



significant.

Significant

Thorbeckelaan 91
3771 ED Barneveld
+31 342 40 52 40

KvK 3908 1506
info@significant.nl
www.significant.nl

Het in beeld brengen van kwaliteit van leven in de geestelijke gezondheidszorg

Inventarisatie van het gebruik van methoden die kwaliteit van leven
meten in de langdurige geestelijke gezondheidszorg

ZonMw & Zorginstituut Nederland

Barneveld, 20 februari 2015

Referentie: MS/wvdb/13.262

Versie: 1.0

Auteur(s): Wouter Jongebreur, Maria Schipper, Lydia Vunderink, Marjolijn Zwanepol

Inhoudsopgave

Samenvatting	3
1. Introductie	7
1.1 Aanleiding van het onderzoek	7
1.2 Definitie van 'Kwaliteit van leven'	8
1.3 Methoden voor kwaliteit van leven	8
1.4 Doelstelling van het onderzoek	9
1.5 Leeswijzer	9
2. Onderzoeksaanpak	10
2.1 Onderzoeksontwerp	10
2.2 Data analyse	12
2.3 Respons	12
3. Resultaten van de interviews met experts uit het veld	14
3.1 Hoe kijkt de sector tegen kwaliteit van leven aan?	14
3.2 Welke methoden worden gebruikt door het veld?	15
3.3 Hoe zijn de ervaringen met het gebruik van de methoden?	15
4. Gebruikte methoden in de GGZ sector	17
4.1 Kwaliteit van leven	18
4.2 Cliëntervaring	28
4.3 Functioneren	31
4.4 Overig	36
5. Beantwoording van de onderzoeksvragen	40
5.1 Inzet, doel en inhoud	40
5.2 Ervaringen	45
6. Discussie	49
6.1 Kwaliteit van leven in beeld in de GGZ sector	49
6.2 Focus op verplichte metingen	49
6.3 Zorginstellingen vergelijken	50
A. Bijlage: Geïnterviewde personen	51
B. Bijlage: Gehanteerde vragenlijst	52
C. Bijlage: Overzichtstabellen	61

Samenvatting

De doelstelling van het Kwaliteitsinstituut is de kwaliteit van de in Nederland geleverde zorg helpen te verbeteren, waarbij het uitgangspunt is dat patiënten, zorgverleners en verzekeraars het beste weten wat goede zorg is en daarover afspraken maken in de vorm van een kwaliteitsstandaard. Deze kwaliteitsstandaard bevat een adequate beschrijving van de inhoud van zorg en de organisatie van het zorgproces. Ook meetinstrumenten om de kwaliteit van de geleverde zorg in kaart te brengen zijn onderdeel van de kwaliteitsstandaard. Hierbij is de term meetinstrument de verzamelnaam voor kwaliteitsindicatoren en gevalideerde vragenlijsten.

Het Kwaliteitsinstituut heeft hierbij de wettelijke taak om het veld te stimuleren en te ondersteunen bij de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden. Voor cliënten met een langdurige zorgbehoefte die veelal een beroep doen op de AWBZ staat kwaliteit van leven als uitkomst van de zorg centraal. Er bestaat momenteel geen met feiten onderbouwd beeld van het scala aan methoden dat in de langdurige zorg wordt gebruikt om kwaliteit van leven in beeld te brengen en de ervaringen die er zijn met het gebruik van de methoden. Het Kwaliteitsinstituut laat in deze studie deze methoden inventariseren alsmede de ervaringen met deze methoden in de praktijk. Dit wordt gedaan voor drie sectoren binnen de langdurige zorg: de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), verpleging en verzorging (V&V) en gehandicaptenzorg (GZ). In dit onderzoek worden alle instrumenten en methoden, gevalideerd en niet gevalideerd, geïnventariseerd die worden gebruikt om kwaliteit van leven in beeld te brengen.

Dit rapport omvat de resultaten van het onderzoek dat is uitgevoerd in de sector GGZ. De resultaten van de inventarisatie in de sectoren V&V en de GZ zijn in separate rapportages opgenomen.

Er bestaan verschillende definities voor kwaliteit van leven. Het EMGO Instituut, verbonden aan de Vrije Universiteit en de Universiteit van Maastricht heeft effectmaten voor de langdurige zorg verkend (2009). In dit onderzoek zijn zes domeinen voor kwaliteit van leven gedefinieerd die ook in het onderzoek in de GGZ sector worden gehanteerd: lichamenlijk welzijn, emotioneel welzijn, sociaal welzijn, zingeving, materiële zekerheid en autonomie. In dit onderzoek voegen wij nog een zevende domein toe: de relatie tussen de zorgverlener en de cliënt. Formeel is dit domein een onderdeel van kwaliteit van zorg, maar deze wordt in de langdurige zorg ook veel gezien als nauw samenhangend met kwaliteit van leven.

Doelstelling van het onderzoek

Doel van het onderzoek is *alle* methoden die gebruikt worden om kwaliteit van leven in beeld te brengen te inventariseren. Het onderzoek richt zich hierbij op het doel van gebruik, inhoud en ervaringen met de geïnventariseerde methoden. De onderzoeksvragen luiden als volgt:

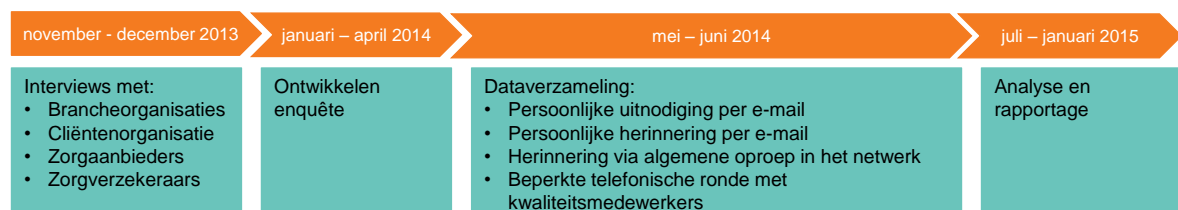
1. Inzet, doel en inhoud
 - i. Welke kwalitatieve en kwantitatieve methoden worden ingezet in de langdurige GGZ voor het in beeld brengen van de kwaliteit van leven van cliënten, inclusief de methoden die de zachte kant van de zorg (de relatie professional - cliënt) in beeld brengen?
 - ii. Bij welke doelgroepen en met welk doel worden methoden ingezet?

- iii. Bij welke methoden voor kwaliteit van leven is (zijn) ook (aspecten van) kwaliteit van zorg opgenomen?
2. Ervaringen
- i. Wordt het in beeld brengen van de kwaliteit van leven structureel of systematisch toegepast? Met welke frequentie wordt dit gedaan en bij welk deel van de cliënten?
 - ii. Op welke manieren worden de resultaten van de methode toegepast? In het bijzonder: worden resultaten gebruikt voor verbetering of aanpassing van de geleverde zorg en ondersteuning?
 - iii. Wat zijn de ervaringen van zorgprofessionals met de door hen gebruikte methoden?

Onderzoeksaanpak

Dit onderzoek moet worden gezien als een inventarisatie van methoden die in de GGZ sector worden gebruikt om kwaliteit van leven in beeld te brengen. Het uitgangspunt was om aan de hand van interviews met experts in de sector in combinatie met een enquête onder zorgaanbieders een indruk te krijgen van het gebruik van en ervaringen met deze methoden.

Het onderzoek is begeleid door ZonMw en het Kwaliteitsinstituut. In onderstaande figuur staat de onderzoeksaanpak op hoofdlijnen beschreven.



Figuur. Onderzoeksonwerp

De onderzoeksfase is begonnen met interviews met experts in het veld, gevolgd door een internetenquête onder alle leden van de betrokken branchepartijen (GGZ Nederland en RIBW Alliantie) die langdurige zorg leveren. De internetenquête is voorgelegd aan kwaliteitsmedewerkers en zorgprofessionals van de betreffende zorginstellingen. In totaal hebben 25 kwaliteitsmedewerkers en 14 zorgprofessionals verdeeld over 23 instellingen meegewerkt aan het onderzoek. Dit betekent dat er over ruim 20% van de instellingen informatie beschikbaar is. Iedere respondent kreeg de gelegenheid om over meerdere methoden informatie aan te leveren. Op deze manier zijn er in totaal 84 vragenlijsten verzameld, met informatie over in totaal 20 te onderscheiden methoden.

Resultaten

Een groot deel van de methoden dat wordt gebruikt in de langdurige GGZ zijn afkomstig uit het ROM (Routine Outcome Monitoring) instrumentarium (zie 'SBG Minimale Dataset 20140701', Stichting Benchmark GGZ): vijf vormen van de MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life), de SF-36 (Short Form health survey) en de EQ-5D. Deze instrumenten richten zich op het in beeld brengen van kwaliteit van leven, waarbij de MANSA specifiek voor GGZ cliënten is ontwikkeld en de SF-36 en EQ-5D generieke instrumenten zijn. Naast deze methoden zijn nog de QoLC (Quality of Life and Care) en de Kidscreen genoemd die ook

ontwikkeld zijn om de kwaliteit van leven van cliënten in de GGZ vast te stellen. Hierbij richt de Kidscreen zich op kinderen en jongeren. Volgens de respondenten richt de MANSa zich op vrijwel alle domeinen van kwaliteit van leven, met uitzondering van de relatie tussen zorgprofessional en cliënt, de overig genoemde methoden richten zich vooral op de domeinen lichamelijk welzijn, emotioneel welzijn en sociaal welzijn. De meeste respondenten vinden dat deze methoden niet zijn gericht op aspecten van kwaliteit van zorg. Als belangrijkste doel wordt voor deze methoden genoemd dat de informatie wordt gebruikt voor het individuele zorgplan; externe doelen als zorginkoop, toezichtinformatie en cliëntkeuzeinformatie worden nauwelijks genoemd. Er is voor de methoden gekozen omdat deze passend zijn bij de doelgroep, de informatie bruikbaar is voor het verbeteren van zorg en ondersteuning en gemakkelijk toepasbaar is voor de cliënt, waarbij terugkoppeling mogelijk is. Ook wordt als reden van gebruik vaak genoemd dat deze verplicht is gesteld. De methoden worden veelal eens per jaar toegepast.

Een tweede groep van methoden zijn verschillende versies van de CQI (Consumer Quality Index), een gestandaardiseerd instrument om de klantervaring met de zorg te meten. Deze methode richt op het domein relatie tussen zorgprofessional en cliënt, andere domeinen van kwaliteit van leven worden niet genoemd. Veel respondenten geven ook aan dat een deel van de methode is gericht op de kwaliteit van zorg. De informatie afkomstig van een CQI meting wordt vooral als interne beleids- en verbeterinformatie gebruikt en als input voor de zorginkoop. Informatie voor het individuele zorgplan wordt nauwelijks als doel genoemd. Als reden van gebruik wordt bijna altijd genoemd dat dit verplicht is gesteld. Ook is volgens een deel van de respondenten de reden van gebruik dat de methode past bij de doelgroep en bruikbare informatie levert voor het verbeteren van zorg en ondersteuning. Afhankelijk van de doelgroep wordt de CQI eens per jaar of eens per twee jaar afgenomen.

In het onderzoek komen drie methoden naar voren die zich richten op het functioneren van een cliënt: de Zelfredzaamheidsmatrix, de Participatieladder en de SOFAS (Social and Occupational Functioning Assessment Scale). De Participatieladder is generiek toepasbaar, de overige twee methoden zijn speciaal ontwikkeld voor cliënten met een GGZ problematiek. Als domeinen van kwaliteit van leven waarop de methoden zich richten worden door de meeste respondenten genoemd: lichamelijk welzijn, sociaal welzijn, zingeving en materiële zekerheid. Hierin is geen verschil tussen de drie methoden. Alleen voor de Participatieladder wordt aangegeven dat deze ook voor een deel aspecten bevat die zich richten op kwaliteit van zorg. Als belangrijkste doelen voor gebruik wordt voor de Zelfredzaamheidsmatrix genoemd dat de informatie wordt gebruikt voor de zorginkoop en als cliënteninformatie, voor de Participatieladder is dit interne beleidsinformatie en informatie voor het individuele zorgplan en de SOFAS als cliënteninformatie. De redenen voor gebruik zijn voor de Zelfredzaamheidsmatrix en de SOFAS omdat deze verplicht is gesteld, voor de Participatieladder zijn de belangrijkste redenen gemakkelijk toepasbaar, zowel voor cliënt als zorgprofessional, en passend bij de doelgroep. De frequentie van afname is voor de Zelfredzaamheidsmatrix vaker dan eens per jaar, voor de Participatieladder eens per twee jaar en voor de SOFAS eens per drie jaar.

Tot slot zijn de Herstelmeter, het (SRH) Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen en de CAARMS (Comprehensive Assessment of At Risk Mental State) naar voren gekomen. Geen van deze methoden richt zich volgens de respondenten op aspecten van kwaliteit van zorg. De Herstelmeter richt zich op het domein autonomie, wordt gebruikt als informatie voor de zorginkoop, als verbeterinformatie voor de zorginstelling en de zorgprofessional, als interne beleidsinformatie en als informatie voor het individuele zorgplan. Als reden

voor gebruik wordt genoemd dat deze methode verplicht is gesteld, bruikbare informatie levert voor het verbeteren van zorg en ondersteuning en weinig belastend is voor de cliënt. Er zijn geen afspraken over de frequentie van gebruik. Het SRH richt zich op alle domeinen van kwaliteit van leven, met uitzondering van lichamelijk welzijn en relatie tussen zorgprofessional en cliënt. De informatie wordt gebruikt als cliënteninformatie en cliëntkeuzeinformatie, interne beleids- en verbeterinformatie en als informatie voor het individuele zorgplan. Er worden geen redenen van gebruik genoemd, het SRH is een methode die verankerd is in de manier van werken van een organisatie. De CAARMS bevat thema's die raken aan kwaliteit van leven, deze worden niet door de respondenten benoemd. Informatie wordt gebruikt in het individuele zorgplan. De CAARMS wordt eens per drie jaar ingezet, tegelijkertijd met de SOFAS.

Discussie en conclusies

Het aantal respondenten op de internetenquête is beperkt, hiermee zou de inventarisatie onvolledig kunnen zijn en is het beeld dat is verkregen over de ervaringen van zorgprofessionals met het gebruik van de methoden slechts indicatief te noemen. De meeste respondenten geven informatie over methoden die verplicht zijn gesteld voor een benchmark (ROM instrumentarium en CQI). Door deze focus lijkt er minder aandacht te zijn voor andere mogelijke methoden, zoals methoden die meer kwalitatief van aard zijn. Echter, uit de internetenquête blijkt dat er veel van dergelijke methoden zijn vervlochten in de dagelijkse praktijk, zoals gesprekken met cliënten, cliëntenraden en familieraden, de inzet van ervaringsdeskundigen, het gebruik van een methodisch zorgplan waarvan kwaliteit van leven onderdeel is. Vervolgonderzoek zou zich op deze methoden moeten richten.

De methoden die ontwikkeld zijn om kwaliteit van leven in beeld te brengen, waaronder de MANSA, richten zich op alle domeinen van kwaliteit van leven met uitzondering van het domein relatie tussen zorgprofessional en cliënt. Instrumenten als de MANSA lijken hiermee het meest geschikt om kwaliteit van leven in beeld te brengen. Wil men informatie over de relatie tussen zorgprofessional en cliënt, dan lijkt de CQI hiervoor de meest geëigende methode. Vooral bij de methoden uit de categorie 'cliëntervaring' werd genoemd dat een deel van de methode op kwaliteit van zorg is gericht.

Naast de methoden uit het ROM instrumentarium en de CQI vragenlijsten, is er ook informatie beschikbaar over een aantal methoden die (nu nog) minder vaak worden gebruikt in deze sector. Een deel is afkomstig vanuit de WMO (Participatieladder en ZRM); dit lijkt een logisch gevolg van de overheveling van een deel van de langdurige GGZ (beschermd wonen) van de AWBZ naar de Wmo. Een aantal respondenten geeft aan dat men bezig is met de implementatie van deze instrumenten.

1. Introductie

1.1 Aanleiding van het onderzoek

01 De doelstelling van het Kwaliteitsinstituut is de kwaliteit van de in Nederland geleverde zorg helpen te verbeteren, waarbij het uitgangspunt is dat patiënten, zorgverleners en verzekeraars het beste weten wat goede zorg is en daarover afspraken maken in de vorm van een kwaliteitsstandaard^{1,2}. Deze kwaliteitsstandaard bevat een adequate beschrijving van de inhoud van zorg en de organisatie van het zorgproces. Ook meetinstrumenten om de kwaliteit van de geleverde zorg in kaart te brengen zijn onderdeel van de kwaliteitsstandaard³. Hierbij is de term 'meetinstrument' de verzamelnaam voor kwaliteitsindicatoren en gevalideerde vragenlijsten.

02 Om overzicht te creëren in het bestaande aanbod maakt het Kwaliteitsinstituut in samenwerking met organisaties uit de zorg een Kwaliteitsbibliotheek, waarin alle zorgstandaarden, richtlijnen, 'best practices' en meetinstrumenten⁴ beschikbaar in Nederland worden verzameld. Het Kwaliteitsinstituut heeft ook een Register, waarin kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten zijn opgenomen die zijn getoetst aan de criteria van het Toetsingskader. Het Register maakt voor iedereen zichtbaar wat zorgaanbieders, cliënten en zorgverzekeraars samen hebben afgesproken over wat goede zorg is voor een bepaald zorgonderwerp.

03 Het Kwaliteitsinstituut heeft hierbij de wettelijke taak om het veld te stimuleren en te ondersteunen bij de ontwikkeling van kwaliteitsstandaarden. Voor cliënten met een langdurige zorgbehoefte die veelal een beroep doen op de AWBZ staat kwaliteit van leven als uitkomst van de zorg centraal. Er bestaat momenteel geen met feiten onderbouwd beeld van het scala aan methoden⁵ dat in de langdurige zorg wordt gebruikt om kwaliteit van leven in beeld te brengen en de ervaringen die er zijn met het gebruik van de methoden. Het Kwaliteitsinstituut laat in deze studie deze methoden inventariseren alsmede de ervaringen met deze methoden in de praktijk. Dit wordt gedaan voor drie sectoren binnen de langdurige zorg: de geestelijke gezondheidszorg (GGZ)⁶, verpleging en verzorging (V&V) en gehandicaptenzorg (GZ). In dit onderzoek

¹ www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/kwaliteitsinstituut.

² De kwaliteitsstandaard, ook professionele standaard genoemd, wordt volgens de Zorgverzekeringswet opgevat als 'richtlijnen, modules, normen, zorgstandaarden dan wel organisatiebeschrijvingen die betrekking hebben op het gehele zorgproces of een deel van een specifiek zorgproces en die vastleggen wat noodzakelijk is om vanuit het perspectief van de cliënt goede zorg te verlenen' (artikel 1, onderdeel z van de Zorgverzekeringswet).

³ Naast meetinstrumenten is er ook een cliëntenversie, een samenvatting en een onderhoudsplan beschikbaar. Wanneer de genoemde onderdelen nog niet ontwikkeld zijn, dan is er een ontwikkel pad in de tijd geformuleerd (zie artikel 1 Toetsingskader kwaliteitsstandaarden en meetinstrumenten).

⁴ www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/kwaliteitsinstituut/kwaliteitsbibliotheek.

⁵ In de voorbereidende fase van het onderzoek bleek dat het woord '(meet)instrument' een sterke kwantitatieve associatie heeft. Echter, het onderzoek beoogd nadrukkelijk ook het gebruik en de ervaringen van de kwalitatieve instrumenten in beeld te brengen. In overleg met de brancheverenigingen die betrokken zijn bij het onderzoek, is daarom gekozen om de term 'methode' te hanteren.

⁶ Hierbij richt de inventarisatie zich alleen op de GGZ op grond van de AWBZ: dus beschermd wonen, voortgezet verblijf en begeleiding/dagbesteding.

worden alle instrumenten en methoden, gevalideerd en niet gevalideerd, geïnventariseerd die worden gebruikt om kwaliteit van leven in beeld te brengen.

04 Dit rapport omvat de resultaten van het onderzoek dat is uitgevoerd in de sector GGZ. De resultaten van de inventarisatie in de sectoren V&V en de GZ zijn in separate rapportages opgenomen.

1.2 Definitie van 'Kwaliteit van leven'

05 Er bestaan verschillende definities voor kwaliteit van leven. Het EMGO Instituut, verbonden aan de Vrije Universiteit en de Universiteit Maastricht heeft effectmaten voor de langdurige zorg verkend (2009). In dit onderzoek zijn zes domeinen voor kwaliteit van leven gedefinieerd die ook in het onderzoek in de GGZ sector worden gehanteerd: lichamelijk welzijn, emotioneel welzijn, sociaal welzijn, zingeving, materiële zekerheid en autonomie. In dit onderzoek voegen wij nog een zevende domein toe: de relatie tussen de zorgverlener en de cliënt. Formeel is dit domein een onderdeel van kwaliteit van zorg, maar deze wordt in de langdurige zorg ook veel gezien als nauw samenhangend met kwaliteit van leven⁷. Mogelijk heeft deze relationele factor een plek in een aantal methoden dat zich richt op kwaliteit van leven en zijn er methoden die zich primair richten op de relatie tussen de cliënt en de professional. Iedere keer als wij in dit onderzoek spreken van methoden die zich richten op kwaliteit van leven, bedoelen wij ook de 'relationele' methoden.

06 Wij merken hierbij nog op dat methoden die kwaliteit van leven van cliënten in beeld brengen, zich vaak richten op een deel van de genoemde domeinen, maar ook op andere aspecten die samenhangen met kwaliteit van zorg.

