

# ZICHT OP ZORG

## ***Prestatie-indicatoren en kwaliteit van zorg in de GGZ en verslavingszorg***

Een onderzoek naar de consequenties van het gebruik  
van het meetinstrument HoNOS bij het ACT2-team  
van de Afdeling Psychiatrie & Verslaving



Utrecht, augustus 2008

Erasmus Universiteit Rotterdam  
Instituut Beleid & Management Gezondheidszorg  
Afstudeerscriptie Master Zorgmanagement

Begeleiders : Dr. R. Bal en Drs. S. Jerak-Zuiderent  
Meelezer : Dr. J. Geelhoed

Maryati ten Broek  
Studentnummer 296851  
Acaciastraat 12  
3551 BG Utrecht

**Het vlindertje van Altrecht:**

Een rups verandert na een periode in een vlinder, dat is wat Altrecht haar cliënten toewenst. Mede om die reden hebben we een vlinder gekozen als ons beeldmerk, maar ook omdat het een mooie metafoor voor ontwikkeling is. Want niet alleen onze cliënten, ook de organisatie zelf en de mensen die erin werken zijn continu in ontwikkeling. En dat betekent dat er in onze organisatie altijd veel beweging is. Een vlinder die overigens in zes variaties voorkomt, omdat we vonden dat een organisatie die geen standaardzorg wil leveren, geen standaardlogo kan voeren. Geen cliënt is hetzelfde, en dus is geen behandeling hetzelfde ([www.altranet.nl](http://www.altranet.nl)).



## Voorwoord

Nu ik vol trots, maar vooral met opluchting mijn scriptie aan u mag voorleggen, kan ik na 3 jaar studeren zeggen: “Yes, het zit erop!” De afgelopen 3 jaar zijn mooi geweest: leerzaam, intensief, gezellig en interessant. Maar de laatste loodjes waren zoals altijd het zwaarst. Het afronden van mijn scriptie heeft het nodige ‘bloed, zweet en tranen gekost’ en zonder de hulp en steun van bepaalde mensen had ik mijn scriptie niet tot een goed einde kunnen volbrengen. Traditiegetrouw wil ik dan ook gebruik maken van dit voorwoord, om een aantal mensen te bedanken.

Allereerst mijn begeleiders van de universiteit: Dr. Roland Bal en drs. Sonja Jerak-Zuiderent. Roland, bedankt voor jouw tijd, energie en bereidheid om mijn scriptie te lezen en mij te voorzien van commentaar om mijn scriptie (bij) te sturen. Ik vond de samenwerking prettig en motiverend. Speciale dank voor Sonja: je bent fantastisch! Je bent voortdurend enthousiast en stimulerend geweest, juist in tijden dat ik dit niet kon opbrengen, heb je me weten te motiveren toch door te zetten. Onze afspraken zijn verhelderend, onmisbaar en van onschatbare waarde geweest. Ik wens je “alle goeds”! Dr. Jeroen Geelhoed, mijn mee-lezer, bedankt voor de tijd die u hebt vrijgemaakt om mijn scriptie te lezen en te beoordelen. Pap en mam, ontzettend bedankt dat jullie mij de mogelijkheid geboden hebben om te (kunnen) studeren. Jullie onvoorwaardelijke vertrouwen en trots zijn altijd een stimulans om het beste van mezelf te geven. Grote broers en ‘schone zussen’, bedankt voor jullie interesse en medeleven, elke keer weer! Sietske, heel erg bedankt voor de input, ‘you’re simply the best’!

Tot slot wil ik Peter bedanken, mijn ultieme steun en toeverlaat! Jouw geduld, vertrouwen en aanwezigheid hebben er telkens weer voor gezorgd dat ik lichtpuntjes ben blijven zien, juist tijdens de moeilijke momenten van de afgelopen 3 jaar. Ik heb weer tijd voor jou én ons!

Ik wens u veel plezier toe tijdens het lezen van mijn scriptie!

Utrecht, augustus 2008

Maryati ten Broek



## Samenvatting

Net als binnen andere sectoren in de gezondheidszorg is ook in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) een grote verandering gaande vanwege stelselherziening en aansturing op marktwerking door de overheid. Een specifieke gerichtheid op resultaten of uitkomsten duikt meer en meer op in de gezondheidszorg, inclusief de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg (Walburg, 2003; Bean & Nemitz, 2004; Wollersheim et al., 2006). Met behulp van de prestatie-indicatoren moet de kwaliteit van het aanbod zichtbaar én vergelijkbaar worden gemaakt. Het doel is transparantie en kwaliteitsverbetering. De samenleving moet kunnen zien wat er met de in de zorg geïnvesteerde collectieve middelen gebeurt (Wollersheim et al., 2006).

Het met een meetinstrument omschrijven van de toestand van de patiënt in de dagelijkse praktijk van de geestelijke gezondheidszorg is niet gebruikelijk. Dit komt ten dele doordat een bruikbaar instrument hiervoor tot nu toe ontbrak (Mulder et al., 2004). Er is daarom de afgelopen jaren een nieuw beoordelingsinstrument ontwikkeld voor routinematig gebruik in de (klinische) praktijk en voor het vastleggen van de toestand op meerdere levensgebieden: de 'Health of Nations Outcome Scales' (HoNOS) (Wing et al., 1998). De HoNOS lijkt zeer bruikbaar als effectmaat en voorspeller in het kader van zorggebruik (Mulder e.a., 2000). De psychometrische en praktische eigenschappen van de HoNOS zijn voldoende en duiden op bruikbaarheid van het instrument in de dagelijkse praktijk. Het overwegen van invoering van de HoNOS in de minimale dataset van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland lijkt de moeite waard (Mulder et al., 2004).

Het doel van dit onderzoek was het verkennen van de consequenties van het gebruik van de HoNOS binnen het ACT2-team. ACT staat voor Assertive Community Treatment en is een model dat intensieve hulpverlening biedt aan patiënten die buiten de boot van de reguliere hulpverlening dreigen te vallen ([www.altranet.nl](http://www.altranet.nl)). Bij het ACT2-team is het gebruik van het meetinstrument HoNOS geïntegreerd in de behandeling.

Dit onderzoek kan een basis zijn voor vervolgonderzoek met betrekking tot (het gebruik van) de HoNOS. Dit geldt in de eerste plaats voor het gebruik van de HoNOS binnen het ACT2-team en de mogelijkheden tot verbetering die hier nog liggen. De HoNOS kan een uitstekend meetinstrument blijken voor het inzichtelijk maken van de effectiviteit van zorg, als deze frequenter wordt afgenomen en met meer regelmaat geëvalueerd wordt binnen het primaire proces. Het ACT2-team dient ook gefaciliteerd te worden met (digitale) middelen die bijdragen aan inbedding van het instrument en het beschikbaar en vergelijkbaar maken van de uitkomsten van de HoNOS. Uitgebreidere scholing van alle hulpverleners kunnen de betrouwbaarheid van het instrument vergroten en tijdswinst opleveren bij het afnemen van het instrument, maar ook bij de evaluatie hiervan. Als tweede kan dit onderzoek aanleiding zijn voor diverse belanghebbenden, zorgverzekeraar, IGZ, etc. om opdracht te geven tot nader onderzoek van de HoNOS om inzicht te krijgen in welke wegen er minimaal nog bewandeld moeten worden om tot de overweging te komen de HoNOS op te nemen in de basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.

## Summary

Just as within other fields of health care, the mental health care (MHC) has changed greatly because of system reorganisation and governmental guidance on free market processes. There has been an increasing emphasis on the results or outcomes in health care, including mental health care and substance abuse care (Walburg, 2003; Bean et al., 2004; Wollersheim et al., 2006). Through the use of performance indicators, the quality of supply should be made visible and comparable with similar institutions. The purpose is transparency and quality improvement. The society should have a broad idea of the way in which the collective resources are invested in health care (Wollersheim et al., 2006).

Usually, the status of the patient's daily practice of mental health is not described with a measuring instrument. This can, in part, be subscribed to the lack of a useful tool up to a few years ago (Mulder et al., 2004). Therefore, a new assessment has been developed recently, for routine use in the (clinical) practice and for establishing the life situation in multiple fields: The Health of the Nations Outcome Scales (HoNOS) (Wing et al., 1998). The HoNOS appears to be very workable as a means to a categorisation of effects and as a predictor in the context of health care (Mulder e.a., 2000). The practical and psychometric properties of the HoNOS are sufficient and are pointing to its workability in everyday practice. In the Netherlands the consideration of the introduction of HoNOS into the minimum data set of mental health care seems worthwhile (Mulder et al., 2004).

The purpose of this research has been to investigate the consequences of the use of the HoNOS within the ACT2-team. ACT stands for Assertive Community Treatment. It is a model which provides intensive care to patients who may fall by the wayside in regular aid ([www.altranet.nl](http://www.altranet.nl)). The measuring instrument has been integrated into the treatment of the ACT-team.

Follow-up studies, in relation to (the application of) the HoNOS design, could be based on this research. Primarily, these studies could relate to the use of the HoNOS within the ACT2-team and the possibilities for improvement. The HoNOS could turn out to be an excellent measuring instrument giving an insight to the effectiveness of healthcare, if it is conducted more frequently and evaluated more regularly within the primary process. The ACT2-team should also be supplied with (digital) resources which contribute to the embedding of the instrument and, additionally, to the availability and comparability of the HoNOS-results. The extended training of all practitioners could increase the reliability of the HoNOS design and, eventually, gain time at the application of the instrument as well as its evaluation. Secondly, this research could cause several interested parties, such as health insurance companies, IGZ, etc., to commission closer examination of the HoNOS. Such a specification could gain an insight into the courses which have to be followed in order to accept the HoNOS into the minimal set of performance indicators for mental health care and the care and treatment of drug addicts.

# Inhoudsopgave

<b>VOORWOORD</b> .....	<b>3</b>
<b>SAMENVATTING</b> .....	<b>4</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>5</b>
<b>INHOUDSOPGAVE</b> .....	<b>6</b>
<b>HOOFDSTUK 1 INLEIDING</b> .....	<b>7</b>
1.1 ACHTERGROND .....	7
1.2 SETTING .....	8
1.3 DOEL VAN HET ONDERZOEK .....	9
1.4 PROBLEEMSTELLING .....	9
1.5 LEESWIJZER.....	10
<b>HOOFDSTUK 2 THEORETISCH KADER</b> .....	<b>11</b>
2.1 KWALITEIT EN KWALITEITSZORG .....	11
2.2 PRESTATIE-INDICATOREN.....	15
2.3 HEALTH OF THE NATION OUTCOME SCALES (HoNOS).....	16
2.4 HET ACT-MODEL.....	17
<b>HOOFDSTUK 3 METHODEN VAN ONDERZOEK</b> .....	<b>19</b>
3.1 ONDERZOEKSDESIGN .....	19
3.2 DATAVERZAMELING .....	19
3.3 VALIDITEIT EN BETROUWBAARHEID .....	20
3.4 ETHISCHE DILEMMA'S.....	21
<b>HOOFDSTUK 4 BESPREKING VAN HET ONDERZOEK</b> .....	<b>22</b>
4.1 DE HoNOS EN ALTRECHT .....	22
4.2 DE HoNOS EN HET ACT2-TEAM.....	23
4.3 DE HoNOS UITGELEGD.....	24
4.4 DE HoNOS EN DE PRAKTIJK .....	25
4.5 DE HoNOS EN WAARDERING.....	31
<b>HOOFDSTUK 5 INTERPRETATIE VAN DE ONDERZOEKSGEGEVENS</b> .....	<b>34</b>
5.1 CONCLUSIES .....	34
5.1.1 <i>Kwaliteitscyclus en de HoNOS</i> .....	34
5.1.2 <i>Kennis van HoNOS</i> .....	37
5.1.3 <i>Opzet van de HoNOS</i> .....	38
5.1.4 <i>HoNOS en evaluatie</i> .....	38
5.1.5 <i>Theorie versus praktijk</i> .....	39
5.2 DISCUSSIE .....	39
<b>HOOFDSTUK 6 SUGGESTIES</b> .....	<b>41</b>
<b>BIBLIOGRAFIE</b> .....	<b>42</b>
<b>BIJLAGE I HONOS TOOLKIT</b> .....	<b>47</b>
<b>BIJLAGE II INDICATIECRITERIA ACT</b> .....	<b>59</b>

## Hoofdstuk 1 Inleiding

In dit eerste hoofdstuk worden achtereenvolgens de achtergrond, setting, het doel en de probleemstelling van het onderzoek uiteengezet.

### 1.1 Achtergrond

Net als binnen andere sectoren in de gezondheidszorg is ook in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) een grote verandering gaande vanwege stelselherziening en aansturing op marktwerking door de overheid. Getuigen daarvan zijn het toenemende aantal internationale publicaties en een groeiende interesse vanuit de sector en de overheid om zicht te krijgen op de resultaten van de behandeling (Keymolen & Casselman, 2007). Deze tendens kadert binnen het kwaliteitsdenken wereldwijd. Een specifieke gerichtheid op resultaten of uitkomsten duikt meer en meer op in de gezondheidszorg, inclusief de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg (Walburg, 2003; Bean & Nemitz, 2004; Wollersheim et al., 2006). Pogingen om meer maatschappelijke verantwoording te koppelen aan kwaliteitsverbetering op de werkvloer in Nederland resulteerden in een set van prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg. Deze werden tijdens een conferentie op 29 november 2006 te Amsterdam officieel overhandigd door de zorgsector aan de overheid (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2006). Een indicator is een meetbaar aspect van de geleverde zorg waarvan op basis van wetenschappelijk onderzoek is aangetoond of door middel van consensus tussen experts als aannemelijk wordt beschouwd dat het een aanwijzing geeft over de kwaliteit van die zorg (Campbell et al., 2002; Wollersheim et al., 2006). Als gevolg van al de bedrijvigheid in verband met de kwaliteitsverbetering op niveau van de verschillende geledingen van de organisaties, is er een toenemende druk vanuit de samenleving en de overheid om meer informatie te krijgen over de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg (Keymolen & Casselman, 2007). Met behulp van de prestatie-indicatoren moet de kwaliteit van het aanbod zichtbaar én vergelijkbaar worden gemaakt. Het doel is transparantie en kwaliteitsverbetering. De samenleving moet kunnen zien wat er met de in de zorg geïnvesteerde collectieve middelen gebeurt (Wollersheim et al., 2006).

De basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg bestaat uit verschillende hoofdstukken. In de hoofdstukken leest u wat de vastgestelde indicatoren zijn: in hoofdstuk 1 voor effectieve zorg, in hoofdstuk 2 voor veilige zorg en in hoofdstuk 3 voor cliëntgerichte zorg. In sommige gevallen is er nog geen standaardmeetinstrument beschikbaar. Dit geldt bijvoorbeeld voor de effectiviteit van de behandeling of begeleiding (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2006). Hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg besteden veel aandacht aan de behandeling van patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen. Het is gebruikelijk om bij de behandeling van deze patiënten niet alleen aandacht te besteden aan psychiatrische symptomen, maar ook aan de problemen op de andere levensgebieden. Wanneer dit gebeurt aan het begin en tijdens het beloop van de behandeling, ontstaat inzicht in de mate van verbetering of verslechtering van de patiënt. Door het combineren van gegevens van meerdere patiënten, is het mogelijk om de effecten van behandelingen binnen behandelteams of zelfs instellingen te evalueren. Deze activiteiten worden Routine Outcome Assessment genoemd (Mulder et al., 2004). Het met een meetinstrument

omschrijven van de toestand van de patiënt in de dagelijkse praktijk van de geestelijke gezondheidszorg is niet gebruikelijk.

Dit komt ten dele doordat een bruikbaar instrument hiervoor tot nu toe ontbrak (Mulder et al., 2004). Er is daarom de afgelopen jaren een nieuw beoordelingsinstrument ontwikkeld voor routinematig gebruik in de (klinische) praktijk en voor het vastleggen van de toestand op meerdere levensgebieden: de 'Health of Nations Outcome Scales' (HoNOS) (Wing et al., 1998). Wetenschappelijk verantwoorde instrumenten zijn echter niet per definitie hetzelfde als voor de praktijk handzame instrumenten (Sterk & Ridderbos, 1995). Om die reden moeten instrumenten betrouwbaar, valide maar vooral kort zijn (Mulder e.a., 2000). HoNOS is een handzaam instrument (Wing et al., 1998). Het brengt op eenvoudige wijze de ernst van de psychiatrische verschijnselen en het sociaal functioneren in kaart. De HoNOS is in het Nederlands vertaald en wordt in ons land op enkele plaatsen routinematig gebruikt. De HoNOS lijkt zeer bruikbaar als effectmaat en voorspeller in het kader van zorggebruik (Mulder e.a., 2000). De psychometrische en praktische eigenschappen van de HoNOS zijn voldoende en duiden op bruikbaarheid van het instrument in de dagelijkse praktijk. Het overwegen van invoering van de HoNOS in de minimale dataset van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland lijkt de moeite waard (Mulder et al., 2004).

## 1.2 Setting

De afdeling Psychiatrie & Verslaving bestaat uit 4 ambulante teams en twee klinieken en is onderdeel van de divisie Willem Arntsz van GGZ Altrecht. De afdeling Psychiatrie & Verslaving biedt diagnostiek, behandeling, begeleiding en rehabilitatie aan mensen met problemen op het gebied van psychiatrie en verslaving, bij wie sprake is van complexe problematiek die meerdere levensgebieden bestrijkt ([www.altranet.nl](http://www.altranet.nl)). In veel gevallen is er ook sprake van gedragsproblematiek. Het doel van de behandeling is het stabiliseren van de psychiatrische stoornis en behandeling / stabilisatie van de verslaving.

Het is van belang dat het behandelaanbod gericht dient te zijn op alle facetten van de problematiek en de gehele mens. De reden hiervoor is dat er vaak sprake is van beperkt of ambivalent gemotiveerde patiënten (zeker voor een psychiatrische behandeling in engere zin) moet het aanbod aansluiten bij de door de patiënt gevoelde primaire behoeften ([www.altranet.nl](http://www.altranet.nl)).

Dit onderzoek is uitgevoerd binnen ACT2-team. ACT staat voor Assertive Community Treatment. ACT is een model dat intensieve hulpverlening biedt aan patiënten die buiten de boot van de (overige / reguliere) hulpverlening dreigen te vallen ([www.altranet.nl](http://www.altranet.nl)). Het ACT-team biedt ambulante behandeling waarbij ze actief contact zoeken en onderhouden ([www.altrecht.nl](http://www.altrecht.nl)). Bij het ACT-team werken hulpverleners met verschillende achtergronden. Te denken valt aan: een psychiater, een verslavingsarts, ervaringsdeskundigen, een GZ-psycholoog, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers. De hulpverleners dragen gezamenlijk bij aan de zorg voor de patiënten om de continuïteit van zorg te waarborgen. Bij het ACT-team is het gebruik van het



meetinstrument HoNOS geïntegreerd in de behandeling. Het instrument wordt gebruikt als methode voor indicatiestelling, monitoren, evaluatie en uitzetten van beleid (Sperry, 1997). Tevens worden de uitkomsten van de HoNOS gekoppeld aan het schrijven van een rehabilitatieplan voor de betreffende patiënt. Op die manier heeft men inzicht in de vordering die een patiënt maakt gedurende de behandeling.

### **1.3 Doel van het onderzoek**

Het doel van dit onderzoek is tweeledig. Enerzijds onderzoeken wat de consequenties zijn van het gebruik van de HoNOS als meetinstrument bij ACT2-team. Anderzijds of de uitkomsten van de HoNOS de zorg meer inzichtelijk maken, bijdragen aan de effectmeting van de behandeling en op die manier kunnen dienen als externe verantwoording. De onderzoeker beoogt hiermee te onderzoeken of de HoNOS een geschikt standaardmeetinstrument kan zijn voor de basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg, om effectiviteit van behandeling en begeleiding te meten.

