



ROM Ouderen

Adviesdocument

Expertgroep Ouderen

11 februari 2011

versie 1.0

Inhoudsopgave

	Samenvatting	1
1	Inleiding	4
	1.1 Inhoud document	
	1.2 Doelstellingen van ROM	
	1.3 Uitgangspunten en afbakening	
2	Doelgroep	6
3	Meetinstrumenten	7
	3.1 Inventarisatie	
	3.2 Instrumenten	
	3.3 Overige opmerkingen	
4	Ontwerp	10
	4.1 Meetmomenten	
	4.2 Meetfrequentie	
	4.3 Afnemers meting	
	4.4 Behandeluitkomsten	

Inhoudsopgave, vervolg

5	Gegevensverzameling	12
5.1	De minimale dataset	
5.2	Casemix en -correctie	
5.3	Uitkomstgegevens	
5.4	Frequentie aanlevering	
Bijlage I:	Samenstelling expertgroep	14
Bijlage II:	Brondocumenten	15
Bijlage III:	Versiebeheer adviesdocument	16

Samenvatting

In opdracht van de Stuurgroep ROM ggz heeft de expertgroep Ouderen in dit document haar eerste aanbevelingen geformuleerd. Vastgesteld is dat ROM complexe materie betreft en dat we aan het begin staan van een boeiend ontwikkelingstraject. De door de expertgroep Ouderen gedurende 2010 uitgevoerde werkzaamheden betreffen met name de fase van oriëntatie en inventarisatie. Hier weergegeven aanbevelingen vormen een goede basis om op verantwoorde wijze uitvoering te geven aan de volgende fase van gegevensverzameling en analyse.

Het betreft de hulp aan ouderen (65 jaar en ouder) en hun eventuele (begeleidende) familie en/of mantelzorgers die plaats vindt in ggz-instellingen die hulp aan deze doelgroep bieden. Een tweetal subgroepen worden onderscheiden: gerontopsychiatrie (GP) en psychogeriatricie (PG).

Focus bij de aanmeldingsklachten ligt hierbij op depressie en angst (GP) en geheugen en oriëntatie (PG). Deze aandachtsgebieden betreffen > 80% van de cliëntpopulatie Ouderen.

Inzake Ouderen GP worden de volgende instrumenten aanbevolen:

Ernst problematiek	Dagelijks functioneren	Kwaliteit van leven
HoNOS65+ GDS-15 HADS-A	HoNOS65+ GAF	--

Inzake Kwaliteit van Leven is er voor Ouderen (GP alsook PG) nu geen geschikt instrument dat voldoende recht doet aan de criteria betreffende de vier kernfuncties. Aanbevolen wordt hierop voorlopig geen specifieke actie in te zetten.

Resultaatmeting bij Ouderen PG is methodisch uiterst moeilijk. Derhalve worden nu geen aanbevelingen gedaan voor in te zetten instrumenten. Een voorstel wordt thans uitgewerkt om een inhoudelijk vervolg te geven op de in maart 2010 gehouden bijeenkomst over dementie.

Voor goede diagnostiek alsook om te benchmarken wordt voor zowel GP als PG aanbevolen om het instrument MMSE te gebruiken.

Aanbevolen wordt om de beginmeting tijdens het intakeproces uit te voeren. Voor de eerste meting moet de diagnose en DBC-typering echter wel met een behoorlijke zekerheid zijn vastgesteld. De eindmeting moet bij het afsluiten van de behandeling plaatsvinden. Bij langdurende zorg dient elke 12 maanden een meting plaats te vinden.

Bij kortdurende zorg wordt aanbevolen om, mits de behandeling nog loopt, tussenmetingen uit te voeren gekoppeld aan de momenten van behandel-evaluatie. Bij langdurende zorg is eenmaal per jaar meten voldoende. Dit kan worden gekoppeld aan het doorloopp proces van de DBC.

