

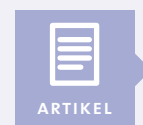
Een valide kwaliteitskader voor de ggz: van benchmark-ROM aan de achterkant naar regionale regie en cocreatie aan de voorkant

J. VAN OS, PH. DELESPAUL

- ACHTERGROND** De jaarprevalentie van psychische aandoeningen is 25%, maar de ggz-sector heeft, bij ontbreken van een publieke ggz, slechts capaciteit voor 6%. Er is geen regie over, of inzicht in, welk deel van de 25% potentiële vraag wordt geselecteerd voor verzekerde ggz-zorg, met als gevolg ondoelmatige inzet van middelen.
- DOEL** Beschrijven van een kwaliteitskader dat zich richt op de impact van de ggz op de psychische gezondheid van de hele populatie – in plaats van onwetenschappelijk benchmarken van symptomen bij een – toenemend strategisch – geselecteerde groep.
- METHODE** Analyse vanuit epidemiologisch en public-healthperspectief.
- RESULTATEN** Een belangrijke kwaliteitspijler is de regionale variatie op populatieniveau. Voor dit nog onontgonnen gebied stellen wij 22 kwantitatieve kernparameters voor, onder andere patronen van psychische en somatische zorgconsumptie en ‘kruisverkeer’, farmaco-epidemiologische gegevens, indicatoren van arbeid en sociale zekerheid, mortaliteit en aantallen Bopz-maatregelen. Een andere pijler is een (simpel) systeem van onderlinge visitatie. Hiervoor benoemen wij 10 kwaliteitsparameters, die nu onzichtbaar blijven, bijvoorbeeld: principe van kleinschaligheid, toegankelijkheid, flexibele op- en afschaling van zorg, maatwerk bij complexe comorbiditeit, multideskundige personele bezetting, focus op community en relaties, beperking van administratieve lasten en aantoonbare op ervaring gebaseerde cocreatie van zorg.
- CONCLUSIE** Een valide kwaliteitskader kan, in combinatie met het instellen van een publieke ggz, de huidige ondoelmatigheid en kwaliteitsblindheid opheffen.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)2, 96-104

TREFWOORDEN cocreatie, ggz, kwaliteitskader, publieke ggz, routine outcome monitoring



ARTIKEL



Over kwaliteit in de gezondheidszorg kunnen we op twee niveaus nadenken. Het eerste niveau gaat over de uitkomst van de individuele patiënt: als de patiënt beter wordt, is de kwaliteit van de zorg goed. Het tweede niveau kan een paradox vormen met betrekking tot het eerste. Zo wordt in de VS per hoofd van de bevolking meer uitgegeven aan

gezondheidszorg dan in welk ander land dan ook. De resultaten van ziekenhuizen zijn dan ook vaak fantastisch op het niveau van de individuele patiënten. Maar een analyse van de volksgezondheid van de gehele Amerikaanse populatie – patiënten en niet-patiënten – laat een beeld zien van ongunstige gezondheidsparameters

(levensverwachting, chronisch zieken, suicides, perinatale sterfte, etc.) in vergelijking met Europese landen, die minder besteden aan gezondheidszorg.

De discrepantie tussen het eerste en het tweede niveau in Amerika heeft onder andere te maken met selectie aan de voorkant: de toegang tot de zorg in Amerika is meer omgekeerd evenredig aan sociaaleconomische parameters dan in Europa, met als gevolg ongelijkheid die zich niet manifesteert binnen de selectie van mensen die in zorg zijn, maar wel in de populatie in haar geheel.

Hetzelfde kan gebeuren binnen een land. Nederland bijvoorbeeld investeert relatief veel in geestelijke gezondheidszorg. Er is echter geen bewijs dat de explosiefstijgende uitgaven in de ggz de afgelopen 15 jaar hebben geleid tot betere mentale gezondheid van de Nederlandse bevolking. Integendeel, de statistieken suggereren dat, bij ongeveer gelijkblijvende investeringen, de psychische volksgezondheid verslechtert, met onder andere meer suicides, meer antidepressivagebruikers, toenemende wachtlijsten en percepties van meer mensen met acute zorgnood (SFK 2015; CBS 2016; Nederlandse Zorgautoriteit 2016; Planije & van Hoof 2016). Gezien het feit dat op macroniveau de uitgaven aan de geestelijke gezondheidszorg niet veel zijn veranderd, lijkt er sprake van afnemende doelmatigheid. Hoe is dat mogelijk en is er een betere manier om op resultaten te sturen?

Focus op de achterkant: value-based health care

De discussie over kwaliteit in de ggz gaat in Nederland vrijwel uitsluitend over het niveau van symptoomreductie van de selectie van mensen die in de ggz terecht zijn gekomen. De nadruk op symptoomreductie van hen die in de ggz zijn geselecteerd, komt voort uit het gedachtegoed van *value-based health care* (VBHC). Value (waarde) in de zorg, zo omschreef Michael Porter (2010), is niets meer en niets minder dan de prijs-kwaliteitverhouding van een zorgtraject. Het optimaliseren van die prijs-kwaliteitverhouding is volgens Porter hét doel dat actoren binnen de zorgsector met elkaar zouden moeten nastreven. Net zoals in andere bedrijfstakken kan er op basis van prijs-kwaliteitsgegevens vervolgens een concurrentiestrijd ontstaan die ertoe moet leiden dat zorgaanbieders zichzelf constant proberen te verbeteren. De patiënt kan de beste zorg kiezen.

