



**ROM ggz**

**Beslisdocument  
deelproject Vergelijkbaarheid**

Werkgroep Vergelijkbaarheid

3 november 2009

definitieve versie

---

## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Managementsamenvatting.....</b>	<b>3</b>
1.1	Conclusies vergelijkbaarheid.....	3
1.2	Groeimodel .....	6
1.3	Organisatie.....	7
<b>2</b>	<b>Inleiding.....</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>Context .....</b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>Doelstelling.....</b>	<b>11</b>
4.1	Opdracht .....	11
4.2	Verwachte resultaten.....	11
4.3	Afbakening en uitgangspunten.....	11
4.4	Huidige situatie .....	12
4.5	Gewenste situatie .....	12
<b>5</b>	<b>Vergelijkbaarheid.....</b>	<b>14</b>
5.1	Algemeen .....	14
5.2	Doelgroepen .....	14
5.3	Casemix .....	15
5.4	Uitkomsten.....	15
5.5	Meetinstrumenten .....	16
5.6	Meetmomenten .....	18
5.7	Gegevensaanlevering.....	19
5.8	Minimale dataset .....	19
<b>6</b>	<b>Organisatie.....</b>	<b>22</b>
6.1	Werkgroep Vergelijkbaarheid.....	22
6.2	Expertgroepen .....	22
6.3	Data-analisten.....	23
6.4	Projectgroep.....	23
6.5	Instellingen .....	24

---

<b>7</b>	<b>Planning en inzet</b> .....	<b>25</b>
7.1	Groeimodel .....	25
7.2	Planning .....	25
7.3	Inzet.....	26
<b>8</b>	<b>Kosten en baten</b> .....	<b>27</b>
8.1	Investerings en exploitatie.....	27
8.2	Stakeholders en opbrengsten .....	27
<b>9</b>	<b>Overwegingen en risico's</b> .....	<b>29</b>
9.1	Belanghebbenden.....	29
9.2	Duivelsvierkant.....	29
9.3	Projectrisico's .....	30
	<b>Bijlage I: Leden werkgroep Vergelijkbaarheid</b> .....	<b>32</b>
	<b>Bijlage II: Literatuur</b> .....	<b>33</b>

## 1 Managementsamenvatting

Dit document is bedoeld voor de stuurgroep ROM ggz die een besluit moet nemen over de voortgang van het project ROM ggz. De vergelijkbaarheid van verschillende systemen voor uitkomstenmetingen is hiertoe een kritische succesfactor. De stuurgroep heeft de werkgroep Vergelijkbaarheid gevraagd hierover een uitspraak te doen. De leden van deze werkgroep vertegenwoordigen alle ROM-initiatieven en daarmee het merendeel van de ggz-instellingen.

De werkgroep heeft over vrijwel alle onderwerpen een gedragen advies kunnen uitbrengen. De belangrijkste uitkomst is dat het zinvol is het project ROM ggz binnen het gehele werkveld van de ggz te implementeren. Alleen over het onderwerp "niveau van gegevensverzameling" (scenario 3 of 4) zijn de meningen binnen de werkgroep verdeeld. Belangrijke overwegingen zijn nut en relevantie, ethische aspecten en technologische voorzieningen.

De werkgroep is ervan overtuigd dat per doelgroep en per diagnosegroep richtlijnen en normscores per uitkomstdomein (klachtenbeloop, algemeen functioneren en kwaliteit van leven) vastgesteld kunnen worden. De werkgroep streeft in eerste aanleg naar een betrouwbare en werkbare oplossing. Op basis van de ervaring die de leden van de werkgroep de afgelopen jaren in de praktijk hebben opgedaan, is een gedegen aanpak vereist: nadrukkelijke betrokkenheid van experts uit het werkveld, adequate ondersteuning en een stapsgewijze benadering.

De werkgroep is van mening dat dit document de basis vormt voor de verdere ontwikkeling van ROM ggz in de periode 2009-2014. De stuurgroep ROM ggz wordt gevraagd in te stemmen met:

- de voorgestelde afspraken om te komen tot landelijk vergelijkbare uitkomsten,
- het geschetste groei-model als basis voor de stapsgewijze realisatie van betekenisvolle vergelijkingen,
- het inrichten van expertgroepen en een kerngroep om het project de komende jaren verder te begeleiden, en
- het adequaat inrichten van projectondersteuning.

### 1.1 Conclusies vergelijkbaarheid

Onder uitkomsten verstaan we in de eerst plaats of mensen er 'beter'<sup>1</sup> van worden. Ofwel, dat er veranderingen zijn bij de persoon aan wie zorg is verleend, waarbij deze verandering als resultaat van die zorg kan worden beschouwd, en dus aan die zorg kan worden toegeschreven.

---

<sup>1</sup> Het begrip 'beter' dient breed beschouwd te worden. Ook het voorkomen van achteruitgang of zelfs een slechtere score kan gezien worden als een positief resultaat binnen bepaalde doelgroepen. Het begrip 'beter' moet dan meer geïnterpreteerd worden in relatie tot meer (het betere) inzicht.

Aansluitend op de basisset prestatie-indicatoren en de focus op het duidelijk maken van de resultaten van de geleverde zorg, richten we ons op Verandering ernst problematiek (indicator 1.2), Verandering in het dagelijks functioneren (indicator 1.3) en Verandering in de ervaren kwaliteit van leven van de cliënt (indicator 1.4).

Vooralsnog worden een drietal uitkomstdomeinen onderscheiden, te weten klachtenbeloop (1.2), algemeen functioneren (1.3) en kwaliteit van leven (1.4).

Het is mogelijk om per doelgroep te komen tot vergelijkbare uitkomsten. Dit vereist wel duidelijke afspraken binnen de gehele sector. De werkgroep stelt de stuurgroep voor de volgende afspraken te maken.

### **Doelgroepen**

Voor ROM ggz worden de volgende doelgroepen onderscheiden:

- volwassenen kortdurende behandeling
- volwassenen langdurende behandeling
- ouderen
- kinderen & jeugd
- verslavingszorg
- forensische psychiatrie

De werkgroep kiest voor algemene populaties in plaats van diagnostische groepen. Verdere differentiatie is mogelijk in combinatie met de casemix gegevens.

### **Casemix**

De casemix bepaalt in belangrijke mate of de vergelijking ook betekenisvol is.

De werkgroep acht voor de periode 2009-2014 onderstaande variabelen voldoende onderscheidend voor alle functies van ROM, behoudens mogelijk wetenschappelijk onderzoek:

- hoofddiagnose, conform DSM-IV) dan wel diagnostische categorie (conform prestatie-indicatoren)
- nevendiagnose(n), conform DSM-IV) dan wel diagnostische categorie (conform prestatie-indicatoren)
- leeftijd (geboortedatum)
- sekse (M/V)
- postcodegebied (eerste vier posities ofwel de cijfers)
- etniciteit van de cliënt en van de ouder (autochtoon; westerse allochtoon; niet-westerse allochtoon)
- opleidingsniveau (universiteit; HBO; VWO; MBO; HAVO/HBS; VMBO/MAVO/MMS; LBO; lagere school; geen opleiding)
- eerdere behandeling (ja, binnen GGZ 2<sup>e</sup> lijn; ja, binnen gehele GGZ; nee)

### **Uitkomstdomeinen**

De werkgroep stelt voor om ROM ggz vooralsnog te beperken tot drie uitkomstdomeinen, te weten: klachtenbeloop, algemeen functioneren en kwaliteit van leven. Deze uitkomstdomeinen sluiten aan bij de basisset prestatie-indicatoren voor de ggz.

Er zijn twee verantwoordingsniveaus waarop duidelijk gemaakt kan worden dat effectieve zorg geleverd wordt. Het eerste niveau is het meten en rapporteren van de

wijze waarop de zorg wordt verleend (proces). Het tweede niveau is het meten en rapporteren van de resultaten van zorg.

### Meetinstrumenten

ROM ggz ondersteunt op termijn alleen gevalideerde en genormeerde meetinstrumenten, die voldoende sensitief zijn voor verandering. De werkgroep voorziet dat er een beperkte lijst aan generieke meetinstrumenten per doelgroep zal ontstaan.

### Meetmomenten

De werkgroep is van mening dat voor iedere cliënt een nulmeting en een vervolg- of eindmeting minimaal noodzakelijk zijn om inzicht te krijgen in het 'effect' van de zorg. De nulmeting vindt bij voorkeur plaats bij het eerste face-tot-face contact. Een vervolg- of eindmeting vindt minimaal één keer per jaar plaats.

### Gegevensaanlevering

Het tijdstip van gegevensaanlevering is in de kern niet relevant. Het zijn organisatorische afwegingen die het meest bepalend zijn voor betreffend tijdstip. Wel is de werkgroep van mening dat snelle en geregelde aanlevering eerder leidt tot relevante spiegelinformatie en een stimulans biedt voor het implementatie- en inhoudelijke leerproces.