Voor Ouderen GP geldt dat bij de beginmeting alle instrumenten afgenomen moeten worden. Voor de tussen- en eindmeting moet in ieder geval HoNOS65+ afgenomen worden alsook de GDS-15 (depressie) of de HADS-A (angst). GDS-15 en HADS-A zijn zelfrapportagelijsten die echter ook als interviewlijsten gehanteerd kunnen worden.

De expertgroep adviseert ten aanzien van ieder toe te passen meetinstrument goede instructie, training en opvolging (w.o. intervisie en regelmatig terugkerende training). Mogelijkheden en onmogelijkheden moeten voor gebruikers duidelijk zijn, zowel ten aanzien van het praktische gebruik als voor wetenschappelijk onderzoek. Dit is primair de verantwoordelijkheid van de instelling.

Betekenisvolle uitspraken zijn alleen te doen op basis van analyse van voldoende data met meerdere metingen per cliënt. Een eerste verkenning hiervan vindt plaats op basis van gedurende 2011 uit te voeren analyses.

Het is geen bezwaar om de wijze van berekening in een later stadium vast te stellen. Voorwaarde is wel dat gegevens aangeleverd (gaan) worden conform de minimale dataset. Omdat de laatste uitwerkingen inzake de minimale dataset nog plaatsvinden, kan de expertgroep geen uitspraak doen over de frequentie van aanlevering. Wel wordt aanbevolen in aanvang de ambitie niet te hoog te stellen.

Het is belangrijk om altijd de volledige vragenlijst(en) af te nemen. Aanbevolen wordt om de ruwe data op itemniveau vast te leggen.

Gedurende de eerste fase van gegevensverzameling dient voor benchmarking alleen gebruik gemaakt te worden van de uitkomstgegevens van de begin- en eindmeting.

Daarnaast zal er aandacht moeten zijn voor de vergelijkbaarheid van groepen cliënten en deelnemende instellingen binnen de benchmark. Op basis van inclusie en exclusie moet daarmee homogeniteit worden bereikt voor de te maken vergelijking. Hiertoe moet ook een set van controlevariabelen worden vastgesteld.

Het accent in 2011 zal moeten liggen op het daadwerkelijk gaan verzamelen van gegevens en het uitvoeren van de eerste analyses op de verkregen data. Deze eerste analyses zullen vooral procesinformatie, maar zeker ook veel inhoudelijke leerpunten opleveren om betekenisvol vergelijken te vervolmaken.

Aanbevolen wordt om voor bedoelde analyses gebruik te maken van data uit reeds lopende onderzoeken en pilots.

Naast toetsing en mogelijke verfijning van de in dit document gedane aanbevelingen omvat het werkplan 2011 onder meer:

- de methodebepaling en instrumentkeuze ten aanzien van Ouderen PG,
- overwegingen ten aanzien van behandeluitkomsten en berekenwijzen en aanbevelingen ten aanzien van feedback voor alle belanghebbenden,
- afweging inzake de casemix: zorg dragen dat door inclusie en exclusie homogeniteit in de te vergelijken groep ontstaat en vaststellen set aan controlevariabelen.

Definities van richtlijnen en normstellingen en interpretatie van uitkomsten vereisen analyse van grote databestanden en zijn pas op langer termijn te verwachten.

1 Inleiding

1.1 Inhoud document

Dit document omvat de aanbevelingen inzake de doelgroep Ouderen. Daarbinnen worden een tweetal groepen onderscheiden, te weten gerontopsychiatrie en psychogeriatricie. In hoofdstuk 2 wordt dit toegelicht.

In hoofdstuk 3 wordt ingegaan op de meetinstrumenten: de eigenschappen en welke instrumenten voor welk domein toe te passen. In hoofdstuk 4 worden een aantal overwegingen gegeven inzake het ontwerp en wordt ingegaan op meetmomenten en –frequentie.

Hoofdstuk 5 richt zich op de gegevensverzameling: de achtergrondinformatie en de uitkomstgegevens, alsook het formaat en de frequentie van aanlevering. Tot slot wordt in hoofdstuk 6 een schets gegeven van mogelijk feedback aan belanghebbenden.