De Nederlandse zorg is voor een groot deel gestoeld op het principe van gereguleerde marktwerking. Dat geldt voornamelijk voor de zorg die onder de Zorgverzekeringswet valt (Enthoven & van de Ven 2007). Over het algemeen is dit de curatieve zorg en de ggz is daar een van de voornaamste vormen van. In 2014 werd ongeveer 7% van de bevolking behandeld in deze sector en de kosten hiervoor bedroegen, exclusief de extramurale farmacologische zorg, 5,4 miljard euro (Vektis 2016). De curatieve ggz is

AUTEURS

JIM VAN OS, hoogleraar Psychiatrische epidemiologie en publieke ggz, divisie Hersenen, UMC Utrecht.

PHILIPPE DELESPAUL, hoogleraar Zorginnovatie in de ggz, Maastricht UMC en Mondriaan Maastricht.

CORRESPONDENTIEADRES

prof. dr. J van Os, divisie Hersenen, UMC Utrecht,
Postbus 85500, 3508 GA Utrecht.

E-mail: j.j.vanos-2@umcutrecht.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-8-2017.

daarmee, na de ziekenhuiszorg, de duurste curatieve zorgsector in Nederland (Vektis 2015) en de wens om de waarde van een dergelijke uitgave te maximaliseren is vanzelfsprekend.

Volgens de logica van VBHC kan een markt echter alleen dan de prijs-kwaliteitverhouding optimaliseren wanneer aan een aantal voorwaarden is voldaan. Een van die voorwaarden is dat kopers (in dit geval verzekeraars) in staat zijn om de waarde (prijs en kwaliteit) van de aangeboden diensten perfect te observeren. Hoewel de prijs van een ggz-behandeling relatief eenvoudig te observeren is, bijvoorbeeld in de vorm van een prijs per dbc of de prijs van een consult bij de praktijkondersteuner huisarts (POH), is dat voor kwaliteit minder evident.

Volgens de logica van VBHC is het inzichtelijk maken van de kwaliteit van de geleverde zorg cruciaal om de waarde van verschillende ggz-aanbieders te kunnen onderscheiden. Wanneer kwaliteit namelijk niet te observeren is, dan rest slechts de focus op de prijs van een aanbieder. In een dergelijke situatie is de rationele keuze voor zorgverzekeraars om de goedkoopste aanbieder te observeren, wat aanbieders een incentive geeft om zo goedkoop mogelijke diensten aan te bieden zonder oog voor goede zorg (Westra e.a. 2016).

Om dit te voorkomen wordt op drie verschillende manieren kwaliteit gemeten in de ggz: de effectiviteit van de zorg via vragenlijsten bij individuele patiënten, zoals beoogd door Stichting Benchmark GGZ (SBG), de patiëntervaringen via de *Consumer Quality Index* (CQ-index) en de veiligheid van de zorg via de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Van deze drie methodes worden de SBG-vragenlijsten door zorgverzekeraars beschouwd als indicator voor behandel-effectiviteit, oftewel de kwaliteit van de geleverde zorg door ggz-aanbieders.

De logische vraag is of de gestandaardiseerde vragenlijsten van SBG de kwaliteit van de geleverde ggz-zorg op de juiste

manier meten om te kunnen benchmarken. Volgens de Algemene Rekenkamer en alle kernhoogleraren Psychiatrie in Nederland is dat niet het geval (van Os e.a. 2012; Algemene Rekenkamer 2017).

Bovendien blijkt de manier van data verzamelen van SBG in strijd met de privacywetgeving en hebben instellingen de levering van SBG-data inmiddels gestaakt. GGZ Nederland (2017) adviseert geen persoonsgegevens te delen met ‘derden’, ‘ook niet via een omweg om zo [...] bij te dragen aan de informatie ten behoeve van de zorginkoop voor zorgverzekeraars.’ Ook de minister is in antwoord op kamervragen van 18 augustus 2017 hierin duidelijk: ‘Daarbij moet een patiënt [...] altijd de mogelijkheid hebben te weigeren om mee te werken aan ROM of geen toestemming te geven voor doorlevering van persoonsgegevens aan Stichting Benchmark GGZ (SBG)’ (<https://zoek.officielebekendmakingen.nl/ah-tk-20162017-2620.html>).

Met andere woorden: het kwaliteitskader in Nederland is gebaseerd op gestandaardiseerde symptoommetingen aan de achterkant en beperkt zich tot de populatie in zorg. De vraag of de ggz impact heeft op de psychische volksgezondheid van de populatie kan daarmee niet worden beantwoord. Bovendien blijkt dat de metingen aan de achterkant niet kunnen worden gebruikt om instellingen op valide wijze te benchmarken, zodat het niet mogelijk is de goede aanbieders preferentieel te contracteren boven de minder goede.

