters

Psychiatrische casusregisters

Er zijn helaas geen recente gegevens beschikbaar over geboden nazorg na een klinische opname. In Tabel 2.8 wordt een overzicht gegeven van het type zorg dat cliënten ontvangen binnen zes maanden na ontslag uit de kliniek in de periode 1990-1999.³³

TABEL 2.8 TYPE ZORG BINNEN ZES MAANDEN NA ONTSLAG UIT KLINIEK (IN PROCENTEN)

	1990/1991	1992/1993	1994/1995	1996/1997	1998/1999*	Groei
Geen zorg	26,5	23,9	24,2	19,7	19,2	-7,3
Hernieuwde opname	9,4	9,6	8,1	9,4	9,7	0,3
Dagbehandeling	7	7,2	11,5	14,1	15,7	8,7
Thuis behandeling	0	0,6	2,6	5,3	7,3	7,3
Ambulante instelling	56,8	58,5	53,5	51,1	47,9	-8,9
Anders (opvang huis, overleden)	0,4	0,2	0,2	0,3	0,2	-0,2
N ontslag kliniek	2209	2317	2347	2413	1794	-18,8

Bron: Pijl et al, 2004

*tot 30 juni 1999

De gegevens van de psychiatrische casusregisters uit de jaren negentig maken duidelijk dat het totaal aantal cliënten dat ontslagen wordt uit de kliniek in de periode 1990-1999 gestaag afnam (-19 procent; zie Tabel 2.8, laatste kolom). De cliënten die ontslagen werden uit de kliniek werden in vijf groepen ingedeeld op basis van het moment waarop het ontslag uit de kliniek plaatsvond. Voor iedere cliënt werd bepaald welke vorm van zorg zij ontvingen in de eerste 6 maanden na het ontslag uit de kliniek: 1) geen geestelijke gezondheidszorg, 2) een hernieuwde opname, 3) een dagbehandeling, 4) een thuis behandeling of 5) contact met een ambulante instelling. De resultaten in Tabel 2.8 laten zien dat het percentage cliënten dat geen enkele vorm van zorg ontving in de eerste 6 maanden volgend op het ontslag uit de kliniek afnam van 26,5 procent naar 19,2 procent (een afname van -7,3 procent) (Tabel 2.8; bovenste rij). Het merendeel van de nazorg werd weliswaar geleverd door ambulante instellingen, maar ook hier was sprake van een afname (van 56,8 procent in 1990/'91 naar 47,9 procent in 1998/'99; een afname van -8,9 procent). Het percentage hernieuwde opnames was stabiel (van 9,4 procent in 1990/'91 naar 9,7 procent in 1998/'99; derde rij van onderen), terwijl het percentage thuisbehandeling en het percentage dagbehandeling toenamen (met respectievelijk 7,3 en 8,7 procent).³³

Ook over de snelheid waarmee nazorg wordt geboden na een klinische opname zijn helaas geen recente gegevens beschikbaar. In Tabel 2.9 wordt een overzicht gegeven van de tijd tussen ontslag uit de kliniek en het leveren van nazorg in de maatschappij in de periode 1990-1999.

TABEL 2.9 TIJD TUSSEN ONTSLAG UIT KLINIEK EN HET LEVEREN VAN NAZORG IN DE MAATSCHAPPIJ (IN DAGEN)

		1990/1991	1992/1993	1994/1995	1996/1997	1998/1999*	Groei (%)
Volgorde van ontslag							
1 ^{ste} in vier jaar	Aantal dagen n	35	34	27	20	18	-17
		1331	1393	1442	1441	1041	
2 ^{de}	Aantal dagen n	25	19	16	14	11	-14
		497	491	500	536	416	
3 ^{de}	Aantal dagen n	21	19	15	9	9	-12
		243	275	249	262	219	
4 ^{de}	Aantal dagen n	21	15	17	12	7	-14
		138	159	156	174	118	
Alle	Aantal dagen n	31	25	21	17	14	-17
		2209	2317	2347	2413	1794	

Bron: Pijl et al, 2004

De GGZ leverde in de jaren negentig steeds sneller nazorg (zie Tabel 2.9).³³ In 1990/'91 duurde het 31 dagen voordat nazorg in de maatschappij geboden werd, terwijl dit in 1998/'99 nog maar 14 dagen duurde (zie onderste rij van tabel 2.9). Een reden hiervoor is dat dagbehandeling en thuisbehandeling in die periode in toenemende mate een klinische opname vervingen. In de linker kolom wordt de volgorde van ontslag uit de kliniek binnen 4 jaar aangegeven, variërend van een eerste ontslag in vier jaar, een tweede ontslag in vier jaar, een derde ontslag in vier jaar en een vierde ontslag in vier jaar. Hoe vaker cliënten ontslagen werden binnen vier jaar, hoe sneller zij nazorg kregen; in 1998/'99 werd bijvoorbeeld een eerste ontslag uit de kliniek binnen 18 dagen gevolgd door nazorg (zie tweede kolom van rechts, eerste rij in tabel 2.9), terwijl cliënten die voor de vierde keer binnen vier jaar ontslagen werden uit de kliniek binnen 7 dagen nazorg kregen (zie tweede kolom van rechts in Tabel 2.9). In de periode 1990/'91 duurde het leveren van nazorg nog langer dan in 1998/'99 (35 dagen bij een eerste ontslag binnen vier jaar en 21 dagen bij een vierde ontslag binnen vier jaar) (zie linker kolom in Tabel 2.9).³³

2.9 SAMENVATTING EN BELANGRIJKSTE ONTWIKKELINGEN

Op basis van de cijfers in dit hoofdstuk gepresenteerd, kan geen allesomvattende uitspraak gedaan kan worden over dé effectiviteit van de geestelijke gezondheidszorg. Over lang niet alle 11 indicatoren zijn immers landelijke gegevens beschikbaar. In dit

hoofdstuk werden feiten en cijfers gepresenteerd afkomstig uit diverse bronnen over 8 van de 11 prestatie-indicatoren:

- Verandering in ernst problematiek
- Verandering in dagelijks functioneren
- Verandering in de ervaren kwaliteit van leven^j
- Drop-out
- Somatische screening
- Hanteren behandelrichtlijnen (zie verder Deel B, Deelonderzoek 3)
- Bemoeizorg^k
- Continuïteit van zorg na ontslag uit kliniek

Het JMV vormde slechts een bron voor één indicator: *somatische screening*. Informatie over de overige indicatoren werd verzameld via een literatuursearch. Deze gegevens corresponderden echter niet één op één met de geformuleerde prestatie-indicatoren.

Van de volgende prestatie-indicatoren waren tijdens het schrijven van dit rapport geen landelijke gegevens beschikbaar (witte vlekken):

- Bereik preventieactiviteiten (*Het percentage mensen uit de risicopopulatie dat met selectieve en geïndiceerde preventieactiviteiten is bereikt, naar preventieactiviteit*). Deze indicator zal over verslagjaar 2007 voor het eerst aangeleverd worden.
- Rehabilitatie (*Het percentage cliënten met ernstige en langdurende psychische stoornissen dat op enig moment zelfstandige huisvesting heeft, regulier betaald werk heeft verricht en tevreden is in zijn of haar sociale relaties*). Deze indicator is nog onvoldoende uitontwikkeld en er is nog geen standaard meetinstrument vastgesteld.⁸
- Heropname versus opnameduur (*De verhouding tussen de gemiddelde duur van de opnamen en het percentage heropnamen binnen 3 maanden*). Registratiesystemen van instellingen bevatten nog niet de juiste toepassingen voor het registreren of herleiden van het aantal heropnamen binnen drie maanden na ontslag.

^j Voor het adequaat in kaart brengen van deze indicator is er een veelheid aan meetinstrumenten beschikbaar. Geen van deze instrumenten kan op dit moment rekenen op voldoende draagvlak voor landelijke implementatie. Hoewel veel aanbieders al wel actief zijn in het meten van de verandering in de kwaliteit van leven van hun cliënten, zal er de komende jaren nog een keuze moeten worden gemaakt voor een standaard meetinstrument.⁸

^k Het is nog onduidelijk hoeveel mensen precies via bemoeizorg in de reguliere GGZ terecht komen. Cliënten worden op dit moment nog per bemoeizorgteam geregistreerd, wat centrale tellingen ingewikkeld maakt.

BELANGRIJKSTE ONTWIKKELINGEN

Aantal GGZ-cliënten met verbeterde GAF-score na behandeling neemt gestaag toe

Het resultaat van de behandeling of begeleiding wordt door de meerderheid van de GGZ-cliënten positief gewaardeerd. Tweederde van de cliënten is van mening dat de zorg geresulteerd heeft in een positieve verandering in de ernst van de problematiek. De behandeling of begeleiding heeft, volgens deze cliënten, geleid tot meer greep op de problematiek en voldoende vooruitgang. GAF-scores tonen aan dat bij minder dan eenderde van de GGZ-cliënten tussen start en afsluiting van de behandeling daadwerkelijk een verbetering van het dagelijks functioneren gerealiseerd werd in 2006. Dit percentage nam gestaag toe tussen 2000 en 2006. Bij 60 procent van de GGZ-cliënten werd na beëindiging van de behandeling stabilisatie van de klachten geconstateerd. Dit percentage nam tussen 2000 en 2006, omgekeerd evenredig aan het aantal cliënten dat verbeterde, geleidelijk af. Het percentage cliënten dat verslechterde was in de periode 2000-2006 constant.

GGZ slaagt erin de meerderheid van de cliënten in behandeling te houden

Hoewel in verschillende bronnen^{25;54;55} drop-out percentages variërend van 20 tot 80 werden gevonden, zou slechts 13 procent van alle GGZ-cliënten volgens gegevens van Zorgis voortijdig de behandeling, tegen het advies van de behandelaar in, beëindigen.

De somatische screening van GGZ-cliënten kan verder geprofessionaliseerd worden

In 2004 concludeerde de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat een toenemend aantal GGZ-instellingen in het bezit was van een standaardprocedure op het gebied van somatische zorg. Echter, de verschillen tussen de instellingen waren nog aanzienlijk. De cijfers gepresenteerd in dit hoofdstuk bevestigen dit beeld (zie paragraaf 2.5). Bijna de helft van de GGZ-instellingen beschikt over een standaardprocedure voor somatische screening. Dit percentage ligt overigens bij de geïntegreerde GGZ-instellingen een stuk hoger (71 procent).

Steeds meer GGZ cliënten ontvangen nazorg na ontslag uit kliniek

Hoewel er geen recente cijfers beschikbaar zijn over de continuïteit van zorg na ontslag uit de kliniek, blijkt dat de GGZ in de periode 1990-1999 steeds meer nazorg leverde aan cliënten die ontslagen werden uit de kliniek. De snelheid waarmee de nazorg geleverd werd, nam eveneens toe. In 1998-1999 werd na een eerste ontslag uit de kliniek binnen 18 dagen nazorg geleverd; cliënten die voor de vierde keer ontslagen werden ontvingen binnen 7 dagen nazorg.

3 VEILIGHEID

Veiligheid is een breed begrip. De betekenis loopt uiteen van de zorg voor een individuele cliënt tot collectieve veiligheid waaronder ook brandveiligheid en ARBO-regelingen vallen. Een definitie van patiëntveiligheid is *'het (nagenoeg) ontbreken van (de kans op) aan de patiënt toegebrachte schade (lichamelijk of psychisch) die is ontstaan door het niet volgens de professionele standaard handelen van hulpverleners en/of door tekortkomingen van het zorgsysteem. Uitgangspunt is het streven naar het ontwerpen van veilige systemen, waardoor fouten worden voorkomen of niet meer leiden tot (onherstelbare) schade'* (www.nivel.nl). In de Kwaliteitswet Zorginstellingen staat dat iedere calamiteit die in de instelling heeft plaatsgevonden, gemeld moet worden aan de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Onder een calamiteit wordt verstaan een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die heeft geleid tot de dood of een ernstig schadelijk gevolg voor een patiënt of cliënt in de instelling.³ In dit hoofdstuk worden feiten en cijfers gepresenteerd over 3 van de 6 prestatie-indicatoren⁸ die over veiligheid van zorg gaan:

- Onveiligheid door het ontbreken van informatie
- Suïcide
- Dwang

Het JMV 2006 vormt een bron voor de eerste 2 indicatoren (zie bijlage 3 en tabel 1.2). Over de indicator 'dwang' zijn feiten en cijfers verzameld via een literatuursearch; de gevonden informatie heeft niet één op één betrekking op de corresponderende prestatie-indicator.

De volgende 3 prestatie-indicatoren zijn in de rapportage buiten beschouwing gelaten, aangezien er tijdens het schrijven van dit rapport geen landelijke gegevens beschikbaar waren (witte vlekken):

- Risicovolle interactie tussen medicijnen (*Het voorkomen van risicovolle interactie van medicijn <X> en medicijn <Y>; Het percentage cliënten dat zowel medicijn <X> als <Y> gebruikt*).
- Informatie over bijwerkingen van medicijnen (*De mate waarin cliënten naar eigen oordeel geïnformeerd zijn over mogelijke bijwerkingen*).
- Incidenten (*De mate waarin cliënten een instelling als onveilig ervaren; Het totaal aantal incidenten gemeld door hulpverleners binnen een instelling*).⁸

3.1 ONVEILIGHEID DOOR HET ONTBREKEN VAN INFORMATIE

Introductie indicator

In november 2007 lanceerde GGZ Nederland haar 'Patiëntveiligheidsprogramma' voor de geestelijke gezondheidszorg. Een integraal onderdeel van dit programma wordt gevormd door het 'Veiligheidsmanagementsysteem' (VMS). VMS is een landelijk veiligheidsprogramma met als basiselementen: het creëren van een veilige cultuur, het veilig incidenten melden, het inzicht geven in risicovolle processen en het blijvend verbeteren van de patiëntveiligheid. Een belangrijk onderdeel van het VMS is het 'Veilig Incidenten Melden'. Het melden van incidenten heeft als doel (snel) inzicht te krijgen in het functioneren van het zorgproces. De doelstelling van GGZ Nederland is dat binnen vier jaar alle GGZ-instellingen de VIM-methode hebben geïmplementeerd.³⁴ Informatieoverdracht is cruciaal voor het leveren van goede zorg. Het in alle gevallen toegang hebben tot de meest actuele cliënteninformatie is daarbij een vereiste. De corresponderende prestatie-indicator meet de mate waarin incidenten die optreden door het ontbreken van informatie geregistreerd worden en de toegang tot de cliëntgegevens op een 'ongunstig' moment (bijvoorbeeld tijdens spoedopnames buiten kantooruren).^{1,8}

Geselecteerde databron om trends in kaart te brengen ten aanzien van de indicator 'onveiligheid binnen GGZ-instellingen door het ontbreken van informatie':

- Dataset JMV (*meting 2006; nieuwe meting 2007*)

JMV 2006

Het JMV bevat de vraag 'Worden incidenten die optreden door het ontbreken van informatie geregistreerd?' Analyses op het JMV-bestand tonen aan dat (Tabel 3.1):

- Van het totaal aantal GGZ-instellingen gaf 60 procent aan incidenten te registreren, die optraden door het ontbreken van informatie.
- Ruim 56 procent van de geïntegreerde GGZ-instellingen zei een registratie bij te houden van de incidenten, veroorzaakt door het ontbreken van informatie.

¹ Dit tweede onderdeel wordt nog niet standaard door instellingen geregistreerd en is daarom buiten beschouwing gelaten.

TABEL 3.1 PERCENTAGE INSTELLINGEN DAT INCIDENTEN REGISTREERT DIE OPTREDEN DOOR HET ONTBREKEN VAN INFORMATIE

	Totaal GGZ-instellingen	Geïntegreerde GGZ
Ja	60,0	56,1
Nee	29,5	39,0
Onbekend	10,5	4,9
Totaal	100	100

Bron: JMV, 2006

3.2 DWANG

Introductie indicator

Het toepassen van dwang in de psychiatrie is een ingrijpende maatregel. Uit gegevens van IGZ komt naar voren dat dwang steeds vaker in de psychiatrie wordt toegepast. De corresponderende prestatie-indicator meet de mate waarin separatie wordt toegepast en de mate waarin cliënten aangeven geen negatieve gevolgen te hebben ondervonden van het separatiebeleid.⁸

Geselecteerde bron om trends in kaart te brengen ten aanzien van de indicator 'dwang':

- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2007). *Tabellenboek Wet BOPZ 2002-2006*.

Inbewaringstelling (IBS)

Als een persoon een onmiddellijk dreigend gevaar veroorzaakt, kan de burgemeester een inbewaringstelling afgeven waarmee deze persoon in een psychiatrisch ziekenhuis wordt opgenomen. De kans op acuut gevaar voor zichzelf of voor anderen moet sterk aanwezig zijn en er moet een ernstig vermoeden van een geestesstoornis zijn. Een inbewaringstelling kan alleen worden afgegeven als er geen andere mogelijkheden zijn om het dreigende gevaar weg te nemen. Het aantal inbewaringstellingen (IBS-en) dat aan de inspectie voor de gezondheidszorg gemeld werd, nam tussen 2000 en 2006 toe met 28 procent (zie Tabel 3.2).³⁵

Rechterlijke machtiging (RM)

Een rechterlijke machtiging (RM) is een beslissing van de rechter om een persoon gedwongen te laten opnemen in een psychiatrisch ziekenhuis. De afgifte van een rechterlijke machtiging geschiedt onder andere op basis van een door een psychiater opgestelde geneeskundige verklaring. Er moet sprake zijn van een stoornis van de geestvermogens en van gevaar dat voorkomt uit deze stoornis.³⁵ Het aantal rechter-

lijke machtigingen nam tussen 2000 en 2006 toe met 84 procent (zie Tabel 3.2).

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Toename (%)
IBS	6.346	6.780	6.984	7.025	7.515	7.790	8.095	27,6
RM	4.887	5.552	6.313	7.136	8.160	8.714	8.970	83,5
Machtiging voortgezet verblijf	2.109	2.425	2.809	3.283	3.197	3.249	2.710	28,5
Voorlopige machtiging	2.710	3.043	3.384	3.710	3.980	4.124	4.200	55
Machtiging eigen verzoek	68	80	90	86	101	70	81	19,1
Voorwaardelijke machtiging*	0	4	30	57	882	1.271	1.979	-
Observatiemachtiging**	-	-	-	-	-	-	51	-
Totaal aantal onvrijwillige opnamen	11.233	12.332	13.297	14.161	15.675	16.504	17.065	51,9

Bron: Bopzis-4

* De voorwaardelijke machtiging trad op 1 januari 2004 in werking. Dit verklaart de lage aantallen tussen 2000 en 2003.

** Met ingang van 1 januari 2006 is de observatiemachtiging in werking getreden. Dit verklaart de afwezigheid van deze mogelijkheid tot en met 2005.

Tabel 3.2 laat verder zien dat in Nederland steeds meer onvrijwillige opnemingen plaatsvinden. Tussen 2000 en 2006 is het aantal onvrijwillige opnemingen met 51,9 procent toegenomen. Het aantal opnemingen met een RM neemt sneller toe dan het aantal opnemingen met een IBS (respectievelijk 83,5 en 27,6 procent). In de periode 2002-2006 werden 76.773 dwangopnames aan de inspectie gemeld, zowel rechterlijke machtigingen als inbewaringstellingen. Jaarlijks was er een sterke toename van het aantal dwangopnames.³⁵ In de periode 2002-2006 zijn in totaal 47 dwangopnames per 10.000 inwoners afgegeven. Op provinciaal niveau waren de verschillen groot.³⁵

Cijfers van de Inspectie voor de Gezondheidszorg maken duidelijk dat de provincies Zuid-Holland en Noord-Holland verantwoordelijk zijn voor een derde van het aantal inbewaringstellingen (zie Tabel 3.3). Het hoge aantal dwangopnames in de provincies Noord- en Zuid Holland hangt mogelijk samen met de verhoogde kans op psychische problematiek die mensen in de grote steden hebben. Daarnaast zouden verschillen in de organisatie van de zorg tussen provincies een rol kunnen spelen. Meer onderzoek op dit vlak is gewenst. Opvallend is dat de provincies Limburg en Utrecht gekenmerkt worden door de meeste dwangopnames per 10.000 inwoners (respectievelijk 60,6 en 57,5), terwijl het totaal aantal dwangopnames in deze provincies tussen 2002 en

2006 aanzienlijk minder was dan in de provincies Zuid- en Noord-Holland. Daarnaast valt op dat de groei niet in iedere provincie hetzelfde was en dat in twee provincies zelfs sprake was van een afname. In de provincies Noord-Holland en Zuid-Holland was sprake van een voortdurende groei (zie Tabel 3.3).

TABEL 3.3 AANTAL DWANGOPNAMES PER PROVINCIE, 2002-2006^m

	2002	2003	2004	2005	2006	Totaal	Dwangopnames per 10.000 inwoners
Drenthe	313	358	406	473	413	1.963	40,5
Friesland	381	384	446	463	531	2.205	34,3
Gelderland	1.320	1.443	1.559	1.613	1.719	7.654	38,7
Groningen	351	354	344	389	370	1.808	31,5
Limburg	1.313	1.325	1.363	1.444	1.416	6.861	60,6
Noord-Brabant	1.486	1.593	1.729	1.901	1.942	8.651	35,8
Noord-Holland	2.579	2.738	3.119	3.251	3.438	15.125	58,0
Overijssel	856	842	931	1.000	1.069	4.698	31,7
Utrecht	1.254	1.276	1.370	1.420	1.469	6.789	57,5
Zeeland	315	340	365	361	398	1.779	46,8
Zuid-Holland	3.128	3.507	4.043	4.207	4.355	19.240	55,6
Nederland	13.296	14.160	15.675	16.522	17.120	76.773	47,0

Bron: IGZ, 2007

Dwangtoepassingen

Wanneer een gedwongen opgenomen patiënt binnen een psychiatrisch ziekenhuis een gevaar is voor zichzelf of anderen, dan kunnen tegen de wil van de patiënt vrijheidsbeperkende maatregelen worden toegepast. De wet maakt daarbij een onderscheid tussen dwangbehandeling en middelen of maatregelen. Bij de toepassing van een dwangbehandeling ligt een behandlingsplan ten grondslag. Over dit behandlingsplan hoeft geen overeenstemming te zijn. Is er geen behandlingsplan of voorziet het behandlingsplan niet in de situatie, dan mogen voor een periode van zeven dagen middelen of maatregelen worden toegepast, te weten: separatie, fixatie, dwangmedicatie en gedwongen vocht en voeding.³⁵

In de periode 2002-2006 ontving de Inspectie in totaal 40.114 meldingen van dwangtoepassing (dwangbehandeling en middelen of maatregelen) (niet in tabel). In deze

^m De rechterlijke machtigingen zijn niet te herleiden voor de provincie Flevoland. Deze provincie staat daarom niet in de tabel; de gegevens zijn opgenomen bij de provincie Overijssel.

periode nam het aantal meldingen toe met 11 procent. Echter, in 2006 daalde het aantal meldingen met 9 procent. Zowel de stijging voor 2006 als de daling na 2006 was op rekening van het aantal meldingen van middelen of maatregelen toe te schrijven. Het aantal meldingen van middelen of maatregelen nam in deze periode toe met ruim 34 procent. In 2006 daalde dit aantal vervolgens weer met 12 procent (niet in tabel).³⁵ In de periode 2002-2006 nam het aantal dwangbehandeling af met 3,1 procent.

Uit Tabel 3.4 volgt dat de meest ingezette dwangtoepassing (dwangbehandeling en middelen of maatregelen) separatie is: 59 procent. Medicatie werd in 22,4 procent ingezet en afzondering en fixatie in 9,5 en 7,5 procent.³⁵

TABEL 3.4 AANTAL DWANGTOEPASSINGEN NAAR TYPE IN DE PERIODE 2002-2006*

	2002	2003	2004	2005	2006	Totaal	Totaal (in %)
Separatie	5.555	5.892	6.216	6.595	5.936	30.194	59
Afzondering	686	924	1.083	1.175	970	4.838	9,5
Fixatie	611	699	840	927	775	3.853	7,5
Medicatie	1.917	2.123	2.517	2.434	2.438	11.429	22,4
Vocht/ voeding	54	60	67	53	53	287	0,6
Anders	81	103	100	102	135	521	1
Totaal	8.904	9.801	10.823	11.286	10.308	51.122	100

Bron: IGZ, 2007

* Per melding waren meerdere toepassingen mogelijk. Dit verklaart waarom het totaal aantal dwangtoepassingen in deze tabel (51.122) hoger is dan het totaal aantal meldingen (40.114).

3.3 SUÏCIDE

Introductie indicator

Ondanks dat er veel discussie is over de vraag of het suïcidecijfer een goede indicator is voor kwaliteit van zorg, werd deze indicator toch opgenomen in de basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. De corresponderende prestatie-indicator meet het aantal overleden cliënten ten gevolge van suïcide gedurende het verslagjaar gerelateerd aan de grootte van de instelling, onderscheiden naar ambulante en klinische behandeling of begeleiding.⁸

Geselecteerde databron om trends in kaart te brengen ten aanzien van de indicator 'het percentage suïcides gerelateerd aan instellingsgrootte':

- Dataset JMV (*meting 2006; nieuwe meting 2007*)
- NEMESIS (*meting 1996*)

Aanvullende literatuurbron:

- Bool, M., et al. (2007). *Verminderen van suïcidaliteit. Beleidsadvies. Actualisering van het Advies inzake Suïcide, Gezondheidsraad 1986.*

NEMESIS

Het hebben van een psychische stoornis is een belangrijke risicofactor voor suïcidedachten.³⁷ Volwassenen met een psychische stoornis rapporteren beduidend vaker suïcidedachten te hebben dan volwassenen zonder psychische stoornis. Dat geldt voor alle hoofdgroepen van psychische stoornissen als ook voor afzonderlijke psychische stoornissen; volwassenen met een stemmingsstoornis hebben een twaalf keer zo hoge kans op suïcidedachten in vergelijking met volwassenen zonder stemmingsstoornis. Bij volwassenen met een angststoornis is de kans op suïcidedachten ruim zes keer verhoogd. Bij volwassenen met een middelenstoornis ligt de kans hierop bijna vijf keer hoger dan bij volwassenen zonder middelenstoornis. Vooral personen met dysthymie, een paniekstoornis en een obsessief compulsieve stoornis rapporteren suïcidedachten (zie Tabel 3.5).³⁷

TABEL 3.5 VÓÓRKOMEN VAN SUÏCIDE GEDACHTEN EN SUÏCIDE POGINGEN IN DE BEVOLKING (OP JAARBASIS), 1996-1999 (IN PROCENTEN)

	<i>Suïcide gedachten</i>	<i>Suïcide poging</i>
Totaal bevolking	3,20	0,90
<i>Psychische stoornissen</i>		
Enigerlei psychische stoornis	10,75	9,30
Enigerlei stemmingsstoornis	12,09	11,89
• Depressieve stoornis	8,18	6,21
• Dysthymie*	26,42	45,63
• Bipolaire stoornis	17,59	28,41
Enigerlei angststoornis	6,54	9,72
• Paniekstoornis	10,82	14,30
• Agorafobie	5,37	13,22
• Sociale fobie	9,38	9,34
• Specifieke fobie	5,66	5,80
• Gegeneraliseerde angststoornis	5,02	–
• Obsessieve compulsieve stoornis	14,21	21,48
Enigerlei middelenstoornis	4,56	4,22
• Alcoholmisbruik of –afhankelijkheid	3,99	3,14
• Drugsmisbruik of –afhankelijkheid	6,83	9,57

Bron: Ten Have et al, 2006

* Het verschil tussen dysthymie en depressie zou kunnen worden verklaard door het chronische karakter van dysthymie. Hoewel dysthymie beschouwd wordt als een minder ernstige stemmingsstoornis dan depressie, is door het chronische verloop het suïciderisico groter dan bij depressie; een depressieve episode duurt gemiddeld acht maanden.

