

**Benchmarking in de Verslavingszorg:
ambitie en uitvoerbaarheid**
een Resultaten Scoren product

April 2005
Mark Schramde

	Woord Vooraf	3
1.	Inleiding benchmarking	4
2.	Literatuur uitkomstenterugkoppeling	6
2.1	Overzichtstudies	6
2.2	Determinanten van uitkomstenterugkoppeling	7
2.3	Synthese hoofdstuk 1 en 2	8
3.	Doelstelling en afbakening pilot-benchmark	9
4.	Ontwikkeling benchmark-methodiek	10
4.1	Inleiding	10
4.2	Inhoudelijke ontwikkeling	10
4.3	Logistiek-administratieve organisatie	12
4.4	Informatie-technologische ondersteuning	12
5.	Resultaten	13
5.1	Inleiding	13
5.2	Resultaten uitvoeringsfase 1	13
5.3	Verbeteringen	15
5.4	Resultaten uitvoeringsfase 2	15
6.	Discussie	16
7.	Conclusie	17
8.	Aanbevelingen	18
Bijlage 1:	UITKOMSTENMETING 1	20
Bijlage 2:	UITKOMSTENMETING 2	27
Bijlage 3:	UITKOMSTENMETING 3	35
Bijlage 4:	UITKOMSTENMETING 4	45
Bijlage 5:	Procedure ‘datamanagement en –analyse’	51
Bijlage 6:	Convenanten	54
	Colofon	59

WOORD VOORAF

Voor u ligt het verslag van de benchmark die rondom detoxificatie en daarop volgende kortdurende klinische behandeling is uitgevoerd in de periode 1999 – 2002.

Het project is uitgevoerd onder de verantwoordelijkheid van de toenmalige stuurgroep van het ontwikkelcentrum Kwaliteit & Innovatie (OCK) van Resultaten Scoren. Dit zijn tevens de directeuren van de Brijder, de Jellinek, Novadic(-Kentron) en Parnassia. De uitvoering was in handen van de betrokken teams voor intake, klinische detoxificatie en kortdurende klinische behandeling. Het project is gecoördineerd door de werkgroep OCK die bestond uit de projectcoördinatoren van de vier organisaties en –als onafhankelijke, ondersteunende en aanjagende partij– Plexus Medical Consult.

Deze benchmark staat niet op zichzelf. Binnen Resultaten Scoren vormt het een van de operationalisering van het streven naar het continu verbeteren van de kwaliteit van zorg. Intussen zijn er meerdere benchmarks opgezet: de benchmark van de Intramurale Motivatiecentra en de Outcomebench met Leefstijltrainingen. Doordat er enige tijd is verlopen tussen het afsluiten van de Benchmark detoxificatie en kortdurende klinische behandeling en deze rapportage, wordt regelmatig een klein voorschot genomen op de reeds in gang gezette vervolgprojecten.

De doelstelling van het project waren enerzijds gericht op het beoordelen van de uitvoerbaarheid van de benchmark en anderzijds op het terugkoppelen van resultaten aan de betrokken teams waarmee zij hun beleid kunnen bijsturen. In het rapport wordt kort ingegaan op de theoretische achtergrond van benchmarken en het terugkoppelen van uitkomsten van zorg en behandeling. De kern van de rapportage wordt gevormd door de beschrijving van het door de projectgroep gevolgde proces en de hierin behaalde resultaten.

In de bijlagen vindt u de gebruikte vragenlijsten, gevulde procedures en afgesloten overeenkomst.

Het succes van het project is te danken aan de grote inzet van alle betrokkenen: de betrokken teams in de vier instellingen, de stuurgroep van het OCK en de werkgroep bestaand uit Rob Vos (Parnassia), Peter Gottmer (Novadic), Hans van Heel (de Brijder), Mark Schramade (de Jellinek) en Dorien Mulder (Plexus Medical Consult).

Het projectteam

1. INLEIDING BENCHMARKING

Johnson & Scholes definiëren benchmarking als 'a continuous and systematic process of measuring performance of products, services and processes of leading organizations with the objective to achieve superior performance.' Brouwer definieert benchmarking niet op het niveau van producten, diensten of processen maar op het niveau van organisaties: 'Benchmarking of organizations is a process of research to, and balancing of, the best method which is applied by the best organizations. It is a continuous process that can be focussed on your own sector or on other sectors.' Benchmarking betekent letterlijk 'vergelijken'¹ maar gezien bovenstaande definities zijn er meerdere betekenissen te geven.

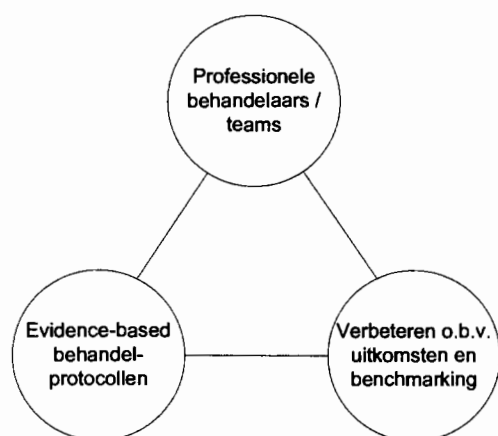
Van oorsprong komt benchmarking uit de industriële sector waarbij zowel producten als productie-processen onderwerp zijn van een benchmark. Het doel van de benchmark is het verzamelen van specifieke kennis van andere excellente organisaties teneinde de eigen processen, producten en/of diensten te verbeteren. Bij het benchmarken van bijvoorbeeld consumentenelektronica of een fabricageproces voor auto's, bestuderen teams van organisatie A de producten en –zo veel mogelijk– de productieprocessen van organisatie B. De teams die verantwoordelijk zijn voor bijvoorbeeld ontwikkeling, productie, verkoop of fysieke distributie leren zodoende van anderen teneinde kwaliteitsverbetering te realiseren.

Benchmarking wordt ook met andere doeleinden toegepast. Een voorbeeld is het benchmarking van organisatie's op basis van bedrijfsmatige (jaar)resultaten. Het doel is het interpreteren van de resultaten van bepaalde organisatie's door vergelijking met resultaten van excellente organisatie's teneinde beslissingen te kunnen nemen over bijvoorbeeld de aankoop of verkoop van aandelen of het veranderen van de organisatiestrategie. Er is dan geen sprake van directe kwaliteitsverbetering maar er is sprake van het verzamelen van betekenisvolle informatie teneinde (beleids)beslissingen te nemen en verantwoording af te leggen.

Binnen de gezondheidszorg, geestelijke gezondheidszorg (ggz) en verslavingszorg was ook verwarring over de betekenis van benchmarking. Langendijk doet in opdracht van Elsevier, vanaf 1997 onderzoek naar de beste ziekenhuizen. Op basis van beoordelingen door werknemers, verwijzers en cliënten vanuit de zorgsector worden er vergelijkingen gegeven tussen (afdelingen van) ziekenhuizen. Ook het Algemeen dagblad is gekomen met vergelijkende gegevens tussen ziekenhuizen. GGZ Nederland – een koepelorganisatie voor de ggz– brengt sinds 2 jaar het rapport 'Prestaties tellen in de ggz' uit. Hierin wordt op basis van organisatievergelijking publiek verslag gedaan van de prestaties in de ggz. De verslavingszorg zit hier nog niet in. Daarnaast is ZorgIs sinds 3 jaar de basis voor 26 benchmark-kengetallen waarover alle leden teruggerapporteerd krijgen. Ook hier zit de verslavingszorg nog niet in. Deze set vormt voor een groep van 11 instellingen de basis van een overleg en blijkt ondersteunend te zijn in de beleidsprocessen van de deelnemende organisaties. De cijfers zijn te algemeen om voor specifieke kwaliteitsverbetering gebruikt te kunnen worden. GGZ Nederland maakt ook nadrukkelijk onderscheid tussen benchmarken als leren en kwaliteitsverbetering enerzijds en verantwoording op basis van (meestal) andere prestatie-indicatoren anderzijds.

¹ een vertaling die in de Nederlands literatuur echter nooit gebruikt wordt

Uit het voorgaande zal het duidelijk zijn geworden dat benchmarking pas betekenis krijgt als de doelstelling helder is. Benchmarking in het nationale kwaliteitsprogramma voor de verslavingszorg 'Resultaten Scoren', heeft als ambitieuze doelstelling het continu verbeteren van de kwaliteit van zorg. Deze kwaliteit heeft specifiek betrekking op de inhoud van behandelprocessen en niet op de kwaliteit van een organisatie in het algemeen. Strategisch gezien is deze nieuwe methodiek goed gepositioneerd ten opzichte van het ontwikkelen en invoeren van evidence based protocollen enerzijds en het bevorderen van de professionaliteit van de medewerkers van de verslavingszorg anderzijds. In figuur 1 staan de drie speerpunten van Resultaten Scoren afgebeeld. De ingevoerde *state-the-art* protocollen worden ingebed in een informatiesysteem voor uitkomstenmetingen en terugkoppeling naar behandelaars. De behandelaars zijn goed getraind in de protocollen, voeren deze zelf uit en kunnen de behandeluitkomsten daarom goed interpreteren.



Figuur 1: Speerpunten Resultaten Scoren

In 1999 is in het kader van Resultaten Scoren een pilot-benchmark gestart voor de cliëntengroep die een indicatie heeft voor een klinische detoxificatie gevolgd door een kortdurend klinische behandeling. In dit rapport wordt hierover verslag gedaan.

In hoofdstuk 2 wordt de literatuur besproken over het effect van terugkoppelen van uitkomsten: de kern van de benchmark-methodiek. Vanuit deze literatuur worden determinanten bepaald die relevant zijn voor de ontwikkeling en de invoering van de benchmark. In hoofdstuk 3 staan de concrete pilot-doelstelling weergegeven en in hoofdstuk 4 wordt de inhoudelijk ontwikkeling beschreven, de logistiek-administratieve organisatie en de informatie-technologische ondersteuning. In hoofdstuk 5 volgen de resultaten en in hoofdstuk 6 worden enkele discussiepunten ter overweging neergelegd. In de hoofdstukken 7 en 8 volgen conclusies en aanbevelingen.

2. LITERATUUR UITKOMSTENTERUGKOPPELING

2.1 Overzichtstudies

Feedback wordt door van der Weijden (2001)² omschreven als 'het terugkoppelen van informatie aan een individuele zorgverlener, of aan een praktijk, team of instelling.' Van der Weijden vervolgt: 'Het betreft elke informatie over of samenvatting van het klinisch handelen, of de kosten of uitkomsten van zorg de zorg in een bepaalde tijdsperiode. De informatie kan schriftelijk (met of zonder visuele ondersteuning) of mondeling worden gegeven en vergezeld gaan van een vergelijking met collega's of van een beoordeling aan de hand van richtlijnen, criteria of aanbevelingen voor de kwaliteit van zorg. Feedback wordt in de regel gegeven na afloop van de feitelijke zorgverlening.'

Er is een behoorlijke toename in de medisch-wetenschappelijke literatuur van o.a. studies waarin het effect van feedback wordt geëvalueerd. Er zijn vijf auteurs die een overzichtsstudie hebben uitgevoerd naar het effect van feedback: Mugford (1993)³, Axt-Adams (1993), Buntinx (1993)⁴, Balas (1996)⁵, Thomson (1997a)⁶ en Thomson (1997b)⁷. In tabel 1, zijn de resultaten samengevat. Doordat de gehanteerde effectmaten van feedback in de beschreven studies sterk uiteen lopen is het lastig om eenduidige conclusies te trekken.

Overzichtstudie	Resultaten
Mugford, 1993 (36 contr studies)	Changing effects but mostly positive. More effect when feedback close to decision making and motivated professionals
Axt-Adams, 1993 (26 contr studies)	Extremely changing effects but mostly positive. Variation due to difference in settings (timing, frequency, comparisons with peers)
Buntinx, 1993 (10 contr studies)	Changing effects but mostly positive. Feedback possibly reduces overuse
Balas, 1996 (16 contr studies)	Changing effect but mostly positive (no effect in 2 studies). No clinically relevant results.
Thomson, 1997 (31 contr studies)	Extremely changing effects, but mostly positive (-16% till + 152% !) Feedback may reduces overuse. Results are modest but worthwhile. Don't trust on this feedback strategy only for behaviour changes of professionals

Tabel 1: Resultaten van overzichtstudies

² Weijden, T. van der, Winkens, R., Grol, R., *Feedback en reminders*, in: Implementatie: effectieve veranderingen in de patiëntenzorg (Grol, R., Wensing, M., eds), Maarssen, Nederland: Elsevier, 2001.

³ Mugford, M., Barfield P., O'Hanlon, M., *Effects of feedback of information on clinical practice: a review*, BMJ, 1991, 303:398-402.

⁴ Buntinx, F., Winkens, R., Grol, R., e.a., *Influencing diagnostic and preventive performance in ambulatory care by feedback and reminders: a review*, Fam Pract, 1993;10:219-228.

⁵ Balas, E.A., Boren, S.A., Brown, G.D., e.a., *Effect of physician profiling on utilization. Meta-analysis of randomized clinical trials*, J Gen Intern Med, 1996;11:584-590.

⁶ Thomson O'Brien, M.A., Oxman, A.D., Davis, D.A., Haynes, R.B., Freemantle, N., Harvey, E.L., *Audit and feedback: effects on professional practice and health outcomes*, Cochrane Database Syst Rev, 2000a; 2: CD000259.