### Minimale dataset

Om te komen tot een betrouwbare en werkbare situatie, zonder dat de gegevensverzameling gedurende de periode 2009-2014 aan waarde verliest, stelt de werkgroep voor deze gehele periode de volgende minimale dataset voor:

Categorie	Variabele	Omschrijving
Identificatie	Zorginstelling	AGB-code zorgaanbieder
	Locatiecode	Code organisatorische eenheid, conform een standaard structuur
	Cliëntidentificatie	Gepseudonimiseerde cliëntidentificatie. Mogelijk (dubbele) versleuteling van BSN. Een en ander conform DBC-systematiek.
Groepering	Doelgroep	Vooralsnog worden onderscheiden: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Volwassenen kortdurend</li> <li><input type="checkbox"/> Volwassenen langdurend</li> <li><input type="checkbox"/> Ouderen</li> <li><input type="checkbox"/> Kinderen &amp; Jeugd</li> <li><input type="checkbox"/> Verslavingszorg</li> <li><input type="checkbox"/> Forensische Psychiatrie</li> </ul>
Casemix	Hoofddiagnose	Conform DSM-IV of diagnostische categorie conform prestatie-indicatoren
	Neveniagnose(n)	Conform DSM-IV of diagnostische categorie conform prestatie-indicatoren. Ingeval van meerdere neveniagnosen dan onderling scheiden m.b.v. het ";"-teken.
	Leeftijd	Geboortedatum
	Sekse	Het geslacht van de cliënt: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Man</li> <li><input type="checkbox"/> Vrouw</li> </ul>

	Postcodegebied	De eerste vier posities (cijfers) van de postcode
	Etniciteit	De etniciteit van de cliënt: <input type="checkbox"/> Autochtoon <input type="checkbox"/> Westerse allochtoon <input type="checkbox"/> Niet-westerse allochtoon De etniciteit van de ouders: <input type="checkbox"/> Autochtoon <input type="checkbox"/> Westerse allochtoon <input type="checkbox"/> Niet-westerse allochtoon
	Opleidingsniveau	Hoogste opleidingsniveau voltooid: <input type="checkbox"/> Universiteit <input type="checkbox"/> HBO <input type="checkbox"/> VWO <input type="checkbox"/> MBO <input type="checkbox"/> HAVO/HBS <input type="checkbox"/> VMBO/MAVO/MMS <input type="checkbox"/> LBO <input type="checkbox"/> Lagere school <input type="checkbox"/> Geen opleiding
	Eerdere behandeling	Al dan niet eerdere behandeling ondergaan: <input type="checkbox"/> Ja, binnen GGZ (2 <sup>e</sup> lijn) <input type="checkbox"/> Ja, binnen gehele GGZ (incl. 1 <sup>e</sup> en 3 <sup>e</sup> lijn) <input type="checkbox"/> Nee
Meting	Soort meetmoment	Onderscheiden worden: <input type="checkbox"/> Voormeting bij aanmelding <input type="checkbox"/> Voormeting bij intake <input type="checkbox"/> Voormeting bij start behandeling <input type="checkbox"/> Tussenmeting, op evaluatiemoment <input type="checkbox"/> Nameting, bij beëindigen c.q. afsluiten behandeling <input type="checkbox"/> Follow-up meting na afsluiten behandeling
	Datum meting	De datum waarop de meting is afgenomen
	Type meting	Op te leveren gegevens: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gehanteerde meetinstrument</li> <li>• Alle schaalscores</li> </ul>

## 1.2 Groeimodel

De werkgroep ziet ROM ggz als een unieke ontwikkeling die stapsgewijs plaats zal moeten vinden. De werkgroep voorziet een groeipad in zowel het volume en bereik van de gegevensaanlevering, als in het niveau van verantwoording. Het eerste niveau van verantwoording heeft betrekking op de procesmatige aspecten zoals kwaliteit van aangeleverde gegevens, implementatiegraad, mate van gebruik van verschillende meetinstrumenten en soort meetmomenten. Zodra in de aanlevering een zeker volume is bereikt, kan hierover ook spiegelinformatie teruggekoppeld worden (vergelijk met landelijk gemiddelde).

Het tweede niveau van verantwoording betreft uitspraken over de daadwerkelijke resultaten van de zorg. In eerste instantie wordt inzicht verkregen of verandering daadwerkelijk heeft plaatsgevonden. Bij toenemende volumes en bereik ontstaat inzicht in statistisch relevante verandering en uiteindelijk in klinisch relevante verandering.

De werkgroep verwacht dat ultimo 2010 de implementatie van ROM breed plaats kan hebben gevonden. Al op basis van de eerste gegevensaanleveringen kunnen uitspraken worden gedaan over procesmatige aspecten.

Gedurende 2011 kan de aandacht meer gericht worden op inhoudelijke aspecten, zoals het bepalen van de juiste meetmomenten, het toetsen van de werking van de meetinstrumenten en het bepalen of de casemix onderscheidend genoeg is. Dan kan ook verandering tussen twee metingen worden vastgesteld door het vergelijken van de ruwe scores.

Vanaf 2012 verwacht de werkgroep dat het volume en bereik dusdanig groot is, dat analyse kan gaan plaatsvinden op basis waarvan per doelgroep en per diagnosegroep de richtlijnen en normscores vastgesteld worden. Dit leidt dan voor 2014 over de gewenste betekenisvolle uitspraken over de klinisch relevante verandering bij cliënten.

### **1.3 Organisatie**

De werkgroep adviseert om per doelgroep een expertgroep samen te stellen. Daarnaast wordt aanbevolen om de werkgroep voorlopig nog aan te houden met als taak het verder concretiseren van de minimale dataset ROM ggz. Nadat alle expertgroepen operationeel zijn kan de werkgroep "Vergelijkbaarheid" de ontwikkelingen meer op afstand volgen. Gegeven het feit dat de samenstelling van de huidige werkgroep voldoende mensen kent met academische affiliaties, kan de werkgroep fungeren als kwartiermaker en voorloper van het wetenschappelijk college. In de loop van 2010 – 2011 kan op basis van de actuele stand van zaken worden voorzien in een structurele invulling van het wetenschappelijk college. De stuurgroep ROM ggz heeft daarmee niet alleen meteen een ingespeeld adviesorgaan, maar tevens borgt dit de onderlinge uitwisseling van kennis en ervaring.

De werkgroep en de expertgroepen moeten adequaat worden ondersteund. Dit omvat de ondersteuning bij analyses van beschikbare data, de coördinatie en aansturing van werkzaamheden, beschikbaarheid van faciliteiten en secretariële ondersteuning.

Instellingen moeten hun eigen verantwoordelijkheid nemen en zorg dragen voor de technologische en organisatorische ontwikkelingen teneinde te komen tot gegevensaanlevering aan de landelijke ggz-databank conform de ROM ggz minimale dataset. De werkgroep verwacht dat de instellingen behoefte hebben aan een coördinatiepunt en klankbord ten aanzien van hier bedoelde aandachtspunten.

## 2 Inleiding

In november 2008 heeft de Algemene Ledenvergadering van GGZ Nederland besloten tot de ontwikkeling en het beheer van een landelijk ROM ggz, als antwoord op de vraag naar landelijk vergelijkbare effectiviteitinformatie.

Het doel van het deelproject Vergelijkbaarheid is om te komen tot een systematiek waarmee de uitkomstmetingen bij specifieke groepen patiënten in ggz-instellingen onderling vergeleken kunnen worden, ongeacht de gebruikte methode van uitkomstmeting.

Het uitwerken van een dekkende systematiek voor de gehele ggz vergt een grote inspanning van de gezamenlijke ggz-instellingen. De stuurgroep ROM ggz wil in het najaar van 2009 een oordeel vormen over de realiseerbaarheid en haalbaarheid van het vergelijken. Mede op basis van dat oordeel kunnen de leden van GGZ Nederland een onderbouwd besluit nemen over de voortzetting van het project ROM ggz (go of no-go) en de wijze waarop het project wordt voortgezet.

Op 7 mei 2009 heeft de startconferentie ROM ggz plaatsgevonden. Vervolgens heeft de werkgroep Vergelijkbaarheid in een beperkt aantal sessies, met kennisuitwisseling via e-mail en met enkele individuele contacten verdere uitwerking gegeven aan de vraag of en hoe uitkomstgegevens van verschillende ROM-methoden vergelijkbaar te maken zijn.

In dit beslisdocument wordt antwoord gegeven op voornoemde vraag en worden handvatten geboden voor verdere besluitvorming.

Hoofdstuk 1 is de managementsamenvatting en omvat de te nemen besluiten. Hoofdstuk 3 schetst de context met daarin de essenties inzake vergelijkbaarheid uit het visiedocument ROM ggz.

In hoofdstuk 4 wordt de oorspronkelijke doelstelling van het deelproject weergegeven, inclusief de op basis van de opdracht verwachte resultaten, de afbakening en uitgangspunten alsmede korte beschrijvingen van de huidige en gewenste situatie. Hoofdstuk 5 gaat inhoudelijk in op de criteria van belang voor vergelijkbaarheid. Overwegingen worden toegelicht en criteria nader gedefinieerd. Dit resulteert in de definitie van de ROM ggz minimale dataset.

De hoofdstukken 6 (Organisatie), 7 (Planning en inzet), 8 (Kosten en baten) en 9 (Risico's) omvatten de randvoorwaardelijke aspecten.

### 3 Context

ROM ggz beoogt ondersteuning te verlenen aan het verbeteren van de kwaliteit en transparantie in de zorg. Volgens het ggz uitkomstenkwadrant worden onder resultaten van zorg de klinische verandering, de kosten, de cliëntwaardering en de kwaliteit van leven gerekend. De basisset prestatie-indicatoren sluit hierop aan en is gericht op de aspecten effectiviteit, veiligheid en cliëntgerichtheid.

Onder uitkomsten verstaan we in de eerst plaats of mensen er 'beter'<sup>2</sup> van worden. Ofwel, dat er veranderingen zijn bij de persoon aan wie zorg is verleend, waarbij deze verandering als resultaat van die zorg kan worden beschouwd, en dus aan die zorg kan worden toegeschreven.

