

# **Hoe kunnen resultaten van zorg aan verslaafden worden gemeten en gebruikt?**

**Over operationalisatie en toepassing in de verslavingszorg van prestatie-indicatoren 1.2 en 1.4 van de basisset prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.**

## **Auteurs:**

**Drs Masha Spits**

**Prof dr. Gerard M. Schippers**

Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR)

Academisch Medisch Centrum Universiteit van Amsterdam

Oktober 2008

Rapport in opdracht van project Resultaten Scoren van GGZ Nederland te Amersfoort

Copyright: AIAR/Resultaten Scoren

## **Voorwoord bij RS rapport: Hoe kunnen resultaten van zorg aan verlaafden worden gemeten en gebruikt?**

De sector Verslavingszorg wil voor haar cliënten en financiers het beste leveren dat mogelijk is. Dat wil zeggen dat haar zorginterventies bij voorkeur bewezen effectief zijn (evidence based) of gebaseerd op de beste praktijk, wanneer die evidentie beperkt beschikbaar is. De sector streeft er naar voortdurend haar interventies te verbeteren, enerzijds gebaseerd op nieuwe (wetenschappelijke) inzichten en nieuwe regelgeving van de overheid, anderzijds op basis van de praktijkervaring en veranderingen in de hulpvraag van cliënten.

Voor de ontwikkeling, implementatie en borging van de best beschikbare hulpverlening laat de sector zich ondersteunen door het meerjaren project Resultaten Scoren (RS sinds 1999). Dat garandeert via een door haar ontwikkeld protocol dat alle interventies die in dit project worden geïnitieerd voldoen aan de hier beschreven ambities van de sector en dat via de Raad van Bekwaamheidsontwikkeling (RvBO) de toepassing ervan wordt geborgd.

Voor het verbeteren van haar interventies en het afleggen van verantwoording aan haar financiers past de sector de basisset prestatie-indicatoren toe die is ontwikkeld door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Een tweetal prestaties is in deze set wel benoemd, maar er is nog geen overeenstemming over de te gebruiken indicatoren en meetinstrumenten. Het betreft: Verandering ernst problematiek en Verandering in de ervaren kwaliteit van leven van de cliënt. Dit rapport gaat over de operationalisaties van deze indicatoren, de meetinstrumenten daarbij en de wijze waarop die kunnen worden toegepast. Het is gebaseerd op de ervaringen met een meerjaren benchmarkproject van vier grote instellingen voor verslavingszorg en op een analyse van beschikbare meetinstrumenten. Deze combinatie zorgt voor een duidelijk advies.

Opvolging van het advies kan de sector helpen op uniforme en transparante wijze haar prestaties aan anderen te laten zien. Uniformiteit is immers een voorwaarde als instellingen willen leren van de eigen resultaten, willen leren van elkaar, en als ze de buitenwereld inzage in die resultaten willen geven.

Het document kan ook gebruikt worden om aan financiers te laten zien hoe ingewikkeld het vraagstuk van prestatiemeting is, maar vooral ook hoe serieus de sector het vraagstuk neemt. Het zou wenselijk zijn over de te leveren prestaties en het ontwikkelproces van het instrumentarium daarvoor met de financiers afspraken te maken.

**Amersfoort, oktober 2008.**

**Drs. Martinus Stollenga**

**Voorzitter Stuurgroep Resultaten Scoren**

1	Inleiding .....	4
2	Wat zijn prestatie-indicatoren?.....	4
2.1	Prestatie-indicatoren voor de verslavingszorg.....	6
3	Methoden voor het vaststellen van prestatie-indicatoren.....	7
3.1	Meetmomenten .....	8
3.2	Meetinstrumenten .....	9
3.3	Operationalisatie van prestatie-indicatoren 1.2 en 1.4.....	11
3.4	Uitwerking operationalisatie prestatie-indicatoren: SPPS-syntax. ....	13
4	Gebruik maken van prestatie-indicatoren .....	13
4.1	Zorgconsumptie .....	13
4.2	Management Informatie Systeem (MIS).....	14
4.3	Terugkoppeling en verbetering.....	14
	Referenties .....	16
	Bijlagen.....	17

## Inleiding

De geestelijke gezondheidszorg en de verslavingszorg werken aan het verbeteren van kwaliteit en transparantie van zorg. Bottom-up benaderingen, waarbij professionals in de zorg een wezenlijke bijdrage leveren aan de verbetering van de kwaliteit van de zorg, hebben in de praktijk de meeste kans van slagen. Uitkomstenmanagement (performance management) is een van de methoden om de verbeteringen te bewerkstelligen. Uitkomstenmanagement bestaat uit het meten van resultaten ter informatie van professionals en bestuurders. Volgens het GGZ uitkomstenkwadrant worden onder resultaten van zorg gerekend: de klinische veranderingen, de kosten, de cliënt<sup>1</sup> waardering en de kwaliteit van leven (Walburg, 2003). De basisset prestatie-indicatoren, die door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) wordt verspreid ten behoeve van de GGZ en de Verslavingszorg, behelst dit kwadrant. Men gaat ervan uit dat door de invoering van prestatie-indicatoren meer transparantie in de zorg ontstaat, op grond waarvan verbeteringen kunnen worden toegepast waarmee de kwaliteit zal verbeteren. Ook kunnen instellingen van elkaar leren en verbeteringen aanbrengen door vergelijking van de resultaten tussen instellingen (benchmarking).

Voor de sector van de verslavingszorg speelt het landelijk kwaliteitsprogramma Resultaten Scoren de rol van stimulator van verbeteringen. Onder meer maakte zij twee benchmarkprojecten mogelijk: project 'IMC benchmarking' en project 'OutcomeBench'. Project IMC benchmarking is uitgevoerd door het Nijmegen Institute for Science-Practitioners in Addiction (NISPA) en is gestart in 2001. In het project worden behandelingsresultaten van elf Intramurale Motivatie Centra (IMC) met elkaar vergeleken (Verbrugge, de Jong, Holsbeek, & van Dijk, 2005). Project OutcomeBench, dat is gefinancierd door ZonMw, is uitgevoerd tussen 2000 en 2006 door het Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR). In dit project werden uitkomsten van ambulante behandelingen van vier grote verslavingszorginstellingen gemeten, geanalyseerd, vergeleken en teruggekoppeld aan de behandelende teams en de directies van de instellingen. Project OutcomeBench bedoelde een uitkomstenproject op te zetten en de uitvoerbaarheid te evalueren. Gezien het succes en de belangstelling hebben de betrokken instellingen besloten dit project met eigen middelen voort te zetten. Vanaf 2006 gebeurt dit onder de naam *Benchmark Leefstijltrainingen Verslavingszorg* (BLV).