Hoe kan dit worden verbeterd? Is er een kwaliteitskader mogelijk waarin de impact en de doelmatigheid van de ggz zowel op het niveau van de psychische volksgezondheid van de hele populatie, als op het niveau van de individuele patiënt in de ggz, kan worden vastgesteld en geoptimaliseerd? Om deze vraag te beantwoorden gaan we eerst na wat psychisch lijden precies is.

Selectie: wat is psychisch lijden?

Diagnosticerbaar psychisch lijden is niet zeldzaam: volgens het NEMESIS-onderzoek heeft per jaar 25% van de Nederlandse bevolking hiermee te maken (jaarprevalentie) (de Graaf e.a. 2012). Hierover denken in termen van een markt lijkt weinig logisch, omdat de ggz jaarlijks slechts capaciteit heeft voor 6% van de bevolking. Als de vraag oneindig groot is (25%), zal bij de introductie van marktwerking, waarin men wordt beloond voor het aantal diagnose- en behandelminuten, een scherpe toename in ggz-gebruik ontstaan die het systeem onbetaalbaar kan maken. Zo is in Nederland het aantal jaarlijkse ggz-gebruikers sinds de invoering van de marktwerking toegenomen van 3% van de populatie tot 6-7% (Van Os 2014). Op zich een goede zaak, zou je kunnen stellen, maar verontrustend is dat men niet weet of in die explosie van ggz de toename van zorg terecht is gekomen bij de mensen die

die zorg het meest nodig hadden, of juist bij de mensen die het beste pasten in het nieuwe businessmodel van productie-ggz.

Volgens een analyse van het Trimbos-instituut is er bij de ggz-explosie zowel onderbehandeling (van ernstige aandoeningen) als overbehandeling (van minder ernstige aandoeningen) ontstaan. Hoe werkt dit? Elke ggz-instelling put uit de 25% jaarprevalentie van psychisch lijden, maar elke regio heeft zijn eigen, onbekende, selectiemechanismen van wie uit die 25% zijn weg naar de ggz vindt, resulterend in grote zogenaamde ‘praktijkvariatie’ (Delespaul e.a. 2016).

Behalve de aanbodfactor zullen ook andere selectiemechanismen een rol spelen. Sommige ggz-instellingen willen bijvoorbeeld alleen patiënten die duidelijk aan de criteria voor een angststoornis of depressie voldoen en die geen comorbiditeit hebben van verslaving of persoonlijkheidsproblematiek. Andere instellingen richten zich op autismespectrumstoornis, maar dan wel zonder comorbide verstandelijke beperking of psychose. Met de toegenomen ‘verzuijing’ door specialisatie is elk zorgpad in de ggz afhankelijk van zijn eigen paradigmastooris, het liefst bij mensen die als gepland op hun afspraak komen en een grotere kans hebben op een lineaire verbetering onder behandeling.

Om de productie voorspelbaar hoog te houden moeten de agenda’s van de medewerkers volgepland zijn. Dit kan alleen maar als de instelling patiënten selecteert die ‘programmeerbaar’ (d.w.z. goed in te plannen en met een redelijk voorspelbaar beloop van relatief lichtere klachten) zijn – en dus een betere prognose en SBG-benchmark hebben. Mensen die zichzelf moeilijk kunnen reguleren door comorbiditeit met verslaving, autisme, persoonlijkheidsproblematiek, psychose of verstandelijke beperking, en die afhankelijk zijn van flexibele op- en afschaling van zorg wanneer dat nodig is, zijn niet goed in te plannen in de productieagenda van de huidige ggz-medewerker.

Selectie beïnvloedt de uitkomst van de zorg. Het klassieke voorbeeld betreft de gunstige uitkomsten bij prostaatcarcinoom bij chirurgen (Holzbeierlein e.a. 2003). De verklaring is dat als je alleen die patiënten selecteert bij wie het carcinoom klein en zonder risico operabel is, je resultaten beter zullen zijn dan wanneer je ook patiënten durft te opereren met een ongunstiger prognose en/of bij wie de ingreep risicovoller is. Met andere woorden: als je niet weet hoe de patiëntselectie is gedaan – en de ggz moet, gezien de beperkte capaciteit, altijd een strenge selectie doen uit de 25% psychisch lijden die potentieel voor behandeling in aanmerking komt – weet je niet of de beste zorg is geleverd door de hulpverleners met de slechtste of de hulpverleners met de beste resultaten.

Hoe meet men het effect van de ggz op individueel niveau?