### **1.4 Probleemstelling**

In bovenstaande subparagrafen is beschreven dat de GGZ onderhevig is aan stelselherzeningen en aansturen op marktwerking. Pogingen om meer maatschappelijke verantwoording te koppelen aan kwaliteitsverbetering op de werkvloer in Nederland resulteerden in een set van prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg. Deze basisset bevat echter prestatie-indicatoren die nog niet compleet en dus in ontwikkeling zijn. In sommige gevallen is er nog geen standaardmeetinstrument beschikbaar. Dit geldt bijvoorbeeld voor de effectiviteit van de behandeling of begeleiding (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2006). Voor de GGZ is transparantie van het zorgaanbod en de kwaliteit van zorg van groot belang. In de GGZ staat het werken met prestatie-indicatoren echter nog in de kinderschoenen. Informatie over de kwaliteit van zorg wordt wel op grote schaal verzameld, maar deze is nog nauwelijks beschikbaar (Groenewoud & Huijsman, 2003). Het probleem is het gebrek of ontbreken van meetinstrumenten ten aanzien van de prestaties van de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg, waardoor men geen inzicht heeft in de effectiviteit / kwaliteit van de behandeling of begeleiding. Het gebrek aan dit inzicht bemoeilijkt de externe verantwoording. Vanuit dat oogpunt wordt onderzocht wat de consequenties zijn van het gebruik van de HoNOS als meetinstrument bij ACT2-team en of de uitkomsten van de HoNOS de zorg meer inzichtelijk maken, bijdragen aan de effectmeting van de behandeling en op die manier kunnen dienen als externe verantwoording. Op basis hiervan is de volgende hoofdvraag met de bijbehorende deelvragen geformuleerd:

**Wat zijn de consequenties van het werken met de Health of Nation Outcome Scale (HoNOS) voor het ACT2-team en kan er door het gebruik van de HoNOS gestuurd worden op het primaire proces?**

### Deelvragen

- Hoe gaat het ACT- team 2 om met het meetinstrument?
- Wat is de relatie van het meetinstrument HoNOS met de andere werkzaamheden van het ACT- team 2?
- Wat wordt er gemeten met het instrument HoNOS en wat gebeurt er met deze meetresultaten?
- Op welke wijze geeft het meetinstrument HoNOS het ACT2-team inzicht in de behandeling of begeleiding van hun patiënten?

### Definiëren van begrippen

#### **Meetinstrument:**

Een instrument dat is gemaakt om waarden of eigenschappen te bepalen (<http://nl.wikipedia.org/wiki/Instrument>)

#### **Health of Nations Outcome Scales (HoNOS):**

Meetinstrument dat is ontwikkeld in opdracht van het Engelse Ministerie van Volksgezondheid (Wing et al., 1998). Het doel van het instrument is om op eenvoudige, betrouwbare en valide wijze de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal functioneren van psychiatrische patiënten routinematig in kaart te brengen (Mulder et al., 2004).

## **1.5 Leeswijzer**

Allereerst wordt in dit kwalitatieve onderzoek het gehanteerde theoretische kader geschetst, waarbij u meer inzicht krijgt binnen welke kaders dit onderzoek is verricht. Vervolgens worden in het derde hoofdstuk de methoden van onderzoek nader toegelicht. In hoofdstuk vier worden de resultaten van het onderzoek besproken, waarbij getracht is een vertaalslag te maken om de onderzoeksvragen te beantwoorden. De conclusie en discussie worden in hoofdstuk vijf behandeld en hierbij vindt een interpretatie en waardering van de resultaten plaats. In de discussie zal een kritische reflectie op het onderzoek plaatsvinden. De scriptie wordt afgesloten door hoofdstuk zes en in dit hoofdstuk worden suggesties gedaan voor zowel de praktijk als vervolgonderzoek.



## Hoofdstuk 2 Theoretisch kader

In dit tweede hoofdstuk wordt invulling gegeven aan de diverse begrippen die genoemd zijn in de inleiding, probleemstelling en onderzoeksvragen. De begrippen die aan bod komen zijn kwaliteit en kwaliteitszorg, prestatie-indicatoren, het meetinstrument HoNOS en het ACT-model en worden belicht vanuit een theoretische invalshoek.

### 2.1 Kwaliteit en kwaliteitszorg

Er bestaan veel verschillende definities om het begrip 'kwaliteit' te omschrijven. Om het begrip kwaliteit te beschrijven is er gekozen voor de volgende definitie van kwaliteit: "Er is sprake van kwaliteit indien er een optimale verhouding bestaat van het gerealiseerde ten opzichte van de verwachtingen met betrekking tot een bepaald aspect van de gezondheidszorg" (Harteloh & Casparie, 2001). De uiteindelijke kwaliteit die door een organisatie geleverd wordt, heeft te maken met de kundigheid van de professionals en de motivatie van deze mensen om goed werk te willen leveren (Casparie, 2001). Met de betrekking tot de bewaking en verbetering van de kwaliteit van zorg is een belangrijk onderscheid te maken van kwaliteit van zorg in drie niveaus (Donabedian, 1980):

1. Structuur; de term structuur verwijst naar de bronnen en middelen die gebruikt worden bij het leveren van zorg, evenals de omstandigheden waaronder zorg wordt geleverd. De structuur is een voorwaardenscheppende factor voor een goede kwaliteit (Donabedian, 1980).
2. Proces; bij het begrip proces wordt er bedoeld zowel de medische en verpleegkundige handelingen als de ondersteunde activiteiten (Donabedian, 1980).
3. Uitkomst; Harteloh & Casparie (2001) doelen hiermee op het uiteindelijke resultaat in termen van gezondheid voor de patiënt, die toegeschreven kunnen worden aan de geneeskundige interventie of behandeling van de hulpverlener.

Er zijn verschillende perspectieven om naar de kwaliteit van zorg te kijken. Voor het patiëntenperspectief geldt dat het van belang is dat er voldaan wordt aan bestaande verwachtingen, gerelateerd aan gewenste zorguitkomsten. Het perspectief van medische disciplines richt zich op de overeenstemming van zorgverlening met actuele medische kennis. Het derde en laatste perspectief is die van de maatschappij. Dit perspectief is gericht op de toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg voor de gehele Nederlandse bevolking (Walburg, 1997).

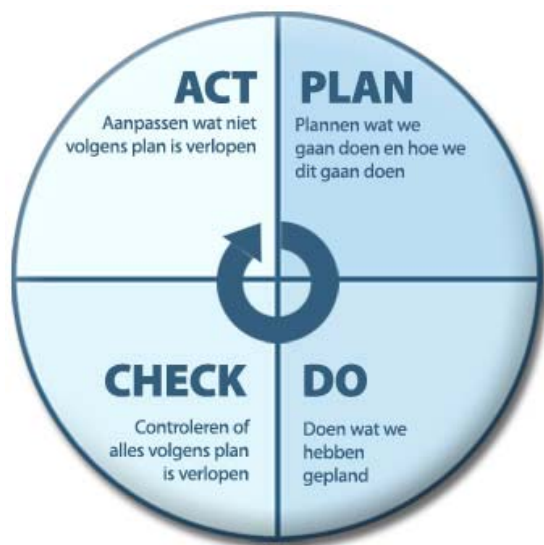
Kwaliteit en kwaliteitsverbetering zijn leidende thema's in de gezondheidszorg waarbij voor elk zorgproces zes doelstellingen worden nagestreefd: geleverde zorg moet veilig, effectief, efficiënt, tijdig, voor een ieder gelijk en patiëntgericht zijn (IOM, 2001).

De manier waarop er binnen een organisatie gewerkt wordt aan de kwaliteit wordt ook wel kwaliteitszorg genoemd. Bakker & Steenbergen – Meertens (2006) benoemen dat kwaliteitszorg begint bij kwaliteitsbewaking. Met kwaliteitsbewaking wordt bedoeld dat producten of diensten worden getoetst aan bestaande normen. Binnen de gezondheidszorg is kwaliteitsbewaking ingewikkeld,

doordat het in de zorg om complexe, niet eenduidige situaties gaat. Om gestructureerd aan de slag te gaan met de kwaliteitszorg binnen een organisatie kan men gebruik maken van de 'Deming-cyclus', of 'kwaliteitscyclus'. Verbetering van kwaliteit is volgens Deming de taak van iedere medewerker in een organisatie, waarbij het initiatief moet worden genomen door het management (Tan, 2006). De kwaliteitscyclus is een hulpmiddel voor kwaliteitsmanagement en is ontwikkeld door William Edwards Deming. In deze cyclus worden vier activiteiten beschreven die, als ze ook werkelijk in een cyclus plaatsvinden, kunnen zorgen voor een betere kwaliteit. De kwaliteitscyclus is ook heel geschikt voor de gezondheidszorg, omdat het continue evaluatie van werkwijzen vraagt (Harteloh & Casparie, 2001). De kwaliteitscyclus beschrijft de volgende vier activiteiten (www.wikipedia.org/wiki/kwaliteitscirkel\_van\_Deming):

1. Plan: opstellen van een plan voor de uitvoering van processen en vaststellen van normen en concrete doelstellingen.
2. Do: voer de geplande processen uit.
3. Check: controleer de processen op de uitvoering en registreer afwijkingen op de norm. Meet de beoogde resultaten.
4. Act: evalueer afwijkingen en resultaten en neem actie. Herontwerp de processen indien nodig voordat deze opnieuw worden uitgevoerd.

In de volgende figuur worden deze vier activiteiten schematisch weergegeven:



Bron: QualityFirst Adviesbureau

**Figuur 1 Kwaliteitscirkel van Deming**

In de geestelijke gezondheidszorg kan de kwaliteitscyclus van Deming ook goed worden toegepast. Deming heeft de cyclus ontwikkeld vanuit het oogpunt dat kwaliteit niet te gecompliceerd moet zijn. De cyclus beoogt een duidelijk en eenvoudig systeem te zijn dat ervoor zorgt dat kwaliteitsverbetering iets van iedere dag wordt (Bakker & Steenbergen – Meertens, 2006). De cyclus wordt doorlopen tot het gewenste resultaat is behaald en betreft zowel kwaliteitsbewaking (een bepaald niveau van kwaliteit handhaven) als kwaliteitsbevordering (niveau van kwaliteit verhogen) (Harteloh & Casparie, 2001). Bij

GGZ Altrecht wordt er gebruik gemaakt van de kwaliteitscyclus van Deming; de cyclus maakt deel uit van de (dagelijkse) praktijk binnen het ACT2-team.

De wijze waarop kwaliteitsverbetering in gang gezet wordt binnen een organisatie is afhankelijk van het aanwezige kwaliteitsbeleid. Dit beleid omvat kwaliteitsdoelen en uitgangspunten, randvoorwaarden en richtlijnen om vorm te geven aan kwaliteitsmanagement (Tan, 2006). Overeenstemming van het landelijke beleid met betrekking tot het kwaliteitsbeleid van een organisatie is noodzakelijk. Om die reden vond in 1989 de allereerste Leidschendamconferentie plaats. Verzekeraars, zorgaanbieders en patiëntenorganisaties spraken over de uitgangspunten en voorwaarden die nodig werden geacht voor het te ontwikkelen landelijk kwaliteitsbeleid (Boot & Knapen, 2005). Daarnaast werden afspraken gemaakt omtrent ieders verantwoordelijkheid ten aanzien van kwaliteit van zorg (Sluijs & Wagner, 2000). Tijdens de tweede Leidschendamconferentie die in 1990 plaatsvond waren de uitgangspunten dat zorgaanbieders de primaire verantwoordelijkheid voor zorgverlening dragen; de verzekeraars het leveren van kwaliteit moeten ondersteunen; de patiënt meer verantwoordelijkheid krijgt en dat de overheid een zodanig beleid voert dat de partijen de verantwoordelijkheid ten aanzien van kwaliteitszorg waar kunnen maken (Boot & Knapen, 2005). In 1995 werd er een derde Leidschendamconferentie belegd. Onderwerp tijdens deze conferentie was het bespreken van de stand van zaken ten aanzien van de eerder gemaakte afspraken. Ook vond er bij deze laatste Leidschendamconferentie een verschuiving van de aandacht plaats, van technische kwaliteitssystemen naar de concrete resultaten van zorg. Zo werden er vervolgsafspraken gemaakt ter voortzetting van de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid, waarbij het meten en beoordelen van uitkomsten van zorg als essentieel werden gesteld. De Leidschendamconferenties hebben er toe geleid dat er twee initiatieven zijn ontstaan: vanuit de Rijksoverheid ontstond de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZI) en in het werkveld werd de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector (HKZ) opgericht (HKZ, 1996).

Het systematisch verbeteren van de kwaliteit van zorg is sinds 1996 wettelijk geregeld in de Kwaliteitswet Zorginstellingen (KZI) (Wagner & Struben, 2007). Deze wet is van toepassing op alle deelsectoren van de gezondheidszorg. De KZI is, zoals reeds beschreven, tot stand gekomen tijdens de zogenaamde 'Leidschendamconferenties' waar twee belangrijke zaken afgesproken zijn (VWS, 1997):

1. De overheid blijft op afstand en de verantwoordelijkheid voor het leveren van kwaliteitszorg ligt bij degenen die de zorg verlenen (zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren).
2. Zorgaanbieders werken structureel en systematisch aan kwaliteitsbeleid.

De grondslag van de KZI is: eigen verantwoordelijkheid van de zorginstelling voor kwalitatief goede zorg (VWS, 1997). De KZI bevat verder nog de volgende vier normen:

1. Verantwoorde zorg; dit wil zeggen zorg die verleend wordt op een goed niveau daarmee rekeninghoudend met de aspecten doeltreffendheid, doelmatigheid en patiëntgerichtheid.

2. Bewust beleid; er moet een duidelijke taakverdeling zijn, wie heeft de verantwoordelijkheid, wanneer en waarover. Goede faciliteiten, materiaal en personeel spelen hierbij een rol. Bovendien moet het beleid duidelijk focussen op kwaliteit.
3. Kwaliteitssysteem; een kwaliteitssysteem betekent dat alle activiteiten rondom het waarborgen van de kwaliteit op elkaar zijn afgestemd. Bovendien staan hierin ook de richtlijnen en de eisen beschreven waaraan een zorginstelling moet voldoen met betrekking tot kwaliteit van zorg.
4. Kwaliteitsjaarverslag; een kwaliteitsjaarverslag bevordert de transparantie van de geleverde zorg en met behulp van een verslag kan een zorginstelling de geleverde zorg verantwoorden.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ziet er op toe dat de KZI wordt nageleefd binnen en door de verschillende gezondheidszorginstellingen. Zoals eerder beschreven legt de KZI de verantwoordelijkheid voor het leveren van verantwoorde zorg bij de zorginstellingen zelf. De rol van de IGZ wordt daarom wel uitgelegd als 'toezicht op toezicht'. De zorgaanbieders moeten in eerste instantie zelf inhoud geven aan de wettelijke norm van verantwoorde zorg en systemen ter bewaking en verbetering van de kwaliteit (Legemaate, 2001). Uiteindelijk is de overheid eindverantwoordelijk als het gaat om de kwaliteit van zorg in Nederland.

Walburg (1997) omschrijft een kwaliteitssysteem als: "het samenspel van maatregelen die worden genomen om kwaliteit te kunnen leveren, de voorwaarden waaronder dat gebeurt en de organisatie van het kwaliteitsbeleid". Het betreft een systeem dat de kwaliteit van zorg moet waarborgen en een manier om de kwaliteit van de geleverde zorg inzichtelijk en toetsbaar te maken (Casparie, 1993). Zorginstellingen moeten aantonen dat zij kwalitatief goede zorg leveren en verbeteringen binnen de organisatie op systematische wijze borgen (Schellekens & Van Everdingen, 2001). Kwaliteitsmodellen kunnen gebruikt worden om een kwaliteitssysteem te ontwikkelen. Een veel gebruikt model is het "International Standards Organization (ISO) 9000/9001". Dit model is bedoeld om organisaties te ondersteunen bij de implementatie en hantering van een doeltreffend kwaliteitssysteem. De ISO 9000/9001 biedt geen richtlijn voor het ontwikkelen van een systeem, maar omvat de eisen waaraan deze moet voldoen.

In de GGZ en verslavingszorg wordt veelal gebruik gemaakt van het kwaliteitsmodel HKZ om een vastgesteld kwaliteitsniveau in de zorgverlening te behalen. In het HKZ-model liggen de normen van de ISO besloten. Het HKZ-model biedt een raamwerk met normen waaraan een zorginstelling moet voldoen voor het verkrijgen van een kwaliteitssysteemcertificaat, waarbij het primaire proces centraal staat. Door middel van externe toetsing (audits) wordt vastgesteld of door een organisatie aan de normen wordt voldaan. De normen moeten 'aantoonbaar geregeld' en 'effectief operationeel' zijn binnen de zorgverlening (HKZ, 1996). Het certificaat en de bijbehorende externe toetsen (audits) worden als sluitstuk gezien van het kwaliteitssysteem in de organisatie (Casparie, 1993). De meeste organisaties proberen de kwaliteit van zorgverlening te verhogen door middel van een certificatie (Walburg et al., 2006).

Uit onderzoek is gebleken dat certificatie positieve effecten heeft op de zorgprocessen en structuuraspecten van zorginstellingen. In de gezondheidszorg is echter nog weinig onderzoek verricht naar de effecten van kwaliteitssystemen op de uitkomsten van zorg (Lemmens, 2003). Het feit dat zorgprocessen in orde zijn, betekent niet zondermeer dat de zorguitkomsten gewenst zijn. De afgelopen jaren is de nadruk van overheidsbeleid steeds meer komen te liggen op het zichtbaar en meetbaar maken van de uitkomsten van zorg door het gebruik van prestatie-indicatoren. Het doel hiervan is tweeledig: het organiseren van een transparante vorm van publieke verantwoording en het stimuleren van zorgprofessionals tot het verbeteren van kwaliteit (Wollersheim et al., 2006). Het streven is om op die manier inzicht te krijgen in de kwaliteit van zorgresultaten, waarna vergelijking plaatsvindt met eerder gemeten resultaten of resultaten van andere zorginstellingen. Door gebruik te maken van uitkomstenmanagement worden resultaten teruggekoppeld naar zorgteams en kan op basis hiervan verbetering van zorgprocessen plaatsvinden (Walburg, 2006).

## **2.2 Prestatie-indicatoren**

Prestatie-indicatoren zijn meetbare aspecten van de zorg die een aanwijzing geven over bijvoorbeeld de kwaliteit, de veiligheid, de doelmatigheid en de toegankelijkheid van de zorg ([www.snellerbeter.nl](http://www.snellerbeter.nl)). De term prestatie-indicatoren is geen eenduidig begrip en als gevolg daarvan zeer complex. De invulling hiervan kan per sector verschillen; dit is afhankelijk van het aspect van kwaliteit dat moet worden vastgesteld (Donabedian, 1992). Vooropgesteld moet worden dat een indicator geen kwaliteit sec meet, maar slechts een indicatie geeft voor de kwaliteit (Groenewoud & Huijsman, 2003). Het belangrijkste kenmerk van een prestatie-indicator is dat deze informatie geeft die mogelijk een afspiegeling is van de prestaties of kwaliteit van een object in de gezondheidszorg (Harteloh & Casparie, 2001). Het gaat bij een prestatie-indicator om een signaal dat er iets aan de hand kan zijn; een signaal dat moet worden geanalyseerd en geïnterpreteerd, voordat zinvolle actie mogelijk wordt. Een oordeel uitsluitend gebaseerd op indicatoren leidt snel tot verkeerde conclusies (Schellekens et al., 2003).

De GGZ en verslavingszorg zijn hard bezig om de resultaten en kwaliteit van de zorg die zij leveren inzichtelijk en meetbaar te maken. De basisset prestatie-indicatoren, die voor het eerst in 2006 verscheen, helpt hen daarbij ([www.igz.nl](http://www.igz.nl)). De basisset 2006 is de afgelopen jaren in ontwikkeling geweest en het resultaat hiervan is een herziene versie van de basisset. Dit is de “Basisset prestatie-indicatoren voor de GGZ en de Verslavingszorg 2007 – 2008”.

De basisset schept een kader zodat instellingen uit de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg hun effectiviteit, cliëntgerichtheid en veiligheid van behandeling en begeleiding kunnen meten ([www.igz.nl](http://www.igz.nl)). De uitkomsten worden door de zorginstellingen vastgelegd in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV).

Deze informatie die een dergelijk JMV geeft, verstrekt inzicht in de kwaliteit van de geleverde zorg én begeleiding door zorgaanbieders ([www.ggznederland.nl](http://www.ggznederland.nl)). De informatie wordt voor verschillende doelen gebruikt en dit gebeurt door diverse stakeholders. Zo wordt er door de zorgaanbieders en professionals informatie gegeven over de kwaliteit van zorg en de begeleiding die ze leveren. Deze



informatie wordt verstrekt aan patiënten, zorgverzekeraars en de IGZ. Deze laatste maakt gebruik van de set tijdens het zogenaamde “Gefaseerd Toezicht”<sup>1</sup>; dit gebeurt in de eerste fase. Voor patiënten wordt de kwaliteit van zorg inzichtelijk gemaakt door middel van openbare publicaties. Deze openbaring van de kwaliteit van zorg door zorginstellingen zorgt ervoor dat de zorgkiezers beter geïnformeerd zijn en keuzes kunnen maken op basis van prestaties en resultaten van geboden behandelingen ([www.ggznederland.nl](http://www.ggznederland.nl)). Ook stakeholders als zorgverzekeraars en het ministerie van Justitie maken gebruik van de informatie die het rapporteren op de basisset genereert; zij informeren zich over de kwaliteit van de geleverde zorg en gebruiken deze informatie bij het inkopen van zorg. De basisset is ontstaan als gevolg van een samenwerkingsverband tussen de IGZ, diverse zorgaanbieders, patiënten, professionals en verschillende zorgverzekeraars. De prestatie-indicatoren moeten bewerkstelligen dat de informatie over geleverde zorg uniform, transparant en daardoor te vergelijken is. De belangrijkste functies van prestatie-indicatoren zijn verbetering en verantwoording van prestaties in de zorg (Berg & Schellekens, 2002).