In bijlage is de samenstelling van de expertgroep weergegeven. Voorts is in bijlagen toelichting en verwijzing gegeven.

1.2 Doelstellingen van ROM

Het visiedocument ROM ggz¹ geeft een duidelijk beeld van de doelstellingen van ROM en beschrijft de vier kernfuncties: behandelen & begeleiden, leren, verantwoorden en onderzoeken. Vrij vertaald zijn de redenen voor ROM als volgt weer te geven:

- inzicht in hoe de behandeling bij de individuele cliënt verloopt om daarmee het behandelplan te evalueren, zo nodig bij te stellen of eventueel de behandeling te beëindigen alsook om een kwantitatieve indruk van de voortgang van de behandeling te verkrijgen,
- analyses op groepsniveau om interventies, zorgprogramma's, teams, afdelingen, instellingen en regio's te vergelijken en te evalueren (leren, zichzelf en elkaar gericht bevragen, spiegelinformatie) zodat het zorgaanbod desgewenst kan worden aangepast, alsook om risicogroepen te kunnen vaststellen en karakteriseren,
- aansluiting bij de verplichting om prestatie-indicatoren te verzamelen (benchmarking), en
- gegevens te krijgen ter ondersteuning van of aanvulling op wetenschappelijk onderzoek.

1.3 Uitgangspunten en afbakening

Uitgegaan is van het volgende:

- vertrekpunt voor de werkzaamheden van de expertgroep is geweest het Beslisdocument Vergelijkbaarheid van de werkgroep Vergelijkbaarheid².
- gekeken is naar de drie indicatoren uit de basisset prestatie-indicatoren³ die in het bijzonder van belang zijn voor de resultaten van zorg, te weten indicator 1.2: 'Veranderingen in de ernst van de problematiek', indicator 1.3: 'Veranderingen in het dagelijks functioneren', en 1.4: 'Veranderingen in de door cliënt ervaren kwaliteit van leven',
- diverse instrumenten kunnen gebruikt worden om dezelfde indicator te bepalen, er is geen uitgesproken 'gouden standaard' en derhalve zijn argumenten zoals lokale expertise, internationale vergelijkbaarheid en tradities doorslaggevend,
- er wordt van uitgegaan dat een meetinstrument door meerdere instellingen gebruikt wordt voor een substantieel deel van de doelgroep,
- de instrumenten zijn klinisch relevant, valide, betrouwbaar, gevoelig voor verandering, meten tevens het patiëntenperspectief en hebben hun kwaliteiten bewezen in nationaal en/of internationaal onderzoek,
- het gebruik van zelfrapportagelijsten is veelal wel gewenst, echter ze zijn nog maar beperkt beschikbaar en niet altijd toepasbaar,
- de afnameduur dient kort te zijn om de belasting voor hulpverleners en patiënten te beperken,
- het gebruik van het instrument evenals de interpretatie van de items en uitkomsten moet volledig duidelijk zijn, vragen mogen niet op meerdere manieren te interpreteren zijn,
- ten aanzien van de scores geldt voornamelijk de beperking tot de schaalscores: de totaalscore en eventuele subtotalscores, waarbij wel rekening gehouden is met onderlinge vergelijkbaarheid tussen (de scores, mogelijk op itemniveau, van) de verschillende meetinstrumenten,
- voor een aantal groepen cliënten moet bij de instrumentkeuze rekening gehouden worden met andere direct betrokkenen (gezin, mantelzorgers e.d.),
- de casemix moet te wegen zijn en omgezet kunnen worden in een algoritme om vergelijkingen mogelijk te maken,
- bij voorkeur is een meetinstrument verkrijgbaar in het publieke domein.

2 Doelgroep

Het betreft de hulp aan ouderen (65 jaar en ouder) en hun eventuele (begeleidende) familie en/of mantelzorgers die plaats vindt in ggz-instellingen die hulp aan deze doelgroep bieden.