Er is verwarring over hoe men in de ggz het effect van de individuele behandeling kan meten. Routine outcome monitoring (ROM) is het proces dat behandelaar en patiënt aangaan om een persoonlijk *forward-feedback* systeem in de behandeling in te bouwen, om zo te kunnen bijsturen en optimaliseren (Hafkenscheid 2010; Hafkenscheid & van Os 2013; van Os e.a. 2014; Hafkenscheid & van Os 2016). Om effectief te zijn dient ROM flexibel en gepersonaliseerd te zijn op de volgende punten:

1. Wat vinden patiënt en behandelaar met elkaar wat het effect zou moeten zijn? Voor de een is dat vermindering van een symptoom zoals stemmen horen, somberheid of angst, voor de ander is dat acceptatie, voor weer een ander een nieuwe weg inslaan in het leven, een nieuw doel formuleren, stoppen met medicatie en stoppen met een relatie, etc.
2. Op welke momenten ga je kijken naar het effect – is dat wekelijks, maandelijks of simpelweg als de situatie erom vraagt?
3. Hoe ga je een en ander bijhouden – wil je dingen kwantitatief ‘meten’, of juist kwalitatief bijhouden, in de vorm van het verhaal?
4. Hoe ga je een en ander interpreteren of *wegen*: de vertaalslag van wat er verandert in de behandeling in relatie tot de impact op het dagelijkse leven van de persoon.

Zo beschouwd moge duidelijk zijn dat ROM vooral iets is wat flexibel en variabel in de intimiteit van de behandelrelatie plaatsvindt en niet op grote schaal gestandaardiseerd kan worden.

Er zijn nieuwe ROM-technologieën, gebaseerd op m-health (e-health-applicaties en -links op mobiele telefoon), die op valide wijze aanpassing in het dagelijks leven zichtbaar maken (van Os e.a. 2014). Ook zijn er nieuwe ROM-methoden die zich vooral richten op geïndividualiseerde uitkomsten (Pesola e.a. 2015). Om effectief te zijn, is het is van groot belang dat er flexibiliteit bestaat in hoe en wanneer ROM wordt uitgevoerd. Het idee van een uniforme ROM-standaard voor iedereen is een *contradictio in terminis*: onderzoek heeft aangetoond dat het introduceren van rigide standaardvragenlijsten in termen van instrumenten, tijdstip van afname en andere eisen, het klinische proces dusdanig verstoort dat het zijn originele doel – het evalueren van het behandel-effect in de privacy van de behandelrelatie – niet meer kan dienen (Cofiel e.a. 2013). In Nederland is dit ook gebeurd: de verplichte afname van benchmarkvragenlijsten van SBG werd steeds meer uitbesteed aan callcenters (zie bijv.: <https://www.jellinek.nl/over-jellinek/kwaliteit-van-zorg/callcenter-clientwaardering/>).

In de Nederlandse ggz is het *top-down* idee ontstaan dat benchmarken aan de achterkant vooral zou moeten gaan

over het bijhouden van stoornisspecifieke symptoomscores zoals die worden gebruikt in de technische gerandomiseerde gecontroleerde trials (RCT's) binnen de psychiatrie en de psychologie. Echter, sinds geruime tijd wordt er vanuit bijvoorbeeld de Cochrane-organisatie op gewezen dat uitkomsten van technische RCT's geen relevante *patient-reported* uitkomsten zijn. De RCT's van bijvoorbeeld antidepressiva zijn controversieel omdat de uitkomsten waarmee het effect wordt gemeten – symptoomscores – niet te vertalen zijn naar het dagelijks leven van de patiënten. Wat is een gestandaardiseerde effectgrootte van 0,4 op de *Hamilton Depression Rating Scale* (Leucht e.a. 2015)? En hoe meet men acceptatie van psychische pijn in plaats van symptoombestrijding na te streven? Welke schaal houdt bij of er een nieuw zingeingsproces op gang is gekomen?

Het VHBC-model van uitkomstmeting aan de achterkant is verouderd gezien het moderne denken over gezondheid. Het concept van gezondheid is immers geëvolueerd van een model dat vooral was gebaseerd op symptoombestrijding tot een model dat uitgaat van aanpassing en het streven naar zinvolle doelen, onder eigen regie, ondanks blijvende beperkingen (Huber e.a. 2011). Dit nieuwe concept sluit goed aan bij wat patiënten in de ggz ervaren als belangrijke ingrediënten.

Een uitgebreide analyse van de herstelliteratuur in de psychiatrie toont aan dat voor patiënten de belangrijkste uitkomsten liggen op het niveau van de narratieve ontwikkeling, verbinding met anderen, het ontmoeten van hoop en optimisme, *empowerment* en eigen regie, identiteit, zingeving en oog voor moeilijkheden, de zogenaamde CHIME-D-principles (van 'connectedness, hope, identity, meaning, empowerment, difficulties') (Leamy e.a. 2011, Stuart e.a. 2017). Dit is niet onbelangrijk, omdat onderzoek aantoonde dat het 'veranderlijke' in de ggz, vooral bij de mensen met de ernstigste psychische problemen, niet zozeer ligt op het niveau van symptomatische verandering, maar in verandering op het niveau van zingeving of persoonlijk herstel (Macpherson e.a. 2016). Een rigide focus op het niveau van symptomen of functioneren mist dus deze belangrijke zorguitkomsten.

