



ROM Vergelijkbaarheid

Conclusies 2010 - samenvatting

Werkgroep Vergelijkbaarheid

14 februari 2011

versie 1.1

Samenvatting

De werkgroep Vergelijkbaarheid heeft in september 2009 het Beslisdocument Vergelijkbaarheid opgeleverd. Dit document is in oktober 2009 vastgesteld door de stuurgroep en in november 2009 door het bestuur van GGZN. Dit beslisdocument is leidraad geweest voor de werkzaamheden gedurende 2010 van de werkgroep alsook voor de expertgroepen.

De werkgroep heeft naast haar betrokkenheid bij de expertgroepen de pilot Vergelijkbaarheid uitgevoerd, de eerste bevindingen hiervan gepresenteerd tijdens de werkconferentie van juni 2010, een interne notitie opgesteld inzake de berekeningswijzen en de publicatie voor het Tijdschrift van Psychiatrie ten behoeve van het themanummer ROM opgeleverd. Voorts heeft op 8 oktober 2010 een invitational conference plaatsgevonden.

De expertgroep Volwassenen EPA hebben de pilot EPA uitgevoerd en de eerste bevindingen gepresenteerd tijdens deze invitational conference.

Leden van de werkgroep zijn beperkt en fragmentarisch betrokken geweest bij verdere discussie over de minimale dataset met de Stichting Benchmarking ggz (SBG).

De expertgroepen hebben op basis van hun overleggen c.q. bijeenkomsten tijdens de werkconferentie van 15 november 2010 de essentie van hun bevindingen gepresenteerd en in december hun concept adviesdocumenten opgeleverd. Leden van de werkgroep zijn betrokken geweest bij de totstandkoming. Leden van de stuurgroep, de aanspreekpartners voor Vergelijkbaarheid, hebben ieder een tweetal concept adviesdocumenten ter lezing en oordeelvorming ontvangen. Voor het Netwerk Verslavingszorg is op 17 december 2010 een korte toelichting op de bevindingen van betreffende expertgroep gegeven.

In september is een overkoepelend discussiedocument uitgewerkt. De meeste expertgroepen meenden zich onvoldoende hierin te herkennen. Reden om per expertgroep c.q. doelgroep een 'eigen' adviesdocument uit te werken. Vorm en inhoud van deze documenten zijn identiek, over dezelfde onderwerpen zijn aanbevelingen gedaan.

Op basis van de belangrijkste aanbevelingen van de expertgroepen heeft de werkgroep conclusies geformuleerd. De stuurgroep wordt gevraagd haar akkoord te geven aan navolgende aanbevelingen en conclusies. Per onderwerp zijn in kort bestek de aanbevelingen weergegeven en beslipunten geformuleerd.

Doelgroepen

De oorspronkelijke keuze van de werkgroep is ingegeven doordat instellingen in het algemeen naar doelgroep georganiseerd zijn en dat de meetinstrumenten voor ROM gekoppeld zijn aan de behandel doelstellingen die bij een bepaalde doelgroep horen. Deze keuze is in beginsel ongewijzigd gebleven, maar iets verfijnd en resulteert in het volgende overzicht.