⁷ Thomson O'Brien, M.A., Oxman, A.D., Davis, D.A., Haynes, R.B., Freemantle, N., Harvey, E.L., *Audit and feedback versus alternative strategies: effects on professional practice and health outcomes*, Cochrane Database Syst Rev, 2000b; 2: CD000260.

Er is sprake van wisselende effecten

De belangrijkste verklaring hiervoor zijn de verschillende onderzoekssettings die hieraan ten grondslag liggen (Axt-Adams, Thomson). Er is sprake van: wisselende inhoud van de feedback, een wisselende intensiteit en frequentie van feedback, een wisselend format (schriftelijk, persoonlijk), verschillen tussen betrokken professionals en verschillende tussen patiënten populaties. Zo is bijvoorbeeld in sommige studies de feedback eenmalig terwijl in andere studies periodiek feedback wordt gegeven wisselend van wekelijks, twee wekelijks of maandelijks gedurende een wisselende periode. Slechts in één (Nederlandse) studie (Winkins, 1995), was de feedback interventie reeds enkele jaren een routine. Zowel de interventie- als controlegroep ontvingen feedbackinformatie maar op verschillende aspecten zodat de ene groep als controle fungeerde voor de andere groep. De studies in de overzichtstudies zijn door deze verschillen slecht vergelijkbaar. Een andere verklaring is dat er veel aan te merken is op de kwaliteit van de onderzoeksmethoden van de studies. Van der Weijden: 'Zo is het vaak niet duidelijk hoe er gerandomiseerd is hetgeen tot gevolg heeft dat de onderzoeks-roepen niet te vergelijken zijn, bijvoorbeeld doordat professionals die meer gemotiveerd zijn voor kwaliteitsverbetering een grotere kans hadden om in de interventiegroep terecht te komen.'

Er is sprake van bescheiden positieve effecten op gedrag van professionals en op de uitkomsten van patiëntenzorg

Deze effecten zijn onder bepaalde condities. Het is echter niet duidelijk welke (feedback) methoden in welke (praktijk) setting het beste werkt. Thomson stelt: '(Audit and) feedback can sometimes be effective in improving the practice of health care professionals, in particular prescribing and diagnostic test ordering. When it is effective, the effects appear to be small to moderate but potentially worthwhile. Those attempting to enhance professional behaviour should not rely solely on this approach.' Balas zegt dat de klinische relevantie goed bewaakt moet worden en Thomson geeft aan dat het soms zelfs niet duidelijk is wat de klinische relevantie is.

2.2 Determinanten van uitkomstenterugkoppeling

Volgens Axt-Adams (1993) kunnen er vele soorten feedback worden onderscheiden afhankelijk van een aantal factoren: 'the message of the feedback (e.g. in laboratory diagnosis: the tests ordered, aggregated or specific tests related to specific disorders, or the charges made); the provider of the feedback (a peer or superior); the addressee of the feedback (the whole group or a single physician); the timeliness of the feedback (how soon after the performance of the action on which feedback is provided); the vehicle of the feedback (orally, such as chart-reviews, or written)'. Thomson (1997b) komt tot eenzelfde onderscheid van belangrijke karakteristiek voor het terugkoppelen van informatie: 'the content, source, timing, recipient and format'. Ook van der Weijden (2001) onderscheid soortgelijke determinanten voor de mate van effect van feedback: de bron, de boodschapper, de methode, de inhoud de intensiteit. Samengevat:

De 'ontvanger' van de informatiefeedback was in de meeste studies het individu. In een drietal studies is feedback gegeven aan de groep. De ontvanger van de informatie moet voor deze informatie (mede)verantwoordelijk zijn. De overzichtstudies suggereren dat het *geïsoleerd* verschaffen van informatie niet resulteert in verandering in de praktijk. Deze suggestie werd al ruime tijd geleden erkend door Kanouse (1988) die zegt dat feedback van informatie afhankelijk is van de veronderstelling dat professionals actieve consumenten zijn van informatie en dat ze bereid zijn om veranderingen door te voeren

in de zorgverlening als ze worden geconfronteerd met informatie die alternatieve werkwijzen suggereren.

De 'inhoud' van de informatiefedback moet klinisch relevant zijn voor de professional. Het moet betrekking hebben op de resultaten de processen waar hij (mede) voor verantwoordelijk is en zich verantwoordelijk voor voelt en die door hem of haar beïnvloedbaar zijn.

Het geven van 'vergelijkbare informatie' over het klinisch handelen van collega's (van der Weijden, Balas, James)

De 'bron' en de 'ondersteuner' die de informatiefedback verzorgt, is idealiter een onafhankelijk en gerespecteerd instituut of een gerespecteerd collega. De bron en ondersteuning moeten geloofwaardig voor de professioneel en dit ook uitstralen.

De 'timing' van de informatiefedback moet frequent zijn (Buntinx, 1994)⁸ zijn en snel na het moment van zorgverlening (Mugford). Buntinx suggereert dat maandelijkse feedback in combinatie met peer vergelijkingen, een positieve relatie kunnen hebben met enkele aspecten van kwaliteitsverbetering.

Het 'format' van de informatiefedback moet 'stimulerend' zijn. In de meeste studies was het format een computerrapport. Minder vaak is de feedback persoonlijk gegeven in een individuele setting (3 studies) dan wel een groepsetting (1 studie)

2.3 Synthese hoofdstuk 1 en 2

In de for-profit-sector is veel ervaring opgedaan met kwaliteitsverbetering op basis van een gebalanceerde set van uitkomst(-indicator)en. Het concept van 'prestatie management' is helder en –niet onbelangrijk– er zijn duidelijke prestatienormen.

In de gezondheidszorg is het gebruik van uitkomstindicatoren versnipperd. Het gebruik van uitkomst-indicatoren is meestal niet geïntegreerd met kwaliteitsverbetering doordat de focus altijd is geweest op de indicatoren en niet op de kwaliteitsverbetering. De gezondheidszorg heeft bovendien vooral gebruik gemaakt van bedrijfsmatige indicatoren (productie en kosten) die relevant zijn voor het management.

Vanuit wetenschappelijk onderzoek in de gezondheidszorg is evidentie over het gebruik van klinisch relevante uitkomstindicatoren ten behoeve kwaliteitsverbetering. Deze evidentie is 'versnipperd' maar geeft determinanten die in 'naturalistisch settingen' gebruikt kunnen worden.

⁸ Buntinx, F., Knottnerus, J.A., Ccrebolder, H.F., Seegers, T., Essed, G.G., Schouten, H., *Does feedback improve the quality of cervical smears? A randomized controlled trial*, Br J Gen Pract, 1994 Feb;44(379):94-95.

3. DOELSTELLING EN AFBAKENING PILOT-BENCHMARK

De pilot benchmark waarover in dit rapport verslag wordt gedaan heeft als doelstellingen:

Het ontwikkelen van een methode voor uitkomstenmeting binnen vier instellingen voor verslavingszorg (Brijder, Jellinek, Novadic en Parnassia), waarbij de nadruk ligt op het uittesten van administratieve processen van de benchmark zelf. De pilot-benchmark gaat met name over de uitvoerbaarheid van de meetmethode en in mindere mate over een studie van effecten

Informatie terugkoppelen aan teams zodat zij informatie krijgen over het resultaat van het eigen handelen en zo nodig kunnen bijsturen. Informatie terugkoppelen aan managers/directie over de uitkomsten.

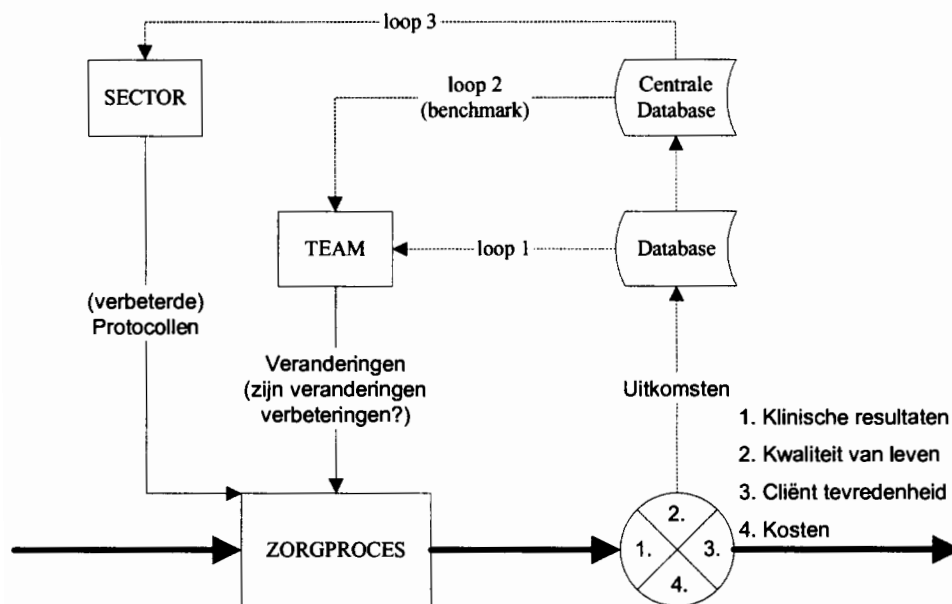
Om te benchmarken met als doel kwaliteitsverbetering, moet een afbakening worden gemaakt naar een specifieke cliëntengroep. Dit is noodzakelijk in verband met de bruikbaarheid van de methodiek. Indien er niet wordt afgebakend naar cliëntengroep dan is de kans aanwezig dat de ontwikkelde methodiek een te algemeen karakter krijgt waardoor de (klinische) relevantie voor de professionals te laag is. De crux van de benchmark methodiek is het realiseren van een regelmatige terugkoppelcyclus naar hulpverleners zodat deze gaan leren en kennis opdoen over een specifieke cliëntengroep en het daarop afgestemde zorgproces. De hulpverleners moeten hiervoor ook verantwoordelijk zijn.

Omdat er bij de start van de pilot-benchmark nog geen geprotocolleerde behandelingen ingevoerd waren, is gekozen voor een cliëntengroep die geïndiceerd is voor een klinische detoxificatie gevolgd door een kortdurende klinische behandeling.

4. ONTWIKKELING BENCHMARK-METHODIEK

4.1 Inleiding

Er is gestart vanuit een conceptueel model voor uitkomstenverzameling, uitkomstenvergelijking en terugkoppeling van uitkomsten naar teams (zie figuur 2). Dit model is consistent met de 6 determinanten voor uitkomstenterugkoppeling.



Figuur 2: Conceptueel model voor verbeteren op basis van uitkomsten

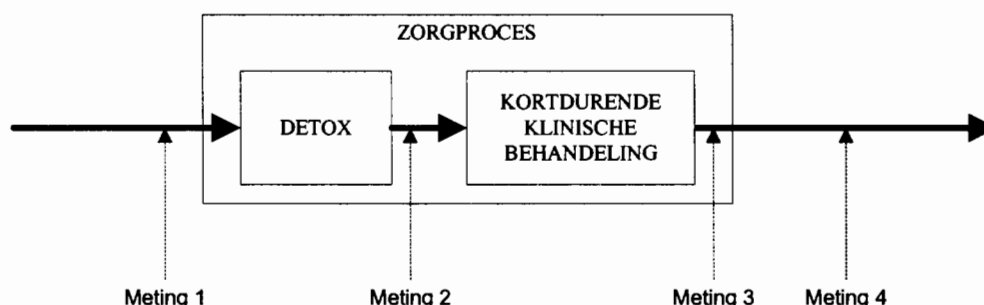
Vanuit het conceptuele model is de benchmark-methodiek geoperationaliseerd. De operationalisatie omvat drie gebieden: de inhoudelijke ontwikkeling, de logistieke-administratieve organisatie en de informatie-technologische ondersteuning.

4.2 Inhoudelijke ontwikkeling

In het midden van de figuur 2 is het behandelteam afgebeeld dat verantwoordelijk is voor een bepaald zorgproces [determinant 1]. De hulpverleners behandelen een uniforme cliëntengroep in eenzelfde behandelsetting en worden ondersteund door (klinisch) relevant en deugdelijke gegevens met betrekking tot hun behandelprestaties/uitkomsten.

In het informatiesysteem zijn vier uitkomstgebieden te onderscheiden: klinische resultaten, kwaliteit van leven, cliënt tevredenheid en kosten [determinant 2]. Dit wordt het GGZ uitkomstenkwadrant genoemd (Walburg, Brinkman). Het uitkomstenkwadrant is onafhankelijk van de specifieke cliëntengroep c.q. zorgproces van de benchmark (detox, leefstijltraining, IMC). Het informatiesysteem wordt gevoed vanuit vier meetmomenten (zie figuur 3) en door vier organisaties [determinant 3]. Het aantal metingen is ook weer afhankelijk van de specifieke cliëntengroep c.q. zorgproces. Voor de benchmark leefstijltrainingen zijn drie meetmoment geïdentificeerd. Voor de benchmark IMC zijn zelfs een aantal verschillende varianten gemaakt waarvan de maximale variant de equivalent is aan praktijk gericht wetenschappelijk onderzoek. Vanuit het veld is behoefte aan benchmark onderzoek naar chronisch verslaafde cliëntengroep en

geïndiceerd voor intensief casemanagement of ACT. Het gaat hier om cliëntengroepen waarvan het einde van het behandeltraject moeilijk voorspelbaar is en waarvoor een eenduidige gegevens door verschillende organisaties verzameling moeilijk uitvoerbaar is. De experts van deze behandelvormen moeten tot consensus komen over meetintervallen, meet-instrumenten en meetprocedures. Verder zal de benchmark-methodiek hetzelfde zijn.