### **2.3 Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS)**

De HoNOS is een schaal die in opdracht van de Engelse regering werd ontwikkeld voor routinematig gebruik in de dagelijkse praktijk (Wing et al., 1998). Deze schaal geldt in Engeland en Australië als de meest courante, klinische uitkomstmaat en is in het Nederlands vertaald (Havenaar et al., 2004). De HoNOS bestaat uit 12 onderwerpen en meet gedragsproblemen, beperkingen, symptomatologie en sociale problemen. Deze onderwerpen kunnen worden gescoord door artsen, psychologen, verpleegkundigen en andere hulpverleners (Mulder). Het scoren van alle 12 onderwerpen duurt ongeveer vijftien minuten (Mulder et al., 2004). Voorafgaand aan het gebruiken van de HoNOS is het wenselijk om een training te volgen. Volgens Mulder et al. (2004) verhoogt dit de betrouwbaarheid van de scores. Een training in het afnemen van de HoNOS kost ongeveer een dagdeel en bestaat uit een theoretisch gedeelte, een video, en een aantal papieren casussen. Het is van belang dat een dergelijke training om de zoveel tijd herhaald wordt, om te voorkomen dat iedere beoordelaar na verloop van tijd op zijn eigen wijze gaat scoren.

De HoNOS is in principe geschikt voor alle GGZ-patiënten en dus een goede kandidaat als instrument voor uitkomstmeting in de dagelijkse praktijk in Nederland (Mulder et al., 2004). Dit onderwerp uitkomstmeting, ook wel routine outcome assessment genoemd, staat de laatste tijd sterk in de belangstelling, aangezien er in toenemende mate een beroep wordt gedaan op de GGZ (Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid, 2002) en de kwaliteit en effectiviteit van de GGZ-hulpverlening inzichtelijk moet worden gemaakt. Hiermee neemt ook de behoefte aan eenvoudig te gebruiken effectmaten toe (Epstein, 1990).

---

<sup>1</sup> Dit is een methodiek waarbij eerst wordt bepaald waar zich risico's bevinden die de kwaliteit van zorg kunnen ondermijnen om vervolgens via inspectiebezoeken of handavingsmaatregelen de zorgaanbieder tot kwaliteitsverbetering te brengen ([www.igz.nl](http://www.igz.nl)).



Nederlands onderzoek naar de psychometrische eigenschappen en normscores van de HoNOS zijn gepubliceerd in het Tijdschrift voor Psychiatrie (Mulder et al. 2004). Bij 559 patiënten in diverse instellingen werd de HoNOS afgenomen door getrainde hulpverleners. Samengevat waren de resultaten als volgt: de HoNOS heeft een redelijke tot goede betrouwbaarheid ( $\alpha = .78$  en  $ICC = .92$ ). De validiteit was naar tevredenheid aangezien (1) itempatronen van verscheidene stoornissen naar verwachting verschilden, (2) totaalscores verschilden per behandelintensiteit en (3) HoNOS redelijk correleerde met andere schalen. Analyses naar subschalen geven een psychotische en een neurotische dimensie weer. De conclusies van het onderzoek waren dat de HoNOS op individueel en groepsniveau inzicht geeft in de ernst van de problemen op relevante levensgebieden. De HoNOS heeft redelijke psychometrische eigenschappen, een korte afnameduur, is niet afhankelijk van ziektebeeld en gesproken taal en wordt door hulpverleners en patiënten als bruikbaar ervaren. De subschaal structuur van de HoNOS vergt verder onderzoek. Voor verdere details, zie het artikel in het Tijdschrift voor Psychiatrie (Mulder et al. 2004).

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de Engelse en Nederlandstalige versies blijken voldoende tot goed (Wing et al., 1998; Mulder et al., 2004). Mulder et al. (2004) hebben niet enkel de betrouwbaarheid en de validiteit onderzocht, maar hebben tevens nagegaan wat het instrument kan betekenen voor zowel cliënt, hulpverlener als manager (Keymolen & Casselman, 2007). Volgens Mulder et al. (2004) is de HoNOS bruikbaar in de dagelijkse praktijk, aangezien het instrument weinig tijd vergt en onafhankelijk is van het ziektebeeld en de gesproken taal. Hulpverleners die met de HoNOS hadden gewerkt, vertelden dat het hen hielp om de intake, het maken van een zorgplan en de evaluatie ervan te structureren (Mulder et al., 2004). Veranderingen voor de patiënt met betrekking tot relevante levensgebieden kunnen op een gemakkelijke wijze transparant worden gemaakt. Patiënten geven zelf aan het belangrijk te vinden dat hun conditie en eventuele veranderingen van hun conditie in een cijfer en eenheid inzichtelijk kunnen worden gemaakt. Het samenvoegen van meerdere uitkomsten van de HoNOS kan er voor zorgen dat men inzicht krijgt in de soort van de case load van elke zorgverlener, het behandelteam en de zorginstelling. Door het breed toepassen van een dergelijk instrument, kan een begin worden gemaakt met *benchmarking*, bedoeld om behandelresultaten van instellingen te vergelijken (Mulder et al., 2004). In Engeland behoort dit instrument inmiddels tot de 'minimum data set' van de GGZ (Glover & Sinclair-Smith, 2000; Wing e.a., 2000) en het is daar mogelijk om een landelijk beeld te krijgen van de kenmerken van de patiënten die in zorg zijn en van de veranderingen van hun problemen tijdens en na de geboden interventies (Mulder, [www.boerhaavenet.nl/books/2222.pdf](http://www.boerhaavenet.nl/books/2222.pdf)).

## 2.4 Het ACT-model

De afkorting ACT staat voor Assertive Community Treatment. ACT is een organisatievorm voor het leveren van hulpverlening aan mensen met ernstige psychiatrische aandoeningen, met problemen op meerdere levensgebieden en die veelal zorg mijden (Mulder & Kroon, 2006). De hulpverlening voor de patiënten van een ACT-team vindt plaats op meerdere levensgebieden. Dit is een essentieel element van het ACT-model. Te denken valt dan aan psychiatrische zorg, maatschappelijke ondersteuning,

dagbesteding, etc. Het verlenen van de benodigde zorg wordt zo min mogelijk uitbesteed aan derden; het ACT-team heeft alles in eigen hand (Mulder & Kroon, 2006).

ACT werd begin jaren zeventig ontwikkeld in Madison, Winsconsin, VS. De gedachte erachter was destijds om de ambulante zorg het niveau te geven van de klinische zorg. ACT is vanaf het begin in de VS onderzocht op effectiviteit, met goed resultaat; ACT wordt daarom gerekend tot de zogenaamde Evidence-Based Practices (EPB's) voor mensen met ernstige psychiatrische stoornissen (Torrey et al., 2001; Mulder & Kroon, 2006). Amerikaanse onderzoekers toonden in 1998 aan dat het veel effectiever is dan standaardzorg (Bos, 2008). Maar dat komt misschien doordat in de VS die standaardzorg zo pover is (Kroon & Wolf, 2000; Bos, 2008). De positieve resultaten die in de VS zijn gevonden met betrekking tot de effectiviteit van ACT, worden echter in Engeland niet bevestigd (Van Dijk & Roosenschoon, 2006). Een recente, eerste Nederlandse effectstudie bevestigt deze resultaten echter wel (Bos, 2008).

Het merendeel van de chronische patiënten in de GGZ-zorg heeft een redelijk tot goede kwaliteit van leven, maar er blijven veel (onvervulde) behoeften aan zorg bestaan (Theunissen & Dekker, 2008). Hoe meer er ingespeeld wordt op individuele zorgbehoeften van patiënten lijkt cruciaal te zijn; ACT-teams vervullen daarbij een belangrijke rol (Peen & Dekker, 2008).



## Hoofdstuk 3 Methoden van onderzoek

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksmethode en –opzet behandeld. Het gaat hierbij om het type onderzoek, dataverzameling, validiteit, betrouwbaarheid en ethische dilemma's.

### 3.1 Onderzoeksdesign

Het onderzoek heeft als opzet een beschrijvend, kwalitatief literatuuronderzoek. Bij dit soort onderzoek wordt veelal gebruik gemaakt van interviews, observaties en documenten (Everaert & Van Peet, 2006:18). Bij kwalitatief onderzoek is vaak sprake van een tekstmatige analyse (Creswell, 2003:13). Het literatuuronderzoek is aangevuld met een casestudy. Er is door de onderzoeker gekozen voor een casestudy naast het literatuuronderzoek, omdat zo de overeenkomsten en / of verschillen tussen theorie en de praktijk zichtbaar worden. Dit is belangrijk en interessant, omdat het onderwerp op deze wijze benaderd wordt vanuit verschillende perspectieven, namelijk de invalshoek van de professionals en vanuit de theorie.

### 3.2 Dataverzameling

Dataverzameling omvat de fase waarin gegevens worden verzameld die nodig zijn om de probleemstelling op te lossen (Everaert & Van Peet, 2006:12). Er zijn verschillende bronnen gebruikt voor het selecteren van relevante data. Er is gebruik gemaakt van het Internet, maar ook literatuur van de universiteitsbibliotheek van de Erasmus Universiteit en literatuur van het instituut Beleid en Management in de Gezondheidszorg zijn geraadpleegd.

In de eerste fase van het onderzoek heeft er een uitgebreid literatuuronderzoek plaatsvinden. De gelezen literatuur en documenten zijn gerangschikt op onderwerp en relevantie. Na het rangschikken van de gelezen stukken heeft er een analyse per onderwerp plaats gevonden. In de tweede fase van het onderzoek zijn er kwalitatieve gegevens verzameld worden via verdiepende face-to-face interviews (Creswell, 2003:186). De vragen voor de interviews baseerden zich op de informatie verkregen uit de literatuurstudie en werden toegespitst op de geselecteerde kwestie prestatie-indicatoren en kwaliteit van zorg. Met de geïnterviewden is afgesproken dat de vragen voorafgaand aan het interview bekend waren. Ook is voorafgaand aan het interview aan de geïnterviewden het doel van het onderzoek uiteengezet. Met de geïnterviewden zijn afspraken gemaakt over de vertrouwelijkheid van het gesprek en er is verzocht om opname van het interview, om zo tot een betrouwbare uitwerking te komen. Opname van de interviews is gebeurd met behulp van een digitale voicerecorder. De interviews zijn direct na het afnemen uitgewerkt en zo is tot een betrouwbare en volledige uitwerking gekomen. De interviews zijn door de onderzoeker teruggeluisterd via de voicerecorder en zijn 'ad verbatim' (letterlijk) uitgetypt. Vervolgens heeft de onderzoeker de uitgetypte interviews handmatig geanalyseerd met als doel relevante informatie, dat wil zeggen informatie die antwoord geeft op hoofd- en deelvragen, te selecteren. Hierbij is, waar mogelijk, een vergelijking gemaakt tussen de antwoorden die de geïnterviewden geven en zijn de antwoorden in relatie gebracht met het theoretische kader. Iedere geïnterviewde heeft een uitwerking van het interview ontvangen, voordat deze in de onderzoeksresultaten zijn verwerkt. Eventuele aanvullingen of correcties heeft de

onderzoeker op die manier nog in de uitwerking kunnen meenemen. Doordat de professionals zijn geïnterviewd met behulp van open vragen, was het mogelijk om hen in hun eigen woorden te laten vertellen welke ervaringen zij hebben met betrekking tot het onderwerp. Hierdoor is de kans groter dat zij daadwerkelijk vanuit hun eigen reflectie hebben geantwoord, waardoor deze antwoorden meer valide zijn (Dey, 1993). De interviews hadden een semi-gestructureerd karakter, omdat de onderzoeker heeft gewerkt met een lijst vaste gespreksonderwerpen. Op die manier heeft de onderzoeker bewerkstelligd dat alle vragen van dit onderzoek aan bod komen.

De onderzoeker heeft gedurende het onderzoek een logboek bijgehouden, waarin observaties zijn verwerkt, evenals informele besprekingen met betrekking tot het onderwerp. De onderzoeker heeft gedurende de dataverzameling ook de data geanalyseerd. Op die manier heeft de onderzoeker de mogelijkheid gehad om data al tijdens het onderzoek te vergelijken en met elkaar in verband brengen.

### **3.3 Validiteit en betrouwbaarheid**

De validiteit is de mate waarin een (meet)instrument, bijvoorbeeld een interview, aan zijn doel beantwoordt; meten we datgene dat we denken te meten? (Everaert & Van Peet, 2006:23).

Bij de interne validiteit is het belangrijk dat er een goede overeenkomst is tussen de bevindingen van de onderzoekers en de theoretische ideeën die ze ontwikkelen (Everaert & Van Peet, 2006:20). Voor de waarborging van de interne validiteit is het belangrijk verschillende databronnen te gebruiken (Creswell, 2003:196).

Externe validiteit houdt in dat de resultaten uit het onderzoek tevens toepasbaar zijn op andere situaties (Baarda et al., 1998; Creswell, 2003:171). Het is bij de externe validiteit belangrijk dat data op een representatieve manier worden weergegeven. Voor de waarborging van de externe validiteit is het tevens van belang om de resultaten van dit onderzoek te vergelijken met vergelijkbare onderzoeken en studies (Creswell, 2003:157). Het generaliseren van de onderzoeksresultaten is niet het doel van dit onderzoek. Externe validiteit is beperkt mogelijk, omdat het een onderzoek betreft met een kwalitatief karakter. Aspecten van de onderzoeksresultaten kunnen valide zijn als de interviews gecombineerd worden met extern valide onderzoek met betrekking tot prestatie-indicatoren in de GGZ. De onderzoeker heeft getracht de externe validiteit te vergroten door cyclisch te werk te gaan en heeft gedurende het onderzoek kritisch gereflecteerd. De reflecties zijn bijgehouden in het logboek en zijn van pas gekomen bij de discussie aan het einde van dit onderzoek.

Betrouwbaarheid is de mate waarin onderzoeksresultaten onafhankelijk zijn van toeval (Baarda et al., 1996). Voor het verhogen van de betrouwbaarheid van het onderzoek heeft de onderzoeker gebruik gemaakt van een voicerecorder om de interviews op te nemen. De interviews zijn direct na het afnemen uitgewerkt, om zo tot een betrouwbare en volledige uitwerking te komen. De interviews zijn door de onderzoeker teruggeluisterd via de voicerecorder en zijn 'ad verbatim' (letterlijk) uitgetypt. Iedere geïnterviewde heeft een uitwerking van het interview ontvangen, voordat deze in de

onderzoeksresultaten zijn verwerkt. Eventuele aanvullingen of correcties van de geïnterviewden zijn op die manier nog in de uitwerking meegenomen. Deze werkwijze wordt 'member check' genoemd en heeft tot doel de onderzoeker te vrijwaren van subjectieve interpretaties en het legitimeert de geloofwaardigheid van de onderzoeksresultaten (Abma, 1996). Door middel van bronnentriangulatie is geprobeerd de betrouwbaarheid te waarborgen. Bovendien heeft de onderzoeker ook een logboek bijgehouden waarin gedetailleerd keuzes, argumenten en reflectie zijn beschreven. De onderzoeker heeft getracht de interne betrouwbaarheid te verhogen door consequent te werken, dataverzameling en data analyse, en relevante uitkomsten met elkaar te vergelijken. Tevens zijn relevante uitkomsten gekoppeld aan het theoretische kader. Op die manier is er een objectievere en meer betrouwbare ontleding van de onderzoeksgegevens ontstaan.

### **3.4 Ethische dilemma's**

Volgens Creswell (2003:64) stuit men bij het uitvoeren van onderzoek meestal op ethische dilemma's. Het is belangrijk om als onderzoeker aan te geven hoe je omgaat met deze ethische dilemma's gedurende het onderzoek. Allereerst heb ik toestemming gevraagd aan de afdelingsmanager om onderzoek te doen binnen de afdeling Psychiatrie & Verslaving. Vervolgens heb ik toestemming gevraagd aan de teammanager en de beleidspsychiater van ACT2-team om onderzoek te doen binnen hun team. Van alle genoemde personen heb ik toestemming gekregen. Voorwaarde voor hen was wel dat ik hen gedurende het onderzoek nauwkeurig op de hoogte zou houden, wat ook is gebeurd. Bovendien willen zij allen, indien gewenst, toegang hebben tot de onderzoeksgegevens. Ik heb hiermee ingestemd, maar tegelijkertijd ook benadrukt dat ik niet terughoudend zal zijn in het publiceren van de onderzoeksgegevens, ongeacht de uitkomsten. Verder heb ik beloofd de privacy te waarborgen van de respondenten gedurende het onderzoek. Zo is er vertrouwelijk omgegaan met de persoonsgegevens van deelnemers en heb ik de interviewgegevens vernietigd, nu het onderzoek is afgerond. Ik heb de interviews gewist van de voicerecorder en ook de uitgewerkte interviews van mijn computer verwijderd.

Zelf ben ik tijdens het proces van dataverzameling werkzaam geweest als verpleegkundige op een afdeling die nauw samenwerkt met het ACT2-team. Als gevolg daarvan heb ik regelmatig de rol van 'participerende observant' toebedeeld gekregen. Mijn persoonlijke relatie met de collega's van het ACT2-team, heeft er niet voor gezorgd dat ik terughoudend ben geweest en ik heb in mijn rapportages (van de observaties) alles vermeld wat relevant is geweest voor de uiteindelijke conclusies van mijn onderzoek. Ik ben mij gedurende het onderzoek terdege bewust van geweest en mede doormiddel van kritische (zelf)reflecties, die ik tevens heb bijgehouden in mijn logboek, heb ik er voor kunnen zorgdragen dat ik volledig ben geweest in het verwerken van mijn onderzoeksgegevens.

## Hoofdstuk 4 Bespreking van het onderzoek

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek besproken. De resultaten geven het totaal van de verzamelde onderzoeksgegevens weer, verkregen uit het literatuuronderzoek, de interviews en observaties.

### 4.1 De HoNOS en Altrecht

Door het centraal managementteam is in 2004 door de Raad van Bestuur (RvB) en de verschillende directies besloten de HoNOS in te voeren in Altrecht. *“Met de zorgverzekeraar is afgesproken om in 2005 een start te maken met de implementatie van de HoNOS en het opdoen van ervaring in afname en gebruik van de HoNOS binnen Altrecht (projectleider).”* Sinds 2006 lag de verantwoordelijkheid voor de invoering van de HoNOS bij de divisiedirecties. *“De invoering van de HoNOS is een eerste aanzet geweest om de effectiviteit van zorg te meten. Behandelaars moeten streven naar een betere kwaliteit van de behandeling te gunste van de transparantie, doeltreffendheid en doelmatigheid. Een middel om dit te bewerkstelligen is het gebruik van meetinstrumenten in de dagelijkse praktijk (projectleider).”*

Om de HoNOS goed af te kunnen nemen, de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te verhogen en de betrokkenheid van de hulpverleners zo groot mogelijk te houden, heeft het management tijdens het project “Implementatie van de HoNOS bij Altrecht” besloten dat hulpverleners getraind moeten worden. Zo is naast een basistraining, bestaand uit maximaal drie trainingen, elk jaar een opfrustraining (follow-up) georganiseerd om *“de medewerkers betrokken te houden en de kennis over de HoNOS ‘up to date’ te houden (GGZ verpleegkundig specialist).”*

Om de hulpverleners zoveel mogelijk te ontlasten en de kennis snel dicht bij de werkvloer te brengen en te houden is ervoor gekozen verpleegkundig specialisten in opleiding (i.o.) op te leiden tot trainer. Vervolgens trainen de verpleegkundig specialisten i.o. de hulpverleners van de afdeling waar zij op dat moment werkzaam zijn. Afdelingen die geen verpleegkundige specialist i.o. in dienst hebben, worden ook door hen getraind. Binnen elke afdeling is er een aandachtsfunctionaris HoNOS benoemd. Deze aandachtsfunctionaris draagt er zorg voor dat de HoNOS afgenomen wordt binnen afdelingen, dat nieuwe medewerkers aan een training gaan deelnemen en dat de HoNOS onderdeel vormt van de behandelcyclus. De uitkomsten van de HoNOS metingen worden op verschillende niveaus gebruikt. *“Allereerst om het verloop van klachten en problemen van de individuele patiënten te kunnen volgen en het behandelplan zonodig bij te stellen. Daarnaast om de resultaten op divisie- en altrechtniveau te bekijken en externe verantwoording af te kunnen leggen aan het zorgkantoor (projectleider).”* Om dit mogelijk te maken worden de resultaten van de HoNOS ingevoerd in een elektronisch systeem waarmee de resultaten bekeken en verwerkt kunnen worden. Dit systeem is in staat om resultaten te koppelen aan gegevens uit andere systemen (waaronder EPD), waardoor het mogelijk is de uitkomsten voor de verschillende doeleinden te gebruiken. Dit elektronische systeem is geïntegreerd binnen het Kwaliteit Informatie Systeem (KIS) van Altrecht.