De focus op symptoombestrijding aan de achterkant in het model van Michael Porter is, tot slot, ook principieel onlogisch. Immers, waarom iemand een opleiding geven van 10 jaar om lege artis *evidence-based* behandelingen uit te voeren in de ggz en dan vragen om bij elke behandeling bewijs te overleggen dat de patiënt is verbeterd? Mogen we niet van de persoon verwachten dat deze gewoon zijn of haar werk zal doen? En mogen we niet van de instelling verwachten dat die een goed opgeleide, zich bijscholende professional aanstelt en zich daarmee verzekert van kwalitatief goede behandelingen? Met andere woorden: goede behandeling als benchmark kan effectiever en meer valide

worden aangetoond als procesmeting in het personeelsbeleid dan als symptoommeting aan de achterkant.

Drie pijlers nieuw ggz-kwaliteitskader

Wij beschrijven in het navolgende 3 pijlers onder een nieuw kwaliteitskader in de ggz dat, in tegenstelling tot de methode van symptoombestrijding aan de achterkant, wél inzicht geeft in kwaliteit.

IMPACT OP GEZONDHEIDSPARAMETERS VAN DE POPULATIE

Zoals we betoogden, gaat het in de ggz-sector niet zozeer om twijfels over de professional, maar vooral over de mate waarin die beschikbaar is en welke type patiënt bij hem of haar terecht komt. We zagen eerder dat de prevalentie van psychisch lijden 25% is, maar dat de ggz slechts een behandelcapaciteit heeft van 6-7%. Hoe krijgen we dat goed op elkaar afgestemd? Hoe komen de mensen met de ernstigste en urgentste klachten het eerst in zorg? Met andere woor-

den, de vraag zou moeten zijn: kan de instelling aantonen dat het aantal *evidence-based* behandelingen voor bijvoorbeeld depressie dat de instelling jaarlijks lege artis kan aanbieden, terecht komt bij de mensen die dat het meeste nodig hebben en die niet vanzelf beter zouden zijn geworden? Gaan de schaarse *evidence-based* behandelingen naar de mensen met de ernstigste problemen en comorbiditeit? Kortom, is er enige regionale regie over de verdeling van middelen in relatie tot de zorgbehoefte van de populatie? De factoren die de juiste selectie beïnvloeden, zijn de factoren die bepalen of de zorg zinnig, zuinig en zorgzaam is. Dus dit zijn de factoren die gebenchmarkt zouden moeten worden. Welke factoren zijn dat dan? Het gaat om kwaliteitsfactoren in **TABEL 1**.

Deze tien factoren bepalen in hoge mate de kwaliteit van de ggz als zinnig, zuinig en zorgzaam. Ze kunnen geëvalueerd worden in de vorm van een combinatie van enerzijds reguliere kwaliteitsvisitaties en anderzijds monitoren van

TABEL 1 Tien cruciale kwaliteitsfactoren van de ggz op populatieniveau

1. Population-based (virtuele) organisatie en afstemming in lokaal (wijk)netwerk

Bewuste kleinschaligheid van de lokale ggz-organisatie in de regio, in nauwe samenwerking met circa tien huisartspraktijken, in een populatie van niet meer dan 20.000 personen, zodat men daadwerkelijk zicht heeft op lokale variatie in psychisch lijden. Dit maakt het mogelijk om regievoering te introduceren rond selectie en verdeling van middelen. In de bureaucratische en anonieme verwijskanalen van grote instellingen kan een dergelijke selectie niet gemaakt worden. Ook de kleine ggz-instelling die een enkel sterk specialistisch filter hanteert zonder zicht te hebben op de totale variatie in de wijk en zonder af te stemmen met de lokale partners kan niet bijdragen aan een rechtvaardige selectie en afstemming van de populatiezorgbehoeften.

2. Toegankelijkheid van de ggz

Huisartsen kunnen mensen moeiteloos verwijzen en weer terugnemen.

3. Mogelijkheid tot flexibele op- en afschaling van zorg

4. Mogelijkheid tot maatwerk bij mensen met comorbiditeit

Daarbij gaat het om comorbiditeit in de vorm van verslaving, autismespectrumstoornissen, chronische suïcidaliteit, psychose, persoonlijkheidsstoornis en verstandelijke beperking.

5. Mogelijkheid tot etnische matching

Indien dit wenselijk of nodig is.

6. Nauwe aansluiting van de zorg bij het sociale domein

7. Beperking van de administratieve last van hulpverleners

Beperk administratie tot maximaal 5% van de tijd; 20% van de tijd beschikbaar voor niet-tijdschrijfbare zorg.

8. 'Lean' en slagvaardige organisatie van de lokale ggz

Beperk het aantal managementlagen.

9. Aanwezigheid van goed opgeleide multideskundige hulpverleners

Ggz-gebruikers en betrokkenen maken hier deel vanuit, en actieve intervisie, zelfevaluatie en bijscholingsprogramma's zijn vanzelfsprekend.

10. Behandeling met focus op weerbaarheidsbevordering

De behandeling is gericht op symptomatisch, maatschappelijk en persoonlijk herstel volgens CHIME-D-principes (Leamy e.a. 2011; Stuart e.a. 2017)

CHIME-D = connectedness, hope, identity, meaning, empowerment, difficulties.

