



ROM Verslavingszorg

Aanbevelingen 2011

Expertgroep ROM VZ

14 december 2011

definitieve versie 1.0 (v10)

Inleiding

Dit document moet gezien worden als een aanvulling op het Adviesdocument 2010 en dient mede voor advisering aan de stuurgroep voor haar aanbevelingen aan het werkveld. De expertgroep heeft ultimo 2010 een Adviesdocument 2010 opgeleverd. Dit adviesdocument is in januari 2011 door de stuurgroep ROM ggz vastgesteld. Vervolgens heeft het Netwerk Verslavingszorg betreffend document in februari 2011 vastgesteld.

Gedurende 2011 heeft de expertgroep vervolg gegeven aan haar werkzaamheden, op basis waarvan zij gekomen is tot een aanscherping en uitbreiding van het advies inzake ROM VZ. Er is een pilot geïnitieerd waarvoor meerdere instellingen data hebben aangeleverd. Oogmerk was toetsing en mogelijk verfijning van de eerder gegeven adviezen. Leden van de expertgroep hebben bijdragen geleverd aan het boek "Van weten naar meten. ROM in de ggz".

Alle voor een juiste gegevensverzameling relevante definities zijn ook in dit document opgenomen. Nieuwe inzichten worden in dit document toegelicht. Voor verdere overwegingen en toelichting wordt verwezen naar het Adviesdocument 2010.

Doelgroep

De definitie van de cliëntenpopulatie is ongewijzigd: behandeling of zorg voor mensen met een aan een middel gebonden stoornis.

De expertgroep richt zich op de cliënten in de ambulante, semimurale en intramurale zorg. Verslavingsreclassering en verslavingszorg in gevangenen zijn onderdeel van forensische zorg. De zorg van verslaafden binnen de algemene zorg en Maatschappelijke opvang blijft hier eveneens buiten beschouwing.

Meetdomeinen

Behandeling en evaluatie richt zich op het middelengebruik. Daarnaast wordt gekeken naar de symptomatologie (ernst problematiek), het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven. Laatstgenoemde is vanuit het perspectief van de cliënt.

Met betrekking tot behandeldoelen en -uitkomsten wordt onderscheid gemaakt tussen 'cure' (herstel of verbetering) en 'care' (stabilisatie of voorkomen verslechtering). Dit onderscheid impliceert niet een andere benadering; gebruik wordt gemaakt van hetzelfde instrumentarium. Bij 'cure' ligt de prioriteit bij vermindering van middelengebruik. Bij 'care' is vermindering van middelengebruik niet noodzakelijk prioriteit. Hier ligt de nadruk veelal op het dagelijks functioneren en de kwaliteit van leven.

De uitkomsten van meerdere meetdomeinen in relatie tot elkaar lijkt meer te zeggen dan de uitkomst van een enkel meetdomein. Verder onderzoek is nodig om hier meer expliciet over te kunnen adviseren. Aanbevolen wordt om voor iedere cliënt op alle domeinen te meten. Het ontbreken van uitkomstgegevens op één of meer meetdomeinen mag er niet toe leiden dat de meting als ongeldig wordt verklaard.

Meetinstrumenten

De uitgevoerde data-analyses in het kader van de pilot, zie bijlage I, geven vooralsnog geen aanleiding om de aanbevelingen ten aanzien van het meetinstrumentarium aan te passen.

Wel wordt geadviseerd om de GAF als instrument voor het dagelijks functioneren te laten vervallen, mede vanwege de discussie omtrent de betrouwbaarheid en validiteit ervan.

Verslavingszorg	Middelengebruik	Klachten	Functioneren	Kwaliteit
	ASI/EuropASI (sectie 3) of MATE (module 1)	MATE (module 10) of DASS-21 of SCL-90 of BSI	MATE-ICN (module 7) of ASI/EuropASI (secties nog nader vast te stellen) of HoNOS	EQ-5D of MANSA of L-QoL

Klachten = ernst problematiek; Functioneren = dagelijks functioneren; Kwaliteit = kwaliteit van leven

De expertgroep beveelt aan om qua instrumentkeuze geen onderscheid te maken voor "korte DBC's" (< 800 minuten) in de vorm van een 'lichte' ROM. Voor de intake c.q. beginmeting wordt een dergelijke differentiatie ontraden omdat behandelingen nogal eens kort zijn zonder dat ze bedoeld waren kort te zijn, onder meer ingeval van de zgn. "draaideur-cliënten". Dezelfde argumentatie die geldt voor de beginmeting is dan eveneens van toepassing voor de eindmeting: een (te) beperkte set uitkomstgegevens bij eindmeting geeft dan een onjuist beeld. Het van te voren onderscheiden van betreffende groep cliënten is niet goed te doen. Ook het volgen van de stepped cure benadering leidt tot het overstappen van cliënten naar andere cliëntgroepen; van kortere behandeling naar langere behandeling.