Volwassenen die in het afgelopen jaar een suïcidepoging ondernamen, blijken vaker te voldoen aan de criteria van alle hoofdgroepen van psychische stoornissen en afzonderlijke stoornissen. Vooral personen met dysthymie, een bipolaire stoornis en een obsessief compulsieve stoornis ondernemen een poging tot suïcide.³⁷ Een aanzienlijk deel van de mensen die jaarlijks een suïcidepoging doen, is onder behandeling bij de GGZ. Het ligt daarom voor de hand om GGZ-instellingen en behandelaars een rol te laten vervullen bij het terugdringen van het aantal suïcides.³⁸

JMV 2006

Analyse op het JMV-bestand 2006 laat zien dat over alle instellingen heen gemiddeld 26 per 10.000 GGZ-cliënten, die klinische behandeling of begeleiding ontvangen, jaarlijks overlijden ten gevolge van suïcide. Binnen de geïntegreerde GGZ-instellingen ligt dit aantal iets hoger: gemiddeld 35 per 10.000 GGZ-cliënten. De ambulante hulpverlening wordt gekenmerkt door een lager suïdecijfer dan de klinische hulpverlening: gemiddeld 7 per 10.000. Ook voor de ambulante zorg geldt dat dit percentage hoger is wanneer uitsluitend gekeken wordt naar de geïntegreerde GGZ-instellingen. Op jaarbasis overlijden gemiddeld 9 op de 10.000 van de cliënten die ambulante zorg ontvangen in een geïntegreerde GGZ-instelling ten gevolge van suïcide. Wegens de lage respons (zie Bijlage 3 voor de non-respons analyse) is het niet mogelijk om de cijfers van het JMV 2006 naar de verschillende diagnosegroepen uit te splitsen.

Het Trimbos-instituut voerde recentelijk een onderzoek uit naar de aanwezigheid van protocollen en richtlijnen in GGZ-instellingen.³⁸ Uit dit onderzoek kwam naar voren dat GGZ-instellingen in veel gevallen een protocol of richtlijn hebben voor het handelen bij suïcide (87 procent) en in iets mindere mate een protocol of richtlijn voor het handelen bij een suïcidepoging. Een document voor suïcidepreventie zou in minder dan de helft van de instellingen aanwezig zijn (43 procent). Andere belangrijke bevindingen van het onderzoek waren dat 79 procent van de instellingen frequent gebruik maakt van protocollen en richtlijnen bij suïcide, 50 procent deze frequent gebruikt bij een suïcidepoging en slechts 20 procent van deze instellingen frequent gebruik maakt van preventierichtlijnen.³⁸ De kwaliteit van de richtlijnen en de mate waarin aandacht wordt geschonken aan preventieve maatregelen lopen uiteen.^{38:39} Omdat de aandacht voor suïcidaliteit in bestaande multidisciplinaire richtlijnen (waaronder schizofrenie en depressie) tekort schiet en om ervoor te zorgen dat een richtlijn of protocol over suïcide en suïcidaliteit voldoende *evidence based* informatie bevat, wordt aanbevolen om een landelijke (multidisciplinaire) richtlijn suïcide op te stellen. Op basis van deze richtlijn kunnen GGZ-instellingen hun lokale richtlijnen op instellingsniveau aanpassen.³⁸

3.4 SAMENVATTING EN BELANGRIJKSTE ONTWIKKELINGEN

Op basis van de cijfers die in dit hoofdstuk gepresenteerd zijn, kan geen allesomvattende uitspraak gedaan kan worden over dé veiligheid van de geestelijke gezondheidszorg. Over lang niet alle indicatoren zijn immers landelijke gegevens beschikbaar. In dit hoofdstuk werden feiten en cijfers afkomstig uit het JMV-bestand over 2 (van de in totaal 6) indicatoren gepresenteerd:

- Onveiligheid door het ontbreken van informatie
- Suïcide

Van de indicator 'dwang' werd informatie verzameld via een literatuuronderzoek. Deze informatie correspondeerde echter niet één op één met de betreffende prestatie-indicator. Van de overige indicatoren bleek het (nog) niet mogelijk om landelijke gegevens te presenteren. Landelijke kennis over de volgende prestatie-indicatoren was tijdens het schrijven van dit rapport nog niet beschikbaar (witte vlekken):

- Risicovolle interactie tussen medicijnen (*Het voorkomen van risicovolle interactie van medicijn <X> en medicijn <Y>; Het percentage cliënten dat zowel medicijn <X> als <Y> gebruikt*).
- Informatie over bijwerkingen van medicijnen (*De mate waarin cliënten naar eigen oordeel geïnformeerd zijn over mogelijke bijwerkingen*).
- Dwang (*De mate waarin separatie wordt toegepast zowel in frequentie als in duur; De mate waarin cliënten aangeven geen negatieve gevolgen te hebben ondervonden van het separatiebeleid*).
- Incidenten (*De mate waarin cliënten een instelling als onveilig ervaren; Het totaal aantal incidenten gemeld door hulpverleners binnen een instelling*).

Veiligheid is een relatief onderbelicht thema binnen de GGZ. Het is een thema waar nog veel verbeteringen mogelijk zijn. GGZ Nederland stelt dat onderzoek ontbreekt dat kan helpen bij het formuleren van meetbare doelstellingen op dit vlak;³⁴ zo is bijvoorbeeld nog onvoldoende bekend over incidenten die zich voordoen in instellingen, over de mate waarin cliënten zich veilig voelen in de instelling en over medicatieveiligheid. In het patiëntveiligheidsprogramma van GGZ Nederland werd gesteld dat het veiligheidsbeleid binnen GGZ-instellingen een prioriteit is van het ministerie van VWS en een belangrijk thema binnen de GGZ. In het programma 'Veilige zorg' presenteerde het ministerie van VWS haar plannen en ambities omtrent patiëntveiligheid. Het ministerie streeft naar: substantieel veiliger (langdurige) zorg in 2011, de implementatie van systemen als veilig melden en incidentenregistraties en analyse, individuele risico analyse en verbeterprocessen in 2010 en positieve beleving van cliënten omtrent veiligheid in 2011.⁴⁰

BELANGRIJKSTE ONTWIKKELINGEN

Het merendeel van de GGZ-instellingen registreert incidenten die optreden door het ontbreken van informatie.

Informatieoverdracht is cruciaal voor het leveren van goede zorg. Het in alle gevallen toegang hebben tot de meest actuele cliënteninformatie is daarbij een vereiste. Daartoe dienen GGZ-instellingen de afwezigheid van actuele informatie over de cliënt bij opname buiten kantooruren van een reeds bekende cliënt te registreren. 60 procent van de GGZ-instellingen houdt een dergelijke registratie bij. De doelstelling van het ministerie van VWS is dat binnen vier jaar alle GGZ-instellingen de 'Veilig

Incidenten Melden'-methode als onderdeel van het veiligheidsmanagementsysteem implementeren. Dit betekent dat bij 40 procent van de GGZ-instellingen nog stappen gemaakt moeten worden.

Ambulante hulpverlening heeft lager suïcidecijfer dan klinische hulpverlening

In de klinische hulpverlening overlijden jaarlijks gemiddeld 35 op de 10.000 cliënten ten gevolge van suïcide. Binnen de ambulante zorg is het aantal suïcides lager; op jaarbasis overlijden gemiddeld 7 op de 10.000 cliënten die ambulante zorg ontvangen aan de gevolgen van suïcide. Dat in de ambulante hulpverlening mildere gevallen worden behandeld dan in de klinische hulpverlening kan dit verschil verklaren. In het beleidsadvies 'Verminderen van suïcidaliteit' wordt geadviseerd een landelijke (multi-disciplinaire) richtlijn suïcide op te stellen voor de GGZ. Op basis van deze richtlijn kunnen GGZ-instellingen hun lokale richtlijnen voor het handelen bij suïcide en suïcidepogingen en suïcidepreventie aanpassen en een aanzet doen tot het verbeteren van de zorg bij suïcidaliteit en het terugdringen van het aantal suïcides.³⁸

Aantal onvrijwillige opnemingen neemt toe

Het aantal onvrijwillige opnemingen nam tussen 2000 en 2006 toe met 27 procent. Het aantal onvrijwillige opnemingen met een rechterlijke machtiging (RM) neemt sneller toe dan het aantal opnemingen met een inbewaringstelling (IBS).

4 CLIËNTGERICHTHEID

Cliëntgerichte zorg is zorg waarbinnen de betrokkenheid van de cliënt centraal staat.¹ Wederzijds respect, het delen van informatie, cliëntparticipatie en samenwerking tussen de cliënt en de hulpverlener zijn de hoekstenen van een cliëntgerichte benadering. Om aanbieders meer cliëntgericht gedrag te ontlokken, heeft de cliënt een sterke positie nodig. Het ministerie van VWS zet zich daarom in voor het versterken van de feitelijke invloed van de cliënt op de zorgverlening. Ten opzichte van de aanbieder moet zijn rechtspositie goed geregeld zijn. Daartoe is in 1996 de Wet Medezeggenschap Cliënten Zorginstellingen (WMCZ) in werking getreden. In de WMCZ is de medezeggenschap van cliënten van een instelling via het bestuur en via een cliëntenraad geregeld. Daarnaast is de wet 'Cliënt en Kwaliteit van zorg' in ontwikkeling. Deze wet zal de rechten en plichten van zowel zorgconsumenten als zorgaanbieders behandelen. Ter bevordering van cliëntgerichte zorg zal, naast het versterken van de positie van de cliënt, de zorgaanbieder de ruimte moeten krijgen om flexibel op de zorgvraag in te spelen, om de zorg te gaan leveren waar de cliënt om vraagt en om de investeringen te kunnen doen die nodig zijn om de zorg conform die vraag te organiseren.⁴¹ In dit hoofdstuk worden cijfers gepresenteerd over 10 van de in totaal 11 prestatie-indicatoren die over cliëntgerichtheid gaan.

Het JMV 2006 vormt in dit rapport een bron voor 5 indicatoren (zie Bijlage 3 en tabel 1.2):

- Informed consent
- Keuzevrijheid
- Vervulling zorgwensen
- Adequate bejegening door hulpverleners
- Adequate informatieverstrekking door hulpverleners

Via een literatuursearch werden aanvullende feiten en cijfers verzameld over 5 prestatie-indicatoren. Deze gegevens correspondeerden echter niet één op één met de formulering van de prestatie-indicatoren op de volgende onderwerpen:

- Wachtijd tot start behandeling (*zie verder deel 2 'Toegang en Zorggebruik' van de trendrapportages GGZ 2008*)
- Toegang tot zorg (*zie deel 2 'Toegang en Zorggebruik' van de trendrapportages GGZ 2008*)
- Evaluatie van behandelings- of begeleidingsplannen
- Dagbesteding en arbeid
- Woon- en leefomstandigheden

Eén prestatie-indicator werd in de rapportage buiten beschouwing gelaten, aangezien hierover tijdens het schrijven van dit rapport geen landelijke gegevens beschikbaar waren (witte vlekken):

- Samenwerking tussen ketenpartners (*De mate waarin cliënten een goede afstemming met de ketenpartners ervaren*).

4.1 INFORMED CONSENT

Introductie indicator

Informed consent betekent letterlijk 'geïnformeerde toestemming'. Patiënten en cliënten hebben recht op *informed consent*. *Informed consent* verhoogt betrokkenheid van de patiënt bij het besluitvormingsproces, vergroot het vertrouwen van de patiënt in de arts en heeft een positieve invloed op de effecten van medische interventies. *Informed consent* komt tot uiting in een vastgelegd behandelplan en in de vastgelegde toestemming van de cliënt met betrekking tot de uitvoering van de behandeling.⁸ Wettelijke bepalingen betreffende *informed consent* zijn vastgelegd in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Deze wettelijke bepalingen hebben betrekking op het recht op informatie en de toestemmingsvereiste.⁴² De hulpverlener is verplicht de patiënt op duidelijke wijze in te lichten en om, voor verrichtingen ter uitvoering van een behandelingsovereenkomst, de toestemming van de patiënt te verkrijgen. Op verzoek van de patiënt legt de hulpverlener in ieder geval schriftelijk vast voor welke verrichtingen van ingrijpende aard deze toestemming gegeven is.

In 2000 werd de WGBO geëvalueerd door ZorgOnderzoek Nederland. Uit het evaluatieonderzoek bleek dat de informatieverplichting over het algemeen bij de meeste hulpverleners bekend is. Het belang van informatie en toestemming werd algemeen erkend. Toch zouden artsen niet in alle gevallen patiënten informeren over risico's en gevolgen van een behandeling of over alternatieve behandelingsmogelijkheden, terwijl naar voren kwam dat patiënten het juist erg belangrijk vinden om te worden geïnformeerd over risico's en gevolgen van een behandeling. Bovendien zouden artsen lang niet altijd expliciet om toestemming voor onderzoek of behandeling vragen.⁴² Dit zou komen doordat artsen de *informed consent* bepalingen nog te veel beschouwen als een plicht en nog te weinig als een zinvolle investering in de arts-patiëntrelatie is.⁴² Bovengenoemd onderzoek richtte zich op de gezondheidszorg in het algemeen. Op basis van de aangeleverde informatie in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording en de resultaten van de Thermometer Cliëntwaardering is het mogelijk om vast te stellen hoe het gesteld is met de *informed consent* in de geestelijke gezondheidszorg.

Geselecteerde databronnen om trends in kaart te brengen ten aanzien van de indicator 'het ervaren van informed consent in de GGZ':

- Dataset JMV (*meting 2006; nieuwe meting 2007*)
- GGZ-Thermometer Cliëntwaardering (*meetperiode 2006; nieuwe meting in 2007*)

Aanvullende literatuurbron:

- Dute, J. C. J., et al. (2000). *Evaluatie Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst*.

JMV 2006

Het JMV vraagt instellingen naar *het percentage cliënten dat informed consent ervaart*. Op basis van analyses op het JMV-databestand 2006 blijkt dat gemiddeld 76 procent van de GGZ-cliënten aangaf *informed consent* te ervaren. Binnen de geïntegreerde GGZ-instellingen lag dit percentage iets hoger (78 procent). In ruim 90 procent van alle GGZ-instellingen gaf meer dan de helft van de cliënten aan *informed consent* te ervaren.

GGZ-Thermometer Cliëntwaardering

Vraag 6 van de Thermometer Cliëntwaardering GGZ (zie paragraaf 1.3) luidt: '*Heeft u ingestemd met uw behandel- of begeleidingsplan?*' Van het totaal aantal (volwassen) GGZ-cliënten stelde gemiddeld 94 procent te hebben ingestemd met het behandel- of begeleidingsplan; slechts vier procent zei dat dit niet het geval was.

- Minder buitenlandse cliëntenⁿ gaven aan *informed consent* te ervaren dan Nederlandse cliënten; 89 procent van de buitenlandse cliënten stemde in met het behandel- of begeleidingsplan en zes procent stelde dat dit niet het geval was. Van de Nederlandse cliënten gaf 94 procent aan wel hiermee ingestemd te hebben; bij drie procent was daarvan geen sprake.
- Hoewel bij de verschillende zorgtypen (ambulant, zorg op maat, klinisch, deeltijd, RIBW, BZW, transmuraal) weinig onderlinge verschillen bestaan, gaven binnen de langdurende, klinische zorg minder cliënten aan *informed consent* te ervaren dan binnen de andere zorgtypen: acht procent van deze cliënten zei niet ingestemd te hebben met het behandel- of begeleidingsplan.

ⁿ Buitenlandse cliënten: alle cliënten die niet in Nederland geboren zijn.

4.2 KEUZEVRIJHEID

Introductie indicator

De mate waarin cliënten keuzevrijheid ervaren, wordt beïnvloed door het al dan niet hebben van de mogelijkheid tot het kiezen van de eigen behandelaar en van het zorgaanbod. Juridisch gezien is een cliënt geheel vrij al dan niet in te gaan op een aanbod van de zorgverlener en daarmee te kiezen voor onderzoek en behandeling.⁴³ De corresponderende prestatie-indicator meet het percentage cliënten dat keuzevrijheid ervaart en kon meebeslissen over de behandeling of begeleiding.

Geselecteerde databronnen om trends in kaart te brengen ten aanzien van de indicator 'het ervaren van keuzevrijheid in behandeling of begeleiding':

- Dataset JMV (*meting 2006; nieuwe meting 2007*)
- GGZ-Thermometer Cliëntwaardering (*meetperiode 2006; nieuwe meting in 2007*)

JMV 2006

Analyse op het JMV-databestand 2006 toont aan dat over alle GGZ-instellingen heen gemiddeld 75 procent van de GGZ-clieñten aangaf keuzevrijheid te ervaren ten aanzien van het kiezen van de eigen behandelaar en het kiezen uit het geboden zorgaanbod.

GGZ-Thermometer Cliëntwaardering

Vraag vier van de GGZ-Thermometer Cliëntwaardering (zie paragraaf 1.3) luidt: *Kon (kunt) u meebeslissen over de behandeling of begeleiding die u zou krijgen (krijgt)?* Driekwart van de GGZ-clieñten beantwoordde deze vraag instemmend, terwijl 17 procent dat niet deed.

- Van de Nederlandse cliënten gaf 77 procent aan mee beslist te hebben over de behandeling of begeleiding, terwijl 17 procent zei dat dat niet het geval was. Onder buitenlandse cliënten wordt minder keuzevrijheid ervaren: 68 procent stelde een rol te hebben gespeeld bij de beslissing voor een bepaalde behandeling of begeleiding, terwijl 22 procent aangaf dat zij hier niet over konden meebeslissen.
- Bij de verschillende zorgtypen is de verdeling als volgt (zie Tabel 4.1):

TABEL 4.1 KON U MEEBESLISSEN OVER DE BEHANDELING OF BEGELEIDING DIE U ZOU KRIJGEN? (IN PROCENTEN)

	Totaal	Ambu- lant kort	Ambu- lant lang	Zorg op maat	Klinisch kort	Klinisch lang	Deeltijd	RIBW	BZW	Trans- muraal
ja	75	80	80	78	77	68	83	69	78	84
nee	17	14	15	9	18	23	11	21	14	9
onbekend	9	7	5	13	5	9	6	10	8	7

Bron: GGZ-Nederland/ Stratus, 2007

Clënten die deeltijdzorg en transmurale zorg ontvangen, ervaren gemiddeld de grootste keuzevrijheid: respectievelijk 83 en 84 procent zei meebeslist te hebben over hun behandeling of begeleiding. Clënten die langdurende klinische zorg ontvangen en clënten uit het circuit beschermd wonen, hebben gemiddeld de minste keuzevrijheid: respectievelijk 23 en 21 procent van deze clënten zei dat zij niet konden meebeslissen over de behandeling of begeleiding.

4.3 VERVULLING ZORGWENSEN

Introductie indicator

De vervulling van zorgwensen geeft aan of de geleverde behandeling of begeleiding in de ogen van de cliënt het juiste antwoord is op zijn of haar zorgvraag.⁸ De corresponderende prestatie-indicator meet het percentage cliënten waarbij de behandeling of begeleiding voldoet aan de zorgwensen.

Geselecteerde databronnen om trends in kaart te brengen ten aanzien van de indicator 'het voldoen van de behandeling of begeleiding aan de zorgwensen':

- Dataset JMV (*meting 2006; nieuwe meting 2007*)
- GGZ-Thermometer Cliëntwaardering (*meetperiode 2006; nieuwe meting in 2007*)

JMV 2006

Analyse op het JMV-databestand 2006 laat zien dat 75 procent van de GGZ-clënten van mening was dat de behandeling of begeleiding voldeed aan de eigen zorgwensen.

GGZ-Thermometer Cliëntwaardering

Twee vragen uit de GGZ-Thermometer Cliëntwaardering (11 en 12) (zie paragraaf 1.3) luiden als volgt:

- *Werd (wordt) het behandel- of begeleidingsplan naar wens uitgevoerd?*
- *Vond (vindt) u de behandeling of begeleiding de juiste aanpak voor uw problemen?*

Van het totaal aantal GGZ-cliënten gaf 71 procent aan dat het behandel- of begeleidingsplan naar wens werd uitgevoerd (Tabel 4.2). Eveneens 71 procent was van mening dat de behandeling of begeleiding de juiste aanpak voor zijn of haar problemen was. Bij 14 procent van de GGZ-cliënten werd het behandel- of begeleidingsplan niet naar wens uitgevoerd; 16 procent van de cliënten is van mening dat de behandeling of begeleiding niet de juiste aanpak was voor zijn of haar problemen (Tabel 4.2).

Cliënten die deeltijd of ambulante zorg ontvangen of begeleid zelfstandig wonen (BZW), waren relatief vaak (75-77 procent) van mening dat het behandel- of begeleidingsplan naar wens werd uitgevoerd. Cliënten die zorg op maat of langdurende klinische zorg ontvingen, ervoeren het minst vaak (55 en 67 procent) dat het behandel- of begeleidingsplan naar wens werd uitgevoerd. Cliënten die langdurende klinische zorg ontvangen, zijn zelfs het meest ontevreden over de uitvoering van het behandel- of begeleidingsplan; 21 procent gaf aan dat dit plan niet naar wens werd uitgevoerd (zie Tabel 4.2).

Cliënten die langdurende ambulante zorg, zorg op maat, deeltijd zorg ontvangen of begeleid zelfstandig wonen (BZW), waren relatief vaak (79 procent) van mening dat de behandeling of begeleiding de juiste aanpak voor hun problemen of klachten was. Cliënten die langdurende klinische of transmurale zorg ontvangen, waren minder vaak (21 en 26 procent) deze mening toegedaan (zie Tabel 4.2).

TABEL 4.2 VERVULLING ZORGWENSEN (IN PROCENTEN)										
<i>Werd (wordt) het behandel- of begeleidingsplan naar wens uitgevoerd?</i>										
	<i>Totaal</i>	<i>Ambulant kort</i>	<i>Ambulant lang</i>	<i>Zorg op maat</i>	<i>Klinisch kort</i>	<i>Klinisch lang</i>	<i>Deeltijd</i>	<i>RIBW</i>	<i>BZW</i>	<i>Transmuraal</i>
Ja	71	75	77	55	76	67	80	72	77	63
Nee	14	12	11	9	15	21	12	11	5	19
Onbekend	16	13	12	36	10	12	8	18	18	18
<i>Vond (vindt) u de behandeling of begeleiding de juiste aanpak voor uw problemen?</i>										
	<i>Totaal</i>	<i>Ambulant kort</i>	<i>Ambulant lang</i>	<i>Zorg op maat</i>	<i>Klinisch kort</i>	<i>Klinisch lang</i>	<i>Deeltijd</i>	<i>RIBW</i>	<i>BZW</i>	<i>Transmuraal</i>
Ja	71	74	79	75	73	66	77	75	77	60
Nee	16	16	14	11	19	21	13	13	9	26
Onbekend	13	11	7	14	8	13	9	12	14	14

Bron: GGZ-Nederland/ Stratus, 2007

Bijna driekwart van de Nederlandse cliënten was tevreden over het resultaat van de behandeling; 74 procent stelde dat het behandel- of begeleidingsplan naar wens werd uitgevoerd en eveneens 74 procent was van mening dat de behandeling of begeleiding de juiste aanpak voor zijn of haar problemen was (niet in tabel). Onder de buitenlandse cliënten waren deze percentages iets lager: 67 procent was van mening dat het behandel- of begeleidingsplan naar wens werd uitgevoerd en 68 vond de behandeling of begeleiding de juiste aanpak voor zijn of haar problemen (niet in tabel).

4.4 EVALUATIE VAN BEGELEIDINGS- EN BEHANDELPLANNEN

Introductie indicator

Aangezien de gezondheidstoestand van een cliënt kan veranderen, is evaluatie en eventueel bijstelling van het zorgplan noodzakelijk. Als dit niet gebeurt, is er een verhoogd risico op onvoldoende of inadequate zorg.⁸

Van deze prestatie-indicator is het (nog) niet mogelijk een landelijk beeld te presenteren, aangezien er geen data op landelijk niveau beschikbaar zijn. We beperken ons tot de volgende literatuurbron:

- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2000). *Kwaliteitsontwikkeling in RIBW's: een inventarisatie van de stand van zaken*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).

Een landelijke inventarisatie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) naar kwaliteitsborgende maatregelen in RIBW's⁴⁴ laat zien dat het werken aan de hand van begeleidingsplannen in RIBW's gemeengoed is. Het werken met begeleidingsplannen wordt in het algemeen positief gewaardeerd; in dit onderzoek werd geconcludeerd dat bewoners van RIBW's betrokken werden bij het opstellen van het behandelplan en zodoende inspraak hadden op de inhoud van de begeleiding.⁴⁴ Uit het inventarisatie-onderzoek van het IGZ bleek dat in RIBW's begeleidingsplannen één à twee keer per jaar geëvalueerd werden. Het onderzoek richtte zich uitsluitend op RIBW's. Omtrent het gebruik en de evaluatie van behandel- en begeleidingsplannen in overige GGZ-instellingen zijn nog geen cijfers beschikbaar.

4.5 DAGBESTEDING EN ARBEID

Introductie indicator

Dagbesteding en sociale contacten horen bij de vaakst genoemde zorgbehoeften van mensen met langdurende psychische problemen.⁴⁵ De corresponderende prestatie-indicator meet het aantal dagdelen per week dat cliënten met langdurende zorg deelnemen aan interne of externe dagactiviteiten of betaald werk of vrijwilligerswerk doen.

Van deze prestatie-indicator is het (nog) niet mogelijk een landelijk beeld te presenteren, aangezien er geen data op landelijk niveau beschikbaar zijn. We beperken ons tot de volgende literatuurbronnen:

- Busschbach, J. v. & Wiersma, D. (1999). *Behoeft, zorg en rehabilitatie in de chronische psychiatrie. Een epidemiologische studie naar de chronisch-psychiatrische populatie in de regio noordoost en oost Groningen, naar de prevalentie en aard van hun zorgbehoefte, hun tevredenheid met de zorg en hun kwaliteit van leven.*
- Wijngaarden, B. v., et al. (2001). *Een keten van lege zondagen. Tekorten in de zorg voor langdurig zorgafhankelijke patiënten in het APZ, vergeleken met een standaard.*
- Wijngaarden, B. v., Hoof, F. v., Wennink, H. J., & Kok, I. (2005). *De kwaliteit van de langdurige zorg in de SBWU. Eerste resultaten.*
- Kemp, S. v. d. & Vree, F. v. (2006). *Arbeidsmatige dagbesteding. Een verkennend onderzoek naar aard en omvang. Eindrapport.*
- Kerkhof, M. v. (2007). *Patiënten minder eenzaam dan gedacht.*

In 2006 voerde 'Research voor Beleid' in opdracht van het ministerie van VWS, een inventariserend onderzoek uit naar de omvang en de aard van de arbeidsmatige dagbesteding, zoals die door dagcentra en activiteitencentra geboden wordt aan GGZ-cliënten en personen met een verstandelijke of lichamelijke beperking. Het begrip 'arbeidsmatige dagbesteding' werd onderverdeeld in vier categorieën: niet-arbeidsmatige dagbesteding (recreatie en educatie), vrijblijvende arbeidsmatige dagbesteding, niet vrijblijvende arbeidsmatige dagbesteding en toeleiding naar arbeid.⁴⁶ Deze categorieën werden als uitgangspunt gehanteerd bij de inventarisatie van de aard en omvang van de arbeidsmatige dagbesteding. Voor de inventarisatie van de omvang van de dagbesteding werd gebruik gemaakt van een internetenquête. Enerzijds namen er in totaal 128 instellingen deel, waarvan 37 GGZ-instellingen. Anderzijds bestond de totale groep aanbieders van dagbesteding voor volwassenen uit 226 organisaties, waarvan 80 aanbieders voor dagbesteding in de GGZ.