De expertgroep Ouderen onderscheidt een tweetal subgroepen:

- Gerontopsychiatrie (GP): cliënten zonder cognitieve problematiek als hoofddiagnose of nadrukkelijke nevendiagnose,
- Psychogeriatric (PG): cliënten met cognitieve problematiek als hoofddiagnose.

Ouderen GP kent nog het onderscheid in acuut/kortdurend en langdurend. Voor depressie en angst zijn specifieke meetinstrumenten en landelijke richtlijnen beschikbaar. Voor de overige GP-diagnoses is dit niet het geval.

Ouderen PG zijn in het algemeen langdurend in behandeling. Dementie omvat grosso modo 2/3 van de totale cliëntpopulatie binnen GGZ-Ouderen. Na mensen met een verstandelijke handicap is dementie de duurste psychiatrische ziekte in Nederland (zorgbreed bekeken). Ook is er een aanzienlijke bandbreedte in het strategisch beleid van ggz-instellingen ten aanzien van het behandelaanbod voor deze doelgroep. Dat compliceert mede de vergelijkbaarheid en het werken met ROM (zie ook onder 3.3).

Op 19 maart 2010 is er een specifieke bijeenkomst over dementie⁴ geweest. Onder auspiciën van de expertgroep Ouderen en met een goede inhoudelijke voorbereiding door een aantal van haar leden wordt hier een vervolg aan gegeven.

De focus dient te liggen op depressie en angst (GP) en geheugen en oriëntatie (PG). Deze aandachtsgebieden betreffen > 80% van de cliëntpopulatie Ouderen.

Opgemerkt wordt, dat er een verschuiving optreedt, en een nieuwe subgroep Ouderen in beeld komt. Door onvoldoende beschikbaarheid van eerstelijnszorg krijgen veel ouderen ggz-hulp in de tweedelijns. Het risico hiervan is dat er 'te zwaar' ingezet wordt en dat tweedelijns instrumenten gebruikt gaan worden voor eerstelijns problematiek.

3 Meetinstrumenten

3.1 Inventarisatie

Voor de inventarisatie van meetinstrumenten zijn de volgende bronnen gebruikt:

- expert opinion: instrumentarium dat al in gebruik is,
- Nederlands Kenniscentrum Ouderen Psychiatrie (NKOP): advies meetinstrumentarium ROM ⁵,
- MEMO project Trimbos instituut ⁶,
- Elderly Quest (LUMC en G7/SynQuest).

3.2 Ouderen GP

De expertgroep beveelt inzake Ouderen GP de volgende instrumenten aan:

Ernst problematiek	Dagelijks functioneren	Kwaliteit van leven
HoNOS65+ GDS-15 HADS-A	HoNOS65+ GAF	--

HoNOS65+ richt zich op de geestelijke gezondheid en het sociaal functioneren en ondervangt ook het domein 'diverse zorgbehoeften'. Het is een observatieschaal, in te vullen door de behandelaar. Het wordt steeds meer gebruikt in de praktijk, maar vraagt nadrukkelijk training. In ieder geval Trimbos biedt deze training aan. Daarnaast is er een aantal instellingen bereid de opgedane expertise te delen en trainingen te verzorgen.

HoNOS65+ is onderdeel van MEMO. Diverse onderzoeken naar betrouwbaarheid en validiteit hebben plaatsgevonden ⁷.

De GAF is een maat waarmee het psychisch, sociaal en beroepsmatig functioneren van een persoon wordt aangeduid. Het is onderdeel van DSM-IV. De betrouwbaarheid en validiteit van het instrument GAF staat niet ter discussie. Echter, onvoldoende zorgvuldig gebruik van het instrument leidt tot onbetrouwbare meting en vergelijkbaarheid.

GAF behoeft op termijn evaluatie om vast te stellen of het extra informatie oplevert bovenop HoNOS65+.

