Hoher Gesundheitsrat

STELLUNGNAHME DES HOHEN GESUNDHEITSRATES Nr. 9204

Ein allgemeiner Rahmen für die Ausarbeitung von Qualitätsindikatoren in der psychischen Gesundheitsversorgung in Belgien

This report aims at providing policy makers, managers, mental health professionals and users with generic recommendations that may be used to choose quality indicators for mental healthcare in Belgium

Diese Fassung wurde vom Gremium validiert im
Oktober - 2016[1]

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund: Jedes Jahr wird über ein Drittel der europäischen Bevölkerung mit psychischen Gesundheitsproblemen konfrontiert. Eine qualitativ hochwertige psychische Gesundheitsversorgung leistet dabei einen Beitrag zu einer nachhaltigen Gesellschaft. Der neue europäische Aktionsplan für psychische Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) fordert die Mitgliedstaaten daher dazu auf, einen gemeinsamen Satz von Qualitätsindikatoren für die psychische Gesundheitsversorgung auszuarbeiten. Die Umsetzung des europäischen Aktionsplans für psychische Gesundheit der WHO in Belgien bedarf einer Messung der Qualität der psychischen Gesundheitsversorgung in Belgien. Für die Bewertung, Überwachung und Messung der Qualität der psychischen Gesundheitsversorgung sind eine Reihe von Indikatoren erforderlich.

Ziel dieser Stellungnahme des Hohen Gesundheitsrates (HGR) ist die Bereitstellung einer Übersicht über Empfehlungen für eine qualitativ hochwertige psychische Gesundheitsversorgung, die als Grundlage für die Ausarbeitung von Qualitätsindikatoren für die psychische Gesundheitsversorgung in Belgien fungieren können. Die Hauptfragen sind: „Was ist Qualität?“ und „Was soll gemessen werden?“.

Methodik: Für die Jahre 2011-2015 wurde zur Aktualisierung der bisherigen Arbeit von Gaebel et al. (2012) eine systematische Literaturstudie auf der Grundlage der elektronischen Datenbanken MEDLINE, EMBASE und *Web of Science* durchgeführt. Die Literaturstudie bestand aus drei Teilen. Der Gegenstand des ersten Teiles war die Qualität der psychiatrischen Krankenhäuser. Zur Ergänzung der Suchstrategie erfolgte eine zweite Suche nach kontrollierten Studien und systematischen Übersichten zu einer Vielzahl unterschiedlicher Leistungsstrukturen für die psychische Gesundheitsversorgung. Zum Schluss bezog sich die letzte Suche auf ambulante Dienstleistungen.

[1] Der Rat behält sich vor, in diesem Dokument jederzeit geringfügige typografische Änderungen vorzunehmen. Änderungen, die den Sinn beeinflussen, werden allerdings automatisch in ein Erratum aufgenommen. In diesem Fall wird eine neue Fassung der Stellungnahme herausgegeben.

Empfehlungen, die sich aus der systematischen Literaturstudie ergaben, wurden besprochen und ergänzt von den Sachverständigen des HGRs und Interessenverbänden. Die Empfehlungen wurden auf der Grundlage der sieben Ziele des Aktionsplans für psychische Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation kategorisiert.

Ergebnisse: In der ursprünglichen Literatursuche wurden 2 126 Artikel identifiziert. Von diesen Artikeln erfüllten 113 Studien die Aufnahmekriterien. In diesen 113 Artikeln wurden 30 Empfehlungen gefunden, die bereits in dem Artikel von Gaebel et al. (2012) formuliert worden waren. Zudem ergab die aktuelle Literaturstudie 48 weitere Empfehlungen und/oder Indikatoren. Aus der Kategorisierung der Empfehlungen, bei der weitere Informationen und Anregungen von Sachverständigen und Interessengruppen berücksichtigt wurden, entstanden 34 Empfehlungen.

Fazit: Diese evidenzbasierten Empfehlungen können als allgemeiner Rahmen für die Auswahl und Ausarbeitung von Struktur- und Prozessindikatoren für die Qualität der psychischen Gesundheitsversorgung verwendet werden.

Schlüsselwörter und MeSH descriptor terms[2]

MeSH terms*	Keywords	Sleutelwoorden	Mots clés	Schlüsselwörter
Quality standard	Quality standard	Kwaliteitsstandaard	Norme de qualité	Qualitätsstandards
Quality improvement	Quality improvement	Kwaliteitsverbetering	Amélioration de la qualité	Qualitätssteigerung
Quality assurance	Quality assurance	Kwaliteitsgarantie	Assurance de la qualité	Qualitätssicherung
Quality performance	Quality performance	Kwaliteitsvolle prestaties	Performances de qualité	Qualitätsleistung
Quality indicators	Quality indicators	Kwaliteitsindicatoren	Indicateurs de qualité	Qualitätsindikatoren
Psychiatric hospital	Psychiatric hospital	Psychiatrisch ziekenhuis	Hôpital psychiatrique	Psychiatrisches Krankenhaus
Inpatient mental health service	Inpatient mental health service	Residentiële geestelijke gezondheidszorg	Services de santé mentale aux patients hospitalisés	Dienststellen für die stationäre psychische Gesundheitsversorgung
Controlled study	Controlled study	Gecontroleerde studie	Étude contrôllée	Kontrollierte Studie
Outpatient mental health service	Outpatient mental health service	Ambulante geestelijke gezondheidszorg	Services de santé mentale ambulatoires	Dienststellen für die ambulante psychische Gesundheitsversorgung
Integrated care models	Integrated care models	Geïntegreerde zorgmodellen	Modèles de soins intégrés	Integrierte Versorgungsmodelle
Community mental health teams	Community mental health teams	Teams voor geestelijke gezondheidszorg in de gemeenschap	Les équipes de santé mentale communautaires	Gemeindepsychiatrische Teams
Home treatment	Home treatment	Thuisbehandeling	Le traitement à domicile	Behandlung zu Hause
Mental health	Mental health	Geestelijke gezondheid	Santé mentale	Psychische Gesundheit
Assertive community treatment	Assertive community treatment	Assertive community treatment	Le traitement communautaire dynamique	Assertive community treatment
Case management	Case management	Case management	La gestion de cas	Case-Management
Intensive case management	Intensive case management	Intensive case management	La gestion de cas intensive	Intensives Case-Management
Rehabilitation	Rehabilitation	Rehabilitatie	Réhabilitation	Rehabilitation

Das MeSH-System (Medical Subject Headings) ist der von der NLM (National Library of Medicine) gepflegte Thesaurus zur Sacherschließung von Artikeln für PubMed http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh.

[2] Der Rat möchte klarstellen, dass die MeSH-Terme und Schlüsselwörter für Referenzzwecke verwendet werden und einer leichten Festlegung des Rahmens der Stellungnahme dienen. Für weitere Informationen, siehe das Kapitel „Methodik".

INHALTSVERZEICHNIS

ZUSAMMENFASSUNG 1
I. EINLEITUNG 6
II. THEORETISCHER RAHMEN 7
iii. METHODIK 11
3.1 Suchstrategie 11
3.2 Ergebnisse der systematischen Untersuchung 11
3.2.3 Expertengremium - 7. Mai 2015 16
3.2.4 Expertengremium - 29. Juni 2015 16
3.2.5 Konsultation mit Interessen- und Patientenvertretern - 18. April 2016 16
IV. KATEGORISIERUNG DER EMPFEHLUNGEN 17
4.1 Beschreibung der 34 Empfehlungen des HGRs für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren in der psychischen Gesundheitsversorgung in Belgien 19
4.1.1 WHO-Ziel 1: Alle sollen die gleiche Chance auf psychisches Wohlbefinden in jeder Lebensphase haben, wobei benachteiligte und gefährdete Menschen besonders zu beachten sind 19
4.1.2 WHO-Ziel 2: Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen sind Bürger, deren Menschenrechte vollständig geachtet, geschützt und gefördert werden 21
4.1.3 WHO-Ziel 3: Psychosoziale Angebote sollen gemäß dem Bedarf in der Gemeinschaft zugänglich, fachkundig und bezahlbar zur Verfügung stehen 23
4.1.4 WHO-Ziel 4: Menschen haben ein Recht auf respektvolle, sichere und wirksame Behandlung 25
4.1.5 WHO-Ziel 5: Gesundheitssysteme bieten allen eine gute physische und psychische Versorgung 29
4.1.6 WHO-Ziel 6: Systeme für die psychische Gesundheit funktionieren in gut koordinierter Partnerschaft mit anderen Sektoren 30
4.1.7 WHO-Ziel 7: Leitung und Leistung im Bereich der psychischen Gesundheit werden durch solide Tatsachen und Kenntnisse vorangebracht 31
V. Fazit 34
VI. LITERATURVERZEICHNIS 36
6.1 Literature theoretical framework 36
6.2 References systematic review 36
6.3 Additional references 44
VII. ZUSAMMENSETZUNG DER ARBEITSGRUPPE 53
VIII. APPENDICES 54

ABKÛRZUNGEN

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
cCBT	computergestützte kognitive Verhaltenstherapie
EBP	*Evidence Based Practice*
HGR	Hoher Gesundheitsrat
ICT	Informations- und Kommunikationstechnik
interRAI MH	*interRAI Mental Health*
IOM	*Institute of Medicine (National Academy of Medicine – NAM*)
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation)

I. EINLEITUNG

Jedes Jahr wird über ein Drittel der europäischen Bevölkerung mit psychischen Störungen konfrontiert (WHO, 2014). Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert psychische Gesundheit als „Zustand des Wohlbefindens, in dem der Einzelne seine Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv und fruchtbar arbeiten kann und imstande ist, etwas zu seiner Gemeinschaft beizutragen“ (WHO, 2014). Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit stellen eine enorme finanzielle Belastung für Patienten, Familien und die Gesellschaft dar. In Ländern mit einer freien Marktwirtschaft steigt der Anteil der psychischen Beeinträchtigungen und stellen sie mittlerweile etwa ein Drittel aller Anträge auf Invaliditätsleistungen dar (Drake et al., 2012). Psychische Probleme sind daher zu einer bedeutenden Herausforderung für die öffentliche Gesundheit gewachsen (Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit der WHO, 2013). Die Förderung der psychischen Gesundheit und die Prävention und Behandlung von psychischen Problemen sind Grundvoraussetzungen für die Sicherung und Steigerung der Lebensqualität, des Wohlbefindens und der Produktivität von Individuen, Familien, Werktätigen und Gemeinschaften und somit auch für die Stärkung der gesamten Gesellschaft und ihrer Widerstandskraft. Eine qualitativ hochwertige psychische Gesundheitsversorgung leistet einen Beitrag zu einer nachhaltigen Gesellschaft (Europäischer Aktionsplan für psychische Gesundheit der WHO, 2013). Der Begriff „Qualität der psychischen Gesundheitsversorgung“ spielt daher eine wichtige Rolle im neuen europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit der WHO (2013). Die Mitgliedstaaten werden dazu aufgefordert, zur Überwachung der erfolgreichen Umsetzung des Aktionsplans einen gemeinsamen Satz von Indikatoren auszuarbeiten.

Die Umsetzung des europäischen Aktionsplans für psychische Gesundheit der WHO in Belgien bedarf einer Messung der Qualität der psychischen Gesundheitsversorgung in Belgien. Für die Bewertung, Überwachung und Messung der Qualität der psychischen Gesundheitsversorgung sind eine Reihe von Indikatoren erforderlich. Die Hauptfrage lautet wie folgt: Welche Indikatoren sollten einen Satz bilden, auf dessen Grundlage die Beurteilung der Qualität der psychischen Gesundheitsversorgung und die Erfüllung der Anforderungen des Europäischen Aktionsplans für psychische Gesundheit ermöglicht werden sollen?

Diese Indikatoren sollten sich auf alle Patienten mit psychischen Problemen beziehen, die derzeit behandelt werden oder eine Behandlung benötigen. Zudem müssen sie auch die spezifischen Bedürfnisse gefährdeter Personen oder von psychischen Störungen bedrohter Personen (Prävention) berücksichtigen. Ein Satz von Indikatoren zur Überwachung der Qualität der psychischen Gesundheitsversorgung wird dazu beitragen, eine evidenzbasierte Politik auszuarbeiten, mit dem Ziel, die psychische Gesundheit in Belgien zu entwickeln und/oder neu zu orientieren.

Während der Tagung der Arbeitsgruppe vom 13. Oktober 2014 wurde ein Konsens erreicht hinsichtlich der Tatsache, dass eine optimale Antwort auf das Ersuchen um Stellungnahme der Festlegung eines angemessenen Gesamtrahmens bedarf. Die wichtigsten Fragen lauten wie folgt: „Was ist Qualität?“ und „Was soll gemessen werden?“. Der theoretische Rahmen sollte sich auf den gesamten Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung, auf unterschiedliche Rahmenbedingungen und auf alle möglichen psychischen Probleme beziehen.
Die Sachverständigen des HGRs haben sich darauf geeinigt, einen Qualitätsrahmen auszuarbeiten. Wichtige Anhaltspunkte für die Sachverständigengruppe waren dabei die im Europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit der WHO (2013) beschriebenen Werte und die von Thornicroft und Tansella (1999) festgelegten ethischen Grundsätze. Auch der *Vision Statement* des Strategischen Beirats des Flämischen Ministeriums für Wohlfahrt, Volksgesundheit und Familie (2012) wurde dabei berücksichtigt. Zur Ausarbeitung eines evidenzbasierten Rahmens wurde eine systematische Literaturanalyse durchgeführt.

Im nächsten Kapitel befinden sich eine umfangreichere Beschreibung des theoretischen Rahmens sowie eine Definition der wichtigsten, in dieser Stellungnahme verwendeten Begriffe.

II. THEORETISCHER RAHMEN

Die *Qualität der Versorgung* kann betrachtet werden als „ein komplexes und mehrdimensionales Konzept, das auf der Grundlage von verschiedenen, miteinander verknüpften Dimensionen definiert wird: Zugang zu Dienstleistungen, Relevanz für die Nachfrage, Effektivität, fairer Verteilung (*equity*), sozialer Akzeptanz, Wirtschaftlichkeit" (Maxwell, 1992). Das *Institute of Medicin*e (IOM – *National Academy of Medicine*, NAM) definiert die Qualität der Versorgung wie folgt: „das Ausmaß, in dem Gesundheitsleistungen für Individuen und Bevölkerungsgruppen die Wahrscheinlichkeit erwünschter Gesundheitsergebnisse erhöhen und dem aktuellen Fachwissen entsprechen."
In einem Folgebericht erklärt das *Institute of Medicine*, dass eine qualitativ hochwertige Versorgung sicher, effektiv, patientenzentriert, zeitgerecht, effizient und fair ist (IOM, 2001).

Indikatoren werden beschrieben als „explizit definierte und messbare Größen, die als Bausteine bei der Beurteilung der Gesundheitsversorgung fungieren" (Gaebel et al., 2012). *Qualitätsindikatoren* werden definiert als „messbare Elemente bzw. Leistungen in der Praxis, die nach vorhandener Evidenz bzw. Konsens dazu verwendet werden können, die Qualität zu beurteilen und somit auch die Qualität der Pflege zu ändern" (Legido-Quigley et al., 2008). Bei den *Qualitätsindikatoren* kann es sich handeln um eine Aussage über die Struktur, den Prozess oder das Ergebnis der Versorgung (McGlynn und Asch, 1998; Donabedian 1988). *Struktur* bezieht sich auf „Eigenschaften von Einrichtungen der medizinischen Versorgung, z.B. Räumlichkeiten, Ausrüstung, Personal und Organisationsstrukturen." *Prozess* bezieht sich auf „die Aktivitäten beim Erbringen und Empfangen von Leistungen, inklusive der Tätigkeiten der Gesundheitsdienstleister". Zum Schluss werden unter *Ergebnis* „die Auswirkungen der Versorgung" verstanden (Donabedian, 1988).

Der europäische Aktionsplan für psychische Gesundheit (WHO 2013, S. 3-15) formuliert vier Kernziele und drei sogenannte Querschnittsziele in Bezug zur Qualität der psychischen Gesundheitsversorgung in den europäischen Ländern.
Die vier Kernziele lauten:

1. Alle sollen die gleiche Chance auf psychisches Wohlbefinden in jeder Lebensphase haben, wobei benachteiligte und gefährdete Menschen besonders zu beachten sind.
2. Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen sind Bürger, deren Menschenrechte vollständig geachtet, geschützt und gefördert werden.
3. Psychosoziale Dienste sollen zugänglich und bezahlbar sein und vor Ort dem Bedarf entsprechend verfügbar sein.
4. Allen Menschen steht eine respektvolle, sichere und wirksame Behandlung zu.

Die drei Querschnittsziele lauten:

1. Gesundheitssysteme sollen allen eine gute medizinische und psychiatrische Versorgung bieten.
2. Die Einrichtungen für psychische Gesundheit sollen in enger Abstimmung und Partnerschaft mit anderen Bereichen zusammenarbeiten.
3. Die Leitung und Erbringung der Angebote für die psychische Gesundheit erfolgen auf der Grundlage von Aufklärung und Wissen (WHO, 2013, S. 3-15).

Die WHO fordert die europäischen Regierungen dazu auf, einen gemeinsamen Satz von Indikatoren für die Umsetzung des europäischen Aktionsplans für psychische Gesundheit (2013) auszuarbeiten.

Ziel dieser Stellungnahme des HGRs ist die Bereitstellung einer Übersicht über Empfehlungen für eine qualitativ hochwertige psychische Gesundheitsversorgung, die als Grundlage für die Ausarbeitung von Qualitätsindikatoren für die psychische Gesundheitsversorgung in Belgien fungieren können.
Die Sachverständigengruppe entschied, zunächst einen umfassenden, ausgefeilten Rahmen zu erstellen, um als Nächstes eine Wahl zu treffen bez. der zu verwendenden spezifischen Indikatoren und Instrumenten. Die in dieser Stellungnahme zu beantwortende Frage lautet wie folgt: „Was soll gemessen werden?". Künftige Schritte würden dann darin bestehen, zu bestimmen, in welcher Weise dies gemessen werden kann und wie sich die Ergebnisse einsetzen lassen.

Der theoretische Rahmen sollte sich auf den gesamten Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung, auf verschiedene Rahmenbedingungen und auf unterschiedliche Erkrankungen beziehen. Darüber hinaus sollten sich die Elemente dieses Rahmens auf die Mikro-, Meso- und Makroebene beziehen. Als Grundlage für die Ausarbeitung dieses umfassenden Qualitätsrahmens fungierten die Themen, die in der bisherigen Forschung und laufenden Studien beschrieben worden sind, wie die von Thornicroft und Tansella (1999) dargelegten ethischen Grundsätze für die psychische Gesundheitsversorgung, der Vision Statement des Strategischen Beirats des Flämischen Ministeriums für Wohlfahrt, Volksgesundheit und Familie (2012) und die Qualitätsindikatoren des Indikatorprojekts der flämischen Regierung über die Qualität der psychischen Gesundheitsversorgung.

Nach Thornicroft und Tansella (1999, S. 500-503) sind eine Reihe von Grundsätzen zu wählen und zu definieren, welche als Maßstäbe für die Bereitstellung von umfassenderen Informationen für Entscheidungen zur Gesundheitspolitik und zu klinischen Dienstleistungen operationalisiert und validiert werden können. Auf der Grundlage eines aus 5 Stadien bestehenden Verfahrens wurden 9 Grundsätze, die sogenannten drei ACEs, selektiert und festgelegt:

1. ***A**utonomy* – Autonomie: „Die Fähigkeit eines Patienten, trotz der Anwesenheit von Symptomen oder Beeinträchtigungen, eine unabhängige Wahl und unabhängige Entscheidungen zu treffen. Die Autonomie sollte durch eine effektive Behandlung und Versorgung gefördert werden."
2. ***C**ontinuity* – Kontinuität: „Die Fähigkeit der betrachteten Dienststellen, Interventionsmöglichkeiten anzubieten, die sich in kohärenter Weise kurzfristig in oder zwischen verschiedenen Teams (Querschnittskontinuität, *cross-sectional continuity*) oder über einen längeren Zeitraum (Langzeitkontinuität, *longitudinal continuity*) aufrechterhalten lassen".
3. ***E**ffectiveness* – Effektivität: Auf der Ebene des individuellen Patienten wird Effektivität definiert als „die Fähigkeit, den intentionalen, nachgewiesenen Nutzen einer Behandlung unter Praxisbedingungen zu liefern". Auf der Ebene eines Behandlungsprogramms wird Effektivität definiert als „die Fähigkeit, den intentionalen, nachgewiesenen Nutzen von Dienstleistungen unter Praxisbedingungen zu liefern".
4. ***A**ccessibility* – Zugänglichkeit: Von Patienten und ihrem Pflegepersonal erfahrbares Merkmal einer Dienstleistung, das sie in die Lage versetzt, diese Dienstleistung wann und wo immer sie benötigt wird, in Anspruch nehmen zu können.
5. ***C**omprehensiveness* – Umfassendes Angebot: „Zweidimensionales Merkmal von Dienstleistungen". Horizontal bezieht sich dieses Merkmal auf „den Umfang, in dem sich die Dienstleistung auf den gesamten Bereich der unterschiedlichen Schweregrade psychischer Erkrankungen und einen weiten Bereich von Patientencharakteristika erstreckt." Vertikal bezieht sich dieses Merkmal auf „die Verfügbarkeit von Basiskomponenten der Versorgung und ihre Inanspruchnahme durch priorisierte Gruppen von Patienten."

6. ***E**quity* – Gleichbehandlung: „Faire Verteilung von Ressourcen“. Die Rationalität, die der Priorisierung zwischen konkurrierenden Bedürfnissen zugrunde liegt, und die Methoden, die bei der Zuweisung von Ressourcen verwendet werden, sollten explizit gemacht werden.
7. ***A**ccountability* – Verantwortlichkeit: „Die Rechenschaftspflicht einer Dienststelle in der psychischen Gesundheitsversorgung gegenüber den Patienten, ihren Familien und der Allgemeinheit, die alle berechtigte Erwartungen an die Verantwortlichkeit der Dienststelle stellen können.“
8. ***C**oordination* – Koordination: „Ein Merkmal der Versorgung, das sich in kohärenten Behandlungsplänen für einzelne Patienten niederschlägt. Jeder Plan sollte klare Ziele haben und nicht mehr und nicht weniger Interventionen enthalten als das, was notwendig und effektiv ist“. Querschnittskoordination (*cross-sectional coordination*) bezieht sich auf die Koordination der Information und Dienstleistungen über eine Behandlungsperiode. Die longitudinale Koordination (*longitudinal coordination*) bezieht sich auf Verbindungen zwischen medizinischem Stab und Versorgungsinstitutionen über längere Behandlungszeiträume.
9. ***E**fficiency* – Effizienz: „Die Ressourcen, die zum Erreichen eines bestimmten Behandlungsergebnisses aufgewendet werden müssen, werden minimiert, bzw. das Behandlungsergebnis wird bei einem bestimmten Niveau von zugeführten Ressourcen maximiert.“

In Flandern hat der Strategische Beirat des Flämischen Ministeriums für Wohlfahrt, Volksgesundheit und Familie (2012) ein Vision Statement zur sozial verantwortlichen Versorgung formuliert mit dem Titel *Maatschappelijk Verantwoorde Zorg* („sozial verantwortliche Versorgung“) (http://www.sarwgg.be/sarwgg/nieuws/sar-wgg-presenteert-visienota-maatschappelijk-verantwoorde-zorg, 2011). Der Vision Statement liefert eine gemeinsame, aus 5 Grundsätzen bestehende Grundlage:

- Zuerst hat jeder Dienstnutzer einen Anspruch auf eine qualitativ hochwertige Versorgung und ist jeder Pflegedienstleister dazu verpflichtet, eine qualitativ hochwertige Versorgung zu leisten.
- Zweitens soll die Versorgung effizient sein, was bedeutet, dass diese zu einer wachsenden Lebensqualität und zu sozialer Wohlfahrt führen soll.
- Der dritte Grundsatz betrifft horizontale und vertikale soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Die horizontale Dimension bezieht sich auf die Gleichbehandlung von Personen mit identischen Bedürfnissen. Bei der vertikalen Dimension handelt es sich um die ungleiche Behandlung ungleicher Bedürfnisse.
- Viertens bezieht sich die Relevanz der Versorgung auf das Ausmaß, in dem die Gesundheitsleistungen den grundlegenden Anforderungen der individuellen Bedürfnisse und der öffentlichen Erschwinglichkeit nachkommen.
- Nicht zuletzt beinhaltet die Zugänglichkeit der Versorgung das Fehlen von formellen, finanziellen, sozialen und geographischen Schranken, wodurch die Versorgung allen zugänglich ist, die sie brauchen.