Instellingen in de GGZ hebben gezamenlijk productieafspraken met het zorgkantoor voor 5,4 miljoen uren dagbesteding voor volwassenen (2005). In totaal maken naar schatting tussen de 7.800 en 15.000 GGZ-cliënten gebruik van deze dagbesteding. De productieafspraken voor arbeidsmatige dagbesteding in de GGZ omvatten naar schatting 2,7 miljoen uren. In totaal nemen naar schatting tussen de 3.800 en 7.500 cliënten deel aan deze activiteiten. Hiervan maakt 50 procent gebruik van de categorie recreatie en educatie, 25 procent van vrijblijvende arbeidsmatige dagbesteding, 16 procent van niet-vrijblijvende arbeidsmatige dagbesteding en twee procent van toeleiding naar arbeid. Zie Tabel 4.3 voor een overzicht van de (geschatte) omvang per categorie.⁴⁶

In dit onderzoek werd gevonden dat cliënten gemiddeld drie tot vier dagdelen per week deelnamen aan werkprojecten. Eén van de verklaringen die genoemd werd voor dit relatief kleine aantal dagdelen is dat cliënten in de GGZ vaak nog een balans moeten vinden in hun dagelijks leven: ze wonen zelfstandig, moeten een werkritme opbouwen en handhaven en zijn vaak verminderd belastbaar als gevolg van hun psychische problematiek.⁴⁶

TABEL 4.3 OMVANG VAN DE ARBEIDSMATIGE DAGBESTEDING, 2005

<i>Categorie</i>	<i>(Geschatte) omvang</i>	
<i>Vrijblijvende arbeidsmatig</i> Activiteiten gericht op het maken van producten of het leveren van diensten. Er worden geen kwalitatieve of kwantitatieve productie-eisen gesteld.	2.000-3.800 cliënten	1,4 miljoen uren
<i>Niet vrijblijvend arbeidsmatig</i> Activiteiten gericht op het maken van producten of het leveren van diensten. Er worden beperkte kwalitatieve en kwantitatieve productie-eisen gesteld.	1.200-2.500 cliënten	2,1 miljoen dagdelen
<i>Toeleiding naar arbeid</i> Het doel van de activiteiten is toeleiding naar (reguliere) arbeid. Er zijn afspraken of de termijn waarbinnen de toeleiding naar arbeid plaats moet vinden. Er worden kwalitatieve en kwantitatieve productie-eisen gesteld.	600-1.100 cliënten	0,3 miljoen dagdelen

Bron: Van der Kemp & Van Vree, 2006

De aard van de arbeidsmatige dagbesteding liep uiteen van houtbewerking, industrieel werk, creatieve productiegroepen, groenonderhoud, postbezorging tot horeca-activiteiten en activiteiten in een zorghotel. Op basis van de resultaten van een enquête bleek dat 29 procent van de GGZ-clieñten van mening was dat het activiteitenaanbod volledig aansloot bij zijn of haar behoeften. Ruim 70 procent vond dat dat gedeeltelijk het geval was. In het rapport werd voor dit resultaat een aantal redenen genoemd:

- Cliënten zouden ambities hebben die niet altijd haalbaar zijn;
- Er zouden onvoldoende financiële middelen zijn;
- De verscheidenheid in opleidingsniveaus van cliënten zou het lastig maken om voldoende differentiatie in activiteiten aan te brengen.⁴⁶

In 2001 voerde het Trimbos-instituut een onderzoek uit naar de tekortkomingen in de zorg voor langdurig zorgafhankelijke patiënten bij zes Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuizen (APZ). Het bleek dat bij alle zes APZ'en sprake was van tekortkomingen in de zorg met betrekking tot dagactiviteiten: de meeste tijd werd besteed aan luieren, ongedefinieerde activiteiten, ontspanning op de afdeling en eten en drinken op de afdeling. Gemiddeld 50 minuten per dag werden besteed aan dagactiviteiten, terwijl de standaard uit ging van 5 tot 10 uur per week.⁴⁷ In 2005 werd het onderzoek herhaald in de Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht (SBWU). Ook uit dit onderzoek bleek dat cliënten de meeste tijd doorbrengen met rusten, slapen en alledaagse bezigheden. Gemiddeld werden 47 minuten per dag besteed aan arbeidsmatige dagbesteding.²⁷

Uit een ander onderzoek⁴⁸ onder zelfstandig wonende chronisch psychiatrische cliënten, werd gevonden dat het leeuwendeel van deze cliënten zonder enige dagbesteding thuiszat. Slechts 12 procent had betaald werk en negen procent nam deel aan enige vorm van dagbesteding. Dagactiviteitencentra werden door de doelgroep zeer weinig bezocht: slechts één op de tien cliënten ging er wel eens heen.⁴⁸

4.6 WOON- EN LEEFOMSTANDIGHEDEN

Introductie indicator

Cliënten die zich niet geborgen voelen in een instelling, hebben een hoger risico op psychische, emotionele, sociale en gedragsproblemen, eenzaamheid en vervreemding. Bij deze indicator gaat het om de woon- en leefomstandigheden, als iemand langdurend opgenomen is in een kliniek of verblijft in een RIBW-instelling.⁸

Van deze prestatie-indicator is het (nog) niet mogelijk een landelijk beeld te presenteren, aangezien er geen data op landelijk niveau beschikbaar zijn. We beperken ons daarom tot de volgende literatuurbronnen:

- College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (2004). *Monitoring gebouwkwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg.*
- College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (2006). *Stand van zaken follow up monitoringsonderzoek geestelijke gezondheidszorg (2e peiling).*

Het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen voerde in 2004 een onderzoek uit naar de functionele kwaliteit van 1.000 verblijfsvoorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg, waar in totaal 19.000 GGZ-clieënten verblijven. Uit het onderzoek bleek dat 55 procent van de cliënten in gebouwen verblijft die tenminste aan de basiskwaliteits-eisen voldoen. De huisvesting van de overige 45 procent van de cliënten voldeed echter niet aan deze eisen. Ruim 18 procent van de cliënten werd ondergebracht in gebouwen

die op meerdere aspecten niet aan de eisen voldeden.⁴⁹ Specifiek werden de volgende bevindingen gedaan:

- Van de gebouwen zou 70 procent tenminste aan de functionele kwaliteitseisen voldoen. Voor 30 procent was dit niet het geval en acht procent van de gebouwen voldeed aan meerdere eisen niet. In de minder goed scorende gebouwen zijn relatief veel cliënten gehuisvest.
- Uit het onderzoek bleek verder dat de cliënten in de kinder- en jeugdpsychiatrie het best gehuisvest waren, terwijl in de verslavingszorg de huisvestingssituatie beneden het gemiddelde lag.
- De kwaliteit van grote gebouwen (meer dan 50 cliënten) voor langdurend verblijf op de grote locaties bleef achter bij de gemiddelde kwaliteit. Zestig procent van deze gebouwen (circa 1.700 cliënten) zou volgens dit onderzoek niet aan de basis-kwaliteitseisen voldoen.
- Ruim 40 procent van de 19.000 cliënten zou op te kleine kamers verblijven. Daarnaast verbleef bijna 7 procent van de cliënten met twee of meer medecliënten op één kamer. Eén op de drie cliënten verbleef op een afdeling met meer dan 14 medecliënten en eveneens één op de drie cliënten had te maken met sanitair dat in onvoldoende mate aanwezig was.⁴⁹

Twee jaar na dit monitoringsonderzoek, presenteerde het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen de stand van zaken van het follow-up onderzoek naar de voortgang van de verbeterplannen.⁵⁰ Geconstateerd werd dat in de huisvestingssituatie van cliënten bij de 25 instellingen waar de meest verbeteringen gewenst waren weliswaar vooruitgang was geboekt, maar dat het tempo van verbetering te laag lag. In 2006 was er, volgens het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, nog een lange weg te gaan, alvorens gesproken zou kunnen worden van een huisvestingssituatie die voldoet aan de gestelde kwaliteitscriteria.⁵⁰

4.7 ADEQUATE BEJEGENING DOOR DE HULPVERLENERS

Introductie indicator

De wijze waarop een cliënt zich bejegend voelt door de hulpverlener, is één van de belangrijkste randvoorwaarden voor goede zorg- en dienstverlening aan cliënten in GGZ-instellingen. De mate waarin cliënten een adequate bejegening ervaren wordt bepaald door een aantal factoren:⁸

- Het open en naar behoefte communiceren door hulpverleners met de cliënt
- Een vast contactpersoon als aanspreekpunt
- Mogelijkheden om verbeterwensen te uiten bij medewerkers, vertrouwenspersoon of klachtenfunctionaris
- Het op de hoogte houden van de cliënt over verbeterwensen
- De mate waarin de hulpverlener zich houdt aan afspraken met de cliënt

Geselecteerde databronnen om trends in kaart te brengen ten aanzien van de indicator 'adequate bejegening door hulpverleners':

- Dataset JMV (*meting 2006; nieuwe meting 2007*)
- GGZ-Thermometer Cliëntwaardering (*meetperiode 2006; nieuwe meting in 2007*)

GGZ-Thermometer Cliëntwaardering

Twee vragen uit de GGZ-Thermometer Cliëntwaardering hebben betrekking op de waardering van de cliënt voor de hulpverlener en luiden als volgt (9 en 10) (zie paragraaf 1.3):

- *Toonde (toont) de hulpverlener voldoende respect voor u?*
- *Vond (vindt) u de hulpverlener voldoende geïnteresseerd in u en uw mening?*

Analyses op het thermometer bestand laten zien dat gemiddeld 89 procent van de GGZ-cliënten van mening was dat hij of zij met voldoende respect door de hulpverlener behandeld werd (Tabel 4.4); vijf procent van de cliënten vond dat de hulpverlener niet voldoende respect toonde. Nederlandse cliënten waren nauwelijks vaker van mening dat de hulpverlener voldoende respect voor hem of haar toonde dan buitenlandse cliënten (respectievelijk 91 en 88 procent). Binnen de ambulante zorgverlening of zorg op maat waren de meeste cliënten van mening dat ze met voldoende respect door de hulpverlener behandeld werden. Cliënten die langdurende klinische zorg ontvingen, waren hierover het minst tevreden: 83 procent vond dat de hulpverlener voldoende respect toonde en 9 procent voelde zich onvoldoende gerespecteerd door de hulpverlener (zie Tabel 4.4).

Analyses op dit bestand laten verder zien dat gemiddeld 84 procent van de GGZ-cliënten van mening was dat de hulpverlener voldoende in hem of haar en zijn of haar mening geïnteresseerd was (Tabel 4.4). Negen procent vond dat de hulpverlener onvoldoende interesse toonde. Van de Nederlandse cliënten was 86 procent van mening dat de hulpverlener voldoende geïnteresseerd was en vond negen procent dat de hulpverlener onvoldoende geïnteresseerd was. Minder buitenlandse cliënten waren tevreden over de mate van interesse van de hulpverlener in hem of haar en zijn of haar mening: 79 procent vond dat de hulpverlener voldoende geïnteresseerd was tegenover 11 procent die dat niet was. In de ambulante zorg waren meer cliënten positief over de mate van interesse van de hulpverlener dan cliënten die langdurende, klinische zorg ontvingen (zie Tabel 4.4).

TABEL 4.4 WAARDERING HULPVERLENER (IN PROCENTEN)

	<i>Toonde (toont) de hulpverlener voldoende respect voor u?</i>									
	Totaal	Ambulant kort	Ambulant Lang	Zorg op maat	Klinisch kort	Klinisch lang	Deeltijd	RIBW	BZW	Transmuraal
ja	89	94	94	94	90	83	92	88	93	89
nee	5	4	4	3	6	9	5	5	3	4
onbekend	6	3	2	3	4	7	3	7	4	7

	<i>Vond (vindt) u de hulpverlener voldoende geïnteresseerd in u en uw mening?</i>									
	Totaal	Ambulant kort	Ambulant Lang	Zorg op maat	Klinisch kort	Klinisch lang	Deeltijd	RIBW	BZW	Transmuraal
ja	84	89	90	86	84	75	88	83	88	86
nee	9	7	7	6	11	15	8	7	5	5
onbekend	8	4	3	8	5	10	4	10	7	9

Bron: GGZ-Nederland/ Stratus, 2007

JMV 2006

Data van het JMV 2006 laten zien dat over alle GGZ-instellingen heen gemiddeld 87 procent van de cliënten aangaf een adequate bejegening door de hulpverleners te ervaren (niet in tabel). Binnen geïntegreerde GGZ-instellingen werd eenzelfde percentage gevonden.

4.8 ADEQUATE INFORMATIEVERSTREKKING DOOR DE HULPVERLENERS

Introductie indicator

De mate waarin cliënten een adequate informatieverstrekking door hulpverleners ervaren, wordt beïnvloed door de beschikbaarheid van voldoende informatie over behandel- en begeleidingsmogelijkheden, aanpak van behandeling of begeleiding, te verwachte resultaat van de behandeling of begeleiding, rechten en plichten, cliëntenraad, enzovoort.⁸ De behandelingsovereenkomst tussen patiënt en hulpverlener wordt beheerst door de regels van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Artikel 7:448 van de WGBO beschrijft de eisen waaraan artsen ten aanzien van het informeren van patiënten moeten voldoen. De hulpverlener moet de patiënt op duidelijke wijze, en als deze daarom vraagt zelfs schriftelijk, informeren over het voorgenomen onderzoek, de voorgestelde behandeling en de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt. Bij het informeren van de patiënt laat de arts zich leiden door hetgeen de patiënt redelijkerwijze dient te weten van:

- De aard en het doel van het onderzoek of de behandeling die hij noodzakelijk acht en van de uit te voeren verrichtingen;
- De te verwachten gevolgen en risico's daarvan voor de gezondheid van de patiënt;
- Andere methoden van onderzoek of behandeling die in aanmerking komen;
- De staat van en de vooruitzichten met betrekking tot diens gezondheid voor wat betreft het terrein van het onderzoek of de behandeling.⁴²

Geselecteerde databronnen om trends in kaart te brengen ten aanzien van de indicator 'adequate informatieverstrekking door hulpverleners':

- Dataset JMV (*meting 2006; nieuwe meting 2007*)
- GGZ-Thermometer Cliëntwaardering (*meetperiode 2006; nieuwe meting in 2007*)

Aanvullende literatuurbronnen:

- Dute, J. C. J., et al. (2000). *Evaluatie Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst*.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2006). *De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet?*

JMV 2006

Analyses op het JMV-databestand 2006 laten zien dat over alle GGZ-instellingen heen ruim 70 procent van de cliënten aangaf een adequate informatieverstrekking door de hulpverleners te ervaren.

GGZ-Thermometer Cliëntwaardering

Het eerste cluster van de GGZ-Thermometer Cliëntwaardering (zie paragraaf 1.3) heeft betrekking op de waardering van de cliënt over het informatiebeleid van de instelling en de informatieverstrekking van de hulpverlener. De vragen luiden als volgt:

- *Heeft u voldoende informatie gekregen over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden van de instelling?*
 - *Heeft u voldoende informatie gekregen over de aanpak van uw behandeling of begeleiding?*
 - *Heeft u voldoende informatie gekregen over het te verwachten resultaat van de behandeling of begeleiding?*
- Driekwart van de GGZ-clieñten was van mening voldoende informatie te hebben gekregen over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden van de instelling. 18 procent van de cliënten vond echter dat hij of zij *onvoldoende* informatie over de deze mogelijkheden had ontvangen (Tabel 4.5).
 - Eveneens 75 procent van de GGZ-clieñten vond dat er door de hulpverlener voldoende informatie verstrekt werd over de aanpak van zijn of haar behandeling of begeleiding; 18 procent was van mening dat zij hierover onvoldoende geïnformeerd was.

- Over de informatieverstrekking met betrekking tot het te verwachten resultaat van de behandeling of begeleiding waren minder GGZ-cliënten tevreden; 64 procent van de cliënten was van mening dat zij voldoende informatie kregen over het te verwachten resultaat en 26 procent vond dat zij hierover niet voldoende waren geïnformeerd.
- In de ambulante zorg, kortdurende klinische zorg en deeltijd zorg waren meer cliënten tevreden over de informatieverstrekking door de hulpverleners dan cliënten die langdurende, klinische zorg ontvangen (zie Tabel 4.5).

TABEL 4.5 WAARDERING INFORMATIEVERSTREKKING (IN PROCENTEN)

<i>Heeft u voldoende informatie gekregen over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden van de instelling?</i>										
	Totaal	Ambulant kort	Ambulant lang	Zorg op maat	Klinisch kort	Klinisch lang	Deeltijd	RIBW	BZW	Trans-muraal
ja	75	81	78	77	80	69	82	74	76	79
nee	18	14	19	13	18	24	14	17	12	16
onbekend	7	4	3	10	2	7	3	9	12	5
<i>Heeft u voldoende informatie gekregen over de aanpak van uw behandeling of begeleiding?</i>										
	Totaal	Ambulant kort	Ambulant lang	Zorg op maat	Klinisch kort	Klinisch lang	Deeltijd	RIBW	BZW	Trans-muraal
ja	75	83	81	73	78	68	80	71	78	77
nee	18	14	16	14	18	25	17	17	10	14
onbekend	7	3	4	13	4	7	3	12	12	9
<i>Heeft u voldoende informatie gekregen over het te verwachten resultaat van de behandeling of begeleiding?</i>										
	Totaal	Ambulant kort	Ambulant lang	Zorg op maat	Klinisch kort	Klinisch lang	Deeltijd	RIBW	BZW	Trans-muraal
ja	64	72	69	66	69	55	66	62	66	65
nee	26	22	2	17	26	35	26	23	17	23
onbekend	10	7	5	17	5	10	7	15	17	12

Bron: GGZ-Nederland/ Stratus, 2007

De analyses maken verder duidelijk dat minder buitenlandse cliënten tevreden waren over het informatiebeleid van de instelling en de informatieverstrekking van de hulpverlener dan Nederlandse cliënten (zie Tabel 4.6).

TABEL 4.6 WAARDERING VAN DE INFORMATIEVERSTREKKING NAAR AFKOMST (IN PROCENTEN)

	<i>Heeft u voldoende informatie gekregen over de behandeling en begeleidingsmogelijkheden?</i>		<i>Heeft u voldoende informatie gekregen over de aanpak van uw behandeling of begeleiding?</i>		<i>Heeft u voldoende informatie gekregen over wat u kon verwachten als resultaat van uw behandeling of begeleiding?</i>	
	<i>Nederlandse cliënten</i>	<i>Buitenlandse cliënten</i>	<i>Nederlandse cliënten</i>	<i>Buitenlandse cliënten</i>	<i>Nederlandse cliënten</i>	<i>Buitenlandse cliënten</i>
Ja	78	73	78	73	66	61
Nee	18	19	17	19	26	28
Onbekend	5	7	5	8	8	11

Bron: GGZ-Nederland/ Stratus, 2007

4.9 SAMENVATTING EN BELANGRIJKSTE ONTWIKKELINGEN

Op basis van de cijfers in dit hoofdstuk gepresenteerd, kan geen allesomvattende uitspraak gedaan worden over dé cliëntgerichtheid in de geestelijke gezondheidszorg. Over lang niet alle indicatoren zijn immers landelijke gegevens beschikbaar. In dit hoofdstuk worden cijfers gepresenteerd over 10 van de in totaal 11 prestatie-indicatoren die over cliëntgerichtheid gaan.

Het JMV 2006 vormde een bron voor 5 indicatoren (zie Bijlage 3):

- Informed consent
- Keuzevrijheid
- Vervulling zorgwensen
- Adequate bejegening door hulpverleners
- Adequate informatieverstrekking door hulpverleners

Via een literatuursearch werden feiten en cijfers verzameld over vier prestatie-indicatoren. Deze gegevens hadden echter niet één op één betrekking op de corresponderende prestatie-indicatoren:

- Wachtijd tot start behandeling (zie verder *deelrapportage 2 'Toegang en Zorggebruik'*)
- Toegang tot zorg (zie verder *deelrapportage 2 'Toegang en Zorggebruik'*)
- Dagbesteding en arbeid
- Woon- en leefomstandigheden

Van de overige indicatoren bleek het, tijdens het schrijven van dit rapport, (nog) niet mogelijk om landelijke gegevens te presenteren (witte vlekken):

- Samenwerking tussen ketenpartners (*De mate waarin cliënten een goede afstemming met de ketenpartners ervaren*). Deze prestatie-indicator zal via de CQ-index uitgevraagd worden. Implementatie is daarom afhankelijk van de ontwikkeling van de CQ-index (zie voor meer informatie over de CQ-index Bijlage 2).
- Evaluatie van behandelings- en begeleidingsplannen (*De mate waarin behandel- en begeleidingsplannen naar oordeel van de cliënten voldoende geëvalueerd en bijgesteld worden; Percentage cliënten in de langdurende zorg bij wie het behandelplan minder dan 1 jaar oud is*). Het is nog onmogelijk een antwoord te geven op de vraag hoeveel procent van de behandel- of begeleidingsplannen van cliënten in de langdurende zorg minder dan één jaar oud is. Verschillende registratiesystemen van GGZ-instellingen bevatten (nog) niet de benodigde informatie.

BELANGRIJKSTE ONTWIKKELINGEN

Meerderheid cliënten voelt zich betrokken bij opstelling behandelplan

De meerderheid van de GGZ-clieñten voelt zich betrokken bij het besluitvormingsproces rond de behandeling of begeleiding. Ruim driekwart van de cliënten zegt (vastgelegde) toestemming te hebben gegeven voor het behandel- of begeleidingsplan. Eveneens driekwart van de cliënten zegt dat hij of zij kon meebeslissen over de vorm van de behandeling of begeleiding en over de eigen behandelaar. Het feit dat de meerderheid van de cliënten *informed consent* en keuzevrijheid ervaart, wijst erop dat de meeste cliënten nauw betrokken zijn geweest bij de opstelling van het behandelplan.

Meerderheid cliënten tevreden over hulpverlener

Een ruime meerderheid van de cliënten voelt zich adequaat bejegend door de hulpverlener. Dit houdt in dat de meerderheid van de cliënten van mening is dat zij met voldoende respect door de hulpverlener behandeld werden én dat de hulpverlener voldoende geïnteresseerd was in de cliënt en zijn of haar mening. Naast tevredenheid over de bejegening, is eveneens een meerderheid van de cliënten positief over de informatieverstrekking door de hulpverlener; ruim 70 procent van de cliënten vindt dat hij of zij voldoende informatie kreeg over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden van de instelling, de aanpak van de behandeling of begeleiding en over het te verwachten resultaat. De positieve waardering van de bejegening door de hulpverlener en de ruime mate waarin de cliënt zich geïnformeerd voelt, zijn aanwijzingen dat cliënten vertrouwen hebben in zijn behandeling of begeleiding.

Huisvesting en dagbesteding behoeven verbetering

Volgens het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen voldeed in 2004 de huisvesting van 45 procent van de in psychiatrische instellingen verblijvende GGZ-clieñten niet aan

de functionele eisen; ruim 18 procent van de cliënten verbleef destijds in gebouwen die op meerdere aspecten niet aan de eisen voldeden.⁴⁹ Naar aanleiding van een follow-up onderzoek concludeerde het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen in 2006 dat er nog altijd een lange weg te gaan was, alvorens er gesproken kon worden van een huisvestings situatie van residentiële cliënten, die voldoet aan de kwaliteitscriteria die daaraan gesteld worden.⁵⁰ Naast de huisvestings situatie behoeft ook het dagbestedingspatroon van GGZ-clieënten nog de nodige verbetering. Uit een onderzoek van Research voor Beleid bleek in 2006 dat GGZ-clieënten gemiddeld drie tot vier dagdelen per week deelnamen aan werkprojecten.⁴⁶ Ook andere onderzoeken²⁷ tonen aan dat GGZ-clieënten relatief weinig tijd besteden aan arbeidsmatige dagbesteding.⁴⁷ Om te voldoen aan de standaard, zal er meer aandacht moeten komen voor een zinvolle dagbesteding van GGZ-clieënten.

5 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

Kwaliteit van zorg is een centraal thema in de geestelijke gezondheidszorg. Wetgeving dwingt GGZ-instellingen tot het leveren van verantwoorde zorg, het voeren van een expliciet kwaliteitsbeleid en het afleggen van (maatschappelijke) verantwoording daarover. Instellingen zijn verplicht om de kwaliteit van zorg te waarborgen, inzichtelijk en toetsbaar te maken aan de hand van de invoering van kwaliteitszorg. In deze rapportage zijn landelijke gegevens over de *effectiviteit*, de *veiligheid* en de *cliëntgerichtheid* van de GGZ gepresenteerd. Getracht is de 'state-of-the-art' van de huidige kennis omtrent deze thema's in kaart te brengen. Het is voor het eerst dat landelijke cijfers over deze onderwerpen in de GGZ verzameld en gebundeld zijn. De resultaten vormen een nulmeting; de komende jaren zullen de analyses herhaald worden, waardoor trends in kaart kunnen worden gebracht en het beeld verder aangescherpt en aangevuld zal worden.

Naar aanleiding van de gepresenteerde gegevens kunnen we concluderen dat het landelijke beeld omtrent de *effectiviteit*, de *veiligheid* en de *cliëntgerichtheid* van de GGZ nog niet compleet is. Vooral de kennis omtrent de *veiligheid* van de GGZ bevat nog veel witte vlekken. Ook andere organisaties maken hier melding van. Zo werd in onderzoek van het NIVEL⁴ gevonden dat kwaliteitszorg in de GGZ vooral geleid heeft tot een toename van de *cliëntgerichtheid*, maar dat het een gematigd effect had op de *cliëntveiligheid* en het minste effect op de *effectiviteit* van de zorgverlening.⁴ Verder werd in het patiëntveiligheidsprogramma van GGZ Nederland gesteld dat veiligheidsbeleid, geformuleerd als prioriteit van het ministerie van VWS, een belangrijk thema is binnen de GGZ. Volgens GGZ Nederland ontbeert de GGZ echter nog vergelijkbaar onderzoek omtrent dit thema. Ook in deze rapportage wordt dit geconstateerd; feiten en cijfers over veiligheid zijn nauwelijks beschikbaar. Het is hiermee een nog onderbelicht thema binnen de GGZ. De algemene opvatting is dat er nog veel verbetering mogelijk is omtrent veiligheid. In het veld vinden daarom verschillende veiligheidsbevorderende ontwikkelingen plaats, bijvoorbeeld de implementatie van veiligheidsmanagementsystemen en het 'Veilig Incidenten Melden' (VIM). Als deze systemen in de toekomst breed ingevoerd zijn, kunnen de in de basisset opgenomen veiligheidsindicatoren mogelijk deels vervangen worden door indicatoren gebaseerd op deze systemen.⁸

Hoewel er meer landelijke informatie beschikbaar is over de *effectiviteit* en de *cliëntgerichtheid* van de GGZ, kunnen ook hierover geen allesomvattende uitspraken gedaan worden. Over lang niet alle prestatie-indicatoren, die betrekking hebben op de *effectiviteit* van de GGZ, zijn op dit moment landelijke gegevens beschikbaar.