Doelgroep	Omschrijving
Volwassenen kortdurend zijnde SAS, PP en specifieke groepen	De doelgroep Volwassenen kortdurend betreft de hulp aan volwassenen van 18–64 jaar met (vermoeden van) stoornissen anders dan ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Het betreft stemming, angst- en somatoforme stoornissen (SAS), persoonlijkheidsproblematiek (PP) en specifieke groepen betreffende eetstoornissen, ADHD en stoornissen op het gebied van seksualiteit. Vooralsnog worden onder deze doelgroep ook volwassenen in langdurende psychotherapie (voor een bepaalde stoornis als PP) en volwassenen met een bipolaire stoornis beschouwd. Inzake PP is een specifieke bijeenkomst belegd waaruit aanbevelingen zullen komen ten aanzien van positionering en vervolg. Betreffende de specifieke groepen, inclusief bipolaire stoornissen, gaat de werkgroep Vergelijkbaarheid een aanbeveling uitwerken. Het accent van de expertgroep komt derhalve te liggen op SAS.
Volwassenen EPA RIBW	De doelgroep betreft patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA). Dit zijn patiënten die: <ul style="list-style-type: none"> • langdurig, vaak meer dan twee jaar, matig tot slecht functioneren, • daarnaast ernstige en complexe problemen hebben op verschillende andere domeinen van hun leven, • veelal psychotische aandoeningen hebben, ernstige bipolaire stoornissen en andere ernstige as-I en as-II stoornissen Omdat dezelfde doelgroep bediend wordt, heeft de RIBW zich vooralsnog aangesloten bij Volwassenen EPA. De RIBW biedt hulp aan cliënten, ongeacht leeftijd, die plaats vindt in het kader van de verstrekking “beschermd wonen” en “begeleid wonen”. Voor de RIBW zijn niet alle indicatoren van belang. Essentiële verschil is dat door de RIBW zelf niet behandeld wordt.
Ouderen omvattend GP en PP	De doelgroep Ouderen betreft de hulp aan ouderen (65 jaar en ouder) en hun eventuele (begeleidende) familie en/of mantelzorgers die plaats vindt door ggz-instellingen die hulp aan deze doelgroep bieden. Een tweetal groepen worden onderscheiden: gerontopsychiatrie (GP) en psychogeriatric (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.

Kinderen & Jeugd	<p>De doelgroep Kinderen & Jeugd betreft de hulp aan jeugdigen (0 – 18 jaar) en aan hun ouders. Het aantal volwassenen (ouders) is zeker zo groot als het aantal jeugdigen.</p> <p>Vooralsnog wordt uitgegaan van één doelgroep, namelijk kinderen en jeugdigen met een psychische stoornis, of een vermoeden daarvan. Deze doelgroep is dus uitsluitend gedefinieerd naar ontwikkelingsfase en niet naar psychische problematiek, die heel divers kan zijn. Bovendien moet worden opgemerkt dat altijd rekening moet worden gehouden wordt met de andere gezinsleden, het zogenaamde 'systeem'.</p> <p>Onderkend wordt dat er subgroepen binnen Kinderen & Jeugd zijn waarvoor de nu ontwikkelde ROM niet zonder meer bruikbaar is of niet de meest optimale meting van de gevolgde 'routine' biedt.</p>
Verslavingszorg	<p>De doelgroep Verslavingszorg betreft de behandeling of zorg voor mensen met een aan een middel gebonden stoornis. Behandeling en evaluatie richt zich op het middelengebruik en het beïnvloeden van het gedrag en de consequenties van middelengebruik op sociaal functioneren. Daarnaast wordt gekeken naar het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven.</p> <p>Verslaving staat meestal niet op zichzelf. Vaak is sprake van psychiatrische comorbiditeit. Reden waarom inzake de ernst van de problematiek naast middelengebruik veelal ook gekeken wordt naar andere psychiatrische symptomatologie.</p>
Forensische Psychiatrie	<p>De forensische psychiatrie is gericht op cliënten met een justitiële strafrechtelijke titel. Dit betreft de cliënten van alle instanties die betrokken zijn bij de forensische zorg, zoals de Forensisch Psychiatrisch Centra (FPC, voorheen TBS genaamd), Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA), Forensisch Psychiatrische Klinieken (FPK), de Psychiatrisch Penitentiaire Centra (PPC), Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI) en de forensische poliklinieken.</p>

Conclusies:

- Vooralsnog vasthouden aan de hier gegeven indeling. Voor een paar specifieke groepen, zoals persoonlijkheidsproblematiek en dementie, eerste verkenningen om te komen tot verdere aanbevelingen.
- Motiveren instanties als GGZN, ZiZo en SBG om hier gegeven indeling eveneens te gaan volgen. Ingeval onderscheid wordt gemaakt in SAS, PP en EPA binnen Volwassenen en GP en PG binnen Ouderen alsook RIBW en FP onderkend worden, dan zijn de verschillen nog maar zeer beperkt.

Meetdomeinen

ROM beperkt zich, met een uitzondering inzake de forensische psychiatrie (FP), vooralsnog tot de drie meetdomeinen uit de basisset prestatie-indicatoren die in het bijzonder van belang zijn voor de resultaten van zorg, te weten: (1.2) "veranderingen in de ernst van de problematiek", (1.3) "veranderingen in het dagelijks functioneren", en (1.4) "veranderingen in de door cliënt ervaren kwaliteit van leven".