1.3 Methoden voor kwaliteit van leven

07 Voor het meten van de kwaliteit van leven wordt een breed scala aan methoden gebruikt: er zijn methoden die in Nederland ontwikkeld zijn en er zijn methoden die in het buitenland ontwikkeld zijn en naar het Nederlands vertaald. Van methoden zijn verschillende versies in omloop doordat items zijn weggelaten, er extra items zijn toegevoegd of doordat items anders zijn geformuleerd. Er zijn methoden die kwantitatief (zoals via multiple choice enquêtes) of kwalitatief van aard zijn (zoals via interviews of observaties). Bovendien zijn er methoden die in de praktijk worden toegepast maar die (nog) niet zijn gevalideerd. Het onderzoek richt zich op *alle* methoden die in de praktijk worden gebruikt om kwaliteit van leven in beeld te brengen.

⁷ Zie bijvoorbeeld 'Monitor woonvormen dementie. Een studie naar verpleeghuiszorg voor mensen met dementie', AM Pot en J. de Lange, Trimbos Instituut, 2010.

1.4 Doelstelling van het onderzoek

08 Doel van het onderzoek is *alle* methoden⁸ die gebruikt worden om kwaliteit van leven in beeld te brengen te inventariseren. Het onderzoek richt zich hierbij op het doel van gebruik⁹ en inhoud en ervaringen met de geïnventariseerde methoden. De onderzoeksvragen luiden als volgt:

1. Inzet, doel en inhoud
 - i. Welke kwalitatieve en kwantitatieve methoden worden ingezet in de langdurige GGZ voor het in beeld brengen van de kwaliteit van leven van cliënten, inclusief de methoden die de zachte kant van de zorg (de relatie professional - cliënt) in beeld brengen?
 - ii. Bij welke doelgroepen en met welk doel worden methoden ingezet?
 - iii. Bij welke methoden voor kwaliteit van leven is (zijn) ook (aspecten van) kwaliteit van zorg opgenomen?
2. Ervaringen
 - i. Wordt het in beeld brengen van de kwaliteit van leven structureel of systematisch toegepast? Met welke frequentie wordt dit gedaan en bij welk deel van de cliënten?
 - ii. Op welke manieren worden de resultaten van de methode toegepast? In het bijzonder: worden resultaten gebruikt voor verbetering of aanpassing van de geleverde zorg en ondersteuning?
 - iii. Wat zijn de ervaringen van zorgprofessionals met de door hen gebruikte methoden?

1.5 Leeswijzer

09 Dit document geeft een beschrijving van de inventarisatie van methoden die kwaliteit van leven in beeld brengen die in gebruik zijn binnen de langdurige GGZ. In hoofdstuk 2 wordt beschreven op welke manier de inventarisatie is vormgegeven. In hoofdstuk 3 gaan wij in op hoe de sector aankijkt tegen het concept 'kwaliteit van leven'. Hoofdstuk 4 geeft een beschrijving van de resultaten per methode. De antwoorden op de onderzoeksvragen worden in hoofdstuk 5 besproken. Het document wordt afgesloten met een aantal discussiepunten in hoofdstuk 6.

⁸ In de voorbereidende fase van het onderzoek bleek dat het woord 'meetinstrument' een sterke kwantitatieve associatie heeft. Echter, het onderzoek beoogt nadrukkelijk ook het gebruik en de ervaringen van de kwalitatieve instrumenten in beeld te brengen. In overleg met de brancheverenigingen die betrokken zijn bij het onderzoek, is daarom gekozen om de term 'methode' te hanteren.

⁹ Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan gebruik van de methode om het zorgproces te verbeteren, om interne of externe beleidsinformatie te leveren of om als benchmarkinformatie te dienen.

2. Onderzoeksaanpak

10 Dit onderzoek moet worden gezien als een inventarisatie van methoden die in de GGZ sector worden gebruikt om kwaliteit van leven in beeld te brengen. Het uitgangspunt was om aan de hand van interviews met experts in de sector in combinatie met een enquête onder zorgaanbieders een indruk te krijgen van het gebruik van en ervaringen met deze methoden. Parallel aan deze inventarisatie in de GGZ sector zijn er ook inventarisaties uitgevoerd in de sector V&V sector en de sector GZ. Hoewel de onderzoeksvragen en de onderzoeksaanpak op hoofdlijnen voor de drie sectoren gelijk zijn, is de uitwerking hiervan per sector specifiek toegesneden naar de betreffende sector.

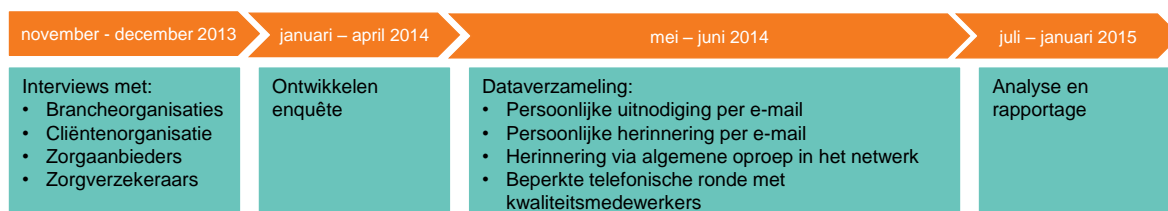
11 Deze inventarisatie wordt begeleid vanuit ZonMw en het Kwaliteitsinstituut. Met hen vond op regelmatige basis afstemming plaats en zij hebben een beslissende stem gehad in:

- a. Het onderzoeksontwerp;
- b. De topiclijst voor de interviews;
- c. De selectie van de organisaties die zijn geïnterviewd;
- d. De vragenlijst;
- e. De logistiek van de data uitvraag;
- f. De rapportage.

12 Daarnaast zijn de branchepartijen GGZ Nederland en de RIBW Alliantie betrokken geweest. Met hun inbreng is de vragenlijst aangepast aan de situatie van de GGZ sector. Ook hebben zij inbreng gehad in de interpretatie van de onderzoeksresultaten.

2.1 Onderzoeksontwerp

13 In figuur 1 is het onderzoeksontwerp globaal weergegeven. De inventarisatie zelf bestond uit twee stappen: interviews en informatieverzameling via een internetenquête. Deze stappen staan hieronder verder uitgewerkt. Hiernaast is er gedurende het gehele traject van het onderzoek een documentenstudie uitgevoerd.



Figuur 1 Onderzoeksontwerp

14 De onderzoeksfase is begonnen met interviews met experts in het veld. Het doel van deze verdiepende interviews was om een beeld te krijgen van:

- a. Hoe er in de GGZ sector tegen het concept kwaliteit van leven wordt aangekeken;
- b. Welke methoden reeds gebruikt worden door het veld (onderzoeksvraag 1A);
- c. Wat de ervaringen met het gebruik van methoden die kwaliteit van leven meten en het gebruik van de verzamelde informatie in de praktijk zijn (onderzoeksvragen 2B en 2C).

De informatie uit de interviews is ook gebruikt om de internetenquête mede vorm te geven.

15 Voor de GGZ langdurige zorg hebben wij gesproken met medewerkers van de RIBW Alliantie, GGZ Nederland, het Landelijk Platform GGz (LPGGz), de expertraad EPA, Stichting Benchmark GGZ (SBG), Altrecht, Zorgverzekeraars Nederland en Achmea. In bijlage A staat een overzicht van de geïnterviewde personen.

16 Vervolgens zijn in samenwerking met de GGZ brancheorganisaties (GGZ Nederland¹⁰ en de RIBW Alliantie¹¹) de vragen voor de internetenquête opgesteld. Deze internetenquête richt zich zowel op kwaliteitsmedewerkers als op zorgprofessionals. Kwaliteitsmedewerkers hebben binnen hun instelling het beste beeld van de gebruikte methoden en de toepassing ervan, zorgprofessionals kunnen het best aangeven of de informatie die gehaald wordt uit de methode hun goede handvatten geeft voor het leveren en eventueel aanpassen van de zorg voor een cliënt. Naast de lijst van methoden afkomstig uit de interviews, bood de internetenquête ook de mogelijkheid om nog niet genoemde methoden toe te voegen. Deze inventarisatie beoogt immers zo volledig mogelijk te zijn, waarbij met de internetenquête ook ervaring en gebruik in kaart worden gebracht.

17 De internetenquête is bij de kwaliteitsmedewerkers van alle leden van de RIBW Alliantie en via het kwaliteitsnetwerk¹² van GGZ Nederland uitgezet. Hiermee is het merendeel van de zorgaanbieders die langdurige GGZ bieden benaderd. De enquête is met een persoonlijke uitnodiging via e-mail uitgezet bij het netwerk van kwaliteitsmedewerkers. In de e-mail is het doel van het onderzoek toegelicht, en is de kwaliteitsmedewerker uitgenodigd om voor maximaal drie methoden de vragenlijst in te vullen. De kwaliteitsmedewerker is vervolgens uitgenodigd om de vragenlijst aan maximaal vijf zorgprofessionals, die de methoden in de praktijk gebruiken, door te sturen.

18 De respondenten hebben ruim zeven weken in de periode mei tot en met juni 2014 de mogelijkheid gehad de internetenquête in te vullen. De kwaliteitsmedewerkers zijn twee keer herinnerd; via een persoonlijk e-mail en via een algemene oproep via het netwerk. Via het online platform GGZ Connect, dat onder andere bedoeld is voor kwaliteitsmedewerkers en zorgprofessionals in de GGZ-sector, was het onderzoek eerder al aangekondigd en in de periode van het veldwerk van het onderzoek nogmaals onder de aandacht gebracht. Tot slot zijn de kwaliteitsmedewerkers die zelf de internetenquête hebben ingevuld, maar waarbij er geen respons was van zorgverleners telefonisch benaderd met de vraag om zorgprofessional uit hun organisatie hiervoor uit te nodigen.

¹⁰ GGZ Nederland is de brancheorganisatie voor instellingen in de GGZ en verslavingszorg. GGZ Nederland heeft ruim honderd leden en vertegenwoordigt daarmee ruim 90% van de zorg en het personeel in de GGZ.

¹¹ De RIBW Alliantie is een landelijk samenwerkingsverband van de 23 organisaties in de maatschappelijke GGZ.

¹² Dit netwerk bestaat uit ongeveer 160 (kwaliteits)medewerkers. GGZ Nederland heeft ruim honderd leden: dit betekent dat er meerdere (kwaliteits)medewerkers per instelling deelnemen aan het netwerk. Omdat niet alle instellingen GGZ op grond van de AWBZ bieden en er sprake is van een overlap met de leden van de RIBW Alliantie, is de relevante doelgroep niet exact te bepalen.

2.2 Data analyse

19 De informatie verzameld met de internetenquête is in zijn totaliteit geanalyseerd (dus over alle beschikbare vragenlijsten). Per methode, of groep methoden is de informatie van de enquête gecombineerd met de informatie uit de documentenstudie en de informatie uit de interviews. Per methode wordt ingegaan op:

- a. De inhoud (om wat voor type methode gaat het, met welk doel wordt het ingezet, wat is de achtergrond);
- b. Op welke domeinen van kwaliteit van leven richt de methode zich;
- c. Voor welke doelgroepen de methode wordt gebruikt of gebruikt kan worden;
- d. Ervaringen met gebruik (hoe wordt de informatie vastgelegd, wat zijn de ervaringen van de gebruikers, wat zijn de sterke en verbeterpunten).

20 Daarnaast is per onderzoeksvraag een overzicht van de gevonden resultaten gemaakt.

2.3 Respons

21 In totaal is de vragenlijst onder ongeveer 180 kwaliteitsmedewerkers bij de GGZ instellingen uitgezet (zie ook paragraaf 2.1, voetnoot 11). Dit aantal is niet exact, omdat:

1. GGZ Nederland en de RIBW Alliantie overlap hebben in hun ledenbestand en daarmee in de medewerkers die zijn uitgenodigd om mee te werken aan de inventarisatie;
2. Een aantal leden van GGZ Nederland geen GGZ op grond van de AWBZ bieden¹³ en hiermee niet tot de doelgroep van het onderzoek behoren. Deze leden behoren wel tot het kwaliteitsnetwerk maar het exacte aantal is niet bekend.

22 Vanwege privacy redenen hebben de onderzoekers niet zelf de internetenquête onder de kwaliteitsmedewerkers uitgezet, maar hebben de brancheorganisaties dit zelf gedaan. Hierdoor hebben zij geen inzicht in het aantal kwaliteitsmedewerkers en instellingen dat door bovengenoemde redenen buiten de doelgroep van het onderzoek valt en is ook het totaal aantal instellingen dat behoort tot de onderzoekspopulatie niet exact vast te stellen. In afstemming met de brancheorganisaties wordt aangenomen dat de ongeveer 180 benaderde kwaliteitsmedewerkers overeenkomen met ruim 100 instellingen die tot de doelgroep behoren.

23 Het resultaat van de internetenquête is een respons van 25 kwaliteitsmedewerkers en 14 zorgprofessionals verdeeld over 23 instellingen (zie tabel 1). Dit betekent dat er over ruim 20% van de instellingen informatie beschikbaar is. Van 7 instellingen zijn er internetenquêtes van zowel de kwaliteitsmedewerker als de zorgprofessional beschikbaar, voor de overige 16 instellingen hebben alleen

¹³ Denk aan instellingen die alleen kortdurende zorg leveren, ambulant, intramuraal of forensische zorg.

kwaliteitsmedewerkers de internetenquête ingevuld. In totaal hebben 25 kwaliteitsmedewerkers en 13 zorgprofessionals aan het onderzoek meegewerkt¹⁴.

	Aantal uitgenodigd	Absolute respons	Respons percentage	Alleen kwaliteitsmedewerker	Kwaliteitsmedewerker en professional	Aantal kwaliteitsmedewerkers	Aantal professionals
Geïntegreerde GGZ instelling	78	18	23%	16	2	19	2
RIBW	22	5	23%	0	5	6	11
Totaal	100	23	23%			25	13

Tabel 1. Respons op de internetenquête

²⁴ Een respondent kan informatie over meerdere methoden aanleveren; voor iedere methode wordt een separate vragenlijst gegenereerd. In totaal zijn er in het onderzoek 82 vragenlijsten ingevuld, 64 door kwaliteitsmedewerkers en 18 door zorgprofessionals.

¹⁴ Dit betekent dat bij een aantal instellingen meer dan één kwaliteitsmedewerker en/of zorgprofessional de internetenquête heeft ingevuld. Dit is met name het geval bij de RIBW instellingen.

3. Resultaten van de interviews met experts uit het veld

3.1 Hoe kijkt de sector tegen kwaliteit van leven aan?

25 Belangrijk om op te merken is dat binnen de GGZ mensen dezelfde levenswensen hebben als andere burgers, zij kunnen deze wensen echter moeilijker realiseren. Kwaliteit van leven is een breed begrip waar geen eenduidige definitie voor vast te stellen is. De geïnterviewden konden zich over het algemeen vinden in de definitie zoals vastgesteld voor dit onderzoek. De nuance die hierbij werd gegeven, is dat in de GGZ vooral 'emotioneel welzijn' een belangrijke domein is, lichamelijk welzijn zou daarentegen minder prominent naar voren hoeven komen. Voor andere sectoren zal de nadruk weer anders liggen.

26 De kwaliteit van zorg valt volgens de meeste geïnterviewden personen niet onder kwaliteit van leven maar kan er zeker een belangrijke invloed op hebben. De relatie zorgprofessional en cliënt wordt gezien als de zachte kant van zorg waarbij erkend wordt dat dit extra aandacht verdient bij het begrip kwaliteit van leven. Met name wanneer de behandeling/begeleiding intramuraal plaatsvindt en de duur van de behandeling toeneemt, zal de zorg een grotere rol spelen in het leven van de cliënt.

27 In veel gevallen wordt het zorgbehandelplan ingericht aan de hand van verschillende onderwerpen die raken aan/onderdeel zijn van het begrip kwaliteit van leven, onder andere: wonen, werken, sociale contacten en probleemgebieden. Deze onderwerpen worden samen met de cliënt besproken en zijn daarmee subjectief. Vaak worden de Routine Outcome Monitoring (ROM)¹⁵ gegevens naast het zorgbehandelplan gelegd.

28 Kwaliteit van leven is lastig om te benchmarken omdat het vertraagd reageert op interventies. Instrumenten die zich richten op de symptomen van cliënten en die in de langdurige zorg als uitkomstmaat worden gebruikt, zijn in de langdurige zorg echter niet goed toepasbaar: men verwacht dat de behandeling minder effectief zal zijn op symptomen, waardoor men het niet wenselijk vindt de prestatie van de zorgaanbieder hieruit af te leiden. Voor het benchmarken is het juist van belang dat de behandelresultaten inzichtelijk worden gemaakt door het instrument. Daarnaast ligt een aantal domeinen dat onder kwaliteit van leven valt niet of niet volledig binnen de invloedssfeer van de GGZ, zoals lichamelijk welzijn, sociaal welzijn en materiële zekerheid.

¹⁵ ROM houdt in dat routinematig de toestand van de cliënt in kaart wordt gebracht met gestandaardiseerde instrumenten. ROM wordt gebruikt om het zorgplan te evalueren en te verbeteren. ROM heeft primair als doelstelling de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het ROM-instrumentarium bestaat uit een aantal meetinstrumenten dat zich richt op de behandelresultaten 'klachten en symptomen', 'functioneren' en 'kwaliteit van leven'. In het domein 'volwassenen EPA' (veelal langdurige GGZ) is 'functioneren' (HoNOS-12) als primair behandelresultaat aangemerkt. Ook bevat het ROM-instrumentarium voor deze cliëntengroep een groot aantal meetinstrumenten waarmee 'kwaliteit van leven' (MANSA-12ph, MANSA-12vn, L-QOL, MANSA-16, MANSA-7) in beeld gebracht kan worden. Voor 'klachten en symptomen' worden nog PANSS en BPRS als meetinstrumenten genoemd (zie 'SBG Minimale Dataset 20140701' van Stichting Benchmark GGZ).

3.2 Welke methoden worden gebruikt door het veld?

29 Door het merendeel van de geïnterviewden personen wordt aangegeven dat het in beeld brengen van kwaliteit van leven momenteel te kwantitatief is. De kwantitatieve methoden zijn voornamelijk afkomstig uit het ROM-instrumentarium of richten zich op cliëntervaringsmetingen (CQI).

30 Tijdens de interviews worden diverse kwalitatieve methoden aangedragen die mogelijk worden toegepast in het veld:

- Tracking van levenslooplijnen;
- Open interview;
- Focusgroep¹⁶;
- Participerende observatie;
- Kwalitatieve toetsing.

31 Ook veronderstellen de geïnterviewden personen dat veel zorginstellingen hun eigen methode ontwikkelen of hebben ontwikkeld om kwaliteit van leven in beeld te brengen. Deze methoden zijn hiermee erg op maat, zowel voor wat betreft de specifieke cliëntengroep, als de gegroeide cultuur, en worden vaak als goed bruikbaar gezien voor de betreffende zorginstelling.

32 Mogelijk is er toekomstperspectief in Computerized Adaptive Testing (CAT). Dit is een nieuwe ontwikkeling waarbij een computer vragen voorlegt op basis van eerder gegeven antwoorden. Het is een slimme vragenlijst die kan inzoomen op wat relevant is voor de patiënt in kwestie. De vragenlijst zal bestaan uit een generiek gedeelte en een 'stoornis' specifiek gedeelte.

3.3 Hoe zijn de ervaringen met het gebruik van de methoden?

33 Doordat er vanuit de brancheorganisaties en de zorgverzekeraars is ingezet op het ROM-instrumentarium voor GGZ op grond van de Zvw en men voor de GGZ op grond van de AWBZ hierbij zoveel mogelijk aansluit¹⁷, ligt de focus bij zorgaanbieders vooral op het aanleveren van gegevens met deze instrumenten met een voldoende respons. Ontwikkeling wordt minder gestimuleerd doordat de drijfveren van zorgaanbieders liggen bij 'we willen niet gekort worden' (bij onvoldoende respons) en niet bij 'hoe kunnen we de uitkomsten gebruiken om ons zorgplan aan te passen'. Het resultaat is dat de nadruk gelegd wordt op deze verplichte metingen. Het ROM-instrumentarium dat hiervoor wordt ingezet bestaat uit kwantitatieve meetinstrumenten. De meer kwalitatieve toetsingen verdwijnen hierdoor naar de achtergrond.

34 Een aantal vooruitstrevende zorginstellingen maken al langere tijd gebruik van ROM. Zij gebruikten de resultaten met name voor interne verbetering en ter ondersteuning van het persoonlijk behandelplan. Sinds het afnemen van ROM echter verplicht is gesteld, heeft de zorginstelling minder flexibiliteit om te bepalen wanneer de vragenlijsten worden afgenomen. Kortom, de timing van ROM (verplichte aanlevering voor

¹⁶ Ingezet om met behulp van een brainstorm te komen tot verbeterpunten voor de organisatie.

¹⁷ Zorginkoopgids 2014, Zorgverzekeraars Nederland.

verantwoording) loopt niet gelijk met de timing die past binnen het behandelplan van een individuele cliënt en heeft hiermee meer een externe verantwoording focus gekregen.

35 Volgens een deel van de geïnterviewden personen zijn de meetinstrumenten die momenteel in de praktijk worden gebruikt over het algemeen niet heel cliëntvriendelijk. De cliëntvriendelijkheid gaat niet zozeer om de lengte van het meetinstrument maar om het type vragen (bijvoorbeeld vragen rondom seksualiteit) en om een goede terugkoppeling van de resultaten van het meetinstrument (bijvoorbeeld een cliëntervaringsmeting die anoniem wordt afgenomen en geaggregeerd wordt teruggekoppeld aan een zorginstelling). Dit is nu nog onvoldoende.