Zo ontbreken bijvoorbeeld cijfers over het effect van de multidisciplinaire richtlijnen, over de verandering in de ervaren kwaliteit van leven van de cliënt, over de verhouding tussen de gemiddelde duur van de opname versus het percentage heropnames en over het bereik van zorgwekkende zorgmijders.

Omtrent het thema *cliëntgerichtheid* is de meeste informatie beschikbaar; van zeven indicatoren werd een landelijk beeld gepresenteerd. Maar ook hier is het beeld nog niet compleet. Zo ontbreekt nog informatie over het gebruik en de evaluatie van behandel- en begeleidingsplannen en over de mate waarin cliënten een goede afstemming met de ketenpartners ervaren. Uit de landelijke gegevens die gepresenteerd werden in deze rapportage, blijken verschillende facetten van cliëntgerichtheid aanwezig in de GGZ. De meerderheid van de GGZ cliënten voelt zich betrokken bij de opstelling van het behandel- of begeleidingsplan en is tevreden over de hulpverlener; zowel over de informatieverstrekking als over de bejegening door de hulpverlener.

De cijfers gepresenteerd in deze rapportage laten echter zien dat, in vergelijking met Nederlandse cliënten, relatief minder buitenlandse cliënten tevreden zijn over de cliëntgerichtheid van de zorg. De GGZ heeft de laatste jaren veel geïnvesteerd in de interculturalisatie van de zorg. Verschillende methodieken zijn ontwikkeld om de zorg cultuursensitief te maken. Het belangrijkste bestanddeel van deze methodieken betreft de bejegening van en communicatie met de allochtone cliënt.⁵¹ Uit onderzoek⁵² bleek dat dit alles geresulteerd heeft in een verbeterde toegankelijkheid van de GGZ voor verschillende groepen migranten, vooral voor Turkse en Marokkaanse Nederlanders. Desondanks zijn er aanwijzingen dat de drop-out van allochtone cliënten in verschillende GGZ-settingen relatief hoog is in vergelijking met autochtone cliënten.^{52;53} Allochtone cliënten zouden zich soms niet serieus genomen en onbegrepen voelen en dat de wederzijdse verwachtingen van cliënt en hulpverlener zouden niet altijd parallel zouden lopen. In het kader van de Trendrapportage GGZ 2008 zal het Trimbos-instituut een themarapportage opnemen waarin deze problematiek centraal staat. Er zal een landelijke inventarisatie gemaakt worden van de knelpunten in de GGZ die aan de relatief hoge drop-out van allochtone cliënten ten grondslag liggen.

Naar aanleiding van deze rapportage kunnen we stellen dat meer onderzoek naar de *effectiviteit*, de *veiligheid* en de *cliëntgerichtheid* in de GGZ gewenst is, en dan met name naar *veiligheid* in de GGZ. Het ministerie van VWS ondersteunt deze visie en laat onderzoek uitvoeren op verschillende, specifieke deelthema's en naar de effectiviteit van veiligheidsbevorderende interventies. In dit kader van de cliëntveiligheid startte het Trimbos-instituut begin 2008 met een onderzoek naar het vermijden van onbedoelde schade in GGZ-instellingen. Naar verwachting zullen de resultaten van dit onderzoek eind 2008 openbaar worden.

REFERENTIES

1. Ministerie van VWS (2007). *Koers op Kwaliteit*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
2. Walburg, J.A., Brinkmann, J. (2001). *Kwaliteit is geen toeval: de praktijk van de kwaliteitszorg in de ggz*. Utrecht: GGZ Nederland.
3. Ministerie van VWS (1996). *De Kwaliteitswet zorginstellingen*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
4. Sluijs, E., Keijser, A., Wagner, C. (2007). *Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2005*. Utrecht: Nivel.
5. Wennink, H.J., van Wijngaarden, B. (2006). *Prestatie-indicatoren. Prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang*. Utrecht: Trimbos-instituut.
6. Ministerie van VWS (2006). *Kamerbrief 'Kwaliteit van zorg: hoog op de agenda'*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
7. Delnoij, D.M.J., ten Asbroek, A.H.A., Arah, O.A., Custers, T., Klazinga, N.S. (2002). *Bakens zetten. Naar een Nederlands raamwerk van prestatie-indicatoren voor de gezondheidszorg*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
8. Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zorgverzekeraars Nederland, Vereniging Landelijk Platform GGz, Nederlandse vereniging voor Psychiatrie, Nederlandse vereniging voor Psychotherapie, Nederlands Instituut van Psychologen, Verpleging en Verzorging Nederland, Federatie Verpleegkundigen in de ggz, GGZ Nederland, Ministerie van VWS (2006). *Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Basisset 2006*. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
9. Tweede Kamer der Staten Generaal (2007). *Evaluatie Kwaliteitswet zorginstellingen*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten Generaal.
10. Ministerie van VWS (2006). *Jaarverantwoording Zorginstellingen 2006*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
11. Ham, M.v., Luijsterburg, J., Brouwers, E. (2007). *Evaluatiestudie. Basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, verslagjaar 2006*. Tilburg: Universiteit van Tilburg.
12. Kok, I., Mulder, E. (2005). *Clïëntwaardering in de GGZ. Handleiding bij de diverse Thermometers (versie 2005)*. Utrecht, Amersfoort: Trimbos-instituut, GGZ Nederland.
13. Meer, J.v.d., Schouten, J.S.A.G. (1997). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. Effecten van zorg*. Bilthoven/ Maarssen: RIVM/ Elsevier/De Tijdstroom.

14. Have, M.t., Vollebergh, W., Hutschemaekers, G. (1999). *In behandeling. Cijfers en meningen over ambulante geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
15. Westert, G.P., Verkleij, H. (2006). *Zorgbalans. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in 2004*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
16. Asbroek, A.H.A.t., Arah, O.A., Delnoij, D.M.J., Custers, T., Klazinga, N.S. (2004). *De ontwikkeling van een Nederlands raamwerk van prestatieindicatoren voor de gezondheidszorg: het consumentenperspectief, het financieel perspectief, het bedrijfsvoeringsperspectief, het innovatieperspectief*. Amsterdam: AMC.
17. GGZ Nederland (2006). *Toenemende zorg. Sectorrapport GGZ 2003-2005*. Amersfoort: GGZ Nederland.
18. GGZ Nederland (2007). *Toenemende zorg, update. Sectorrapport GGZ 2004-2006*. Amersfoort: GGZ Nederland.
19. Leventhal, H., Colman, S. (1997). Quality of life: A process view. *Psychology & Health*, 12(6): 753-767.
20. Busschbach, J.T.v., Visser, E., Sytema, S., Bastiaansen, P. (2004). *Zorg voor mensen met langdurige psychiatrische problematiek*. Groningen: RGOc/ZonMw.
21. Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, 45(1): 7-12.
22. Brooks, R. (1996). Euroqol: the current state of play. *Health Policy*, 37(3-72).
23. Euroqol Group (1995). *EQ-5D User Guide*. Rotterdam: Sanders Instituut.
24. Hoeymans, N., Picavet, H.S.J., Tijhuis, M.A.R. (2007). *Wat is kwaliteit van leven en hoe wordt het gemeten?* Bilthoven: RIVM.
25. Veeninga, A.T., Hafkenscheid, A.J.P.M. (2004). Verwachtingen van patiënten bij aanvang van de psychotherapie: voorspellers van drop-out? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30(3): 187-195.
26. Aarsse, R. (2003). *De betekenis van cliënttevredenheid als indicator voor kwaliteit van zorg. Een prospectief onderzoek naar factoren die cliënttevredenheid voorspellen in de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg*. Amsterdam: Thela Publishers.
27. Wijngaarden, B.v., Hoof, F.v., Wennink, H.J., Kok, I. (2005). *De kwaliteit van de langdurige zorg in de SBWU: eerste resultaten*. Utrecht: Trimbos-instituut.
28. GGZ Nederland (2001). *Kwaliteitsnormen in de somatische zorg in de ggz*. Amersfoort: GGZ Nederland.
29. Inspectie voor de Gezondheidszorg (2004). *De somatische zorg in de GGZ wordt beter, maar schiet in de separeerkamers tekort*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).
30. GGZ Nederland (2007). *Uitvoering van de bemoeizorg. Taken en verantwoordelijkheden van de geestelijke gezondheidszorg*. Amersfoort: GGZ Nederland.

31. Lindt, S.v.d. (2006). *Zorg voor beter – Langdurige GGZ, Inventarisatie ‘Goede voorbeelden’ Bemoeizorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
32. Gezondheidsraad (2004). *Noodgedwongen*. Den Haag: Gezondheidsraad.
33. Pijl, Y.J., Driessen, G.A.M., Wierdsma, A.I., Sytma, S. (2005). *Evaluatie van het extramuraliseringsbeleid in de GGZ. Achtergrondstudie Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid*. Utrecht: Trimbos-instituut.
34. GGZ Nederland (2007). *Patiëntveiligheidsprogramma. Sector Geestelijke Gezondheidszorg, contouren programma 2008-2010*. Amersfoort: GGZ Nederland.
35. Inspectie voor de Gezondheidszorg (2007). *Tabellenboek Wet Bopz 2002-2006. De belangrijkste kwantitatieve ontwikkelingen Wet Bopz in beeld gebracht*. Den Haag:
36. Vree, F.v., Scholten, C., Nieuwstraten, A., Klaver, P.d. (2002). *Inbewaringstelling in Nederland. Verkenning van factoren die het aantal inbewaringstellingen beïnvloeden*. Leiden: Research voor Beleid.
37. Have, M.t., Graaf, R.d., Dorselaer, S.v., Verdurmen, J., Land, H.van 't. Vollebergh, W. (2006). *Suïcidaliteit in de algemene bevolking: gedachten en pogingen. Resultaten van de ‘Netherlands Mental Health Study and Incidence Study’ (NEMESIS)*. Utrecht: Trimbos-instituut.
38. Bool, M., Blekman, J., Jong, S.d., Ruiters, M., Voordouw, I. (2007). *Verminderen van suicidaliteit. Beleidsadvies. Actualisering van het Advies inzake Suïcide, Gezondheidsraad 1986*. Utrecht: Trimbos-instituut.
39. Verwey, B., Waarde, J.A.v., Rooij, I.A.L.M.v., Gerritsen, G., Zitman, F.G. (2007). Richtlijnen voor de opvang van suïcidepogers in Nederlandse GGZ-instellingen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49(3): 157-165.
40. Ministerie van VWS (2007). *Kamerbrief: Veiligheid in de langdurige zorg en de GGZ*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
41. Ministerie van VWS (2007). *Samen zorgen voor beter, proloog VWS-beleid 2007-2010*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
42. Dute, J.C.J., Friele, R.D., Gevers, J.K.L., Hubben, J.H., Legemaate, J., Roscam Abbing, H.D.C., Sluijters, B., Widdershoven, G.A.M., Wijmen, F.C.B.v. (2000). *Evaluatie Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst*. Den Haag: Zorgonderzoek Nederland.
43. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2006). *De patiënt beter aan zet met een Zorgconsumentenwet?* Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.
44. Inspectie voor de Gezondheidszorg (2000). *Kwaliteitsontwikkeling in RIBW's: een inventarisatie van de stand van zaken*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ).
45. Busschbach, J.v., Wiersma, D. (1999). *Behoeft, zorg en rehabilitatie in de chronische psychiatrie. Een epidemiologische studie naar de chronisch-psychiatrische populatie in de regio noordoost en oost Groningen, naar de prevalentie en aard*

- van hun zorgbehoefte, hun tevredenheid met de zorg en hun kwaliteit van leven. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
46. Kemp, S.v.d., Vree, F.v. (2006). *Arbeidsmatige dagbesteding. Een verkennend onderzoek naar aard en omvang. Eindrapport*. Leiden: Research voor Beleid BV.
 47. Wijngaarden, B.v., 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: GGZ Nederland.
 48. Kerkhof, M.v. (2007). Patiënten minder eenzaam dan gedacht. *Psy*, 11(11): 4-5.
 49. College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2004). *Monitoring gebouwkwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen.
 50. College bouw ziekenhuisvoorzieningen (2006). *Stand van zaken follow up monitoringsonderzoek geestelijke gezondheidszorg (2e peiling)*. Utrecht: College bouw ziekenhuisvoorzieningen.
 51. Vries, W.d., Smits, C. (2003). *Psychische stoornissen bij Turkse en Marokkaanse ouderen: een handleiding voor de praktijk*. Utrecht: Trimbos-instituut.
 52. Dieperink, C., Dijk, R.v., Vries, S.d. (2007). Alloctonen in de GGZ 1990-2004: groei en diversiteit. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 9(62): 710-720.
 53. Struijs, A.J., Wennink, H.J. (2000). *Allochtone cliënten en geestelijke gezondheidszorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid.
 54. Thunissen, M.M., Remans, Y.A.H., Trijsburg, R.W. (2004). Voortijdige beëindiging van kortdurende klinische psychotherapie. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 46(11), 737-743.
 55. Tehrani, E., Krussel, J., Borg, L., Munk-Jorgensen, P. (1996). Dropping out of a psychiatric treatment: a prospective study of a first-admission cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94(4), 266-271.

BIJLAGE 1 CERTIFICERING

De Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996) verplicht instellingen om *verantwoorde zorg* te leveren. Zorginstellingen kunnen laten zien dat ze kwaliteit van een bepaald niveau bieden, door een certificaat aan te vragen bij een erkende keuringsinstelling. Een onafhankelijk keuringsinstituut beoordeelt dan of de zorginstelling kwaliteit van voldoende niveau levert. Hiervoor zijn kwaliteitsnormen nodig, speciaal geschikt voor de zorg. Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorg (HKZ), opgericht in 1994, zorgt ervoor dat dit kwaliteitsbeleid genormeerd en toetsbaar wordt in overleg met branche- en beroepsorganisaties en stelt zorginstellingen daarmee in staat hun aanbod voortdurend te verbeteren. De Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) heeft het toezicht op het kwaliteitsbeleid van zorginstellingen. De Inspectie bekijkt bijvoorbeeld of een instelling een kwaliteitssysteem heeft en of voldaan wordt aan geformuleerde criteria.

Het doel van de Stichting HKZ is harmonisatie van kwaliteitsbeoordeling in zorg en welzijn. Op deze manier wordt kwaliteit in de verschillende sectoren op dezelfde manier beoordeeld en wordt de transparantie wat betreft de geleverde zorg groter. Er zijn normenstelsels (certificatieschema's) ontwikkeld voor diverse sectoren in zorg en welzijn. Deze certificatieschema's hebben allemaal dezelfde basis: het HKZ Harmonisatiemodel. In dit model staat het cliëntperspectief centraal.

Onder auspiciën van het Centraal College van Deskundigen voor de Zorgsector heeft de Stichting HKZ in 1996 het Harmonisatiemodel voor Externe Kwaliteitsbeoordeling in de zorgsector ontwikkeld. Dit model vormt als het ware de blauwdruk voor alle HKZ-certificatieschema's. In negen rubrieken wordt het totaal aan processen in instellingen voor zorg en welzijn beschreven. Bij de ontwikkeling van een certificatieschema worden de rubrieken sectorspecifiek ingevuld. De rubrieken een, twee en drie vormen het primaire cyclische proces, waarbij de individuele cliënt centraal staat. De thema's in de rubrieken vier tot en met negen zijn voorwaardelijk voor een goede uitvoering van het primaire proces (zie Figuur 1 en onderstaand kader).

FIGUUR 1 HKZ HARMONISATIEMODEL



Bron: Stichting HKZ (<http://www.hkz.nl>, 2007)

Rubriek 1: in rubriek één wordt aangegeven welke eisen er gesteld worden aan de intakefase.

Wordt er voldoende informatie gegeven, is de zorg afgestemd op elkaar?

Rubriek 2: in deze rubriek wordt bepaald hoe de hulpverlening uitgevoerd zou moeten worden.

Wordt er volgens de privacyrichtlijnen en volgens de richtlijnen voor hygiëne e.d. gehandeld?

Rubriek 3: in dit onderdeel zijn eisen terug te vinden met betrekking tot het evalueren van de zorg, inclusief klachtenbehandeling.

Rubriek 4: deze rubriek wordt gevuld met gegevens over kwaliteitsmanagement zoals het beschrijven van het beleid van een organisatie, de doelstellingen, maar ook de functies en processen.

Rubriek 5: personeelsbeleid staat centraal in deze rubriek, werving en selectie, maar ook het voorzien in benodigde deskundigheidsbevordering.

Rubriek 6: in deze rubriek staat aangegeven op welke manier ieder zorginstelling [op de hoogte moet blijven van de laatste onderzoek op het gebied van goede hulpverlening, zodat een organisatie zich altijd kan blijven verbeteren.

Rubriek 7: hier is de eis terug te vinden dat het management middelen, apparatuur en materialen beschikbaar moet stellen zodat de zorgverlening goed uitgevoerd kan worden.

Rubriek 8: andere instellingen of diensten of personeel zijn nodig om een organisatie goed te laten draaien. in rubriek acht wordt vastgelegd eisen gesteld worden aan producten en goederen.

Rubriek 9: alle werkinstructies, protocollen en procedures moeten worden vastgelegd in documenten op een ondubbelzinnige wijze, zodat bijvoorbeeld zorg gemakkelijk overdraagbaar is en er daarbij betrouwbare cijfers over het functioneren van de instelling genoteerd worden.

Bron: Stichting HKZ (<http://www.hkz.nl>, 2007)

In bovenstaand schema worden enkele voorbeelden genoemd uit de betreffende rubrieken om de processen inzichtelijk te maken.

In 1995 en in 2000 heeft het NIVEL een onderzoek gedaan naar kwaliteitssystemen bij 543 zorginstellingen uit vijf zorgsectoren (thuiszorg, gehandicaptenzorg, ggz-instellingen, ziekenhuizen/revalidatiecentra en verpleeg- en verzorgingstehuizen). Zowel in 1995 als in 2000 was de conclusie dat nog weinig instellingen voldeden aan de normen voor certificering. Zorginstellingen waren wel gestart met het implementeren van kwaliteitssystemen, maar dit bleek meer tijd te kosten dan ingeschat. In 2000 waren er voornamelijk protocollen ontwikkeld en procedures vastgelegd. Er werden tevredenheidsmetingen bij patiënten uitgevoerd en er was een start gemaakt met het ontwikkelen van kwaliteitshandboeken. Instellingen die al wel een kwaliteitssysteem hadden ingevoerd gaven aan dat het positieve effecten had op zorgprocessen en klantgericht werken. Nadelige effecten die zij noemden hingen samen met de inspanningen en kosten die het invoeren van een dergelijk systeem met zich mee brachten.⁴

Positieve effecten kunnen instellingen die nog niet gecertificeerd zijn motiveren door te gaan met hun inspanningen. In onderstaande tabel is te zien wat de positieve effecten zijn van het ingevoerd hebben van een kwaliteitssysteem.

TABEL I **PERCENTAGE INSTELLINGEN DAT POSITIEVE EFFECTEN VAN HET KWALITEITSSYSTEEM HEEFT BEREIKT EN DE EFFECTEN DIE MEN IN DE TOEKOMST AL DAN NIET VERWACHT (n=543)**

	<i>Bereikt</i>	<i>Verwacht</i>	<i>Niet verwacht</i>	<i>Missing</i>
<i>Patiënten/cliënten</i>				
Toename patiënt/cliëntgerichtheid	25	68	2	5
Toename van tevredenheid van patiënten/cliënten	25	68	3	4
Verbetering van de zorgprocessen	24	71	1	4
Verbetering van de patiënt/cliëntveiligheid	19	70	5	6
Verbetering van de resultaten van de zorg (uitkomst)	14	75	4	7
<i>Personeel</i>				
Het personeel kan zich verder ontwikkelen	24	63	8	5
Er is een cultuur ontstaan van continu leren en verbeteren	22	68	4	6
Toename van tevredenheid van het personeel	17	70	9	4
Toename van inzet en flexibiliteit van het personeel	16	60	18	6
<i>Organisatie</i>				
Toename beheersbaarheid van de organisatie door het management	23	68	4	5
Betere profilering van de instelling	23	69	4	4
Toename van tevredenheid van externe partijen	18	73	4	5
Betere concurrentiepositie	15	72	9	4
<i>Rendement</i>				
Toename van de productiviteit	21	52	20	7
Kostenbesparing lange termijn in de eigen instelling	13	52	29	6
Kostenbesparing maar niet in de eigen instelling	4	23	53	20

Bron: Sluijs, Keijser et al., 2007

Te zien is dat men bij een kwart van de instellingen patiëntgericht is gaan werken en bij een kwart van de instellingen zijn patiënten ook meer tevreden over de zorg. De zorgprocessen zijn verbeterd en de patiëntveiligheid is toegenomen. Een ruime meerderheid van de instellingen verwacht dat het invoeren van kwaliteitssystemen leidt tot verbeteringen zowel voor patiënten, personeel als ook de organisatie. Bij ggz-instellingen wordt het meest de nadruk gelegd op patiëntgerichtheid (28 procent). Het minst vaak wordt verbetering van de uitkomst van de zorgverlening genoemd (7 procent).⁴

Tussen sectoren bestaan grote verschillen wat betreft certificatie. In onderstaande tabel is terug te vinden hoeveel instellingen in 2005 in het bezit waren van een certificaat en hoeveel instellingen nog werken aan het behalen van een certificaat.

TABEL II PERCENTAGE INSTELLINGEN DAT EEN HKZCERTIFICAAT BEZIT OF WERKT AAN HET VERWERVEN VAN EEN CERTIFICAAT, UITGESPLITST PER SECTOR (IN PROCENTEN) (n=543)

	<i>Thuiszorg- instellingen n=62</i>	<i>Gehandicapten- zorg n=115</i>	<i>GGZ- instellingen n=86</i>	<i>Ziekenhuis- afdeling(en) n=85</i>	<i>V&V-huizen N=195</i>
HKZ					
In bezit	34	3	8	28	6
Wordt aangewerkt	57	89	88	12	61

Bron: Sluijs, Keijser et al., 2007

In 2008 is het merendeel van de GGZ-instellingen (nog) niet gecertificeerd (86 procent), maar 22 procent van de instellingen heeft inmiddels het HKZ certificaat gehaald; er is een duidelijke groei waar te nemen.

TABEL III PERCENTAGE GECERTIFICEERDE GGZ-INSTELLINGEN IN 2008

<i>HKZ-gecertificeerd?</i>	<i>%</i>
Ja	22
Nee	86
Geen antwoord	5

Bron: JMV, 2006

Volgens de stichting HKZ zijn er inmiddels 127 GGZ instellingen/ vestigingen/ afdelingen HKZ gecertificeerd (<http://www.hkz.nl>, laatst bijgewerkt op 14-02-2008). De Stichting HKZ krijgt bericht als een instelling een certificaat heeft ontvangen en werkt dan online de gegevens bij. De aantallen uit tabel III komen niet overeen met de aantallen zoals door de Stichting HKZ genoemd. De verklaring hiervoor is dat de Stichting HKZ ook deelcertificaten van afdelingen en individuele psychotherapiepraktijken registreert en meetelt.

BIJLAGE 2 CONSUMER QUALITY-INDEX

Het NIVEL onderzocht in 2004 in hun onderzoek ‘*Verdiepingsstudie indicatoren voor consumenttevredenheid en patiënttevredenheid*’ welke meetinstrumenten in de gezondheids- en welzijnszorg geschikt zouden zijn om prestaties op het terrein van cliëntgerichtheid te meten. In deze Verdiepingsstudie werd vastgesteld dat zowel de Amerikaanse CAHPS methode (Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) als de in Nederland ontwikkelde QUOTE-vragenlijsten (Quality Of care Through the patient’s Eyes) goede mogelijkheden boden om cliëntgerichtheid en cliëntervaringen te meten. De CAHPS- en QUOTE-instrumenten zijn beide wetenschappelijk gefundeerd. De CAHPS meet de *ervaringen* van consumenten met de zorg. Dat is een belangrijk verschil ten opzichte van veel andere vragenlijsten, waarin naar *tevredenheid* van cliënten/ consumenten wordt gevraagd. Vragen omtrent concrete ervaringen van zorggebruikers leveren meer bruikbare informatie op voor kwaliteitswaarborging en kwaliteitsverbetering dan subjectieve vragen omtrent tevredenheid.

De QUOTE meet de mate waarin de consumenten *belang hechten* aan de diverse aspecten van de zorg. Door de CAHPS en QUOTE methodieken te combineren kan een goed beeld van de ervaringen van consumenten worden verkregen.

CAHPS

CAHPS werd in de Verenigde Staten ontwikkeld en bestaat uit een set gestandaardiseerde vragenlijsten (voor diverse hoofdzakelijk somatische aandoeningen/ ziekten) en rapportages op nationaal niveau. Met deze vragenlijsten wordt gemeten wat patiënten ervaren, denken en weten over hun zorgverzekeraar en de door hun zorgverzekeraar aangeboden gezondheidszorg. Alle CAHPS vragenlijsten worden in principe op dezelfde wijze opgebouwd en hebben verplichte antwoordcategorieën met deels voorgeschreven vragensets, bijvoorbeeld over de bejegening door de hulpverlener. Ook de wijze waarop de dataverzameling plaatsvindt, is van te voren vastgelegd. De dataverzameling mag niet worden uitgevoerd door de zorginstelling zelf, maar moet door een onafhankelijke derde partij verricht worden om bias en eventueel zelfs fraude te voorkomen. Ook de rapportage van de resultaten geschiedt volgens een vast format. De CAHPS vragenlijsten kunnen gebruikers van de gezondheidszorg kwalitatief goede informatie bieden om een juiste keuze te kunnen maken voor een bepaalde zorginstelling. Er bestaan CAHPS vragenlijsten over algemene onderwerpen, bijvoorbeeld de ziekenhuiszorg, maar ook over specifieke aandoeningen en ingrepen, zoals heup- en knieoperaties.

CQ-Index voor de GGZ

Een aantal Nederlandse zorgverzekeraars verenigden zich in 2004 in de stichting Miletus om voor een aantal somatische ziekten en aandoeningen gecombineerde CAHPS/QUOTE vragenlijsten te ontwikkelen. Deze vragenlijstontwikkeling werd uitgevoerd door het NIVEL, in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC. Het ministerie van VWS heeft na de eerste resultaten vervolgens aangegeven deze gecombineerde CAHPS/QUOTE methodiek onder de nieuwe naam Consumer Quality Index in Nederland in alle zorgsectoren in te willen voeren met de verwachting betrouwbare resultaten te verwerven. In april 2007 is hiervoor het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ) opgericht, een onafhankelijk instituut dat bewaakt en toetst of alle CQ-Indices volgens de vaststaande methodiek worden ontwikkeld en toegepast. Daarnaast controleert het CKZ of organisaties en onderzoeksbureaus die de dataverzameling met CQ-Indices willen uitvoeren, voldoen aan bepaalde eisen op het gebied van steekproeftrekking, uitvoering van de dataverzameling, analyse en rapportage (accreditatie).