TABEL 2 Kwantitatieve parameters voor kwaliteitsinformatie om de populatie over de tijd te volgen; deze maken de impact van de ggz op de populatie zichtbaar, alsmede het effect daarop van kwaliteitsinitiatieven in de lokale ggz

1. Aantal trajecten met ggz-problematiek, geïnitieerd en afgesloten bij de huisarts
2. Aantal verwijzingen van huisarts naar ggz
3. Aantal trajecten geïnitieerd en afgesloten in de ggz
4. Aantal mensen begonnen en gestopt met psychofarmaca
5. Aantal mensen begonnen en gestopt met niet-farmacologische therapie
6. Aantal mensen opgenomen en ontslagen in de ggz
7. Aantal klinische opnamedagen in de ggz
8. Aantal en type dbc's in de ggz
9. Aantal mensen opgenomen en ontslagen in beschermd wonen
10. Aantal mensen met een Bopz-maatregel
11. Aantal suïcides
12. Aantal gevallen spoedeisende hulp wegens parasuïcides
13. Aantal mensen met psychische klachten in en uit de Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA)
14. Aantal mensen met psychische klachten in en uit werk
15. Aantal mensen met psychische klachten in en uit bijstand
16. Samenstelling en multideskundige mix van hulpverleners
17. Aantal intensieve ggz-zorggebruikers
18. Aantal mensen met combinatie psychische en somatische dbc's
19. Aantal intensieve somatische zorggebruikers met ggz-comorbiditeit
20. Het aantal patiënten met polyfarmacie
21. Het aantal patiënten met medicatie voor diabetes, hypertensie en andere indicatoren van metabool syndroom
22. Etnische en geslachtsverschillen in 1-21

belangrijke kwantitatieve uitkomsten op lokaal niveau. De benodigde kwantitatieve data worden reeds lange tijd verzameld en kunnen voor dit doel bijeengebracht worden in een overzicht dat veel kwaliteitsinformatie bevat. Deze kwantitatieve uitkomsten kunnen worden berekend in relatie tot de bronpopulatie (*rates*) met de mogelijkheid te corrigeren voor de casemix: populatiekarakteristieken zoals leeftijd, geslacht, etniciteit en burgerlijke staat. Het grote voordeel van deze kwaliteitsinformatie is dat de populatie over de tijd gevolgd kan worden, zodat letterlijk de impact van de ggz op de populatie zichtbaar kan worden, alsmede het effect daarop van kwaliteitsinitiatieven in de lokale ggz. Men benchmarkt dus de regio met zichzelf – de enige zinnige en valide vergelijking. De 22 kwantitatieve parameters die hiertoe gebruikt kunnen worden, vindt u in **TABEL 2**.

DE KWALITATIEVE KWALITEITSVISITATIE

De visitatie is 'voor en door' en dient te worden georganiseerd op het niveau van de wijk, als eenheid van regievoering over schaarsteverdeling, in een populatie van ongeveer 20.000 personen. De tien essentiële kwaliteitsfactoren worden 'life' gevisiteerd door een multideskundige visitatiecommissie die van te voren documentatie heeft ontvan-

gen, inclusief informatie over de 22 kwantitatieve parameters. Belangrijke bronnen van informatie zijn: huisartsen, POH's, patiënten, betrokkenen, burgers, Wmo-partners (Wet maatschappelijke ondersteuning) en ggz-partners in de wijk. Het 'voor en door' van de kwaliteitsvisiteatie wil zeggen: voor en door hulpverleners, gebruikers en betrokkenen, die elkaar helpen in hun natuurlijke motivatie voor kwaliteit. Dus geen dure bureaucratische 'kwaliteits'-instituten, opgelegd door onduidelijke 3- tot 5-letterige organisaties in de ggz: lean (maximale waarde voor de klant realiseren met zo min mogelijk verspilling), empowerend en effectief is het credo van de kwaliteitsvisiteatie.

DE 'VAREN OP ERVARING'-METHODE ALS PROCESMAAT VAN KWALITEIT

Een belangrijke en breed gebruikte kwaliteitsindicator, ook in de Nederlandse gezondheidszorg, met name bij de zorg voor verstandelijk gehandicapten en de verpleeghuiszorg, is de *experience-based co-design approach* of 'varen op ervaring'-methode. Deze methode voorziet in het systematisch delen en prioriteren van patiëntverhalen in de zorg, om te komen tot een cyclus waarin patiënten, hulpverleners en verwanten voortdurend meedenken over en samenwerken aan verbeteracties. Het sterke aan de

methode is dat deze niet inzet op onbetrouwbare, niet-valide en uiteindelijk niet-vergelijkbare metingen aan de achterkant, maar op een proces van continue verbetering op basis van verhalen en ervaringen. De methode draagt op unieke wijze bij aan een cultuur van cocreatie en, in de ggz, multideskundigheid die garandeert dat de CHIME-D-principes (Leamy e.a. 2011, Stuart e.a. 2017) kunnen floeren in de zorg. Bij multideskundigheid gaan we ervan uit dat iedere persoon meerdere bronnen van deskundigheid bezit en kan (leren) inzetten. In de ggz werken professionele hulpverleners, familieleden en patiënten idealiter samen in een kader van multideskundige rollen, waarbij rollen gewisseld kunnen worden zowel binnen als tussen personen.