4. Gebruikte methoden in de GGZ sector

³⁶ Zoals in hoofdstuk 3 beschreven, is er in de GGZ sector ingezet op het gebruik van instrumenten uit het ROM-instrumentarium. Dit instrumentarium wordt landelijk ingevoerd en instellingen zijn verplicht gegevens aan te leveren bij SBG¹⁸. Bovendien is er een verplichte aanlevering van de kernset prestatie indicatoren GGZ, waarvan een CQI meting onderdeel uitmaakt. Door het verplichte karakter van bovengenoemde instrumenten, is de verwachting dat juist deze veel genoemd worden in het onderzoek als methoden om kwaliteit van leven in beeld te brengen. In de bespreking van de resultaten zullen deze categorieën dan ook terugkomen:

1. Kwaliteit van leven: in deze categorie vallen de methoden die specifiek bedoeld zijn om kwaliteit van leven te meten. Deze methoden zijn voornamelijk afkomstig uit het ROM-instrumentarium;
2. Cliëntervaring: in deze categorie vallen de methoden die zich richten op cliëntervaring in de zorg. Aspecten van kwaliteit van leven komen hier echter ook in naar voren. Zo worden er concrete vragen gesteld over hoe de cliënt zijn algemene gezondheid en zijn geestelijke gezondheid beoordeelt en worden er (verschilt per vragenlijst) ook vragen gesteld over bijvoorbeeld veiligheid en woonomgeving;
3. Functioneren: In deze categorie vallen de methoden die zich richten op het functioneren van de cliënt. Ook hier zijn raakvlakken met kwaliteit van leven;
4. Overig: In deze categorie vallen de methoden die zijn aangedragen door kwaliteitsmedewerkers en zorgprofessionals die niet in de andere categorieën onder te brengen zijn. Het gaat hierbij om een methodiek (SRH), een niet gevalideerd instrument (herstelmeting) en een preventie tool risico op psychose (CAARMS).

³⁷ Conform verwachting, zijn in de internetenquête vooral de MANSA en de CQI genoemd als methoden om kwaliteit van leven in beeld te brengen (zie tabel 2). Opvallend hierbij is dat de internetenquête voor de CQI vooral door kwaliteitsmedewerkers wordt ingevuld, terwijl voor de MANSA zowel kwaliteitsmedewerkers als zorgprofessionals gegevens aanleveren.

³⁸ In de volgende paragrafen worden de onderzoeksresultaten per genoemde methoden besproken. Wij merken hierbij op dat over een aantal methoden een beperkt aantal vragenlijsten is aangeleverd. De ervaringen met het gebruik van deze methoden moeten daarom met voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Bovendien wordt niet iedere vraag aan zowel de kwaliteitsmedewerker als de zorgprofessional gesteld. Wij verwijzen naar bijlage B voor de vragenlijst.

¹⁸ Trendrapportage GGZ 2012, Deel 3A: Kwaliteit en effectiviteit. Naar transparante kwaliteitsinformatie. Trimbos Instituut (2012).

		Aantal		
		vragenlijsten	Kwaliteitsmedewerker	Professional
kwaliteit van leven	MANSA-7	4	2	2
	MANSA-12vn	15	8	7
	MANSA-12ph	2	2	0
	MANSA-16	6	5	1
	LQOL	1	1	0
	QoLC	2	2	0
	SF-36	1	1	0
	EQ-5D	2	1	1
	Kidscreen	5	3	2
clientervaring	CQI GGZ (BZW)	8	8	0
	CQI GGZ (BW)	12	11	1
	CQI GGZ en VZ (Klinisch)	8	8	0
	CQI GGZ (MO/VO)	1	1	0
	Clientthermometer	1	1	0
functio- neren	Zelfredzaamheidsmatrix	5	4	1
	Participatieladder	4	3	1
	SOFAS	1	1	0
overig	Herstelmeting	2	1	1
	SRH	1	0	1
	CAARMS	1	1	0
totaal		82	64	18

Tabel 2. Genoemde methoden in de internetenquête

4.1 Kwaliteit van leven

4.1.1 MANSA

39 Er zijn 28 vragenlijsten beschikbaar voor de MANSA (5 verschillende versies, zie alinea 40). Hiervan zijn er 18 ingevuld door een kwaliteitsmedewerker en 10 door een professional. Er zijn 16 vragenlijsten afkomstig van een medewerker werkzaam bij een geïntegreerde GGZ instelling (14 van kwaliteitsmedewerkers en 2 van zorgprofessionals). Er zijn 12 vragenlijsten door een medewerker van een RIBW Alliantie ingevuld (4 door kwaliteitsmedewerkers, 8 door zorgprofessionals).

Achtergrond en ontwikkeling van methode

40 De MANSA (Manchester Short Assessment of Quality of Life) is een vragenlijst ontwikkeld door Priebe *et al* (1999)¹⁹ en bestaat uit 16 items waarbij de cliënt de subjectieve tevredenheid over 12 levensgebieden kan aangeven. De MANSA is gebaseerd op de veel uitgebreidere Lancaster Quality of Life Scale (Van Nieuwenhuizen *et al*, 1998²⁰). Van Nieuwenhuizen (2000)²¹ heeft de MANSA toepasbaar gemaakt voor Nederlandse cliënten. De MANSA kan worden ingezet om kwaliteit van leven in beeld te brengen en is

¹⁹ Priebe, S. Huxley, P. & Evans, S. (1999). Application and results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life. *International Journal of Social Psychiatry*, 45, 7-12.

²⁰ Nieuwenhuizen, C. van, Schene, A., Boevink, e.a. (1998). The Lancashire Quality of Life Profile: first experiences in the Netherlands. *Community Mental Health Journal*, 34, 513-524.

²¹ Nieuwenhuizen, C. , Schene, A.H. , Koeter, M.W.J. (2000). The Manchester Short Assessment of Quality of Life [in Dutch]. Eindhoven, Netherlands, Institute of Mental Health Care Eindhoven.

onderdeel van het ROM-instrumentarium voor de cliënten die gebruikmaken van de langdurige GGZ (volwassenen EPA en Verslaving care). Hierbij is een aantal versies toegestaan:

- MANSNA-16: de oorspronkelijke versie van Van Nieuwenhuizen;
- MANSNA-12vn: verkorte versie van Van Nieuwenhuizen;
- MANSNA-12ph: verkorte versie van Phamous;
- MANSNA-722: verkorte vragenlijst;
- Limburg Quality of Life (LQOL) - verkorte vragenlijst.

41 In vergelijking met de versie van de MANSNA-12 en de MANSNA-16, zitten er in de MANSNA-16 vier extra items over veiligheid en vriendschap. Van elk van deze versies zijn vragenlijsten ingevuld, zowel door kwaliteitsfunctionarissen als door zorgprofessionals (zie tabel 2).

42 Volgens de meeste kwaliteitsmedewerkers is er een voorgeschreven werkwijze en werkinstructie voor de zorgprofessional en worden beiden ook in de praktijk toegepast.

Kwaliteit van leven domeinen in de MANSNA

43 Volgens de literatuur richt de MANSNA zich op het meten van kwaliteit van leven, maar wordt niet verder uitgesplitst op welke domeinen van kwaliteit van leven deze vragenlijst ingaat.

44 Drie kwaliteitsmedewerkers geven aan niet te weten welke domeinen van kwaliteit van leven zijn opgenomen in de MANSNA. De overige respondenten geven allen aan dat de MANSNA de domeinen *emotioneel welzijn* en *sociaal welzijn* omvat. Ook de domeinen *lichamelijk welzijn* en *materiële zekerheid* worden door bijna iedereen genoemd.

45 De *relatie tussen de zorgprofessional en cliënt* wordt het minst genoemd (25%). Hierbij is geen verschil waar te nemen in de antwoorden van kwaliteitsmedewerkers en zorgprofessionals. Ook de verkorte MANSNA onderscheidt zich niet.

46 Vier respondenten geven aan niet te weten of de methoden ook aspecten bevat die kwaliteit van zorg en ondersteuning in beeld brengen. Verder zijn de meningen verdeeld: 14 respondenten vinden dat de methode zich niet op dergelijke aspecten richt, 10 respondenten zeggen dat de methode zich hier deels of bijna geheel op richt.

Doel en doelgroep

47 De MANSNA is een instrument dat ontwikkeld is voor de GGZ. De respondenten geven dan aan dat zij het instrument inzetten voor cliënten in de langdurige GGZ, als ook bij cliënten met verslavingsproblematiek, jongeren, cliënten met een eerste psychose en cliënten met autisme. Deze doelgroepen sluiten aan bij de doelgroep waarvoor de MANSNA is ontwikkeld.

²² Os, J. van, Delespaul, P.A.E.G., Radstake, e.a. (2001). Kernparameters ter evaluatie van een zorgprogramma voor psychotische patienten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 10, 952-966.

48 Volgens een groot deel van de kwaliteitsmedewerkers wordt de MANSА gebruikt omdat deze methode bruikbare informatie oplevert voor het verbeteren van zorg en ondersteuning: als informatie voor het individuele zorgplan of door ondersteuning van het zorgproces. Ook geeft ruim de helft van de kwaliteitsmedewerkers aan dat de uitkomsten dienen als cliëntinformatie, voor interne kwaliteitsverbetering en als verbeterinformatie voor de zorgverlener. Cliëntkeuzeinformatie²³, externe beleidsinformatie, toezichtinformatie en verkoopinformatie worden niet als doel van de verkregen uitkomsten genoemd. Het doel waarvoor de MANSА wordt gebruikt is niet afhankelijk van de versie van de MANSА die de respondenten aangeven te gebruiken. Opvallend is dat de twee kwaliteitsmedewerkers die de vragenlijst hebben ingevuld voor de MANSА Phamous beiden aangeven dat de uitkomsten ook dienen als interne beleidsinformatie en zelfreflectie voor de zorgverlener. De invloed van het gebruik van de methode heeft volgens de respondenten veelal een beperkte positieve tot een sterk positieve invloed op de kwaliteit van zorg van de organisatie.

49 Negen kwaliteitsmedewerkers geven aan dat de methode (in aangepaste vorm) gebruikt kan worden voor andere doelgroepen; zeven kwaliteitsmedewerkers geven aan dit niet te weten, slechts één kwaliteitsmedewerker geeft aan dat gebruik van de methode bij andere doelgroepen niet mogelijk is.

Ervaring en gebruik

50 De MANSА wordt volgens de respondenten voornamelijk ingezet omdat de methode bruikbare informatie levert voor het verbeteren van de zorg en ondersteuning, deze passend is voor de doelgroep van de zorginstelling, gemakkelijk toepasbaar is voor de cliënt, er een terugkoppeling van de uitkomsten mogelijk is aan de cliënt en omdat deze verplicht is.

51 Het merendeel van de zorgprofessionals vindt het gebruik van de MANSА ondersteunend voor de dagelijkse werkzaamheden met de cliënten, waarbij alle zorgprofessionals aangeven niet belemmerd te worden door het gebruik. Het gebruik van deze methode heeft volgens de meeste respondenten een (beperkt) positieve invloed op de kwaliteit van zorg van de organisatie.

52 De methode wordt vooral als een schriftelijke- of online vragenlijst ingezet. Voor de MANSА-7 geven de zorgprofessionals aan een interview met een aantal hoofdvragen die direct aansluiten op de methode te gebruiken, voor de MANSА Phamous en de LQOL wordt deze manier van inzet ook aangegeven. De MANSА-16 en MANSА Phamous wordt meestal door de cliënt zelf ingevuld, de MANSА-7 door een cliënt samen met een zorgprofessional. Ruim de helft van de respondenten zegt de uitkomsten van de MANSА vast te leggen in het cliëntendossier. Ook het digitale registratiesysteem en het zorg- of begeleidingsplan worden een aantal

²³ Cliënteninformatie is tweeledig: het wordt gebruikt om individuele cliënten te informeren over zichzelf of het wordt geaggregeerd openbaar gemaakt door de zorgaanbieder, bijvoorbeeld op de webpagina. Met deze informatie kan een (toekomstig) cliënt een beeld krijgen van onder andere de kwaliteit van de geleverde zorg van de betreffende zorgaanbieder, zonder hiermee direct te kunnen vergelijken met andere zorgaanbieders. Hiervoor is cliëntkeuzeinformatie geschikt, dat veelal op vergelijkingswebsites, zoals kiesbeter.nl, wordt gepresenteerd. De kwaliteitsgegevens zijn hier zodanig bewerkt, dat vergelijking tussen zorgaanbieders mogelijk is (bijvoorbeeld door te corrigeren voor cliëntkenmerken).

keren genoemd. Hierbij geven de meeste respondenten aan dat er per cliënt wordt gerapporteerd. Bijna de helft van de respondenten geeft aan dat er ook op afdelingsniveau wordt teruggekoppeld.

53 Het aantal cliënten waarvoor de MANSAs wordt ingezet varieert behoorlijk tussen de zorginstellingen waarvoor gegevens zijn aangeleverd: van 34 tot 4.000, waarbij de methode bij alle cliënten van de doelgroep wordt ingezet. De methode wordt meestal jaarlijks gebruikt. Afspraken over de frequentie van afname worden in de organisatie over het algemeen nagekomen. Volgens zorgprofessionals duurt het invullen van de vragenlijst gemiddeld 35 minuten; opvallend hierbij is dat het niet uitmaakt of de verkorte MANSAs-7 of de MANSAs-16 wordt gebruikt. Zorgprofessionals zijn tevreden over deze tijdsinspanning.

Sterke en verbeterpunten volgens gebruikers van de MANSAs

MANSAs-7

54 Kwaliteitsmedewerkers noemen als sterke punten dat de MANSAs-7 kort is met laagdrempelige vragen en aansluit op de zorgvisie voor cliënten. Bovendien is de MANSAs-7 een gevalideerd instrument. Zorgprofessionals vinden de MANSAs-7 duidelijk voor de cliënt en geven aan dat de methode kort en gemakkelijk in te vullen is. De uitkomsten zijn goed te koppelen aan de onderdelen van het begeleidingsplan en geeft terugkoppeling over de resultaten die een cliënt heeft behaald.

55 Als verbeterpunt wordt door de kwaliteitsmedewerker het gevoel van ongemakkelijkheid van cliënten met sommige vragen genoemd, de zorgprofessionals geven aan dat de MANSAs-7 uitgebreider zou moeten zijn met meer concrete vragen en de uitkomsten zouden grafisch beschikbaar moeten zijn.

MANSAs-12 Versie van Van Nieuwenhuizen

56 Als sterke punten van de MANSAs-12vn worden door de kwaliteitsmedewerkers genoemd: "De methode is gemakkelijk door de cliënt zelf in te vullen en is weinig belastend voor de cliënt, onder andere doordat de MANSAs-12vn kort en cliëntgericht is". De MANSAs-12vn is integraal en reflecteert de mening van de cliënt op belangrijke levensgebieden. De uitkomsten zijn snel op individueel cliëntniveau beschikbaar en goed inpasbaar in het Elektronisch Cliënten Dossier (ECD). De MANSAs-12vn is uitkomstgericht en gemeenten zijn geïnteresseerd in het gebruik van deze methode. Zorgprofessionals geven aan dat de uitkomsten van de MANSAs-12vn ingebracht kunnen worden in het begeleidingsplan en dat resultaten die de cliënt bereikt inzichtelijk worden gemaakt. De methode vraagt kwaliteit van leven op diverse, uiteenlopende gebieden en is kort en krachtig.

57 Verbeterpunten zijn volgens de kwaliteitsmedewerkers: er is weinig differentiatie zichtbaar bij herhaald invullen, de methode wordt maar één keer per jaar gebruikt en de methode heeft weinig diepgang en meet belangrijke onderwerpen zoals herstel niet. Ook het verschil tussen versies wordt als ongewenst ervaren. Als laatste wordt genoemd dat cliënten sommige vragen onplezierig vinden, met name de vraag rondom seksualiteit en vaak de meerwaarde van de methode niet zien omdat de vragen te basaal zijn. Zorgprofessionals ervaren het gebruik van de methode als verplicht en zien geen meerwaarde naast het gebruik van andere methodieken, waaronder het persoonlijk profiel. Doordat de methode slechts één keer per

jaar wordt toegepast, hebben de uitkomsten nauwelijks invloed op de dagelijkse begeleiding. Bovendien spreekt men de zorg uit dat kwaliteit van leven alleen op het moment van inzet van de MANSA onderwerp van gesprek zal zijn. Bovendien vinden de zorgprofessionals dat de methode niet breed genoeg is: er zitten bijvoorbeeld geen vragen in over begeleiding en zingeving en een aantal vragen sluiten niet goed aan op gebruikte domeinen.

MANSA Phamous

58 Voor deze MANSA hebben twee kwaliteitsmedewerkers een vragenlijst ingevuld. Als *sterke* punten noemen zij dat de uitkomsten van de methode goed voor de individuele cliënt te gebruiken zijn en richting geven aan een zinvol gesprek tussen zorgprofessional en cliënt over de behandeling en de gestelde doelen. Jaarlijks worden alle levensgebieden met de cliënt geëvalueerd. Het helpt bovendien onderwerpen aan het licht te brengen die in de behandeling onvoldoende aandacht hebben gekregen.

59 De kwaliteitsmedewerkers merken als verbeterpunten op dat de informatie die wordt verkregen met de methode vaak algemeen is en niet altijd iets zegt over het effect van de behandeling en dat cliënten niet altijd willen meewerken aan het gebruik van de methode.

MANSA-16

60 Van de MANSA-16 worden als sterke punten genoemd dat de vragenlijst gemakkelijk is in te vullen en dat dit door de client zelf kan worden gedaan. Bovendien zijn de uitkomsten snel beschikbaar. De vragenlijst is integraal, op de cliënt gericht en kan als eenvoudig screeningsinstrument worden gebruikt.

61 Als verbeterpunt komt naar voren dat de MANSA-16 weinig differentiatie laat zien bij herhaald invullen.

LQOL

62 Voor de LQOL worden geen sterke en verbeterpunten aangegeven.

4.1.2 QoLC

63 Er zijn twee vragenlijsten ingevuld voor de Quality of Life and Care (QoLC), beide door kwaliteitsmedewerkers. Eén kwaliteitsmedewerker is werkzaam bij een geïntegreerde GGZ instelling; de andere kwaliteitsmedewerker bij een RIBW.

Achtergrond en ontwikkeling van methode

64 De QoLC is ontwikkeld door het Trimbos-instituut (2004²⁴) en is een gestandaardiseerde vragenlijst waarin aan cliënten op tien levensdomeinen wordt gevraagd door middel van een rapportcijfer aan te geven

²⁴ Wennink, J. & Wijngaarden, B. (2004). Quality of Life and Care (QoLC). Kwaliteit van leven en vervulling zorgwensen. Trimbos-instituut, Utrecht.

wat de kwaliteit van leven is. Ook worden voor deze levensdomeinen de zorgwensen van een cliënt in kaart gebracht. Er is geen voorgeschreven instructie waarmee bij afname van deze vragenlijst kan worden gewerkt.

Kwaliteit van leven

65 In de literatuur worden de domeinen emotioneel welzijn, sociaal welzijn en zingeving genoemd. Beide respondenten geven lichamelijk welzijn, emotioneel welzijn en sociaal welzijn aan als domeinen. Eén kwaliteitsmedewerker voegt hier ook zingeving en materiële zekerheid aan toe. Beide kwaliteitsmedewerkers geven aan dat de methode niet is gericht op kwaliteit van zorg en ondersteuning.

Doel en doelgroep

66 De QoLC is ontwikkeld voor cliënten met GGZ problematiek. Eén kwaliteitsmedewerker geeft aan dat de methode wordt gebruikt voor cliënten binnen de landurige GGZ, de andere kwaliteitsmedewerker zegt dat de QoLC wordt ingezet voor cliënten met een Autisme Spectrum Stoornis. Beide genoemde cliëntengroepen passen bij de doelgroep waarvoor de QoLC is ontwikkeld. Er wordt aangegeven dat het niet mogelijk is de methode zo aan te passen dat deze kan worden ingezet voor gebruik bij andere doelgroepen.

67 Beide respondenten geven aan dat de uitkomsten van de QoLC worden gebruikt voor het individuele zorgplan. Eén respondent geeft een breder gebruik aan, te weten als interne beleidsinformatie en verbeterinformatie voor de zorgaanbieder, als reflectie en verbeterinformatie voor de zorgprofessional en als cliënteninformatie. Slechts één respondent geeft aan in hoeverre de uitkomsten van de QoLC bruikbaar zijn voor de gestelde doelen: in het algemeen is de informatie goed bruikbaar, alleen niet als verbeterinformatie voor de zorgaanbieder en de zorgprofessional.

Ervaring en gebruik

68 Beide kwaliteitsmedewerkers geven aan de QoLC te gebruiken omdat deze passend is voor de doelgroep van de zorginstelling. Eén respondent vindt dat de methode ook bruikbare informatie oplevert voor het verbeteren van de zorg en ondersteuning en kwalificeert de methode als weinig belastend voor de cliënt. Hierbij heeft het gebruik van de methode geen tot een beperkte invloed op de kwaliteit van zorg in de organisatie.

69 De methode wordt in de vorm van een vragenlijst afgenomen, die door de cliënt zelf wordt ingevuld. De uitkomsten worden per cliënt in het cliëntendossier vastgelegd. Eén respondent geeft aan dat er ook op afdelingsniveau wordt gerapporteerd.