Doel van deze notitie is om de ervaringen die zijn opgedaan met het vaststellen en toepassen van prestatie-indicatoren in project BLV ter beschikking te stellen aan de sector. In het bijzonder zullen we suggesties doen voor het hanteren van enkele indicatoren waarover landelijk nog geen meet-consensus is bereikt. We stellen een operationalisatie voor met betrekking tot twee centrale uitkomstmaten, namelijk middelengebruik en kwaliteit van leven. Terzijde zullen we ook enkele opmerkingen maken over uitkomsten op andere probleemgebieden dan middelengebruik die in de verslavingszorg behandeld kunnen worden. Vervolgens presenteren we een syntax in SPSS voor de onttrekking van gegevens over het middelengebruik uit patiëntendossiers. Verder doen we een aantal suggesties voor het gebruik van prestatie-indicatoren ter verbetering van de zorg.

## 2 Wat zijn prestatie-indicatoren?

Prestatie-indicatoren zijn meetbare aspecten van de zorg die een aanwijzing kunnen geven over de kwaliteit, de veiligheid, de doelmatigheid en de toegankelijkheid van de zorg.

---

<sup>1</sup> In de verslavingszorg wordt zowel over cliënten als over patiënten gesproken. In deze notitie zullen we 'cliënten' aanhouden, omdat in de basisset prestatie-indicatoren deze term gehanteerd wordt..

(Wollersheim et al., 2007). Een indicator heeft een signalerende functie en doet derhalve geen uitspraak over wat goed of fout is. Een indicator krijgt betekenis als er een norm is bepaald. Zo'n norm komt uit wetenschappelijk onderzoek of wordt door middel van consensus tussen experts aangenomen.

De ontwikkeling van prestatie-indicatoren in de Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg begon tijdens een conferentie in Leidschendam in 2000 (Wennink & van Wijngaarden, 2006). Zowel zorgaanbieders en verzekeraars als de overheid en de Inspectie voor de Gezondheidszorg benadrukten het belang van het zichtbaar maken van resultaten en prestaties in de gezondheidszorg. De kwaliteit van zorg moest systematisch getoetst worden en resultaten zouden gemeten moeten worden, zodat processen transparant zijn en verantwoording afgelegd kan worden over prestaties. Tevens kunnen prestaties vergeleken worden en gerelateerd worden aan de kosten. In 2002 werd door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de kwaliteitswet geëvalueerd. De kwaliteitswet houdt in: "publieke verantwoording afleggen over kwaliteit en doelmatigheid van de geleverde zorg". Zodat er 1) duidelijke vergelijkbare indicatoren van de geleverde zorg beschikbaar zijn, 2) bedrijfsvergelijkingen (benchmarking) mogelijk is, 3) monitoring gedaan kan worden en 4) er een transparant inzicht is, aangezien alle informatie openbaar is.

Het ministerie van VWS gaf het Trimbosinstituut opdracht om voor de GGZ, de Verslavingszorg en de Maatschappelijk Opvang prestatie-indicatoren te ontwikkelen waarmee de effectiviteit van de zorg vastgesteld kon worden. Het Trimbos instituut heeft de basisset samengesteld in samenwerking met de overheid, inspectie, cliënten, verzekeraars en professionals (Stuurgroep Transparantie GGZ, 2007). Al deze partijen hebben baat bij de prestatie-indicatoren: het kwaliteitsbeleid kan verbeterd worden, het toezicht op de kwaliteit wordt vergemakkelijkt en verbeterd, de zorgverzekeraars kunnen hun inkoopbeleid verbeteren en cliënten kunnen een betere keuze maken. De basisset wordt aan de hand van evaluatieonderzoek voortdurend bijgesteld en verbeterd.

De keuze van indicatoren is gebaseerd op een aantal criteria:

1. Indicatoren zijn in ontwikkeling
2. Indicatoren moeten handvatten bieden voor externe verantwoording en interne kwaliteitsverbetering
3. Indicatoren worden gespecificeerd naar diagnosegroep
4. Een indicator is geen minimumnorm
5. Waar mogelijk klinische uitkomstindicatoren hanteren
6. Indicatoren zijn uniform te meten
7. Prestaties meten vanuit verschillende perspectieven
8. Indicatoren baseren op bestaande registratiesystemen
9. Balans zoeken tussen zeggingskracht en praktische haalbaarheid

De kwaliteitswet behelst dat kwaliteit van zorg 'cliëntgericht, effectief en veilig' is. Daarom zijn de prestatie-indicatoren gericht op de aspecten: effectiviteit, veiligheid en cliëntgerichtheid. Onder effectiviteit vallen preventie, behandelresultaat, bemoeizorg en continuïteit bij verandering zorgsoort. Bijlage 1 geeft een overzicht van alle prestatie-indicatoren. Drie prestatie-indicatoren die in de basisset zijn genoemd zijn in het bijzonder van belang voor de effectiviteit, namelijk Verandering ernst problematiek (indicator 1.2), Verandering in het dagelijks functioneren (indicator 1.3) en Verandering in de ervaren kwaliteit van leven van de cliënt (indicator 1.4). Bijlage 2 geeft de beschrijving uit de basisset prestatie-indicatoren van de prestatie-indicatoren 1.2, 1.3 en 1.4. Over prestatie-indicator 1.3, verandering in het dagelijks functioneren, is reeds consensus met betrekking tot de meetmethode. Deze wordt vastgesteld door middel van de GAF score. Deze notitie gaat derhalve enkel over prestatie-indicatoren 1.2 en 1.4 in de verslavingszorg.