Alhoewel niet behorend tot voornoemde drie indicatoren wordt voor de doelgroep EPA het verkrijgen van inzicht in de diverse zorgbehoeften van groot belang geacht in het behandel/begeleidingstraject. Reden dat het meetdomein "diverse zorgbehoeften" eveneens wordt meegenomen.

Voor FP is het meetdomein "veranderingen in recidiverisico" het meest van belang.

Het meetdomein 'tevredenheid met de geleverde zorg', waartoe als instrumenten de GGZ thermometer of de CO-index ingezet worden, wordt door een onafhankelijke instantie afgenomen en valt vooralsnog buiten het aandachtsgebied van het project ROMggz. Het is denkbaar dat dit binnen afzienbare tijd geïntegreerd wordt in ROM.

Conclusies:

- Voor EPA als extra meetdomein "diverse zorgbehoeften" onderkennen.
- Voor FP vooralsnog de aandacht richten op het meetdomein "veranderingen in recidiverisico".

Meetinstrumenten

Meetinstrumenten moeten klinisch relevant, valide, betrouwbaar en gevoelig voor verandering zijn, tevens het cliëntperspectief meten en hun kwaliteiten bewezen hebben in nationaal en/of internationaal onderzoek. Voorts is er behoefte om criteria als gebruiksvriendelijkheid, beperkte afnameduur en dergelijke mede in ogenschouw te nemen.

Tot heden richt onderzoek zich vooral op de psychometrische kenmerken. Er is nog geen onafhankelijke toetsingsbureau die een keurmerk toekent aan een meetinstrument. Kijkend naar de verschillende belangen van direct betrokkenen is goede weging niet eenvoudig.

De aanbevolen instrumenten zijn in navolgende tabel weergegeven. Met behulp van deze aanbevolen instrumenten is het onmogelijk voor de drie indicatoren c.q. meetdomeinen alle cliënten van een instelling te monitoren.

Doelgroep	Meetinstrumenten		
	Ernst problematiek	Dagelijks functioneren	Kwaliteit van leven
Volwassenen kortdurend ¹	SCL-90 of BSI of OQ-45	OQ-45 of SF-36/RAND-36	EQ-5D of SF-36/RAND-36
Volwassenen EPA en RIBW ²	HoNOS (3 items) of PANSS of BPRS	HoNOS of CANSAS ³	(verkorte) MANSA of L-QoL
Ouderen GP ^{4,6}	HoNOS65+ GDS-15 HADS-A	HoNOS65+ GAF	--
Ouderen PG ^{5,6}	--	--	--
Kinderen & Jeugd	ASEBA ⁷ of SDQ ⁷	HoNOSCA	Kidscreen-27

1. Er is een redelijk aantal instrumenten die al wel veelvuldig toegepast worden, maar nog onvoldoende bewezen zijn voor kortdurende behandeling. Deze zijn in dit overzicht niet opgenomen. In het adviesdocument wordt gewezen op het 'afbreukrisico'.
2. Voor RIBW is alleen het meetdomein "kwaliteit van leven" verplicht.
3. De CANSAS meet de zorgbehoeften op diverse levensgebieden, een meetdomein dat voor EPA mede van belang wordt geacht, en heeft een breder werkingsgebied (ook verslaving, somatische problemen en algemeen functioneren).
4. Voor Ouderen GP geldt in beginsel dat alle instrumenten afgenomen moeten worden.
5. Resultaatmeting bij Ouderen PG is methodisch uiterst moeilijk. Derhalve worden nu nog geen aanbevelingen gedaan voor in te zetten instrumenten (werkplan 2011).
6. Het instrument MMSE wordt niet geschikt geacht voor ROM en kent meerdere nadelen. 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 voor zowel GP als PG aanbevolen om het instrument MMSE te gebruiken.

7. Er zijn meerdere versies voor de verschillende leeftijdsgroepen en de diverse informanten.

Ten aanzien van Verslavingszorg is inzake de ernst van de problematiek onderscheid gemaakt tussen het middelengebruik, het primaire aandachtsveld, en de symptomatologie. ASI/EuropASI en MATE kennen verschillende secties of modules voor de diverse meetdomeinen.