70 De QoLC wordt bij de gehele doelgroep ingezet; dit zijn voor de twee respondenten 280 respectievelijk 500 cliënten. De vragenlijst wordt jaarlijks ingezet. Gebaseerd op de gegevens is het onbekend hoeveel tijd er nodig is om de vragenlijst af te nemen.

71 Er worden geen *sterke* punten voor de methode genoemd. Als verbeterpunt komt naar voren dat men het belangrijk vindt de vragenlijst te valideren.

4.1.3 SF-36

72 Eén kwaliteitsmedewerker werkzaam bij een geïntegreerde GGZ instelling heeft voor de SF-36 een vragenlijst ingevuld.

Achtergrond en ontwikkeling van methode

73 De MOS (Medical Outcome Study) 36-item short-form health survey (SF-36) (Ware en Sherbourne, 1992²⁵) is een gestandaardiseerd meetinstrument en ontwikkeld om acht gezondheidsconcepten in beeld te brengen, waaronder concepten die samenhangen met kwaliteit van leven. De SF-36 kan hierdoor worden ingezet om kwaliteit van leven in beeld te brengen en is onderdeel van het ROM instrumentarium voor de cliënten die gebruikmaken van de kortdurende GGZ (volwassenen kort). Het is een vragenlijst bestaande uit 36 items met schaalscores, die door de cliënt zelf kan worden ingevuld. De vragenlijst is geschikt gemaakt voor de Nederlandse cliënt door Aaronson *et al* (1998)²⁶. Er is een werkinstructie voor deze vragenlijst beschikbaar.

Kwaliteit van leven

Gebaseerd op de vragenlijst richt de SF-36 zich op kwaliteit van leven, met name op de domeinen lichamelijk welzijn, emotioneel welzijn en sociaal welzijn. Dit wordt door de respondent bevestigd. De respondent weet niet in hoeverre aspecten van kwaliteit van zorg en ondersteuning zijn opgenomen in de vragenlijst.

Doel en doelgroep

74 De SF-36 is een generiek instrument en kan onafhankelijk van het ziektebeeld worden ingezet. De respondent geeft aan dat de betreffende zorginstelling de vragenlijst inzet voor cliënten in de kortdurende GGZ. Deze doelgroep valt buiten de scope van dit onderzoek.

75 Uitkomsten van de vragenlijst worden gebruikt om de cliënt te informeren. Hiervoor is de informatie goed bruikbaar.

Gebruik en ervaring

76 Als redenen voor gebruik wordt genoemd dat de SF-36 verplicht is om in te zetten en dat deze passend is voor de doelgroep. Hierbij heeft het gebruik geen invloed op de kwaliteit van zorg van de organisatie.

²⁵ Ware, J.E. & Sherbourne C.D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.

²⁶ Aaronson, N.K., Mulder, M., Cohen, P.D., Essink-Bot, M.L., Fekkes, M., Sanderman, R., Sprangers, M.A., te Velde, A. & Verrips, E. (1998). Translation, validation and norming of the Dutch language version of the SF-36 Health Survey in community and chronic disease populations. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51, 1055-1068.

77 De uitkomsten van de SF-36 worden vastgelegd per cliënt vastgelegd in het cliëntendossier en worden niet op een ander aggregatie niveau gerapporteerd.

78 In de betreffende organisatie vullen alle cliënten uit de doelgroep de vragenlijst in; dit zijn 250 cliënten. De vragenlijst wordt jaarlijks ingezet. Er worden geen sterke en verbeterpunten genoemd.

4.1.4 EQ-5D

79 Er is door twee respondenten een vragenlijst voor de EQ-5D ingevuld, een kwaliteitsmedewerker en een professional. Beide respondenten zijn werkzaam bij dezelfde geïntegreerde GGZ instelling.

Achtergrond en ontwikkeling van methode

80 De EQ-5D is een gestandaardiseerd meetinstrument waarmee op vijf gezondheidsniveaus een score wordt gegeven. Een deel van de items heeft betrekking op de kwaliteit van leven. De vragenlijst is ontwikkeld door de EuroQol groep²⁷ in 1996 en is ook door hen geschikt gemaakt voor de Nederlandse cliënt. De EQ-5D is onderdeel van het ROM instrumentarium en kan worden ingezet om kwaliteit van leven in beeld te brengen bij cliënten die gebruikmaken van de kortdurende zorg (volwassenen kort en verslavingszorg kort). De cliënt vult de vragenlijst zelf in. Het is een vragenlijst bestaande uit 14 items. Er is een voorgeschreven werkinstructie beschikbaar.

Kwaliteit van leven

81 Uitgaand van de literatuur richt de EQ-5D zich met name op de domeinen lichamelijk welzijn, emotioneel welzijn en sociaal welzijn. De eerste twee domeinen worden door beide respondenten genoemd. Daarnaast geeft de kwaliteitsmedewerker nog de domeinen *sociaal welzijn*, *zingeving*, *materiële zekerheid* en *autonomie* aan. Volgens de kwaliteitsmedewerker is de methode niet gericht op aspecten van kwaliteit van zorg en ondersteuning; de zorgprofessional vindt dat een deel van de methode hier wel op gericht is.

Doel en doelgroep

82 De EQ-5D is een generiek instrument en kan onafhankelijk van het ziektebeeld worden ingezet. De kwaliteitsmedewerker geeft aan dat de EQ-5D binnen de betreffende instelling wordt ingezet voor cliënten met verslavingsproblematiek. Volgens deze respondent is de EQ-5D breder toepasbaar. Dit is in lijn met het feit dat de EQ-5D als generiek instrument is ontwikkeld.

83 De uitkomsten van de EQ-5D worden gebruikt in de zorginkoop, als cliënteninformatie en als verbeterinformatie voor de zorginstelling en de zorgprofessional. Voor de eerste twee doelen is de informatie goed bruikbaar, als verbeterinformatie niet.

²⁷ www.euroqol.org.

Ervaring en gebruik

84 De EQ-5D wordt ingezet omdat de methode verplicht is gesteld. Hierbij geeft de zorgprofessional aan dat het gebruik van de methode niet belemmerend is voor de dagelijkse werkzaamheden met de cliënten en is neutraal over de ondersteuning die wordt ondervonden door het gebruik. De kwaliteitsmedewerker vindt dat het gebruik van de EQ-5D geen invloed heeft op de kwaliteit van zorg en ondersteuning in de eigen organisatie, de zorgprofessional vindt de invloed beperkt positief.

85 De cliënt vult de vragenlijst samen met een tweede persoon in. De uitkomsten worden per cliënt vastgelegd in het cliëntendossier en een digitaal registratiesysteem. De kwaliteitsmedewerker geeft aan dat er ook op het niveau van de afdeling, zorgprofessional en zorginstelling wordt gerapporteerd.

86 De vragenlijst wordt bij alle cliënten ingezet; dit zijn er in totaal 6.000 voor de betreffende instelling. Toepassing van de methode is jaarlijks. Het invullen van de vragenlijst kost vijf minuten, de zorgprofessional ervaart deze tijdsduur als precies goed.

87 Als sterke punten noemt de kwaliteitsmedewerker dat de vragenlijst eenvoudig is in te vullen, dat deze kort is en gevalideerd. De zorgprofessional voegt hieraan toe het goed te vinden dat de EQ-5D zich richt op het meten van lichamelijk welzijn en dat de cliënt de uitkomsten kan gebruiken om zichzelf te monitoren.

88 Er worden ook verbeterpunten genoemd: het instrument is te eenvoudig, te algemeen, te oppervlakkig en weinig specifiek voor de doelgroep.

4.1.5 Kidscreen

89 Voor de Kidscreen zijn vijf vragenlijsten ingevuld, drie door kwaliteitsmedewerkers en twee door zorgprofessionals. Twee kwaliteitsmedewerkers werken bij een geïntegreerde GGZ instelling, de overige respondenten zijn allen bij dezelfde RIBW werkzaam.

Achtergrond en ontwikkeling van methode

90 De Kidscreen²⁸ is een gestandaardiseerd instrument dat de kwaliteit van leven van kinderen en jongeren meet. In 2001 is een samenwerkingsverband van zeven Europese landen begonnen met de ontwikkeling van de Kidscreen. Vervolgens is in 2003 in een studie in 13 Europese landen de lijst genormeerd. Er zijn drie versies in gebruik (Kidscreen-52, Kidscreen-27 en Kidscreen-10). De Kidscreen werkt met schaalesscores en kan zelf door de cliënt worden ingevuld. Er bestaat een voorgeschreven werkinstructie.

²⁸ The Kidscreen Group Europe (2006). The Kidscreen Questionnaires. Quality of life questionnaires for children and adolescents. Lengerich: Pabst Science Publishers, www.kidscreen.org.

Kwaliteit van leven

91 Gebaseerd op de documentenstudie richt de Kidscreen zich met name op de domeinen lichamelijk welzijn, emotioneel welzijn en sociaal welzijn. Dit wordt bevestigd door alle respondenten. Drie respondenten geven aan de methode geen aspecten van kwaliteit van zorg en ondersteuning bevat, twee respondenten geven aan dit niet te weten.

Doel en doelgroep

92 De Kidscreen is een generieke methode, dat wil zeggen geschikt voor alle kinderen en jongeren, onafhankelijk van het ziektebeeld. De respondenten geven aan de methode te gebruiken voor cliënten in de langdurige GGZ, cliënten in de ambulante zorg en cliënten met een Autisme Spectrum Stoornis. Zij vinden de Kidscreen niet breder toepasbaar.

93 Alle kwaliteitsmedewerkers geven aan dat de uitkomsten van de Kidscreen worden gebruikt voor het individuele zorgplan. Twee kwaliteitsmedewerkers noemen ook zelfreflectie van de zorgprofessional als gebruiksdoel. Verder worden nog genoemd verbeterinformatie voor de zorginstelling, interne beleidsinformatie en toezichtinformatie. De meningen over de bruikbaarheid van de uitkomsten voor deze doelen zijn verdeeld: van neutraal (niet goed en niet slecht bruikbaar) tot goed bruikbaar.

Ervaring en gebruik

94 De Kidscreen wordt gebruikt omdat deze passend is bij de doelgroep van de zorginstelling. Twee kwaliteitsmedewerkers noemen ook dat de methode verplicht is gesteld. Ook wordt het leveren van bruikbare informatie voor het verbeteren van zorg en ondersteuning genoemd.

95 Het gebruik van de Kidscreen wordt door de zorgprofessionals helemaal niet als belemmerend ervaren voor de dagelijkse werkzaamheden bij de cliënten; zij zijn neutraal over de mate van ondersteuning in de dagelijkse werkzaamheden door het gebruik van de methode. Vier respondenten vinden dat het gebruik geen invloed heeft op de kwaliteit van zorg en ondersteuning in de zorginstelling, één respondent vindt deze invloed beperkt positief.

96 De uitkomsten van de methode worden per cliënt opgeslagen in het cliëntendossier of in een digitaal registratie systeem. Twee kwaliteitsmedewerkers geven aan dat er ook op afdelingsniveau over de uitkomsten van de Kidscreen wordt gerapporteerd.

97 De Kidscreen wordt bij de gehele doelgroep ingezet. Dit aantal varieert van 150 tot 3.500 cliënten. Twee kwaliteitsmedewerkers zeggen dat de afspraak is dat de Kidscreen jaarlijks wordt ingezet; één kwaliteitsmedewerker geeft aan dat hier geen afspraken over zijn gemaakt. Het invullen van de vragenlijst kost volgens één zorgprofessional geen tijd: de kinderen vullen niet zelf de vragenlijst in, maar de ouders doen dit voor de kinderen. Deze zorgprofessional vindt de tijdsduur veel te kort. De tweede zorgprofessional geeft aan dat invullen 15 minuten kost en ervaart deze tijdsduur als precies goed.

98 Als *sterke* punten komen naar voren: de vragenlijst is relatief kort, waarbij er naar algemene ervaringen van alle dag wordt gevraagd en de vragenlijst maakt het mogelijk de cliënten goed te volgen. Er zijn ook verbeterpunten: zo vindt men dat zeker niet alle vragen uit de lijst passend zijn bij de doelgroep (er zijn ook hele jonge kinderen); de lijst wordt vaak door ouders ingevuld en de vragen zouden moeten worden aangepast voor kinderen met autisme (de vragen zijn nu niet goed te begrijpen).

4.2 Cliëntervaring

4.2.1 CQI

99 Er zijn 27 vragenlijsten ingevuld voor de Consumer Quality Index (CQI). Hiervan is er één afkomstig van een professional, de overige lijsten zijn ingevuld door kwaliteitsmedewerkers. 20 vragenlijsten zijn ingevuld door medewerkers van geïntegreerde GGZ-instellingen. Er zijn 17 vragenlijsten, waaronder de vragenlijst van de professional, ingevuld door medewerkers werkzaam bij een RIBW.

Achtergrond en ontwikkeling van methode

100 De CQI is een gestandaardiseerd instrument om klantervaringen in de zorg te meten. De CQI wordt sinds 2006 in Nederland gebruikt en er bestaan diverse handboeken die beschrijven op welke manier een CQI vragenlijst moet worden ontwikkeld, geanalyseerd en gerapporteerd²⁹. De CQI wordt in opdracht van zorgaanbieders en verzekeraars afgenomen door geaccrediteerde meetorganisaties. In dit onderzoek zijn een viertal CQI vragenlijsten genoemd:

- CQI GGZ Beschermd Zelfstandig wonen (CQI GGZ BZW);
- CQI GGZ Beschermd Wonen (CQI GGZ BW);
- CQI GGZ en Verslavingszorg klinisch (CQI GGZ en VZ (klinisch));
- CQI GGZ Opvang, zowel ambulante als niet ambulante.

Deze vragenlijsten zijn specifiek gericht op mensen met psychische problemen. Afhankelijk van de gebruikte versie, bestaat de vragenlijst uit 42 tot 73 items, waarbij de vragen veelal op een vierpuntsschaal worden gemeten. Ook wordt een waarderingcijfer gegeven (tussen 0 en 10). De vragenlijst wordt door de cliënt zelf of samen met de cliënt ingevuld. Een deel van de indicatoren uit de kernset prestatie indicatoren GGZ is gebaseerd op de CQI. Hiermee wordt de CQI eens per jaar of per twee jaar verplicht afgenomen.

Kwaliteit van leven

101 De CQI vragenlijsten zijn ontwikkeld om klantervaringen te meten; hierbij zijn er ook items opgenomen die raken aan kwaliteit van leven. Twee respondenten geven aan niet te weten op welke domeinen van kwaliteit van leven de CQI zich richt. Van de overige respondenten geeft het merendeel aan dat het gaat om het domein de relatie tussen professional en cliënt; meer dan de helft van de respondenten geeft ook autonomie en emotioneel welzijn als domeinen aan. De meeste respondenten vinden dat ten minste een deel van de methode gericht is op aspecten van kwaliteit en zorg.

²⁹ <http://www.zorginstituutnederland.nl/kwaliteit/toetsingskader+en+register/de+cq-index>.

Doel en doelgroep

102 De CQI is voor specifieke doelgroepen ontwikkeld. Deze staan in de vragenlijst benoemd. Alle respondenten gebruiken de CQI voor cliënten met langdurige GGZ problematiek. Daarnaast worden ook (psychosociale) cliënten met verslavingsproblematiek genoemd.

103 Tweederde van de respondenten geeft aan de uitkomsten van de CQI te gebruiken als verbeterinformatie voor de zorginstelling en als interne beleidsinformatie; een ruime meerderheid vindt hiervoor de informatie (heel) goed bruikbaar. Ruim de helft noemt ook zorginkoop en verbeterinformatie voor de zorgprofessional; de helft van deze gebruikers vindt de informatie voor dit doel (heel) goed bruikbaar. Ook cliënteninformatie wordt relatief vaak genoemd.

Ervaring en gebruik

104 Bijna alle respondenten gebruiken de CQI omdat deze verplicht is gesteld. Bijna de helft van de CQI ook passend bij de doelgroep en zegt dat de uitkomsten bruikbaar zijn voor het verbeteren van zorg en ondersteuning. Er is geen informatie over de mate van ondersteuning of belemmering in de dagelijkse werkzaamheden met cliënten die wordt ervaren door zorgprofessionals bij het gebruik van de CQI. De meeste respondenten vinden dat het gebruik een beperkt positieve invloed heeft op de kwaliteit van zorg geleverd door de zorginstelling.

105 De CQI wordt als vragenlijst afgenomen bij cliënten. Zij vullen de vragenlijst dan zelf in. Een aantal keren geven de respondenten aan dat er ook gebruik wordt gemaakt van een interview met een aantal hoofdvragen bij de cliënt die direct aansluiten op de methode. De uitkomsten worden vastgelegd in een digitaal registratiesysteem en in rapportages, waarbij er veelal wordt gerapporteerd op afdelings- en zorginstellingsniveau.

106 De CQI wordt bij alle cliënten afgenomen; het aantal varieert van 50 tot 12.000 per instelling waarvoor gegevens zijn aangeleverd. De vragenlijst wordt jaarlijks of eens in de twee jaar afgenomen. Dit hangt samen met de verplichte afname per doelgroep: bij beschermd wonen en begeleid zelfstandig wonen hoeft er maar eens per twee jaar verplicht informatie vanuit de CQI verzameld te worden. Omdat de vragenlijsten anoniem door een meetbureau worden afgenomen, is er geen informatie beschikbaar over de tijdsduur die benodigd is voor het invullen van de vragenlijst.

107 Als sterke punten noemen de respondenten: de methode is gevalideerd en maakt het mogelijk om de cliëntervaringen tussen zorginstellingen te vergelijken. De rapportages zijn helder, visueel goed inzichtelijk en terug te koppelen aan de cliënten. Men vindt cliëntervaringen belangrijk en deze zijn goed inzichtelijk te maken met de CQI. De CQI is hierbij uitgebreid en volledig.

108 Er worden natuurlijk ook verbeterpunten gezien: zo is de methode te omvangrijk, te moeilijk voor cliënten en te duur. Ook zijn sommige vragen op meerdere manieren te interpreteren. Men vindt de methode niet flexibel genoeg, niet cultuur sensitief, de resultaten zijn abstract en het biedt weinig zicht op het behandelresultaat. Ook kunnen de uitkomsten niet op het individuele niveau van de cliënt worden gebruikt.

4.2.2 Cliëntthermometer

109 Er is één vragenlijst door een kwaliteitsmedewerker van een geïntegreerde GGZ instelling ingevuld.

Achtergrond en ontwikkeling van methode

110 De Cliëntthermometer (hierna: 'de Thermometer') is een instrument waarmee de waardering door cliënten in de volwassenen GGZ zorg in beeld wordt gebracht. Het instrument is in 2000 ontwikkeld door het Trimbos-instituut in samenwerking met GGZ Nederland. De Thermometer bevat 16 ja/nee vragen verdeeld over vier thema's. Daarnaast is er een waarderingsvraag (1 tot 10). Ook wordt er een waarderingscijfer gegeven (tussen 0 en 10). De vragenlijst wordt door de cliënt zelf of samen met de cliënt ingevuld. Er is een voorgeschreven werkinstructie beschikbaar. Een deel van de indicatoren uit de kernset prestatie indicatoren GGZ is gebaseerd op de Thermometer. Hiermee wordt de Thermometer eens per jaar of per twee jaar verplicht afgenomen.

Kwaliteit van leven

111 De Thermometer is ontwikkeld om klantwaardering te meten; hierbij zijn er ook items opgenomen die raken aan kwaliteit van leven. Volgens de respondent richt de Thermometer zich op de domeinen emotioneel welzijn, sociaal welzijn, autonomie en de relatie tussen professional en cliënt. De respondent vindt dat een groot deel van de methode aspecten bevat die gaan over kwaliteit van zorg en ondersteuning.

Doel en doelgroep

112 De Thermometer is specifiek geschikt voor mensen met psychische problemen. De respondent noemt als doelgroep cliënten uit de langdurige GGZ, deze passen bij de doelgroep waarvoor de methode is ontwikkeld.

113 De uitkomsten worden extern gebruikt als cliëntkeuzeinformatie en voor de zorginkoop en intern als verbeterinformatie voor de zorginstelling en de zorgprofessional en als interne beleidsinformatie. Over het algemeen vindt de respondent de uitkomsten heel goed bruikbaar voor de gestelde doelen. Een uitzondering hierop is de cliëntkeuzeinformatie: de uitkomsten zijn hiervoor niet goed en niet slecht te gebruiken.

Ervaring en gebruik

114 De Thermometer wordt volgens de respondent ingezet omdat deze verplicht is gesteld en omdat deze passend is bij de doelgroep, terugkoppeling mogelijk is aan de cliënt en bruikbare informatie levert voor het verbeteren van de zorg en ondersteuning. Hierbij heeft het gebruik van de methode een beperkt positieve invloed op de kwaliteit van zorg van de zorginstelling.

115 De cliënt vult de vragenlijst zelf in en kan, indien nodig, ondersteuning krijgen van een meetbureau. De uitkomsten worden gerapporteerd per afdeling of per zorginstelling.

116 De gehele doelgroep wordt uitgenodigd om de Thermometer in te vullen, voor de betreffende zorginstelling zijn dit 300 cliënten. De Thermometer wordt eens in de twee jaar afgenomen.

117 De respondent noemt als sterke punten: de cliëntervaringen worden op een inzichtelijke manier in beeld gebracht en zijn goed terug te koppelen aan de cliënt. Als verbeterpunt komt naar voren: sommige vragen zijn op meerdere manieren te interpreteren.

4.3 Functioneren

4.3.1 Zelfredzaamheidmatrix

118 Er zijn vijf vragenlijsten voor de zelfredzaamheidmatrix ingevuld: vier door kwaliteitsmedewerkers en één door een zorgprofessional. Drie van de kwaliteitsmedewerkers zijn afkomstig uit een geïntegreerde GGZ instelling, één kwaliteitsmedewerker en de zorgprofessional zijn werkzaam bij dezelfde RIBW.

