

Evaluatieverslag

Wat motiveert tot onderlinge vergelijking?

Evaluatieverslag project 'IMC benchmarking'

IMC Benchmarking



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
3812 GV Amersfoort
Postbus 830
3800 AV Amersfoort

t 033 - 460 8900
f 033 - 460 8999
e info@ggz nederland.nl

Publicatie-
nummer: 2005 - 294

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.

Titel : Wat motiveert tot onderlinge vergelijking?
Evaluatieverslag project 'IMC Benchmarking'

Auteurs: Cor A.G. Verbrugge*, Cor A.J. de Jong**,
Tom Holsbeek*** ,Richard van Dijk****

Correspondentieadres : Cor Verbrugge
Rompertsebaan 28
5231 GT 's-Hertogenbosch
cor.verbrugge@novadic-kentron.nl
Tel.: 06 – 2085 2091
073 - 6409629

* Cor A.G. Verbrugge, Onderzoeksverpleegkundige, Novadic-Kentron, netwerk voor verslavingszorg

** Cor A.J. de Jong, eerste geneeskundige van Novadic-Kentron, hoofd van NISPA (Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction)

*** Tom Holsbeek, sociotherapeut De Grift, Gelders centrum voor verslavingszorg

**** Richard van Dijk, klinisch psycholoog / psychotherapeut De Grift Gelders centrum voor verslavingszorg

Inhoudsopgave

1	Inleiding	Pag. 6
2	Aanleiding tot ontstaan van IMC's	Pag. 6
3	Intramuraal Motivatiecentrum (IMC)	Pag. 7
4	Evaluatie experimentele fase	Pag. 7
5	Standaardiseren van methoden: Handboek IMC	Pag. 8
6	Benchmarking	Pag. 8
7	Doelen en opzet van IMC Benchmarking	Pag. 9
8	Ontwikkeling en uitvoering IMC Benchmarking	Pag. 13
9	Infrastructuur	Pag. 13
10	Projectorganisatie	Pag. 14
11	De eerste benchmarking in de praktijk	Pag. 16
12	Ontwikkeling van een benchmarkingproject	Pag. 18
13	Samen op weg	Pag. 21
14	Bespreken van resultaten	Pag. 21
15	Resultaten IMC Benchmarking	Pag. 22
16	Conclusies	Pag. 23
17	Uitwerking thema's	Pag. 24
18	Resumerend	Pag. 25
19	Literatuur	Pag. 26

1 Inleiding

In 1997 zijn op initiatief van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) elf Intramurale Motivatie Centra (IMC) opgericht binnen de verslavingszorg. Gestart op experimentele basis, krijgen de IMC's na een evaluatieonderzoek hun definitieve goedkeuring in 2001 met als algemene voorwaarde de gehanteerde methodieken verder uit te werken en blijvend te evalueren. Dit wordt vormgegeven door de verschijning van het Handboek IMC in maart 2003 en het voornemen tot het ontwikkelen en starten van een gezamenlijk benchmarkingproject in de komende jaren.

In april 2003 verleent GGZ Nederland een projectsubsidie voor het opzetten van een landelijke benchmarkingstructuur voor alle IMC's in Nederland. Op basis van een ingediend projectvoorstel en -begroting krijgt Novadic-Kentron opdracht om dit uit te gaan voeren. Een en ander in nauwe samenwerking met NISPA, het Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction. Onder het motto: 'Zijn wij gemotiveerd tot onderlinge vergelijking van onze behandelingsgegevens?' zijn de IMC's eind 2003 gestart met het gezamenlijke Benchmarkingsproject, met als doel het doorontwikkelen van de IMC-methodiek tot verdere professionalisering en kwaliteitsverbetering. De resultaten van alle verzamelde behandelingsgegevens zullen input zijn voor de interventies op de IMC's en de daar te gebruiken methodieken. Een en ander zal geïntegreerd worden in een volgende versie van het Handboek IMC.

Een belangrijke succesfactor voor het welslagen is het gezamenlijk bekijken en doorspreken van de resultaten van analyses met betrekking tot het aangeleverde materiaal. De uitwerking vindt plaats in twee conferenties waar alle IMC's bij elkaar komen: op 03 juni 2004 in Vught waar resultaten besproken worden van twee instellingen onder de titel: 'Scoren de eerste resultaten?' en op 10 maart 2005 waar de resultaten besproken worden van acht IMC's.

In de gesubsidieerde opbouwfase van dit gezamenlijke avontuur is de proeftuin tot wasdom gekomen. Nu moeten er vervolgstappen gezet worden om tot een continu ritme te komen van verzamelen, analyseren, vergelijken, rapporteren en evalueren van elkaars behandelingsgegevens.

2 Aanleiding tot het ontstaan van IMC's

In de nota 'Het Nederlandse Drugbeleid: Continuïteit en verandering' van VWS in 1994-1995 wordt vastgesteld dat de overlast - door een deel van de verslaafden veroorzaakt - is toegenomen. De zorg wordt geconfronteerd met een steeds groter wordende variëteit van extreem problematische doelgroepen die om een aangepaste benadering vragen. Voorbeelden hiervan zijn de verslaafden met psychiatrische problematiek, verslaafden met een overlast veroorzakende leefwijze, zwerfjongeren, dak- en thuislozen, allochtone verslaafden en polydrugsgebruikers. Het gemeenschappelijke kenmerk is dat de verslavingsproblematiek niet op zichzelf staat, maar veelal gerelateerd is aan psychiatrische aandoeningen, leefstijl- en gezondheidsproblemen en sociale achterstandssituaties. Steeds vaker doen zich onder verslaafden ziektes als TBC en vormen van hepatitis voor. Een probleem is dat de beschreven doelgroepen weliswaar intramurale zorg

behoeven, maar niet in een situatie verkeren waarbij abstinentie als een realistisch doel kan worden gezien. In de gangbare op abstinentie gerichte praktijk haakt een groot aantal van deze patiënten vrijwel meteen af, of beëindigt in een vroegtijdig stadium de behandeling. In een nota van de staatssecretaris wordt dan ook geconcludeerd dat er intramurale programma's aangeboden moeten worden die gericht zijn op stabilisering en verbetering van de algehele situatie van deze patiëntgroepen (Brief Staatssecretaris van WVC, 1993-1994). In 1994 heeft de overheid opdracht gegeven tot het opzetten van elf experimentele intramurale motivatiecentra met in totaal 140 bedden die niet gericht hoeven te zijn op het bereiken van abstinentie. Het IMC Amsterdam dat op eigen initiatief al in 1990 operationeel werd, stond model voor de gekozen vorm van motivatiecentra in de verslavingszorginstellingen.

3 Intramuraal Motivatiecentrum (IMC)

IMC's zijn laagdrempelige klinische voorzieningen binnen de verslavingszorg voor overlast veroorzakende, langdurig problematische harddrugsverslaafden met weinig motivatie voor verandering en weinig intrinsieke mogelijkheden om hun drugsgebruik snel en volledig af te bouwen (Drouven L.E., Schutte S.J.M. & Kingma M., 2001). Een IMC kenmerkt zich door een rehabiliterende benadering. De focus is niet primair gericht op abstinentie, maar op meer bereikbare doelen als beheersing of stabilisering van middelengebruik. Centraal staat het doel de patiënt de mogelijkheid te bieden zich te bezinnen op de vraag: hoe nu verder? Anders gezegd, is de patiënt te motiveren tot verandering van zijn leefstijl? Dit wordt gerealiseerd in combinatie met herstel op andere levensgebieden, zoals bevordering van lichamelijke en psychische gezondheid, aanpak van strafrechtelijke problemen, arbeidsreïntegratie en opbouw of herstel van een ondersteunend sociaal netwerk (Rutten R. & Hulshoff A., 2001). Deze doelen worden nagestreefd in individueel uitgezette begeleidingstrajecten in samenspraak met de ambulante zorg. Het klinisch verblijf duurt drie maanden, waarbinnen de patiënt verzekerd is van een gestructureerde veilige basis. Op dit moment functioneren binnen elf verslavingszorginstellingen dertien IMC's.

