Hoge Gezondheidsraad

ADVIES VAN DE HOGE GEZONDHEIDSRAAD nr. 9204

Naar een algemeen kader voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren in de geestelijke gezondheidszorg in België

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.

Versie gevalideerd op het College van
Oktober 2016[1]

SAMENVATTING

Achtergrond: Elk jaar krijgt meer dan een derde van de Europese bevolking te maken met psychische problemen. Kwalitatieve geestelijke gezondheidszorg draagt bij tot een duurzame samenleving. Het nieuwe Europese Actieplan voor de Geestelijke Gezondheid van de Wereld-gezondheidsorganisatie (WGO) roept de lidstaten daarom op om een gemeenschappelijke set kwaliteitsindicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg te ontwikkelen. Opdat België het Europese Actieplan voor de Geestelijke Gezondheid van de WGO zou kunnen implementeren, moet de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg in België gemeten worden. Er zijn een aantal indicatoren nodig om de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg te beoordelen, te monitoren en te meten.

In dit advies wil de Hoge Gezondheidsraad (HGR) een overzicht van aanbevelingen voor kwalitatieve geestelijke gezondheidszorg aanreiken die de basis kunnen vormen voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg in België. De sleutelvragen zijn: ‘Wat is kwaliteit?’ en ‘Wat moeten we meten?’.

Methodes: Voor de jaren 2011-2015 werd een systematische literatuurstudie uitgevoerd om het vroegere werk van Gaebel et al. (2012) aan te vullen. Daarbij zijn de elektronische databanken MEDLINE, EMBASE en Web of Science gebruikt. De literatuurstudie was opgebouwd uit drie delen. Het eerste deel ging over de kwaliteit van psychiatrische ziekenhuizen. Die zoekstrategie werd aangevuld met een tweede zoektocht naar gecontroleerde studies en systematische reviews van een heel aantal verschillende dienstverleningsstructuren voor geestelijke gezondheidszorg. De laatste zoektocht draaide ten slotte rond extramurale gezondheidszorg. Aanbevelingen die uit de systematische literatuurstudie voortkwamen werden besproken en aangevuld door deskundigen van de HGR en belanghebbende organisaties.

[1] De Raad behoudt zich het recht voor om in dit document op elk moment kleine typografische verbeteringen aan te brengen. Verbeteringen die de betekenis wijzigen, worden echter automatisch in een erratum opgenomen. In dergelijk geval wordt een nieuwe versie van het advies uitgebracht.

De aanbevelingen werden gecategoriseerd op basis van de zeven doelstellingen van het Actieplan voor de Geestelijke Gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie.

Resultaten: In de oorspronkelijke literatuurstudie identificeerden we 2126 artikelen. Daarvan voldeden 113 studies aan onze opnamecriteria. In die 113 artikelen vonden we 30 aanbevelingen die al geformuleerd waren in het artikel van Gaebel et al. (2012). Daarnaast leverde de huidige literatuurstudie 48 extra aanbevelingen en/of indicatoren op. De categorisering van de aanbevelingen, waarbij we rekening hielden met extra informatie en suggesties van deskundigen en betrokkenen, leidde tot 34 aanbevelingen.

Conclusie: Deze *evidence-based* aanbevelingen kunnen gebruikt worden als een algemeen kader voor de selectie en ontwikkeling van structuur- en procesindicatoren voor de kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg.

Sleutelwoorden en 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

MeSH (Medical Subject Headings) is the NLM (National Library of Medicine) controlled vocabulary thesaurus used for indexing articles for PubMed http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh.

[2] De Raad wenst te verduidelijken dat de MeSH-termen en sleutelwoorden worden gebruikt voor referentiedoeleinden en een snelle definitie van de scope van het advies. Voor nadere inlichtingen kunt u het hoofdstuk "methodologie" raadplegen.

INHOUDSTAFEL

1. INLEIDING EN VRAAGSTELLING 6
2. THEORETISCH KADER 7
3. METHODOLOGIE 11
3.1 Zoekstrategie 11
3.2 Resultaten van de systematische studie 11
3.2.3 Deskundigenpanel – 7 mei 2015 16
Op 7 mei werden de resultaten van de literatuurstudie besproken en aangevuld door de werkgroep van de HGR. Nadien werd overeengekomen om alle aanbevelingen te categoriseren op basis van de zeven doelstellingen van het Actieplan voor de Gezondheid van de WGO (zie Bijlage 2): 16
3.2.4 Deskundigenpanel – 29 juni 2015 16
3.2.5 Overleg met belanghebbenden en patiëntenvertegenwoordigers – 18 april 201616
4 CATEGORISERING VAN AANBEVELINGEN 17
4.1 Beschrijving van de 34 aanbevelingen van de HGR voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren in de geestelijke gezondheidszorg in België 19
4.1.1 WGO-doelstelling 1: Iedereen heeft een gelijke kans op psychisch welzijn in de loop van zijn hele leven, in het bijzonder zij die het kwetsbaarst zijn of risico lopen 19
4.1.2 WGO-doelstelling 2: Mensen met psychische problemen zijn burgers wiens mensenrechten volledig worden gewaardeerd, gerespecteerd en bevorderd 21
4.1.3 WGO- doelstelling 3: Diensten voor geestelijke gezondheidszorg zijn toegankelijk, bekwaam, betaalbaar en beschikbaar in de gemeenschap volgens de noden 23
4.1.4 WGO- doelstelling 4: Mensen hebben recht op respectvolle, veilige en effectieve behandelingen en tussenkomsten 25
4.1.5 WGO-doelstelling 5: Gezondheidssystemen verstrekken iedereen goede lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg 28
4.1.6 WGO-doelstelling 6: Systemen voor geestelijke gezondheidszorg werken goed gecoördineerd samen met andere sectoren 29
4.1.7 WGO-doelstelling 7: De aanpak van de geestelijke gezondheidszorg en het verlenen van die zorg worden gedreven door de juiste informatie en een grondige kennis ... 30
5. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN 32
6. REFERENTIES 33
6.1 Literature theoretical framework 33
6.2 References systematic review 33
6.3 Additional references 40
7. SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP 46
8. BIJLAGEN 47

AFKORTINGEN EN SYMBOLEN

ADHD	Aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis
cCBT	Geautomatiseerde cognitieve gedragstherapie
EBP	*Evidence Based Practice*
GGZ	Geestelijke GezondheidsZorg
ICT	Informatie- en Communicatietechnologie
interRAI MH	*interRAI Mental Health*
IOM	*Institute of Medicine (National Academy of Medicine – NAM*)
HGR	Hoge Gezondheidsraad
WGO	Wereldgezondheidsorganisatie

1. INLEIDING EN VRAAGSTELLING

Elk jaar krijgt meer dan een derde van de Europese bevolking te maken met psychische problemen (WGO, 2014). De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) definieert geestelijke gezondheid als 'een toestand van welzijn waarin elk individu zich bewust is van zijn of haar bekwaamheden, de gewone stress van het leven aankan, productief en renderend kan werken en in staat is bij te dragen aan zijn of haar gemeenschap' (WGO, 2014). Beperkingen van de geestelijke gezondheid vormen een enorme kost voor patiënten, gezinnen en de samenleving. In landen met een vrije markteconomie neemt het aandeel psychische beperkingen toe en zijn ze momenteel goed voor ongeveer een derde van alle aanvragen voor invaliditeitsuitkeringen (Drake et al., 2012). Psychische problemen zijn dus een belangrijke uitdaging geworden voor de publieke gezondheid (Europees Actieplan voor de Geestelijke Gezondheid van de WGO, 2013). Het bevorderen van de geestelijke gezondheid en de preventie en behandeling van psychische problemen zijn van fundamenteel belang om de levenskwaliteit, het welzijn en de productiviteit van individuen, gezinnen, werknemers en gemeenschappen te waarborgen en te verbeteren en zo de samenleving in haar geheel veerkrachtiger te maken. Kwalitatieve geestelijke gezondheidszorg draagt bij tot een duurzame samenleving (Europees Actieplan voor de Geestelijke Gezondheid van de WGO, 2013). Het concept 'kwaliteit van geestelijke gezondheidszorg' is dan ook een belangrijk begrip in het nieuwe Europese Actieplan voor de Geestelijke Gezondheid van de WGO (2013). De lidstaten worden opgeroepen om een gemeenschappelijke set indicatoren te ontwikkelen om een succesvolle implementering van het Actieplan te kunnen monitoren.

Opdat België het Europese Actieplan voor de Geestelijke Gezondheid van de WGO zou kunnen implementeren, moet de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg in België gemeten worden. Er zijn een aantal indicatoren nodig om de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg te beoordelen, te monitoren en te meten. De belangrijkste vraag luidt: welke indicatoren zouden een set moeten vormen om de kwaliteit van geestelijke gezondheidszorg te kunnen beoordelen en om te kunnen voldoen aan de vereisten van het Europese Actieplan voor de Geestelijke Gezondheid?

Deze indicatoren moeten gelden voor alle patiënten met psychische problemen die momenteel behandeld worden of die een behandeling nodig hebben. Ze moeten bovendien ook inspelen op de specifieke noden van kwetsbare mensen of mensen die een risico lopen op psychische problemen (preventie). Een set van indicatoren die de kwaliteit van geestelijke gezondheidszorg monitoren, zal helpen om een *evidence-based* beleid uit te werken om de geestelijke gezondheidszorg in België te ontwikkelen en/of te heroriënteren.

Tijdens de vergadering van de werkgroep op 13 oktober 2014 werd een consensus bereikt over het feit dat er moet een passend algemeen kader worden vastgelegd om optimaal tegemoet te komen aan het verzoek om advies. De belangrijkste vragen luiden als volgt: 'Wat is kwaliteit?' en 'Wat moet er gemeten worden?'. Het theoretische kader moet gelden voor de volledige sector van de geestelijke gezondheidszorg, in verschillende contexten en met betrekking tot alle mogelijke psychische problemen.
De deskundigen van de HGR zijn overeengekomen om een kwaliteitskader uit te werken. De waarden die beschreven zijn in het Europese Actieplan voor de Geestelijke Gezondheid van de WGO (2013) en de ethische principes die vastgelegd zijn door Thornicroft en Tansella (1999) vormden belangrijke inspiratiebronnen voor de groep van experts. Daarnaast werd ook rekening gehouden met de visienota van de Strategische Adviesraad van het Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2012). Om een *evidence-based* kader uit te werken, werd een systematische literatuurstudie uitgevoerd. In het volgende hoofdstuk geven we een meer gedetailleerde beschrijving van het theoretische kader en de definities van de belangrijkste concepten die gebruikt worden in het advies.

2. THEORETISCH KADER

Kwaliteit van de zorg kan worden beschouwd als 'een complex concept met verschillende aspecten dat gedefinieerd wordt aan de hand van verschillende onderling verbonden dimensies: toegang tot diensten, relevantie voor de noden, werkzaamheid, rechtvaardigheid, maatschappelijke aanvaardbaarheid, efficiëntie en de economische dimensie' (Maxwell, 1992). Het *Institute of Medicine* (IOM – *National Academy of Medicine*, NAM) heeft kwaliteit van de zorg gedefinieerd als '**de mate waarin gezondheidsdiensten voor individuen en de bevolking in zijn geheel de kans op gewenste gezondheidsresultaten verhogen en in overeenstemming zijn met de huidige professionele kennis'.** Een recenter verslag van het *Institute of Medicine* stelde dat kwalitatieve zorg veilig, werkzaam, patiëntgericht, tijdig, efficiënt en rechtvaardig is (IOM, 2001).

Indicatoren worden beschreven als 'vastgelegde en meetbare items die bij de beoordeling van gezondheidszorg als bouwstenen functioneren' (Gaebel et al., 2012). Een indicator is 'een waarneembare en meetbare entiteit die dient om een begrip te definiëren op een praktische wijze. Het concept zelf is niet meetbaar' (**Passchier et al., 2002 ;** The Question Bank, 2013). Een *kwaliteitsindicator* wordt gedefinieerd als 'een meetbaar element of een meetbare prestatie in de praktijk waarvoor er bewijs of consensus bestaat dat het gebruikt kan worden om de kwaliteit te beoordelen en bijgevolg de kwaliteit van de geleverde zorg te veranderen' (Legido-Quigley et al., 2008). *Kwaliteitsindicatoren* kunnen de vorm aannemen van een uitspraak over de structuur, het proces of het resultaat van de zorg (McGlynn en Asch, 1998 ; Donabedian 1988). *Structuur* verwijst naar 'de kenmerken van zorgomgevingen zoals faciliteiten, uitrusting, personeel en organisatorische structuren'. *Proces* staat voor 'de activiteiten bij het geven en ontvangen van zorg, inclusief de activiteiten van zorgverleners'. *Resultaat* verwijst ten slotte naar 'de effecten van de zorg' (Donabedian, 1988).