Achtergrond en ontwikkeling van methode

119 De zelfredzaamheidmatrix (ZRM³⁰) kent zijn oorsprong in de Verenigde Staten (Pearce, midden jaren 90³¹), resulterend in de Self Sufficiency Matrix (SSM) in 2004. De in Nederland gebruikte ZRM is gebaseerd op de SSM die vanaf 2009 in Utah wordt toegepast. De ZRM was het initiatief van de GGD Amsterdam. De ZRM is een instrument waarmee de mate van zelfredzaamheid van cliënten eenvoudig en volledig beoordeeld kan worden. De ZRM beslaat elf domeinen, waarbij ieder domein op een vijfpuntsschaal wordt beoordeeld. De ZRM wordt door een beoordelaar ingevuld, die volgens een voorgeschreven instructie werkt.

Kwaliteit van leven

120 De ZRM richt zich op domeinen die de mate van zelfredzaamheid bepalen en bevindt zich hiermee op alle domeinen van kwaliteit van leven, met uitzondering van de 'relatie tussen zorgprofessional en cliënt'. Twee respondenten geven aan niet te weten welke domeinen van kwaliteit van leven worden gedekt door de ZRM. De overige drie respondenten geven allen aan dat de ZRM zich richt op de domeinen lichamelijk welzijn, sociaal welzijn en materiële zekerheid. Twee respondenten geven ook zingeving als domein aan. Twee respondenten geven aan niet te weten of de methode zich ook richt op aspecten van kwaliteit van zorg en ondersteuning. Verder lopen de meningen over deze vraag uiteen: één respondent geeft aan dat deze methode dergelijke aspecten niet dekt; twee respondenten geven aan dat de methode hier in ieder geval deels aspecten van kwaliteit van zorg en ondersteuning bevat.

Doel en doelgroep

121 Gebaseerd op de documentenstudie, richt de ZRM zich op GGZ cliënten die niet zelf actief om hulp vragen (de OGGZ groep). De respondenten geven aan dat de ZRM wordt gebruikt voor cliënten uit de

³⁰ www.zelfredzaamheidmatrix.nl.

³¹ www.selfsufficiencystandard.org.

langdurige psychiatrie, maatschappelijke opvang en (psychosociale) cliënten met of zonder verslavingsproblematiek. Zij zijn van mening dat de ZRM in aangepaste vorm ook goed toepasbaar zou moeten zijn voor andere doelgroepen.

122 Drie respondenten noemen als doel voor de inzet van de ZRM zorginkoop; zij geven aan dat de informatie hiervoor niet goed en niet slecht bruikbaar is. De ZRM wordt ook gebruikt om cliënteninformatie te genereren (twee respondenten), men is hierbij verdeeld over de bruikbaarheid van de informatie voor dit doel (van neutraal tot goed bruikbaar). Verder worden cliëntenkeuzeinformatie en toezichtinformatie als extern doel genoemd en interne beleidsinformatie, verbeterinformatie voor de zorgverlener en informatie voor het individuele zorgplan als intern doel. Alleen voor verbeterinformatie voor de zorgverlener en als informatie voor het individuele zorgplan vinden de respondenten de ZRM goed bruikbaar. Verder is men neutraal over de bruikbaarheid voor de gestelde doelen.

Ervaring en gebruik

123 De ZRM wordt volgens alle respondenten gebruikt omdat deze binnen de organisatie verplicht is gesteld. De helft van de respondenten zet de ZRM in omdat deze passend is bij de doelgroep. Verder wordt als reden van gebruik genoemd: gemakkelijk toepasbaar voor cliënt en zorgprofessional, snelle beschikbaarheid van de uitkomsten en bruikbare informatie voor het verbeteren van zorg en ondersteuning. De zorgprofessional geeft aan dat de ZRM niet als ondersteunend wordt ervaren voor de dagelijkse werkzaamheden bij de cliënten, waarbij het gebruik op zich niet als belemmerend wordt gezien. Twee respondenten geven aan dat het gebruik van de ZRM geen invloed heeft op de kwaliteit van de zorg in de organisatie, drie vinden de invloed beperkt positief.

124 De respondenten noemen verschillende manieren waarop de ZRM wordt afgenomen: schriftelijke of via een online vragenlijst, in een open gesprek en ingevuld door de zorgprofessional. De uitkomsten van de ZRM worden in het cliëntendossier vastgelegd. Hierbij wordt de informatie volgens alle respondenten per cliënt gerapporteerd. Eén respondent geeft aan dat de informatie ook per afdeling, per zorgprofessional en per zorginstelling wordt gerapporteerd.

125 De ZRM wordt bij 500 tot 5.300 cliënten bij de betreffende zorginstellingen ingezet. Twee kwaliteitsmedewerkers geven aan niet te weten of er afspraken zijn over hoe vaak de ZRM moet worden ingezet, één kwaliteitsmedewerker geeft aan dat dit halfjaarlijks gebeurt, de andere kwaliteitsmedewerker geeft aan dat de ZRM op vaste momenten in het zorgproces wordt afgenomen. Op basis van de gegevens is het niet bekend hoeveel tijd er met de afname gemoeid is.

126 Als sterke punten worden genoemd: eenvoudig in te vullen, brengt de op dat moment geldende zelfredzaamheid van de cliënt in kaart, is objectief en kan gebruikt worden om op een overzichtelijke manier de voortgang te monitoren. De zorgprofessional geeft aan dat gebruik van de methode als ondersteunend en zonder belemmeringen wordt ervaren in de dagelijkse werkzaamheden met cliënten. Hierbij is volgens alle respondenten een beperkte positieve invloed van het gebruik van de ZRM op de kwaliteit van zorg binnen de zorginstelling. Als verbeterpunten worden genoemd dat de cliënt niet zelf is betrokken bij het invullen van de matrix (dit wordt door de zorgprofessional gedaan), dat door de momentopname een onvolledig beeld wordt

verkregen van de betreffende cliënt en dat het gebruik van ZRM leidt tot extra werkbelasting van de zorgprofessional.

4.3.2 Participatieladder

127 Er zijn vier vragenlijsten voor deze methode beschikbaar; drie vragenlijsten zijn ingevuld door een kwaliteitsmedewerker, één vragenlijst door een professional. Twee kwaliteitsmedewerkers zijn afkomstig van een geïntegreerde GGZ instelling, één kwaliteitsmedewerker en de professional zijn afkomstig van dezelfde RIBW.

Achtergrond en ontwikkeling van methode

128 De Participatieladder is in opdracht van en samen met twaalf gemeenten en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) in 2008/2009 ontwikkelt door Regioplan. Vanaf 1 januari 2010 is dit meetinstrument beschikbaar voor gebruik³². Met dit instrument kan de participatie van een cliënt aan de samenleving in beeld worden gebracht als ook het perspectief van een cliënt. Het instrument wordt ingevuld door de beoordelaar, waarbij er volgens een voorgeschreven instructie wordt gewerkt.

Kwaliteit van leven

129 Het instrument richt zich op de mate van participatie van cliënten in de samenleving. Dit heeft zeker raakvlakken met een aantal domeinen van kwaliteit van leven. Volgens de respondenten richt het instrument zich met name op de domeinen materiële zekerheid, sociaal welzijn, autonomie en zingeving. Eén respondent geeft aan niet te weten in hoeverre de Participatieladder zich ook richt op aspecten van kwaliteit van zorg en ondersteuning. De overige respondenten geven aan dat een deel van de methode zich hier in ieder geval op richt.

Doel en doelgroep

130 Het instrument kan toegepast worden op alle volwassenen en is hiermee niet specifiek voor cliënten met GGZ problematiek.

131 De informatie verkregen met de participatieladder wordt niet gebruikt voor zorginkoop, toezichtinformatie of zelfreflectie van de zorgverlener, maar veelal als input voor het individuele zorgplan (ondersteuning zorgproces) en voor interne beleidsinformatie (managementinformatie). Ook cliënten(keuze)informatie, verbeterinformatie voor de zorgaanbieder en input voor externe beleidsinformatie (verantwoording financiers) worden genoemd. Men vindt in het algemeen dat de informatie goed bruikbaar is voor de gestelde doelen en geeft unaniem aan dat het gebruik van de methode een beperkt positieve invloed heeft op de kwaliteit van zorg van de organisatie.

³² www.participatieladder.nl.

Ervaring en gebruik

132 Alle kwaliteitsmedewerkers geven aan dat deze methode wordt gebruikt omdat deze passend is voor de doelgroep. Daarnaast noemen twee kwaliteitsmedewerkers dat de methode gemakkelijk toepasbaar is voor cliënt en zorgverlener. Tot slot wordt door één kwaliteitsmedewerker aangegeven dat de methode teruggekoppeld kan worden aan de cliënt, dat de uitkomsten snel beschikbaar zijn en dat deze gebruikt kunnen worden voor verbetering van zorg en ondersteuning.

133 De zorgprofessional geeft aan dat gebruik van de methode als ondersteunend en zonder belemmeringen wordt ervaren in de dagelijkse werkzaamheden met cliënten. Hierbij is er volgens alle respondenten een beperkte positieve invloed van het gebruik van de Participatieladder op de kwaliteit van zorg binnen de zorginstelling.

134 De methode wordt meestal schriftelijk of online afgenomen, waarbij de zorgverlener in een gesprek de methode samen met de cliënt invult. De informatie wordt vastgelegd in het cliëntendossier, het zorgplan of een digitaal registratiesysteem. Hierbij geven drie respondenten aan dat de informatie per cliënt wordt gerapporteerd, twee respondenten geven ook aan dat de informatie ook op afdelingsniveau en zorginstellingsniveau wordt teruggekoppeld.

135 Het aantal cliënten voor wie de Participatieladder wordt ingezet varieert van 300 tot 3.000 onder de respondenten, waarbij de methode bij zo goed als alle cliënten wordt afgenomen. De frequentie van gebruik varieert: zowel eens per half jaar als eens per twee jaar worden genoemd. Twee respondenten laten deze vraag open. De zorgprofessional geeft aan dat afname van de methode 60 minuten in beslag neemt. Deze afnametijd wordt als goed ervaren.

136 Als sterke punten van de Participatieladder worden genoemd: de methode is helder en concreet en geeft voldoende aangrijpingspunten voor de cliënt en de zorgverleners, onder andere door het in beeld brengen van ontwikkelwensen van de cliënt en het hieruit formuleren van doelen voor de zorg of begeleiding. Keuzes in het zorgplan worden op basis hiervan meer bewust gemaakt. De methode zorgt voor meetbare resultaten en kan hierdoor ook in kaart brengen in hoeverre er verbetering is bij een cliënt. Hiermee stimuleert de methode groei.

137 Extra registratie en te veel gericht op algemene informatie van de cliënt (zoals achtergrond en financiële positie) worden als verbeterpunten genoemd. Ook wordt opgemerkt dat, ondanks dat de methode nog nieuw is en hierdoor verbeterpunten kent, de methode al wel wordt toegepast in de praktijk.

4.3.3 SOFAS

138 Eén kwaliteitsmedewerker van een geïntegreerde GGZ instelling heeft een vragenlijst voor de Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) ingevuld.

Achtergrond en ontwikkeling van methode

139 De SOFAS) is ontwikkeld door Goldman et al (1992³³) is een aangepaste versie van de Global Assessment of Functioning Scale (GAF) en stelt het sociale en professioneel functioneren vast. Bij gebruik van dit instrument schat een beoordelaar met behulp van een vragenlijst op een schaal van 0 tot 100 in wat het sociaal en professioneel functioneren van een cliënt is. Er wordt volgens een voorgeschreven instructie gewerkt.

Kwaliteit van Leven

140 De SOFAS bevat informatie dat zich richt op kwaliteit van leven. Volgens de respondent zijn dit de domeinen lichamelijke welzijn, emotioneel welzijn en sociaal welzijn. De methode is niet gericht op aspecten van kwaliteit van zorg en ondersteuning.

Doel en doelgroep

141 Het instrument is specifiek ontwikkeld voor cliënten met GGZ problematiek. In een aangepaste vorm is de SOFAS goed voor andere doelgroepen te gebruiken volgens de respondent. De informatie uit de SOFAS wordt gebruikt om de cliënt te informeren over zijn of haar functioneren en is hiervoor heel goed bruikbaar. De informatie wordt volgens de respondent niet voor andere doelstellingen gebruikt.

Ervaringen en gebruik

142 De SOFAS wordt in deze zorginstelling gebruikt, omdat deze verplicht is gesteld. Hierbij is niet aangegeven door wie de methode verplicht is. De respondent geeft niet aan in hoeverre gebruik van de methode ondersteunend is in de dagelijkse werkzaamheden. Wel vindt de respondent de invloed van het gebruik sterk positief op de kwaliteit van zorg in de zorginstelling. De SOFAS wordt afgenomen in een interview met een aantal hoofdvragen en de informatie wordt vastgelegd in het individuele zorgplan en ondersteunt het zorgproces. Hierbij wordt er niet op een hoger aggregatieniveau gerapporteerd.

143 De SOFAS wordt volgens afspraak één keer per drie jaar afgenomen in de betreffende zorginstelling, waarbij het instrument dient ter ondersteuning van de CAARMS. Er zijn 60 cliënten binnen deze zorginstelling bij wie de SOFAS wordt toegepast. De gehele vragenlijst wordt gebruikt bij afname, waarbij er niet wordt aangegeven hoeveel tijd afname in beslag neemt.

144 Als sterke punten worden genoemd dat de SOFAS eenvoudig is om in te vullen en internationaal is geaccepteerd. Er zijn geen *verbeter*punten genoemd.

³³ Goldman HH, Skodol AE, Lave TR (1992). Revising Axis V for DSM-IV: A Review of Measures of Social Functioning. *American Journal of Psychiatry* 149,1148–1156.

4.4 Overig

4.4.1 Herstelmeting

145 Er zijn voor de herstelmeting twee vragenlijsten aangeleverd: één vragenlijst is ingevuld door een kwaliteitsmedewerker, de ander door een zorgprofessional. Beide vragenlijsten zijn afkomstig van dezelfde geïntegreerde GGZ instelling.

Achtergrond en ontwikkeling van methode

146 In een pilot die Lentis in overleg met Menzis heeft opgezet, worden herstelmetingen³⁴ ingezet als alternatief voor de Recovery Oriented Practices Index (ROPI). Met deze herstelmeting krijgt men een indicatie van de mate van herstel bij een cliënt. De herstelmeting bestaat uit twee onderdelen: een dossiercheck en spiegelbijeenkomsten. De dossierchecks worden door twee medewerkers gedaan die op afstand staan van de cliënt. Tijdens de herstelspiegel vertellen cliënten over hun herstelbeleving. Dit gesprek wordt geleid door twee getrainde gespreksleiders, die volgens een voorgeschreven instructie werken, en duurt een uur. Hulpverleners van de betreffende cliënten zitten op een tribune en kunnen op deze manier het gesprek volgen. De resultaten van zowel de dossiercheck als de herstelspiegel worden teruggekoppeld aan het team.

Kwaliteit van leven

147 In de Herstelmeting zitten raakvlakken met kwaliteit van leven. De kwaliteitsmedewerker geeft hierbij aan dat het vooral gaat om autonomie en de relatie tussen zorgprofessional en cliënt, naast deze domeinen geeft de zorgprofessional ook nog lichamelijk welzijn en sociaal welzijn aan. Volgens de kwaliteitsmedewerker is (bijna) de gehele methode ook gericht op aspecten van kwaliteit van zorg en ondersteuning, de zorgprofessional geeft aan dat dit niet het geval is.

Doel en doelgroep

148 De Herstelmeting wordt ingezet bij organisaties die werken vanuit herstelondersteunende zorg en is hiermee geschikt voor alle cliënten in de GGZ. De meting wordt gebruikt om vorderingen in de praktijk goed in beeld te brengen. De kwaliteitsmedewerker geeft aan dat toepassing van de methode in aangepaste vorm breder toepasbaar zou moeten zijn.

149 De kwaliteitsmedewerker geeft verschillende doelen aan waarvoor de informatie van de herstelmeting wordt gebruikt. Enerzijds als beleidsinformatie: als informatie voor zorginkoop, als verbeterinformatie voor de zorginstelling en als interne beleidsinformatie. Anderzijds in het zorgproces: voor de zorgprofessional om te reflecteren op eigen handelen en als verbeterinformatie en voor de cliënt in het individuele zorgplan. De informatie is voor al de genoemde doelen goed bruikbaar.

³⁴ www.herstelondersteunendezorg.nl/herstelmetingen.

Ervaringen en gebruik

150 Volgens de respondent wordt de Herstelmeter gebruikt omdat deze verplicht is gesteld door de betreffende zorginstelling en omdat deze weinig belastend is voor de cliënt en de methode bruikbare informatie oplevert voor het verbeteren van de zorg en ondersteuning. Informatie uit de herstelmeting wordt dan ook als ondersteunend ervaren in de dagelijkse werkzaamheden met de cliënten. Hierbij wordt het gebruik door de zorgprofessional helemaal niet als belemmerend ervaren. Volgens beide respondenten heeft gebruik van de methode een beperkte positieve invloed op de kwaliteit van zorg van de zorginstelling. De resultaten van deze methode worden vastgelegd in gespreksverslagen die onderdeel zijn van het cliëntendossier. Hierbij is de informatie niet alleen per cliënt, maar ook geaggregeerd per zorgprofessional en afdeling beschikbaar.

151 Binnen deze zorginstelling wordt de Herstelmeter voor 4.000 cliënten ingezet, dit zijn alle cliënten die in de doelgroep vallen. Er zijn geen afspraken binnen de zorginstelling gemaakt over de frequentie van gebruik.

152 Als sterke punten van de methode worden de betrokkenheid van ervaringsdeskundigen en cliënten genoemd en een beperktere invloed van de medisch-psychiatrische benadering van een cliënt. Er worden geen verbeterpunten genoemd.

4.4.2 SRH

153 Er is door één kwaliteitsmedewerker van een RIBW een vragenlijst ingevuld voor de Systematisch Rehabilitatiegericht Handelen (SRH).

Achtergrond en ontwikkeling van methode

154 SRH is ontwikkeld door Wilken & Den Hollander (1999³⁵) ondersteunt mensen met psychische en sociale kwetsbaarheid bij hun herstelproces. SRH is presentiegericht, herstelgericht en krachtgericht. Onderdeel van SRH is het samen met de cliënt opstellen van een persoonlijk profiel en het vaststellen van wensen en doelen resulterend in een persoonlijk plan. SRH is geen methode om kwaliteit van leven vast te stellen, maar heeft wel als doel kwaliteit van leven van cliënten te verbeteren.

Kwaliteit van leven

155 In het persoonlijk profiel en persoonlijk plan komen aspecten van kwaliteit van leven aan de orde. Volgens de respondent richt SRH zich op de domeinen emotioneel welzijn, sociaal welzijn, zingeving, materiële zekerheid en autonomie. De respondent geeft aan niet te weten of er aspecten gericht op de kwaliteit van zorg en ondersteuning zijn opgenomen in deze methode.

³⁵ Wilken, J.P. & Den Hollander, D. (1999). Psychosociale rehabilitatie: een integrale benadering. Uitgeverij SWP, Amsterdam.

Doel en doelgroep

156 SRH wordt ingezet om cliënten en zorgprofessional onder andere te laten werken aan het verbeteren van de kwaliteit van leven van cliënten. SRH is gericht op mensen met psychosociale beperkingen die door hun beperkingen niet volwaardig mee kunnen doen aan de samenleving.

157 De respondent geeft aan dat de SRH wordt ingezet om de cliënt te informeren en om cliëntkeuzeinformatie te maken, als verbeterinformatie en interne beleidsinformatie voor de zorgaanbieder en als informatie voor het individuele zorgleefplan. De informatie wordt gebruikt door de cliënt, de zorgprofessional, de kwaliteitsmedewerker, de beleidsmedewerker en de zorginkoper. De informatie is goed bruikbaar voor de gestelde doelen en de gebruikers, waarbij de respondent aangeeft dat de informatie heel goed bruikbaar is voor het individuele zorgplan.

Ervaringen en gebruik

158 SRH wordt als helemaal ondersteunend ervaren voor de dagelijkse werkzaamheden met de cliënt, waarbij de resultaten verkregen met de methode per cliënt worden vastgelegd in het cliëntendossier. De resultaten worden niet op een ander aggregatieniveau gebruikt.

159 Hierbij heeft het inzetten van SRH een sterk positieve invloed op de kwaliteit van zorg van de betreffende organisatie.

160 De SRH wordt in deze instelling bij 700 cliënten ingezet, dit is meer dan de helft van de doelgroep.

161 Als sterke punten worden de breedte van de thema's die door SRH worden gedekt en de positieve benadering van cliënt en zorgprofessional. Er worden geen verbeterpunten genoemd.

4.4.3 CAARMS

162 Eén kwaliteitsmedewerker uit een geïntegreerde GGZ instelling heeft voor de Comprehensive Assessment of At Risk Mental State (CAARMS) een vragenlijst ingevuld.

