

# Kwaliteitsindicatoren in de GGZ: hoe (goed) doen we het?

*Kris Van den Broeck*

## Inleiding

Vermijdbare medische fouten in (algemene) ziekenhuizen wekken in het algemeen veel verontwaardiging. Terecht, want naast de betrokkenen wordt ook de maatschappij getroffen. In vergelijking met andere OESO-landen spendeert België immers relatief veel van zijn bruto binnenlands product aan gezondheidszorg: onze – overigens doorgaans erg degelijke – zorg wordt voor maar liefst 75% bekostigd uit publieke middelen (Organisation for Economic Cooperation and Development, 2014). Als zorgverleners zijn we het dus aan de maatschappij verplicht om goed na te denken over de manier waarop we zorg verlenen. Gelukkig beschikken we over enthousiaste hulpverleners die ernaar streven kwalitatief hoogstaande zorg te leveren. Maar hoe goed is die zorg eigenlijk? En is het mogelijk om de kwaliteit van ons zorgaanbod in het algemeen naar een hoger niveau te tillen? Dergelijke reflecties lagen aan de basis van het Vlaams Indicatorenproject voor Professionals en Patiënten (VIP<sup>2</sup>). Dat project startte in de algemene ziekenhuizen (VIP<sup>2</sup>-AZ), maar Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin Vandeurzen (2014) voert kwaliteit van zorg hoog in het vaandel en ziet daarom in nauw overleg met de respectieve sectoren graag andere VIP<sup>2</sup>-takken ontstaan: in de geestelijke gezondheidszorg (VIP<sup>2</sup>-GGZ), de eerstelijnszorg (VIP<sup>2</sup>-ELZ) en de woonzorgcentra (VIP<sup>2</sup>-WZC).

## VIP<sup>2</sup>-AZ: voorbeeld van innoverende en passende praktijk voor VIP<sup>2</sup>-GGZ?

VIP<sup>2</sup>-AZ ontstond in 2011 op initiatief van de Vlaamse Vereniging van Hoofdartsen en de ziekenhuiskoepels Zorgnet Vlaanderen en Icuro (intussen verenigd in ZorgnetIcuro), en met de medewerking van onder meer het Vlaams Patiëntenplatform (VPP), de ziekenfondsen en het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid. Bijzonder aan dat project is zijn oorsprong: het is ontstaan in het werkveld en niet in een of ander ministerieel kabinet. Specialisten afkomstig uit verschillende ziekenhuizen worden verenigd in zogenaamde ‘ontwikkelingsgroepen’ (bijvoorbeeld: oncologie, borstkanker). Daar selecteren en construeren ze, na bestudering van de wetenschappelijke literatuur, een of meerdere kwaliteitsindicatoren (bijvoorbeeld: het percentage patiënten dat vijf jaar na een behandeling voor borstkanker in ziekenhuis X nog in leven is). Een kwaliteitsindicator is een meetbaar aspect van de zorg dat een aanwijzing geeft over de kwaliteit van die zorg (Colsen & Casparie, 1995). Na validatie van de indicatoren worden ziekenhuizen uitgenodigd om informatie over hun resultaten naar een centraal adres te verzenden, dan wel via bestaande databanken (bijvoorbeeld het Kankerregister) ter

beschikking te stellen. Bij de verwerking van de gegevens wordt een benchmark gecreëerd. Dat laat een deelnemend ziekenhuis toe de eigen scores te vergelijken met de geaggregeerde gegevens van de andere participerende organisaties. Doordat de metingen regelmatig worden herhaald, kunnen ze bovendien helpen om verbetertrajecten te evalueren. Onder de vlag van VIP<sup>2</sup> nam het VPP nog een paar bijkomende initiatieven: zo screent het VPP de patiëntgerichtheid van de websites van de Vlaamse algemene ziekenhuizen en ontwikkelde het een valide vragenlijst, de Vlaamse Patiëntenpeiling, die in kaart brengt hoe de patiënt de aangeboden zorg beleefd heeft. Die vragenlijst wordt periodiek afgenomen en teruggekoppeld, eveneens met benchmark.