Drie indicatoren uit de basisset prestatie-indicatoren zijn in het bijzonder van belang voor de resultaten van de zorg, te weten Verandering ernst problematiek (indicator 1.2), Verandering in het dagelijks functioneren (indicator 1.3) en Verandering in de ervaren kwaliteit van leven van de cliënt (indicator 1.4). Over prestatie-indicator 1.3, verandering in het dagelijks functioneren, vindt al meting plaats, namelijk vaststelling door middel van de GAF-score. In het kader van het DIS (DBC Informatie Systeem) wordt de GAF-score al aangeleverd als onderdeel van de diagnose. Echter, deze GAF-score is bedoeld als algemene, toegevoegde maat en is te grofmazig om als enige uitkomstindicator te dienen.

In het visiedocument ROM ggz worden een viertal belangrijke functies van ROM onderscheiden. De eerste functie van ROM is om het behandel/evaluatieproces te ondersteunen. De eerste meting (nulmeting) geeft goed inzicht in de ernst van de klacht(en) en met name deze ernst is veel meer voorspellend voor het te behalen resultaat van behandeling dan de stoornis(sen) op zich. Voorts kunnen uitkomsten dienen ter ondersteuning van beslissingen in het lopende zorgproces.

De tweede functie van ROM is leren. Door onderling (geaggregeerde) uitkomsten te vergelijken, kan lering getrokken worden binnen en tussen behandelteams en zelfs tussen zorgverleners van instellingen onderling. Geaggregeerde uitkomstgegevens op het niveau van teams en diagnose-eenheden (zorgprogramma's) geeft zicht op de resultaten van wel en niet in programma's uitgevoerde zorg.

De derde functie is verantwoorden. Landelijk verzamelde uitkomstgegevens maken het mogelijk om uitspraken te doen over de relevantie en effectiviteit van de ggz. De combinatie van ROM-gegevens en DBC-gegevens stellen de sector ook in staat om uitspraken te doen over de kosteneffectiviteit van diverse vormen van behandeling en begeleiding<sup>3</sup>.

---

<sup>2</sup> Het begrip 'beter' dient breed beschouwd te worden. Ook het voorkomen van achteruitgang of zelfs een slechtere score kan gezien worden als een positief resultaat binnen bepaalde doelgroepen. Het begrip 'beter' moet dan meer geïnterpreteerd worden in relatie tot meer (het betere) inzicht.

<sup>3</sup> Wel moet dan ook bekend zijn welk soort behandeling uitgevoerd is en of andere condities meespelen, zoals gebruik en hoogte van medicatie, verandering in de sociale leefomgeving enzovoort.

De vierde functie van ROM betreft wetenschappelijk onderzoek. Dit vereist vooral systematiek en standaardisatie en toepassing van goede instrumenten, alsmede voldoende volume en bereik (respons). Indien ROM binnen alle instellingen en voor alle doelgroepen ingezet wordt, is volume geen issue meer.

In hoofdlijn zijn er vier niveaus waarop gegevens landelijk kunnen worden verzameld, te weten: 1. geaggregeerde gegevens op niveau instelling, 2. geaggregeerde gegevens op niveau cliënt, 3. schaalscores (totaal of subtotaal), en 4. detailinformatie (ruwe scores op itemniveau). De stuurgroep ROM ggz opteert voor detailinformatie (optie 4). Mocht dit om redenen (technisch, financieel e.d.) niet mogelijk of wenselijk blijken, dan zouden gegevens op basis van schaalscores (optie 3) verzameld moeten worden.

Het project ROM ggz bestrijkt de periode 2009 tot 2014. Op basis van de eerste ervaringen moet inzicht verkregen worden omtrent werking, resultaten en werkbaarheid. Derhalve wordt uitgegaan van een groeimodel. De keuzes die bij aanvang gemaakt worden, moeten toekomstige ontwikkelingen niet belemmeren. Het visiedocument ROM ggz definieert vier stappen. De eerste stap is inzicht krijgen in het gehele proces van gegevens verzamelen tot aan presentatie van uitkomsten. De tweede stap is het centraal verzamelen van ROM-gegevens. Iedere instelling kan en gaat ROM-gegevens aanleveren, mits deze voldoen aan de minimale dataset. Stap drie is het analyseren van deze eerste gegevens. Op basis van deze analyses worden gerichte keuzes gemaakt bij het stapsgewijs uitbreiden van de verzameling gegevens.

De vierde stap is dan het uitbreiden van het bereik. Dit kan langs meerdere assen, zoals uitbreiding van het aantal instellingen of organisatorische eenheden dat gegevens aanlevert voor een specifieke doelgroep, ondersteuning van nieuwe meetinstrumenten, uitbreiding van type analyses en presentaties resultaten enzovoort.

## 4 Doelstelling

### 4.1 Opdracht

Het doel van het deelproject Vergelijkbaarheid is om de uitkomstenmetingen bij specifieke groepen patiënten in ggz-instellingen onderling te kunnen vergelijken, ongeacht de gebruikte methode van uitkomstenmeting.

De opdracht is als volgt gedefinieerd:

De werkgroep verkent of het mogelijk is verschillende ROM-initiatieven te vergelijken. De werkgroep streeft naar een beperkte set uitkomstmaten die voor meerdere patiëntengroepen toepasbaar kan zijn. Deze uitkomstmaten worden aan een kleine praktijktest onderworpen. Ook zal de werkgroep een uitspraak doen over de meetmomenten. Deze verkenning beperkt zich tot uitkomstmaten bij patiëntengroepen met stemmingsstoornissen en verslavingszorg. De werkgroep verwacht in september een beslisdocument aan de stuurgroep te kunnen voorleggen.

### 4.2 Verwachte resultaten

Het eerste concrete resultaat van het deelproject Vergelijkbaarheid is een beslisdocument voor de stuurgroep ROM ggz. In dit beslisdocument doet de werkgroep een uitspraak of het mogelijk is om verschillende methodes te vergelijken ("kan het"):

- Hiertoe zijn de oplossingen om te vergelijken op een rij gezet. Per oplossing is duidelijk of en hoe het werkt en of de oplossing in de praktijk realiseerbaar en/of haalbaar is.
- De werkgroep heeft op basis van een beperkt aantal praktijkmetingen van instellingen c.q. ROM-initiatieven deze oplossingen tegen het licht gehouden.
- Als meerdere oplossingen voldoen, is beschreven welke oplossing in specifieke situaties de voorkeur heeft.
- De werkgroep beschrijft een beperkte set uitkomstmaten die bij het gebruik van geschikte oplossingen nodig zijn te kunnen vergelijken.
- De werkgroep doet tot slot aanbevelingen voor de verdere uitwerking van het deelproject Vergelijkbaarheid, inclusief een indicatie van de consequenties in termen van functionaliteit, kwaliteit, tijd en geld.

### 4.3 Afbakening en uitgangspunten

De volgende punten vloeien deels voort uit het oorspronkelijke Plan van Aanpak, de discussie in de stuurgroep van maart, de startconferentie van 7 mei 2009 en de binnen de werkgroep uitgewisselde (eerste) gedachten en ideeën. Aanpassing en aanvulling kan en zal plaatsvinden door de werkgroep.

- Vooralsnog beperkt de werkgroep zich tot het kunnen vergelijken van de uitkomsten betreffende stemmingsstoornissen en verslavingszorg, gericht op klachtenbeloop, algemeen functioneren en kwaliteit van leven.
- Inzake meetinstrumenten wordt gebruik gemaakt van een beperkte set van generieke lijsten.

- Ook wat betreft doelgroepen zal de werkgroep zich in deze eerste fase een beperking aanbrenge
- Het beoordelen van de validiteit van in gebruik zijnde ROM-methoden en meetinstrumenten is geen onderdeel van dit deelproject. Waar nog discussie bestaat over de validiteit zal de werkgroep een aanbeveling doen of betreffende methode al dan niet meegenomen kan worden.
- Wat betreft de meetmomenten wordt in ieder geval uitgegaan van een voor- en nameting. Dit houdt in minimaal een meting op basis van de intake en ter ondersteuning van de diagnosestelling en een meting bij afsluiting van de behandeling.
- De werkgroep zal een voorstel doen over de momenten van tussenmetingen, ofwel de metingen tijdens de behandeling c.q. begeleiding, in termen van frequentie en/of 'gebeurtenissen'.
- Er wordt uitgegaan van bestaande initiatieven van lidinstellingen, veelal in samenwerkingsverbanden, alsook van initiatieven in de markt.
- De verschillende ROM-initiatieven moeten naast elkaar toepasbaar blijven.
- Inzake de meetinstrumenten wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van beschikbare standaarden en worden internationale ontwikkelingen gevolgd.
- De uitkomsten moeten beschouwd worden in de juiste context. Afhankelijk van de casemix worden de te verwachten uitkomsten afgezet tegen c.q. vergeleken met de werkelijk behaalde uitkomsten.

#### 4.4 Huidige situatie

Bij een groot aantal instellingen zijn ROM-initiatieven geïnitieerd. Inmiddels zijn er werkbare en in gebruik zijnde oplossingen. Het werkingsgebied is al redelijk breed omdat de oplossingen veelal tot stand zijn gekomen in samenwerkingsverbanden tussen diverse instellingen.

De toepassing van ROM binnen instellingen is nog divers en meestal nog beperkt.