Het project “Implementatie van de HoNOS bij Altrecht” heeft een paar jaar geleden plaatsgevonden binnen enkele divisie van Altrecht. Door omstandigheden is er nog geen elektronisch systeem waarmee de resultaten bekeken en verwerkt kunnen worden. Vanzelfsprekend is dit systeem dus ook niet gekoppeld aan andere systemen en is het ook niet geïntegreerd binnen KIS. *“Dat is erg jammer, want hierdoor hebben we de doelstelling van het projectplan, het inzichtelijker (transparanter) maken van de zorg waardoor de kwaliteit van zorg verbeterd kan worden en middelen doelmatiger (kosteneffectiever) kunnen worden ingezet, niet bereikt (GGZ verpleegkundig specialist).”*

## 4.2 De HoNOS en het ACT2-team

Een paar hulpverleners van het ACT2-team heeft een training gehad bij het Trimbos-instituut<sup>2</sup> over hoe je de HoNOS moet invullen. *“Aan de hand van een video hebben ze ons laten zien hoe een hulpverlener samen met de cliënt de HoNOS invult. Jaarlijks moeten we bijeenkomen om de knelpunten te bespreken, van goh, wat heb je gesignaleerd de afgelopen tijd (sociaal-psychiatrisch verpleegkundige).”* Deze ‘getrainde’ hulpverleners hebben een aantal keer voorlichting gegeven over wat HoNOS is en hebben tijdens een dergelijke voorlichting samen met de collega’s het invullen van de HoNOS getraind. *“Op die manier is de kennis van en over HoNOS ‘doorgesijpeld’ naar het gehele team en moest iedereen er mee gaan werken (maatschappelijk werkster).”*

De HoNOS wordt afgenomen en ingevuld in de eerste fase van de behandeling. De informatie die nodig is voor het invullen van de HoNOS komt in principe van de patiënt zelf; de HoNOS wordt samen met de patiënt afgenomen. In sommige gevallen is dit niet mogelijk. Het ACT2-team heeft mensen in zorg, waarvan sommigen zogenaamde ‘zorgwekkende zorgmijders’ zijn. Dit wil zeggen dat men deze mensen met moeite in de zorg krijgt en houdt. De samenwerking met de patiënten verloopt moeizaam, doordat de motivatie tot behandeling meest van de tijd afwezig is. Als een patiënt niet aanwezig is bij het invullen van het meetinstrument, dan doet de hulpverlener dit zelf, waarbij hij of zij gebruik maakt van de informatie van de laatste 2 weken en tevens een beroep doet op de kennis van collega’s. Het invullen van de HoNOS kost gemiddeld ongeveer twintig minuten, maar dit kan langer zijn als de patiënt aanwezig is of als je nog onvoldoende de HoNOS ‘onder de knie hebt’. *“De cliënt kan je veel informatie geven, maar de kunst is: wat wil ik weten voor het scoren van die HoNOS. Het is een hele kunst om dat te doen. Kijk, in de beginsituatie vraag je van alles en dan ga je puur vragen hoe zit het daar mee. De cliënten gaan alle kanten op en dat moet je zien te structureren. Het is complex, want je hebt de neiging om uit te weiden (sociaal-psychiatrisch verpleegkundige).”*

<sup>2</sup> Het Trimbos-instituut is het landelijke kennisinstituut voor de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke zorg en bevordert de kwaliteit van leven door het ontwikkelen en toepassen van kennis over geestelijke gezondheid, verslaving en lichamelijke ziektes die daarmee samenhangen. Kerntaken van het instituut zijn ([www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)):

- Beleidsmakers, politici en professionals informeren over de geestelijke gezondheid van de Nederlandse bevolking.
- Monitoren en signaleren van psychische en verslavingsproblemen.
- Onderzoek doen naar de organisatie, toegankelijkheid, kwaliteit en effectiviteit van preventie en hulpverlening.
- Ontwikkelen van nieuwe methoden, protocollen, richtlijnen en programma's voor preventie, behandeling en organisatie van de zorg.
- Cursussen en trainingen geven op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg, om hulpverleners te ondersteunen bij de verbetering van de kwaliteit van hun werk.
- Voorlichting geven over psychische problemen en over alcohol en drugs.

Het meetinstrument wordt handmatig of digitaal ingevuld. Dit is afhankelijk van de aan- of afwezigheid van de patiënt, de locatie (ACT-teams gaan ook op huisbezoek en hebben dan niet de beschikking over 'een digitale versie van de HoNOS') en van de hulpverleners zelf: *“We hebben het ook digitaal, maar als ik het samen met een cliënt doe, dan print ik het uit, neem ik het mee en dan ga ik het zo invullen, want tja, op de computer vind ik het zo onpersoonlijk. Iemand zit tegenover je en jij zit achter die computer (sociaal-psychiatrisch verpleegkundige).”* De HoNOS scorelijsten worden ingevoerd in de computer. Voorheen werd deze informatie bewaard in een algemene map, maar tegenwoordig worden de gegevens verwerkt in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD). Op die manier heeft iedereen inzicht in het meetinstrument; dat wil zeggen, iedereen die werkzaam is voor de Afdeling Psychiatrie & Verslaving. Aangezien de patiënt staat ingeschreven bij deze afdeling, zijn de medewerkers van deze afdeling als enigen geautoriseerd om deze gegevens in te zien.

De HoNOS wordt gemiddeld eens per jaar afgenomen. *“Ik geloof wel dat er ideeën zijn om het vaker te gaan doen (maatschappelijk werkster).”* Tijdens een zorgplanbespreking, voorheen behandelplanbespreking, wordt de HoNOS besproken. Bij een zorgplanbespreking zijn verschillende disciplines aanwezig; psychiater, casemanager, SPV-er, teammanager, maatschappelijk werker, trajectbaanbegeleider, etc. De HoNOS wordt met alle aanwezigen doorgenomen. Deze laten allen hun licht schijnen op het instrument en het komt regelmatig voor dat de HoNOS tijdens een zorgplanbespreking wordt aangepast. De oorzaak hiervan kan zijn dat de aanwezigen aanvullende informatie hebben, of dat het merendeel van de aanwezigen een andere mening heeft over de ingevulde scores. *“Ieder heeft zijn manier van kijken en dan kan je die informatie samenvoegen om tot een goede en complete score te komen (casemanager).”*

### **4.3 De HoNOS uitgelegd**

De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) is ontwikkeld in opdracht van het Engelse Ministerie van Volksgezondheid. Het doel van het instrument is het op een eenvoudige, betrouwbare en valide wijze de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal functioneren van psychiatrische patiënten routinematig in kaart te brengen. Een belangrijk aspect van het instrument is dat het gevoelig is voor veranderingen (Havenaar, Van Os & Wiersma, 2004). De HoNOS is, met toestemming van de Engelse uitgever, vertaald vanuit het Engels naar het Nederlands en weer terugvertaald door een officiële vertaler. De terugvertaalde versie is door een panel van beoordelaars vergeleken met de oorspronkelijke Engelse versie en discrepanties zijn besproken. Vervolgens is de Nederlandse vertaling daar waar nodig aangepast (zie Sartorius & Kuyken (1994) voor een discussie omtrent dergelijke procedures) (Mulder et al., 2004).

De HoNOS inventariseert 12 deelgebieden en is verdeeld in 4 subschalen: gedragsproblemen (3 items), beperkingen (2 items), symptomatologie (3 items) en sociale problemen (4 items). Zie voor een toelichting van de 12 deelgebieden Bijlage I: HoNOS Toolkit. De schaal kan worden ingevuld door artsen, verpleegkundigen of andere hulpverleners in de GGZ. Alle items worden op een 5-punts-Likert-schaal ingevuld: van 0 (geen probleem), 1 (licht), 2 (matig), 3 (vrij ernstig) tot 4 (ernstig tot zeer ernstig probleem). Het invullen duurt 5 tot 15 minuten, afhankelijk van hoe goed de beoordelaar de



patiënt kent (Mulder et al., 2004). De betrouwbaarheid van het instrument is groter wanneer men een training in het afnemen van de HoNOS heeft gevolgd. Omdat de auteurs van het Nederlandse onderzoek van mening waren dat enkele zeer belangrijke dimensies niet in de HoNOS vertegenwoordigd waren, zijn drie extra items in de HoNOS opgenomen: een item voor het bepalen van de motivatie voor behandeling, voor compliance met de medicatie en voor maniforme symptomen (Havenaar, Van Os & Wiersma, 2004). Deze toegevoegde items worden de HoNOS addendum genoemd. De scores van de HoNOS addendum moeten echter niet opgeteld worden bij de 'oorspronkelijke' HoNOS-score.

Hulpverleners scoren zelf de HoNOS tijdens de intake en evaluatie van de behandeling. De HoNOS vormt zo een onderdeel van het behandelplan. Ook kunnen onafhankelijke beoordelaars de HoNOS scoren. Hierdoor ontstaat een meer objectief beeld van het verloop van de behandeling. Door de HoNOS' gegevens op te nemen in een database is het mogelijk om overzichten te genereren van de toestand van patiënten op ieder wenselijk aggregatieniveau. Melding van het verzamelen van dit soort gegevens in verband met de Wet Bescherming Persoonsgegevens kan nodig zijn (Mulder et al., 2004).

#### 4.4 De HoNOS en de praktijk

Om de plaats van de HoNOS binnen het primaire proces uit te leggen en de relatie te onderzoeken met de andere werkzaamheden van de hulpverleners van het ACT2-team, maak ik gebruik van een casus. De personen en gebeurtenissen beschreven in de casus zijn gebaseerd op ware gegevens, gebeurtenissen en (zorg)processen. De namen van de betrokken personen in de casus zijn echter weggelaten, afgekort of gefingeerd om de vertrouwelijke persoonsgegevens van de betrokkenen te beschermen.

**A. is een 23-jarige jongeman woonachtig in Utrecht. Hij is ongeveer 4 jaar in zorg bij de afdeling Psychiatrie & Verslaving. Zijn diagnose volgens de DSM IV<sup>3</sup> is: "Schizofrenie van het Paranoïde Type<sup>4</sup>" en daarbij heeft hij een forse verslaving aan cocaïne; voorheen was dit een**

<sup>3</sup> De DSM IV is een classificatiesysteem voor psychische stoornissen, ontwikkeld onder de verantwoordelijkheid van de American Psychiatric Association (APA). De DSM IV is ontwikkeld voor gebruik bij met name onderzoek. Door internationaal dezelfde criteria af te spreken voor psychiatrische aandoeningen wordt onderzoek en communicatie duidelijker en betrouwbaarder. De DSM IV bestaat uit vijf assen (APA, 1995):

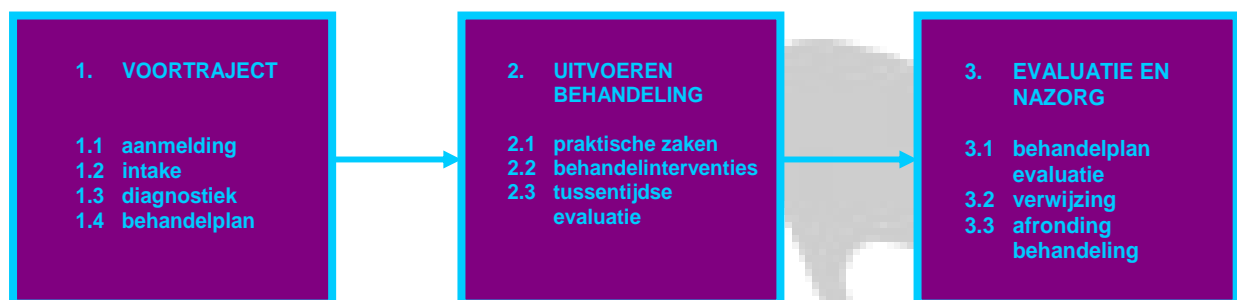
- As 1 Klinische stoornissen (bijv. depressie)
- As 2 Persoonlijkheidsstoornissen (bijv. anti-sociale persoonlijkheidsstoornis)
- As 3 Lichamelijke aandoeningen (relevant voor het begrijpen en behandelen van een psychische stoornis; bijv. migraine)
- As 4 Psychosociale en omgevingsfactoren (bijv. scheiding, werkloosheid)
- As 5 Algehele beoordeling van het functioneren (Global Assessment of Functioning Scale – GAF – uitgedrukt op een schaal van 0 tot 100)

<sup>4</sup> Schizofrenie is een ernstige hersenziekte die zich kenmerkt door het optreden van psychoses. Dit zijn perioden waarin het contact tussen de buitenwereld (realiteit) en de binnenwereld (gedachten en belevingen) is verstoord. Psychoses kunnen zich uiten in verschijnselen zoals hallucinaties, angst, verwardheid en wanen. Iemand met schizofrenie hoort bijvoorbeeld stemmen die er niet zijn, of denkt dat hij of zij achtervolgd wordt. Naast deze heftige gedachten en gevoelens is de andere kant van deze ziekte dat de patiënt juist heel vlak is en nauwelijks emoties vertoont. **Schizofrenie - paranoïde type** (DSM-IV 295.30) is een vorm van schizofrenie waarbij betrekkelijk stabiele wanen en hallucinaties op de voorgrond treden. In de meeste delen van de wereld is dit de meest voorkomende vorm van schizofrenie (APA, 1995).

**heroïneverslaving. Meest van de tijd woont hij bij zijn opa en oma. Dit loopt echter met regelmaat uit de hand en om zijn grootouders en de buurtbewoners te ontlasten, wordt A. opgenomen op de (gesloten) kliniek, Unit Psychiatrie & Verslaving 1 (Unit P&V1). Daarnaast ontvangt hij (inmiddels) continu zorg van het ACT2-team.**

A. is in 2004 voor het eerst opgenomen op Unit P&V1. Tijdens zijn opname herstelde A. redelijk. Doordat hij op een gesloten afdeling verbleef en daardoor moeilijk(er) aan drugs kon komen, namen zijn psychotische kenmerken af. Ook was hij medicatietrouw, waardoor hij een betere nachtrust kreeg. De structuur op de afdeling heeft er tevens voor gezorgd dat zijn dag- en nachtritme zich weer positief omdraiden. Het aangeboden therapieprogramma droeg bij aan een zinvolle dagbesteding. De opnameduur voor Unit P&V1 mag maximaal zes maanden zijn. Voor A. moest op een gegeven moment dus nazorg geregeld worden. Aangezien A. wel weer welkom was bij zijn opa en oma, heeft de Unit gezorgd voor nazorg bij het ACT2-team. De keus voor het ACT-team is voortgekomen uit het feit dat de Unit en het ACT-team beiden deel uitmaken van de Afdeling Psychiatrie & Verslaving en er een nauwe samenwerking aanwezig is. Daarbij is A. een typische ‘dubbele diagnose’ patiënt, gezien zijn diagnoses volgens de DSM IV. Niet in de laatste plaats voldeed hij aan de indicatiecriteria voor behandeling bij het ACT2-team (zie bijlage 2).

Er zijn drie hoofdprocessen te onderscheiden bij het ACT2-team. Deze processen worden in principe altijd doorlopen en vormen de leidraad voor het behandeltraject, mits het lukt om een patiënt in de zorg te houden. Voor meest van de patiënten geldt echter dat ze ‘voor altijd’ in zorg blijven bij het ACT2-team en daardoor worden niet altijd alle onderdelen van het derde hoofdproces doorlopen. Aan de hand van deze hoofdprocessen wordt inzicht gegeven in welk traject er is gevolgd bij de aanmelding en daaruit voortvloeiende begeleiding en behandeling van A.



## 1. Het voortraject

### *1.1 Aanmelding*

De teamleider of arts nemen alle aanmeldingen die per telefoon of email binnenkomen aan. Aanmeldingen komen binnen vanuit de OGGZ (Openbare Geestelijke Gezondheidszorg), andere afdelingen van Altrecht (in het geval van A. Unit P&V1), Centrum Maliebaan of het MAP (Meld en Actiepunt OGGZ). Als op basis van de belangrijkste criteria direct duidelijk is dat het geen cliënt voor ACT is, dan verwijst de teamleider of arts door. Anders vraagt de arts of teamleider om een aanmeldformulier in te vullen en op te sturen. De psychiaters van de ACT teams bepalen of en in welk

team de cliënt in zorg komt. De psychiater plaatst de cliënt op de wachtlijst (geeft dit door aan secretariaat). Van de wachtlijst stromen maximaal 2 cliënten per week in. Het secretariaat heeft toegang tot de instroomlijsten van ACT 1 en 2. De psychiater schat op basis van de ernst, aanwezigheid van een zorgsysteem, etc. in welke cliënt van de wachtlijst als eerst in aanmerking komt voor behandeling. Wanneer er wordt besloten dat de cliënt in behandeling wordt genomen, wordt deze ingeschreven in Psygis. Als de wachtlijst te lang wordt, meldt de psychiater dit aan de teamleider, die dit met de afdelingsleiding bespreekt.

Voor A. geldt dat hij vrij snel na zijn opname op de Unit op de wachtlijst is gezet voor één van de ACT-teams. Destijds was de psychiater van het ACT2-team eveneens de psychiater voor de Unit. Deze psychiater heeft toen bepaald dat A. in aanmerking kwam voor behandeling, zodra zijn situatie enigszins gestabiliseerd was; A. moest medicatietrouw zijn, zijn druggebruik drastisch minderen en zijn psychotische kenmerken moesten afgenomen zijn.

### 1.2 Intake

Tijdens een wekelijks overleg bespreekt het team welke medewerkers het eerste contact gaan zoeken met de cliënt. Dit gebeurt altijd met zijn tweeën, tenzij dat niet nodig is, bijvoorbeeld omdat een cliënt opgenomen is. De medewerkers ondernemen zoveel pogingen als nodig om het contact tot stand te brengen. De aard van de doelgroep maakt dat het niet altijd mogelijk is om een afspraak voor een intakegesprek te maken. Contact leggen gaat moeizaam. In stappen wordt er een beeld over de cliënt gevormd en met de cliënt bekeken op welke gebieden hulp wenselijk is. Tijdens de dagelijkse briefing rapporteren de medewerkers hoe het eerste contact is verlopen en bespreken de volgende stappen. Alle teamleden maken in de loop der tijd kennis met de cliënt, om het vertrouwen van de cliënt in het team op te bouwen. Iedereen die contact heeft met de patiënt of met anderen over de patiënt, noteert dit in het EPD. De dossierhouder zorgt ervoor dat de verwijzer en huisarts (indien aanwezig) telefonisch worden geïnformeerd over de stand van zaken. Als tijdens een briefing blijkt dat er te veel over de cliënt te bespreken is, wordt dit op het planbord/digibord genoteerd (met stip), en wordt de cliënt besproken tijdens een behandelplanbespreking.

A. stond al op de wachtlijst en was dusdanig gestabiliseerd, dat de Unit de zorg aan een ACT-team heeft overgedragen. A. is toegewezen aan het ACT2-team, omdat binnen dit team plek was voor een nieuwe patiënt. A. kreeg een dossierhouder toegewezen gekregen, Irene. Zij heeft A. eerst enkele malen bezocht op de Unit om kennis te maken en hem te vertellen welke hulp het ACT-team hem kan bieden. Al vrij snel daarna is A. ontslagen uit de kliniek. Hij was weer welkom bij zijn opa en oma en de zorg werd overgenomen door het ACT2-team. Er werd afgesproken dat A. zich tweemaal per week zou melden bij Irene voor een patiëntencontact en Irene zou eenmaal per week op huisbezoek gaan bij A. Verder is afgesproken dat A. eenmaal per twee weken een afspraak had met de psychiater van het ACT2-team; een 'vertrouwd persoon', omdat dit tevens zijn behandelaar op de Unit was geweest.

### 1.3 Diagnostiek

Op basis van de voorgeschiedenis stelt de psychiater een voorlopige diagnose en opent een DBC (Diagnose Behandel Combinatie). Als er weinig informatie is, plant de psychiater snel een gesprek met de cliënt in. Binnen 3 maanden plant het secretariaat, in overleg met de dossierhouder, de cliënt in voor een zorgplanbespreking. De dossierhouder bereidt deze bespreking voor, door het afnemen van de HoNOS en CAN<sup>5</sup>. Hiermee wordt de zorgbehoefte in kaart gebracht wat als basis dient voor het formuleren van korte en langere termijn behandeldoelen. Tijdens de behandelplanbespreking bespreekt het team of lichamelijk onderzoek, bloedonderzoek, psychodiagnostisch of ander aanvullend onderzoek noodzakelijk is, en vraagt dit aan volgens bestaande protocollen.

De behandelplanbespreking voor A. vergde minder voorbereiding dan gebruikelijk. De diagnose was reeds bekend en de psychiater kende A. al goed vanwege de behandeling op de Unit. De dossierhouder heeft wel de HoNOS en de CAN afgenomen bij A. Voor beiden instrumenten geldt dat A. aanwezig was en zelf informatie heeft gegeven voor het 'scoren' van deze instrumenten.