Achtergrond en ontwikkeling van methode

163 De CAARMS is ontwikkeld door Yung *et al* (2005³⁶) en is een instrument waarmee kan worden vastgesteld of een cliënt een verhoogd risico heeft voor het ontwikkelen van een psychose of dat er al sprake is van een psychose. De CAARMS is een semi-gestructureerd interview dat uit zeven thema's bestaat. Een aantal thema's zijn direct gericht op het vaststellen van het risico op (het ontwikkelen van) een psychose en

³⁶ Yung, A.R., Yuen, H.P., McGorry, P.D., Phillips, L.J., Kelly, D., Dell'Olio, M., Francey, S.M., Cosgrave, E.M., Killackey, E., Stanford, C., Godfrey, K. & Buckby, J. (2005). Mapping the onset of psychosis: the Comprehensive Assessment of At Risk Mental States. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(11-12), 964-971.

een aantal thema's zijn meer algemeen. De CAARMS wordt met een voorgeschreven werkinstructie door een getrainde zorgprofessional afgenomen. Hierbij scoort de zorgprofessional op een zevenpuntsschaal.

Kwaliteit van leven

164 De CAARMS bevat thema's die raken aan kwaliteit van leven, waaronder 'emotioneel welzijn'. De respondent geeft aan niet te weten welke domeinen van kwaliteit van leven door de CAARMS worden gedekt. De CAARMS bevat volgens de respondent geen aspecten die zich richten op de kwaliteit van zorg en ondersteuning.

Doel en doelgroep

165 De CAARMS is ontwikkeld om in een vroeg stadium het risico op (de kans op) een psychose vast te stellen. Hiermee is de CAARMS vooral bedoeld om ingezet te worden bij jongeren en jongvolwassenen.

166 De respondent in dit onderzoek geeft aan dat de CAARMS inderdaad wordt ingezet bij cliënten met psychoseachtige ervaringen vastgesteld met de PQ-test³⁷ die zich bij de GGZ instelling hebben aangemeld. Volgens de respondent is deze methode niet toepasbaar te maken voor een andere doelgroep.

Ervaring en gebruik

167 De resultaten van de CAARMS worden door de cliënt en zorgprofessional verwerkt in het individuele zorgplan en is hiermee ondersteunend aan het zorgproces. De resultaten zijn hiervoor zeer goed bruikbaar. De resultaten worden niet op een ander aggregatieniveau gerapporteerd. De CAARMS wordt in deze zorginstelling bij 60 cliënten ingezet. Hierbij is in de zorginstelling afgesproken dat het instrument in ieder geval één keer in de drie jaar per cliënt wordt ingezet. De respondent geeft aan de methode jaarlijks in zijn geheel in te zetten is en per kwartaal alleen voor de thema's waarmee een psychose kan worden vastgesteld.

168 Het gebruik van de CAARMS heeft een sterk positieve invloed op de kwaliteit van zorg in de betreffende zorginstelling. Als sterke punten worden genoemd dat de CAARMS een gevalideerd meetinstrument is dat landelijk breed geïmplementeerd is en dat eenvoudig af te nemen is door getrainde medewerkers. Er worden geen verbeterpunten genoemd.

³⁷ www.pq-test.nl.

5. Beantwoording van de onderzoeksvragen

169 De onderzoeksvragen die richting gaven aan deze inventarisatie waren als volgt:

1. Inzet, doel en inhoud
 - i. Welke kwalitatieve en kwantitatieve methoden worden ingezet in de langdurige GGZ voor het in beeld brengen van de kwaliteit van leven van cliënten, inclusief de methoden die de zachte kant van de zorg (de relatie professional - cliënt) in beeld brengen?
 - ii. Bij welke doelgroepen en met welk doel worden methoden ingezet?
 - iii. Bij welke methoden voor kwaliteit van leven is (zijn) ook (aspecten van) kwaliteit van zorg opgenomen?
2. Ervaringen
 - i. Wordt het in beeld brengen van de kwaliteit van leven structureel of systematisch toegepast? Met welke frequentie wordt dit gedaan en bij welk deel van de cliënten?
 - ii. Op welke manieren worden de resultaten van de methode toegepast? In het bijzonder: worden resultaten gebruikt voor verbetering of aanpassing van de geleverde zorg en ondersteuning?
 - iii. Wat zijn de ervaringen van zorgprofessionals met de door hen gebruikte methoden?

170 In hoofdstuk 4 zijn, voor zover mogelijk, per aangedragen methode, bovenstaande onderzoeksvragen beantwoord. In dit hoofdstuk beantwoorden wij de onderzoeksvragen voor de sector GGZ als geheel, waarbij wij rekening houden met de eerder geïntroduceerde categorisering.

5.1 Inzet, doel en inhoud

5.1.1 Welke kwalitatieve en kwantitatieve methoden worden ingezet in de langdurige GGZ voor het in beeld brengen van de kwaliteit van leven van cliënten, inclusief de methoden die de zachte kant van de zorg (de relatie professional - cliënt) in beeld brengen?

171 In tabel 3 staan zowel de methoden die zijn genoemd door de respondenten als de domeinen van kwaliteit van leven samengevat. Er zijn veel methoden genoemd die onderdeel zijn van het ROM instrumentarium of van de kernset prestatie-indicatoren GGZ. Hierbij valt op dat de methoden uit de categorie 'cliëntervaring' zich vooral richten op het domein relatie tussen zorgprofessional en cliënt en de methoden uit de categorie 'kwaliteit van leven' op de domeinen sociaal welzijn, emotioneel welzijn en lichamelijk welzijn. Een uitzondering hierop is de LQOL die alleen het domein sociaal welzijn bevat. Bij de MANSa worden de domeinen materiële zekerheid, autonomie en zingeving ook vaak genoemd. Hiermee lijkt de MANSa het beste alle genoemde methoden domeinen van kwaliteit van leven, met uitzondering van het domein relatie tussen zorgprofessional en cliënt, te dekken.

		Aantal bruikbare vragenlijsten	Lichamelijk welzijn	Emotioneel welzijn	Sociaal welzijn	Zingeving	Materiële zekerheid	Autonomie	Relatie zorgverlener en cliënt	Weet ik niet
kwaliteit van leven	MANSA-7	4	4 100%	4 100%	4 100%	3 75%	3 75%	3 75%	2 50%	0
	MANSA-12vn	15	14 93%	15 100%	15 100%	7 47%	14 93%	9 60%	3 20%	0
	MANSA-12ph	2	2 100%	2 100%	2 100%	2 100%	1 50%	1 50%	1 50%	0
	MANSA-16	3	2 67%	3 100%	3 100%	3 100%	2 67%	3 100%	0 0%	3
	LQOL	1	0 0%	0 0%	1 100%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0
	QoLC	2	2 100%	2 100%	2 100%	1 50%	1 50%	0 0%	0 0%	0
	SF-36	1	1 100%	1 100%	1 100%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0
	EQ-5D	2	2 100%	2 100%	1 50%	1 50%	1 50%	1 50%	0 0%	0
	Kidscreen	5	5 100%	5 100%	5 100%	1 20%	1 20%	1 20%	0 0%	0
	CQI GGZ (BZW)	8	3 38%	5 63%	4 50%	2 25%	4 50%	4 50%	6 75%	0
cliëntervaring	CQI GGZ (BW)	12	4 33%	6 50%	5 42%	2 17%	3 25%	8 67%	12 100%	0
	CQI GGZ en VZ (Klinisch)	6	1 17%	3 50%	2 33%	1 17%	1 17%	3 50%	5 83%	2
	CQI GGZ (MO/VO)	1	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	1 100%	1 100%	0
	Clientthermometer	1	0 0%	1 100%	1 100%	0 0%	0 0%	1 100%	1 100%	0
functio- neren	Zelfredzaamheidsmatrix	3	3 100%	1 33%	3 100%	2 67%	3 100%	1 33%	0 0%	2
	Participatieladder	4	1 25%	1 25%	3 75%	4 100%	3 75%	2 50%	1 25%	0
	SOFAS	1	1 100%	1 100%	1 100%	0 0%	0 0%	0 0%	0 0%	0
overig	Herstelmeting	2	1 50%	0 0%	1 50%	0 0%	1 50%	2 100%	1 50%	0
	SRH	1	0 0%	1 100%	1 100%	1 100%	1 100%	1 100%	0 0%	0
	CAARMS	0								1

Tabel 3. Domeinen van kwaliteit van leven. De percentages genoemd in de tabel zijn gerelateerd aan het aantal bruikbare vragenlijsten per methode

5.1.2 Bij welke doelgroepen en met welk doel worden methoden ingezet?

172 Zoals beschreven in hoofdstuk 4 worden de methoden meestal bij alle cliënten ingezet en zijn deze afkomstig uit de langdurige GGZ en de verslavingszorg. Een uitzondering hierop is de SF-36; deze wordt volgens de respondent gebruikt bij cliënten die gebruikmaken van de kortdurende zorg. Er is een aantal instrumenten dat zich specifiek op een doelgroep richt, zoals Kidscreen of de verschillende versies van de CQI. Deze instrumenten worden alleen voor betreffende doelgroepen toegepast.

173 Aan kwaliteitsmedewerkers is gevraagd om aan te geven wat de reden is voor gebruik van een methode binnen een zorginstelling. Figuur 2 geeft per categorie van methoden weer welke redenen van gebruik zijn genoemd. De percentages in de figuur geven weer voor hoeveel procent van de vragenlijsten binnen een categorie een bepaalde reden is aangevinkt.

174 In deze figuur valt op dat als belangrijkste reden voor gebruik van de methoden uit de categorie 'cliëntervaring' het verplicht zijn van de methoden wordt genoemd³⁸ (97%). Dit sluit aan bij de verplichte aanlevering van de kernset prestatie-indicatoren GGZ, waarvan de cliëntervaringsmeting onderdeel is. Opvallend is dat slechts de helft van de respondenten zegt de methoden uit het ROM instrumentarium te gebruiken omdat ze verplicht zijn, terwijl ook dit instrumentarium als verplicht ingevoerd is binnen de GGZ.

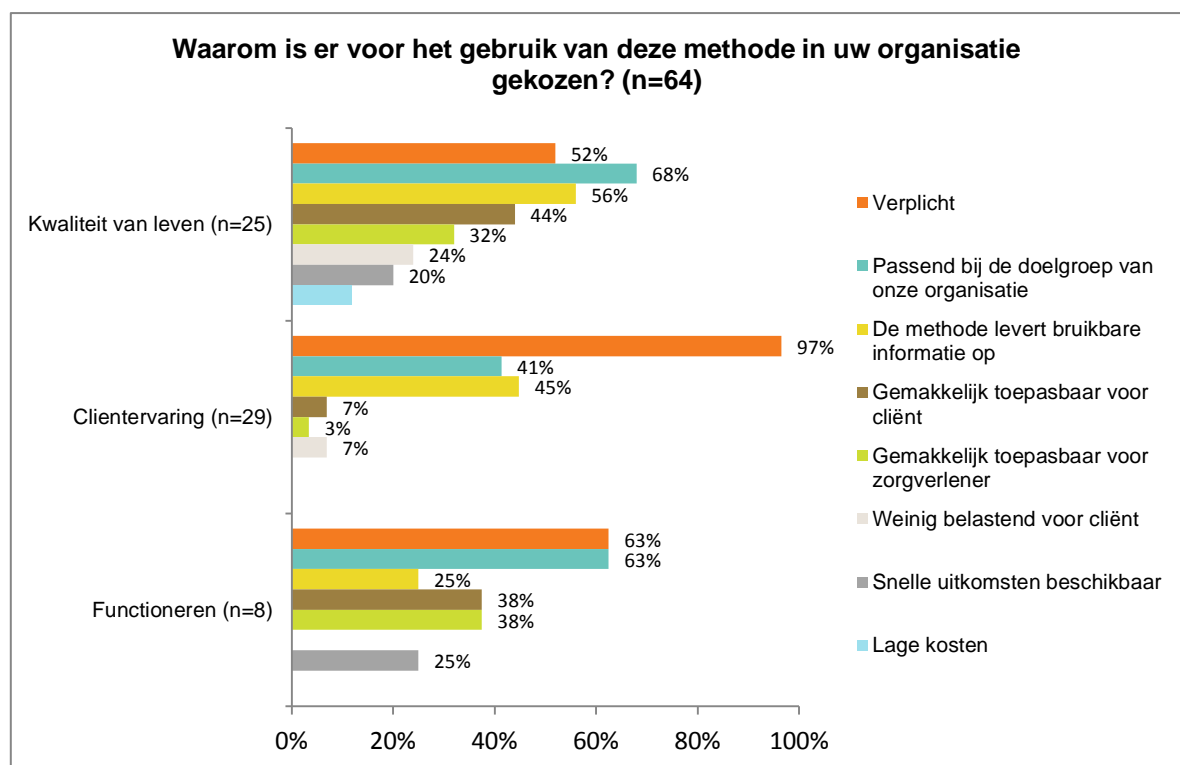
175 Voor de methoden uit de categorie 'kwaliteit van leven' is er niet één reden die als belangrijkste kan worden aangemerkt. Dit geldt voor alle methoden die in deze categorie vallen (niet in figuur weergegeven). Wat opvalt is dat relatief veel respondenten in vergelijking tot de andere categorieën als reden noemen dat de methode bruikbare informatie voor het verbeteren van de zorg en ondersteuning oplevert (56%). Verder vindt tweederde de methoden passend bij de doelgroep. Hierop is de EQ-5D een uitzondering (zie hoofdstuk 4); allicht speelt er bij dit instrument mee dat deze generiek is en niet specifiek is ontwikkeld voor de GGZ.

³⁸ Deze methoden zijn verplicht gesteld door zorgverzekeraars en zorgkantoren omdat de meetinstrumenten gevalideerd zijn en leiden tot vergelijkbare en betrouwbare resultaten.

176 Naast het verplicht zijn, noemt ruim 40% van de respondenten voor de categorie cliëntervaring ook gemakkelijk toepasbaar voor zorgverlener en weinig belastend voor cliënt, als reden. De overige redenen worden niet of nauwelijks aangegeven.

177 Voor de methoden uit de categorie 'functioneren' zijn de twee voornaamste genoemde redenen: verplicht (63%) en passend bij de doelgroep (63%). Opvallend is dat verplicht door geen van de respondenten is genoemd voor de Participatieladder en door alle respondenten voor de ZRM, terwijl passend bij de doelgroep door alle respondenten voor de Participatieladder wordt genoemd en voor de helft van de respondenten voor de ZRM (niet in de figuur weergegeven).

178 Voor de categorie 'overig' zijn slechts twee vragenlijsten ingevuld, waarbij voor de CAARMS alle gebruikersdoelen zijn ingevuld.



Figuur 2. Overzicht van redenen voor gebruik per categorie van methoden³⁹. Er konden meerdere antwoorden per vragenlijst ingevuld worden

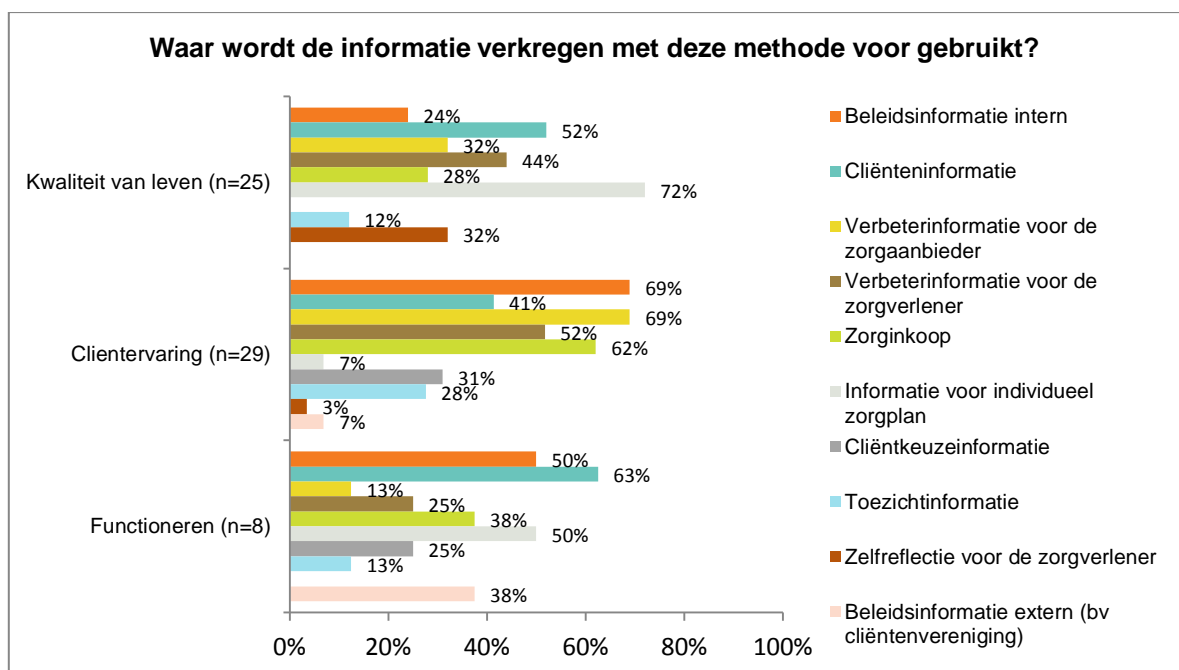
179 Nauw verbonden met de reden van gebruik van de methode is het doel wat men voor ogen heeft met het gebruik. Wanneer er per categorie van methoden wordt gekeken (figuur 3), dan valt op dat de uitkomsten van de methoden uit de categorie 'kwaliteit van leven' vooral als informatie dienen voor het individuele zorgplan, gevolgd door cliëntinformatie. Het gebruik van deze methoden lijkt vooral intern gericht. Opmerkelijk is overigens dat de uitkomsten van de SF-36 en de EQ-5D volgens de respondenten niet worden gebruikt als informatie voor het individuele zorgplan.

³⁹ De aantallen voor de overige methoden is te klein en worden daarom niet weergegeven in de figuur.

180 De uitkomsten van de methoden uit de categorie ‘cliëntervaring’ worden vooral voor zorginkoop en als interne beleidsinformatie en verbeterinformatie gebruikt. Het verschil tussen de categorie ‘kwaliteit van leven’ en ‘cliëntervaring’ is waarschijnlijk toe te schrijven aan de wijze van uitvraag: de methoden uit de eerste categorie worden per cliënt door de zorginstelling zelf ingezet; de methoden uit de tweede categorie worden anoniem uitgevraagd en verwerkt. Dit staat het gebruik van de individuele uitkomsten van de methoden uit de categorie ‘cliëntervaring’ in de zorg en ondersteuning van de cliënt in de weg.

181 De uitkomsten van de methoden uit de categorie ‘functioneren’ worden vooral voor cliëntinformatie, beleidsinformatie intern en als informatie voor het individueel zorgplan gebruikt.

182 Wanneer de *zorgprofessional reflecteert op zijn of haar handelen*, dan lijken de methoden uit de categorie ‘kwaliteit van leven’ hiervoor het meest geschikt (voornamelijk de MANSA en de Kidscreen). Voor de externe beleidsinformatie worden de methoden uit de categorie ‘functioneren’ relatief vaak genoemd (voornamelijk de Participatieladder).

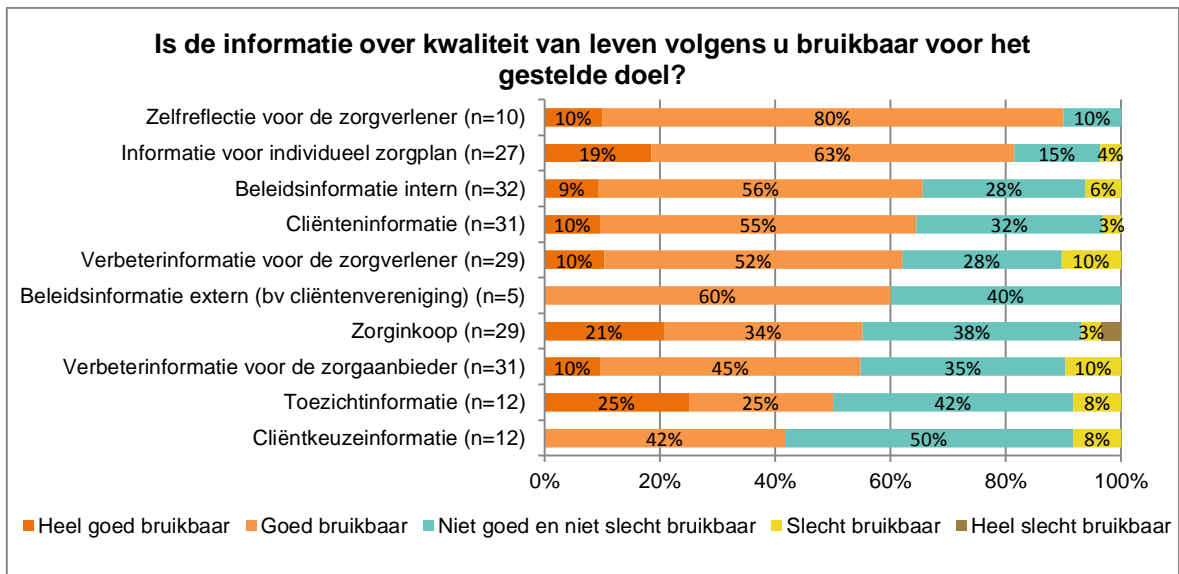


Figuur 3. Overzicht van doelen voor gebruik per categorie van methoden^{40,41}. Er konden meerdere antwoorden per vragenlijst ingevuld worden

183 Een vervolgvraag is of de informatie over kwaliteit van leven daadwerkelijk bruikbaar is voor het gestelde doel. Dit is weergegeven in figuur 4. *Zelfreflectie voor de zorgverlener* is niet vaak genoemd als doel (n=10, voornamelijk bij de MANSA), maar voor de methoden waar dit het doel is blijkt de informatie (heel) goed bruikbaar te zijn (90%). Volgens de respondenten lijkt de informatie het minst bruikbaar te zijn wanneer het doel cliëntkeuzeinformatie is (42%, voornamelijk CQI).

