

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/117963>

Please be advised that this information was generated on 2020-12-04 and may be subject to change.

Aanpassing en aanvulling van kwaliteitsindicatoren uit de basisset ggz voor gebruik in de kinder- en jeugdpsychiatrie

M.M.M. JANSSEN, M. WENSING, R.J. VAN DER GAAG, P.A.M. VAN DEURZEN, J.K. BUITELAAR

ACHTERGROND Transparantie middels kwaliteitsindicatoren wordt gezien als methode om de kwaliteit van zorg te bewaken en te bevorderen. In de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is een generieke basisset van indicatoren ontwikkeld, maar onduidelijk is of deze geschikt is voor de kinder- en jeugdpsychiatrie.

DOEL Onderzoeken van de geschiktheid van de basisset van ggz-prestatie-indicatoren 2007-2008 voor de kinder- en jeugdpsychiatrie en omissies hierin opsporen.

METHODE Een heterogene, landelijke groep van 8 zorgverleners en 5 belanghebbenden beoordeelde de basisset op geschiktheid voor de kinder- en jeugdpsychiatrie in een delphiprocedure in twee schriftelijke rondes en een panelbijeenkomst. De experts beoordeelden potentiële indicatoren op noodzakelijkheid, validiteit, duidelijkheid en toepasbaarheid voor de kinder- en jeugdpsychiatrie op een schaal van 0 tot 9. Indicatoren met een score boven 7 werden geschikt geacht.

RESULTATEN Van de 54 indicatoren werden er 2 geschikt geacht. Een lager afkappunt zou 16 indicatoren opleveren, waarvan er 10 betrekking hadden op de uitkomst van behandeling. Eén van de 9 voorgelegde innovatieve indicatoren werd toegevoegd.

CONCLUSIE Weinig indicatoren in de basisset werden geschikt bevonden voor de kinder- en jeugdpsychiatrie. De ondervraagden gaven de voorkeur aan een klein aantal indicatoren met nadruk op het patiënt- en ouderoordeel over uitkomsten van behandeling.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)1, 21-31]

TREFWOORDEN delphiprocedure, kwaliteitsindicatoren, kinder- en jeugdpsychiatrie

Kwaliteit van zorg is een abstract begrip. De vaak gehanteerde definitie van Donabedian (1980) is: 'de mate van overeenkomst tussen criteria van goede zorg (wenselijke zorg) en de praktijk van die zorg (feitelijke zorg)'. Velen in het veld van de gezondheidszorg zetten in hun strategische doelstelling 'goede zorg na te streven'. Bij nadere beschouwing en concretisering hiervan echter blijkt menigeen onder goede zorg wat anders te verstaan. Donabe-

dian (1980) vindt de kijk op kwaliteit van zorg dan ook sterk afhankelijk van het perspectief van de betrokkene (stakeholder). Duits (2006) geeft een mooi overzicht over de ontwikkeling van deze aspecten en perspectieven van het kwaliteitsdenken in de gezondheidszorg en in de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Consensus over kwaliteit: delphimethode

Consensus over de te meten aspecten van kwaliteit van zorg is nodig, voordat kwaliteitsmeting kan beginnen. De delphimethode (Campbell e.a. 2003) is een veelgebruikt middel om deze consensus te bereiken. De kern van de methode is het herhaald bevragen van een expertpanel over een onderwerp waarover geen consensus bestaat. In een aantal rondes wordt geprobeerd tot consensus te komen door de antwoorden van de anderen anoniem terug te koppelen. De delphimethode vermijdt hiermee de nadelen van het klassieke brainstormen, waar de assertiefste deelnemers vaak de minder dominante groepsleden ondersneeuwen of deelnemers hun echte mening niet durven zeggen wanneer autoriteitsfiguren of leidinggevers ook aanwezig zijn (Grol e.a. 1990, tabel 3; www.pmwiki.nl/kennis/delphi).

Prestatiemeting

In de literatuur blijkt prestatiemeting een omstreden instrument. Sommige auteurs vinden dat prestatiemeting met prestatiebeloning een kleine, maar relevante verbetering van de kwaliteit oplevert (Roland 2004). Anderen daarentegen kennen een grote rol toe aan de negatieve effecten van prestatiemeting (Diefenbach 2009; Tonkens e.a. 2009), zoals de kosten die het systeem van prestatie meten met zich meebrengt. Ook geeft het meten van kwaliteit op zichzelf natuurlijk geen effecten op de kwaliteit of uitkomst van zorg. Pas als deze metingen worden gebruikt als feedback, blijkt een kleine verbetering van het professioneel handelen, tegen overigens hoge kosten (Jamtvedt e.a. 2007).

Leidschendamconferenties

In Nederland begon de beleidsmatige aandacht voor kwaliteitszorg met de Leidschendamconferentie in 1990, waar zorgaanbieders, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en de overheid afspraken maakten over het kwaliteitsbeleid in de

gezondheidszorg. Ter voorbereiding op de laatste Leidschendamconferentie in 2000 concludeerde Kok (2002) dat de ggz niet voldeed aan de Kwaliteitswet zorginstellingen wat betreft doeltreffende, doelmatige en cliëntgerichte zorg. Er werd besloten meer aandacht te geven aan het sturen op de uitkomsten van zorg (Havenaar e.a. 2002).