## 2.1 Prestatie-indicatoren voor de verslavingszorg

Verslavingszorginstellingen zijn verplicht om prestatie-indicatoren in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording te publiceren. De meeste prestatie-indicatoren moeten al in het jaarverslag van 2007 verwerkt worden, andere moeten vastgelegd worden over 2008 of 2009. Dit betekent dat op verschillende gebieden structureel uitkomsten gemeten moeten worden. Omdat er over de prestatie-indicatoren 1.2 en 1.4 nog geen consensus is met betrekking tot meetinstrumenten, doen wij daar in deze notitie een voorstel voor. Wat houden deze twee prestatie-indicatoren in?

### Prestatie-indicator 1.2: Verandering ernst problematiek

De verandering van de ernst van de problematiek is de centrale maat voor het effect van de behandeling. Die verandering dient zowel vastgesteld te worden door de hulpverlener als door de cliënt. Deze indicator bestaat volgens de beschrijving in de basisset uit vier onderdelen:

Cliëntperspectief:

- a. Het percentage cliënten waarbij de behandeling naar het oordeel van de cliënt heeft geleid tot verbetering en/of stabilisatie van de klachten.

Hulpverlenersperspectief:

- b. Het percentage cliënten waarbij tijdens de behandeling op systematische wijze de verandering van ernst van de problematiek in kaart is gebracht.
- c. De instrumenten die gebruikt worden om de verandering ernst problematiek vast te stellen.
- d. Het percentage cliënten waarbij de behandeling heeft geleid tot verbetering en/of stabilisatie van de klachten.

Indicator 1.2a en b dienen al in het jaardocument van 2007 geleverd te worden. De indicatoren 1.2c en d zijn voor 2007 en 2008 nog facultatief, over 2009 moeten deze wel geleverd worden.

*Indicator 1.2a* is het percentage cliënten dat aangeeft dat de behandeling geleid heeft tot een verbetering of stabilisatie van de klachten. De teller is hierbij het aantal cliënten dat aangeeft verbetering of stabilisatie in klachten te ervaren, dit is afhankelijk van het gebruikte meetinstrument. De noemer is het totaal aantal cliënten dat de betreffende vragen beantwoordt heeft. Bij deze indicator dient tevens aangegeven te worden wat de respons is: met als teller het totaal aantal cliënten dat de betreffende vragen beantwoordt heeft en als noemer het aantal uitgezette vragenlijsten.

*Indicator 1.2b* is als tijdelijke oplossing toegevoegd, aangezien er nog geen meetinstrument voor verandering ernst problematiek vanuit het hulpverlenersperspectief (*1.2d*) is dat voldoende draagvlak voor landelijke implementatie heeft. Deze tijdelijke oplossing is een procesindicator die aangeeft bij welk percentage van de cliënten de verandering van ernst van de problematiek wordt bijgehouden. Bij deze indicator is de teller het aantal cliënten waarbij op systematische wijze de verandering in ernst van de problematiek gemeten is. De noemer is het aantal cliënten waarbij de behandeling is afgesloten.

Bij *Indicator 1.2c* dient aangegeven te worden welk instrument wordt gebruikt. *Indicator 1.2d* is het percentage cliënten waarbij de klachten verbeterd en/of gestabiliseerd zijn. De teller is het aantal cliënten waarbij bij nameting verbetering of stabilisatie van de klachten gemeten wordt. De noemer is het aantal cliënten waarbij tijdens de behandeling op systematische wijze de verandering in de ernst van de problematiek gemeten is.

Wat we beschouwen als ‘verandering in ernst problematiek’ in de verslavingszorg hangt af van behandelde groep en het doel van de zorg. Primaire taak van de verslavingszorg is het behandelen van de verslaving en dus betekent ‘verandering in ernst problematiek’ verandering

in de ernst van de verslaving, dat wil zeggen dat het middelengebruik centraal staat. Verbetering zal dan zijn vermindering in gebruik, tot abstinentie of tot aanvaardbaar niveau. Verandering van middelengebruik is echter niet voor iedereen (meer) doel van de zorg. Met name de sociale verslavingszorg, voor chronisch verslaafden, is vooral of uitsluitend gericht op rehabilitatie en schadevermindering. Als dat de doelen van zorg en behandeling zijn moet een andere operationalisatie van prestatie-indicator 1.2d gekozen worden. Daarvoor zijn diverse meetmodellen en instrumenten beschikbaar (zoals de MATE-ICN). Gebruik van indicator 1.3 Verandering dagelijks functioneren, die zoals gemeld met de GAFscore gemeten zal worden, kan daarvoor niet dienen. De GAF is bedoeld als algemene, toegevoegde maat en te grofmazig om als enige uitkomstindicator te dienen. Eer dienen meer gedifferentieerde doelen in ‘verandering in ernst problematiek’ anders dan aan de hand van middelengebruik vastgesteld te worden.

#### *Prestatie-indicator 1.4: Verandering in de ervaren kwaliteit van leven van de cliënt*

Kwaliteit van leven is een van de aspecten van behandelresultaat en een indicator voor de effectiviteit van een behandeling. Het is een belangrijk doel in de zorg, met name voor langdurige behandelingstrajecten.

Deze indicator bestaat uit drie onderdelen:

- a. Het percentage cliënten dat langdurige behandeling of begeleiding ontvangt, waarbij tijdens de behandeling of begeleiding op systematische wijze de verandering in de ervaren kwaliteit van leven in kaart is gebracht.
- b. De instrumenten die gebruikt worden voor het meten van de ervaren kwaliteit van leven.
- c. Het percentage cliënten waarbij na langdurige behandeling een verbetering of stabilisatie van de kwaliteit van leven gemeten wordt.

Prestatie-indicator 1.4 is facultatief voor 2007 en 2008, vanaf 2009 dient hij echter wel geleverd te worden.

*Indicator 1.4a* is toegevoegd als tijdelijke oplossing, aangezien er nog geen meetinstrument voor de verandering in de kwaliteit van leven van de cliënt is, dat voldoende draagvlak voor landelijke implementatie heeft. Deze tijdelijke oplossing is een procesindicator die aangeeft bij welk percentage van de cliënten de verandering in de kwaliteit van leven wordt bijgehouden. De teller bij indicator 1.4a is het aantal cliënten waarover systematisch de kwaliteit van leven gemeten is als tweede of verdere meting. De noemer is het aantal cliënten dat een behandeling heeft gehad.