4. Evaluatie experimentele fase

In eerste instantie is het IMC een experiment voor vier jaar. Per IMC wordt op twee momenten een kwaliteitsmeting gedaan: ongeveer één jaar én drie en een half jaar na de start van het IMC. Daarnaast heeft men kwantitatief onderzoek verricht. Tijdens de onderzoeksperiode van vier jaar zijn per IMC gegevens verzameld over de opbouw van de cliëntenpopulatie en over de in- en uitstroom van de IMC's. In totaal hebben elf IMC's deelgenomen aan het onderzoek.

Eind 2001 besluit het Ministerie van VWS op grond van de conclusies van het evaluatierapport (Drouven L.E., Schutte S.J.M., & Kingma M., 2001), de reacties vanuit de IMC's zelf en een door GGZ Nederland uitgebrachte adviesnota (Rutten R., Hoogendoorn A., Czyzewsky E.C.J.E. & Hermanides R., 2001) de tijdelijke vergunningen voor exploitatie van de IMC's om te zetten in een definitieve vergunning.

De belangrijkste conclusies zijn dat aangetoond is dat de doelgroep bereikt wordt en dat de IMC's inmiddels een zelfstandige positie hebben verworven in de keten van verslavingszorgvoorzieningen. Tevens wordt geconcludeerd dat de innovatieve kenmerken van de IMC's, zoals stabilisering van methadon tijdens behandeling en het niet verplicht stellen van deelname aan therapie, inmiddels navoring krijgen binnen de verslavingszorg en dat de patiënten en ex-patiënten vrijwel unaniem positief zijn over het IMC. Algemene voorwaarden die bij de goedkeuring worden uitgevaardigd zijn het verder uitwerken van de te hanteren methodieken binnen de IMC's en het onderling vergelijken van resultaten tussen de verschillende IMC's voor wat betreft instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten.

5 Standaardisering van methoden: Handboek IMC

In 2002 heeft het Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid, vanuit het project Resultaten Scoren (van GGZ Nederland), de afdeling Kwaliteit en Innovatie van Jellinek de opdracht gegeven tot het samenstellen van een handboek IMC. Hierin zou consensus over de doelgroepen, doelstelling en methodieken moeten worden vastgelegd. Er diende te worden geëxpliciteerd wat de IMC's beogen en hoe dit methodisch zou worden vormgegeven voor de verschillende doelgroepen. Met de publicatie van het Handboek IMC (Diepraam, 2003) wordt aan een deel van de gestelde voorwaarden voldaan. De beschrijving gaat uit van een ketenbenadering en maakt expliciet op welke manier het IMC haar rol binnen de zorgketen vervult. De volgende stap in het proces tot kwaliteitsverbetering is het ontwikkelen van systematische metingen, vergelijkingen en terugkoppeling van uitkomstinformatie, waarmee de bestaande methodieken, zoals die zijn omschreven in het handboek, zorgvuldig kunnen worden geëvalueerd en verbeterd. De ontwikkeling van een gezamenlijk benchmarkingproject wordt hierbij als de meest geëigende weg gezien.

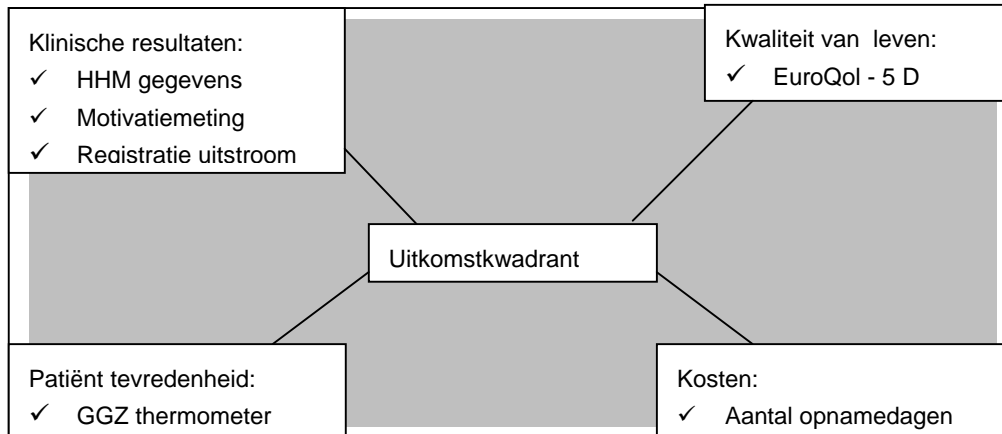
6 Benchmarking

De term benchmarking komt uit het bedrijfsleven en betreft een manier om de kwaliteit van de zorg te verbeteren (Cotton J.A., 2004). Benchmarking is een instrument dat het mogelijk maakt om de resultaten binnen de eigen organisatie te vergelijken met de prestaties van andere organisaties. Het gaat er vooral om te kijken wie de beste resultaten haalt en hoe ze dat doen. Uitgangspunt daarbij is het leren van de beste van de klas. Het gaat er dan niet om de beste van de klas aan te wijzen, maar om samen te kijken hoe diegene er in slaagt de beste van de klas te zijn en vervolgens te proberen het zelf ook beter te gaan doen: competitie in plaats van concurrentie! Benchmarking is geen wetenschappelijk onderzoek in strikte zin. Met andere woorden: vergelijkingen zullen, door onderlinge situatie verschillen van instellingen, nooit kunnen leiden tot wetenschappelijk getoetste uitspraken over vooraf opgestelde hypothesen. De verzameling van gegevens voor het proces van benchmarking moet wel verantwoord gebeuren. Dat wil zeggen dat de metingen betrouwbaar en valide moeten zijn, zodat eventuele verschillen niet zonder meer aan een toeval kunnen worden toegeschreven. In die zin volgt benchmarking wel een wetenschappelijk verantwoorde methode.

7 Doelen en opzet van IMC-benchmarking

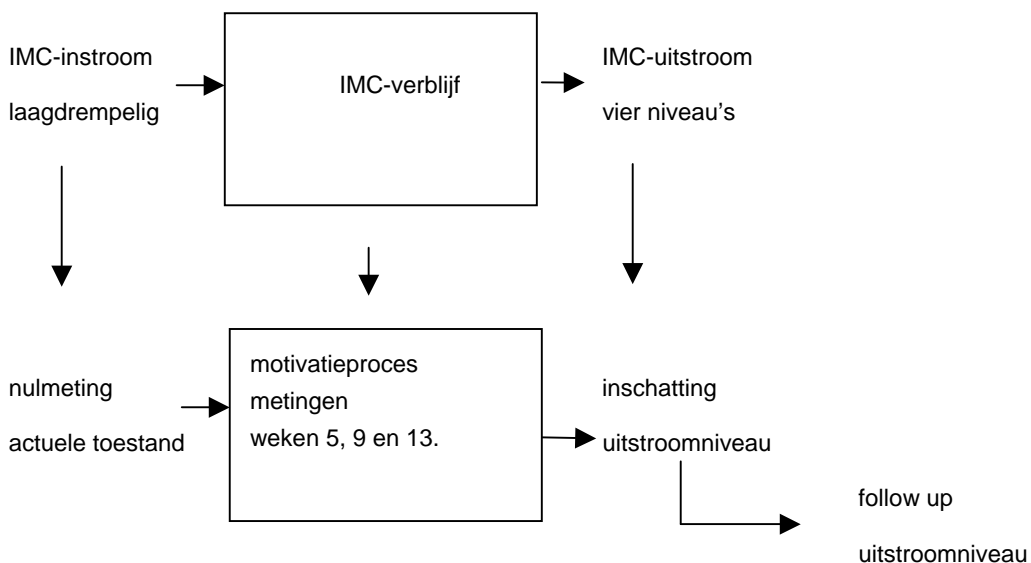
Benchmarking op de IMC's heeft als doel met valide instrumenten gegevens te verzamelen met betrekking tot: klinische resultaten, kwaliteit van leven, patiënttevredenheid en de financiële kosten. Deze uitkomstenkwadrant wordt ook gehanteerd binnen de GGZ, zie kader 1.

Kader 1: De uitkomstenkwadrant GGZ en IMC Benchmarking



Het klinisch hoofddoel van het project is om het motivatieproces te volgen en in kaart te brengen, voor het stabiliseren en of verminderen van het gebruik van psychoactieve stoffen bij patiënten die opgenomen zijn op het IMC. Een volgend doel is een basis te leggen voor het onderling vergelijken van resultaten tussen de verschillende IMC's voor wat betreft instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten.

Kader 2: IMC Benchmarking, instroom, doorstroom, uitstroom en follow-up.