Auf der Grundlage von internationalen Empfehlungen und in Reaktion auf die zunehmenden gesellschaftlichen Erwartungen wurde im Jahr 2012 das Indikatorprojekt bezüglich der Qualität der psychischen Gesundheitsversorgung der flämischen Regierung ins Leben gerufen. Dieses Projekt wird von der flämischen Regierung finanziert. Im Jahr 2015 wurden 5 Arbeitsgruppen eingerichtet: 1)Kontinuität und Koordination, 2) Patientensicherheit, 3) Patientenbeteiligung, 4) Depression, 5) Verhaltensstörungen. Diese Arbeitsgruppen tagten in regelmäßigen Abständen, beteiligten Patientenvertreter und führten Literaturstudien durch.

Sie erarbeiteten die nachfolgenden Indikatoren:

- Zeitnahes Follow-up nach Entlassung
  - Indikator: Anzahl der Patienten, die innerhalb von 30 Tagen nach der Entlassung von einem Arzt oder Psychiater kontaktiert wurden.
- Vollständigkeit der Medikamentenverschreibung
  - Indikator: Anzahl der vollständigen Medikamentenverschreibungen.
- Umsetzung einer Politik zur Suizidprävention
  - Indikator: Anzahl der bei den Einrichtungen vorhandenen Elemente einer Suizidpräventionspolitik.
- Einsatz von erfahrenen Fachleuten
  - Indikator: Anzahl der in der Einrichtung betätigten, erfahrenen Fachleute (VZÄ, Vollzeitäquivalente).
- Mitentscheidung
  - Indikator: noch nicht definiert.
- Patientenperspektive
  - Indikator: Bei der *Vlaamse Patiëntenpeiling Geestelijke Gezondheidszorg* (GGZ) handelt es sich um einen Fragebogen, der die Erfahrungen von Patienten in Bezug auf die von ihnen erhaltene psychische Gesundheitsversorgung wertet.
- Einbeziehung des Kontextes (Arbeitsgruppe: Depression).
  - Indikator: noch nicht definiert.
- Die Verwendung von Behandlungsrichtlinien für Kinder und Jugendliche mit einer Aufmerksamkeitsdefizitstörung mit Hyperaktivität (ADHS), oppositionellem Trotzverhalten (engl. *Oppositional Defiant Disorder,* ODD) oder Verhaltensstörungen. (Arbeitsgruppe: Verhaltensstörungen)
  - Indikator: noch nicht definiert.

Im Jahr 2016 wird eine Messung dieser vorläufigen Indikatoren bei den Dienststellen für psychische Gesundheitsversorgung erfolgen.

Angesichts der zahlreichen in diesem Bereich veröffentlichten Publikationen und geführten Tätigkeiten, einigte sich die Sachverständigengruppe des HGRs darüber, eine systematische Literaturanalyse durchzuführen mit der Absicht, einen Überblick über alle evidenzbasierten Empfehlungen und Kriterien für eine qualitativ hochwertige psychische Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stellen. Diese systematische Untersuchung wurde von LUCAS, dem Zentrum für Versorgungsforschung und Beratung der Universität Löwen, realisiert. Erzielt wird damit die Bereitstellung einer allgemeinen Vision für die Entwicklung und Verwendung von Qualitätsindikatoren in Belgien, wie dies von der WHO in ihrem europäischen Aktionsplan für psychische Gesundheit von 2013 gefordert wurde. Eine Beschreibung der Methodik und Ergebnisse ist im nächsten Kapitel zu finden.

III. METHODIK

Nach einer Prüfung des Ersuchens haben das Gremium und der Vorsitzende der Arbeitsgruppe des HGRs die erforderlichen Spezialgebiete identifiziert. Auf dieser Grundlage wurde eine *ad-hoc*-Arbeitsgruppe gebildet mit Sachverständigen aus den nachfolgenden Fachbereichen: Kriminologie, Gesundheitspsychologie, Beschäftigungstherapie, Psychiatrie, Psychologie und Soziologie. Die Sachverständigen dieser Arbeitsgruppe haben eine allgemeine Interessenerklärung und eine *ad-hoc*-Erklärung eingereicht und der Ausschuss für Berufsethik hat das potenzielle Risiko von Interessenkonflikten bewertet.

Die systematische Literaturanalyse mit dem Titel „*EPA guidance on the quality of mental health services*“ von Gaebel et al. (2012) bildete dabei den Ausgangspunkt. Diese Studie hatte zum Ziel, evidenzbasierte Empfehlungen zur Qualität der psychischen Gesundheitsversorgung zur Verfügung zu stellen. Die Grundsätze des Europäischen Aktionsplans für psychische Gesundheit (WHO, 2005) und die Ergebnismessungen für die Erforschung der psychischen Gesundheitsversorgung (Thornicroft und Tansella, 1999) wurden auch bei der Studie von Gaebel et al. (2012) berücksichtigt. Es wurden 30 Empfehlungen für die Qualität der Struktur, des Prozesses und der Ergebnisse ermittelt, die sich sowohl auf eine allgemeine Ebene als auf spezifische Rahmenbedingungen beziehen.

Nachdem die Stellungnahme von der Arbeitsgruppe genehmigt wurde, wurde sie schließlich vom Gremium validiert.

3.1 Suchstrategie

Die systematische Literatursuche bestand aus drei Teilen. Der Gegenstand des ersten Teiles war die Qualität der psychiatrischen Krankenhäuser. Zur Ergänzung dieser Suchstrategie erfolgte eine zweite Suche nach kontrollierten Studien und systematischen Untersuchungen zu einer ganzen Reihe unterschiedlicher Leistungsstrukturen für die psychische Gesundheitsversorgung. Zum Schluss bezog sich die letzte Suche auf ambulante Dienstleistungen. Tabelle 1 bietet einen Überblick über die drei Suchstrategien.

3.2 Ergebnisse der systematischen Untersuchung

Bei der ursprünglichen Literatursuche wurden insgesamt 2 146 Artikel identifiziert (Abbildung 1). Weitere 16 Artikel wurden dank einer Kombination aus einer manuellen Suche in Zeitschriften und einer nach dem Schneeballprinzip geführten Suche auf der Grundlage der Referenzen in den bereits gefundenen Artikeln ermittelt. Nach Ausschluss von 345 Duplikaten blieben 1 797 Artikel übrig, die daraufhin geprüft wurden, ob sie in die Untersuchung aufgenommen werden konnten. Als nächstes wurden 351 Volltextartikel auf ihre Eignung überprüft. Von diesen Artikeln erfüllten 113 Studien die Aufnahmekriterien (Tabelle 1).

In diesen 113 Artikeln wurden 30 Empfehlungen gefunden, die bereits in dem Artikel von Gaebel et al. (2012) formuliert worden waren. Zudem ergab die aktuelle Literaturstudie 48 weitere Empfehlungen und/oder Indikatoren. Jeder Empfehlung und/oder jedem Indikator wurde eine Beschreibung zugefügt, in der entweder die Empfehlung näher erläutert wurde, oder eine potentielle Operationalisierung oder mögliche Vorgehensweise für die Messung der Empfehlung und/oder des Indikators dargelegt wurde. Tabelle 2 bietet einen Überblick über die 78 Empfehlungen. Zur jeder Empfehlung gehört ein Indikator, eine Beschreibung der Empfehlung bzw. ein Beispiel für die Empfehlung (Siehe Anhang 1).

Tabelle 1. Übersicht der Suchstrategien

	Teil I	Teil II	Teil III
Periode	05/06/2011-05/01/2015	05/06/2011-05/01/2015	05/06/2011-05/01/2015
Aufnahmekriterien	Artikel mit Schwerpunkt auf Dienststellen für psychische Gesundheitsversorgung Artikel beziehen sich auf Qualitätsverbesserungswerkzeuge Artikel zu Qualitätsindikatoren oder Qualitätssicherung in der psychischen Gesundheitsversorgung	Kontrollierte Studien oder Übersichten von originalen kontrollierten Studien zu Interventionen in der jeweiligen Dienststelle für psychische Gesundheitsversorgung	Artikel mit Schwerpunkt auf Dienststellen für psychische Gesundheitsversorgung Artikel beziehen sich auf Qualitätsverbesserungswerkzeuge Artikel zu Qualitätsindikatoren oder Qualitätssicherung in der psychischen Gesundheitsversorgung
Suchbegriffe (auf der Grundlage der „EPA Guidance“)	(Quality standard* oder Quality improvement* oder Quality assurance* oder Quality performance* oder Quality indicators*) UND (psychiatr* hospital)	Inpatient mental health service UND (controlled study ODER controlled trial) Outpatient mental health service UND (controlled study ODER controlled trial) Integrated care models UND mental health retrieved Community mental health teams UND (study ODER trial) Home treatment UND mental health UND (controlled study ODER controlled trial) Assertive community treatment UND (controlled study ODER controlled trial) last 2 years Case management UND mental health UND (controlled study ODER controlled trial) Intensive case management UND (controlled study ODER controlled trial) Rehabilitation UND mental health UND (controlled study ODER controlled trial) last 2 years	(Quality standard* oder Quality improvement* oder Quality assurance* oder Quality performance* oder Quality indicators*) UND (psychiatr* outpatient)
Sprache	Englisch	English	Englisch
Datenbanken	MEDLINE, Embase, WOS	MEDLINE	MEDLINE
Gesamtzahl	682	1078	37
Auf der Grundlage des Artikels und Abstraktes	65	281	5
Nach vollständigem Screening	16	95	2

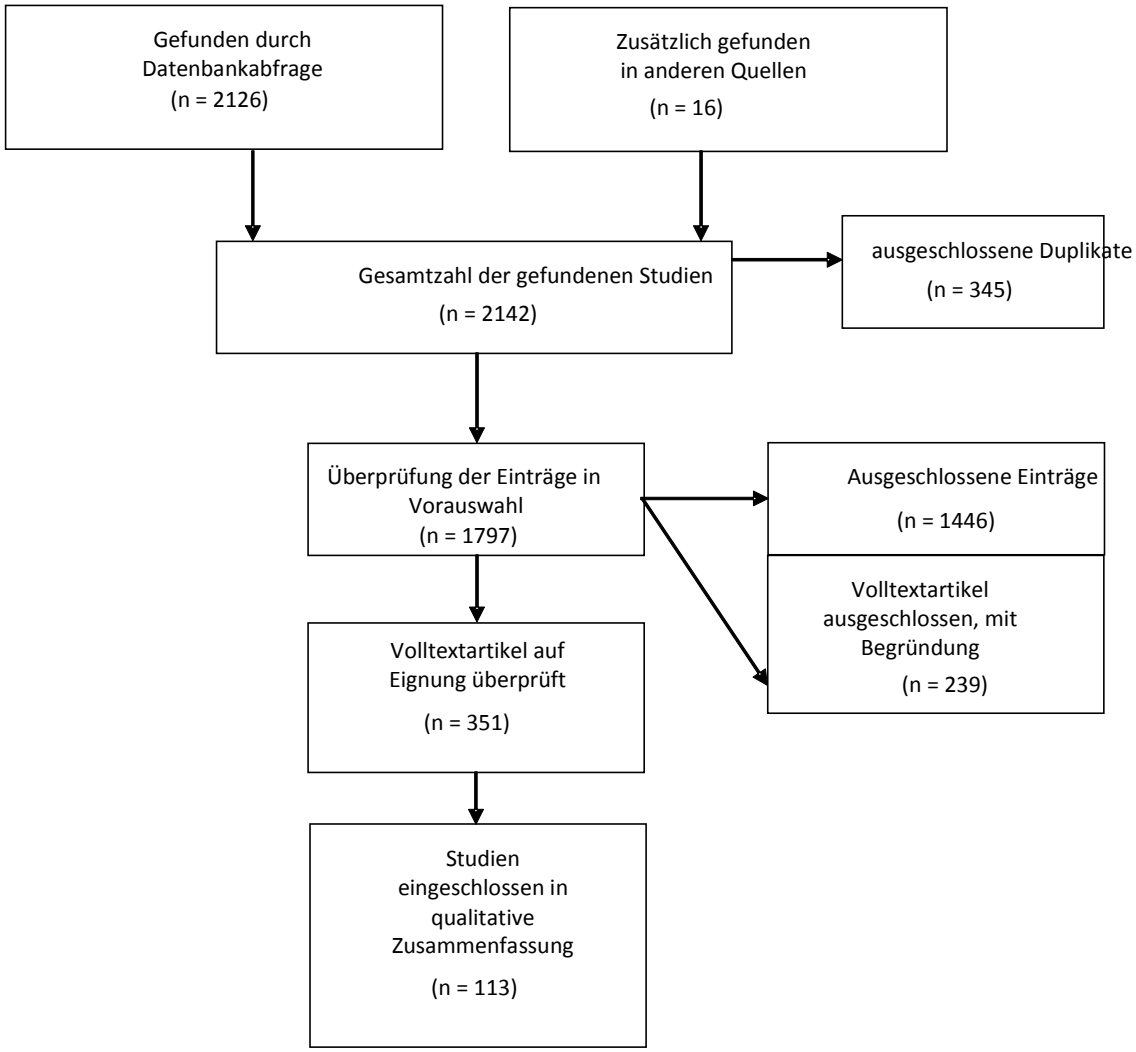


Abbildung 1. PRISMA-Flussdiagramm der Literatursuche

Tabelle 2. Empfehlungen aus der systematischen Übersicht - Aktualisierung der systematischen Literaturstudie von Gaebel et al. (2012) für die Jahre 2012 -2015.

Empfehlungen *A = Empfehlungen aus der *EPA Guidance* (Gaebel et al., 2012) *B = Empfehlungen aus der derzeitigen systematischen Übersicht
A1. Ausbildung im Bereich der psychischen Gesundheit
A2. Berichterstattung über die psychische Gesundheit und Überprüfung
A3. Strukturelle Anforderungen zur Wahrung der Würde und Deckung der Grundbedürfnisse des Patienten
A4. Multidisziplinarität der Dienstleistungen
A5. Zugang zu einer hochwertigen primären Gesundheitsversorgung und fachärztlichen psychiatrischen Versorgung
A6. Verfügbarkeit der technologischen Ausrüstung für die Bewertung und Behandlung
A7. Arbeitskräfte in der Psychiatrie
A8. Einzugsgebiete (sog. *catchment areas*)
A9. Tagesklinik für Personen mit akuten psychischen Erkrankungen
A10. Psychiatrische Versorgung für Mitglieder von Minderheitsgruppen
A11. Wesentliche strukturelle Anforderungen für Dienststellen für stationäre Patienten
A12. Wesentliche strukturelle Anforderungen für Dienststellen für ambulante Patienten
A13. Wesentliche strukturelle Anforderungen für Reha-Zentren
A14. Gemeindepsychiatrische Teams für Personen mit schweren psychischen Erkrankungen
A15. Intensives Case-Management
A17. Evidenzbasierte Medizin
A18. Sicherheitsfragen
A19. Zustimmung nach Inkenntnissetzung
A20. Überwachung von körperlichen Erkrankungen und Zugang zu allgemeinen und fachärztlichen medizinischen Dienstleistungen
A21. Krankenhäuser/ Dienststellen für stationäre Patienten - Grundanforderungen
A22. Krankenhäuser/ Dienststellen für stationäre Patienten - Aufnahmeverfahren
A23. Krankenhäuser/Dienststellen für stationäre Patienten: Zugang zu Abteilungen mit fachärztlichen Dienstleistungen
A24. Krankenhäuser/ Dienststellen für stationäre Patienten - Verfahren für inhaftierte Patienten
A25. Abbau der Wartezeiten für ambulante Termine
A26. Rehabilitationsstationen
A27. Effektive Bestandteile einer Behandlung zu Hause
A28. Wesentliche Bestandteile für gemeindepsychiatrische Versorgung
A30. Organisatorische Integration von ambulanten und stationären psychiatrischen Dienststellen
B1. Integrierte Versorgung Amiel & Pincus, 2011; Chang et al., 2014; Bradford et al., 2013; Stewart et al., 2012; Beeber et al., 2013; Aubry et al., 2015; Garand et al., 2014
B2. Symptombeurteilung oder diagnostische Beurteilung Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012
B3. Evidenzbasierte Pharmakotherapie Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012
B4. Evidenzbasierte psychosoziale Interventionen Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012, Sveinbjarnardottir et al., 2013, Bormann et al., 2014; Baker et al., 2014; Laaksonen et al., 2013; Kay-Lambin et al., 2011; Chan et al., 2011; Secades-Villa et al., 2011; Fortney et al., 2015; Tandon et al., 2014; Wells et al., 2013; Mueser et al., 2014; Williams et al., 2014; Jensen et al., 2014; Battersby et al., 2013; Rosenbaum et al., 2014; Bartels et al., 2014; Muntingh et al., 2014; Lobban et al., 2013; Morokuma et al., 2013
B5. Drogenkonsum Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012,Cunnincham, 2013; Zhuang et al., 2014
B6. Medizinische Grundversorgung Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012
B7. Versorgungskontinuität Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012; Tandon et al., 2014
B8. Messung der Zugänglichkeit Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012
B9. Messung der Effizienz Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012
B10. Patientensicherheit Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012
B11. Gerichtsmedizinische und gesetzliche Betrachtungen Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012
B12. Messung der Genesung Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012
B13. Ergebnismessungen Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012; Schellings et al., 2012
B14. Kulturelle und ethnische Betrachtungen Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012
B15. Bevölkerungsbasierte Ressourcen Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012
B16. Pharmakotherapie Gorgeon et al., 2012; Schellings et al., 2012

B17. Ungeplante Krankenhausaufnahmen Jacobs et al., 2013
B18. Qualitätskonzepte für den angemessenen Gebrauch von und Umgang mit Antipsychotika bei Jugendlichen Kealy et al., 2014
B19. Qualitätsindikator für Rehabilitation Killapsy et al., 2012
B20. Effektivität der psychiatrischen Konsultation Lavakumar et al., 2013
B21. Behandlungsplan Schellings et al., 2012
B22. Versorgungsprogramm Schellings et al., 2012
B23. Einbeziehung des Patienten und dessen Angehörigen bei der Behandlung Schellings et al., 2012
B24. Pharmakotherapie Schellings et al., 2012
B25. Verantwortlichkeit der Behörden Schellings et al., 2012
B26. Absonderung und Fixierung Sacks & Walton, 2014
B27. Klinische Effektivität Thomas & Rickwood, 2013
B28. Zufriedenheit Thomas & Rickwood, 2013, Xavier & De Almeida, 2013
B29. Kosteneffizienz Thomas & Rickwood, 2013
B30. Inanspruchnahme der Dienstleistungen Wood & Wand, 2014
B31. Effizienz Wood & Wand, 2014
B32. Bedürfnisse Xavier & De Almeida, 2013
B33. Funktionsweise Xavier & De Almeida, 2013
B34. Lebensqualität Xavier & De Almeida, 2013
B35. Körperliche Aktivität Jacquart et al., 2014; Varambally et al., 2012; Van De Ven & Delbecq, 1976; Michon et al., 2014; Bartels et al., 2014; Patterson et al., 2013; Bartels et al., 2013
B36. Case-Management Tomita et al., 2014; Tomita & Herman, 2012; Herman et al., 2011; Livingston et al., 2013; Archer et al., 2012; O'Brien et al., 2012
B37. Belastung des Pflegers und der Familie Xavier & De Almeida, 2013, Sveinbjarnardottir et al., 2013; Winickoff et al., 2013; Whitebird et al., 2013; Kuo et al., 2013; Montgomery et al., 2011; Sundsli et al., 2014; Proudfoot et al., 2013
B38. Psychiatrische Versorgung für Mitglieder von Minderheitsgruppen Zhou & Gu, 2014; Malm et al., 2014; Tan & King, 2013
B39. Genesung Cook et al., 2013; Cook et al., 2012; Cook et al., 2012; Aboutanos et al., 2011
B40. Selbsthilfedienststellen Vreugdenhil et al., 2012; Wu et al., 2014; Du et al., 2014; Naeem et al., 2014; Garrido et al., 2013
B41. Unterstütztes Beschäftigungsverhältnis Bejerholm et al., 2015; Waghorn et al., 2014; Orrell et al, 2014; Feinberg et al., 2014; Cai et al., 2014; Hoffmann et al., 2014; Torrent et al., 2013
B42. Gemeindegesundheitshelfer Kangovi et al., 2014
B43. Psychoedukation Chien & Leung, 2013; Cook et al., 2012; Arends et al., 2014; Neunhauserer et al., 2013
B44. Kompetenzschulung für Gesundheitsdienstleister Ayers & Arch, 2013; Wiles et al., 2014
B45. Erstlinienbehandlung Srihari et al., 2015; Grupp-Phelan et al., 2012; Gitlin et al., 2013; Roldan-Merino et al., 2013; Varambally et al., 2012
B46. Telemedizin Gellis et al., 2014; Bedard et al., 2014; Volpe et al., 2015
B47. Kognitive Therapie Grupp-Phelan et al., 2012; Velligan et al., 2013; Oosterbaan et al., 2013; Stanton & Reaburn, 2014
B48. Gruppentherapie Bolier et al., 2013

*Referenzen 1-114 der systematischen Untersuchung, vgl. S. 40-52

3.2.3 Expertengremium - 7. Mai 2015

Die Ergebnisse der Literaturstudie wurden am 7. Mai von der Arbeitsgruppe des HGRs besprochen und ergänzt. Daraufhin einigte sich die Arbeitsgruppe darauf, alle Empfehlungen auf der Grundlage der sieben Ziele des Aktionsplans für psychische Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation zu kategorisieren (siehe Anhang 2).

Vier Kernziele:

1) Alle sollen **die gleiche Chance auf psychisches Wohlbefinden** in jeder Lebensphase haben, wobei benachteiligte und gefährdete Menschen besonders zu beachten sind;
2) Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen sind Bürger, deren **Menschenrechte** vollständig geachtet, geschützt und gefördert werden;
3) Psychosoziale Dienste sollen **zugänglich und bezahlbar** sein und vor Ort dem Bedarf entsprechend verfügbar sein; und
4) Allen Menschen steht eine **respektvolle, sichere und wirksame Behandlung** zu.

Drei Querschnittsziele:

5) Gesundheitssysteme sollen **allen eine gute medizinische und psychiatrische Versorgung** bieten;
6) Die Einrichtungen für psychische Gesundheit sollen in **enger Abstimmung und Partnerschaft mit anderen Bereichen** zusammenarbeiten; und
7) Die Leitung und Erbringung der Angebote für die psychische Gesundheit erfolgen auf der Grundlage von **Aufklärung und Wissen**.

3.2.4 Expertengremium - 29. Juni 2015

Am 29. Juni wurden die Kommentare der Mitglieder des Hohen Gesundheitsrates zur Optimierung der Kategorisierung diskutiert. In Anhang 3 befinden sich die Kommentare der Sachverständigengruppe des HGRs, sowie die zweite Kategorisierung der Empfehlungen auf der Grundlage der vier Kernziele und drei Querschnittsziele der WHO.

3.2.5 Konsultation mit Interessen- und Patientenvertretern - 18. April 2016

Verschiedene Patientenorganisationen (*Vlaams Patiëntenplatform*, *Ups-and-downs*, *Uilenspiegel*, *Psytoyens*, *Similes Vlaanderen*, *Similes Wallonie*, *Similes Bruxelles* und *Zelfhulp.be*) wurden eingeladen und darum gebeten, sich zur Qualität der psychischen Gesundheitsversorgung in Belgien zu äußern. Zudem wurde die Stellungnahme auf ihre Vollständigkeit hin überprüft und wurde ermittelt, ob sie den Erwartungen der Dienstnutzer an die psychische Gesundheitsversorgung entspricht. Vertreter der nachfolgenden Patientenorganisationen nahmen an dieser Sitzung teil: Psytoyens, Vlaams Patiëntenplatform und Zelfhulp.be. Die Kommentare der anwesenden Mitglieder sind in Anlage 4 einzusehen.