Het Europese Actieplan voor de Geestelijke Gezondheid (WGO, 2013, p. 3-15) formuleert vier basisdoelstellingen en drie zogenaamde transversale doelstellingen met betrekking tot de kwaliteit van geestelijke gezondheidszorg in Europese landen.
De vier basisdoelstellingen zijn:
1. 'Iedereen heeft een gelijke kans op psychisch welzijn in de loop van zijn leven, in het bijzonder zij die het kwetsbaarst zijn of het grootste risico lopen.'
2. 'Mensen met psychische problemen zijn burgers aan wiens mensenrechten belang wordt gehecht en wiens mensenrechten volledig gerespecteerd en bevorderd worden.'
3. 'Diensten voor geestelijke gezondheidszorg zijn toegankelijk, bekwaam en betaalbaar, en zijn beschikbaar in de gemeenschap volgens de noden.'
4. 'Mensen hebben recht op een respectvolle, veilige en werkzame behandeling.'
De drie transversale doelstellingen zijn:
1. 'Gezondheidssystemen verlenen iedereen goede lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg.'
2. 'Systemen voor geestelijke gezondheidszorg werken goed gecoördineerd samen met andere sectoren.'
3. 'De aanpak van de geestelijke gezondheidszorg en het verlenen van die zorg worden gedreven door juiste informatie en grondige kennis.' (WGO, 2013, p. 3-15)

De WGO roept de Europese regeringen op om een gemeenschappelijke set indicatoren te ontwikkelen om het Europese Actieplan voor de Geestelijke Gezondheid (2013) te implementeren. In dit advies wil de HGR een overzicht van aanbevelingen voor een kwalitatieve geestelijke gezondheidszorg aanreiken die een basis kunnen vormen voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg in België.
De groep van experts besloot om eerst een uitgebreid en goed uitgewerkt kader vast te leggen alvorens te beslissen welke concrete indicatoren en instrumenten gebruikt moeten worden.
De vraag die in dit advies een antwoord moet krijgen is de volgende: 'Wat moeten we meten?' Volgende stappen zouden er dan in bestaan te bepalen hoe dit gemeten kan worden en wat er met de resultaten kan gebeuren.

Het theoretische kader moest gelden voor de volledige sector van de geestelijke gezondheidszorg, in verschillende contexten en met betrekking tot verschillende aandoeningen. Daarnaast moesten de elementen van het kader betrekking hebben op het micro-, meso- en macroniveau. Om het omvattende kwaliteitskader te ontwikkelen hebben we ons gebaseerd op de kwesties die beschreven zijn in vroeger onderzoek en lopende onderzoeken zoals: de ethische principes voor geestelijke gezondheidszorg beschreven door Thornicroft en Tansella (1999), de visienota van de Strategische Adviesraad van het Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2012) en de kwaliteitsindicatoren van het Indicatorenproject van de Vlaamse Regering rond de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg.

Thornicroft en Tansella (1999, p. 500-503) stelden dat het nodig is een aantal principes te selecteren en te definiëren die geoperationaliseerd en gevalideerd kunnen worden als maatstaven om uitgebreidere informatie aan te reiken voor beslissingen rond gezondheidsbeleid en klinische diensten. Aan de hand van een procedure die uit vijf stadia bestond, werden negen principes, de zogenaamde drie ACE's, geselecteerd en vastgelegd:

1. ***A**utonomy* – autonomie: 'het vermogen van een patiënt om onafhankelijke beslissingen en keuzes te maken, ondanks de aanwezigheid van symptomen of beperkingen. Autonomie moet worden bevorderd door een werkzame behandeling en zorg.'
2. ***C**ontinuity* – continuïteit: 'het vermogen van de betreffende diensten om tussenkomsten te verlenen die ofwel coherent zijn op korte termijn, zowel binnen als tussen de teams (transversale continuïteit), ofwel de vorm aannemen van ononderbroken contactreeksen over een langere periode (longitudinale continuïteit).'
3. ***E**ffectiveness* – doeltreffendheid: op het niveau van de individuele patiënt wordt effectiviteit gedefinieerd als 'het vermogen om de bewezen, beoogde voordelen van behandelingen in concrete situaties te bieden.' Op het niveau van de behandeling wordt effectiviteit gedefinieerd als 'het vermogen om de bewezen, beoogde voordelen van diensten in concrete situaties te bieden.'
4. ***A**ccessibility* – toegankelijkheid: 'een kenmerk van de dienst, dat ervaren wordt door patiënten en hun zorgverleners en dat hen in staat stelt zorg te ontvangen waar en wanneer zij die nodig hebben.'
5. ***C**omprehensiveness* – volledigheid: 'Een kenmerk van een dienst met twee dimensies.' Horizontale volledigheid betekent 'hoe ver een dienst reikt binnen het volledige bereik van ernstgraden van psychische aandoeningen en een breed spectrum van patiëntenkenmerken'. Verticale volledigheid betekent 'de beschikbaarheid van de basiscomponenten van de zorg en hun gebruik bij prioritaire patiëntengroepen'.
6. ***E**quity* – rechtvaardigheid: 'de eerlijke verdeling van middelen.' Zowel de principes bij het bepalen van prioriteiten bij tegenstrijdige behoeften als de gebruikte methoden bij het toekennen van middelen moeten uitdrukkelijk worden aangegeven.
7. ***A**ccountability* – verantwoordelijkheid: 'De verantwoording die een dienst in de geestelijke gezondheidszorg kan afleggen naar patiënten, hun familie en een breder publiek toe, wetende dat zij allemaal legitieme verwachtingen hebben over hoe die dienst *zijn* verantwoordelijkheden moet uitoefenen.'
8. **C**oordination – coördinatie: 'Een kenmerk van een dienst dat blijkt uit coherente behandelingsplannen voor individuele patiënten.' Elk plan moet duidelijke doelen hebben en niet meer en niet minder tussenkomsten bevatten dan wat nodig en werkzaam is. Transversale coördinatie betekent de coördinatie van informatie en diensten in een zorgepisode. Longitudinale coördinatie betekent de onderlinge verbanden tussen personeel en instanties over een langere behandelingsperiode.
9. ***E**fficiency* – efficiëntie: 'de input om een resultaat van een bepaald niveau te bereiken tot een minimum beperken, of het resultaat voor een bepaalde input maximaliseren.'

In Vlaanderen heeft de Strategische Adviesraad van het Vlaams Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2012) een visienota geformuleerd, genaamd 'Maatschappelijk Verantwoorde Zorg' (http://www.sarwgg.be/sarwgg/nieuws/sar-wgg-presenteert-visienota-maatschappelijk-verantwoorde-zorg, 2011). Die visienota voorziet in een gemeenschappelijke basis bestaande uit vijf principes.

- Ten eerste heeft iedere gebruiker recht op kwaliteitsvolle zorg en elke zorgverlener is verplicht kwaliteitsvolle zorg te verlenen.
- Ten tweede moet zorg efficiënt zijn, wat betekent dat hij leidt tot stijgende levenskwaliteit en maatschappelijk welzijn.
- Het derde principe betreft horizontale en verticale sociale rechtvaardigheid in de zorg. De horizontale dimensie heeft te maken met een gelijke behandeling van mensen met gelijke noden. De verticale dimensie stelt dat ongelijke noden ongelijk behandeld moeten worden.
- Ten vierde verwijst de relevantie van de zorg naar de mate waarin er voldaan wordt aan de basisvoorwaarden van individuele noden en publieke betaalbaarheid.
- Als laatste, maar daarom niet minder belangrijk, betekent de toegankelijkheid van de zorg de afwezigheid van formele, financiële, sociale en geografische beperkingen om zorg toegankelijk te maken voor wie er nood aan heeft.

Gebaseerd op internationale aanbevelingen en naar aanleiding van toenemende maatschappelijke verwachtingen werd in 2012 het Indicatorenproject van de Vlaamse Regering op poten gezet rond de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg. Dat project wordt gefinancierd door de Vlaamse Regering. In 2015 werden vijf werkgroepen opgericht: 1) Continuïteit en coördinatie, 2) Patiëntveiligheid, 3) Patiëntenparticipatie, 4) Depressie, 5) Gedragsstoornissen. Die ontwikkelingsgroepen kwamen regelmatig samen, overlegden met patiëntenvertegenwoordigers en voerden literatuurstudies uit. Ze kwamen tot de volgende indicatoren:

- Tijdige opvolging na ontslag
    - Indicator: Aantal patiënten dat gecontacteerd werd door een dokter of psychiater binnen 30 dagen na hun ontslag
- Volledigheid van het geneesmiddelenvoorschrift
    - Indicator: Aantal volledige geneesmiddelenvoorschriften
- Implementering van een beleid voor zelfmoordpreventie
    - Indicator: Aantal elementen van een zelfmoordpreventiebeleid die aanwezig zijn bij de organisaties
- Inzetten van ervaringsdeskundigen
    - Indicator: Aantal ervaringsdeskundigen in de organisatie
- Gedeelde besluitvorming
    - Indicator: nog niet bepaald
- Perspectief van de patiënt
    - Indicator: Vlaamse Patiëntenpeiling Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) is een vragenlijst die de ervaringen van patiënten evalueert met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg die zij hebben ontvangen.
- Betrekken van de context (werkgroep: Depressie)
    - Indicator: nog niet bepaald
- Het gebruik van behandelrichtlijnen bij kinderen en jongvolwassenen met een aandachtstekort-hyperactiviteitstoornis (ADHD), een oppositioneel-opstandige gedragsstoornis of een antisociale gedragsstoornis (ontwikkelingsgroep: Gedragsstoornissen)
    - Indicator: nog niet bepaald

In 2016 zullen deze voorlopige indicatoren gemeten worden bij diensten voor geestelijke gezondheidszorg.

Doordat er in dit domein heel wat publicaties en activiteiten zijn, stemde de deskundigengroep van de HGR ermee in een systematische literatuurstudie uit te voeren om een overzicht te bieden van alle *evidence-based* aanbevelingen en criteria voor kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg. Dat systematische onderzoek werd uitgevoerd door LUCAS, het Centrum voor Zorgonderzoek en Consultancy van de KU Leuven. Het is de bedoeling een algemene visie te verstrekken voor de ontwikkeling en het gebruik van kwaliteitsindicatoren in België, zoals door de WGO gevraagd in haar Europese Actieplan voor de Geestelijke Gezondheid van 2013. In het volgende hoofdstuk worden de methodologie en de resultaten beschreven.

3. METHODOLOGIE

Na analyse van de vraag hebben het College en de werkgroep de nodige expertises bepaald. Op basis hiervan werd een *ad-hoc*werkgroep opgericht met deskundigen in de volgende disciplines: de criminologie, gezondheidspsychologie, ergotherapie, psychiatrie, psychologie en sociologie. De experten van de werkgroep hebben een algemene belangenverklaring en een *ad-hoc*verklaring ingevuld en de Commissie voor Deontologie heeft het potentieel risico op belangenconflicten beoordeeld.

De systematische literatuurstudie getiteld '*EPA guidance on the quality of mental health services*' van Gaebel en collega's (2012) werd als uitgangspunt genomen. Het doel van deze studie was om *evidence-based* aanbevelingen aan te reiken voor de kwaliteit van geestelijke gezondheidszorg. De uitgangspunten van het Europese Actieplan voor de Geestelijke Gezondheid (WGO, 2005) en de uitkomstmaten voor onderzoek naar geestelijke gezondheidszorg (Thornicroft en Tansella,1999) werden ook mee opgenomen in het onderzoek van Gaebel en collega's (2012). Er werden 30 aanbevelingen gevonden voor de kwaliteit van de structuur, het proces en de resultaten, zowel op een algemeen niveau als meer specifiek voor bepaalde settings.

Na goedkeuring van het advies door de werkgroep werd het advies tenslotte gevalideerd door het College.

3.1 Zoekstrategie

De systematische literatuurstudie bestond uit drie delen. Het eerste deel ging over de kwaliteit van psychiatrische ziekenhuizen. Die zoekstrategie werd aangevuld met een tweede zoektocht naar gecontroleerde studies en systematische onderzoeken naar een heel aantal verschillende dienstverleningsstructuren voor geestelijke gezondheidszorg. De laatste zoektocht draaide ten slotte rond ambulante gezondheidszorg. Tabel 1 geeft een overzicht van de drie zoekstrategieën.

