

Eindrapportage

Analyse data Kwaliteitstoetsing Regionaal Aanbod
Schizofreniezorg (KRAS)

Tbv verbeteren kwaliteit Psychose zorg
(Zinnige zorg projecten ZIN)

September, 2019

Kenniscentrum Phrenos in opdracht van Zorginstituut Nederland

Daniëlle van Duin, Lars de Winter & Chrisje Couwenbergh

Inhoudsopgave

1. Inleiding	3
2. Procedure en opzet van de Kwaliteitstoetsing Regionaal Aanbod Schizofreniezorg.....	4
2.1 Procedure KRAS Quickscan.....	4
2.2 Opzet van de items over Kwaliteit en Bereik van aanbevolen zorg	5
3. Methode en analyse huidig overzicht	7
3.1 Beschrijving regio's en instellingen	7
3.2 Kwantitatieve analyse KRAS data	8
3.3 Kwalitatieve analyses KRAS data	10
4. Resultaten.....	11
4.1 Beschrijving regio's en teams	11
4.2 Overzicht resultaten van de relevante items	16
4.3 Overzicht verhoudingen en correlaties op alle items	34
4.4 Algemene conclusies	37
BIJLAGE 1: KRAS Quickscan teaminterview	38
BIJLAGE 2: KRAS Scoringssleutel bij KRAS Quickscan	53
BIJLAGE 3: Vragen en antwoorden van expertpanel nav presentatie resultaten voor ZIN	54

1. Inleiding

Binnen de Zinnige zorg projecten van het Zorginstituut Nederland (ZIN) is Psychosezorg gekozen als één van de prioriteiten voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Doel hierbij is het tegengaan van onder- en overbehandeling ten opzichte van aanbevolen zorg in de Zorgstandaard Psychose. Het Zorginstituut focust zich hierbij op de toepassing van cognitieve gedragstherapie (CGT), somatische screening en zorg, gezamenlijke besluitvorming, en de betrokkenheid van patiënten en naasten bij de behandeling bij deze doelgroep. Het voorliggende rapport beschrijft hoe de resultaten van het KRAS onderzoek (Kwaliteit Regionaal Aanbod Schizofreniezorg), dat in 2013 is uitgevoerd door Kenniscentrum Phrenos, zijn gebruikt om het verschil tussen aanbevolen en toegepaste zorg nader in beeld te brengen.

De KRAS is in 2002 ontwikkeld om het bereik en toepassing van de aanbevelingen uit de Multidisciplinaire Richtlijn (MDR) Schizofrenie te toetsen. In 2012 is een nieuwe verkorte versie van de KRAS, de KRAS Quickscan, gemaakt op basis van de geactualiseerde MDR Schizofrenie en eerdere ervaringen met KRAS-toetsingen. Met behulp van deze KRAS Quickscan is in 13 regio's verspreid over het land, in kaart gebracht in welke mate de MDR Schizofrenie werd toegepast binnen de ggz-behandelinstelling en RIBW in deze regio's. In sommige gevallen bieden instellingen zowel ggz-behandeling als beschermd wonen en ambulante woonbegeleiding en spreken we van geïntegreerde instellingen. In totaal hebben 13 regio's (22 instellingen) aan het onderzoek deel genomen; te weten negen ggz-behandelinstellingen, negen Regionale Instellingen Beschermd Wonen (RIBW's), en vier geïntegreerde instellingen.

Deze gegevens zijn destijds met name gebruikt om deelnemende regio's inzicht te verschaffen in de sterke en zwakke kanten van het zorgaanbod voor mensen met schizofrenie ¹spectrum stoornissen. Met als doel om aanknopingspunten te leveren voor verbetering van de kwaliteit en organisatie van zorg op (sub)regionaal niveau. Er is destijds geen rapportage over geaggregeerde data gemaakt.

Binnen de KRAS Quickscan zijn verschillende gegevens verzameld welke relevant lijken voor de huidige analyse naar het verschil tussen aanbevolen en toegepaste zorg op het gebied van de somatische screening en zorg, cognitieve gedragstherapie, gezamenlijke besluitvorming, en de betrokkenheid van patiënten en naasten bij de behandeling.

Deze nieuwe analyse (kloofstudie) betreft een analyse waarbij de KRAS data op een landelijk niveau geanalyseerd en gepresenteerd worden. Dit draagt bij aan de spiegel die in het kader van de Zinnige Zorg geboden wordt over mate van toepassing van de richtlijn of de zorgstandaard in de praktijk.

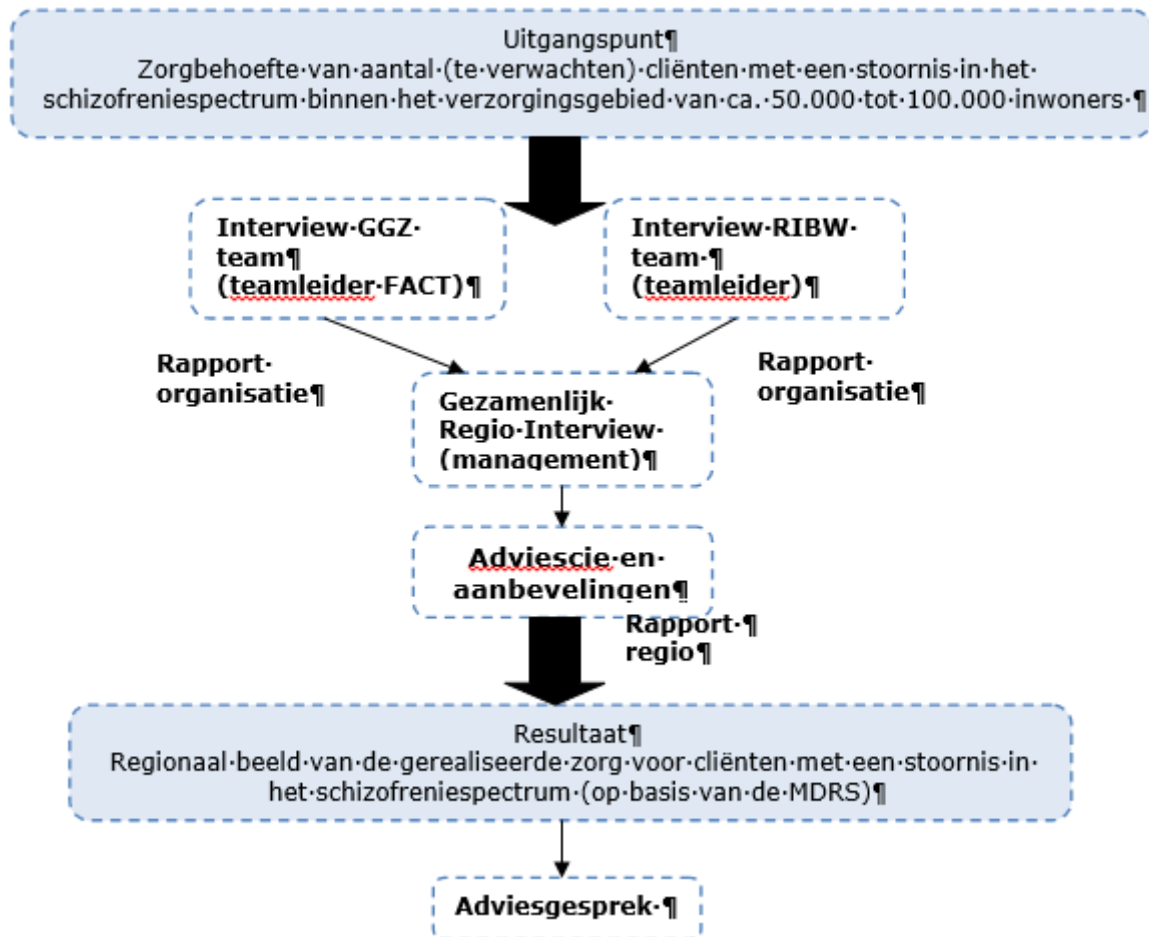
¹ Destijds werd veelal gesproken over 'schizofrenie' bij mensen met herhaalde of langdurige psychotische symptomen. Tegenwoordig is het gebruikelijker om te spreken van 'psychose spectrum stoornissen'.

2. Procedure en opzet van de Kwaliteitstoetsing Regionaal Aanbod Schizofreniezorg

2.1 Procedure KRAS Quickscan

Destijds vond de KRAS procedure in de deelnemende regio's op de volgende manier plaats.

Figuur 1: Schematische weergave van procedure van de KRAS Quickscan



De KRAS Quickscan kent de volgende stappen:

1. Uitgangspunt was het verzorgingsgebied van ongeveer 50.000-100.000 inwoners (één F-ACT team). Binnen dit verzorgingsgebied (catchment area) is de hulp/zorgbehoefte van cliënten met een stoornis in het schizofrenie spectrum het uitgangspunt. Centrale vraag was: Krijgen cliënten in deze regio richtlijn conforme zorg?
Om een compleet beeld te kunnen vormen van de kwaliteit en het bereik van het regionale aanbod, was deelname van een ggz-behandelteam (F-ACT) en een team voor beschermd en begeleid wonen (RIBW team/locatie) op uitvoeringsniveau essentieel. Om de kwaliteit en bereik van zorg in kaart te brengen werd een teaminterview gehouden over de geboden zorg (in de afgelopen 12 maanden) in een gezamenlijke subregio (1 F-ACT locatie en 1 RIBW locatie) met de teamleiders. Bij geïntegreerde instellingen, die zowel een organisatieonderdeel voor ggz-behandeling als een organisatieonderdeel voor beschermd of begeleid wonen hebben, zijn beide voorzieningen op uitvoeringsniveau niet geïntegreerd. Er

werd altijd een apart behandelteam (F-ACT) en woonteam geïnterviewd, welke in de regio zorg bieden binnen hetzelfde verzorgingsgebied, waardoor beide teams deels dezelfde cliënten in zorg hebben. (NB: Daardoor konden de resultaten van deze beide voorzieningen in alle tabellen, conform de andere regio's, apart worden meegenomen onder de kopjes ggz en RIBW in deze KRAS Eindrapportage).

2. De Quicksan is van tevoren aan de deelnemende teams toegestuurd, zodat zij zich konden voorbereiden en de benodigde informatie konden verzamelen. De antwoorden zijn tijdens het interview verder toegelicht en besproken. Met de deelnemende RIBW en F-ACT koppels werd een telefonisch interview afgenomen met de teamleider.
Het was te bezien hoeveel van de aanbevelingen uit de MDRS voor RIBW instellingen van toepassing zouden zijn. Een eerste verkenning liet zien dat ca 70% van de inhoudelijke items relevant (kan) zijn voor zowel ggz als RIBW instellingen. Om dit verder in kaart te brengen werden bij ggz/RIBW partners dezelfde items van de KRAS Quicksan afgenomen.
3. In het gezamenlijke telefonische regio interview werden beide partners uitgenodigd, de resultaten opgeteld en naast elkaar gelegd om een regionaal beeld te krijgen. De representativiteit van de resultaten uit de subregio werd besproken en aangevuld met informatie over de andere vormen van zorg en de organisatie van zorg. Met name de afstemming van zorg en de afspraken over de organisatie van zorg voor cliënten met schizofrenie/psychotische stoornissen stonden in dit gesprek centraal. Aan het regio interview namen vanuit beide instellingen vertegenwoordigers deel die het aanbod in de betreffende regio goed konden overzien.
4. Alle resultaten per regio zijn daarna voorgelegd aan een onafhankelijke adviescommissie die ook een aantal aanbevelingen heeft opgesteld ter bevordering van de kwaliteit en organisatie van zorg in de regio. Bij de beoordeling van de resultaten lag de nadruk meer op het bereiken van een optimale verdeling van zorg in de regio dan op de scores van de individuele instellingen.
5. In een adviesgesprek met de onderzoekers/adviescommissie en de betrokken organisaties werden de resultaten en aanbevelingen op regionaal en organisatieniveau uiteen gezet.

In bijlage 1 is het hele teaminterview van de KRAS Quicksan opgenomen. Van al deze items is in de regio interviews nagegaan of de resultaten van deze teams representatief waren voor andere teams in de regio. Dat was in alle gevallen zo.

2.2 Opzet van de items over Kwaliteit en Bereik van aanbevolen zorg

Om de kwaliteit en bereik van richtlijnconforme zorg in kaart te brengen, zijn de items van de teaminterviews (het 'uitvoeringsniveau') het uitgangspunt. Alle KRAS items hebben een component 'kwaliteit' en 'bereik'. Kwaliteit is geoperationaliseerd d.m.v. kwaliteitscriteria uit de MDR Schizofrenie 2012 voor dat betreffende item. Het aantal criteria is gebaseerd op het aantal criteria dat daarin beschreven werd en wisselt derhalve per item. De kwaliteitscriteria zijn dichotoom gescoord (wel of niet aanwezig).

Voor de component 'bereik' werd gevraagd om (een schatting te geven) van het percentage van geïndiceerde patiënten die deze zorg (conform de score op de component 'kwaliteit') de afgelopen 12 maanden heeft ontvangen. Uitgangspunt was (een schatting van) feitelijk geboden zorg, dus geen streefnorm of beleidsdoel. Percentages zijn ingedeeld op een vijf-punt-schaal van [<20%], [20-40%], [40-60%], [60-80%] en [>80%].

Voorbeeld van een KRAS item met kwaliteit en bereik score

3. Psychosociale Interventies			
Aanbeveling	Kwaliteit	Bereik	Toelichting
8* Wordt er Cognitieve gedragstherapie aangeboden?	- o 1) Individueel - o 2) Minimaal 16 geprotocolleerde sessies - o 3) Zowel in de acute fase als in een later stadium - o 4) Aangeboden door opgeleide CGT-therapeuten - o 5) Aangeboden door cognitief-gedragstherapeutisch medewerkers (hbo opgeleid en geregistreerd bij de VvGCT en onder supervisie van de cognitief therapeut, GZ-psycholoog of psychiater) - o 6) Behandeldoel richt zich op beïnvloeden van interpretaties over de herkomst en bedoeling van stemmen en wanen	- o < 20% - o >20% - o >40% - o >60% - o >80%	

Kwalitatieve verdieping van KRAS data

Om nader in kaart te brengen wat in de praktijk factoren zijn die werden genoemd waardoor de geleverde zorg in meerdere of juist in mindere mate richtlijn conform is, is een verdiepende analyse gedaan op de beschikbare kwalitatieve informatie. Dit betreft de beknopte beschrijvende toelichting die per item is genoteerd en de expert adviezen in de eindrapportage per regio.

Waar mogelijk worden verbanden gelegd met beschikbare kenmerken in de regio's, bv. randvoorwaarden m.b.t. capaciteit, organisatie en samenwerking.

3. Methode en analyse huidig overzicht

Negen regio's hebben schriftelijk toegestemd voor gebruik van gegevens uit 2013 en 2014 ten behoeve van deze landelijke kloofstudie. In drie regio's heeft enkel de ggz partner toestemming gegeven en ontbreken de gegevens van de RIBW. Eén regio gaf geen toestemming voor het gebruik van hun gegevens voor deze analyse. Daarmee komt het deelnemende aantal teams op 21 (twaalf ggz-teams en negen RIBW teams).

Voor de huidige analyse zijn op verzoek van het ZIN enkel zeven relevante items uit de teaminterviews verwerkt, te weten: keuze cliënt bij biologische behandeling (item 7), aanbod CGT (item 8), aanbod psycho-educatie (item 10), behandel- en begeleidingsplan (item 14), somatische screening (item 15), betrekken van familieleden / naasten (item 18), en betrekken van de huisarts (item 26). In onderstaande beschrijving, worden de hiervoor gehanteerde methode en analyse beschreven.

3.1 Beschrijving regio's en instellingen

Om een accuraat beeld te schetsen van de betreffende zorg in de instellingen (F-ACT teams en RIBW's) en regio's die deel hebben genomen aan de KRAS Quick scan is allereerst een beschrijving gemaakt van deze regio's en instellingen. Dit is gedaan voor het verzorgingsgebied binnen de regio en voor de FACT teams en RIBW's apart.

Beschrijving verzorgingsgebied

Voor de beschrijving van het verzorgingsgebied is de volgende informatie gehaald uit de instellings- en regio interviews:

1. Het aantal inwoners in het verzorgingsgebied van de specifieke F-ACT-teams en RIBW teams in totaal in de subregio (uit team interview) en het aantal inwoners in het verzorgingsgebied per ggz- en RIBW instelling (uit regiointerview)
2. Het percentage niet-Westerse allochtonen in de verzorgingsgebieden die zorg krijgen in de F-ACT teams, RIBW team en in totaal (uit teaminterviews).
3. De urbanisatiegraad (uit teaminterview): gemiddelde score van de 5-puntsschaal lopend van 'zeer sterk stedelijk' naar 'niet stedelijk' voor FACT, RIBW's en totaal en een frequentietabel met verdeling in aantal instellingen dat voldoet aan elk niveau op deze 5-puntsschaal.

Beschrijving populatie en capaciteit binnen teams en regio

Voor de beschrijving van de populatie en capaciteit van de instellingen waarbij de KRAS Quickscan is uitgevoerd, is bij alle hieronder genoemde data aparte descriptieve statistieken, voor de doelgroep die psychozorg ontvangt, gepresenteerd voor FACT-teams en RIBW teams. Ook wordt bij de eerste twee hieronder genoemde items de regionale data gepresenteerd:

1. Het aantal cliënten dat binnen de teams zorg ontvangt
2. Het aantal cliënten met schizofrenie
3. Het aantal afdelingen/locaties waarin psychozorg wordt geleverd binnen de instellingen
4. Het aantal FTE's beschikbaar binnen de teams en de onderlinge verdeling in beschikbaarheid van FTE's tussen verschillende functies in de teams
5. Zorgcapaciteit: het aantal cliënten dat binnen de teams is behandeld per FTE van medewerkers

6. Het aantal cliënten dat beschermd woont vs het aantal cliënten dat begeleid woont binnen de RIBW teams
7. Aanwezigheid van het CCAF keurmerk (voor F-ACT teams)

3.2 Kwantitatieve analyse KRAS data

Bij de kwantitatieve analyses zijn de kwaliteitsscores en het bereik van de items 7, 8, 10, 14, 15, 18 en 26 uit de KRAS Quickscan berekend. Ook zijn de kwaliteitsscores en het bereik samengevoegd per item en vergeleken met het gemiddelde van alle items, zodat we een beeld konden scheppen per item waar de verbeterpotentie in zit. Tot slot keken we naar factoren die deze itemscores in positieve of negatieve zin konden beïnvloeden. Voor alle kwantitatieve analyses zijn aparte analyses uitgevoerd voor RIBW teams en F-ACT teams.

Er is veelal gekozen voor descriptieve analyses met output in de vorm van frequentietabellen en grafieken. Hiermee is in één oogopslag te zien in hoeverre itemscores onderling en tussen de typen teams verschillen. Toetsing naar significantie is met deze dataset niet heel relevant. Door het beperkte aantal teams dat deelneemt is de power van de analyses laag en is de kans dat je bij toeval een verschil ontdekt groot. Het is daardoor raadzaam om conclusies voornamelijk te trekken door te kijken naar de descriptieve trends in de dataset.

Analyse kwaliteitsscores

Bij de descriptieve analyse naar de kwaliteitsscores presenteren we de gemiddelde kwaliteitsscores en frequentiegrafieken van de aparte kwaliteitscriteria. Ook is in kaart gebracht waar RIBW teams en F-ACT teams op kwaliteitscriteria van elkaar verschillen. Van alle data is ook het aantal teams dat data over dit specifieke item heeft aangeleverd in kaart gebracht. Hieronder worden de drie uitkomsten nader toegelicht.

1. De gemiddelde kwaliteitsscores zijn conform de scoringssleutel (zie bijlage 2) van het teaminterview per item berekend. Deze omrekening maakt dat de range voor alle kwaliteitsitems hetzelfde wordt, omdat het aantal kwaliteitscriteria per item in de MDR Schizofrenie 2012 niet hetzelfde was. Deze scores zijn vergeleken tussen de verschillende typen teams en tussen de verschillende kwaliteitsitems.
2. De kwaliteitsscores zijn per team op voor ieder item in kaart gebracht om een goed beeld te krijgen van de regionale spreiding en welke instellingen er uitschieten. Deze scores zijn geanonimiseerd in de grafiek gepresenteerd zodat de individuele scores niet tot de teams herleidbaar zijn. Ook hier zijn verschillen tussen verschillende typen teams in kaart gebracht.
3. Per item is in kaart gebracht in hoeveel teams ieder kwaliteitscriterium binnen dat item is aangekruist. Op deze manier kunnen we inzichtelijk maken welk kwaliteitscriterium vaak voorkomt bij de instellingen en welk kwaliteitscriterium meer aandacht nodig heeft in een toekomstig verbetertraject.

Analyse bereik

Het bereik in de KRAS Quickscan is ingedeeld in vijf antwoordopties met daarin het geschatte percentage mensen binnen hun verzorgingsgebied dat in aanraking komt met het aanbevolen item. Hier zijn de volgende drie descriptieve analyses op uitgevoerd:

1. De gemiddelde en mediaan score van de vijf antwoordopties zijn per item onderling vergeleken tussen de verschillende type teams
2. Verschillen in bereik tussen de items werden vergeleken.

Analyse kwaliteit vs. bereik

Door de kwaliteitsscores en het bereik samen te voegen en te vergelijken tussen de items en de type teams is een beeld geschetst waar de verbeterpotentie zit. Door middel van het berekenen van de mediaan per item en in totaal is te zien hoe de scores zich ten opzichte van andere scores verhouden (boven of onder mediaan) wat betreft bereik en kwaliteitsscores.

Door deze berekening zijn de verschillende items te plaatsen in een axiaal model, dat gepresenteerd is in een grafiek, bestaande uit vier kwadranten:

- a.) hoog kwaliteit-hoog bereik
- b.) hoog kwaliteit-laag bereik
- c.) laag kwaliteit-hoog bereik
- d.) laag kwaliteit-laag bereik

Op basis van de sterkte van de afwijking is daarnaast bepaald hoever de item in het kwadrant zit (scoort het item heel sterk of minder sterk boven/onder de mediaan?).

Analyse factoren die de kwaliteitsscores en het bereik beïnvloeden

Er zijn een aantal variabelen uit de beschrijving van de regio's en instellingen die de kwaliteitsscores en het bereik potentieel kunnen beïnvloeden. Daarom is op de vijf items die de hoogste mate van spreiding vertoonden op het bereik of de kwaliteitscriteria gekeken naar de invloed van de volgende zes variabelen:

1. Percentage niet-Westerse allochtonen
2. Urbanisatiegraad verzorgingsgebied
3. Grootte cliëntengroep in RIBW teams en F-ACT teams
4. Aantal FTE beschikbaar per cliënt: in totaal en afgestemd per discipline
5. Type team (FA-CT of RIBW)
6. Binnen RIBW team: percentage beschermd wonen

De invloed van deze variabelen kon worden berekend door het maken van spearman of pearson correlatie matrixen (afhankelijk of de uitkomsten continu of categorieel zijn). Op die manier is gekeken welke variabelen een hoge positieve of negatieve associatie hebben met de uitkomstmaten.