Doelgroep	Meetinstrument			
	Ernst problematiek		Dagelijks functioneren	Kwaliteit van leven
	middelengebruik	symptomatologie		
Verslavingszorg	middelenmatrix van ASI/EuropASI of MATE	MATE of DASS-21/MATE of SCL-90 of BSI	MATE-ICN of EuropASI of HoNOS of GAF	EQ-5D of (verkorte) MANSA

De expertgroep Forensische Psychiatrie is van mening dat vooralsnog het accent gelegd moet worden op de indicator “verandering in recidiverisico”. Naast recidiverisico is resocialisatie een belangrijke indicator.

Een aantal items in instrumenten voor risicotaxatie hebben betrekking op de indicator “ernst problematiek”. De indicatoren betreffende “dagelijks functioneren” en “kwaliteit van leven” worden ten dele meegenomen in de meeste instrumenten voor risicotaxatie.

Inzake de indicator “dagelijks functioneren” wordt gesteld vooralsnog betreffende instrumenten te hanteren die de andere expertgroepen hebben aanbevolen, afhankelijk van de aard van de aanwezige stoornis(sen). Hierdoor blijft er ook aansluiting met de reguliere ggz.

Daar de forensische psychiatrie een geheel ander referentiekader kent dan de overige doelgroepen, wordt de relevantie voor het meten van de indicator “kwaliteit van leven” betwijfeld.

In Nederland worden momenteel ongeveer 20 gestructureerde instrumenten voor klinische risicotaxatie toegepast. Een tweetal acties zijn uitgezet om hierin in het eerste kwartaal van 2011 inzicht te verkrijgen (werkplan 2011):

- inventarisatie van instrumenten voor risicotaxatie en hun psychometrische eigenschappen, en
- inventarisatie van gebruikte instrumenten per instelling.

Een aantal instrumenten voor risicotaxatie is verplicht gesteld door justitie voor het klinische veld. Het betreft de HKT-30, de HCR20 met toevoeging van een aantal items van de HKT-30 en de SVR-20. Opgemerkt wordt dat deze instrumenten in revisie zijn.

Conclusies:

- Hier weergegeven instrumenten zijn niet alle licentievrij. Het is niet te verwachten dat er op korte termijn vervangende instrumenten beschikbaar komen die (inter-) nationaal zich bewezen hebben en wel licentievrij zijn.
- Met name binnen de doelgroep Volwassenen kortdurend wordt veelvuldig gebruik gemaakt van instrumenten die zich nog onvoldoende bewezen hebben of anderszins nog ter discussie staan. Voorsnog moet dit worden toegestaan maar met de aanbeveling om ernaast gebruik te maken van de aanbevolen instrumenten.
- Voor Volwassenen PP en Ouderen PG (dementie) moet in 2011 de instrumentkeuze vastgesteld worden. Voor overige specifieke groepen moet vastgesteld worden of naast de stoornisspecifieke instrumenten andere dan de hier aanbevolen generieke instrumenten noodzakelijk zijn.
- Voor forensische psychiatrie (FP) moet de aandacht gericht zijn op de risicotaxatie-instrumenten.

Meetmomenten en -frequentie

Grofweg zijn er drie mogelijkheden voor een keuze voor meetmomenten: (1) metingen koppelen aan het openen en sluiten van de (vervolg-)DBC, (2) metingen koppelen aan logische momenten in het behandel/evaluatieproces, en (3) metingen koppelen aan vaste momenten en in vaste frequentie.

Bij keuze voor het koppelen aan het DBC-registratieproces (1) is het denkbaar dat de tijdstippen van openen en sluiten van de DBC niet aansluiten op logische momenten in het behandel/evaluatieproces.

Bij de keuzes met betrekking tot logische of vaste momenten (2 en 3) is het nog steeds noodzakelijk om te besluiten wanneer metingen plaats moeten vinden (bijvoorbeeld beginmeting bij aanmelding, intake of begin behandeling). De keuze voor logische momenten (2) lijkt het meest aan te sluiten op de primaire kernfunctie van behandelen/begeleiden. De keuze voor vaste momenten en met een vaste frequentie (3) lijkt het meest aan te sluiten op de eisen voor vergelijkbaarheid.