De aanpak blijkt erg succesvol te zijn. Ruim vijftig Vlaamse ziekenhuizen staan vandaag op vrijwillige basis toe dat hun gegevens gebruikt worden in het kader van dat project. Veel ziekenhuizen zijn trouwens transparant over de uitkomsten: ze publiceren hun cijfers op de eigen website en/of op <https://www.zorgkwaliteit.be>. Het doel van de laatste website, online sinds juni 2015, is de gesprekken tussen zorggebruiker en arts te faciliteren, zodat beiden komen tot een gefundeerde keuze met betrekking tot de (plaats van) behandeling. Zorggebruikers kunnen er de scores van ziekenhuizen met één klik vergelijken en vinden er informatie over hoe een organisatie de eigen scores tracht te verbeteren.

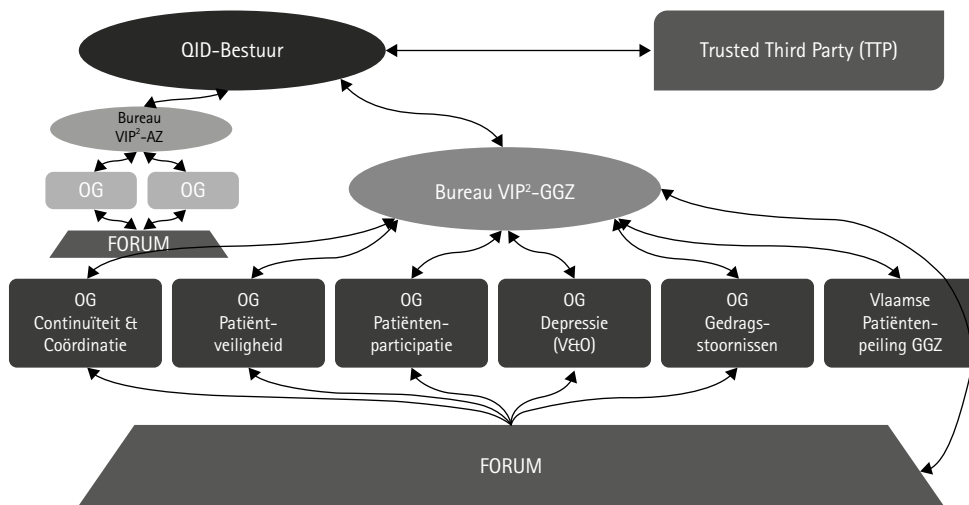
Intussen worden er nog steeds nieuwe indicatoren ontwikkeld. Sommige zijn specifiek gericht op de kwaliteit van de behandeling van duidelijk omschreven klachten (bijvoorbeeld: beroertezorg, orthopedie), terwijl andere in principe voor alle activiteiten binnen de muren van een ziekenhuis van belang zijn (bijvoorbeeld: handhygiëne, patiëntidentificatie). Steeds streeft men naar de constructie van valide uitkomstindicatoren (zie verder tabel 3), waarbij hulpverleners die dagelijks de betreffende zorg verlenen, de belangrijkste bron vormen.

## VIP<sup>2</sup>-GGZ: een veelbelovend maar ingewikkeld en penibel proces

In 2012 werd een begin gemaakt om VIP<sup>2</sup> uit te breiden met de GGZ. Onder het overkoepelende ‘Quality Indicator Dataserver’ (QID)-Bestuur werden een nieuw Bureau-GGZ en een GGZ-Forum ondergebracht, naar het voorbeeld van het Bureau-AZ en het AZ-Forum, die al ten behoeve van VIP<sup>2</sup>-AZ in het leven waren geroepen (figuur 1).

Een Bureau is verantwoordelijk voor de inhoud van de sectorspecifieke indicatoren en de aansturing van het ontwikkelingsproces, en het QID-Bestuur waakt over de validiteit van de indicatoren (binnen alle VIP<sup>2</sup>-takken). In het Bureau-GGZ werden afgevaardigden van beroepsverenigingen en belangengroepen samengebracht (zie tabel 1 voor alle partners). In het QID-Bestuur is zowel VIP<sup>2</sup>-AZ als VIP<sup>2</sup>-GGZ vertegenwoordigd, alsook ZorgnetIcuro, de Vlaamse overheid, ziekenfondsen en beheerders van grotere databanken (bijvoorbeeld: het Kankerregister). Voor beide organen geldt dat ze bemenst worden door vertegenwoordigers met een beleidsfunctie, al staan enkelen nog met één been in de klinische praktijk (zo nemen bijvoorbeeld enkele hoofddartsen deel aan de vergaderingen). Het QID-Bestuur stuurt verder de Trusted Third Party (TTP) aan. Dat is een “gevestigde, gerenommeerde en aansprakelijke vertrouwensentiteit, [die wordt] aanvaard door alle partijen als een belangeloze en onpar-