3.3 Kwalitatieve analyses KRAS data

De kwalitatieve analyse geeft een extra verdieping op de resultaten die uit de kwantitatieve analyse naar voren komen. Deze verdiepende informatie is gehaald uit drie bronnen:

1. De toelichtingen bij de score van bereik en kwaliteit van alle inhoudelijke KRAS items uit teaminterviews
2. De duiding vanuit de adviesgroep in de adviesrapportage
3. De koppeling met data over de regio en instelling die de kwaliteit en het bereik beïnvloeden.

Bij de kwalitatieve analyse is onder andere de volgende informatie opgehaald die als verdieping voor de kwantitatieve analyses kon fungeren:

1. Welke randvoorwaarden waren beschikbaar in de zorg bij het desbetreffende item en wat ontbreekt er? De uitkomsten van deze informatieverzameling zijn gekoppeld aan de kwantitatieve data.
2. Indien gerapporteerd: wat vinden de cliënt en behandelaar van deze vorm van zorg, hoe tevreden zijn ze hierover?
3. Welke knelpunten komen naar voren bij dit specifieke item en hoe is dit opgelost?

4. Resultaten

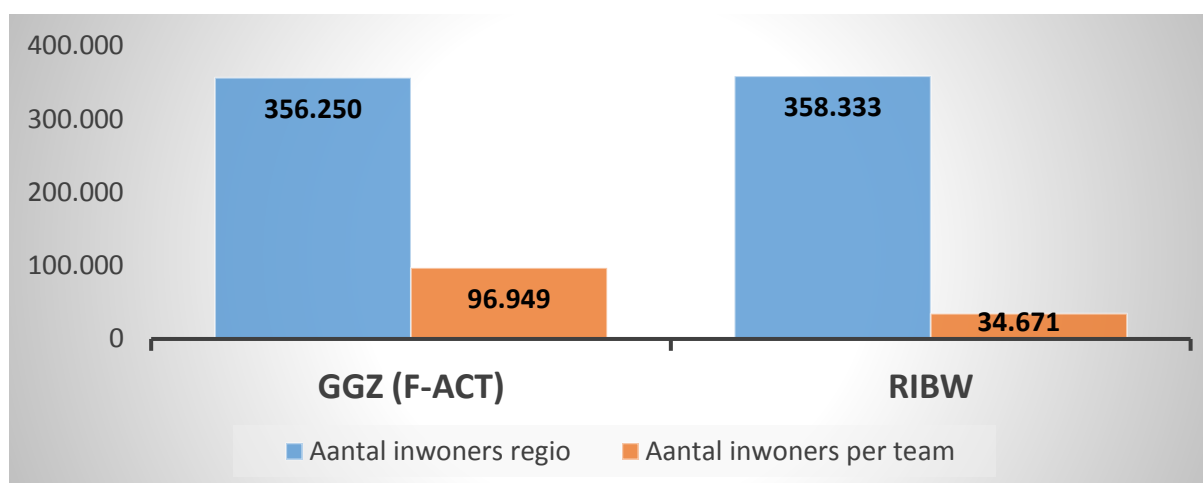
Op verzoek van het ZIN zijn de resultaten van de analyses verwerkt in een presentatie. Onderstaand volgen de tabellen en grafieken met de weergave van de resultaten, vanuit deze presentatie. Waar nodig is een korte toelichting toegevoegd. Bij vragen van de ZIN adviescommissie, is de reactie daarop toegevoegd in het overzicht in Bijlage 3.

4.1 Beschrijving regio's en teams

Aantal inwoners in verzorgingsgebied per type team

Aantal inwoners verzorgingsgebied specifieke team					
Type team	Aantal teams	Gemiddelde	SD	Minimum	Maximum
GGZ (F-ACT)	12	96.949	70.843,20	30.000	254.000
RIBW	9	34.671	34.776,74	11.460	125.000
Aantal inwoners verzorgingsgebied regio					
Type instelling	Aantal teams	Gemiddelde	SD	Minimum	Maximum
GGZ (F-ACT)	12	356.250	146.770,20	110.000	600.000
RIBW	9	358.333	154.838,60	110.000	600.000

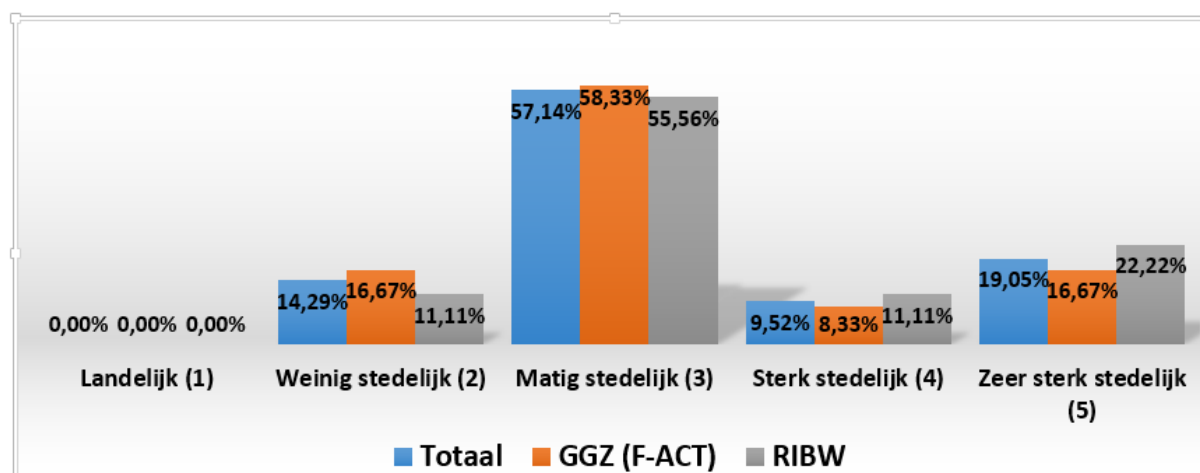
Gemiddeld aantal inwoners in regio en team



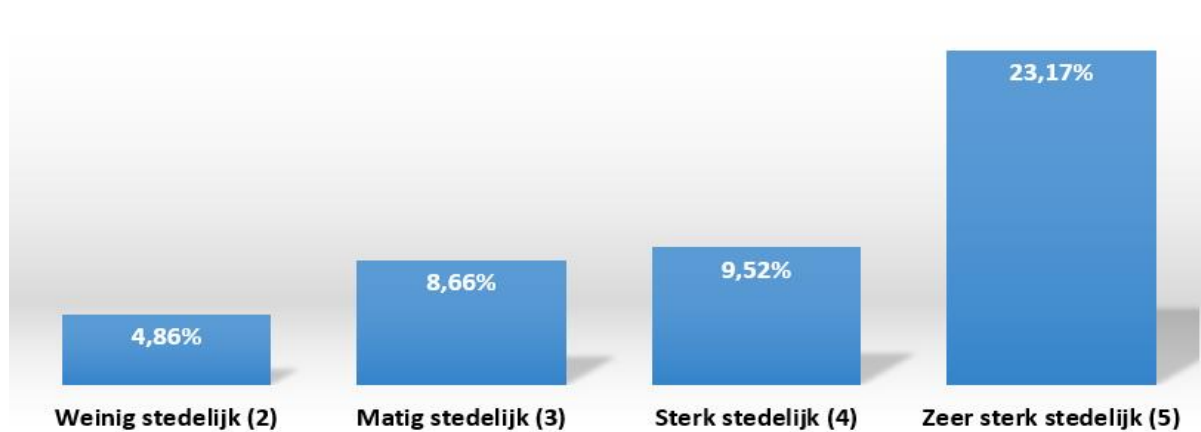
Urbanisatiegraad

Urbanisatiegraad	GGZ (F-ACT)					RIBW team				
	Aantal teams	Gemiddelde	SD	Minimum	Maximum	Aantal teams	Gemiddelde	SD	Minimum	Maximum
Weinig stedelijk	2 (16.67%)	4.86	1.84	3.56	6.16	1 (11.11%)	6.16	X	X	X
Matig stedelijk	7 (58.33%)	8.90	1.87	5.48	10.66	5 (55.56%)	9.23	1.18	7.57	10.43
Sterk stedelijk	1 (8.33%)	9.52	X	X	X	1 (11.11%)	9.52	X	X	X
Zeer sterk stedelijk	2 (16.67%)	23.17	15.75	12.03	34.31	2 (22.22%)	23.17	15.75	12.03	34.31
Totaal	12 (100%)	10.66	7.84	3.56	34.31	9 (100%)	12.02	8.53	6.16	34.31

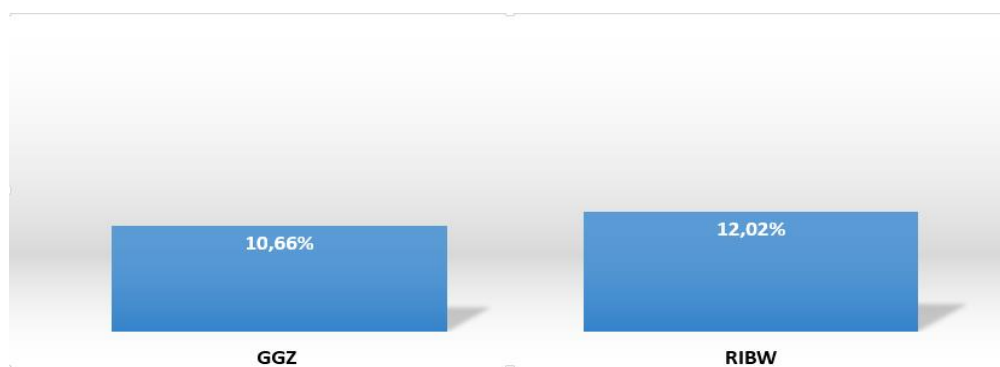
Verdeling urbanisatiegraad per type team



Percentage niet-Westerse allochtonen per urbanisatiegraad



Percentage niet-Westerse allochtone cliënten per type team



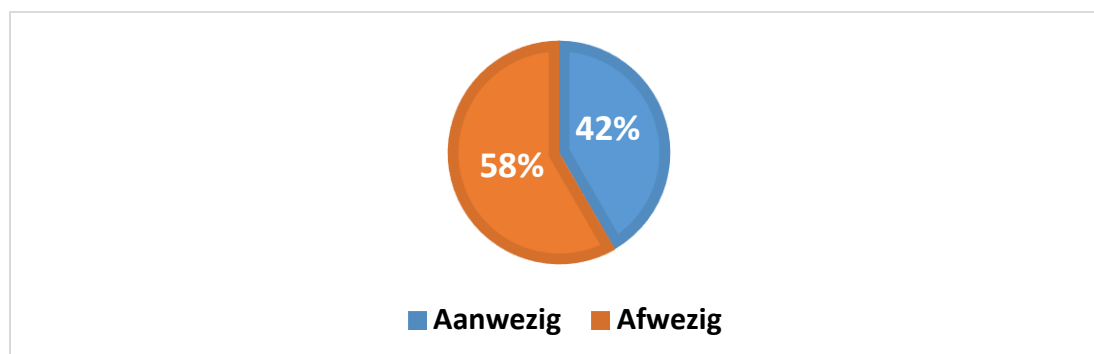
Verdeling percentage niet-Westerse allochtone cliënten per type team

Type team	Aantal teams	Gemiddelde	SD	Minimum	Maximum	Mediaan
GGZ (F-ACT)	12	10.66	7.84	3.56	34.3	9.36
RIBW	9	12.02	8.53	6.16	34.3	9.52

Aantal cliënten per type team

		M	N	SD	Minimum	Maximum
Aantal cliënten dat zorg ontvangt	GGZ (F-ACT)	237.36	11	178.03	56	750
	RIBW	96.31	13	84.25	26	300
Aantal schizofrenie cliënten	GGZ (F-ACT)	155.17	12	138.96	26	488
	RIBW	50.92	13	47.42	10	150

CCAF keurmerk bij F-ACT teams

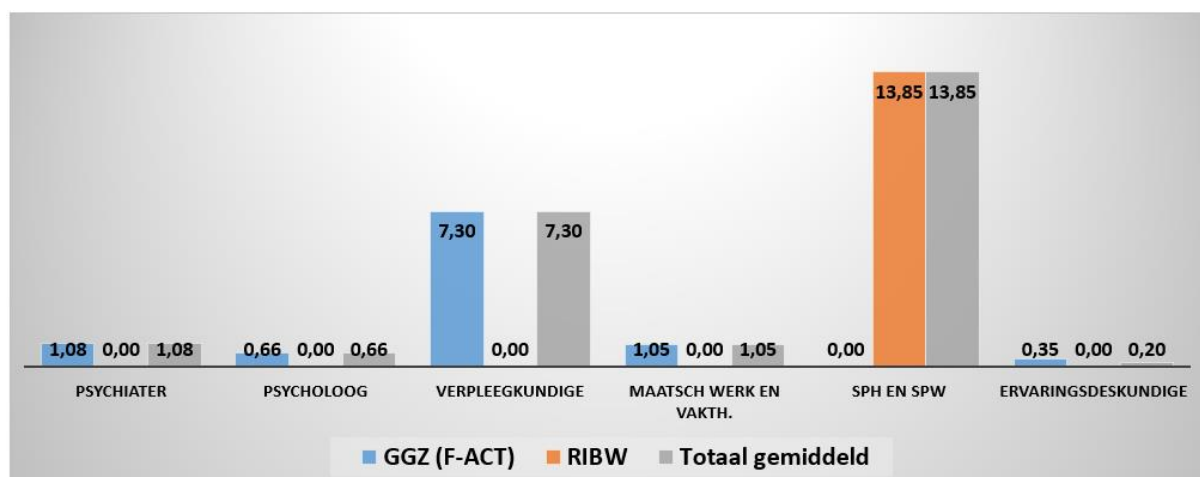


Aantal FTE voor specifieke vakgebieden per type team

		GGZ	RIBW	Totaal gemiddeld
Psychiater	M (range)	1.08 (0.40-2.16)	X*	1.08 (0.40-2.16)
	N	12	X*	12
Psycholoog	M (range)	0.66 (0.00-1.45)	X*	0.66 (0.00-1.45)
	N	10	X*	10
Verpleegkundige	M (range)	7.30 (3.67-12.50)	X*	7.30 (3.67-12.50)
	N	10	X*	10
Maatsch werk en vakth.	M (range)	1.05 (0.06-3.33)	X*	1.05 (0.06-3.33)
	N	9	X*	9
SPH en SPW	M (range)	X*	13.85 (6.00-50.00)	13.85 (6.00-50.00)
	N	X*	8	8
Ervaringsdeskundige	M (range)	0.35 (0.00-0.67)	0.00 (0.00-0.00)	0.20 (0.00-0.67)
	N	11	8	19

X* betekent dat de FTE voor dit vakgebied bij dit type instelling niet werd uitgevraagd.

Aantal FTE voor specifieke vakgebieden per type team

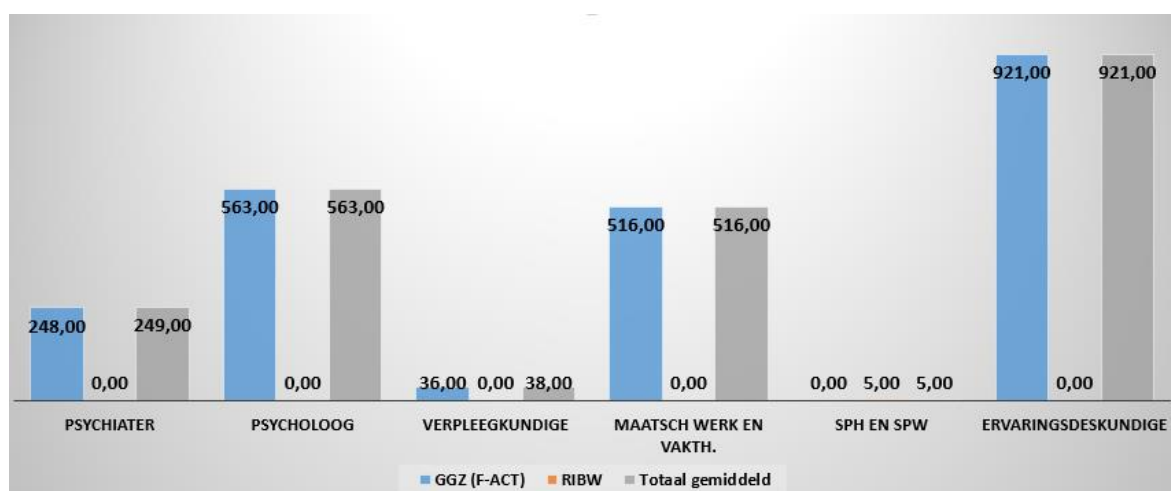


Bij de RIBW teams was het niet mogelijk om het aantal FTE in te vullen voor: psychiater, psycholoog, verpleegkundige, maatschappelijk werk en vaktherapie, aangezien deze beroepsgroepen daar niet beschikbaar waren. Voor ervaringsdeskundigen was dit wel mogelijk: hier is 0 FTE beschikbaar bij de geïnccludeerde instellingen. Bij de ggz teams was het niet mogelijk om het aantal FTE in te vullen voor SPH en SPW, aangezien deze beroepsgroepen daar niet beschikbaar waren.

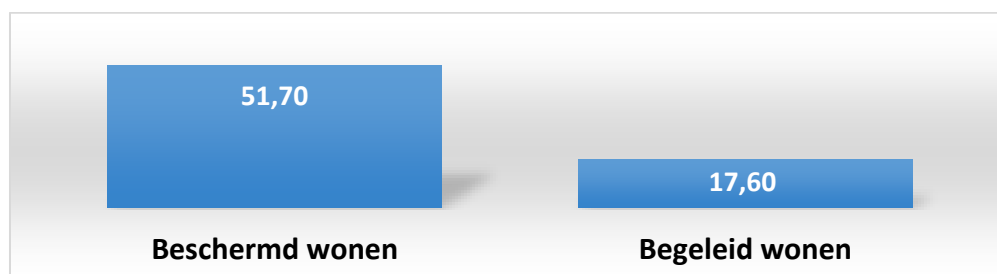
Verdeling aantal cliënten per FTE per vakgebied en type team

		GGZ (F-ACT)	RIBW	Totaal
Psychiater	M (range)	248 (56-500)	X*	248 (56-500)
	N	12	X*	12
Psycholoog	M (range)	563 (0-1119)	X*	563 (0-1119)
	N	10	X*	10
Verpleegkundige	M (range)	36 (24-60)	X*	36 (24-60)
	N	10	X*	10
<u>Maatsch werk en vakth.</u>	M (range)	516 (29-1636)	X*	516 (29-1636)
	N	9.00	X*	9.00
SPH en SPW	M (range)	X*	5 (2-18)	5 (2-18)
	N	X*	8.00	8.00
Ervaringsdeskundige	M (range)	921 (0-3750)	0.00 (0.00-0.00)	533 (0-3750)
	N	11.00	8.00	19

Aantal cliënten per FTE per vakgebied en type team



Gemiddeld aantal cliënten dat beschermd en begeleid woont in de RIBW teams



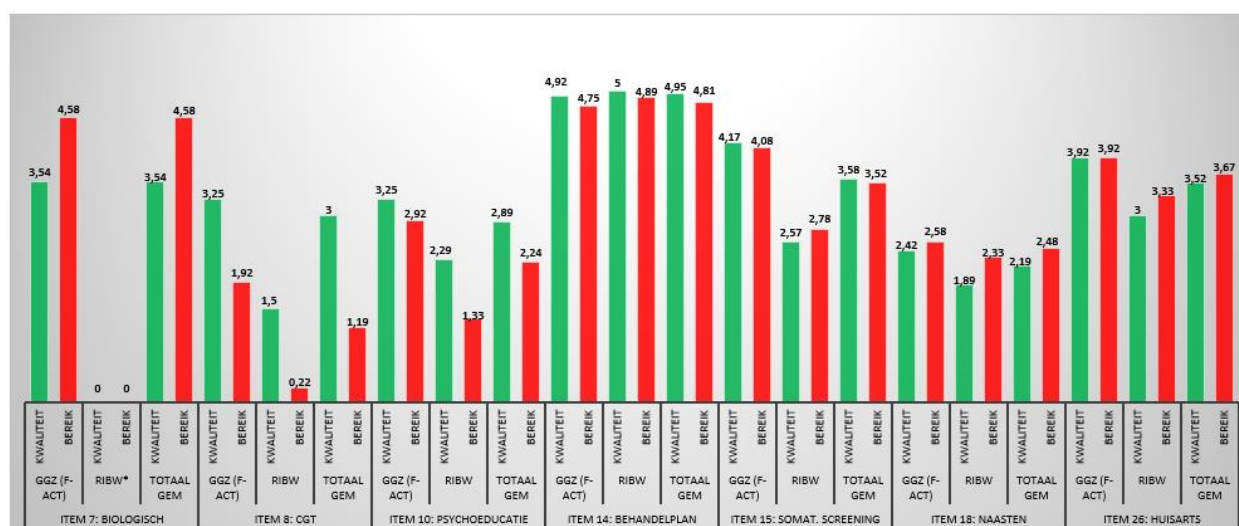
4.2 Overzicht resultaten van de relevante items

Landelijke gemiddelden, mediaan en spreiding per item

	GGZ					RIBW				
	M	N	SD	Mediaan	Min-Max	M	N	SD	Mediaan	Min-Max
Item 7 kwaliteit	3.55	12	0.69	4.00	2-4					
Item 7 bereik	4.58	12	0.90	5.00	> 20% -> 80%					
Item 8 kwaliteit	3.25	12	0.97	3.00	1-5	1.50	2	0.71	1.50	1-2
Item 8 bereik	2.09	11	1.22	2.00	< 20%	2.00	1		2.00	> 20% -> 20%
Item 10 kwaliteit	3.25	11	1.48	4.00	1-5	2.29	8	1.25	3.00	1-4
Item 10 bereik	2.92	10	1.78	2.50	< 20% -> 80%	2.00	8	0.89	2.00	< 20% -> 40%
Item 14 kwaliteit	4.92	12	0.29	5.00	4-5	5.00	9	0.00	5.00	5-5
Item 14 bereik	4.75	12	0.45	5.00	> 60% -> 80%	4.89	9	0.33	5.00	> 60% -> 80%
Item 15 kwaliteit	4.17	11	0.83	4.00	2-5	2.57	8	1.62	3.00	1-5
Item 15 bereik	4.45	11	0.69	5.00	> 40% -> 80%	3.57	7	1.81	4.00	< 20% -> 80%
Item 18 kwaliteit	2.42	12	0.51	2.00	2-3	1.89	8	0.60	2.00	1-3
Item 18 bereik	2.58	12	1.24	2.50	< 20% -> 60%	2.33	7	1.66	1.00	< 20% -> 80%
Item 26 kwaliteit	3.92	12	1.16	4.00	2-5	3.00	9	1.50	2.00	1-5
Item 26 bereik	4.27	12	1.42	5.00	< 20% -> 80%	3.33	8	1.50	3.00	< 20% -> 80%

Bovenstaande tabel geeft per geselecteerd KRAS item aan hoeveel F-ACT teams en RIBW teams het item hebben ingevuld en wat de gemiddelde (gestandaardiseerde) score voor kwaliteit en bereik was op een schaal van 1-5, samen met standaard deviatie van deze gemiddelden, de mediaan en de minimale en maximale waarde die op het item werd gescoord. Bij een score 0 op *kwaliteit* werd het betreffende item als missing behandeld. Bij een score 0 op *bereik* werd uitgegaan van 0% bereik voor dat item. Enkele keren kon het bereik vanuit het team niet ingeschat worden. Deze waarden konden niet worden meegeteld.