GDS is een gevalideerd en betrouwbaar instrument, geschikt als screeningsinstrument om depressie vast te stellen. Het is minder geschikt voor ernst- en vervolgmetingen. De MADRS is hier voor beter geschikt maar complexer van aard en vragend om meer training. GDS is onderdeel van MEMO. GDS is voldoende acceptabel en vergt minder tijd ⁸ dan de MADRS. Gekozen wordt voor de GDS-15.

HADS-A meet angstsymptomen. De afnameduur is beperkt.

HADS-A is onderdeel van MEMO. Diverse onderzoeken naar betrouwbaarheid en validiteit zijn uitgevoerd ⁹.

GDS en HADS-A zijn zelfrapportagelijsten die echter ook als interviewlijsten gehanteerd kunnen worden.

Het ontbreekt op dit moment aan een licentievrij, gevalideerd instrument dat geschikt is om gedragsproblematiek, gerelateerd aan de psychiatrische aandoening goed in kaart te brengen. De GIP wordt veel gebruikt maar is niet licentievrij (indicatie: € 3,50 – 5,00 per meting).

Binnenkort komt de NPI-C beschikbaar, een instrument dat in eerste instantie voor het meten van gedragsproblemen bij PG is ontwikkeld. Het betreft een zeer uitgebreide vragenlijst waarmee ook toenemend ervaring wordt opgedaan bij gerontopsychiatrische problematiek. Overleg heeft plaatsgevonden met de vertalers (Martin Kat en Jos de Jonghe) van de Neuro Psychiatric Inventory (NPI) over de beschikbaarheid en toepasbaarheid van dit instrument. De ontwikkeling en toepasbaarheid hiervan als ROM-instrument zal nauwgezet gevolgd worden.

Inzake Kwaliteit van Leven is er voor Ouderen (GP alsook PG) nu geen geschikt instrument dat voldoende recht doet aan de criteria betreffende de vier kernfuncties. Aanbevolen wordt hierop voorlopig geen specifieke actie in te zetten.

Tijdens de werkconferentie op 15 november 2010 is CDOI (ORS) genoemd als mogelijk in te zetten instrument. CDOI is vooral een instrument bedoeld voor *tracking*, iedere sessie af te nemen. Over de toepasbaarheid en het werkingsgebied zijn de meningen nog

verdeeld. Publicaties van wetenschappelijke onderbouwing zijn niet bekend. Het Trimbos-instituut gaat zich hier in verdiepen. Derhalve wordt toepassing van CDOI nu niet aanbevolen en is besloten eerst de bevindingen van hiervoor bedoeld onderzoek af te wachten.

3.3 Ouderen PG

Resultaatmeting (ROM) bij dementie is methodisch uiterst moeilijk: het is een progressief verslechterend ziektebeeld, het loopt altijd slecht af en eindigt in de regel in opname in een verpleeghuis of overlijden thuis.

Meting bij cliënten zelf is vaak niet betrouwbaar mogelijk. Informatieverzameling vindt veelal plaats bij de mantelzorger. De interventie richt zich vaak ook op die mantelzorger. Een procesinsteek lijkt een beter vertrekpunt dan een uitkomstbenadering. Mogelijke uitkomstmaten zijn: (1) uitstel van opname, (2) kwaliteit van leven, van cliënt en mantelzorger (!), (3) gedragsproblematiek. Er is een aanzienlijke bandbreedte in het strategisch beleid van ggz-instellingen ten aanzien van het behandelaanbod voor deze subgroep. Dat compliceert mede de vergelijkbaarheid en het werken met ROM.

Nadrukkelijk wordt uitgesproken nu geen aanbevelingen voor in te zetten instrumenten te doen. Een voorstel wordt uitgewerkt om een inhoudelijk vervolg te geven op de in maart 2010 op initiatief van KZN gehouden bijeenkomst over dementie. Zowel methodebepaling als instrumentkeuze moeten nader worden aangegeven, in gezamenlijkheid met deskundigen uit dit werkveld.

De naar aanleiding van de werkconferentie van 15 november 2010 gedane suggestie om HoNOS65+ ook in te zetten voor Ouderen PG wordt afgewezen. Dit instrument meet niet wat je wilt meten en meet voor deze groep teveel wat je niet kunt gebruiken.