Om deze redenen wordt aanbevolen om voor alle DBC's dezelfde uitkomstgegevens te verzamelen, zowel bij begin- als eindmeting.

Ook volgt uit deze redenen de aanbeveling om te onderzoeken hoe in de data-analyse omgegaan moet worden met de definities van begin-, tussen- en eindmetingen. Vermoed wordt dat door de wisselingen in zorgtraject, kenmerkend voor deze doelgroep, metingen nogal eens een dubbele functie zullen hebben.

Meetmomenten en meetfrequenties

In het Adviesdocument 2010 is door de expertgroep gesteld dat metingen op logische momenten in het behandel/begeleidingsproces dienen plaats te vinden.

Om te kunnen benchmarken koppelt SBG gegevens aan het DBC-traject, idealiter met een voormeting – tijdstip zo dicht mogelijk bij de eerste behandelsessie – en een nameting – tijdstip zo dicht mogelijk bij de laatste behandelsessie. Dit sluit veelal niet aan op de praktijk van metingen op logische momenten.

Door SBG wordt een bandbreedte van enkele maanden (-3/+3) rondom de tijdstippen van eerste en laatste behandelsessie toegestaan.

Veel eerste metingen vinden plaats tijdens de intakefase of soms ter voorbereiding op de intake (zeker bij zelfrapportagelijsten). Dit ligt qua tijdstip mogelijk (te) ver voor de datum van de eerste behandelsessie. Valt dit buiten bedoelde bandbreedte dan telt betreffende meting niet mee in het responspercentage (Netto T). Dit lijkt de expertgroep niet wenselijk.

De expertgroep adviseert vast te houden aan de logische meetmomenten. Gedurende de empirische periode van de komende jaren kan geanalyseerd worden op welke tijdstippen in de dagelijkse praktijk gemeten wordt en hoe zich dat verhoudt tot de tijdstippen van openen en sluiten van DBC's alsook tot de data van eerste en laatste behandelsessie. Op basis hiervan kan gekeken worden over welke periode in de (gehele) behandelcyclus het meeste inzicht in

behandelresultaten verkregen wordt, alsmede of de ROM-werkelijkheid en de benchmark-werkelijkheid met elkaar samengaan.

De expertgroep adviseert dan ook verder te onderzoeken of de verschillen in zorgtraject en dus verschillen in meetmomenten, ook leiden tot problemen in de vergelijkbaarheid. Volgens de expertgroep zal er dus bij de verschillende partijen terughoudendheid moeten zijn om al te snel conclusies te gaan verbinden aan de benchmarkgegevens.

Bij langdurende zorg dient elke 12 maanden een meting plaats te vinden. Aanbevolen wordt om deze meting plaats te laten vinden omstreeks het moment van het sluiten van de DBC c.q. het openen van de vervolg-DBC.

Bij langdurende zorg is eenmaal per 12 maanden meten voldoende. Zolang de behandeling nog loopt, betreft dit in feite een tussenmeting. De uitkomsten kunnen leiden tot bijstelling van het zorgproces.

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

Afname metingen

Daar er nog geen zinvolle uitspraak hierover te doen is, bepaalt de instelling zelf welke functionaris ingeval van een beoordelings- of interviewlijst de meting afneemt. Aanbevolen wordt de bij betreffend instrument gegeven handleiding hieromtrent te volgen.

Voor een kwalitatief goede afname van metingen is voldoende getraind en ingewerkt personeel nodig. De expertgroep beveelt aan om zorg te dragen voor voldoende training en her-training, afgestemd op het specifieke meetinstrument.