Landelijke gemiddelden voor items per regio



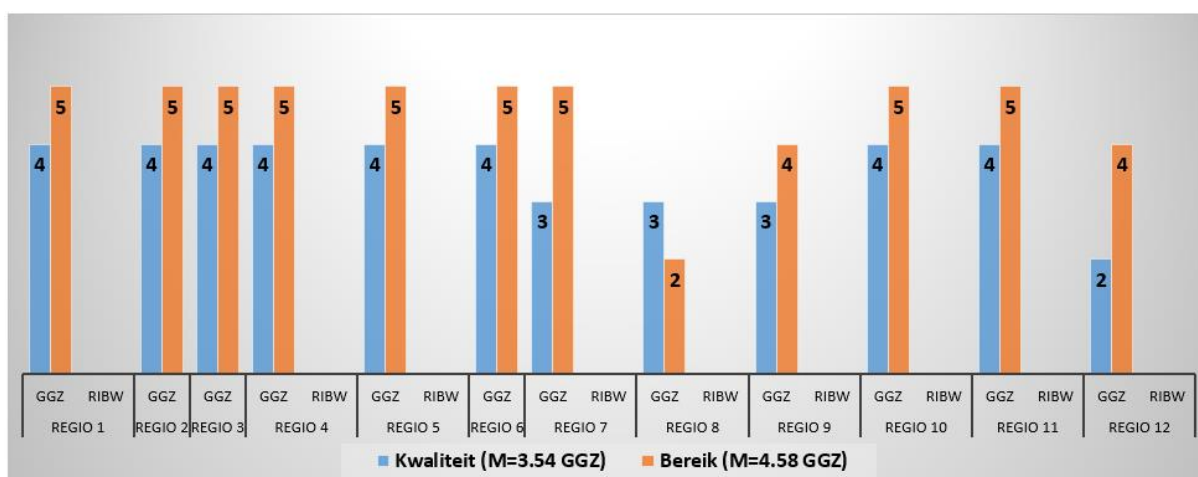
Bovenstaande grafiek geeft een grafische weergave van de gemiddelde scores voor kwaliteit en bereik per KRAS item voor de 12 deelnemende F-ACT teams, de 9 deelnemende RIBW teams en voor alle 21 teams samen (totaal gemiddelde).

4.2.1 Resultaten: Verdieping item 7 biologische interventies

7 Wordt bij de keuze voor en de evaluatie van biologische interventies ook rekening gehouden met (de wensen van) de cliënt?	○ 1) De wens van de cliënt speelt een belangrijke rol bij de keuze voor bepaalde medicatie/interventie (Shared Decision making). ○ 2) De cliënt wordt voorgelicht over de voor- en nadelen (somatisch, psychisch, sociaal) en bijwerkingen en deze worden in samenspraak met de cliënt afgewogen. ○ 3) De subjectieve beleving van het medicatiegebruik wordt regelmatig geëvalueerd met de Subjective Wellbeing under Neuroleptics (SWN) ○ 4) Systematische aandacht tijdens evaluatie voor bewegings- en seksuele stoornissen ○ 5) Systematische aandacht voor risico's bij toepassing van antipsychotica bij bepaalde doelgroepen (bv. ouderen, zwangere vrouwen)	○ < 20% ○ >20% ○ >40% ○ >60% ○ >80%
--	--	--

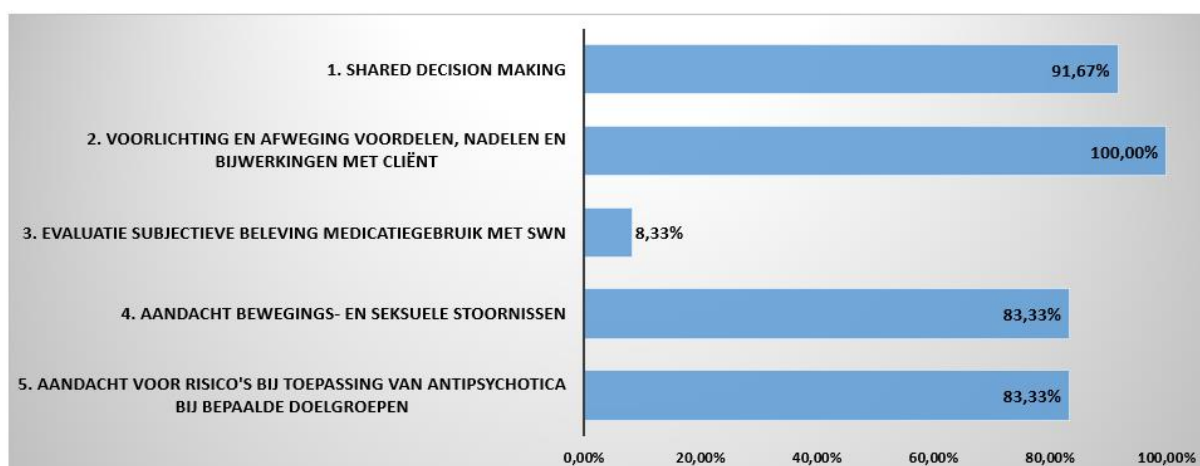
Bovenstaande tabel geeft een weergave van de vraag die bij item 7 (biologische interventies) werd gesteld aan deelnemende teams, de kwaliteitscriteria die daarbij werden uitgevraagd en de beschikbare categorieën voor bereik.

Verdeling kwaliteit- en bereikscores per regio en type team – Item 7 Biologische behandeling



Bovenstaande figuur toont de verdeling van de kwaliteit- en bereikscores voor de verschillende deelnemende regio's, zowel voor het F-ACT team in de regio als het RIBW team. In drie van de deelnemende regio's hebben we van het RIBW team geen toestemming ontvangen om de resultaten op te nemen in de huidige analyse. Hier is de RIBW niet in de figuur opgenomen. In de andere regio's is het betreffende item 7 niet van toepassing voor de RIBW team, aangezien de RIBW in principe geen biologische behandeling in het aanbod heeft, en vaak ook geen psychiater in dienst.

Verdeling aanwezigheid specifieke kwaliteitscriteria (bij 12 teams) - item 7 Biologische behandeling



Bovenstaand figuur geeft een weergave van het percentage deelnemende teams dat positief heeft gescoord op de verschillende kwaliteitscriteria. Hieruit blijkt dat in weinig teams (7,1%) de subjectieve beleving van het medicatiegebruik wordt geëvalueerd met het instrument *Subjective Welbeing under Neuroleptics* (SWN). Bij ongeveer een kwart van de teams is geen systematische aandacht voor bewegings- en seksuele stoornissen en voor risico's van toepassing antipsychotica bij specifieke doelgroepen.

Correlatiematrix beïnvloedende factoren - item 7 Biologische behandeling

Beïnvloedende factor	Item 7: Biologisch			
	Kwaliteitscore		Bereikscore	
	r	p	r	p
Percentage allochtoon	0.21	0.56	-0.06	0.84
Urbanisatiegraad	-0.07	0.84	-0.70	0.01
Aantal mensen dat zorg ontvangt in team	0.30	0.47	0.26	0.42
Aantal mensen met schizofrenie	0.35	0.31	0.18	0.60
N per FTE totaal	-0.22	0.59	0.24	0.49
N per FTE psychiater	-0.43	0.29	-0.74	0.02
N per FTE psycholoog	-0.56	0.19	-0.45	0.31
N per FTE verpleegkundige	-0.13	0.76	-0.15	0.71
N per FTE maatschappelijk werk	0.25	0.56	0.15	0.67
N per FTE ervaringsdeskundigen	0.30	0.56	0.15	0.75
Type team (FACT of RIBW)	X*	X*	X*	X*

Bovenstaande tabel geeft een weergave van de relatie tussen de kwaliteit- en bereikscores en potentiële beïnvloedende factoren als: de samenstelling en omvang van de totale caseload van het team, de omvang van de caseload per teamlid voor verschillende beroepsgroepen, en het type team.

Aangezien biologische interventies alleen bij de F-ACT teams werden aangeboden, was het berekenen van de correlaties voor type team/instelling bij dit item niet mogelijk. Er was sprake van een negatieve correlatie tussen bereik en urbanisatiegraad, wat betekent dat een minder stedelijk verzorgingsgebied wordt geassocieerd met een hoger bereik voor biologische interventies. Ook was er sprake van een negatieve correlatie tussen bereik en caseload van de psychiater, wat betekent dat bij het aanbieden van biologische interventies vaker rekening wordt gehouden met de wensen van de cliënt wanneer de psychiater minder cliënten onder zijn hoede heeft per FTE dat hij in dienst is.

Algemene conclusies – item 7 Biologische behandeling

Op basis van de gegevens in bovenstaande grafieken en tabellen werden de volgende algemene conclusies getrokken rond het aanbieden van biologische interventies:

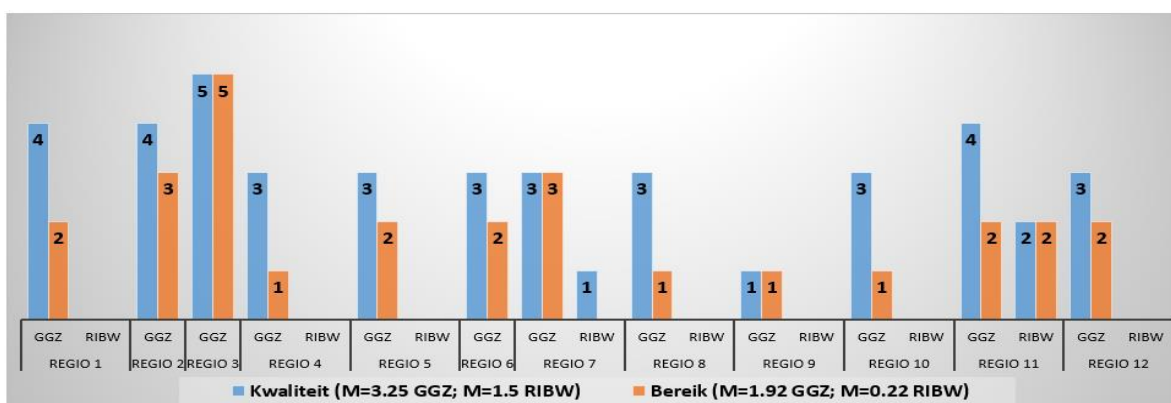
- **Inzet van biologische interventies primair taak van GGZ instellingen, RIBW's hooguit faciliterende en signalerende rol**
- **Personele capaciteit negatief gecorreleerd (F-ACT schaal: De norm per 200 cliënten is minstens 1, FTE psychiater)**
- **Weinig inzet van standaard instrumenten (SWN vragenlijst)**
- **Minder systematische aandacht voor 'indirecte effecten' (bewegings- en seksuele stoornissen) met grote impact**

4.2.2 Resultaten: Verdieping item 8 cognitieve gedragstherapie

8* Wordt er Cognitieve gedragstherapie aangeboden?	○ 1) Individueel ○ 2) Minimaal 16 geprotocolleerde sessies ○ 3) Zowel in de acute fase als in een later stadium ○ 4) Aangeboden door opgeleide CGT-therapeuten ○ 5) Aangeboden door cognitief-gedragstherapeutisch medewerkers (hbo opgeleid en geregistreerd bij de VvGCT en onder supervisie van de cognitief therapeut, GZ-psycholoog of psychiater) ○ 6) Behandeldoel richt zich op beïnvloeden van interpretaties over de herkomst en bedoeling van stemmen en wanen	○ < 20% ○ >20% ○ >40% ○ >60% ○ >80%
--	--	--

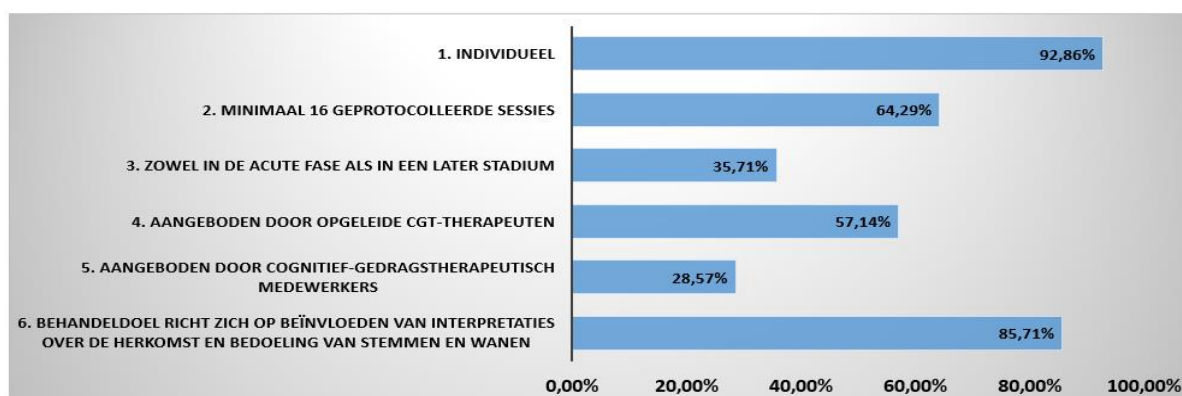
Bovenstaande tabel geeft een weergave van de vraag die bij item 8 (cognitieve gedragstherapie) werd gesteld aan deelnemende teams, de kwaliteitscriteria die daarbij werden uitgevraagd en de beschikbare categorieën voor bereik.

Verdeling kwaliteit- en bereikscores per regio en type team - Item 8 CGT



Bovenstaande figuur toont de verdeling van de kwaliteit- en bereikscores voor de verschillende deelnemende regio's, zowel voor het F-ACT team in de regio als het RIBW team. In drie van de deelnemende regio's hebben we van het RIBW team geen toestemming ontvangen om de resultaten op te nemen in de huidige analyse, hier is de RIBW niet in de figuur opgenomen. In de overige regio's was in vier F-ACT teams en drie RIBW teams geen aanbod beschikbaar van cognitieve gedragstherapie (CGT). Bij teams die CGT wel in het aanbod hebben is het bereik over het algemeen laag (met uitzondering van één regio). Ook de kwaliteit van de CGT laat vaak nog te wensen over.

Verdeling aanwezigheid specifieke kwaliteitscriteria (bij 14 teams) - Item 8 CGT



Bovenstaand figuur geeft een weergave van het percentage deelnemende teams dat positief heeft gescoord op de verschillende kwaliteitscriteria. Hieruit blijkt dat CGT altijd individueel kan worden aangeboden indien het beschikbaar is en dat het behandeldoel zich in bijna alle teams richt op het beïnvloeden van de interpretatie over de herkomst en bedoeling van stemmen en wanen.

Verbeterpunten zitten vooral in het feit dat CGT vaak niet zowel in de acute fase als in een later stadium wordt aangeboden en dat geen cognitief gedragstherapeutische medewerkers worden ingezet voor het aanbieden van CGT. Ongeveer in twee derde van de gevallen bestaat het CGT aanbod uit minimaal 16 geprotocolleerde sessies, welke worden aangeboden door een opgeleide CGT-therapeut.

Correlatiematrix beïnvloedende factoren - Item 8 CGT

Beïnvloedende factor	Item 8: CGT			
	Kwaliteitscore		Bereikscore	
	r	p	r	p
Percentage allochtoon	-0.10	0.66	-0.17	0.63
Urbanisatiegraad	-0.24	0.30	-0.48	0.13
Aantal mensen dat zorg ontvangt in team	0.45	0.05	-0.04	0.93
Aantal mensen met schizofrenie	0.20	0.52	-0.13	0.69
N per FTE totaal	-0.18	0.48	-0.40	0.29
N per FTE psychiater	-0.14	0.69	-0.42	0.30
N per FTE psycholoog	-0.86	0.01	-0.47	0.43
N per FTE verpleegkundige	-0.61	0.08	-0.16	0.76
N per FTE maatschappelijk werk	0.44	0.07	0.29	0.45
N per FTE ervaringsdeskundigen	-0.15	0.75	-0.17	0.71
Type team (FACT of RIBW)	-0.65	0.00	0.00	1.00

Bovenstaande tabel geeft een weergave van de relatie tussen de kwaliteit- en bereikscores en potentiële beïnvloedende factoren als: de samenstelling en omvang van de totale caseload van het team, de omvang van de caseload per teamlid voor verschillende beroepsgroepen, en het type team.

Er was sprake van een aantal significante correlaties tussen *kwaliteit* en de beïnvloedende factoren. De negatieve correlatie met de caseload van de psycholoog en verpleegkundige betekent een betere kwaliteit van CGT wanneer de psycholoog en verpleegkundige minder cliënten onder hun hoede hebben per FTE dat zij in dienst zijn. Bij de maatschappelijk werker zien we de omgekeerde correlatie: een betere kwaliteit van CGT wanneer de maatschappelijk werker meer cliënten onder

zijn hoede heeft per FTE dat hij in dienst is. De negatieve correlatie met type team betekent dat we een hogere kwaliteit-score van CGT zien bij de F-ACT teams dan bij de RIBW teams. De positieve correlatie met het aantal mensen dat zorg ontvangt betekent dat we een hogere kwaliteit-score van CGT zien bij teams met een grotere caseload. In de praktijk betrof dit vaak F-ACT teams, welke over het algemeen een grotere caseload hadden dan de RIBW teams.

Algemene conclusies - Wordt er Cognitieve Gedragstherapie aangeboden?

Op basis van de gegevens in bovenstaande grafieken en tabellen werden de volgende algemene conclusies getrokken rond het aanbieden van cognitieve gedragstherapie:

Algemene indruk:

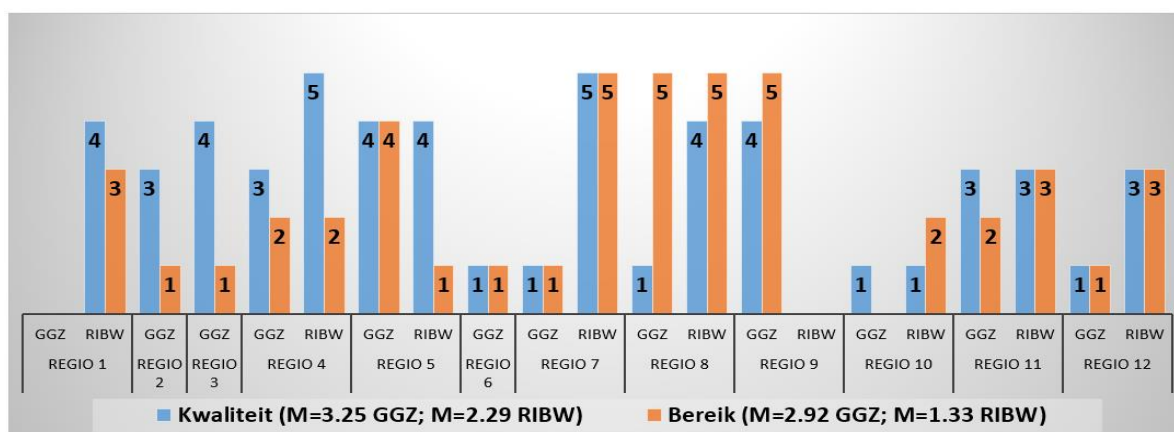
- ***CGT primair taak van GGZ instellingen***
- ***Bereik CGT is laag***
- ***Regelmatig onvoldoende, individuele, geprotocolleerde sessies***
- ***Personele capaciteit vaak genoemd als reden én negatieve correlatie (F-ACT schaal: De norm per 200 cliënten is minstens 1,6 FTE psychologen)***
- ***Mogelijk andere disciplines ook inzetten als gedragstherapeutisch medewerkers (onder supervisie van cognitief gedragstherapeut)?***

4.2.3 Resultaten: Verdieping item 10 - Psycho-educatie

Aanbeveling	Kwaliteit	Bereik
10* Wordt er psycho-educatie aan cliënten geboden?	1) Iedere cliënt wordt systematisch geïnformeerd over de stoornis en de <u>behandel-mogelijkheden</u> met daarbij de kansen op verbetering en op verslechtering in meerdere sessies (ca 10-20 sessies) (WGBO eis) 2) Op het individu toegesneden, dwz. geleid door de vragen van de cliënt en gericht op het kunnen maken van keuzen in de behandeling/ begeleiding 3) Er wordt gebruik gemaakt van inzet van een ervaringsdeskundige 4) Het accent ligt op empowerment en herstel	< 20% >20% >40% >60% >80%

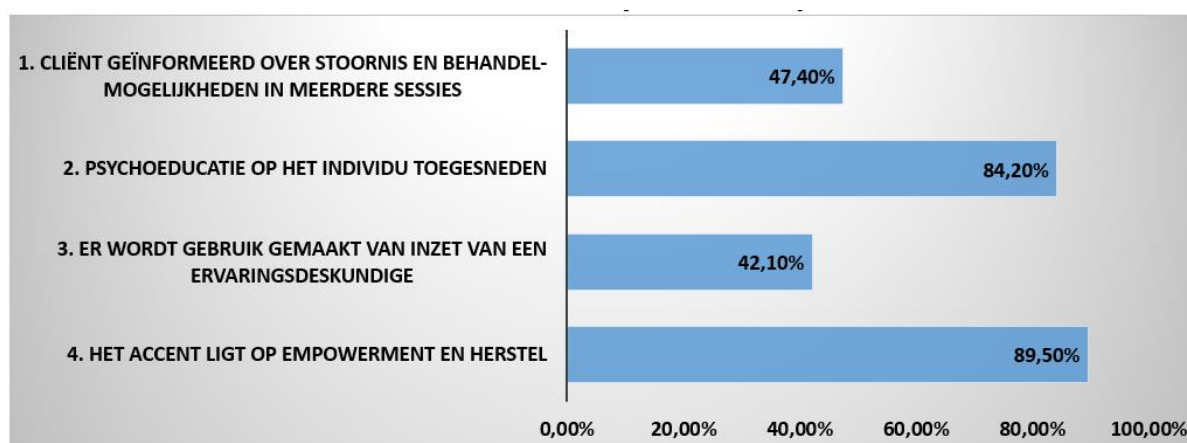
Bovenstaande tabel geeft een weergave van de vraag die bij item 10 (psycho-educatie) werd gesteld aan deelnemende teams, de kwaliteitscriteria die daarbij werden uitgevraagd en de beschikbare categorieën voor bereik.