tijdige tussenpersoon” (De Wachter, 2013). Het gebruik van een TTP is ingegeven door het gevoelige karakter van de data die soms in het kader van dit project verwerkt worden. Die ‘derde, onpartijdige partij’ levert de (uiterst beveiligde) technische infrastructuur en tools om de data te verzamelen. In dat kader wordt gebruik gemaakt van de diensten van Smals, een organisatie die overheidsdiensten ondersteunt op het vlak van informatiebeheer (en bijvoorbeeld ook bekend is van de elektronische identiteitskaarten), en van een paar data-analisten (waaronder de auteur van dit artikel). Technische maatregelen, procedures en een stevig contract waarborgen de veiligheid en de vertrouwelijkheid van de data bij de transfer en statistische verwerking.



FIGUUR 1. De structuur van VIP²-GGZ, naar analogie met die van VIP²-AZ.

[ T a b e l 1 ] De partners van het kwaliteitsindicatorenproject GGZ.

<b>Initiatiefnemers:</b>
Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid
Zorginspectie
Vlaamse Vereniging voor Psychiatrie
Vlaamse Verpleegunie
Federatie van Diensten voor Geestelijke Gezondheidszorg
Federatie van Diensten voor Beschut Wonen
Belgische Federatie van Psychologen
Zorgnet Vlaanderen
Icuro
<b>Ondersteunende partijen:</b>
Federale Overheidsdienst Volksgezondheid
Ziekenfondsen
Vlaams Patiëntenplatform
Familieplatform Geestelijke Gezondheidszorg

Het GGZ-Forum, dat bestaat uit afgevaardigden uit het werkveld (directieleden en kwaliteitscoördinatoren, maar ook verpleegkundigen, psychologen, enzovoort), beslist uiteindelijk over de keuze van de indicatoren. Binnen VIP<sup>2</sup>-GGZ werden vijf ontwikkelingsgroepen opgericht (tabel 2) bestaande uit leden van het GGZ-Forum. De focus van de ontwikkelingsgroepen werd onder andere bepaald door de definitie van kwaliteitsvolle zorg van het Institute of Medicine (2001): veilig, effectief, efficiënt, patiëntgestuurd, tijdig en billijk. Ook binnen dat project zette het VPP zich in om een patiëntenvragenlijst te ontwikkelen, dit keer specifiek voor de gebruikers van de GGZ. Het Bureau-GGZ ziet erop toe dat de ontwikkelingsgroepen het GGZ-Forum regelmatig op de hoogte houden over de gang van zaken.

**[ Tabel 2 ]** De vijf ontwikkelingsgroepen en hun indicatoren.

Ontwikkelingsgroepen	Indicatoren
1. Continuïteit en coördinatie van zorg	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het percentage patiënten dat na ontslag uit het PZ of de PAAZ binnen de dertig dagen gezien wordt door een ambulante hulpverlener*</li> </ul>
2. Patiëntveiligheid	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het percentage volledig ingevulde geneesmiddelenvoorschriften*</li> <li>De volledigheid van het suicidepreventiebeleid van de organisatie*</li> <li>Dwangbehandeling<sup>o</sup></li> <li>Handhygiëne<sup>o</sup></li> </ul>
3. Patiëntenparticipatie	<ul style="list-style-type: none"> <li>De mate waarin ervaringsdeskundigen actief zijn binnen de organisatie*</li> <li>De mate waarin gedeelde besluitvorming gedocumenteerd wordt in het patiëntendossier<sup>o</sup></li> </ul>
4. Gedragsstoornissen bij kinderen en jongeren	<ul style="list-style-type: none"> <li>De mate waarin behandelrichtlijnen worden gevolgd bij de behandeling van ADHD, ODD en CD<sup>o</sup></li> </ul>
5. Context	<ul style="list-style-type: none"> <li>Het percentage patiënten bij wie het behandelteam ook met het systeem sprak*</li> </ul>
Vlaams Patiëntenplatform	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vlaamse Patiëntenpeiling-GGZ*</li> </ul>

Indicatoren met \* worden in 2016 voor het eerst gemeten; indicatoren met <sup>o</sup> zijn nog in ontwikkeling.