De belangstelling voor ROM binnen de instellingen is groot. De hoge opkomst tijdens de startconferentie ROM GGZ bevestigt dit. Deze conferentie maakte ook duidelijk dat de behoefte groot is om de ontwikkelingen inzake ROM in eigen hand te houden en ontwikkelingen van 'externe' partijen, met mogelijk ongewenste effecten, voor te blijven.

#### 4.5 Gewenste situatie

De gewenste situatie is helder omschreven in het visiedocument ROM ggz. Het concept van het visiedocument ROM ggz is besproken tijdens de stuurgroepvergadering van 13 augustus 2009. Vaststelling wordt verwacht tijdens de stuurgroepvergadering van 24 september 2009.

De centrale doelstelling van ROM ggz is het verbeteren van de behandeling/begeleiding en de relatie tussen de cliënt en behandelaar.

In aansluiting hierop zijn de volgende opmerkingen gemaakt:

- Het is belangrijk om te benadrukken dat we als sector een voorsprong hebben op andere sectoren en dat we trots mogen zijn op wat we doen. Ook voor hulpverleners moet dit aanspreken in termen van professionaliteit en liefde voor het vak.
- Omdat het primaire proces centraal staat stellen we onszelf de ambitie dat bij 100% van de cliënten gerichte vragen worden gesteld over de behandeling/begeleiding en dat voor 80% uitkomstgegevens worden aangeleverd aan de centrale database. Uiteraard zullen er uitzonderingen bestaan waarbij dit niet haalbaar is.
- Omdat het ondersteunen en verbeteren van het behandelen en begeleiden voorop staat, dient er frequenter gemeten te worden dan alleen aan het begin en aan het einde van de behandeling. Omdat er nog geen consensus bestaat over de meetmomenten, wordt voor de centrale gegevensverzameling de minimale eis gesteld dat bij de start en aan het einde van een behandeling wordt gemeten. Op basis van de verzamelde gegevens over de meetmomenten kan op termijn een norm worden bepaald.
- Bij de functie verantwoordelijk moet in de eerste plaats voorop staan dat we als sector laten zien dat we bezig zijn met ROM. Uitspraken doen over de effectiviteit van delen van de ggz is (nu nog) niet reëel en hiermee wordt het eerste doel, het verbeteren van de behandeling, niet gediend.
- Het onderdeel implementatie heeft betrekking op alle lagen binnen de organisatie, niet alleen het lijnmanagement. Hulpverleners, bestuurders, managers en patiënten krijgen hiermee te maken.

## 5 Vergelijkbaarheid

### 5.1 Algemeen

Algemene vaststelling is dat, gegeven de verschillende ROM-initiatieven, vergelijkbaarheid mogelijk is. Wel moeten een aantal afspraken gemaakt en gerespecteerd worden:

- eenduidige definitie van te onderscheiden doelgroepen
- overeenkomstig samenstel van de casemix
- toepassen van gevalideerde en genormeerde meetinstrumenten
- overeenstemming over betekenisvolle uitkomsten
- eenduidige definitie van meetmomenten
- vastgestelde frequentie van gegevensaanlevering

Uitgangspunt blijft dat de bestaande ROM-initiatieven naast elkaar toepasbaar blijven. Het groeimodel betreft met name de in de tijd gefaseerde ontwikkeling en ingebruikneming van door ROM ggz ondersteunde meetinstrumenten en op te leveren uitkomsten en rapportages.

### 5.2 Doelgroepen

De volgende doelgroepen worden onderscheiden:

- volwassenen kortdurende behandeling
- volwassenen langdurende behandeling
- ouderen
- kinderen & jeugd
- verslavingszorg
- forensische psychiatrie

Beschermd wonen (RIBW) wordt niet als aparte doelgroep getypeerd. Veelal betreft het volwassenen met een langdurende GGZ-behandeling.

Er is bewust gekozen voor meer algemene populaties in plaats van diagnostische groepen. Verdere differentiatie is mogelijk in combinatie met de casemix gegevens.

Uitgangspunt is dat inzake vergelijkbaarheid 'slechts' gekeken wordt binnen de doelgroep en niet naar doelgroepen onderling. Vergelijken over doelgroepen heen, anders dan voor hoog abstract geaggregeerde gegevens, is weinig betekenisvol.

Binnen iedere doelgroep zullen er groepen zijn waarvoor afgeweken moet worden van de standaard voor die doelgroep. Bijvoorbeeld bij depressie wordt gebruik gemaakt van zelfinvullijsten voor cliënten, bij psychotische stoornissen voor volwassenen kortdurende behandeling is het afnemen van zelfinvullijsten vaak niet haalbaar. Er bestaat een grote kans dat dan niet wordt geROMd, alhoewel gebruik gemaakt kan worden van beoordelingslijsten. Inzicht kan in ieder geval verkregen in het bereik: bij hoeveel cliënten in de populatie heeft meting plaatsgevonden.

### 5.3 Casemix

De casemix bepaalt in belangrijke mate hoe betekenisvol er vergeleken wordt.

De volgende variabelen worden onderscheiden:

- hoofddiagnose, conform DSM-IV) dan wel diagnostische categorie (conform prestatie-indicatoren)
- nevendiagnose(n), conform DSM-IV) dan wel diagnostische categorie (conform prestatie-indicatoren)
- leeftijd (geboortedatum)
- sekse (M/V)
- postcodegebied (eerste vier posities ofwel de cijfers)
- etniciteit van de cliënt en van de ouder (autochtoon; westerse allochtoon; niet-westerse allochtoon)
- opleidingsniveau (universiteit; HBO; VWO; MBO; HAVO/HBS; VMBO/MAVO/MMS; LBO; lagere school; geen opleiding)
- eerdere behandeling (ja, binnen GGZ 2<sup>e</sup> lijn; ja, binnen gehele GGZ; nee)

Ten aanzien van hier genoemde variabelen geldt dat geregistreerd moet worden de situatie ten tijde van de meting. Diverse gegevens kunnen derhalve per meting verschillen.

Kenmerken van de interventie (duur, frequentie, klinisch/ambulant) zijn voor analyses interessant. Het verzamelen van betreffende gegevens is moeizaam en geschiedt al in het kader van de DBC-registratie en zijn derhalve reeds beschikbaar (te krijgen) in de ggz-databank.

Ook comorbiditeit is een belangrijke factor maar wordt eveneens reeds onderkend in de DBC-registratie (nevendiagnose). Reden waarom deze variabelen niet meegenomen worden in de minimale dataset.

De werkgroep stelt voor om de casemix tot bovengenoemde variabelen te beperken. Voor alle functies van ROM (behoudens mogelijk onderzoek) is dit, gegeven de planperiode 2009-2014, voldoende onderscheidend. Onderzoekers geven aan, op basis van langdurige ervaring met gegevensverzameling dat betrouwbaarheid beter gediend is wanneer de te verzamelen gegevens tot het minimum beperkt blijven. Een voorbeeld hiervan betreft wie de vragenlijst afneemt (behandelaar, testmedewerker, call center medewerker, al dan niet getraind enz.). Dit wordt nu veelal niet gestructureerd geregistreerd.

### 5.4 Uitkomsten

Er is een tweetal verantwoordingsniveaus waarop duidelijk gemaakt kan worden wat het resultaat is van de zorg die geleverd wordt. Het eerste niveau is het meten en rapporteren van de wijze waarop de zorg wordt verleend (proces). Het tweede niveau is het meten en rapporteren van de resultaten van de zorg (uitkomsten).

Het meten van het proces kan door vast te stellen of de zorgverlener bewezen effectieve methoden gebruikt. Gebruikmaking van ROM ggz conform de in dit document aangegeven afspraken kan in deze verantwoording voorzien.

In beginsel kan dit direct vanaf het begin van de ROM ggz gegevensverzameling. Los van de feitelijke uitkomsten, geven aangeleverde gegevens inzicht in welke en de mate waarin metingen per doelgroep en met welke instrumenten uitgevoerd zijn. Specifiek aandachtspunt is de mate waarin de zorgverlener het model gevolgd heeft.

Het tweede niveau stelt eisen aan de kwaliteit en betrouwbaarheid van de uitkomstgegevens. Op drie manieren zijn vergelijkingen te maken tussen meerdere metingen:

1. Verandering: een eenvoudige vergelijking van de ruwe scores;
2. Statistisch relevante verandering (Reliable Change Index): een vergelijking van scores, rekening houdend met meetfouten<sup>4</sup>;
3. Klinisch relevante verandering (Clinically Significant Change): een vergelijking van genormeerde scores, rekening houdend met de vraag of verandering plaats vindt van een "klinische" score naar een "normale" score.

Met als uitgangspunt het gebruik van (inter-)nationaal gevalideerde en genormeerde meetinstrumenten met voldoende sensitiviteit voor verandering, is betrouwbaarheid en klinische significantie geborgd. Door vastlegging van het gehanteerde meetinstrument en de scores, wordt alle vrijheid behouden in de wijze van verdere bewerking en verwerking. Hiervoor is het wel van belang om te kijken naar de verschillende doelgroepen en de casemix.

Aansluitend op de basisset prestatie-indicatoren en de focus op het duidelijk maken van de resultaten van de geleverde zorg, richten we ons op Verandering ernst problematiek (indicator 1.2), Verandering in het dagelijks functioneren (indicator 1.3) en Verandering in de ervaren kwaliteit van leven van de cliënt (indicator 1.4).

Vooralsnog worden een drietal uitkomstdomeinen onderscheiden, te weten klachtenbeloop (1.2), algemeen functioneren (1.3) en kwaliteit van leven (1.4).