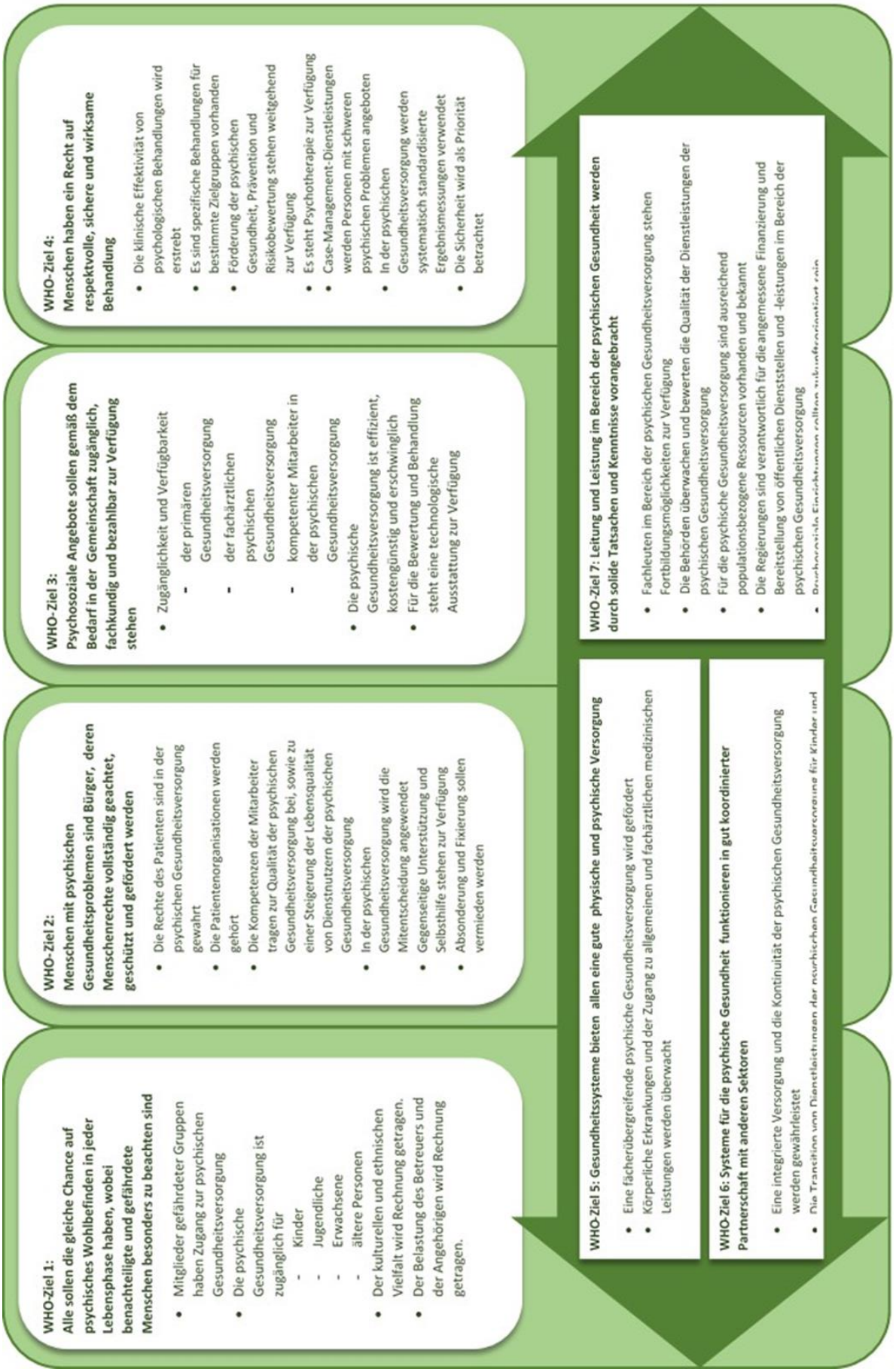
IV. KATEGORISIERUNG DER EMPFEHLUNGEN

Die endgültige Optimierung der Kategorisierungstabelle wurde vom LUCAS Zentrum der Universität Löwen durchgeführt. Abbildung 2 enthält eine abschließende Übersicht der 34 Empfehlungen, die den nachfolgenden Quellen entnommen wurden:

A) der *'EPA Guidance*' von Gaebel et al. (2012);
B) der systematischen Literaturstudie;
C) den Besprechungen mit den Sachverständigen und;
D) der Konsultation mit Interessen- und Patientenvertretern.

Alle Empfehlungen wurden auf der Grundlage der vier Kernziele und drei Querschnittsziele der WHO in Kategorien unterteilt. Abbildung 2 enthält eine umfangreiche Beschreibung der Empfehlungen.

Abbildung 2. Kategorisierung der Empfehlungen auf der Grundlage der vier Kernziele und drei Querschnittsziele der WHO



4.1 Beschreibung der 34 Empfehlungen des HGRs für die Entwicklung von Qualitätsindikatoren in der psychischen Gesundheitsversorgung in Belgien

4.1.1 WHO-Ziel 1: Alle sollen die gleiche Chance auf psychisches Wohlbefinden in jeder Lebensphase haben, wobei benachteiligte und gefährdete Menschen besonders zu beachten sind

1) Mitglieder gefährdeter Gruppen haben Zugang zur psychischen Gesundheitsversorgung

„Gefährdung“ bezieht sich auf „das Ausmaß, in dem einer Bevölkerung, einer Einzelperson oder einer Organisation die Fähigkeit fehlt, die Auswirkungen von Katastrophen zu antizipieren, zu widerstehen und mit ihnen fertig zu werden“ (WHO, 2002). Zu den gefährdeten Gruppen zählen u.a. wirtschaftlich benachteiligte Personen, Angehörige rassischer und ethnischer Minderheiten, ältere Personen, Obdachlose, Personen mit chronischen Krankheiten, Kinder aus einkommensschwachen Familien, Personen mit HIV/AIDS, Häftlinge, Personen in Untersuchungshaft, usw. (*Robert Wood Johnson Foundation*, 2001). Gefährdete Gruppen sind einem größeren Risiko von psychischen Problemen ausgesetzt (WHO, 2002). Sie werden schneller stigmatisiert und marginalisiert. Dies kann zur Isolation führen, welche wiederum ein vermindertes Selbstwertgefühl schafft und die Motivation und die Hoffnung für die Zukunft beeinträchtigt. Daher handelt es sich dabei um einen wesentlichen Risikofaktor für psychische Probleme (WHO, 2010).

2) *Kinder haben Zugang zur psychischen Gesundheitsversorgung*

Zwanzig Prozent der Kinder leiden an einer psychischen Erkrankung wie Angststörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen, Essstörungen, affektiven Störungen und Stimmungsstörungen, Schizophrenie, Tic-Störungen, usw. Psychische Gesundheitsversorgung für Kinder wird definiert als „die klinische Untersuchung der Phänomenologie, der biologischen, psychosozialen, genetischen und demographischen Faktoren, der Umweltfaktoren, der Vergangenheit und der Reaktion auf Interventionen von psychischen Problemen bei Kindern“ (Kaplan und Saddock, 2009).

3) Jugendliche haben Zugang zur psychischen Gesundheitsversorgung

Etwa einer von fünf Jugendlichen leidet an psychischen Problemen. Doch die meisten Jugendlichen mit psychischen Problemen nehmen die Dienstleistungen, die sie benötigen, nicht in Anspruch (Schwartz, 2009 ; Merikangas, 2010 ; Coppens et al., 2015). Das mit psychischen Problemen verbundene soziale Stigma könnte eine Erklärung dafür bieten, warum viele Jugendliche keine Hilfe suchen. Zu den Schranken zählen weiterhin: 1) die unzureichende Koordination von Dienstleistungen; 2) von den Eltern, Gesundheitsdienstleistern, Schulen und dergleichen versäumte Gelegenheiten, psychische Probleme zu identifizieren; und 3) ein Mangel an Gesundheitsdienstleistern mit spezifischem Fachwissen zur psychischen Gesundheit von Jugendlichen (*National Research Council and Institute of Medicine*, 2009).
Psychische Gesundheitsversorgung für Jugendliche beinhaltet „die klinische Untersuchung der Phänomenologie, der biologischen, psychosozialen, genetischen und demographischen Faktoren, der Umweltfaktoren, der Vergangenheit und der Reaktion auf Interventionen von psychischen Störungen bei Jugendlichen“. (Kaplan und Saddock, 2009).

4) *Erwachsene haben Zugang zur psychischen Gesundheitsversorgung*

Die Anforderungen Erwachsener an die psychische Gesundheitsversorgung unterscheiden sich von den Anforderungen von Kindern, Jugendlichen und älteren Personen (*American Psychological Association*, 2016). Eine neuere Studie aus den VS hat erwiesen, dass Erwachsene eher Dienstleistungen im Bereich der psychischen Gesundheit erhalten als ältere Personen, und dass, wenn dies der Fall ist, die Wahrscheinlichkeit größer ist, dass sie von einer Fachperson in der psychischen Gesundheitsversorgung betreut werden (Karel, Gatz & Smyer, 2012). Zudem sind Erwachsene vielen Wechselphasen im Leben ausgesetzt: Einstieg ins Berufsleben, Berufswechsel, Scheidung, Kauf eines Hauses, Geburt von Kindern, usw. Aus der Forschung ist ersichtlich, dass die Inanspruchnahme der psychischen Gesundheitsversorgung sich positiv auswirkt auf die Bewältigung dieser Veränderungen (Boyd, 2008).

5) *Ältere Personen haben Zugang zur psychischen Gesundheitsversorgung*

Weltweit schreitet die Alterung der Bevölkerung rasch voran. Über 20 Prozent der Personen im Alter von 65 Jahren oder älter leiden an einer psychischen oder neurologischen Störung. Zu jeder Lebenszeit wird die psychische Gesundheit einer Person von zahlreichen sozialen, psychologischen und biologischen Faktoren bestimmt (WHO, 2015).
Die psychische Gesundheitsversorgung für ältere Personen bezieht sich auf ein Teilgebiet der psychischen Gesundheitsversorgung, das sich mit der Erforschung, Prävention und Behandlung von psychischen Problemen bei älteren Personen befasst (Harkins, 2003). Der Begriff „ältere Personen mit psychischen Problemen“ ist ein allgemeiner Begriff, der für die Beschreibung von Personen „im Alter von über 65 Jahren mit emotionalen, kognitiven oder Verhaltensproblemen, welche ihre Fähigkeit, unabhängig zu funktionieren oder ihre Beziehungen zu anderen Personen beeinträchtigen bzw. schwerwiegende Auswirkungen auf ihr Wohlbefinden haben“ verwendet wird. Diese Probleme werden von einer breiten Palette von biopsychosozialen Determinanten geprägt, wofür entsprechende Behandlungs- und Pflegemethoden vorhanden sind. Personen unter dem Alter von 65 Jahren, die jedoch Erkrankungen aufweisen die häufiger bei älteren Personen auftreten, wie Demenz im Frühstadium, werden auch dieser Gruppe zugeordnet“ (Wasylenky, 1982).

6) Der kulturellen und ethnischen Vielfalt wird Rechnung getragen.

Ethnizität ist „die soziale Gruppe, der eine Person angehört, mit der er/sie sich identifiziert oder von anderen identifiziert wird, aufgrund einer Kombination von kulturellen und anderen Faktoren wie Sprache, Ernährung, Religion, Herkunft und körperlichen Merkmalen, die traditionell mit Rasse verbunden werden“ (Bhopal, 2004). Eine belgische Studie zeigt, dass die Wahrscheinlichkeit, dass Angehörige ethnischer Minderheiten Dienstleistungen der psychischen Gesundheitsversorgung erhalten, aufgrund von Misstrauen und Angst vor der Behandlung, Rassismus und Diskriminierung sowie Unterschieden in Sprache und Kommunikation geringer ist (Meys et al., 2014). Für Angehörige ethnischer Minderheiten stellen psychische Probleme daher häufig eine größere Behinderungslast dar. Bei der Entwicklung und Gewährung einer psychischen Gesundheitsversorgung, die den Bedürfnissen von Angehörigen ethnischer Minderheiten besser entspricht, ist ein Verständnis der Rolle der Kultur und Gesellschaft unabdingbar (*US Public Health Service*, 2011).

7) *Der Belastung des Betreuers und der Angehörigen wird Rechnung getragen.*

Personen mit psychischen Problemen brauchen häufig Hilfe bei ihren alltäglichen Tätigkeiten (Ampalam, 2012). Aus belgischer Forschung ist ersichtlich, dass dies zu einer ernsthaften Gefahr von psychischen und physischen Problemen für den Betreuer führt (Vermeulen et al., 2015). Das Konzept der „Belastung des Betreuers und der Angehörigen“ bezieht sich auf „die multidimensionale Reaktion auf die negative Beurteilung und empfundene Belastung, die von der Pflege einer kranken Person ausgelöst werden. Diese Belastung gefährdet die körperliche, psychische, emotionale und funktionale Gesundheit der Betreuers“ (Zarit et al., 1980; Parks und Novielli, 2000; Etters et al., 2008; Carretero et al., 2009).

4.1.2 WHO-Ziel 2: Menschen mit psychischen Gesundheitsproblemen sind Bürger, deren Menschenrechte vollständig geachtet, geschützt und gefördert werden

8) *Die Patientenorganisationen werden gehört*

Unter „Einbindung in die psychische Gesundheitsversorgung“ wird verstanden: „*Einbindung bei der Entscheidungsfindung und aktive Teilnahme an einer Reihe von Tätigkeiten (wie Planung, Bewertung, Versorgung, Forschung, Ausbildung, Anwerbung) ausgehend von dem durch Erfahrung erworbenen Fachwissen der Person, in Zusammenarbeit mit und als gleichwertige Partner von Fachleuten“* (Tambuyzer, 2011). Die Forschung zeigt, dass Einbindung eine Steigerung der Zufriedenheit und Therapietreue und potentiell bessere Ergebnisse im Bereich der psychischen Gesundheit bewirkt (Loh et al., 2007; Murray et al., 2007). Ein Beispiel für diese Einbindung ist das Einbeziehen von Patientenorganisationen bei der Entwicklung einer neuen Politik oder neuen Gesetzgebung (Tambuyzer, 2011).

9) *Die Rechte des Patienten sind in der psychischen Gesundheitsversorgung gewahrt*

Die *Mental Health Declaration of Human Rights* (Erklärung der Menschenrechte in der psychischen Gesundheitsversorgung) formuliert Leitgrundsätze der *Citizens Commission on Human Rights (Citizens Commission on Human Rights*, 2016).
In Belgien sind die Patientenrechte seit 2002 deutlich im Gesetz umschrieben (Gesetz zu den Patientenrechten, 2002). Über den nachfolgenden Link ist eine Übersicht der Rechte des Patienten abrufbar:
http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002082245&table_name=wet
Zusammengefasst geht es um das Recht „1) auf die Erbringung von Qualitätsleistungen, 2) auf freie Wahl der Berufsfachkraft, 3) auf Informationen über den eigenen Gesundheitszustand, 4) vor jedem Eingreifen seine freie Einwilligung dazu zu geben, 5) zu erfahren, ob die Berufsfachkraft versichert ist und dazu berechtigt ist, ihren Beruf auszuüben, 6) auf eine Patientenakte, Einsicht in die ihn betreffende Patientenakte oder eine Abschrift der ihn betreffenden Patientenakte, 7) auf Schutz seines Privatlebens und 8) eine Klage bei der zuständigen Ombudsstelle einzureichen„.

10) *Die Kompetenzen der Mitarbeiter tragen zur Qualität der psychischen Gesundheitsversorgung bei, sowie zu einer Steigerung der Lebensqualität von Dienstnutzern der psychischen Gesundheitsversorgung*

Die Qualität der psychischen Gesundheitsversorgung ist weitgehend von der Kompetenz der Gesundheitsdienstleister abhängig (Heisler und Bagalman, 2015). Die Kompetenz der Gesundheitsdienstleister bezieht sich auf „ein Cluster von miteinander verbundenen Fähigkeiten, Verpflichtungen, Kenntnissen, und Fertigkeiten, die eine Person (oder eine Organisation) dazu in die Lage versetzen, in einem Versorgungs- und Heilungskontext effektiv zu handeln. Dabei kann es sich um allgemeine Kompetenzen handeln, die ein breites Spektrum von Pflegesituationen decken, aber auch um eher spezialisierte Kompetenzen, die für die Behandlung von bestimmten Zielgruppen erforderlich sind. Die Mitarbeiter in der psychischen Gesundheitsversorgung erwerben diese Fähigkeiten während der Aus- und Fortbildung und Praktika, sowie auch durch Erfahrung.

11) In der psychischen Gesundheitsversorgung wird die Mitentscheidung angewendet

Mitentscheidung wird definiert als „ein Ansatz, in dem Kliniker und Patienten bei der Entscheidungsfindung die besten verfügbaren Daten austauschen, und in dem die Patienten dazu ermutigt werden, zur Gestaltung sachkundiger Präferenzen die verschiedenen Möglichkeiten zu ergründen“ (Elwyn et al., 2010). Mitentscheidung bedarf der Teilung von Informationen zu Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten. Außerdem werden die Dienstnutzer der psychischen Gesundheitsversorgung dazu ermutigt, während des Entscheidungsfindungsprozesses ihre Vorlieben und Auffassungen zum Ausdruck zu bringen (Elwyn et al., 2012). Um dies zu erreichen, werden drei Arten von Gesprächen geführt: Schaffung einer Wahlmöglichkeit (Wahlgespräch), Beschreibung der möglichen Optionen (Optionsgespräch) und Unterstützung der Dienstnutzer der psychischen Gesundheitsversorgung bei der Entscheidungsfindung (Entscheidungsgespräch). Die Vorteile der Einbeziehung von Dienstnutzern der psychischen Gesundheitsversorgung in die gemeinsame Entscheidungsfindung sind eine höhere Zufriedenheit mit der Entscheidung, bessere Kenntnisse auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit und eine bessere Therapietreue (Bleyen, Vertommen und Van Audenhove, 1998 ; Van Audenhove und Vertommen, 2000; Wills und Holmes Rovner, 2006; Schauer et al., 2007).

12) *Gegenseitige Unterstützung und Selbsthilfe stehen zur Verfügung*

Selbsthilfe wird definiert als „jede Handlung oder Tätigkeit, bei der Personen mit psychischen Problemen sich selbst oder anderen helfen, die eigenen Ziele zu erreichen. Im Rahmen dieser Definition wird ein Dienstnutzer definiert als eine Person, die derzeit Dienstleistungen der psychischen Gesundheitsversorgung empfängt, diese in der Vergangenheit erhalten hat oder die für Dienstleistungen der psychischen Gesundheitsversorgung in Frage kommt, sich indessen dagegen entscheidet“ (Brown und Wituk, 2010). Aus Studien geht die Existenz einer positiven Korrelation zwischen der Nutzung von Selbsthilfediensten und der Zufriedenheit mit der professionellen psychischen Gesundheitsversorgung hervor (Hodges et al., 2003). Selbsthilfe umfasst die Verwendung von Selbsthilfe-Büchern, persönlicher und telefonischer Beratung, Online-Selbsthilfe-Behandlungen, Selbsthilfegruppen oder gegenseitiger Unterstützung, usw. (*UK National Health Survey*, 2010).

Das Konzept der „gegenseitigen Unterstützung“ kann verschiedene Bedeutungen haben: Es kann sich um einen Prozess handeln, in dem gegenseitige Hilfe bei der Bewältigung von gemeinsamen Problemen geboten wird, aber es kann sich auch um eine nicht gegenseitige Form der Betreuung handeln, bei der Personen, die ihre psychischen Probleme erfolgreich überwunden haben, eine Form der sozialen, emotionalen oder instrumentellen Unterstützung bieten, die sich von der professionellen Hilfe unterscheidet (Solomon und Phyllis, 2004; Davidson et al., 2006).

13) *Absonderung und Fixierung sollen vermieden werden*

Fixierung wird definiert als „jede manuelle Methode oder physikalische oder mechanische Vorrichtung, jedes Material oder Instrument zur Immobilisierung des Patienten bzw. zur Einschränkung seiner/ihrer Fähigkeit, die Arme, Beine, den Körper oder Kopf frei zu bewegen bzw. jedes Arzneimittel oder Betäubungsmittel, das einschränkend dazu eingesetzt wird, das Verhalten des Patienten unter Kontrolle zu halten oder die Bewegungsfreiheit des Patienten einzuschränken, und das keine Standardbehandlung oder -dosierung für die Erkrankung des Patienten darstellt“ (*US Department of Health and Human Services*, 2007). Absonderung bezieht sich auf die „Zwangsunterbringung eines isolierten Patienten in einem Zimmer oder in einem Bereich, indem er/sie physisch daran gehindert wird, es/ihn zu verlassen. Eine Situation, in der ein Patient nur allein Zugang zu einem Zimmer oder Bereich hat, und das Personal physisch eingreift um ihn/sie daran zu hindern, es/ihn zu verlassen, wird auch als Absonderung betrachtet.“ Absonderung darf nur dazu eingesetzt werden, gewalttätiges Verhalten zu steuern, wenn dieses eine unmittelbare Gefahr für die körperliche Unversehrtheit des Patienten, des Personals oder anderer darstellt (*Department of Health and Human Services*, 2007). Alle Patienten haben ein Recht darauf, frei von körperlichem oder psychischem Missbrauch und körperlicher Züchtigung zu leben. Alle Patienten haben das Recht, keine Fixierung oder Absonderung jeglicher Art zu erleben, wenn diese von den Mitarbeitern als Zwangsmittel, Vergeltungs- oder Disziplinierungsmaßnahme bzw. aus Bequemlichkeit eingesetzt wird. Fixierung oder Absonderung dürfen nur dazu eingesetzt werden, die unmittelbare körperliche Unversehrtheit des Patienten, eines Mitarbeiters oder anderer zu gewährleisten und sind baldmöglichst aufzuheben (*US Department of Health and Human Services*, 2006).
Der Hohe Gesundheitsrat wird im Jahr 2016 eine Stellungnahme zur Absonderung und Fixierung veröffentlichen (HGR 9193).

4.1.3 WHO-Ziel 3: Psychosoziale Angebote sollen gemäß dem Bedarf in der Gemeinschaft zugänglich, fachkundig und bezahlbar zur Verfügung stehen

14) Eine primäre Gesundheitsversorgung ist verfügbar und zugänglich

Psychische Probleme beeinträchtigen häufig das Wohlbefinden und die Lebensqualität. Schätzungsweise 60 % der Personen mit psychischen Problemen bekommen keine Behandlung (NIMH, 2005; Vanclooster et al., 2013). Der Zugang zu einer hochwertigen primären Gesundheitsversorgung für psychische Gesundheitsprobleme soll gefördert werden, indem Dienststellen der primären Gesundheitsversorgung entwickelt werden, die dazu in der Lage sind, psychische Probleme zu identifizieren und zu behandeln, in jeder Region Kompetenz-Zentren einzurichten und Netzwerke zu befördern und den Zugang zur fachärztlichen psychischen Gesundheitsversorgung für alle, die sie brauchen, zu gewährleisten (Gaebel et al., 2012).

15) Fachärztliche psychische Gesundheitsversorgung ist verfügbar und zugänglich

Fachärztliche psychische Gesundheitsversorgung wird sowohl von Fachleuten (u.a. Psychiatern, Psychologen, psychiatrischen Krankenpflegern und Sozialarbeitern) als von spezialisierten Krankenhäusern, stationären psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern und ambulanten Programmen für psychische Gesundheit (Buhgra und Morgan, 2010) geleistet. Leistungserbringer im Bereich der fachärztlichen psychischen Gesundheitsversorgung sind im angemessenen Umgang mit psychischen Gesundheitsproblemen trainiert. Zudem haben sie mehr Erfahrung mit und eine bessere Kenntnis von Personen mit schweren psychischen Problemen und bieten sie eine personalisierte Versorgung. Wenn fachärztliche psychische Gesundheitsversorgung im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung organisiert wird, ist die mit ihr einhergehende Stigmatisierung geringer als wenn sie in separaten Einrichtungen angeboten wird (*Center for Mental Health Services*, 1996). Die Effektivität von spezialisierten Einheiten für psychische Gesundheitsversorgung wurde bei vielen Bevölkerungsgruppen (z.B. bei älteren Personen, Kindern, Inhaftierten, Veteranen, usw.) (Wilkinson, 2000) belegt.