Tijdens de eerste opnameweek van de patiënt wordt het instroomprofiel helder door een breed scala aan gegevens te verzamelen (baseline) met betrekking tot middelengebruik, motivatie voor verandering, psychopathologie, interpersoonlijke zelfbeoordeling en kwaliteit van leven.

De doorstroom binnen een behandelingssetting wordt in beeld gebracht door tussenmetingen in de vijfde en negende week van het verblijf met betrekking tot veranderingen in het motivatieproces en middelengebruik.

Veranderingen in de motivatie worden gemeten met behulp van de 'Dutch Readiness to change questionnaire' (De Fuentes-Merillas L., De Jong C.A.J., & Schippers G.M., 2002) en de 'Motivation for Treatment' (De Weert-Van Oene G.H., Schippers G.M., DeJong C.A.J., & Schrijvers G.A., 2002).

Verder worden veranderingen in de motivatie aangegeven door observaties vanuit het team met behulp van de 'Motivation for Treatment by Observation' (MfT-O).

De uitstroom wordt in kaart gebracht op twee manieren: op de eerste plaats door een uitgebreide slotmeting tijdens de ontslagweek met dezelfde instrumenten als tijdens het opnamemoment, op de tweede plaats door inschatting van de hulpverlener van het niveau waarop de patiënt zal gaan functioneren na uitstroom uit het IMC. Dit aan de hand van vier niveaus van uitstroming, beschreven in het Handboek IMC

Kader 3: Registratie niveau van uitstroming

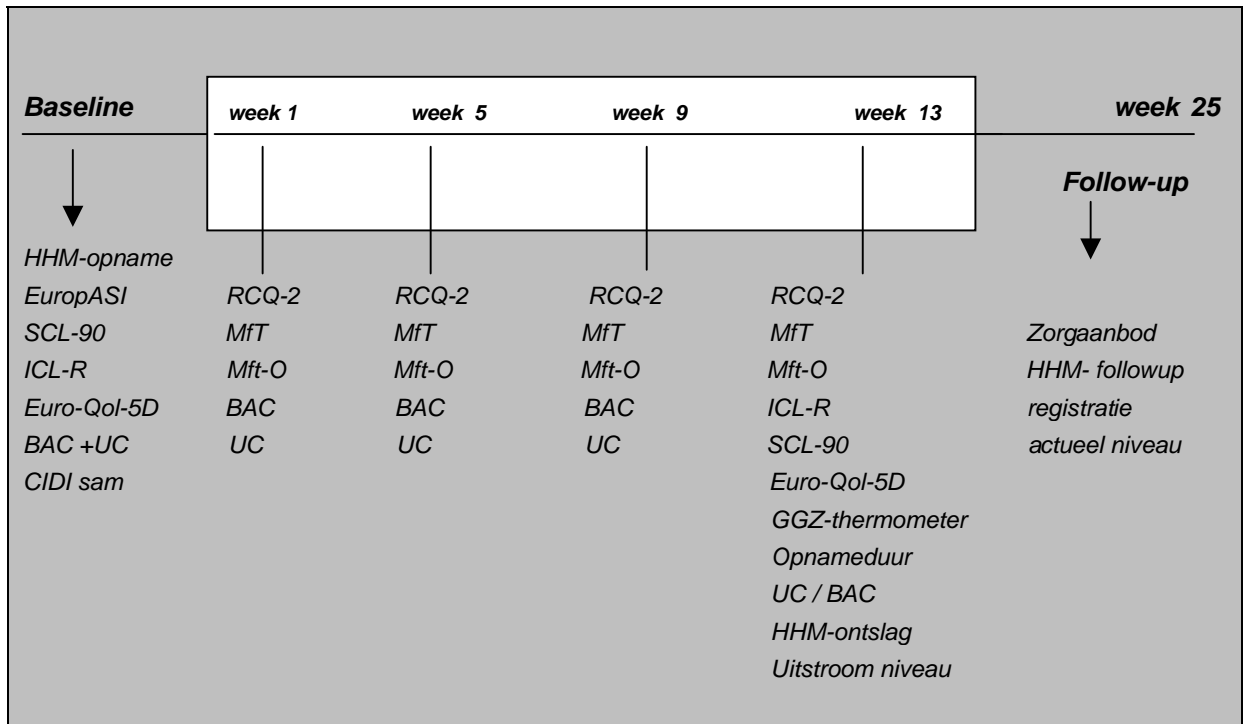
1. Patiënt is na de opname, dus zonder de geboden structuur, niet in staat de vooruitgang vast te houden (bijv. het lichamelijk herstel geldt alleen gedurende de opname). Uitstroom op dit niveau kan eveneens betekenen dat de patiënt de gezondheidsrisico's vermindert door de wijze van gebruik te veranderen. In speciale gevallen, voorziet een IMC opname in de behoefte palliatieve / terminale zorg te bieden aan patiënten binnen de doelgroep, die deze zorg elders niet kunnen krijgen.
2. Patiënt kan het behaalde resultaat na de opname voor een bepaalde periode aantoonbaar vasthouden. Uitstroom op dit niveau kan onder meer betekenen dat de patiënt na de opname excessief middelengebruik (enigszins) vermindert of het dag- en nachtritme handhaaft.
3. Patiënt heeft een weloverwogen beslissing genomen om een vervolgtraject te ondergaan dat, in meer of mindere mate, gestructureerd gericht is op het bereiken van specifieke reïntegratiedoelen ten aanzien van wonen, werken, dagbesteding en eventueel middelengebruik. De patiënt is in staat om aan de noodzakelijke voorwaarden voor het volgen van het traject te voldoen.
4. Patiënt heeft een weloverwogen beslissing genomen om een verslavingsbehandeling te ondergaan die gericht is op abstinentie en / of drastische verandering van leefstijl en verslavingsgedrag. De patiënt is in staat om aan de noodzakelijke voorwaarden voor het volgen van deze behandeling te voldoen. Daarnaast heeft de patiënt het contact met de trajectbegeleider verbeterd, of is er een traject begeleider toegewezen. Er wordt aandacht besteed aan de voorbereiding van de patiënt op de eisen in vervolgbehandeling.

Met een follow-upregistratie na drie maanden wordt tenslotte geregistreerd wat het actuele niveau van de patiënt op dat moment is en of er sprake is van zorgaanbod.

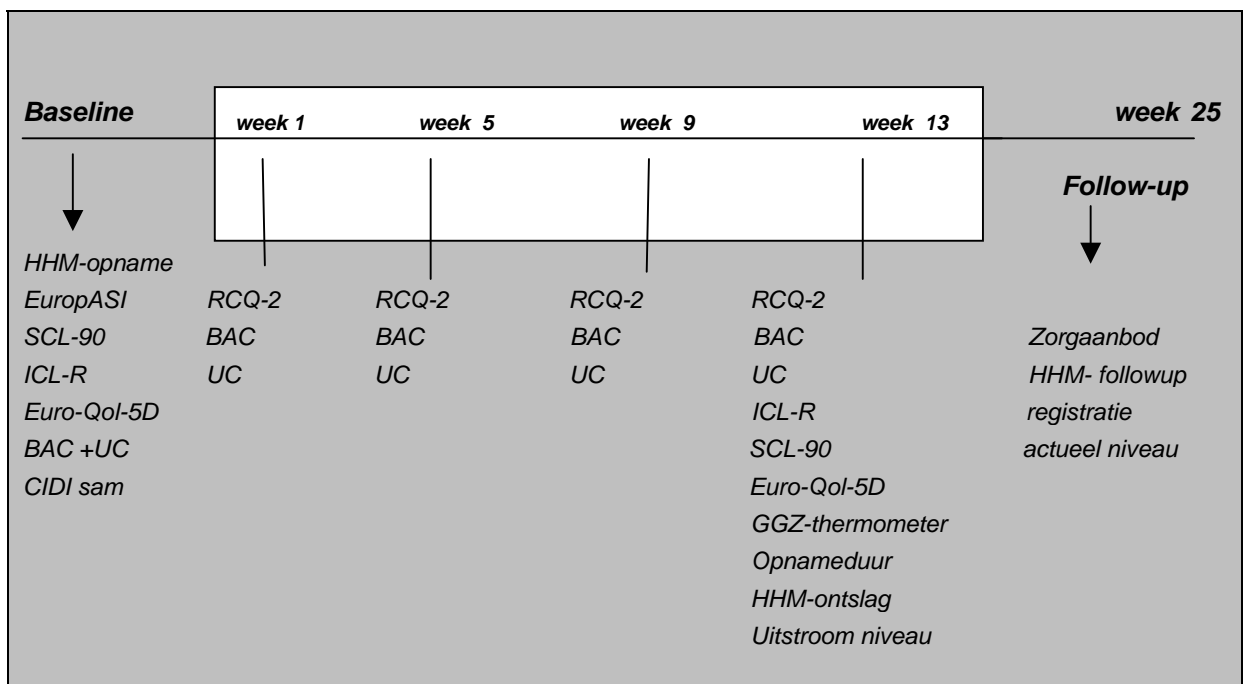
Het idee is om IMC's te kunnen laten kiezen tussen uitgebreide en minder uitgebreide vormen van benchmarking. Naast een maximumvariant kan men dan ook kiezen voor een mediumvariant met