Bij *Indicator 1.4b* dient aangegeven te worden welk instrument hiervoor gebruikt is. *Indicator 1.4c* is het percentage cliënten waarbij na langdurige behandeling een verbetering of stabilisatie van de kwaliteit van leven gemeten wordt. De teller is hierbij het aantal cliënten waarbij verbetering of stabilisatie van de kwaliteit van leven gemeten wordt en de noemer is het aantal cliënten dat langdurige behandeling ontvangt. Met ‘langdurige’ wordt behandeling of begeleiding bedoeld van langer dan één jaar. In de verslavingszorg worden veelal behandelingen gegeven die korter duren dan één jaar. Daarom dient duidelijk vermeld te worden hoe lang de zorg heeft geduurd.

### **3 Methoden voor het vaststellen van prestatie-indicatoren**

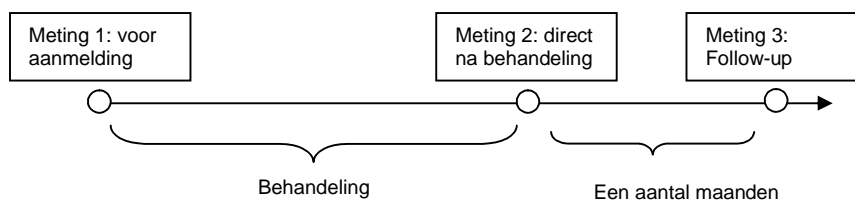
In deze paragraaf zullen methoden worden besproken om de relevante gegevens voor de rapportage van de prestatie-indicatoren 1.2 en 1.4 te verzamelen. Eerst zullen mogelijke meetmomenten besproken worden, waarbij een onderscheid gemaakt zal worden tussen een ‘ideaal’ en ‘praktisch’ meetmoment. Vervolgens wordt ingegaan op welke meetinstrumenten

gebruikt kunnen worden om de benodigde gegevens te verzamelen. Ten slotte wordt de operationalisatie van beide prestatie-indicatoren in de verslavingszorg besproken.

### 3.1 Meetmomenten

#### Idealiter

De twee prestatie-indicatoren hebben betrekking op de mate van verandering. Om verandering vast te stellen zijn twee metingen nodig die met elkaar kunnen worden vergeleken. Een tweede meting kan direct na afloop bij afsluiting van de behandeling uitgevoerd worden. Voordelen van een meting direct na afloop is dat het een indicatie geeft van het directe resultaat van de behandeling. De tevredenheid kan direct uitgevraagd worden en men hoeft geen beroep te doen op herinneringen. Maar, het is uiteraard interessant en misschien wel een meer accurate maat van effectiviteit als er ook een meting is enkele maanden na afsluiting. Een follow-up meting kan een duidelijk beeld geven over het patroon van de verandering. Het meest ideale zou zijn om elke cliënt een zelfde aantal maanden na een behandeling te bereiken, zodat er vergelijkbare gegevens komen. Concluderend zou er idealiter op drie momenten een meting plaatsvinden: voor de behandeling, direct na de behandeling en enkele maanden later. Op die manier kunnen er patronen in behandelresultaat vastgesteld worden. Zie figuur 1 voor een weergave van de ideale meetmomenten.



Figuur 1: ideale meetmomenten

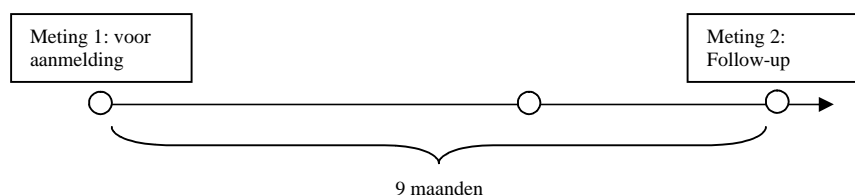
Hier kan echter een aantal kanttekeningen geplaatst worden: Een voormeting is theoretisch goed uit te voeren, degene die de intake afneemt, kan daarnaast vragenlijsten invullen en afnemen of meegeven (afhankelijk van de vraag). Een meting direct na afsluiting is al wat lastiger: niet iedereen sluit de behandeling af. Hierdoor zou je de interessante groep missen die vroegtijdig de behandeling verlaat. Het is echter wel interessant om direct resultaat van de behandeling vast te stellen. Een meting enkele maanden na afsluiting van de behandeling is uiteraard lastig in uitvoering aangezien het praktisch niet haalbaar is om alle cliënten die een behandeling hebben gehad te bereiken. Het zal lastig zijn om alle cliënten een zelfde periode na afsluiting van de behandeling te bereiken, omdat dan voor elke cliënt een aparte datum voor follow-up vastgesteld moet worden en de cliënt de behandeling afgesloten moet hebben. Daarnaast zijn het registreren van gegevens en afnemen van vragenlijsten binnen de zorgverlening uiterst tijdrovende bezigheden. Derhalve zal zowel de kwantiteit, als de kwaliteit van de afgenomen gegevens in het geding komen: de respons zal mager zijn, en dat wat ingevuld is, zal niet altijd even betrouwbaar zijn. Om deze reden zal er een meer praktische oplossing met betrekking tot de meetmomenten gekozen moeten worden.

#### Praktisch

De ideale meetmomenten brengen een aantal obstakels met zich mee die van invloed kunnen zijn op de haalbaarheid en betrouwbaarheid van de gegevens. Aangezien haalbaarheid een eerste vereiste is voor het verzamelen van gegevens, zal hier een meer praktische methode met betrekking tot de meetmomenten worden besproken.

Een voormeting is praktisch goed haalbaar, gegevens kunnen afgenomen en beoordeeld worden bij aanmelding of start van de behandeling. Wel dient het uniform uitgevoerd te worden en moet het duidelijk zijn wanneer exact de gegevens worden verzameld: direct bij inschrijving, bij een (eerste) intakegesprek of bij de start van de behandeling.