Binnenkort komt de NPI-C beschikbaar, een instrument dat in eerste instantie voor het meten van gedragsproblemen bij PG is ontwikkeld. Het betreft een zeer uitgebreide vragenlijst waarmee ook toenemend ervaring wordt opgedaan bij gerontopsychiatrische problematiek. Overleg heeft plaatsgevonden met de vertalers (Martin Kat en Jos de Jonghe) van de Neuro Psychiatric Inventory (NPI) over de beschikbaarheid en toepasbaarheid van dit instrument. De ontwikkeling en toepasbaarheid hiervan als ROM-instrument zal nauwgezet gevolgd worden.

3.4 Benchmarking en vergelijkbaarheid

Het instrument MMSE wordt niet geschikt geacht voor ROM en kent meerdere nadelen ¹⁰. Het wordt wel breed toegepast als screeningsinstrument, differentieert goed tussen GP en PG en levert zinvolle informatie in aanvulling op HoNOS65+. Voor goede diagnostiek alsook om te benchmarken wordt derhalve aanbevolen MMSE te gebruiken.

4 Ontwerp

4.1 Meetmomenten en -frequentie

In ieder geval dient een beginmeting uitgevoerd te worden. Aanbevolen wordt om deze meting tijdens het intakeproces uit te voeren.

Bij het afsluiten van de behandeling dient een meting plaats te vinden. Bij langdurende zorg dient elke 12 maanden een meting plaats te vinden.

Bij kortdurende zorg wordt aanbevolen om, mits de behandeling nog loopt, tussenmetingen uit te voeren gekoppeld aan de momenten van behandel-evaluatie.

Bij langdurende zorg is eenmaal per jaar meten voldoende. Zolang de behandeling nog loopt, betreft dit in feite een tussenmeting.

Bij de beginmeting moeten alle instrumenten afgenomen worden. Voor de tussen- en eindmeting moet in ieder geval HoNOS65+ afgenomen worden alsook de GDS (depressie) of HADS-A (angst).

4.2 Afnemer meting

Met als uitgangspunt dat ROM het behandel/evaluatieproces ondersteunt, is gewenst dat de (hoofd-) behandelaar de vragenlijst(en) afneemt. Analoog aan door cliënten zelf ingevulde vragenlijsten, kan de feitelijke invulling begeleid worden door een gespecialiseerde testmedewerker of verpleegkundige. De supervisie c.q. de verantwoordelijkheid ligt bij betreffende (hoofd-) behandelaar.

De expertgroep adviseert ten aanzien van ieder toe te passen meetinstrument goede instructie, training en opvolging (w.o. intervisie en regelmatig terugkerende training). Mogelijkheden en onmogelijkheden moeten voor gebruikers duidelijk zijn, zowel ten aanzien van het praktische gebruik als voor wetenschappelijk onderzoek. Dit is primair de verantwoordelijkheid van de instelling.

4.3 Behandeluitkomsten

Inzake de vergelijkbaarheid van uitkomsten is een notitie opgesteld door Kim de Jong en Annet Nugter (april/oktober 2010) waarover de expertgroepen gevraagd is hun mening te formuleren ¹¹. In deze notitie wordt ingegaan op drie wijzen van berekening van verandering, te weten de gestandaardiseerde scores, de betrouwbare verbetering en de klinisch significante verbetering.

Het betreft complexe materie en het doen van concrete aanbevelingen vereist derhalve nader onderzoek. Betekenisvolle uitspraken zijn alleen te doen op basis van analyse van voldoende data met meerdere metingen per cliënt. Een eerste verkenning hiervan vindt plaats op basis van gedurende 2011 uit te voeren analyses.

Het is geen bezwaar om de wijze van berekening in een later stadium vast te stellen. Voorwaarde is wel dat gegevens aangeleverd (gaan) worden conform de minimale dataset, zie hoofdstuk 5.