16) Gesundheitsdienstleister in der psychischen Gesundheitsversorgung stehen zur Verfügung und sind zugänglich

Nahezu ein Viertel der Weltbevölkerung leidet an psychischen Problemen (WHO, 2001). Doch weltweit gibt es einen Mangel an Gesundheitsdienstleistern in der psychischen Gesundheitsversorgung (z.B. Psychiatern, psychiatrischen Krankenpflegern, Psychologen und Sozialarbeitern). Dieser Mangel stellt eine der wichtigsten Schranken für die Erteilung von Behandlung und Versorgung in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen dar (WHO, 2011).
Es soll für ausreichend und kompetentes Personal gesorgt werden, um eine gerechte Verteilung zu gewährleisten und fachärztliche Ausbildungsgänge zu entwickeln (Gaebel et al., 2012).

17) *Die psychische Gesundheitsversorgung ist effizient, kostengünstig und erschwinglich*

Effizienz bezieht sich auf „den Zusammenhang zwischen einem bestimmten Produkt oder einem bestimmten Ergebnis des Gesundheitswesens und den zum Erzielen dieses Produkts aufgewendeten Ressourcen oder Input. Effizienz wird dadurch erreicht, dass für gegebene Kosten der Output maximiert wird, bzw. dass die Kosten für ein bestimmtes Ergebnis auf ein Minimum begrenzt werden“ (McGlynn et al., 2009). Eine Effizienzbewertung untersucht daher das Verhältnis zwischen den Ergebnissen und den Kosten des Gesundheitswesens. Kosten-Effizienz bezieht sich auf „ein wirtschaftliches Studiendesign, in dem ein einziges Ergebnis für die Messung der Auswirkungen verschiedener medizinischer Leistungen verwendet wird. Diese werden in der Regel in „natürlichen Einheiten“ angegeben“ (*UK National Institute for Health and Clinical Excellence*, 2008). Aufgrund der begrenzten finanziellen Mittel und der höheren Kosten der stationären psychischen Gesundheitsversorgung, wird der Effizienz dieser Dienstleistungen immer mehr Aufmerksamkeit gewidmet (Lagomasino, 2010)
Zum Schluss wird die Bedeutung einer für jedermann erschwinglichen psychischen Gesundheitsversorgung hervorgehoben. In vielen Ländern stellen die hohen Kosten der Behandlungen in der psychischen Gesundheitsversorgung eine erhebliche finanzielle Hürde dar.

Zudem wird in vielen Ländern die psychische Gesundheitsversorgung nicht durch das Krankenversicherungssystem abgedeckt, was bedeutet, dass sie für viele Menschen unbezahlbar ist. Die WHO berichtet weiterhin, dass 25 % aller Länder keine Erwerbsunfähigkeitsleistungen für Patienten mit psychischen Problemen auszahlen, und dass ein Drittel der Weltbevölkerung in Ländern lebt, in der weniger als 1 % des Gesundheitsbudgets der psychischen Gesundheit gewidmet wird (WHO, 2012). Darüber hinaus wenden 31 % der Länder kein spezifisches Budget für die psychische Gesundheitsversorgung auf.

18) *Für die Bewertung und Behandlung steht eine technologische Ausstattung zur Verfügung*

Heutzutage wird die digitale psychische Gesundheitsversorgung als ein viel versprechender Ansatz betrachtet, um durch die Nutzung einer intelligenten Informations- und Kommunikationstechnik (ICT) effiziente und effektive Dienstleistungen auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit zu gewährleisten (Riper et al., 2010). Heute stehen bereits mehrere digitale Anwendungen für die psychische Gesundheitsversorgung zur Verfügung. Diese sind auf die Bereitstellung von Informationen, Screening, Bewertung und Überwachung, Behandlung und Kommunikation ausgerichtet (Lal und Adair, 2014). Aus der Forschung ist ersichtlich, dass der Einsatz von ICT zur Ergänzung von Standardtherapien für psychische Gesundheitsprobleme eine potentielle Steigerung der Zugänglichkeit, Effektivität und Erschwinglichkeit der psychischen Gesundheitsversorgung bewirkt (Arensman et al., 2015; Lal und Adair, 2014). So ist zum Beispiel die computergestützte kognitive Verhaltenstherapie (cCBT) effektiv bei der Behandlung von Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen. Sie lässt sich simultan und ohne Wartezeiten bei einer großen Anzahl von Personen anwenden und ist kosten-effizient (Anderson et al., 2014; NICE, 2009). Die Live-Videokonferenztechnologie stellt eine neuere Entwicklung in der digitalen psychischen Gesundheitsversorgung dar, die dazu eingesetzt wird, die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsdienstleistern aus verschiedenen Einrichtungen durch Videokonferenzen zu erleichtern (Shore et al., 2013; Chun-Do et al., 2012). Sie hat sich als genauso effektiv, bzw. sogar effektiver als die praxisorientierte kooperative Versorgung erwiesen (Fortney et al., 2007). Derzeit läuft das Mastermind-Projekt, das darauf abzielt, den Einsatz von sowohl cCBT wie Videokonferenzen in der täglichen psychischen Gesundheitsversorgung in ganz Europa zu fördern (Vis et al., 2015).

Gaebel et al. (2012) weisen zudem auf die Bedeutung hin, innerhalb von 72 Stunden evidenzbasierte technologische Ausrüstungen und Dienstleistungen für die Diagnose und Behandlung bereit zu stellen (Gaebel et al., 2012). Diese Empfehlung beruht auf der klinischen Erfahrung, dass für die gründliche diagnostische Untersuchung einer Person mit psychischen Problemen eine ganze Reihe von technischen Untersuchungen (wie Neuroimaging, Elektroenzephalographie, Drug Monitoring, somatische Betreuung) erforderlich sind.

4.1.4 WHO-Ziel 4: Menschen haben ein Recht auf respektvolle, sichere und wirksame Behandlung

19) *Die klinische Effektivität von psychologischen Behandlungen wird erstrebt*

„Eine klinisch wirksame Behandlung zeichnet sich durch eine anhaltende Therapietreue des Patienten aus, durch eine nachhaltige Verringerung der Symptome (bzw. Heilung der Krankheit), der Therapieaufwand (Nebenwirkungen) und der Auswirkungen der Krankheit auf den Patienten und die Menschen in seinem/ihrem sozialen Umfeld, sowie durch eine langfristige Steigerung gesunder Verhaltensweisen und die Rückkehr des Wohlbefindens“ (Liberman et al., 2002). Doch seit den 90er Jahren wächst die Recovery-Bewegung in der psychischen Gesundheitsversorgung (Anthony, 1993; Leamy et al., 2011). Für Personen mit schweren psychischen Problemen ist eine komplette Genesung nicht immer möglich.

Ihnen einen Recovery-Prozess durchlaufen zu lassen, stellt daher eine realistische Alternative dar. „Recovery“ (d.h. Gesundung, Genesung) wird von Anthony (1993) definiert als „ein zutiefst persönlicher, einzigartiger Veränderungsprozess der eigenen Überzeugungen, Werte, Gefühle, Ziele, Fertigkeiten und/oder Rollen. So eröffnen sich Möglichkeiten, um ein befriedigendes, hoffnungsvolles und aktives Leben zu führen, und zwar auch mit den von der Erkrankung verursachten Einschränkungen. Recovery beinhaltet die Entwicklung einer neuen Bedeutung und eines neuen Sinns im Leben, während man über die katastrophalen Auswirkungen der psychischen Erkrankung hinauswächst.“ Dieser Prozess kann von den Fachleuten und Dienststellen im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung gefördert, unterstützt oder verhindert werden. Die Entwicklung einer Recovery-orientierten Praxis sollte als ein wesentlicher Bestandteil der effektiven Behandlung von psychischen Störungen in einem gemeinschaftsorientierten System der psychischen Gesundheitsversorgung betrachtet werden.

20) Es sind spezifische Behandlungen für bestimmte Zielgruppen vorhanden

In ihrer Beschreibung der gemeinschaftsorientierten Systeme der psychischen Gesundheit in einer ausgewogenen Versorgung beschreiben Thornicroft und Tansella (2003, S. 13) den Bedarf an fachärztlichen Behandlungen für bestimmte Zielgruppen, darunter Personen mit Essstörungen, einer Doppeldiagnose (z.B. mit einer Psychose und Drogenkonsum), therapieresistenten affektiven und psychotischen Störungen, anderen spezifischen Erkrankungen wie posttraumatischen Belastungsstörungen, Personen mit psychischen Problemen, die typisch sind für Inhaftierte, psychisch kranke Mütter und ihre Babys. Gemäß den Autoren wird die Entscheidung zur Entwicklung solcher spezialisierten Dienststellen von den örtlichen Bedürfnissen sowie der Anwesenheit anderer Dienststellen, den festgestellten Lücken und den finanziellen Ressourcen bestimmt.

21) *Förderung der psychischen Gesundheit, Prävention und Risikobewertung stehen weitgehend zur Verfügung*

Im Jahr 2011 definierten Huber et al. Gesundheit als „die Fähigkeit, sich an soziale, physische und emotionale Probleme anzupassen und diesen Herausforderungen begegnen zu können“ (Huber et al., 2011). Die Ziele der Prävention psychischer Gesundheitsprobleme sind „die Reduktion der Inzidenz, der Prävalenz, des Wiederauftretens psychischer Störungen, der Zeit, in der Symptome oder das Risiko einer psychischen Krankheit vorhanden sind, die Verhinderung oder das Hinauszögern von Rückfällen, und ebenso die Reduktion der Auswirkungen der Krankheit auf die betroffene Person, deren Familie und die Gesellschaft“ (Mrazek und Haggerty, 1994). Während es bei der Prävention darum geht, eine Krankheit zu vermeiden, erzielt die Förderung eine Steigerung des Wohlbefindens und der Lebensqualität (WHO, 2002). Nach der Definition der WHO (1986) zielt die Gesundheitsförderung „auf einen Prozess ab, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die Determinanten ihrer Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“. Studien zeigen, dass die Kombination von Präventions- und Gesundheitsförderungsprogrammen in der psychischen Gesundheitsversorgung zu einer geringeren Stigmatisierung, einer gesteigerten Kosten-Effizienz und besseren Ergebnissen führt (WHO, 2002).
„Die Risikobewertung beinhaltet eine professionelle Sorgfaltspflicht gegenüber dem einzelnen Dienstnutzer seitens denen, die in der psychischen Gesundheitsversorgung tätig sind. Dabei werden Gesundheitsbedürfnisse gegenüber persönlichen und öffentlichen Sicherheitserwägungen abgewogen. Gesundheitsdienstleister müssen die Förderung der Eigenständigkeit und der eigenen Entscheidungen des Patienten auf der einen Seite, und die Anforderungen der persönlichen, beruflichen und öffentlichen Rechenschaftspflicht auf der anderen Seite, gegeneinander abwägen.

Der Schwerpunkt des Risikomanagements sollte nicht nur auf der Beseitigung der Risiken liegen. Sein Anliegen ist die Bereitstellung eines Prozesses, der eine Steigerung des identifizierten potenziellen Nutzens und eine geringere Wahrscheinlichkeit von mit dem Eingehen von Risiken verbundenen Schäden erzielt"(Titterton, 2005). Die Risikobewertung ist bei der Prävention kriminellen Verhaltens von zunehmender Bedeutung (McSherry, 2004). In einem gerichtsmedizinischen Kontext könnten Psychiater und Psychologen involviert werden, um zu beurteilen, ob eine Person in der Zukunft gewalttätig werden könnte. Fachleute im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung können auch darüber konsultiert werden, ob ein Angeklagter erneut straffällig werden könnte. Es kann sich dabei handeln um einen Antrag auf Freilassung gegen Kaution, um die Bestimmung des Strafmaßes und das Verhängen einer Untersuchungshaft, um Sicherungsverwahrung für Straftäter mit psychischen Problemen, und um Bewährung (McSherry, 2004). In der Recovery-orientierten gemeindepsychiatrischen Versorgung rückt die Perspektive des Dienstnutzers in einem Prozess der Risikobewertung mehr in den Vordergrund. Boardman und Roberts (2015) beschreiben Prozesse der Recovery-orientierten Risikobewertung und Sicherheitsplanung, die auf dem Konzept der gemeinsamen Entscheidungsfindung und der gemeinsamen Ausarbeitung von persönlichen Sicherheitsplänen beruhen. Sie geben an, dass dieser Ansatz die Bedürfnisse der Dienstnutzer beachtet und dabei die Verantwortung aller (d.h. der Dienstnutzer, Fachleute, Angehörigen und Freunde), sich in einer die persönliche und öffentliche Sicherheit aufrechterhaltenden Weise zu verhalten, anerkennt.

22) *Es steht Psychotherapie zur Verfügung*

Die Psychotherapie ist „eine Praxis, die sich in unterschiedlichen Weisen gestalten kann, und die eine Linderung der Symptome, eine Veränderung der Persönlichkeit, eine Reduzierung kommender symptomatischer Episoden, eine Besserung der Lebensqualität, die Förderung von angepassten Fähigkeiten in der Schule/am Arbeitsplatz und in Beziehungen, eine bessere Wahrscheinlichkeit gesunder Lebensentscheidungen und andere Vorteile, die aus der Zusammenarbeit zwischen einem Klienten/ Patienten und einem Psychologen resultieren, erzielt" (*American Group Psychotherapy Association*, 2007). Psychotherapeutische Ansätze werden in fünf große Kategorien eingeteilt: 1) Psychoanalyse und psychodynamische Therapien, 2) Verhaltenstherapie, 3) kognitive Therapie, 4) humanistische Therapie, und 5) holistische bzw. integrative Therapie (*American Psychology Association*, 2016). Arten der Psychotherapie sind die Familientherapie, Paartherapie, Einzeltherapie und Gruppentherapie (*American Group Psychotherapy Association*, 2007). Nach Aussagen von Dienstnutzern der psychischen Gesundheitsversorgung stärkt die Psychotherapie ihre Fähigkeit zum Selbstverständnis, vermittelt ihnen die Fertigkeiten für bessere Beziehungen, leistet Hilfe bei der Bewältigung bestimmter Probleme (Essstörung, bipolarer Störung, usw.) und zeigt den Weg zu einer Lösung der Probleme (Cooper, 2008).

23) *Case-Management-Dienstleistungen werden Personen mit schweren psychischen Problemen angeboten*

Case-Management ist „ein kooperativer Prozess, in dem Versorgungsangebote und Dienstleistungen bewertet, geplant, erleichtert, koordiniert, überwacht und befürwortet werden, um den gesundheitlichen Bedarf einer Person und ihrer Angehörigen mittels Kommunikation und verfügbarer Ressourcen völlig abzudecken zur Förderung qualitätsvoller und kosten-effizienter Ergebnisse„ (*Case Management Society of America*, 2010). Die Effektivität und Umsetzung von Case-Management-Projekten wird von acht Bereichen bzw.

Anforderungen bestimmt: 1) geeignetem Personal (z.B. Fähigkeiten von Fachleuten, Fluktuation von Gesundheitspersonal, usw.); 2) einer auf die Person zugeschnittenen Gestaltung und Organisation der Dienstleistungen (z.B. Prozess der gemeinsamen Entscheidungsfindung); 3) Selbst-Management und Unterstützung (z.B. eine Antwort auf die Anliegen der Begünstigten und deren informellen Pfleger bieten); 4) Beziehungen mit der Gemeinschaft (z.B. Partnerschaft mit gemeinnützigen Organisationen); 5) geeigneten finanziellen Anreizen (z.B. für die Beteiligung von Hausärzten); 6) die Qualität der Versorgung fördernden Verfahren (z.B. Überwachung des Pflegeplans); 7) Wissensmanagement und Entscheidungsunterstützung (z.B. Nutzung von Forschungsergebnissen); und 8) klinischen Informationsressourcen (z.B. Registrierung). Case-Management fördert Lebensqualität und Eigenständigkeit der Dienstnutzer der psychischen Gesundheitsversorgung (*Ontario government*, 2005).

24) *In der psychischen Gesundheitsversorgung werden systematisch standardisierte Ergebnismessungen verwendet*

Nach der Definition von Shellings et al. (2012) handelt es sich bei der standardisierten Ergebnismessung um „das in regelmäßigen Abständen Messen der Ergebnisse der Behandlung mit Hilfe einer standardisierten Methodik und die Verwendung dieser Ergebnisse zur Revidierung des individuellen Behandlungsplans und zur Aggregierung der Behandlungsergebnisse“.
Auf der Grundlage der Ergebnismessungen können die Gesundheitsdienstleister in der psychischen Gesundheitsversorgung bestimmen, in welchen Bereichen der Dienstnutzer Fortschritte gemacht hat und in welchen Bereichen weiterhin ein Behandlungsbedarf besteht. Ergebnismessungen können auf Veränderungen beim einzelnen Dienstnutzer im Laufe der Zeit deuten und können zudem auf einer breiteren Ebene dazu verwendet werden, die Effektivität einer klinischen Praxis, eines Teams, einer Dienstleistung oder eines Sektor widerzuspiegeln. Aus der Forschung hat sich ergeben, dass die Ergebnismessungen eine Steigerung der Qualität der Dienstleistungen in der psychischen Gesundheitsversorgung bewirken (*Department of Human Services*, 2006).

25) *Die Sicherheit wird als Priorität betrachtet*

Emmanuel et al. (2008) definieren die Patientensicherheit als „eine Disziplin im Bereich der Gesundheitsversorgung, in der Methoden der Sicherheitswissenschaften angewendet werden mit dem Ziel, ein zuverlässiges Gesundheitssystem zu bewirken. Die Patientensicherheit ist ein Bestandteil der Gesundheitssysteme. Sie minimiert die Häufigkeit und die Auswirkungen der unerwünschten Ereignisse und maximiert die Genesung von diesen Ereignissen.“
In psychosozialen Einrichtungen sollte eine operationale Politik zur Gewährleistung der Sicherheit des Patienten und des Personals implementiert werden (Gaebel et al., 2012). Die Sicherheit der Patienten wird von folgenden Faktoren bestimmt: 1) patientenspezifischen Faktoren (z.B. störendem Verhalten); 2) Faktoren, die spezifisch sind für die Gesundheitsdienstleister (z.B. schlechter Kommunikation); 3) organisatorischen Faktoren (z.B. Gemeinschaftsressourcen, Personalmangel, usw.); und 4) der physischen Umgebung (z.B. einer schlecht gestalteten Umgebung) (*BC Mental health and addiction services*, 2008). Zudem bilden psychotrope Arzneimittel eine wichtige Behandlungsoption für Personen mit psychischen Problemen (Brickel et al., 2009). Einigen Personen können Medikamente Hilfe leisten, um das von ihnen erwünschte Leben zu führen. Doch Arzneimittelmissbrauch kann zusätzliche Probleme herbeiführen (*UK Mental Health Foundation*, 2016).

Die Entscheidung, ob Medikamente verabreicht werden sollen oder nicht, sollte von dem fächerübergreifenden Team getroffen werden, und es empfiehlt sich, solche Entscheidungen mit dem Patienten zu besprechen und seine/ihre Angehörigen dabei einzubeziehen. Gesundheitsdienstleister in der psychischen Gesundheitsversorgung sollten auch die mit den Medikamenten verbundenen Risiken erläutern (Latha und Phil, 2010). Folgetermine sind zur Überwachung des Medikamentengebrauchs erforderlich, um eine Beurteilung der Effektivität der Behandlung und der potentiellen Nebenwirkungen der Medikamente zu ermöglichen (*US Mental Health Division of Student Affairs,* 2015). Die meisten Medikamente haben nämlich Nebenwirkungen und beim Absetzen der Medikamente können Probleme entstehen.

4.1.5 WHO-Ziel 5: Gesundheitssysteme bieten allen eine gute physische und psychische Versorgung

26) Eine fächerübergreifende psychische Gesundheitsversorgung wird gefördert.

Mitchell et al. (2008) weisen darauf hin, dass die psychische Gesundheitsversorgung fächerübergreifend ist „wenn Fachleute aus unterschiedlichen Bereichen zusammenarbeiten, um eine umfassende Versorgung zu leisten, die den Bedürfnissen der Dienstnutzer der psychischen Gesundheitsversorgung möglichst weitgehend gerecht wird. Diese Versorgung kann von einer Vielzahl von Fachleuten geleistet werden, die unter demselben organisatorischen Dach als Team arbeiten, oder auch von Fachleuten aus einer Reihe von verschiedenen Organisationen, darunter auch Privatpraxen, die sich zu einem einzigartigen Team zusammenführen. Angesichts der Tatsache, dass sich der Zustand des Patienten mit der Zeit ändert, kann die Zusammensetzung des Teams angepasst werden um die sich ändernden klinischen und psychologischen Bedürfnisse des Patienten zu widerspiegeln“. Die WHO (2013) befürwortet die Behandlung von Personen mit psychischen Problemen durch fächerübergreifende medizinische Fachkräfte, die dazu in der Lage sind, auf ihre biomedizinischen, psychologischen und sozioökonomischen Bedürfnisse einzugehen. Dieser ganzheitliche Ansatz führt unter anderem zu einer besseren Diagnose und Koordination, zu besseren Ergebnissen für Personen mit psychischen Problemen und ihre Familien, und einer besseren Kosten-Effizienz, usw. (Greenberg, 2011).

27) *Körperliche Erkrankungen und der Zugang zu allgemeinen und fachärztlichen medizinischen Leistungen werden überwacht*

Menschen mit schweren psychischen Problemen leiden oft an körperlichen Begleiterkrankungen, die nicht erkannt und/oder behandelt werden (Mitchell et al., 2009). Die Tatsache, dass körperliche Probleme bei Personen mit psychischen Problemen nicht ausreichend erkannt werden, ist häufig der „diagnostischen Überschattung“ zuzuschreiben. Diese wird definiert als „ein Prozess, bei dem medizinische Fachleute fälschlicherweise davon ausgehen, dass die gegenwärtigen physischen Symptome von der psychischen Störung des Patienten bedingt sind. Dies hat zur Folge, dass für diesen Patienten eine unzureichende Diagnose gestellt wird oder eine unangemessene Behandlung vorgeschrieben wird“ (Jones et al., 2008). Die neueren Leitlinien für die Gesundheitsversorgung für Personen mit psychischen Problemen enthalten auch Standards für die körperliche Gesundheitsversorgung. Diese Standards sind systematisch anzuwenden. Die Überwachung der körperlichen Erkrankungen und der Zugang zu allgemeinen und fachärztlichen medizinischen Leistungen würden die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass Erkrankungen frühzeitig erkannt werden (Gaebel et al., 2012; Golomb et al., 2000).