Een meting direct na afloop van de behandeling is lastiger uit te voeren, aangezien er dan geen duidelijk uniform moment is (niet elke behandeling gaat even lang door, niet iedereen heeft een laatste afsluitende sessie). Gezien deze bezwaren, kan er voor gekozen worden om enkel een follow-up meting te doen. Ook follow-up meting is lastig aangezien er vaak geen duidelijk afsluit moment is. Daartoe kan een fictief afsluit moment gecreëerd worden, zodat alle cliënten een follow-up krijgen die zich in een bepaalde periode hebben aangemeld. Op deze manier is er een duidelijke voor- en nameting waardoor 'verandering' vast te stellen is. Tevens kan een effect op een wat langere termijn vastgesteld worden. Uiteraard dient hierbij rekening gehouden te worden met het feit dat niet alle cliënten bereikt kunnen worden bij een follow-up meting, maar het is wel mogelijk om cliënten die vroegtijdig de behandeling hebben beëindigd te bereiken. In figuur 2 zijn deze meetmomenten weergegeven. Omdat het lastig is een afsluitmoment vast te stellen is in dit voorbeeld een termijn van negen maanden na aanmelding aangehouden. Een bepaalde termijn kan gekozen worden aan de hand van andere metingen. Als er bijvoorbeeld wel een exit meting wordt afgenomen, dan is het interessant een follow-up te doen een langere periode na de exitmeting. Nadeel hiervan is dat de resultaten dan wel ver weg in tijd liggen van het directe resultaat in de praktijk. Is er echter geen exitmeting, dan is het aan te raden niet te lang te wachten met een follow-up meting en deze enkele maanden na behandeling te laten plaatsvinden.



Figuur 2: praktische meetmomenten

### 3.2 Meetinstrumenten

Om op een juiste manier de prestatie-indicatoren vast te stellen zijn er goede meetinstrumenten nodig, die een breed draagvlak hebben voor landelijke implementatie. Voor beide indicatoren zijn er nog geen universele meetinstrumenten in gebruik. Daarom worden hier voor prestatie-indicator 1.2a, 1.2d en 1.4c mogelijke meetinstrumenten en operationalisaties aangedragen. Het is belangrijk een instrument te kiezen dat betrouwbaar, maar ook praktisch en haalbaar is. Als er reeds instrumenten worden gebruikt en deze voldoen aan de meeste eisen, dan is het raadzaam deze niet te veranderen.

#### Prestatie-indicator 1.2a 'Verandering ernst problematiek, vanuit het cliëntperspectief'

Voor prestatie-indicator 1.2a ('Het percentage cliënten waarbij de behandeling naar het oordeel van de cliënt heeft geleid tot verbetering en/of stabilisatie van de klachten') bespreken we twee meetinstrumenten die ook in de basisset aangedragen worden, de GGZ Thermometer en de CQ index.

## **GGZ Thermometer**

Momenteel wordt de thermometer cliëntwaardering voor deze vragen veel gebruikt. Aangezien de thermometer goed geïmplementeerd is, is het vooralsnog handig om deze te gebruiken. De GGZ Thermometer bevat een aantal vragen die betrekking hebben op de tevredenheid en klachten van de cliënt. Bij gebruik van de Thermometer cliëntwaardering dient indicator 1.2a als volgt gerapporteerd te worden: de teller is het totaal aantal cliënten dat vraag 13 ('Heeft u door de behandeling meer greep op uw problemen of klachten (gekregen)?') en 14 ('Bent u door de behandeling vooruit gegaan?') positief beantwoord heeft. De noemer is het totaal aantal cliënten dat de vragen beantwoord heeft. Tevens moet de respons vermeld worden.

## **Consumer Quality (CQ) index**

Voor de verandering ernst vanuit het cliëntperspectief kan ook de Consumer Quality index (CQ index) gebruikt worden. Het ministerie van VWS wil deze vragenlijst t.z.t. in alle zorgsectoren invoeren. Momenteel zijn het Trimbos instituut en het NIVEL bezig met de ontwikkeling hiervan voor de geestelijke gezondheidszorg (van Wijngaarden, Kok, Meije, & Fotiadis, 2007). Het is een uitgebreide vragenlijst van 77 vragen die ingaat op de tevredenheid en klachten van de cliënt waaronder een hoofdstuk 'Verandering in klachten en functioneren'. Dit hoofdstuk bevat vier vragen. Bij gebruik van de CQ index dient de prestatie-indicator 1.2a als volgt gerapporteerd te worden: de teller is de totaalscore van de vier vragen in de schaal 'Verandering in klachten en functioneren' van alle cliënten die deze hebben beantwoord. De noemer is het totaal aantal cliënten dat de vragen beantwoord heeft.

### *Prestatie-indicator 1.2d 'Verandering ernst problematiek, vanuit het hulpverlenersperspectief'*

Aangezien er tevens geen landelijk meetinstrument voor indicator 1.2d ('Het percentage cliënten waarbij de behandeling heeft geleid tot verbetering en/of stabilisatie van de klachten') is, bespreken we hier twee mogelijke instrumenten, de (Europ)ASI en de MATE.

## **(Europ)ASI**

De Europese versie van de Addiction Severity Index (Kokkevi & Hartgers, 1995) is een semi-gestructureerd en gestandaardiseerd interview waarin een zevental leefgebieden uitgevraagd worden waarvan verondersteld wordt dat deze gerelateerd zijn aan problematisch middelengebruik. De leefgebieden zijn: (1) Lichamelijke gezondheid, (2) Arbeid, opleiding en inkomen, (3a) Alcoholgebruik en (3b) drugsgebruik, (4) Justitie en Politie, (5) Familie en Sociale Relaties, (6) Psychische en Emotionele klachten, (7) Gokken.

Het interview bestaat uit vragen die betrekking hebben op drie time-frames: *ooit in uw leven*, *in het afgelopen jaar* en *in de afgelopen 30 dagen*. Per leefgebied wordt aan de hand van de gegeven antwoorden een ernstscore gegeven. Deze ernstscore geeft een indicatie in welke mate de interviewer van mening is dat de geïnterviewde hulp nodig heeft op het betreffende leefgebied.