Verdeling kwaliteit- en bereikscores per regio en type team – Item 10 Psycho-educatie



Bovenstaande figuur toont de verdeling van de kwaliteit- en bereikscores voor de verschillende deelnemende regio's, zowel voor het F-ACT team in de regio als het RIBW team. In drie van de deelnemende regio's hebben we van het RIBW team geen toestemming ontvangen om de resultaten op te nemen in de huidige analyse, hier is de RIBW niet in de figuur opgenomen. In de overige regio's was in één F-ACT team (regio 1) en één RIBW team (regio 9) geen aanbod beschikbaar van psycho-educatie. Wat opvalt is dat de kwaliteit en het bereik van psycho-educatie zeer uiteen loopt in de verschillende regio's. Bij vijf van de elf F-ACT teams en één van de acht RIBW teams is de kwaliteit laag (score 1). Bij acht van de elf F-ACT teams die psycho-educatie bieden is het bereik minder dan 40%, en dat geldt voor drie van de acht RIBW teams.

Dia 34: Verdeling aanwezigheid specifieke kwaliteitscriteria (19 teams) - Item 10 Psycho-educatie



Bovenstaand figuur geeft een weergave van het percentage deelnemende teams dat positief heeft gescoord op de verschillende kwaliteitscriteria. Hieruit blijkt dat de teams psycho-educatie over het algemeen op het individu afstemmen. De nadruk ligt op het leren omgaan met de aandoening en deze te integreren het leven in het licht van de mogelijkheden die mensen hebben om hun persoonlijke doelen te realiseren, gegeven de beperkingen die er zijn (herstelbenadering). In minder dan de helft van de teams heeft een ervaringsdeskundige een rol bij het invullen van de psycho-educatie (42,1%) of wordt de informatie over stoornis en behandel mogelijkheden in meerdere sessie besproken (47,4%).

Correlatiematrix beïnvloedende factoren - Item 10 Psycho-educatie

Beïnvloedende factor	Item 10: Psychoeducatie			
	Kwaliteitscore		Bereikscore	
	r	p	r	p
Percentage allochtoon	-0.28	0.22	-0.01	0.96
Urbanisatiegraad	-0.12	0.60	0.14	0.63
Aantal mensen dat zorg ontvangt in team	0.11	0.65	0.16	0.59
Aantal mensen met schizofrenie	0.05	0.86	-0.04	0.85
N per FTE totaal	-0.14	0.59	0.46	0.13
N per FTE psychiater	0.18	0.59	0.10	0.81
N per FTE psycholoog	-0.30	0.51	-0.17	0.74
N per FTE verpleegkundige	-0.77	0.02	-0.53	0.18
N per FTE maatschappelijk werk	0.44	0.07	0.43	0.16
N per FTE ervaringsdeskundigen	-0.49	0.27	0.05	0.92
Type team (FACT of RIBW)	-0.46	0.04	-0.26	0.36

Bovenstaande tabel geeft een weergave van de relatie tussen de kwaliteit- en bereikscores en potentiële beïnvloedende factoren als: de samenstelling en omvang van de totale caseload van het team, de omvang van de caseload per teamlid voor verschillende beroepsgroepen, en het type team.

Er was sprake van een negatieve correlatie tussen *kwaliteit* en de caseload van verpleegkundige. Dat duidt aan dat er een betere kwaliteit van psycho-educatie is wanneer de verpleegkundigen minder cliënten onder hun hoede hebben per FTE. De negatieve correlatie tussen *kwaliteit* en type team betekent dat we een hogere kwaliteit-score van psycho-educatie zien bij de F-ACT teams dan bij de RIBW teams.

Algemene conclusie - Wordt er psycho-educatie aan cliënten geboden?

Op basis van de gegevens in bovenstaande grafieken en tabellen werden de volgende algemene conclusies getrokken rond het aanbieden van psycho-educatie:

Algemene indruk:

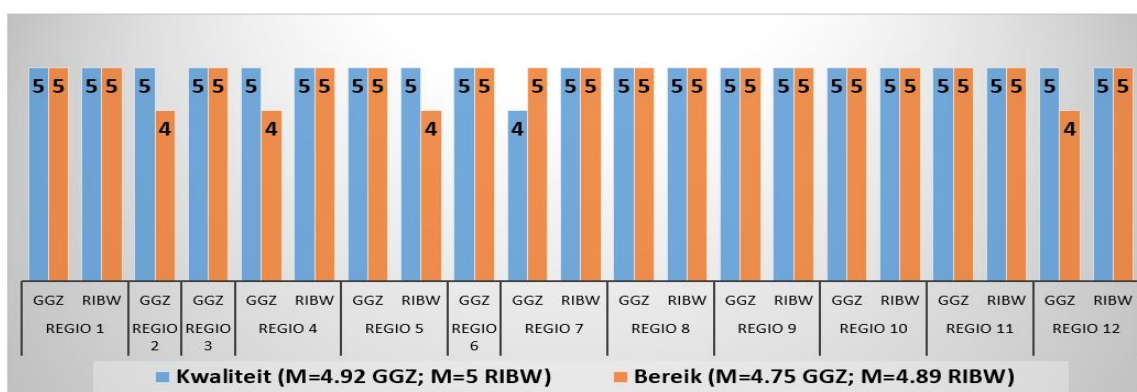
- **Psycho-educatie is meestal onderdeel van het individuele behandel- en begeleidingscontact**
- **Weinig systematische inzet van methoden of ervaringsdeskundigen**
- **Negatieve correlatie met aantal cliënten per verpleegkundige (F-ACT schaal: Norm per 200 cliënten is minstens 4 FTE verpleegkundige)**

4.2.4 Resultaten: Verdieping item 14 - Behandelplan

Aanbeveling	Kwaliteit	Bereik
14* Hebben cliënten een behandel / begeleidingsplan?	○ 1) Jaarlijks besproken en geëvalueerd ○ 2) Bevat concrete behandel/begeleidingsdoelen ○ 3) Bevat rehabilitatiedoelen per levensgebied (wonen, werken, leren, dagbesteding en sociale relaties) ○ 4) Bevat een crisisplan en/of signaleringsplan ○ 5) Het plan wordt geëvalueerd / aangepast met en ondertekend door de cliënt	○ < 20% ○ >20% ○ >40% ○ >60% ○ >80%

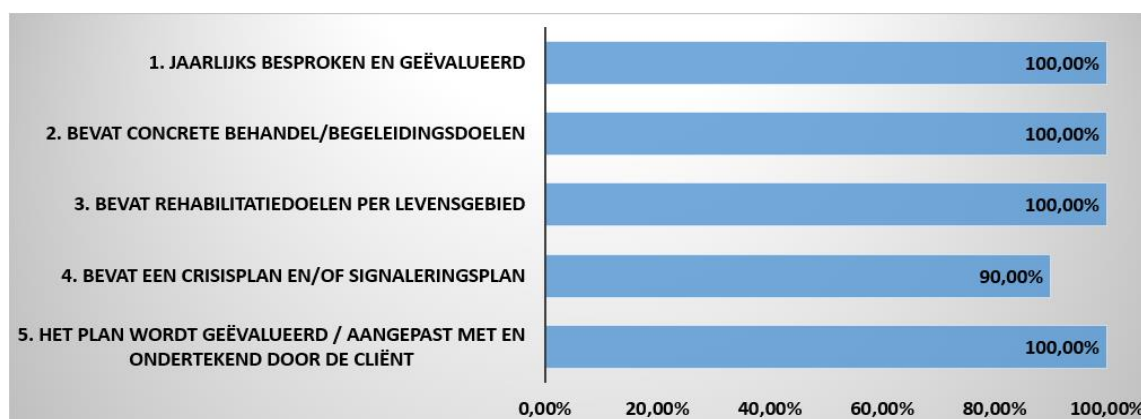
Bovenstaande tabel geeft een weergave van de vraag die bij item 14 (behandelplan cq begeleidingsplan) werd gesteld aan deelnemende teams, de kwaliteitscriteria die daarbij werden uitgevraagd en de beschikbare categorieën voor bereik.

Verdeling kwaliteit- en bereikscores per regio en type team - Item 14 Behandelplan



Bovenstaande figuur toont de verdeling van de kwaliteit- en bereikscores voor de verschillende deelnemende regio's, zowel voor het F-ACT team in de regio als het RIBW team. Opvallend zijn de hoge kwaliteit en bereik scores voor het behandel cq. begeleidingsplan. Met uitzondering van één F-ACT team met een score 4, geven alle teams aan dat de kwaliteit optimaal is (score 5). Het bereik is eveneens hoog (>80%) en slechts in vier teams lager (tussen de 60 en 80%).

Verdeling aanwezigheid specifieke kwaliteitscriteria (20 teams) - Item 14 Behandelplan



Bovenstaand figuur geeft een weergave van het percentage deelnemende teams dat positief heeft gescoord op de verschillende kwaliteitscriteria. Ook uit deze figuur blijkt dat bijna alle teams de kwaliteitscriteria voor de behandel cq. begeleidingsplannen toepassen. Alleen het crisis- en/of signaleringsplan ontbreekt in een aantal gevallen. In de kwalitatieve toelichting kwam vaak naar voren dat dit bij meer teams het geval was, maar zij hun bereik vooral baseerden op de andere kwaliteitscriteria. Voor het bereik van de crisis- of signaleringsplannen gaven zij lagere bereik aan (ca. 40%). Teams gaven aan dat het opstellen van een crisisplan belastend kan zijn, omdat het van cliënten (en hun behandelaren) vraagt om (terug) te denken aan moeilijke tijden van crisis en daarover afspraken te maken. Soms zijn cliënten al zo lang stabiel en niet crisisgevoelig (bv in het beschermd wonen), dat het opstellen van een crisisplan overbodig wordt gevonden.

Correlatiematrix beïnvloedende factoren - Item 14 Behandelplan

Beïnvloedende factor	Item 14: Behandel- en begeleidingsplan			
	Kwaliteitscore		Bereikscore	
	r	p	r	p
Percentage allochtoon	0.06	0.80	0.13	0.60
Urbanisatiegraad	0.08	0.73	0.31	0.18
Aantal mensen dat zorg ontvangt in team	X**	X**	0.01	0.98
Aantal mensen met schizofrenie	-0.04	0.85	-0.29	0.21
N per FTE totaal	X**	X**	0.12	0.66
N per FTE psychiater	X**	X**	0.29	0.41
N per FTE psycholoog	X**	X**	0.11	0.81
N per FTE verpleegkundige	X**	X**	-0.19	0.62
N per FTE maatschappelijk werk	X**	X**	0.12	0.65
N per FTE ervaringsdeskundigen	X**	X**	0.24	0.61
Type team (FACT of RIBW)	0.19	0.40	0.15	0.52

Bovenstaande tabel geeft een weergave van de relatie tussen de kwaliteit- en bereikscores en potentiële beïnvloedende factoren als: de samenstelling en omvang van de totale caseload van het team, de omvang van de caseload per teamlid voor verschillende beroepsgroepen, en het type team. X** betekent dat de kwaliteitscore voor behandel- en begeleidingsplan heeft te weinig spreiding heeft in combinatie met sommige variabelen om betrouwbare correlatie coëfficiënten te berekenen.

Er zijn geen van significante relaties tussen de kwaliteit- en bereikscores en potentiële beïnvloedende factoren. In het geval van dit item is er waarschijnlijk sprake van een plafond effect wat betreft de kwaliteit scores, waardoor deze analyse weinig betekenis heeft.

Algemene conclusie - Hebben cliënten een behandel / begeleidingsplan?

Op basis van de gegevens in bovenstaande grafieken en tabellen werden de volgende algemene conclusies getrokken rond de aanwezigheid van een behandel- cq begeleidingsplan:

Algemene indruk:

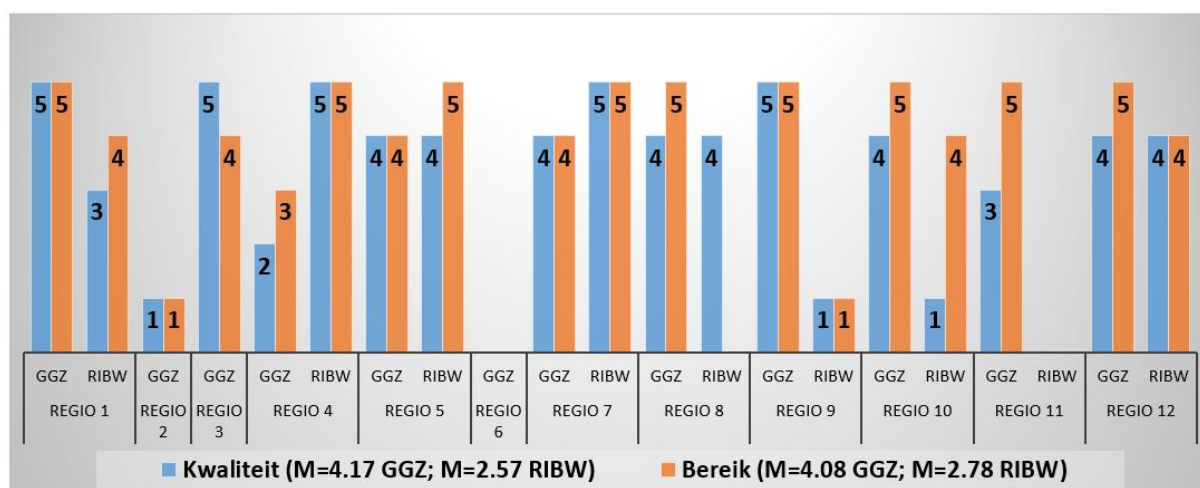
- **Hoge kwaliteit en bereik van een jaarlijks geëvalueerd behandel- en begeleidingsplan**
- **Bereik crisis- en signaleringsplannen veel lager (40% of lager wordt genoemd), vraagt veel aandacht en is lastiger om over in gesprek te gaan**
- **Afstemming tussen behandel- en begeleidingsplan niet altijd gedaan**
- **Somatische screening en ROM uitkomsten niet geïntegreerd in de behandelplancycclus**

4.2.5 Resultaten: Verdieping item 15 – Somatische screening

15* Vindt er (ook na de intake) een somatische screening en zorg plaats (of wordt ervoor zorg gedragen dat deze wordt aangeboden door een andere partij)?	○ 1) Minimaal één keer per jaar gescreend en geëvalueerd ○ 2) Aandacht voor cardiovasculaire risicofactoren ○ 3) Aandacht voor andere bijwerkingen van de antipsychotische behandeling ○ 4) Aandacht voor tandheelkundige zorg ○ 5) Ingebed in de ROM ○ 6) Interventies voor leefstijl, diëtiëk en stoppen met roken zijn beschikbaar ○ 7) Deze interventies zijn van voldoende duur (zeker acht weken)	○ < 20% ○ >20% ○ >40% ○ >60% ○ >80%
--	---	--

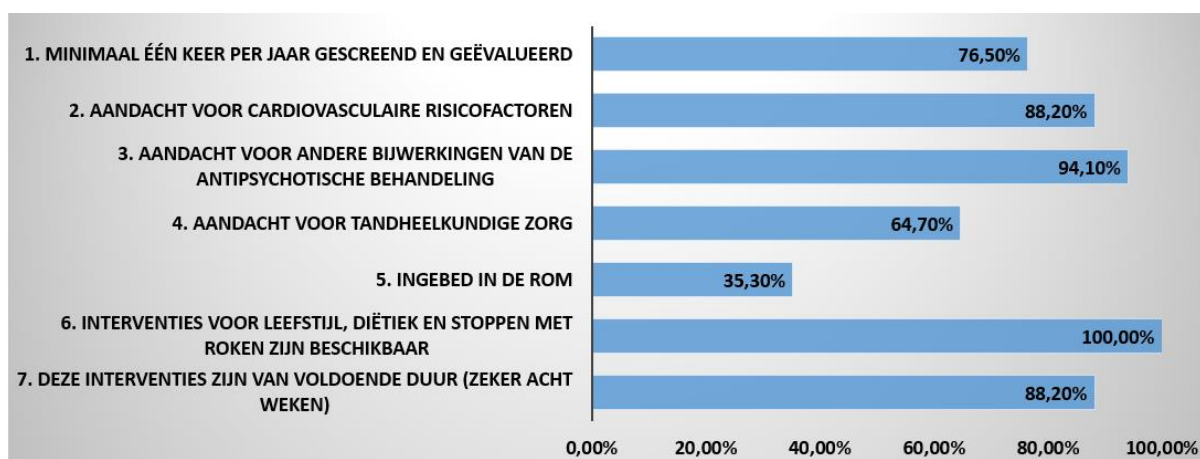
Bovenstaande tabel geeft een weergave van de vraag die bij item 15 (somatische screening) werd gesteld aan deelnemende teams, de kwaliteitscriteria die daarbij werden uitgevraagd en de beschikbare categorieën voor bereik.

Verdeling kwaliteit- en bereikscores per regio en type team - Item 15 Somatische screening



Bovenstaande figuur toont de verdeling van de kwaliteit- en bereikscores voor de verschillende deelnemende regio's, zowel voor het F-ACT)team in de regio als het RIBW team. In drie van de deelnemende regio's hebben we van het RIBW team geen toestemming ontvangen om de resultaten op de nemen in de huidige analyse, hier is de RIBW niet in de figuur opgenomen. In de overige regio's werd in één F-ACT team (regio 6) en één RIBW team (regio 11) geen somatische screening uitgevoerd. Wat opvalt is dat de kwaliteit en het bereik van de somatische screening uiteen loopt in de verschillende regio's. Bij één van de elf F-ACT teams en twee van de acht RIBW teams is de kwaliteit laag (score 1). Bij één F-ACT en één RIBW team die somatische screening uitvoeren minder dan 40% en de rest hoger.

Verdeling aanwezigheid kwaliteitscriteria (17 teams) - Item 15 Somatische screening



Bovenstaand figuur geeft een weergave van het percentage deelnemende teams dat positief heeft gescoord op de verschillende kwaliteitscriteria. Hieruit blijkt dat driekwart van de teams, die somatische screening uitvoeren, screent cliënten minimaal één keer per jaar. Leefstijlinterventies altijd worden aangeboden indien het beschikbaar is en dat er bijna altijd aandacht is voor bijwerkingen van de antipsychotische behandeling. Ook aandacht voor cardiovasculaire risicofactoren is er in bijna 90% van de teams. Aandacht voor tandheelkundige zorg blijft daarbij achter (bijna 65%) en een structurele inbedding in de ROM is slechts in iets meer van een derde van de teams gerealiseerd. Als de somatische screening en de ROM uitkomsten niet standaard in de behandelplancycclus worden meegenomen, loopt men het risico dat deze informatie niet actueel is of

niet betrokken wordt tijdens de jaarlijkse evaluatie van de behandeling met alle betrokkenen. We hebben geen informatie over waarom dit niet gebeurt of wat de behandelaar als leidend beschouwd. Hypothese en onze ervaring is dat de behandelaar het behandelplan en de daarin geformuleerde behandeldoelen als leidend beschouwd.

Correlatiematrix beïnvloedende factoren - Item 15 Somatische screening

Beïnvloedende factor	Item 15: Somatische screening			
	Kwaliteitscore		Bereikscore	
	r	p	r	p
Percentage niet-Westerse allochtoon	-0.09	0.70	-0.62	0.01
Urbanisatiegraad	-0.10	0.66	-0.34	0.20
Aantal mensen dat zorg ontvangt in team	0.46	0.04	0.03	0.92
Aantal mensen met schizofrenie	0.28	0.27	0.22	0.39
N per FTE totaal	-0.20	0.44	-0.03	0.93
N per FTE psychiater	0.35	0.29	-0.05	0.90
N per FTE psycholoog	-0.33	0.47	-0.79	0.06
N per FTE verpleegkundige	-0.66	0.05	-0.75	0.05
N per FTE maatschappelijk werk	0.31	0.20	0.23	0.44
N per FTE ervaringsdeskundigen	0.04	0.93	-0.31	0.51
Type team (FACT of RIBW)	-0.54	0.01	-0.20	0.45

Bovenstaande tabel geeft een weergave van de relatie tussen de kwaliteit- en bereikscores en potentiële beïnvloedende factoren als: de samenstelling en omvang van de totale caseload van het team, de omvang van de caseload per teamlid voor verschillende beroepsgroepen, en het type team.

Er was sprake van een aantal significante correlaties tussen *kwaliteit* en *bereik*, en de beïnvloedende factoren. De negatieve correlatie met type team betekent dat we een hogere kwaliteit-score van de somatische screening zien bij de F-ACT teams dan bij de RIBW teams. De positieve correlatie met het aantal mensen dat zorg ontvangt betekent dat we een hogere kwaliteit-score van de somatische screening zien bij teams met een grotere caseload. Ook was er sprake van een negatieve correlatie tussen bereik en het percentage niet-Westerse allochtonen in de caseload, wat betekent dat bij somatische screening aan meer cliënten wordt aangeboden in teams met minder niet-Westerse allochtonen.

Algemene conclusie - Vindt er (ook na de intake) een somatische screening en zorg plaats?