Figuur 3: Meetmoment pilot-benchmark

Het uitkomstkwadranten is geoperationaliseerd in objectieve meetvariabelen, in samenwerking met behandelaars van de vier deelnemende organisaties. Deze uitwerking is natuurlijk ook afhankelijk van de specifieke cliëntengroep c.q. zorgproces van de benchmark. In de onderstaande tabel staan de uitgewerkte meetinstrumenten vermeld per meetmoment en per uitkomstgebied. In de bijlage 1-4 staan de vragenlijsten zoals ze zijn gebruikt in de benchmark. In tabel staat een overzicht van de meetinstrumenten per meetmoment en per uitkomstgebied.

	Meetmoment 1 (Zie bijlage 1)	Meetmoment 2 (Zie bijlage 2)	Meetmoment 3 (zie bijlage 3)	Meetmoment 4 (zie bijlage 4)
Klinische resultaten	Typering cliënt Ziektespecifiek (EuropASI)			Ziektespecifiek (Follow-upASI)
Kwaliteit van leven	EuroQol		EuroQol	EuroQol
Client tevredenheid		GGZ thermometer	GGZ thermometer	
Kosten		Verpleegdagen Medicatie	Verpleegdagen Medicatie	

Tabel 2: Overzicht meetinstrumenten benchmark

De wijze van terugkoppeling blijkt uit de literatuur een belangrijk onderdeel [determinanten 4-6]. De gebenchmarkte uitkomsten moeten natuurlijk goed in de teams gelanceerd worden wil dit kunnen leiden tot het gewenst leereffect. Het team staat daarom zo centraal in figuur 2. De eerste terugkoppelloop heeft alleen betrekking op de eigen informatie en gaat naar de teams die behandeling hebben uitgevoerd. In dit geval de detoxteams en de teams van de kortdurende klinische behandeling. In andere benchmarks zijn, de teams die de leefstijltrainingen uitvoeren of de teams met casemanagers. De tweede terugkoppelloop is dan de benchmark met andere behandeluitkomsten. De terugkoppeling wordt uitgevoerd door teamonafhankelijk (en bijvoorkeur gezaghebbende) facilitator. In de pilot-benchmark is geëist dat de

terugkoppeling persoonlijk worden uitgevoerd. Verder is de terugkoppeling niet geprotocolleerd.

4.3 Logistiek-administratieve organisatie

Er zijn 7 logistiek-administratieve stappen te onderscheiden:

– Voorbereiding

ontwikkelen database o.b.v. inhoudelijk ontwerp

uitzetten vragenlijsten / enveloppen / inr voor koppeling tussen metingen

– Dataverzameling

Door hulpverleners. Meting 1 werd uitgevoerd aan het einde van de intakefase op het moment dat de cliënten een behandelovereenkomst hadden ondertekend. Concreet: aan het einde van het laatste intakegesprek. Meting 2 werd uitgevoerd tijdens het einde van de detoxfase. Concreet: op de avond van de laatste opnamedag. Meting 3 werd uitgevoerd tijdens het einde van de behandel fase. Concreet: op de avond van de laatste opnamedag. Alle cliënten in de benchmark ondergingen een follow-up, ongeveer 3 maanden na afloop van de behandeling. cliënten werden uitgenodigd voor een evaluatiegesprek meestal bij de intaker die ook verantwoordelijk was voor meting 1. Er was geen invoeringsstrategie voor meting 4!

Door cliënten. De vragenlijsten worden op papier ingevuld.

Meetinformatie per team centraal verzamelen (meetbus)

Vervolgens verzamelen door decentrale projectcoördinator

Decentrale invoer in SPSS bestanden

SPSS bestanden regelmatig opsturen naar centraal meetbureau

Data-management

Data-verzameling / samenvoegen bestanden.

Data-opschonen

Data over betreffende rapportage periode bevriezen in aparte database

Data analyse en rapportage

Rechte tellingen

Relaties tussen metingen

Terugkoppelprocedure en uniform terugkoppelformaat

– Data terugkoppeling

Verbeteracties initiëren

Verbeteracties monitoren (is een verandering een verbetering ?)

4.4 Informatie-technologische ondersteuning

Het datamanagement en de data-analyses worden ondersteund door SPSS.

De vragenlijsten zijn per meting vertaald naar SPSS bestanden. De administratieve medewerkers voeren de gegevens in en zijn hiervoor geïnstrueerd door de decentrale projectcoördinatoren. Per vragenlijst zijn er codeboeken ontwikkeld.

Per rapportageperiode worden de SPSS bestanden verstuurd naar het centrale meetbureau. Het centrale meetbureau koppelt deze bestanden aan elkaar, schoont de bestanden en 'bevriest' de gegevens. Voor al deze stappen zijn procedures ontwikkeld (zie bijlage 5).

5. RESULTATEN

5.1 Inleiding

Het project is uitgevoerd onder de verantwoordelijkheid van de toenmalige stuurgroep van het ontwikkelcentrum Kwaliteit & Innovatie (OCK) van Resultaten Scoren. Dit zijn tevens de directeurs van de Brijder, de Jellinek, Novadic(-Kentron) en Parnassia. De uitvoering was in handen van de betrokken teams voor intake, klinische detoxificatie en kortdurende klinische behandeling. Het project is gecoördineerd door de werkgroep OCK die bestond uit de projectcoördinatoren van de vier organisaties en –als onafhankelijke, ondersteunende en aanjagende partij– Plexus Medical Consult. De werkgroep OCK heeft de benchmarkmethode ontwikkeld, de invoering gecoördineerd en gerapporteerd aan de stuurgroep OCK. De directeurs bewaakte de voortgang en nam beslissingen over decentrale implementatieproblemen in hun eigen organisatie.

Voor de duur van de pilot is er een 'gentleman agreement' gemaakt over hoe om te gaan met de benchmarkgegevens. In de vervolg benchmarks leefstijltraining en IMC is dit zelfs op papier uitgewerkt en ondertekend door de deelnemende organisaties. In de pilot-benchmark is dus slechts mondeling afgesproken dat de gegevens alleen binnen de eigen organisatie's gebruikt worden t.b.v. leren en dat enkel met goedkeuring van de stuurgroep de benchmarkgegevens naar buiten gepresenteerd worden. De visie bij het opzetten van een succesvolle benchmark t.b.v. van leren en kwaliteits-verbetering was namelijk dat de deelnemende organisaties elkaar vertrouwen en oprecht geïnteresseerd zijn in elkaar's behandelprocessen. Vanuit de literatuur blijkt dat er (binnen organisaties) niet van elkaar geleerd wordt als men defensief gedrag vertoont. Een gelijkwaardige samenwerking tussen de organisaties is een belangrijkste succesfactor gebleken van de pilot-benchmark. Elkaar's vertrouwen is niet geschaad en er is vrijelijk over de resultaten gesproken.

In de uitvoering van de pilot-benchmark detox zijn twee fasen te onderscheiden. In 1999 is gestart met de ontwikkeling van de benchmarkmethodiek. Uitvoeringsfase 1 loopt van januari 2000 t/m april 2002. In april 2002 is er een conferentie georganiseerd waarin behandelaars, teamleiders, managers en wetenschappers elkaar ontmoet hebben. Op basis van de resultaten heeft de stuurgroep OCK besloten de pilot-benchmark voort te zetten (§5.2). In 6 maanden tijd is de benchmarkmethodiek verbeterd (§5.3). Uitvoeringsfase 2 loopt van november 2002 t/m december 2003 (§5.4). Daarna is besloten om de pilot-benchmark detox te stoppen en op basis van deze kennis de benchmark methodiek verder uit te werken en wetenschappelijk te onderzoeken bij andere cliëntengroepen. (leefstijltraining, IMC).

5.2 Resultaten uitvoeringsfase 1

De eerste cliënten zijn in januari 2000 in de pilot geïnccludeerd. Er is zowel bij drugs- als alcohol cliënten gemeten. Tot en met april 2002 zijn zo'n 1600 unieke cliënten in de database opgenomen, 1189 metingen einde aanmelding, 1043 metingen einde detox, 84 metingen einde kortdurend klinische behandeling en 21 follow-up metingen. In tabel 3 is het totaal aantal metingen aangegeven.

	Januari 2002	April 2002
Totaal meting 1	1052	1189
Totaal meting 2	786	1043
Totaal meting 3	73	84
Totaal meting 4	16	21
Tortaal	1927	2337

Tabel 3: aantal benchmarkmetingen 1/1/2000 – 1/4/2002

- De vier deelnemende instellingen hebben elk binnen hun organisatie een structuur opgebouwd voor het meten van uitkomsten van behandeling. De inbedding in het reguliere bedrijfsproces is onvoldoende geborgd. Er is ook een groot verschil in de mate waarin de benchmarkmetingen vanuit de staf dan wel vanuit de lijn zijn ingevoerd.

Bij een deel van de cliënten zijn metingen verricht. Het aandeel van het totaal aantal behandelde cliënten wisselt per meting en per instelling van 2% tot 50%. Bepaalde organisaties scoren beter op meetmoment 1 en andere op meetmoment 2. Twee organisatie hebben helemaal geen metingen op meetmoment 4. Het aantal metingen is in sterk afhankelijk van het betreffende team.

- De follow-up meting komt moeizaam van de grond. Hiervoor is nog geen goede structuur en financiering aanwezig. Derhalve zijn nog geen gegevens over het klinisch resultaat beschikbaar.
- In de vragenlijsten is een vraag opgenomen die op de kosten (bekostigingscategorie) betrekking heeft. Deze vraag is doorgaans niet ingevuld omdat deze vraag veel te ingewikkeld was voor de hulpverleners.
- Er bestaat onduidelijkheid over de definities van een aantal begrippen die in de metingen gebruikt worden. Dit maakt het moeilijk om conclusies te trekken
- De resultaten zijn door de projectcoördinatoren drie keer teruggekoppeld aan de teams (november 2001, januari 2002, april 2002). De medewerkers zijn enthousiast over de terugkoppeling. Met name de resultaten van de cliëntsatisfactie geven aanleiding tot discussie.
- De terugkoppeling heeft –zover bekend– niet geleid tot verbeteracties.
- De belangstelling voor de eerste benchmarkresultaten op een conferentie in april 2002 was groot.
- Per volledige meetset (vier meetmomenten) was een tijdsinvestering noodzakelijk van maximaal 2 uur per cliënt inclusief het follow-upgesprek van 45 minuten en de decentrale data-invoer op basis van papieren metingen.
- Er is een professionelere ondersteuning nodig m.b.v. informatietechnologie. Deze technologie zal moeten aansluiten op de bestaande Cliënt Informatie Systemen die de verslavingszorg gebruikt⁹ zodat papieren metingen verminderen. Op centraal niveau moet het systeem aansluiten bij de ontwikkelingen van GGZ Nederland.

⁹ De Brijder, Jellinek, Novadic en Parnassia gebruiken drie verschillende Cliënt Informatie Systemen: Health-E, User, Psychis. Deze systemen zijn representatief voor de verslavingssector.

5.3 Verbeteringen

Op basis van de resultaten van de eerste fase heeft de werkgroep alle vragenlijsten en de SPSS database aangepast. Dit omdat een aantal vragen verwarring gaf omdat zij verkeerd geïnterpreteerd werden. Deze verschillen in interpretatie zitten vooral tussen de teams en niet binnen de teams. De 'eigen' resultaten waren herkenbaar maar de benchmark informatie was vaak niet te interpreteren.

De instellingen hebben weinig aandacht besteed aan de follow-up metingen. De werkgroep heeft zich na fase 1 voorgenomen om meer energie te stoppen in deze meting. Er zijn echter geen concrete strategieën bedacht hoe dit zou moeten gebeuren.

- De vragen over kosten zijn verwijderd. Op dit moment gaan wij niet verder dan de hoeveelheid zorgconsumptie.

Plexus Medical Consult geeft opdracht gegeven van de stuurgroep OCK om een programma van eisen te bepalen voor de ontwikkeling van een ICT-systeem ter ondersteuning van Benchmarking.

5.4 Resultaten uitvoeringsfase 2

In de verbeterperiode (april – november 2002) is de pilot-benchmark natuurlijk doorgegaan. In november zijn de aangepaste vragenlijsten geïntroduceerd en de administratieve medewerkers geïnstrueerd in de nieuwe SPSS database. In tabel 4 staan in de laatste kolom tussen haakjes het aantal binnengekomen (nieuwe) vragenlijsten. De benchmarkrapportage 2003 heeft alleen op deze vragenlijsten betrekking. Verder zijn in de laatste kolom ook de cumulatieve aantallen weergegeven.

	Januari 2002	April 2002	November 2002	December 2003 (met de nieuwe vragenlijsten)
Totaal meting 1	1052	1189	1657	2491 (+ 834)
Totaal meting 2	786	1043	1706	2870 (+ 1164)
Totaal meting 3	73	84	153	385 (+ 232)
Totaal meting 4	16	21	18	90 (+ 72)
Totaal	1927	2337	3534	5836 (+ 2302)

Tabel 4: aantal benchmarkmetingen 1/1/2000 – 31/12/2003

- De resultaten van de tweede fase liggen in lijn met de resultaten van de eerste fase.
- De invoeringsstructuur in de organisaties varieert. De inbedding in het reguliere bedrijfsproces is bij bepaalde teams goed geborgd en bij andere teams minder. Er is een sterke afhankelijkheid van dragende personen/teamleiders.
- De verschillen tussen de meetmomenten zijn nog steeds groot. Per meetmoment zijn ook nog steeds grote verschillen tussen de organisaties onderling.
- De inspanning in de follow-up meting heeft tot zichtbaar resultaat geleid (van 18 naar 90 follow-up metingen) maar is nog steeds onvoldoende om bruikbaar te zijn. De organisaties realiseren zich dat financiering van de follow-up evaluatiegesprekken mogelijk is als CTG-begeleidingscontact, mits de evaluatiegegevens in het cliëntendossier terecht komen.
- Met de huidige benchmarkmethodiek kost het te veel inspanning om de cliënten na de behandeling te benaderen en uit te nodigen voor een evaluatiegesprek. Tevens is de no-show hoger dan normaal.