## **MATE**

De MATE (Meetinstrument bij Addictie voor Triage en Evaluatie; Schippers, Broekman, & Buchholz, 2007) is ontwikkeld als Europees alternatief voor de ASI, gericht op het zo efficiënt mogelijk toewijzen van zorg. De MATE is een verzameling van bestaande en nieuwe ontwikkelde instrumenten. De MATE heeft een omvang die vergelijkbaar is met de ASI, maar is modulair en optioneel opgebouwd ([www.mateinfo.nl](http://www.mateinfo.nl)). Deels zijn het interviews en deels (zelfinvul)vragenlijsten. Net als bij de ASI worden afzonderlijk vastgesteld: behandelgeschiedenis, verslavingsernst, sociale integratie (activiteiten en participatie) en de

lichamelijke en psychiatrische co-morbiditeit. Daarnaast beschikt de MATE over een apart onderdeel dat het functioneren in kaart brengt, de MATE-ICN. De MATE-ICN is gebaseerd op een aantal domeinen van de ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health). Het is niet alleen geschikt voor mensen met een verslaving, maar voor alle personen met psychische aandoeningen. Voor middelengebruik en verslaving wordt gebruik gemaakt van de CIDI (Composite International Diagnostic Interview).

Voor de rapportage van prestatie-indicator 1.2d dient als teller genomen te worden: het aantal cliënten waarbij bij voor- en nameting verbetering danwel stabilisatie van de klachten gemeten wordt. De noemer is het aantal cliënten waarbij de behandeling is afgesloten en waarbij op systematische wijze de verandering in ernst van de problematiek gemeten is. De wijze van rapporteren over deze prestatie-indicator met deze meetinstrumenten is niet vastgesteld. In paragraaf 3.3 zal daarom besproken worden hoe over prestatie-indicator 1.2d gerapporteerd kan worden wanneer er gebruik gemaakt wordt van de ASI of de MATE.

#### Prestatie-indicator 1.4c 'Verandering in kwaliteit van leven'

Ook voor de verandering in de kwaliteit van leven van de cliënt is momenteel nog geen meetinstrument, dat voldoende draagvlak voor landelijke implementatie heeft. We bespreken hier twee mogelijke meetinstrumenten, die ook in de basisset aangedragen worden, de MANSA en de Euroqol.

#### **MANSA**

De Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) is een instrument dat de kwaliteit van leven meet. Naast een aantal demografische kenmerken, bestaat de MANSA uit 16 vragen. Vier vragen zijn objectief en kunnen alleen met ja en nee beantwoord worden en hebben onder andere betrekking op sociale situaties en justitie. De overige vragen zijn subjectief en worden op een 7-puntsschaal beantwoord. Deze vragen bestrijken de tevredenheid van de cliënt met verschillende levensdomeinen (Priebe, Huxley, Knight, & Evans, 1999).

#### **De EuroQol**

De Euroqol is een heel korte, efficiënte vragenlijst: slechts 5 (EQ-5D) of 6 (EQ-6D) vragen met drie mogelijke antwoordcategorieën. Elke vraag omvat één dimensie van kwaliteit van leven, te weten mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn of andere klachten, angst/depressie en cognitie (alleen bij de EQ-6D). Elke dimensie bestaat uit één item waarbij drie niveaus worden onderscheiden: geen problemen, enige problemen, veel problemen ([www.euroqol.org](http://www.euroqol.org)).

Bij de rapportage van prestatie-indicator 1.4c is de teller het totaal aantal cliënten dat langdurige behandeling of begeleiding ontvangt waarbij verbetering danwel stabilisatie in kwaliteit van leven gemeten wordt. De noemer is het totaal aantal cliënten dat langdurige behandeling of begeleiding ontvangt. De wijze van rapporteren over deze prestatie-indicator met deze meetinstrumenten is niet vastgesteld. In paragraaf 3.3 zal daarom besproken worden hoe over prestatie-indicator 1.4c gerapporteerd kan worden wanneer er gebruik gemaakt wordt van de Euroqol.

### **3.3 Operationalisatie van prestatie-indicatoren 1.2 en 1.4**

De uitwerking van prestatie-indicator 1.2 a 'Verandering ernst problematiek vanuit het cliëntperspectief' is afhankelijk van het meetinstrument. Voor twee instrumenten is de manier van rapporteren aangegeven in de vorige paragraaf.

De prestatie-indicator ‘*Verandering ernst problematiek vanuit het hulpverlenersperspectief*’ (1.2d) kan in het geval van middelenverslaving gedefinieerd worden als verandering in middelengebruik. In deze notitie zal zoals gemeld daar de nadruk op liggen. Andere uitkomstmaten kunnen uiteraard ook gekozen worden voor met deze prestatie-indicator en de besproken meetinstrumenten, maar wij beperken ons hier tot de uitwerking van middelengebruik. Wij stellen een driedeling voor in de uitkomsten, te weten *abstinent, niet overmatig of overmatig gebruik in de recent afgelopen periode*. In Tabel 1 zijn deze drie categorieën gedefinieerd.

Tabel 1: Definitie uitkomsten middelengebruik

Abstinent	Geen gebruik van primair en secundair middel
Niet overmatig	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alcohol: max 21 dagen drinken en geen dagen van meer dan 4 glazen per dag voor mannen en 3 glazen voor vrouwen</li> <li>• andere middelen: max 6 dagen gebruik/gokken</li> </ul>
Overmatig	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alcohol: meer 21 dagen drinken en/of meer dan 3 (vrouwen) of 4 (mannen) glazen per dag</li> <li>• andere middelen: meer dan 6 dagen gebruik/gokken</li> </ul>