4.1.6 WHO-Ziel 6: Systeme für die psychische Gesundheit funktionieren in gut koordinierter Partnerschaft mit anderen Sektoren

28) Eine integrierte Versorgung und die Kontinuität der psychischen Gesundheitsversorgung werden gewährleistet

Die WHO definiert die integrierte Versorgung als „ein Konzept, in dem der Input, die Bereitstellung, das Management und die Organisation von Dienstleistungen für die Diagnose, Behandlung, Pflege, Rehabilitation und die Förderung der psychischen Gesundheit mit einander vernetzt werden. Integration ist ein Mittel zur Verbesserung der Dienstleistungen in Bezug auf Zugänglichkeit, Qualität, Effizienz und Zufriedenheit der Dienstnutzer“ (WHO, 2002). Die Ausarbeitung und Umsetzung von integrierten Modellen der kooperativen Gemeinschaftsversorgung sind für die Erteilung von *evidence-based* Dienstleistungen bei gemeinsamer Haushaltszuständigkeit der teilnehmenden Dienstleistungserbringer erforderlich (Gaebel et al. 2012). Zudem müssen die Dienstleistungen der psychischen Gesundheitsversorgung organisatorisch in allgemeine Krankenhäuser mit ambulanten Einrichtungen für die psychische Gesundheitsversorgung integriert werden, einschließlich der ambulanten Einrichtungen in psychiatrischen Krankenhäusern, Privatpraxen und anderen ambulanten Dienststellen für die psychische Gesundheitsversorgung (Gaebel et al., 2012). Die „Versorgungskontinuität“ steht in enger Zusammenhang mit der integrierten Versorgung. Die erste Komponente ist die „Kontinuität der Leistungserbringer“, die sich auf die Bedeutung eines vertrauensvollen Verhältnisses mit dem Gesundheitsdienstleister bezieht. Bei der zweiten Komponente handelt es sich um die „Kontinuität an der Schnittstelle zwischen Sekundär- und Primärversorgung“, d.h. um die Planung der Entlassung aus der fachärztlichen Versorgung in die allgemeine Versorgung. Die letzte Komponente ist die Kontinuität des Informationsaustauschs dank gemeinsamer Patientenakten (Gröne und Garcia-Barbero, 2002). Gaebel et al. (2012) legen einen besonderen Wert auf den Einsatz von Psychiatrieberichterstattungssystemen, um die Kontinuität der Versorgung zu erleichtern. Mit derartigen Psychiatrieberichterstattungssystemen lassen sich die Epidemiologie von psychischen Problemen, die Daten über die Anzahl der Einrichtungen für die psychische Gesundheitsversorgung, ihre regionale Verteilung, die Häufigkeit und Art der Nutzung, die Personalausstattung und die Erforschung der psychischen Gesundheitsversorgung überwachen. Zudem muss die Verwendung von psychiatrischen Fallregistern (PCR) gefördert werden. Psychiatrische Fallregister werden beschrieben als „patientenzentrierte, aus einer bestimmten Population stammende Längsschnittdaten zu Kontakten mit einem bestimmen Satz von Dienststellen für die psychische Gesundheitsversorgung“ (Perera et al., 2009). Psychiatrische Fallregister sind effektive und kosten-effiziente Datenquellen, die zunehmend dazu eingesetzt werden, Fragen zur psychischen Gesundheitsversorgung zu untersuchen und Versorgungsprogramme und -muster, die Validität der Diagnoseinstrumente und Therapien zu bewerten (Perera et al., 2009). In diesem Zusammenhang hat das multinationale Konsortium interRAI, ein internationales Kooperationsprogramm, das darauf abzielt, die Lebensqualität von gefährdeten Personen mit Hilfe eines nahtlosen und umfassenden Bewertungssystems zu verbessern, die *InterRAI Mental Health Instruments* entwickelt (*interRAI Mental Health, interRAI Community Mental Health*, *interRAI Child* und *Youth Mental Health*) (interrai.org, 2016). Diese InterRAI-Instrumente sind Teil einer Reihe von Bewertungssystemen, die nahezu jedem Bereich des Gesundheitswesens zur Verfügung stehen. Die InterRAI Instrumente führen zu sog*. Client Assessment Protocols (*CAPs, d.h. Protokollen für die Bewertung der Klienten), Skalen und Qualitätsindikatoren. Die *interRAI-Mental Health* Bewertung sowie andere interRAI-Bewertungen umfassen Anwendungen für die Versorgungsplanung, „Case-Mix“, Ergebnisse und Qualitätsmessung (Hirdes et al., 2000). Aus der Forschung hat sich erwiesen, dass das *InterRAI Mental Health* ein geeignetes Bewertungsinstrument darstellt, mit dem Qualitätsindikatoren für die psychische Gesundheitsversorgung abgeleitet werden können (Perlman, 2013).

Diese Instrumente erleichtern die Kommunikation zwischen den Gesundheitsversorgungseinrichtungen und fördern die Kontinuität der Versorgung für den Einzelnen, da er/sie Dienstleistungen aus verschiedenen Bereichen bezieht (Grey et al., 2009).

29) *Die Transition von Dienstleistungen der psychischen Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche zu Dienstleistungen für Erwachsene ist gut koordiniert*

Transition in der Gesundheitsversorgung wird definiert als ein „gezielter und geplanter Prozess, der den medizinischen, psychosozialen, schulischen und beruflichen Bedürfnissen von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit physischen und gesundheitlichen Beschwerden gerecht wird bei der Überleitung von kinderzentrierten zu erwachsenenorientierten Versorgungssystemen“ (Blum et al., 1993). Mehrere Versorgungsinstitutionen heben hervor, wie wichtig es ist, den Übergang von Jugendlichen mit psychischen Problemen ins Erwachsenenleben zu unterstützen und zu erleichtern (*American Academy of Pediatrics*, 2002). Aus belgischer Forschung hat sich erwiesen, dass die Transitionsplanung standardmäßig Teil der Gesundheitsdienstleistung für alle Jugendlichen und jungen Erwachsenen sein soll, da ein zeitlich gut abgestimmter, gut organisierter und gut ausgeführter Übergang von der Kinder- in die Erwachsenenmedizin zwischen dem Alter von 18 bis 21 Jahren den Jugendlichen dazu in die Lage versetzt, seine Fähigkeit, Aufgaben und Tätigkeiten Erwachsener zu übernehmen, zu optimieren (Coppens et al., 2015).

4.1.7 WHO-Ziel 7: Leitung und Leistung im Bereich der psychischen Gesundheit werden durch solide Tatsachen und Kenntnisse vorangebracht

30) *Fachleuten im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung stehen Fortbildungsmöglichkeiten zur Verfügung*

Unter Fortbildung wird verstanden: „Vorträge, Kurse, Seminare, Webinare oder jedes sonstige, ähnliche Lehrprogramm zur Bildung einer Person und zur Übermittlung von weiteren Fähigkeiten und Kenntnissen, die sich bei der Arbeit anwenden lassen. Das Ziel dieser Programme ist, über neue Entwicklungen zu informieren, oder auf dem von einer Person in einem bestimmten Bereich erworbenen Fachwissen auf zu bauen. Für einige Berufe können sie optional sein, doch unter anderen Umständen können sie verlangt werden, um einen bestimmten Status, ein Zertifikat oder eine Zulassung zu behalten“ (Business Directory, 2015). Für Fachleute im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung stellen Fortbildungsprogramme zum Erlangen von aktuellem Wissen und neuen Fertigkeiten eine wichtige Investition dar (WHO, 2004). Koordinierungsstellen, Berufsverbände und akademische Gremien sollten die öffentliche Fortbildung organisieren und beaufsichtigen. Zudem sollten sie Aufklärungskampagnen zur psychischen Gesundheit und zu psychischen Problemen durchführen (Gaebel et al. 2012).

31) *Die Behörden überwachen und bewerten die Qualität der Dienstleistungen der psychischen Gesundheitsversorgung*

Die Überwachung bezieht sich auf „die routinemäßige Nachverfolgung eines Plans“, während es sich bei der Bewertung um „ein systematisches Beurteilungselement zur Evaluierung des Wertes, Nutzens oder der Effektivität einer Politik oder eines Plans“ handelt (WHO, 2007).
Sowohl die Überwachung als auch die Bewertung sind für die Entwicklung einer Politik für die psychische Gesundheitsversorgung und Neustrukturierung von Prozessen von Bedeutung. Erstens ist eine Bewertung des Entwicklungsprozesses der Politik erforderlich. Zudem muss der Inhalt dieser Politik bewertet werden. Wichtig für die Bewertung einer Politik oder eines Plans sind quantitative und qualitative Daten, manchmal beide.

Die Überwachung des Plans ist erforderlich, um sicherzustellen, dass das Ergebnis realisiert wird. Zum Schluss ist es am Ende der Laufzeit einer Politik wichtig, zu beurteilen, ob die Ziele erreicht wurden (WHO 2007). Die zuständige Behörde soll auch über die Qualität der psychischen Gesundheitsversorgung informiert werden und - falls nötig - die Politik entsprechend anpassen (Schellings et al., 2012).

32) *Für die psychische Gesundheitsversorgung sind ausreichend populationsbezogene Dienststellen vorhanden*

Die Behörden verfügen über zuverlässige Daten zur Prävalenz von psychischen Problemen und zu den Bedürfnissen hinsichtlich der psychischen Gesundheit bei der Bevölkerung sowie zu Verwaltungsdaten über die Dienstnutzung, Prozesse und Ergebnisse der Dienstnutzer der psychischen Gesundheitsversorgung und die Kosten der Versorgung. Zuverlässige Daten bedeutet, dass die Inanspruchnahme der Gesundheitsdienstleistungen von den gleichen Dienstnutzern bei unterschiedlichen Dienststellen berechnet und im Zeitverlauf weiterverfolgt werden kann. Auf der Ebene der Dienststellen sollten die Daten ein Benchmarking zwischen ähnlichen Dienststellen im In- und Ausland ermöglichen. Eine belgische Studie hat gezeigt, dass ein besonderes Augenmerk auf die am meisten gefährdeten Gruppen gelegt werden soll, da diese sehr häufig keinen Zugang zu den von ihnen benötigten Dienstleistungen haben: Es handelt sich dabei um die sog. Behandlungslücke (Vanclooster et al., 2013).

33) *Die Regierungen sind verantwortlich für die Finanzierung und Bereitstellung von öffentlichen Dienststellen und -leistungen im Bereich der psychischen Gesundheitsversorgung*

Weltweit wird die psychische Gesundheitsversorgung und die Forschung in diesem Bereich chronisch unterfinanziert (WHO, 2011). In Belgien beträgt das Budget für die psychische Gesundheitsversorgung 6 % des Gesamtetats für die Gesundheitsversorgung (Meys et al., 2014). Diese Unterfinanzierung lässt sich großenteils auf die Stigmatisierung zurückführen. Trotz der Kosten besteht die Auffassung, dass psychische Probleme nicht mit „physikalischen“ Gesundheitsproblemen gleichzusetzen sind. Dieser Mangel an Finanzierung bedeutet, dass viele Menschen keinen Zugang zur psychischen Gesundheitsversorgung haben. Die WHO fordert die Regierungen daher dazu auf, das Budget für Dienstleistungen für Personen mit psychischen und neurologischen Störungen und Substanzstörungen zu erhöhen (WHO, 2011). Darüber hinaus plädieren Thornicroft und Patel (2014) für die Aufnahme der psychischen Gesundheit in die neuen Millenniums-Entwicklungsziele der Vereinten Nationen. Die Ressourcen für die psychische Gesundheitsversorgung und für Sozialdienste sollten gleichwertig sein mit den Ressourcen für Dienstleistungen, die sich auf die körperliche Gesundheit beziehen (Thornicroft und Patel, 2014). Thornicroft und Patel (2014) regen zur Aufnahme von zwei wesentlichen Indikatoren an: Der Deckungsgrad der Dienstleistungen für schwere psychische Erkrankungen wird bis zum Jahr 2020 um 20 % steigen und die Selbstmordrate wird bis 2020 um 10 % sinken (Thornicroft und Patel, 2014).

34) Psychosoziale Einrichtungen sollten zukunftsorientiert sein

Unter „Zukunftsorientierung“ wird verstanden: „Die organisatorische Fähigkeit, Veränderungen des Umfeldes zu identifizieren und zu interpretieren und geeignete Reaktionen auszulösen, die das Überleben und den Erfolg dauerhaft gewährleisten“ (*Future orientation*, 2010). In dieser Hinsicht wird empfohlen, neue Zielgruppen zu beachten. Das bedeutet zum Beispiel, dass den Bedürfnissen im Bereich der psychischen Gesundheit der wachsenden Gruppe älterer Personen in unserer Gesellschaft mehr Aufmerksamkeit zu widmen ist und dass für diese Gruppe relevante Dienstleistungen und Interventionen auszuarbeiten sind. Die Beziehung zwischen psychischen Problemen und der Beteiligung am Arbeitsmarkt, Bildung und Freizeit stellt ein weiteres, stärker zu beachtendes Thema dar. Das gleiche gilt für die psychischen Probleme der wachsenden Gruppe von Migranten.

V. FAZIT

Jedes Jahr wird über ein Drittel der europäischen Bevölkerung mit psychischen Gesundheitsproblemen konfrontiert. Der neue europäische Aktionsplan für psychische Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation (WGO) fordert die Mitgliedstaaten dazu auf, einen gemeinsamen Satz von Qualitätsindikatoren für die psychische Gesundheitsversorgung auszuarbeiten.

In dieser Stellungnahme verfolgte die Arbeitsgruppe des Hohen Gesundheitsrates das Ziel, eine Übersicht über Empfehlungen für die psychische Gesundheitsversorgung bereit zu stellen, die als Grundlage für die Ausarbeitung von Qualitätsindikatoren für die psychische Gesundheitsversorgung in Belgien fungieren können. Für die Jahre 2011 bis 2015 wurde zur Aktualisierung der bisherigen Arbeit von Gaebel et al (2012) eine systematische Literaturstudie durchgeführt. Empfehlungen, die sich aus der systematischen Literaturstudie ergaben, wurden besprochen und ergänzt von den Sachverständigen des HGRs und Interessenverbänden. Zum Schluss wurden die Empfehlungen auf der Grundlage der sieben Ziele des Aktionsplans für psychische Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation in Kategorien unterteilt. Insgesamt ergab dieses Verfahren 34 Empfehlungen des HGRs.

Angesichts der Tatsache, dass die Literaturstudie auf der Grundlage der bisherigen Arbeit von Gaebel et al. erfolgte, wurden die meisten Studien, die aus der Literatur entnommen wurden, außerhalb Belgiens durchgeführt. Das bedeutet, dass der Zusammenhang mit Besonderheiten der belgischen psychischen Gesundheitsversorgung einen Diskussionspunkt für künftige Sachverständigengruppen darstellt. Immerhin besitzt Belgien nach Japan die weltweit höchste Bettenzahl in psychiatrischen Stationen. Zudem verfügt unser Land über begrenzte Mittel für die gemeindepsychiatrische Versorgung, für die Förderung psychischer Gesundheit und für Prävention, mit, darüber hinaus, einer erheblichen Zerstreuung über verschiedene Behörden (föderal und regional). Aus diesem Grund sind die belgischen Verhältnisse relativ einzigartig, und nicht ohne weiteres vergleichbar mit der Lage anderer Länder. In diesem Zusammenhang wird auf einige dieser Besonderheiten, die möglicherweise für die Einstufung der für Belgien potentiell besonders relevanten Qualitätsindikatoren, von Bedeutung sind, hingewiesen.

Seit 2010 bewegt sich die belgische psychische Gesundheitsversorgung dank der Entwicklung von Netzwerken in die Richtung einer stärker integrierten Versorgung und dank der Reduzierung der Bettenzahl in psychiatrischen Stationen und der Einrichtung von mobilen Teams in die Richtung einer De-Institutionalisierung. Es ist wichtig, diese Innovationen zu verfolgen und dabei ein besonderes Augenmerk auf die Behandlungslücke und Zugänglichkeit, die Belastung für Familie und Gemeinschaft sowie auf die Evolution hin zu mehr Recovery-orientierten Praktiken zu legen.

Besondere Aufmerksamkeit verdient die psychische Gesundheitsversorgung für Jugendliche. Die Ergebnisse der ADOCARE-Studie können einen Anhaltspunkt darstellen für die Ausarbeitung von Qualitätsindikatoren, die eine Evolution in die Richtung einer stärkeren Integration und besseren Transition junger Leute prägen, sowie auch für die Entwicklung von jugendfreundlichen Dienststellen und die Förderung der psychischen Gesundheit in der Schule.

Ein weiteres wichtiges Thema ist die Beteiligung von Personen mit psychischen Problemen. In Belgien scheint sich die Erwerbsbeteiligung für viele Personen mit psychischen Problemen als eine Herausforderung für die Zukunft zu gestalten (OESO, 2013). Drake et al. (2012) argumentieren, dass eine breitere Implementierung des IPS-Ansatzes (*individual placement and support*, d.h. der individuellen Platzierung und Unterstützung) eine ganze Reihe von negativen Aspekten der Belastung psychischer Erkrankungen für die Gesellschaft positiv beeinflussen könnte.

Die evidenzbasierten Empfehlungen aus dieser Studie können als allgemeiner Rahmen für die Auswahl und Entwicklung von Struktur- und Prozessindikatoren für die Qualität der psychischen Gesundheitsversorgung in Belgien verwendet werden.

VI. LITERATURVERZEICHNIS

6.1 Literature theoretical framework

Gaebel W, Becker T, Janssen B, Munk-Jorgensen P, Musalek M, Rossler W, et al. EPA guidance on the quality of mental health services. Eur Psychiatry 2012;27(2):87-113.

Thornicroft G, Tansella M. Translating ethical principles into outcome measures for mental health service research. Psychol Med 1999;29(4):761-7.

Vlaams Parlement. Strategische adviesraad. Visienota maatschappelijk verantwoorde zorg. Brussel; 2011.

WHO – World Health Organization. The European mental health action plan 2013. Internet: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf?ua=1.

6.2 References systematic review

Aboutanos MB, Jordan A, Cohen R, Foster RL, Goodman K, Halfond RW, et al. Brief violence interventions with community case management services are effective for high-risk trauma patients. J Trauma 2011;71(1):228-36; discussion 36-7.

Amiel JM, Pincus HA. The medical home model: new opportunities for psychiatric services in the United States. Curr Opin Psychiatry 2011;24(6):562-8.

Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. Cochrane Database Syst Rev 2012;10:CD006525.

Areberg C, Bejerholm U. The effect of IPS on participants' engagement, quality of life, empowerment, and motivation: a randomized controlled trial. Scand J Occup Ther 2013;20(6):420-8.

Arends I, Bultmann U, Nielsen K, van Rhenen W, de Boer MR, van der Klink JJ. Process evaluation of a problem solving intervention to prevent recurrent sickness absence in workers with common mental disorders. Soc Sci Med 2014;100:123-32.

Arends I, van der Klink JJ, van Rhenen W, de Boer MR, Bultmann U. Prevention of recurrent sickness absence in workers with common mental disorders: results of a cluster-randomised controlled trial. Occup Environ Med 2014;71(1):21-9.

Aubry T, Tsemberis S, Adair CE, Veldhuizen S, Streiner D, Latimer E, et al. One-year outcomes of a randomized controlled trial of housing first with ACT in five Canadian cities. Psychiatr Serv 2015;66(5):463-9.

Ayers C, Arch J. VA-academic partnerships: challenges and rewards for new VA mental health investigators. Community Ment Health J 2013;49(6):709-13.

Baker AL, Kavanagh DJ, Kay-Lambkin FJ, Hunt SA, Lewin TJ, Carr VJ, et al. Randomized controlled trial of MICBT for co-existing alcohol misuse and depression: outcomes to 36-months. J Subst Abuse Treat 2014;46(3):281-90.

Bartels SJ, Pratt SI, Aschbrenner KA, Barre LK, Jue K, Wolfe RS, et al. Clinically significant improved fitness and weight loss among overweight persons with serious mental illness. Psychiatr Serv 2013;64(8):729-36.

Bartels SJ, Pratt SI, Mueser KT, Forester BP, Wolfe R, Cather C, et al. Long-term outcomes of a randomized trial of integrated skills training and preventive healthcare for older adults with serious mental illness. Am J Geriatr Psychiatry 2014;22(11):1251-61.

Bartels SJ, Pratt SI, Mueser KT, Naslund JA, Wolfe RS, Santos M, et al. Integrated IMR for psychiatric and general medical illness for adults aged 50 or older with serious mental illness. Psychiatr Serv 2014;65(3):330-7.

Battersby MW, Beattie J, Pols RG, Smith DP, Condon J, Blunden S. A randomised controlled trial of the Flinders Program of chronic condition management in Vietnam veterans with co-morbid alcohol misuse, and psychiatric and medical conditions. Aust N Z J Psychiatry 2013;47(5):451-62.

Bedard M, Felteau M, Marshall S, Cullen N, Gibbons C, Dubois S, et al. Mindfulness-based cognitive therapy reduces symptoms of depression in people with a traumatic brain injury: results from a randomized controlled trial. J Head Trauma Rehabil 2014;29(4):E13-22.

Beeber LS, Schwartz TA, Holditch-Davis D, Canuso R, Lewis V, Hall HW. Parenting enhancement, interpersonal psychotherapy to reduce depression in low-income mothers of infants and toddlers: a randomized trial. Nurs Res 2013;62(2):82-90.

Bejerholm U, Areberg C, Hofgren C, Sandlund M, Rinaldi M. Individual placement and support in Sweden - a randomized controlled trial. Nord J Psychiatry 2015;69(1):57-66.

Bolier L, Haverman M, Kramer J, Westerhof GJ, Riper H, Walburg JA, et al. An Internet-based intervention to promote mental fitness for mildly depressed adults: randomized controlled trial. J Med Internet Res 2013;15(9):e200.

Bormann JE, Oman D, Walter KH, Johnson BD. Mindful attention increases and mediates psychological outcomes following mantram repetition practice in veterans with posttraumatic stress disorder. Med Care 2014;52(12 Suppl 5):S13-8.

Bradford DW, Cunningham NT, Slubicki MN, McDuffie JR, Kilbourne AM, Nagi A, et al. An evidence synthesis of care models to improve general medical outcomes for individuals with serious mental illness: a systematic review. J Clin Psychiatry 2013;74(8):e754-64.

Brooker DJ, Argyle E, Scally AJ, Clancy D. The enriched opportunities programme for people with dementia: a cluster-randomised controlled trial in 10 extra care housing schemes. Aging Ment Health 2011;15(8):1008-17.

Cai C, Yu L, Rong L, Zhong H. Effectiveness of humor intervention for patients with schizophrenia: a randomized controlled trial. J Psychiatr Res 2014;59:174-8.

Chan D, Fan MY, Unutzer J. Long-term effectiveness of collaborative depression care in older primary care patients with and without PTSD symptoms. Int J Geriatr Psychiatry 2011;26(7):758-64.

Chang ET, Wells KB, Young AS, Stockdale S, Johnson MD, Fickel JJ, et al. The anatomy of primary care and mental health clinician communication: a quality improvement case study. J Gen Intern Med 2014;29 Suppl 2:S598-606.

Chien WT, Leung SF. A controlled trial of a needs-based, nurse-led psychoeducation programme for Chinese patients with first-onset mental disorders: 6 month follow up. Int J Nurs Pract 2013;19 Suppl 1:3-13.

Cook JA, Copeland ME, Floyd CB, Jonikas JA, Hamilton MM, Razzano L, et al. A randomized controlled trial of effects of Wellness Recovery Action Planning on depression, anxiety, and recovery. Psychiatr Serv 2012;63(6):541-7.

Cook JA, Steigman P, Pickett S, Diehl S, Fox A, Shipley P, et al. Randomized controlled trial of peer-led recovery education using Building Recovery of Individual Dreams and Goals through Education and Support (BRIDGES). Schizophr Res 2012;136(1-3):36-42.

Cook JA, Copeland ME, Jonikas JA, Hamilton MM, Razzano LA, Grey DD, et al. Results of a randomized controlled trial of mental illness self-management using Wellness Recovery Action Planning. Schizophr Bull 2012;38(4):881-91.

Cook JA, Jonikas JA, Hamilton MM, Goldrick V, Steigman PJ, Grey DD, et al. Impact of Wellness Recovery Action Planning on service utilization and need in a randomized controlled trial. Psychiatr Rehabil J 2013;36(4):250-7.

Cunningham JA. Comparison of two internet-based interventions for problem drinkers: randomized controlled trial. J Med Internet Res 2012;14(4):e107.

Druss BG, Ji X, Glick G, von Esenwein SA. Randomized trial of an electronic personal health record for patients with serious mental illnesses. Am J Psychiatry 2014;171(3):360-8.

Du J, Fan C, Jiang H, Sun H, Li X, Zhao M. Biofeedback combined with cue-exposure as a treatment for heroin addicts. Physiol Behav 2014;130:34-9.

Feinberg E, Augustyn M, Fitzgerald E, Sandler J, Ferreira-Cesar Suarez Z, Chen N, et al. Improving maternal mental health after a child's diagnosis of autism spectrum disorder: results from a randomized clinical trial. JAMA Pediatr 2014;168(1):40-6.

Fisher CE, Spaeth-Rublee B, Alan Pincus H. Developing mental health-care quality indicators: toward a common framework. Int J Qual Health Care 2013;25(1):75-80.

Fortney JC, Pyne JM, Kimbrell TA, Hudson TJ, Robinson DE, Schneider R, et al. Telemedicine-based collaborative care for posttraumatic stress disorder: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry 2015;72(1):58-67.

Gaebel W, Becker T, Janssen B, Munk-Jorgensen P, Musalek M, Rossler W, et al. EPA guidance on the quality of mental health services. Eur Psychiatry 2012;27(2):87-113.