In navolgende tabel is een overzicht gegeven van de aanbevelingen door de expertgroepen. Hierbij wordt opgemerkt dat deze aanbevelingen zeker nog niet definitief zijn (verdere actie in werkplannen 2011).

Doelgroep	Optie	Aanbeveling
Volwassenen kortdurend	2/3	Beginmeting bij intake. Eindmeting bij afsluiten behandeling. Tussenmetingen koppelen aan behandel-evaluatie. Overweging om voor tussenmetingen te kiezen voor vaste frequentie in verband met vergelijkbaarheid (optie 3, werkplan 2011).
Volwassenen EPA en RIBW	2	Meetmomenten 'logisch' inbedden in behandelen/begeleiden en derhalve metingen uit te voeren op klinisch relevante momenten. Door de langdurende behandeling van patiënten met EPA is vergelijking tussen begin- en eindmeting minder aan de orde. Periode tussen metingen in algemene zin stellen op maximaal 24 maanden. In een beperkt aantal situaties is meting eens per jaar zinvol. De expertgroep beveelt aan om de periode tussen metingen te stellen op 18 tot maximaal 24 maanden. In de werkgroep Vergelijkbaarheid is de opmerking geplaatst dat iedere twaalf maanden minimaal één meting gewenst zou zijn, maar ondersteunt vooralsnog de aanbeveling van de expertgroep. De stuurgroep ROMggz is echter stellig van mening dat iedere twaalf maanden minstens één meting moet worden afgenomen!
Ouderen	2	Aanbevolen wordt op de beginmeting tijdens het intakeproces uit te voeren. Bij het afsluiten van de behandeling dient de eindmeting plaats te vinden. Bij langdurende zorg dient elke 12 maanden een meting plaats te vinden. Bij kortdurende zorg tussenmetingen uitvoeren gekoppeld aan momenten van behandel-evaluatie.
Kinderen & Jeugd	2	Beginmeting bij intake, eindmeting bij afsluiten behandeling. Meninge over het tijdstip van de tussenmetingen zijn nog divers. De meeste hebben voorkeur voor het afstemmen op het behandel/evaluatieproces en in ieder geval iedere 12 maanden.
Verslavingszorg	1/2	In eerste instantie is gesteld de begin- en eindmeting zo goed mogelijk te koppelen aan het openen en afsluiten van de DBC (binnen een zekere tijdsmarge). Hierbij wordt wel de kanttekening geplaatst dat de DBC-registratie niet leidend kan zijn voor het behandel/evaluatieproces. Opgemerkt wordt dat de meest gangbare praktijk is om de beginmeting tijdens het intakeproces uit te voeren. Naar verwachting valt dit binnen bedoelde tijdsmarge. Bij langdurende zorg iedere 12 maanden een

		<p>meting, omstreeks het moment van sluiten van de DBC c.q. het openen van de vervolg-DBC. De beginmeting is theoretisch goed uit te voeren. De eindmeting, bij het afsluiten van de behandeling, is al wat lastiger omdat niet iedereen de behandeling regulier/gepland afsluit. Per definitie is de dropout binnen verslavingszorg hoog. Gezien deze bezwaren is te overwegen om een follow-up meting te doen, echter hier geldt hetzelfde bezwaar dat het afsluitmoment niet altijd duidelijk is. Overweging is nog om een vast moment na de beginmeting, bijv. na 9 maanden, een tussen- of follow-up meting te doen. Dit is nog punt van nader onderzoek (werkplan 2011).</p>
Forensische Psychiatrie	2	<p>Het begin van de ROM kan lopende de behandeling plaatsvinden. Het begrip "beginmeting" moet breed geïnterpreteerd worden, zijnde soms de beginmeting maar vaak de "eerste beschikbare ROM-meting". Voor nieuwe cliënten in een klinische setting is een periode van 6 tot 8 weken nodig om een beginmeting uitgevoerd te hebben. Binnen de ambulante setting vergt dit een periode van 4 tot 5 weken. Duidelijk is dat de tijdsduur van aanmelding, intake en start behandeling enkele maanden kan vergen. Bij afsluiten van de behandeling vindt de eindmeting plaats. Bij behandelingen langer dan 12 maanden beveelt de expertgroep aan om jaarlijks minimaal één meting plaats te laten vinden. Iedere instelling bepaalt zelf of ze vaker willen meten.</p>