⁴⁰ Onder zorgaanbieder wordt de zorginstelling verstaan, onder zorgverlener de individuele zorgprofessional.

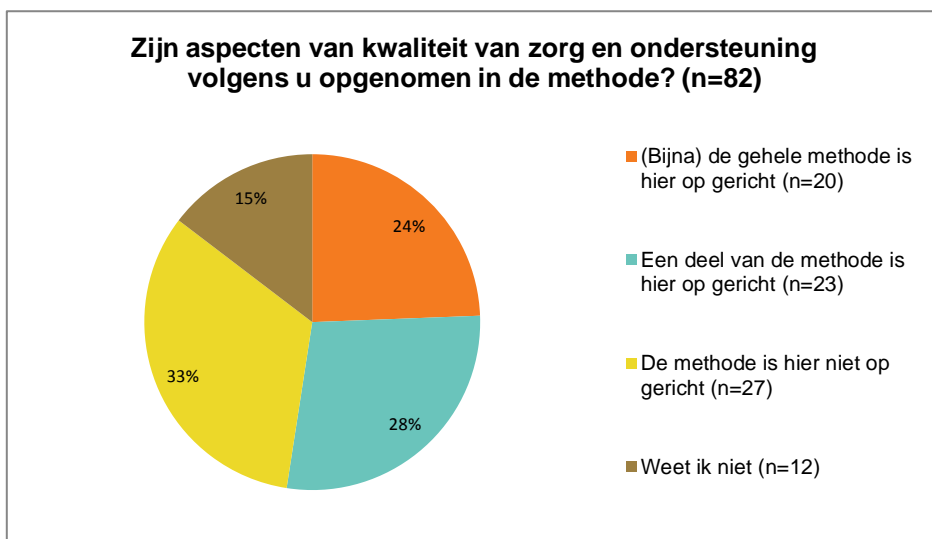
⁴¹ De aantallen voor de overige methoden is te klein en worden daarom niet weergegeven in de figuur.



Figuur 4. Overzicht van bruikbaarheid per doel

5.1.3 Bij welke methoden voor kwaliteit van leven is (zijn) ook (aspecten van) kwaliteit van zorg opgenomen?

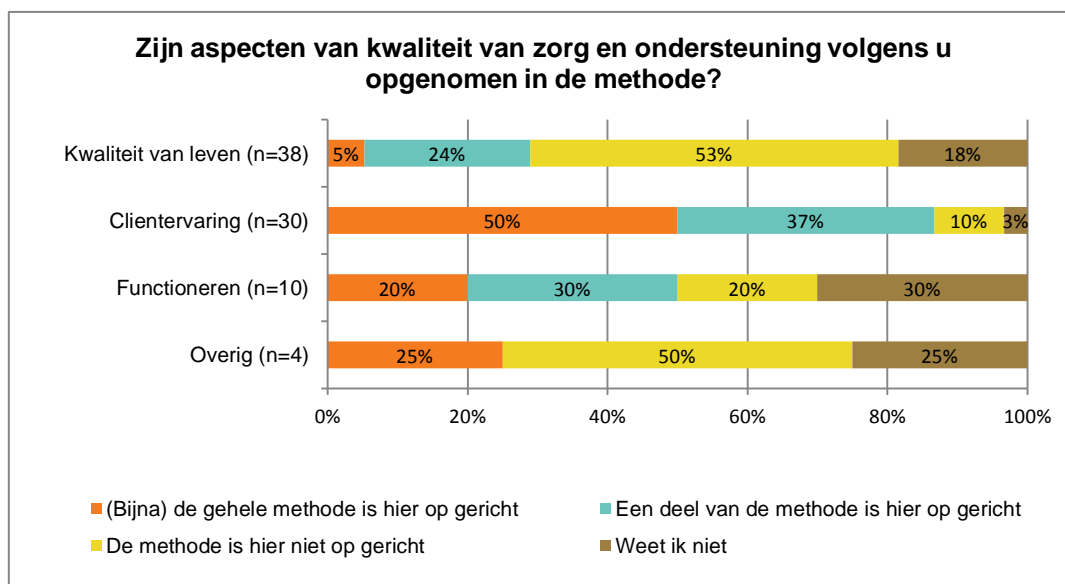
184 In meer dan de helft van de vragenlijsten (n=82) geeft de respondent aan dat er in de betreffende methode aspecten van kwaliteit van zorg en ondersteuning zijn opgenomen (52%), voor 33% van de vragenlijsten geldt dat de methode hier volgens de respondent niet op is gericht.



Figuur 5. Overzicht van de mate waarin kwaliteit van zorg en ondersteuning een aspect is van een methode

185 Het onderscheid per categorie van methoden maakt inzichtelijk dat volgens de respondenten de methoden uit de categorie 'cliëntervaring' voornamelijk gericht zijn op kwaliteit van zorg terwijl de methoden uit de categorie 'kwaliteit van leven' maar voor 5% geheel gericht zijn op kwaliteit van zorg en voor 24% deels gericht op kwaliteit van zorg (zie figuur 6). Hierbij valt op dat alleen voor de MANSa en voor de EQ-5D wordt

aangegeven dat er aspecten van kwaliteit van zorg zijn opgenomen in de vragenlijst. Voor de overige methoden uit deze categorie geven de respondenten aan dat er geen aspecten van kwaliteit van zorg in de methode zitten.



Figuur 6. Overzicht van de mate waarin kwaliteit van zorg een aspect is per categorie van methoden

5.2 Ervaringen

5.2.1 Wordt het in beeld brengen van de kwaliteit van leven structureel of systematisch toegepast? Met welke frequentie wordt dit gedaan en bij welk deel van de cliënten?

186 Aan kwaliteitsmedewerkers is gevraagd of er in de organisatie afspraken zijn over de regelmaat van inzet van de methoden per cliënt. De meeste kwaliteitsmedewerkers geven aan dat de methoden jaarlijks (42%) dan wel tweejaarlijks (31%) worden ingezet. Bij in totaal 14% van de methoden geeft men aan dat er geen afspraken over zijn, men het niet weet, of dat er een andere type afspraak is gemaakt over de meetfrequentie.

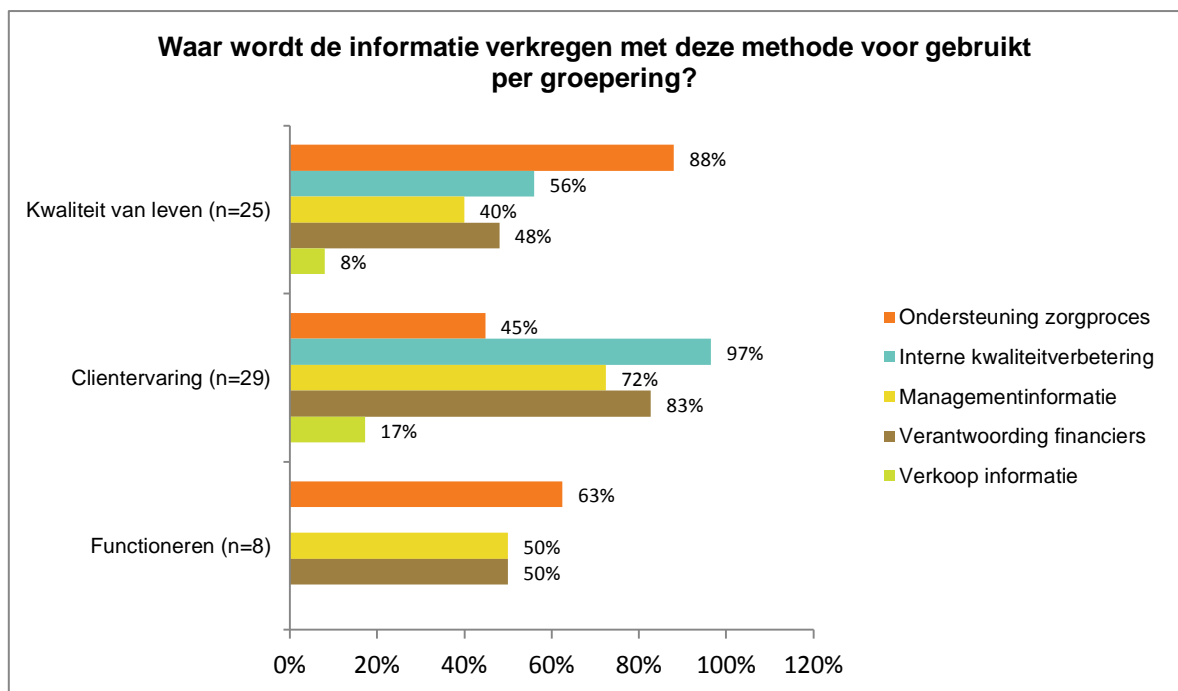
187 Uit nadere analyses blijkt dat de methoden waarbij men aangeeft dat er eens per jaar wordt gemeten vooral methoden uit de categorie 'kwaliteit van leven' zijn (18 keer). Methoden uit de categorie 'cliëntervaring' worden meestal eens per twee jaar ingezet (19 keer, veelal CQI beschermd wonen en zelfstandig begeleid wonen), ook eens per jaar wordt genoemd (9 keer, veelal CQI klinisch). Dit komt overeen met de landelijke afspraken die zijn gemaakt over de verplichte toepassing van de betreffende methoden.

188 Vervolgens is gevraagd aan de kwaliteitsmedewerkers of de in de praktijk beoogde meetfrequentie ook wordt gerealiseerd. In de meeste gevallen (77%) is dit het geval. Bij 15% van de methoden die de kwaliteitsmedewerkers hebben aangedragen, geven kwaliteitsmedewerkers aan niet te weten of de beoogde meetfrequentie ook wordt gerealiseerd.

189 Er zijn geen resultaten voor de vraag bij welk deel van de cliënten methoden structureel worden ingezet omdat de respons op de betreffende vragen laag is.

5.2.2 Op welke manieren worden de resultaten van de methode toegepast? In het bijzonder: worden resultaten gebruikt voor verbetering of aanpassing van de geleverde zorg en ondersteuning?

190 Aan kwaliteitsmedewerkers is gevraagd of zij konden aangeven voor welke doelen de resultaten van een methode gebruikt worden. In figuur 7 is dit per categorie van methoden weergegeven. Hierin is te zien dat de methoden uit de categorie 'functioneren' nooit worden ingezet voor interne verbeterinformatie en dat de methoden uit de categorie 'cliëntervaring' het meest wordt ingezet voor interne kwaliteitsverbetering, verantwoording voor financiers en managementinformatie en veel minder vaak voor de ondersteuning van het zorgproces en verkoopinformatie. Voor de methoden uit de categorie 'kwaliteit van leven' geldt dat de informatie vooral voor de ondersteuning van het zorgproces wordt gebruikt en nauwelijks als verkoopinformatie.



Figuur 7. Overzicht van het gebruik van de verkregen informatie per categorie van methoden⁴². Er konden meerdere antwoorden per vragenlijst ingevuld worden

191 In 70% van de vragenlijsten geven de respondenten aan dat er een beperkt positieve invloed van het gebruik van de methode is op de kwaliteit van zorg in de organisatie (figuur 8). Hierbij zijn geen verschillen tussen de categorieën van methoden. Opvallend is dat er over de SRH wordt gezegd dat deze een sterk positieve invloed heeft op de kwaliteit van zorg van de organisatie. De SRH is dan ook niet alleen een methode om kwaliteit van leven in beeld te brengen, maar een manier van werken met de cliënten.

⁴² De aantallen voor de categorie 'overig' zijn te klein en worden daarom niet weergegeven in de figuur.



Figuur 8. Invloed methode op kwaliteit van zorg in organisatie

5.2.3 Wat zijn de ervaringen van zorgprofessionals met de door hen gebruikte methoden?

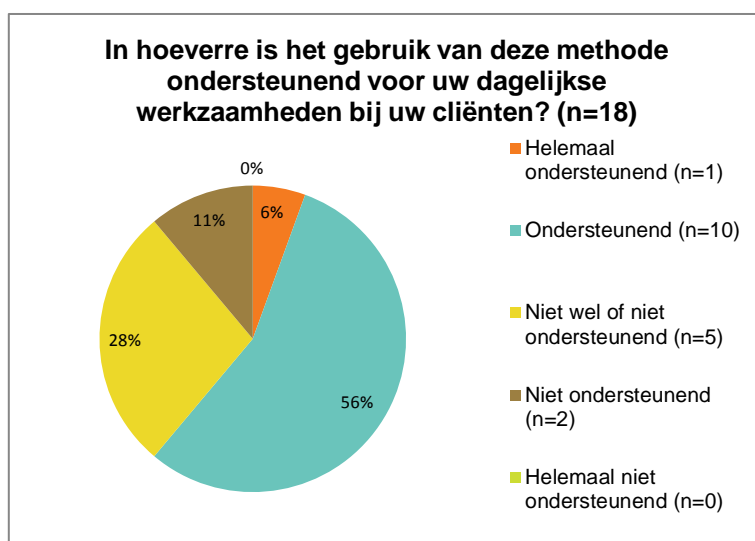
192 Voor deze vragen zijn 17 bruikbare vragenlijsten beschikbaar, allemaal ingevuld door de zorgprofessional. Hierbij gaan 13 vragenlijsten over methoden uit de categorie 'kwaliteit van leven' (10 MANSA, 2 Kidscreen, 1 EQ-5D), 2 vragenlijsten over methoden uit de categorie 'functioneren' (1 Participatieladder, 1 ZRM) en 2 uit de categorie 'overig' (1 SRH, 1 Herstelmeting). Er zijn geen vragenlijsten voor de methoden uit de categorie 'cliëntervaring'; dit is logisch, omdat deze door een extern meetbureau worden afgenomen. Het aantal waarnemingen voor deze vraag is laag, daarom zijn deze resultaten slechts indicatief.

193 Aan de zorgprofessionals is gevraagd hoeveel tijd het kost om een methode per cliënt te gebruiken. De zorgprofessionals hebben in totaal op 17 vragenlijsten aangegeven welke tijd er benodigd is. De mediane tijdsduur is 23 minuten per cliënt, dit betekent dat voor 50% van de vragenlijsten een tijdsduur van minder dan 23 minuten is aangegeven en bij 50% meer dan 23 minuten. In 35% van de vragenlijsten is een tijdsduur van 60 minuten per cliënt aangegeven. Het merendeel van deze zorgprofessionals geeft aan dat de tijdsduur precies goed is (83%).

194 In de toelichtingen (voornamelijk MANSA) geven zorgprofessionals onder andere aan dat de tijdsduur van afname goed is, maar dat de methode vaker ingezet zou moeten worden om bruikbare informatie voor de dagelijkse praktijk te leveren. De inzet van de methode leidt vaak tot een open gesprek dat langer duurt en omdat de onderwerpen van de methode confronterend zijn voor een cliënt wat resulteert in extra tijd die geïnvesteerd moet worden na de inzet van de betreffende methode.

195 Zorgprofessionals geven in 62% van de vragenlijsten aan dat ze het gebruik van de methode (helemaal) ondersteunend vinden voor hun dagelijkse werkzaamheden, in 11% van de vragenlijsten wordt aangegeven dat het (helemaal) niet ondersteunend is (figuur 9). In dit laatste geval gaat het om een vragenlijst voor de MANSA en voor de ZRM. De zorg die in de interviews is uitgesproken dat, doordat de nadruk ligt op de verplichte aanlevering, de resultaten niet bruikbaar zijn voor de dagelijkse praktijk en hier niet worden toegepast, lijken dus niet te worden bevestigd door de resultaten van de enquête.

196 Er wordt opgemerkt dat de methode onderdeel is van de zorgplancyclus en signalerend wordt gebruikt voor nieuwe wensen en behoeften (die overigens ook op een andere manier al in kaart worden gebracht). Respondenten geven ook aan dat de methode als verplicht wordt ervaren waarbij deze - als het goed is - geen verrassende informatie oplevert. Tot slot wordt genoemd dat de methode niet aansluit bij de basismethodiek die wordt gebruikt in de instelling en niet aansluit bij de dagelijkse praktijk door de jaarlijkse toepassing.



Figuur 9. Ervaren ondersteuning van zorgprofessionals bij gebruik methode

6. Discussie

6.1 Kwaliteit van leven in beeld in de GGZ sector

197 Met deze inventarisatie is geprobeerd een zo volledig mogelijk overzicht te verkrijgen van methoden die in de praktijk worden gebruikt. Hiervoor zijn alle zorginstellingen die zijn aangesloten bij GGZ Nederland en de RIBW Alliantie en die langdurige zorg leveren uitgenodigd voor deelname. Van de ruim 100 instellingen heeft één op de vijf de enquête ingevuld. Hiermee is niet geheel geborgd dat de inventarisatie compleet is. Echter, de resultaten van de enquête komen overeen met de resultaten van de verdiepende interviews en in de internetenquête zijn nauwelijks voor de inventarisatie nieuwe methoden genoemd. De inventarisatie lijkt hiermee dekkend te zijn.

198 Doel van de inventarisatie was ook een goed beeld te krijgen van de toepasbaarheid van de methoden in de dagelijkse praktijk. Het aantal zorgprofessionals dat heeft meegedaan aan het onderzoek is echter beperkt. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat, door de transities in de GGZ en de aandacht die dit vergt van de zorgprofessionals, als ook het gevoel dat bij zorgprofessionals heerst dat zij veel tijd kwijt zijn aan andere zaken dan daadwerkelijk zorg, zij geen prioriteit hebben gegeven aan het invullen van deze internetenquête. Door de beperkte deelname van zorgprofessionals aan het onderzoek, zijn de conclusies rondom hun ervaringen indicatief.

199 De methoden die ontwikkeld zijn om kwaliteit van leven in beeld te brengen, waaronder de MANSA, richten zich op alle domeinen van kwaliteit van leven met uitzondering van het domein relatie tussen zorgprofessional en cliënt; dit laatste domein is in dit onderzoek toegevoegd en wordt in de literatuur niet gezien als domein van kwaliteit van leven. Instrumenten als de MANSA lijken hiermee het meest geschikt om kwaliteit van leven in beeld te brengen. Wil men informatie over de relatie tussen zorgprofessional en cliënt, dan lijkt de CQI hiervoor de meest geëigende methode.

200 In de interviews werd genoemd dat kwaliteit van leven niet los gezien kan worden van kwaliteit van zorg in de langdurige GGZ. Dit is ook terug te zien in de vervlechting van beide onderwerpen in de gebruikte methoden. Vooral bij de methoden uit de categorie 'cliëntervaring' werd genoemd dat een deel van de methode op kwaliteit van zorg is gericht. Ook bij de methoden uit de categorie 'functioneren' geven de respondenten dit relatief vaak aan.

201 Naast de methoden uit het ROM instrumentarium en de CQI vragenlijsten, is er ook informatie beschikbaar over een aantal methoden die (nu nog) minder vaak worden gebruikt in deze sector. Een deel is afkomstig vanuit de Wmo (Participatieladder en ZRM); dit lijkt een logisch gevolg van de overheveling van een deel van de langdurige GGZ (beschermd wonen) van de AWBZ naar de Wmo. Een aantal respondenten geeft aan dat men bezig is met de implementatie van deze instrumenten.

6.2 Focus op verplichte metingen

202 Zowel het gebruik van het ROM instrumentarium als van CQI wordt door zorgkantoren veelal verplicht gesteld. Vooral bij de CQI werd dit ook als belangrijkste reden gezien voor het gebruik van dit instrument. Dit

is een grote investering, zowel in tijd als geld, omdat er een voldoende respons nodig is om aan deze verplichting te voldoen. Hierdoor lijkt er minder aandacht voor andere methoden. Ook in de interviews kwam naar voren dat voor het gebruik van kwalitatieve methoden geen ruimte lijkt te zijn nu men zich zo op het ROM Instrumentarium en de CQI metingen richt. Dus, hoewel er in de interviews de wens van instellingen en cliënten naar voren kwam om meer kwalitatieve methoden toe te passen, worden dergelijke methoden in deze inventarisatie slechts beperkt genoemd.

203 Echter, dergelijke methoden zijn wel naar voren gekomen in de laatste vraag van de internetenquête 'wat doet uw organisatie nog meer om de kwaliteit van leven van cliënten te monitoren?'. Hier valt te lezen dat kwaliteit van leven verweven is in de dagelijkse werkzaamheden met de cliënten: er worden veel gesprekken gevoerd met de individuele cliënten, waarbij maatwerk van belang is, met de cliëntenraad en met de familieraad. Jaarlijks vinden er evaluaties plaats met het team, met de cliënt en diens familie. Er wordt vaak gebruik gemaakt van een methodisch zorgplan, waarin kwaliteit van leven een vast onderdeel is. Ook wordt de inzet van ervaringsdeskundigen genoemd. Het verdient aanbeveling om in een vervolg onderzoek specifiek door te vragen op deze methoden. Verder is er nog een aantal instrumenten genoemd waarvoor geen vragenlijst is ingevuld, zoals de 'smiley kaart' voor cliëntervaring, de CSQ (Client Satisfaction Questionnaire), en de ROPI (Recovery Oriented Practices Index). Ook deze zouden in de toekomst verder uitgevraagd moeten worden.