Op basis van de gegevens in bovenstaande grafieken en tabellen werden de volgende algemene conclusies getrokken rond het toepassen van somatische screening:

Algemene indruk:

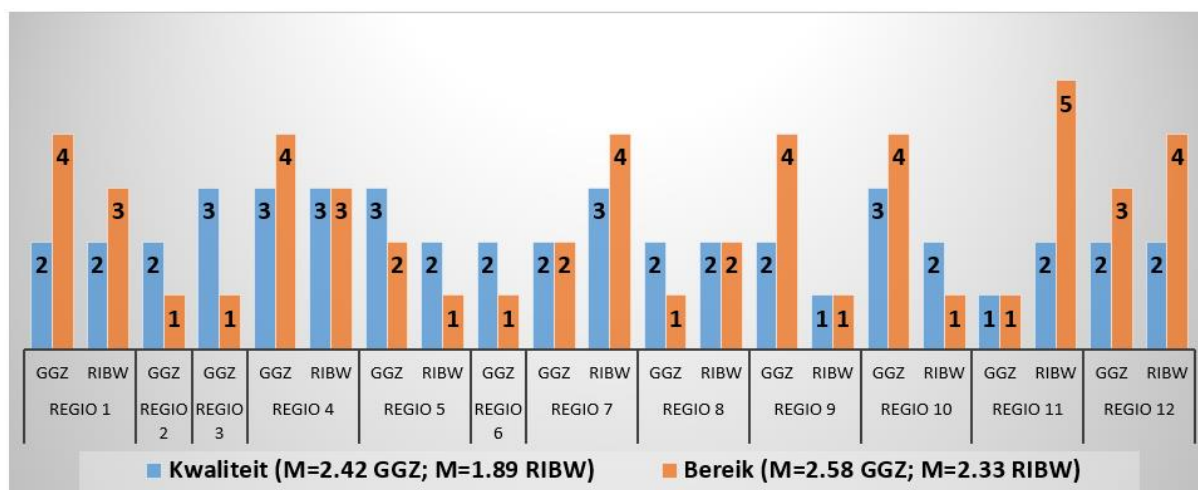
- **Taakopvatting RIBW rond somatische screening is erg wisselend, van: geen aanbod – tot minimaal jaarlijks uitgebreid lab**
- **Gemiddelde score bereik hoger dan kwaliteit (vooral RIBW), mede door:**
 - Vaak geen standaard terugkoppeling van GGZ naar RIBW
 - Te weinig inbedding van somatische screening in ROM en behandelplan cyclus
 - Gebrek aan aandacht voor tandheelkundige zorg
- **Goede beschikbaarheid van leefstijlinterventies, zowel in GGZ als RIBW**

4.2.6 Resultaten: Verdieping item 18 - Naasten

18* Worden familieleden en/of andere naasten (op kritische momenten) betrokken bij de behandeling/begeleiding van de cliënt?	○ 1) Familie en/ of naasten wordt actief betrokken bij de jaarlijkse bespreking van het behandel en crisisplan ○ 2) Gebruik van het zorgmodel 'zorgen doe je samen met de familie' (modelregeling GGZ 'betrokken omgeving') ○ 3) Er worden doelgerichte acties voor ondersteuning en ontlasting ingezet (respijtzorg) ○ 4) Er wordt gebruik gemaakt van de triadekaart ○ 5) Er zijn specifieke trainingen voor het personeel (bv. 'Familie als Bondgenoot') ○ 6) Familie ervaringsdeskundigen worden ingezet om familie te betrekken	○ < 20% ○ >20% ○ >40% ○ >60% ○ >80%
---	---	--

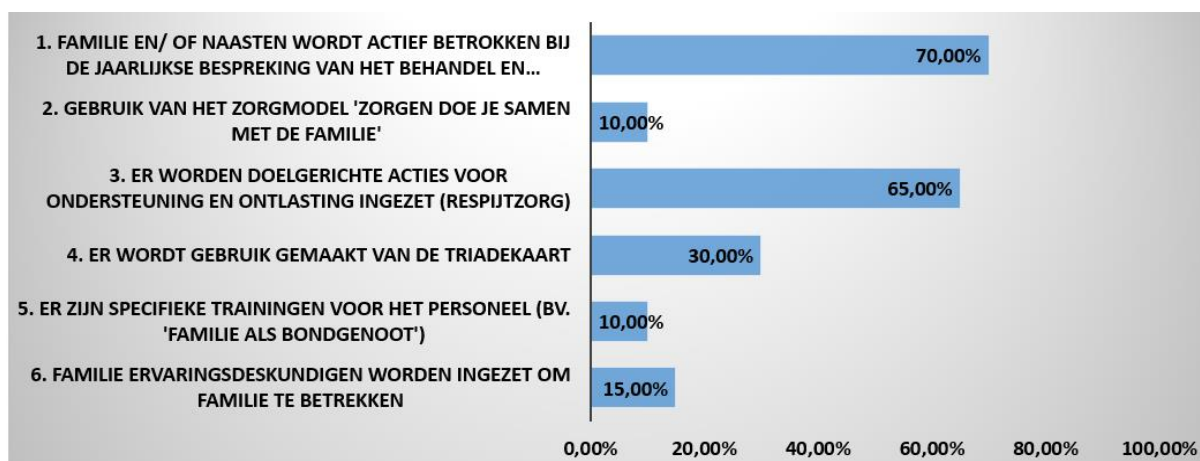
Bovenstaande tabel geeft een weergave van de vraag die bij item 18 (naasten) werd gesteld aan deelnemende teams, de kwaliteitscriteria die daarbij werden uitgevraagd en de beschikbare categorieën voor bereik.

Verdeling kwaliteit- en bereikscores per regio en type team - Item 18 Naasten



Bovenstaande figuur toont de verdeling van de kwaliteit- en bereikscores voor de verschillende deelnemende regio's, zowel voor het F-ACT team in de regio als het RIBW team. In drie van de deelnemende regio's hebben we van het RIBW team geen toestemming ontvangen om de resultaten op de nemen in de huidige analyse, hier is de RIBW niet in de figuur opgenomen. Wat opvalt is dat geen enkel team de kwaliteit van het betrekken van naasten hoger dan een score 3 geeft. Bereik is over het algemeen ook laag; bij meer dan een derde van de teams lager dan 20%.

Verdeling aanwezigheid specifieke kwaliteitscriteria (20 teams) - Item 18 Naasten



Bovenstaand figuur geeft een weergave van het percentage deelnemende teams dat positief heeft gescoord op de verschillende kwaliteitscriteria. Hieruit bij 70% van de teams familie-of naasten actief wordt betrokken bij de behandelplanbesprekingen en er bij twee derde van de teams respijtzorg wordt geboden ter ontlasting en ondersteuning van naasten. Een derde van de teams maakt gebruik van de triadekaart. In slechts een op de tien teams worden er specifieke interventies, competentiebevordering voor personeel of inzet van een familie ervaringsdeskundigen ingezet.

Correlatiematrix beïnvloedende factoren - Item 18 Naasten

Beïnvloedende factor	Item 18: Betrekken naasten			
	Kwaliteitscore		Bereikscore	
	r	p	r	p
Percentage allochtoon	-0.20	0.38	-0.27	0.26
Urbanisatiegraad	-0.14	0.55	-0.30	0.22
Aantal mensen dat zorg ontvangt in team	0.42	0.07	0.06	0.83
Aantal mensen met schizofrenie	0.28	0.23	-0.04	0.86
N per FTE totaal	-0.09	0.73	0.21	0.43
N per FTE psychiater	0.36	0.28	0.28	0.43
N per FTE psycholoog	0.62	0.13	-0.52	0.23
N per FTE verpleegkundige	0.20	0.62	-0.43	0.25
N per FTE maatschappelijk werk	-0.02	0.93	-0.07	0.79
N per FTE ervaringsdeskundigen	0.33	0.47	-0.42	0.35
Type team (FACT of RIBW)	-0.34	0.13	-0.05	0.83

Bovenstaande tabel geeft een weergave van de relatie tussen de kwaliteit- en bereikscores en potentiële beïnvloedende factoren als: de samenstelling en omvang van de totale caseload van het team, de omvang van de caseload per teamlid voor verschillende beroepsgroepen, en het type team.

Er zijn geen van significante relaties tussen de kwaliteit- en bereikscores en potentiële beïnvloedende factoren voor het betrekken van naasten.

Algemene conclusie - Worden familieleden en/of andere naasten (op kritische momenten) betrokken bij de behandeling/begeleiding van de cliënt?

Op basis van de gegevens in bovenstaande grafieken en tabellen werden de volgende algemene conclusies getrokken rond het betrekken van familie en naasten bij de behandeling cq begeleiding van de cliënt:

Algemene indruk:

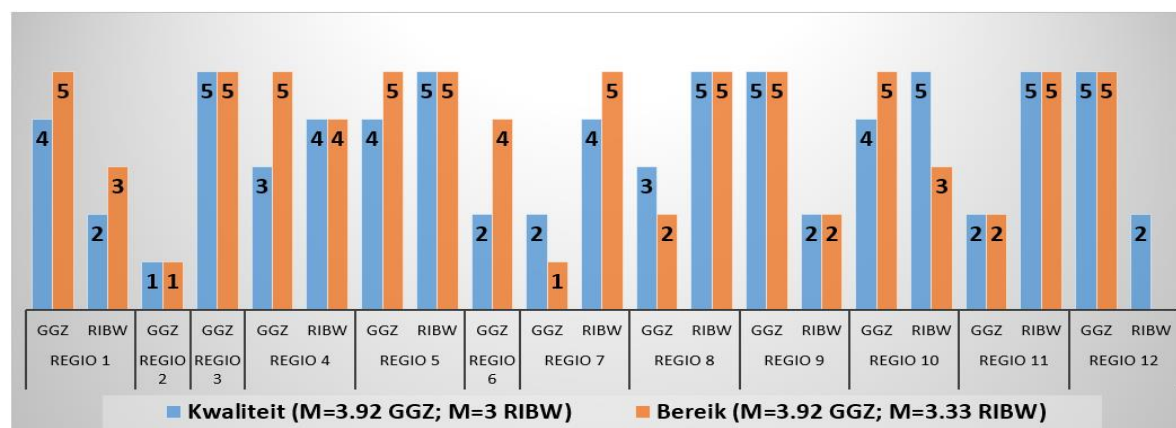
- **Zowel bij RIBW als GGZ vrij lage kwaliteit en bereik (gemiddeld 2,5 of lager)**
- **Geen verband met aanwezigheid disciplines, aantal cliënten in zorg, % niet-Westerse allochtonen**
- **Cliënten hebben vaak klein sociaal netwerk (met name bij RIBW)**
- **Betrekken van naasten wordt vaak overgelaten aan cliënt (keus en uitnodigen)**
- **Betrekken naasten bij behandelplan bespreking en respijtzorg gaat redelijk**
- **Wel aanwezig: familie vertrouwenspersoon, aandachtsfunctionaris familie**
- **Weinig inzet van specifieke interventies, zoals:**
 - Triadekaart
 - Familie ED
 - Training personeel
- **Betrekken van naasten was in 2013/2014 in opkomst (nu hoger?)**

4.2.7 Resultaten: Verdieping item 26 - Huisarts

Aanbeveling	Kwaliteit	Bereik
26* Wordt de eigen huisarts van cliënten bij de zorgverlening betrokken?	○ 1) Informatieoverdracht over de toestand, behandel- en zorgdoelen ○ 2) Signaleren van ontregeling en decompensatie ○ 3) Medicatie ○ 4) Somatische screening en zorg ○ 5) Nazorgplan	○ < 20% ○ >20% ○ >40% ○ >60% ○ >80%

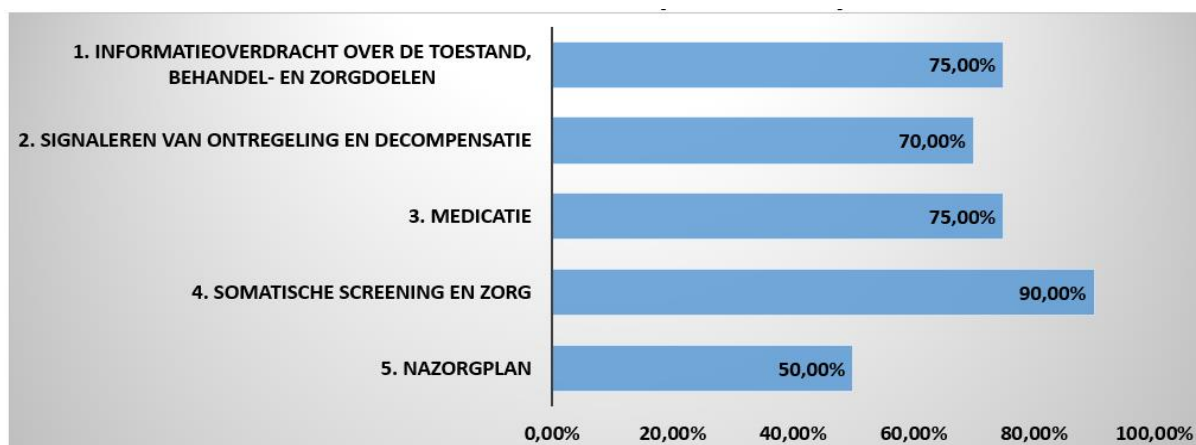
Bovenstaande tabel geeft een weergave van de vraag die bij item 26 (huisarts) werd gesteld aan deelnemende teams, de kwaliteitscriteria die daarbij werden uitgevraagd en de beschikbare categorieën voor bereik.

Verdeling kwaliteit- en bereikscores per regio en type team - Item 26 Huisarts



Bovenstaande figuur toont de verdeling van de kwaliteit- en bereikscores voor de verschillende deelnemende regio's, zowel voor het F-ACT team in de regio als het RIBW team. In drie van de deelnemende regio's hebben we van het RIBW team geen toestemming ontvangen om de resultaten op de nemen in de huidige analyse, hier is de RIBW niet in de figuur opgenomen. De gemiddelde scores zijn zowel voor bereik als voor kwaliteit voldoende. Wel is een vrij grote variatie zichtbaar tussen een aantal regio's die op een score 2 of lager uitkomen en een heel aantal regio's die een 5 scoren.

Verdeling aanwezigheid specifieke kwaliteitscriteria (bij 20 teams) - Item 26 Huisarts



Bovenstaand figuur geeft een weergave van het percentage deelnemende teams dat positief heeft gescoord op de verschillende kwaliteitscriteria. Hieruit blijkt dat er in driekwart van de teams informatie vanuit de teams wordt geboden aan de huisarts van de cliënt met betrekking tot de toestand van de cliënt, behandel- en zorgdoelen en medicatie. Vaak gebeurt dit schriftelijk. Bijna alle teams geven aan dat resultaten van de somatische screening worden doorgegeven aan de huisarts, echter er wordt ook opgemerkt dat weinig proactief wordt ingespeeld op risico's die naar voren komen uit de somatische screening. In de helft van de teams wordt de eigen huisarts bij ontslag niet betrokken bij een nazorgplan.

Correlatiematrix beïnvloedende factoren - Item 26 Huisarts

Beïnvloedende factor	Item 26: Betrekken huisarts			
	Kwaliteitscore		Bereikscore	
	r	p	r	p
Percentage allochtoon	-0.09	0.69	-0.03	0.90
Urbanisatiegraad	-0.10	0.66	0.04	0.88
Aantal mensen dat zorg ontvangt in team	0.22	0.36	0.42	0.09
Aantal mensen met schizofrenie	0.32	0.17	0.37	0.12
N per FTE totaal	-0.26	0.30	-0.04	0.89
N per FTE psychiater	0.02	0.96	0.57	0.11
N per FTE psycholoog	-0.34	0.45	0.44	0.32
N per FTE verpleegkundige	-0.57	0.11	-0.01	0.99
N per FTE maatschappelijk werk	0.33	0.18	0.25	0.35
N per FTE ervaringsdeskundigen	-0.01	0.98	0.18	0.70
Type team (FACT of RIBW)	-0.34	0.13	-0.26	0.29

Bovenstaande tabel geeft een weergave van de relatie tussen de kwaliteit- en bereiksscores en potentiële beïnvloedende factoren als: de samenstelling en omvang van de totale caseload van het team, de omvang van de caseload per teamlid voor verschillende beroepsgroepen, en het type team.

Er zijn geen significante correlaties met deze beïnvloedende factoren gevonden.

Algemene conclusie - Wordt de eigen huisarts van cliënten bij de zorgverlening betrokken?

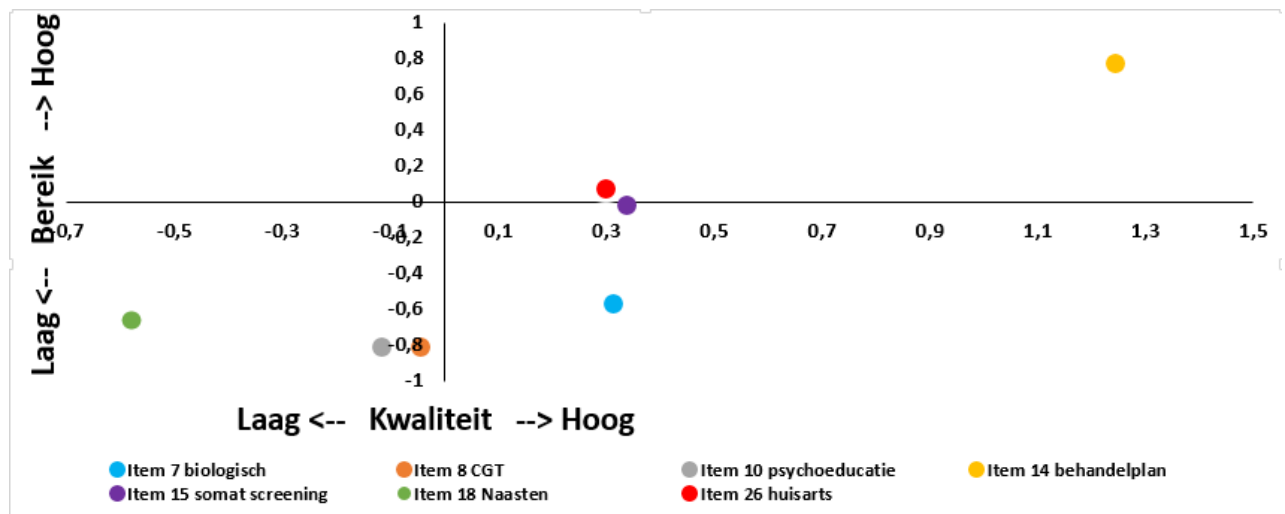
Op basis van de gegevens in bovenstaande grafieken en tabellen werden de volgende algemene conclusies getrokken rond het betrekken van de eigen huisarts van de cliënt bij de zorgverlening. Hieruit blijkt dat de leden van de teams vaak weinig contact met de huisarts van de cliënt hebben:

Algemene indruk:

- ***Cliënten hebben vaak direct contact met de eigen huisarts, oa vanwege:***
 - *Privacy wetgeving*
 - *Eigen regie*
- ***Indien nodig worden zij hierbij begeleid vanuit de zorg***
- ***HA wordt jaarlijks op de hoogte gesteld van de voortgang via een brief***
 - *Ervaring is dat HA brief regelmatig niet leest*
 - *Sommige HA willen contactpersoon in GGZ voor als er iets is*
 - *Sommige HA komen langs bij RIBW*
- ***De samenwerking bij uitstroom kan beter (nu vaak via ontslagbrief)***

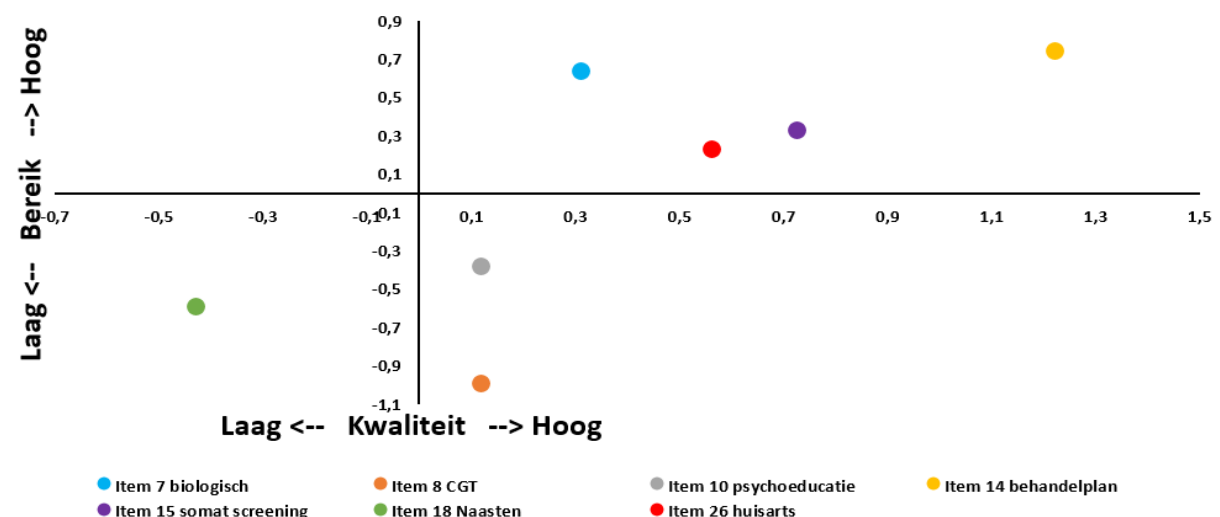
4.3 Overzicht verhoudingen en correlaties op alle items

Verhoudingen kwaliteit vs bereik (z-scores) per item voor alle typen teams



Bovenstaande grafiek toont de verhouding tussen kwaliteit en bereik op de verschillende geselecteerde KRAS items voor *alle* deelnemende teams (F-ACT teams en RIBW teams). Hieruit blijkt dat zowel kwaliteit als bereik voldoende zijn voor de volgende twee thema's: aanwezigheid van een behandelplan cq begeleidingsplan, betrekken van de eigen huisarts van cliënt, toepassen van somatische screening (bereik is een grensgeval). Op het thema 'rekening houden met de wensen van de cliënt bij biologische interventies' is de kwaliteit voldoende en het bereik onvoldoende. Zowel kwaliteit als bereik zijn onvoldoende voor de drie thema's: aanbod van cognitieve gedragstherapie, aanbod van psycho-educatie en betrekken van familie.