dezelfde uitgebreide voor- en nameting, maar beperkte tussenmetingen en follow-up óf een minimumvariant met beperkte voor-, tussen- en nametingen met een follow-up. Bij alle drie de varianten blijft de structuur van de benchmarking behouden (klinische resultaten, kwaliteit van leven, patiënttevredenheid en de financiële kosten).

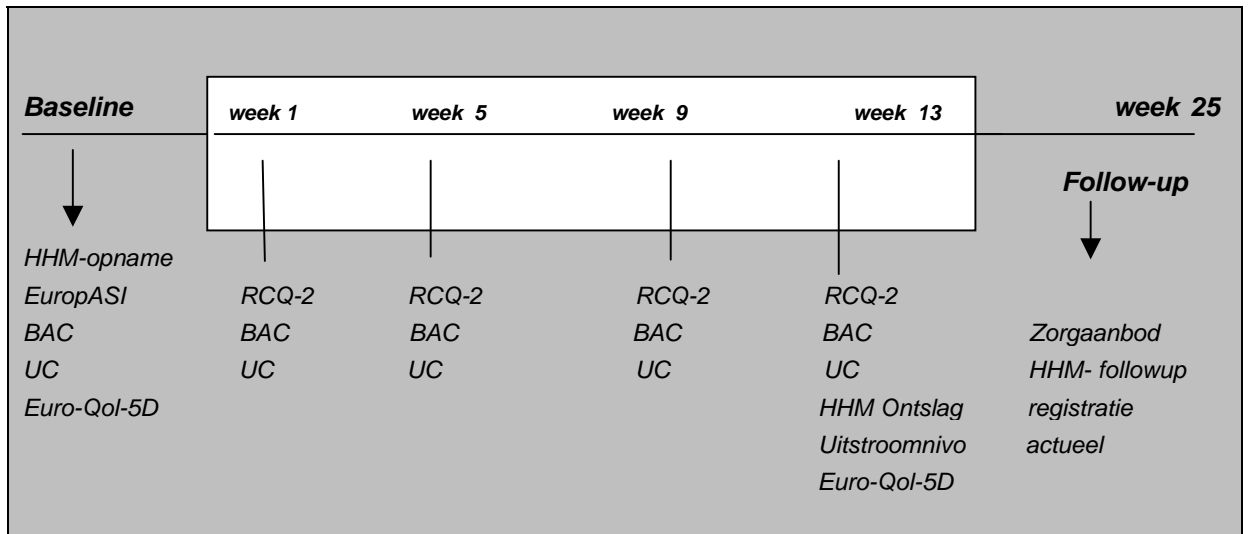
Kader 4: De maximumvariant:



Kader 5: De mediumvariant:



Kader 6: De minimumvariant:



Kader 7: Gebruikte IMC Benchmarking Instrumenten:

Afhankelijk van de gehanteerde variant, worden de volgende vragenlijsten gebruikt:

Europ-ASI	: Addiction Severity Index , meting ziektespecifieke indicatoren.
SCL-90	: Klachtenlijst (Zelfbeoordelingschaal 90 items)
ICL-R	: Interpersonal Check List (Zelfbeoordelingschaal persoonlijkheid 160 items)
RCQ	: Dutch Readiness to Change Questionnaire, Nederlands herziene versie 12 - item vragenlijst; meet precontemplatie-, contemplatie- en actiefase uit het model van Prochaska - DiClemente.
Mft	: Motivatie voor Behandeling, 24 items. Meet problemen gepaard gaande met gebruik van middelen, wens voor hulp en bereidheid behandeling te krijgen.
Mft-O	: Motivatie voor Behandeling Observatieschaal, 24- items observatielijst, inschatting door begeleider hoe patiënt denkt over problemen gepaard gaande met gebruik van middelen, wens voor hulp en bereidheid behandeling te krijgen van de patiënt.
EuroQol-5D	: Kwaliteit van Leven, 6 items zelfbeoordeling.
Urinecontrole	: Controle op aanwezigheid van opiaten, cocaïne, cannabis, benzodiazepinen, of op indicatie een andere psychoactieve stof.
BAC	: Blaastest op alcoholpromillage
CIDI-sam	: De diagnose afhankelijkheid en misbruik van een psychoactieve stof volgens de DSM-IV criteria.
GGZ Thermometer	: Meet patiënttevredenheid.
HHM	: Ingebed registratiesysteem voor IMC's van kwalitatieve en kwantitatieve gegevens. Registratie gegevens voor intake, ontslag en voorgenomen vervolgbegeleiding tot 3 maanden na ontslag.
Registratie uitstroom	: De registratie van de uitstroom gebeurt in twee fasen. Op het ontslagmoment wordt een inschatting gemaakt door de begeleider bij welk niveau van uitstroom de patiënt past. Vervolgens wordt bij follow-up nogmaals geregistreerd op welk niveau de patiënt na drie maanden functioneert. Uitleg van de verschillende niveaus volgt hieronder.

8 Ontwikkeling en uitvoering IMC-Benchmarking

Met de subsidie is het mogelijk om mensen aan te stellen die een structuur ontwikkelen voor landelijke uniforme verzameling van behandelingsgegevens.

Het verantwoord registreren van behandelingsgegevens in elf instellingen met ieder hun eigen bedrijfscultuur blijkt geen eenvoudige opgave. Om te bereiken dat behandelingsgegevens over een langere periode betrouwbaar en valide worden ingezameld is een gedegen voorbereiding noodzakelijk. Eerst is een voorbereidingsgroep aan de slag gegaan met de ontwikkeling van benchmarkingmateriaal. Dus zorgen voor identieke instrumenten in een heldere lay-out, die in chronologische volgorde samengevoegd zijn tot een Client Record Form ten behoeve van de benchmarkingdoelstelling. Bij elke vragenlijst zijn duidelijke instructies aanwezig hoe de lijsten gescoord moeten worden. Hulpverleners kunnen hiermee per patiënt, van opname naar ontslag, de instrumenten in deze volgorde uitleggen en afnemen. Vervolgens heeft een onderzoeker van NISPA een digitale database ontwikkeld waarmee alle vragenlijsten in precies hetzelfde format digitaal ingevoerd kunnen worden. Er is gekozen voor het programma Access, zodat alle ingevulde data op de IMC's eenvoudig en anoniem ingevoerd kunnen worden. Dit databaseprogramma slaat de ingevoerde data op als tekstbestanden die direct bewerkt kunnen worden in een analyseprogramma. Naast deze database worden ook bij elke deelnemende instelling twee digitale onderzoeks-instrumenten geïnstalleerd (RCQ-2 en ICL-R) die rechtstreeks ingevoerd kunnen worden door de patiënt via een stand alone computer. Vanuit de voorbereidingsgroep is in een document een uitgebreide beschrijving van achtergronden en doelstellingen naar elk IMC gestuurd, met een praktisch draaiboek met betrekking tot de werkwijze in stappen.

9 Infrastructuur

Elk deelnemend IMC verzamelt zelf de gegevens van de opgenomen patiënten. Zij krijgen daarvoor centraal materiaal aangeleverd, hetgeen ter plekke vermenigvuldigd kan worden.