Al van bij de aanvang koesterde men binnen VIP<sup>2</sup>-GGZ de ambitie om de kwaliteit in de hele sector te meten. Maar die aspiratie maakt VIP<sup>2</sup>-GGZ veel gecompliceerder dan VIP<sup>2</sup>-AZ. In algemene ziekenhuizen wordt alle informatie gebundeld in het elektronische patiëntendossier. Er zijn haast geen hulpverleners buiten het ziekenhuis bij het proces betrokken, en aan de hand van de nomenclatuurnummers kan men nauwkeurig traceren welke onderzoeken wanneer plaatsvonden. De klinische consensus met betrekking tot behandelrichtlijnen is bovendien relatief groot. Binnen de GGZ ligt dat anders. De GGZ is erg divers. Behandelaars behoren bijvoorbeeld tot verschillende therapeutische stromingen die een problematiek niet steeds op eenzelfde manier benaderen. Er is ook een belangrijk verschil tussen de kinder- en jeugdpsychiatrie aan de ene kant en de volwassenenpsychiatrie aan de andere kant. Het veld is in volle evolutie. De gegevensverzameling wordt verder bemoeilijkt door het feit dat er voor VIP<sup>2</sup>-GGZ weinig centrale databanken voorhanden zijn. VIP<sup>2</sup>-AZ put bijvoorbeeld uit gegevens van het

Studiecentrum Perinatale Epidemiologie en het Kankerregister; binnen de GGZ zijn dit soort gegevensbestanden schaars. Nomenclatuurnummers identificeren slechts een zeer beperkt deel van de verleende zorg in de GGZ, waardoor andere databanken, zoals die van het Intermunicipaal Agentschap (IMA), relatief onvolledig zijn. Noodzakelijkerwijs valt men dan terug op bijkomende registraties of op de eigen registratietools van de verschillende organisaties, die echter qua inhoud, omvang en toegankelijkheid behoorlijk van elkaar kunnen verschillen.

Ter illustratie schetsen we in het kort de afwegingen die de deelnemers van de ontwikkelingsgroep ‘Continuïteit en coördinatie van zorg’ maakten toen ze nadachten over hoe de continuïteit van zorg gemeten kan worden. Zoals onze zorg nu georganiseerd is, krijgen patiënten vaak achtereenvolgens te maken met verschillende hulpverleners. Zo worden bijvoorbeeld ernstig depressieve patiënten dikwijls behandeld in een ziekenhuis, maar zodra de depressie is opgeklaard, is ambulante nazorg aangewezen. Immers, onderzoek wijst uit dat kort na het ontslag uit het ziekenhuis het risico op suïcide toeneemt (Qin & Nordentoft, 2005). Een goed georganiseerde, continue zorg kan dat opvangen. Bovendien vermindert nazorg de kans op terugval op langere termijn (Vittengl, Clark, Dunn, & Jarrett, 2007). Ook daarom is het dus belangrijk dat patiënten tijdens de eerste weken na hun ontslag uit het ziekenhuis (geregeld) contact hebben met een ambulante hulpverlener. Het percentage patiënten dat korte tijd na het ontslag contact heeft met een ambulante hulpverlener, is in dit geval een interessante kwaliteitsindicator. Om die indicator te kunnen operationaliseren, is er een databank nodig die naast de ontslagdata (aangeleverd door de ziekenhuizen) informatie bevat over het tijdstip van het eerstvolgende relevante consult (aangeleverd door de ambulante hulpverleners). Een van de opties was om aan de verschillende actoren in het veld te vragen om de nodige gegevens te registreren; voor deze indicator werd echter de voorkeur gegeven aan het gebruik van de gegevens van het IMA, dat de (facturatie)gegevens van de ziekenfondsen in een dataset bundelt. Die werkwijze vraagt minder inspanningen van de deelnemende organisaties, maar heeft ook nadelen: de bestanden zijn niet volledig. Er zijn tot nu toe immers geen registraties beschikbaar van de contacten van vrijgevestigde psychologen, noch van outreachend werkende teams die opereren in het kader van artikel 107.<sup>1</sup> Het gevolg is dat hoofdzakelijk gegevens over consulten bij psychiaters en huisartsen na een opname beschikbaar zijn en, met wat kunstgrepen, ook contacten in Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg. Uit de nomenclatuurnummers van de huisartsen kan bovendien niet worden afgeleid of het consult (in hoofdzaak) betrekking had op de follow-up van de psychiatrische problematiek. Al mag men natuurlijk hopen dat de huisarts de psychische toestand van een hem bekende psychiatrische patiënt na een opname taxeert, zelfs al meldt die zich met een griepje. Ondanks die beperkingen, die vanzelfsprekend een impact hebben op de interpretatie van de beschikbare gegevens, werd besloten om met die indicator toch al aan de slag te gaan, in afwachting van bijkomende gegevens (bijvoorbeeld: over consulten van vrijgevestigde psychotherapeuten). VIP<sup>2</sup> heeft immers als primaire doelstelling (het nadenken over) de kwaliteit in onze organisaties verbeteren, en de beschikbare gegevens kunnen daartoe bijdragen: psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen kunnen erdoor geholpen worden om hun ontslagbeleid bij te stellen. Voor andere indicatoren, zoals ‘inzet van ervaringsdeskundigen’, zijn geen centrale gegevens beschikbaar; organisaties vullen dan zelf een (digitale) vragenlijst in waarbij ze aangeven hoeveel ervaringsdeskundigen ze hebben ingeschakeld (in relatie tot het aantal werknemers en therapeutische teams), en op welke