- Behandelaren zijn nog steeds enthousiast over de resultaten die de benchmark onthult, maar ook sceptisch over de mate van vergelijkbaarheid. Behandelcondities variëren. Zo is bijvoorbeeld de klinische detoxificatie afdeling van één organisatie alleen bedoeld voor alcoholverslaafde cliënten terwijl de andere drie bedoeld zijn voor alcohol- en drugsverslaafde cliënten. Tevens varieerde het aantal verpleegdagen van de detox van vijf dagen tot drie weken. Voor een analyse van de detox is dit interessant maar voor het vergelijken van de klinische resultaten is dit lastig. Hulpverleners herkennen zich echter in de eigen gegevens en er ontstaan interessante discussies.
- Er is nog geen inzicht in de mate waarin de terugkoppeling ook werkelijk tot veranderingen geleid heeft. Er zijn daarom nog twijfels over de kosteneffectiviteit een benchmark.

6. DISCUSSIE

Discussiepunt 1: Wat is de relevantie van uitkomstenmeting en benchmarking?

Een systematiek van continue meting en vergelijking van behandeluitkomsten in combinatie met regelmatige terugkoppeling aan professionals in een organisatie is een (nieuwe) vorm van onderzoek. Een systematisch onderzoek door de professionals naar de kwaliteit van de eigen behandelingen kan verwacht worden te leiden tot verbetering van de kwaliteit. Het regelmatig terugkoppelen van uitkomsten is nodig voor professionals om systematisch te kunnen leren in hun organisatie. Dit leren gebeurt door de voortgang te observeren ten opzichte van gestelde doelen met als doel trends te observeren, de 'positie' te bepalen ten opzichte soortgelijke behandelingen¹⁰, opletend te blijven, veranderprioriteiten vast te stellen en het succes van veranderacties te identificeren. Zonder regelmatige terugkoppeling weten professionals niet wat het resultaat is van hun aanpassingen op de uitkomsten van de behandeling. Hoe kunnen professionals leren als ze alleen maar anekdotische informatie krijgen? De benchmarkgegevens fungeren als norm naast eventuele wettelijke normen, normen vanuit protocollen of zelf gestelde doelen. Tevens zijn de best-in-class organisaties een inspirerend voorbeeld.

Discussiepunt 2: Kunnen geprotocolleerde behandelingen het best worden gebenchmarkt?

Het succes van het vergelijken van behandeluitkomsten is mede afhankelijk van de vraag of het voor professionals mogelijk is om de uitkomstinformatie die beschikbaar komt te interpreteren. Voor de uitkomstinformatie van de eigen behandelprocessen is interpretatie relatief makkelijk omdat de context waarin deze informatie verzameld wordt helder is. Voor de informatie van derden is deze context minder helder. Dit is te pareren door te starten met geprotocolleerde behandelprocessen waarin het aantal 'storende' variabelen minder is.

Discussiepunt 3: Hoe leren hulpverleners omgaan met behandeluitkomsten?

The stages of coping with transparency (Berwick, 2002):

Stage 1: "The data are wrong..."

Stage 2: "The data are right, but it's not a problem..."

Stage 3: "The data are right, it's a problem, but it's not *my* problem..."

Stage 4: "The data are right, it's a problem, it's *my* problem"

¹⁰ Dit 'observatieonderzoek' kan door gebrek aan interne validiteit nooit leiden tot wetenschappelijke uitspraken over de effectiviteit van de behandeling.

7. CONCLUSIE

In dit onderzoek naar de uitvoerbaarheid van een benchmark, hebben de instellingen met redelijk succes een infrastructuur opgezet voor het meten en vergelijken van uitkomsten. De inbedding in het reguliere bedrijfsproces is echter onvoldoende geborgd.

Vanuit de resultaten blijkt dat een benchmarkmethode niet eenvoudig in te voeren is. Enkele valkuilen zijn:

Taalgebruik: verschillende interpretatie's van de vragenlijsten;

Implementatie: verschillende wijze van uitvoering doordat de invoeringsstrategie niet bepaald is. De invoering van de follow-up evaluatiegesprekken is niet van de grond gekomen;

Informatietechnologie: Het is duidelijk geworden dat voor het uitvoerbaar maken van een benchmark-informatiesysteem, informatietechnologie noodzakelijk is.

Ondanks trainingen, intensieve begeleiding en een zorgvuldige monitoring van de invoering, is de follow-up meting dus niet gelukt. Er is in de organisaties veel geleerd over de wijze van invoering. De uitvoerende hulpverleners hebben ervaring opgedaan met het benaderen van cliënten en met het uitvoeren van de evaluatiegesprekken. Er is foldermateriaal ontwikkeld, de rest van de organisatie is geïnformeerd en de logistieke processen zijn op basis van ervaring verbeterd. Toch hebben al deze activiteiten nog niet geleid tot een voldoende hoge respons. Er kan geconcludeerd worden dat dit enerzijds ligt aan te ambitieuze doelstellingen, onvolledige belijsten in de startfase, beperkt aantal bellers in de startfase en in totaal een beperkte belinspanning ten opzicht van de gestelde doelen. Gezien de complexiteit van de invoering kunnen we tevreden zijn over wat bereikt is in de pilot-periode. Wordt er gekeken naar de aantallen dan moeten wij het tegenovergesteld concluderen.

De pilot maakt ook aannemelijk dat uitkomstenmeting, terugkoppeling en benchmarking een krachtig middel *kan worden* om tot kwaliteitsverbetering te komen maar dat de organisaties nog een lange weg te gaan hebben. De professionals reageren enthousiast op de uitkomsten en voelen zich gewaardeerd. Terugkoppeling van de resultaten brengt een discussie binnen de instellingen op gang. Deze conclusies zijn overeenkomstig met de literatuur. Het lijkt een onomkeerbaar proces dat ten behoeve van kwaliteitsverbetering informatie over uitkomsten een rol gaat spelen in het werk van professionals.

- Doordat er geen inzicht is in de mate waarin de terugkoppeling ook werkelijk heeft geleid tot kwaliteitsverbetering (het vermoeden is dat dit vooralsnog niet het geval is), zijn er twijfels over de kosteneffectiviteit van de uitkomstenbenchmark bij deze, relatief goedkope, behandeling.

8. AANBEVELINGEN

Er worden voor de uitvoering van een benchmark een aantal aanbevelingen gegeven:

Voor het management

Een uitkomstenmeting en benchmark moet in de organisatie in de eerste plaats gepositioneerd worden als een 'strategische innovatie' en niet als een (wetenschappelijk) onderzoek. Een onderzoek eromheen heeft alleen ten doel de innovatie en de invoering ervan te evalueren.

Om het gewenste (verbeter)gedrag bij de betrokkenen hulpverleners te realiseren moet de benchmarkmethodiek voldoende gezag krijgen. Het informatiesysteem dient daarvoor te worden geïntegreerd in de planning en control cyclus en dus in de bestaande rapportages. Ook als de gegevens nog niet betrouwbaar genoeg zijn. Dit moet natuurlijk wel kenbaar gemaakt worden.

De focus van de benchmarkmethodiek is nog te veel op het informatiesysteem. De aandacht op de 'indicatoren' moet verschuiven naar de aandacht op 'verbeteren'. Dit lijkt tegenstrijdig met de gedachte dat het informatie systeem eerst betrouwbaarder moet worden zijn en geïntegreerd met de planning en control cyclus, maar deze tegenstrijdigheid is schijn. Probeer een pull effect te creëren in plaats van een push. De volgende aanbeveling is hierom zeer belangrijk.

Hulpverleners moeten expliciet verantwoordelijk worden gemaakt voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg middels concrete en afrekenbare doelstellingen. Het management is verantwoordelijk voor de juiste condities en moet zich niet gaan bemoeien met concrete verbeteracties (hoe moeilijk dit vaak ook is voor toegewijde managers). Voorbeelden van deze condities zijn het bewaken van de respons van de uitkomstenmetingen, het inplannen van tijd voor de teambijeenkomsten, teamontwikkeling en *last but not least*, het bewaken dat teams komen tot verbeterideeën en concrete verbeteracties.

Voor de teams

Start met het ontwikkelen en samenstellen van 'lerende teams' als basis voor het verbeteren van de zorg o.b.v behandeluitkomsten. Teams bestaan uit een groep mensen die elkaar aanvullen met kennis en ervaring en die gezamenlijkheid een bepaalde verantwoordelijkheid hebben. Volgens Senge (1990) zijn teams de lerende eenheden in moderne organisaties. Teams bestaan in alle organisaties. Medewerkers functioneren vaak in meerdere teams. Elk team heeft een eigen dynamisch proces. Teamleren heeft te maken met het verbeteren van de teamprocessen om zodoende de prestaties van het team te verhogen. De discipline van lerende teams start met de capaciteit om een gezamenlijke dialoog te voeren waarbij (individuele) meningen, gedachten, ideeën en vragen zonder belemmering heen en weer gaan. Weggeman (1997) geeft aan dat als het collectief of team congruent (veranderd) gedrag vertoont er sprake is van collectief leren. Lerende organisaties zijn dan organisaties waar collectief geleerd wordt. Van bijzonder belang voor een effectief team is natuurlijk de afwezigheid van defensief gedrag.

Voorbeelden om een team te ontwikkelen:

Training in procesdenken en het maken van procesbeschrijvingen

Training in eenvoudige analysetechniek (7 tools van McKinsey)

Trainen in verbetercyclussen (Nolan systematiek)

Formuleren van eenduidige en meetbare doelen door de behandelteams. Bijvoorbeeld een drop-out percentage voor de detoxopname van 5% of lager.

De terugkoppeling naar teams moet gebeuren door een gezaghebbende persoonlijkheid. Liefst met behandelervaring en zeker niet vanuit de staf. De teamleider moet uiteindelijk de discussie die resulteert in eenduidige verbeteracties.

Voor de logistiek

- Om garant te staan voor de verzameling van betrouwbare zorguitkomsten is het noodzakelijk om een Call Center in werking te stellen die cliënten gaan bellen voor een telefonisch evaluatie-gesprek. Het Call Center zal zich onbelemmerd kunnen richten op:
 - het telefonisch benaderen van de cliënten die geselecteerd zijn op de bellijsten;
 - het respectvol introduceren van het telefonische gesprek namens de betreffende organisatie;
 - het bekwaam uitvoeren van de telefonisch evaluatie;
 - het vriendelijk bedanken van de cliënt en het afsluiten van het gesprek.
- Na een jaar ervaring in de Brijder en de Jellinek blijken er systematisch responspercentages van boven de 50% gehaald te worden.

Voor de informatietechnologie

De informatietechnologie moet in principe aansluiten op de bestaande cliëntinformatiesystemen van de organisaties. Er moet worden gemeten aan de bron en dubbele data-invoer moet zoveel mogelijk worden voorkomen.

Er moet een centrale database worden opgebouwd en er moet rekening worden gehouden met verbreding van de benchmark naar andere organisaties.

Het informatiesysteem moet generaliseerbaar zijn naar benchmarks voor behandelingen van andere cliëntgroepen.

Voor een partnership

Een gelijkwaardige samenwerking tussen de organisaties is de belangrijkste succesfactor van de pilot-benchmark. Een onderdeel van het partnership is dat de juridische aspecten met betrekking tot de uitkomstgegevens (eigendom, gebruik) goed geregeld zijn.

Hetzelfde geldt voor afspraken hoe er omgegaan dient te worden met conflicten. In de benchmark leefstijltrainingen ('OutcomeBench') die is gestart in 2003 is een standaardovereenkomst ontwikkeld (zie bijlage 6).

BIJLAGE 1: UITKOMSTENMETING 1.

<NAAM INSTELLING>

Meting 1: Inputmeting, tijdens intake

Meting 2: Tussenmeting, bij ontslag uit detox

Meting 3: Exitmeting, bij ontslag uit kortdurend klinische behandeling

Meting 4: Follow-upmeting, 3 maanden na ontslag uit kortdurend klinische
behandeling

UITKOMSTENMETING

Vragenlijst in te vullen door behandelaar

METING 1

METING 1

ALGEMENE CLIËNTGEGEVENS

Datum EuropASI _____

Aantal keer eerder behandeld voor verslavingsproblemen _____
(eerdere behandeling voor verslavingsproblemen al dan niet voortijdig
afgebroken, indien niet eerder behandeld, vul in 0)

EUROPASI

Ernstscore

Lichamelijke gezondheid	___/___	
Arbeid, opleiding en inkomen	___/___	
Alcohol	___/___	
Drugs		___/___
Justitie / politie	___/___	
Familie / sociale relaties	___/___	
Psychisch emotionele klachten		___/___
Gokken	___/___	

CLIËNTTYPERING

Wat is het doel van de interventie, kijkend naar het totale traject?