De ggz in de wijk

Zoals we al beschreven, vraagt de regievoering die nodig is om vraag en aanbod op elkaar af te stemmen en schaarste-verdeling mogelijk te maken, een basisorganisatie van kleinschalige ggz in de wijk. Op dit niveau kan ook een zinvolle kwaliteitsvisite plaatsvinden. Organisatie op het niveau van de wijk, virtueel of echt, is nodig om zicht te hebben op de psychische variatie in de wijk, zodat de schaarse middelen de ernstigste zorgbehoeften kunnen volgen. Ook kan men lokaal naar een goede verhouding zoeken tussen het publieke deel (zie hierna) en het een-op-eendeel van de ggz.

Hoe de sectorale ggz zich kan organiseren op wijkniveau is iets wat veel mensen bezighoudt. Veel ggz-organisaties trachten de slag te maken naar wijkgericht werken, maar er zijn schotten en belangen die het moeilijk maken voor de ggz om zich opnieuw uit te vinden in de wijk. In de literatuur zijn wijkgerichte modellen van ggz beschreven waarbij de door ons beschreven kwaliteitsevaluatie kan landen (Falloon & Fadden 1993; Delespaul e.a. 2016).

Het zal ongetwijfeld nog lang duren voordat de overgang van de ggz naar de wijk een feit is, maar dat betekent niet dat de wijkgerichte kwaliteitsevaluatie hierop moet wachten. Elke ggz-organisatie kan, in samenwerking met lokale huisartsen en Wmo-partners, de kwantitatieve en kwalitatieve kwaliteitsparameters zoals we in het voorgaande beschreven op wijkniveau bij elkaar brengen om de impact van de ggz op de populatie in kaart te brengen.

DE PUBLIEKE GGZ

Een van de belangrijkste elementen die kwaliteit in de ggz mogelijk zullen maken, is de installatie van een publieke ggz. Gezien de 25% prevalentie van psychische klachten en de beperkte capaciteit van de ggz en poh-ggz, is een publieke ggz noodzakelijk. Een publieke ggz betekent oprichting en versterking van e-community's voor mensen met gelijksoortige klachten. Voorbeelden zijn:

proud2bme.nl, psychosenet.nl, diagnosedepressie.nl, dwang.eu en drugsinfo.nl. Zo kunnen zij elkaar helpen in het duiden van de klachten, het vinden van hulp en het ontwikkelen van zelfmanagementstrategieën. Ten behoeve van zelfmanagement is achter de e-community's een markt van gratis e-health, m-health en andere hulpmiddelen nodig, waar mensen elkaar kunnen helpen geschikte middelen te vinden (Delespaul e.a. 2016). De verzamelde e-community's en de overheid zijn momenteel bezig met het realiseren van de publieke ggz, die de traditionele ggz zal kunnen helpen beter te selecteren in het aanbieden van kostbare ggz-behandelingen (www.samenbeter.org).

Conclusie

Momenteel is er zware politieke druk op de ggz om zich 'te bewijzen'. Dit kan als men gaat werken met een kader en indicatoren die inzicht geven in de kwaliteit van de ggz in de zin van impact op psychisch lijden in de regio, gezien vanuit de leefwereld, bottom-up vormgegeven, gericht op cocreatie en in combinatie met een nieuwe, publieke ggz. Als de ggz uit de huidige kwaliteitsblindheid kan komen, zal sturing mogelijk worden op zinnige, zuinige en zorgzame ggz, vormgegeven vanuit de intrinsieke motivatie van hulpverleners, in interactie met ggz-gebruikers zelf.