Vraagstelling is of we in essentie alle relevante gegevens vastleggen teneinde voldoende toekomstvast (2009-2014) aan de doelstellingen te kunnen voldoen. Onder effectiviteit wordt niet alleen het resultaat van de geleverde zorg verstaan, maar ook de duur van de zorg, de drop-out, het bereik en de tijdigheid. Met vastlegging gericht op voornoemde uitkomstdomeinen, het gehanteerde meetinstrument en de score (basis voor de uitkomstmaat) lijkt dit het geval. In de verdere ontwikkeling van ROM ggz kan per doelgroep en per diagnosegroep de uitkomstmaat per uitkomstdomein vastgesteld worden.

## 5.5 Meetinstrumenten

Uitgangspunt is dat alleen gevalideerde en genormeerde instrumenten ondersteund worden en dat het instrument voldoende sensitief is voor verandering. Vertrekpunt is

---

<sup>4</sup> Ingeval alle instellingen ROM toepassen, staan de grote aantallen gegevens garant voor significanties.

dat vooralsnog beperkt wordt tot generieke instrumenten, zij het dat binnen verslavingszorg ook stoornisspecifiek (MATE) gemeten wordt.

Stelling is dat binnen een instelling of een grote organisatorische eenheid (OE) veelal dezelfde generieke instrumenten gehanteerd worden. Dat versterkt de vergelijkbaarheid binnen deze organisatieniveaus.

Ingeval aan psychometrische vereisten is voldaan, is onderlinge vergelijkbaarheid in zekere mate (bijv. op basis van, eventueel genormaliseerde, T-scores) te realiseren.

Vraagstuk is nog of aanlevering op het niveau van schaalscores (subtotalen en totaal) of itemscores (uitkomsten van alle items) moet plaatsvinden. Omdat naast de scores ook vastgelegd wordt welk instrument gehanteerd is, kan registratie van uitkomsten van ieder instrument plaatsvinden.

ROM ggz richt zich vooralsnog op de drie indicatoren die van belang zijn om inzicht te krijgen in de resultaten van de zorg, te weten: verandering ernst problematiek, verandering in het dagelijks functioneren, en verandering in de ervaren kwaliteit van leven van de cliënt.

Navolgende is een limitatieve opsomming van veel gehanteerde instrumenten. Met nog invulling van voor bepaalde indicatoren niet benoemde instrumenten, zou deze lijst als vertrekpunt moeten dienen voor analyses.

Doelgroep	Instrument		
	Ernst problematiek	Dagelijks functioneren	Kwaliteit van leven
Volwassenen kortdurend	SCL-90 BSI OQ-45 CORE-OM	OQ-45 SF-36	MANSA WHO-QoL EuroQoL
Volwassenen langdurend	HoNoS CAN SOQ PANSS	HoNoS CAN	MANSA WHO-QoL EuroQoL
Ouderen	HoNoS65+ CAN-E	HoNoS65+ CAN-E	MANSA WHO-QoL EuroQoL
Kinderen & Jeugd	CBCL SDQ (SPSY) (HoNoSCA)	HoNoSCA	kidscreen
Verslavingszorg	MATE	MATE	Naar keuze (niet in MATE)

Bepaalde binnen een doelgroep genoemde instrumenten kunnen en zullen ook binnen andere doelgroepen gehanteerd worden. Daarnaast zal de opsomming van instrumenten niet volledig zijn.

Het merendeel van de instellingen voor verslavingszorg hebben gekozen met MATE te gaan werken. Daarbinnen worden ook generieke instrumenten gebruikt voor depressie, angst en stress (voorbeeld: DASS).

Ook binnen het ROMCKAP-initiatief van Kinderen & Jeugd is er consensus ten aanzien van een eerste beperkte set generieke instrumenten. Verwacht wordt dat een instrumentarium voor specifieke groepen nodig zal zijn. Onderzoek hiernaar gaat binnen dit initiatief plaatsvinden.

## 5.6 Meetmomenten

Voor het vaststellen van de momenten waarop uitkomsten gemeten worden, is het goed onderscheid te maken tussen:

- aanmelding,
- intake,
- start behandeling
- tussenmeting,
- eindmeting (beëindiging/ontslag) en
- follow-up.

Uitgangspunt moet zijn dat voor iedere cliënt een nulmeting (startmeting) plaats vindt. Voorkeur is om dit (definitief) vast te stellen bij het eerste face-to-face contact (intake). Eventuele zelfinvullijsten die, getriggerd door de aanmelding, toegezonden worden bij aanmelding, kunnen bij intake gecontroleerd worden op actualiteit.

De werkgroep stelt dat gegeven het belang van ROM ggz (ofwel: gebruik van een gestructureerde vragenlijst, onder meer voor goede vaststelling van de ernst van de klacht), voor iedere cliënt een nulmeting wordt uitgevoerd!

Afhankelijk van doel en aard van behandeling of begeleiding alsook van de doelgroep, is vast te stellen of tussenmetingen zinvol zijn en wanneer dat het geval is. Hierin bestaat een grote variatie, mede afhankelijk van de duur van behandeling. Registratie van de soort meting is derhalve wenselijk.

Stelling is dat een eindmeting minimaal noodzakelijk is om (enig) inzicht te krijgen in het resultaat van de zorg. Na de nulmeting moet minimaal binnen één jaar een tussen- of eindmeting plaats hebben gevonden. Ingeval van langdurende zorg kan laatstbedoelde meting beschouwd worden als nulmeting voor de volgende periode (analoog aan de systematiek van de vervolg-DBC).

Interessant zijn de follow-up metingen: wat is het resultaat van de behandeling enige tijd, bijvoorbeeld een halfjaar, na beëindiging behandeling. Deze gegevens worden in het algemeen op dit moment niet standaard verzameld. Aangezien follow-up metingen soms moeilijk te interpreteren zijn, omdat de zorg aan de cliënt niet altijd stopt bij uitschrijving (bijv. huisarts gaat verder, doorverwijzing naar andere instelling,

heraanmelding binnen een halfjaar), is het de vraag of dit standaard noodzakelijk is, of dat met een steekproef volstaan zou kunnen worden.

Door vastlegging van de soort meting en de afspraak dat iedere cliënt een nulmeting heeft en een verdere (tussen- en/of eind-) meting in ieder geval binnen één jaar na de nulmeting plaatsvindt, is vergelijken mogelijk.

Voor bepaalde doelgroepen kan overwogen worden om steekproefsgewijs (vervolg) te meten. Dit geeft dan geen inzicht in de actuele status van de individuele cliënt (geen bijstelling van behandeling/begeleiding), maar kan wel adequaat bijdragen aan het verbeteren van zorgprogramma's en het uitvoeren van benchmarking.

### 5.7 Gegevensaanlevering

Hiervoor gestelde veronderstelt aanlevering van gegevens per meting. Dat kan (vrijwel) direct nadat de meting is uitgevoerd. Het kan ook wekelijks, maandelijks, of met iedere andere frequentie door de gegevens van de in de vastgestelde periode uitgevoerde metingen aan te leveren.

De werkgroep adviseert aanlevering conform de frequentie van de DIS-aanlevering. Mogelijk is dit technisch te combineren.

Alternatief is om gegevensaanlevering betreffende het gehele traject te doen. Ofwel, meerdere metingen en, conform voornoemde inzake meetmomenten, minimaal één keer per jaar. Dit vereist wel dat iedere instelling of ROM-initiatief zelf betreffende gegevensverzameling realiseert.

Navolgende uitwerking van de (voorlopige) minimale dataset gaat uit van gegevens per meting! Dit staat los van het tijdstip van aanlevering.

Bepaalde gegevens zijn of worden (ook) beschikbaar c.q. vastgelegd in de ggz-databank via de DIS-aanlevering. Hier aangegeven minimale dataset beoogt al die gegevens te omvatten die voor verdere ROM-bewerking en –verwerking relevant zijn.

De werkgroep kiest ervoor om geen gegevens vast te leggen van (hoofd-) behandelaar en mogelijk (neven-) behandelaren. Deze gegevens zijn binnen de instellingen voorhanden en desgewenst intern te koppelen aan ROM-uitkomsten. Dit hoort dus thuis bij de interne bedrijfsvoering van de instellingen. Wanneer deze gegevens wel vastgelegd zouden worden voor ROM, kan dit de implementatie belemmeren door een onveilig gevoel bij behandelaren.

### 5.8 Minimale dataset

Onderstaande dataset veronderstelt dat per meting gegevens geregistreerd worden. Het bijeen brengen van meerdere metingen van eenzelfde cliënt, onder meer om het beloop te kunnen volgen, wordt verondersteld een functie te zijn van verdere bewerking c.q. verwerking vanuit de ggz databank.

Het is goed denkbaar dat de gegevens ten behoeve van hier geschetste dataset uit verschillende systemen samengesteld moeten worden, zoals uit het EPD, de ROM-applicatie, de zorgregistratie applicatie en/of een datawarehouse. Gegeven de diversiteit in technische oplossingen binnen instellingen, wordt verondersteld dat de zorginstellingen zelf zorg dragen voor hier bedoelde samenstelling.

Onderstaande gegevens moeten betrekking hebben op de situatie ten tijde van de meting.