Kwaliteitsindicatoren

Om uitspraken te doen over kwaliteit van zorg, kan kwaliteit gemeten worden met indicatoren. Kwaliteitsindicatoren zijn 'meetbare elementen van het handelen in de praktijk, waarover bewijs of consensus bestaat dat ze gebruikt kunnen worden om de kwaliteit van zorg en veranderingen te evalueren' (Grol e.a. 2006). Kwaliteitsindicatoren moeten allereerst meten wat van belang is voor de kwaliteit van zorg (Wollersheim e.a. 2007). Ook de praktische toepasbaarheid van de metingen is een belangrijk criterium voor een goede set indicatoren, want het betreft metingen die op grote schaal herhaald moeten worden. Kwaliteitsindicatoren worden onderverdeeld in structuurindicatoren (kijken of de organisatie volgens de geldende standaard is opgezet), procesindicatoren (meten in welke mate behandelingen volgens de richtlijnen worden uitgevoerd) en uitkomstindicatoren (meten het resultaat van de geleverde behandeling en/of zorg) (Donabedian 1980).

Van kwaliteitsindicatoren wordt veel verwacht. Ze zouden zorginstellingen sturing moeten geven aan hun kwaliteitsbeleid en patiënten moeten helpen betere keuzes te maken voor een behandelaanbod of instelling. Verzekeraars zouden de informatie kunnen gebruiken bij het contracteren van zorgaanbieders, terwijl voor de inspectie kwaliteitsindicatoren inzicht zouden moeten geven in de kwaliteit en de veiligheid van de geleverde zorg. Evidentie om deze verwachtingen te schragen, ontbreekt echter nog grotendeels.

Basisset prestatie-indicatoren ggz

In 2006 werd de eerste basisset prestatie-indicatoren voor de ggz en de verslavingszorg ontwikkeld door de stuurgroep Transparantie GGZ. Hierin zaten vertegenwoordigers van de Zorgverzekeraars Nederland, Vereniging Landelijk Platform GGZ, de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, het Nederlands Instituut voor Psychologen, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het leveren van de indicatoren uit de basisset 2006 werd in 2007 verplicht gesteld.

Implementatie indicatoren in de ggz

Hoe staat het eigenlijk met de implementatie van indicatoren in de ggz? Eerder werd gerapporteerd over een studie naar gebruik van indicatoren in de ggz en verslavingszorg voor monitoring en bijsturing van de kwaliteit van zorg (De Veer e.a. 2002). Hoewel 81% van de ondervraagde instellingen minimaal één indicator gebruikte, bleek bij doorvragen dat het veelal ging om incidenteel gebruik. Slechts 35% van de geïnterviewde instellingen gebruikte indicatoren in het afdelings- of instellingsbeleid voor het bewaken en verbeteren van de kwaliteit van zorg. In de recente Trendrapportage GGZ 2010 van het Trimbos-instituut concludeerde men: ‘... dat er na 10 jaar ontwikkelen van prestatie-indicatoren nog geen sprake is van een uitgekristalliseerde basisset met standaardinstrumenten en standaardprocedures. De vragen rond validiteit en betrouwbaarheid zijn nog niet afdoende beantwoord en er is kritiek op de bruikbaarheid.’

Nijssen e.a. onderschrijven in 1999 dat in meer algemene termen zeker gesproken kan worden over ‘de’ kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg. Zij onderscheiden algemene principes van kwaliteit van deze zorg, maar benadrukken ook dat elke sector zijn specifieke kenmerken heeft. Daarom zal op het concrete niveau van kwaliteitscriteria door iedere sector empirisch bepaald

moeten worden wat de bij de zorg betrokkenen voor een kwaliteitsbeoordeling relevant vinden (Ketelaars e.a. 1993).

Een kenmerk van de kinder- en jeugdpsychiatrie is bijvoorbeeld dat de aangemelde patiënt (0-18 jaar) nog niet altijd in staat is om zelf informatie te geven. Daarom moeten we het ook vooral hebben van informatie van anderen die om het kind aanwezig zijn. Dat kunnen ouders zijn, maar ook bijvoorbeeld de leerkracht van het kind.

DOELSTELLING

Wij verrichtten een onderzoek met als doel te komen tot een bruikbare subset van prestatie-indicatoren voor de kinder- en jeugdpsychiatrie. Hiertoe namen we de reeds beschreven set prestatie-indicatoren 2007-2008 als uitgangspunt en onderzochten welke aanpassingen en/of aanvullingen hiertoe nodig waren. De specifieke vraag was: welke indicatoren vinden experts noodzakelijk, valide, duidelijk en toepasbaar voor de kinder- en jeugdpsychiatrie en dus potentieel geschikt?

METHODE

Procedure

Een groep zorgverleners en belanghebbenden werd in een delphiprocedure gevraagd welke prestatie-indicatoren noodzakelijk, valide, duidelijk en toepasbaar zijn voor de kinder- en jeugdpsychiatrie, uitgaande van de bestaande algemene basisset prestatie-indicatoren ggz 2007-2008 (het ‘blauwe boekje’). Daarnaast werd hun gevraagd of zij nieuwe indicatoren voor de kinder- en jeugdpsychiatrische setting konden bedenken.