(kruis aan wat het doel van de interventie is, slechts één antwoord mogelijk)

- Abstinentie *(gebruik van het middel gestaakt)*
- Gestabiliseerd gebruik *(nog sprake van misbruik of afhankelijkheid)*
- Gecontroleerd gebruik *(geen sprake van misbruik of afhankelijkheid)*
- Anders,
namelijk.....

Type verslaving: Primaire problematiek

(kruis aan wat de primaire problematiek is, slechts één antwoord mogelijk)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Psychofarmaca |
| <input type="checkbox"/> Heroïne | <input type="checkbox"/> Overige Medicijnen |
| <input type="checkbox"/> Morfine | <input type="checkbox"/> Ecstasy (-achtigen) |
| <input type="checkbox"/> Methadon | <input type="checkbox"/> LSD |
| <input type="checkbox"/> Overige opiaten | <input type="checkbox"/> Cannabis |
| <input type="checkbox"/> Cocaïne | <input type="checkbox"/> Overige hallucinaten |
| <input type="checkbox"/> Amfetamine | <input type="checkbox"/> Vluchtige middelen |
| <input type="checkbox"/> Crack | <input type="checkbox"/> Gokken |
| <input type="checkbox"/> Overige opwekkende middelen | <input type="checkbox"/> Overige verslavingen |

<input type="checkbox"/> Benzodiazepine	<input type="checkbox"/> Onbekend
<input type="checkbox"/> Barbituraten	<input type="checkbox"/> Geen

Type verslaving: Secundaire problematiek

(kruis aan wat de secundaire problematiek is, slechts een antwoord mogelijk)

<input type="checkbox"/> Alcohol	<input type="checkbox"/> Psychofarmaca
<input type="checkbox"/> Heroïne	<input type="checkbox"/> Overige Medicijnen
<input type="checkbox"/> Morfine	<input type="checkbox"/> Ecstasy (-achtigen)
<input type="checkbox"/> Methadon	<input type="checkbox"/> LSD
<input type="checkbox"/> Overige opiaten	<input type="checkbox"/> Cannabis
<input type="checkbox"/> Cocaïne	<input type="checkbox"/> Overige hallucinaten
<input type="checkbox"/> Amfetamine	<input type="checkbox"/> Vluchtige middelen
<input type="checkbox"/> Crack	<input type="checkbox"/> Gokken
<input type="checkbox"/> Overige opwekkende middelen	<input type="checkbox"/> Overige verslavingen
<input type="checkbox"/> Benzodiazepine	<input type="checkbox"/> Onbekend
<input type="checkbox"/> Barbituraten	<input type="checkbox"/> Geen

UITKOMSTENMETING

Vragenlijst in te vullen door cliënt

METING 1

METING 1

KWALITEIT VAN LEVEN

Zet bij iedere groep in de lijst hieronder een kruisje in het hokje achter de zin die het best past bij uw eigen gezondheidstoestand **vandaag**.
(er is slechts één antwoord per vraag mogelijk)

Datum van vandaag _____

1. Mobiliteit

- Ik heb geen problemen met lopen
- Ik heb enige problemen met lopen
- Ik ben bedlegerig

2. Zelfzorg

- Ik heb geen problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden
- Ik heb enige problemen om mezelf te wassen of aan te kleden
- Ik ben niet in staat mijzelf te wassen of aan te kleden

3. Dagelijkse activiteiten

(bijv. werk, studie, huishouden, gezins- en vrijetijdsactiviteiten)

- Ik heb geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik heb enige problemen met mijn dagelijkse activiteiten
- Ik ben niet in staat mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren

4. Pijn/klachten

- Ik heb geen pijn of andere klachten
- Ik heb matige pijn of andere klachten
- Ik heb zeer ernstige pijn of andere klachten

5. Stemming

- Ik ben niet angstig of somber
- Ik ben matig angstig of somber
- Ik ben erg angstig of somber

6. Vergeleken met mijn gezondheidstoestand gedurende het afgelopen jaar is mijn gezondheidstoestand vandaag:

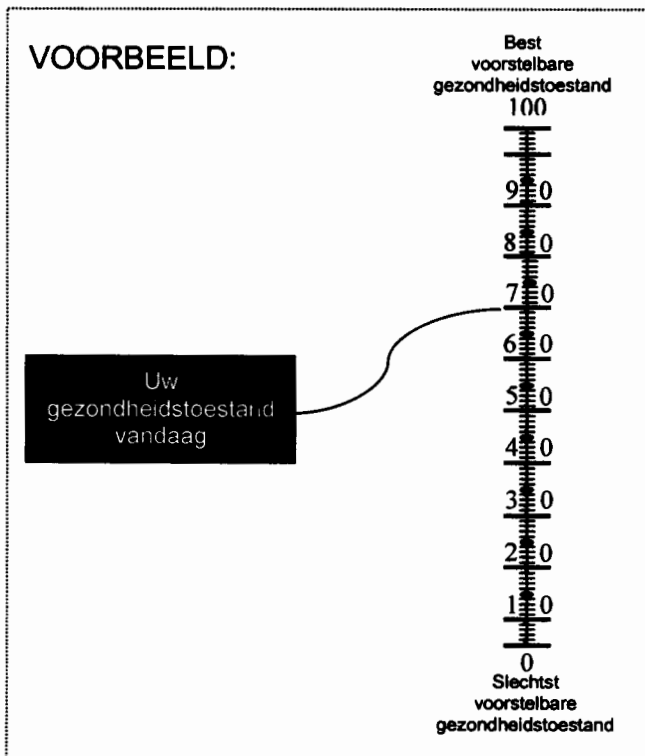
(kruis het hokje aan dat van toepassing is)

- Beter
- Ongeveer hetzelfde
- Slechter

Om mensen te helpen bij het aangeven hoe goed of hoe slecht een gezondheidstoestand is, hebben we een meetschaal (te vergelijken met een thermometer) gemaakt. Op de meetschaal hiernaast betekent "100" de beste gezondheidstoestand die u zich kunt voorstellen, en "0" de slechtste gezondheidstoestand die u zich kunt voorstellen.

Wij willen u vragen op deze meetschaal aan te geven hoe goed of hoe slecht volgens u uw eigen gezondheidstoestand **vandaag** is. Trek een lijn van het hokje hieronder naar het punt op de meetschaal dat volgens u aangeeft hoe goed of hoe slecht uw gezondheidstoestand vandaag is.

**Uw
gezondheidstoestand
vandaag**



**Best
voorstelbare
gezondheidstoestand**

100



90



80



70



60



50



40



30



20



10



0

**Slechtst
voorstelbare
gezondheidstoestand**

BIJLAGE 2: UITKOMSTENMETING 2.
Vragenlijst in te vullen door behandelaar

METING 2

METING 2

TYPERING INTERVENTIE

Datum start en einde detox

Startdatum detox

___/___/___

Einddatum detox

___/___/___

Type verslaving: Primaire problematiek

(kruis aan wat de primaire problematiek is, slechts één antwoord mogelijk)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Psychofarmaca |
| <input type="checkbox"/> Heroïne | <input type="checkbox"/> Overige Medicijnen |
| <input type="checkbox"/> Morfine | <input type="checkbox"/> Ecstasy (-achtigen) |
| <input type="checkbox"/> Methadon | <input type="checkbox"/> LSD |
| <input type="checkbox"/> Overige opiaten | <input type="checkbox"/> Cannabis |
| <input type="checkbox"/> Cocaïne | <input type="checkbox"/> Overige hallucinaten |
| <input type="checkbox"/> Amfetamine | <input type="checkbox"/> Vluchtige middelen |
| <input type="checkbox"/> Crack | <input type="checkbox"/> Gokken |
| <input type="checkbox"/> Overige opwekkende middelen | <input type="checkbox"/> Overige verslavingen |
| <input type="checkbox"/> Benzodiazepine | <input type="checkbox"/> Onbekend |
| <input type="checkbox"/> Barbituraten | <input type="checkbox"/> Geen |

Type verslaving: Secundaire problematiek

(kruis aan wat de secundaire problematiek is, slechts één antwoord mogelijk)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Psychofarmaca |
| <input type="checkbox"/> Heroïne | <input type="checkbox"/> Overige Medicijnen |
| <input type="checkbox"/> Morfine | <input type="checkbox"/> Ecstasy (-achtigen) |
| <input type="checkbox"/> Methadon | <input type="checkbox"/> LSD |
| <input type="checkbox"/> Overige opiaten | <input type="checkbox"/> Cannabis |
| <input type="checkbox"/> Cocaïne | <input type="checkbox"/> Overige hallucinaten |
| <input type="checkbox"/> Amfetamine | <input type="checkbox"/> Vluchtige middelen |
| <input type="checkbox"/> Crack | <input type="checkbox"/> Gokken |
| <input type="checkbox"/> Overige opwekkende middelen | <input type="checkbox"/> Overige verslavingen |
| <input type="checkbox"/> Benzodiazepine | <input type="checkbox"/> Onbekend |
| <input type="checkbox"/> Barbituraten | <input type="checkbox"/> Geen |

Benaderingen*(kruis het soort benadering aan, meerdere antwoorden mogelijk)*

- Dynamisch
- Cognitief / gedrag
- Psycho-educatief
- Ondersteunend
- Fysieke activiteit
- Anders, namelijk

.....

Niet van toepassing

Medicamenteuze ondersteuning tijdens detox*(kruis aan of, en voor welk doel de medicatie gebruikt is, meerdere antwoorden mogelijk)*

	Onthoudin gs- medicatie	Terugval- preventie	Ander doel	Niet gebruikt
Methadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naltrexon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acamprosaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroleptica/antipsyc hotica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalmerende middelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slaapmedicatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticonvulsiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thiamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders				
Anders namelijk				
.....				

**Hoe is de beëindiging van de behandeling tot stand gekomen? (indien geen
vervolgbehandeling***(kruis de wijze van beëindigen aan, slechts een antwoord mogelijk)*

- Conform overeenkomst / protocol
- Wederzijds overleg
- Eenzijdig door hulpverlener
- Zonder overleg, eenzijdig door cliënt
- Zonder instemming, eenzijdig door cliënt
- Met instemming, eenzijdig door cliënt
- Anders, namelijk

.....

Geïndiceerde vervolgbehandeling

(kruis de soort vervolgbehandeling aan, slechts een antwoord mogelijk)

- Klinisch
- Deeltijd
- Ambulant
- Buiten de verslavingszorg
- Geen vervolgbehandeling
- Anders, namelijk

.....

Wat is het doel van de vervolgbehandeling

(kruis het doel van de vervolgbehandeling aan, slechts één antwoord mogelijk)

- Abstinentie *(gebruik van het middel gestaakt)*
- Gestabiliseerd gebruik *(nog sprake van misbruik of afhankelijkheid)*
- Gecontroleerd gebruik *(geen sprake van misbruik of afhankelijkheid)*
- Anders, namelijk

.....

UITKOMSTENMETING
Vragenlijst in te vullen door cliënt

METING 2

METING 2

CLIËNTSATISFACTIELIJST

Inleiding

Uw verblijf op deze afdeling loopt bijna ten einde. Wij willen graag van u weten hoe uw verblijf en behandeling op deze afdeling is verlopen en hoe u sommige aspecten van uw behandeling beoordeelt.

Deze informatie is voor ons van groot belang, omdat wij dan kunnen zien wat wij kunnen verbeteren aan de klinische behandelingen.

Wij vragen u dan ook deze vragenlijst zo kritisch en zo eerlijk mogelijk in te vullen. Van uw antwoorden kunnen wij leren.

De ingevulde vragenlijsten van alle cliënten tezamen worden gebruikt om informatie te krijgen over de beoordeling door cliënten van deze afdeling.

Garantie: Uw persoonlijke, individuele, antwoorden worden niet aan de staf/het behandelteam bekend gemaakt.

Werkwijze

Geef uw antwoord op de vragen door het cijfer te omcirkelen dat uw antwoord het beste weergeeft.

Doe de ingevulde vragenlijst in de retourenvelop, plak deze dicht en geef deze af bij de administratie of het secretariaat. Daar wordt gezorgd dat de vragenlijst verstuurd wordt naar het Meetbureau.

Voorbeeld:

Uw oordeel:	Ja	Nee	Weet niet	n.v.t
1. Ik heb veel gehad aan de andere cliënten op deze afdeling	1	2	3	4

Indien u vindt dat u veel hebt gehad aan de andere cliënten op deze afdeling omcirkelt u een 1.

Wat te doen als u zich heeft vergist?

Als u uw antwoord wilt wijzigen, streep dan eerst uw eerder gegeven antwoord door en omcirkel dan het cijfer dat uw antwoord het beste weergeeft.

Voorbeeld:

Uw oordeel:	Ja	Nee	Weet niet	n.v.t
1. Ik heb veel gehad aan de andere cliënten op deze afdeling	1	2	3	4

Indien u eigenlijk niet weet of u veel hebt gehad aan de andere cliënten op deze afdeling, streept u de 1 door en omcirkelt een 3.

Bedankt voor uw medewerking

Datum van vandaag

____/____/____

Op welke afdeling bent u vandaag?