De verzamelde gegevens zijn onderdeel van de IMC-behandeling. Bij elke nieuw opgenomen patiënt worden gegevens geregistreerd. Aan de patiënt wordt gevraagd of die gegevens gebruikt mogen worden voor onderzoeksdoeleinden. De goedkeuring wordt bekrachtigd met een ondertekende toestemmingsverklaring van de patiënt. Een IMC kan kiezen voor een individuele benadering of voor klassikale invulling van vragenlijsten in het kader van het weekprogramma. De vragenlijsten worden eerst op papier ingevuld en vervolgens ingevoerd in het Accessprogramma.

De opgeslagen tekstbestanden kunnen vervolgens per e-mail anoniem verstuurd worden naar een adres in Nijmegen. Daar draagt NISPA zorg voor de centrale dataverzameling, koppelt de gegevens aan een analyseprogramma, analyseert en interpreteert de gegevens en zorgt vervolgens per kwartaal voor een terugkoppelingsrapportage en jaarlijks voor een algemene presentatie van gegevens.

Terugkoppeling van gegevens is mogelijk op vier niveaus:

- 1) Ter plekke individueel naar de patiënt door directe terugkoppeling van gegevens voor behandelingsdoeleinden,
- 2) lokaal door analyse van eigen gegevens ten behoeve van het eigen IMC,
- 3) onderlinge vergelijking van gegevens tussen IMC's,
- 4) door continue verzameling van eenduidige gegevens wordt een landelijke trend zichtbaar met betrekking tot verschuivingen in middelenafhankelijkheid of doelgroepenkenmerken.

10 Projectorganisatie

Het startjaar van het IMC-benchmarkingproject wordt uitgevoerd en gefinancierd onder eindverantwoordelijkheid van opdrachtgever GGZ Nederland. Hierbij heeft Novadic-Kentron als opdrachtnemer het NISPA ingeschakeld voor het opzetten en uitvoeren van de data-analyses. De wetenschappelijke eindverantwoording van het benchmarkingproject is in handen van het hoofd van het NISPA, die projectleider is. Novadic-Kentron heeft een onderzoeker van het NISPA in dienst genomen die verantwoordelijk is voor de (ontwikkeling van) wetenschappelijke analyses en die de terugkoppelingsrapportage verzorgt naar de deelnemers toe. Verder is er een projectcoördinator aangesteld die verantwoordelijk is voor de landelijke coördinatie van het project.

Deze functionarissen zijn gestart als voorbereidingsgroep van het benchmarkingproject. Op lokaal niveau werd op elke instelling een projectgroep geïnstalleerd waarin zitting hebben: een projectmedewerker voor de lokale coördinatie, een manager voor de noodzakelijke randvoorwaarden en een inhoudelijk deskundige die de verzameling van gegevens wetenschappelijk begeleidt en eventueel zelf lokale onderzoeksvragen kan koppelen aan de verzamelde gegevens ten gunste van de lokale kwaliteitsverbetering van de behandeling. Deze uitvoeringsstructuur moet zorgen dat het benchmarkingproject op een goede manier wordt ingebed in de bestaande organisatie. Dat wil zeggen: aansluiten bij de verantwoordelijkheden en bevoegdhedenstructuur van de organisatie. In het kader van het project moeten gegevens kunnen worden verzameld, is medewerking nodig van functionarissen en zullen verantwoordelijken moeten worden aangewezen.

Kader 8: Organisatie IMC Benchmarking

Projectleider	:	Eindverantwoordelijke project
Wetenschappelijk onderzoeker	:	Analyse, terugkoppelingsrapportage, inhoudelijke voortgang
Projectcoördinator	:	Landelijke coördinatie uitvoering project
Lokale projectgroep	:	Lokale organisatie

Gegevens-verzameling:

Elke nieuw opgenomen patiënt geeft via informed consent toestemming voor het gebruik van verzamelde behandelingsgegevens voor onderzoeksdoeleinden. Het IMC heeft voor elke patiënt een papieren benchmarkingdossier op nummer, waarin alle vragenlijsten op volgorde aanwezig zijn. Lijsten kunnen individueel of klassikaal afgenomen worden.

Infrastructuur:

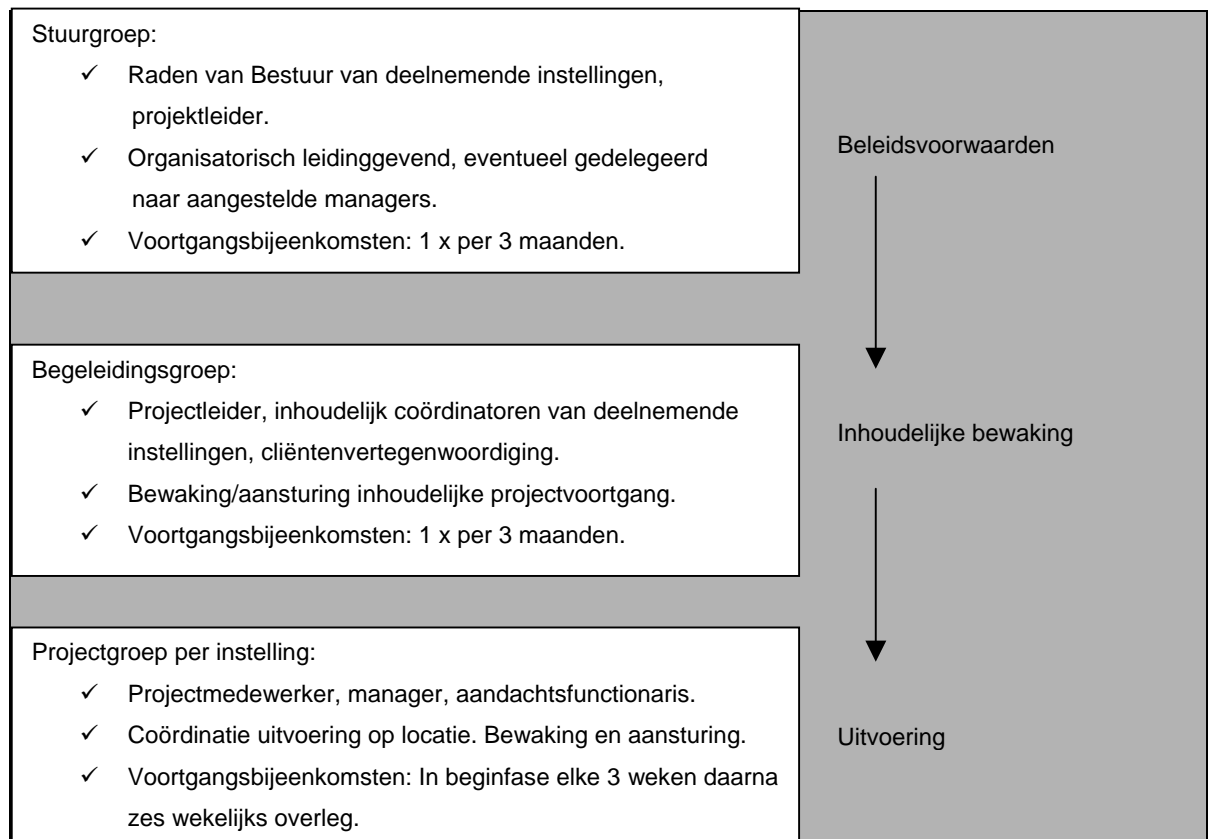
Elk IMC verzamelt zelf de gegevens van de opgenomen patiënten. Een lokale projectgroep met een coördinator, manager en inhoudelijk deskundige is verantwoordelijk voor een correcte inzameling. De gegevens worden op de afdeling ingevoerd in het programma Access en worden vervolgens anoniem verzonden naar de centrale database via internet. Daar koppelt een wetenschapper de gegevens aan het SPSS-programma, analyseert en interpreteert de gegevens en maakt op basis hiervan rapportage voor terugkoppeling. De instelling heeft daarnaast de mogelijkheid de zelf ingezamelde gegevens ook voor eigen (onderzoeks)doeleinden aan te wenden.

Terugkoppeling:

Terugkoppeling van de geanalyseerde gegevens gebeurt door middel van schriftelijke rapportage per kwartaal en de jaarlijkse mondelinge bespreking van de resultaten met elkaar in bijeenkomsten. Terugkoppeling van gegevens is mogelijk op vier niveaus: Individueel naar de patiënt door directe terugkoppeling van gegevens voor behandelingsdoeleinden, Lokaal door analyse van eigen gegevens ten behoeve van de afdeling, Onderlinge vergelijking van gegevens tussen IMC afdelingen en als laatste: Door continu verzamelen van eenduidige gegevens wordt een landelijke trend zichtbaar.