Het Trimbos-instituut kreeg in 2006 de opdracht om in samenwerking met het NIVEL een CQ-Index voor de GGZ te ontwikkelen. Hierbij werd gestart met een CQ-Index voor de *kortdurende ambulante* GGZ. De ontwikkeling van CQ-Indices bestaat uit twee pilotfasen; een pilot naar de psychometrische kwaliteiten van het instrument en een pilot naar het onderscheidend vermogen. In de eerste pilot werden in totaal 1540 vragenlijsten uitgezet bij vijf geïntegreerde GGZ-instellingen, verspreid over het land. De tweede pilotstudie, naar het onderscheidend vermogen van het instrument, werd eind 2007 gestart en wordt in het voorjaar van 2008 afgerond. Aan deze pilot nemen 20 GGZ- en verslavingszorginstellingen deel. Naar verwachting wordt de CQ-Index vanaf half 2008 vrijgegeven voor gebruik. Daarnaast is vanaf januari 2008 gestart met de ontwikkeling van een CQ-Index voor de langdurende en (dag)klinische GGZ. In een vooronderzoek wordt eerst de haalbaarheid van een afname van een CQ-Index bij deze doelgroep onderzocht. Een CQ-Index voor de langdurende en (dag)klinische GGZ komt naar verwachting medio 2009 beschikbaar.

Het is de bedoeling dat er uiteindelijk twaalf prestatie-indicatoren (of onderdelen van de prestatie-indicatoren) uit de basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg worden gemeten met de CQ-index, te weten:

1 Effectiviteit

1.2 Verandering ernst problematiek*

2 Veiligheid

2.2 Informatie over bijwerkingen van medicijnen (cliëntenperspectief)

2.4 Dwang (cliëntenperspectief)

2.6 Incidenten cliëntenzorg (cliëntenperspectief)

3 Cliëntgerichtheid

3.3 Informed consent*

3.4 Keuzevrijheid*

3.5 Vervulling zorgwensen*

3.6 Evaluatie begeleidings- of behandelplannen

3.7 Continuïteit van zorg

3.9 Woon- en leefomstandigheden*

3.10 Adequate bejegening*

3.11 Adequate informatieverstrekking*

** Wordt nu gemeten aan de hand van de GGZ-Thermometer Cliëntwaardering*

BIJLAGE 3 NON-REPONS ANALYSE

PRESTATIE-INDICATOREN JAARDOCUMENT MAATSCHAPPELIJKE VERANTWOORDING 2006

<i>Variabele</i>	<i>Non-respons GGZ-instellingen</i>	<i>Non-respons Geïntegreerde GGZ</i>
<i>De mate waarin somatische screening plaatsvindt</i> Beschikken over standaardprocedure m.b.t. screening op somatische aandoeningen	20%	7,3%
<i>De mate waarin somatische screening plaatsvindt</i> Het percentage cliënten dat bij aanvang van de opname in instelling somatisch gescreend wordt en waarbij resultaat (schriftelijk) wordt vastgelegd	41,1%	22%
<i>De mate waarin somatische screening plaatsvindt</i> Het percentage langdurig opgenomen cliënten dat jaarlijks somatisch gescreend wordt volgens vastgelegde procedure en waarbij resultaat (schriftelijk) wordt vastgelegd	58,9%	48,8%
<i>Onveiligheid door ontbreken informatie</i> Registratie van incidenten die optreden door het ontbreken van informatie	10,5%	4,9%
<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 over: medicatie, behandelplan van het laatste behandelcontact en crisiskaart	55,8%	53,7%
<i>Suicide</i> Percentage suicides gerelateerd aan instellingsgrootte: ambulante klinische behandeling/ begeleiding	20,0%	14,6%
<i>Suicide</i> Percentage suicides gerelateerd aan instellingsgrootte: klinische behandeling/ begeleiding	29,5%	22%

<i>Variabele</i>	<i>Non-respons GGZ-instellingen</i>	<i>Non-respons Geïntegreerde GGZ</i>
<i>Wachttijd tot start behandeling</i> Gemiddelde wachttijd ambulante behandeling/ begeleiding	28,4%	19,5%
<i>Wachttijd tot start behandeling</i> Gemiddelde wachttijd klinische behandeling/ begeleiding	50,5%	26,8%
<i>Wachttijd tot start behandeling</i> Gemiddelde wachttijd RIBW begeleiding	65,3%	65,9%
<i>Wachttijd tot start behandeling</i> Percentage cliënten voor ambulante behandeling/ begeleiding dat korter gewacht heeft dan 98 dagen	35,8%	26,8%
<i>Wachttijd tot start behandeling</i> Percentage cliënten voor klinische behandeling/ begeleiding dat korter gewacht heeft dan 105 dagen	52,6%	29,3%
<i>Wachttijd tot start behandeling</i> Percentage cliënten voor RIBW begeleiding dat korter gewacht heeft dan 147 dagen	68,4%	68,3%
<i>Informed consent</i> Percentage cliënten dat informed consent ervaart	26,3%	19,5%
<i>Informed consent</i> Response rate: het totaal aantal cliënten dat vraag 6 van de Thermometer Cliëntenwaardering GGZ beantwoord heeft als percentage van het totaal aantal geraadpleegde cliënten	37,9%	29,3%
<i>Keuzevrijheid</i> Het percentage cliënten dat keuzevrijheid in behandeling of begeleiding ervaart	23,2%	14,6%
<i>Keuzevrijheid</i> Response rate: Het totaal aantal cliënten dat vraag 4 van de Thermometer Cliëntwaardering GGZ beantwoord heeft als percentage van het totaal aantal geraadpleegde cliënten	33,7%	24,4%

<i>Variabele</i>	<i>Non-respons GGZ-instellingen</i>	<i>Non-respons Geïntegreerde GGZ</i>
<i>Vervulling zorgwensen</i> Percentage cliënten dat aangeeft dat de behandeling/ begeleiding voldoet aan de eigen zorgwensen	26,3%	17,1%
<i>Vervulling zorgwensen</i> Response rate: Het totaal aantal cliënten dat vraag 11 en 12 van de Thermometer Cliëntwaardering GGZ beantwoord heeft als percentage van het totaal aantal geraadpleegde cliënten	34,7%	26,8%
<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	57,9%	41,5%
<i>Woon- en leefomstandigheden</i> Percentage cliënten dat langdurende geestelijke gezond- heidszorg (>1 jaar) ontvangt waarbij de woonvoorziening gerelateerd is aan de zorg (klinische opname, RIBW, BZW) dat een positief oordeel geeft over de woonsituatie of -omstandigheden	70,5%	70,7%
<i>Woon- en leefomstandigheden</i> Response rate: Het totaal aantal cliënten dat vraag 17 van de Thermometer Cliëntwaardering GGZ beantwoord heeft als percentage van het totaal aantal geraadpleegde cliënten	69,5%	70,7%
<i>Adequate bejegening door de hulpverleners</i> Het percentage cliënten dat aangeeft een adequate bejegening door de hulpverleners te ervaren	27,4%	19,5%
<i>Adequate bejegening door de hulpverleners</i> Response rate: Het totaal aantal cliënten dat vraag 9 en 10 van de Thermometer Cliëntwaardering GGZ beantwoord heeft als percentage van het totaal aantal geraadpleegde cliënten	34,7%	26,8%
<i>Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners</i> Het percentage cliënten dat aangeeft een adequate informatieverstrekking door hulpverleners te ervaren	25,3%	17,1%

<i>Variabele</i>	<i>Non-respons GGZ-instellingen</i>	<i>Non-respons Geïntegreerde GGZ</i>
<i>Adequate informatieverstrekking door de hulpverleners</i> Response rate: Het totaal aantal cliënten dat vraag 1, 2 en 3 van de Thermometer Cliëntwaardering GGZ beantwoord heeft als percentage van het totaal aantal geraadpleegde cliënten	33,7%	24,4%
<i>Alle diagnosegroepen (niet leverbaar naar diagnosegroep)</i> Verandering in ernst van de problematiek: Het percentage cliënten waarbij de behandeling heeft geleid tot verbetering van de klachten naar oordeel van de cliënt	55,8%	43,9%
<i>Alle diagnosegroepen (niet leverbaar naar diagnosegroep)</i> Response rate: Het totaal aantal cliënten dat de vragen van de Thermometer Cliëntwaardering GGZ beantwoord heeft als percentage van het totaal aantal geraadpleegde cliënten per diagnosegroep	63,2%	53,7%
<i>Alle diagnosegroepen (niet leverbaar naar diagnosegroep)</i> Verandering in dagelijks functioneren van de cliënt: Het percentage cliënten dat na meting m.b.v. GAF/CGAS (jeugd) is verbeterd	82,1%	80,5%
<i>Alle diagnosegroepen (niet leverbaar naar diagnosegroep)</i> Verandering in dagelijks functioneren van de cliënt: Het percentage cliënten dat na meting m.b.v. GAF/CGAS (jeugd) is gestabiliseerd	84,2%	80,5%
<i>Alle diagnosegroepen (niet leverbaar naar diagnosegroep)</i> Percentage heropname versus opnameduur: Percentage heropnames	71,6%	48,8%
<i>Alle diagnosegroepen (niet leverbaar naar diagnosegroep)</i> Percentage heropname versus opnameduur: Gemiddeld opnameduur in dagen	71,6%	46,3%

<i>Variabele</i>	<i>Non-respons GGZ-instellingen</i>	<i>Non-respons Geïntegreerde GGZ</i>
<i>Alle diagnosegroepen (niet leverbaar naar diagnosegroep)</i> Percentage drop-out: Het percentage cliënten dat hun behandeling/ begeleiding eenzijdig en/ of tegen het advies van de behandelaar beëindigd heeft gedurende het registratiejaar	63,2%	48,8%
<i>Alle diagnosegroepen (niet leverbaar naar diagnosegroep)</i> Continuïteit bij verandering zorgsoort (tijdig contact na ontslag uit kliniek): Het percentage cliënten dat na ontslag uit de kliniek binnen twee weken een ambulante of deeltijdzorg-contact heeft	74,7%	56,1%
<i>Alle diagnosegroepen (niet leverbaar naar diagnosegroep)</i> Dagbesteding en arbeid: Het gemiddeld aantal dagdelen per week dat cliënten per diagnosegroep, die langdurig behandeling/ begeleiding ontvangen, op peildatum 31-12-2006 deelnamen aan interne of externe dagactiviteiten of betaald werk of vrijwilligerswerk deden	85,3%	75,6%

DEEL B

KWALITEITSINTERVENTIES EN -INSTRUMENTEN IN DE PRAKTIJK VAN DE GGZ

M. Vink
H. van 't Land

1 INLEIDING

In dit rapport wordt de laatste stand van zaken vermeld rondom de volgende kwaliteitsinterventies en -instrumenten in de praktijk van de GGZ:

- Het kennisbeleid in de GGZ
- Multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ
- Implementatieprojecten Doorbraakmethode
- Zorgprogramma's en Landelijke Basisprogramma's

Per kwaliteitsinterventie en -instrument worden de volgende aspecten beschreven:

Kennisbeleid (hoofdstuk 2)

- Thema's landelijke kennisagenda 2008
- Aantal en soort kenniscentra

Multidisciplinaire richtlijnen (hoofdstuk 3)

- Aantal uitgegeven en nog te ontwikkelen multidisciplinaire richtlijnen
- Verkoop aantallen multidisciplinaire richtlijnen
- Aantal en soort Doorbraakprojecten
- Bereik Doorbraakprojecten
- Eerste implementatieresultaten Doorbraakprojecten

Zorgprogrammering (hoofdstuk 4)

- Aantal en soort zorgprogramma's
- Aantal GGZ-instellingen dat met zorgprogramma's werkt
- Aantal en soort landelijke basisprogramma's

1.1 BRONNEN

Deels interne en deels openbare documenten van de volgende organisaties zijn in dit rapport verwerkt:

- iCBO (het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg)
- Depressie Initiatief^a

^a Het Depressie Initiatief is een landelijk programma waarin onder leiding van het Trimbos-instituut 30 GGZ instellingen, 80 huisartspraktijken, het VUmc, het EMGO instituut, en het iMTA zich inzetten voor landelijke implementatie van de multidisciplinaire richtlijn depressie, voor evaluatie van de kosteneffectiviteit van deze aanpak in de eerste lijn, de bedrijfsgeneeskundige setting en de ziekenhuissetting, en uitkomstenmanagement gericht op het informeren van patiënten, hulpverleners en zorgverzekeraars over de meest doelmatige aanpak van depressie.

- GGZ Nederland
- IVA Beleidsonderzoek en Advies^b
- Julius Centrum UMC Utrecht^c
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ
- Trimbos-instituut
- Website www.ggzrichtlijnen.nl
- ZonMw

Over de effectiviteit van bovengenoemde kwaliteitsinterventies en -instrumenten (zoals het kennisbeleid, de multidisciplinaire richtlijnen en zorgprogrammering) is op dit moment nauwelijks informatie beschikbaar. De informatie die hierover beschikbaar is wordt in dit hoofdstuk vermeld. Het is echter nog te vroeg om algemene uitspraken te doen over de werkzaamheid van deze kwaliteitsinterventies en -instrumenten. Momenteel bevinden veel kwaliteitsinterventies en -instrumenten zich in de implementatiefase.

^b IVA is een wetenschappelijk instituut voor onderzoek en advies op contractbasis, dat nauwe banden onderhoudt met de Universiteit van Tilburg.

^c Het Julius Centrum is een divisie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Het onderzoek van Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde strekt zich over de disciplines, epidemiologie, huisartsgeneeskunde, public health, verplegingswetenschap en MTA.

2 HET KENNISBELEID IN DE GGZ

2.1 INLEIDING

In de afgelopen jaren is door de overheid en het veld een begin gemaakt met het beschrijven en uitvoeren van een landelijk kennisbeleid in de geestelijke gezondheidszorg. Het Trimbos-instituut kreeg van het Ministerie van VWS in 1999 de opdracht om, in overleg met het veld, een Beleidsplan Kennisoverdracht in de GGZ op te stellen en het Ministerie te adviseren over het instellen van kenniscentra in dit kader. In juli 2000 kwam als resultaat hiervan de dubbelnotitie *Kennis en kenniscentra in de GGZ en Beleidsplan kennisoverdracht in de GGZ: een voorzet*¹ uit. Sindsdien wordt er systematisch gewerkt aan een samenhangend kennisbeleid in de GGZ.

Verschillende organisaties houden zich bezig met kennisontwikkeling in en rondom de GGZ. Vaste elementen vormen onderzoeksnetwerken, landelijke kenniscentra, academische en overige werkplaatsen.^d Belangrijke uitgangspunten voor een effectief werkend kennisbeleid zijn de koppeling van onderzoek, beleid en praktijk en de actieve bijdrage van universitaire en buitenuniversitaire instituten.¹ Het onderbrengen van deze elementen in één kader - de kennisinfrastructuur voor de GGZ - biedt een overzicht van onderscheidende en gemeenschappelijke functies van kennisleveranciers en kennismakelaars en van de doelstellingen en voorwaarden. De kennisinfrastructuur biedt houvast voor een gezamenlijke ontwikkeling van het kennisbeleid, voorkomt versnippering en genereert daar waar mogelijk meerwaarde. De sturing van het kennisproces in de GGZ vindt voor een deel landelijk plaats (landelijk kenniscentrum, multidisciplinaire onderzoeksnetwerken, kenniscentra) en voor een deel regionaal en lokaal (werkplaatsen). In Bijlage 1 wordt hiervan een overzicht gegeven.

Met het opzetten van een kennisinfrastructuur wordt een model aangereikt waarmee kennisverspreiding in de GGZ bevorderd kan worden. Het model bevat drie elementen:

- Een convenant voor het kennisbeleid
- De kennisagenda voor de GGZ
- Het landelijke netwerk van kenniscentra in de GGZ

^d Werkplaatsen zijn locaties in het veld die (een deel van) wetenschappelijk onderzoek verrichten en/ of die vragen formuleren waarop de wetenschap een antwoord zou kunnen/ moeten geven.

2.2 CONVENANT KENNISBELEID

Op 29 maart 2007 ondertekenden ZonMw, GGZ Nederland en het Trimbos-instituut een samenwerkingsconvenant. Voornaamste doelstellingen van het convenant zijn:

- Meer aandacht voor praktijkvragen in onderzoek
- Onderzoekresultaten nauwer laten aansluiten op de praktijk

De drie partijen vervullen ieder een rol. GGZ Nederland vertegenwoordigt 'de praktijk' van de GGZ, inclusief de verslavingszorg. Het Trimbos-instituut is het landelijk kennisinstituut van de GGZ. ZonMw stimuleert onderzoek en implementatie en vervult in toenemende mate de rol van kennismakelaar. De drie partijen stellen jaarlijks een werkplan en een kennisagenda op met thema's die belangrijk zijn voor de GGZ. Dit gebeurt in nauw overleg met het Ministerie van VWS, de landelijke kenniscentra en de zorgorganisaties in het veld. De overige inhoudelijke taken van de partijen zijn niet nader gespecificeerd.

2.3 LANDELIJKE KENNISAGENDA

ZonMw, GGZ Nederland en Trimbos-instituut trekken samen op in het opstellen van een kennisagenda. De drie partijen bereiden een landelijke kennisagenda voor, waarin prioriteiten voor het kennisbeleid inzake psychische gezondheid en verslaving worden aangegeven, alsmede de weg waarlangs dit gerealiseerd kan worden. De concepttekst van deze landelijke kennisagenda wordt voorgelegd aan partijen in het veld. De landelijke kennisagenda vervult de volgende functies:

- Lokaliseren van bruikbare kennis
- In kaart brengen kennisbehoeften
- Prioriteiten stellen in geselecteerde thema's
- Plan van aanpak opstellen om kennis te verspreiden
- Witte vlekken in kennis opsporen
- Vaststellen hoe witte vlekken ingevuld kunnen worden

Bij het opstellen van de landelijke kennisagenda en het kiezen van thema's die belangrijk zijn voor de GGZ wordt de kenniscyclus gevolgd (zie onderstaand kader); per gekozen onderwerp wordt getoetst welke activiteiten op jaarbasis nodig zijn per fase van de kenniscyclus.

De kenniscyclus bestaat uit de volgende fasen:

- *Kennisontwikkeling*
Kennisontwikkeling betreft het verzamelen van data voor alle vormen van wetenschappelijk onderzoek.
- *Vertaling van kennis naar de praktijk*
Vaak is een vertaalslag nodig, bijvoorbeeld in de vorm van protocollen of omschreven methodieken, om de beschikbare kennis bruikbaar te maken voor de praktijk.
- *Kennissynthese*
Bij kennissynthese gaat het om het verzamelen, wegen en toegankelijk maken van kennis en om het signaleren van witte vlekken (via meta-analyses, overzichten, deskundigenrapporten).
- *Kennisoverdracht*
Bij kennisoverdracht gaat het om het verspreiden van de resultaten van kennisontwikkeling en kennissynthese naar de praktijk en terugkoppeling naar onderzoek.
- *Kennisimplementatie*
Kennisimplementatie richt zich op de systematische en structurele invoering van de beschikbare kennis in de praktijk.
- *Evaluatie en feedback*
Het verloop van het kennisproces (kenniscyclus) en de samenhang tussen de verschillende fasen moeten worden geëvalueerd. De resultaten hiervan kunnen via feedback zorgen voor bijsturing van het kennisproces.¹

Bron: Verburg, 2000

Eerste landelijke kennisagenda 2008

De eerste versie van de landelijke kennisagenda werd in 2007 voorbereid en is in januari 2008 verschenen.² De thema's en doelgroepen van de landelijke kennisagenda 2008 worden in het onderstaande kader weergegeven.

THEMA'S LANDELIJKE KENNISAGENDA 2008

Algemene thema's en doelgroepen

Thema's

- Empowerment van mensen met psychische problemen
- Co-morbiditeit, ook met somatische (vaak chronische) problematiek
- Signalering en hulpverlening in de eerste lijn
- Multiculturaliteit
- Verslaving

Doelgroepen

- Migrantengroepen
- Lage SES-groepen

- Ouderen
- Jongeren
- Mensen met chronische problematiek

Thema's volgens de zorgcyclus

- Epidemiologie
 - Up to date cijfers over psychische stoornissen bij de algemene populatie in Nederland.
 - Gegevens over specifieke groepen zoals ouderen, migranten, kinderen en jeugdigen, lage SES-groepen, mensen met chronische problemen (cijfers over de algemene populatie dienen als referentie).
- Preventie
 - Onderzoek en ontwikkeling van internet-gerelateerde preventieve interventies, ook voor groepen voor wie psychische stoornissen of verslaving dreigt.
 - Onderzoek naar de mogelijkheden van vroegsignalering bij ernstige psychische stoornissen (schizofrenie, persoonlijkheidsstoornissen, zware depressie, verslaving, agressie) en naar toepassingsmogelijkheden van deze kennis via een community aanpak.
 - Identificeren en implementeren van effectieve preventieve interventies rond ernstige stoornissen.
 - Specifieke aandacht voor de samenhang tussen preventie en curatie.
- Diagnostiek
 - Diagnostische instrumenten in het kader van disease management.
 - Onderzoek naar goede manieren om de aanpak van stepped care (en waar nodig matched care) in de praktijk van de zorg in te voeren.
 - Methodiekontwikkeling voor diagnostiek in de eerste lijn, met bijzondere aandacht voor persoonlijkheidsstoornissen en co-morbiditeit.
 - Aandacht voor de noodzakelijke diagnostiek bij de uitrol van de multidisciplinaire richtlijnen (zie ook behandeling).
- Behandeling
 - Voortzetting van het richtlijnentraject door na te gaan voor welke doelgroepen en op welke terreinen een multidisciplinaire richtlijn ontwikkeld moeten worden (lacunes opsporen, bijv. voor ouderen, jeugdigen, forensische psychiatrie) met aandacht voor interculturele verschillen
 - Toepassing van de bestaande en nieuw te ontwikkelen multidisciplinaire richtlijnen en daarop gebaseerde zorgprogramma's.
 - Naturalistisch en gecontroleerd onderzoek naar effecten en doelmatigheid van de toepassing van multidisciplinaire richtlijnen.
- Zorg
 - Empowerment, onder andere voor de categorie langdurig zorgafhankelijken, gericht op een leefstijl die mensen in staat stelt zoveel mogelijk een volwaardig leven te leiden.
 - Ontwikkeling en toepassing van outreachende vormen van contactlegging en effectieve interventies gericht op alle levensgebieden voor deze doelgroep (samen met de maatschappelijke opvang).
 - Verminderen van het stigma dat psychische problematiek nog steeds met zich meedraagt, onder andere door vermaatschappelijking van de zorg en door een goede publieksvoorlichting.

Thema's Internationaal

- Kennisuitwisseling (o.a. via EU, WHO, VS).
- Internationale samenwerkingsprojecten voor vergelijkend onderzoek

Via een consultatiebijeenkomst, waarbij de aanwezigen afkomstig waren uit de wetenschap, beroepsverenigingen, instellingen, cliëntenorganisaties, beleid en kenniscentra, werd vastgesteld dat de volgende thema's in 2008 prioriteit hebben:

1. Co-morbiditeit
2. Persoonlijkheidsstoornissen
3. Multidisciplinaire richtlijnen

De convenantpartners hebben aangegeven dat in de uitwerking van deze thema's specifiek aandacht geschonken dient te worden aan cliëntperspectief en diversiteit.

Cliëntperspectief

Versterking van de positie van de cliënt staat centraal in de brief van VWS over het beleid 2007 - 2010 "Samen zorgen voor beter".³ Bij elk van de drie thema's speelt de persoon van cliënt of patiënt als ervaringsdeskundige en als participant een belangrijke rol.³

Diversiteit

Kennis over preventie, behandeling en diagnostiek van migrantengroepen neemt toe, maar dient geïntensiveerd te worden.⁴ De Handreiking Interculturele Zorgprogrammering van GGZ Nederland (2005) stelt dat in zorgprogramma's en trajecten voor richtlijnen interculturele componenten dienen te worden ingebracht en geborgd.⁴ Het kenniscentrum voor interculturele GGZ Mikado en het Platform Onderzoek GGZ en Diversiteit wijzen op het belang van wetenschappelijk onderbouwde methoden voor intake en diagnostiek.⁴

2.4 HET LANDELIJKE NETWERK KENNISCENTRA IN DE GGZ

Een kenniscentrum is een samenwerkingsverband van een aantal instellingen in de GGZ of verwante sectoren met één of meer onderzoeksinstituten rond een specifieke doelgroep of een thema in de GGZ.¹ De kenniscentra dragen bij aan de ontwikkeling en verspreiding van kennis op het GGZ-gebied vanuit het praktijkveld. De nadruk ligt hierbij niet (zoals bij onderzoeksnetwerken) op een wetenschappelijke aansturing van het kennisproces. Kenniscentra richten zich vooral op professionals, patiënten, onderzoeksinstellingen en op informatievoorziening in het publieke domein, vrijwel altijd via een eigen website met geactualiseerde evidence-based kennis en informatie. De kenniscentra zijn sinds 2004 verenigd in het landelijke netwerk kenniscentra in de GGZ. De convenantpartners GGZ Nederland, ZonMw en het Trimbos-instituut hebben zitting in dit netwerk. Het netwerk levert een bijdrage aan de landelijke kennisagenda en richt zich op onderlinge informatie-uitwisseling. Sinds 2007 zijn de kenniscentra verzelfstandigd en financieel zelfvoorzienend.

Het ministerie van VWS heeft in het verleden zeven kenniscentra (Ouderenpsychiatrie, Arbeid en Psyche, Eetstoornissen, Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Forensische psychiatrie, Psychosociale gevolgen na rampen en interculturele GGZ) formeel aangewezen. Eind 2004 is met steun van het ministerie van VWS een landelijk kenniscentrum vervolging, oorlog en geweld (Cogis) opgericht.

Door het Ministerie van VWS aangewezen kenniscentra:

- Kenniscentrum Ouderenpsychiatrie
- Kenniscentrum Arbeid en Psyche
- Kenniscentrum Eetstoornissen
- Landelijk Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie
- Stichting Impact Landelijk Kenniscentrum Psychosociale Zorg na rampen
- Kenniscentrum interculturele geestelijke gezondheidszorg

Met steun van het Ministerie van VWS opgericht:

- Kenniscentrum Vervolging, Oorlog en Geweld COGIS

Bron: Trimbos-instituut 2008 (www.trimbos.nl)

Naast bovengenoemde kenniscentra zijn er diverse andere landelijke Kenniscentra in de GGZ actief, die niet door het ministerie van VWS zijn aangewezen en gefinancierd, bijvoorbeeld rond persoonlijkheidsstoornissen, schizofrenie, rehabilitatie, verslaving, ADHD bij volwassenen, autisme, angststoornissen en depressie (zie onderstaand overzicht).