Categorie	Variabele	Omschrijving
Identificatie	Zorginstelling	AGB-code zorgaanbieder
	Locatiecode	Code organisatorische eenheid, conform een standaard structuur
	Cliëntidentificatie	Gepseudonimiseerde cliëntidentificatie. Mogelijk (dubbele) versleuteling van BSN. Een en ander conform DBC-systematiek.
Groepering	Doelgroep	Vooralsnog worden onderscheiden: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Volwassenen kortdurend</li> <li><input type="checkbox"/> Volwassenen langdurend</li> <li><input type="checkbox"/> Ouderen</li> <li><input type="checkbox"/> Kinderen &amp; Jeugd</li> <li><input type="checkbox"/> Verslavingszorg</li> <li><input type="checkbox"/> Forensische Psychiatrie</li> </ul>
Casemix	Hoofddiagnose	Conform DSM-IV of diagnostische categorie conform prestatie-indicatoren
	Nevendiagnose(n)	Conform DSM-IV of diagnostische categorie conform prestatie-indicatoren. Ingeval van meerdere nevendiagnosen dan onderling scheiden m.b.v. het ";"-teken.
	Leeftijd	geboortedatum
	Sekse	Het geslacht van de cliënt: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Man</li> <li><input type="checkbox"/> Vrouw</li> </ul>
	Postcodegebied	De eerste vier posities (cijfers) van de postcode
	Etniciteit	De etniciteit van de cliënt: <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Autochtoon</li> <li><input type="checkbox"/> Westerse allochtoon</li> <li><input type="checkbox"/> Niet-westerse allochtoon</li> </ul> De etniciteit van de vader:

		<input type="checkbox"/> Autochtoon <input type="checkbox"/> Westerse allochtoon <input type="checkbox"/> Niet-westerse allochtoon De etniciteit van de moeder: <input type="checkbox"/> Autochtoon <input type="checkbox"/> Westerse allochtoon <input type="checkbox"/> Niet-westerse allochtoon
	Opleidingsniveau	Hoogste opleidingsniveau voltooid: <input type="checkbox"/> Universiteit <input type="checkbox"/> HBO <input type="checkbox"/> VWO <input type="checkbox"/> MBO <input type="checkbox"/> HAVO/HBS <input type="checkbox"/> VMBO/MAVO/MMS <input type="checkbox"/> LBO <input type="checkbox"/> Lagere school <input type="checkbox"/> Geen opleiding
	Eerdere behandeling	Al dan niet eerdere behandeling ondergaan: <input type="checkbox"/> Ja, binnen GGZ (2 <sup>e</sup> lijn) <input type="checkbox"/> Ja, binnen gehele GGZ (incl. 1 <sup>e</sup> en 3 <sup>e</sup> lijn) <input type="checkbox"/> Nee
Meting	Soort meetmoment	Onderscheiden worden: <input type="checkbox"/> Voormeting bij aanmelding <input type="checkbox"/> Voormeting bij intake <input type="checkbox"/> Voormeting bij start behandeling <input type="checkbox"/> Tussenmeting, op evaluatiemoment <input type="checkbox"/> Nameting, bij beëindigen c.q. afsluiten behandeling <input type="checkbox"/> Follow-up meting na afsluiten behandeling
	Datum meting	De datum waarop de meting is afgenomen
	Type meting	Op te leveren gegevens: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gehanteerde meetinstrument</li> <li>• De schaalscores</li> </ul>

## 6 Organisatie

### 6.1 Werkgroep Vergelijkbaarheid

Gezien de inhoudelijke aspecten die nog aan de orde zijn en gegeven het feit dat expertgroepen nog niet benoemd zijn, lijkt het zinvol om de werkgroep Vergelijkbaarheid voorlopig nog in stand te houden. Gaandeweg zullen taken overgenomen worden door de expertgroepen.

Naast uitvoering van taken die op termijn bij andere entiteiten belegd worden, voert de werkgroep de volgende taken uit:

- het concretiseren van de Minimale Dataset, waaronder de casemix en de technische definities
- het adviseren over de (momenten van) gegevensaanlevering
- het definiëren van principes betreffende validatie voor gegevensaanlevering
- het vaststellen van relevante rapportages

De werkgroep Vergelijkbaarheid zou op termijn als kerngroep Vergelijkbaarheid de ontwikkelingen op afstand kunnen volgen, als adviesorgaan voor de stuurgroep ROM ggz en om onderlinge uitwisseling van kennis en ervaring te borgen.

Gegeven het feit dat de samenstelling van de huidige werkgroep voldoende mensen kent met academische affiliaties, kan deze kerngroep fungeren als wetenschappelijk college.

Taken zijn onder meer:

- borgen dat toegepaste methoden, gehanteerde meetinstrumenten, en data-analyse een wetenschappelijk basis hebben
- toetsen van de door de expertgroepen gegeven adviezen
- ongevraagde adviezen ter vervolmaking van ROM ggz
- adviezen ten aanzien van wetenschappelijk onderzoek

In beginsel dezelfde samenstelling als de huidige groep, uit te breiden met vertegenwoordigingen uit nog niet deelnemende initiatieven.

### 6.2 Expertgroepen

Per doelgroep wordt een expertgroep geformeerd. Voor verslavingszorg en kinderen & jeugd kan dit een vertegenwoordiging zijn uit de bestaande initiatieven (resp. MATE en ROMCKAP). Ten aanzien van (een aantal van) de andere doelgroepen zijn er in den lande al meerdere expertgroepen actief en kan hieruit een vertegenwoordiging samengesteld worden.

Taken van de expertgroep zijn onder meer:

- het toetsen van de werking van de casemix en adviseren inzake aanpassingen en aanvullingen

- 
- het beoordelen van de uitkomstgegevens van de gehanteerde meetinstrumenten en adviseren over mogelijke beperking van de set aan te hanteren instrumenten
  - het adviseren over en ondersteunen van vergelijkbaarheid tussen verschillende instrumenten
  - het volgen van het groeipad van meten, vergelijken en vaststellen van richtlijnen en normen
  - het analyseren van en adviseren over de 'juiste' meetmomenten

Een expertgroep moet bestaan uit ca. 5 personen teneinde voldoende slagvaardig te kunnen opereren.

### 6.3 Data-analisten

Gedurende de eerste fasen is inzicht in de procesmatige aspecten van ROM ggz gewenst. Analyses zijn dan vooral gericht op de implementatiegraad en de toepassing van ROM. Gaandeweg krijgen de analyses een meer inhoudelijk karakter.

Voor de expertgroepen zijn deze analyses van groot belang. Ook de kerngroep moet 'gevoed' worden.

Taken van de data-analisten zijn onder meer:

- het inrichten van validatieregels en signaleringsfuncties (*flagging*)
- het analyseren van aangeleverde gegevens en adviseren over verbeteringen
- het meedenken over en ontwikkelen van rapportages
- het uitvoeren van analyses ten behoeve van de expertgroepen
- het meedenken over en inrichten van een beheersstructuur

De mate van capaciteit kan pas goed ingeschat worden wanneer de informatiebehoefte meer concreet uitgewerkt is. Zodra gegevens aangeleverd worden, moet capaciteit beschikbaar zijn.

### 6.4 Projectgroep

Vooralsnog zal de werkgroep Vergelijkbaarheid actief blijven, hetgeen coördinatie vraagt. Na samenstelling van de andere entiteiten is eveneens coördinatie vereist. Voorts vraagt de aansturing van de data-analisten aandacht en is secretariële ondersteuning gewenst.

De projectgroep zal onder meer uitvoering moeten geven aan:

- het zorg dragen dat gegevensaanlevering door instellingen conform de ROM ggz minimale dataset plaatsvindt (zou ook bij Implementatie belegd kunnen worden)
- het vervolmaken van de ROM ggz minimale dataset
- het beschikbaar krijgen van de landelijke ggz-databank, mede ten behoeve van de expertgroepen (zou ook bij Gegevensverzameling belegd kunnen worden)
- aansturing c.q. coördinatie van expertgroepen en wetenschappelijk college
- aansturing c.q. coördinatie van data-analisten

- het beschikbaar stellen van vergaderfaciliteiten en secretariële ondersteuning (aandachtspunt van algemene projectleiding)
- coördinatie en klankbord voor instellingen inzake technische en organisatorische vraagpunten

Veel van hiervoor genoemde activiteiten zullen geleidelijk aan overgaan in meer implementatiegerichte acties. Belangrijk en tijdskritisch is het technisch beschikbaar krijgen van de landelijke ggz-databank, inclusief de koppelingssystematiek.

## 6.5 Instellingen

De instellingen moeten zorg dragen voor het omzetten van de gegevens vanuit de eigen informatiesystemen (ROM, EPD, financiële administratie, datawarehouse o.a.) naar de ROM ggz minimale dataset.

Taakstelling voor de instelling is derhalve:

- technische realisatie van gegevensaanlevering conform ROM ggz minimale dataset
- organisatorische inbedding van gebruikmaking van meetinstrumenten, uiteindelijk binnen alle disciplines
- organische inbedding van reguliere aanlevering van uitkomstgegevens

Aanbevolen wordt om, voor zover al niet binnen de instellingen georganiseerd, hiervoor een vast team samen te stellen waarin zowel de functioneel/inhoudelijke als de technische aspecten vertegenwoordigd zijn.

---

## 7 Planning en inzet

### 7.1 Groeimodel

De werkgroep verwacht dat ultimo 2010 implementatie van ROM binnen de instellingen breed kan hebben plaatsgevonden en dat in beginsel alle doelgroepen in staat zijn om uitkomstgegevens aan te leveren aan de landelijke ggz-databank. Dit zal een wat organisch karakter hebben, waarbij gedurende 2010 het aantal doelgroepen en/of organisatorische eenheden dat aanlevert geleidelijk aan groeit.