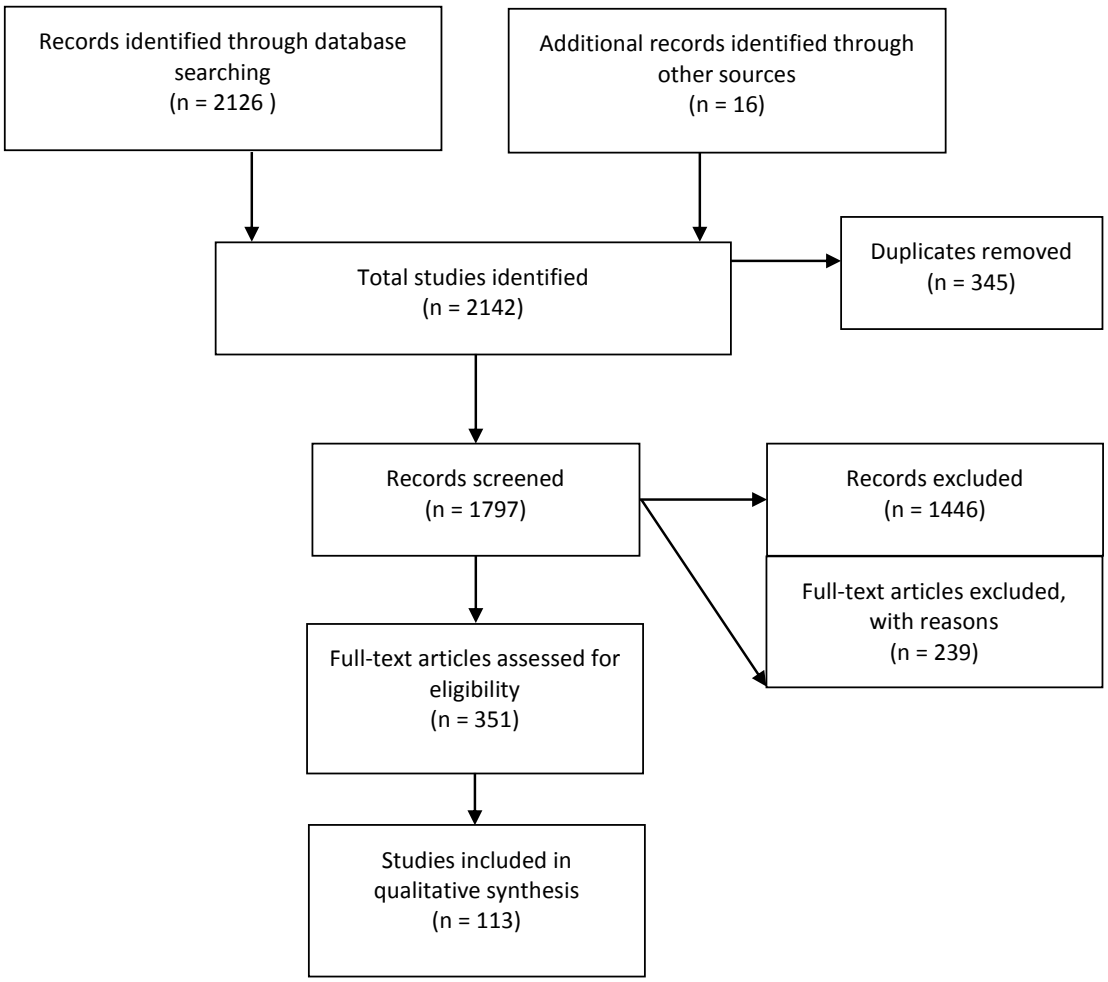
3.2 Resultaten van de systematische studie

In de oorspronkelijke literatuurstudie werden in totaal 2126 artikelen geïdentificeerd (Afbeelding 1). Er werden 16 extra artikelen gevonden door een combinatie van handmatig zoeken in tijdschriften en zoeken volgens het sneeuwbalprincipe op basis van de referenties in de papers die al geïdentificeerd waren in het onderzoek. We schrapten 345 dubbels, wat resulteerde in 1797 artikelen die gescreend werden om na te gaan of ze opgenomen konden worden in het onderzoek. Vervolgens werden 351 volledige artikelen beoordeeld op geschiktheid. 113 artikelen voldeden aan de opnamecriteria (Tabel 1).

In die 113 artikelen vonden we 30 aanbevelingen die al geformuleerd waren in het artikel van Gaebel et al. (2012). Daarnaast leverde de huidige literatuurstudie 48 extra aanbevelingen en/of indicatoren op. Elke aanbeveling en/of indicator kreeg een beschrijving die ofwel bestond uit een uitleg van de aanbeveling, een mogelijke operationalisering of een mogelijke manier om die aanbeveling en/of die indicator te meten. Tabel 2 geeft een overzicht van alle 78 aanbevelingen. Bij elke aanbeveling hoort een indicator, een beschrijving van de aanbeveling of een voorbeeld van de aanbeveling (Zie Bijlage 1).

Tabel 1. Overzicht zoekstrategieën

	Deel I	Deel II	Deel III
Periode	05/06/2011-05/01/2015	05/06/2011-05/01/2015	05/06/2011-05/01/2015
Opnamecriteria	Artikelen met focus op diensten voor geestelijke gezondheidszorg Artikelen die verwijzen naar tools om de kwaliteit te verbeteren Artikelen over kwaliteitsindicatoren of kwaliteitszorg in geestelijke gezondheidszorg.	Gecontroleerde studies of reviews van oorspronkelijke gecontroleerde studies rond tussenkomsten in de respectieve dienst voor geestelijke gezondheidszorg	Artikelen met focus op diensten voor geestelijke gezondheidszorg Artikelen die verwijzen naar tools om de kwaliteit te verbeteren Artikelen over kwaliteitsindicatoren of kwaliteitszorg in geestelijke gezondheidszorg.
Zoektermen (gebaseerd op 'EPA Guidance')	(Quality standard* of Quality improvement* of Quality assurance* of Quality performance* of Quality indicators*) EN (psychiatr* hospital)	Inpatient mental health service EN (controlled study OF controlled trial) Outpatient mental health service EN (controlled study OF controlled trial) Integrated care models EN mental health retrieved Community mental health teams EN (study OF trial) Home treatment EN mental health EN (controlled study OF controlled trial) Assertive community treatment EN (controlled study OF controlled trial) last 2 years Case management EN mental health EN (controlled study OF controlled trial) Intensive case management EN (controlled study OF controlled trial) Rehabilitation EN mental health EN (controlled study OF controlled trial) last 2 years	(Quality standard* of Quality improvement* of Quality assurance* of Quality performance* of Quality indicators*) EN (psychiatr* outpatient)
Taal	Engels	English	Engels
Databanken	MEDLINE, Embase, WOS	MEDLINE	MEDLINE
Totaal	682	1078	37
Gebaseerd op titel en abstract	65	281	5
Na volledige screening	16	95	2



Afbeelding 1. Prisma-stappenschema van de literatuurstudie

Tabel 2. Aanbevelingen uit het systematische onderzoek – Update van de systematische literatuurstudie van Gaebel et al. (2012) voor de jaren 2012 tot 2015.

Aanbevelingen *A = aanbevelingen uit de EPA Guidance (Gaebel et al., 2012) *B = aanbevelingen uit het huidige systematische onderzoek
A1. Onderricht rond geestelijke gezondheid
A2. Verslag uitbrengen over geestelijke gezondheid en monitoren
A3. Structurele vereisten om de waardigheid en de basisbehoeften van de patiënt te verzekeren
A4. Multi-professionaliteit van diensten
A5. Toegang tot goede eerstelijnsgezondheidszorg en gespecialiseerde psychiatrische zorg
A6. Beschikbaarheid van technologisch materiaal voor beoordeling en behandeling
A7. Psychiatrisch personeel
A8. Verzorgingsgebieden
A9. Dagkliniek voor mensen met acute psychische aandoeningen
A10. Psychiatrische zorg voor leden van minderheidsgroepen
A11. Essentiële structurele vereisten voor diensten voor overnachtende patiënten
A12. Essentiële structurele vereisten voor diensten voor ambulante patiënten
A13. Essentiële structurele vereisten voor revalidatiediensten
A14.Ambulante geestelijke gezondheidsteams voor mensen met ernstige psychische problemen
A15. Intensief casemanagement
A17. *Evidence-based medicine*
A18. Veiligheidskwesties
A19. *Informed consent*
A20. Monitoring van lichamelijke aandoeningen en toegang tot algemene en gespecialiseerde medische diensten
A21. Ziekenhuizen / diensten voor overnachtende patiënten - basisvereisten
A22. Ziekenhuizen / diensten voor overnachtende patiënten - toelatingsprocedures
A23. Ziekenhuizen / diensten voor overnachtende patiënten: toegang tot afdelingen met speciale diensten
A24. Ziekenhuizen / diensten voor overnachtende patiënten - procedures voor aangehouden patiënten
A25. Wegnemen van wachttijden voor ambulante afspraken
A26. Revalidatie-units
A27. Werkzame componenten van thuisbehandeling
A28. Essentiële componenten van maaschapelijke geestelijke gezondheidszorg
A30. Organisatorische integratie van diensten voor overnachtende en ambulante patiënten
B1. Geïntegreerde zorg **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. Beoordeling van symptomen of diagnostiek **Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012**
B3. *Evidence-based* farmacotherapie **Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012**
B4. *Evidence-based* psychosociale interventies **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. Drugsgebruik **Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012,Cunnincham, 2013; Zhuang et al., 2014**
B6. Algemene gezondheidszorg **Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012**
B7. Continuïteit van de zorg **Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012; Tandon et al., 2014**
B8. Toegangsmaat **Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012**
B9. Efficiëntiemaatregelen **Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012**

B10. Veiligheid van de patiënt Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012
B11. Forensische en juridische kwesties Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012
B12. Herstelmaat Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012
B13. Uitkomstmaat Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012; Schellings et al., 2012
B14. Culturele en etnische problemen Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012
B15. Op de bevolking gebaseerde middelen Fisher et al., 2013; Parameswaran et al., 2012
B16. Farmacotherapie Gorgeon et al., 2012; Schellings et al., 2012
B17. Ongeplande ziekenhuisopnamen Jacobs et al., 2013
B18. Kwaliteitsconcepten voor geschikt gebruik en beheer van antipsychotica bij jongeren Kealy et al., 2014
B19. Kwaliteitsindicator voor revalidatie Killapsy et al., 2012
B20. Werkzaamheid van psychiatrische raadpleging Lavakumar et al., 2013
B21. Behandelingsplan Schellings et al., 2012
B22. Zorgprogramma Schellings et al., 2012
B23. Betrokkenheid van patiënten en familieleden bij behandeling Schellings et al., 2012
B24. Farmacotherapie Schellings et al., 2012
B25. Verantwoordelijkheid van de overheid Schellings et al., 2012
B26. Afzondering en fixatie Sacks & Walton, 2014
B27. Klinische werkzaamheid Thomas & Rickwood, 2013
B28. Tevredenheid Thomas & Rickwood, 2013, Xavier & De Almeida, 2013
B29. Rendabiliteit Thomas & Rickwood, 2013
B30. Gebruik van diensten Wood & Wand, 2014
B31. Efficiëntie Wood & Wand, 2014
B32. Noden Xavier & De Almeida, 2013
B33. Functionering Xavier & De Almeida, 2013
B34. Levenskwaliteit Xavier & De Almeida, 2013
B35. Lichamelijke activiteit 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. Casemanagement 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. Belasting van de verzorger en het gezin 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 zorg voor leden van minderheidsgroepen Zhou & Gu, 2014; Malm et al., 2014; Tan & King, 2013
B39. Herstel Cook et al., 2013; Cook et al., 2012; Cook et al., 2012; Aboutanos et al., 2011
B40. Zelfhulpdiensten Vreugdenhil et al., 2012; Wu et al., 2014; Du et al., 2014 ; Naeem et al., 2014 ; Garrido et al., 2013
B41. Begeleid werken 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. Personeel van maatschapelijke gezondheidsdiensten Kangovi et al., 2014
B43. Psycho-educatie Chien & Leung, 2013; Cook et al., 2012 ; Arends et al., 2014 ; Neunhauserer et al., 2013
B44. Vaardigheidsopleidingen voor zorgverstrekkers Ayers & Arch, 2013; Wiles et al., 2014
B45. Eerstelijnsbehandeling Srihari et al., 2015; Grupp-Phelan et al., 2012; Gitlin et al., 2013; Roldan-Merino et al., 2013; Varambally et al., 2012
B46. Telegeneeskunde Gellis et al., 2014; Bedard et al., 2014; Volpe et al., 2015
B47. Cognitieve therapie Grupp-Phelan et al., 2012; Velligan et al., 2013; Oosterbaan et al., 2013; Stanton & Reaburn, 2014
B48. Groepstherapie Bolier et al., 2013

*Referenties 1-114 van het systematische onderzoek; Zie p. 40-52

3.2.3 Deskundigenpanel – 7 mei 2015

Op 7 mei werden de resultaten van de literatuurstudie besproken en aangevuld door de werkgroep van de HGR. Nadien werd overeengekomen om alle aanbevelingen te categoriseren op basis van de zeven doelstellingen van het Actieplan voor de Gezondheid van de WGO (zie Bijlage 2):

Vier basisdoelstellingen:

1) Iedereen heeft een **gelijke kans op psychisch welzijn** in de loop van zijn hele leven, in het bijzonder zij die het kwetsbaarst zijn of het grootste risico lopen;
2) Mensen met psychische gezondheidsproblemen zijn burgers wiens **mensenrechten** volledig gewaardeerd, gerespecteerd en bevorderd worden;
3) Diensten voor geestelijke gezondheidszorg zijn **toegankelijk, competent en betaalbaar** en beschikbaar in de gemeenschap naargelang de noden; en
4) mensen hebben recht op een **respectvolle, veilige en werkzame behandeling.**

Drie transversale doelstellingen:

5) Gezondheidssystemen verstrekken **aan iedereen goede lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg;**
6) Systemen voor geestelijke gezondheidszorg **werken goed gecoördineerd samen** met andere sectoren; en
7) de aanpak van de geestelijke gezondheidszorg en het verlenen van die zorg worden gedreven door **de juiste informatie en een grondige kennis.**

3.2.4 Deskundigenpanel – 29 juni 2015

Op 29 juni werden de opmerkingen van de leden van de Hoge Gezondheidsraad besproken om de categorisering te optimaliseren. In Bijlage 3 worden de opmerkingen van de groep deskundigen van de HGR weergegeven, net als de tweede categorisering van de aanbevelingen op basis van de vier basisdoelstellingen en de drie transversale doelstellingen van de WGO.