Niet door het Ministerie van VWS aangewezen kenniscentra:

- Kenniscentrum Rehabilitatie
- Kenniscentrum Schizofrenie
- Kenniscentrum Autisme Nederland
- Kenniscentrum Angst en Depressie
- Kenniscentrum ADHD bij volwassenen
- Kenniscentrum Persoonlijkheidsstoornissen i.o.
- Kenniscentrum Bipolaire Stoornissen.
- Psychotraumacentrum voor Kinderen en Jongeren
- Centrum voor psychosomatiek Eikenboom
- Kenniscentrum Psychoanalytische Behandelingen
- Kenniscentrum Verslaving
- Kenniscentrum Zelfhulp en Ervaringsdeskundigheid
- Scienia Kennistransfer GGZ

Bron: Trimbos-instituut 2008 (www.trimbos.nl)

2.5 EFFECTIVITEIT EN WAARDERING

Cijfers over de effectiviteit, het functioneren, de productie en de waardering van de kenniscentra zijn nog niet beschikbaar. In mei 2008 is de evaluatie van de Kenniscentra Geestelijke Gezondheidszorg gepubliceerd^e. In de evaluatie zijn de niet-aangewezen kenniscentra vergeleken met de door het ministerie van VWS aangewezen kenniscentra.

^e *Evaluatie Kenniscentra Geestelijke Gezondheidszorg (2008)*. Bilthoven: Zorg Consult Nederland.

3 MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJNEN IN DE GGZ

3.1 INLEIDING

Om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verbeteren, wordt meer en meer gewerkt volgens de multidisciplinaire richtlijnen. In Nederland wordt sinds 1999 samengewerkt om te komen tot betere richtlijnen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Hierbij zijn vele beroepsgroepen betrokken en vanzelfsprekend ook cliënten- en familieorganisaties. Een richtlijn is een document met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van professionals in de zorg en patiënten.

Een richtlijn berust op de resultaten van gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming door beroepsbeoefenaren en patiënten en is gericht op het expliciteren van goed en doelmatig handelen in de dagelijkse praktijkvoering in de zorg.⁵ De multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ bevatten aanbevelingen omtrent de meest effectieve zorg en dienen als leidraad bij het klinisch handelen. Ze zijn bestemd voor diverse groepen: beroepsverenigingen, koepels van aanbieders (GGZ Nederland, Zorgverzekeraars Nederland), managers van zorginstellingen, individuele patiënten en individuele hulpverleners, financiers/verzekeraars. Richtlijnen vervullen vooral een rol bij het vaststellen van de zorginhoud, de zorgverlening en de zorgorganisatie. Zij dragen bij aan een hogere kwaliteit en meer transparantie van de zorg, waardoor hulpverleners verantwoording kunnen afleggen voor hun handelen. Beslissingen omtrent de daadwerkelijk toe te passen zorg blijven echter de verantwoordelijkheid van de individuele zorgverlener, vanzelfsprekend in overleg met de individuele zorgvrager. Het is mogelijk om af te wijken van een richtlijn, indien hulpverlener en hulpvrager dit wenselijk achten. Als de situatie van de patiënt dit vereist, is het zelfs verplicht om ervan af te wijken. Eventuele afwijkingen van de richtlijn dienen echter wel beargumenteerd en gedocumenteerd te worden.⁵

3.2 MULTIDISCIPLINAIRE VERSUS MONODISCIPLINAIRE RICHTLIJNEN

Beroepsverenigingen in de GGZ beschikken inmiddels twee decennia over richtlijnen of standaarden voor goede zorg. Deze *monodisciplinaire* richtlijnen - zoals een huisartsenstandaard - voldoen zolang de taken van de betreffende discipline goed af te bakenen zijn en niet direct samenhangen met die van andere beroepsgroepen. Zodra echter meerdere elementen van een zorgproces in samenhang uitgevoerd dienen te worden - zoals in de GGZ geregeld het geval is - volstaat het gebruik van een monodisciplinaire richtlijn niet langer. Dan dienen diverse monodisciplinaire visies op het

zorgproces samengesmeed te worden tot een *multidisciplinaire* richtlijn, teneinde meer samenhang van activiteiten, afstemming en uniformiteit van begrippen te realiseren. Een richtlijn is niet bedoeld als algemeen handboek, maar is afgestemd op knelpunten waar het veld en de cliënten mee geconfronteerd worden. Een multidisciplinaire richtlijn kan in feite beschouwd worden als een ‘moederrichtlijn’, waarna een vertaling plaats kan vinden naar monodisciplinaire richtlijnen binnen de afzonderlijke beroepsgroepen. Richtlijnen ondersteunen het denken in termen van zorgtrajecten, waarbij de cliënt en de ‘ziekte carrière’ het uitgangspunt vormen bij de beschrijving van het zorgproces.⁵ Zij bieden hiermee een basis voor indicatiestelling, evenals voor zorgprogramma’s en transmurale afspraken en zij dragen tevens bij aan *diseasemanagement*.^{5 f}

3.3 ONTWIKKELING VAN MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJNEN IN DE GGZ

Bij het ontwikkelen van een richtlijn wordt allereerst een aantal cruciale vragen geformuleerd (zoals “*Wat zijn de knelpunten waar het veld en de cliënten mee worstelen?*”). Verder wordt aandacht geschonken aan de weergave van het cliënt-familieperspectief en aan overige factoren die een rol spelen.^{5,6} De daadwerkelijke ontwikkeling van de richtlijnen vindt plaats op basis van:⁸

- De meest recente wetenschappelijke kennis omtrent diagnostiek, behandeling, begeleiding, verpleging en verzorging
- Brede consensus in professionele kennis omtrent diagnostiek, behandeling, begeleiding, verpleging en verzorging
- Overige overwegingen (zoals ervaringsdeskundigheid van cliënten).

3.4 LANDELIJKE STUURGROEP MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJNONTWIKKELING IN DE GGZ

Het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) installeerde in 1999 de landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ. De taak van de stuurgroep bestond uit het initiëren en coördineren van activiteiten op het gebied van de ontwikkeling en implementatie van multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ. Daarbij richtte de stuurgroep zich op richtlijnen met aanbevelingen voor diagnostiek, behandeling, begeleiding, verpleging en verzorging van psychiatrische aandoeningen

^f Diseasemanagement kan worden omschreven als ‘het proces waarin voortdurende verbetering van meetbare resultaten van het behandelingscontinuüm (preventie, diagnostiek, management) van een specifieke ziekte wordt bevorderd.’²⁶

⁸ De uitgangspunten van richtlijnontwikkeling in de GGZ zijn vastgelegd in het Visiedocument ‘Naar geïntegreerde richtlijnen in de GGZ’.⁷

en daaraan gerelateerde problematiek. Daarnaast zorgde de stuurgroep voor meer afstemming tussen de verschillende richtlijnprogramma's. Aanbevelingen voor preventie, rehabilitatie, arbeid en nazorg werden in de eerste generatie multidisciplinaire richtlijnen niet of nauwelijks opgenomen. De uitgangspunten van de richtlijnontwikkeling in de GGZ zijn geconcretiseerd in het werkprogramma van de landelijke stuurgroep.⁷

In 2006 voerde de landelijke stuurgroep in opdracht van het Ministerie van VWS een evaluatiestudie uit om vast te stellen of de doelstellingen van het project waren behaald en om het ontwikkelproces van de richtlijnproductie kritisch te bezien. Het veldwerk werd uitgevoerd door het Trimbos-instituut. Op basis van dit evaluatieonderzoek, werd een aantal aanbevelingen opgesteld die van belang zijn voor toekomstige richtlijnontwikkeling.⁶ De aanbevelingen richten zich op drie aspecten (zie verder Meeuwissen, 2006):⁶

- *Afbakening van de onderwerpen van de richtlijn*
Geadviseerd werd om uitgangsvragen vast te stellen voor de richtlijn op basis van actuele en goed omschreven knelpunten in de praktijk. Deze uitgangsvragen zouden de wijze waarop wetenschappelijke en ervaringskennis bij de beroepsgroepen en cliëntvertegenwoordigers worden verzameld bepalen en richting geven aan de samenstelling van de werkgroepen. Tevens werd geadviseerd om de afbakening van onderwerpen voor de richtlijn vooraf te expliciteren en hieraan ook aandacht aan te besteden bij de implementatie van de richtlijn. Aanbevolen werd om gebruik te maken van heuristische zoals beslisbomen en stroomdiagrammen om de inhoud te verhelderen.
- *Zorgen voor een heldere projectstructuur*
Aanbevolen werd om taken en verantwoordelijkheden te beschrijven van de deelnemende partijen en samenwerkingsafspraken vast te leggen. Geadviseerd werd tevens om vooraf in de werkgroep af te spreken op welke wijze de cliëntenparticipatie gerealiseerd wordt. Tot slot werd aanbevolen om te zorgen voor mandatering van de achterban van de deelnemende organisaties en de belangen van werkgroepleden openbaar te maken in een opvraagbaar document.
- *Zorgen voor een werkwijze waarin alle stappen schriftelijk geëxpliciteerd zijn en gedurende het proces ook geëxpliciteerd blijven*

Aangeraden werd om vanaf het begin aandacht te schenken aan de werkwijze bij het integreren van de verzamelde documentatie en aan het bereiken van consensus over de aanbevelingen. Aanbevolen werd om helder te communiceren over keuzen en wijzigingen gedurende het proces vanaf de start van de richtlijnontwikkeling tot in de implementatiefase en vooraf te bepalen hoe de autorisatiefase verloopt en de wijze waarop de implementatie en de disseminatie dienen plaats te vinden.

Betrokken partijen

Drie commissies waren nauw betrokken bij de uitvoering van de taken van de stuurgroep:

1. *Begeleidingscommissie*. Deze commissie vervulde een klankbordfunctie voor de stuurgroep vanuit verschillende maatschappelijke verantwoordelijkheden en belangen:
 - a. Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
 - b. Inspectie voor de Gezondheidszorg
 - c. ZonMw
 - d. Ministerie van VWS
 - e. GGZ Nederland
2. *Commissie Cliëntenparticipatie*. Deze commissie adviseerde en beoordeelde de wijze waarop het cliëntenperspectief vorm krijgt in de richtlijnontwikkeling.
3. *Commissie Implementatie*. Deze commissie bevorderde de verspreiding en het in gebruik nemen van de richtlijn en richtlijnproducten door beroepsbeoefenaren en patiënten.

De volgende beroepsverenigingen waren bij de ontwikkeling van de richtlijnen nauw betrokken (onder auspiciën van de landelijke stuurgroep), waarbij een afgevaardigde van elke beroepsvereniging lid was van de stuurgroep:

- Federatie Verpleegkundigen in de GGZ (FVGGZ)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)
- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP)

De landelijke stuurgroep voerde haar taken uit in de periode 2000 tot eind 2007. Het Trimbos-instituut voerde het secretariaat voor de landelijke stuurgroep en de multidisciplinaire richtlijnwerkgroepen en adviseerde de werkgroepen. Het CBO (Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg) is verantwoordelijk voor de methodologische ondersteuning. Eind 2007 werden de landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de GGZ en de bijbehorende commissies implementatie en cliëntenparticipatie opgeheven. Dit houdt verband met de afloop van de termijn van de projectsubsidie per 1 januari 2008. Het Trimbos-instituut^h zal, samen met het CBO, de samenwerking en afstemming tussen de beroepsverenigingen, GGZ Nederland en de patiënten- en familieorganisaties rond de ontwikkeling van de richtlijnen en kwaliteit de komende jaren blijven vormgeven, om ervoor te zorgen dat de expertise en de ervaring van de stuurgroep niet verloren gaat.

^h Wijze van financiering: een klein deel van de afdelingssubsidie (euro 80.000) zal hieraan besteed worden (project: 'update richtlijnen').

3.5 WERKVORMEN BIJ HET ONTWIKKELEN VAN MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJNEN

Bij het opstellen van een richtlijn, wordt allereerst een werkgroep ingesteld, bestaande uit afgevaardigden van beroepsverenigingen en cliënten- en familieorganisaties.

EBRO-methode

Richtlijnen worden ontwikkeld volgens de methodiek van *Evidence-Based Richtlijn Ontwikkeling* (EBRO). De EBRO-methode houdt in dat een richtlijn zoveel mogelijk gebaseerd dient te zijn op ‘hard’ bewijs afkomstig uit wetenschappelijk onderzoek. Als dat niet zo is, dan wordt dat expliciet vermeld. Relevante artikelen worden via systematische zoekacties over een vastgestelde tijdsperiode verzameld en beoordeeld op de ‘hardheid’ van de bewijskracht. Deze methode is vastgelegd in het boek ‘Richtlijnontwikkeling; een leidraad voor de praktijk’.⁵ De methode voldoet zoveel mogelijk aan de internationale AGREE-criteria.¹ In Tabel 3.1 wordt een overzicht gegeven van de criteria die gebruikt worden bij de beoordeling van wetenschappelijke artikelen. Deze methode levert een toetsbaar kwaliteitskader op en maakt inzichtelijk op welk bewijs en welke overwegingen een richtlijn gebaseerd is.

Op basis van evidence-based informatie, verzameld via de EBRO-methode, stelt de richtlijnwerkgroep een concepttekst op voor de richtlijn. Deze tekst wordt voorgelegd aan de achterban van de beroepsverenigingen en deelnemende organisaties in de werkgroep. Gedurende de commentaarfase kunnen reacties worden gegeven op de inhoud. De werkgroep beoordeelt en verwerkt vervolgens de reacties en stelt een definitieve tekst vast. Deze tekst wordt door de deelnemende beroepsorganisaties geautoriseerd.¹ Daarna volgt publicatie van de richtlijn in boekvorm en als digitaal document op de website www.ggzrichtlijnen.nl. Een multidisciplinaire richtlijn in de GGZ bevat de volgende onderdelen:

- Algemene inleiding
- Fase van signaleren en diagnostiek
- Farmacotherapie
- Psychosociale interventies
- Patiëntenperspectief

ⁱ Appraisal of Guidelines for REsearch and Evaluation-instrument; AGREE-Collaboration.

^j Als een beroepsorganisatie een tekst niet autoriseert, dan hoeven de leden van een beroepsorganisatie zich niet aan de tekst te houden.

TABEL 3.1 INDELING VAN DE LITERatuur NAAR DE MATE VAN BEWIJSKRACHT⁸*Voor artikelen betreffende therapie of preventie:*

- A1 Systematische reviews die tenminste enkele onderzoeken van A2-niveau (zie onderstaand) betreffen, waarbij de resultaten van afzonderlijke onderzoeken consistent zijn;
- A2 Gerandomiseerd vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit (gerandomiseerde, dubbel-blind gecontroleerde trials) van voldoende omvang en consistentie;
- B Gerandomiseerde klinische trials van matige kwaliteit of onvoldoende omvang of ander vergelijkend onderzoek (niet-gerandomiseerd, vergelijkend cohortonderzoek, patiënt-controle-onderzoek);
- C Niet-vergelijkend onderzoek;
- D Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

Voor artikelen betreffende diagnostiek:

- A1 Onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten bij een prospectief gevolgde goed gedefinieerde patiëntengroep met een van tevoren gedefinieerd beleid op grond van de te onderzoeken testuitslagen, of besliskundig onderzoek naar de effecten van diagnostiek op klinische uitkomsten, waarbij resultaten van onderzoek van A2-niveau als basis worden gebruikt en voldoende rekening wordt gehouden met onderlinge afhankelijkheid van diagnostische tests;
- A2 Onderzoek ten opzichte van een referentietest, waarbij van tevoren criteria zijn gedefinieerd voor de te onderzoeken test en voor een referentietest, met een goede beschrijving van de test en de onderzochte klinische populatie; het moet een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten betreffen, er moet gebruikgemaakt zijn van tevoren gedefinieerde afkappaarden en de resultaten van de test en de 'gouden standaard' moeten onafhankelijk zijn beoordeeld. Bij situaties waarbij multipale, diagnostische tests een rol spelen, is er in principe een onderlinge afhankelijkheid en dient de analyse hierop te zijn aangepast;
- B Vergelijking met een referentietest, beschrijving van de onderzochte test en populatie, maar niet de kenmerken die verder onder niveau A staan genoemd;
- C Niet-vergelijkend onderzoek;
- D Mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden.

Niveau van de conclusies

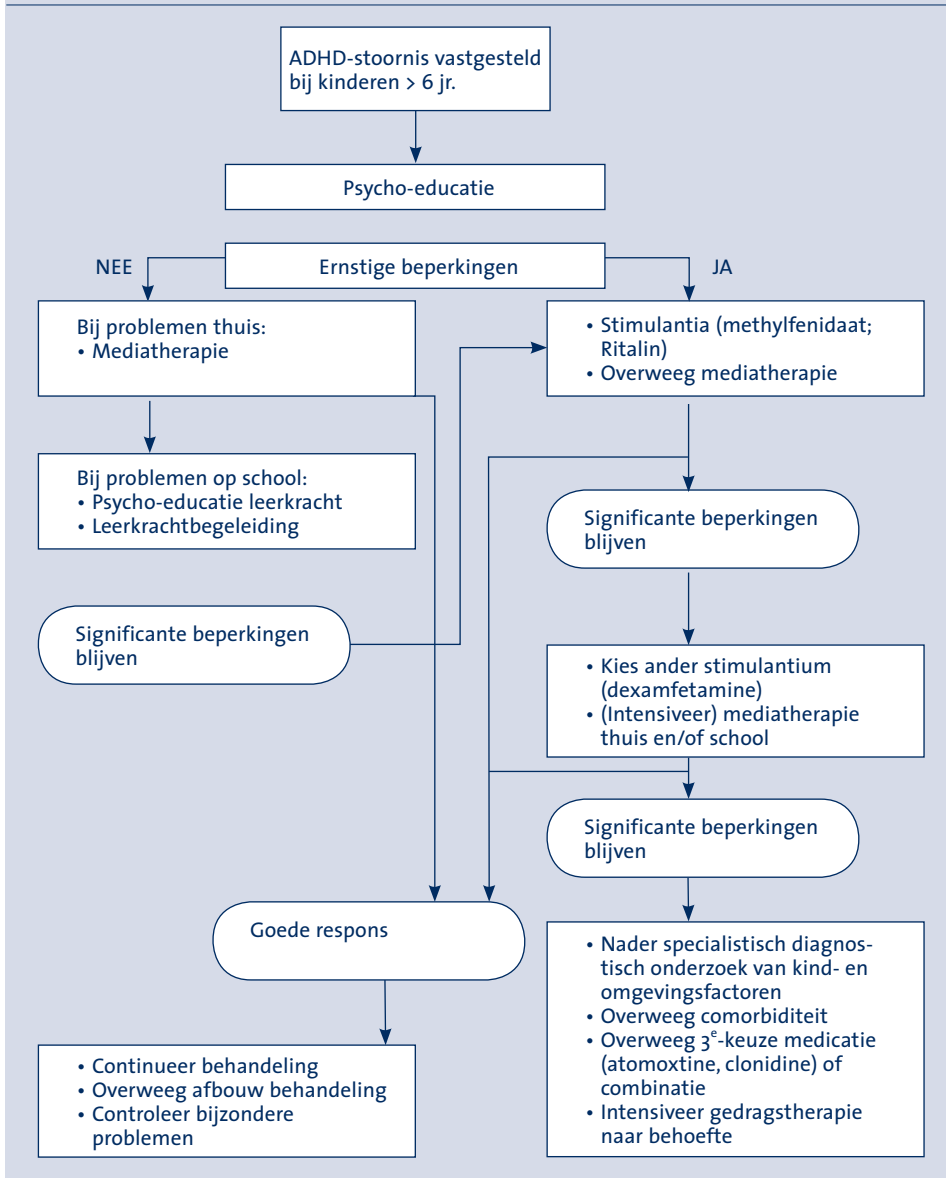
- 1 1 systematische review (A1) of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A1 of A2
- 2 tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
- 3 1 onderzoek van niveau A2 of B of onderzoek van niveau C
- 4 mening van deskundigen, bijvoorbeeld de werkgroepleden

Bron: Van der Velde, 2003

Ter illustratie is op de volgende pagina een 'beslisboom' weergegeven, afkomstig uit de multidisciplinaire richtlijn ADHD (figuur 3.1). De beslisboom is een weergave

van de belangrijkste beslismomenten van een hulpverlener bij het vaststellen van het individuele zorgtraject van een kind dat ouder is dan zes jaar en bij wie ADHD is vastgesteld.

FIGUUR 3.1 BESLISBOOM MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJN ADHD



Bron: Multidisciplinaire richtlijn ADHD (2005)

3.6 PRODUCTEN VAN LANDELIJKE STUURGROEP MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJNONTWIKKELING

In Tabel 3.2 wordt een overzicht gegeven van reeds uitgegeven en nog te ontwikkelen richtlijnen en richtlijnproducten. Uit de tabel valt af te leiden dat er in totaal 6 richtlijnen uitgegeven zijn in de periode 2000-2007. Tien richtlijnen zijn momenteel nog in ontwikkeling. Verwacht wordt dat deze in 2008/2009 verschijnen. Van elke richtlijn is tevens een samenvatting gepubliceerd. Van een aantal richtlijnen is daarnaast 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 richtlijn wordt in principe iedere vijf jaar geactualiseerd. Digitale versies zijn inmiddels beschikbaar van de volgende multidisciplinaire richtlijnen:

- Angststoornissen
- Depressie
- Schizofrenie
- ADHD bij jeugdigen

<i>Stoornis</i>	<i>Richtlijn</i>	<i>Samenvatting</i>	<i>Clientversie</i>	<i>Herziening</i>	<i>Basisprogramma³</i>
Angststoornissen	2003	2005	2005	2008	2005
Depressie	2005	2005	2005	2008	2005
Schizofrenie ¹	2005	2005	2007		
ADHD bij jeugdigen	2005	2007	2007		2007
Eetstoornissen	2006	2008	²		2006
Rampen, terrorisme, Schokkende gebeurtenissen	2007	in de richtlijn opgenomen	in de richtlijn opgenomen		
Persoonlijkheidsstoornissen	2008				

<i>Stoornis</i>	<i>Richtlijn</i>	<i>Samenvatting</i>	<i>Clïëntversie</i>	<i>Herziening</i>	<i>Basisprogramma³</i>
Alcoholafhankelijkheid	2008				
Problematisch gebruik van drugs	2008				
Huiselijk geweld	2008				
Somatoforme klachten en stoornissen	2008				
Chronisch Vermoeidheids-syndroom	2008/2009				
Vroegkinderlijke Traumatisering	2008/2009				
Addendum Ouderen bij richtlijn Depressie	2008				
Addendum Jongeren bij richtlijn Depressie	2008				
Addendum Ouderen bij richtlijn Angststoornissen	2008				

1) *Aan de multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie is ook een kosteneffectiviteitsonderzoek toegevoegd. Een verslag van dit onderzoek is vermeld op www.ggzrichtlijnen.nl.*

2) *Mits hiervoor financiering gevonden wordt.*

3) *Een Basisprogramma is een vertaling van een richtlijn naar de praktijk. Het kan helpen om regionale richtlijnen vorm te geven (welke partij doet wat?). De productie van Landelijke Basisprogramma's, gebaseerd op de richtlijnen, valt buiten het meerjaren project richtlijnontwikkeling van het Ministerie van VWS.*

Bron: Trimbos-instituut

3.7 IMPLEMENTATIE RICHTLIJNEN VIA DE DOORBRAAKMETHODE

Onder implementatie wordt verstaan “een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwing of verandering van bewezen waarde met als doel deze een structurele plaats te geven in het individuele professionele handelen, in het functioneren van organisaties of in de structuur van de zorg.”¹⁰ Er zijn diverse effectieve methoden die ingezet kunnen worden bij het implementeren van richtlijnen. Een overzicht hiervan wordt gegeven in Grol et al., 2003.¹¹ In deze paragraaf zetten we de belangrijkste resultaten op een rij. Grol et al. onderscheiden een aantal implementatiemethoden om nieuwe werkwijzen te implementeren:¹¹

- *Passieve vormen van educatie (informerende, conferenties)*. Volgens de auteurs kunnen deze nuttig zijn als eerste stap, maar moeten ze 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 volgens de auteurs vaak toegepast in kwaliteitsverbetering. Feedback kan volgens de auteurs niet als enige strategie worden gebruikt, maar zou wel cruciaal zijn om deelnemers aan te zetten tot verbeteringen.
- *Inzet van consulenten (outreach visitors, facilitators) voor face-to-face instructie of ondersteuning op de werkplek*. Volgens de auteurs zou dat dan iemand moeten zijn die goed getraind en geprepareerd is en respect af kan dwingen bij de doelgroep. Inzet van consulenten zou een werkzaam middel zijn, maar kostbaar.
- *Praktische hulpmiddelen*. Voorbeelden zijn reminderkaarten of richtlijnen op de computer.

Een andere implementatiemethode is de Doorbraakmethode. De Nederlandse Doorbraakmethode is een equivalent van de Amerikaanse *Breakthrough* aanpak, ontwikkeld door het *Institute for Healthcare Improvement* in Boston. Dit Amerikaanse model voor verandering is ongeveer tien jaar geleden naar Nederland gehaald. De methode wint in de GGZ vanaf 2004 terrein. Op dit moment worden verschillende doorbraakprojecten in de GGZ uitgevoerd met als doel de multidisciplinaire richtlijnen te implementeren. Centrale doelstelling is om meer cliënten in de GGZ een effectieve behandeling te laten krijgen en te stimuleren dat hulpverleners meer methodisch en bewust werken volgens de richtlijnen. Toekomstig onderzoek zal moeten uitwijzen wat de effectiviteit ervan is en welke kosten eraan verbonden zijn en hoe deze methode zich verhoudt tot bovengenoemde implementatiemethoden.

Binnen een Doorbraakproject realiseren teams van hulpverleners concrete verbeteringen door implementatie van bestaande kennis (richtlijnen), voorbeelden van goede zorg (best practices) en eigen ideeën. Een Doorbraakproject richt zich op het verbeteren van het professionele handelen van hulpverleners in de GGZ. Op basis van richtlijn-aanbevelingen wordt aangegeven hoe verbeteringen gerealiseerd kunnen worden en worden specifieke verbeterthema's en doelstellingen geformuleerd. Deze SMART-

geformuleerde doelstellingen (specifiek, meetbaar, appellerend, resultaatgericht en tijdgebonden) worden door een expertteam van landelijke deskundigen vastgesteld. Hulpverleners (het doorbraakteam) spreken vervolgens af hoe zij de verbeteringen in hun dagelijkse werk kunnen doorvoeren, waarbij naast een aantal landelijk vastgestelde verbeterthema's ook lokale thema's vertaald kunnen worden in doelstellingen. De hulpverleners testen deze verbeteringen in hun lokale omgeving uit met ondersteuning van een landelijk expertteam. Er zijn geen gegevens beschikbaar over de wijze waarop na afloop van een Doorbraakproject de verbeteringen geborgd worden.

In onderstaand kader wordt een overzicht gegeven van Doorbraakprojecten in Nederland (een aantal is afgerond, een aantal loopt) en de wijze van financiering. Doorbraakprojecten zijn in eerste instantie vooral aangeboden aan tweedelijnsinstellingen. Vanaf 2006 is ook de eerstelijnszorg een belangrijke afnemer van deze projecten.