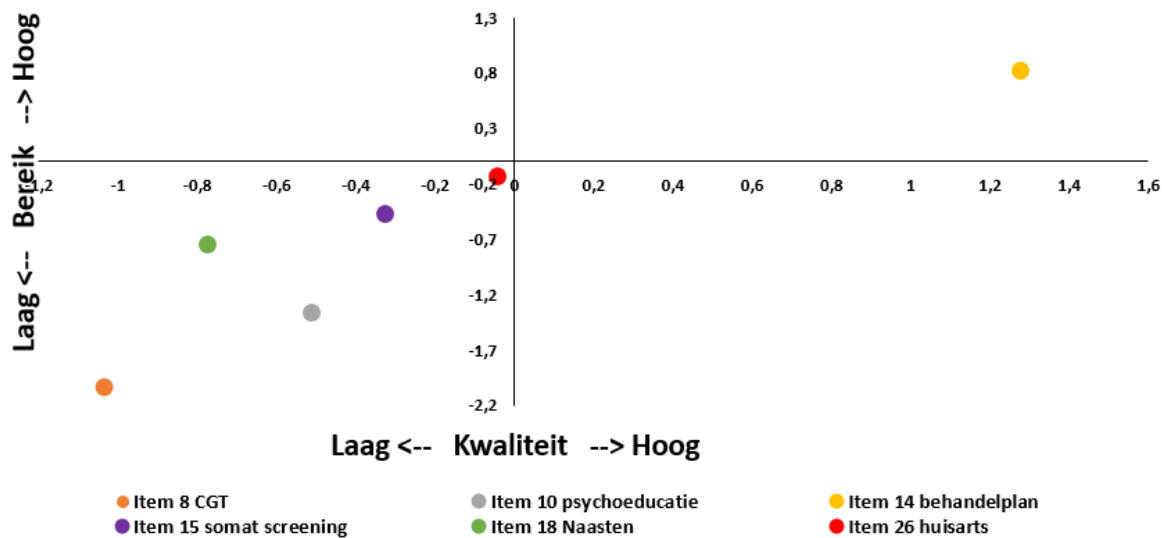
Verhoudingen kwaliteit vs bereik (z-scores) per item voor F-ACT teams



Wanneer we inzoomen op de F-ACT teams zien we dat zowel kwaliteit als bereik voldoende zijn op de volgende vier thema's: aanwezigheid van een behandelplan, toepassen van somatische screening, betrekken van de eigen huisarts van cliënt, rekening houden met de wensen van de cliënt bij biologische interventies. De kwaliteit is voldoende en het bereik onvoldoende voor de twee thema's

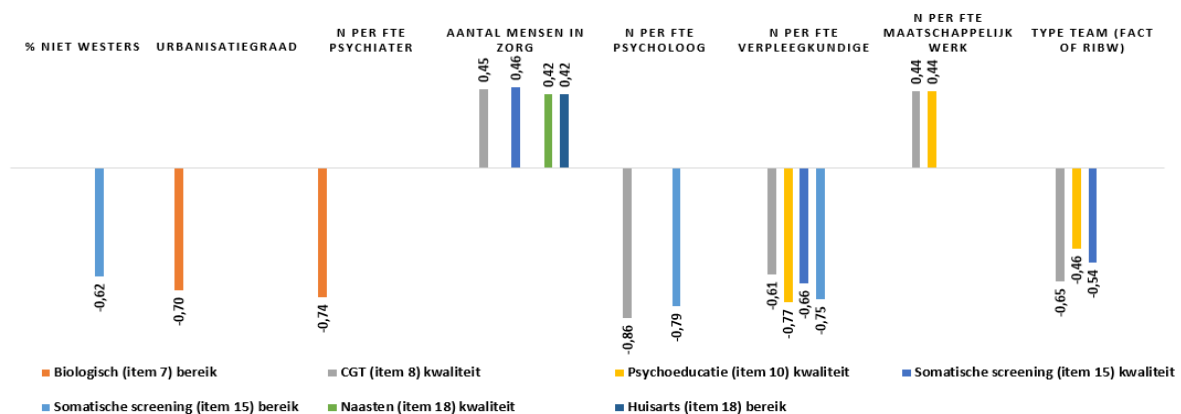
aanbod van cognitieve gedragstherapie en aanbod van psycho-educatie. Zowel kwaliteit als bereik zijn onvoldoende voor het thema betrekken van familie.

Verhoudingen kwaliteit vs bereik (z-scores) per item voor RIBW's



Wanneer we inzoomen op de RIBW teams zien we dat zowel kwaliteit als bereik voldoende zijn op het thema aanwezigheid van een begeleidingsplan. Zowel kwaliteit als bereik zijn onvoldoende voor de vijf thema's welke van toepassing zijn op RIBWS: aanbod van cognitieve gedragstherapie, aanbod van psycho-educatie, betrekken van familie, toepassen van somatische screening en betrekken van de eigen huisarts van cliënt.

Grafiek (marginaal) significante correlaties tussen beïnvloedende factoren en items



Bovenstaande grafiek geeft een overzicht van alle significante correlaties tussen de geregistreerde beïnvloedende factoren en de items.

Hierin zien we een lager bereik van somatische screening in regio's met een hoger percentage niet-westerse allochtone cliënten en dat minder rekening wordt gehouden met wensen van cliënten bij de keuze voor biologische interventies in regio's met een hoge urbanisatiegraad. Ook wordt minder rekening wordt gehouden met wensen van cliënten bij de keuze voor biologische interventies in teams waar de psychiater een groter aantal cliënten in caseload heeft.

In grotere teams met meer mensen in case load zien we een hogere kwaliteit van CGT, somatische screening en het betrekken van naasten en een groter bereik in het betrekken van de huisarts. In teams waar de psycholoog en de verpleegkundige een grotere caseload hebben, is de kwaliteit van CGT lager en vindt minder vaak somatische screening plaats (lager bereik). Een grotere caseload van de verpleegkundige resulteert daarnaast in lagere kwaliteit van somatische screening en van psycho-educatie. In teams waar de maatschappelijk werker een grotere caseload heeft, zien we meer kwaliteit van CGT en van psycho-educatie. Wellicht hangt deze bevinding samen met een onderlinge taakverdeling tussen de disciplines. Ten slotte zien we een hogere kwaliteit van CGT, psycho-educatie en somatische screening in F-ACT teams dan in RIBW teams.

Resultaten analyse correlatie beïnvloedende factoren

	Percentage allochtoon (1)		Urbanisatiegraad (2)		Aantal mensen dat zorg ontvangt binnen team (3)		N per FTE totaal (4)		N per FTE psychater (5)		N per FTE psycholoog (6)		N per FTE verpleegkundige (7)		N per FTE maatschappelijk werk (8)		N per FTE ervaringsdeskundige (9)		Type team (RIBW of FACT) (10)	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
1	X	X	0.71	0.00	0.48	0.04	-0.10	0.68	0.45	0.17	0.59	0.16	0.66	0.06	-0.08	0.76	0.96	0.00	0.09	0.71
2	0.71	0.00	X	X	0.27	0.26	-0.08	0.74	0.78	0.00	0.64	0.12	0.42	0.26	-0.06	0.81	0.63	0.13	0.10	0.66
3	0.48	0.04	0.27	0.26	X	X	0.21	0.39	0.42	0.20	0.59	0.16	0.52	0.15	0.13	0.60	0.96	0.00	-0.57	0.01
4	-0.10	0.68	-0.08	0.74	0.21	0.39	X	X	0.23	0.49	0.94	0.00	0.30	0.44	-0.05	0.84	0.37	0.41	-0.37	0.13
5	0.45	0.17	0.78	0.00	0.42	0.20	0.23	0.49	X	X	0.69	0.08	0.09	0.82	-0.06	0.85	0.35	0.44	0.01	0.97
6	0.59	0.16	0.64	0.12	0.59	0.16	0.94	0.00	0.69	0.08	X	X	0.83	0.02	-0.08	0.87	0.78	0.12	X	X
7	0.66	0.06	0.42	0.26	0.52	0.15	0.30	0.44	0.09	0.82	0.83	0.02	X	X	-0.27	0.48	0.79	0.06	0.39	0.31
8	-0.08	0.76	-0.06	0.81	0.13	0.60	-0.05	0.84	-0.06	0.85	-0.08	0.87	-0.27	0.48	X	X	-0.04	0.93	-0.34	0.16
9	0.96	0.00	0.63	0.13	0.96	0.00	0.37	0.41	0.35	0.44	0.78	0.12	0.79	0.06	-0.04	0.93	X	X	X	X
10	0.09	0.71	0.10	0.66	-0.57	0.01	-0.37	0.13	0.01	0.97	X	X	0.39	0.31	-0.34	0.16	X	X	X	X

Bovenstaande tabel toont significante correlaties tussen beïnvloedende factoren onderling. Hierin zien we dat “urbanisatiegraad in een regio” samenhangt met “het percentage niet-Westerse allochtone cliënten” en met “de omvang van de caseload van de psychiater”. Ook zien we dat “het aantal mensen dat zorg ontvangt binnen een team” samenhangt met “het percentage niet-westerse allochtone cliënten” en met “de omvang van de caseload van ervaringsdeskundigen” en met “type team” (het aantal mensen dat zorg ontvangt in een team is over het algemeen groter in F-ACT teams dan in RIBW teams). De “omvang van de caseload van de psycholoog” hangt samen met “de totale omvang van de caseload van het team” en met “de omvang van de caseload van de verpleegkundige”.

4.4 Algemene conclusies

Items

Items die redelijk tot goed scoren:

- Biologische interventies (kwaliteit kan hoger door: inzetten van de *Subjective Welbeing under Neuroleptics* (SWN) Vragenlijst)
- Behandel- en begeleidingsplan (kan beter op: crisisplan, integratie ROM en somatische screening)
- Betrekken van huisarts (kan beter op: contact naast brief)

Middenmoot:

- Somatische screening (meer terugkoppeling gewenst, en inbedding in ROM en behandelplan)

Items waar kloof vooral zit:

- CGT (probleem vooral op bereik en fase waarin behandeling plaatsvindt)
- Psycho-educatie (meer inzet ED nodig en systematische aanpak)
- Betrekken van naasten (niet overlaten aan cliënt, inzetten interventies)

Type teams

• **F-ACT teams scoren over het algemeen beter dan RIBW teams op:**

- Cognitieve gedragstherapie (bereik blijft laag)
- Psycho-educatie (bereik blijft laag)
- Somatische screening
- Betrekken van de eigen huisarts van de cliënt

Capaciteit disciplines

- **Een grotere caseload van de psychiater hangt samen met:**
 - Minder rekening houden met wensen van cliënten bij de keuze voor biologische interventies
- **Een grotere caseload van de psycholoog hangt samen met:**
 - Een lagere kwaliteit van CGT
 - Minder plaatsvinden van somatische screening
- **Een grotere caseload van de verpleegkundige hangt samen met:**
 - Een lagere kwaliteit van CGT
 - Een lagere kwaliteit van psycho-educatie
 - Een lagere kwaliteit en bereik van somatische screening
- **Een grotere caseload van de maatschappelijk werker hangt samen met:**
 - Meer kwaliteit van CGT en psycho-educatie.

Kwaliteitstoets Regionaal Aanbod Schizofreniezorg (KRAS) Quickscan

Doel

In kaart brengen in hoeverre de aanbevelingen uit de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (MDRS) 2012 zijn geïmplementeerd in een bepaalde subregio (ongeveer het verzorgingsgebied van een FACT-team).

Subdoelen

- In kaart brengen op welke gebieden (lid)instellingen implementatieondersteuning kunnen gebruiken.
- In kaart brengen landelijke stand implementatie MDRS 2012.
- Metingen in het kader van onderzoek naar implementatie/effectiviteit MDRS 2012.

Werkwijze

Deze quick scan wordt ingevuld door middel van een (telefonisch) interview met twee (of eventueel meerdere) centrale personen uit de GGZ en de RIBW in de regio. Uitgangspunt is de hulp/zorgbehoefte van cliënten met een stoornis in het schizofreniespectrum in een afgebakend catchment area, namelijk het verzorgingsgebied van één FACT team. De inschatting is dat vragen met een asterix in elk geval ook relevant zijn voor RIBW instellingen.

De geïnterviewde personen kunnen programmacoördinatoren/leiders, regiomanagers en of behandelaren zijn. Vooraf kan bepaald worden welke combinatie van personen het meest volledige beeld geeft. De interviewees krijgen voorafgaand aan het interview de Quick Scan toegestuurd zodat zij zich kunnen voorbereiden en benodigde informatie kunnen verzamelen. Wij vragen u de Quickscan voorafgaand aan het interview al zoveel mogelijk in te vullen. De antwoorden kunnen dan tijdens het interview verder toegelicht en besproken worden. De ervaring leert dat deze werkwijze het meest efficiënt is en meer ruimte geeft om belangrijke inhoudelijk punten de benodigde aandacht te geven.

Inhoud

De quick scan bevat items welke zijn gebaseerd op de aanbevelingen in de Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie (MDRS) 2012. Een aantal items is gebaseerd op andere bronnen of op aanbevelingen van experts, wanneer dat het geval is wordt dat expliciet vermeld. Veel items bevatten een 'bereik' en/of een 'kwaliteit'component. Er wordt alleen een kwaliteitsvraag over een aanbeveling gesteld wanneer de MDRS expliciete aanbevelingen doet over hoe een bepaald onderdeel uitgevoerd dient te worden.

Alle vragen gaan over de afgelopen 12 maanden en betreffen alleen de cliënten met stoornis in het schizofreniespectrum. In het algemeen wordt gevraagd naar (een schatting van) het percentages van cliënten, maar indien het mogelijk is om een exact aantal te noemen, heeft dat de voorkeur. Uitgangspunt is (een schatting van) de feitelijk geboden zorg; niet de beleidsdoelen of streefnorm.

Bereik

Van alle aanbevelingen wordt het bereik gescoord, op basis van een 5-puntsschaal. Het is belangrijk dat het bereik van de geïndiceerde cliënten gescoord wordt. Deze indicatie wordt zo specifiek mogelijk beschreven, als er geen indicatie wordt beschreven kan ervan uit worden gegaan dat alle cliënten bereikt moeten worden.

Kwaliteit

Kwaliteit wordt gebaseerd op het aantal aanwezige criteria. Per item wordt benoemd welke criteria er worden gesteld en hoeveel criteria minimaal aanwezig moeten zijn voor een bepaalde score.

Het bepalen van de juiste score

Voor een hoge score moeten zowel het bereik als de kwaliteit hoog zijn. Voor het bepalen van de score wordt dus ook gekeken of op beide gebieden wordt voldaan aan de gestelde eisen, de hoogst mogelijke score wordt gekozen.

Algemene gegevens

A. Invuldatum en gesprekspartners: vrijdag 14 maart 2014, Grietje Bouman, FACT teamleider GGZ Drenthe

B. Specificatie van het verzorgingsgebied van het FACT team/ RIBW locatie

- Beschrijving van (de grenzen van) het verzorgingsgebied van het FACT team (namen van gemeenten)
- Beschrijving van (de grenzen van) het verzorgingsgebied van de Ribw locatie (namen van gemeenten)
- Algemene gegevens mbt het verzorgingsgebied

Algemene gegevens mbt het verzorgingsgebied van het FACT team / de RIBW locatie

Aantal Inwoners:

Percentage niet Westerse Allochtonen:
Urbanisatiegraad:

C. Beschrijving van het beschikbare zorgaanbod van de **GGZ-instelling** in het FACT team verzorgingsgebied (RIBW zie onder)

Locatie/ Vestiging/ Afdeling	Aantal cliënten met schizofrenie	Fte psychiaters/ artsen	Fte psychologen psychothera- peuten, klinisch (neuro)psycho- logen	Fte Verpleegkun- digen, SPV, verzorgenden transmuraal- werkenden	Fte maatschappelijk werk en vaktherapeuten	Fte ervarings deskundige	CCAF Keurmerk	Aantal cliënten dat ook in zorg is bij Ribw

D. Beschrijving van het beschikbare aanbod van de **locatie van de Ribw-instelling** in het FACT team verzorgingsgebied

Invuldatum en gesprekspartners:
Aantal Inwoners:
Percentage niet Westerse Allochtonen:
Urbanisatiegraad:

Locatie/ Vestiging/ Afdeling	Totaal Aantal plaatsen	(Schatting) Aantal cliënten met schizofrenie	Aantal cliënten in beschermd wonen	Aantal cliënten in begeleid wonen	(Schatting) Aantal cliënten in zorg bij GGZ	Fte SPH'er en SPW'ers	Fte andere relevante beroepsgroep en/behandela ars	Fte ervarings deskundig e	Aantal cliënten ook in zorg bij GGZ FACT team

1 Diagnostiek

Aanbeveling	Kwaliteit	Bereik	Toelichting
1 Wordt er een semigestructureerd diagnostisch interview (CASH, SCAN, SCID) afgenomen bij iedere cliënt die verdacht wordt van een psychotische stoornis?	NVT	○ < 20% ○ >20% ○ >40% ○ >60% ○ >80%	
2 Wordt er een neuropsychologisch onderzoek gedaan? Indicatie: Als het vermoeden bestaat dat dit onderzoek leidt tot een beter inzicht in de functionele vermogens en beperkingen van de cliënt en waarbij dit inzicht kan leveren voor het rehabilitatieplan.	NVT	○ < 20% ○ >20% ○ >40% ○ >60% ○ >80%	
3* Wordt de zorgbehoefte van de cliënt systematisch vastgesteld?	○ 1) Gebruik van CANSAS cliëntversie óf hulpverleners versie ○ 2) Gebruik van zowel de CANSAS cliënt- als de hulpverlenerversie ○ 3) Zorgbehoefte is aantoonbaar input voor het behandel/begeleidingsplan ○ 4) De zorgbehoefte wordt jaarlijks geëvalueerd ○ 5) Alle levensgebieden (nl. wonen, werken, leren, dagbesteding en sociale relaties) worden standaard uitgevraagd	○ < 20% ○ >20% ○ >40% ○ >60% ○ >80%	
Totaal			

2 Farmacotherapie

Aanbeveling	Kwaliteit	Bereik	Toelichting
4 Wordt de biologische behandeling uitgevoerd volgens het algemene stappenplan van de MDRS? (zie <i>bijlage 1</i>)	NVT	○ < 20% ○ >20% ○ >40% ○ >60% ○ >80%	
5 Worden de (medicamenteuze) algoritmes voor restsymptomen in de biologische behandeling toegepast?	○ 1) Bij negatieve restsymptomen: additie mirtazepine aan antipsychoticum ○ 2) Bij negatieve restsymptomen: additie lamotrigine aan Clozapine ○ 3) Bij depressieve restsymptomen: additie van antidepressivum aan antipsychoticum ○ 4) Bij ernstige persisterende hallucinaties en/of negatieve symptomen (die op geen van de eerdere stappen hebben gereageerd): overweging electroconvulsieve therapie (ECT)	○ < 20% ○ >20% ○ >40% ○ >60% ○ >80%	
6 Is rTMS (rTranscraniale Magnetische Stimulatie) beschikbaar en wordt het overwogen als aanvullende behandeling bij geïndiceerde cliënten? Indicatie 1) bij auditieve hallucinaties in het kader van schizofrenie die niet reageren op antipsychotica en CGT 2) bij negatieve restsymptomen (in additie op antipsychotica)	NVT	○ < 20% ○ >20% ○ >40% ○ >60% ○ >80%	
7 Wordt bij de keuze voor en de evaluatie van biologische interventies ook rekening	○ 1) De wens van de cliënt speelt een belangrijke rol bij de keuze voor bepaalde medicatie/interventie (Shared Decision making).	○ < 20% ○ >20% ○ >40%	

Aanbeveling	Kwaliteit	Bereik	Toelichting
gehouden met (de wensen van) de cliënt?	○ 2) De cliënt wordt voorgelicht over de voor- en nadelen (somaatich, psychisch, sociaal) en bijwerkingen en deze worden in samenspraak met de cliënt afgewogen. ○ 3) De subjectieve beleving van het medicatiegebruik wordt regelmatig geëvalueerd met de Subjective Wellbeing under Neuroleptics (SWN) ○ 4) Systematische aandacht tijdens evaluatie voor bewegings- en seksuele stoornissen ○ 5) Systematische aandacht voor risico's bij toepassing van antipsychotica bij bepaalde doelgroepen (bv. ouderen, zwangere vrouwen)	○ >60% ○ >80%	
Totaal			

3. Psychosociale Interventies

Aanbeveling	Kwaliteit	Bereik	Toelichting
8* Wordt er Cognitieve gedragstherapie aangeboden?	○ 1) Individueel ○ 2) Minimaal 16 geprotocolleerde sessies ○ 3) Zowel in de acute fase als in een later stadium ○ 4) Aangeboden door opgeleide CGT-therapeuten ○ 5) Aangeboden door cognitief-gedragstherapeutisch medewerkers (hbo opgeleid en geregistreerd bij de VvGCT en onder supervisie van de cognitief therapeut, GZ-psycholoog of psychiater) ○ 6) Behandeldoel richt zich op beïnvloeden van interpretaties over de herkomst en bedoeling van stemmen en wanen	○ < 20% ○ >20% ○ >40% ○ >60% ○ >80%	
9* Worden er gezinsinterventies aangeboden?	○ 1) Voor de duur van 3 maanden tot een jaar aangeboden ○ 2) Minimaal 10 zittingen	○ < 20% ○ >20% ○ >40%	

Aanbeveling	Kwaliteit	Bereik	Toelichting
Indicatie: Gezinnen met een inwonend gezinslid met schizofrenie of daarmee nauw contact onderhouden. Speciaal bij een recente terugval, een groot terugvalrisico, of blijvende symptomen	3) Bij voorkeur met het gezin en het psychotische gezinslid beide aanwezig 4) De keuze voor individuele of groepssetting hangt van voorkeur van het gezin af 5) Omvat probleem oplossing en/of crisismanagement 6) Heeft een educatieve functie, bv. psycho-educatie voor familieleden, gezinsbegeleiding 7) Heeft een ondersteunende functie, bv. respijtzorg en Multifamily groups 8) Heeft een behandel functie, bv. gezinstherapie, systeemtherapie, relatietherapie	>60% >80%	
10* Wordt er psycho-educatie aan cliënten geboden?	1) Iedere cliënt wordt systematisch geïnformeerd over de stoornis en de behandel-mogelijkheden met daarbij de kansen op verbetering en op verslechtering in meerdere sessies (ca 10-20 sessies) (WGBO eis) 2) Op het individu toegesneden, dwz. geleid door de vragen van de cliënt en gericht op het kunnen maken van keuzen in de behandeling/ begeleiding 3) Er wordt gebruik gemaakt van inzet van een ervaringsdeskundige 4) Het accent ligt op empowerment en herstel	< 20% >20% >40% >60% >80%	
11* Worden bewegingsactivering en/of psychomotore therapie* aangeboden (bv. running)? Indicatie 1) Bij overgewicht en/of slechte lichamelijke conditie 2) Spanningsklachten 3) Bij ernstig negatieve symptomen (zoals een vertraagde motoriek)	NVT	< 20% >20% >40% >60% >80%	
12* Worden Liberman modulen aangeboden?	1) Omgaan met antipsychotische medicatie 2) Omgaan met psychotische symptomen	< 20% >20%	

Aanbeveling	Kwaliteit	Bereik	Toelichting
	3) Omgaan met vrije tijd 4) Omgaan met verslaving 5) Omgaan met werk 6) Omgaan met sociale relaties en intimiteit 7) Terug naar de samenleving	>40% >60% >80%	
13 Wordt muziektherapie aangeboden? Indicatie: Bij ernstige negatieve symptomen	1) De therapie heeft een duidelijk behandeldoel 2) Uitgevoerd door een opgeleide muziektherapeut 3) Vaak en regelmatig aangeboden 4) Een actieve deelname is vereist	< 20% >20% >40% >60% >80%	
Totaal			

5 Zorg, begeleiding & ervaringsdeskundigheid

Aanbeveling	Kwaliteit	Bereik	Toelichting
14* Hebben cliënten een behandel / begeleidingsplan ?	1) Jaarlijks besproken en geëvalueerd 2) Bevat concrete behandel/begeleidingsdoelen 3) Bevat rehabilitatiedoelen per levensgebied (wonen, werken, leren, dagbesteding en sociale relaties) 4) Bevat een crisisplan en/of signaleringsplan 5) Het plan wordt geëvalueerd / aangepast met en ondertekend door de cliënt	< 20% >20% >40% >60% >80%	
15* Vindt er (ook na de intake) een somatische screening en zorg plaats (of wordt ervoor zorg gedragen dat deze wordt aangeboden door een andere partij)?	1) Minimaal één keer per jaar gescreend en geëvalueerd 2) Aandacht voor cardiovasculaire risicofactoren 3) Aandacht voor andere bijwerkingen van de antipsychotische behandeling 4) Aandacht voor tandheelkundige zorg 5) Ingebed in de ROM 6) Interventies voor leefstijl, diëet en stoppen met roken zijn beschikbaar	< 20% >20% >40% >60% >80%	