Gedurende de eerste fase van gegevensverzameling dient voor benchmarking alleen gebruik gemaakt te worden van de uitkomstgegevens van de begin- en eindmeting.

Daarnaast zal er aandacht moeten zijn voor de vergelijkbaarheid van groepen cliënten en deelnemende instellingen binnen de benchmark. Op basis van inclusie en exclusie moet daarmee homogeniteit worden bereikt voor de te maken vergelijking. Hiertoe moet ook een set van controlevariabelen worden vastgesteld.

5 Gegevensverzameling

5.1 De minimale dataset

Voor betekenisvolle vergelijking is van belang dat een minimale set aan gegevens op eenduidige wijze wordt aangeleverd. Deze minimale dataset omvat onder meer gegevens over de instelling, allerlei achtergrondinformatie betreffende de cliënt en, uiteraard, de uitkomstgegevens van de metingen.

Naar verwachting zijn in december 2010 de spelregels en structuur inzake de minimale dataset vastgesteld. Nadrukkelijk is gekeken naar aspecten van privacy voor zowel cliënt als behandelaar. Voorts is voor de gegevensaanlevering zoveel mogelijk aansluiting gezocht bij bestaande en binnen instellingen bekende definities, zoals de DIS-aanlevering (DBC).

De casemix bepaalt in belangrijke mate hoe betekenisvol er vergeleken wordt. Het verzamelen van betreffende gegevens vereist het bijeen brengen van deze gegevens vanuit diverse informatiesystemen (ROM, EPD, zorgregistratie e.d.). Veel van hier bedoelde casemixgegevens worden in het kader van de DBC-registratie al vastgelegd.

De verantwoordelijkheid voor het bijeenbrengen van de gegevens van de minimale dataset vanuit de diverse informatiesystemen ligt bij de instellingen.

5.2 Casemix en -correctie

Voor Ouderen zijn met name de volgende gegevens relevant voor de casemix:

- Kort/lang
- Organisatievorm (PG en GP geïntegreerd in teams of apart)
- Doelgroepkeuze en inzet in PG-veld
- Diagnose-zekerheid: de complexiteit van problematiek bij ouderen maakt de zekerheid over de diagnose in de eerste fase na aanmelding/intake minder hoog

Met behulp van casemixcorrectie kun je instellingen met verschillende cliëntpopulaties vergelijkbaar maken. De wijze en mate van vergelijkbaarheid zal op basis van empirisch onderzoek vastgesteld moeten worden. De in 2011 uit te voeren pilot zal daartoe een eerste vingeroefening zijn. Meer concrete vaststelling zal in 2013 plaats kunnen vinden, ervan uitgaande dat dan voldoende gegevens verzameld zijn.

5.3 Uitkomstgegevens

Aanbevolen wordt om altijd de volledige vragenlijst(en) af te nemen.

Als vertrekpunt is gesteld dat vooralsnog totaalscores en subtotaalscores aangeleverd moeten worden. Echter, instrumenten hebben niet altijd een vergelijkbare indeling op subschaalniveau. Soms ook is één of zijn enkele items bepalend voor een uitkomstmaat. Tot slot is wellicht gewenst om de wijze van het berekenen van verandering gaandeweg te veranderen of verschillende berekeningen naast elkaar toe te gaan passen. Derhalve wordt aanbevolen om de ruwe data op itemniveau vast te leggen.

5.4 Frequentie aanlevering

In de toelichting bij de minimale dataset die in december 2010 gepubliceerd wordt, zijn eveneens de spelregels inzake de frequentie van aanlevering opgenomen. De expertgroep kan hierover derhalve nu geen uitspraken doen. Wel wordt aanbevolen in aanvang de ambitie niet te hoog te stellen.

Bijlage I: Samenstelling expertgroep

Dhondt, Ton	GGZ Noord-Holland-Noord
Naarding, Paul	GGNet
Oude Voshaar, Richard	UMCG/Trimbos
Veerbeek, Marjolein	Trimbos-instituut
Verbeeck, Jurgen	GGZ Dijk en Duin
Verhey, Frans	Universiteit Maastricht
Vuister, Jan	Geriant

De expertgroep wordt vanuit het project ROM ggz ondersteund door Paul van der Vlist, als leider van het deelproject Vergelijkbaarheid, en Susan van Hees als projectmedewerkster.