		<i>Kosten externen</i>	<i>Kosten VWS/ZonMw</i>
• Doorbraakproject Depressie 1	2004 – 2006	313.344	–
• Doorbraakproject Depressie 2	2006 – 2008	745.650	
• Doorbraakproject Angststoornissen	2007 – 2008	50.000	212.150
• Doorbraakproject Schizofrenie 1	2006 – 2007	537.750	–
• Doorbraakproject Schizofrenie 2	2007 – 2008	50.000	212.150
• Doorbraakproject Dubbele Diagnose	2007 – 2008	50.000	212.150

Bron: Trimbos-instituut

In Tabel 3.3 wordt per Doorbraakproject een overzicht gegeven van het aantal doorbraakteams en bereikte patiënten. Uit Tabel 3.3 valt af te leiden dat twintig multidisciplinaire teams (uit 18 verschillende ggz-instellingen) ruim een jaar werkten aan concrete verbeteringen in de schizofreniezorg die geboden wordt aan 1091 cliënten.

<i>Doorbraakproject</i>	<i>Periode</i>	<i>Aantal teams</i>	<i>Aantal bereikte patiënten</i>
Depressie 1	2004 – 2006	10	310
Depressie 2	2006 – 2008	24	600
Angststoornissen	2007 – 2008	12	750
Schizofrenie 1	2006 – 2007	20	1091
Schizofrenie 2	2007 – 2008	10	480
Dubbele Diagnose	2007 – 2008	7	152

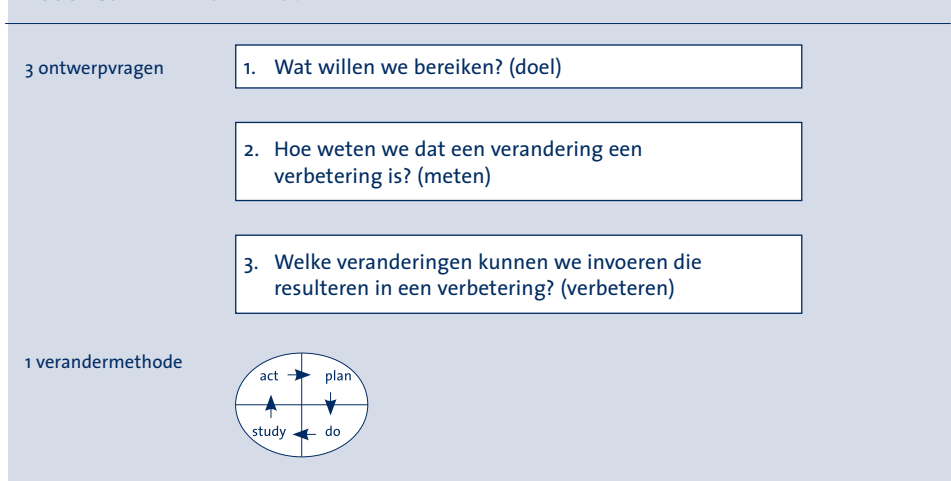
Bron: Trimbos-instituut

Werkwijze

De professional en de instelling vormen de primaire doelgroep van een Doorbraakproject. Immers, verbeteringen in het functioneren van professionals in de gezondheidszorg komen de zorggebruikers direct ten goede. De cliëntgroep kan geraadpleegd worden bij de vaststelling van de verbeterthema's en de doelen. Het Nolanmodel speelt een centrale rol in een Doorbraaktraject. Het is een hulpmiddel bij het invoeren van de veranderingen en biedt houvast om vorderingen te monitoren. Het Nolanmodel bestaat uit twee delen (zie figuur 3.2):¹²

1. Set sturende vragen (drie ontwerp vragen)
2. Cyclisch verbetermodel (verander methode)

FIGUUR 3.2 HET NOLANMODEL¹²



Bron: Van Splunteren et al., 2003

Teams uit de eerste- en/of tweedelijns gezondheidszorg vormen in een Doorbraakproject een tijdelijk samenwerkingsverband; doorbraakteams bestaan bijvoorbeeld uit huisartsen, eerstelijnspsychologen, maatschappelijk werkers en GGZ medewerkers. Zij gaan de gezamenlijk geformuleerde verbeteringen in de eigen instellingen invoeren. De duur van een Doorbraaktraject bedraagt doorgaans 12 tot 18 maanden. In deze periode wordt gewerkt aan het realiseren van de gestelde doelen. Landelijke experts zijn als adviseurs betrokken bij de uitwerking van de verbeterthema's. De borging vindt na afloop plaats in elk van de deelnemende instellingen en/of organisaties. De mate waarin dit voldoende en structureel plaatsvindt is niet bekend. De instellingen zijn hier zelf verantwoordelijk voor, de wijze van borging is niet vastgelegd. Het Trimbos-instituut heeft in het kader van het LAK-programma 'Beter in geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg' een plan van aanpak opgesteld voor de verdere verspreiding en borging van de resultaten van Doorbraakprojecten.²⁶ Op drie manieren wordt hieraan gewerkt:

- Via het passief verspreiden van de materialen uit toolkits van de Doorbraakprojecten
- Via het vasthouden aan resultaten (borging), onder andere door te blijven meten in hoeverre gestelde doelen worden gerealiseerd
- Via het actief verspreiden van vernieuwingen naar de omgeving van Doorbraakteams via getrainde ondersteuners.

Hierbij zal gebruik gemaakt worden van de bestaande infrastructuur (de landelijke kenniscentra, beroepsverenigingen, verzekeraars en de coördinatoren van de Regionale Ondersteunings Structuren in de eerstelijnszorg).

Het Depressie Initiatief

Het Depressie Initiatief is geïnitieerd door het Trimbos-instituut en gefinancierd door RVVZ (inmiddels het Innovatiefonds). Het is een landelijk programma waarin 30 GGZ instellingen, 80 huisartspraktijken, het VUmc, het EMGO^k instituut en het iMTA^l zich inzetten voor:

- Landelijke implementatie van de multidisciplinaire richtlijn Depressie
- Evaluatie van de kosteneffectiviteit van deze aanpak in drie settings (eerstelijns, bedrijfsgeneeskundige setting, ziekenhuissetting)
- Uitkomstenmanagement, gericht op het informeren van patiënten, hulpverleners en zorgverzekeraars over de meest doelmatige aanpak van depressie

Het programma bestaat uit de volgende onderdelen:^m

- Doorbraakproject
- Promotieonderzoek naar de implementatie van de richtlijnen in de praktijk
- Diverse kosteneffectiviteitsstudies, te weten:
 - 'Effectiveness of collaborative care for depressive disorder in general practice.'
 Promovendus: Drs. F.J. (Siska) de Jong. Projectleider: Dr. C.M. van der Feltz-Cornelis

^k Het EMGO instituut is één van vijf onderzoeksinstituten van het VU Medische Centrum in Amsterdam. Het werkveld van het EMGO instituut bestaat grotendeels uit het doen van onderzoek in de eerstelijnsgezondheidszorg (huisartsen praktijken) en de algehele volksgezondheid.

^l Dit instituut verricht wetenschappelijk onderzoek op het terrein van medical technology assessment in de gezondheidszorg (MTA). Dit bestaat voor een belangrijk deel uit het uitvoeren van kosten-effectiviteitsanalyses van allerlei interventies in de gezondheidszorg. Daarnaast wordt methodologisch onderzoek uitgevoerd, zoals het ontwikkelen van instrumenten voor kwaliteit-van-leven meting en het verrichten van onderzoek.

^m Een beschrijving van bovengenoemde projecten is te vinden op de projectsite van het Depressie Initiatief (via www.trimbos.nl).

- 'Effectiveness of collaborative care for depressive disorder in patients with medical illness in general practice.' Promovendus: Drs. K.M.L. (Klaas) Huijbregts. Projectleider: Dr. C.M. van der Feltz-Cornelis.
- 'Effectiveness of collaborative care for medically ill patients with comorbid depressive disorder in the General Hospital setting.' Promovendus: T. (Tjeerd) van Benthem, psychiater. Projectleider: Dr. C.M. van der Feltz-Cornelis.
- 'Effectiveness of collaborative care for depressive disorder in the occupational health setting.' Promovendus: Drs. M.C. (Moniek) Vlasveld. Projectleider: Dr. C.M. van der Feltz-Cornelis.
- 'Costeffectiveness of collaborative care for depressive disorder in the general practice, the occupational health and the general hospital setting.' Promovendus: Drs. K.M. (Kirsten) Weijnenburg. Projectleider: Dr. C.M. van der Feltz-Cornelis.

Naar de implementatie van de richtlijnen worden de volgende onderzoeken uitgevoerd, die in gang gezet zijn door het Trimbos-instituut, ZonMw, RVVZ/ het Innovatiefonds:

- In de periode 2006-2008 wordt een gecontroleerde trial uitgevoerd naar de effectiviteit van de Doorbraakmethode als strategie voor de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn in de GGZ. Het onderzoek richt zich op de effecten van het Doorbraakproject Depressie 2 en vindt plaats in een samenwerkingsverband van het Trimbos-instituut, AMC/ De Meren in Amsterdam, de NESDA onderzoeksgroepⁿ en het WOK in Nijmegen.^o Resultaten worden verwacht in 2009.
- Ontwikkeling van twee checklists voor het meten van het gebruik van de multidisciplinaire richtlijn Depressie en de waardering door patiënten als toetsingsinstrument in de depressiezorg:
 1. Checklist Gebruik van de multidisciplinaire richtlijn Depressie (doel: vaststellen gebruik richtlijn)
 2. Checklist kwaliteit van Depressiezorg (doel: monitoring kwaliteit)

De checklists zijn in 2007 gepubliceerd.¹³

3.8 IMPLEMENTATIERESULTATEN MULTIDISCIPLINAIRE RICHTLIJNEN

Hulpverleners worden geacht evidence-based te werken. Richtlijnen zijn echter geen wettelijke voorschriften, maar op wetenschappelijk bewijs gebaseerde inzichten en

ⁿ De Nederlandse Studie naar Depressie en Angst (NESDA) is een wetenschappelijke studie naar het ontstaan van angst en depressie en het verloop van deze klachten. NESDA is in augustus 2004 van start gegaan. NESDA wordt gefinancierd door het GeestKracht programma van ZonMw.

^o Afdeling Kwaliteit van Zorg (WOK) is gespecialiseerd in wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en advisering op het terrein van de kwaliteit en veiligheid in de gezondheidszorg.

aanbevelingen waaraan zorgverleners kunnen voldoen om kwalitatief optimale zorg te verlenen. Hulpverleners kunnen, als dat nodig is, afwijken van de richtlijn als de situatie van de patiënt dat vraagt. Als van de richtlijn wordt afgeweken, dient dit beargumenteerd te worden, in overleg met de patiënt plaats te vinden en gedocumenteerd te worden. Het draagvlak voor het werken met richtlijnen is de afgelopen tien jaar toegenomen onder hulpverleners en aanbieders. Over het gebruik en de effectiviteit van de multidisciplinaire richtlijnen is niet veel bekend. Bij enkele beroepsgroepen - zoals psychiaters - maken de richtlijnen inmiddels onderdeel uit van het basiscurriculum. Ook krijgen de richtlijnen veel aandacht op congressen. Verder besteedt de beroepsvereniging van psychologen aandacht aan de multidisciplinaire richtlijnen via een symposium en via vermelding op de website. In 2008 zal het Nederlands Instituut Psychologen (NIP) een serie artikelen publiceren over reeds verschenen richtlijnen.

In Tabel 3.4 wordt een overzicht gegeven van de verkoopgetallen van richtlijnproducten. De afnemers zijn voornamelijk GGZ-instellingen. Vanaf 1 april 2007 is het ook mogelijk om via de website van het Trimbos-instituut multidisciplinaire richtlijnen te downloaden. In de periode 1-4-2007 t/m 1-6-2008 varieerde het aantal malen dat een richtlijn gedownload werd van 3.000 tot 5.000 keer, waarbij de richtlijnen Angststoornissen en Depressie het vaakst en de richtlijn ADHD bij kinderen en jeugd en Schizofrenie het minst vaak gedownload werden.

TABEL 3.4 VERKOOPGETALLEN RICHTLIJNPRODUCTEN TRIMBOS-INSTITUUT 2003-2007

<i>Onderwerp</i>	<i>Omschrijving</i>	<i>Publicatie</i>	<i>Aantal exemplaren t/m 2007</i>
Angststoornissen	Multidisciplinaire richtlijn	2003	1722
	Samenvatting	2005	646
	Patiëntenversie	2005	602
	Landelijk Basisprogramma	2005	732
Depressie	Multidisciplinaire richtlijn	2005	2084
	Samenvatting	2005	4546
	Patiëntenversie	2005	598
	Landelijk Basisprogramma	2005	797
Schizofrenie	Multidisciplinaire richtlijn	2005	2051
	Samenvatting	2005	2259
	Patiëntenversie (in druk)	2007	
	Landelijk Basisprogramma	--	
ADHD bij jeugd	Multidisciplinaire richtlijn	2005	2845
	Samenvatting	2007	111
	Patiëntenversie	2007	
	Landelijk Basisprogramma	2007	134
Eetstoornissen	Multidisciplinaire richtlijn	2006	960
	Samenvatting	--	
	Patiëntenversie	--	
	Landelijk Basisprogramma	2006	122

Bron: Trimbos-instituut; december 2007

Implementatieresultaten Doorbraakproject Depressie 1¹⁴

Het Doorbraakproject Depressie 1 werd in de periode 2004-2006 als eerste Doorbraakproject in de GGZ uitgevoerd in opdracht van het College van Zorgverzekeringen.^{14p} Het project richtte zich op de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn Depressie (2005) en de NHG standaard Depressie (2003). Het werd uitgevoerd in 10 landelijke proefregio's. Er werden resultaten verkregen uit 9 regionale teams, die gecentreerd waren rond huisartsenpraktijken. In deze teams bereikten 70 hulpverleners uit de eerste- en tweedelijin in totaal 310 patiënten. Een landelijk expertteam ontwierp op basis van de depressierichtlijnen een model voor *stepped care* behandeling bij depressie. Dit kan in feite beschouwd worden als een vertaling van de richtlijn naar de praktijk. In dit model dienden huisartsen onderscheid te maken tussen mensen met een ernstige en niet-ernstige depressie, waarna aan de hand hiervan het bijpassende niveau van behandeling volgens de richtlijnen kan worden geïndiceerd.

Centrale doelstellingen van het Doorbraakproject Depressie 1 waren:

- Het terugdringen van overbehandeling van mensen met een niet-ernstige depressie
- Het terugdringen van de onderbehandeling van mensen met een ernstige depressie, onder andere door het verkorten van de wachttijden voor psychotherapie

Belangrijkste resultaten¹²:

- Volgens de ondervraagde projectleiders verbeterden de depressiezorg en de samenwerking tussen de eerste- en tweedelijnszorg.
- De overbehandeling van mensen met niet-ernstige klachten nam af (van 61 naar 11 procent); huisartsen schreven minder antidepressiva voor. In overleg met patiënten werd besloten om een minimale interventie in te zetten. Hulpverleners implementeerden deze interventies in de huisartsenpraktijk. Een twintigtal huisartsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en psychologen werd getraind in het toepassen van de effectieve en kortdurende interventie *Problem Solving Treatment*.
- De samenwerking met de tweedelijin werd geïntensiveerd; patiënten konden sneller bij de tweedelijnszorg terecht voor diagnostiek en soms voor behandeling. Ongeveer 43 procent van alle patiënten knapte na zes maanden behandeling op (gemeten via de *Beck Depression Inventory* (BDI)). Er was echter geen sprake van de beoogde reductie van de wachttijden voor psychotherapie tot één maand. Dit had met name organisatorische redenen die niet gemakkelijk te beïnvloeden waren.

^p In september 2006 werd een vervolgproject gestart: het Doorbraakproject Depressie 2 (2006-2008). Financier van dit project is de Stichting Centraal Fonds RVVZ.¹⁴

Implementatieresultaten Doorbraakproject Schizofrenie 1¹⁵

Het Doorbraakproject Schizofrenie 1 werd in de periode 2006 - 2007 als tweede doorbraakproject in de GGZ uitgevoerd in opdracht van het College van Zorgverzekeringen.¹³ De inhoud van het project richtte zich op de implementatie van de multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie (2005). Bij de uitvoering van het project werd tevens aandacht besteed aan cliëntparticipatie bij het vaststellen en uitwerken van de doelen. Het project werd uitgevoerd in 18 GGZ instellingen. In het project werden resultaten verkregen uit 20 multidisciplinair samengestelde teams. In deze teams bereikten 160 hulpverleners en ervaringsdeskundigen in totaal 1.091 patiënten, onderverdeeld naar drie doelgroepen:

- Doelgroep 1: Cliënten met een eerste psychose
- Doelgroep 2: Langdurig instabiele cliënten
- Doelgroep 3: Langdurig stabiele cliënten

Centrale doelstellingen van het Doorbraakproject Schizofrenie 1 waren:

- Verminderen van terugval
- Verbeteren van het sociaal functioneren

Om deze doelen te realiseren werkten de doorbraakteams aan:

1. Het (beter) toepassen van beschreven effectieve interventies uit de richtlijn
2. Het doorvoeren van een aantal structurele verbeteracties in de organisatie van de zorg, zoals het realiseren van 'up to date' individuele zorgplannen, het systematisch screenen op zorgbehoefte en de tijdigheid van zorg.

Belangrijkste resultaten:

- Het sociaal functioneren van cliënten verbeterde; bij 41 procent van de cliënten was de gemiddelde score op de *Health of the Nation Outcome Scales* (HoNOS) met 2 punten gestegen.
- De ernst van de symptomen nam af. Het aantal terugvallen was in de tweede helft van de projectperiode lager dan in de eerste helft, gemeten met de *Clinical Global Impression* (CGI). Dat gold ook voor cliënten bij wie de symptomen wegbleven: in de tweede helft van het project was er sprake van een toename van het aantal cliënten bij wie de symptomen wegbleven.
- Daarnaast werden resultaten geboekt op het gebied van continuïteit van zorg; zo nam het gebruik van actuele en volledige zorgplannen toe (van 7 naar 42 procent).
- Tot slot nam het systematisch screenen van de zorgbehoefte van cliënten toe.¹³

Het ministerie van VWS staat positief tegenover de invoering van zorgverbeteringen door middel van Doorbraakprojecten. Een tweede doorbraakproject schizofrenie is inmiddels gestart.¹⁵ ZonMw financiert, namens VWS, een deel van het tweede Doorbraakproject Schizofrenie.

4 ZORGPROGRAMMERING

4.1 INLEIDING

Een zorgprogramma is een geheel van specifieke op elkaar afgestemde activiteiten en modules om een optimaal effect te bewerkstelligen voor een omschreven groep hulpvragers met een overeenkomstige behoefte aan zorg of behandeling.¹⁶ Zorgprogramma's worden op instellingsniveau opgesteld en zijn bedoeld om meer samenhang in de zorg voor individuele cliënten te creëren. Bedoeling is dat het aanbod transparant wordt en de continuïteit van zorg beter kan worden gegarandeerd. Ook dient een zorgprogramma als onderhandelingskader bij het opstellen van een individueel zorgplan; in samenspraak met de cliënt kan worden gespecificeerd welke zorg met welk doel wordt geboden. Zorgprogramma's beogen hiermee direct bij te dragen aan de vermaatschappelijking van de GGZ en aan de versterking van de positie van de cliënt.²⁵ De behoefte aan programmering en standaardisering van zorgaanbod zou de laatste jaren sterk zijn toegenomen.

Zorgprogramma's zouden verder als verbindend element fungeren tussen inhoudelijke en organisatorische afwegingen. Naast hulpverleners en cliënten, zouden ook managers van de zorgprogramma's, verantwoordelijk voor de randvoorwaarden, kwaliteitsbewaking en doelmatigheid van de zorg, hiervan dienen te profiteren; sommige instellingen organiseren de zorg rondom stoornisgerelateerde programma's, andere instellingen voegen elementen uit zorgprogramma's (preventie, diagnostiek, behandeling, nazorg etcetera) toe aan het bestaande hulpaanbod.

De praktijk wijst uit dat richtlijnontwikkeling en programmaontwikkeling steeds meer in elkaars verlengde komen te liggen. Richtlijnen, die ook de afstemming tussen fasen in het zorgproces beschrijven, krijgen een sterker programmatisch karakter, terwijl programma's die wetenschappelijk onderbouwd zijn (*evidence-based*) steeds meer een 'richtlijn karakter' krijgen. Omdat zorgprogrammering betrekking heeft op het lokale aanbod, blijft behoefte aan beide producten bestaan.

Doelen zorgprogrammering

Vraaggerichte zorg en professionele kwaliteit van zorg zijn belangrijke doelen van programmatisch werken.¹⁷ De omslag naar vraaggerichte zorg en de toenemende grootschaligheid van instellingen door fusies, vragen om herkenbaarheid en ordening van de basiselementen in het zorgaanbod. Bij de invoering van zorgprogrammering worden doelen op drie niveaus (cliënt, hulpverlener en organisatie niveau) onderscheiden:¹⁵

A. Doelen op cliëntniveau

- Zorg op maat
- Transparantie van hulpaanbod en keuzes
- Een gelijkwaardige positie met de zorgverlener

B. Doelen op hulpverlenerniveau

- Systematisch werken op basis van wetenschappelijke en professionele onderbouwing
- Mogelijkheid om via zorgprogramma's nieuwe inzichten in te voeren
- Mogelijkheid tot specialisatie op een doelgroep

C. Doelen op organisatieniveau en managementniveau

- Zicht krijgen op noodzakelijk hulpaanbod in verband met planning, personeel en productie
- Presenteren van het beschikbare hulpaanbod voor de belangrijkste doelgroepen
- Samenwerkingsafspraken met andere zorgverleners¹⁵

4.2 ZORGPROGRAMMA'S

Zorgprogramma's worden georganiseerd rondom het wenselijke en het bestaande aanbod (modules en activiteiten) van GGZ-instellingen en worden beschreven in het volgende format:¹⁸

- Naam van de module
- Inhoud van de module (doelen, functie(s), activiteiten, locatie, frequentie en duur)
- De indicatie en zo mogelijk een onderbouwing van het niveau van de module (is deze module de eerste keus binnen de behandeling?)
- Ontvangers van de module (betrokkenen in het cliëntstelsel en de omgeving, indicaties en contra-indicaties)
- Organisatorische en financiële aspecten (betrokken disciplines, voortgangsbewaking, bijstelling en kosten)

Een zorgprogramma kan op alle fasen in de behandeling betrekking hebben: preventie, (acuut) behandelen of begeleiden, stabiliseren, verzorgen, beschermen, rehabiliteren en nazorg.¹⁹ In Tabel 4.1 wordt een overzicht gegeven van het aantal beschikbare zorgprogramma's per circuit (derde kolom) en de doelgroepen (tweede kolom). De meeste zorgprogramma's hebben betrekking op het circuit Volwassenen (ca. 350), gevolgd door het circuit Kinderen en Jeugd (ca. 180). De minste zorgprogramma's hebben betrekking op het circuit Verslavingszorg (ca. 70).

TABEL 4.1 OVERZICHT VAN DE BELANGRIJKSTE ZORGPROGRAMMA-DOELGROEPEN PER CIRCUIT (RESULTATEN OP LANDELIJK NIVEAU)²⁰

<i>Circuit</i>	<i>Belangrijkste doelgroepen</i>	<i>Aantal zorgprogramma's per circuit</i>
Volwassenen	persoonlijkheidsstoornissen psychotische stoornissen stemmingsstoornissen angststoornissen	ca. 350 programma's
Kinderen en Jeugdigen	ontwikkelingsstoornissen , mn. autisme spectrum stoornissen (ASS) gedragsstoornissen, vooral ADHD	ca. 180 programma's
Ouderen	cognitieve stoornissen functioneel psychiatrische stoornissen	ca. 100 programma's
Forensische psychiatrie	seksuele stoornissen psychotische stoornissen persoonlijkheidsstoornissen dubbele diagnose	ca. 150 programma's
Verslavingszorg	veel losse modules, zonder integrerend programmatisch kader	ca. 70 programma's

Bron: Peters et al., 2007

4.3 LANDELIJKE BASISPROGRAMMA'S

Op initiatief van het Trimbos-instituut worden landelijke basisprogramma's opgesteld. Een landelijk basisprogramma bevat op hoofdlijnen alle ingrediënten die nodig zijn om een op de regio toegesneden zorgprogramma op te stellen voor een bepaalde stoornis: het basisprogramma geeft aan welk hulpaanbod bij welke instelling in de regio beschikbaar moet zijn en door wie dat geleverd kan worden. Het landelijke basisprogramma beschrijft:²¹

- De doelgroep
- De hulpvraag van de doelgroep
- De professionele analyse van de hulpvraag
- De co-morbiditeit
- Het wenselijke hulpaanbod op basis van de beste wetenschappelijke, professionele en ervaringskennis, beschreven in de multidisciplinaire richtlijn
- De noodzakelijke randvoorwaarden voor een zorgprogramma voor de doelgroep

Landelijke basisprogramma's kunnen beschouwd worden als een vertaling van de multidisciplinaire richtlijnen naar concrete programmering van de zorginhoud. Het gaat daarbij om een breed basisprogramma, bestaande uit een preventief hulpaanbod en hulpverlening in de eerstelijns en hulpverlening in de tweedelijns (GGZ). Het dient als leidraad bij het opstellen en implementeren van een regionaal zorgprogramma.²¹ Een basisprogramma wordt geschreven voor beroepsgroepen en zorgmanagers van instellingen, die betrokken zijn bij het regionale zorgaanbod voor cliënten met psychische problematiek. Gebruikers van een basisprogramma zijn werkzaam in de eerste-, tweede- en derdelijnszorg en zorgverzekeraars. Eind 2007 werden 3 basisprogramma's uitgebracht voor het zorgcircuit Volwassenen en 1 voor het circuit Kinderen en Jeugd (zie onderstaand kader).

Landelijk Basisprogramma Angststoornissen	(2005)
Landelijk Basisprogramma Depressie	(2005)
Landelijk Basisprogramma Eetstoornissen	(2006)
Landelijk Basisprogramma ADHD bij jeugd	(2007)

4.4 INVOERING ZORGPROGRAMMERING IN DE PRAKTIJK VAN DE GGZ

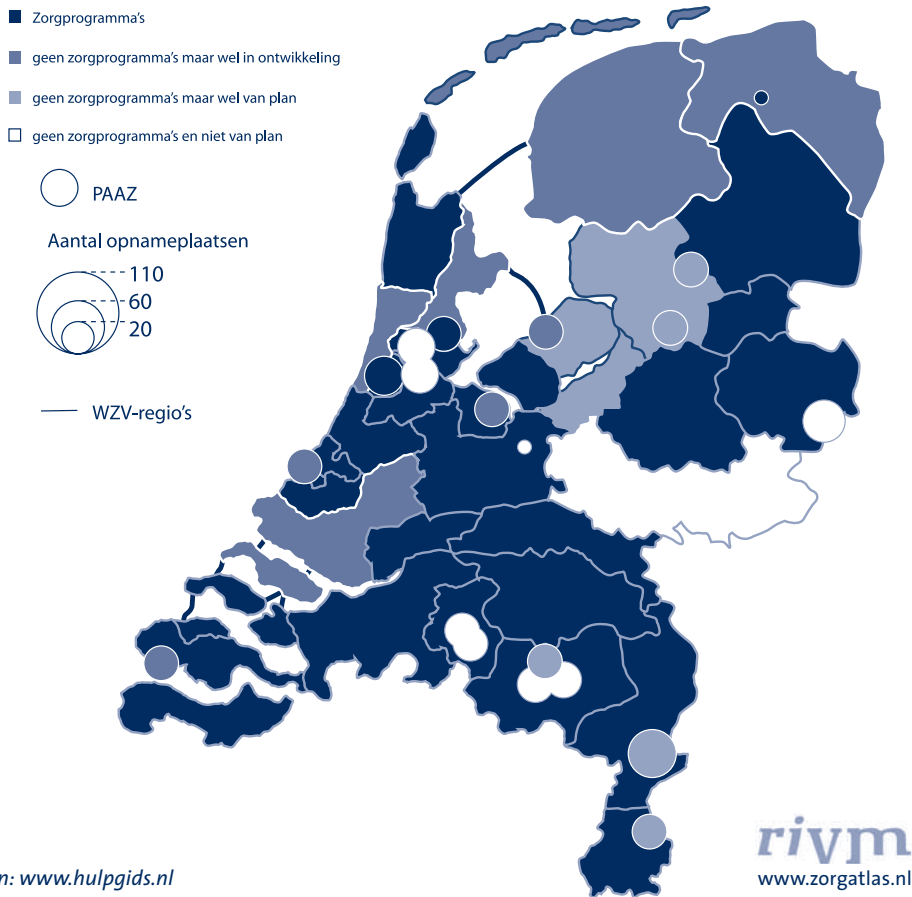
De actuele stand van zaken rondom het gebruik van zorgprogramma's werd recentelijk in een artikel in het Maandblad Geestelijke Volksgezondheid beschreven.²⁰ Hierin werd verslag gedaan van een inventariserend onderzoek, verricht door het Julius centrum en het Trimbos-instituut bij 127 GGZ-instellingen in 35 regio's en sectoren van de GGZ.