3.2.5 Overleg met belanghebbenden en patiëntenvertegenwoordigers – 18 april 2016

Verschillende patiëntenverenigingen (Vlaams Patiëntenplatform, Ups-and-downs, Uilenspiegel, Psytoyens, Similes Vlaanderen, Similes Wallonie, Similes Bruxelles en Zelfhulp.be) werden uitgenodigd om hun mening te geven over de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg in België en na te gaan of het advies volledig is en beantwoordt aan de verwachtingen van de gebruikers van diensten voor geestelijke gezondheidszorg. Vertegenwoordigers van de volgende patiëntenverenigingen woonden de vergadering bij: Psytoyens, Vlaams Patiëntenplatform en Zelfhulp.be. De opmerkingen van de aanwezige leden zijn terug te vinden in Bijlage 4.

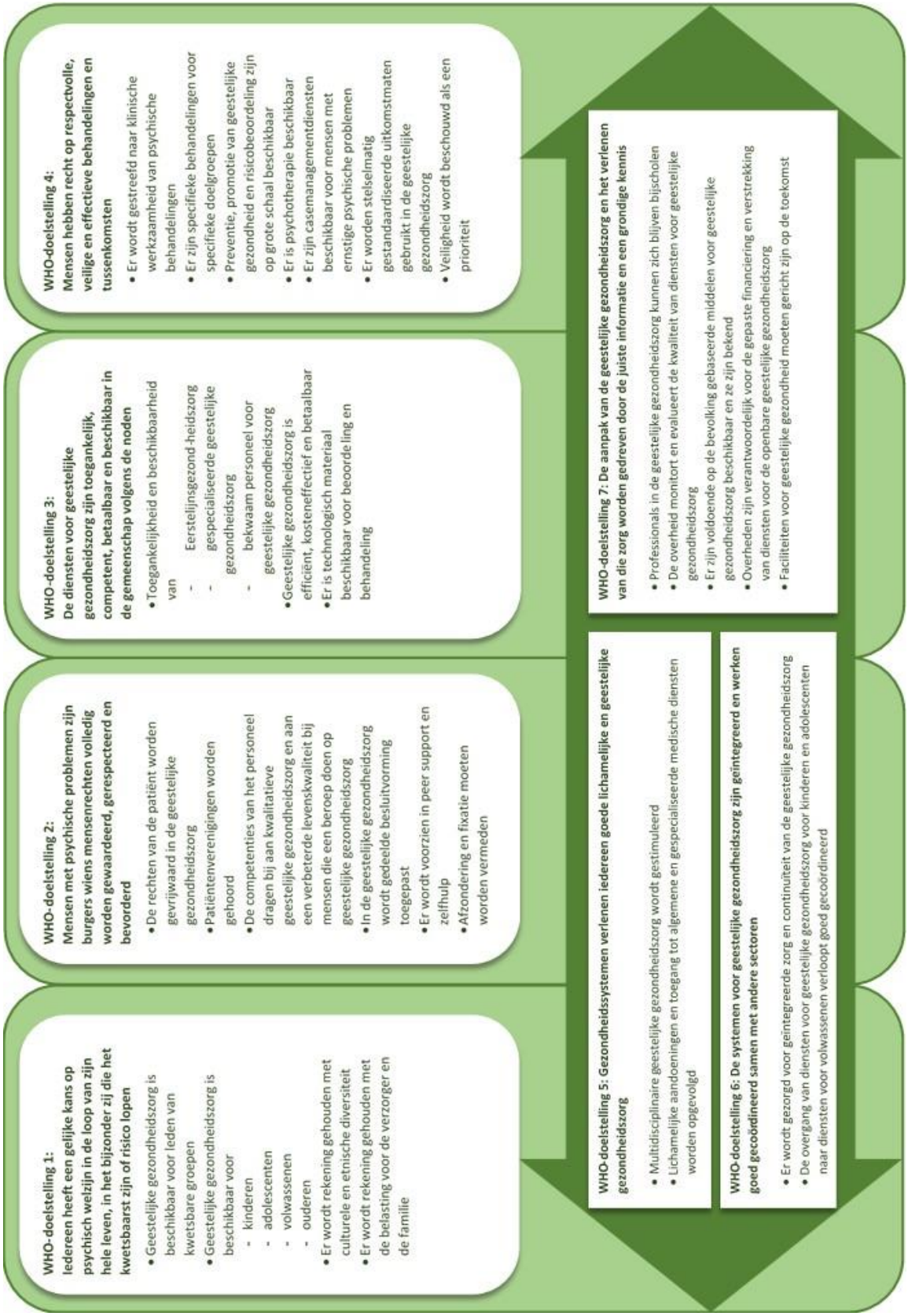
4 CATEGORISERING VAN AANBEVELINGEN

De laatste optimalisering van de categoriseringstabel werd uitgevoerd door het LUCAS-centrum van de KU Leuven. Afbeelding 2 geeft een definitief overzicht van de 34 aanbevelingen die gehaald werden uit:

A) de 'EPA *Guidance'* van Gaebel et al. (2012);
B) de systematische literatuurstudie;
C) de besprekingen met deskundigen en;
D) het overleg met belanghebbenden en patiëntenvertegenwoordigers.

Alle aanbevelingen werden in categorieën onderverdeeld op basis van de vier basisdoelstellingen en de drie transversale doelstellingen van de WGO. Afbeelding 2 geeft een gedetailleerde beschrijving van de aanbevelingen.

Afbeelding 2. Categorisering van de aanbevelingen op basis van de 4 basisdoelstellingen en de 3 transversale doelstellingen van de WGO



4.1 Beschrijving van de 34 aanbevelingen van de HGR voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren in de geestelijke gezondheidszorg in België

4.1.1 WGO-doelstelling 1: Iedereen heeft een gelijke kans op psychisch welzijn in de loop van zijn hele leven, in het bijzonder zij die het kwetsbaarst zijn of risico lopen

1) Geestelijke gezondheidszorg is beschikbaar voor leden van kwetsbare groepen

Kwetsbaarheid is 'de mate waarin een populatie, individu of organisatie niet in staat is te anticiperen op, om te gaan met, weerstand te bieden aan en te herstellen van de gevolgen van rampen' (WGO, 2002). Tot kwetsbare groepen behoren onder meer economisch achtergestelde mensen, raciale en etnische minderheden, ouderen, daklozen, mensen die lijden aan chronische aandoeningen, kinderen uit gezinnen met een laag inkomen, mensen met hiv/aids, gedetineerden, mensen in voorlopige hechtenis, enzovoort (*Robert Wood Johnson Foundation*, 2001). Kwetsbare groepen lopen meer risico op psychische problemen (WGO, 2002). Ze worden sneller gestigmatiseerd en gemarginaliseerd. Dat kan leiden tot isolement, wat een belangrijke risicofactor vormt voor psychische problemen aangezien het voor een laag zelfbeeld, verminderde motivatie en minder hoop voor de toekomst zorgt (WGO, 2010).

2) *Geestelijke gezondheidszorg is beschikbaar voor kinderen*

Twintig procent van de kinderen lijdt aan een psychische aandoening zoals angststoornissen, aandachtstekortstoornissen, autismespectrumstoornissen, eetstoornissen, affectieve stemmingsstoornissen, schizofrenie, tics, enzovoort. Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen wordt gedefinieerd als 'het klinische onderzoek van de fenomenologie, biologische factoren, psychosociale factoren, genetische factoren, demografische factoren, omgevingsfactoren, het verleden en de respons op tussenkomsten van psychische problemen bij kinderen' (Kaplan en Saddock, 2009).

3) Geestelijke gezondheidszorg is beschikbaar voor adolescenten

Ongeveer één op de vijf adolescenten heeft te kampen met psychische problemen. De meeste jongeren met psychische problemen doen echter geen beroep op de diensten die ze nodig hebben (Schwartz, 2009 ; Merikangas, 2010 ; Coppens et al., 2015). Maatschappelijke stigmata omtrent psychische problemen kunnen verklaren waarom veel jongeren geen hulp zoeken. Andere drempels zijn 1) de slechte coördinatie van diensten ; 2) gemiste kansen bij ouders, zorgverleners, scholen en dergelijke, om psychische problemen te identificeren ; en 3) gebrek aan zorgverleners met een specifieke expertise rond de geestelijke gezondheid van adolescenten (*National Research Council and Institute of Medicine*, 2009).
Geestelijke gezondheidszorg voor jongeren omvat 'het klinische onderzoek van de fenomenologie, biologische factoren, psychosociale factoren, genetische factoren, demografische factoren, omgevingsfactoren, het verleden en de respons op tussenkomsten van psychische problemen bij jongeren' (Kaplan en Saddock, 2009).

4) *Geestelijke gezondheidszorg is beschikbaar voor volwassenen*

Volwassenen hebben wat geestelijke gezondheidszorg betreft andere noden dan kinderen, adolescenten en ouderen (*American Psychological Association*, 2016). Recent onderzoek in de VS heeft aangetoond dat volwassenen vaker geestelijke gezondheidszorg verstrekt krijgen dan ouderen en als dat gebeurt krijgen ze die zorg ook vaker verstrekt door een specialist in geestelijke gezondheidszorg (Karel, Gatz & Smyer, 2012).

Verder zijn volwassenen vaak blootgesteld aan heel wat overgangen in het leven: beginnen te werken, veranderingen in de loopbaan, scheiding, de aankoop van een huis, de geboorte van kinderen, enzovoort. Onderzoek toont aan dat het gebruik van geestelijke gezondheidszorg helpt om met die veranderingen om te gaan (Boyd, 2008).

5) *Geestelijke gezondheidszorg is beschikbaar voor ouderen*

Wereldwijd veroudert de bevolking snel. Meer dan 20 percent van de mensen in de leeftijd van 65 jaar of ouder lijdt aan een mentale of neurologische stoornis. Tal van sociale, psychologische en biologische factoren bepalen de geestelijke gezondheid van een persoon op eender welk moment in het leven (WGO, 2015).
Geestelijke gezondheidszorg voor ouderen verwijst naar een subspecialisatie van de geestelijke gezondheidszorg die zich bezighoudt met het bestuderen, voorkomen en behandelen van psychische problemen bij oudere mensen (Harkins, 2003). Oudere mensen met psychische problemen is een algemene term die gebruikt wordt om 'mensen ouder dan 65, die emotionele, cognitieve of gedragsproblemen hebben die hun vermogen om onafhankelijk te functioneren verstoren, die een aanzienlijke impact hebben op hun welbevinden of die hun relaties met anderen ongunstig beïnvloeden.' Voor die problemen bestaat er een breed scala aan bio-psychosociale determinanten en de overeenkomstige behandelings- en zorgmethoden. Mensen die jonger zijn dan 65 jaar, maar die aandoeningen hebben die vaker voorkomen bij ouderen, zoals beginnende dementie, worden mee opgenomen in deze groep (Wasylenky, 1982).

6) *Er wordt rekening gehouden met culturele en etnische diversiteit*

Etniciteit is 'de sociale groep waartoe een persoon behoort en waar hij/zij zich mee identificeert of waar anderen hem/haar mee identificeren, als gevolg van een mix van culturele en andere factoren zoals taal, voeding, religie, afkomst en fysieke kenmerken die traditioneel geassocieerd worden met ras' (Bhopal, 2004). Een Belgische studie toont aan dat etnische minderheden minder vaak geestelijke gezondheidszorg verstrekt krijgen als gevolg van wantrouwen en angst voor de behandeling, racisme en discriminatie en verschillen in taal en communicatie (Meys et al., 2014). Etnische minderheden ervaren psychische problemen daarom vaak als een beperkendelast. Het is belangrijk om te begrijpen welke rol de cultuur en de samenleving spelen om geestelijke gezondheidszorg te ontwikkelen en te verstrekken die beter inspeelt op de noden van etnische minderheden (*US Public Health Service*, 2011).