Deelnemers werd gevraagd waar nodig de basisset te wijzigen en aan te vullen om deze geschikt te maken voor gebruik in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Een schriftelijke ronde per e-mail, een panelbijeenkomst en een afsluitende schriftelijke ronde per e-mail (volgens de delphi-

methode) werden hiertoe georganiseerd. De experts in beide panels scoorden in schriftelijke rondes elke indicator viermaal (wat betrof noodzakelijkheid, validiteit, duidelijkheid en toepasbaarheid voor de kinder- en jeugdpsychiatrie) op een 9-puntsschaal. Dit is een schaal van 1 tot 9 waarop de experts hun beoordeling gaven. Bij het scoren van bijvoorbeeld de noodzakelijkheid van een indicator staat de waarde 1 voor: volstrekt niet noodzakelijk en de waarde 9 voor: zeer noodzakelijk.

Experts

Om de experts te selecteren overlegden wij met de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), vroegen advies aan enkele hoogleraren en verzochten we landelijke instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie om behandelinhoudelijke en bedrijfsvoerende experts voor te dragen. De inspectie en de zorgverzekeraars werden ook benaderd; zij gingen intern na welke experts afgevaardigd konden worden. Bij de definitieve samenstelling van het expertteam trachtten wij zo een heterogene landelijke groep samen te stellen, met vertegenwoordiging van verschillende relevante visies.

Op deze wijze ontstond een team van 13 experts, verdeeld over twee panels. Het eerste panel bestond uit zeven zorgprofessionals (afkomstig uit verschillende zorginstellingen). In dit panel zaten drie kinder- en jeugdpsychiaters, een psychiater, een orthopedagoge, een teamleider/gz-psycholoog en een groepleidster. De basisset werd verder voorgelegd aan het tweede panel met zes landelijke vertegenwoordigers van belanghebbende organisaties, waaronder zorgverzekeraars, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en ouder- en patiëntenorganisaties. In dit panel zaten een ouder van een patiënt, een inspecteur van de inspectie, een adviserend geneeskundige van een zorgverzekeraar, een accountmanager van een zorgverzekeraar, een lid van de raad van bestuur van een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie en een ambtenaar van het ministerie van VWS.

Helaas lukte het niet om jeugdigen met een psychiatrische stoornis in het expertteam zitting te laten nemen, ondanks herhaalde pogingen dit te realiseren via de patiënt- en ouderverenigingen.

Statistische toetsing

De gegevens werden verzameld met een web-based vragenlijst en geanalyseerd met het statistische programma SPSS. Vooraf werd een score van 7 of hoger op de 9-puntsschaal gedefinieerd als afkappunt voor geschiktheid van een indicator. Dit is een gebruikelijk afkappunt in de delphimethode.

RESULTATEN

De tabelvolgorde geeft de chronologische opeenvolging van resultaten van de delphimethode weer.

Alle 54 kwaliteitsindicatoren uit de basisset prestatie-indicatoren 2007-2008 (Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ 2007) werden in de eerste schriftelijke delphironde voorgelegd aan de experts. Na deze ronde bleken er maar 2 indicatoren uit de basisset te zijn die op de 9-puntsschaal bij alle experts boven de 7 (het gewoonlijk gehanteerde afkappunt) scoorden op noodzakelijkheid, beide betroffen uitkomstindicatoren. Omdat we dit aantal voor een implementatiestudie te klein vonden, kozen wij ervoor de indicatoren die alle experts scoorden met een 4 of meer op noodzakelijkheid in de pilot op te nemen. Wanneer wij dit afkappunt hanteerden, werden 16 van de reeds bestaande indicatoren door de experts geselecteerd, met een onderverdeling in 12 uitkomst-, 1 structuur- en 3 procesindicatoren. In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de kwaliteitsindicatoren met de meeste en de minste consensus over de relevantie, met markering van de 16 geselecteerde indicatoren.

Over een deel van de voorgelegde indicatoren in de eerste ronde liepen de scores op noodzakelijkheid van de experts zeer uiteen (de zogenaamde

TABEL 1 Gemiddelde beoordeling (SD) van noodzakelijkheid, validiteit, duidelijkheid en toepasbaarheid per indicator (indicatoraanduiding volgt basisset)