manier ze worden ondersteund. In andere gevallen bezoeken medewerkers van organisaties elkaar. Dat is bijvoorbeeld het geval voor de indicator ‘volledigheid van het suïcidepreventiebeleid’, waarbij externe auditoren onderzoeken en registreren in welke mate een organisatie de nodige procedures ten behoeve van een suïcidepreventiebeleid heeft vastgelegd.

Het zal duidelijk zijn dat de vrijwilligers in de verschillende ontwikkelingsgroepen geen gemakkelijke taak hadden – de denkoefeningen over wat en hoe te meten, namen verschillende jaren in beslag. Velen haakten dan ook af toen ze ervoeren hoe moeilijk het was om wetenschappelijk verantwoorde kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen die in elk segment van de sector konden worden gebruikt. Hier en daar werd dat ideaal dan ook losgelaten – zo is ‘tijdig ambulante contact na ontslag’ enkel relevant voor residentiële voorzieningen. Uiteindelijk stelde het Bureau-GGZ in oktober 2015, onder ruime belangstelling van de sector, een eerste set indicatoren voor (zie tabel 2). Organisaties konden vervolgens kiezen met welke indicator(en) ze aan de slag gingen. Het lijkt erop dat de sector VIP<sup>2</sup>-GGZ toejuicht: meer dan honderd Vlaamse GGZ-organisaties besloten mee te werken aan de meting van een of meerdere indicatoren. In april 2016 vond de eerste meting plaats. En ook binnen het project VIP<sup>2</sup>-GGZ zijn er momenteel nog enkele indicatoren in ontwikkeling.

## VIP<sup>2</sup>: voortschrijdend inzicht op basis van problemen en profijten

Het grote aantal deelnemende voorzieningen doet vermoeden dat VIP<sup>2</sup>-GGZ succesvol is, maar vanuit verschillende hoeken komen er toch kritische geluiden. “Alweer bijkomende registraties, ten koste van de zorg voor onze patiënt!”, zo hoor ik sommigen onder u denken, “een mooi, populistisch verhaal, met als enig doel zorgverleners meer te controleren en harder te doen werken.” Kwaliteitsdenkers die wat verder af staan van de GGZ, stellen dan weer dat de GGZ te traag werkt en dat de huidige indicatoren ondermaats zijn. Immers, binnen VIP<sup>2</sup>-AZ streeft men er vooral naar om uitkomstindicatoren te ontwikkelen, terwijl de indicatoren die men binnen VIP<sup>2</sup>-GGZ momenteel gebruikt, eerder structuur- en procesindicatoren zijn (tabel 3). Zoals steeds is hier enige nuancering op haar plaats.