De operationalisatie van ‘geen overmatig alcoholgebruik’ hangt af van het gebruikte instrument. De EuropASI vraagt op hoeveel dagen er gedronken is in de afgelopen 30 dagen en het aantal dagen van meer dan vier glazen alcohol. De definitie van overmatig gebruik moet daarop gebaseerd zijn en kan dus wat betreft aantal glazen niet verschillend zijn voor mannen en vrouwen. Voor de andere middelen wordt met de EuropASI uitgegaan van het aantal dagen dat er gebruikt of gegokt is in de afgelopen 30 dagen. De MATE-follow-up vraagt bij alle middelen naar het aantal gebruikte eenheden en kan dus onderscheid maken tussen mannen en vrouwen. Verder zal de MATE-follow-up (die nog niet definitief is vastgesteld) zich waarschijnlijk uitstrekken over de afgelopen drie maanden, omdat dit de termijn is waarover gerapporteerd wordt in vrijwel alle belangrijke wetenschappelijke studies waarin de effecten van behandeling worden geëvalueerd (The Project MATCH Research Group, 1997; Zweben & Cisler, 2003; Crits-Christoph et al., 1999; The Marijuana Treatment Project Research Group, 2004). Voor de andere middelen kan de hierboven gegeven definitie gebruikt worden, maar ook daar kan met de MATE-follow-up rekening gehouden worden met het aantal eenheden (per dag). Voordeel is dat daarmee naast een absolute maat (wel of niet ‘genezen’) de relatieve vermindering in gebruik kan worden vastgesteld bij personen die alhoewel nog steeds overmatig, (veel) minder gebruiken.

De *kwaliteit van leven indicator* (1.4c) kan gerapporteerd worden aan de hand van de Euroqol vragen, die worden uitgevraagd bij het follow-up interview. Het betreffen vijf vragen met drie antwoordmogelijkheden (geen problemen, enige problemen, veel problemen). Het is mogelijk te rapporteren over het percentage cliënten dat geen problemen rapporteert bij follow-up. Aangezien de kwaliteit van leven op verschillende gebieden wordt uitgevraagd, is het betekenisvol om het percentage cliënten dat geen problemen heeft per categorie aan te geven. Tevens bestaat de mogelijkheid om de kwaliteit van leven, bij gebruik van de EQ-5D, te rapporteren door middel van een utiliteitsscore ([www.euroqol.org](http://www.euroqol.org)). De kwaliteit van leven

van cliënten kan vervolgens vergeleken worden op verschillende gronden, bijvoorbeeld tussen de cliënten die de behandeling wel of niet hebben afgemaakt, of tussen cliënten die abstinente zijn door behandeling of nog overmatig gebruiken.

### **3.4 Uitwerking operationalisatie prestatie-indicatoren: SPSS-syntax.**

Project *Benchmark Leefstijltrainingen Verslavingszorg* maakt vooralsnog gebruik van de in tabel 1 geschetste driedeling van de prestatie-indicatoren over de afgelopen 30 dagen, omdat zij vooralsnog gebaseerd is op de EuropASI. Omdat de (ASI-) intakegegevens in de praktijk vaak slordig en onvolledig verzameld blijken te zijn, worden vrijwel uitsluitend de follow-up gegevens gebruikt en wordt ervan uitgegaan dat alle cliënten bij intake overmatig gebruikten. Enkel de aanduiding van wat de primaire en secundaire problematiek is wordt gebaseerd op intakegegevens. Uit het follow-up interview zijn voor prestatie-indicatoren 1.2 en 1.4 nodig: gebruiksgegevens, gegevens over het cliëntperspectief en gegevens over de kwaliteit van leven. De gebruiksgegevens in het project komen van de 'laatste 30 dagen vragen' van de ASI. De vragen over de kwaliteit van leven komen van de Euroqol 5D. De vragen over de tevredenheid van de behandeling, het resultaat vanuit het perspectief van de cliënt, komen van de GGZ thermometer. In bijlage 2 hebben we een bewerking gegeven om gebruiksgegevens die met de ASI zijn verzameld te komen tot de indeling van gebruik zoals in tabel 1 staat. Deze bewerking is geschreven als een syntax (ontwikkeld door Drs. Hans Kronemeijer, JellinekMentrum) in het statistisch programma SPSS, maar kan in principe natuurlijk ook in andere statistische pakketten gehanteerd worden.

## **4 Gebruik maken van prestatie-indicatoren**

Hoe kunnen prestatiegegevens gebruikt worden voor verbetering? Instellingen zullen zich daarbij niet willen en kunnen beperken tot het afdrucken van gegevens in het Jaardocument. Om er conclusies over de zorg uit af te leiden zullen ze in perspectief geplaatst moeten worden. Dat betekent de relatie leggen tussen uitkomsten en het soort cliënten en de aard en hoeveelheid zorg die ze hebben gekregen. Hebben cliënten hun behandeling afgemaakt of niet en hoe gaat het met de cliënten die de behandeling niet hebben afgemaakt? Enz. In de volgende paragraaf geven we aan op welke wijze wij in het project *Benchmark Leefstijltrainingen Verslavingszorg* de zorgconsumptie hebben geoperationaliseerd. Voorts op welke wijze wij die gegevens aan elkaar relateren en op welke wijze ze worden teruggekoppeld aan de behandelaren en aan de directies.

### **4.1 Zorgconsumptie**

In het project *Benchmark Leefstijltrainingen Verslavingszorg* worden gegevens over de zorgconsumptie van cliënten onttrokken aan de elektronische dossiers van de instellingen. Het betreft enkel de cliënten die minimaal één sessie van een leefstijltraining hebben gevolgd. Een leefstijltraining is een cognitieve gedragstherapie die zowel een korte als lange duur heeft en zowel in een groep als individueel aangeboden wordt. Om de vergelijkbaarheid tussen de instellingen en cliënten zo groot mogelijk te houden wordt de benchmark beperkt tot een selectie van de cliënten. Cliënten die een intensiever traject hebben gevolgd, zoals dagbehandeling of klinische opname, worden er niet in betrokken, andere ambulante contacten (ook met een arts) zijn geen reden voor uitsluiting.