### 1.4 Behandelplan

Op basis van de behandelplanbespreking stelt de dossierhouder het eerste behandelplan op. Ook stelt de dossierhouder een Crisis Preventie Actie Plan (CPAP) op. Als het kan, bespreekt de dossierhouder het behandelplan met de cliënt, zowel ter voorbereiding als achteraf.

Na de behandelplanbespreking heeft Irene het behandelplan voor A. gemaakt. Zij heeft hiervoor als basis de resultaten van de HoNOS en de CAN genomen, evenals de aanvullingen van haar collega's tijdens de behandelplanbespreking. Het behandelplan is door Irene met A. besproken en hij heeft dit ook ondertekend. Het CPAP heeft zij in samenwerking met A. en zijn 'vroegere' EVV-er van de Unit opgesteld. De reden hiervoor is dat het CPAP bestaat uit een beschrijving van fases waarin een patiënt kan verkeren – oplopend van rustige fase tot crisisfase - en welke interventies er juist wel of niet moeten worden ondernomen. Aangezien A. tijdens zijn opname op de Unit in een 'crisisfase' verkeerde, werd de kennis van de EVV-er gebruikt voor het beschrijven van deze fase.

## 2. Uitvoeren behandeling

### 2.1 Praktische zaken

De medewerkers starten met het regelen van allerlei praktische zaken, zoals een ziektekostenverzekering, uitkering, schulden of huisvesting. De medewerker stimuleert de cliënt om

<sup>5</sup> Camberwell Assessment of Need: de CAN is international de meeste gebruikte zorgbehoeftenlijst (Kroon, 2003). De CAN stelt behoeften vast op 22 domeinen of levensgebieden. Het doel is het meten van:

1. 'need / no need' → is er behoefte aan zorg?
2. 'unmet / met need' → wordt aan die behoefte voldaan?

Een 'NEED' kan slaan op een probleem (gezondheid, functioneren) of op een onvervulde behoefte aan adequate zorg of op een gebrek aan adequate zorg. Bij de CAN gaat het om een (on)vervulde behoefte aan zorg (Busschbach, 2002)

zoveel mogelijk zelf te regelen en gaat met de cliënt mee naar de afspraken. Als het nodig is, regelt de medewerker bepaalde zaken zelf. Als een cliënt dakloos is, zoekt het team naar opvangmogelijkheden en meldt de cliënt aan bij het BCT (Brede Centrale Toegang; deze regelt een indicatie en plaatst de cliënt op de wachtlijst voor een woonvoorziening). Zonodig regelt het team eerst een tijdelijke oplossing bij de maatschappelijke opvang of een klinische opname binnen Altrecht.

A. kreeg binnen het ACT2-team hulp van de maatschappelijk werkster, Carla. Zij heeft hem geholpen met zijn financiële zaken. Zo heeft zij een bewindvoerder voor hem geregeld, die er voor zorgdraagt dat zijn schulden worden afgelost en A. tevens weekgeld verstrekt.

## 2.2 Behandelinterventies

Het team voert de interventies uit, die in het behandelplan zijn beschreven. De interventies dragen bij aan de doelen en prioriteiten uit het behandelplan, gebaseerd op de HoNOS en CAN.

De SPV, MW of psychiater voeren cognitief therapeutische interventies uit, de psychiater voert gestructureerde relatietherapie uit. Waar mogelijk betreft de psychiater de familie bij de behandeling, of zoekt contact i.v.m. een heteroanamnese<sup>6</sup>. Als het erg belangrijk is, kan dit tegen de wens van de cliënt in gebeuren.

Bij de uitvoering van de behandeling gaat de medewerker uit van de ideeën en het tempo van de cliënt. De medewerker neemt zo min mogelijk over van de cliënt, maar richt zich op het motiveren van de cliënt en het aanleren van vaardigheden. Verschillende disciplines uit het team werken hierin samen (psychiatrische en maatschappelijke invalshoek). De dossierhouder bewaakt de lijn in de behandeling, delegeert bepaalde onderdelen en coördineert de behandeling.

Medicatie wordt voorgeschreven volgens bestaande protocollen. De psychiater schrijft medicatie voor, zodra de cliënt in behandeling is, en behoudt de regie over de medicatie. Als het kan, krijgt de patiënt een recept, haalt de medicijnen zelf bij de apotheek, en beheert de medicijnen zelf.

Als dat niet verantwoord is, beheert het ACT team de medicijnen voor de patiënt. Verpleegkundigen beheren en verstrekken de medicatie, volgens afspraak met de psychiater en cliënt.

De belangrijkste interventies in het behandelplan van A. waren het regelen van zinvolle dagbesteding en het verstrekken van depotmedicatie<sup>7</sup> (vierwekelijks). Voor A. werd een intake geregeld bij 'Bureau Dagloon'. Dit is een soort uitzendbureau voor dak- en thuislozen en (ex-)verslaafden. Als je 'aangenomen' wordt door Bureau Dagloon, dan wordt er in overleg een afspraak gemaakt hoe vaak en hoeveel uur je wilt werken. Op de afgesproken dagen en tijden gaat de patiënt naar Bureau Dagloon en dan wordt er gekeken wat voor werk er verricht kan worden. Werkzaamheden zijn divers;

<sup>6</sup> Voorgeschiedenis; het totaal aan gegevens dat een patiënt zich in een vraaggesprek met de arts over zijn klachten en algemene toestand kan herinneren; de anamnese omvat antwoorden op vragen over de hoofdklacht, de toestand van de diverse orgaansystemen en de psychische en de sociale omstandigheden (<http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl/>).

<sup>7</sup> Medicatie die langzaam door het lichaam wordt opgenomen en daardoor over een langere periode (enkele dagen, weken) werkzaam blijft. Depotmedicatie wordt in een spier geïnjecteerd (<http://www.ggze.nl>).

schilderen, verhuizen, plantsoendienst, etc. Bureau Dagloon verwacht dat patiënten zich aan hun afspraken houden. Bij het drie keer niet nakomen van (werk)afspraken, wordt iemand tijdelijk uitgeschreven. Meestal mag iemand na een maand weer komen 'solliciteren'. De werkzaamheden die voor Bureau Dagloon worden uitgevoerd, worden betaald. A. is in de loop van de tijd meermalen in- en uitgeschreven. Meestal kwam hij zijn afspraken niet na, als gevolg van een terugval in druggebruik. Er werd besloten dat A. geen orale medicatie meer kreeg maar een depot. A. vergat regelmatig zijn medicatie, waardoor er geen spiegel kon worden opgebouwd en zijn psychotische kenmerken 'schommelden'. De depotmedicatie werd verstrekt door Irene. Elke vier weken kreeg A. een depot. Ook deze afspraak is A. niet altijd nagekomen als gevolg van terugvallen.

### 2.3 Tussentijdse evaluatie

Indien nodig, plant de dossierhouder een tussentijdse behandelplan bespreking in. Het team indiceert een cliënt zonodig voor opname binnen een klinische afdeling van Altrecht (geen CIZ indicatie nodig) of daarbuiten (wel CIZ indicatie nodig). Als een cliënt ergens opgenomen wordt of bijvoorbeeld in detentie komt, continueert het ACT team de zorg. De arts draagt volgens vaste afspraken de medische verantwoordelijkheid al dan niet over. Een van de teamleden zorgt voor afspraken met de behandelaren van de betreffende afdeling met betrekking tot samenwerking en communicatie. Een medewerker van het ACT team is aanwezig bij de behandelplanbespreking van de afdeling of instelling waar de cliënt is opgenomen. Zonodig regelt het team een CIZ indicatie voor activiteiten of langdurig verblijf, in overleg met de betreffende afdeling.

A. kwam zo nu en dan zijn afspraken niet na als gevolg van terugvallen in druggebruik. Als dit het geval was, dan 'dook' A. meestal het straatleven in en zwierf hij door Utrecht. Het ACT2-team heeft A. in dit geval actief opgespoord en in het ergste geval werd A. (gedwongen) opgenomen op de Unit. Het ACT2-team bleef medeverantwoordelijk voor de zorg van A. tijdens opname(s). Tijdens deze opname(s) heeft Irene de behandelplanbesprekingen bijgewoond van de Unit. Bij deze behandelplanbesprekingen werden afspraken gemaakt over wie, welke verantwoordelijkheden had (EVV-er, dossierhouder, maatschappelijk werk, etc) en wat er geregeld moest worden voor A. Deze informatie heeft zij weer gebruikt voor de evaluatie van haar behandelplan bij het ACT2-team voor A.

## 3. Evaluatie en nazorg

### 3.1 Behandelplan evaluatie

Eén keer per jaar bespreekt het team het behandelplan van een cliënt. Het secretariaat beheert de agenda hiervoor en doet de agenda in de postvakjes van de teamleden. De dossierhouder coördineert de voorbereiding van de behandelplanbespreking, waaronder het afnemen van de HoNOS en CAN en bespreekt het indien mogelijk voor met de cliënt. Tijdens de behandelplanbespreking evalueert het team de voortgang, en stelt nieuwe doelen en prioriteiten vast, op basis van de uitkomsten van de HoNOS en CAN. Nadat deze doelen besproken zijn met de cliënt, en eventueel bijgesteld, voert de dossierhouder de wijzigingen door in het EPD. De GGZ thermometer wordt eens per jaar uitgereikt aan de cliënt om de tevredenheid over de behandeling te meten.



Irene heeft voor de evaluatie de HoNOS en de CAN opnieuw afgenomen bij A. Uit de resultaten van de HoNOS is gebleken dat de psychotische kenmerken van A. in het afgelopen jaar waren afgenomen en min of meer stabiel waren. De gereguleerde afgifte van de depotmedicatie heeft er voor gezorgd dat A. een spiegel had opgebouwd, waardoor zijn psychotische kenmerken niet direct terugkwamen bij het niet ontvangen van medicatie. Uit de score van de CAN bleek dat A. niet meer bij zijn opa en oma wou wonen. Irene vond het wonen bij zijn grootouders ook niet verantwoord gezien de grote kans dat A. nog met regelmaat zou terugvallen in druggebruik. Het ACT2-team heeft toen tijdens de behandelplanbespreking besloten om A. in te schrijven voor een hostel. Een hostel is een permanente woonplek voor gebruikers. In een hostel wordt gebruik gedoogd, maar de bewoners dienen zich hierbij wel aan strikte regels te houden (schone naalden, niet dealen, geen geweld, etc.), anders kunnen ze alsnog op straat worden gezet en dak- en thuisloos worden.

### *3.2 en 3.3 Verwijzing en afronding behandeling*

Het uitgangspunt van het ACT is dat het team zorgt voor continuïteit in zorg en cliënten in principe permanent in zorg houdt. Alleen in bepaalde situaties, besluit het team tot afronding van de behandeling en eventueel verwijzing.

De dossierhouder coördineert in dat geval de aanmelding en overdracht bij de vervolgbehandeling. Het ACT team behoudt de verantwoordelijkheid voor de zorg net zolang tot de zorg daadwerkelijk is overgenomen. Hier is geen tijdslimiet aan verbonden. Er vindt een uitgebreide introductie van de nieuwe zorgverlener plaats.

Als de behandeling is afgesloten, sluit het secretariaat het dossier in Psygis en sluit de psychiater de DBC

A. woont inmiddels in een hostel in Utrecht. Omdat het hostel 'alleen' een woonfunctie heeft en geen zorgfunctie, is A. tot op de dag van vandaag nog in zorg bij het ACT2-team.

## **4.5 De HoNOS en waardering**

De HoNOS wordt door haar gebruikers verschillend gewaardeerd. Er worden voordelen genoemd van de HoNOS, maar zeer zeker ook nadelen. Deze nadelen kunnen tevens aanzet zijn voor verbeterpunten; verder uitgewerkt in de conclusie en aanbevelingen.

De HoNOS wordt door de hulpverleners ervaren als een prettig instrument om met patiënten in gesprek te geraken over problemen die zij (of de hulpverleners) ervaren. Ook levert de HoNOS soms verrassende informatie op, die de hulpverleners blijkbaar via andere wegen niet konden verkrijgen. Deze (verrassende) informatie wordt gebruikt om met de patiënten verder te spreken over problemen of wensen die hij / zij heeft; op die manier wordt de informatie onderdeel van de behandeling. Door alle respondenten van het ACT2-team wordt aangegeven dat de HoNOS gebruikt kan worden om

ernstige toestandsbeelden te signaleren. Deze opgespoorde, ernstige signalen worden in het behandelplan opgenomen als doel om te verbeteren.

De HoNOS wordt door de meeste respondenten als gebruiksvriendelijk ervaren, al wordt door de gebruikers ervan wel gezegd dat het een verplicht onderdeel is dat langsgelopen moet worden en het dat extra papierwerk oplevert. Bovendien wordt door één van de respondenten aangegeven dat de vragen die gesteld worden bij het afnemen van de HoNOS soms op verschillende manieren geïnterpreteerd kunnen worden. Over de patiëntvriendelijkheid van de HoNOS zijn niet alle respondenten tevreden, zo wordt er aangegeven dat de eerste vraag van het instrument over hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag, geen prettige vraag is om mee te moeten starten bij patiënten met agressiehanteringsproblemen. Als reden hiervoor wordt gegeven dat het erg confronterend is en dat het direct al heftige weerstand oproept bij dergelijke patiënten. Een andere reden waardoor de HoNOS niet bepaald patiëntvriendelijk wordt bevonden zijn de zinnen en woorden die gebruikt worden in de HoNOS, die vaak vragen om 'vertaling', zodat een patiënt deze begrijpt. Wat niet direct van toepassing is op de patiëntvriendelijkheid van de HoNOS, maar er wel mee samenhangt, is dat de HoNOS naast andere plannen en instrumenten wordt gebruikt binnen het ACT2-team. De ervaring van de hulpverleners is dat patiënten als gevolg hiervan soms moe worden van het telkens opnieuw 'ondervragen'.

Wat dat betreft wordt de HoNOS door haar gebruikers meer gewaardeerd, dan door de patiënten bij wie het instrument wordt afgenomen. Zo zijn de hulpverleners allen van mening dat je door het gebruik van de HoNOS gerichter kan kijken naar de psychopathologie van de patiënten en daar overeenstemming met elkaar moet zien te vinden. Op die manier leert men om samen methodisch en professioneel te kijken naar een aantal gebieden, waarvan men uit klinisch beeld een andere mening over had. De discussies die hierdoor kunnen ontstaan worden als waardevol beschouwd. Zo werd in het geval van A. duidelijk dat het omdraaien van zijn dag- en nachtritme een gevolg was van zijn psychotische kenmerken; hij was bang in het donker en zag enge mensen en dingen om zich heen. Hierdoor durfde hij 's nachts niet te gaan slapen, maar overdag wel, omdat het dan licht is. Aanvankelijk dacht men dat dit omdraaien van zijn ritme het gevolg was van overmatig druggebruik. De uitkomsten van de HoNOS vormen volgens de hulpverleners een goede basis voor (doelen) in een behandelplan. Deze uitkomsten bieden ook structuur en houvast voor de hulpverlener m.b.t. sturing geven aan de behandeling; waar moet men zich op richten bij de patiënt, wat is het grootste / meest ernstige probleem? Bij A. is er aan de hand van voorgaand voorbeeld voor gekozen om de behandeling in eerste instantie te richten op het afnemen van de psychotische kenmerken en niet op het (gedwongen) minderen van druggebruik. Door de psychotische kenmerken te onderdrukken door medicatie, werd verwacht dat de trek naar drugs minder zou worden, omdat drugs voor A. onder andere een vorm van zelfmedicatie was. Om die reden wordt de HoNOS ook beschouwd als een hulpmiddel om meer patiëntgericht te werken. Daar wordt door een van de respondenten aan toegevoegd dat de HoNOS er tevens voor zorgt dat men leert om samen met de patiënt gestructureerd te werken. De respondent geeft aan dat je aan patiënt de scores kan laten zien waarop



hij / zij vooruit is gegaan; *“dit geeft een ‘objectieve’ voldoening (casemanager).”* De vooruitgang die de HoNOS inzichtelijk maakt vertelt ook of een patiënt (nog) ACT geïndiceerd is. Lage scores van de HoNOS in relatie tot andere resultaten van de behandeling, kunnen erop wijzen dat een patiënt klaar is om door te stromen naar een minder intensieve vorm van zorg.

Hetgeen dat door alle respondenten benoemd is dat de grootste bijdrage van de HoNOS is dat er op de lange termijn gemeten kan worden of er vooruitgang is en er met deze informatie gerichter gesproken kan worden over eventuele belemmeringen die een rol spelen. Daarbij wordt opgemerkt dat de HoNOS op die manier gedeeltelijk bijdraagt aan de kwaliteit van zorg door de methodische manier van werken. Echter, alle respondenten zijn van mening dat de HoNOS goed ingebed en gestructureerd geborgd moet zijn. *“Anders hangt het er maar wat bij; het lijkt dan alsof de HoNOS een los onderdeelje is en geen deel uitmaakt van het groter geheel (sociaal-psychiatrisch verpleegkundige).”* Een andere hulpverlener voegt daaraan toe: *“Als de HoNOS goed ingebed is in het primaire proces, dan kan je je professie ‘ontstijgen’ door niet puur operationeel bezig te zijn, maar constant en bewust methodisch te werken als professional (teammanager).”*



## Hoofdstuk 5 Interpretatie van de onderzoeksgegevens

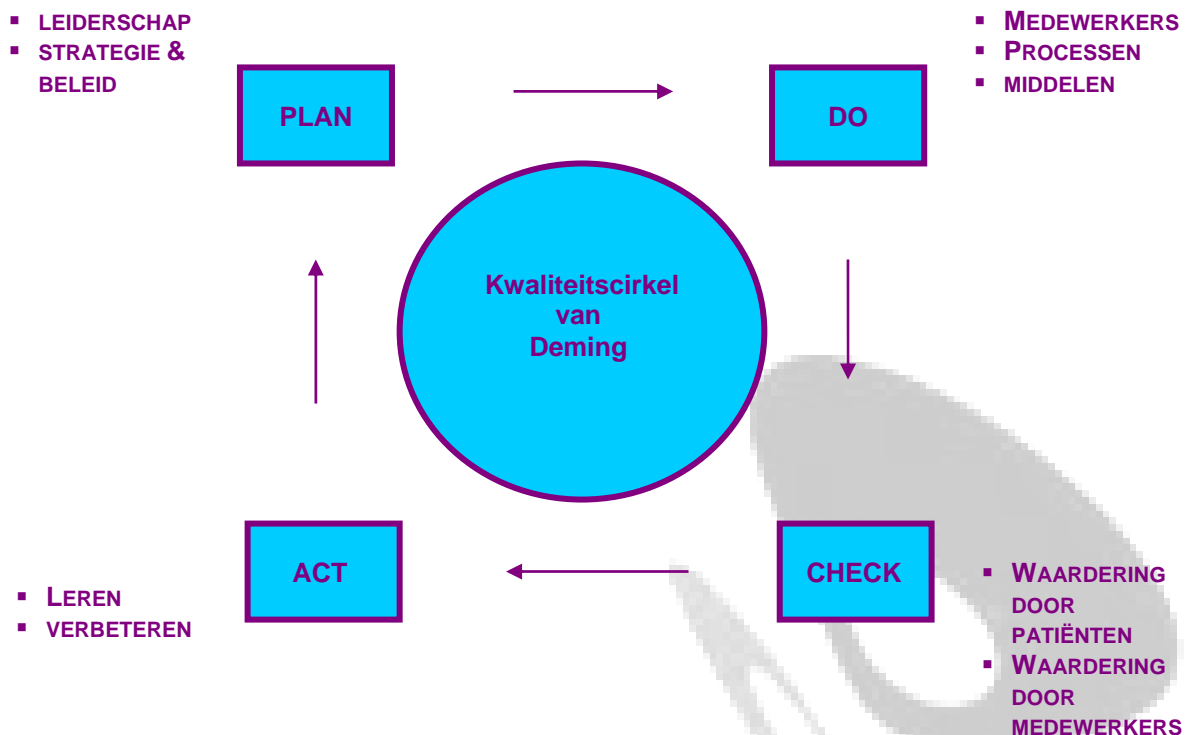
De conclusie en discussie worden in dit hoofdstuk beschreven. In deze descriptie vindt een interpretatie en waardering van de resultaten plaats. In de discussie zal een kritische reflectie op het onderzoek plaatsvinden.

### 5.1 Conclusies

De deelvragen zijn in hoofdstuk vier (gedeeltelijk) beantwoord. Door deze antwoorden te analyseren, kunnen er conclusies worden getrokken en kan de hoofdvraag van het onderzoek beantwoord worden.