Indicator	Noodzake- lijkheid	Validiteit	Duidelijk- heid	Toepasbaar- heid
Meest noodzakelijke procesindicatoren				
1.2b Systematisch meten verandering ernst problematiek*	7,4 (1,2)	5,4 (2,4)	6,4 (1,7)	6,3 (1,8)
3.6 Evaluatie van begeleidings en behandelplannen*	7,3 (1,3)	4,9 (2,4)	5,9 (1,7)	5,6 (2,4)
2.1 Medicatieveiligheid*	6,7 (1,8)	4,0 (2,8)	5,4 (2,5)	4,4 (2,6)
Meest noodzakelijke structuurindicator				
2.3a Beschikken over registratie van incidenten*	6,5 (1,4)	4,2 (2,8)	5,3 (2,5)	4,9 (2,2)
Meest noodzakelijke uitkomstindicatoren				
2.2 Informatie over bijwerkingen*	8,0 (0,8)	5,3 (1,8)	6,8 (1,1)	6,8 (1,1)
3.11 Adequate informatieverstrekking*	7,9 (1,2)	5,0 (2,2)	6,6 (1,8)	6,6 (1,9)
3.10 Adequate bejegening door hulpverlener*	7,8 (1,2)	5,1 (2,3)	6,7 (1,3)	6,6 (2,1)
3.3. Informed consent*	7,6 (1,3)	5,9 (2,2)	6,9 (1,0)	6,6 (1,9)
1.3 Verandering in dagelijks functioneren van cliënt*	7,8 (0,8)	4,6 (2,7)	5,7 (2,2)	6,1 (1,7)
1.2 Verandering ernst problematiek*	7,8 (1,0)	4,4 (1,9)	6,6 (0,7)	5,3 (1,0)
2.4a aantal insluitingen en vorm insluiting*	7,0 (1,5)	5,4 (2,3)	6,7 (2,31)	6,9 (1,45)
1.2a Oordeel patiënt over verandering ernst problematiek*	7,7 (1,01)	5,1 (2,39)	6,4 (1,5)	5,9 (1,5)
2.4 Dwang*	7,1 (1,4)	5,0 (1,5)	5,9 (1,7)	6,4 (1,8)
2.4b Cliëntoordeel separatiebeleid*	7,1 (1,5)	5,8 (2,7)	3,6 (2,2)	5,7 (2,3)
1.4 Verandering in ervaren kwaliteit van leven van cliënt*	6,8 (1,2)	2,7 (1,5)	5,0 (2,8)	4,1 (2,7)
2.3 Onveiligheid door ontbreken van informatie*	6,8 (1,4)	3,9 (2,7)	5,3 (2,7)	5,1 (2,0)
Minst noodzakelijke procesindicator				
N3.2b Toegang tot de juiste gespecialiseerde behandeling	2,8 (1,4)	2,8 (1,5)	5,8 (2,3)	2,9 (1,8)
Minst noodzakelijke uitkomstindicatoren				
N1.5a Percentage cliënten met zelfstandige huisvesting	1,9 (0,8)	2,7 (2,4)	5,2 (2,8)	2,6 (2,1)
1.5 Rehabilitatie	2,7 (1,7)	2,2 (1,9)	4,2 (2,7)	2,7 (2,2)

* Door de experts definitief geselecteerde indicatoren uit de basisset.

probleemindicatoren). Tabel 2 geeft een overzicht van deze 14 probleemindicatoren.

Na de eerste delphironde organiseerden wij een plenaire bijeenkomst van de experts, in aanwezigheid van het onderzoeksteam. De experts werden in 4 subgroepen verdeeld. Twee subgroepen bekeken hoe de in de eerste schriftelijke delphironde als noodzakelijk gescoorde indicatoren verbeterd zouden kunnen worden op validiteit, toepasbaarheid en duidelijkheid. De experts uit deze beide subgroepen benadrukten dat het in de kinder- en jeugdpsychiatrie erg belangrijk is om ook de verandering van functioneren van de patiënt (kind of jongere) te laten beoordelen door ouders en zo mogelijk anderen (leerkrachten, broertjes en zusjes).

Voor het meten van de als noodzakelijk beoordeelde indicator voor algemeen functioneren, de 'Health of the Nation Outcome Scales for Child and Adolescent Mental Health' (HoNOSCA; Gowers

e.a. 1999), werd daarom geadviseerd naast de kindversie, ook de ouder- en behandelaarsversie te gebruiken. Omdat het scoren van de behandelaarsversie specifieke training vraagt, adviseerden deze twee subgroepen de behandelaars daartoe ook te trainen in het scoren van deze HoNOSCA. Ook bij de als noodzakelijk beoordeelde indicator voor kwaliteit van leven werd het belangrijk gevonden gebruik te maken van meerdere informanten, dus de jongere (vanaf 10 jaar) en de ouders.

De twee andere subgroepen bespraken de 14 probleemindicatoren. Deze subgroepen gaven voor zes van deze probleemindicatoren adviezen ter verbetering van deze indicatoren.

Met deze adviezen ter verbetering werden deze zes probleemindicatoren in de tweede schriftelijke delphironde opnieuw aan de experts voorgelegd. Na deze ronde bleek voor geen van deze probleemindicatoren een verbeterde score op noodzakelijkheid, waardoor het aantal definitief geselecteerde indicatoren 16 bleef.