Aanbeveling	Kwaliteit	Bereik	Toelichting
	7) Deze interventies zijn van voldoende duur (zeker acht weken)		
16* Wordt er (ook na de intake) een inschatting gemaakt van de risicofactoren voor suïcide op basis van de Multidisciplinaire Richtlijn Diagnostiek en Behandeling van Suïcidaal Gedrag (2012)?	1) Uitgevoerd op kritische momenten in de behandeling, crisissituaties en/of onverwachte veranderingen in het klinische beeld 2) Bevat een inschatting van de suïcidale toestand (bij voorkeur met CASE-benadering, systematische interviewmethode) 3) Bevat een samenvatting van stress- en kwetsbaarheidfactoren 4) Bevat een behandelsettingindicatie (open/gesloten) en veiligheidsafspraken, 5) Eerste interventies voor de begeleiding van suïcidaliteit zijn beschikbaar (medicatie, psychoeducatie, verhelderen aanleiding)	< 20% >20% >40% >60% >80%	
17* Wordt er een voorlichting- en educatieprogramma gericht op seksualiteit aangeboden?	1) Door opgeleide verpleegkundigen 2) In groepsessies 3) Vaardigheidstraining gericht op hiv preventie en veilige seks 4) Meerdere sessie (5 -10)	< 20% >20% >40% >60% >80%	
18* Worden familieleden en/of andere naasten (op kritische momenten) betrokken bij de behandeling/begeleiding van de cliënt?	1) Familie en/ of naasten wordt actief betrokken bij de jaarlijkse bespreking van het behandel en crisisplan 2) Gebruik van het zorgmodel 'zorgen doe je samen met de familie' (modelregeling GGZ 'betrokken omgeving') 3) Er worden doelgerichte acties voor ondersteuning en ontlasting ingezet (respijtzorg) 4) Er wordt gebruik gemaakt van de triadekaart 5) Er zijn specifieke trainingen voor het personeel (bv. 'Familie als Bondgenoot') 6) Familie ervaringsdeskundigen worden ingezet om familie te betrekken	< 20% >20% >40% >60% >80%	
19* Worden ervaringsdeskundigen ingezet?	1) Als lid van het (multidisciplinaire) behandel/begeleidingsteam	< 20% >20%	

Aanbeveling	Kwaliteit	Bereik	Toelichting
	○ 2) Bij consumer-run programma's ○ 3) Als begeleider van herstelwerkgroepen ○ 4) Begeleider van psycho-educatiegroepen ○ 5) Trainer van hulpverleners ○ 6) Interviewer in participanten onderzoek ○ 7) Als adviseur bij beleid	○ >40% ○ >60% ○ >80%	
Totaal			

6 Rehabilitatie en maatschappelijke participatie

Aanbeveling	Kwaliteit	Bereik	Toelichting
20* Wordt er een systematisch rehabilitatieprogramma aangeboden op de gebieden wonen, werken, leren, dagbesteding en sociale relaties?	○ 1) Volgens een standaard methodiek (IRB of SRH) ○ 2) Met concreet geformuleerde rehabilitatiedoelen ○ 3) Deze rehabilitatiedoelen worden vanaf de start/intake van de behandeling/begeleiding geformuleerd ○ 4) Met ruimte voor de handtekening van de cliënt ○ 5) Met een geplande datum voor evaluatie van het plan ○ 6) Geschreven in de ik-vorm, wat aangeeft dat de cliënt centraal staat ○ 7) Met crisisafspraken	○ < 20% ○ >20% ○ >40% ○ >60% ○ >80%	
21* Is er aandacht voor de wensen van cliënten op het gebied van wonen ?	○ 1) De woonwensen van de cliënt zijn het vertrekpunt en er is hulp bij het realiseren van deze wensen ○ 2) Hulpverleners informeren zich over het aanbod van woonvormen en woonbegeleidingsprogramma's ○ 3) Doel voor cliënten binnen beschermd wonen is om in kleinschalige eenheden (1 a 2 pers) te gaan wonen	○ < 20% ○ >20% ○ >40% ○ >60% ○ >80%	

Aanbeveling	Kwaliteit	Bereik	Toelichting
	4) Streven is steeds naar zo zelfstandig mogelijke vorm van wonen² 5) De doelen op gebied van wonen zijn opgenomen in het behandel/begeleidingsplan		
22* Cliënten nemen deel aan dagbesteding en werk (anders dan regulier betaald werk of een reguliere opleiding) die zoveel mogelijk wordt aangeboden in reguliere maatschappelijke omgevingen?	1) Dagbesteding binnen de Ribw/GGz instelling 2) Dagbesteding buiten de Ribw/GGz-instelling in een niet reguliere omgeving (bv. dagactiviteitencentrum) 3) Dagbesteding buiten de Ribw/GGz-instelling in een reguliere omgeving (bijvoorbeeld: vrijwilligerswerk, sociale werkplaats) 4) Sluit aan op individuele voorkeuren en capaciteiten³ 5) De doelen op gebied van dagbesteding en werk zijn opgenomen in het behandel/begeleidingsplan	< 20% >20% >40% >60% >80%	
23* Is Individual Placement & Support (IPS) of een andere vorm van begeleiding naar werk beschikbaar voor cliënten die een (reguliere betaalde) baan of reguliere opleiding ambiëren?	1) Het betreft regulier betaald werk / opleiding 2) Zo snel en zo gericht mogelijk zoeken naar en plaatsen bij de gewenste baan (place-then-train) 3) Uitgangspunt is een baan die zo veel mogelijk aansluit bij de kwaliteiten, interesses en werkervaring van de cliënt 4) Integratie met behandeling/begeleiding (de trajectbegeleider maakt deel uit van een ggz-/wijkteam) 5) Ondersteuning op langere termijn (zo lang als er behoefte is) 6) Doorlopende, systematische inschatting van arbeidsmogelijkheden (hulp bij het beëindigen van een baan en het zoeken naar een nieuwe baan) 7) Hulp bij uitkeringskwesaties	< 20% >20% >40% >60% >80%	

² Checklist: zijn er vaardigheidstraining mogelijk om cliënten doelgericht te ondersteunen om zelfstandig(er) te gaan wonen; werkt de organisatie samen met andere zorgaanbieders, woningbouwcoöperaties en gemeenten m.b.t. woonondersteuning gericht op zelfstandig(er) wonen, projecten rond leefbaarheid in de wijk, etc.?

³ Checklist: zijn er mogelijkheden om vaardigheid(lessen) te krijgen om dagbesteding te behouden, zijn er activiteiten georganiseerd om wensen te verkennen (evt. uit te proberen), zijn er leeftijd of doelgroepgebonden activiteiten aanwezig op het gebied dagbesteding?

Aanbeveling	Kwaliteit	Bereik	Toelichting
	8) De doelen op gebied van IPS of een andere vorm van begeleiding naar werk zijn opgenomen in het behandel/begeleidingsplan		
24* Wordt er aandacht geschonken aan sociaal isolement en worden er gerichte interventies ingezet ter versterking van het sociale netwerk?	1) Lotgenotengroepen 2) Herstelgroepen 3) Vaardigheidstrainingen (bv Liberman module omgaan met sociale relaties en intimiteit of In Vivo Amplified Skills Training IVAST) 4) IRB-module 'Uitbreiden en verbeteren van sociale contacten' 5) De doelen op gebied van het doorbreken van sociaal isolement zijn opgenomen in het behandel/begeleidingsplan	< 20% >20% >40% >60% >80%	
25* Is het terugdringen van stigma een onderwerp in de behandeling /begeleiding?	1) Herstelgroepen en andere initiatieven van cliënten- en familieorganisaties gericht op empowerment worden gestimuleerd en ondersteund, waardoor zij processen van stigmatisering en zelfstigmatisering kunnen keren of indammen 2) Hulpverleners zorgen er in hun externe communicatie voor dat zij zelf bijdragen aan een realistisch, genuanceerd beeld van mensen met psychosen en hun mogelijkheden en beperkingen 3) Er worden trainingsprogramma's aangeboden gericht op stigmatisering binnen de behandeling en begeleiding voor hulpverleners 4) Stigma is een onderdeel van de psycho-educatie, gezinsinterventies, en inzet van ervaringsdeskundigheid 5) De doelen op gebied van het terugdringen van stigma zijn opgenomen in het behandel/begeleidingsplan	< 20% >20% >40% >60% >80%	
Totaal			

7 Zorgorganisatie in de subregio

Aanbeveling	Kwaliteit	Bereik	Toelichting
26* Wordt de eigen huisarts van cliënten bij de zorgverlening betrokken?	1) Informatieoverdracht over de toestand, behandel- en zorgdoelen 2) Signaleren van ontregeling en decompensatie 3) Medicatie 4) Somatische screening en zorg 5) Nazorgplan	< 20% >20% >40% >60% >80%	
27* Is er een goede verbinding en samenwerking tussen het ambulante GGZ behandelaanbod en de begeleiding vanuit de Ribw ?	1) Samenwerking op papier 2) Regelmatig overleg actoren 3) Inhoud van zorg is bekend bij en afgestemd met alle betrokken hulpverleners 4) Zorg- en begeleidingsplannen zijn op elkaar afgestemd 5) Er is een maatschappelijk steunsysteem	< 20% >20% >40% >60% >80%	
28* Hoe functioneert de Routine Outcome Monitoring (ROM) binnen de behandeling/begeleiding?	1) Startmeting 2) Jaarlijkse vervolgmetering 3) Systematische terugkoppeling aan cliënt 4) Systematische terugkoppeling op niveau van team 5) Geïntegreerd in behandelplan systematiek (voorbereiding en input voor jaarlijkse behandelplanbespreking en evaluatie)	< 20% >20% >40% >60% >80%	
29 Cliënten met schizofreniespectrum stoornissen in de regio krijgen zorg aangeboden volgens de criteria van het Flexibele Assertive Community Treatment FACT of ACT model?	1) Outreachend/wijkgericht: de cliënt wordt opgezocht op zijn woon- of verblijfplaats. 2) Multidisciplinair: in ieder geval een psychiater, verslavingsdeskundige, ervaringsdeskundige, sociaal-psychiatisch verpleegkundige, maatschappelijk werker. 3) Intensieve en assertieve begeleiding mogelijk voor cliënten die onstabiel zijn of in crisis dreigen te raken (volgens het ACT model) 4) Shared caseload: alle teamleden werken samen en zijn betrokken bij de behandeling van iedere cliënt	< 20% >20% >40% >60% >80%	

Aanbeveling	Kwaliteit	Bereik	Toelichting
	○ 5) Continuïteit: Het team werkt intensief samen met andere sociaal maatschappelijke instellingen. Ook worden familie en omgeving betrokken. De cliënt krijgt zoveel en zo lang zorg als hij/zij nodig heeft. ○ 6) Schakelt flexibel tussen 2 werkwijzen (individueel casemanagement en ACT benadering) (specifiek voor FACT) ○ 7) Heeft CCAF keurmerk		
Totaal			

BIJLAGE bij KRAS: Stappenplan farmacotherapie en andere biologische behandelingen

1. Start antipsychoticum	Evalueer na 2, 4 en 6 wk op effectiviteit en bijwerkingen Check therapietrouw (evt spiegelbepaling). <i>Pas eventueel dosis aan.</i> Bij remissie: langdurige onderhoudsdosering.
2. Bij onvolledige remissie na 6 wk: wissel van antipsychoticum	Evalueer na 2, 4 en 6 wk op effectiviteit en bijwerkingen Check therapietrouw (evt spiegelbepaling). Gebrekkige therapietrouw: overweeg depotpreparaat. <i>Pas eventueel dosis aan.</i> Bij remissie: langdurige onderhoudsdosering.
3. Na 12 wk geen respons: wissel naar clozapine	Evalueer na 2, 4 en 8 wk en na 4 mnd op effectiviteit en bijwerkingen Bloedcontroles en zo nodig spiegelbepalingen. <i>Pas eventueel dosis aan.</i> Bij remissie: langdurige onderhoudsdosering.
4. Na 4 maanden met clozapine onvolledige respons: Overweeg additie ander antipsychoticum.	Evalueer na 2, 4 en 10 wk op effectiviteit en bijwerkingen. Stop bij onvoldoende effect. Overweeg additie lamotrigine, memantine, lithium. Overweeg rTMS.

5a. Negatieve restsymptomen?	Overweeg mirtazepine + antipsychoticum of lamotrigine + clozapine. Overweeg eventueel rTMS.
5b. Depressieve symptomen?	Overweeg additie antidepressivum + antipsychoticum.
6. Ernstige persisterende hallucinaties en/of negatieve symptomen na 4 en 5?	Overweeg ECT

BIJLAGE 2: KRAS Scoringssleutel bij KRAS Quickscan

I Algemeen:

Kwaliteit:

Aantal Criteria	4	5	6	7	8
Score					
1	0	0	0	0	0
2	1	1 of 2	1 of 2	1 of 2	1 of 2
3	2	3	3 of 4	3 of 4	3 of 4
4	3	4	5	5 of 6	5 of 6
5	4	5	6	7	7 of 8

Bereik:

Categorieën	NB*	< 20%	>20%	>40%	>60%	>80%
Score	0	1	2	3	4	5

* niet beschikbaar (NB)

Hierbij geldt als toelichting:

- Alle vragen gaan over de afgelopen 12 maanden en betreffen (zo ver dat mogelijk is) alleen de cliënten met stoornis in het schizofreniespectrum.
- Uitgangspunt is (een schatting van) de feitelijk geboden zorg; niet de beleidsdoelen of streefnorm.
- Kwaliteitscriteria worden alleen gescoord als de uitvoering de verantwoordelijkheid is van het eigen team.
- Bij het bereik is het belangrijk dat het van de geïndiceerde cliënten gescoord wordt indien de MDRS 2012 deze aangeeft, dwz. onder die cliënten die baat hebben bij een bepaalde interventie.

II Uitzonderingsvragen:

Item 3 (zorgbehoefte): Indien criterium 2 (hulpverlener- en cliëntversie van CANSAS) positief wordt gescoord, scoort criterium 1 (óf hulpverleners óf cliëntversie van CANSAS) ook automatisch positief.

Item 10 (psycho-educatie): Indien er geen systematische/gestructureerde psycho-educatie (10-20 sessies) wordt geboden (criterium 1), kunnen criteria 2, 3 en 4 ook niet worden gescoord.

Item 12 (Lieberman modules): Omdat criterium 7 (de module 'Terug naar de samenleving') relatief nieuw is en nog niet breed ingevoerd, is deze niet noodzakelijk voor een maximale score (5).

Item 15 (somatische screening): Indien er geen jaarlijkse screening wordt uitgevoerd (criterium 1), kunnen criteria 2, 3 en 4 ook niet worden gescoord.

Item 19 (ervaringsdeskundigheid): Criterium 1 (als lid multidisciplinaire team) weegt zwaarder en is altijd nodig voor een maximale score (5). Indien alleen het eerste criterium positief wordt gescoord, geldt een score van (3).

Item 20 (rehabilitatieprogramma): Indien criteria 1 (systematisch rehabilitatieprogramma) niet wordt gehaald, geldt een maximale score van 3.

Item 23 (IPS): Zonder IPS (aanbevolen MDRS 2012) geldt een maximale score van 3.

Item 29 ((F)ACT zorg): Criterium 7 (CCAF keurmerk) weegt zwaarder en is nodig voor een maximale score (5). Criterium 5 (schakelt flexibel tussen 2 werkwijzen) geldt alleen voor FACT zorg. Bij ACT teams wordt dit criterium niet gescoord en wordt de totaalscore berekend over 6 criteria.

A. Vragen die tijdens de presentatie van resultaten meegegeven zijn

3. *Vraag:* In hoeverre was er sprake van uitschieters tussen de instellingen/teams bij het aantal FTE dat beschikbaar was in verschillende vakgebieden?
Actie > data is deels beschikbaar in output tabellen, deze is toegevoegd in de presentatie: informatie over de minimale en maximale aantallen (dia 13).
Reactie ZIN > We kunnen uit de voeten met dia 13. Graag zien we een dergelijke dia ook voor de overige achtergrondgegevens.
Reactie Phrenos: er zijn tabellen toegevoegd met minima en maxima van alle descriptieve analyses in de presentatie
5. *Vraag:* Wat zijn de gebruikte definities voor 'beschermd wonen' en 'begeleid wonen'? *Antwoord:* bij beschermd wonen betrof het mensen die in een woning van de GGZ wonen en daar begeleiding krijgen. Bij begeleid wonen betrof het mensen die zelfstandig wonen, en in hun eigen woning begeleiding krijgen.
Reactie Phrenos: We hopen dat deze vraag met bovenstaande toelichting voldoende is beantwoord?
10. *Vraag:* Bij de dia's "Verdeling aanwezigheid specifieke kwaliteitscriteria binnen item" (dia 22, 26, etc) is niet duidelijk op welke aantal teams de percentages betrekking hebben. *Actie* > in de titel wordt steeds aangegeven (volgt later) om welk aantal teams het gaat (het aantal teams waarop het % 'aanwezig' betrekking heeft).
Reactie Phrenos: de aantallen waarop de percentages zijn gebaseerd zijn toegevoegd bij de dia's
13. *Vraag:* In hoeverre komt de rol van de apotheker in de kwalitatieve toelichtingen aanbod? *Actie* > dit wordt nagezocht (informatie volgt).
Reactie Phrenos: Bij item 26 (betrekken van de huisarts), wordt in één regio melding gemaakt van 'een goed contact tussen FACT, BW, huisarts en apotheker' over de uitslagen van de somatische screening en lab-uitkomsten. In deze regio is sprake van een overkoepelende aanpak en monitoring van medicatie en somatische screening bij deze doelgroep (www.phamous.nl).

B. Nieuwe vragen aan Phrenos n.a.v. de presentatie van resultaten

1. Algemeen: *Vraag:* Wat betekent score 0 voor kwaliteit en wat voor bereik?
Reactie Phrenos: score 0 bij kwaliteit is gecodeerd als missing en niet meegenomen in het berekenen van gemiddelden en analyses (het werd niet aangeboden, dus over de kwaliteit zijn geen uitspraken te doen). Bij bereik betekent score 0 dat het niet werd aangeboden (0% bereik) en is het als 0 meegenomen in het berekenen van gemiddelden en analyses.
2. Algemeen: *Vraag:* Hoe zijn geïntegreerde instellingen gedefinieerd? En hoe zijn de data van geïntegreerde instellingen verwerkt? Bijvoorbeeld: hoe worden die bij de onder punt 3 gevraagde informatie verwerkt en weergegeven?
Reactie Phrenos: Geïntegreerde instellingen zijn instellingen die zowel een organisatieonderdeel voor ggz-behandeling als een organisatieonderdeel voor beschermd wonen en ambulante woonbegeleiding (begeleid wonen) hebben. Deze beide voorzieningen zijn op uitvoeringsniveau niet geïntegreerd, dwz. dat er altijd een apart behandelteam (f-ACT) team en woonteam is geïnterviewd. Daardoor zijn de konden de resultaten van deze beide voorzieningen in alle tabellen, conform de andere regio's, apart worden meegenomen onder de kopjes GGZ en Ribw. Waar in de presentatie staat 'RIBW' kan dit gelezen worden als 'RIBW team'.
3. Dia 7 T/M 16 (nieuwe nummering). *Aanvullende informatie:* Wij hebben graag meer informatie over de teams
- zijn er ook correlaties tussen de voorspellers? (Zoals bijvoorbeeld: percentage allochtone

cliënten en urbanisatiegraad, maar wellicht zijn er meer die kunnen helpen bepaalde correlaties met bereik of kwaliteit te verklaren)

Reactie Phrenos: Er is een correlatiematrix met de correlaties tussen de voorspellers toegevoegd in de presentatie

- Bij dia 8: Wat is de definitie van allochtoon?
Reactie Phrenos: De definitie van niet-Westerse allochtonen van het CBS is hiervoor gehanteerd. Een allochtoon is een persoon van wie ten minste één ouder in het buitenland is geboren. Niet-westerse allochtonen zijn allochtonen met als herkomstgroepering een van de landen in de werelddelen Afrika, Latijns-Amerika en Azië (exclusief Indonesië en Japan) of Turkije. Overal waar 'allochtonen' stond in de presentatie is dit vervangen door 'niet-Westerse allochtonen' om dit te verduidelijken.
 - Bij dia 8 en 9 (en vergelijkbare) graag woord 'cliënten' toevoegen
Reactie Phrenos: Aangepast bij (voorheen) dia 8 en 'allochtone' gewijzigd in 'niet-Westerse allochtone'. Bij voorheen dia 9 en 10 betrof het niet specifiek cliënten maar algemene bevolking binnen het verzorgingsgebied.
 - Bij dia 8 e.v.: wat zijn gemiddelde (eventueel mediaan) en range van % schizofrenie patiënten (rapportage: als dia 13) en andere achtergrond variabelen?
Reactie Phrenos: er zijn tabellen toegevoegd met minima en maxima van alle descriptieve analyses in de presentatie
 - Bij dia 9: Hoe is verdeling van urbanisatiegraad in NL, betreft het quintielen? Is er een definitie/normering van urbanisatiegraad per categorie, bijvoorbeeld in aantal inwoners per km²
Reactie Phrenos: Voor de urbanisatiegraad is de gehanteerd van het CBS. Het CBS hanteert de gemiddelde omgevingsadressendichtheid (oad) als maatstaf voor de concentratie van menselijke activiteiten. Hierbij zijn 5 categorieën:
1=landelijk: gemiddelde oad van minder dan 500 adressen per km²;
2= weinig stedelijk: gemiddelde oad van 500 tot 1000 adressen per km²;
3= matig stedelijk: gemiddelde oad van 1000 tot 1500 adressen per km²;
4= sterk stedelijk: gemiddelde oad van 1500 tot 2500 adressen per km²;
5= zeer sterk stedelijk: gemiddelde oad van 2500 of meer adressen per km;
 - Bij dia 11: Zou je deze niet anders clusteren (als dia 7), per type zorg (FACT/RIBW) het aantal patiënten in zorgt en het aantal patiënten met schizofrenie naast elkaar.
Reactie Phrenos: in de nieuwe presentatie is de grafiek in dia 11 aangepast en op dezelfde manier geclusterd als in dia 7
 - Bij dia 12: hier lijkt een gestapeld of taartdiagram aangewezen.
Reactie Phrenos: we hebben hier nu een cirkeldiagram (taartdiagram) van gemaakt
 - Bij dia 16: Weten jullie zeker dat RIBW meer op woonlocatie dan ambulant is? En indien mogelijk: Hoe is de verdeling ambulant en op locatie wonen voor patiënten met schizofrenie?
Reactie Phrenos: bij beschermd wonen betrof het mensen die in een woning van de GGz wonen en daar begeleiding krijgen. Bij begeleid wonen betrof het mensen die zelfstandig wonen, en in hun eigen woning begeleiding krijgen. Bij deze algemene beschrijving van de kenmerken van de teams/locaties is niet uitgesplitst naar diagnose.
4. Dia 17 en andere gemiddelden. *Vraag.* Zijn jullie het eens met omrekenen bereikscore in percentage:
- $\text{Bereikpercentage} = 20 * \text{bereikscore} - 10$
Reactie Phrenos: In principe sluit de bovengenoemde formule aan bij de opzet van de bereikscore. We zouden het berekenen van één gemiddelde op basis van een interval echter niet aanraden. Onze ervaring was dat respondenten bij grensgevallen eerder kiezen voor de hogere categorie. Hierdoor verwachten we dat je een hoger gemiddeld percentage krijgt dan het werkelijke bereik. Omzetting naar een

gemiddeld minimumpercentage en een gemiddeld maximumpercentage op basis van de individuele bereikscores is wat ons betreft een beter alternatief die we dan ook graag aanraden.