Waardering informatie zorg	Ja	Nee	Weet niet	n.v.t
1. Heeft u voldoende informatie gekregen over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden van de instelling?	1	2	3	4
2. Heeft u voldoende informatie gekregen over de aanpak van uw behandeling of begeleiding?	1	2	3	4
3. Heeft u voldoende informatie gekregen over wat u kon verwachten als resultaat van de behandeling of begeleiding?	1	2	3	4

Waardering inspraak	Ja	Nee	Weet niet	n.v.t
4. Kon u meebeslissen over de behandeling of begeleiding die u zou krijgen?	1	2	3	4
5. Is er een behandel- of begeleidingsplan gemaakt?	1	2	3	4
6. Heeft u ingestemd met het behandel- of begeleidingsplan?	1	2	3	4

Waardering hulpverlener	Ja	Nee	Weet niet	n.v.t
7. Was (is) de hulpverlener naar uw mening deskundig?	1	2	3	4
8. Kon (kunt) u de hulpverlener voldoende vertrouwen?	1	2	3	4
9. Ging (gaat) de hulpverlener respectvol met u om?	1	2	3	4
10. Stelde (stelt) de hulpverlener zich open op ten aanzien van u en uw behandeling of begeleiding?	1	2	3	4

Waardering resultaat zorg	Ja	Nee	Weet niet	n.v.t
11. Werd (wordt) het behandel- of begeleidingsplan naar wens uitgevoerd?	1	2	3	4
12. Was (is) de behandeling of begeleiding de goede aanpak voor uw problemen?	1	2	3	4
13. Heeft u door de behandeling of begeleiding meer greep op uw problemen (gekregen)?	1	2	3	4
14. Bent u door de behandeling of begeleiding voldoende vooruit gegaan?	1	2	3	4
15. Bent u door de behandeling of begeleiding beter in staat om uw leven te leiden zoals u dat wilt?	1	2	3	4

16. Kunt u door de behandeling of begeleiding beter omgaan met mensen en situaties waar u eerder problemen mee had? 1 2 3 4

17. Welk rapportcijfer zou u geven aan de totale behandeling of begeleiding?
(Omcirkel een rapportcijfer tussen 1 en 10)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. Heeft u nog tips en adviezen voor verbetering van de behandeling of begeleiding?

.....

.....

.....

.....

19. Heeft u verder nog opmerkingen over de behandeling of begeleiding?

.....

.....

.....

.....

BIJLAGE 3: UITKOMSTENMETING 3.
Vragenlijst in te vullen door behandelaar

METING 3

METING 3

TYPERING INTERVENTIE

Datum start en einde kortdurende klinische behandeling	
Startdatum kortdurende klinische behandeling	___/___/___
Einddatum kortdurende klinische behandeling	___/___/___

Medicamenteuze ondersteuning tijdens kortdurende klinische behandeling			
<i>(kruis aan of, en voor welk doel de medicatie gebruikt is, meerdere antwoorden mogelijk)</i>			
	Terugval- preventie	Ander doel	Niet gebruikt
Methadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naltrexon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acamprosaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroleptica/antipsychotica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalmerende middelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slaapmedicatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticonvulsiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thiamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders			
Anders namelijk:,			

Aard van de behandeling
<i>(kruis het soort behandeling aan, meerdere antwoorden mogelijk)</i>
<input type="checkbox"/> Individueel
<input type="checkbox"/> Groep
<input type="checkbox"/> Familie
<input type="checkbox"/> Koppel
<input type="checkbox"/> Anders, namelijk
<input type="checkbox"/> Niet van toepassing

Benaderingen

(kruis het soort benadering aan, meerdere antwoorden mogelijk)

- Dynamisch
- Cognitief / gedrag
- Psycho-educatief
- Ondersteunend
- Medisch / somatisch
- Fysieke activiteit
- Anders, namelijk

.....
 Niet van toepassing

Hoe is de situatie ten aanzien van het gebruik van het hoofdmiddel aan het einde van de kortdurende klinische behandeling?

(kruis het antwoord aan dat de situatie het best benaderd, slechts één antwoord mogelijk)

- Cliënt is abtinent *(gebruik van het middel gestaakt)*
- Gestabiliseerd gebruik *(nog sprake van misbruik of afhankelijkheid)*
- Gecontroleerd gebruik *(geen sprake van misbruik of afhankelijkheid)*
- Anders, namelijk

Hoe is de beëindiging van de behandeling tot stand gekomen?

(kruis de wijze van beëindigen aan, slechts een antwoord mogelijk)

- Conform overeenkomst / protocol
- Wederzijds overleg
- Eenzijdig door hulpverlener
- Zonder overleg, eenzijdig door cliënt
- Zonder instemming, eenzijdig door cliënt
- Met instemming, eenzijdig door cliënt
- Anders, namelijk

ADDITIONEEL BIJ EXITMETING

Wat is het doel van de follow-up zorg?

(kruis het doel van de follow-up zorg aan, slechts één antwoord mogelijk)

- Abstinentie *(gebruik van het middel gestaakt)*
- Gestabiliseerd gebruik *(nog sprake van misbruik of afhankelijkheid)*
- Gecontroleerd gebruik *(geen sprake van misbruik of afhankelijkheid)*
- Anders, namelijk

Welke behandeling/begeleiding wordt aansluitend aan dit traject overeengekomen?

(kruis de belangrijkste soort behandeling/begeleiding aan, slechts één antwoord mogelijk)

- Klinische verslavingszorg
- Deeltijd verslavingszorg
- Ambulante verslavingszorg
- Huisarts
- Psychiatrische instelling
- Ziekenhuis
- Maatschappelijk werk
- Arbo-dienst
- Geen behandeling / begeleiding
- Anders, namelijk

.....

UITKOMSTENMETING
Vragenlijst in te vullen door cliënt

METING 3

METING 3

KWALITEIT VAN LEVEN

Zet bij iedere groep in de lijst hieronder een kruisje in het hokje achter de zin die het best past bij uw eigen gezondheidstoestand **vandaag**.

(er is slechts één antwoord per vraag mogelijk)

Datum van vandaag _____

1. Mobiliteit

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| Ik heb geen problemen met lopen | <input type="checkbox"/> |
| Ik heb enige problemen met lopen | <input type="checkbox"/> |
| Ik ben bedlegerig | <input type="checkbox"/> |

2. Zelfzorg

- | | |
|---|--------------------------|
| Ik heb geen problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden | <input type="checkbox"/> |
| Ik heb enige problemen om mezelf te wassen of aan te kleden | <input type="checkbox"/> |
| Ik ben niet in staat mijzelf te wassen of aan te kleden | <input type="checkbox"/> |

4. Dagelijkse activiteiten

(bijv. werk, studie, huishouden, gezins- en vrijetijdsactiviteiten)

- | | |
|---|--------------------------|
| Ik heb geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten | <input type="checkbox"/> |
| Ik heb enige problemen met mijn dagelijkse activiteiten | <input type="checkbox"/> |
| Ik ben niet in staat mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren | <input type="checkbox"/> |

4. Pijn/klachten

- | | |
|--|--------------------------|
| Ik heb geen pijn of andere klachten | <input type="checkbox"/> |
| Ik heb matige pijn of andere klachten | <input type="checkbox"/> |
| Ik heb zeer ernstige pijn of andere klachten | <input type="checkbox"/> |

5. Stemming

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Ik ben niet angstig of somber | <input type="checkbox"/> |
| Ik ben matig angstig of somber | <input type="checkbox"/> |
| Ik ben erg angstig of somber | <input type="checkbox"/> |

6. Vergeleken met mijn gezondheidstoestand gedurende het afgelopen jaar is mijn gezondheidstoestand vandaag:

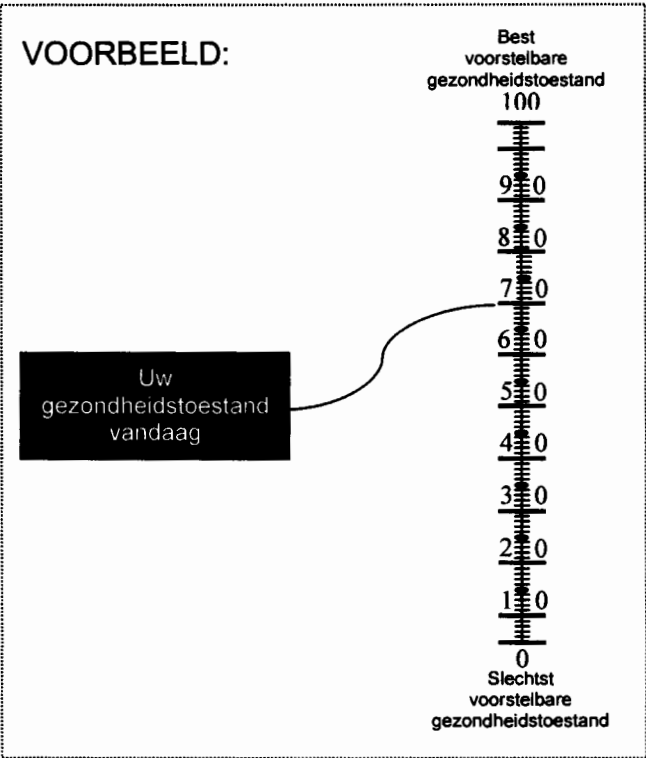
(kruis het hokje aan dat van toepassing is)

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| Beter | <input type="checkbox"/> |
| Ongeveer hetzelfde | <input type="checkbox"/> |
| Slechter | <input type="checkbox"/> |

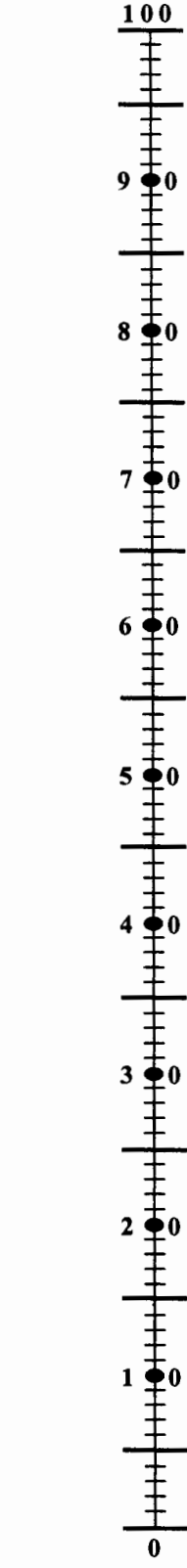
Om mensen te helpen bij het aangeven hoe goed of hoe slecht een gezondheidstoestand is, hebben we een meetschaal (te vergelijken met een thermometer) gemaakt. Op de meetschaal hiernaast betekent "100" de beste gezondheidstoestand die u zich kunt voorstellen, en "0" de slechtste gezondheidstoestand die u zich kunt voorstellen.

Wij willen u vragen op deze meetschaal aan te geven hoe goed of hoe slecht volgens u uw eigen gezondheidstoestand **vandaag** is. Trek een lijn van het hokje hieronder naar het punt op de meetschaal dat volgens u aangeeft hoe goed of hoe slecht uw gezondheidstoestand vandaag is.

**Uw
gezondheidstoestand
vandaag**



**Best
voorstelbare
gezondheidstoestand**



**Slechtst
voorstelbare
gezondheidstoestand**

METING 3

CLIËNTSATISFACTIELIJST

Inleiding

Uw verblijf op deze afdeling loopt bijna ten einde. Wij willen graag van u weten hoe uw verblijf en behandeling op deze afdeling is verlopen en hoe u sommige aspecten van uw behandeling beoordeelt.

Deze informatie is voor ons van groot belang, omdat wij dan kunnen zien wat wij kunnen verbeteren aan de klinische behandelingen.

Wij vragen u dan ook deze vragenlijst zo kritisch en zo eerlijk mogelijk in te vullen. Van uw antwoorden kunnen wij leren.

De ingevulde vragenlijsten van alle cliënten tezamen worden gebruikt om informatie te krijgen over de beoordeling door cliënten van deze afdeling.

Garantie: Uw persoonlijke, individuele, antwoorden worden niet aan de staf/het behandelteam bekend gemaakt.

Werkwijze

Geef uw antwoord op de vragen door het cijfer te omcirkelen dat uw antwoord het beste weergeeft.

Doe de ingevulde vragenlijst in de retourenvelop, plak deze dicht en geef deze af bij de administratie of het secretariaat. Daar wordt gezorgd dat de vragenlijst verstuurd wordt naar het Meetbureau.

Voorbeeld:

Uw oordeel:	Ja	Nee	Weet niet	n.v.t
1. Ik heb veel gehad aan de andere cliënten op deze afdeling	1	2	3	4

Indien u vindt dat u veel hebt gehad aan de andere cliënten op deze afdeling omcirkelt u een 1.

Wat te doen als u zich heeft vergist?

Als u uw antwoord wilt wijzigen, streep dan eerst uw eerder gegeven antwoord door en omcirkel dan het cijfer dat uw antwoord het beste weergeeft.

Voorbeeld:

Uw oordeel:	Ja	Nee	Weet niet	n.v.t
1. Ik heb veel gehad aan de andere cliënten op deze afdeling	1	2	3	4

Indien u eigenlijk niet weet of u veel hebt gehad aan de andere cliënten op deze afdeling, streep u de 1 door en omcirkelt een 3.

Bedankt voor uw medewerking

Datum van vandaag

___/___/___

Op welke afdeling bent u nu?