Al in de voorbereidingsfase is er een communicatiestructuur in het leven geroepen die voor borging in de lijn van de organisatie moet zorgen op verschillende niveau's: installatie van een stuurgroep waarin de directies van deelnemende instellingen participeren; zij communiceren over de noodzakelijke beleidsvoorwaarden om te starten met een benchmarkingsproces op de IMC's. Vervolgens is een begeleidingsgroep samengesteld waarin inhoudelijk deskundigen het verloop van het project wetenschappelijk toetsen. In de begeleidingsgroep zit ook een afvaardiging van de cliëntenraad in het kader van de cliëntparticipatie. Lokaal zijn er dan nog projectgroepen per instelling voor de lokale coördinatie van de benchmarking.

Kader 9: Inbedding in Instellingsorganisatie



11 De eerste benchmarking in de praktijk

Novadic-Kentron en NISPA hebben de voorbereiding ter hand genomen in nauwe samenwerking met Resultaten Scoren van GGZ Nederland. Dit heeft geleid tot een eenduidig projectplan dat aan alle IMC's gepresenteerd is tijdens een bijeenkomst in oktober 2003. Negen verslavingszorginstellingen sluiten ten behoeve van elf IMC afdelingen een overeenkomst tot deelname.

Ondertussen zijn we breed gestart met het verzamelen van behandlingsgegevens op elf IMC's in Nederland. De projectcoördinator en de onderzoeker van Nispa hebben alle deelnemende IMC's bezocht om de database voor de gegevensverzameling te installeren, instructie te geven over de werking ervan, het project toe te lichten en vragen te beantwoorden. Dit persoonlijk contact blijkt een van de bevorderende factoren te zijn om een centraal aangestuurd project ter plaatse praktisch op te kunnen starten. Daarmee wordt de drempel voor toekomstig overleg lager. De kans op een stabiele verzameling van behandlingsgegevens blijkt het grootst als het teambreed gebeurt en er voldoende draagvlak voor is. Daar waar dat niet het geval is blijken kleine problemen al een belemmering voor de voortgang. Om een team betrokken te houden is het van groot belang dat de teamleden regelmatig terugkoppeling krijgen over de resultaten. Deze terugkoppeling levert informatie op over de kwaliteit van de eigen behandeling, objectiveert waar je mee bezig bent en inspireert tot nieuwe of aanvullende vraagstellingen. Daarnaast blijkt dat als resultaten van de afgenomen instrumenten

meteen gebruikt worden voor behandelingsdoeleinden, dit voor de patiënt vaak motivatieversterkend werkt. Daarmee wordt de bruikbaarheid van het instrument duidelijk, het inzicht in het dagelijks werken met de patiënt neemt toe en de patiënt verwerft meer inzicht in zijn situatie. Er is sprake van een duidelijke win – win situatie voor zowel patiënt, alsmede individuele hulpverlener en team. Als terugkoppeling uitblijft, lijkt het verzamelen van gegevens te verworden tot een weinig zinvolle activiteit en zal betrokkenheid verdwijnen. Digitale verzameling van behandelingsgegevens in verschillende instellingen kan soms ook een behoorlijk belemmerende factor zijn. Naast de gebruikelijke kinderziektes van een net ontworpen datafile, vergt de afstemming op bestaande computersystemen van instellingen soms aanpassing. Verschillen in besturingssystemen en organisatie van automatisering binnen instellingen werken vertragend. Inmiddels worden op de meeste IMC's gegevens in het Access programma ingevoerd en zien we een toename van data op de centrale databank van de wetenschappelijk onderzoeker.

Kader 10: Bevorderende factoren

De uitvoering van het verzamelen van benchmarkinggegevens levert het meeste op als dat gedragen en uitgevoerd wordt door het betreffende team zelf. Inherent aan het behandelen van patiënten is het verzamelen van gegevens over die behandeling. Dit wordt als één geheel gepresenteerd naar de patiënt toe. Het accent komt te liggen op samen doorlopend en bewust werken met de problematiek aan de hand van neutrale instrumenten. Dit stimuleert een objectieve basishouding van hulpverleners.

De resultaten van die instrumenten meteen gebruiken voor behandelingsdoeleinden versterkt de motivatie tot benchmarken omdat de bruikbaarheid duidelijk wordt en bovendien het inzicht in en de kwaliteit van het werk meteen toeneemt.

Regelmatige en concrete terugkoppeling van uitkomsten / wat het oplevert.

Begeleiding door wetenschappers om de verzameling van gegevens ook op een wetenschappelijk verantwoorde manier te laten verlopen.

Doelstelling: Leren van elkaar, resultaten worden gebruikt om er samen wijzer van te worden.

Heldere projectorganisatie met stuurgroep (beleid), begeleidingsgroep (inhoud) en lokaal verantwoordelijke personen. Overkoepelende praktische coördinatie en procesbewaking van het project. Voor elk probleem moet in principe duidelijk zijn wie hierop aan te spreken is en wie het (mee) kan oplossen.

Heldere lokale organisatie van het project, bekrachtigd en ondersteund door het eigen management, met aanwijsbaar verantwoordelijken, die een dragende en stabiele rol vervullen binnen een behandelend team.

Ontwikkeling van digitale gegevensverwerking met eenvoudige databestanden als Access.

Kader 11: Belemmerende factoren:

Verschillende automatiseringssystemen binnen instellingen waardoor dataverwerking gecompliceerder verloopt. Gebruikte digitale vragenlijsten passen niet altijd in de systemen.

Onvoldoende organisatorische inbedding van het project in de instellingsorganisatie.

Teams die het verzamelen van behandelingsgegevens zien als extra werk en het niet integreren in hun dagelijkse zorg voor de patiënt. Ontwikkeling van voortschrijdend inzicht die nodig is voor een professionele beroepshouding is onvoldoende aanwezig.

De gegevensverzameling laten uitvoeren door mensen buiten het team werkt belemmerend voor integratie binnen de behandeling.

Als teams niets terug horen van resultaten, waardoor de resultaten van de inspanningen niet zichtbaar worden en er geen bekrachtiging plaatsvindt van eigen activiteiten.

Reorganisaties in instellingen waardoor onduidelijkheid ontstaat over taken en bevoegdheden.

Onvoldoende expliciteren van thema's.

Onvolledige data.

Verwarring met benchmarking met verantwoordingsdoelen, angst dat resultaten aangewend worden als bewijslast voor bezuiniging of reorganisatie.

12 Ontwikkeling van een Benchmarkingproject

Het vraagt veel tijd om tot systematische uitvoering te komen van een gezamenlijk benchmarkingproject. Er is een idee, dat een uitgewerkt plan wordt, dat bekrachtigd wordt tot beleid, waar commitment voor gecreëerd wordt en wat groeit tot daadwerkelijke uitvoering. Die uitvoering moet weer rijpen tot een stabiele systematische procedure van activiteiten waarin ook de werkrelatie tussen medewerkers rijpt. Nu, achteraf, kan dat als volgt in beeld gebracht worden, zie kader 12.

Kader 12: Startfase proces IMC Benchmarking

7 februari 2003:

Projectvoorstel 'Benchmarking op de IMC's' wordt ingediend bij GGZ Nederland met projectvoorstel en -begroting door Novadic-Kentron.

2 april 2003:

GGZ Nederland geeft Novadic-Kentron opdracht het project overeenkomstig het voorstel uit te gaan voeren en verleent subsidie van een jaar voor de opstartfase. Novadic-Kentron schakelt NISPA in voor wetenschappelijke uitwerking.

mei 2003 –september 2003:

Aanstelling projectmedewerkers, vorming projectorganisatie, ontwikkeling datafile (Access), ontwikkeling Client Record Form, ontwikkeling terugkoppelingsstructuur, ontwikkeling digitale vragenlijsten (ICL-R en RCQ-2), voorbereiding startconferentie voor alle IMC's.

9 oktober 2003:

Presentatie van het project Benchmarking voor alle IMC's. Alle IMC afvaardigingen krijgen een voorlopige overeenkomst voor hun Raad van Bestuur, waarin men aan kan geven: deelneming ja/nee en zo ja, in welke variant men deel gaat nemen, minimum-, medium- of maximumvariant.

oktober 2003 – januari 2004:

Besluitvorming bij alle instellingen voor deelname.