LITERATUUR

- Algemene Rekenkamer. Bekostiging van de curatieve ggz. Den Haag: Algemene Rekenkamer; 2017.
- CBS. Meer zelfdodingen. Den Haag: CBS; 2016. <http://bit.ly/29bCtT>
- Cofiel L, Bassi DU, Ray RK, Pietrobon R, Brentani H. Detecting dissonance in clinical and research workflow for translational psychiatric registries. *PLoS One* 2013; 8(9): e75167.
- Delespaul P, Milo M, Schalken F, Boevink W, van Os J. Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal, verbeterde organisatie. Amsterdam: Diagnosis; 2016.
- Enthoven AC, van de Ven WP. Going Dutch - managed-competition health insurance in the Netherlands. *N Engl J Med* 2007; 357: 2421-3.
- Falloon I, Fadden G. Integrated mental health care: a comprehensive, community-based approach. Cambridge: Cambridge University Press; 1993.
- GGZ Nederland. GGZ Nederland staat voor borgen privacy. GGZ Nederland; 2017. <http://www.ggz-nederland.nl/actueel/ggz-nederland-staat-voor-borgen-privacy>
- Graaf R de, Ten Have M, van Gool C, van Dorsselaer S. Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009; resultaten van NEMESIS-2. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 27-38.
- Hafkenscheid A. Rammelende ROM in de ggz: geen ROM zonder routine process monitoring. *GZ-Psychologie* 2010; 8: 12-7.
- Hafkenscheid A, van Os J. Huidige ROM doet afbreuk aan valide kwaliteitsmeting. *Tijdschr Psychiatr* 2013; 55: 179-81.
- Hafkenscheid A, van Os J. Wat ieder die betrokken is bij ROM zich over de metingen moet realiseren. *Tijdschr Psychiatr* 2016; 58: 388-96.
- Holzbeierlein JM, Langenstroer P, Porter HJ 2nd, Thrasher JB. Case selection and outcome of radical perineal prostatectomy in localized prostate cancer. *Int Braz J Urol* 2003; 29: 291-9.
- Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, e.a. How should we define health? *BMJ* 2011; 343: d4163.
- Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *Br J Psychiatry* 2011; 199: 445-52.
- Leucht S, Helfer B, Gartlehner G, Davis JM. How effective are common medications: a perspective based on meta-analyses of major drugs. *BMC Med* 2015; 13: 253.
- Macpherson R, Pesola F, Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, e.a. The relationship between clinical and recovery dimensions of outcome in mental health. *Schizophr Res* 2016; 175: 142-7.
- Nederlandse Zorgautoriteit. Marktscan ggz 2016. Utrecht: NZa; 2016.
- Os J van. De DSM-5 voorbij: persoonlijke diagnose in een nieuwe ggz. *Leusden: Diagnosis*; 2014.
- Os J van, Delespaul P, Barge D, Bakker RP. Testing an mHealth momentary assessment Routine Outcome Monitoring application: a focus on restoration of daily life positive mood states. *PLoS One* 2014; 9(12): e115254.
- Os J van, Kahn R, Denys D, Schoevers RA, Beekman AT, Hoogendijk WJ, e.a. ROM: gedragsnorm of dwangmaatregel? Overwegingen bij het themanummer over routine outcome monitoring. *Tijdschr Psychiatr* 2012; 54: 245-53.
- Pesola F, Williams J, Bird V, Freidl M, Le Boutillier C, Leamy M, e.a. Development and evaluation of an Individualized Outcome Measure (IOM) for randomized controlled trials in mental health. *Int J Methods Psychiatr Res* 2015; 24: 257-65.
- Planije M, van Hoof F. 'Verwarde personen' of 'mensen met een acute zorgnood'? Utrecht: Trimbos-instituut; 2016.
- Porter M. What is value in health care? *N Engl J Med* 2010; 363: 2477-81.
- SFK. Gebruik antidepressiva groeit al jaren met gemiddeld 3%. *Pharmaceutisch Weekblad* 2015; 150; 11. <http://bit.ly/2rQg6ih>
- Stuart SR, Tansey L, Quayle E. What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *J Ment Health* 2017; 26: 291-304.
- Vektis. Zorgprisma Publiek: Hoe hoog zijn de totale zorgkosten in Nederland? Zeist: Vektis; 2015. <https://www.zorgprimapubliek.nl/producten/zorgverzekeringen/zorgkosten-basisverzekering/row-4/totale-zorgkosten-in-nederland/>
- Vektis. Ontwikkeling geestelijke gezondheidszorg. 2016 geraadpleegd 15-2-2017; <https://www.zorgprimapubliek.nl/producten/geestelijke-gezondheidszorg/volumemonitor-ggz/monitor/volumemonitor-ggz/>
- Westra D, Wilbers G, Angeli F. Stuck in the middle? A perspective on ongoing pro-competitive reforms in Dutch mental health care. *Health Policy* 2016; 120: 345-9.

SUMMARY

A valid quality system for mental health care: from accountability and control in institutionalised settings to co-creation in small areas and a focus on community vital signs

J. VAN OS, PH. DELESPAUL

BACKGROUND In a given year, around 25% of the Dutch population may experience significant mental health problems, much more than the mental health service can attend to, given a maximum capacity of 6% of the population per year. Due to the lack of a public mental health system, there is fierce competition over who gets to receive care from mental health services and little control over how the level of needs can be matched with the appropriate intensity of care. As a result, resources are being wasted and both overtreatment and undertreatment are prevalent.

AIM To propose a valid quality system that benefits the mental health of the entire population and does not simply attend to the symptoms of a strategically selected group.

METHOD Literature review from an epidemiological and public mental health perspective.

RESULTS In our view, a valid quality system for mental health care needs to focus on two distinct areas. The first area involves the analysis of about 20 quantitative population parameters or 'Community Vital Signs' (care consumption, pharmaco-epidemiological indicators, mortality, somatic morbidity, social care, housing, work, benefits, involuntary admissions). This analysis will reveal regional variation in the mental health of the entire population rather than in the relatively small, selected group receiving mental health care. The second area to which attention needs to be directed comprises a system of simple qualitative visits to mental health care institutions based on 10 quality parameters that currently remain invisible; these parameters will measure the impact at local community level. The focus of these will be on a transition from accountability and control in large institutions to provision of care in small areas that was co-designed with users and other stakeholders.

CONCLUSION A valid quality system for mental health care is within reach, provided it is combined with a novel system of public mental health and transition of care to a system of co-design with users in small areas.

TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 60(2018)2, 96-104

KEY WORDS health care quality system, mental health services, routine outcome monitoring, value-based health care