**[ Tabel 3 ]** Verschillende types indicatoren.

Uitkomstindicator	Geeft een indicatie over de uitkomst van zorg, bijvoorbeeld het percentage patiënten met restsymptomen na behandeling; het percentage patiënten dat drie jaar na het stellen van de diagnose depressie vrij is van antidepressiva.
Procesindicator	Geeft een indicatie over het verloop van processen in een organisatie, bijvoorbeeld de tijd die verstrijkt tussen de aanvraag van een psychodiagnostisch onderzoek en het feitelijke onderzoek; het aantal teamvergaderingen waar een patiënt besproken wordt gedurende een opname.
Structuurindicator	Geeft een indicatie over de organisatorische voorwaarden waarbinnen een voorziening verantwoorde zorg kan leveren, bijvoorbeeld de aanwezigheid van opleidingsmogelijkheden voor het personeel over suïcidepreventie; het aantal personeelsleden met een bepaalde opleiding; het budget van de organisatie.

Laten we beginnen met de kritiek van de (relatieve) buitenstaanders. Het klopt dat de ontwikkelingsgroepen binnen VIP<sup>2</sup>-GGZ er relatief lang over hebben gedaan om een beperkt aantal indicatoren op te leveren. Zoals hierboven geschetst, hebben de ambitie om sectorbrede indicatoren te ontwikkelen en de relatieve onbeschikbaarheid van data het proces zeker niet vergemakkelijkt. Het was misschien eenvoudiger geweest om met de residentiële GGZ te starten. Maar we moeten ook rekening houden met het tempo en de eigenheid van de sector. Algemene ziekenhuizen zijn al langer vertrouwd met accreditaties en kwaliteitsdenken dan de GGZ. Zo behaalde het Universitair Ziekenhuis Leuven al in 2010, als eerste Belgisch ziekenhuis, een Joint Commission International (JCI)-accreditatie.<sup>2</sup> Het hiermee geassocieerde Universitair Psychiatrisch Centrum KU Leuven trekt de accreditatiekar in de GGZ, maar verwierf zelf het prestigieuze JCI-label pas in 2014. De GGZ-medewerkers in de ontwikkelingsgroepen moesten zich vaak nog het kwaliteitsdenken eigen maken. Ten slotte, in de GGZ concipieert men gezondheid en de afwezigheid ervan vaker als een proces dat op verschillende manieren te beïnvloeden is, wat het niet eenvoudig maakt om de (niet-)succesvolle uitkomst van een behandeling nauwkeurig te omschrijven – stemming kan fluctueren, persoonlijkheidsstoornissen behoeven langdurige behandeling. Dat zien we terug in soortgelijke buitenlandse initiatieven, waar ook relatief weinig uitkomstindicatoren terug te vinden zijn, en in de internationale literatuur (zie bijvoorbeeld: Gaebel et al., 2015). Tegelijkertijd hebben de critici het vermoedelijk bij het rechte eind als het gaat om indicatoren over het voorschrijfgedrag van psychofarmaca, dat in België toch aan de hoge kant is (Vrijens et al., 2015), of over de duur van separaties. Voor die aspecten kunnen wellicht ongecompliceerde indicatoren ontworpen worden.

De bedenkingen vanuit de sector zelf refereren in de eerste plaats aan de toenemende registratielast die hulpverleners in de GGZ ervaren. Maar hoewel de elektronische patiëntendossiers steeds omvangrijker worden, er steeds meer afgevinkt moet worden en meer verslagen worden gemaakt, ontbreekt het ons aan grote, geïntegreerde databanken over de GGZ. Het feit dat verschillende overheden afwisselend verschillende gegevens opvragen, is niet bevorderlijk op dat vlak. Er is zeker nog winst te boeken als we dat anders aanpakken: de verschillende vragen bundelen (na opschoning?), ‘slimmer’ registreren, de informaticasystemen aan elkaar koppelen (een aandachtspunt waar momenteel een begin mee wordt gemaakt; zie ‘Actieplan e-Gezondheid 2013-2018’, 2012). Mogelijk kan de sector GGZ dan meer invloed uitoefenen op het beleid en zelfs efficiënter gaan behandelen. Dat impliceert natuurlijk dat de sector zich transparanter zal moeten opstellen en mogelijk de definitie van het beroepsgeheim moet bijstellen.