Garand L, Rinaldo DE, Alberth MM, Delany J, Beasock SL, Lopez OL, et al. Effects of problem solving therapy on mental health outcomes in family caregivers of persons with a new diagnosis of mild cognitive impairment or early dementia: a randomized controlled trial. Am J Geriatr Psychiatry 2014;22(8):771-81.

Garrido G, Barrios M, Penades R, Enriquez M, Garolera M, Aragay N, et al. Computer-assisted cognitive remediation therapy: cognition, self-esteem and quality of life in schizophrenia. Schizophr Res 2013;150(2-3):563-9.

Gellis ZD, Kenaley BL, Ten Have T. Integrated telehealth care for chronic illness and depression in geriatric home care patients: the Integrated Telehealth Education and Activation of Mood (I-TEAM) study. J Am Geriatr Soc 2014;62(5):889-95.

Gitlin LN, Harris LF, McCoy MC, Chernett NL, Pizzi LT, Jutkowitz E, et al. A home-based intervention to reduce depressive symptoms and improve quality of life in older African Americans: a randomized trial. Ann Intern Med 2013;159(4):243-52.

Gorgeon C, Roux A, Gasnier N, Arnaud, L, Schadler, L. Active policy for safe medication practice in a psychiatric hospital: results at 3 years. Eur J Hosp Pharm 2012;19:123-24.

Grupp-Phelan J, McGuire L, Husky MM, Olfson M. A randomized controlled trial to engage in care of adolescent emergency department patients with mental health problems that increase suicide risk. Pediatr Emerg Care 2012;28(12):1263-8.

Herman DB, Conover S, Gorroochurn P, Hinterland K, Hoepner L, Susser ES. Randomized trial of critical time intervention to prevent homelessness after hospital discharge. Psychiatr Serv 2011;62(7):713-9.

Hoffmann H, Jackel D, Glauser S, Mueser KT, Kupper Z. Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. Am J Psychiatry 2014;171(11):1183-90.

Husebo BS, Ballard C, Sandvik R, Nilsen OB, Aarsland D. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. BMJ 2011;343:d4065.

Jacobs R, Gutacker N, Mason A, Gilbody S, Goddard M, Gravelle H et al. Is higher primary care quality associated with lower hospital admissions for people with serious mental illness? J of Ment Health Policy Econ 2013;16(1 Suppl), S15-S6.

Jacquart SD, Marshak HH, Dos Santos H, Luu SM, Berk LS, McMahon PT, et al. The effects of simultaneous exercise and psychotherapy on depressive symptoms in inpatient, psychiatric older adults. Adv Mind Body Med 2014;28(4):8-17.

Jensen TK, Holt T, Ormhaug SM, Egeland K, Granly L, Hoaas LC, et al. A randomized effectiveness study comparing trauma-focused cognitive behavioral therapy with therapy as usual for youth. J Clin Child Adolesc Psychol 2014;43(3):356-69.

Kangovi S, Mitra N, Grande D, White ML, McCollum S, Sellman J, et al. Patient-centered community health worker intervention to improve posthospital outcomes: a randomized clinical trial. JAMA Intern Med 2014;174(4):535-43.

Kay-Lambkin FJ, Baker AL, Kelly B, Lewin TJ. Clinician-assisted computerised versus therapist-delivered treatment for depressive and addictive disorders: a randomised controlled trial. Med J Aust 2011;195(3):S44-50.

Killaspy H, White S, Wright C, Taylor TL, Turton P, Kallert T, et al. Quality of longer term mental health facilities in Europe: validation of the quality indicator for rehabilitative care against service users' views. PLoS One 2012;7(6):e38070.

Kealey E, Scholle SH, Byron SC, Hoagwood K, Leckman-Westin E, Kelleher K, et al. Quality concerns in antipsychotic prescribing for youth: a review of treatment guidelines. Acad Pediatr 2014;14(5 Suppl):S68-75.

Kuo LM, Huang HL, Liang J, Chiu YC, Chen ST, Kwok YT, et al. A home-based training program improves Taiwanese family caregivers' quality of life and decreases their risk for depression: a randomized controlled trial. Int J Geriatr Psychiatry 2013;28(5):504-13.

Laaksonen E, Vuoristo-Myllys S, Koski-Jannes A, Alho H. Combining medical treatment and CBT in treating alcohol-dependent patients: effects on life quality and general well-being. Alcohol Alcohol 2013;48(6):687-93.

Lavakumar M, Gastelum ED, Hussain F, Levenson J, Wharton RN, Muskin PR, et al. How do you know your consult service is doing a good job? Generating performance measures for C-L service effectiveness. Psychosomatics 2013;54(6):567-74.

Lysack C, Leach C, Russo T, Paulson D, Lichtenberg PA. DVD training for depression identification and treatment in older adults: a two-group, randomized, wait-list control study. Am J Occup Ther 2013;67(5):584-93.

Livingston G, Barber J, Rapaport P, Knapp M, Griffin M, King D, et al. Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, STrAtegies for RelaTives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: pragmatic randomised controlled trial. BMJ 2013;347:f6276.

Livingston G, Kelly L, Lewis-Holmes E, Baio G, Morris S, Patel N, et al. A systematic review of the clinical effectiveness and cost-effectiveness of sensory, psychological and behavioural interventions for managing agitation in older adults with dementia. Health Technol Assess 2014;18(39):1-226, v-vi.

Lobban F, Glentworth D, Chapman L, Wainwright L, Postlethwaite A, Dunn G, et al. Feasibility of a supported self-management intervention for relatives of people with recent-onset psychosis: REACT study. Br J Psychiatry 2013;203(5):366-72.

Madan A, Fowler JC, Allen JG, Ellis TE, Hardesty S, Groat M, et al. Assessing and addressing patient satisfaction in a longer-term inpatient psychiatric hospital: preliminary findings on the Menninger Quality of Care measure and methodology. Qual Manag Health Care 2014;23(3):178-87.

McDonell MG, Srebnik D, Angelo F, McPherson S, Lowe JM, Sugar A, et al. Randomized controlled trial of contingency management for stimulant use in community mental health patients with serious mental illness. Am J Psychiatry 2013;170(1):94-101.

Michon H, van Busschbach JT, Stant AD, van Vugt MD, van Weeghel J, Kroon H. Effectiveness of individual placement and support for people with severe mental illness in The Netherlands: a 30-month randomized controlled trial. Psychiatr Rehabil J 2014;37(2):129-36.

Montgomery RJ, Kwak J, Kosloski K, O'Connell Valuch K. Effects of the TCARE(R) intervention on caregiver burden and depressive symptoms: preliminary findings from a randomized controlled study. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2011;66(5):640-7.

Morokuma I, Shimodera S, Fujita H, Hashizume H, Kamimura N, Kawamura A, et al. Psychoeducation for major depressive disorders: a randomised controlled trial. Psychiatry Res 2013;210(1):134-9.

Mueser KT, Bond GR, Essock SM, Clark RE, Carpenter-Song E, Drake RE, et al. The effects of supported employment in Latino consumers with severe mental illness. Psychiatr Rehabil J 2014;37(2):113-22.

Muntingh A, van der Feltz-Cornelis C, van Marwijk H, Spinhoven P, Assendelft W, de Waal M, et al. Effectiveness of collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: a pragmatic cluster randomised controlled trial. Psychother Psychosom 2014;83(1):37-44.

Naeem F, Sarhandi I, Gul M, Khalid M, Aslam M, Anbrin A, et al. A multicentre randomised controlled trial of a carer supervised culturally adapted CBT (CaCBT) based self-help for depression in Pakistan. J Affect Disord 2014;156:224-7.

Neunhauserer D, Sturm J, Baumgartlinger MM, Niederseer D, Ledl-Kurkowski E, Steidle E, et al. Hiking in suicidal patients: neutral effects on markers of suicidality. Am J Med 2013;126(10):927-30.

O'Brien S, McFarland J, Kealy B, Pullela A, Saunders J, Cullen W, et al. A randomized-controlled trial of intensive case management emphasizing the recovery model among patients with severe and enduring mental illness. Ir J Med Sci 2012;181(3):301-8.

Oosterbaan DB, Verbraak MJ, Terluin B, Hoogendoorn AW, Peyrot WJ, Muntingh A, et al. Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2013;203(2):132-9.

Orgeta V, Qazi A, Spector AE, Orrell M. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev 2014;1:CD009125.

Orrell M, Aguirre E, Spector A, Hoare Z, Woods RT, Streater A, et al. Maintenance cognitive stimulation therapy for dementia: single-blind, multicentre, pragmatic randomised controlled trial. Br J Psychiatry 2014;204(6):454-61.

Patterson M, Moniruzzaman A, Palepu A, Zabkiewicz D, Frankish CJ, Krausz M, et al. Housing First improves subjective quality of life among homeless adults with mental illness: 12-month findings from a randomized controlled trial in Vancouver, British Columbia. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2013;48(8):1245-59.

Parameswaran S, Spaeth-Rublee B, Huynh PT, Pincus HA. Comparison of national mental health quality assessment programs across the globe. Psychiatr Serv 2012;63(10):983-8.

Proudfoot J, Clarke J, Birch MR, Whitton AE, Parker G, Manicavasagar V, et al. Impact of a mobile phone and web program on symptom and functional outcomes for people with mild-to-moderate depression, anxiety and stress: a randomised controlled trial. BMC Psychiatry 2013;13:312.

Roldan-Merino J, Garcia IC, Ramos-Pichardo JD, Foix-Sanjuan A, Quilez-Jover J, Montserrat-Martinez M. Impact of personalized in-home nursing care plans on dependence in ADLs/IADLs and on family burden among adults diagnosed with schizophrenia: a randomized controlled study. Perspect Psychiatr Care 2013;49(3):171-8.

Rosenbaum S, Tiedemann A, Sherrington C, Curtis J, Ward PB. Physical activity interventions for people with mental illness: a systematic review and meta-analysis. J Clin Psychiatry 2014;75(9):964-74.

Sacks MH, Walton MF. Seclusion and restraint as measures of the quality of hospital care: any exceptions? Psychiatr Serv 2014;65(11):1373-5.

Satre DD, Delucchi K, Lichtmacher J, Sterling SA, Weisner C. Motivational interviewing to reduce hazardous drinking and drug use among depression patients. J Subst Abuse Treat 2013;44(3):323-9.

Schellings R, Essers BA, Kessels AG, Brunner F, van de Ven T, Robben PB. The development of quality indicators in mental healthcare: a discrete choice experiment. BMC Psychiatry 2012;12:103.

Secades-Villa R, Sanchez-Hervas E, Zacares-Romaguera F, Garcia-Rodriguez O, Santonja-Gomez FJ, Garcia-Fernandez G. Community Reinforcement Approach (CRA) for cocaine dependence in the Spanish public health system: 1 year outcome. Drug Alcohol Rev 2011;30(6):606-12.

Segre LS, Brock RL, O'Hara MW. Depression treatment for impoverished mothers by point-of-care providers: A randomized controlled trial. J Consult Clin Psychol 2015;83(2):314-24.

Sheehan DV, Locklear J, Svedsater H, Datto C. Long-term functioning and sleep quality in patients with major depressive disorder treated with extended-release quetiapine fumarate. Int Clin Psychopharmacol 2012;27(5):239-48.

Srihari VH, Tek C, Kucukgoncu S, Phutane VH, Breitborde NJ, Pollard J, et al. First-Episode Services for Psychotic Disorders in the U.S. Public Sector: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. Psychiatr Serv 2015;66(7):705-12.

Stanton R, Reaburn P. Exercise and the treatment of depression: a review of the exercise program variables. J Sci Med Sport 2014;17(2):177-82.

Stewart MW, Wilson M, Bergquist K, Thorburn J. Care coordinators: a controlled evaluation of an inpatient mental health service innovation. Int J Ment Health Nurs 2012;21(1):82-91.

Sundsli K, Soderhamn U, Espnes GA, Soderhamn O. Self-care telephone talks as a health-promotion intervention in urban home-living persons 75+ years of age: a randomized controlled study. Clin Interv Aging 2014;9:95-103.

Sveinbjarnardottir EK, Svavarsdottir EK, Wright LM. What are the benefits of a short therapeutic conversation intervention with acute psychiatric patients and their families? A controlled before and after study. Int J Nurs Stud 2013;50(5):593-602.

Tan BL, King R. The effects of cognitive remediation on functional outcomes among people with schizophrenia: a randomised controlled study. Aust N Z J Psychiatry 2013;47(11):1068-80.

Tandon SD, Leis JA, Mendelson T, Perry DF, Kemp K. Six-month outcomes from a randomized controlled trial to prevent perinatal depression in low-income home visiting clients. Matern Child Health J 2014;18(4):873-81.

Thomas KA, Rickwood D. Clinical and cost-effectiveness of acute and subacute residential mental health services: a systematic review. Psychiatr Serv 2013;64(11):1140-9.

Thornicroft G, Patel V. Including mental health among the new sustainable development goals. The case is compelling. BMJ 2014;349:g5189

Tomita A, Herman DB. The impact of critical time intervention in reducing psychiatric rehospitalization after hospital discharge. Psychiatr Serv 2012;63(9):935-7.

Tomita A, Lukens EP, Herman DB. Mediation analysis of critical time intervention for persons living with serious mental illnesses: assessing the role of family relations in reducing psychiatric rehospitalization. Psychiatr Rehabil J 2014;37(1):4-10.

Torrent C, Bonnin Cdel M, Martinez-Aran A, Valle J, Amann BL, Gonzalez-Pinto A, et al. Efficacy of functional remediation in bipolar disorder: a multicenter randomized controlled study. Am J Psychiatry 2013;170(8):852-9.

Urbanoski KA, Mulsant BH, Willett P, Ehtesham S, Rush B. Real-world evaluation of the Resident Assessment Instrument-Mental Health assessment system. Can J Psychiatry 2012;57(11):687-95.

Van De Ven AH, Delbecq AL. Determinants of coordination modes within organizations. *Am Sociol Rev*. 1976; 41(2):322-338.

van der Ploeg ES, Eppingstall B, Camp CJ, Runci SJ, Taffe J, O'Connor DW. A randomized crossover trial to study the effect of personalized, one-to-one interaction using Montessori-based activities on agitation, affect, and engagement in nursing home residents with Dementia. Int Psychogeriatr 2013;25(4):565-75.

Varambally S, Gangadhar BN, Thirthalli J, Jagannathan A, Kumar S, Venkatasubramanian G, et al. Therapeutic efficacy of add-on yogasana intervention in stabilized outpatient schizophrenia: Randomized controlled comparison with exercise and waitlist. Indian J Psychiatry 2012;54(3):227-32.

Velligan D, Mintz J, Maples N, Xueying L, Gajewski S, Carr H, et al. A randomized trial comparing in person and electronic interventions for improving adherence to oral medications in schizophrenia. Schizophr Bull 2013;39(5):999-1007.

Volpe U, Torre F, De Santis V, Perris F, Catapano F. Reading group rehabilitation for patients with psychosis: a randomized controlled study. Clin Psychol Psychother 2015;22(1):15-21.

Vreugdenhil A, Cannell J, Davies A, Razay G. A community-based exercise programme to improve functional ability in people with Alzheimer's disease: a randomized controlled trial. Scand J Caring Sci 2012;26(1):12-9.

Waghorn G, Dias S, Gladman B, Harris M, Saha S. A multi-site randomised controlled trial of evidence-based supported employment for adults with severe and persistent mental illness. Aust Occup Ther J 2014;61(6):424-36.

Webster-Stratton CH, Reid MJ, Marsenich L. Improving therapist fidelity during implementation of evidence-based practices: Incredible years program. Psychiatr Serv 2014;65(6):789-95.

Wells KB, Jones L, Chung B, Dixon EL, Tang L, Gilmore J, et al. Community-partnered cluster-randomized comparative effectiveness trial of community engagement and planning or resources for services to address depression disparities. J Gen Intern Med 2013;28(10):1268-78.

Whitebird RR, Kreitzer M, Crain AL, Lewis BA, Hanson LR, Enstad CJ. Mindfulness-based stress reduction for family caregivers: a randomized controlled trial. Gerontologist 2013;53(4):676-86.

Wiles N, Thomas L, Abel A, Barnes M, Carroll F, Ridgway N, et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: the CoBalT randomised controlled trial. Health Technol Assess 2014;18(31):1-167, vii-viii.

Williams JR, Williams WO, Dusablon T, Blais MP, Tregear SJ, Banks D, et al. Evaluation of a randomized intervention to increase adoption of comparative effectiveness research by community health organizations. J Behav Health Serv Res 2014;41(3):308-23.

Winickoff JP, Nabi-Burza E, Chang Y, Finch S, Regan S, Wasserman R, et al. Implementation of a parental tobacco control intervention in pediatric practice. Pediatrics 2013;132(1):109-17.

Wood R, Wand AP. Quality indicators for a consultation-liaison psychiatry service. Int J Health Care Qual Assur 2014;27(7):633-41.

Wu F, Fu LM, Hser YH. Effects of a recovery management intervention on Chinese heroin users' community recovery through the mediation effect of enhanced service utilization. J Public Health (Oxf) 2015;37(3):521-8.

Wunner C, Reichhart C, Strauss B, Sollner W. Effectiveness of a psychosomatic day hospital treatment for the elderly: a naturalistic longitudinal study with waiting time before treatment as control condition. J Psychosom Res 2014;76(2):121-6.

Xavier, M. and De Almeida, J. C. Evaluating the quality of psychiatric care through a multilevel approach - The need for resemblance between process and outcome indicators. Journal of Mental Health Policy and Economics 2013;16(1 Suppl), S39-S40.

Zhou B, Gu Y. Effect of self-management training on adherence to medications among community residents with chronic schizophrenia: a singleblind randomized controlled trial in Shanghai, China. Shanghai Arch Psychiatry 2014;26(6):332-8.

Zhuang SM, An SH, Zhao Y. Effect of cognitive behavioural interventions on the quality of life in Chinese heroin-dependent individuals in detoxification: a randomised controlled trial. J Clin Nurs 2014;23(9-10):1239-48.

6.3 Additional references

AAP - American Academy of Pediatrics; American Academy of Family Physicians; American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. A consensus statement on health care transitions for young adults with special health care needs. Pediatrics 2002;110(6 pt 2):1304–6

AAP - American Academy of Pediatrics; American Academy of Family Physicians; American College of Physicians-American Society of Internal Medicine. Clinical Report—Supporting the Health Care Transition From Adolescence to Adulthood in the Medical Home. Pediatrics 2011.

Aday LA. Who are the vulnerable? In: At Risk in America: The Health and Health Care Needs of Vulnerable Populations in the United States. 2nd ed. San Francisco, Calif: Jossey-Bass, publishers;1991:1-15.

AGPA - American Group Psychotherapy Association. Practice guidelines for group psychotherapy 2007; New York.

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality. Healthcare disparities in rural areas: selected findings from the 2004 national healthcare disparities report 2006. Internet: http://www.ahrq.gov/research/ruraldisp/rura ldispar.htm.

Alberta Health and Wellness – Government of Alberta. Alberta primary health care project, multi-disciplinary teams: Lessons learned 2001. Edmonton, Alberta.

Andersson G, Cuijpers P, Carlbring P, Riper H, Hedman E. Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. World Psychiatry 2014;13(3):288-95.

Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990's. Psychosocial Rehabilitation Journal 1993;6(4):11-23.

Arensman E, Koburger N, Larkin C, Karwig G, Coffey C, Maxwell M, et al. Depression Awareness and Self-Management Through the Internet: Protocol for an Internationally Standardized Approach. JMIR Res Protoc 2015;4(3):e99.

Austin W, Boyd MA. Psychiatric Nursing for Canadian Practice; 2008. Front Cover. Lippincott Williams and Wilkins.

Bethell C, Fiorillo j, Knickman J, Lansky D. Robert Wood Johnson Foundation. A portrait of the chronically ill in America, 2001. Internet: http://www.rwjf.org/files/publications/other/ChronicIllnessChartbook2001.pdf

Bhopal R. Glossary of terms relating to ethnicity and race: for reflection and debate. J Epidemiol Community Health 2004;58(6):441-5.

Bhugra D, Morgan C. Social psychiatry: alive and kicking. In: Morgan C, Bhugra D, editors. Principles of social psychiatry, 2010. Wiley, West Sussex.

Bleyen, C., Vertommen, H. & Van Audenhove Ch. (1998). A negotiation approach to systematic treatment selection: an evaluation of its impact on the initial phase of psychotherapy. Eur J of Psychol 1998;14:14-25. DOI: 10.1027/1015-5759.14.1.14.

Blum RW, Garell D, Hodgman CH, Jorissen TW, Okinow NA, Orr DP, et al. Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. J Adolesc Health 1993;14(7):570-6.

Boardman, J. & Roberts G. (2015). Recovery through anizational change. Risk, safety & recovery 2015. Briefing paper 9. Internet: http://www.imroc.org/media/publications/

Brach C, Fraser I. Can cultural competency reduce racial and ethnic health disparities? A review and conceptual model. Med Care Res Rev 2000;57 Suppl 1:181-217.

Brickell TA, Nicholls TL, Procyshyn RM, McLean C, Dempster RJ.Lavoie JAA, et al. Patient safety in mental health, 2009. Edmonton, Alberta: Canadian Patient Safety Institute and Ontario Hospital Association.

Brown LD, Wituk SA. Introduction to mental health self-help. In: Brown LD, Wituk SA, editors. Mental health self-help: Consumer and family initiatives 2010. New York: Springer.

Chung-Do J, Helm S, Fukuda M, Alicata D, Nishimura S, Else I. Rural mental health: implications for telepsychiatry in clinical service, workforce development, and organizational capacity. Telemed J E Health 2012;18(3):244-6.

CMS - Centers for Medicare and Medicaid Services. Department of Health and Human Services. Medicare and Medicaid programs; hospital conditions of participation; patients' rights. Final rule. Fed Regist 2006;71:71377-71428. Internet: http://a257.g.akamaitech.net/7/257/2422/01jan20061800/edocket.access.gpo.gov/2006/pdf/06-9559.pdf.

CMSA-Case Management Society of A. Definition of Case Management 2011 [02/10/2013]. Internet : http://www.cmsa.org/PolicyMaker/ResourceKit/AboutCaseManagers/tabid/141/Default.aspx

Cooper M. Essential Research Findings in Counselling and Psychotherapy: the facts are friendly 2008. Londen: Sage Publications.

Coppens E., Vermet I., Knaeps J., De Clerck M., De Schrijver I., Matot J.P. & Van Audenhove Ch. (2015). ADOCARE – A preparatory action related to the creation of an EU network of experts in the field of adapted care for adolescents with mental health problems. Brussels: European Union.

CPSI – Canadian Patient Safety Institute. Internet: http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Research/commissionedResearch/mentalHealthAndPatientSafety/Documents/Mental%20Health%20Paper.pdf

Davidson L, Chinman M, Sells D, Rowe M. Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. Schizophr Bull 2006;32(3):443-50.

Doherty G, Coyle D, Matthews M. Design and Evaluation Guidelines for Mental Health Technologies.Interacting with Computers 2010;22(4),:243-52.

Drake RE, Bond GR, Thornicroft G, Knapp M, Goldman HH. Mental health disability. An international perspective. JDPS 2012;23:110-20.

Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, Lloyd A, Kinnersley P, et al. Shared decision making: a model for clinical practice. J Gen Intern Med 2012;27(10):1361-7.

Elwyn G, Laitner S, Coulter A, Walker E, Watson P, Thomson R. Implementing shared decision making in the NHS. BMJ 2010;341:c5146.

Emanuel L, Berwick D, Conway J, Combes J, Hatlie M, Leape L, et al. What Exactly Is Patient Safety? (Assessment). 2008.

Encyclo Online. Internet: http://www.encyclo.nl/begrip/pati%C3%ABntenvereniging

Fortney JC, Pyne JM, Edlund MJ, Williams DK, Robinson DE, Mittal D, et al. A randomized trial of telemedicine-based collaborative care for depression. J Gen Intern Med 2007;22(8):1086-93.

Golomb BA, Pyne JM, Wright B, Jaworski B, Lohr JB, Bozzette SA. The role of psychiatrists in primary care of patients with severe mental illness. Psychiatr Serv 2000;51(6):766-73.

Government of Ontario. Internet : http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/mentalhealth/intens_cm.pdf.

Government of Ontario. Internet : http://www.health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/mentalhealth/intens_cm.pdf.