TABEL 2 Gemiddelde beoordeling (uitersten; SD) van de relevantie van probleemindicatoren (op beoordelingsschaal 1-9) na eerste delphironde (indicatoraanduiding volgt basisset)

	Probleemindicator	Gemiddelde (uitersten)	SD
1.1	Bereik preventieactiviteiten	5,1 (1-8)	2,8
1.2c	Gebruikte instrumenten voor meten van de ernst van symptomen	6,1 (1-9)	2,7
1.4b	Gebruikte instrumenten kwaliteit van leven	4,7 (1-9)	3,4
1.5b	Percentage cliënten dat betaald/vrijwillig werkt of opleiding volgt	3,6 (1-8)	2,3
1.6	Percentage heropname versus gemiddelde opnameduur;	4,3 (1-9)	3,0
1.6a	Percentage heropname	4,7 (1-9)	2,7
1.6b	Gemiddelde opnameduur	5,4 (1-9)	2,5
1.7	Uitval	5,9 (2-9)	2,4
1.7a	Percentage uitval per diagnosegroep	5,6 (1-8)	2,2
1.8	Somatische screening	6,7 (2-9)	2,5
1.8b	Somatische screening bij aanvang opname	6,6 (2-9)	1,9
1.10	Bereik bemoeizorg bij zorgwekkende zorgmijders	4,7 (1-8)	2,5
2.1b	Vóórkomen van risicovolle combinatie van twee of meer antipsychotica	4,6 (1-8)	2,4
3.8	Cliëntparticipatie aan dag- of werkactiviteiten	4,8 (1-8)	2,1

Alle vier de subgroepen deden suggesties voor innovatieve indicatoren (tabel 3). Er werden veel indicatoren voorgesteld, met een bijna evenredige verdeling tussen uitkomst- en procesindicatoren. Uiteindelijk werd na de 2de schriftelijke delphironde slechts 1 innovatieve indicator als geschikt beoordeeld (gemarkeerd in tabel 3). Alle items van deze geselecteerde innovatieve indicator hadden een gemiddelde score voor noodzakelijkheid (zijn de indicatoren noodzakelijk voor de kinder- en jeugdpsychiatrie?), validiteit (is men van mening dat de meetinstrumenten en tellers/noemers een goede manier zijn om de betreffende indicator te meten in de kinder- en jeugdpsychiatrie?), duidelijkheid (zijn de indicatoren duidelijk en eenduidig geformuleerd?) en toepasbaarheid (zijn de indicatoren toepasbaar in de kinder- en jeugdpsychiatrie?) van boven de 7. De uiteindelijke set omvatte dus 17 indicatoren, 16 geselecteerd uit de basisset en 1 innovatieve indicator.

De subgroepen konden later in een plenaire discussie hun adviezen toelichten en bediscussiëren. De belangrijkste conclusie uit deze discussie was dat men liever een klein aantal indicatoren zou willen hanteren dat noodzakelijk en toepasbaar is, dan veel indicatoren met een minder hoge noodzakelijkheid en toepasbaarheid. Ook werd stilgestaan bij de mogelijkheid dat de indicatoren

tot vergelijking van instellingen met elkaar kunnen leiden, waarbij verkeerde interpretatie van verschillen in deze indicatoren kan leiden tot onjuiste conclusies. Het oog hebben voor en het meewegen van factoren die tot bias van de uitkomsten kunnen leiden, werden unaniem gezien als noodzakelijke voorwaarden om tot een juiste interpretatie van de indicatoren van een instelling te komen.

DISCUSSIE

Dit is het eerste onderzoek dat in Nederland methodisch de toepasbaarheid van de basisset prestatie-indicatoren voor de ggz in de kinder- en jeugdpsychiatrie meet. Het expertpanel bestond niet alleen uit verschillende inhoudelijk deskundigen, maar ook verschillende belanghebbenden (zoals patiënten, zorgverzekeraars en inspectie) en deskundigen in bedrijfsvoering. Hiermee hebben we getracht te zorgen voor diversiteit in het expertteam, omdat deze experts niet alleen op verschillend terrein deskundig zijn, maar ook verschillende belangen bij het meten van kwaliteit kunnen hebben. Door de delphirondes zowel schriftelijk als mondeling uit te voeren, konden experts hun mening ook bediscussiëren met elkaar. Zo leidde het bespreken van de probleem-

TABEL 3 Gemiddelde score (SD) noodzakelijkheid, validiteit, duidelijkheid en toepasbaarheid van innovatieve indicatoren (op beoordelingsschaal 1-9)

		Noodzakelijkheid	Validiteit	Duidelijkheid	Toepasbaarheid
Innovatieve proces-indicatoren	Bereikbaarheid zorginstellingen*	7,6 (0,8)	7,3 (0,9)	7,5 (0,9)	7,6 (0,5)
	Beschikbaarheid foldermateriaal	6,4 (1,9)	5,1 (2,4)	6,9 (1,8)	7,1 (1,9)
	Beschikbaarheid verslaglegging van eigen onderzoeken	7,1 (1,7)	7,1 (1,5)	7,0 (2,0)	7,4 (0,9)
	Er is beleid voor somatische screening van kinderen die niet klinisch, maar poliklinisch in behandeling/ begeleiding zijn	6,6 (1,1)	5,6 (1,6)	6,5 (1,5)	6,5 (1,8)
Innovatieve uitkomst-indicatoren	Functioneren op school	7,3 (1,9)	5,8 (1,9)	7,4 (0,7)	7,4 (0,9)
	Ervaren gezinsstress	7,2 (2,1)	6,0 (2,0)	6,9 (1,4)	7,3 (1,5)
	Functioneren contact tussen patiënt en ouders	6,2 (1,9)	4,5 (1,7)	6,6 (2,1)	6,1 (1,8)
	Functioneren contacten buiten gezinsleven (in 3de milieu)	6,4 (1,9)	5,1 (1,6)	7,1 (0,8)	6,6 (1,1)
	Na ontslag follow-up-meting probleemgedrag	5,9 (1,8)	3,7 (2,2)	5,6 (1,9)	3,9 (2,3)

*Door de experts definitief geselecteerde innovatieve indicator.

indicatoren (indicatoren die door de experts in de eerste ronde op noodzakelijkheid zeer verschillend waren beoordeeld) tot duidelijkere keuzes in de tweede schriftelijke delphironde.