Vanaf de eerste aanlevering kunnen analyses uitgevoerd en teruggekoppeld worden. Bedoelde terugkoppeling zal met name betrekking hebben op de meer procesmatige aspecten, zoals kwaliteit van aangeleverde gegevens, implementatiegraad, mate van gebruik van de verschillende meetinstrumenten en soort meetmomenten. Zodra in de aanlevering een zeker volume is bereikt, kan over deze procesaspecten ook spiegelinformatie teruggekoppeld worden (vergelijk met het tot dan geldende gemiddelde binnen een instelling en 'landelijk'). Op basis van de foutsignalering (*flagging*) kunnen de validatieregels voor aanlevering scherper gesteld worden.

Gedurende 2011 kan de aandacht meer gericht worden op de inhoudelijke aspecten. Zodra volumes en bereik voldoende groot zijn, kan de werking van meetinstrumenten getoetst worden, is te bepalen of de casemix voldoende onderscheidend is, ontstaat een eerste indruk over de 'juiste' meetmomenten en gaat inzicht verkregen worden omtrent het beloop tussen de verschillende metingen.

Verwacht wordt dat vanaf 2012 het volume en bereik van de gegevensverzameling dusdanig is dat naast het kijken of verandering daadwerkelijk heeft plaatsgevonden (vergelijking ruwe scores) tevens een beeld gaat ontstaan van de statistische relevantie (ook rekening houden met meetfouten). Bij verdere groei van de ggz-databank kan analyse plaatsvinden op basis waarvan per doelgroep en per diagnosegroep de uitkomstmaat per uitkomstdomein vastgesteld kan worden. Naast deze normstelling kunnen dan ook richtlijnen opgesteld gaan worden.

Op basis van de dan verkregen gegevens zijn in 2013 meer definitieve vaststellingen te doen.

### 7.2 Planning

Voor zover het Vergelijkbaarheid betreft, moeten de komende periode (tot ultimo 2010) de volgende taken uitgevoerd worden:

- Concretisering casemix (december 2009)
- Vaststellen tijdstippen gegevensaanlevering (december 2009)
- Eerste validatieregels voor aanlevering (december 2009)
- Definiëren procesrapportages (december 2009)
- Samenstellen expertgroepen (december 2009)
- Inrichten structuur en ondersteuning overlegorganen (december 2009)

- Ontwikkelen procesrapportages (maart 2010)
- Inrichten beheer procesrapportages (maart 2010)
- Eerste analyses op basis van aangeleverde gegevens (juni 2010)
- Inrichten beheerstructuur (juni 2010)

Het is wenselijk dat de expertgroepen ultimo 2009 benoemd zijn. Zij hebben dan gedurende het eerste kwartaal van 2010 gelegenheid om zich te oriënteren.

Op basis van de actuele resultaten moet in het tweede kwartaal van 2010 de planning van de periode medio 2010 tot en met het eerste kwartaal van 2011 vastgesteld worden.

De activiteiten binnen de instellingen zijn hier buiten beschouwing gelaten. Dit mede vanwege de grote verschillen ten aanzien van de status quo in technologische en organisatorische zin.

### 7.3 Inzet

Tot medio 2010 wordt de inzet per lid van een groep als volgt ingeschat:

- Werkgroep: bijeenkomst 1 x per 6 weken 4 uur, voorbereiding en uitwerking per keer 4 tot 8 uur.
- Expertgroep: initieel 12 uur, bijeenkomst 1 x per maand 4 uur, voorbereiding en uitwerking per maand 4 tot 8 uur.
- Data-analisten: inrichten validatieregels en signaleringsfuncties eerste fase 40 uur, ondersteunen bij vaststellen procesrapportages 20 uur, ontwikkelen procesrapportages 80 uur, uitvoeren rapportages 120 uur, inrichten beheerstructuur 40 uur.
- Projectgroep: coördinatie per week 12 tot 20 uur (afhankelijk van aantal entiteiten), specifieke uitwerking 4 tot 8 uur per week; secretariële ondersteuning per entiteit per maand 12 tot 16 uur.

Gedurende de tweede helft van 2010 kan de frequentie van de overlegorganen iets lager worden. De ondersteuning is dan mogelijk goed belegd in een beheerorganisatie c.q. uitvoeringsapparaat ROM ggz.

De inzet betreffende de activiteiten binnen de instellingen zijn hier buiten beschouwing gelaten.

## 8 Kosten en baten

### 8.1 Investerings en exploitatie

Inzake Vergelijkbaarheid beperken de investeringen zich tot de inzet van direct betrokkenen als aangegeven in 7.3. Dit veronderstelt dat de ggz-databank beschikbaar en ingericht is en dat de aanlevering door instellingen conform de ROM ggz minimale dataset gerealiseerd is.

Naast de inzet vanuit het werkveld zal na de in hoofdstuk 7 gegeven periode van negen maanden (meer) capaciteit nodig zijn voor data-analyse. Dit zou echter onderdeel moeten zijn van de dan ingerichte beheerorganisatie. Onderscheid moet dan gemaakt zijn omtrent capaciteit nodig voor ontwikkeling van nieuwe analyses en rapportages en het beheer en uitvoering van (dan inmiddels) reguliere rapportages.

### 8.2 Stakeholders en opbrengsten

Als stakeholders zijn te onderscheiden: de cliënt, de behandelaar, de ondersteuner, de direct leidinggevende, de ketenpartner, de onderzoeker, de bestuurder, de overheid, de zorgverzekeraar.

De vier kernfuncties van ROM ggz gelegd tegen de belanghebbenden levert het volgende beeld:

- Behandelen: ondersteunen behandel/evaluatieproces - cliënt, behandelaar.
- Leren: verbeteren zorgverlening - behandelaar, ondersteuner, direct leidinggevende, ketenpartner, bestuurder.
- Verantwoorden: verantwoording resultaten - behandelaar, direct leidinggevende, bestuurder, overheid, zorgverzekeraar.
- Onderzoeken: uitvoeren onderzoeken - behandelaar, onderzoeker, bestuurder.

Voorname laat zien dat veel stakeholders belang hebben bij vrijwel alle kernfuncties.

Kijkend naar Vergelijkbaarheid dan levert ROM ggz de volgende baten:

- Het toepassen van ROM levert direct inzicht in de actuele situatie van de cliënt, zowel bij aanvang van de behandeling (vaststellen ernst van de klacht) als op momenten van evaluatie (verandering in meerdere uitkomst domeinen). Al dan niet bijstelling van de behandeling is meer onderbouwd, mede op basis van landelijke gemiddelden en best practices (spiegelinformatie).
- Op basis van de procesgerichte analyses ontstaat inzicht in de meest gebruikte meetinstrumenten, kan mogelijk bepaald worden of meetmomenten meer eenduidig vast te stellen zijn, en ontstaat een beeld omtrent het inzicht dat per uitkomst domein verkregen (kan) worden.
- De inhoudelijke analyses geven inzicht in het beloop op de diverse uitkomst domeinen, hetgeen iets zegt over het resultaat van de behandeling of begeleiding en mogelijk de afweging tot al dan niet bijstelling ondersteunt.
- De inhoudelijke terugkoppeling biedt de mogelijkheid om binnen een behandelteam mogelijk geconstateerde verschillen in behandelresultaten te analyseren en te

bediscussiëren. Voorts kan dit ook in regionale of landelijke overleggen aan de orde komen.

- Het resultaat van de behandeling kan intern verantwoord worden. In eerste instantie kan dit op het niveau van procesvariabelen, in een later stadium kan dit inhoudelijk gestaafd worden. Ten aanzien van laatstgenoemde is een toegevoegde waarde dat de kwaliteit en betrouwbaarheid van gebruikte meetinstrumenten onomstreden en gehanteerde systematiek landelijk vastgesteld is.
- Naar financiers kan verantwoording afgelegd worden op basis van (inter-) nationaal gevalideerde en genormeerde instrumenten en door de sector breed geaccepteerde en toegepaste systematieken.
- Voor onderzoekers ontstaat een steeds grotere gegevensbron om zowel op de procesmatige als de inhoudelijke aspecten onderzoek uit te kunnen voeren. Onderzoeksresultaten versterken het praktische gebruik en staven de verantwoording.

## 9 Overwegingen en risico's

### 9.1 Belanghebbenden

Om de in dit beslisdocument vastgelegde basis inzake Vergelijkbaarheid neer te leggen heeft intensief overleg plaatsgevonden binnen de werkgroep Vergelijkbaarheid, een gremium voornamelijk bestaande uit wetenschappelijk onderzoekers. Daarnaast heeft de stuurgroep ROM ggz, samengesteld uit bestuurders van instellingen, beroepsvereniging (NIP en NVvP) en cliëntenverenigingen (LP GGz), een belangrijke inbreng gehad.

Betrokkenheid van direct belanghebbenden uit het werkveld, degene die in de dagelijkse praktijk te maken hebben met ROM ggz, is van groot belang. Zij kunnen echter de beoogde ontwikkelingen als bedreigend en bureaucratisch ervaren. Het vergt overtuigend 'zendelingenwerk' van de reeds bij het project ROM ggz betrokken personen.

### 9.2 Duivelsvierkant

De stuurgroep heeft gevraagd om te kijken naar een mogelijke beperking van diagnosegroepen. In termen van het duivelsvierkant (functionaliteit, kwaliteit, tijd en geld) levert een keuze voor een beperkt aantal (tweetal) diagnosegroepen – stemmingsstoornissen en verslavingszorg – echter weinig voordelen op ten opzichte van een keuze voor inzet van ROM ggz in het gehele werkveld.