Conclusies:

- In algemene zin wordt aanbevolen om metingen te koppelen aan logische momenten in het proces van behandelen/begeleiden, en derhalve niet het DBC-registratieproces leidend te laten zijn of uit te gaan van vaste momenten en vaste frequentie.
- Aanbevolen wordt de beginmeting uit te voeren tijdens de intakefase en de eindmeting bij het afsluiten van de behandeling.
- Bij langdurende behandeling minimaal iedere 12 maanden een tussenmeting uitvoeren, behoudens bij EPA waar deze termijn op 24 maanden wordt gesteld.
- De expertgroepen kunnen nog met aanvullende en/of gewijzigde aanbevelingen komen op basis van pilots en analyses.

Afname metingen

Het is niet eenduidig te definiëren wie de meting moet afnemen. Dit komt door grote verschillen tussen instellingen in inrichting van organisaties en werkprocessen en door verschillen in type vragenlijsten: beoordelingslijst, interviewlijst of zelfrapportagelijst.

Vooralsnog wordt ook niet structureel vastgelegd wie de meting heeft uitgevoerd. Voor bepaalde instrumenten is in de handleiding aangegeven wie gerechtigd is de meting uit te voeren. Hierop vindt geen structurele controle plaats.

In algemene zin wordt wel aanbevolen om:

- voor beoordelings- en interviewlijsten een goede instructie voorhanden te hebben en aandacht te besteden aan (herhaalde) training,
- te overwegen om instructie en training op landelijk niveau te organiseren,
- voor zelfrapportagelijsten metingen via internet of computer af te nemen vanwege gemak, kostenbesparing en efficiency (geen missende metingen).

Conclusie:

- Vooralsnog moet (kan) niet vastgesteld worden wie metingen afneemt. Op basis van de (analyses van) procesinformatie moeten verdere aanbevelingen gedaan worden.

Behandeldoelen en -uitkomsten

Het doel van behandeling is grofweg onder te verdelen in *cure* - herstel of verbetering – en *care* – stabilisatie of voorkomen van verdere verslechtering en doelen gericht op rehabilitatie/sociale inclusie. Algemeen kan gesteld worden dat kortdurende behandeling zich richt op herstel of verbetering, en dat bij langdurende behandeling het doel van behandeling ook 'slechts' stabilisatie of voorkomen van verdere verslechtering kan zijn.

Uitwerking dient nog gegeven te worden over definities van maten van verandering: wat is vooruitgang c.q. betrouwbare verbetering.

Inzake de vergelijkbaarheid van uitkomsten is een notitie opgesteld waarin wordt ingegaan op drie wijzen van berekening van verandering, te weten de gestandaardiseerde scores, de betrouwbare verbetering en de klinisch significante verbetering.

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.

De expertgroepen bevelen aan om gedurende 2011 een pilot of analyses op reeds beschikbare data uit te voeren om verschillende berekeningswijzen toe te passen en te vergelijken en op basis hiervan een advies uit te brengen (werkplannen 2011).

Conclusies:

- Onderkend moet worden dat er per doelgroep alsook binnen een doelgroep verschillen in behandeldoelen en –uitkomsten zijn en mogelijk ook verschillende berekeningswijzen gewenst zijn. Het is derhalve niet zinvol om de berekeningswijze(n) voor een doelgroep nu al vast te stellen.
- Ten aanzien van onderlinge vergelijkbaarheid moet vooralsnog onderscheid gemaakt blijven tussen de verschillende instrumenten voor hetzelfde meetdomein.
- Het zou een grote geruststelling betekenen indien de zorgverzekeraars verzocht worden expliciet te verklaren om een periode van “hold harmless” in te voeren, zijnde een periode waarin geen afrekening op de inhoud van informatie plaatsvindt ter stimulering van (onbezorgde) gegevensaanlevering.
- De expertgroepen moeten de voor vergelijking noodzakelijke waardes vaststellen uit de handleidingen, bepalen welke criteria voor verandering zinvol zijn en dit toepassen in betreffende pilots en analyses.