Gröne O, Garcia-Barbero M. Trends in Integrated Care – Reflections on Conceptual Issues. WHO - World Health Organization, Copenhagen, 2002.
Harkins S. Glossary of Terms; 2003.

Heisler EJ, Bagalman E. 2015. The mental health workforce: a prime. Washington, DC: Congressional Research Service.

HHS - Department of Health and Human Services. Consensus conference on the essentials of public health nursing practice and education: Report of the conference. Rockville 1994

HHS - Department of Health and Human Services. The Office of minority Health. Internet: http://www.omhrc.gov/.

Hodges JQ, Markward M, Keele C, Evans CJ. Use of self-help services and consumer satisfaction with professional mental health services. Psychiatr Serv 2003;54(8):1161-3.

HRB – Health Research Board. Internet: http://www.hrb.ie/health-information-in-house-research/mental-health/information-systems/three-county-case-register/

HRB – Health Research Board. Internet: http://www.hrb.ie/health-information-in-house-research/mental-health/information-systems/three-county-case-register/

HSS - US Department of Health and Human Services 2015. Internet: http://www.ct.gov/dmhas/lib/dmhas/publications/mhethnicity.pdf/.

Huber M, Knottnerus JA, Green L, van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, et al. How should we define health? BMJ 2011;343:d4163.

Jones S, Howard L, Thornicroft G. 'Diagnostic overshadowing': worse physical health care for people with mental illness. Acta Psychiatr Scand 2008;118(3):169-71.

Karel MJ, Gatz M, Smyer MA. Aging and mental health in the decade ahead: what psychologists need to know. Am Psychol 2012;67(3):184-98.

Keppel KG, Pearcy JN, Wagener DK. Trends in racial and ethnic-specific rates for the health status indicators: United States, 1990-98. Healthy People 2000 Stat Notes 2002(23):1-16.

Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. Bull World Health Organ 2004;82(11):858-66.

Kriston L, Scholl I, Holzel L, Simon D, Loh A, Harter M. The 9-item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and psychometric properties in a primary care sample. Patient Educ Couns 2010;80(1):94-9.

Lagomasino IT, Zatzick DF, Chambers DA. Efficiency in mental health practice and research. Gen Hosp Psychiatry 2010;32(5):477-83.

Lal S, Adair CE. E-mental health: a rapid review of the literature. Psychiatr Serv 2014;65(1):24-32.

Latha KS. The noncompliant patient in psychiatry: the case for and against covert/surreptitious medication. Mens Sana Monogr 2010;8(1):96-121.

Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. Br J Psychiatry 2011;199(6):445-52.

Liberman RP, Kopelowicz A, Ventura J, Gutkind D. Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. Int Rev Psychiatry. 2002;14:256–272.

Loh A, Simon D, Wills CE, Kriston L, Niebling W, Harter M. The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: a cluster-randomized controlled trial. Patient Educ Couns 2007;67(3):324-32.

Malm UI, Ivarsson BA, Allebeck P. Durability of the efficacy of integrated care in schizophrenia: a five-year randomized controlled study. Psychiatr Serv 2014;65(8):1054-7.

Maxwell RJ. Dimensions of quality revisited: from thought to action. Qual Health Care 1992;1(3):171-7.

Mayberry RM, Nicewander DA, Qin H, Ballard DJ. Improving quality and reducing inequities: a challenge in achieving best care. Proc (Bayl Univ Med Cent) 2006;19(2):103-18.

McGlynn E, Shekelle PG, Chen S, et al. Rockville, MD: AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. Health Care Efficiency Measures: Identification, Categorization, and Evaluation, AHRQ Publication No. 08-0030. Internet: http://www.ahrq.gov/qual/efficiency/

McSherry B. Risk assessment by mental health professionals and the prevention of future violent behaviour. Trends and issues in crime and criminal justice 2004;281: 1-6.

Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication--Adolescent Supplement (NCS-A). J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2010;49(10):980-9.

Meys E, Hermans K, Van Audenhove C. Geestelijke gezondheidszorg en uitsluiting. Rapport KBS-project; 2014. Leuven: LUCAS KU Leuven.

Mitchell AJ, Malone D, Doebbeling CC. Quality of medical care for people with and without comorbid mental illness and substance misuse: systematic review of comparative studies. Br J Psychiatry 2009;194(6):491-9.

Mitchell GK, Tieman JJ, Shelby-James TM. Multidisciplinary care planning and teamwork in primary care. Med J Aust 2008;188(8 Suppl):S61-4.

Mrazek PJ, Haggerty RJ. Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington, DC: National Academy Press for the Institute of Medicine, Committee on Prevention of Mental Disorders; 1994.

Murray E, Pollack L, White M, Lo B. Clinical decision-making: physicians' preferences and experiences. BMC Fam Pract 2007;8:10.

NHCS - National Center for Health Statistics. Health, United States 2005. Washington, DC: US Department of Health and Human Services; 2005. Available at: http://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pub d/hus/state.htm

NHS – IAPT. National Health Service – Improved Access to Psychological Therapy. Internet: http://www.iapt.nhs.uk/silo/files/good-practice-guidance-on-the-use-of-selfhelp-materials-within-iapt-services.pdf

NHS – National Health Service. http://www.yorksandhumberdeanery.nhs.uk/media/75621/competencytraineesguide.pdf

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence; 2008. Internet: www.nice.org.uk/media/B52/A7/TAMethodsGuideUpdatedJune2008.pdf

NICE - The National Institute for Health and Care Excellence. Guide to the methods of technology appraisal 2013. Internet: https://www.nice.org.uk/article/pmg9/chapter/foreword

NRC – IOM. National Research Council and Institute of Medicine. Committee on Adolescent Health Care Services and Models of Care for Treatment Prevention and Healthy Development. Adolescent health services: Missing opportunities, 2009. Washington, DC: National Academies Press. Internet: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=12063

NRC – National Research Council. Committee on Adolescent Health Care Services and Models of Care for Treatment Prevention and Healthy Development, National Research Council, & Institute of Medicine. Adolescent health services: Missing opportunities 2009. Washington, DC: National Academies Press. Internet: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=12063

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development. Mental Health and Work: Belgium, Mental Health and Work, OECD Publishing, Paris. Internet: http://dx.doi.org/10.1787/9789264187566-en

OFO - Organizational Future Orientation 2015. Internet: http://futureorientation.net/2010/07/29/what-is-organizational-future-orientation/

Onloine Encyclopedie. Internet: http://www.encyclo.nl/begrip/pati%C3%ABntenvereniging

Passchier WF, Albering HJ, Amelung B, Anderson HR, Briggs DJ, Caratti P e.a. Healthy Airports. A proposal for a comprehensive set of airport environmental health indicators. Maastricht: Universiteit Maastricht, Department of Health Risk Analysis and Toxicology 2002. Internet: http:// www.personeel.unimaas.nl/wf.passchier/products.htm.

Perera G, Soremekun M, Breen G, Stewart R. The psychiatric case register: noble past, challenging present, but exciting future. Br J Psychiatry 2009;195(3):191-3.

Riper H, Andersson G, Christensen H, Cuijpers P, Lange A, Eysenbach G. Theme issue on e-mental health: a growing field in internet research. J Med Internet Res 2010;12(5):e74.

RWJF – Robert Wood Johnson Foundation. Internet: http://www.rwjf.org/files/publications/other/ChronicIllnessChartbook2001.pdf. See more at: http://www.ajmc.com/journals/supplement/2006/2006-11-vol12-n13suppl/nov06-2390ps348-s352/P-2#sthash.V4HIrH9B.dpuf.

Satcher D. Eliminating racial and ethnic disparities in health: the role of the ten leading health indicators. J Natl Med Assoc 2000;92(7):315-8.

Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. Lancet 2007;370(9590):878-89.

Schauer C, Everett A, del Vecchio P, Anderson L. Promoting the value and practice of shared decision-making in mental health care. Psychiatr Rehabil J 2007;31(1):54-61.

Schwarz SW. Adolescent mental health in the United States: Facts for Policymakers. Retrieved November 9, 2012, from http://nccp.org/publications/pdf/text_878.pdf

SHC 9193. Aborder et gérer les conflits et pratiquer des interventions sous contrainte dans les soins de santé mentale. 2016.

Shore JH. Telepsychiatry: videoconferencing in the delivery of psychiatric care. Am J Psychiatry 2013;170(3):256-62.

Simon GE, VonKorff M, Rutter C, Wagner E. Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. BMJ 2000;320(7234):550-4.

Solomon P. Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. Psychiatr Rehabil J 2004;27(4):392-401.

State Government of Victoria, Australia, Department of Health. Internet: http://www.health.vic.gov.au/mentalhealthservices/statewide.htm

State Government of Victoria, Australia, Department of Health. Internet: http://www.health.vic.gov.au/mentalhealthservices/intro-mhservices.pdf.

Tambuyzer E, Pieters G, Van Audenhove C. Patient involvement in mental health care: one size does not fit all. Health Expect 2014;17(1):138-50.

'The Question Bank, ESRC, undated, 'Developing Indicators for Concepts', *Question Bank FACTSHEET 7*, available at http://surveynet.ac.uk/sqb/datacollection/developingindicatorsforconceptsfactsheet.pdf, accessed 5 October 2016

Thomas KA, Rickwood D. Clinical and cost-effectiveness of acute and subacute residential mental health services: a systematic review. Psychiatr Serv 2013;64(11):1140-9.

Thornicroft G, Tansella M. What are the arguments for a community based mental health care? Copenhague, Regional office for Europe,WHO (Health Evaluation Network HEN); 2003. Internet: www.euro.who.int/document/E82976.pdf

Titterton M. Risk and Risk Taking in Health and Social Welfare. London: Jessica Kingsley Publishers; 2004.

Vanclooster S, Vanderhaegen J, Bruffaerts R, Hermans K, Van Audenhove C. (2013). Inschatting van de behoefte aan GGZ. Leuven: Steunpunt WVG. Internet: https://steunpuntwvg.be/images/rapporten-en-werknotas/behoefte-aan-ggz

Vermeulen B, Lauwers H, Spruytte N, Van Audenhove C. Experiences of family caregivers for persons with severe mental illness: an international exploration; 2015. Leuven: LUCAS KU Leuven/EUFAMI.

Vermeulen B. Eufami - European Federation of Associations of Families of People with Mental Illness. Rapport 2015. Internet: http://www.kuleuven.be/lucas/pub/publi_upload/C4C%2520Global%2520Report%2520Final.pdf

Vis C, Kleiboer A, Prior R, Bønes E, Cavallo M, Clark SA, et al. Implementing and up-scaling evidence-based eMental health in Europe: The study protocol for the MasterMind project; 2015. Internet: http://munin.uit.no/handle/10037/9001

Vlaamse Overheid. Agenschap Zorg en Gezondheid. Internet: https://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Kwaliteit/Kwaliteitsindicatoren-voor-de-geestelijke-gezondheidszorg.

Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. Lancet 2007;370(9590):841-50.

Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al. Worldwide use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders: results from 17 countries in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. Lancet 2007;370:841.

Wasylenki D. The psychogeriatric problem. Canada's Mental Health 1982;30:16-19.
Wechsler LR, Tsao JW, Levine SR, Swain-Eng RJ, Adams RJ, Demaerschalk BM, et al.

Teleneurology applications: Report of the Telemedicine Work Group of the American Academy of Neurology. Neurology 2013;80(7):670-6.

WHO – World Health Oganization 2015 Internet: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/index7.html.

WHO – World Health Organization 2015. Internet: http://www.who.int/environmental_health_emergencies/vulnerable_groups/en/

WHO – World Health Organization 2015. Internet: http://www.who.int/hrh/resources/observer8/en/

WHO – World Health Organization 2015. Internet: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/

WHO – World Health Organization 2015. Internet: http://www.who.int/mental_health/media/en/545.pdf.

WHO – World Health Organization 2015. Internet: http://www.who.int/topics/poverty/en/.

WHO - World Health Organization and Mental Health and Poverty Project: Mental health and development: targeting people with mental health conditions as a vulnerable group. Internet: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563949_eng.pdf.

WHO – World Health Organization. Internet:
http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/

Wills CE, Holmes-Rovner M. Integrating Decision Making and Mental Health Interventions Research: Research Directions. Clin Psychol (New York) 2006;13(1):9-25.

VII. ZUSAMMENSETZUNG DER ARBEITSGRUPPE

Die Zusammensetzung des Vorstands und des Gremiums sowie die Liste der per KE ernannten Sachverständigen ist auf der Website verfügbar (Wer sind wir?).

Alle Sachverständigen haben sich ***als Privatperson*** an der Arbeitsgruppe beteiligt. Ihre allgemeinen Interessenerklärungen und die der Mitglieder des Vorstands und des Gremiums sind auf der Website des HGR verfügbar (Interessenkonflikte).

Die nachfolgenden Sachverständigen waren bei der Ausarbeitung und der Genehmigung der Stellungnahme beteiligt. Der Vorsitz der Arbeitsgruppe wurde von **Chantal VAN AUDENHOVE** geführt; das wissenschaftliche Sekretariat von Sylvie GERARD.

BRUFFAERTS Ronny	Psychologie	KU Leuven
CAMUT Stéphane	Ergotherapie	Haute Ecole Libre de Bruxelles Ilya Prigogine Collège d'Ergothérapie de Bruxelles
CASSELMAN Joris	Psychiatrie Kriminologie	KU Leuven
CROMBEZ Geert	Gesundheit Psychologie	UGent
HERMANS Kirsten	Psychologie	KU Leuven
MERTENS Serge	Psychiatrie	H.N.P. Saint-Martin
SEVENANTS Aline	Psychologie	KU Leuven
VAN AUDENHOVE Chantal	Psychologie	KU Leuven
VAN DEN AMEELE Hans	Psychiatrie	AZ Sint-Jan Brugge-Oostende
VANDENDORPE Florence	Soziologie, Psychologie	European Research Council Executive Agency (ERCEA)

Die nachfolgenden Sachverständigen wurden gehört. Sie waren allerdings nicht bei der Genehmigung der Stellungnahme beteiligt:

ANDRIEN Hervé	Psytoyens
DE COEN Marlien	Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid
DEMESMAEKER Marc	CRESAM
GIELEN Peter	Zelfhulp.be
HOYOUX Stéphane	CRESAM
TAMBUYZER Else	Vlaams Patiëntenplatform
VAN HOUDT Sabine	Vlaams Patiëntenplatform
WEBER Carmen	Psytoyens

Die nachfolgenden Behörden wurden gehört:

DE BOCK Paul	FÖD Volksgesundheit

VIII. APPENDICES

Appendix 1. Recommendations that were retrieved from the literature

This appendix shows an overview of recommendations and/or indicators that emerged from the literature (references see main text). The first 30 recommendations were formulated in the article of Gaebel et al. (2012). The following 48 recommendations and/or indicators emerged from the present literature search. Every recommendation /indicator is accompanied by a description which is either an explanation of the recommendation, a possible operationalization or a possible way to measure this recommendation and/or indicator.

EPA guidance on the quality of mental health services

Gaebel W, Becker T, Janssen B, Munk-Jorgensen P, Musalek M, Rössler W, Sommerlad K, Tansella M, Thornicroft G, Zielasek J. (2012)

STRUCTURE RECOMMENDATIONS

QIs - MACRO

A1. Mental health education

Number of coordination bodies per 100.000 population

A2. Mental health reporting and monitoring

Presence of mental health information system providing annually updated information of the number of mental healthcare facilities, their regional distribution, their staffing and use

QI's - MESO

A3. Structural requirements to ascertain patient's dignity and basic needs

Number of mental healthcare facilities following the ITHACA toolkit recommendations divided by the number of mental healthcare facilities not following the ITHACA toolkit recommendations

A4. Multi-professionality of services

Number of multi-professional teams per 100.000 people with mental disorders

A5. Access to good primary healthcare and specialized psychiatric care

Number of primary mental health services per 100.000 people with mental disorders. Number of competence centers for psychiatry per 100.000 people with mental disorders

A6. Availability of technological equipment for assessment and treatment

Number of in-and outpatient services which provide access to major evidence-based diagnostic and therapeutic technologies within 72 hours for non-acute cases and immediate access for acute cases divided by the number of in- and out-patient services without such a provision

A7. Psychiatric workforce

Number of psychiatrists in out-patient psychiatric services per 100.000 people with mental disorders

Number of psychiatrists in hospitals per 100.000 people with mental disorders

A8. Catchment areas

Number of people living in areas which catchment areas are defined divided by the number of people living in areas in which no catchment areas were defined

A9. Day hospitals for people with acute mental disorders

Number of 'places' in day hospital services for people with acute mental disorders per 100.000 people with acute mental disorders

A10. Psychiatric care for members of minority groups

Number of linguistic, ethnic and religious minority groups for which specialized mental healthcare services are available divided by the number of linguistic, ethnic and religious minority groups for which specialized mental healthcare services are not available

QIs MICRO

A11. Essential in-patient services structural requirements

Number of psychiatric hospitals/in-patient psychiatric services fulfilling essential structural requirements

A12. Essential out-patient services structural requirements

Number of outpatient services fulfilling the essential structural requirements

A13. Essential rehabilitation service structural requirements

Number of rehabilitation wards fulfilling the structural requirements

A14. Community mental health teams for people with severe mental illnesses

Number of community mental health teams for people with severe mental illnesses or personality disorders per 100.000 people with severe mental illness or personality disorders

A15. Intensive Case Management

Number of severely ill persons in intensive case management divided by the total number of severely ill persons

A16. Integrated Care Models

Number of integrated models of cooperative community care providing evidence based services with joint budgetary responsibility of participating service providers divided by the sum of the numbers of psychiatric hospitals, psychiatric departments in general hospitals, out-patient mental healthcare services and private psychiatric practices

PROCESS RECOMMENDATIONS

QIs MESO

A17. Evidence-based medicine

Numbers of mental health services with implemented standard operating procedures ascertaining obedience to the rules of evidence-based medicine divided by the number of mental health services without such implemented standard operating procedures

QIs MICRO

A18. Safety issues

Number of mental health services with standard operational policies to ascertain patient and staff safety divided by the number of those without such standard operational policies

A19. Informed consent

Number of patients in all mental health services treated with informed consent divided by the number of patients in all mental health services without informed consent

A20. Monitoring of physical illness and access to general and specialized medical services

Number of patients with mental illness monitoring divided by the total number of patients with mental illness

EPA guidance on the quality of mental health services

Gaebel W, Becker T, Janssen B, Munk-Jorgensen P, Musalek M, Rössler W, Sommerlad K, Tansella M, Thornicroft G, Zielasek J. (2012)

A21. Hospitals/in-patient services – basic requirements

Number of patients admitted to mental hospitals and other in-patient services

A22. Hospitals/in-patient services – admission procedures

Number of patients with mental illness admitted to a psychiatric ward or other in-patient psychiatric service with psychiatric and medical assessment within 24 hours of admission divided by the number if admitted patients with mental illness

A23. Hospitals/in-patient services: access to wards to special services

Number of mental hospital and other in-patient units with access to psychology, occupational therapy, social work, administration and pharmacy, divided by the total number of mental hospital wards

A24. Hospitals/in-patient services – detained patients procedures

Number of detained patients with written information on their rights within 12 hours divided by the number of detained patients without such information

A25. Elimination of waiting times for out-patient appointments

Number of patients with a waiting time of 0 days, divided by the number of patients with a waiting time > 0 days

A26. Rehabilitation units

Number of psychiatric rehabilitation wards

A27. Effective components of home-based treatment

Number of mental healthcare facilities providing home treatment and follow a plan for regularly visiting at home

EPA guidance on the quality of mental health services

Gaebel W, Becker T, Janssen B, Munk-Jorgensen P, Musalek M, Rössler W, Sommerlad K, Tansella M, Thornicroft G, Zielasek J. (2012)

A28. Essential components of community mental health treatment

Number of persons in community healthcare who receive all of the following: multidisciplinary assessment, regular team reviews, monitoring and prescribing medication, psychological interventions and whose management plan has a focus on the continuity of care, divided by the number of all persons in community mental healthcare

A29. Active components of intensive case management

A30. Organizational integration of psychiatric in-patient and out-patient services

Number of mental hospital organizations integrated with mental health out-patient facilities divided by the total number of mental hospitals

A. Literature search

B.

B1. Integrated care Amiel & Pincus, 2011; Chang et al., 2014; Bradford et al., 2013; Stewart et al., 2012; Beeber et al., 2013; Aubry et al., 2015; Garand et al., 2014

Quality improvement through the provision of psychiatric care in medical settings, medical care in psychiatric settings or fully integrated care through broadly trained providers, care coordinated services (inpatient MH services), integrated care for people with schizophrenia, a combination of generalist and specialist nurses

B2. Symptom or diagnostic assessment Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012

Substance abuse, suicide risk, bipolar or depressive disorder, schizophrenia or other psychotic illness, anxiety disorder, etc.

B3. Evidence-based pharmacotherapy Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012

Selection of medications, medication adherence, polypharmacy, adequate medication dosage, occurrence of side effects, monitoring, medication reconciliation, etc.

B4. Evidence-based psychosocial interventions Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012, Sveinbjarnardottir et al., 2013, Bormann et al., 2014 ; Baker et al., 2014 ; Laaksonen et al., 2013; Kay-Lambin et al., 2011; Chan et al., 2011; Secades-Villa et al., 2011 ; Fortney et al., 2015 ; Tandon et al., 2014 ; Wells et al., 2013; Mueser et al., 2014 ; Williams et al., 2014; Jensen et al., 2014; Battersby et al., 2013; Rosenbaum et al., 2014; Bartels et al., 2014; Muntingh et al., 2014; Lobban et al., 2013; Morokuma et al., 2013

Assertive community treatment, early intervention programs, mental health screening, psychotherapy, case management, employment support or assistance, integrated dual diagnosis treatment, family psycho-education, cognitive behavior therapy, collaborative care, etc.

B5. Substance use Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012,Cunnincham, 2013; Zhuang et al., 2014

Engagement in care, quantity or frequency of use, blood urine monitoring, alcohol health center (AHC), better drug treatment enrollment, etc.

B6. General medical care Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012

Preventive medical care or screening, chronic illness medical care, etc.

B7. Continuity of care [Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012; Tandon et al., 2014]

Inpatient readmission, outpatient follow-up after inpatient discharge, coordination without mental health, coordination with primary care, inpatient discharge planning, coordination with substance abuse treatment, electronic personal health records, etc.

B8. Access measures [Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012]

Access to emergency mental health, access to and wait times for outpatient services, access to primary care, access to and wait times for substance abuse treatment, etc.

B9. Efficiency measures [Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012]

Duration of hospitalization, utilization of outpatient services, utilization of substance abuse treatment, etc.

B10. Patient safety [Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012]

Use of seclusion or restraints, medication errors or adverse events, falls or injuries, non-medication adverse events, etc.

B11. Forensic or legal issues [Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012]

Involuntary or compulsory hospitalization, criminal justice encounters, involuntary or compulsory community treatment, etc.

B12. Recovery measures [Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012]

Access to peer or consumer services, shared decision making, recovery, etc

B13. Outcome measures [Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012; Schellings et al., 2012]

Functioning, client or family satisfaction with care, change in reported symptoms, general health status, mortality, employment or income, client or family self-assessment, housing, etc. Treatment outcome is periodically measured by means of a standardized method and results are used for the revision of the individual treatment plan and for the purpose of the aggregation of treatment results.

B14. Cultural or ethnic issues [Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012]

Racial or ethnic disparities in care, training cultural competency, access to culturally specific care, etc.

B15. Population-based resources [Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012]

Total expenditure for mental health services for the population, mental health workforce (full-time equivalents) for the population, etc.

B16. Pharmacotherapy [Gorgeon et al., 2012; Schellings et al., 2012]

Medication safety, pharmacotherapy (based on medication guidelines), etc.

B17. Unplanned hospital admissions [Jacobs et al., 2013]

Structured reviews within 15 months, documented comprehensive care plan, monitoring of blood levels, monitoring lithium patients' thyroid and kidney function, etc.

B18. Quality concepts for appropriate use and management of antipsychotics for youth [Kealy et al., 2014]

Use in very young children, multiple concurrent antipsychotics, higher-than-recommended doses, use without a primary indication, access to psychosocial interventions, metabolic screening, follow-up visits with a prescriber, etc.