Resultaat: 3 IMC's kiezen de maximumvariant
 3 IMC's kiezen de mediumvariant
 5 IMC's kiezen de minimumvariant
 2 IMC's nemen niet deel.

december 2003 - februari 2004:

Opbouw contacten lokale benchmarking medewerkers en voorbereidingen voor operationalisatie (o.a. workshop congres Resultaten Scoren).

Testen en verbeteren Access datafile.

maart – april 2004:

Alle deelnemende IMC's bezocht door onderzoekster en projectcoördinator om datafile ter plekke te installeren, instructie te geven en vragen te beantwoorden .

april – mei 2004:

Start / proefdraaien van dataverzameling bij zeven IMC's.
Vorbereidingen bijeenkomst eerste resultaten

juni 2004:

Bijeenkomst met alle deelnemende IMC's. Presentatie van de eerste resultaten met betrekking tot ingezamelde gegevens van twee IMC's (104 patiënten). Gezamenlijke oriëntatie over hetgeen we met de onderlinge vergelijking van gegevens willen bereiken.

juli – september 2004:

Begeleiding digitale verzameling van gegevens / knelpunten oplossen.
Stabillisering naar regelmatige dataverzameling in vaste termijnen van drie maanden.

september – december 2004:

Start ontwikkeling tweede conferentie 2005. Stabiele dataverzameling komt van de grond.
Begeleiding regelmatige inzending data. Problemen met ontwikkeling digitale RCQ vragenlijst.
Vooralsnog inzameling op papier

januari – februari 2005:

Afronding en centrale verzameling beschikbare data, invoeren en analyseren data,
Vorbereidingen tweede conferentie, overleg met andere IMC's: 'wat willen we weten?'

10 maart 2005:

Tweede conferentie met alle IMC's in Nijmegen. Afronding startfase van het project.

13 Samen op weg

Het opstarten van een project in negen verslavingszorginstellingen blijkt niet altijd eenvoudig te zijn. Samen starten aan een benchmarkingproject is primair een samenspel van vertegenwoordigers van verschillende organisaties die samen in een onzeker avontuur stappen, waarvan zij de uitkomst niet op voorhand kennen.

Zij worden geacht zich in te zetten om een bijdrage te leveren aan een proces dat alleen kan slagen als iedereen bereid en in staat is gevoelige inhoud in te brengen. Het functioneren van de eigen organisatie wordt blootgelegd en publiek gemaakt naar de andere deelnemers. Vervolgens wordt de eigen organisatie ook geconfronteerd met de leerervaringen in de hoop dat die worden opgepakt en in een vorm van verbeteringen worden ingevoerd. Aldus ontwikkelen de IMC's zo een zelflerend systeem dat op basis van voortschrijdend inzicht een eigen leer- of ontwikkelingspad vormgeeft.

14 Bespreken van resultaten

Een belangrijke succesfactor voor het welslagen van de benchmarkingdoelstellingen is om samen met de deelnemers de uitkomsten te bespreken. Dit brengt een proces op gang waarbij 'achter' de cijfers gekeken wordt, 'best practices' worden met elkaar verkend. Samen kan je verklaringen benoemen voor verschillen en overeenkomsten en zo kunnen thema's worden uitgediept. Zo'n bespreking is cruciaal voor het stimuleren van het leerproces en markeert het onderscheid tussen een benchmarking en een 'bedrijfsvergelijking'.

Met betrekking tot het IMC Benchmarkingproject hebben we dat uitgewerkt in twee conferenties waarbij alle IMC's bij elkaar komen: de eerste op 03 juni 2004 in Vught waar resultaten besproken worden van twee instellingen onder de titel: 'Scoren de eerste resultaten?' en de tweede op 10 maart 2005 waar de resultaten besproken worden van acht IMC's. Zoals gezegd: de cijfers zijn enkel de 'trigger' om de praktijk achter de cijfers aan het licht te brengen en met elkaar te onderzoeken. Dat onderzoeken vormt de kern van het leermoment.

15 Resultaten IMC Benchmarking

In totaal zijn er bij acht IMC-afdelingen behandelingsgegevens van 399 patiënten geanalyseerd, dat is dus gemiddeld 49,8 patiënten per IMC. In het schema hieronder is te zien hoe de dataverzameling in verloop van tijd gestalte krijgt binnen de meeste IMC's:

Kader 13: Data verzameling in elf IMC's

Max.		apr-04	Mei-04	Juni-04	juli-04	aug-04	sep-04	okt-04	nov-04	dec-04	Jan-05	feb-05
	IMC A											
	IMC B											
	IMC C											
	IMC D											
Med.	IMC E											
	IMC F											
Min.	IMC G											
	IMC H											
	IMC I											
	IMC J											
	IMC K											

	Pilot onderzoek benchmarking = maximum variant.
	Proefdraaien dataverzameling zonder invoer gegevens
	Effectieve verzameling en invoer en verzending data voor IMC-Benchmarking
	Geen benchmarkingactiviteit

Het voert te ver om resultaten gedetailleerd gaan te bespreken, maar in het kader van de opdracht van deze rapportage is het relevant om de aard van de besproken thema's te noemen:

Door middel van vergelijking van de demografische gegevens ontstaat er inzicht in de doelgroepen die men opneemt; hoe verhouden zich justitiabelen en niet-justitiabelen en autochtonen en allochtonen en hoe succesvol is hun IMC-verblijf? Hoe liggen de verschillende dropoutpercentages en op welk uitstroomniveau verlaat men de kliniek?

Wat zijn overeenkomsten en verschillen in het gevoerde medicatiebeleid en welke visies liggen daaraan ten grondslag? Welke rol speelt het al dan niet afbouwen van methadon tijdens het IMC-verblijf? Uit het onderzoek naar het verloop van de motivatieprocessen zien we inderdaad overeenkomsten tussen hoge scores op de precontemplatiefase en ontslag op het laagste niveau. Veranderingen in de stadia van verandering blijken waarneembaar gedurende het IMC-verblijf.

Tijdens een conferentie wordt er ook ruimte ingericht voor thematische uitdieping van een onderwerp, zoals in maart 2005: 'De samenhang tussen motivatie voor behandeling en motivatie voor verandering in de verslavingszorg'. Dat blijkt niet hetzelfde te zijn.

Interessant en bruikbaar blijkt ook om bijvoorbeeld resultaten van de IMC doelgroep zoals we die nu hebben te vergelijken met de beschikbare resultaten van bijvoorbeeld een groep patiënten, die een op abstinentie gerichte behandeling ondergingen in de verslavingszorg. Vergelijkingen zijn mogelijk op het gebied van persoonlijkheid, psychopathologie en verslavingsernst.

De vraag staat centraal of de IMC's, na de start van een gesubsidieerd benchmarkingproces, dit samen op eigen kracht willen continueren tot een meerjarenproject ?

16 Conclusies

De laatste conferentie wordt besloten met twee ingelaste sprekers die op eigen verzoek een pleidooi houden voor voortgang van het benchmarkingproject in deze vorm. Namens de aanwezige bestuurders houdt Roel Hermanides, lid van de Raad van Bestuur van Novadic-Kentron een warm pleidooi voor voortzetting van het project. Hij vraagt het hier bereikte succes over te dragen naar ieders beslissingsbevoegde bestuurder, zodat zij op de hoogte gesteld worden van de belangen voor de IMC's. Eta Mulder van GGZ Nederland, deskundig op het gebied van benchmarking, geeft aan dat het hier om een uniek project gaat waarbij de leerdoelstelling voorop staat.

Bovendien zou zij het heel onverstandig vinden om een project waarbij met veel moeite een goed uitvoerbare structuur is neergezet in zijn kiem te smoren. Juist nu is de kans gecreëerd om de komende jaren effectief informatie te gaan verzamelen over de IMC methodiek.