#### 5.1.1 Kwaliteitscyclus en de HoNOS

Bij de analyse van de antwoorden wordt er gebruikt gemaakt van de, in hoofdstuk twee beschreven, kwaliteitscyclus van Deming. In onderstaand figuur wordt nogmaals de cyclus in beeld gebracht met een specificatie van de belangrijke elementen in de verschillende fasen van de cyclus. De cyclus wordt per fase kort toegelicht met betrekking tot de invoering van de HoNOS bij GGZ Altrecht en het ACT2-team.



#### Fase 1 Plan

##### GGZ Altrecht

Door het centraal managementteam is in 2004 door de Raad van Bestuur (RvB) en de verschillende directies besloten de HoNOS in te voeren binnen Altrecht. De implementatie van het meetinstrument

de HoNOS werd beschouwd als een eerste aanzet om de effectiviteit van zorg te meten. Bovendien werd met een externe stakeholder, de zorgverzekeraar, afgesproken om de HoNOS in te voeren en op die manier ervaring op te doen met de afname en het gebruik van het instrument. De verantwoordelijkheid voor het invoeren van de HoNOS lag sinds 2006 bij de divisiedirecties.

#### *ACT2-team*

De ACT-teams van Altrecht zijn teams waarbinnen de implementatie van de HoNOS heeft plaatsgevonden. Dit is in het centraal managementteam besloten in overleg met het afdelingsmanagement van de Afdeling Psychiatrie & Verslaving. Het gebruik van de HoNOS sluit aan bij de werkzaamheden van de ACT-teams; er worden binnen de teams diverse (meet)instrumenten gebruikt voor het in kaart brengen van (de zorg van) de patiënt. Er werd afgesproken dat de HoNOS minimaal eenmaal per jaar zou worden afgenomen en dat de gegevens in het EPD zouden worden verwerkt.

#### Fase 2 Do

##### *GGZ Altrecht*

De verpleegkundig specialisten GGZ i.o. werden onder de coördinatie van de interne opleider van de Altrecht Academie getraind in het afnemen en het gebruik van de HoNOS. Deze getrainde verpleegkundig specialisten i.o. hebben hulpverleners van hun afdeling hun kennis doorgegeven en hebben medewerkers van andere afdelingen getraind, als er op een afdeling geen verpleegkundig specialist i.o. werkzaam was. Bij het ACT2-team zijn er twee hulpverleners geschoold, beiden geen verpleegkundig specialist i.o., bij het Trimbos-instituut. Beide hulpverleners hebben in hun eigen team hun kennis overgebracht en samen met hen geoefend met de HoNOS aan de hand van bestaande casussen.

Het afnemen van de HoNOS is binnen het ACT2-team onderdeel geworden van het primaire proces; in het voortraject wordt de HoNOS afgenomen door de behandelaar om met behulp van de scores doelen op te stellen in het behandelplan, bij de evaluatie en nazorg wordt de HoNOS afgenomen om te evalueren of de in het voortraject opgestelde doelen behaald zijn en waar nodig bijgesteld moeten worden. Om de HoNOS te kunnen gebruiken is de HoNOS toolkit aangeschaft (zie bijlage 1), welke vrij te verkrijgen is. Het scoreformulier is opgenomen in het EPD, zodat de medewerkers deze hier kunnen invullen en alle informatie rondom een patiënt op één plek te vinden is.

#### *ACT2-team*

Binnen het ACT2-team werden enkele medewerkers getraind bij het Trimbos-instituut in het afnemen van de HoNOS. Deze hulpverleners hebben hun kennis gedeeld met de overige hulpverleners van het team door middel van een trainingsmiddag waarbij met behulp van casussen geoefend werd met het scoren van de HoNOS.

De HoNOS is vrij verkrijgbaar en de HoNOS toolkit werd verspreid binnen het team; iedereen heeft een eigen exemplaar en er is een exemplaar aanwezig op de teampost. De scorelijst is opgenomen in

het EPD en kan direct in het EPD ingevuld worden, maar ook uitgeprint worden om handmatig in te vullen.

Het afnemen van de HoNOS is opgenomen in het primaire proces. In het eerste hoofdproces wordt de HoNOS afgenomen en dient de score als basis voor interventies in het behandelplan. In het derde hoofdproces wordt de HoNOS eventueel opnieuw afgenomen en geëvalueerd tijdens de behandelplanbespreking.

### Fase 3 Check

#### *GGZ Altrecht*

Doordat de HoNOS binnen het ACT2-team gebruikt werd, deden zowel hulpverleners als patiënten ervaring op met het instrument. Zoals reeds beschreven in hoofdstuk vier is de waardering met betrekking tot de HoNOS wisselend; dit geldt voor de hulpverleners, alsmede de patiënten.

#### *ACT2-team*

Bij het ACT-team valt onder de 'check' fase de evaluatie van de behandeling. Zowel door patiënten als medewerkers. Patiënten vullen de GGZ-thermometer<sup>8</sup> in en tijdens de behandelplanbespreking wordt door de hulpverleners besproken hoe de zorg aan hun patiënten verloopt. Met behulp van de HoNOS wordt gekeken wat voor effect de behandeling, volgens de in het eerste hoofdproces gestelde interventies, heeft gehad en waar aanpassing nodig is. Verloop van de behandeling wordt besproken en een belangrijk onderdeel daarbij is de ervaring van de hulpverleners met de patiënt. De HoNOS kan ook laten zien aan de hand van de scores of een patiënt een geschikte patiënt voor het ACT2-team is of blijft.

### Fase 4 Act

#### *GGZ Altrecht*

In 2004 is door het centraal management beslist om de HoNOS binnen meerdere afdelingen van GGZ Altrecht te implementeren. Om dit te realiseren is een projectteam samengesteld. Uit interviews met de projectleider en een ander lid van het projectteam is gebleken dat het project niet volledig van de grond is gekomen. De HoNOS is geïmplementeerd op diverse afdelingen, maar er hebben geen evaluaties of overleggen gevolgd over het verloop hiervan en er is geen uitwisseling geweest van ervaringen van de betrokken afdelingen. Zowel de projectleider als het andere lid kunnen moeilijk de oorzaak hiervan aangeven. De HoNOS wordt overigens op de afdelingen waar het instrument is geïmplementeerd nog steeds gebruikt. Echter, de 'act' fase maakt met betrekking tot de HoNOS (nog) geen onderdeel uit van de kwaliteitscyclus binnen GGZ Altrecht.

#### *ACT2-team*

De HoNOS wordt sinds 2006 gebruikt binnen het ACT2-team. Men heeft binnen het team een kleine twee jaar ervaring op kunnen doen met het afnemen en gebruiken van de HoNOS. Uit de interviews is

---

<sup>8</sup> De 'GGZ Thermometer' is een beknopt instrument waarmee instellingen op gezette tijden kunnen onderzoeken hoe cliënten de geboden zorg waarderen (Kertzman, Kok & Van Wijngaarden, 2003).

gebleken dat het gebruik van de HoNOS en de consequenties hiervan niet eerder zijn geëvalueerd. Dit bevindingen van dit onderzoek kunnen een aanleiding zijn tot het verbeteren van het gebruik van de HoNOS en hiermee beogen de consequenties van het gebruiken van het instrument te kunnen sturen.

### **5.1.2 Kennis van HoNOS**

In de theorie wordt beschreven dat een degelijke training in het omgaan met de HoNOS belangrijk is om de betrouwbaarheid van de scores te vergroten. Het trainen van alle hulpverleners is een 'must'. Binnen het ACT2-team is er een aantal hulpverleners getraind in het hanteren van de HoNOS door professionele trainers van het Trimbos instituut. Deze hulpverleners hebben de kennis die ze opgedaan hebben tijdens deze training doorgegeven aan de overige teamleden. Herhaling van de training wordt in de theorie belangrijk bevonden, omdat dit kan voorkomen dat na verloop van tijd beoordelaars op eigen manier gaan scoren. Binnen het ACT2-team heeft er (nog) geen herhalingstraining plaatsgevonden, wat zou kunnen betekenen dat de hulpverleners momenteel 'op eigen wijze' de HoNOS scoren, wat de betrouwbaarheid van de scores negatief beïnvloed.

De HoNOS is geschikt om af te nemen bij diverse patiënten binnen de GGZ. Het ACT2-team ervaart inderdaad geen problemen met het afnemen met betrekking tot de patiënten met verschillende ziektebeelden. Het afnemen van de HoNOS past goed bij de werkwijze van het ACT2-team; de resultaten vormen een basis voor het opstellen van een behandelplan en geven inzicht in de ernst van de problemen van de patiënten op verschillende levensgebieden. Binnen het ACT2-team zijn de HoNOS en de CAN onlosmakelijk verbonden. De HoNOS geeft inzicht in de problemen van de patiënt en de CAN laat zien waar de behoeften liggen van de patiënt met betrekking tot de zorg. Samen geven deze scores een compleet beeld van welke zorg gewenst is, zowel gezien vanuit de patiënt als het inzicht die de meetinstrumenten geven in de ernst van de problemen. Zoals eerder beschreven worden de HoNOS en CAN ook gebruikt in de derde fase van het primaire proces: evaluatie en nazorg. Door de HoNOS en CAN opnieuw te scoren, kunnen eventuele veranderingen en ontwikkelingen geëvalueerd worden.

Binnen het ACT2-team wordt de HoNOS gezien als een goede aanvulling op het totale zorgplan van een patiënt en wordt aangegeven dat de scores van de HoNOS een uitstekende basis is voor het opstellen van het behandelplan en tot het komen tot geschikte interventies. Dit zou ook Altrecht breed kunnen gelden, omdat de HoNOS een geschikt instrument is voor in principe alle GGZ-patiënten. Aangezien GGZ Altrecht graag continuïteit en eenduidigheid wil in haar beleid en zorg voor de patiënten, zou het implementeren van de HoNOS op alle afdelingen van de instelling hieraan kunnen bijdragen. Uitgebreidere scholing in en bredere implementatie van de HoNOS kunnen bijdragen aan groei van de kennis en kunnen HoNOS Altrecht breed tot hét instrument maken dat inzicht geeft in de effectiviteit van de behandeling. Op die manier zijn resultaten generaliseerbaar voor de diverse afdelingen van GGZ Altrecht en kan men van elkaar leren hoe een meetinstrument in de dagelijkse praktijk het best gebruikt en toegepast kan worden. Bovendien zorgt het gebruik van eenzelfde

meetinstrument op de verschillende afdelingen ervoor dat het management eenvoudiger kan rapporteren met betrekking tot uitkomstenmanagement, zowel intern als extern.

### **5.1.3 Opzet van de HoNOS**

De HoNOS bestaat uit 12 onderwerpen en meet gedragsproblemen, beperkingen, symptomatologie en sociale problemen. Deze onderwerpen kunnen worden gescoord door artsen, psychologen, verpleegkundigen en andere hulpverleners (Mulder). Het scoren van alle 12 onderwerpen duurt ongeveer vijftien minuten (Mulder et al., 2004).

Binnen het ACT2-team wordt de HoNOS afgenomen door de psychiater of de hulpverleners met verschillende (zorg)achtergronden; maatschappelijk werkers, sociaal-psychiatisch verpleegkundigen, zorgcoördinatoren, casemanagers, etc. Uit de interviews met de diverse hulpverleners blijkt dat het invullen scoren van de HoNOS gemiddeld langer duurt dan vijftien minuten. Oorzaken hiervan zijn de aanwezigheid van de patiënt, die graag input heeft en daardoor meer informatie geeft dan wellicht nodig, maar ook de onervarenheid van hulpverleners met het gebruik van HoNOS, waardoor het afnemen meer tijd kost. De hulpverlener moet namelijk de informatie van de patiënt kunnen ‘filteren’ om bij de kern te blijven van de 12 items. Ervaring met en kennis van de scorelijst van de HoNOS zijn hierbij van essentieel belang; deze ervaring en kennis ontbreekt zo nu en dan nog als gevolg van de lage frequentie van het afnemen van de HoNOS en de minimale scholing die de hulpverleners hebben gekregen. Het gebrek aan ervaring en kennis zorgt er tevens voor dat de betrouwbaarheid van de scores in het geding komt, door subjectieve interpretaties van de gegevens. Door de HoNOS “perfect in de vingers te hebben” kan de verkregen informatie over de patiënt objectiever gescoord worden, omdat alle hulpverleners precies begrijpen wat de HoNOS wil weten en blijft men bij de essentie van de 12 items.

De HoNOS geeft inzicht in de (ernst van de) problemen van de patiënten op diverse levensgebieden en aan de hand van de scores worden interventies opgesteld voor in het behandelplan. De resultaten van het meetinstrument vormen dus de basis voor behandeling. Het behandelplan met daarin de interventies is beschikbaar via het EPD. Dit geldt eveneens voor de scores van de HoNOS; een ingevulde HoNOS wordt ingescand en opgenomen in het EPD.

### **5.1.4 HoNOS en evaluatie**

De effecten van de interventies die gedaan zijn naar aanleiding van de HoNOS-scores zijn minimaal terug te zien in de praktijk; namelijk eenmaal per jaar tijdens de evaluatie van het behandelplan. Bij een behandelplanbespreking wordt er uitgebreid gesproken over de patiënt en de eventuele veranderingen in zijn of haar (gezondheids)toestand. De HoNOS wordt geëvalueerd en wijzigingen worden doorgevoerd aan de hand van correcties in het meetinstrument en de diverse zienswijzen van de aanwezige hulpverleners vullen het “totaalplaatje” aan. Deze gegevens worden opgenomen in het EPD, maar geven op die manier niet in een oogopslag aan wat de effecten zijn geweest van de behandeling. De gegevens zijn wel inzichtelijk, maar worden niet weergegeven in een speciale database waarin bijvoorbeeld totaalscores naast elkaar worden gezet, of in grafieken die zo een voor-

of achteruitgang laten zien. Doelstellingen kunnen niet effectief worden neergezet, omdat de indicatorengegevens niet beschikbaar zijn. De randvoorwaarden voor het gebruiken van de HoNOS zijn onvoldoende geschept in die zin dat de resultaten aanzet kunnen zijn tot effectmeting van de behandeling, maar deze resultaten niet netjes geordend en beschikbaar zijn in een centraal gegevensbestand.

De HoNOS is wel onderdeel van een cyclus. Echter, binnen deze cyclus wordt de HoNOS volgens een minimale frequentie gescoord bij de patiënten. De HoNOS zou vaker afgenomen moeten worden om te kijken in hoeverre een interventie effect heeft gehad.

### **5.1.5 Theorie versus praktijk**

Allereerst is er literatuuronderzoek gedaan naar het meetinstrument, de HoNOS. Op basis van dit literatuuronderzoek werd verwacht dat de HoNOS een uitstekend meetinstrument is om de effectiviteit van zorg in kaart te brengen. In de literatuur werd zelfs gesproken over het opnemen van het instrument in de basisset prestatie-indicatoren voor de GGZ en verslavingszorg. De resultaten ondersteunen deze verwachting maar gedeeltelijk. Uit de analyse van de gegevens is gebleken dat de HoNOS door de hulpverleners wordt beschouwd als een handzaam en prettig instrument. Wel werden er hier en daar enkele kanttekeningen geplaatst over de patiëntvriendelijkheid van het document en door enkelen werd het instrument ook wel gezien als 'meer papierwerk'. De belangrijkste redenen waarom de HoNOS binnen het ACT2-team de verwachting niet waar kan maken zijn de frequentie van het afnemen van de HoNOS en de uiteindelijke inbedding van het instrument. De HoNOS wordt thans maar eenmaal, hooguit tweemaal per jaar afgenomen. Om goed inzicht te krijgen in (het verloop van) de behandeling van de patiënt is vaker afnemen en evalueren van het instrument noodzakelijk. Op die manier laten de scores zien aan welk levensgebied de aandacht moet worden geschonken voor de behandeling van de patiënt, omdat daar op dat moment zich de ernstigste problemen voordoen. Bovendien krijgt men een beter beeld van de effectiviteit van de behandeling, doordat de scores tijdens een evaluatiemoment naast elkaar worden gelegd.

## **5.2 Discussie**

Als er wordt teruggekeken op het onderzoeksproces in geheel, dan zijn enkele kritische reflecties belangrijk:

In Nederland zijn er diverse zorginstellingen die de HoNOS gebruiken als meetinstrument bij de behandeling. De onderzoeker heeft ervoor gekozen om het onderzoek bij één instelling te doen. Deze keuze is voortgekomen uit praktische overwegingen; de onderzoeker is zelf werkzaam bij de onderzochte instelling en het gebrek aan tijd om het onderzoek uit te voeren.

De periode van onderzoek is kort geweest en hierdoor is er een keuze gemaakt om maar binnen één team het gebruik van de HoNOS te onderzoeken. Binnen GGZ Altrecht zijn er meerdere teams die werken met het meetinstrument. Het onderzoeken van het gebruik van het instrument door al deze teams geven een completer en daardoor betrouwbaarder beeld van wat nu werkelijk de consequenties zijn van het werken met de HoNOS.

Vanwege uiteenlopende redenen (zomerperiode, bereikbaarheid, tijd, etc.) is er maar een beperkt aantal personen (N = 7) geïnterviewd voor het onderzoek. Deze interviews hebben belangrijke data opgeleverd, maar de verkregen informatie is te summier om dit onderzoek representatief te laten zijn voor teams anders dan het ACT2-team en zijn de uitspraken gedaan in de conclusies redelijk solide, maar voorzichtig gesteld en, zoals gezegd, alleen geldend voor het ACT2-team.

Verder heeft de onervarenheid van de onderzoeker met betrekking tot het doen van onderzoek en haar onbekendheid met dit team binnen GGZ Altrecht ervoor gezorgd dat er veel (kostbare) tijd verloren is gegaan. De kennismaking met het team en het herhaaldelijk moeten 'zoeken' naar hoe het onderzoek het best aangepakt kon worden en waar te beginnen, zijn er de oorzaak van dat dit onderzoek de nodige beperkingen kent.

Alle voorgaande kritische noten leiden tot de belangrijkste kanttekening die er geplaatst kan worden bij dit onderzoek, namelijk de generaliseerbaarheid van de onderzoeksgegevens, ook wel de externe validiteit. De beperkte onderzoeksgegevens evenals het feit dat het onderzoek is gedaan binnen één team, zorgen ervoor dat de externe geldigheid van dit onderzoek nihil is. Het doel van dit onderzoek was echter om de veronderstelde verwachtingen uit de theorie te verkennen en te onderzoeken in de praktijk. Om die reden zijn de resultaten van dit onderzoek wél geschikt om suggesties te doen voor de praktijk en eventueel vervolgonderzoek.





## Hoofdstuk 6 Suggesties

Het doel van dit onderzoek was het beantwoorden van de probleemstelling en de deelvragen door middel van een verkenning in de praktijk. De onderzoeker heeft beoogd om middels dit onderzoek bij te dragen aan zowel maatschappelijke als wetenschappelijke relevantie. De onderzoeker is hier minimaal in geslaagd. Dit onderzoek kan echter wel een basis zijn voor vervolgonderzoek wat zeker nodig is met betrekking tot (het gebruik van) de HoNOS. Dit geldt in de eerste plaats voor het gebruik van de HoNOS binnen het ACT2-team en de mogelijkheden tot verbetering die hier nog liggen. De HoNOS kan een uitstekend meetinstrument blijken voor het inzichtelijk maken van de effectiviteit van zorg, als deze frequenter wordt afgenomen en met meer regelmaat geëvalueerd wordt binnen het primaire proces. Het ACT2-team dient ook gefaciliteerd te worden met (digitale) middelen die bijdragen aan inbedding van het instrument en het beschikbaar en vergelijkbaar maken van de uitkomsten van de HoNOS. Uitgebreidere scholing van alle hulpverleners kunnen de betrouwbaarheid van het instrument vergroten en tijdsinstaat opleveren bij het afnemen van het instrument, maar ook bij de evaluatie hiervan. Als tweede kan dit onderzoek aanleiding zijn voor diverse belanghebbenden, zorgverzekeraar, IGZ, etc. om opdracht te geven tot nader onderzoek van de HoNOS om inzicht te krijgen in welke wegen er minimaal nog bewandeld moeten worden om tot de overweging te komen de HoNOS op te nemen in de basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.



## Bibliografie

Abma, T.A. (1996). Responsief evalueren, discoursen, controversen en allianties in het postmoderne. Eburon, Delft.

American Psychiatric Association (1995). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (4de versie). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Baarda, D.B., M.P.M. de Goede en A.G.E. van der Meer – Middelburg (1996). Basisboek open interviewen; handleiding voor het voorbereiden en afnemen van open interviews. Stenfert Kroese.

Baarda, D.B., M.P.M. de Goede en J. Teunissen (1998). Basisboek kwalitatief onderzoek. Houten: Educatieve Partners Nederland BV.

Bakker, C. & E. Steenbergen – Meertens (2006). IKZ – Integrale kwaliteitszorg en verbetermanagement. Groningen: Wolters – Noordhoff.

Bean, Ph., Nemitz, T. (Eds.) (2004). Drug treatment: what works? London, New York, Routledge.