B19. Quality indicator for rehabilitative care [Killapsy et al., 2012]

Ratings of autonomy and experiences of care

B20. Effectiveness of psychiatric consult service [Lavakumar et al., 2013]

Consultee satisfaction is perceived as a useful global measure of the effectiveness of a psychiatric consult service

B21. Treatment plan [Schellings et al., 2012]

An elaborate plan for the individual, including information about psychiatric diagnosis, informed consent, goals of treatment, therapeutic interventions

B22. Care program [Schellings et al., 2012]

A general program in which a comprehensive view on the treatment of patients is presented

B23. Involvement in treatment of patients and relatives [Schellings et al., 2012]

The treatment plan is determined in consultation with the patient and his or her relatives.

B24. Pharmacotherapy [Schellings et al., 2012]

Pharmacotherapy is based on medication guidelines.

B25. Governance responsibility Schellings et al., 2012

The governing body is informed about the quality of care and will adjust the policy.

B26. Seclusion and restraint Sacks & Walton, 2014

Restraint events, restraint hours, repeated use of involuntary restraint, seclusion lasting less than 1 hour, seclusion lasting more than 1 hour but less than 6 hours, and 1 or more seclusion events, etc.

B27. Clinical effectiveness Thomas & Rickwood, 2013

Clinical improvements at discharge from acute residential units that are similar to or greater than the clinical improvements of inpatients at discharge.

Subsequent mental health service use.

B28. Satisfaction Thomas & Rickwood, 2013, Xavier & De Almeida, 2013

Satisfaction with mental healthcare / satisfaction with the services.

B29. Cost effectiveness Thomas & Rickwood, 2013

Cost per degree of improvement.

B30. Service utilization Wood & Wand, 2014

Annual referral rates.

B31. Efficiency Wood & Wand, 2014

Response timeliness to hospital staff referrals.

B32. Needs Xavier & De Almeida, 2013

The service or procedure is what the patient actually needs.

B33. Functioning Xavier & De Almeida, 2013

Independent functioning in the community.

B34. Quality of life Xavier & De Almeida, 2013

Quality of life of the patient.

B35. Physical activity Jacquart et al., 2014; Varambally et al., 2012; Van De Ven & Delbecq, 1976; Michon et al., 2014; Bartels et al., 2014; Patterson et aL., 2013 ; Bartels et al., 2013

Exercise for people with a depression, yoga as a complementary intervention in the management of schizophrenia, community based exercise program for people with Alzheimer**,** physical activity for people with a mental illness**,** hiking for suicidal patients, The In SHAPE program (for overweight people with serious mental illness), supervised aerobic exercise for people with a depression, etc.

B36. Case management Tomita et al., 2014 ; Tomita & Herman, 2012 ; Herman et al., 2011 ; Livingston et al., 2013 ; Archer et al., 2012 ; O'Brien et al., 2012

Critical time intervention for people with severe mental illness, critical time intervention for homeless people with severe mental illness, The Flinders Program, In-hospital Brief Violence Interventions with community wraparound case management interventions, etc.

B37. Caregiver and family burden Xavier & De Almeida, 2013, Sveinbjarnardottir et al., 2013; Winickoff et al., 2013; Whitebird et al., 2013; Kuo et al., 2013; Montgomery et al., 2011; Sundsli et al., 2014; Proudfoot et al., 2013

Specific short-term therapeutic conversation intervention in acute inpatient psychiatry, Parental tobacco control intervention (in pediatric practice), Mindfulness-based stress reduction for family caregivers, Home-based caregiver training program, Tailored Caregiver Assessment and Referral(R) (TCARE(R)), A manual based coping strategy, REACT intervention (for family caregivers of people with psychosis), etc.

B38. Psychiatric care for members of minority groups Zhou & Gu, 2014; Malm et al., 2014; Tan & King, 2013

Housing first for homeless people with mental illness, supported employment (for Latinos in the US), etc.

B39. Recovery Cook et al., 2013; Cook et al., 2012; Cook et al., 2012; Aboutanos et al., 2011

Wellness Recovery Action Planning (WRAP) (for people with severe mental illnesses), Humor skill training in a mental health service (for people with schizophrenia), etc.

B40. Self-help services Vreugdenhil et al., 2012; Wu et al., 2014; Du et al., 2014 ; Naeem et al., 2014 ; Garrido et al., 2013

Self-management training (for people with schizophrenia), Self-care telephone talks, Integrated-IMR, The myCompass program, DVD-based training (for older adults), etc.

B41. Supported employment [Bejerholm et al., 2015; Waghorn et al., 2014; Orrell et al, 2014; Feinberg et al., 2014; Cai et al., 2014 ; Hoffmann et al., 2014 ; Torrent et al., 2013]

Individual placement (for people with severe mental illness), Supported employment programs, SHARP-at work intervention, problem-solving intervention (for recurrent sickness absence in workers with mental disorders), etc.

B42. Community healthworker workforce [Kangovi et al., 2014]

Number of community mental health teams for people with severe mental illnesses or personality disorders per 100.000 people with severe mental illness or personality disorders, etc.

B43. Psycho-education [Chien & Leung, 2013; Cook et al., 2012 ; Arends et al., 2014 ; Neunhauserer et al., 2013]

Needs-based, nurse-led psycho-education program, building recovery of individual dreams and goals through education and support (BRIDGES), problem solving education (for parents with children with autism), psycho-education for major depressive disorders, etc.

B44. Skills trainings for healthcare providers [Ayers & Arch, 2013; Wiles et al., 2014]

VA academic partnership, consultation and expert coaching for training therapists, listening visits, etc.

B45. First line treatment [Srihari et al., 2015; Grupp-Phelan et al., 2012; Gitlin et al., 2013; Roldan-Merino et al., 2013; Varambally et al., 2012]

First-episode service (for people with psychotic disorders), ED-based mental health service engagement intervention (for adolescents at risk for suicide), personalized in-home nursing care plan (for people with schizophrenia), listening visits (LV), etc.

B46. Telemedicine [Gellis et al., 2014; Bedard et al., 2014; Volpe et al., 2015]

Integrated telehealth care (for older adults with chronic illness and comorbid depression), online well-being intervention (for mildly depressed adults), Computer-assisted cognitive remediation therapy (for people with schizophrenia), etc.

B47. Cognitive therapy [Grupp-Phelan et al., 2012; Velligan et al., 2013; Oosterbaan et al., 2013; Stanton & Reaburn, 2014]

Motivational interviewing (MI) (for adults with depression in outpatient psychiatry), in-person and electronic interventions (for people with schizophrenia), cognitive remediation (for Asian people with schizophrenia), functional remediation (for bipolar patients), etc.

B48. Group therapy [Bolier et al., 2013]

A structured group reading program, etc.

Appendix 2. First categorization of recommendations, based on the seven objectives of the WHO

4 core objectives WHO – Extended version

WHO objective 1: Everyone has an **equal** opportunity to realize mental wellbeing throughout their lifespan, particularly those who are most vulnerable or at risk *[T&T: equity, justice]*	WHO objective 2: People with mental health problems are citizens whose **human** rights are fully valued, respected and promoted *[T&T: equity, justice, autonomy]*	WHO objective 3: Mental health services are **accessible, competent and affordable**, available in the community according to need *[T&T: accessibility, efficiency]*	WHO objective 4: People are entitled to **respectful, safe and effective treatment** *[T&T: effectiveness]*
•A10. Psychiatric care for members of minority groups •B14. Cultural and ethnic issues •B37. Caregiver and family burden •C1. Identification of vulnerable groups •C2. Psychiatric care for the poor •C3. Psychiatric care for children and adults	•A3. Staff competences •C4. Shared decision making (e.g.: B11. Forensic and legal issues, A19. Informed consent, C5. Freedom of choice, C6. Second opinion, B49 Patient participation) •B23. Involvement in treatment of patients and relatives •B26. Seclusion and restraint •B40. Self-help services and patient associations	•A5. Access to good primary healthcare and specialized psychiatric care / B8. Access measures •A6. Availability of technological equipment for assessment and treatment / B46. Telemedicine •A7. Psychiatric workforce •C7. Network (e.g.: A8. Catchment areas, A9. Day hospital for people with acute mental disorders, A11. Essential in-patient services structural requirements, A12. Essential out-patient services structural requirements, A14. Community mental health teams for people with severe mental illness, A21. Hospitals/in-patient services – basic requirements, A22. Hospitals/in-patient services – admission procedures, A23. Hospitals/in-patient services – access to wards to special services, A24. Hospitals/in-patient services – detained patients procedures, C8. Crisis intervention centers) •B9. Efficiency measures •B31. Efficiency •A25. Elimination of waiting times for outpatient appointments •B29. Cost effectiveness •C9. Treatment gap (taking account of people who don't have access to mental health care) •C10. Waiting lists	•A18. Safety issues / B10. Patient safety •B20. Effectiveness of psychiatric consult service / B27. Clinical effectiveness •B13. Outcome measures (e.g.: B28. Satisfaction, B32. Needs, B33. Functioning, B34. Quality of life) •B36. Case management / A15. Intensive case management / A27. Effective components of home-based treatment / A28. Essential components of community mental health treatment •B48. Individual and group therapy (e.g.: B2. Symptom and diagnostic assessment, B5. Substance use / B24. Pharmacotherapy, B6. General medical care, B12. Recovery measures / B19. Rehabilitative care / B39. Recovery, B21. Treatment plan / B22. Care program, B35. Physical activity, B41. Supported employment, B43. Psycho-education, B45. First-line treatment, C11. Disability management) •C12. Prevention •C13. Transition •C14. Risk taxation •C15. Specific treatments for specific target groups (age, problems, etc.) (e.g. B18. Quality concepts for appropriate use and management of antipsychotics for youth, B51. Behavior disorders in children, B52. Depression in adults)

3 cross cutting objectives WHO

WHO objective 5: Health systems provide **good physical and mental health care** for all *[T&T: quality, relevance, comprehensiveness]*

- A4. Multi-professionality of services
- A20. Monitoring of physical illness and access to general and specialized medical services

WHO objective 6: Mental health systems work in **well-coordinated partnership with other sectors** *[T&T: coordination, continuity]*

- A2. Mental health reporting and monitoring
- A16. Integrated care models / B1. Integrated care / A30. Organizational integration of psychiatric in-patient and out-patient services / B7. Continuity of care
- B50. Continuity and coordination of care
- C16. Collaboration between different care settings
- C17. Case registers

- A1. Mental health education / B44. Skills trainings for healthcare providers
- A17. Evidence-based medicine / B3. Evidence-based pharmacotherapy / B4. Evidence-based psychosocial interventions
- B15. Population-based resources
- B25. Governance responsibility
- C18. Future orientation – WHO objective 7

WHO objective 7: Mental health **governance** and delivery are **driven by good information and knowledge** *[T&T: accountability, relevance]*

4 core objectives WHO – Short version

WHO objective 1: Everyone has an **equal** opportunity to realize mental wellbeing throughout their lifespan, particularly those who are most vulnerable or at risk *[T&T: equity, justice]*	WHO objective 2: People with mental health problems are citizens whose **human** rights are fully valued, respected and promoted *[T&T: equity, justice, autonomy]*	WHO objective 3: Mental health services are **accessible, competent and affordable**, available in the community according to need *[T&T: accessibility, efficiency]*	WHO objective 4: People are entitled to **respectful, safe and effective treatment** *[T&T: effectiveness]*
•A10. Psychiatric care for members of minority groups •B14. Cultural and ethnic issues •B37. Caregiver and family burden •C1. Identification of vulnerable groups •C2. Psychiatric care for the poor •C3. Psychiatric care for children and adults	•A3. Staff competences •C4. Shared decision making •B23. Involvement in treatment of patients and relatives •B26. Seclusion and restraint •B40. Self-help services and patient associations	•A5. Access to good primary healthcare and specialized psychiatric care •A6. Availability of technological equipment for assessment and treatment •A7. Psychiatric workforce •C7. Network •B9. Efficiency measures •B31. Efficiency •A25. Elimination of waiting times for outpatient appointments •B29. Cost effectiveness •C9. Treatment gap •C10. Waiting lists	•B10. Patient safety •B27. Clinical effectiveness •B13. Outcome measures •B36. Case management •B48. Individual and group therapy •C12. Prevention •C13. Transition •C14. Risk taxation •C15. Specific treatments for specific target groups (age, problems, etc.)

3 cross-cutting objectives WHO

WHO objective 5: Health systems provide **good physical and mental health care** for all *[T&T: quality, relevance, comprehensiveness]*

- A4. Multi-professionality of services
- A20. Monitoring of physical illness and access to general and specialized medical services

WHO objective 6: Mental health systems work in **well-coordinated partnership with other sectors** *[T&T: coordination, continuity]*

- A2. Mental health reporting and monitoring
- A16. Integrated care models
- B50. Continuity and coordination of care
- C17. Case registers

WHO objective 7: Mental health **governance** and delivery are **driven by good information and knowledge** *[T&T: accountability, relevance]*

- A1. Mental health education
- A17. Evidence-based medicine and psychosocial interventions
- B15. Population-based resources
- B25. Governance responsibility
- C18. Future orientation – WHO objective 7

Appendix 3. Remarks of the members of the working group and second categorization of recommendations, based on the four core objectives and the three cross-cutting objectives of the WHO

The following remarks of the members of the working group were taken into account, in order to optimize the categorization:

4 core objectives

1. Everyone has an **equal opportunity to realize mental well-being** throughout their lifespan, particularly those who are most vulnerable or at risk:
   - Treatment gap should be categorized under objective 3 because it concerns the accessibility of mental health care.
   - Groups that don't have access to mental health care should be described in more detail (e.g. forensic patients, poor people, adolescents, etc.).
   - The identification of vulnerable groups should be added as a recommendation.
2. People with mental health problems are citizens whose **human rights** are fully valued, respected and promoted:
   - "Structural requirements to ascertain patient's dignity and basic needs (A3)" should be described differently. It is important to refer to personnel and competencies of personnel to assure the patient's dignity.
   - "Forensic and legal issues (B11)" and "Informed consent (A19)" are covered by "Shared decision making". "Freedom of choice (C5)", "Patient participation (B49)" and "Second opinion (C6)" should also be categorized under "Shared decision making".
   - "Patient associations" should be added to "Self-help services (B40)".
   - "Caregiver and family burden (B37)" are categorized under objective 1.
   - "Outcome measures (B13)" such as Needs, Satisfaction, Functioning, Quality of life, etc. are covered by objective 4 because it concerns human rights.
3. Mental health services are **accessible, competent and affordable**, available in the community according to need:
   - Recommendations "Catchment areas (A8)" till "Hospitals/in-patient services detained patient procedures (A24)" should be categorized as "Network".
   - "Crisis centers (C8)" should be categorized under "Network".
   - "Waiting lists" should be categorized under objective 3.
   - ''Monitoring of physical illness and access to general and specialized medical services (A20)" was transferred to objective 5 since this recommendation applies to all aims.
   - "Competencies of the personnel (C11)" should also be addressed here.
4. People are entitled to **respectful, safe and effective treatment:**
   - In the title of this objective, "treatment" should be replaced by "intervention".
   - "Availability of technological equipment (A6)" should be transferred to objective 3.
   - "Case management (A15, B36)" is covered by "Effective components of homebased treatment (A27, A28)".
   - "Individual therapy" should be added to "Group therapy (B48)". This covers all therapies.
   - The following recommendations should be added to objective 4: "Prevention (C14)", "Transition (C15)", "Risk taxation (C16)", "Specific treatments for specific target groups - age, problems, etc. – (C17)" and "Rehabilitation management (C13)".

3 cross-cutting objectives

5. Health systems provide **good physical and mental health care for all**:
   - "Monitoring of physical illness and access to general and specialized medical services (A20)" should be added since this applies to all core objectives.
6. Mental health systems work in **well-coordinated partnership** with other sectors:
   - "Case registers (C18)" and "Collaboration between settings (C19)" should be added.
7. Mental health governance and delivery are driven by **good information and knowledge**:
   - "Psychiatric workforce (A7)" and "Community health worker workforce (B44)" are covered by objective 3.
   - "Evidence-based medicine (A17)" and "Evidence-based psychosocial interventions (B4)" go hand. "EBP" can be used as a collective term to describe evidence-based practice.
   - "Population based resources (B15)" and "Governance responsibility (B25)" apply to all four core objectives.

Second categorization of recommendations, based on the four core objectives and the three cross-cutting objectives of the WHO

WHO objective 1: Everyone has an **equal** opportunity to realize mental wellbeing throughout their lifespan, particularly those who are most vulnerable or at risk *[T&T: equity, justice]*	WHO objective 2: People with mental health problems are citizens whose **human** rights are fully valued, respected and promoted *[T&T: equity, justice, autonomy]*	WHO objective 3: Mental health services are **accessible, competent and affordable**, available in the community according to need *[T&T: accessibility, efficiency]*	WHO objective 4: People are entitled to **respectful, safe and effective treatment** *[T&T: effectiveness]*
Psychiatric care for members of minority groups (A10)/ Identification of vulnerable groups (C1)/ Psychiatric care for the poor (C2) Cultural and ethnic issues (B14) Caregiver and family burden (B37) Psychiatric care for children and adults (C3)	Staff competences (C19) Shared decision making (C4) (e.g.: Forensic and legal issues (B11), Informed consent (A19), Freedom of choice (C5), Second opinion (C6), Patient participation (B49), Involvement in treatment of patients and relatives (B23)) Seclusion and restraint (B26) Self-help services (B40) patient associations (C5)	Access to good primary healthcare and specialized psychiatric care (A5)/ Access measures (B8)/ Treatment gap (taking account of people who don't have access to mental health care) (C9)/ Waiting lists (C10)/ Elimination of waiting times for outpatient appointments (A25) Availability of technological equipment for assessment and treatment (A6)/ Telemedicine (B46) A7. Psychiatric workforce (A7) Efficiency measures (B9)/ Efficiency (B31)/ Cost-effectiveness (B29)	Safety issues (A18)/ Patient safety (B10) Effectiveness of psychiatric consult service (B20)/ Clinical effectiveness (B27) Outcome measures (B13) (e.g.: Satisfaction (B28), Needs (B32), Functioning (B33), Quality of life (B34)) Case management (B36)/ Intensive case management (A15)/ Effective components of home-based treatment (A27)/ Essential components of community mental health treatment (A28) Individual and group therapy (B48) (e.g.: Symptom and diagnostic assessment (B2), Substance use (B5), Pharmacotherapy (B24), General medical care, B12. Recovery measures, Rehabilitative care (B19), Recovery (B39), Treatment plan (B21), Care program (B22), Physical activity (B35), Supported employment (B41), Psycho-education (B43), First-line treatment (B45), Disability management (C11)) Prevention (C12) Risk taxation (C14) Specific treatments for specific target groups (age, problems, etc.) (C15) (e.g. Quality concepts for appropriate use and management of antipsychotics for youth (B18), Behavior disorders in children (B51), Depression in adults (B52))

WHO objective 5: Health systems provide **good physical and mental health care** for all *[T&T: quality, relevance, comprehensiveness]*
Multi-professionality of services (A4) Monitoring of physical illness and access to general and specialized medical services (A20)
WHO objective 6: Mental health systems work in **well-coordinated partnership with other sectors** *[T&T: coordination, continuity]*
Mental health reporting and monitoring (A2) Integrated care models (A16)/ B1. Integrated care (B1)/ Organizational integration of psychiatric in-patient and out-patient services (A30)/ Continuity of care (B7)/ Network (C7) (e.g.: A8. Catchment areas (A8), Day hospital for people with acute mental disorders (A9), Essential in-patient services structural requirements (A11), Essential out-patient services structural requirements (A12), Community mental health teams for people with severe mental illness (A14), Hospitals/in-patient services – basic requirements (A21), Hospitals/in-patient services – admission procedures (A22), Hospitals/in-patient services – access of wards to special services (A23), Hospitals/in-patient services – detained patients procedures (A24), Crisis intervention centers (C8)) Continuity and coordination of care (B50)/ Transition (C13) Collaboration between different care settings (C16) Case registers (C17)
WHO objective 7: Mental health **governance** and delivery are **driven by good information and knowledge** *[T&T: accountability, relevance]*
Mental health education (A1)/ Skills trainings for healthcare providers (B44) Evidence-based medicine (A17)/ Evidence-based pharmacotherapy (B3)/ Evidence-based psychosocial interventions (B4) Population-based resources (B15) Governance responsibility (B25) Future orientation (C18)

Appendix 4. Remarques des représentants des associations de patients

Representatives of patient associations indicated that the most important aspect of care quality is to provide patient-centered care. This means that every person should be sufficiently informed in an understandable language. It is important to listen to the patient and to take into account each person's questions and his/her network. Follow-up care is also essential, even after the treatment. Finally, patient associations mention that the recommendations that were retrieved from the literature, are based on the professional's point of view and less on the patient's point of view.

The attending members made the following comments:

- Objective 1: Mental healthcare for detainees and ethnic minorities should be mentioned in the table.
- Objective 2: Patient rights should be included in the table.
- Objective 3: The accessibility of finances should also be discussed.
- Objective 4: It should be clear that this objective does not only refer to medication intake.
- Objective 7: Besides the availability of population-based resources, it is also important to focus on the accessibility and the knowledge of population-based resources.

The above-mentioned remarks were taken into account in the final categorization and the description of the recommendations.

Über den Hohen Gesundheitsrat (HGR)

Der Hohe Gesundheitsrat ist ein föderales Beratungsgremium, dessen Sekretariat vom FÖD Volksgesundheit, Sicherheit der Nahrungsmittelkette und Umwelt geführt wird. Er wurde 1849 gegründet und erarbeitet für die Minister für Volksgesundheit und Umwelt, ihre Verwaltungen und einige Agenturen wissenschaftliche Stellungnahmen zum Thema Volksgesundheit. Diese Stellungnahmen werden entweder auf Antrag oder aus eigener Initiative abgegeben. Der HGR versucht, den politischen Entscheidungsträgern auf der Grundlage der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse den Weg zu zeigen.

Außer seinem ca. 25 Mitarbeiter zählenden internen Sekretariat, nimmt der HGR sein breites, aus über 500 Sachverständigen (Universitätsprofessoren, Mitarbeitern von wissenschaftlichen Institutionen, Akteuren vor Ort, usw.) bestehendes Netzwerk in Anspruch. 300 von diesen Sachverständigen sind per K.E. ernannte Sachverständige des Hohen Gesundheitsrates. Zum Erarbeiten der Stellungnahmen tagen die Sachverständigen in fächerübergreifenden Arbeitsgruppen.

Als offizielles Organ hält der Hohe Gesundheitsrat es für grundlegend, die Neutralität und Unparteilichkeit der von ihm erteilten wissenschaftlichen Stellungnahmen zu gewährleisten. Zu diesem Zweck hat er sich mit einer Struktur, Regeln und Verfahren ausgestattet, die es ihm ermöglichen, diesen Bedürfnissen bei jedem Schritt des Zustandekommens der Stellungnahmen effizient gerecht zu werden. Die Meilensteine in diesem Prozess sind die vorherige Untersuchung der Anfrage, die Ernennung der Sachverständigen der Arbeitsgruppen, das Implementieren eines Systems für den Umgang mit potenziellen Interessenskonflikten (auf der Grundlage der Interessenerklärung, einer Untersuchung der potenziellen Interessenskonflikte und eines Ausschusses für Berufsethik) und die endgültige Validierung der Stellungnahmen durch das Gremium (letztes Entscheidungsorgan des HGR, das aus 40 Mitgliedern aus dem Pool der ernannten Sachverständigen besteht). Dieser kohärente Rahmen zielt darauf ab, die Erstellung von auf dem Höchstmaß an verfügbarer wissenschaftlicher Sachkenntnis fundierenden Stellungnahmen zu ermöglichen, und dabei die größtmögliche Unparteilichkeit zu gewährleisten.

Nachdem sie vom Gremium validiert wurden, werden die Stellungnahmen dem Antragsteller und dem Minister für Volksgesundheit übergeben und werden sie auf der Webseite des HGR (www.hgr-css.be) veröffentlicht. Zudem werden einige Stellungnahmen der Presse sowie bestimmten Zielgruppen (Gesundheitsfachkräften, Universitäten, Politikern, Verbraucherverbänden, usw.) mitgeteilt.

Möchten Sie über die Tätigkeiten und Veröffentlichungen des HGR informiert bleiben, schicken Sie bitten eine Mail an: info.hgr-css@health.belgium.be.