Overeenkomsten

Wanneer we reflecteren op de mogelijke overeenkomsten tussen de geselecteerde indicatoren, valt op dat een belangrijk deel van deze indicatoren gericht is op het meten van verandering van de ernst van problematiek, algemeen functioneren of kwaliteit van leven (5 van de 16 geselecteerde indicatoren). Ook het meten van goede informatievoorziening aan patiënten over medicatie en behandeling (3 van de 16 geselecteerde indicatoren) en het registreren van incidenten, dwangmaatregelen en het oordeel van patiënten over separeerbeleid (4 van de 16 geselecteerde indicatoren) werd van belang geacht. Opvallend is daarbij dat 7 van de 16 geselecteerde indicatoren gebaseerd zijn op beoordeling door patiënten.

De indicatoren die het laagst gescoord zijn op noodzakelijkheid (score 3 of lager) vertoonden ook overeenkomsten: het zijn indicatoren die vooral passend zijn bij de beoordeling voor behandeling en zorg aan chronische patiënten. Deze betreffen

bijvoorbeeld rehabilitatie, daginvulling en arbeidsparticipatie en zijn daarmee nauwelijks van toepassing in de leeftijdscategorie (tot 18 jaar) van patiënten in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Dit kan erop wijzen dat de kinder- en jeugdpsychiatrische setting inderdaad eigen kenmerken heeft, die maken dat het klakkeloos overnemen van de indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen niet verstandig zou zijn.

Bij de meest voorkomende stoornissen in de kinder- en jeugdpsychiatrie (ADHD en autismespectrumstoornissen) zijn veel van de geselecteerde indicatoren toepasbaar in gebruik. Alleen het gebruik van dwangmaatregelen in de behandeling komt bij deze diagnosegroepen weinig voor. Het is dan ook te verwachten dat de indicatoren die gebruik van dwangmaatregelen meten, maar voor een klein gedeelte van de patiëntenpopulatie in de jeugd-ggz van belang zijn. De selectie van deze indicatoren in de definitieve set geeft wel aan dat de experts het, hoewel het dus om een klein aantal patiënten gaat, zeer belangrijk vinden dat de kwaliteit van het gebruik van deze dwangmaatregelen gemeten wordt.

Beperkingen van dit onderzoek

Omdat er in Nederland nog weinig ervaring is met het systematisch toepassen van kwaliteitsindicatoren in de kinder- en jeugdpsychiatrie, is het mogelijk dat dit expertteam de keuzes nog weinig heeft kunnen baseren op gebruik van indicatoren in de praktijk. Ook de selectie van experts zou de uitkomst van de delphirondes hebben kunnen beïnvloeden, hoewel we deze selectie met grote zorgvuldigheid hebben gemaakt (van Lieshout e.a. 2010).

De experts hebben voornamelijk hun mening kunnen geven over een al bestaande set kwaliteitsindicatoren van Zichtbare zorg en zijn daarmee niet in staat gesteld een geheel nieuwe set voor de kinder- en jeugdpsychiatrie samen te stellen. Bij het ontwerp van deze studie leek dat het meest voor de hand liggend; het was immers de set die in de praktijk al werd gebruikt.

Nu we de mening van de experts over deze basisset kennen (zij gaven enkel 2 van de 54 indicatoren een score van 7 of meer), zou het interessant geweest zijn hoe de experts een geheel nieuwe set zouden samenstellen. Overigens hebben zij wel de mogelijkheid gekregen om innovatieve indicatoren toe te voegen, waardoor naar hun mening belangrijke ontbrekende indicatoren toegevoegd konden worden aan de bestaande set. Er is echter slechts 1 innovatieve indicator geselecteerd, waarbij we bij de selectie van een innovatieve indicator (alle scores boven de 7) een hoger (meer gebruikelijk) afkappunt gehanteerd hebben dan bij de selectie van indicatoren uit de bestaande basisset (alle scores boven de 4).

Verder betreffen de in deze studie door experts toegekende scores op de validiteit van de indicatorenset alleen scores op een bepaald type van validiteit: namelijk de inhoudsvaliditeit. Een meer omvattende beoordeling van andere aspecten van de validiteit vraagt verder onderzoek.

Opmerkelijke resultaten

Het is opmerkelijk dat de selectie van de panelleden weinig procesindicatoren bevat, maar dat het vooral uitkomstindicatoren betreft. Uitkomstindicatoren hebben namelijk een beperkte relatie met de geleverde zorg, terwijl eigenschappen van de lokale patiëntenpopulatie de scores kunnen beïnvloeden als versturende factoren. Soms hebben uitkomstindicatoren betrekking op zeer late uitkomsten, terwijl de zorg van nu geëvalueerd moet worden. Procesindicatoren daarentegen zijn minder gevoelig voor versturende factoren. Zij bieden concrete informatie voor verbeteringsprogramma's of veranderingsinterventies, maar hun relatie met specifieke uitkomsten is soms beperkt (Grol e.a. 2006).