7) *Er wordt rekening gehouden met de belasting voor de verzorger en de familie*

Mensen met psychische problemen hebben vaak hulp nodig bij hun dagelijkse activiteiten (Ampalam, 2012). Belgisch onderzoek toont aan dat zorgverleners hierdoor grote risico's lopen op mentale en lichamelijke problemen (Vermeulen et al., 2015). De term 'belasting van de verzorger en de familie' verwijst naar 'de uit verschillende dimensies bestaande reactie op de negatieve ontwikkelingen en gepercipieerde stress die voortvloeien uit het zorgen voor een ziek individu. De belasting van de verzorger bedreigt de lichamelijke, psychologische, emotionele en functionele gezondheid van verzorgers' (Zarit et al., 1980 ; Parks en Novielli, 2000 ; Etters et al., 2008 ; Carretero et al., 2009).

4.1.2 WGO-doelstelling 2: Mensen met psychische problemen zijn burgers wiens mensenrechten volledig worden gewaardeerd, gerespecteerd en bevorderd

8) Patiëntenverenigingen worden gehoord

Betrokken zijn bij geestelijke gezondheidszorg betekent 'betrokken zijn bij de besluitvorming en actieve deelname aan een reeks activiteiten (zoals planning, evaluatie, zorg, onderzoek, opleiding, indienstneming) vanuit de door ervaring opgebouwde expertise van de persoon, in samenwerking met en als gelijke partners van professionals' (Tambuyzer, 2011). Uit onderzoek blijkt dat betrokkenheid de tevredenheid en therapietrouw verhoogt en de resultaten op het vlak van de psychische gezondheid zou kunnen verbeteren (Loh et al., 2007 ; Murray et al., 2007).
Een voorbeeld van betrokkenheid is het betrekken van patiëntenverenigingen bij het ontwikkelen van een nieuw beleid of nieuwe wetgeving (Tambuyzer, 2011).

9) De rechten van de patiënt worden gevrijwaard in de geestelijke gezondheidszorg

De '*Mental Health Declaration of Human Rights'* (Verklaring over de mensenrechten in de geestelijke gezondheidszorg) formuleert grondbeginselen van de *Citizens Commission on Human Rights* (*Citizens Commission on Human Rights*, 2016).
In België zijn de rechten van de patiënt sinds 2002 duidelijk in de wet beschreven (Wet betreffende de rechten van de patiënt, 2002). Met de volgende link is een overzicht te vinden van de rechten van de patiënt:
http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2002082245&table_name=wet
Samengevat gaat het om het recht 1) op kwaliteitsvolle dienstverlening, 2) om de gezondheidswerker vrij te kiezen, 3) op informatie over zijn/haar gezondheidstoestand, 4) om vrij toe te stemmen in tussenkomsten, 5) op informatie over de verzekeringsdekking van de beroepsbeoefenaar en zijn/haar vergunning om zijn/haar beroep uit te oefenen, 6) op een patiëntendossier, inzage in dat dossier of een afschrift van dat dossier te krijgen, 7) op bescherming van de persoonlijke levenssfeer, en 8) om een klacht neer te leggen bij de bevoegde ombudsdienst.

10) De competenties van het personeel dragen bij aan kwalitatieve geestelijke gezondheidszorg en aan een verbeterde levenskwaliteit bij mensen die een beroep doen op geestelijke gezondheidszorg

De kwaliteit van geestelijke gezondheidszorg hangt grotendeels af van de competenties van de professionele zorgverleners (Heisler en Bagalman, 2015). Met competenties van het personeel verwijzen we naar 'een cluster van onderling samenhangende bekwaamheden, engagement, kennis, en vaardigheden die een persoon (of een organisatie) in staat stellen om effectief te handelen in zorg- en genezingscontexten'. De competenties kunnen algemeen zijn en betrekking hebben op een uiteenlopend scala van zorgsituaties of ze kunnen meer gespecialiseerd zijn en noodzakelijk voor de behandeling van specifieke doelgroepen. Personeel in de geestelijke gezondheidszorg verwerft die competenties tijdens opleidingen en stages, maar ook door ervaring op te doen.

11) In de geestelijke gezondheidszorg wordt gedeelde besluitvorming toegepast

Gedeelde besluitvorming wordt gedefinieerd als 'een benadering waarbij clinici en patiënten de beste beschikbare gegevens delen wanneer ze beslissingen moeten nemen, en waarbij patiënten worden aangemoedigd om opties te overwegen om tot geïnformeerde voorkeuren te komen' (Elwyn et al., 2010). Bij gedeelde besluitvorming moet informatie over preventie- of behandelingsopties worden gedeeld.

Bovendien worden mensen die een beroep doen op geestelijke gezondheidszorg aangemoedigd om uit te komen voor hun voorkeuren en mening tijdens het besluitvormingsproces (Elwyn et al., 2012). Om zo'n proces te verwezenlijken vinden er drie soorten gesprekken plaats: de keuze introduceren (keuzegesprek), opties beschrijven (optiegesprek) en mensen die een beroep doen op geestelijke gezondheidszorg helpen beslissingen te nemen (beslissingsgesprek). De voordelen van het betrekken van die mensen in de gedeelde besluitvorming zijn onder meer een hogere tevredenheid over de beslissing, betere kennis op het vlak van geestelijke gezondheid en verhoogde therapietrouw (Bleyen, Vertommen en Van Audenhove, 1998 ; Van Audenhove en Vertommen, 2000 ; Wills en Holmes Rovner, 2006 ; Schauer et al., 2007).

12) *Er is peer support en zelfhulp beschikbaar*

Zelfhulp wordt gedefinieerd als 'elke handeling of activiteit waarbij personen met psychische problemen zichzelf of anderen helpen om hun eigen doelen te bereiken'. Binnen die definitie wordt een gebruiker gedefinieerd als een persoon die momenteel geestelijke gezondheidszorg ontvangt, dat in het verleden heeft gedaan of die in aanmerking komt voor geestelijke gezondheidszorg, maar ervoor kiest om daar niet op in te gaan' (Brown en Wituk, 2010). Uit studies blijkt een positief verband te bestaan tussen het gebruik van zelfhulpdiensten en de tevredenheid over de professionele geestelijke gezondheidszorg (Hodges et al., 2003). Zelfhulp omvat het gebruik van zelfhulpboeken, persoonlijke en telefonische begeleiding, online zelfhulpbehandelingen, zelfhulpgroepen of peer support, enzovoort (UK National Health Survey, 2010).

Het concept *'peer support'* kan verschillende betekenissen hebben: het kan gaan om een proces waarbij mensen elkaar wederzijds hulp bieden om gemeenschappelijke problemen aan te pakken, maar het kan ook gedefinieerd worden als een niet-wederkerige vorm van zorg waarbij personen die hun psychische problemen hebben overwonnen vormen van sociale, emotionele of instrumentele ondersteuning bieden die verschillen van professionele hulp (Solomon en Phyllis, 2004; Davidson et al., 2006).

13) *Afzondering en fixatie moeten worden vermeden*

In 2016 heeft de HGR een advies over afzondering en fixatie gepubliceerd (HGR 9193).
Fixatie wordt door de HGR gedefinieerd als 'het geheel van maatregelen in verband met het gebruik en de toepassing van fixatie- en beveiligingsmiddelen waarmee het lichaam volledig of gedeeltelijk wordt geïmmobiliseerd om een patiënt die gedrag vertoont dat als gevaarlijk of slecht aangepast aan de situatie wordt beschouwd, in veiligheid te brengen'.
Afzondering betekent dat 'de patiënt tegen zijn wil in zijn eigen kamer of in een afgezonderde ruimte die gesloten is, moet verblijven met de bedoeling te voorkomen dat de patiënt contact heeft met anderen. Ze dient om de veiligheid van de patiënt en/of zijn omgeving te waarborgen of om de bewegingsvrijheid van de patiënt te beperken als hij de normale grenzen van de intimiteit, de persoonlijke ruimte en de fysieke integriteit niet meer naleeft' (HGR, 2016).

Alle patiënten hebben het recht om vrij te zijn van fysiek of psychisch misbruik en lichamelijke straffen. Alle patiënten hebben het recht om vrij te zijn van fixatie of afzondering van welke aard dan ook, door het personeel ingezet als dwangmiddel, vergeldingsmiddel of om de patiënt te disciplineren of het gemak te verhogen.
Volgens het advies HGR 9193 (HGR, 2016), 'alleen een ernstige gevaarsituatie bij een wilsonbekwame patiënt waarbij elke mogelijke alternatieve vrijwillige interventie faalt of onhaalbaar is (laatste redmiddel), kan een dwanginterventie rechtvaardigen. Een dwanginterventie is nooit standaard psychiatrische zorg. Ze mag in geen geval een strafmaatregel zijn. Als uitzonderlijk een dwanginterventie wordt toegepast is dit altijd de minst restrictieve interventie voor de kortst mogelijke duur' (HGR, 2016).

4.1.3 WGO- doelstelling 3: Diensten voor geestelijke gezondheidszorg zijn toegankelijk, bekwaam, betaalbaar en beschikbaar in de gemeenschap volgens de noden

14) Er is eerstelijnsgezondheidszorg beschikbaar en toegankelijk

Psychische problemen leiden vaak tot verminderd welzijn en een verlaagde levenskwaliteit. Naar schatting 60 % van de mensen met psychische problemen krijgt geen behandeling (NIMH, 2005 ; Vanclooster et al., 2013). Er moet voorzien worden in toegang tot goede eerstelijnsgezondheidszorg voor psychische problemen door eerstelijnszorg te ontwikkelen die in staat is psychische problemen vast te stellen en te behandelen, in elke regio competentiecentra op te zetten en netwerken te promoten en toegang te verzekeren tot gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg voor wie daar nood aan heeft (Gaebel et al., 2012).

15) Er is gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg beschikbaar en toegankelijk

Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg wordt zowel door professionals (onder andere psychiaters, psychologen, psychiatrisch verpleegkundigen en maatschappelijk werkers) verstrekt, als door gespecialiseerde ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en ambulante zorgdiensten voor geestelijke gezondheidszorg (Buhgra en Morgan, 2010). Verstrekkers van gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg zijn opgeleid om op een gepaste manier om te gaan met psychische problemen. Bovendien hebben ze meer ervaring met en een beter begrip van mensen met ernstige psychische problemen en verstrekken ze gepersonaliseerde zorg. Gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg die georganiseerd wordt in het kader van algemene gezondheidszorg brengt minder stigmatisatie met zich mee dan in aparte settings (*Center for Mental Health Services*, 1996). De werkzaamheid van gespecialiseerde eenheden voor geestelijke gezondheidszorg is aangetoond bij heel wat populaties (zoals ouderen, kinderen, gevangenen, gewezen militairen, enzovoort) (Wilkinson, 2000).

16) Er is personeel beschikbaar en toegankelijk voor de geestelijke gezondheidszorg

Bijna een vierde van de wereldbevolking lijdt aan psychische problemen (WGO, 2001). Wereldwijd is er echter een tekort aan zorgverleners binnen de geestelijke gezondheidszorg (zoals psychiaters, psychiatrisch verpleegkundigen, psychologen en maatschappelijk werkers). Dit tekort vormt een van de voornaamste drempels om in landen met lage en gemiddelde inkomens behandeling en zorg te verstrekken (WGO, 2011).
Er moet voldoende en bekwaam personeel opgeleid worden om voor een eerlijke verdeling te zorgen en om specialistenopleidingen te ontwikkelen (Gaebel et al., 2012).

17) *Geestelijke gezondheidszorg is efficiënt, kosteneffectief en betaalbaar*

Efficiëntie verwijst naar ‘het verband tussen een specifiek product of een specifiek resultaat van het zorgsysteem en de middelen of input die zijn gebruikt om tot dat product te komen. Efficiëntie bereiken houdt in dat de output voor een bepaalde kost gemaximaliseerd wordt of dat de kosten voor een bepaald resultaat tot een minimum beperkt wordt’ (McGlynn et al., 2009). Een efficiëntiebeoordeling gaat dus na hoe de resultaten van het zorgsysteem zich verhouden tot de kosten ervan. Kostenefficiëntie staat voor ‘een economische studie-opzet waarbij de gevolgen van verschillende interventies gemeten worden door gebruik te maken van slechts één resultaat, gewoonlijk uitgedrukt in ‘natuurlijke’ eenheden’ (*UK National Institute for Health and Clinical Excellence*, 2008).