Alle GGZ-instellingen in Nederland (n=140) werden in dit onderzoek benaderd en 127 instellingen werkten mee aan het onderzoek (respons: 90 procent). Bij 176 contactpersonen werd in de periode augustus-oktober 2006 de vragenlijst telefonisch afgenomen. De 176 respondenten waren verdeeld over 35 Nederlandse regio's, 6 categorieën instellingen (landelijk werkende instellingen, regionale GGZ-instellingen, kinder- en jeugdpsychiatrie, forensische psychiatrie, RIBW'en en verslavingszorg) en 5 circuits (jeugdigen, volwassenen, ouderen, forensisch, alcohol/drugs).

De resultaten van dit onderzoek maken duidelijk dat 94 GGZ-instellingen in totaal 850 zorgprogramma's hanteren, die opgebouwd zijn rond thema's of (diagnostische) groepen. In Figuur 4.1 wordt de landelijke verspreiding voor het gebruik van zorgprogramma's weergegeven: hoe donkerder de tint, hoe intensiever de regio werkt met zorgprogramma's. In de 'zwarte' regio's behoort het werken met meerdere zorgprogramma's tot de dagelijkse praktijk. In grijze regio's is men bezig met de invoering van zorgprogramma's of ontwikkelt men plannen daartoe. In de 'witte' regio's kiest men niet voor het werken met zorgprogramma's.

FIGUUR 4.1 OVERZICHT ZORGPROGRAMMERING IN DE NEDERLANDSE GGZ-REGIO'S PER 2006²⁰

Zorgprogrammering in de Nederlandse GGZ



Rond de 400 zorgprogramma's werden (grotendeels) geïmplementeerd in 2006; bijna 200 werden gedeeltelijk geïmplementeerd en iets meer dan 250 zorgprogramma's zijn nog in ontwikkeling.²⁰ Bij het ontwikkelen van de zorgprogramma's in 2006, maakte 75 procent gebruik van de landelijke richtlijnen. Daarnaast werd in ruim 60 procent van de gevallen gebruik gemaakt van reeds elders bestaande zorgprogramma's en/of de landelijke programma's van het Trimbos-instituut.

In Figuur 4.2 wordt op instellingsniveau een overzicht gegeven van de mate waarin GGZ-instellingen werken met zorgprogramma's.²⁰ De meerderheid van de ondervraagde GGZ-instellingen (60 procent) gaf aan te werken met zorgprogramma's, tegenover 14 procent die zei dit niet te doen (vooral PAAZ'en). In de forensische psychiatrie en in de categorale zorg lag dit percentage hoger: 80 procent gaf aan met zorgprogramma's te werken.

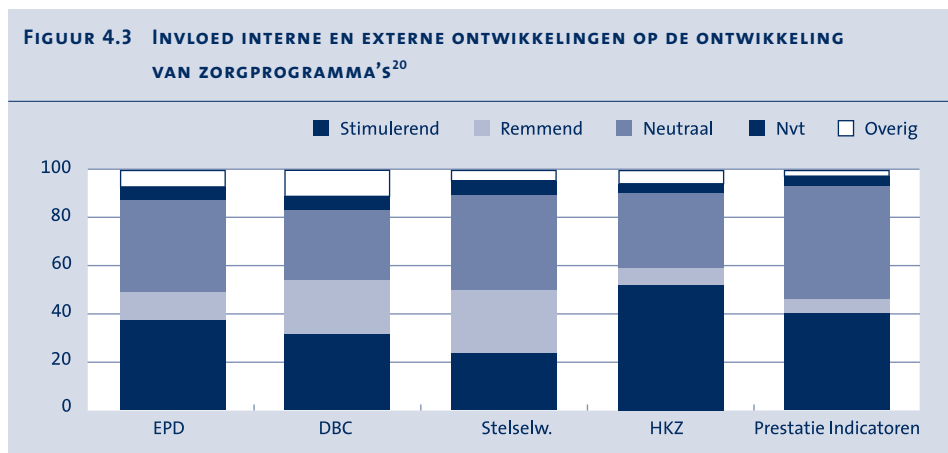


Bron: Peters et al., 2007

Van een eenduidig organisatiemodel blijkt nog geen sprake; bij de invoering van zorgprogramma's gaf 90 procent van de GGZ-instellingen aan verschillende vormen van veranderstrategieën naast elkaar te gebruiken. Ruim de helft noemde als veranderingsstrategie: "kanteling van de organisatie" (herinrichten van de organisatie naar zorgprogramma's). In sommige gevallen hield dit in dat er in teams gewerkt werd, maar ook kon het betekenen dat er sprake was van algemene hulpverlenerclusters, waarbij programmamedewerkers door "zorglijnen" verbonden werden met medewerkers uit andere teams. De helft van de respondenten gaf aan de invoering van zorgprogramma's regelmatig te monitoren en hierover te rapporteren.²⁰ In de periode 2005-2007 lieten 20 GGZ-instellingen medewerkers scholen op het onderwerp 'zorg-programmering'.¹⁹

4.5 INVLOED INTERNE EN EXTERNE ONTWIKKELINGEN

Peters et al. (2007) onderzochten welke interne en externe ontwikkelingen het invoeren van zorgprogramma's stimuleren (Figuur 4.3).²⁰ Meer dan de helft van de ondervraagde GGZ-instellingen (n=127) gaf in dit onderzoek aan de HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgsector) als stimulerend voor de ontwikkeling van zorgprogramma's te ervaren, iets minder dan helft de prestatie-indicatoren en het EPD (Electronisch Patiënten Dossier). Volgens de respondenten helpt de HKZ bij het beschrijven van processen, vraagt het om transparantie binnen de organisatie en zorgt het ervoor dat zorgprogramma's kwalitatief beter neergezet kunnen worden. Door de prestatie-indicatoren kan de zorg volgens hen beter geëvalueerd en getoetst worden en kan de werkwijze binnen de organisatie beter onder de loep genomen worden. Het creëren van transparantie en het geven van inzicht in de werkwijze van de eigen organisatie, wordt door de ondervraagde respondenten als stimulerende factor genoemd bij de DBC. De stelselwijziging heeft volgens de respondenten het minst positieve effect op de zorgprogrammering.



Bron: Peters et al., 2007

4.6 STAND VAN ZAKEN RONDOM ZORGPROGRAMMERING

In het onderzoek van Peters et al. (2007) werd een aantal conclusies geformuleerd die van belang zijn voor het verdere beleid ten aanzien van zorgprogrammering:²⁰

Overeenkomsten in zorgprogrammering tussen GGZ-instellingen²⁰

De zorgprogrammering in de GGZ zou volgens de onderzoekers kunnen rekenen op een breed draagvlak. Het merendeel van de ondervraagde GGZ-instellingen gaf aan zorgprogramma's waardevol te vinden. Er blijkt volgens de onderzoekers overeenstem-

ming tussen GGZ-instellingen te zijn over de voornaamste doelgroepen die via zorgprogramma's bediend kunnen worden. Ook bestaat er volgens hen overeenstemming over de doelstellingen van transparantie, vraaggerichtheid en betere kwaliteit van zorg.

*Verschillen in zorgprogrammering tussen GGZ-instellingen*²⁰

Er zou op landelijk niveau nog geen overeenstemming zijn tussen GGZ-instellingen over de definitie, de inhoud en de vereiste kwaliteit van zorgprogramma's. Routinematige procesevaluatie zou volgens de onderzoekers maar in de helft van de instellingen plaatsvinden. Procesevaluatie aan de hand van cliëntgegevens, en tevredenheids- en effectonderzoek onder cliënten en medewerkers scoren volgens de onderzoekers nog lager. De verdere ontwikkeling van regionale procesevaluatie en routine-monitoring van cliënten in zorgprogramma's vormen volgens hen belangrijke regionale aandachtspunten voor de komende tijd. In de helft van de gevallen zouden de zorgprogramma's alleen ontwikkeld zijn door en voor de eigen instelling. Het betrekken van huisarts en eerstelijns staat volgens de onderzoekers niet hoog in het vaandel. De zorgprogramma's zouden in de praktijk vooral een (gespecialiseerd) instrument van de tweedelijnszorg te zijn geworden. Rond de 40 procent van de respondenten zou geen relatie zien met andere ontwikkelingen binnen de GGZ. Het lijkt volgens de onderzoekers dat organisatorische ontwikkelingen niet in samenhang met de zorgprogrammering gerealiseerd worden. Waar dit wel gebeurt, zouden de HKZ, en in iets minder mate de prestatie-indicatoren, de invoering van EPD en DBC, positieve factoren zijn voor zorgprogrammering vanwege vergelijkbare doelstellingen als verbetering van de kwaliteit van zorg, het expliciteren van duidelijke beleids- en behandeldoelstellingen, en het kunnen volgen van de resultaten.

In de periode 2005-2006 werd een invoeringstraject van zorgprogramma's in 3 regio's door het Trimbos-instituut ondersteund, gebaseerd op aanbevelingen uit een oriënterend onderzoek naar de implementatie van zorgprogramma's in 10 regio's.^{22;23} Dit gebeurde met behulp van een stappenplan, monitoring met procesevaluaties en advisering aan de hand van uitkomsten van evaluaties. Het project (gefinancierd door ZonMw) leverde de volgende aanbevelingen op voor instellingen die van plan zijn zorgprogramma's te implementeren:

- Monitoring van het proces is noodzakelijk om de invoering systematisch te doen verlopen
- De instelling moet hulpverleners en externe zorgaanbieders vroegtijdig betrekken bij de invoering van zorgprogrammering in verband met tijdige regionale afstemming
- De instelling kan draagvlak creëren door vroegtijdig inzicht te geven in het overkoepelend doel van zorgprogrammering
- Voorbereiden van hulpverleners op mogelijke verandering van caseload op grond van specialisatie in de doelgroep van het zorgprogramma is belangrijk

- Randvoorwaarden scheppen voor intervisie en intercollegiaal overleg is noodzakelijk
- Actief betrekken van de cliëntgroep bij de invoering van zorgprogramma's is zeer wenselijk

4.7 EFFECTIVITEIT EN WAARDERING ZORGPROGRAMMERING

Over de effectiviteit van zorgprogramma's in de Nederlandse GGZ zijn nauwelijks onderzoeksgegevens beschikbaar. Meer onderzoek is nodig om antwoord te kunnen geven op de volgende vragen:

- Resulteren zorgprogramma's daadwerkelijk in zorg op maat?
- Wat is het evidence-based gehalte van zorgprogramma's?
- Worden met zorgprogramma's betere en snellere behandelresultaten bereikt?
- Wat is de (kosten)effectiviteit van zorgprogramma's?

Om beter zicht hierop te krijgen, bepleiten Van Fenema et al. (2006) de invoering van een Electronisch Patiënten Dossier (EPD). Met een EPD kan volgens hen op patiëntniveau een relatie gelegd worden tussen behandelmodules en -uitkomsten.²⁴ Consequente routine-outcome-monitoring bij individuele behandelingen zouden op termijn waardevolle gegevens kunnen opleveren om uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit van zorgprogrammering.²⁵ Momenteel wordt door GGZ Rivierduinen, in samenwerking met het Leids Universitair Medisch Centrum, een instrument ontwikkeld om de mate van implementatie van zorgprogramma's in de zorg voor patiënten met stemmings-, angst- of somatoforme stoornissen betrouwbaar vast te stellen. De eerste resultaten zijn bemoedigend.²⁴

5 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

5.1 BELANGRIJKE ONTWIKKELINGEN

Er wordt systematisch gewerkt aan het opzetten van een samenhangend kennisbeleid

Er is een convenant getekend door ZonMw, Trimbos-instituut, GGZ-Nederland, er is een Kennisagenda opgesteld en er is een Netwerk van Kenniscentra in de GGZ opgericht. De eerste versie van de landelijke kennisagenda werd in 2007 voorbereid en deze verscheen in januari 2008. De thema's co-morbiditeit, persoonlijkheidsstoornissen en multidisciplinaire richtlijnen hebben prioriteit.

Over de effectiviteit van kwaliteitsinterventies en -instrumenten kunnen op dit moment geen uitspraken worden gedaan

Over de effectiviteit van kwaliteitsinterventies en -instrumenten (zoals kenniscentra, multidisciplinaire richtlijnen of zorgprogramma's) is nauwelijks informatie beschikbaar. Het is nog te vroeg om algemene uitspraken te doen over de werkzaamheid van kwaliteitsinstrumenten en -interventies in de praktijk. Ook ontbreken landelijke cijfers omtrent de implementatie en het naleven van de richtlijnen in de praktijk.

Richtlijnen bevinden zich momenteel in de implementatiefase

Er zijn in totaal 6 richtlijnen uitgegeven en 10 richtlijnen zijn momenteel in ontwikkeling. Over het gebruik en de effectiviteit van de multidisciplinaire richtlijnen zijn nauwelijks gegevens beschikbaar. De eerste resultaten van doorbraakprojecten zijn bemoedigend; zo zou de overbehandeling van mensen met niet-ernstige depressieve klachten in het doorbraakproject zijn afgenomen, de samenwerking met de tweedelijns zou geïntensiveerd zijn en er zijn aanwijzingen dat het functioneren van schizofrene patiënten in het doorbraakproject verbeterde en de ernst van de symptomen afnam.

Zorgprogrammering kan rekenen op draagvlak

Het merendeel van de GGZ-instellingen werkt met zorgprogramma's. Over de effectiviteit van zorgprogramma's zijn nauwelijks gegevens beschikbaar. Er zou op landelijk niveau nog geen overeenstemming zijn tussen GGZ-instellingen over de definitie, de inhoud en de vereiste kwaliteit van zorgprogramma's. Routinematige procesevaluatie zou volgens de onderzoekers maar in de helft van de instellingen plaatsvinden.

5.2 WITTE VLEKKEN

Op basis van deze inventarisatie blijven nog veel vragen onbeantwoord. Toekomstig onderzoek zou zich onder andere moeten richten op de volgende vragen:

1. Welke factoren bevorderen of belemmeren het gebruik van de multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ?⁹
2. In hoeverre worden de richtlijnen in de praktijk verspreid en nageleefd?
3. Welk effect hebben de richtlijnen op belangrijke uitkomstmaten (zoals therapie-trouw, sociaal functioneren, doelmatigheid van zorg)?
4. In hoeverre hebben cliënten kennis van richtlijnen en zijn deze toegankelijk en beschikbaar gemaakt voor de doelgroepen?
5. Worden met zorgprogramma's betere en snellere behandelresultaten bereikt?
6. Resulteren zorgprogramma's daadwerkelijk in zorg op maat?
7. In hoeverre zijn bestaande zorgprogramma's evidence-based?
8. Wat is de (kosten)effectiviteit van zorgprogramma's?
9. Welke verander- en implementatiestrategieën zijn werkzaam bij de implementatie van richtlijnen en zorgprogramma's?

⁹ Deze onderzoeksvraag zal het Trimbos-instituut in 2008 beantwoorden in opdracht van het Ministerie van VWS. Resultaten worden beschreven in een themarapportage dat onderdeel uitmaakt van deelonderzoek 3 'Kwaliteit en Effectiviteit van de GGZ'.

REFERENTIES

1. Verburg, H. (2000). *Kennis en kenniscentra in de GGZ en Beleidsplan kennisoverdracht in de GGZ : een voorzet*. Utrecht: Trimbos-instituut.
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. VWS (2007). *Samen zorgen voor beter: proloog VWS-beleid 2007-2010: brief*. Den Haag: Ministerie VWS.
4. Pannekeet, C., Paalvast, M. (2004). *Handreiking interculturele zorgprogrammering*. Utrecht: GGZ Nederland.
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. Meeuwissen, J. (2006). *Multidisciplinaire richtlijnontwikkeling in de ggz: eindrapportage evaluatiestudie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
7. Cohen-Kettenis, P.T., Dekker, J.H., De Groot, P.A. (2000). Naar geïntegreerde richtlijnen in de GGZ: de visie van de Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de Geestelijke Gezondheidszorg. *MGv: Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 55(9): 782-789.
8. Van der Velde, V. (2003). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen 2003: richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis*. Utrecht: CBO/Trimbos-instituut.
9. Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). *Multidisciplinaire richtlijn ADHD: richtlijn voor de diagnostiek en behandeling van ADHD bij kinderen en jeugdigen 2005*. Utrecht: Trimbos-instituut.
10. Wensing, M., Van Splunteren, P., Hulscher, M. (2000). *Praktisch nieuw: implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum.
11. Grol, R., Grimshaw, J. (2003). From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet*, 362(9391): 1225-1230.
12. Van Splunteren, P., Van Everdingen, J., Janssen, S. (2003). *Doorbreken met resultaten: verbetering van de patiëntenzorg met de doorbraakmethode*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
13. Meeuwissen, J.A.C., Boomstra, R., Henkelman, A.L.C.M. (2007). *Naar een Zorgstandaard Depressie: checklists depressiezorg voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars*. Utrecht: Trimbos-instituut.
14. Henkelman, L., Franx, G., Van Wetten, H., Van Duin, D., Oskam, K., Van Wijngaarden, B. (2006). *Eindrapportage Doorbraakproject Depressie*. Utrecht: Trimbos-instituut.

15. Van Wetten, H., Van der Gaag, M., Slooff, C. (2007). *Eindrapport Doorbraakproject Schizofrenie 1: 18 GGZ instellingen aan de slag met het verbeteren van de schizofreniezorg*. Utrecht: Trimbos-instituut.
16. Verburg, H., Van Rest, E. (2001). *Programma's in de GGZ: handreiking voor zorgprogrammering*. Utrecht: GGZ Nederland.
17. Verburg, H., Boerema, I., Wiersma, D. (2006). *Zorgprogramma's van papier naar praktijk: handreiking invoering zorgprogramma's*. Utrecht: Trimbos-instituut.
18. Franx, G.C., Eland, A., Verburg, H. (2002). Transparante zorg in de GGZ: van de bomen en het bos. Onderscheid en samenhang tussen richtlijnen, protocollen en zorgprogramma's. *MGv: Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 57(11): 1036-1050.
19. Verburg, H., Van Wamel, A., Boerema, I. (2005). *Leergang zorgprogrammering. Intern document*. Utrecht: Trimbos-instituut.
20. Peters, A., Thiessen, J., Verburg, H., Schene, A., Schrijvers, G. (2007). Zorgprogrammering in de GGZ zet door: de stand van zaken in 2006. *MGv: Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 62(6): 500-511.
21. Van Wamel, A., Verburg, H., Meeuwissen, J., Voordouw, I., Van de Velde, V. (2005). *Landelijk basisprogramma angststoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
22. Verburg, H., Van der Vliet, C. (2002). *Implementatie van zorgprogramma's in de GGZ: verslag van een inventariserend onderzoek in 10 regio's*. Utrecht: GGZ Nederland.
23. Boerema, I., Verburg, H. (2006). *Implementatie zorgprogramma's in drie regio's*. Utrecht: Trimbos-instituut.
24. Van Fenema, E.M., Van der Wee, N., De Beurs, E., Onstein, F., Zitman, F.G. (2007). Implementatie van zorgprogramma's: de stand van zaken in de behandelpraktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49(Suppl. 1): 574-575
25. Van Fenema, E., Van der Wee, N., De Beurs, E., Onstein, F., Zitman, F. (2006). Implementatie van zorgprogramma's: de stand van zaken in de behandelpraktijk. *MGv: Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 61(10): 817-826.
26. Van der Feltz Cornelis, C.M., Henkelman, A.L.C., Walburg, J.A. (2006). *Het depressie initiatief: depressiemanagement in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.

BIJLAGE 1 SCHEMA KENNISINFRASTRUCTUUR

<i>Landelijk kenniscentrum voor de GGZ</i>	
Doel	landelijke coördinatie en ondersteuning van het proces van kennisoverdracht en -invoering in de GGZ
Funcities	<ul style="list-style-type: none"> • het verzamelen, wegen en bundelen van kennis op het terrein van de GGZ • het vertalen van deze kennis naar de praktijk • het in dit kader uitvoeren van praktijkgericht onderzoek (zorg-, MTA, beleidsondersteunend en epidemiologisch onderzoek) • landelijke coördinatie van kennisoverdracht en -implementatie • het laagdrempelig beschikbaar stellen van de gevalideerde kennis (onder andere met informatietechnologie) • kennisoverdracht naar initiële opleidingen, en na- en bijscholing • het ondersteunen van de implementatie van gevalideerde kennis • het bijhouden van en rapporteren over de ontwikkelingen van kennisoverdracht en -implementatie in de GGZ • voorstellen doen voor nieuwe ontwikkelingslijnen voor kennisoverdracht en -implementatie in de GGZ • coördinatie en ondersteuning van de Nationale Monitor Geestelijke Volksgezondheid
Breedte	de gehele GGZ, inclusief de verslavingszorg
Duur	structureel
Kwaliteitseisen	wetenschappelijk instituut, met hoogwaardige kennis op het terrein van kennis synthese, praktijkgericht onderzoek, kennisvertaling naar de praktijk, andere vormen van kennisoverdracht, kennisimplementatie en evaluatie van het kennisproces
Structuur	structurele (inter)nationale samenwerking met universitaire vakgroepen, onderzoeksnetwerken, kenniscentra en werkplaatsen in de GGZ en met alle belangrijke overige organisaties en instellingen
Aard van de sturing	door VWS, in het kader van het kennisbeleid in de GGZ in Nederland
Financiering	gemengde financiering: rijksoverheid, tweede en derde geldstroom

	Onderzoeksnetwerken	Kenniscentra
Doel	bijdrage aan onderzoek; ontwikkeling en verspreiding van kennis	bijdrage aan onderzoek, ontwikkeling en verspreiding van kennis
Functies	<ul style="list-style-type: none"> wetenschappelijk onderzoek op internationaal niveau hieraan gerelateerde gespecialiseerde patiëntenzorg hieraan gerelateerd onderwijs en nascholing hieraan gerelateerd het leveren van een bijdrage aan landelijke kennisoverdracht en -implementatie het bijhouden van en toegankelijk maken van de (inter)nationale ontwikkelingen 	<ul style="list-style-type: none"> gespecialiseerde patiëntenzorg hieraan gerelateerde ontwikkeling van de praktijk hieraan gerelateerd wetenschappelijk onderzoek hieraan gerelateerd onderwijs en nascholing het bijhouden van en toegankelijk maken van de (inter)nationale ontwikkelingen het bijdragen aan landelijke kennisoverdracht en -implementatie netwerkvorming voor de hulpverlening
Breedte	een breed terrein (doelgroep, stroomis, thema)	een specifiek(e) doelgroep of thema, met een afgebakende omvang
Duur	langdurige periode, minimaal tien jaar	middellange periode minimaal vier jaar
Wetenschappelijke kwaliteitseisen	hoogwaardig	goed
Structuur	multidisciplinair samenwerkingsverband, bestaande uit een of meer universitaire onderzoeksgroepen, het landelijk kenniscentrum en een of meer GGZ-instellingen	samenwerkingsverband van een of meer GGZ-instellingen met één of meer al dan niet universitaire onderzoeksinstituten en het landelijk kenniscentrum
Aard van de sturing	landelijk; in het kader van een meejarig programma	landelijk; in het kader van het GGZ-beleid van de overheid
Financiering	tweede en derde geldstroom, rijksoverheid	Wet Bijzondere Medische Verrichtingen, rijksoverheid, eventueel het veld

	<i>Academische werkplaatsen</i>	<i>Overige werkplaatsen</i>
Doel	onderzoek en onderwijs op basis van de GGZ-praktijk	onderzoek en scholing op basis van de GGZ-praktijk
Funcities	<ul style="list-style-type: none"> wetenschappelijk onderwijs wetenschappelijk onderzoek hieraan gerelateerde gespecialiseerde patiëntenzorg het bijdragen aan landelijke kennisoverdracht en -implementatie 	<ul style="list-style-type: none"> wetenschappelijk onderzoek naar een of meer aspecten van de GGZ-praktijk het zo mogelijk bijdragen aan onderwijs en/of nascholing op het GGZ-terrein het bijdragen aan landelijke kennisoverdracht en -implementatie
Breedte	in principe de brede GGZ, met hierbinnen de mogelijkheid van specialisatie	meestal een specifieke interventie of vorm van zorgvernieuwing
Duur	in principe structureel	kort tot middellang, tot vijf jaar
Wetenschappelijke kwaliteitseisen	hoogwaardig	goed
Structuur	samenwerkingsverband van een medische faculteit annex Academisch Ziekenhuis plus eventueel het landelijk kenniscentrum en een of meer voorzieningen op het gebied van de GGZ	samenwerkingsverband van een of meer GGZ-instellingen met een of meer, al dan niet universitaire, onderzoeksinstituten plus eventueel het landelijk kenniscentrum
Aard van de sturing	regionaal; in het kader van het beleid van de betreffende medische faculteit dan wel academische werkplaats	lokaal, regionaal of landelijk, afhankelijk van het onderwerp en de financier
Financiering	Rijksbijdrageregeling OCW, eventueel VWS	aanbieders, verzekeraars, fondsen, overheden, enzovoort

Bron: Verburg, 2000

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. Er zijn tot op heden nauwelijks cijfers beschikbaar die een landelijk beeld kunnen geven van kwaliteit en effectiviteit van de geestelijke gezondheidszorg. In dit rapport worden de eerste landelijke gegevens hierover gepresenteerd. Aan de hand van de basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg worden feiten en cijfers op een rij gezet. Ook wordt een beschrijving gegeven van een aantal kwaliteitsinterventies en -instrumenten in de praktijk van de GGZ.

Dit rapport is het derde deel van een drietal Trendrapportages die het Trimbos-instituut in 2008 uitbrengt over de ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg. In deze drie rapporten komen aan bod:
Deel 1: Organisatie, structuur en financiering
Deel 2: Toegang en gebruik
Deel 3: Kwaliteit en effectiviteit

In de komende jaren zullen voortgangs- en verdiepingsrapportages verschijnen. De Trendrapportages GGZ worden samengesteld in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.