Het zou goed kunnen zijn dat de moeite van de experts om consensus te bereiken over geschikte procesindicatoren een weerspiegeling is van het feit dat er in ons vak nog weinig overeenstemming is bereikt over wat een goede manier van werken is. Eenduidige methodes voor diagnostiek en behandeling zijn immers nog niet gebruikelijk. Daarom is voor te stellen dat de experts, vanwege de afwezigheid van deze 'gouden standaarden', gemakkelijker overeenstemming bereiken over de uitkomstindicatoren. Mogelijk speelt verder mee dat in de ggz de gewoonte bestaat om het beloop van klachten te volgen met allerlei instrumenten, waarbij vooral uitkomstindicatoren worden gebruikt. Bij indicatoren voor kwaliteit van zorg gaat het echter niet om individuele patiënten, maar om de kwaliteit van zorgverlening bij een bepaalde categorie patiënten die is gezien in een bepaalde periode.

Taakonzekerheid blijkt een factor van belang bij de ontwikkeling van prestatie-onderzoek (van der Geer e.a. 2009). In teams met hoge taakonzekerheid (die bijvoorbeeld taken moesten uitvoeren bij jonge kinderen van 1 tot 4 jaar met ontwikkelingsstoornissen) werden meer proces- dan uitkomstindicatoren ontwikkeld. In teams met een lage taakonzekerheid (die bijvoorbeeld taken moesten

uitvoeren op het gebied van handtrauma's) was dat juist andersom.

In de kinder- en jeugdpsychiatrie kenmerken veel van de uit te voeren taken zich door een hoge taakonzekerheid. Hierdoor zou het van belang kunnen zijn om procesindicatoren voor het meten van de complexe processen in de kinder- en jeugdpsychiatrie een plaats te geven.


CONCLUSIE

Deze studie laat zien dat het experts van verschillende achtergrond en met verschillende belangen gelukt is een set indicatoren te selecteren voor de kinder- en jeugdpsychiatrie. Zij hebben daarmee antwoord kunnen geven op de vraag: welke indicatoren vinden experts noodzakelijk, valide, duidelijk en toepasbaar voor de kinder- en jeugdpsychiatrie en dus potentieel bruikbaar? Hun kritische oordeel over de reeds bestaande basisset (Zichtbare Zorg), die ook verplicht gesteld is in de jeugd-ggz, geeft aan dat de experts veel van deze indicatoren niet noodzakelijk vonden voor gebruik in deze setting. Ook pleit hun selectie van een beperkt aantal indicatoren met veel nadruk op het patiënt- en ouderoordeel voor een kritische herevaluatie van het gebruik van de huidige basisset in de kinder- en jeugdpsychiatrie.

De geselecteerde indicatoren lijken ons vooral geschikt voor de eerder genoemde gebruiksdoelen van de zorginstellingen, inspectie en zorgverzekeraars, maar verder onderzoek naar validiteit van de indicatoren is nodig. Ouders en patiënten hebben door de geselecteerde indicatoren wel meer inzicht in de mogelijkheden van de verschillende zorgaanbieders, maar waarschijnlijk nog altijd onvoldoende.

In de geselecteerde set wordt nadrukkelijk gevraagd naar de score door ouders en jeugdigen op een aantal indicatoren (zoals verandering van algemeen functioneren en verandering van kwaliteit van leven). Het gebruik van meerdere informanten zou zeker een verbetering ten opzichte van de basisset kunnen zijn. Of deze set voldoet

aan de vereiste meetprocedures, toepasbaar is in de praktijk en hoe betrokken zorgverleners en (verwanten van) patiënten het gebruik ervan ervaren, is in deze fase nog niet te beoordelen. Verder onderzoek zal daartoe nodig zijn.

 De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie financierde dit onderzoek. Ineke Cornelissen hielp bij de dataverzameling.

LITERATUUR

- Campbell SM, Braspenning J, Hutchinson A, Marshall M. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *BMJ* 2003; 326: 816-9.
- Diefenbach T. New public management in public sector organizations: the dark sides of managerialistic 'enlightenment'. *Public Administration* 2009; 87: 892-909.
- Dishoek AM van, Lingsma HF, Steyerberg EW. Prestatie-indicatoren: de rol van taakonzekerheid. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2010; 154: A1775.
- Donabedian A. Explorations in quality and monitoring series (vol. 1), the definition of quality and approaches to its assessment. *Ann Arbor: Health administration Press; 1980.*
- Duits N. Kwaliteit onderzoek pro Justitia van jongeren. Assen: Van Gorcum; 2006.
- Geer E van der, van Tuijl HF, Rutte CG. Performance management in healthcare: performance indicator development, task uncertainty, and types of performance indicators; *Soc Sci Med* 2009; 69: 1523-30.
- Gowers SG, Levine W, Bailey-Rogers SJ, Shore A. Commissioned Review: The Health of the Nation Outcome Scales for Child and Adolescent Mental Health (HoNOSCA). *Child Psychol Psychiatry Rev* 2000; 5: 50-6.
- Grol RPTM, van Everdingen JJE, Kuipers F, Casparie AF. Consensus over consensus. Een kritische beschouwing van de procedure van de CBO-consensusontwikkeling. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1990; 134: 1186-9.
- Grol R, Wensing M. Implementatie, effectieve verbetering van de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier; 2006.
- Havenaar JM, Heemskerk B, Bisseling EM. Kwaliteit quo vadis. 1. De opkomst van kwaliteitszorg binnen de psychiatrie. *Tijdschr Psychiatr* 2002; 44: 95-106.