Door de beperkte financiële middelen en de verhoogde kosten voor intramurale geestelijke gezondheidszorg is er steeds meer aandacht voor de efficiëntie van die diensten (Lagomasino, 2010).
Tot slot is het belangrijk dat geestelijke gezondheidszorg voor iedereen betaalbaar is. In tal van landen vormen de hoge kosten van behandelingen in de geestelijke gezondheidszorg een aanzienlijke financiële drempel. Bovendien wordt geestelijke gezondheidszorg in heel wat landen niet gedekt door verzekeringen, waardoor het voor veel mensen onbetaalbaar wordt. De WGO deelt ook mee dat 25 % van alle landen geen invaliditeitsuitkering betaalt aan patiënten met psychische stoornissen en dat een derde van de wereldbevolking leeft in landen die minder dan 1 % van hun gezondheidsbudget toewijzen aan geestelijke gezondheid (WGO, 2012). Voorts heeft 31 % van de landen geen specifieke begroting voor geestelijke gezondheidszorg (Saxena et al., 2007).

18) *Er is technologisch materiaal beschikbaar voor beoordeling en behandeling*

Tegenwoordig wordt digitale geestelijke gezondheidszorg beschouwd als een veelbelovende aanpak om efficiënte en werkzame geestelijke gezondheidszorg te verstrekken door het gebruik van slimme informatie- en communicatietechnologie (ICT) (Riper et al., 2010). Vandaag de dag bestaan er al verschillende digitale toepassingen voor geestelijke gezondheidszorg. Die zijn gericht op het verschaffen van informatie, screening, evaluatie en monitoring, behandeling en communicatie (Lal en Adair, 2014). Onderzoek toont aan dat het gebruik van ICT als aanvulling op gewone therapieën voor psychische problemen de toegankelijkheid, werkzaamheid en betaalbaarheid van geestelijke gezondheidszorg kan verhogen (Arensman et al., 2015 ; Lal en Adair, 2014). Zo is geautomatiseerde cognitieve gedragstherapie (cCBT) werkzaam om personen met psychiatrische aandoeningen te behandelen. Ze kan tegelijkertijd toegepast worden bij een groot aantal mensen zonder dat ze hoeven te wachten en ze is kostenefficiënt (Anderson et al., 2014 ; NICE, 2009). Technologie voor live videoconferenties vormt een recente ontwikkeling binnen de digitale geestelijke gezondheidszorg en wordt ingezet om de samenwerking tussen zorgverleners uit verschillende settings via videoconferenties te vergemakkelijken (Shore et al., 2013 ; Chun-Do et al., 2012). Het is even werkzaam of zelfs werkzamer gebleken dan praktijkgerichte samenwerking in een zorgomgeving (Fortney et al., 2007). Momenteel loopt het *Mastermind*-project, dat het gebruik van zowel cCBT als videoconferenties tracht te stimuleren in de dagelijkse geestelijke gezondheidszorg in heel Europa (Vis et al., 2015).
Gaebel et al. (2012) vermelden ook hoe belangrijk het is om binnen de 72 uur *evidence-based* uitrusting en diensten te leveren voor diagnostiek en behandeling (Gaebel et al., 2012). Deze aanbeveling is gebaseerd op de klinische ervaring dat voor een grondig diagnostisch onderzoek van een persoon met psychische problemen een hele reeks technische onderzoeken (zoals neurologische beeldvorming, elektro-encefalografie, geneesmiddelencontrole, somatische begeleiding) nodig zijn.

4.1.4 WGO- doelstelling 4: Mensen hebben recht op respectvolle, veilige en effectieve behandelingen en tussenkomsten

19) *Er wordt gestreefd naar klinische werkzaamheid van psychische behandelingen*

'Een klinisch effectieve behandeling wordt gekenmerkt door blijvende opvolging van de voorgeschreven behandeling door de patiënt, langdurige afname van de symptomen of genezing van de ziekte, van de last van de behandeling (bijwerkingen) en van de impact van de ziekte op de patiënt en de mensen uit zijn of haar sociale omgeving en door een langdurige toename van gezond gedrag en een herstel van het welbevinden' (Liberman et al., 2002). Sinds de jaren 90 groeit echter de herstelbeweging binnen de geestelijke gezondheidszorg (Anthony, 1993 ; Leamy et al., 2011). Voor mensen met ernstige psychische problemen is een echte genezing niet altijd mogelijk. Hen een herstelproces laten doorlopen is daarom een realistisch alternatief. Anthony (1993) definieert herstel als een 'diep persoonlijk, uniek proces waarin iemands eigen standpunten, waarden, gevoelens, doelstellingen, vaardigheden en/of rollen veranderen. Het is een manier om een bevredigend, hoopvol leven te leiden waarin de patiënt ergens toe bijdraagt, zelfs met de beperkingen die de ziekte met zich meebrengt. Herstel houdt in dat men een nieuwe betekenis en een nieuw doel aan zijn leven geeft terwijl men de catastrofale effecten van de psychische aandoening achter zich laat. Dat proces kan gestimuleerd, ondersteund of verhinderd worden door de professionals en de diensten in de geestelijke gezondheidszorg. De ontwikkeling van een praktijk die gericht is op herstel moet beschouwd worden als een wezenlijk onderdeel van de effectieve behandeling van psychische aandoeningen in een gemeenschapsgericht systeem voor geestelijke gezondheidszorg.

20) Er zijn specifieke behandelingen voor specifieke doelgroepen

In hun beschrijving van gemeenschapsgerichte systemen voor geestelijke gezondheid in een evenwichtige zorg beschrijven Thornicroft en Tansella (2003, p. 13) de nood aan gespecialiseerde behandelingen voor specifieke doelgroepen zoals eetstoornissen, dubbele diagnose (bijvoorbeeld: psychose en drugsgebruik), moeilijk te behandelen emotionele en psychotische stoornissen, andere specifieke stoornissen zoals posttraumatische stressstoornissen, psychische problemen specifiek voor gedetineerden, geesteszieke moeders en hun kinderen. Volgens de auteurs hangt de beslissing om zulke gespecialiseerde diensten op te zetten af van de lokale noden en de aanwezigheid van andere diensten, geïdentificeerde lacunes en financiële middelen.

21) *Promotie, preventie en risicobeoordeling van geestelijke gezondheid zijn op grote schaal beschikbaar*

In 2011 definieerden Huber et al. geestelijke gezondheid als 'het vermogen om zich aan te passen en te beheersen wanneer men zich geconfronteerd ziet met sociale, lichamelijke en emotionele uitdagingen' (Huber et al., 2011). De preventie van psychische problemen is erop gericht 'de incidentie, de prevalentie en de terugkeer van psychische problemen, de duur van de symptomen of de omstandigheid die een risico op een psychische aandoening inhoudt te verminderen, de terugkeer van psychische problemen te voorkomen of te vertragen en de impact van de aandoening op de persoon die eraan lijdt, zijn familie en de samenleving te verminderen' (Mrazek en Haggerty, 1994). Terwijl preventie draait om het vermijden van een ziekte, draait promotie rond het bevorderen van welzijn en het verbeteren van de levenskwaliteit (WGO, 2002). Promotie wordt door de WGO (1986) gedefinieerd als 'het proces waarbij mensen in staat gesteld worden om meer controle te krijgen over hun gezondheid en die te verbeteren'.

Studies tonen aan dat de combinatie van preventie- en promotieprogramma's in de geestelijke gezondheidszorg stigmata vermindert, de kostenefficiëntie verhoogt en leidt tot betere resultaten (WGO, 2002).
'Risicobeoordeling houdt een professionele zorgplicht in voor diegenen die werken in de geestelijke gezondheidszorg ten opzichte van het individu dat er een beroep op doet, waarbij gezondheidsnoden worden afgewogen tegen problemen voor de persoonlijke en openbare veiligheid. Professionele zorgverleners moeten een evenwicht zoeken tussen het promoten van de eigen beslissingen van de patiënt en autonomie voor de patiënt enerzijds en de vereisten van persoonlijke, professionele en publieke verantwoording anderzijds. Risicobeheer zou niet alleen mogen focussen op het wegnemen van risico's. Het draait er ook om te voorzien in een proces om de geïdentificeerde mogelijke voordelen te vermeerderen en de waarschijnlijkheid op schade als gevolg van het nemen van risico's te verminderen' (Titterton, 2005). Risicobeoordeling is van toenemend belang bij de preventie van crimineel gedrag (McSherry, 2004).
In de forensische context zou een beroep gedaan kunnen worden op psychiaters en psychologen om te evalueren of een persoon zich in de toekomst gewelddadig zal gedragen. Professionals in de geestelijke gezondheidszorg kan ook gevraagd worden of een beklaagde kan recidiveren. Dat kan gebeuren in verband met aanvragen tot vrijlating op borgtocht, de veroordeling en preventieve hechtenis, het beschikkingsrecht van overtreders met psychische problemen en in verband met voorwaardelijke vrijlating (McSherry, 2004). In maatschappelijke geestelijke gezondheidszorg die gericht is op herstel, komt het perspectief van de gebruiker in een proces van risicobeoordeling meer op de voorgrond. Boardman en Roberts (2015) beschrijven processen van risicobeoordeling en veiligheidsplanning die gericht zijn op herstel en die gebaseerd zijn op het concept van gedeelde besluitvorming en het gezamenlijk opzetten van persoonlijke veiligheidsplannen. Zij stellen dat die aanpak de noden van de patiënten respecteert en tegelijkertijd ieders verantwoordelijkheden – van patiënten, professionals, familie en vrienden – erkent om te handelen op een manier die de persoonlijke en openbare veiligheid waarborgt.

22) *Er is psychotherapie beschikbaar*

Psychotherapie is 'een praktijk die verschillende vormen kan aannemen en die bedoeld is om symptomen te verlichten en de persoonlijkheid te veranderen, symptomatische episodes in de toekomst te verminderen, de levenskwaliteit te verbeteren, adaptief functioneren op school / op het werk en in relaties te bevorderen, de waarschijnlijkheid op gezonde levenskeuzes te verhogen en andere voordelen te bieden die voortkomen uit de samenwerking tussen een cliënt/patiënt en een psycholoog' (American Group Psychotherapy Association, 2007). Benaderingen van psychotherapie zijn grotendeels onder te brengen in vijf ruime categorieën: 1) psychoanalyse en psychodynamische therapieën, 2) gedragstherapie, 3) cognitieve therapie, 4) humanistische therapie en 5) holistische of integratietherapie (American Psychology Association, 2016). Soorten psychotherapie zijn gezinstherapie, relatietherapie, individuele therapie en groepstherapie (American Group Psychotherapy Association, 2007). Volgens mensen die een beroep doen op geestelijke gezondheidszorg verhoogt psychotherapie hun vermogen om zichzelf te begrijpen, leert het vaardigheden aan om relaties te verbeteren, helpt het omgaan met bepaalde problemen (eetstoornis, bipolaire stoornis enzovoort) en toont het hoe een oplossing kan worden gevonden voor problemen (Cooper, 2008).

23) *Er zijn casemanagementdiensten beschikbaar voor mensen met ernstige psychische problemen*

Casemanagement is 'een gezamenlijk proces van beoordeling, planning, ondersteuning, zorgcoördinatie, evaluatie en pleitbezorging opdat opties en diensten beantwoorden aan alle gezondheidsnoden van een individu en gezin door communicatie en beschikbare middelen in te zetten om kwalitatieve, kostenefficiënte resultaten te promoten' (*Case Management Society of America*, 2010). De effectiviteit en de implementering van casemanagementprojecten hangt af van acht domeinen of vereisten: 1) geschikt personeel (bv. vaardigheden van professionals, personeelsverloop van gezondheidswerkers, enzovoort); 2) een op maat gemaakt ontwerp en organisatie van diensten (bv. proces van gedeelde besluitvorming); 3) zelfbeheer en ondersteuning (bv. een antwoord bieden op de bezorgdheden van begunstigden en mantelzorgers); 4) relaties met de gemeenschap (bv. partnerschap met gemeenschapsorganisaties); 5) geschikte financiële stimulansen (bv. stimulansen voor deelname van huisartsen); 6) processen die de kwaliteit van de zorg ondersteunen (bv. het zorgplan monitoren); 7) kennismanagement en besluitvormingsondersteuning (bv. gebruik van onderzoeksresultaten) en 8) klinische informatiemiddelen (bv. registratiesystemen). Casemanagement bevordert de levenskwaliteit en de autonomie van diegene die een beroep doet op geestelijke gezondheidszorg (Ontario Government, 2005).