Waardering informatie zorg	Ja	Nee	Weet niet	n.v.t
17. Heeft u voldoende informatie gekregen over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden van de instelling?	1	2	3	4
18. Heeft u voldoende informatie gekregen over de aanpak van uw behandeling of begeleiding?	1	2	3	4
19. Heeft u voldoende informatie gekregen over wat u kon verwachten als resultaat van de behandeling of begeleiding?	1	2	3	4

Waardering inspraak	Ja	Nee	Weet niet	n.v.t
20. Kon u meebeslissen over de behandeling of begeleiding die u zou krijgen?	1	2	3	4
21. Is er een behandel- of begeleidingsplan gemaakt?	1	2	3	4
22. Heeft u ingestemd met het behandel- of begeleidingsplan?	1	2	3	4

Waardering hulpverlener	Ja	Nee	Weet niet	n.v.t
23. Was (is) de hulpverlener naar uw mening deskundig?	1	2	3	4
24. Kon (kunt) u de hulpverlener voldoende vertrouwen?	1	2	3	4
25. Ging (gaat) de hulpverlener respectvol met u om?	1	2	3	4
26. Stelde (stelt) de hulpverlener zich open op ten aanzien van u en uw behandeling of begeleiding?	1	2	3	4

Waardering resultaat zorg	Ja	Nee	Weet niet	n.v.t
27. Werd (wordt) het behandel- of begeleidingsplan naar wens uitgevoerd?	1	2	3	4
28. Was (is) de behandeling of begeleiding de goede aanpak voor uw problemen?	1	2	3	4
29. Heeft u door de behandeling of begeleiding meer greep op uw problemen (gekregen)?	1	2	3	4
30. Bent u door de behandeling of begeleiding voldoende vooruit gegaan?	1	2	3	4
31. Bent u door de behandeling of begeleiding beter in staat om uw leven te leiden zoals u dat wilt?	1	2	3	4

32. Kunt u door de behandeling of begeleiding beter omgaan met mensen en situaties waar u eerder problemen mee had?	1	2	3	4
---	---	---	---	---

33. Welk rapportcijfer zou u geven aan de totale behandeling of begeleiding? <i>(Omcirkel een rapportcijfer tussen 1 en 10)</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

20. Heeft u nog tips en adviezen voor verbetering van de behandeling of begeleiding?
.....
.....
.....
.....

21. Heeft u verder nog opmerkingen over de behandeling of begeleiding?
.....
.....
.....
.....

BIJLAGE 4: UITKOMSTENMETING 4.
Vragenlijst in te vullen door behandelaar

METING 4

METING 4

Waarom geen follow-up meting (meting 4)?

(kruis de rede aan, slechts één antwoord mogelijk)

- Niet geprobeerd door instelling
- Cliënt heeft geweigerd
- Cliënt is niet bereikbaar
- Cliënt komt niet opdagen
- Anders, namelijk

.....

TYPEREN TUSSENTIJDSE ACTIVITEITEN

Datum van follow-up meting _____

Welke behandeling / begeleiding is de afgelopen periode van toepassing geweest?

(kruis de belangrijkste behandeling / begeleiding aan, slechts één antwoord mogelijk)

- Klinische verslavingszorg
- Deeltijd verslavingszorg
- Ambulante verslavingszorg
- Huisarts
- Psychiatrische instelling
- Ziekenhuis
- Maatschappelijk werk
- Arbo-dienst
- Geen follow-up zorg
- Anders, namelijk

.....

Medicamenteuze ondersteuning gedurende de afgelopen 3 maanden
(kruis aan of, en voor welk doel de medicatie gebruikt is, meerdere antwoorden mogelijk)

	Terugval- preventie	Ander doel	Niet gebruikt
Methadon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Naltrexon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Acamprosaat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuroleptica/antipsyc hotica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antidepressiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kalmerende middelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slaapmedicatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anticonvulsiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thiamine	<input type="checkbox"/>		
Anders			
Anders namelijk:,			

EUROPASI

Ernstscore		
Lichamelijke gezondheid	—/—	
Arbeid, opleiding en inkomen	—/—	
Alcohol	—/—	
Drugs		—/—
Psychisch emotionele klachten		—/—
Gokken	—/—	

UITKOMSTENMETING
Vragenlijst in te vullen door cliënt

METING 4

METING 4

KWALITEIT VAN LEVEN

Zet bij iedere groep in de lijst hieronder een kruisje in het hokje achter de zin die het best past bij uw eigen gezondheidstoestand **vandaag**.

(er is slechts één antwoord per vraag mogelijk)

Datum van vandaag _____

1. Mobiliteit

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| Ik heb geen problemen met lopen | <input type="checkbox"/> |
| Ik heb enige problemen met lopen | <input type="checkbox"/> |
| Ik ben bedlegerig | <input type="checkbox"/> |

2. Zelfzorg

- | | |
|---|--------------------------|
| Ik heb geen problemen om mijzelf te wassen of aan te kleden | <input type="checkbox"/> |
| Ik heb enige problemen om mezelf te wassen of aan te kleden | <input type="checkbox"/> |
| Ik ben niet in staat mijzelf te wassen of aan te kleden | <input type="checkbox"/> |

5. Dagelijkse activiteiten

(bijv. werk, studie, huishouden, gezins- en vrijetijdsactiviteiten)

- | | |
|---|--------------------------|
| Ik heb geen problemen met mijn dagelijkse activiteiten | <input type="checkbox"/> |
| Ik heb enige problemen met mijn dagelijkse activiteiten | <input type="checkbox"/> |
| Ik ben niet in staat mijn dagelijkse activiteiten uit te voeren | <input type="checkbox"/> |

4. Pijn/klachten

- | | |
|--|--------------------------|
| Ik heb geen pijn of andere klachten | <input type="checkbox"/> |
| Ik heb matige pijn of andere klachten | <input type="checkbox"/> |
| Ik heb zeer ernstige pijn of andere klachten | <input type="checkbox"/> |

5. Stemming

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| Ik ben niet angstig of somber | <input type="checkbox"/> |
| Ik ben matig angstig of somber | <input type="checkbox"/> |
| Ik ben erg angstig of somber | <input type="checkbox"/> |

6. Vergeleken met mijn gezondheidstoestand gedurende het afgelopen jaar is mijn gezondheidstoestand vandaag:

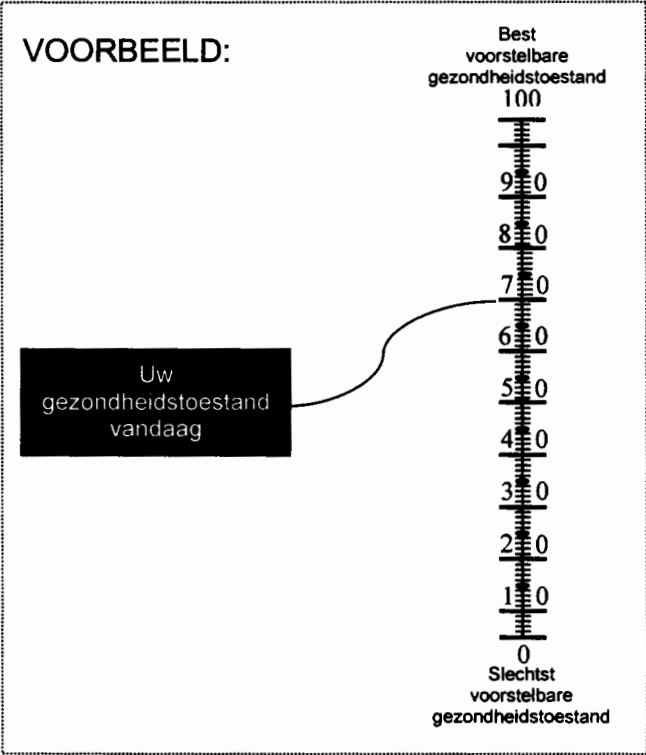
(kruis het hokje aan dat van toepassing is)

- | | |
|--------------------|--------------------------|
| Beter | <input type="checkbox"/> |
| Ongeveer hetzelfde | <input type="checkbox"/> |
| Slechter | <input type="checkbox"/> |

Om mensen te helpen bij het aangeven hoe goed of hoe slecht een gezondheidstoestand is, hebben we een meetschaal (te vergelijken met een thermometer) gemaakt. Op de meetschaal hiernaast betekent "100" de beste gezondheidstoestand die u zich kunt voorstellen, en "0" de slechtste gezondheidstoestand die u zich kunt voorstellen.

Wij willen u vragen op deze meetschaal aan te geven hoe goed of hoe slecht volgens u uw eigen gezondheidstoestand **vandaag** is. Trek een lijn van het hokje hieronder naar het punt op de meetschaal dat volgens u aangeeft hoe goed of hoe slecht uw gezondheidstoestand vandaag is.

**Uw
gezondheidstoestand
vandaag**



**Best
voorstelbare
gezondheidstoestand**

100



90



80



70



60



50



40



30



20



10



0

**Slechtst
voorstelbare
gezondheidstoestand**

BIJLAGE 5: PROCEDURE 'DATAMANAGEMENT EN -ANALYSE'
Stappenplan om te komen tot de uiteindelijke rapportage.

STAPPEN

De volgende stappen worden doorlopen:

Stap 1: Vraag ondersteuners om de databases

Stap 2: Bestanden uniform maken

Stap 3: Bestanden samenvoegen

Stap 4: Syntax aanpassen en runnen

Stap 5: Rapportage maken in PowerPoint

Hieronder worden deze stappen verder uitgewerkt.

Stap 1: Vraag ondersteuners om de databases

Vraag de ondersteuners van de verschillende instellingen ruim van tevoren (zeker twee weken) om een up-date van de database.

Instelling	Naam	e-mail	Telefoonnummer
Brijder	Marycke Wiedijk	Marycke.wiedijk@brijder.nl	(072) 5272800
Jellinek	Eleonore de Jong	ejong@jellinek.nl	(020) 5702220
Novadic	Marianne van Lieshout	Marianne.van.lieshout@novadic.nl	(030) 2873313
Parnassia	Irene Burger / Rob Vos	i.burger@parnassia.nl	(070) 3917781

Stap 2: Bestanden uniform maken

Om de bestanden van de verschillende metingen en instellingen aan elkaar te koppelen is het noodzakelijk dat deze bestanden uniform zijn. Hierbij moet met name gelet worden op:

- de afmetingen van de variabelen
- geen dubbele variabelen
- kloppende datums (bijvoorbeeld 2001 i.p.v. 1901)
- missing values (geen 99 of 9999 maar 999)
- zorg dat de patiëntnummers van laag naar hoog gerangschikt zijn.

Stap 3: Het samenvoegen van bestanden

Het samenvoegen van bestanden gaat als volgt:

1. Voeg de verschillende bestanden van één instelling samen. Zorg ervoor dat alle patiëntnummers van laag naar hoog gerangschikt zijn.
2. Nu heb je vier losse databases (één van elke instelling). Voeg per instelling de instellingsvariabele toe, zodat de instellingen na samenvoeging nog traceerbaar zijn.
3. Voeg de totale bestanden van de instellingen samen tot 1 database.

Om de bestanden van de zelfde instelling aan elkaar toe te voegen gebruik je de optie:

Data -> Merge files -> ad variables. Geef hierbij aan dat het patiëntnummer de *keyvariabele* is. Om de bestanden van verschillende instelling aan elkaar toe te voegen gebruik je de optie:

Data -> Merge files -> ad cases.

Stap 4: Syntax aanpassen en runnen

Voor de analyse van de benchmark database zijn verschillende syntax-bestanden (opdrachtbestanden) ontworpen. Voor de benchmark zijn drie typen syntax-bestanden van belang:

1. Bestanden met als doel het hercoderen van variabelen
2. Bestanden met als doel het analyseren van variabelen.
3. Bestanden met als doel het genereren van grafieken

Ad 1. Voor een goede analyse van de database is het noodzakelijk een aantal variabelen om te schrijven naar nieuwe meer zeggende variabelen. De volgende nieuwe variabelen worden middels *hercodering* (= *recode*) van de bestaande variabelen verkregen:

Welke metingen zijn bij de cliënt verricht

Het aantal metingen dat bij de cliënt/instelling zijn verricht

Het moment waarop de metingen zijn verricht

Controlevariabelen (om te kijken of de ingevoerde gegevens kloppen). Denk hierbij aan een cliënt die volgens de ene variabele niet eerder behandeld is, maar volgens de andere variabele al meerdere keren behandeld is geweest.

Herocodering kan geschieden in de zelfde variabele of in een andere (nieuwe variabele). Binnen de analyse ten behoeve van de benchmark wordt de laatste optie gebruikt.

Voorbeeld:

RECODE

eerder1

(SYSMIS = 0) (MISSING = 0) (ELSE = 1) INTO meting1a .

VARIABLE LABELS meting1a 'Meting arts geschiedt'.

EXECUTE .

DO IF (meting1a = 0) .

Ad 2. Nadat alle benodigde variabelen middels herocodering zijn verkregen kan de database geanalyseerd worden. Hiervoor biedt SPSS een groot aantal opties. De meest gebruikte opties zijn het uitdraaien van Crosstabs. Hierbij worden de frequenties per variabele per instelling geanalyseerd (zie voorbeeld).

CROSSTABS

/TABLES = eerder1 doel1 intent1 type2 type2_2 reden2 reden3 vervolg2 doel_vv2 BY instelli

/FORMAT = AVALUE TABLES

/CELLS = COUNT COLUMN .

en het berekenen van Means. Hierbij worden de gemiddelden per variabele per instelling geanalyseerd (zie voorbeeld).

MEANS

TABLES = erns_lg1 erns_ao1 erns_al1 erns_dr1 erns_ju1 erns_fa1 erns_ps1

erns_go1 BY instelli BY type2

/CELLS MEAN COUNT STDDEV.

Ad 3. SPSS kan de resultaten van analyses ook direct in grafieken uitdrukken. Met name van de grafiekoptie Boxplots wordt veel gebruik gemaakt binnen de benchmark.

Voorbeeld:

EXAMINE

VARIABLES = duurdet BY instelli /PLOT = BOXPLOT/STATISTICS = NONE/NOTOTAL

/MISSING = REPORT.