- Ketelaars D, Depla M, Donker M. Cliëntenperspectief in kaart gebracht. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1993; 48: 136-49.
- Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 4.
- Kok I, Wennink HJ, Kwaliteitsbeleid en -onderzoek in de GGZ. *Kwaliteit in beeld* 2002; 3: 11-2.
- Lieshout J van, Nouwens E, Bouma M, Spreeuwenberg C, Wensing M. Consistency of performance indicators for cardiovascular risk management across procedures and panels. *Qual Saf Health Care* 2010; 19: 1-6.
- Nijssen Y, Schene A, Haan RJ, Gersons B. Kwaliteit van zorg op gesloten psychiatrische opnameafdeling. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 1997; 52: 1109-23.
- Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ). *Perspectief op gezondheid 20/20*. Den Haag: RVZ; 2010. <http://rvz.net/uploads/docs/Advies—Perspectief—op—gezondheid.pdf>
- Roland MO. Linking physicians' pay to the quality of care- a major experiment in the United Kingdom. *N Eng J Med* 2004; 351: 1448-54.
- Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ. *Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg basisset 2007-2008*. Utrecht: Stuurgroep; 2007. <http://www.zichtbarezorg.nl/mailings/FILES/htmlcontent/GGZ/Basisset%20prestatie-indicatoren%202007-2008.pdf>.
- Tonkens E. *Mondige burgers, getemde professionals; marktwerking en professionaliteit in de publieke sector*, Amsterdam: Van Genneep; 2009.
- Trendrapportage GGZ 2010. Deel 3, kwaliteit en effectiviteit. Utrecht: Trimbos-instituut; 2010.
- Veer A de, Wagner C, van Ooyen-Houben M, Place M. Het gebruik van kwaliteitsindicatoren in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid* 2002; 57: 1061-9.
- Wollersheim H, Hermens R, Hulscher M, Braspenning M, Ouwens M, Schouten J, e.a. Clinical indicators: development and applications. *Neth J Med* 2007; 65: 15-22.

AUTEURS

MIJNKE JANSSEN, kinder- en jeugd psychiater en junior onderzoeker Karakter Universitair Cluster.

MICHEL WENSING, hoogleraar Implementatieonderzoek Radboud Universiteit Nijmegen en werkzaam bij IQ-Healthcare UMC St Radboud Nijmegen.

RUTGER JAN VAN DER GAAG, hoogleraar Klinische Kinder- en Jeugdpsychiatrie aan de Radboud Universiteit Nijmegen.

PATRICIA VAN DEURZEN, gezondheidswetenschapper en junior onderzoeker, Karakter Universitair Cluster.

JAN BUITELAAR, hoogleraar Psychiatrie en Kinder- en Jeugdpsychiatrie, St. Radboud Universiteit Nijmegen en afdelingshoofd van Karakter Universitair Cluster.

Correspondentieadres: Mijne Janssen, Karakter Universitair Cluster, Vluchtheuvellaan 6, 6671 DN Zetten.

E-mail: m.janssen@karakter.com.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 4-6-2012.

SUMMARY

Adjustment and alteration of the quality indicators in the Basic Set (GGZ) for use in child and adolescent psychiatry – M.M.M. Janssen, M. Wensing, R.J. van der Gaag, P.A.M. van Deurzen, J.K. Buitelaar –

BACKGROUND Transparency by means of quality indicators is regarded as a method for monitoring and improving the quality of care. In the Dutch mental health service (GGZ) a generic basic set of indicators has been developed, but it is not clear whether the set is suitable for use in child and adolescent psychiatry.

AIM To assess whether the GGZ Basic Set of performance indicators for 2007–2008 was suitable for use in a child and adolescent psychiatric setting and to detect any omissions in that set.

METHOD A heterogeneous national group of eight health professionals and five ‘stakeholders’ in child and adolescent mental health judged the existing Basic Set by means of a Delphi procedure consisting of two written rounds and a panel discussion. The experts assessed potential indicators with regard to necessity, validity, clarity and applicability to child and adolescent psychiatry using a scale of 0 to 9. Indicators scoring more than 7 were considered to be appropriate.

RESULTS Only two of the 54 indicators were considered appropriate. A lower cut-off point would leave 16 indicators, of which 10 related to the outcome of treatment. One of the nine proposed innovative indicators was added.

CONCLUSION Very few of the indicators in the Basic Set were considered to be suitable for use in child and adolescent psychiatry. Respondents expressed a preference for a limited number of indicators that emphasised the opinion of the patient and of parents rather than the outcomes of treatment.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)1, 21–31]

KEY WORDS child and adolescent psychiatry, Delphi procedure, quality indicators