Hierbij aansluitend, ontwaren we in de opmerkingen vanuit het veld ook de zorg over (of de angst omtrent?) het correcte gebruik van de verzamelde gegevens. Dat is in feite een deontologische kwestie. Wie krijgt wat te zien? Wat als blijkt dat het suïcidepreventiebeleid van een organisatie niet deugt, of dat ze ver beneden gemiddeld scoort wat het aantal patiënten betreft dat binnen afzienbare tijd na ontslag een ambulante hulpverlener ziet? Hoe zal de Vlaamse overheid, geldschieter voor de GGZ én voor dit project, met die informatie omgaan? Voor alle duidelijkheid: het is niet de bedoeling dat een organisatie of medewerkers worden afgerekend op de score op een bepaalde indicator. Het is veeleer de bedoeling om de kwaliteit van de zorg te bevorderen door regelmatig bepaalde cijfergegevens aan te reiken

waarover consensus bestaat dat ze iets zeggen over kwaliteitsvolle zorg. VIP<sup>2</sup>-GGZ kan op die manier leiden tot interne reflectie over de eigen werkwijze, of de uitwisseling van best practices aanmoedigen. De TTP waarborgt, via strikte afspraken, de vertrouwelijkheid van de gegevens. Zo kunnen alle initiatiefnemers en ondersteunende partijen (zie tabel 1) op verzoek de geaggregeerde indicatoren inzien. Organisatiespecifieke gegevens mogen verder geraadpleegd worden door het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid en de Zorginspectie, maar ze dienen zich daarover te verantwoorden tegenover het Bureau-GGZ. Dat orgaan bepaalt ook of onderzoeksinstellingen de gegevens mogen gebruiken en zal een gefaseerde openbaarmaking van de data voor het publiek aansturen.

Uiteraard betreffen de tegenwerpingen van de hulpverleners ook de zorg dat er minder tijd overblijft voor patiëntcontacten. Door de toegenomen aandacht voor *routine outcome monitoring* in Vlaanderen (Morrens, 2015) en de wens van psychiatrische ziekenhuizen om zich te laten accrediteren, is dat niet geheel onrealistisch. Maar de evolutie in Denemarken, een vooraanstaande pionier wat de kwaliteit van zorg betreft (Mainz, Kristensen, & Bartels, 2015), laat vermoeden dat de slinger mogelijk weer de andere kant zal opgaan. Daar besloten ze recent om de klemtoon minder te leggen op (verplichte) accreditatie en patiënten en personeel weer een centralere plaats te geven in het zorgbeleid (Allock, 2015). Investeren in de betrokkenheid van hulpverleners (*commitment*), eerder dan in het monitoren of aan alle regeltjes voldaan is (*compliance*), wordt de hefboom voor kwaliteitsvolle zorg, en het meten van de kwaliteit van zorg wordt conceptueel sterk vereenvoudigd (Mainz et al., 2015).

## Conclusies

De afgelopen decennia zijn we allemaal mondiger geworden. We willen waar voor ons geld. Het is dus logisch dat de eis van kwaliteit ook weerklinkt in de ziekenhuizen en op de geassocieerde politieke fora. Ook de GGZ ontsnapt er niet aan. De afgelopen jaren verschenen er talrijke wetenschappelijke publicaties die het belang van een kwalitatieve (geestelijke) gezondheidszorg onderstrepen. In eigen land raken psychiatrische ziekenhuizen meer en meer geïnteresseerd in accreditatieprocedures en wordt er gewerkt aan de oprichting van een Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (Vandeurzen, 2014). Hier en daar gaan er zelfs stemmen op om kwaliteit mee te nemen in de financieringsmodellen voor ziekenhuizen en artsen.

Tegen die achtergrond is VIP<sup>2</sup>-GGZ tot stand gekomen, naar het voorbeeld van VIP<sup>2</sup>-AZ. Een groot aantal medewerkers uit de GGZ zette zich in om, samen met patiëntenorganisaties en afgevaardigden vanuit de overheid, na te denken over zinvolle kwaliteitsindicatoren binnen de sector. De weg was lang en bezaaid met moeilijke inhoudelijke en praktische vraagstukken. Toch worden de resultaten niet eenduidig positief onthaald. Hier en daar rijzen er vragen bij de werkwijze waarbij het VIP<sup>2</sup>-format, zoals dat in VIP<sup>2</sup>-AZ werd gedefinieerd, gekopieerd werd naar een complexe sector als de GGZ, terwijl externe commentatoren de sector verwijten dat die niet wil investeren in kwaliteitszorg. De waarheid is uiteraard ingewikkelder. Uiteraard streven we er allemaal naar om de beste zorg te bieden, maar we kunnen zeker nog leren van andere organisaties die meer systematisch de kwaliteit van zorg monitoren. En ja, dat zal extra inspanningen vragen. Maar VIP<sup>2</sup> biedt ons ook een paar kansen.