Deze grafieken zijn direct te kopiëren naar het uiteindelijke PowerPoint bestand.

Stap 5: Rapportage maken in PowerPoint

Wanneer alle analyses afgerond zijn, worden de resultaten in PowerPoint grafieken verwerkt. Hiervoor kan de standaardrapportage worden gebruikt en aangepast.

BIJLAGE 6: CONVENANTEN

Betreffende de deelname in het ZON Resultaten Scoren Project "Implementing Regular Outcome Feedback in Substance Abuse Treatment" (OutcomeBench)

De Stichting Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR), gevestigd en kantoorhoudende aan de [...] te Amsterdam, ten deze krachtens haar statuten vertegenwoordigd door [...], hierna te noemen de Uitvoerder

de Stichting Brijder, gevestigd en kantoorhoudend aan de [...], ten deze krachtens haar statuten vertegenwoordigd door [...], hiernaar te noemen Deelnemer 1 en de Stichting Jellinek kliniek, gevestigd en kantoorhoudend aan de [...], ten deze krachtens haar statuten vertegenwoordigd door [...], hierna te noemen Deelnemer 2 en de Stichting Novadic, gevestigd en kantoorhoudend aan de [...], ten deze krachtens haar statuten vertegenwoordigd door [...], hiernaar te noemen Deelnemer 3 en de Stichting Parnassia, gevestigd en kantoorhoudend aan de [...], ten deze krachtens haar statuten vertegenwoordigd door [...], hiernaar te noemen Deelnemer 4,

verklaren een overeenkomst te zijn aangegaan op basis van het projectplan 'Implementing regular outcome feedback in substance abuse treatment' in het algemeen en onder de volgende voorwaarden in het bijzonder:

Artikel 1 – Definities

Er is sprake van twee soorten gegevens: Uitkomstgegevens en Onderzoeksgegevens. Uitkomstgegevens zijn de anonieme patiëntgerelateerde gegevens die worden verzameld in de deelnemende organisatie door de deelnemende organisaties met als doel geanalyseerd, vergeleken en teruggekoppeld te worden.

Onderzoeksgegevens zijn de niet patiëntgerelateerde gegevens die worden verzameld in de deelnemende organisaties door de Uitvoerder met als doel het evalueren van het onderzoeksproject.

Artikel 2 – Verantwoordelijkheden en activiteiten Uitvoerder

De Uitvoerder is verantwoordelijk voor de uitvoering van het onderzoek met uitzondering van het verzamelen van de uitkomstgegevens.

De Uitvoerder zal zich bij de uitoefening van zijn onderzoekstaken als bedoeld in deze overeenkomst houden aan de regels met betrekking tot de orde en de goede gang van zaken in de organisatie van de Deelnemers.

In de relatie tussen Deelnemer en Uitvoerder zullen algemeen aanvaarde patiëntenrechten, met name de bescherming van de privacy van de cliënten in acht worden genomen.

Artikel 3 – Verantwoordelijkheden en activiteiten Deelnemers

De Deelnemers verplichten zich, zich maximaal in te spannen om de uitkomstgegevens te verzamelen op de manier zoals beschreven in het projectplan. De Deelnemers zullen daartoe alles doen wat nodig is om de Uitvoerder de mogelijkheid te geven om zich in hun organisaties in het algemeen en de betreffende teams in het bijzonder, te bewegen.

Artikel 4 – Eigendom en gebruik gegevens

De uitkomstgegevens aangeleverd door de afzonderlijke Deelnemers blijven eigendom van elke Deelnemer afzonderlijk. Iedere Deelnemer behoudt het gebruiksrecht van de eigen uitkomstgegevens voor andere doeleinden dan het onderhavig project.

Het gebruiksrecht en het beheer van de totale set van uitkomstgegevens is gedurende de duur van de overeenkomst uitsluitend voorbehouden aan de Uitvoerder.

De onderzoeksgegevens zijn en blijven eigendom van de Uitvoerder. Iedere Deelnemer heeft gebruiksrecht op de onderzoeksgegevens die betrekking hebben op zijn organisatie, voor andere doeleinden dan het onderhavig project.

De Uitvoerder gebruikt de totale set van uitkomstgegevens en onderzoeksgegevens alleen ten behoeve van wetenschappelijke doeleinden.

De totale set van uitkomstgegevens en onderzoeksgegevens blijft tot en met een periode van tien jaar na het beëindigen van de overeenkomst toegankelijk voor de Uitvoerder zodat zij aan haar wetenschappelijke verplichtingen kan voldoen (bijvoorbeeld aanleveren t.b.v. meta-analyses)

Het gebruiksrecht en beheer van de totale set van uitkomstgegevens wordt na de beëindiging van de overeenkomst overgedragen aan een door de Deelnemers aan te wijzen rechtspersoon.

Artikel 5 – Duur van de overeenkomst en beëindiging

De overeenkomst is aangegaan op 1 november 2002 en eindigt op 1 december 2005, met dien verstande dat de overeenkomst tweemaal met een half jaar kan worden verlengd wanneer de Uitvoerder dit noodzakelijk oordeelt voor de uitvoering van het project.

Artikel 6 – Geschillen

Op deze overeenkomst is Nederlands recht van toepassing. Alle geschillen die mochten ontstaan naar aanleiding van deze overeenkomst zullen worden beslecht door arbitrage overeenkomstig het Reglement van het Nederlands Arbitrage Instituut te Rotterdam, onder voorbehoud van het recht van elke partij tot het vragen van een voorziening in kort geding en het nemen van conservatoire regelingen.

Alvorens een geschil aanhangig te maken verplichten partijen zich tot een bemiddeling onder begeleiding door een mediator, door partijen gezamenlijk aan te wijzen. Binnen een redelijke termijn wordt gerapporteerd aan de ondertekenaars van deze overeenkomst.

Aldus overeengekomen en ondertekend te [...], d.d. [...]

Betreffende de verzameling van uitkomstgegevens van verleende zorg aan patiënten van de [naam instelling] door [naam uitvoerder]

Partijen:

[naam verslavingsinstelling], vertegenwoordigd door [...]

[naam uitvoerder dataverzameling], vertegenwoordigd door [...]

Overwegende dat:

De [instelling] er belang in stelt dat op korte termijn bij voldoende (ex-)patienten vervolginformatie wordt verzameld over de verleende behandeling, c.q. zorg teneinde middels terugkoppeling aan de behandelende teams deze informatie te gebruiken voor verbetering van de kwaliteit van de zorg en

dat de [uitvoerder] beschikt over de specifieke kennis en over de daadwerkelijke mogelijkheden voor het telefonisch benaderen van patiënten;

Komen overeen dat:

Vanaf 1 maart 2004 de [uitvoerder] patiënten van de [instelling] telefonisch gaat benaderen voor het verzamelen van uitkomstgegevens in het kader van zorgevaluatie voor de periode van [...].

Hiertoe is het volgende afgesproken:

Visie

Beide partijen respecteren elkaars visie en werkwijze, met dien verstande dat ten aanzien van de patiënten van de [instelling] de wijze waarop deze instelling vindt dat verantwoorde patiëntenzorg geleverd dient te worden en het privacyreglement ten aanzien van omgang met patiëntgegevens van [...] leidend is.

Overigens zijn alle activiteiten ten behoeve van de trajectevaluatie van (ex) patienten van de [instelling] geheel identiek aan de trajectevaluatie die gelijktijdig, en door hetzelfde team uitgevoerd wordt bij (ex) patienten van [andere deelnemende instellingen in het project]

Doel

De [instelling] en de [uitvoerder] hebben zich beide gecommitteerd aan het onderzoeksproject OutcomeBench. Het welslag van dit project is afhankelijk van de mate waarin uitkomstgegevens gegenereerd worden. De resultaten gebaseerd op de verzamelde uitkomsten worden gebruikt om verantwoording af te leggen aan derden, zoals bijvoorbeeld ziektekostenverzekeraars en de gemeente over de geleverde zorg. Belanghebbenden krijgen op deze manier inzicht in de uitkomsten van de zorg die door de instelling geboden is. De resultaten worden ook aangewend in het kader van procesverbetering. De Kwaliteitswet Zorginstellingen (1999) stelt aan zorginstellingen de eis de kwaliteit van zorg systematisch te bewaken, te beheersen en te verbeteren. De resultaten dragen bij aan deze continue bewaking, bevordering en verbetering van de zorgverlening aan de cliënten.

Het telefonische interview ten behoeve van (ex) patient van de [instelling] kan gezien worden als een hulpverleningsinspanning en derhalve ook worden gedeclareerd bij een ziektekostenverzekeraar als aan de CTG eisen is voldaan.

Vaste contactpersonen

De [uitvoerder] draagt zorg voor het toewijzen van een vast contactpersoon voor de [instelling], alsmede voor adequate vervanging in geval van ziekte of vakantie. Deze contactpersoon is verantwoordelijk voor het toeleiden van patiënten van de [instelling] indien de telefonische evaluatie daar aanleiding toe mocht geven.

Omvang van het telefonisch interview

De gewenste/noodzakelijke omvang van de door de [uitvoerder] ingezette telefonische interview zal ongeveer 20 minuten duren.

Inhoud van het telefonisch interview:

Het interview zal enkel informatie verzamelen die in het kader van het evalueren van de zorg noodzakelijk zijn. Tevens zullen een aantal vragen gesteld worden naar de waardering van de patiënten over de geleverde zorg van de [instelling].

Verantwoordelijkheid voor het telefonische interview

De verantwoordelijkheid voor de door de [uitvoerder] geleverde inspanning is inhoudelijk gefiatteerd door de eerste geneeskundige van de [instelling] en valt ook onder zijn eindverantwoordelijkheid. De operationele verantwoordelijkheid ligt bij de [uitvoerder].

Financiering

Het call centre wordt gefinancierd door de [uitvoerder] in het kader van **OutcomeBench**. Het aanleveren van de benodigde patiëntgegevens voor de benaderen van patiënten voor een telefonische evaluatie wordt gefinancierd door de [instelling].

Ondersteuning

De [uitvoerder] draagt zorg voor werkinhoudelijke en materiele ondersteuning van de personen die patiënten van de [instelling] benaderen voor telefonische zorgevaluatie. De [instelling] draagt zorg voor het aanleveren van lijsten met patiëntgegevens op basis waarvan patiënten telefonisch benaderd kunnen worden voor het verkrijgen van gegevens in het kader van zorgevaluatie.

Klachten

Voor klachten over het telefonische interview kan de patiënt te allen tijde tenminste een beroep doen op de klachtenregeling van de [instelling]. Het telefonisch interview valt onder de zorginhoudelijke verantwoordelijkheid van de [instellingen] waardoor het klachtenreglement van de [instelling] geldig blijft.

Geschillen

Partijen regelen eventuele geschillen in goed onderling overleg. Als een geschil niet kan worden opgelost wordt een arbitragecommissie ingesteld. Deze commissie van drie leden is samengesteld uit een door elk der partijen aangewezen lid en een door deze twee aangewezenen gekozen onafhankelijk voorzitter.

Stuurgroep

De samenwerking op het gebied van het telefonisch benaderen van patiënten wordt bestuurlijk en inhoudelijk begeleidt door een stuurgroep als onderdeel van het gehele zorgevaluatie

Gezien de aard en positionering van de samenwerking bestaat de stuurgroep uit medewerkers die zowel werkinhoudelijk als bestuurlijk georiënteerd zijn. Vanuit de [instelling] wordt hierbij gedacht aan een bezetting op MT niveau, teamniveau en vanuit de ondersteunende afdelingen. Vanuit de [uitvoeder] participeert de onderzoeksleider en een onderzoeker in de stuurgroep.

Omvang van de samenwerking

De door de [uitvoeder] geleverde inspanning op het gebied van telefonische evaluatie kan desgewenst verlengd worden nadat hierover in de stuurgroep afspraken zijn gemaakt.

Duur van de samenwerking

Beëindiging van de samenwerking is slechts mogelijk nadat één van de partijen de ander hiervan minstens drie maanden tevoren schriftelijk, met opgaaf van redenen in kennis heeft gesteld.

Aldus overeengekomen en ondertekend te [...], d.d. [...]

COLOFON

De Vereniging GGZ Nederland is de brancheorganisatie van circa 120 instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Zij behartigt de zorginhoudelijke, sociale en economische belangen. GGZ Nederland is een vereniging met een directie en een bestuur dat ondersteund wordt door vier commissies. De secretarissen van deze commissies zijn lid van het management team van GGZ Nederland. Zij geven gevraagd advies aan het bestuur. De voorzitters van deze vier commissies hebben zitting in het bestuur van de vereniging. De leden van de brancheorganisatie zijn actieve deelnemers in deze commissies en geven mede vorm aan het landelijk beleid. De beleidsvoorbereiding, -ondersteuning, advisering en uitvoering ten behoeve van haar leden en de maatschappij wordt verzorgd door het landelijk bureau in Amersfoort.

Uitgever: GGZ Nederland
Piet Mondriaanlaan 50/52
Postbus 830
3800 AV Amersfoort
t 033 - 4608900
f 033 - 4608999
e info@ggznederland.nl

Publicatie-
nummer: 2005-281

Prijs: € 11,-

Bestellingen

Per fax o.v.v. het publicatienummer, aantal, ter attentie van en verzendadres. Voor publicaties waaraan kosten zijn verbonden ontvangt u een acceptgiro.

Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning bij artikelen, boeken en scripties is toegestaan mits de bron duidelijk wordt vermeld.