Berg, M. & W. Schellekens (2002). Paradigma's van kwaliteit: de verschillen tussen interne en externe kwaliteitsindicatoren. In: Medisch Contact, 57 (34), p. 1203-1205.

Boot, J.M. & M.H.J.M. Knapen (2005). De Nederlandse Gezondheidszorg. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Bos, D.J. (2008). MGv Het maandblad in maart, themanummer ACT. Jaargang 63 nummer 3. [Internet]. [aangehaald op 03-08-08]. Bereikbaar op:  
<http://www.trimbos.nl/default23013.html>

Busschbach, J. van (2002). Informatie over de CANSAS (in steekwoorden). September. [Internet]. [aangehaald op 03-08-08]. Bereikbaar op:  
<http://www.tijdschriftvoorpsychiatrie.nl/meetinstrumenten/download.php?id=19>

Campbell, S.M., Braspenning, J., Hutchinson, A., et al. (2002). Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. Quality and Safety in Health Care, 11, 358 – 364.

Casparie, A.F. (1993). Handboek Kwaliteit van Zorg. Utrecht: De Tijdstroom.

Casparie, A.F. (2001). De ramen open. Zorgsector legt verantwoording af in de samenleving. In: Medisch Contact, jaargang 56, nr. 4.

Creswell, J.W. (2003). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches*. Second Edition. Sage publications, University of Nebraska, Lincoln.

Dey, I. (1993). *Qualitative Data Analysis: A User Friendly Guide for Social Scientist*. London: Routledge.

Dijk, B.P. van & B.J. Roosenschoon (2006). ACT en het nut van modelgetrouw werken. In: Mulder, C.L. & H. Kroon (red.) (2006). *Assertive Community Treatment*. Amsterdam: Boom | Cure & Care Publishers.

Donabedian, A. (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment*. Michigan: Health Administration Press.

Donabedian, A. (1992). The role of outcomes in quality assessment and assurance. In *Quality Review Bulletin*, 18 (11), 356-360.

Epstein, A.M. (1990). The outcomes movement -- Will it get us where we want to go? *New England Journal of Medicine*, 323, 266-270.

Everaert, H. & A. van Peet (2006). *Kwalitatief en kwantitatief onderzoek*. Kenniskring Gedragsproblemen in de onderwijspraktijk Hogeschool Utrecht. KG-publicatie (11).

Glover, G.R. & H. Sinclair-Smith (2000). Computerised information systems in English mental health care providers in 1998. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*; 35: p.518-522.

Groenewoud, A.S. & R. Huijsman (2003). *Prestatie-indicatoren voor de kiezende zorggebruiker*. Uitgever: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Rotterdam.

Harteloh, P.P.M. & A.F. Casparie (2001). *Kwaliteit van zorg: van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Havenaar, J.M., Van Os, J., Wiersma, D. (2004). Algemene meetinstrumenten in de psychiatrische praktijk. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46 (10), 647-651.

HKZ Stichting (1996). *Voorlopig Harmonisatiemodel voor Externe Kwaliteitsbeoordeling gericht op Certificatie in de Zorgsector*.

Inspectie voor de gezondheidszorg (2006). *Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg*. Basisset. Utrecht, IGZ.

IOM (2001). Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington: National Academies Press.

Kertzman, T., Kok, I. & B. van Wijngaarden (2003). De GGZ Thermometer nader onderzocht. De evaluatie van een vragenlijst voor cliëntwaardering in de volwassenenzorg. Uitgave Trimbos-instituut. [Internet]. [aangehaald op 03-08-08]. Bereikbaar op:  
<http://www.trimbos.nl/default4103.html>

Keymolen, S. & J. Casselman (2007). Meten van uitkomsten van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. Literatuurstudie 2007. Deel 3. In de VVGG-reeks: Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen. Gent, VVGG.

Kroon, H. (2003) De Zorgbehoefte lijst: een vragenlijst voor het meten van zorg en rehabilitatiebehoefte bij mensen met ernstige psychische stoornissen. Uitgave Trimbos-instituut, Utrecht. [Internet]. [aangehaald op 03-08-08]. Bereikbaar op:  
<http://www.trimbos.nl/Downloads/Producten/Zorgbehoefte lijst%20rapport%202003%20totaal.pdf>

Legemaate, J. (2001). Het toezicht van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op de kwaliteit van zorg. Tijdschrift voor Gezondheidszorg (6): 354-367.

Lemmens, K.M.M., Harteloh, P.P.M. & J.A. Walburg (2003). De validiteit van kwaliteitssystemen in zorginstellingen. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002). Standpunt rapport Landelijke Commissie Geestelijke Volksgezondheid. GVM/2427878, Den Haag.

Mulder, C.L. Generieke beoordelingsschaal voor patiënten met ernstige psychiatrische stoornissen met een accent op psychotische stoornissen. Instrument van voorkeur: De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). [Internet]. [aangehaald op 03-08-08]. Bereikbaar op:  
<http://www.boerhaavenet.nl/books/2222.pdf>

Mulder, C.J., Sytema, S., Wierdsma, A.I. (2000). Statusmeting en instrumentgestuurde planning in de GGZ. Een zoektocht naar de heilige graal. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 55, 790-799.

Mulder, C.L., Loos, J., Wierdsma, A.I., e.a. (2004). De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) in Nederlandse bewerking. Barendrecht / Rotterdam.

Mulder, C.L., et al. (2004). De Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS) als instrument voor 'routine outcome assessment'. Tijdschrift voor psychiatrie, 46 (5), 273 – 283.

Mulder, C.L. & H. Kroon (red.) (2006). Assertive Community Treatment. Amsterdam: Boom | Cure & Care Publishers.

Peen, J. & J.J.M. Dekker (2008). Langdurig zorgafhankelijke psychiatrische patiënten in beeld gebracht. Tijdschrift voor psychiatrie 50 – suppl. 1 presentaties onderzoeklijnen (PO-65).

Sartorius, N., & W. Kuyken (1994). Translation of health status instruments. In J. Orley & W. Kuyken (Red.), Quality of Life Assessment in Health Care Settings (pp. 19-32). Berlin: Springer-Verlag.

Schellekens, W.M.L.C.M & J.J.E. van Everdingen (2001). Kwaliteitsmanagement in de gezondheidszorg. Houten / Diegen: Bohn Stafleu Van Loghum.

Schellekens, W.M.L.C.M., M. Berg en N.S. Klazinga (2003). Vliegen en gevlogen worden – Mythen en onmogelijkheden van prestatie-indicatoren van zorgaanbieders. In: Medisch Contact: officieel orgaan van de Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Nummering: vol. 58, afl. 8, p.291-294.

Sluijs, E. & C. Wagner (2000). Kwaliteitssystemen in zorginstellingen: de stand van zaken in 2000. Edited by N.i.v.o.v.d. gezondheidszorg. Utrecht.

Sperry, L. (1997). Treatment outcomes: an overview. Psychiatric Annals, 27, 95-99.

Sterk, P., & P. Ridderbos (1995). Patiëntenfeedback in een psychiatrisch ziekenhuis. Kwaliteit van zorg, 3, 28-35.

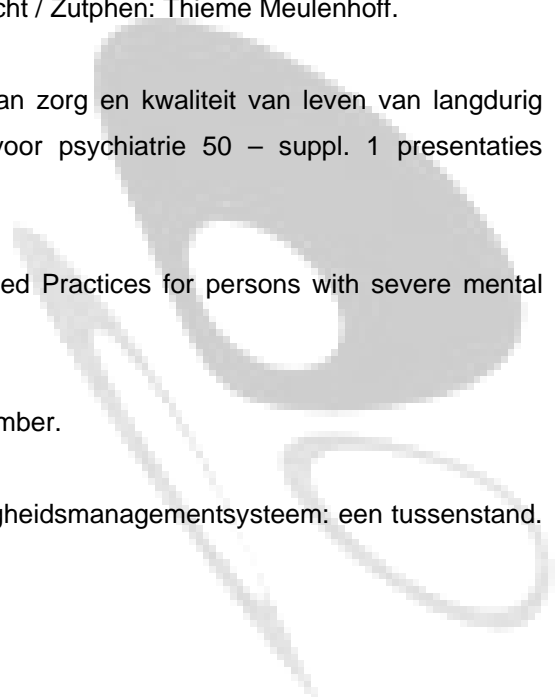
Tan, D.S. (2006). Kwaliteitsmanagement in balans. Utrecht / Zutphen: Thieme Meulenhoff.

Theunissen J.R. & J.J.M. Dekker (2008). Behoeften aan zorg en kwaliteit van leven van langdurig zorgafhankelijke psychiatrische patiënten. Tijdschrift voor psychiatrie 50 – suppl. 1 presentaties onderzoeklijnen (PO-65).

Torrey, W.C. et al. (2001). Implementing evidence-based Practices for persons with severe mental illness. Psychiatric services, 52, 45-50.

VWS (1997). De Kwaliteitswet Zorginstellingen. 26 november.

Wagner, C. & V. Struben (2007). Op weg naar het veiligheidsmanagementsysteem: een tussenstand. Nivel & ZonMW.



Walburg, J.A. 1997. Integrale kwaliteit in de Gezondheidszorg: van inspecteren naar leren. Deventer: Kluwer bedrijfsinformatie.

Walburg, J.A. (2003). Uitkomstenmanagement in de gezondheidszorg. Het opbouwen van lerende teams in de zorgorganisaties. Maarssen, Elsevier gezondheidszorg.

Walburg, J., Bevan, H., Wilderspin, J. & K. Lemmens (2006). Performance Management in Health Care. London and New York: Routledge: Taylor & Francis Group.

Wing, J.K., Beevor, A.S., Curtis, R.H., et al. (1998). Health of the Nation outcome Scales (HoNOS). Research and development. British Journal of Psychiatry; 172: p.11-18.

Wing, J.K., Lelliot, P. & A.S. Beevor (2000). HoNOS update. Progress on honos. British Journal of Psychiatry; 176: p.392-395.

Wollersheim, H., Faber, M.J., Grol, R.P.T.M., Dondorp, W.J., Struijs, A.J. (2006). Vertrouwen in verantwoorde zorg? Effecten van en morele vragen bij het gebruik van prestatie-indicatoren. Zoetermeer, Centrum voor Ethiek en Gezondheid.

**Internetsites:**

[www.altranet.nl](http://www.altranet.nl)

[www.altrecht.nl](http://www.altrecht.nl)

[www.ggze.nl](http://www.ggze.nl)

[www.ggz nederland.nl](http://www.ggz nederland.nl)

[www.igz.nl](http://www.igz.nl)

[www.snellerbeter.nl](http://www.snellerbeter.nl)

[www.thesauruszorgenwelzijn.nl](http://www.thesauruszorgenwelzijn.nl)

[www.trimbos.nl](http://www.trimbos.nl)

[www.qualityfirstadvies.nl](http://www.qualityfirstadvies.nl)

[www.wikipedia.org/wiki/instrument](http://www.wikipedia.org/wiki/instrument)

[www.wikipedia.org/wiki/kwaliteitscirkel\\_van\\_Deming](http://www.wikipedia.org/wiki/kwaliteitscirkel_van_Deming)



## Bijlage I HoNOS toolkit

### Handleiding:

#### **Inleiding**

Dit is de handleiding voor het gebruik van de Health of the Nation Outcome Scales (HoNOS). De HoNOS is ontwikkeld in opdracht van het Engelse Ministerie van Volksgezondheid (Wing e.a. 1998), met het doel om op eenvoudige, betrouwbare en valide wijze de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal functioneren van psychiatrische patiënten routinematig in kaart te brengen. Ook diende het instrument gevoelig te zijn voor veranderingen. De HoNOS is vrij beschikbaar en de meest gebruikte uitkomstmaat in Engeland en Australië (The Royal College of Psychiatrists 2003; Glover & Sinclair-Smith 2000). De HoNOS is in principe geschikt voor alle GGZ-patiënten, onafhankelijk van de gesproken taal. Dit maakt de HoNOS een goede kandidaat als instrument voor uitkomstmeting in de dagelijkse praktijk in Nederland (Mulder et al. 1999). In Engeland behoort dit instrument inmiddels tot de "Minimum Dataset" van de GGZ (Glover & Sinclair-Smith 2000; Wing e.a. 2000) en is het mogelijk om een landelijk beeld te krijgen over de kenmerken van de patiënten die in zorg zijn en hoe hun problemen veranderen tijdens en na de geboden interventies. Naast de 'gewone' HoNOS zijn er speciale versies ontworpen voor ouderen, kinderen en adolescenten, kinderen met leerproblemen, mensen met verworven cognitieve stoornissen en tenslotte voor de forensische psychiatrie.

#### **Vertaling**

De HoNOS is, met toestemming van de Engelse uitgever, vertaald vanuit het Engels naar het Nederlands en weer terugvertaald door een officiële vertaler. De terugvertaalde versie is door een panel van beoordelaars vergeleken met de oorspronkelijke Engelse versie en discrepanties zijn besproken. Vervolgens is de Nederlandse vertaling daar waar nodig aangepast (zie Sartorius & Kuyken (1994) voor een discussie omtrent dergelijke procedures).

#### **Psychometrische eigenschappen**

Er is inmiddels veel onderzoek naar de HoNOS gedaan en de buitenlandse resultaten zijn wisselend voor wat betreft de interbeoordelaars betrouwbaarheid (Amin e.a. 1999; Bebbington e.a. 1999; Brooks 2000; Issakidis & Teesson 1999; Orrell e.a. 1999; Trauer e.a. 1999) en de test-herstest betrouwbaarheid (Orrell e.a. 1999). Voorafgaand aan het gebruiken van de HoNOS dienen de beoordelaars een training te hebben gevolgd om de interbeoordelaars betrouwbaarheid te vergroten (Brooks 2000). De HoNOS bleek over het algemeen goed te correleren met andere schalen, zoals bijvoorbeeld de Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS; Slade e.a. 1999), de Clinical Global Impression (CGI; Sharma e.a. 1999), de Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS; Orrell e.a. 1999; McClelland e.a. 2000), de Global Assessment Scale (GAS; Orrell e.a. 1999; McClelland e.a. 2000) en de General Health Questionnaire (GHQ; Orrell e.a. 1999). In studies in Australië werden echter vraagtekens gezet bij de validiteit, aangezien de mate van correlaties met andere schalen wisselde (Page e.a. 2001; Brooks 2000; Issakidis & Teesson 1999). Verder werd duidelijk dat de HoNOS gevoelig is voor verandering in de toestand van patiënten met ernstige



psychiatrische stoornissen (Slade e.a. 1999; McClelland e.a. 2000; Page e.a. 2001), maar mogelijk minder gevoelig voor verandering bij patiënten met lichte neurotische stoornissen (Sharma e.a. 1999). Nederlands onderzoek naar de psychometrische eigenschappen en normscores van de HoNOS staan gepubliceerd in het Tijdschrift voor Psychiatrie (Mulder et al. 2004). Bij 559 patiënten in diverse instellingen werd de HoNOS afgenomen door getrainde hulpverleners. Samengevat waren de resultaten als volgt: de HoNOS heeft een redelijke tot goede betrouwbaarheid ( $\alpha = .78$  en  $ICC = .92$ ). De validiteit was naar tevredenheid aangezien (1) itempatronen van verscheidene stoornissen naar verwachting verschilden, (2) totaalscores verschilden per behandelintensiteit en (3) HoNOS redelijk correleerde met andere schalen. Analyses naar subschalen geven een psychotische en een neurotische dimensie weer. De conclusies van het onderzoek waren dat de HoNOS op individueel en groepsniveau inzicht geeft in de ernst van de problemen op relevante levensgebieden. De HoNOS heeft redelijke psychometrische eigenschappen, een korte afnameduur, is niet afhankelijk van ziektebeeld en gesproken taal en wordt door hulpverleners en patiënten als bruikbaar ervaren. De subschaal structuur van de HoNOS vergt verder onderzoek. Voor verdere details, zie het artikel in het Tijdschrift voor Psychiatrie (Mulder et al. 2004).

### **Het instrument**

De HoNOS kent 12 items (Tabel 2) en bestaat uit vier subschalen, te weten: gedragsproblemen (item 1-3), beperkingen (item 4-5), symptomatologie (item 6-8) en sociale problemen (item 9-12). De schaal kan worden ingevuld door een beoordelaar (arts, verpleegkundige of andere GGZ medewerker). De betrouwbaarheid van het instrument is groter wanneer men een training in het afnemen van de HoNOS heeft gevolgd. Alle items worden op een vijfpunts Likertschaal ingevuld: van 0 (geen probleem), 1 (licht), 2 (matig), 3 (vrij ernstig) tot 4 (ernstig tot zeer ernstig probleem). Het invullen duurt 5 tot 15 minuten, afhankelijk van hoe goed de beoordelaar de patiënt kent.

De auteurs hebben drie items aan de HoNOS toegevoegd (HoNOS-addendum). Dit betreft een item over maniforme ontremming, motivatie voor behandeling en compliance met medicatie. Over deze items is nog niet gepubliceerd.

Zie onderstaande tabel voor normscores. Voor beschrijving van de groepen waarbij deze data verzameld zijn verwijzen wij naar het artikel in Tijdschrift voor Psychiatrie (Mulder et al. 2004).

### **Gebruik van de HoNOS in de dagelijkse praktijk**

Hulpverleners scoren zelf de HoNOS tijdens de intake en evaluatie van de behandeling. De HoNOS vormt zo een onderdeel van het behandelplan. Ook kunnen onafhankelijke beoordelaars de HoNOS scoren. Hierdoor ontstaat een meer objectief beeld van het verloop van de behandeling. Door de HoNOS' gegevens op te nemen in een database is het mogelijk om overzichten te genereren van de toestand van patiënten op ieder wenselijk aggregatieniveau. Melding van het verzamelen van dit soort gegevens in verband met de Wet Bescherming Persoonsgegevens kan nodig zijn.

## Training

Voorafgaand aan het gebruiken van de HoNOS is het wenselijk om een training te volgen. Dit verhoogt de betrouwbaarheid van de scores. Deze training neemt een dagdeel in beslag en bestaat uit een theoretisch gedeelte, een video, en een aantal papieren casussen. Om te voorkomen dat iedere beoordelaar na verloop van tijd op zijn eigen wijze gaat scoren, is het verstandig om een dergelijke training af en toe te herhalen. Informatie over de training is te verkrijgen bij de eerste auteur.



## **Instructies bij het invullen van de HoNOS<sup>9</sup>:**

- a) Scoor elke schaal in volgorde van 1 – 12.
- b) Gebruik geen informatie die bij een vorig item al is meegenomen, behalve bij item 10 wat een globale score is.
- c) Scoor het **MEEST ERNSTIGE** probleem dat zich heeft voorgedaan gedurende de afgelopen 2 weken.
- d) Alle schalen hebben de volgende opbouw:
  - 0 = geen probleem
  - 1 = ondergeschikt probleem, vereist geen actie
  - 2 = licht probleem, maar duidelijk aanwezig
  - 3 = matig ernstig probleem
  - 4 = ernstig tot zeer ernstig probleem
- e) Gebruik score 9 wanneer over het betreffende item geen of onvoldoende informatie voorhanden is.

### **1. Hyperactief, agressief, destructief of geagiteerd gedrag**

Inclusief: elk zulk gedrag ongeacht de oorzaak (drugs, alcohol, dementie, psychose, depressie, etc.)

Exclusief: bizar gedrag dat gescoord wordt bij item 6 (hallucinaties en wanen).

- 0) Geen problemen van deze aard gedurende de afgelopen periode.
- 1) Geïrriteerdheid, ruzies, rusteloosheid, etc., maar vereist geen actie.
- 2) Omvat agressieve gevaren, opdringerig of lastig vallen van anderen; bedreigingen of verbale agressie; kleinere schade aan eigendommen (zoals gebroken kopjes of raam); duidelijke hyperactiviteit of agitatie.
- 3) Fysiek agressief naar mens of dier; dreigende houding; meer ernstige hyperactiviteit of vernieling van eigendommen.
- 4) Minstens één ernstige fysieke aanval op mens of dier; vernielen van eigendommen (bijvoorbeeld brandstichting); ernstige intimidatie of aanstootgevend gedrag.

### **2. Opzettelijke zelfverwonding**

Exclusief: zelfverwonding per ongeluk ontstaan (bijvoorbeeld als gevolg van dementie of verstandelijke handicap; het cognitieve probleem hierbij wordt gescoord op schaal 4, de verwonding op schaal 5).

Exclusief: ziekte of verwonding als direct gevolg van alcohol- of druggebruik worden gescoord op schaal 3 (levercirrose of bijvoorbeeld verwondingen als gevolg van rijden onder invloed worden gescoord op schaal 5).

<sup>9</sup> Vertaling: Niels Mulder, Jacques Loos, André Wierdsma en Hilde Poodt (2001)

- 0) Geen problemen van deze aard gedurende de afgelopen periode.
- 1) Voorbijgaande gedachten over zelfmoord, maar gering risico de afgelopen periode; geen zelfverwonding.
- 2) Licht risico gedurende de afgelopen periode; omvat ongevaarlijke zelfverwonding (zoals krassen in de pols).
- 3) Matig tot ernstig risico voor opzettelijke zelfverwonding gedurende de afgelopen periode; omvat voorbereidende activiteiten (zoals verzamelen van tabletten).
- 4) Ernstige suïcidepoging en / of ernstige opzettelijke zelfverwonding de afgelopen periode.