6.3 Zorginstellingen vergelijken

204 In de verdiepende interviews werd aangegeven dat kwaliteit van leven niet gebruikt kan worden voor de vergelijking tussen zorgaanbieders (benchmark) omdat het effect van de interventie op deze uitkomst veelal vertraagd optreedt en een aantal aspecten van kwaliteit van leven niet binnen de invloedssfeer ligt van de zorgaanbieder. Uit de enquêteresultaten kwam naar voren dat volgens de kwaliteitsmedewerkers vooral methoden uit de categorie 'cliëntervaring' worden gebruikt voor de zorginkoop; in de zorginkoop speelt benchmarking vaak wel een rol. Voor de methoden uit de categorie 'kwaliteit van leven' wordt dit doel veel minder genoemd. De methoden uit de categorie 'kwaliteit van leven' worden vooral gebruikt in het individuele zorgplan: deze methoden zijn ook ontwikkeld om de effectiviteit van zorg vast te stellen en te verbeteren. Daarmee bevestigen de enquêteresultaten het beeld dat is verkregen in de interviews. Overigens blijkt uit de enquêteresultaten dat wanneer de informatie wordt gebruikt voor zorginkoop, de helft van de kwaliteitsmedewerkers vindt dat de informatie hiervoor ook (heel) goed bruikbaar is.

A. Bijlage: Geïnterviewde personen

205 Ter voorbereiding van het uitzetten van de vragenlijst hebben wij onderstaande personen geïnterviewd:

- a. Altrecht - Laura Schuurman en Gert Schijven;
- b. GGZ Nederland - Djiewke Verseput;
- c. Landelijke expertraad EPA - Jaap van Weeghel en Wilma Swildens;
- d. Landelijk Platform GGZ - Lotte Kits;
- e. RIBW Alliantie - Eta Mulder;
- f. Stichting Benchmark GGZ - Edwin de Beurs;
- g. Zorgverzekeraar Achmea - Charlotte van der Ziel, Marjon van den Hurk, Marleen van Oirsouw, Jolanda van der Heide;
- h. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) - Angela Bransen.

B. Bijlage: Gehanteerde vragenlijst

206 In deze bijlage staat de vragenlijst die we in het onderzoek hebben gebruikt.

[Per vraag is met een letter K of Z aangegeven voor welke type respondent de vraag relevant is:

K = Kwaliteitsmedewerker;

Z = Zorgprofessional].

Methoden om kwaliteit van leven in beeld te brengen

We zijn erg geïnteresseerd in de methoden om kwaliteit van leven in beeld te brengen die in uw organisatie worden gebruikt. Om het u makkelijk te maken kunt u hieronder uit een lijst van bij ons bekende instrumenten aankruisen welke methode(n) in uw organisatie wordt(en) gebruikt. Daaronder kunt u in de open velden aangeven wanneer u een andere methode(n) gebruikt dan aangegeven in de lijst.

1. Welke methode(n) om kwaliteit van leven van cliënten/bewoners in beeld te brengen wordt(en) er in uw organisatie gebruikt? [K krijgt alle methoden te zien, Z krijgt de mogelijkheid aan te vullen]
 - CQ-index;
 - CQ-index Begeleid zelfstandig wonen;
 - CQ-index Beschermd wonen;
 - CQ-index Klinische zorg en VZ;
 - MANSA (inclusief Lancashire Quality of Life Profile);
 - MANSA-16;
 - MANSA-7;
 - (LQoLP) Lancashire Quality of Life Profile;
 - Manchester Short Assessment of Quality of Life (Versie Van Nieuwenhuizen);
 - Manchester Short Assessment of Quality of Life (Versie Phamous);
 - SF-12;
 - SF-36
 - Rand-36;
 - EQ-5D;
 - CDOI (Client Directed Outcome Informed);
 - Limburg Quality of Life;
 - Kidscreen (Erasmus/LUMC);
 - Zelfredzaamheidmatrix;
 - Participatieladder;
 - Anders, namelijk;
 - Anders, namelijk;
 - Anders, namelijk.

Als er bij 1 meerdere methoden worden aangekruist, dan wordt de rest van de vragenlijst per aangekruiste methode ingevuld. Dan wordt gevraagd voor welke 3 methoden ze de vragenlijst in willen vullen.

2. Waarom is er voor het gebruik van deze methode in uw organisatie gekozen? [K, Z alleen wanneer er nog een nieuwe methode door Z is aangedragen]
- Verplicht
 - Lage kosten
 - Gemakkelijk toepasbaar voor cliënt
 - Gemakkelijk toepasbaar voor zorgverlener
 - Passend bij de doelgroep van onze organisatie
 - Terugkoppeling mogelijk aan cliënt
 - De methode levert bruikbare informatie op (voor verbeteren van de zorg en ondersteuning)
 - Weinig belastend voor cliënt, snelle uitkomsten beschikbaar
 - Anders namelijk ...

Doel van de methode

3. A) Voor welk doel wordt de informatie over kwaliteit van leven verkregen met deze methode ingezet? [K, Z alleen wanneer er nog een nieuwe methode door Z is aangedragen]
- Zorginkoop
 - Cliënteninformatie
 - Cliëntkeuzeinformatie
 - Verbeterinformatie voor de zorgaanbieder
 - Verbeterinformatie voor de zorgverlener
 - Beleidsinformatie intern
 - Zelfreflectie voor de zorgverlener
 - Informatie voor individueel zorgplan
 - Beleidsinformatie extern (bijvoorbeeld cliëntenvereniging)
 - Toezichtinformatie, niet bekend
 - Anders namelijk...
- B) Door wie wordt de informatie over kwaliteit van leven gebruikt? [K, Z alleen wanneer er nog een nieuwe methode door Z is aangedragen]
- Zorginkoper
 - Cliënt
 - Vertegenwoordiger van cliënt
 - Cliëntenorganisatie
 - Branchevereniging
 - Kwaliteitsmedewerker
 - Beleidsmedewerker
 - (Bestuur) zorgaanbieder
 - Zorgprofessional
 - Anders, namelijk...

4. Is de informatie over kwaliteit van leven volgens u bruikbaar voor het gestelde doel? [K,Z]
- Heel goed bruikbaar
 - Goed bruikbaar
 - Niet goed en niet slecht bruikbaar
 - Slecht bruikbaar
 - Heel slecht bruikbaar
- Licht uw antwoord toe
5. In hoeverre is het gebruik van deze methode ondersteunend voor uw dagelijkse werkzaamheden bij uw cliënten? [Z]
- Helemaal ondersteunend
 - Ondersteunend
 - Niet wel of niet ondersteunend
 - Niet ondersteunend
 - Helemaal niet ondersteunend
- Licht uw antwoord toe

Doelgroep methode

6. A) Voor welke doelgroepen wordt de methode ingezet? [K, Z alleen wanneer er nog een nieuwe methode door Z is aangedragen]
- Lichamelijk beperkt
 - Verstandelijk beperkt
 - Zintuigelijk beperkt
 - Somatiek
 - Psychogeriatric
 - GGZ: langdurige GGZ
 - Anders, namelijk
- B) Wat is (bij benadering) de omvang van de doelgroep in uw organisatie? [K, Z alleen wanneer er nog een nieuwe methode door Z is aangedragen]
7. A1) Bij welk deel van de doelgroep in uw organisatie wordt deze methode ingezet? [Z]
- (Zo goed als) bij iedereen
 - Het merendeel
 - Meer dan de helft
 - Ongeveer de helft
 - Minder dan de helft
 - Een beperkt deel
 - (Zo goed als) niemand
 - Weet niet

A2) Wanneer de methode bij een deel van uw doelgroep wordt ingezet, kunt u aangeven waarom de methode niet bij de gehele doelgroep wordt gebruikt? [Z]

- Uit kostenoverweging
- Groter deel doelgroep heeft geen toegevoegde waarde
- Het kost te veel tijd
- Te ingewikkeld om bij iedereen in te zetten
- Anders
- Weet ik niet
- Anders, namelijk...

B1) En van welk deel van de doelgroep heeft u een voor het gestelde doel(en) bruikbare respons? [Z]

- (Zo goed als) bij iedereen
- Het merendeel
- Meer dan de helft
- De helft
- Minder dan de helft
- Een beperkt deel
- (Zo goed als) niemand
- Weet ik niet

B2) Wanneer de methode bij een deel van uw doelgroep een bruikbare respons geeft, kunt u aangeven waarom een deel van de respons niet bruikbaar is? [Z]

8. Is de methode, eventueel in aangepaste vorm, toegepast of toepasbaar voor andere doelgroepen of specifieke (sub)doelgroepen? [K]

- Ja
 - Ja in aangepaste vorm
 - Nee
 - Weet ik niet
- Licht uw antwoord toe

Inhoud methode

9. Welke domeinen van kwaliteit van leven wordt er volgens u met de methode in beeld gebracht? [K, Z]

- Lichamelijk welzijn
- Emotioneel welzijn
- Sociaal welzijn
- Zingeving
- Materiële zekerheid
- Autonomie
- Relatie tussen zorgverlener en cliënt
- Weet ik niet

10. Wat voor invloed heeft het gebruik van deze methode in uw organisatie op de kwaliteit van zorg? [K, Z]
- Een sterke negatieve invloed
 - Een beperkte negatieve invloed
 - Geen invloed
 - Een beperkte positieve invloed
 - Een sterke positieve invloed
11. Wat zijn volgens u de sterke punten van deze methode (noem maximaal 3 punten)? [K, Z]
12. Wat zijn volgens u de zwakke punten van deze methode (noem maximaal 3 punten)? [K, Z]

Naast op kwaliteit van leven richt de betreffende methode zich mogelijk ook op de kwaliteit van de zorg en ondersteuning. Kwaliteit van zorg en ondersteuning beschouwen wij voor deze enquête heel breed en bevat domeinen zoals bejegening van de cliënt door de zorgverlener, tevredenheid over de geleverde zorg en de ondersteuning, afspraken over zorg en ondersteuning en de (beoogde) effecten van de geleverde zorg (en nog vele domeinen meer).

13. Zijn aspecten van kwaliteit van zorg en ondersteuning volgens u opgenomen in de methode? [K, Z]
- De methode is hier niet op gericht
 - Een deel van de methode is hier op gericht
 - (Bijna) de gehele methode is hier op gericht
 - Weet ik niet

Manier van gebruik van de methode

14. A) De informatie verkregen met deze methode wordt vastgelegd in: [K, Z]
- Cliëntendossier
 - Digitaal registratiesysteem
 - Video opnames
 - Gespreksverslagen
 - Niet
 - Anders, namelijk...
- B) De informatie verkregen met deze methode wordt gerapporteerd: [K, Z]
- Per cliënt
 - Per afdeling
 - Per zorgverlener
 - Anders, namelijk...

C) De informatie verkregen met deze methode wordt gebruikt voor: [K]

- Ondersteuning zorgproces
- Interne kwaliteitsverbetering
- Managementinformatie
- Verantwoording financiers
- Verkoop informatie;
- Anders, namelijk...

15. A1) Op welke manier wordt deze methode ingezet? [K, Z]

- Een schriftelijke of online vragenlijst
- Een interview met een aantal hoofdvragen bij de cliënt die direct aansluiten op de methode
- Open gesprek
- Observatie
- Anders, namelijk...

Indien een vragenlijst bij 15.A1

A2) De vragenlijst is:

- Ingevuld door cliënt
- Cliënt samen met een tweede persoon ingevuld
- Een tweede persoon heeft de vragenlijst alleen ingevuld
- Weet ik niet

Indien samen met of door een tweede persoon ingevuld bij 15.A2

A3) De tweede persoon is

- Wettelijk vertegenwoordiger
- Mantelzorger
- Medebewoner
- Vrijwilliger
- Zorgverlener
- Kwaliteitsmedewerker
- Anders namelijk
- Weet ik niet

B1) Wanneer de methode geen betrekking heeft op de cliënt, vindt er met de cliënt afstemming plaats? [K, Z]

- Ja
- Nee
- Weet ik niet
- Licht uw antwoord toe

B2) Vindt er met de wettelijk vertegenwoordiger en/of familie en/of mantelzorger afstemming plaats? [K, Z]

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

Zo ja, op welke manier vindt deze afstemming plaats? [K, Z]

- Schriftelijk
- In een gesprek
- Anders, namelijk...

16. A) Met welke regelmaat is er in uw organisatie afgesproken dat de methode per cliënt worden ingezet? [K]

- Daar zijn geen afspraken over
- Maandelijks
- Kwartaal
- Halfjaarlijks
- Jaarlijks
- Tweejaarlijks
- Driejaarlijks
- Onregelmatig
- Weet ik niet
- Anders, namelijk..

B) Als er afspraken over de frequentie van inzet zijn gemaakt, lukt het dan deze in de praktijk op te volgen? [K]

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

Zo nee, in welke frequentie wordt de methode in de praktijk dan ingezet? [K]

- Maandelijks
- Kwartaal
- Halfjaarlijks
- Jaarlijks
- Tweejaarlijks
- Onregelmatig
- Anders, namelijk...
- Weet niet

17. A) Bestaat er voor deze methode een voorgeschreven werkwijze? [K, Z]

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

B1) Zo ja, is er een voorgeschreven instructie voor de cliënt? [K, Z]

- Ja
- Nee
- Weet ik niet

- B2) Zo ja, is er een voorgeschreven instructie voor de zorgverlener? [K, Z]
- Ja
 - Nee
 - Weet ik niet
- C) Zo ja, wordt de methode ook volgens deze werkwijze toegepast? [K, Z]
- Ja
 - Nee
 - Weet ik niet
- D) Indien B nee, waarin wijkt de toepassing af van de voorgeschreven methodiek? [K, Z]
18. A) Hoeveel tijd bent u gemiddeld genomen per cliënt kwijt om de methode in te zetten? [Z]
- Open vraag in minuten
 - Niet van toepassing, deze methoden wordt niet per cliënt toegepast
- B) Wat vindt u van deze tijdsduur? [Z]
- Veel te lang
 - Iets te lang
 - Precies goed
 - Iets te kort
 - Veel te kort
19. Als u de methode toepast, gebruikt u dan: [K, Z]
- De gehele methode
 - Een beperkt deel/een aantal vragen <beschrijf in hoofdlijnen welk deel niet wordt gebruikt
20. In hoeverre is het gebruik van deze methode belemmerend voor uw dagelijkse werkzaamheden bij uw cliënten? [Z]
- Zeer belemmerend
 - Belemmerend
 - Niet wel of niet belemmerend
 - Niet belemmerend
 - Helemaal niet belemmerend

Aanvullende informatie

21. A) Als er een nieuwe methode wordt aangedragen of als we zelf geen informatie hebben: Wie heeft deze methode ontwikkeld? [K, Z alleen wanneer er nog een nieuwe methode door Z is aangedragen]
- B) Wie is er eigenaar van deze methode? [K, Z alleen wanneer er nog een nieuwe methode door Z is aangedragen]
- C) Welke partijen zijn betrokken geweest bij de ontwikkeling van de methode? [K, Z alleen wanneer er nog een nieuwe methode door Z is aangedragen]
- D) Welke partijen hebben de methode vastgesteld? [K, Z alleen wanneer er nog een nieuwe methode door Z is aangedragen]

E) Is er documentatie beschikbaar over de methode? [K, Z alleen wanneer er nog een nieuwe methode door Z is aangedragen]

- Methode
- Proces
- Onderbouwing
- Werkinstructie
- Anders, namelijk...

F) Zo ja, wilt u de beschikbare documentatie meesturen of een verwijzing naar de documentatie doorgeven? [K, Z alleen wanneer er nog een nieuwe methode door Z is aangedragen]

Tot slot

22. Wat doet uw organisatie nog meer om de kwaliteit van leven van cliënten te monitoren? [K, Z]

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst!

C. Bijlage: Overzichtstabellen

	Naam methode	Gebruikt binnen doelgroep	Genoemde doelen	Frequentie gebruik	Gebruikt door zorginstelling
Kwaliteit van leven	MANSA-7, MANSA-12vn, MANSA-12ph, MANSA-16, LQOL	Ontwikkeld voor langdurige zorg; toegepast bij cliënten met vormen van autisme als ook kinderen/jongeren en cliënten die gebruik maken van de maatschappelijke opvang en verslavingszorg worden ook genoemd.	Het merendeel van de respondenten gebruikt de informatie voor het individuele zorgplan. Ruim de helft van de respondenten noemt ook cliënteninformatie, en verbeterinformatie voor de zorgprofessional. Ook worden zorginkoop, verbeterinformatie voor de zorginstelling, interne beleidsinformatie, zelfreflectie voor de zorgprofessional en toezichtinformatie genoemd.	Veelal eens per jaar, bij een deel van de respondenten vaker dan eens per jaar.	Antes (Bouman), Bavo Europoort, Dimence, Emergis, GGNet, GGZ Delfland, GGZ Friesland, GGZ Noord Holland Noord, Kwintes, Lentis, Lievegoed antroposofische zorg, Mentrum, RIBW Brabant, RIBW Gooi en Vechtstreek, RIBW Groep Overijssel, RIBW Nijmegen en Rivierenland, Riwis Zorg & Welzijn.
	QoLC	Ontwikkeld voor langdurige GGZ.	Als belangrijkste doel komt informatie voor het individuele zorgplan naar voren. Ook worden cliënteninformatie, verbeterinformatie voor de zorginstelling en de zorgprofessional, interne beleidsinformatie, zelfreflectie voor de zorgprofessional en toezichtinformatie genoemd.	Eens per jaar.	Dr. Leo Kannenhuis, RIBW Gooi en Vechtstreek.
	SF-36	Ontwikkeld om generiek in te zetten onafhankelijk van het ziektebeeld; toegepast bij cliënten die kortdurende zorg ontvangen wordt genoemd.	Als cliënteninformatie.	Eens per jaar.	GGZ Delfland.

	EQ-5D	Ontwikkeld om generiek in te zetten onafhankelijk van het ziektebeeld; toegepast bij cliënten uit de maatschappelijke opvang en verslavingszorg worden genoemd.	Voor de zorginkoop en als cliënteninformatie en verbeterinformatie voor de zorginstelling en de zorgprofessional.	Eens per jaar.	IrisZorg.
	Kidscreen	Ontwikkeld om generiek bij kinderen en jongeren in te zetten, onafhankelijk van het ziektebeeld; toegepast bij cliënten met vormen van autisme wordt ook genoemd.	Alle respondenten geven aan dat de informatie voor het individuele zorgplan wordt gebruikt. Ook zelfreflectie voor de zorgprofessional wordt vaker genoemd.	Eens per jaar.	Dimence, Dr. Leo Kannenhuis, RIBW Gooi en Vechtstreek.
Cliëntervaring	CQI GGZ (BZW), CQI GGZ (BW), CQI GGZ en VZ (klinisch), CQI GGZ (MO/VO) en Cliëntthermometer	Ontwikkeld voor de GGZ, specifiek voor genoemde doelgroepen.	Als belangrijkste doelen worden interne beleidsinformatie en verbeterinformatie voor de zorginstelling genoemd. Meer dan de helft van de respondenten noemt ook zorginkoop en verbeterinformatie voor de zorgprofessional. Ook worden cliënteninformatie, cliëntkeuzeinformatie, toezichtinformatie, zelfreflectie voor de zorgprofessional, informatie voor het individuele zorgplan en externe beleidsinformatie genoemd.	Veelal eens per twee jaar, bij een deel van de respondenten eens per jaar.	Antes (Bouman), Bavo Europoort, Cordaan, Emergis, GGZ Noord Holland Noord, IrisZorg, Kwintes, Lievegoed antroposofische zorg, Mentrum, RIBW Arnhem en Veluwe Vallei, RIBW Brabant, RIBW Gooi en Vechtstreek, RIBW Groep Overijssel, RIBW Nijmegen en Rivierenland, Riwis Zorg & Welzijn, Stichting HVO-Querido, Terwille.
Functioneren	Zelfredzaamheidsmatrix	Ontwikkeld voor cliënten die niet zelf actief om hulp vragen (OGGZ); toegepast bij cliënten uit de langdurige GGZ en maatschappelijke opvang en verslavingszorg worden genoemd.	Meer dan de helft van de respondenten noemt zorginkoop en cliënteninformatie. Ook worden cliëntkeuzeinformatie, verbeterinformatie voor de zorgprofessional, interne en externe beleidsinformatie, toezichtinformatie en informatie voor het individuele zorginkoop worden genoemd.	Eens per half jaar.	Antes (Bouman), IrisZorg, RIBW Arnhem en Veluwe Vallei, Stichting HVO-Querido.

	Participatieladder	Ontwikkeld om generiek bij alle volwassenen in te zetten; toegepast bij cliënten uit de langdurige GGZ wordt genoemd.	Als belangrijkste doel worden interne beleidsinformatie en informatie voor het individuele zorgplan genoemd, gevolgd door cliënteninformatie en externe beleidsinformatie. Ook worden cliëntkeuzeinformatie en verbeterinformatie voor de zorginstelling en zorgprofessional genoemd.	Eens per twee jaar.	GGZ Delfland, Kwintes, RIBW Arnhem en Veluwe Vallei.
	SOFAS	Ontwikkeld voor cliënten met GGZ problematiek.	Als cliënteninformatie.	Eens per drie jaar.	GGZ Friesland.
Overig	Herstelmeting	Ontwikkeld voor cliënten met GGZ problematiek.	Als informatie voor de zorginkoop, verbeterinformatie voor zorginstelling en zorgprofessional, interne beleidsinformatie, zelfreflectie voor zorgprofessional en als informatie voor het individuele zorgplan.	Hier zijn geen afspraken over.	Lentis.
	SRH	Ontwikkeld voor cliënten met een psychosociale beperking; toegepast bij cliënten uit de langdurige GGZ wordt genoemd.	Als cliënteninformatie, cliëntkeuzeinformatie, verbeterinformatie voor de zorginstelling, interne beleidsinformatie en als informatie voor het individuele zorgplan.	Onbekend.	RIBW Arnhem en Veluwe Vallei.
	CAARMS	Ontwikkeld voor jongeren en jongvolwassenen met een (verhoogde kans op) psychose.	Als informatie voor het individuele zorgplan.	Eens per drie jaar.	GGZ Friesland.