24) *Er worden stelselmatig gestandaardiseerde uitkomstmaten gebruikt in de geestelijke gezondheidszorg*

Shellings et al. (2012) definieerden gestandaardiseerde uitkomstmeting als 'het periodiek meten van de resultaten van behandelingen door middel van een gestandaardiseerde methode en die resultaten gebruiken om het individuele behandelingsplan te herzien en de samenvoeging van behandelingsresultaten'.
Aan de hand van uitkomstmaten kunnen zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg identificeren op welke vlakken de gebruiker van de dienst vooruitgang heeft geboekt en op welke vlakken nog behandeling nodig is. Uitkomstmaten kunnen wijzen op veranderingen bij de zorggebruiker in de loop van de tijd en ze kunnen ook gebruikt worden op een ruimer niveau om de werkzaamheid van een klinische praktijk, een team, een dienst of een sector weer te geven. Studies tonen aan dat uitkomstmaten de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg verbeteren (*Department of Human Services*, 2006).

25) *Veiligheid wordt beschouwd als een prioriteit*

Veiligheid van de patiënt wordt door Emmanuel et al. (2008) gedefinieerd als 'een discipline in de gezondheidszorg die wetenschappelijke methoden rond veiligheid toepast met als doel tot een betrouwbaar gezondheidszorgsysteem te komen. Patiëntveiligheid is ook een onderdeel van gezondheidszorgsystemen. Het beperkt de frequentie en de impact van ongewenste voorvallen tot een minimum en maximaliseert het herstel ervan'.
In voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg moet een operationeel beleid worden toegepast om zich te verzekeren van de veiligheid van de patiënt en van het personeel (Gaebel et al., 2012). De patiëntveiligheid hangt af van de volgende factoren: 1) factoren eigen aan de patiënt (bv. storend gedrag); 2) factoren eigen aan de zorgverstrekkers (bv. slechte communicatie); 3) organisatorische factoren (bv. gemeenschapsmiddelen, tekort aan personeel en dergelijke) en 4) de fysieke omgeving (bv. slecht ontworpen omgeving) (*BC Mental Health and Addiction Services*, 2008).
Bovendien vormen psychotrope geneesmiddelen bij personen met psychische problemen een belangrijke behandelingswijze (Brickel et al., 2009). Medicatie kan sommige mensen helpen om het leven te leiden dat ze willen leiden. Geneesmiddelenmisbruik kan extra problemen met zich meebrengen (*UK Mental Health Foundation*, 2016).

De beslissing om al dan niet medicatie toe te dienen moet overwogen worden door het multidisciplinaire team en het verdient aanbeveling om dergelijke beslissingen te bespreken met de patiënt en de familie erbij te betrekken. Zorgverleners in de geestelijke gezondheidszorg moeten ook de risico's uitleggen die geneesmiddelen met zich meebrengen (Latha en Phil, 2010). Er zijn follow-upafspraken nodig om de medicatie te monitoren zodat de werkzaamheid van de behandeling en de mogelijke bijwerkingen van de medicatie geëvalueerd kunnen worden (*US Mental Health Division of Student Affairs*, 2015). De meeste geneesmiddelen hebben namelijk bijwerkingen en er kunnen zich problemen voordoen wanneer mensen ze niet meer innemen.

4.1.5 WGO-doelstelling 5: Gezondheidssystemen verstrekken iedereen goede lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg

26) Multidisciplinaire geestelijke gezondheidszorg wordt gestimuleerd

Mitchel et al. (2008) stellen dat geestelijke gezondheidszorg multidisciplinair is 'wanneer professionals uit een aantal uiteenlopende disciplines samenwerken om uitgebreide zorg te verstrekken die beantwoordt aan zoveel mogelijk noden van diegene die een beroep doet op die zorg. Dat kan in de vorm van een aantal professionals die als een team functioneren onder eenzelfde organisatorische koepel of in de vorm van professionals van een aantal verschillende organisaties, waaronder ook privépraktijken, die samen een uniek team vormen. Naarmate de toestand van de patiënt in de loop van de tijd verandert, kan de samenstelling van het team veranderen als antwoord op de veranderende klinische en psychosociale noden van de patiënt'. De WGO (2013) pleit ervoor dat mensen met psychische problemen behandeld zouden worden door multidisciplinaire gezondheidsprofessionals die in staat zijn om een antwoord te bieden op hun biomedische, psychologische en socio-economische noden. Die holistische benadering leidt onder meer tot een betere diagnose en coördinatie, betere resultaten voor mensen met psychische problemen en hun families en een betere kostenefficiëntie (Greenberg, 2011).

27) *Lichamelijke aandoeningen en toegang tot algemene en gespecialiseerde medische diensten worden opgevolgd*

Mensen met ernstige psychische problemen hebben vaak lichamelijke comorbiditeiten die niet herkend en/of behandeld worden (Mitchell et al., 2009). Dat fysieke problemen bij mensen met psychische problemen niet voldoende herkend worden, is vaak te wijten aan 'diagnostische overschaduwing', wat gedefinieerd wordt als 'een proces waarbij professionals in de gezondheidssector ten onrechte veronderstellen dat aanwezige fysieke symptomen een gevolg zijn van de psychische aandoening van hun patiënt. Als gevolg daarvan krijgt de patiënt met de psychische aandoening een diagnose of behandeling die niet voldoende is' (Jones et al., 2008). Recente richtlijnen voor gezondheidszorg voor mensen met psychische problemen omvatten standaarden voor lichamelijke gezondheidszorg. Die standaarden moeten stelselmatig worden toegepast. Het monitoren van lichamelijke aandoeningen en de toegang tot algemene en gespecialiseerde medische diensten zou de kans op een vroege vaststelling van medische aandoeningen verhogen (Gaebel et al., 2012; Golomb et al., 2000).

4.1.6 WGO-doelstelling 6: Systemen voor geestelijke gezondheidszorg werken goed gecoördineerd samen met andere sectoren

28) Er wordt gezorgd voor geïntegreerde zorg en continuïteit van de geestelijke gezondheidszorg

De WGO definieert geïntegreerde zorg als 'een concept waarbij input, verstrekking, management en organisatie van diensten met betrekking tot de diagnose, behandeling, zorg, revalidatie en de promotie van geestelijke gezondheid samenkomen. Integratie is een manier om diensten te verbeteren op het vlak van toegankelijkheid, kwaliteit, tevredenheid van de gebruikers en efficiëntie' (WGO, 2002). Er moeten geïntegreerde modellen van coöperatieve gemeenschapszorg ontwikkeld en geïmplementeerd worden om *evidence based* diensten te verstrekken met de gemeenschappelijke budgettaire verantwoordelijkheid van de deelnemende dienstverleners (Gaebel et al. 2012). Diensten voor geestelijke gezondheidszorg moeten bovendien organisatorisch geïntegreerd worden in algemene ziekenhuizen met ambulante faciliteiten voor geestelijke gezondheidszorg, inclusief ambulante faciliteiten in psychiatrische ziekenhuizen, privépraktijken en andere ambulante diensten voor geestelijke gezondheidszorg (Gaebel et al., 2012). 'Continuïteit van de zorg' hangt sterk samen met geïntegreerde zorg. De eerste component is 'continuïteit van de verstrekker', wat verwijst naar het belang van een relatie van vertrouwen met de professionele zorgverlener. De tweede component betreft de 'continuïteit over de secundaire-primaire zorginterface heen', wat staat voor de overgang van gespecialiseerde naar algemene zorg. De laatste component is 'informatiecontinuïteit door gedeelde dossiers' (Gröne en Garcia-Barbero, 2002). Gaebel et al. (2012) onderstrepen het gebruik van rapportagesystemen voor de geestelijke gezondheidszorg om de continuïteit van de zorg te vergemakkelijken. Met behulp van dergelijke rapportagesystemen kunnen de epidemiologie van psychische problemen, de gegevens over het aantal faciliteiten voor geestelijke gezondheidszorg, hun regionale verspreiding, de frequentie en het soort gebruik, het personeel en het onderzoek naar geestelijke gezondheidszorg gemonitord worden. Bovendien moet het gebruik van registratiesystemen voor gevallen van psychische problemen (PCR's) aangemoedigd worden. PCR's worden beschreven als 'op een patiënt gerichte longitudinale gegevens over contacten met een bepaalde set van diensten voor geestelijke gezondheidszorg die voortkomen uit een bepaalde populatie' (Perera et al., 2009). Registratiesystemen voor gevallen van psychische problemen zijn effectieve en kostenefficiënte gegevensbronnen die in toenemende mate gebruikt worden om kwesties rond de verstrekking van geestelijke gezondheidszorg te onderzoeken en om zorgprogramma's, zorgpatronen, de validiteit van diagnose-instrumenten en therapieën te evalueren (Perera et al., 2009). In deze context heeft het multinationale consortium interRAI, een internationale samenwerking die de levenskwaliteit van kwetsbare personen wil verbeteren door een naadloos en uitgebreid evaluatiesysteem, de interRAI-instrumenten voor geestelijke gezondheidszorg ontwikkeld (*interRAI Mental Health, interRAI Community Mental Health, interRAI Child en Youth Mental Health*) (interrai.org, 2016). Die interRAI-instrumenten maken deel uit van een reeks evaluatiesystemen die beschikbaar zijn voor bijna elke gezondheidssector. Resultaten van de interRAI-instrumenten zijn protocollen voor de evaluatie van cliënten (CAP's), schalen en kwaliteitsindicatoren. De interRAI-evaluatie voor de geestelijke gezondheidszorg en de andere interRAI-evaluaties omvatten toepassingen voor zorgplanning, '*case-mix'*, resultaten en kwaliteitsmeting (Hirdes et al., 2000). Uit onderzoek blijkt dat de *'interRAI Mental Health'* een geschikt evaluatie-instrument is om kwaliteitsindicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg uit af te leiden (Perlman, 2013).
Het gebruik van deze instrumenten bevordert de communicatie tussen gezondheidsdiensten en draagt bij tot een continuïteit van de zorg voor het individu omdat hij/zij diensten verstrekt krijgt in verschillende sectoren (Grey et al., 2009).

29) *De overgang van diensten voor geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en adolescenten naar diensten voor volwassenen verloopt goed gecoördineerd*

Overgang binnen de gezondheidszorg is beschreven als 'een zinvol, gepland proces dat een antwoord biedt op de medische, psychosociale en educatieve noden of beroepsnoden van adolescenten en jongvolwassenen met chronische lichamelijke en medische aandoeningen wanneer ze de overstap maken van zorgsystemen die gericht zijn op kinderen naar systemen die gericht zijn op volwassenen' (Blum et al., 1993). Verschillende instanties wijzen erop dat het belangrijk is die overgang van adolescenten met psychische problemen naar het volwassen leven te ondersteunen en te vergemakkelijken (*American Academy of Pediatrics*, 2002). Belgisch onderzoek toont aan dat de planning van de overgang een standaardonderdeel zou moeten vormen van de zorgverstrekking aan alle jongeren en jongvolwassenen, aangezien een goed getimede, goed geplande en goed uitgevoerde overgang van de zorg voor kinderen naar de zorg voor volwassenen tussen 18 en 21 jaar de jeugd in staat stelt om een zo groot mogelijk vermogen te ontwikkelen om volwassen rollen en activiteiten op zich te nemen (Coppens et al., 2015).

4.1.7 WGO-doelstelling 7: De aanpak van de geestelijke gezondheidszorg en het verlenen van die zorg worden gedreven door de juiste informatie en een grondige kennis

30) *Professionals in de geestelijke gezondheidszorg kunnen zich blijven bijscholen*

Bijscholing verwijst naar 'voordrachten, lessen, seminars, webinars of elke andere vorm van opleidingsprogramma dat is opgezet om een individu te onderwijzen en hem of haar meer vaardigheden en kennis bij te brengen die kan worden toegepast in het werk. Die programma's zijn bedoeld om personen te informeren over nieuwe ontwikkelingen of om verder te bouwen op de expertise van een persoon in een bepaald domein. Voor een aantal beroepen kunnen ze optioneel zijn, maar in andere omstandigheden kunnen ze vereist zijn om een status, certificaat of vergunning te behouden' (*Business Directory*, 2015). Het is voor professionals in de geestelijke gezondheidszorg belangrijk om te investeren in opleidingsprogramma's om over actuele kennis en vaardigheden te beschikken (WGO, 2004). Coördinerende instanties, beroepsverenigingen en academische commissies moeten openbaar onderricht organiseren en er toezicht op houden en moeten bewustmakingscampagnes rond geestelijke gezondheid en psychische problemen opzetten (Gaebel et al. 2012).

31) *De overheid monitort en evalueert de kwaliteit van diensten voor geestelijke gezondheidszorg*

Monitoren verwijst naar 'het stelselmatige opvolgen van een plan' en evaluatie naar 'een systematische inschattingsmanier om de waarde, het nut of de effectiviteit van het beleid of plan te beoordelen' (WGO 2007). Zowel monitoren als evalueren zijn belangrijk om een beleid voor geestelijke gezondheidszorg te ontwikkelen en om processen te herstructureren. Ten eerste moet het ontwikkelingsproces van het beleid geëvalueerd worden. Daarnaast moet de inhoud van het beleid geëvalueerd worden. Kwantitatieve en kwalitatieve gegevens zijn – soms allebei – belangrijk om een beleid of plan te evalueren. Het plan moet gemonitord worden om ervoor te zorgen dat het resultaat gerealiseerd wordt. Aan het einde van een beleidsperiode is het ten slotte belangrijk om te beoordelen of de doelstellingen bereikt zijn (WGO 2007). De bevoegde overheidsinstantie moet ook ingelicht worden over de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg en moet het beleid – indien nodig – bijsturen (Schellings et al., 2012).