Vergelijkbaarheid van behandelresultaten

De expertgroep adviseert om naast de gekozen insteek van SBG - verschilscore op genormaliseerde t-scores – ook alternatieve methoden van vergelijk van therapie-effect c.q. behandelresultaat in overweging te nemen - zoals effect size, betrouwbare verbetering, klinisch significante verbetering en *standard error of measurement* (SEM) – en deze te onderzoeken op differentiërend vermogen tussen groepen cliënten, afdelingen of instellingen.

Voor aanlevering van gegevens aan SBG is de aanbeveling ongewijzigd: op niveau van itemscores.

Casemixcorrectie en referentiegroepen

Het is inzake ROM VZ nu nog niet mogelijk om de meest voorspellende factoren voor de uitkomst van behandeling/begeleiding te geven.

In 2010 heeft de expertgroep een aantal specifieke en relevante casemixvariabelen voor ROM VZ geadviseerd¹.

Nu al concrete uitspraken doen ten aanzien van casemixcorrectie en/of het benoemen van referentiegroepen komt voor de expertgroepen te vroeg. Algemeen wordt gesteld dat eerst gedegen analyse van (voldoende en valide) data noodzakelijk is.

¹ De adviezen van 2010 zijn alle opgenomen in de minimale dataset van SBG.

Richtlijnen en normering

Inzake multidisciplinaire richtlijnontwikkeling worden de landelijke ontwikkelingen gevolgd. Te verwachten is dat het Kwaliteitsinstituut voor de zorg, dat in 2013 van start gaat, hier een rol in gaat vervullen.

Behoudens mogelijke betrokkenheid bij landelijke ontwikkelingen, bijvoorbeeld via de beroepsorganisaties, zien de experts hierin nu geen aanvullende taakstelling. Na oplevering van nieuwe of hernieuwde richtlijnen zullen de expertgroepen toetsen of de aanbevelingen inzake ROM aansluiten op betreffende richtlijnen. Ook kunnen de afspraken gemaakt in het kader van ROM, indien relevant, als uitgangspunt dienen bij de ontwikkeling van nieuwe (multidisciplinaire) richtlijnen.

Bijlage I: Data-analyses

Onderstaand is een overzicht van presentaties en (interne) notities die tijdens bijeenkomsten van de expertgroep in 2011 besproken zijn. Niet alle presentaties en notities zijn extern gepubliceerd. Voor nadere informatie kan (kunnen) betreffende auteur(s) geraadpleegd worden. De meeste van genoemde auteurs zijn lid van de expertgroep.

ROM VZ	• Eerste bevindingen pilot Benchmarking expertgroep Verslavingszorg (pilot nog niet afgesloten)	Suzan Oudejans (eg)
	• Pilot Gegevensaanlevering & Benchmarking Verslavingszorg; voorlopige versie rapport	Suzan Oudejans, Masha Spits (Mark Bench)
	• Operationalisatie ROM-Verslavingszorg Uitkomstmaat	Peter Blanken, Vincent Hendriks, Suzan Oudejans, Gerard Schippers (eg)
	• Reactie SBG op de notitie operationalisatie uitkomst verslavingszorg; eerste versie	Edwin de Beurs (eg)

eg = interne notitie of specifieke presentatie voor de expertgroep

In het boek "Van weten naar meten. ROM in de ggz" zijn diverse hoofdstukken opgenomen betreffende verslavingszorg waarvan onderdelen besproken zijn tijdens bijeenkomsten.

Bijlage II: Samenstelling expertgroep ROM VZ

De expertgroep kent de volgende samenstelling:

Eric Blaauw	VNN
Elst, Don van	Centrum Maliebaan
Hendriks, Vincent	Brijder / ParnassiaBavoGroep
Oudejans, Suzan	Arkin / AIAR
Ruyten, Michèle	Tactus Verslavingszorg
Schippers, Gerard	AMC-UvA / AIAR
Verweij, Jan Pieter	De Hoop ggz
Weert, Gerdien de	Iriszorg / NISPA

Tot en met de bijeenkomst van 17 maart 2011 is Martinus Stollenga namens VNN lid geweest van de expertgroep.

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 projectmedewerker.

Gedurende 2011 heeft afstemming plaatsgevonden met leden van de door SBG samengestelde expertraad. De daaruit voortgekomen inhoudelijke inbreng, tijdens bijeenkomsten en/of als reactie op stukken, is meegenomen in deze aanbevelingen.