### **3. Problematisch alcohol- of druggebruik**

Exclusief: agressief of destructief gedrag als gevolg van alcohol- of druggebruik. Dat wordt geschaald op schaal 1.

Exclusief: lichamelijke ziekte of handicap als gevolg van alcohol- of druggebruik. Dat wordt geschaald op schaal 5.

- 0) Geen problemen van deze aard gedurende de afgelopen periode.
- 1) Enig overmatig gebruik, maar binnen de sociale norm.
- 2) Verlies van controle over alcohol- en druggebruik, maar niet ernstig verslaafd.
- 3) Duidelijke zucht naar of afhankelijkheid van alcohol of drugs met frequent controleverlies; risico's nemen onder invloed.
- 4) Incapabel door alcohol- of drugs problemen.

### **4. Cognitieve problemen**

Inclusief: problemen met geheugen, oriëntatie en begripsvermogen passend bij enige stoornis: leerstoornis, dementie, schizofrenie, etc.

Exclusief: tijdelijke problemen als gevolg van alcohol / druggebruik (bijvoorbeeld een kater) die gescoord worden op schaal 3 (problematisch alcohol- of druggebruik).

- 0) Geen problemen van deze aard gedurende de afgelopen periode.
- 1) Ondergeschikte problemen met geheugen en begripsvermogen (bijvoorbeeld zo nu en dan vergeten van namen).
- 2) Licht, maar duidelijk aanwezige problemen (bijvoorbeeld verdwaald in een bekende omgeving, niet herkennen van een bekende); soms in verwarring bij het nemen van simpele beslissingen.
- 3) Duidelijke desoriëntatie in tijd, plaats of persoon; in de war gebracht door dagelijkse gebeurtenissen; zo nu en dan incoherente spraak; vertraagd denken.
- 4) Ernstige desoriëntatie (bijvoorbeeld niet herkennen van familie); gevaar voor ongelukken; onbegrijpelijk taalgebruik; verlaagd bewustzijn of stupor.

## 5. Lichamelijke problemen of handicaps

Inclusief: ziekte of handicap van elke oorsprong die mobiliteitsbeperkingen geven, het zicht of gehoor aantasten, dan wel anderszins interfereren met het persoonlijk functioneren.

Inclusief: bijwerkingen van medicatie; effecten van drug- of alcoholgebruik; handicaps als gevolg van ongevallen of zelfverwonding voortkomend uit cognitieve problemen, rijden onder invloed, etc.

Exclusief: psychische of gedragsproblemen die gescoord worden op schaal 4 (cognitieve problemen).

- 0) Geen lichamelijke gezondheidsproblemen gedurende de afgelopen periode.
- 1) Ondergeschikte gezondheidsproblemen gedurende de afgelopen periode (bijvoorbeeld verkoudheid, niet ernstige val).
- 2) Lichamelijke gezondheidsproblemen leiden tot lichte beperking in mobiliteit en activiteiten.
- 3) Matige beperking in activiteiten ten gevolgen van lichamelijk gezondheidsprobleem.
- 4) Ernstige of volledige incapaciteit als gevolg van lichamelijk gezondheidsprobleem.

## 6. Problemen als gevolg van hallucinaties en waanvoorstellingen

Inclusief: hallucinaties en waanvoorstellingen ongeacht de diagnose.

Inclusief: vreemd en bizar gedrag geassocieerd met hallucinaties of waanvoorstellingen.

Exclusief: agressief, destructief of hyperactief gedrag dat voortkomt uit hallucinaties of wanen en dat gescoord wordt op schaal 1 (hyperactief en agressief gedrag).

- 0) Geen aanwijzingen voor hallucinaties of waanvoorstellingen gedurende de afgelopen periode.
- 1) Enigszins vreemde of excentrieke opvattingen niet in overeenstemming met de culturele normen.
- 2) Wanen of hallucinaties (bijvoorbeeld stemmen, visioenen) zijn aanwezig, maar vormen weinig hinder voor de cliënt en manifesteren zich niet in bizar gedrag, dus klinisch aantoonbaar, maar licht.
- 3) Duidelijke preoccupatie met wanen of hallucinaties wat veel hinder veroorzaakt en / of zich manifesteert in duidelijk bizar gedrag, dus een matig ernstig klinisch probleem.
- 4) Geestesgesteldheid en gedrag worden in ernstige mate en nadelig beïnvloed door wanen of hallucinaties, met een zware uitwerking op de cliënt.

## 7. Problemen met depressieve stemming

Exclusief: hyperactiviteit of geagiteerd gedrag. Dat wordt geschaald op schaal 1.

Exclusief: suïcidedgedachten of pogingen. Die worden geschaald op schaal 2.

Exclusief: waanvoorstellingen of hallucinaties. Die worden gescoord op schaal 6.

- 0) Geen problemen die samenhangen met een depressieve stemming gedurende de afgelopen periode.

- 1) Sombere gedachten of kleine veranderingen in stemming.
- 2) Lichte maar duidelijke depressie met hinder voor de cliënt (bijvoorbeeld schuldgevoelens, verminderd gevoel van eigenwaarde).
- 3) Depressie met oneigenlijk zelfverwijt; preoccupatie met schuldgevoelens.
- 4) Ernstige of zeer ernstige depressie met schuldgevoelens of zelfbeschuldiging.

## 8. Overige psychische en gedragsproblemen

Scoor alleen het meest ernstige klinische probleem niet vallend onder item 6 (hallucinaties en wanen) en item 7 (depressieve stemming).

Specificeer het type probleem:

A. fobie; B. angst; C. dwangmatig; D. gespannenheid; E. dissociatief; F. somatiserend; G. eetproblemen; H. slaapproblemen; I. seksuele problemen; J. overig, namelijk.....

- 0) Geen aanwijzingen voor een van deze problemen gedurende de afgelopen periode.
- 1) Alleen ondergeschikte problemen.
- 2) Een probleem is klinisch licht aanwezig (cliënt heeft problemen gedeeltelijk onder controle).
- 3) Incidenteel ernstige aanval of hinder met verlies van controle (bijvoorbeeld moet angst opwekkende situaties helemaal vermijden, moet een buurman te hulp roepen). Dus een matig ernstig probleem.
- 4) Ernstig probleem overheerst de meeste activiteiten.

## 9. Problemen met relaties

Scoor het meest ernstige probleem van de cliënt dat samenhangt met actief of passief terugtrekken uit sociale relaties en / of dat samenhangt met niet-ondersteunende, destructieve of zelfvernietigende relaties.

- 0) Geen belangrijk probleem van deze aard gedurende de afgelopen periode.
- 1) Ondergeschikte niet-klinische problemen.
- 2) Duidelijk probleem in maken of onderhouden van ondersteunende relaties: cliënt klaagt hierover en / of de problemen zijn duidelijk voor anderen.
- 3) Blijvend belangrijk probleem als gevolg van actief of passief terugtrekken uit sociale relaties en / of als gevolg van relaties waar weinig of geen steun van uit gaat.
- 4) Ernstig en kommervol sociaal isolement wegens onvermogen tot communiceren met anderen en / of wegens terugtrekken uit sociale relaties.

## 10. Problemen met ADL

Scoor het totale ADL niveau (bijvoorbeeld problemen met basale zelfzorgactiviteiten zoals eten, wassen, aankleden, naar het toilet gaan; ook complexe vaardigheden als budgetteren, regelen van woonruimte, werk en vrije tijd, mobiliteit en gebruik van openbaar vervoer, boodschappen doen, zelfontplooiing, etc.).

Inclusief: gebrek aan motivatie om mogelijkheden te gebruiken die de zelfredzaamheid kunnen vergroten, want dit draagt bij aan een lager totaal ADL niveau.

Exclusief: gebrek aan mogelijkheden om intacte bekwaamheden en vaardigheden uit te oefenen. Dit wordt gescoord bij schaal 11 en 12.

- 0) Geen problemen van deze aard gedurende afgelopen periode; goed in staat op alle gebieden te functioneren.
- 1) Alleen ondergeschikte problemen (bijvoorbeeld slordig zijn, gedesorganiseerd).
- 2) Zelfzorg op peil, maar belangrijk onvermogen tot uitvoeren van één of meerdere van de genoemde complexe vaardigheden.
- 3) Belangrijk probleem op één of meer gebieden van zelfzorg (eten, wassen, aankleden, naar toilet gaan) en belangrijk onvermogen tot het uitvoeren van meerdere complexe vaardigheden.
- 4) Ernstige beperkingen op alle of bijna alle gebieden van zelfzorg en complexe vaardigheden.

## 11. Problemen met woonomstandigheden

Scoor de globale ernst van problemen in de kwaliteit van de woonomstandigheden en het dagelijkse huishouden. Is aan de basisbehoeften voldaan (verwarming, licht, hygiëne)? Zo ja, is er hulp bij het omgaan met eventuele beperkingen en zijn er mogelijkheden om aanwezige vaardigheden toe te kunnen passen en nieuwe vaardigheden te kunnen ontwikkelen?

Exclusief: het niveau van functioneren; dat wordt gescoord op schaal 10 (problemen met ADL).

N.B. Scoor de gebruikelijke woonomstandigheden van de cliënt.

- 0) Accommodatie en woonomstandigheden zijn acceptabel; zij dragen ertoe bij om elke beperking gescoord op schaal 10 (problemen met ADL) zo beperkt mogelijk te houden en ondersteunen de zelfredzaamheid.
- 1) Accommodatie is redelijk acceptabel, al zijn er kleine of voorbijgaande problemen (bijvoorbeeld de locatie is niet ideaal, andere voorkeur, het eten niet lekker vinden, etc.).
- 2) Belangrijke problemen op één of meerdere gebieden betreffende de accommodatie en / of het beleid (bijvoorbeeld beperkte keus; staf of gezin weten niet goed hoe handicaps te beperken of hoe te helpen bij het toepassen of ontwikkelen van nieuwe of intacte vaardigheden).



- 3) Zorgwekkende multipiele problemen met betrekking tot de woonomstandigheden (bijvoorbeeld sommige basisvoorzieningen ontbreken); de woonomgeving heeft geen of minimale voorzieningen om de onafhankelijkheid van de cliënt te vergroten.
- 4) Accommodatie is onacceptabel (bijvoorbeeld basisvoorzieningen ontbreken, dreigende uithuiszetting of dakloosheid of woonomstandigheden zijn anderszins onacceptabel) en verergert de problemen van de cliënt.

## **12. Mogelijkheden voor het gebruiken en verbeteren van vaardigheden: beroepsmatig en vrije tijd**

Scoor de problemen in de kwaliteit van de dagelijkse omgeving van de cliënt. Is er hulp bij het omgaan met beperkingen, zijn er mogelijkheden tot behouden en vergroten van vaardigheden en activiteiten op gebied van werk en vrije tijd. Let op zaken als stigma, gebrek aan gekwalificeerd personeel, toegang tot voorzieningen (bijvoorbeeld bezettingsgraad en uitrusting van dagcentra, werkplaatsen, verenigingen).

Exclusief: het niveau van functioneren zelf. Dat wordt gescoord op schaal 10 (problemen met ADL).

N.B. Scoor de gebruikelijke situatie van de cliënt (wanneer een cliënt is opgenomen, scoor de situatie van voor de opname).

- 0) De dagelijkse omgeving van cliënt is acceptabel; draagt bij om elke beperking gescoord op schaal 10 (problemen met ADL) zo beperkt mogelijk te houden en ondersteunt de zelfredzaamheid.
- 1) Ondergeschikte of tijdelijke problemen (bijvoorbeeld verlate betaling door de uitkerende instantie); redelijke voorzieningen zijn beschikbaar, maar niet altijd op het gewenste moment, etc.
- 2) Beperkte keus in activiteiten; gebrek aan tolerantie (bijvoorbeeld onterecht de toegang geweigerd tot openbare voorzieningen zoals een bibliotheek of badhuis); belemmeringen door het ontbreken van een vaste woon- of verblijfplaats; onvoldoende mantelzorg of professionele zorg; zinvolle dagvoorziening is in principe beschikbaar, maar voor een beperkt aantal uren.
- 3) Duidelijke deficiëntie in diensten om de beperkingen door bestaande handicaps tot een minimum te beperken; geen mogelijkheden om intacte vaardigheden te benutten of nieuwe vaardigheden toe te voegen; ongeschoolde zorg moeilijk toegankelijk.
- 4) Gebrek aan enige mogelijkheid tot activiteiten overdag verergert de problemen van de cliënt.

## **HoNOS ADDENDUM**

### **1. Problemen ten gevolge van maniforme ontremming**

Exclusief: motorische onrust. Dat wordt gescoord op schaal 1 (hyperactief en agressief gedrag).

Exclusief: wanen of hallucinaties. Die worden gescoord op schaal 6.

- 0) Geen maniforme ontremming.
- 1) Lichte maniforme ontremming: licht versneld denken of praten, nog niet verhoogd associatief; gedrag geeft slechts ondergeschikte of geen problemen.
- 2) Middelmatige maniforme ontremming: middelmatig versneld denken of praten, licht verhoogd associatief; zet woorden niet om in daden; gedrag geeft slechts lichte of middelmatige problemen.
- 3) Matige maniforme ontremming: matig versneld denken of praten, verhoogd associatief en / of matig ontremd gedrag (bijvoorbeeld koopt meer, maar nog niet onverantwoord of gedraagt zich matig ontremd); gedrag leidt tot matige problemen.
- 4) Ernstige maniforme ontremming: gedraagt zich ernstig maniform (bijvoorbeeld doet onverantwoorde uitgaven, seksueel ontremd, decorumverlies, expansief gedrag); gedrag leidt tot ernstige problemen.

## **2. Problemen ten gevolge van gebrek aan motivatie voor behandeling**

Scoor de motivatie de een cliënt lijkt te hebben voor de behandeling.

- 0) Geen problemen op dit gebied gedurende de afgelopen periode. Er bestaat duidelijke motivatie voor de behandeling.
- 1) Er bestaat een duidelijke motivatie voor de behandeling, maar er kan lichte aarzeling zijn. Problemen blijven ondergeschikt.
- 2) Enigszins gemotiveerd. Er is motivatie en interesse om mee te werken aan de behandeling, maar ook een duidelijke ambivalentie.
- 3) Slecht gemotiveerd. Er is geringe motivatie voor behandeling. Er kan sprake zijn van sterke passieve weerstand of zelfs enigszins actieve weerstand.
- 4) Niet gemotiveerd / afwerend. Weinig of geen motivatie voor behandeling. Er is actief weerstand tegen de behandeling. De cliënt is zeer moeilijk te betrekken bij enige vorm van behandeling.

## **3. Problemen ten gevolge van een gebrek aan compliance met medicatie**

Scoor de mate waarin iemand zich lijkt te houden aan het nemen van de medicatie (dosering, tijdstip en frequentie) zoals voorgeschreven door de arts. Wanneer iemand geen medicatie krijgt voorgeschreven, scoor 0.

- 0) Goede compliance. De cliënt houdt zich in hoge mate aan de voorgeschreven medicatie. Hij of zij gebruikt psychotrope medicatie zoals voorgeschreven en zonder eraan herinnerd te hoeven worden. Of de cliënt gebruikt geen medicatie.
- 1) Redelijke compliance. De cliënt houdt zich redelijk aan de medicatie. Hij gebruikt de psychotrope medicatie regelmatig, maar moet er soms aan herinnerd worden om dat te blijven doen. Ook een voorgeschiedenis van zich niet houden aan de medicatie, zonder dat er momenteel problemen zijn, kan hier gescoord worden.

- 2) Matige compliance. De cliënt houdt zich matig aan de medicatie. Hij of zij gebruikt de psychotrope medicatie niet regelmatig en moet bij herhaling aan de inname herinnerd worden. Er kan sprake zijn van passieve weerstand tegen het nemen van medicatie.
- 3) Geringe compliance. De cliënt houdt zich in geringe mate aan de medicatie. Hij vertoont enige mate van actieve weerstand tegen het gebruik van psychofarmaca. De cliënt neemt ze misschien voor korte tijd (1-2 weken) min of meer regelmatig in, maar houdt het meestal niet vol om de medicatie te gebruiken.
- 4) Geen compliance. De cliënt houdt zich niet of nauwelijks aan de medicatie. Dit geldt voor iemand die gedurende de afgelopen 30 dagen psychofarmaca heeft geweigerd.



**Scoreformulier:****Health of the Nations Outcome Scales<sup>1</sup>**

Instelling:

Afdeling:

Datum:

Naam patiënt:

Geboortedatum:

Naam beoordelaar:

		0	1	2	3	4	Score	9
1	Hyperactief en agressief gedrag							
2	Zelfverwonding							
3	Alcohol, drugs of medicatie							
4	Cognitieve problemen							
5	Lichamelijke problemen							
6	Hallucinaties en waanvoorstellingen							
7	Depressieve stemming							
8	Psychiatrie / gedrag overig <sup>2</sup> A B C D E F G H I J							
9	Sociale contacten							
10	ADL-activiteiten							
11	Woonomstandigheden							
12	Gebruik vaardigheden beroep / vrij tijd							
<b>Totaalscore HoNOS:</b>								
<b>HoNOS Addendum</b>								
1	Maniforme ontremming							
2	Motivatie voor behandeling							
3	Compliance met medicatie							

<sup>1</sup> Aankruisen wat van toepassing is en score in kolom invullen; zie ook de bijbehorende handleiding voor het scoren van de HoNOS.

<sup>2</sup> Omcirkel wat van toepassing is.

## Bijlage II Indicatiecriteria ACT

### Indicatiecriteria voor behandeling in het ACT-team

1 Er dient sprake te zijn van een ernstige psychiatrische stoornis die een handicap voor de langere termijn met zich meebrengt. Hierbij wordt met name gedacht aan schizofrenie, andere psychotische stoornissen en de bipolaire stoornis. Ook andere stoornissen, waaronder as II problematiek kunnen kwalificeren voor het ACT-team, afhankelijk van het niveau van lange termijn beperkingen die de stoornis met zich meebrengt. Een primaire diagnose van middelenafhankelijkheid of zwakzinnigheid is in principe een contra-indicatie.

2 Er is sprake van ernstige functionele beperkingen op tenminste 2 van de volgende terreinen:

- a Dagelijks functioneren: zelfverzorging, hygiëne, voeding, voldoende slaap
- b Werk, dagactiviteit of huishouden
- c Handhaven van een veilige woonsituatie
- d Verkrijgen van een inkomen en beheer van financiën

3 De patiënt is niet in staat om te profiteren van reguliere psychiatrische zorg. Dit kan verschillende redenen hebben:

A Redenen vanuit de patiënt: patiënt is zorgmijdtend of is door zijn psychiatrische problematiek niet in staat afspraken na te komen.

B Redenen vanuit de organisatie van de zorg: patiënt valt telkens overal tussen en kan nergens structureel in zorg komen.

Tenslotte kunnen de volgende factoren beschouwd worden als extra indicator voor ACT:

- A Veelvuldig gebruik van opnameafdeling of crisisdienst (bv. 2 opnames per jaar of meer)
- B Co-morbiditeit met middelenafhankelijkheid of misbruik gedurende ten minste 6 maanden.
- C Contact met politie en justitie
- D Verblijf in een chronische psychiatrische setting terwijl patiënt met intensieve ondersteuning in staat zou zijn om meer onafhankelijk te wonen.

### Indicatiecriteria voor ontslag uit het ACT-team

Ontslag geschiedt wanneer staf en patiënt het er samen over eens zijn dat de behandeling beëindigd dient te worden. Dit kan het geval zijn wanneer:

- A De patiënt geslaagd is voor het programma en de gestelde doelen behaald zijn.

B Als de patiënt bewezen heeft op alle belangrijke gebieden (zoals zelfverzorging, werk, financiën, wonen, sociaal) goed te kunnen functioneren zonder assistentie van het programma.

C Wanneer de patiënt verhuist en buiten de stad Utrecht gaat wonen. In dit geval dient het ACT-team zorg te dragen voor overdracht van de behandeling en zal er contact gehouden worden met de patiënt totdat deze overdracht gerealiseerd is.

D Wanneer de patiënt de zorg niet wil, deze weigert te accepteren, en vraagt om ontslagen te worden uit het ACT-team, ondanks goede inspanningen van het team om tot een behandelplan te komen. (Onder dit laatste wordt dan uiteraard ook het inzetten van dwangmaatregelen verstaan.)

Ook in een dergelijke situatie dient hulp geboden te worden bij het zoeken naar andere vormen van hulp. Tevens dient een patiënt die om deze reden ontslagen is met voorrang weer toegelaten te worden tot het ACT-team wanneer hij dat alsnog wil.