32) *Er zijn voldoende op de bevolking gebaseerde diensten beschikbaar voor geestelijke gezondheidszorg*

De overheid beschikt over degelijke gegevens over de prevalentie van psychische problemen en geestelijke gezondheidsnoden bij de bevolking en over administratieve gegevens over het gebruik van diensten, processen en resultaten van gebruikers van geestelijke gezondheidszorg en de kosten van de zorg. Degelijke gegevens betekent dat het gebruik van zorgverlening in verschillende settings door dezelfde gebruikers berekend kan worden en dat er opvolging in de tijd mogelijk is. Op het niveau van de dienst moeten gegevens het mogelijk maken om aan benchmarking te doen tussen vergelijkbare diensten in eigen land en internationaal. Een Belgische studie toont aan dat er bijzondere aandacht moet uitgaan naar de kwetsbaarste groepen, die heel vaak geen toegang hebben tot de diensten waar ze nood aan hebben: de behandelingskloof (Vanclooster et al., 2013).

33) *Overheden zijn verantwoordelijk voor de financiering en verstrekking van openbare diensten voor geestelijke gezondheidszorg*

Wereldwijd zijn de geestelijke gezondheidszorg en het onderzoek ernaar chronisch ondergefinancierd (WGO, 2011). In België bedraagt het budget voor de geestelijke gezondheidszorg 6 % van het totale budget voor gezondheidszorg (Meys et al., 2014). Die onderfinanciering is voor een groot deel te wijten aan de stigmatisering. In weerwil van de kostprijs vinden mensen dat psychische problemen niet op één lijn staan met 'lichamelijke' gezondheidsproblemen. Door het gebrek aan financiering hebben heel wat mensen geen toegang tot geestelijke gezondheidszorg. De WGO roept de regeringen er daarom toe op hun budget te verhogen voor diensten bestemd voor mensen die lijden aan geestelijke en neurologische stoornissen en aan stoornissen ten gevolge van middelengebruik (WGO, 2011). Thornicroft en Patel (2014) pleiten er verder voor om geestelijke gezondheid op te nemen in de ontwikkelingsdoelstellingen van de Verenigde Naties voor het nieuwe millennium.
Diensten voor geestelijke en lichamelijke gezondheidszorg en voor maatschappelijke zorg moeten op gelijke voet verstrekt worden als middelen voor diensten die zich richten op lichamelijke gezondheid (Thornicroft en Patel, 2014). Thornicroft en Patel (2014) suggereren ook om twee cruciale indicatoren op te nemen: de dekkingsgraad van diensten voor ernstige psychische aandoeningen zal tegen 2020 toegenomen zijn met 20 % en het zelfmoordcijfer zal tegen 2020 afgenomen zijn met 10 % (Thornicroft en Patel, 2014).

34) Faciliteiten voor geestelijke gezondheid moeten gericht zijn op de toekomst

Gerichtheid op de toekomst wordt gedefinieerd als 'het organisatorische vermogen om veranderingen in de omgeving op te merken en te interpreteren en om gepaste reacties uit te lokken die overleving en succes op lange termijn garanderen' (*Future orientation*, 2010). In dit opzicht wordt het aanbevolen om aandacht te besteden aan nieuwe doelgroepen. Dat betekent bijvoorbeeld dat er meer aandacht uitgaat naar de geestelijke gezondheidsnoden van de groeiende groep ouderen in onze maatschappij en dat voor die groep relevante diensten en tussenkomsten worden uitgewerkt. Het verband tussen psychische problemen en deelname aan de arbeidsmarkt, het onderwijs en de vrije tijd is een ander onderwerp dat meer aandacht moet krijgen, net als de psychische problemen van de groeiende groep migranten.

5. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Elk jaar krijgt meer dan een derde van de Europese bevolking te maken met psychische problemen. Het nieuwe Europese Actieplan voor de Geestelijke Gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) roept de lidstaten op om een gemeenschappelijke set kwaliteitsindicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg te ontwikkelen.

In dit advies heeft de werkgroep van de Hoge Gezondheidsraad getracht een overzicht van aanbevelingen voor geestelijke gezondheidszorg aan te reiken die een basis kunnen vormen voor de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg in België. Voor de jaren 2011 tot 2015 werd een systematische literatuurstudie uitgevoerd om het vroegere werk van Gaebel et al. (2012) te updaten. Aanbevelingen die uit de systematische literatuurstudie voortkwamen werden besproken en aangevuld door deskundigen van de HGR en belanghebbende organisaties. De aanbevelingen werden uiteindelijk in categorieën ondergebracht op basis van de zeven doelstellingen van het Actieplan voor de Geestelijke Gezondheid van de WGO. In totaal leverde dit proces 34 aanbevelingen van de HGR op.

Aangezien de literatuurstudie werd uitgevoerd op basis van vroeger werk van Gaebel et al. werden de meeste studies die uit de literatuur werden gehaald, in andere landen dan België gevoerd. Dat betekent dat de link met specifieke Belgische kenmerken van de geestelijke gezondheidszorgsector een discussiepunt vormt voor toekomstige deskundigengroepen. Wereldwijd heeft België na Japan immers het hoogste aantal bedden in psychiatrische ziekenhuisafdelingen. Het heeft beperkte middelen voor maatschappelijke geestelijke gezondheidszorg, voor de promotie en preventie van geestelijke gezondheid en een sterke verspreiding over verschillende overheden (federaal en gewestelijk). Daardoor is de Belgische situatie relatief uniek en niet eenvoudig te vergelijken met die van andere landen. In dat opzicht verwijzen we naar enkele van deze kenmerken die belangrijk kunnen zijn voor de prioriteitsbepaling van de kwaliteitsindicator, die bijzonder relevant zou kunnen zijn voor België.

Sinds 2010 is de Belgische geestelijke gezondheidszorg bezig aan een transformatiebeweging in de richting van meer geïntegreerde zorg door netwerken te ontwikkelen en in de richting van de-institutionalisering door het aantal bedden in psychiatrische ziekenhuisafdelingen af te bouwen en mobiele teams op te zetten. Het is belangrijk om die innovaties te monitoren met speciale aandacht voor de behandelingskloof en toegankelijkheid, de belasting voor de familie en de gemeenschap en voor de evolutie naar praktijken die meer gericht zijn op herstel.

Speciale aandacht moet uitgaan naar geestelijke gezondheidszorg voor adolescenten. De resultaten van de ADOCARE-studie kunnen een bron van inspiratie vormen om kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen die een evolutie betekenen in de richting van betere integratie en overgang van jongeren, de ontwikkeling van diensten die zijn afgestemd op jongeren en promotie van geestelijke gezondheid op scholen.
Een andere belangrijke kwestie is de participatie van mensen met psychische problemen. Arbeidsmarktparticipatie lijkt in België een toekomstige uitdaging te worden voor veel personen die kampen met psychische problemen (OESO, 2013). Drake en collega's (2012) stellen dat een ruimere implementering van individuele plaatsing en ondersteuning op een positieve manier zou kunnen bijdragen aan heel wat van de negatieve aspecten van de belasting die psychische aandoeningen voor de maatschappij vormen.

De *evidence-based* aanbevelingen die uit deze studie zijn voortgekomen, kunnen worden gebruikt als een algemeen kader voor de selectie en ontwikkeling van structuur- en procesindicatoren voor de kwaliteit in de geestelijke gezondheidszorg in België.

6. REFERENTIES

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.*

- HGR 9193. Omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwanginterventies in de geestelijke gezondheidszorg. 2016.
- 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
- 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.

7. SAMENSTELLING VAN DE WERKGROEP

De samenstelling van het Bureau en het College alsook de lijst met de bij KB benoemde experten is beschikbaar op de website van de HGR: wie zijn we?.

Al de experten hebben ***op persoonlijke titel*** aan de werkgroep deelgenomen. Hun algemene belangenverklaringen alsook die van de leden van het Bureau en het College kunnen worden geraadpleegd op de website van de HGR (belangenconflicten).

De volgende experten hebben hun medewerking en goedkeuring verleend bij het opstellen van het advies. Het voorzitterschap werd waargenomen door **Chantal VAN AUDENHOVE** en het wetenschappelijk secretariaat door 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 Criminologie	KU Leuven
CROMBEZ Geert	Gezondheid 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 AZ Sint-Jan Brugge-Oostende
VAN DEN AMEELE Hans	Psychiatrie	
VANDENDORPE Florence	Sociologie, Psychologie	European Research Council Executive Agency (ERCEA)

De volgende experten werden gehoord maar waren niet betrokken bij de goedkeuring van het advies.

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

De volgende administraties werden gehoord:

DE BOCK Paul	FOD Volksgezondheid

Dit advies werd door een extern vertaalbureau vertaald

8. BIJLAGEN

De bijlagen worden ter informatie meegedeeld. De HGR kan in geen geval verantwoordelijk worden gesteld voor hun inhoud.

Bijlage 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

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)

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 of 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

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.

Bijlage 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 of 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]*

- 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

WHO objective 2: People with mental health problems are citizens whose **human** rights are fully valued, respected and promoted *[T&T: equity, justice, autonomy]*

- 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

WHO objective 3: Mental health services are **accessible, competent and affordable**, available in the community according to need *[T&T: accessibility, efficiency]*

- 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

WHO objective 4: People are entitled to **respectful, safe and effective treatment** *[T&T: effectiveness]*

- 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

Bijlage 3: Opmerkingen van de groep deskundigen van de HGR weergegeven en categorisering van de aanbevelingen op basis van de vier basisdoelstellingen en de drie transversale doelstellingen van de WGO

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 WGO 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 WGOse **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)

Bijlage 4. Opmerkingen van de patiëntenverenigingen

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.

Over de Hoge Gezondheidsraad (HGR)

De Hoge Gezondheidsraad is een federale dienst die deel uitmaakt van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Hij werd opgericht in 1849 en geeft wetenschappelijke adviezen i.v.m. de volksgezondheid aan de ministers van volksgezondheid en van leefmilieu, aan hun administraties en aan enkele agentschappen. Hij doet dit op vraag of op eigen initiatief. De HGR neemt geen beleidsbeslissingen, noch voert hij ze uit, maar hij probeert het beleid inzake volksgezondheid de weg te wijzen op basis van de recentste wetenschappelijk kennis.

Naast een intern secretariaat van een 25-tal medewerkers, doet de Raad beroep op een uitgebreid netwerk van meer dan 500 experten (universiteitsprofessoren, medewerkers van wetenschappelijke instellingen), waarvan er 200 tot expert van de Raad zijn benoemd; de experts komen in multidisciplinaire werkgroepen samen om de adviezen uit te werken.

Als officieel orgaan vindt de Hoge Gezondheidsraad het van fundamenteel belang de neutraliteit en onpartijdigheid te garanderen van de wetenschappelijke adviezen die hij aflevert. Daartoe heeft hij zich voorzien van een structuur, regels en procedures die toelaten doeltreffend tegemoet te komen aan deze behoeften bij iedere stap van het tot stand komen van de adviezen. De sleutelmomenten hierin zijn de voorafgaande analyse van de aanvraag, de aanduiding van de deskundigen voor de werkgroepen, het instellen van een systeem van beheer van mogelijke belangenconflicten (gebaseerd op belangenverklaringen, onderzoek van mogelijke belangenconflicten, en een referentiecomité) en de uiteindelijke validatie van de adviezen door het College (eindbeslissingorgaan). Dit coherent geheel moet toelaten adviezen af te leveren die gesteund zijn op de hoogst mogelijke beschikbare wetenschappelijke expertise binnen de grootst mogelijke onpartijdigheid.

De adviezen van de werkgroepen worden voorgelegd aan het College. Na validatie worden ze overgemaakt aan de aanvrager en aan de minister van volksgezondheid en worden de openbare adviezen gepubliceerd op de website (www.hgr-css.be), behalve wat betreft vertrouwelijke adviezen. Daarnaast wordt een aantal onder hen gecommuniceerd naar de pers en naar doelgroepen onder de beroepsbeoefenaars in de gezondheidssector.

De HGR is ook een actieve partner binnen het in opbouw zijnde EuSANH netwerk (*European Science Advisory Network for Health*), dat de bedoeling heeft adviezen uit te werken op Europees niveau.

Indien U op de hoogte wil blijven van de activiteiten en publicaties van de HGR kan U een mailtje sturen naar info.hgr-css@health.belgium.be .