De expertgroep is voor het eerst bijeengekomen op 27 april 2010 en heeft gedurende 2010 vier bijeenkomsten c.q. telefonische overleggen gehouden.

Bijlage II: Brondocumenten

1. Nas, C. (2010). Visiedocument ROM ggz. Amersfoort: GGZ Nederland.
2. Tiemens, B., Kamsteeg, F., Schippers, G., e.a. (2009). Beslisdocument Vergelijkbaarheid. Amersfoort: GGZ Nederland.
3. Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ (2009). Basisset Prestatie-indicatoren 2009-2010, Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg. Den Haag: Zichtbare Zorg GGZ.
4. Beurs, E. de (2010). Verslag inhoudelijke bijeenkomst dementie. Bilthoven: Kenniscentrum Zorg Nederland.
5. Baarsen, C. Van, Vink, D. (2008). ROM bij ouderen: advies voor standaardisatie. Zeist: NKOP.
6. Veerbeek, M., e.a. (2007). MEMO, Monitor Geestelijke Gezondheidszorg Ouderen. Informatiefolder. Utrecht: Trimbos-instituut.
7. Aartsen, M.J., Spitsbaard, A.K., Baarsen, C. Van, e.a. (2010). Een multicenterstudie naar betrouwbaarheid, validiteit en gevoeligheid voor verandering van de HoNOS65+ binnen de ouderenpsychiatrie. Tijdschrift voor Psychiatrie 52 (2010) 8, 543-553.
8. Smalbrugge, M., Jongenelis, L., Pot, A.M., e.a. (2008). Screening for depression and assessing change in severity of depression. Is the Geriatric Depression Scale (30-, 15- and 8-item versions) useful for both purposes in nursing home patients? Aging & Mental Health, vol. 12, No. 2, 244-248.
9. Croon, E.M. de, Nieuwenhuijsen, K., Hugenholtz, N.I.R., Dijk, F.J.H. van (2005). Drie vragenlijsten voor diagnostiek van depressie en angststoornissen. TBV 13, nr.4.
10. Cornijs, H. (2006). De invloed van het cognitief functioneren op het meten van lichamelijke en psychische gezondheid. Amsterdam: GGZ Buitenamstel/VUMC.
11. Jong, K. de, Nugter, A. (2010). Vergelijkbaarheid van uitkomsten. Interne notitie ROM ggz project. Heiloo: GGZ Noord-Holland-Noord.

Bijlage III: Versiebeheer adviesdocument

versie	datum	wijziging door:	omschrijving wijziging:
01	15 juni 2010	Paul van der Vlist	Eerste opzet adviesdocument.
02-06	8 september tot 22 november 2010	Paul van der Vlist	Diverse versies met aanpassingen met name om vorm te geven aan de opbouw van het adviesdocument. Geen principiële inhoudelijke aanpassingen.
07	24 november 2010	Paul van der Vlist	Aanpassingen naar aanleiding van bijeenkomst expertgroep. Deze versie toegezonden aan leden expertgroep.
08	30 november 2010	Paul van der Vlist	Aanpassingen, met name vormgeving. Deze versie alleen op niveau projectgroep verspreid.
09	7 december 2010	Paul van der Vlist	Aanpassingen naar aanleiding van reacties leden expertgroep.
0.10	4 februari 2011	Paul van der Vlist	Aanpassingen naar aanleiding van reacties leden expertgroep en de besprekingen in de werkgroep Vergelijkbaarheid (d.d. 20 januari 2011) en de stuurgroep ROMggz (d.d. 27 januari 2011).
1.0	11 februari 2011	Paul van der Vlist	Vastgesteld voor publicatie. Geen inhoudelijke wijzigingen ten opzichte van vorige versie (0.10).