Uiteraard zijn de resultaten na een jaar benchmarken nog redelijk beperkt en zijn de conclusies nog onvoldoende onderbouwd, maar voortzetting kan de volgende voordelen opleveren:

Kader 14: Voordelen gezamenlijke voortzetting IMC Benchmarking

- De benchmark is uniek qua opzet. De opzet is gericht op leren (kwaliteitsverbetering) en niet in eerste instantie op verantwoorden.
- De onderzoeksresultaten kunnen integraal onderdeel uitmaken van de behandeling.
- Cliënten verwerven inzicht in de vorderingen die ze maken tijdens de behandeling.
- Intensieve uitwisseling tussen IMC's, waardoor kwaliteitsontwikkeling en methodiekontwikkeling breed ingezet worden.
- Er kunnen succesfactoren geformuleerd en getoetst worden.
- De benchmarking levert sturingsinformatie op (bijv. uitval, doelgroep, etc.).
- Er kunnen specifieke onderzoeksvragen geformuleerd worden.

Naast deze directe voordelen zijn er ook indirecte voordelen te noemen: de onderzoeksresultaten leveren materiaal op om landelijk aan de slag te gaan met beleidsthema's. Tevens is het vrij eenvoudig om op landelijk niveau een kwaliteitsverbeteringscyclus te ontwikkelen waar de lokale IMC's profijt van kunnen hebben.

De volgende beleidsthema's zullen het komend jaar verder uitgewerkt gaan worden, zie kader 15.

Kader 15: Besproken thema's

Implementeren van onderzoeksresultaten in klinische behandeling:

Binnen het IMC van de Grift loopt de benchmarking zeer goed. Men is in staat de benchmarking te integreren binnen de behandeling. De afspraak is gemaakt dat het IMC van de Grift op papier gaat zetten hoe zij dat aangepakt en ontwikkeld hebben. Van daaruit wordt een training opgezet.

Doelgroepomschrijving:

Op welke doelgroep richten de IMC's zich en welke verschillen bestaan er tussen de IMC's?

Methodiekontwikkeling op het IMC:

Er bestaat behoefte om te komen tot uitwisseling en ontwikkeling van de methodiek die gehanteerd wordt binnen de IMC's. Het handboek IMC is daarbij het uitgangsdokument. Hiervoor wordt een studiedag georganiseerd.

Medicatiebeleid en medische interventies op het IMC:

Er bestaat een grote diversiteit in het medicatiebeleid binnen de diverse IMC's. De bedoeling is om de artsen bij elkaar te brengen en tot uitwisseling te komen. IMC Centrum Maliebaan gaan dit organiseren.

Doorstroommogelijkheden na IMC-opname:

Voor veel IMC's blijken de doorstroommogelijkheden na een opname problematisch. Tactus heeft een differentiatie aangebracht in haar programma. Hierdoor is het mogelijk om na een IMC-opname door te stromen in een IMC-plus-programma als vervolg op het IMC-programma. Het programma van Tactus wordt gebruikt als voorbeeld bij het nadenken over en ontwikkelen van vervolgmogelijkheden na een IMC-opname.

17 Uitwerking thema's

Over ieder hierboven genoemde thema's zijn concrete afspraken gemaakt. Vanuit verschillende IMC's worden initiatieven genomen om betreffende thema's het komend jaar verder uit te werken:

Kader 16: Verdere uitwerking genoemde thema's

Inbedden van onderzoeksgegevens in de klinische praktijk:

Gebruik van instrumenten om het motivatieproces van de patiënt te meten, gebruiken in het therapeutisch contact met de cliënt. Tom Holsbeek van IMC De Grift gaat uitwerken hoe in De Grift onderzoeksgegevens geïmplementeerd zijn in het behandelingsproces. Naar aanleiding hiervan worden trainingen / workshops ontwikkeld, met als insteek hoe instrumenten in de behandeling gebruikt kunnen worden.

Kenmerken van de doelgroep met elkaar vergelijken:

Cor Verbrugge (Novadic-Kentron) coördineert via de benchmarkingwerkgroep verdere initiatieven om tot vervolganalyses te komen om inzicht in de kenmerken van de doelgroep te verfijnen.

Vergelijken van methodieken:

Hoe wordt het IMC Handboek toegepast in de praktijk?

Ralph Smids van IMC Mondriaan neemt alvast initiatieven om tot een gemeenschappelijke studie dag te komen waarin de methodiek van het Handboek IMC centraal staat. Cor de Jong en Cor Verbrugge werken mee aan de vertaling van een boek van Velasquez & DiClemente waarin een protocol is uitgewerkt voor groepsbehandeling van drugsverslaafden om hen stap voor stap door de fasen van verandering te begeleiden. Dit kan zeker bruikbaar zijn voor de IMC's.

Vergelijken van medicatiebeleid:

Werkbijeekomst(en) artsen. Leonie Bloks van Maliebaan onderzoekt de mogelijkheden om tot een gezamenlijke werkbijeekomst voor de IMC artsen te komen, met het doel om te praten over medicatiebehandeling binnen de IMC methodiek.

Aansluiting IMC naar Vervolgzorg:

Silvia Nijenhuis van De Grift onderneemt initiatieven om tot een uitwisseling van de instellingen die een IMC-plus setting gebruiken. Verkleint dit de kloof met vervolgbehandeling?

18 Resumerend

Inmiddels is gebleken dat het gezamenlijk verzamelen van elkaars behandelingsgegevens een breed gedragen streven is van de IMC's in Nederland. Tien IMC's hebben al aangegeven te willen doorgaan, vier met de maximumvariant, twee met de mediumvariant en vier IMC's met de minimumvariant. Benchmarking tussen de IMC's in Nederland zal gaan bestaan uit een duurzame verzameling van gegevens met betrekking tot het motivatieproces. Aan de hand van regelmatige terugkoppeling van de uitkomsten kunnen behandelaars hun werkwijze systematisch evalueren en aanpassen. Pas na interpretatie van de uitkomstgegevens door de behandelaars zijn voorlopige conclusies (werkhypotesen) mogelijk. Op basis van deze werkhypotesen kan de behandelingsmethodiek aangepast worden en leidt bestudering van de resultaten van volgende terugkoppelingen tot meer stellige conclusies. In feite wordt er zo collectief een kwaliteitscyclus van 'plannen - doen - controleren - verbeteren - plannen' ontwikkeld. Idealiter bevordert benchmarking een sterk partnership tussen de IMC's, waardoor het systematisch leren van behandelaars en de kwaliteit van zorg voor de cliënt toenemen.

19 Literatuur

Brief Staatssecretaris van WVC en nota gericht op vermindering van overlast,
Tweede Kamer, vergaderjaar 1993-1994, 22684, nr. 12

Cotton J.A., Essence of care, (2004) *Implementing continence benchmarks in a primary care*
Br. Community Nrs. 2004 Jun;9, 251 - 6

Drouven L.E., Schutte S.J.M. & Kingma M. (2001) *Eindrapportage Evaluatie IMC's*
Hoeksma, Homans & Menting in opdracht van Ministerie van VWS, Enschede.

Diepraam A., (2003) *Intramuraal Motivatie Centrum: Een handboek*,
uitgebracht door GGZ Nederland onder publicatienummer 2003-208 L

Defuentes-Merillas L., DeJong C.A.J., Schippers G.M. *Reliability and validity of the Dutch version of the Readiness to Change Questionnaire*. Alcohol Alcohol. 2002 Jan-Feb;37(1):93-9.

De Weert-Van Oene G.H., Schippers G.M., De Jong C.A.J., Schrijvers G.A.
Motivation for treatment in substance-dependent patients. Psychometric evaluation of the TCU motivation for treatment scales. Eur Addict Res 2002 Jan;8(1):2-9

Nota van het Ministerie van VWS: *'Het Nederlandse Drugbeleid: Continuïteit en Verandering'*,
(1994-1995).

Prochaska J.O. & DiClemente C.C. (1986) *Toward a comprehensive model of change*. In W.R. Miller & Heather, *Treating addictive behaviors: processes of change*, pp3-27. New York: Plenum Press.

Rutten R., & Hulshoff A. (2001). *Het intramurale motivatie centrum, klinische rehabilitatie tussen straat en systematische hulp*. In: R.H.L.M. Bovens, W.R. Buisman, J. Casselman, E.A. Noorlander, G.M. Schippers en W.M. de Zwart (red) *Handboek Verslaving* (pp a1050). Houten/Zaventhem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Rutten R. (redactie), Hogendoorn A., Czyzewsky E.C.J.E., Hermanides R. *Intramurale Motivatiecentra in Nederland: 'onmisbare schakel tussen straat en zorg'*: Adviesnota Utrecht 2001

Sutton S. *Back to the drawing board? A review of applications of the trans theoretical model to substance use*. Addiction 2001; 96: 175-186.