De bottom-upbenadering geeft ons de gelegenheid om bepaalde accenten te leggen: het feit dat hulpverleners als specialisten mee kunnen bepalen wat er binnen VIP<sup>2</sup>-GGZ wordt gemeten, garandeert dat we haalbare doch relevante indicatoren ontwerpen waar onze organisaties mee aan de slag kunnen; het project biedt ons de kans om te komen tot een gezamenlijk gedragen visie op de richting die we uit willen, om efficiënter én meer patiëntgericht te gaan werken; bovendien kan het een aanzet zijn om de sector (met zijn sterktes en zwaktes) beter op de kaart te zetten.

## Noten

1. Artikel 107 is een specifiek wetsartikel binnen de Ziekenhuiswet met als doel de vermaatschappelijking van de GGZ, onder andere door beddenreductie en investeringen in mobiele teams.
2. Joint Commission International (JCI) is een Amerikaanse organisatie die erop gericht is de patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg in ziekenhuizen te verbeteren. Organisaties die voldoen aan de door JCI opgestelde criteria, worden door JCI geaccrediteerd. Het verworven label garandeert patiënten een veilige en goede zorg.

## Literatuur

- Actieplan e-gezondheid 2013-2018. (2012). Geraadpleegd via <http://www.plan-egezondheid.be/actiepunten>
- Allock, C. (2015, april 29). From compliance to commitment: Should the NHS look to the Danish on how to accelerate change and improvement? [Blog Post]. Geraadpleegd via <http://www.health.org.uk/blog/compliance-commitment-should-nhs-look-danish-how-accelerate-change-and-improvement>
- Colsen, P.J.A., & Casparie, A.F. (1995). Indicatorenregistratie. Een model ten behoeve van integrale kwaliteitszorg in een ziekenhuis. *Medisch Contact*, 50, 297-299.
- De Wachter, D. (2013). *De TTP en haar dienstverlening. Essentieel element voor veilig datamanagement* [Powerpointpresentatie 13 december 2013]. Geraadpleegd via <http://tinyurl.com/hlwgewp>
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260, 1743-1748.
- Gaebel, W., Grossimlinghaus, I., Heun, R., Janssen, B., Johnson, B., Kurimay, T., ... Zielasek, J. (2015). European Psychiatric Association (EPA) guidance on quality assurance in mental healthcare. *European Psychiatry*, 30, 360-387. doi:10.1016/j.eurpsy.2015.01.011
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: Auteur.
- Mainz, J., Kristensen, S., & Bartels, P. (2015). Quality improvement and accountability in the Danish health care system. *International Journal for Quality in Health Care*, 27, 523-527.
- Morrens, M. (2015). Routine outcome monitoring in Vlaanderen: leren we wel de juiste lessen uit het Nederlandse geROMmel? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 57, 392-394.
- Organisation for Economic Co-operation and Development. (2014). *OECD Health Statistics 2014. How does Belgium compare?* Geraadpleegd via <http://tinyurl.com/jo92al8>
- Qin, P., & Nordentoft, M. (2005). Suicide risk in relation to psychiatric hospitalization: Evidence based on longitudinal registers. *Archives of General Psychiatry*, 62, 427-32.

- Vandeurzen, J. (2014). *Beleidsnota 2014-2019*. Brussel: Vlaams Ministerie voor Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.
- Vittengl, J.R., Clark, L.A., Dunn, T.W., & Jarrett, R.B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 75, 475-488.
- Vrijens, F., Renard, F., Camberlin, C., Desomer, A., Dubois, C. Jonckheer, P., ... Meeus, P. (2015). *De performantie van het Belgische gezondheidssysteem. Rapport 2015*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

## Personalia

Dr. Kris Van den Broeck is psycholoog-gedragstherapeut, postdoctoraal onderzoeker aan de Universiteit Antwerpen en data-analist voor VIP<sup>2</sup>-GGZ.

E-mail: [kris.vandenbroeck@uantwerpen.be](mailto:kris.vandenbroeck@uantwerpen.be)