Beide opties geven op vergelijkbare wijze inzicht in de werking in inhoudelijke zin. Ten aanzien van de werking (procesmatig) is er in technologische zin geen onderscheid. In organisatorische zin moeten meer (alle) doelgroepen betrokken worden. Dit laatste is, op termijn, toch onvermijdelijk en gegeven de externe druk gewenst. Als tijd gegund is, is nog te overwegen om per instelling te faseren: vooralsnog sluiten (alleen) die doelgroepen aan die in belangrijke mate aan de minimale dataset voldoen.

Op centraal niveau betekent de keuze voor ROM ggz in het gehele werkveld een meer gevarieerd gegevensaanbod. Dit levert meer mogelijkheden om inzicht te krijgen in de procesmatige aspecten.

Naar gelang het aantal gehanteerde meetinstrumenten groter is, is meer inspanning nodig van data-analisten en expertgroepen.

Door goede fasering zijn de componenten tijd en geld in beide opties gelijk te houden. De wijze van fasering verschilt per optie.

Ten aanzien van de ROM ggz minimale dataset zijn een aantal risico's te identificeren. Belangrijke afweging blijft tussen werkbaarheid en betrouwbaarheid. Meer informatie, zeker als dit nu al niet gestructureerd vastgelegd wordt, vergroot zeker niet de betrouwbaarheid en betekent een extra werklust om betreffende toch aan te leveren. Het zal instellingen nog veel inspanning kosten om uit de diverse informatiesystemen (ROM, EPD, zorgregistratie e.d.) de gewenste gegevens aangeleverd te krijgen. In aanvang zal dit waarschijnlijk ook niet volledig zijn. Met een zekere rekkelijkheid

conform het geschetste groeimodel (7.1) hoeft dit geen probleem op te leveren en kan al voldoende leereffect bereikt worden.

Wanneer de nu gedefinieerde minimale dataset te snel en te makkelijk tussentijds aangepast wordt, kan de situatie ontstaan dat in de verschillende tijd aangeleverde gegevens onvoldoende vergelijkbaar zijn. Aan te bevelen is derhalve om stevig vast te houden aan de nu gedefinieerde minimale dataset en alleen op basis van zwaarwegende argumenten hier aanpassingen of aanvullingen op toe te staan. In termen van tijd en geld kan een tussentijdse wijziging tot aanzienlijke extra inspanning bij de instellingen leiden en aanzienlijke aanpassing van ontwikkelde rapportages vergen.

### 9.3 Projectrisico's

De ontwikkelingen inzake ROM ggz zijn voor veel organisatorische eenheden binnen instellingen geheel of gedeeltelijk nieuw. Het toepassen van ROM brengt de nodige veranderingen met zich mee en vraagt aanpassingen in de bestaande administratieve organisatie.

Er zijn raakvlakken met andere projecten of werkgebieden, zoals het EPD en de zorgregistratie. Afhankelijkheden c.q. raakvlakken zijn veelal nog niet in kaart gebracht. Het aantal betrokkenen bij ROM is groot. Er is niet voorzien in alternatieven ingeval het projectresultaat niet of niet volledig gerealiseerd wordt.

De projectrisico's ten aanzien van hier geschetste afbakening zijn groot en vereisen specifieke maatregelen.

De structuur en taken en verantwoordelijkheden binnen de projectorganisatie zijn vastgesteld. In deze fase zijn voldoende deskundigen vertegenwoordigd, zij het dat de feitelijke eindgebruikers (behandelaren) geen deel uitmaken van de werkgroep.

Er zal veel informatie over het project en de organisatorische en inhoudelijke consequenties gecommuniceerd moeten worden. Succesfactor is voorts goede training van zowel behandelaren als van gekwalificeerde afnemers van vragenlijsten.

De kans is toch wel redelijk groot dat eisen en wensen lopende het project gewijzigd worden (bijv. aanpassing minimale dataset). De expertgroepen en het wetenschappelijk college toetsen de wijzigingsvoorstellen en bewaken de kwaliteit.

De projectorganisatie vraagt derhalve de nodige aandacht.

Gegeven het grote aantal instellingen en de verschillende projectgroepen kan het project als complex gekwalificeerd worden. Er is nu nog weinig beeld omtrent de uitvoering van analyses, testen e.d. en er is nog onduidelijkheid omtrent faciliteiten en capaciteiten.

Aandacht moet derhalve geschonken worden aan de randvoorwaarden.

De activiteiten en mijlpalen zijn op basis van dit moment in redelijke mate vastgesteld. De momenten waarop inzet van direct betrokkenen gewenst is alsmede de beschikbaarheid, is nog niet concreet vastgelegd.

Het is niet te verwachten dat de realisatie van het project ROM ggz qua prioriteit zal afnemen. De inzet en doorlooptijd is wel groot. Gegeven deze lange doorlooptijd is te verwachten dat er mutaties in de projectbemensing te verwachten zijn.

Het aantal medewerkers dat full-time aan het project werkt is beperkt. Het aantal part-timers is echter groot.

Voorname betekent dat de projectplanning een zwakte kent ten aanzien van inzet en beschikbaarheid van direct betrokkenen. Gevraagde inzet en betrokkenheid is groot en de totale projectduur is lang.

De kennis en ervaring van bij het project direct betrokkenen is groot. De houding is positief, geïnteresseerd alsook kritisch. Ten aanzien van behandelaren is er een wisselend beeld inzake te verwachten kennis en ervaring met betrekking tot gebruik van ROM. De materiekennis is wel groot.

Tot heden geleverde inzet was kwalitatief en kwantitatief goed. Diverse belanghebbenden zijn nog niet of marginaal bekend en betrokken bij het project. Dit vraagt om overtuigend 'zendelingenwerk' en adequate ondersteuning.

---

**Bijlage I: Leden werkgroep Vergelijkbaarheid**

De werkgroep Vergelijkbaarheid bestaat uit de volgende leden:

<b>Naam</b>	<b>Instelling</b>	<b>Academische affiliaties</b>
Bea Tiemens	De Gelderse Roos	Radboud Universiteit
Frans Kamsteeg	GGNet	
Annemiek van Dijke	Delta – Psychiatrisch Centrum	
Gerard Schippers	Arkin / Parnassia Bavo groep	Universiteit van Amsterdam
Jan Theunissen	GGZ Ingeest	Vrije Universiteit
Kim de Jong	GGZ Noord-Holland-Noord	Erasmus MC / Universiteit Leiden
Sjoerd Sytema	RGOc / UMCG	Rijksuniversiteit Groningen
Marc Noom	LUMC	Universiteit Leiden
Wilma Swildens	Altrecht	Universiteit Utrecht
Paul van der Vlist	GGZ Nederland (leider deelproject)	

---

## Bijlage II: Literatuur

Navolgende, niet uitputtende lijst, betreft de ten behoeve van dit beslissingsdocument geraadpleegde literatuur.

- (2007), *Tweede Internationaal Symposium Meetinstrumenten in de GGZ*, Vlaamse vereniging voor Geestelijke Gezondheid
- (2008), *Verslag expertbijeenkomst effectiviteit van zorg Zichtbare Zorg GGZ*, stuurgroep Zichtbare Zorg ggz
- (2009), *Basisset Prestatie-indicatoren 2009-2010, Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg*, stuurgroep Zichtbare Zorg ggz
- (2009), *Minimale dataset*, Kenniscentrum Zorg Nederland
- Baert, S. (2007), *Uitkomstenmanagement in de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen, deel 6*, Vlaamse vereniging voor Geestelijke Gezondheid
- Beurs, E. de (2009), *T-scores en normalized T-scores: een illustratie met de OQ en de BSI*, Kenniscentrum Zorg Nederland
- Beurs, E. de, Zitman, F.G. (2007), *Routine Outcome Monitoring, het meten van therapie-effect in de klinische praktijk met webbased software*, Maandblad Geestelijke volksgezondheid
- Hoek, J. van den, Happé, M. (2009), *Plan van aanpak ROM GGZ (concept)*, GGZ Nederland
- Oudejans, S., Schippers, G.M., Spits, M. (2006), *Benchmark Leefstijltraining in de Verslavingszorg, rapportage nr. 2*, Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR)
- Oudejans, S. (2009), *Routine Outcome Monitoring & Learning Organizations in Substance Abuse Treatment*, academisch proefschrift Universiteit van Amsterdam
- Schippers, G.M., Broekman, Th., Buchholz, A. (2008), *MATE, handleiding en protocol*, Project Resultaten Scores / GGZ Nederland
- Schippers, G.M., Oudejans, S. (2009), *Leren van uitkomsten in de Verslavingszorg en de Geestelijke Gezondheidszorg*, Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR) / Academisch Medisch Centrum Universiteit van Amsterdam
- Spits, M., Schippers, G.M. (2008), *Hoe kunnen resultaten van zorg aan verslaafden worden gemeten en gebruikt?*, Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR) / Academisch Medisch Centrum Universiteit van Amsterdam
- Tiemens, B. (2009), *Gebruik van prestatie-indicatoren bij uitkomstenmanagement*, Gelderse Roos Instituut voor Professionalisering / Indigo Service Organisatie
- Wijngaarden, B. van, Kok, I. (2008), *Een inventarisatie van potentieel geschikte instrumenten voor de Basisset Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg*, Trimbos instituut