Gegevensaanlevering

In het Beslisdocument Vergelijkbaarheid is een aanzet gegeven voor de minimale dataset. De Stichting Benchmarking ggz heeft hieraan verdere uitwerking gegeven waarover in hoofdlijn overeenstemming is. Belangrijke vraagpunten betreffen nog wel de wijze en frequentie van aanlevering.

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

De meeste expertgroepen hebben een aantal specifieke gegevens die relevant zijn voor de casemix c.q. de casemixcorrectie. In belangrijke mate is dit verwerkt in de minimale dataset. De stichting geeft aan nog een zekere flexibiliteit te hebben inzake de detailuitwerking.

Als vertrekpunt is gesteld dat vooralsnog totaalscores en subtotalscores 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 vooralsnog de ruwe data op itemniveau vast te leggen.

Daar de spelregels inzake de frequentie van aanlevering nog niet zijn vastgesteld, kunnen de expertgroepen daarover nog geen uitspraken doen. Wel bevelen ze aan om in aanvang de ambitie niet te hoog te stellen.

Conclusies:

- De minimale dataset dient op zo kort mogelijke termijn te worden vastgesteld, met inachtneming van de aanvullingen en nadere definities van de expertgroepen.
- Het gegevenselement c.q. attribuut "soort meting" wordt nu niet structureel geregistreerd, brengt voor de instellingen extra handelingen met zich mee, heeft geen noemenswaardige toegevoegde waarde en kan derhalve vervallen.
- Gedurende de experimentele fase (periode van "hold harmless", empirische periode) moet ruwe data op itemniveau aangeleverd worden, in plaats van gegevens op het niveau van schaalscores.
- De aanbeveling om de ambitie inzake frequentie van aanlevering niet te hoog te stellen, moet worden overgenomen.

Terugkoppeling

De expertgroepen zijn nog maar zeer beperkt toegekomen aan de vraagstukken met betrekking tot terugkoppeling c.q. rapportages. Binnen een aantal instellingen zijn hiermee al wel ervaringen opgedaan. De Stichting Benchmarking ggz (SBG) heeft een eerste, globale aanzet gegeven.

Conclusie:

- Ten aanzien van de terugkoppeling c.q. rapportages naar de diverse belanghebbenden moeten de expertgroepen nog hun uitwerkingen doen (werkplannen 2011).

Adviesdocumenten

Met inachtneming van wijzigingen naar aanleiding van de discussie in de stuurgroep van 27 januari 2011 vormen de aanbevelingen en conclusies van expertgroepen en de werkgroep een goede basis om vervolg te geven aan de geplande werkzaamheden voor 2011. De adviesdocumenten kunnen derhalve vastgesteld en vrijgegeven worden voor verdere publicatie!

Bijlage I: Samenstelling werkgroep Vergelijkbaarheid

Jong, Kim de	GGZ Noord-Holland-Noord / Erasmus MC
Kamsteeg, Frans	GGNet
Markus, Monica	Curium / ROMCKAP
Noom, Marc	LUMC / LIAIROM
Pot, Anne Margriet	Trimbos-instituut / Vrije Universiteit
Schippers, Gerard	AMC-UvA / AIAR
Sytema, Sjoerd	RGOc / UMCG
Theunissen, Jan	GGZ inGeest / Vumc
Tiemens, Bea	Pro Persona / De Gelderse Roos
Vlist, Paul van der	GGZ Nederland / EQ Groep
Vuyk, Judith	Altrecht Willem Arntsz
Zondervan, Tineke	Delta PC

Wilma Swildens, van Altrecht Willem Arntsz, tot begin 2010 lid van de werkgroep en opgevolgd door Judith Vuyk, heeft nog regelmatig deelgenomen c.q. waargenomen.

De werkgroep wordt voorgezeten door Paul van der Vlist, als leider van het deelproject Vergelijkbaarheid, en is/wordt ondersteund door Yvonne van de Sande en Susan van Hees als projectmedewerksters.

De werkgroep is in 2010 vier keer bijeen gekomen. Hiervan is verslag gedaan.