5. Dia 18-20. *Toelichting:* Hoe zijn de z-scores berekend (onze aanname is dat de oorsprong het gemiddelde van alle items is. Zijn dan ook de andere items meegenomen, want het gemiddelde van de weergegeven punten lijkt niet de oorsprong)
Reactie Phrenos: De z-scores zijn inderdaad berekend op basis van de gemiddelde kwaliteit- of bereikscore van alle items. Op basis van deze oorsprong zijn voor alle individuele scores de z-scores berekend en is de gemiddelde z-score voor het item van al deze individuele z-scores berekend om een zo betrouwbaar mogelijk beeld te creëren.
6. Dia 21 (en vergelijkbare). *Aanvullende informatie* Graag ook mediaan en range per type aanbieder; mediaan is rechtstreeks te vertalen in gebruikte bereik scores.
Reactie phrenos: er is een tabel toegevoegd (dia 20) met alle mediaan en range scores voor kwaliteit en bereik per item en type aanbieder
7. Dia 22 (en vergelijkbare). *Aanvullende informatie:* Kunnen jullie kwalitatieve vragen uitsplitsten naar FACT – RIBW (mag in tabel)
 - o Is N / teller per vraag gelijk (ik neem aan van wel)?**Reactie Phrenos:** de kwalitatieve informatie had meer het karakter van 'duiding' bij de kwantitatieve vragen, dan dat van aanvullende kwantitatieve gegevens. Waar bekend en relevant hebben we kwalitatieve informatie aan getalsmatige informatie gekoppeld, zoals bijvoorbeeld bij 'weinig inzet standaard instrumenten' (voorheen dia 28), dan is in dia 26 te zien dat deze inzet plaatsvond bij 7,10% van 14 teams.
8. Dia 23 (en vergelijkbare). *Aanvullende informatie:* Kunnen jullie de regressielijnen/puntenwolken voor significante correlaties aanleveren? Liefst ook voor marginaal significante verbanden ($p < 0,10$). En indien mogelijk beschrijvingen en eventueel duidingen van die laatste.
Reactie Phrenos: Regressielijnen of puntenwolken zijn in het geval van de correlatiematrixen moeilijk te interpreteren omdat je één uitkomst presenteert voor twee variabelen die op nominaal niveau (naam van het desbetreffende item en de variabelenaam) in de tabel staan. Hierdoor krijg je een veelheid aan punten die niet gelabeld kunnen worden en waarvan je dus niet weet van welke variabele deze correlatie is. Daarnaast zijn er per item vaak maar weinig significante correlaties te vinden. Een staafdiagram geeft een inzichtelijker beeld van de grootte van alle correlaties over alle items per categorie. Hier heb ik één figuur van gemaakt waarin je alle (marginaal) significante correlaties kan vinden. Naar onze inschatting is dit de figuur die het beste te interpreteren is. Mochten jullie hier nog een presentatie per specifiek item voor wensen dan kan deze nog toegevoegd worden, maar dit heeft met de huidige figuur naar onze inschatting niet per se extra toegevoegde waarde. Verder hebben we ook de interpretatie van alle marginaal significante correlaties toegelicht in de notities onder iedere dia van de desbetreffende correlatiematrix.
9. Dia 27 (en vergelijkbare) *Aanvullende analyse.* Kunnen jullie het percentage patiënten met schizofrenie meenemen als voorspeller van bereik en kwaliteit?
Reactie Phrenos: We hebben deze voorspeller in alle tabellen toegevoegd.
10. Dia 28: *Vraag:* Wordt meer groepsbehandeling, hoewel niet geadviseerd, wel eens genoemd als oplossing van het capaciteitsprobleem?
Reactie Phrenos: Nee, psycho-educatie in groepen wordt niet genoemd als oplossing voor het capaciteitsprobleem.
11. Dia 34 *Aanvullende duiding:* 1) waarom is het schrijven van een signalerings- of crisisplan lastiger? Heeft behandelplan meer prioriteit? 2) Wat zijn de consequenties als de uitkomsten van de somatische screening en de ROM niet in het behandelplan zijn opgenomen/geïntegreerd. Waarom gebeurt dat niet? En wat is voor de behandelaar leidende informatie: het behandelplan of de ROM/lab-uitslagen?

Als het behandelplan slechts 1x per jaar wordt geactualiseerd/geëvalueerd, hoe kan het dan leidend zijn voor de behandeling?

Reactie Phrenos: 1) Volgens de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO), dient een behandelplan minimaal jaarlijks te worden geëvalueerd met de patiënt, waarbij ook relevante naasten worden uitgenodigd. Een apart crisisplan is niet wettelijk voorgeschreven (wel opgenomen in de Zorgstandaard). Een crisisplan opstellen kan ook belastend zijn, omdat het van cliënten (en hun behandelaren) vraagt om (terug) te denken aan moeilijke tijden van crisis en daarover afspraken te maken. Soms zijn cliënten al zo lang stabiel en niet crisisgevoelig (bv in het beschermd wonen), dat het opstellen van een crisisplan overbodig wordt gevonden. 2) Als de somatische screening en de ROM uitkomsten niet standaard in de behandelplancycclus worden meegenomen, loopt men het risico dat deze informatie niet actueel is of niet betrokken wordt tijdens de jaarlijkse evaluatie van de behandeling met alle betrokkenen. We hebben geen informatie over waarom dit niet gebeurt of wat de behandelaar als leidend beschouwd. Hypothese en onze ervaring is dat de behandelaar het behandelplan en de daarin geformuleerde behandeldoelen als leidend beschouwd.

12. Dia 36, *Aanvullende informatie indien beschikbaar*: Is er ook bekend welke van de genoemde leefstijlinterventies dat zijn? En hoe zit het met de deelname van patiënten aan die leefstijlinterventies? Is het aanbod toereikend genoeg? TIP: Kwalitatieve informatie?

Reactie Phrenos: Als interventies worden genoemd: diëtiste, Rookvrije GGZ, Fitness interventies, Dikke Dames (DD) groepen, Health4You, pilot gericht op mondhygiëne. Deelname aan deze interventies wordt niet apart gerapporteerd, maar geen aanwijzingen dat het veel meer is dan één groep per keer en zeker niet alle cliënten betreft die het betreft.

13. Dia 38 en 40: wat betekent het als is aangegeven dat leefstijlinterventies beschikbaar zijn? Is dat dan bij het team of RIBW zelf, of bij elkaar of bij de huisarts of elders? Hoe kan dat geïnterpreteerd worden?

Reactie Phrenos: Leefstijlinterventies worden over het algemeen aangeboden door de GGZ (team) en RIBW zelf voor hun eigen cliënten. Het zou voordelen kunnen hebben om daarin meer samen te werken en het aanbod over en weer toegankelijk te maken.

14. Dia 39. *Vraag*. Hebben jullie een hypothese over het lager bereik somatische screening bij allochtonen?

- Is er onderscheid gemaakt tussen Westerse en niet-Westerse allochtonen?

Reactie Phrenos: De definitie is gebaseerd op de CBS definitie voor niet-Westerse allochtonen. Overal waar 'allochtonen' stond in de presentatie is dit vervangen door 'niet-Westerse allochtonen' om dit te verduidelijken.

Voor het lagere bereik hebben we geen hypothese, anders als dat het bereik en de drop-out onder allochtone cliënten in de GGZ in het algemeen respectievelijk lager en hoger is dan onder cliënten met een niet-allochtone afkomst (van 't Land, 2009, Trimbos-instituut).

15. Dia 42. *Vraag*. Bij 70% van de patiënten zijn naasten betrokken: Uit de kwalitatieve informatie in dia 42 lijkt naar voren te komen dat bij sommige instellingen de naasten alleen in beeld komen als zij actief door de patiënt worden betrokken bij hun behandeling, behandelaren lijken er zelf weinig tijd in te steken. Wel geeft het onderdeel N patiënten dat door het team behandeld wordt aan, dat veel patiënten per team vaak samengaat met hogere kwaliteit van betrekken naasten (dia 41, niet significant, 7%). Hebben jullie een hypothese voor de interpretatie?

Reactie Phrenos: nee, daar hebben we geen hypothese over

C. Vragen/reacties vanuit de adviescommissie Zinnige Zorg Psychose

De algemene reactie van de adviescommissie, bestaande uit experts uit veld, was die van herkenning. Enkel op de resultaten van de somatische screening is het gevoel dat deze aan de positieve kant zijn. De zorg in de basis GGZ wordt hier ook als belangrijke factor benoemd die natuurlijk niet in de data zit. Hieronder de vragen nav de presentatie per onderwerp:

Cognitieve Gedragstherapie:

- Wordt er in de kwalitatieve data iets genoemd over de inzet van gedragstherapeutisch medewerkers en of deze supervisie ontvangen door een specialist.

Reactie Phrenos:

- Een enkele keer gaf de RIBW specifiek aan *geen* gedragstherapeutische medewerkers in dienst te hebben.
- Van de 13 teams die aangeven CGT aan te bieden geven 4 teams (30,8%) op het betreffende kwaliteitscriterium bij item 8 aan dat CGT (ook) wordt aangeboden door cognitief gedragstherapeutische medewerkers.
- Eenmaal gaf de GGz instelling in de toelichting aan dat de SPV een opleiding heeft gedaan voor cognitief gedragstherapeutisch medewerker en supervisie krijgt van een cognitief gedragstherapeut uit een ander team.
- Een GGz instelling geeft in de toelichting aan dat er 4 verpleegkundigen zijn opgeleid als CGT gedragstherapeutisch medewerker, maar zij werken niet met geprotocolleerde sessies of onder supervisie.
- Bij regio's waar het bereik van CGT laag was (10 regio's), werd in het advies vanuit de experts aangegeven dat de GGz-instelling *"de verpleegkundigen die geschoold zijn als cognitief gedragstherapeutische medewerkers meer in kunnen zetten voor cognitief gedragstherapeutisch aanbod. Een geprotocolleerde werkwijze en supervisie van de GGZ-psycholoog zou hun inzetbaarheid hiervoor kunnen verbeteren"*.

- Wordt er in de kwalitatieve data iets genoemd over het aantal benodigde sessies bij CGT?

Reactie Phrenos:

- In het betreffende kwaliteitscriterium geven 9 van de 13 teams (69,2%) aan dat de CGT die zij aanbieden bestaat uit minimaal 16 geprotocolleerde sessies.
- Eenmaal wordt in de toelichting aangegeven dat de cursus 'gedachten uitpluizen' van Marc van der Gaag wordt gegeven vanuit het DTC (dagtherapeutisch centrum). Het gaat daarbij om minimaal 10 individuele sessies uitgevoerd door de eigen behandelaar.
- Verder wordt geen informatie gegeven over het aantal sessies CGT dat wordt aangeboden.

Somatische screening:

- Wordt metabool syndroom in de data ondervangen onder cardiovasculair? Zo nee, wordt dit apart benoemd in de kwalitatieve data?

Reactie Phrenos:

- De KRAS Quicksan vraagt niet op een andere plek naar screening op metabool syndroom. Metabole problemen worden inderdaad ondervangen onder 'cardiovasculaire risicofactoren'.
- Bij het betreffende kwaliteitscriterium geven 15 van de 17 teams (88,2%) aan dat er bij somatische screening aandacht is voor cardiovasculaire risicofactoren.
- Eenmaal wordt in de toelichting door de GGz-instelling specifiek aangegeven dat de *somatisch arts* veel aandacht besteedt aan het metabool syndroom.
- Eenmaal wordt in de toelichting door de RIBW aangegeven dat de *HA* alert is op metabole bijwerkingen.
- Eenmaal wordt aangegeven dat de patiënt in metabole screening blijft bij de GGz-instelling wanneer de zorg wordt overgedragen aan de RIBW.
- Eenmaal wordt door de GGz-instelling toegelicht dat de jaarlijkse somatische screening (met focus op metabole screening) plaatsvindt als cliënt in behandeling is voor metabole klachten.
- Eenmaal wordt door de GGz-instelling toegelicht dat alle cliënten met een anti-psychoticum 1 keer per jaar naar de HA of de metabole poli gaan voor somatische screening.

- Wordt er in de kwalitatieve data iets genoemd over de consultatiefunctie van de huisarts naar de SGGZ en andersom?

Reactie Phrenos

- Eenmaal wordt in de toelichting bij 'continuïteit van zorg' aangegeven dat als zowel de GGz-zorg als de woonbegeleiding stopt, er wordt overgedragen aan de huisarts. Per geval worden er afspraken gemaakt over relevante thema's als medicatie en de mogelijkheden voor consultatie.
 - Verder wordt niets genoemd over de consultatiefunctie van de huisarts naar de SGGZ en andersom.
- Wordt er in de kwalitatieve data iets genoemd over de manier waarop verwijzingen van de SGGZ en andersom ontvangen worden?

Reactie Phrenos

- In één regio wordt aangegeven dat de HA van de cliënten van de FACT teams jaarlijks op de hoogte gesteld worden van de voortgang middels een brief. Ook wordt met HA samengewerkt voor depot-medicatie en rond uitstroom (40 cliënten het afgelopen jaar). Er zijn veel contacten bij overdracht en over terugverwijzing. Ook bij somatische problemen en bij crisis is er vaak contact.
 - In één regio geeft men bij item 26 (betrekken van HA) aan dat bij uitstroom van FACT naar HA, er een ontslagbrief naar de HA gaat. Terugverwijzing is mogelijk. Als er sprake is van ingewikkelde medicatie, dan blijven ze onder begeleiding bij FACT.
 - In één regio geeft men bij item 26 (betrekken van HA) dat schriftelijk jaarlijkse terugkoppeling aan de huisarts (gekoppeld systeem) plaatsvindt. Ook wordt tussentijds gemakkelijk contact gezocht als daar aanleiding voor is. PHAMOUS screening wordt ook automatisch teruggekoppeld aan HA. Bij terugverwijzing (uitstroom vindt weinig plaats) gesprek en mogelijkheid snel terug te verwijzing.
 - In één regio geeft men bij item 26 aan dat de ggz de HA standaard inlicht bij doorverwijzing naar RIBW of ontslag. Ook voor de somatische zorg en medicatie wordt naar de HA doorverwezen.
- Wordt er in de kwalitatieve data uit de interviews met RIBW's benoemd hoe zij de somatische screening organiseren en welke verantwoordelijkheid ze voor zichzelf zien?

Reactie Phrenos

- De taakopvatting van de RIBW rond somatische screening is erg wisselend, van: geen aanbod, signaalfunctie en 'op indicatie' (meerderheid) – tot minimaal jaarlijks uitgebreid lab (één enkele keer).
 - In het enkele geval waarin somatische screening standaard binnen de RIBW wordt geboden is eens per week spreekuur van een huisarts (HA) in huis en cliënten maken daar veel gebruik van.
 - In de regio's waar geen screening binnen de RIBW wordt geboden verschilt de organisatie: RIBW ondersteunt de screening bij de GGz-partner, RIBW ontvangt afschrift van PHAMOUS resultaten, RIBW krijgt soms wel en soms niet standaard terugkoppeling van GGz, het is de vaste taak van begeleiders om signalen goed in de gaten te houden (bijv opletten als iemand meer op bed gaat liggen, kortademig), soms zijn er vaste afspraken bij de tandarts of huisarts.
 - In verschillende gevallen wordt geen toelichting gegeven over hoe de screening georganiseerd wordt.
- Wordt de rol van privacy bij de somatische screening in de kwalitatieve data benoemt als belemmerende factor?

Reactie Phrenos

- Meerdere keren wordt aangegeven dat de RIBW standaard terugkoppeling krijgt over de resultaten van de screening vanuit de GGz. Eenmaal wordt specifiek toegelicht dat men "geen problemen heeft rond privacy bij de informatie- uitwisseling binnen 'de tandem' van RIBW en GGz; daar is het uitwisselen van informatie logisch en wordt het door cliënten gewaardeerd".
- In twee regio's geeft men aan dat gegevens rond de somatische screening en zorg niet worden uitgewisseld vanwege privacy:
 - Voor somatische zorg hebben cliënten een eigen HA. Vanwege de privacy wetgeving en de eigen regie gedachte ziet RIBW daar verder niet op toe.
 - Terugkoppeling somatische screening GGz naar RIBW kan men vanwege privacy niet zo maar doen.

Rol apotheker:

- Wordt er in de kwalitatieve data specifiek gesproken over instellingen en openbare apothekers? Zo ja, in welke hoedanigheid.
- Wordt de rol van de apotheker überhaupt benoemd in de kwalitatieve data?
- Wordt de rol van de apotheker benoemd in relatie tot crisisplannen?
- Wordt de rol van de apotheker benoemd in relatie tot de jaarlijkse evaluatie van de somatische screening en de medicatiemonitor?

Reactie Phrenos:

- Bij item 26 (betrekken van de huisarts), wordt in één regio melding gemaakt van 'een goed contact tussen FACT, BW, huisarts en apotheker' over de uitslagen van de somatische screening en lab-uitkomsten. In deze regio is sprake van een overkoepelende aanpak en monitoring van medicatie en somatische screening bij deze doelgroep (www.phamous.nl).
- Op dit item wordt in een andere regio aangegeven dat de RIBW zichzelf ziet als bruggenbouwer tussen de cliënt, de Ha en de apotheek.
- Verder wordt geen melding gemaakt van de rol van de apotheek.

Naasten:

- Wordt bij de het betrekken van naasten privacy als complicerende factor genoemd in de kwalitatieve data?

Reactie Phrenos:

- In verschillende regio's (minimaal vijf) wordt expliciet aangegeven dat familie niet wordt betrokken wanneer er geen akkoord van de cliënt is. Dit zou men kunnen opvatten als een issue rond de privacy van de cliënt.
- In andere gevallen blijkt dit (zowel bij GGZ als bij RIBW) meer tussen de regels door: een familiegesprek "wordt geadviseerd", familie wordt betrokken "wanneer dit in het belang van de cliënt is", of "als de cliënt dat wil", etc.
- Andere complicerende factoren die worden genoemd zijn: het feit dat de familie/naasten uit beeld zijn (vaak), en bij het inzetten van de triadekaart dat deze extra handelingen oplevert en teveel probleemgericht is.
- Wordt bij het betrekken van naasten de verantwoordelijkheid van de cliënt vs de verantwoordelijk van de professional benoemd in de kwalitatieve data?

Reactie Phrenos:

- In twee regio's geeft men expliciet aan dat de verantwoordelijkheid bij de cliënt ligt: "de familie wordt uitgenodigd door de cliënt" cq "het wordt aan de cliënt gelaten om hier actie op te ondernemen".
- In veel andere regio's leest men tussen de regels door dat het al dan niet betrekken van de familie wordt gezien als verantwoordelijkheid van de professional. Daarbij benoemt men in veel regio's dat de cliënt het betrekken van familie wel kan weigeren.

D. Vragen n.a.v aangepaste presentatie resultaten

1. Dia 28, 32, 36: Hier staan normen genoemd voor aantal cliënten per fte psychiater, psychologen en verpleegkundigen. Die afsteken met de werkelijke fte's. Wij hebben begrepen dat dit normen voor certificering van FACT teams betreft? Deze normen worden nogal eens aangepast. Uit welk jaar stammen de normen waaraan gerefereerd wordt?

Reactie Phrenos

Deze normen zijn afkomstig uit de FACT-modeltrouwschaal die destijds het meest recent was. Dat was de versie uit 2010. Deze versie is in te zien via: <https://ccaf.nl/wp-content/uploads/sites/2/2019/08/FACTS-versie-2010-maart-juni-2015.pdf>

2. Dia 40: gezien de cijfers over het bereik en de kwaliteit is het getal van 40% of lager voor het crisis- en signaleringsplan voor ons niet goed te plaatsen. Kunnen jullie aangeven wat de basis voor die schatting is?

Reactie Phrenos

Op het kwaliteitscriterium bij item 14, waarin wordt gevraagd of het behandel- cq begeleidingsplan

een crisisplan en/of signaleringsplan bevat, geven bijna alle teams (90%) een bevestigend antwoord. In de toelichting geven zij echter aan dat dit niet voor alle behandel- cq begeleidingsplannen geldt. Hierbij wordt genoemd dat men inschat dat in 40% van behandel- cq begeleidingsplannen het geval is.

3. Dia 7-19, reactie op vraag 3: niet voor alle beschrijvende data hebben we minimum en maximum. Als we het goed zien ontbreken deze voor percentage niet-Westerse allochtonen en aantal patiënten/cliënten per beroep. Kunnen deze nog toegevoegd worden?

Reactie Phrenos

De minima en maxima waren inderdaad gebaseerd op het aantal FTE en niet op het aantal cliënten per FTE. Daar is wel een grafiek van beschikbaar. In de definitieve versie van de PowerPoint presentatie zullen we alle data voor de N per FTE in een tabel zetten net als voor percentage allochtone cliënten, zodat ook minima en maxima hiervoor beschikbaar zijn.

4. Dia 6,7 en resultaten kwaliteit per item, vraag 10: samen met algemene vraag 2 hieronder begrijp ik nu dat er geen geïntegreerde teams zijn, maar soms wel een GGZ en een RIBW team van dezelfde instelling in een regio. Echter op grond van dia 25, zou ik bij dia 26 11 teams verwachten, niet 14. Ook bij dia's 29-30, 37-38, 41-42, 45-46, 49-50 zie ik een verschil. Is dit een vergissing of is er een reden waarom deze aantallen kunnen verschillen?

Reactie Phrenos

We hebben dit gecheckt en achterhaald dat we de verdeling van de items hadden gebaseerd op nog een eerdere versie van het databestand. Daarnaast waren er in een aantal gevallen missende waarden voor de score of verdeling van kwaliteitscriteria die discrepanties verklaart. We hebben dat in de definitieve versie van de PowerPoint presentatie aangepast.