De zorgconsumptie van cliënten wordt geselecteerd vanaf de datum van afname ASI tot één jaar na die datum. Als er een follow-up interview is afgenomen is het vanaf de datum van de ASI tot de datum van het follow-up interview. De periode van de zorgconsumptie in het bestand varieert dus van negen tot 12 maanden. Aan de hand van deze gegevens wordt een cliënt ingedeeld bij een bepaalde leefstijltraining (individueel of groep, kortdurend of

langdurend). Aangezien de leefstijltrainingen geprotocolleerde behandelingen zijn, is het mogelijk de ‘compliance’ vast te stellen, dat wil zegen de ‘blootstelling’ aan de behandeling.. We definiëren drie categorieën, namelijk of de cliënt de betreffende leefstijltraining afmaakt (leefstijltraining compleet), niet afmaakt (leefstijltraining min) of meer sessies krijgt dan in het protocol wordt beschreven (leefstijltraining plus). In tabel 2 staat een overzicht van de operationalisaties die wij hiervoor hebben gebruikt.

Tabel 2: Aantal sessies per categorie

	Protocol	Min Onderconsumptie	Compleet	Plus Overconsumptie
Leefstijltraining 1	4	1 - 2	3 - 5	> 5
Leefstijltraining 2	8-10	1 - 5	6 - 11	> 11
Leefstijltraining 3	6	1 - 4	5 - 7	> 7
Leefstijltraining 4	10-12	1 - 7	8 - 14	> 14

Een complete leefstijltraining heeft het aantal sessies zoals dat is voorgeschreven in het protocol met een marge, zoals te zien is in tabel 2. Door deze indeling kunnen bijvoorbeeld uitspraken gedaan worden over welke cliënten de leefstijltrainingen niet afmaken, wat de resultaten zijn en de tevredenheid is van deze cliënten in vergelijking met cliënten die de leefstijltraining wel afmaken.

#### 4.2 Management Informatie Systeem (MIS)

De gegevens verzameld in project *Benchmark Leefstijltrainingen Verslavingszorg* zijn zeer geschikt om een Management Informatie Systeem te verrijken. Het management hoeft niet te wachten tot de follow-up gegevens verzameld, verwerkt en gerapporteerd zijn, maar kan tussentijds met regelmaat gegevens krijgen over de meest recente cliënten die zijn ingestroomd en de meest recente cliënten bij wie een follow-up interview is afgenomen. Zo heeft een instelling ten alle tijde resultaten van cliënten tot haar beschikking. Onder meer kan gerapporteerd worden: het aantal inschrijvingen, de gebruiksgegevens uit de ASI van de ingestroomde cliënten, de kwaliteit van leven en tevredenheid over de intake. Daarnaast kunnen gegevens uit een follow-up interview gerapporteerd worden, zoals: gebruiksgegevens, de kwaliteit van leven en de tevredenheid over de behandeling. Met behulp van deze gegevens is het ook mogelijk prestatie-indicatoren te genereren. Deze periodieke rapportages doen wij voor één van de betrokken instellingen, die we daarmee over up-to-date informatie beschikken over het primaire proces.

#### 4.3 Terugkoppeling en verbetering

Prestatie-indicatoren moeten leiden tot verbetering van de zorg. De resultaten moeten dus terecht komen op de werkvloer in de praktijk. Door het terugkoppelen van presentaties en het verspreiden van rapporten is dit mogelijk. Elders rapporteren we onze ervaringen en de bevorderende en belemmerende factoren in Oudejans, Nabitz, Schippers, in voorbereiding). In de presentaties en rapporten kunnen gegevens verwerkt worden over:

- 1) De instroom van de cliënten: de demografische kenmerken, het probleemmiddel, de ernst van de verslaving.
- 2) De behandeling: de hoeveelheid geconsumeerde zorg, welke behandelingen en het percentage drop-outs.
- 3) De follow-up: Gebruiksgegevens, kwaliteit van leven en tevredenheid, zowel gesloten als open vragen.

Bij al deze gegevens kunnen vergelijkingen gemaakt worden tussen instellingen (benchmarking) en binnen een instelling over de tijd. Er zijn vele vormen denkbaar, het

project *Benchmark Leefstijltrainingen Verslavingszorg* rapporteert twee keer per jaar in de vorm van mondelinge presentaties en schriftelijke rapportages (Oudejans, Schippers, & Spits, 2006, 2007, 2008)

### **Slot**

Deze notitie beoogt om ervaringen die zijn opgedaan in het meten van uitkomsten van behandeling van middelenproblematiek in een benchmarkproject ter beschikking te stellen van de sector. We menen met onze suggesties voor operationalisaties en toepassing de ontwikkelingen in het meten en gebruiken van prestatie-indicatoren over resultaten van verslavingszorg te bevorderen. Wij hopen dat in lopende en nog op te zetten projecten uniformiteit zal worden nagestreefd en dat onze suggesties daarbij een rol zullen spelen. Daarmee is de transparantie en dus de kwaliteit van de zorg gediend.

## Referenties

- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken, L. S., Muenz, L. R., Thase, M. E., Weiss, R. D., Gastfriend, D. R., Woody, G. E., Barber, J. P., Butler, S. F., Daley, D., Salloum, I., Bishop, S., Najavits, L. M., Lis, J., Mercer, D., Griffin, M. L., Moras, K., & Beck, A. T. (1999). Psychosocial Treatments for Cocaine Dependence. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 493-502.
- Keymolen, S., & Casselman, J. (2007). Meten van uitkomsten van behandeling in de geestelijke gezondheidszorg. Gent Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheid (VVG).
- Kokkevi, A., & Hartgers, C. (1995) EuropASI: European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, *1*, 194-198.
- Makela, K. (2004). Studies of the reliability and validity of the Addiction Severity Index. *Addiction*, *99*, 398-410.
- McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., & Argeriou, M. (1992). The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *9*, 199-213.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Jaarverantwoording Zorginstellingen 2007*.
- Oudejans, S. C. C., Nabitz, U. W., & Schippers, G. M. (2008). Bevorderende en belemmerende factoren voor Routine Outcome Monitoring (ROM) in de verslavingszorg. In voorbereiding.
- Oudejans, S. C. C., Schippers, G. M., & Spits, M. E. *Benchmark Leefstijltraining verslavingszorg. Rapportage nr 1 - 4. 2006 - 2008*. Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR).
- Priebe, S., Huxley, P., Knight, S., & Evans, S. (1999). Application and Results of the Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA). *International Journal of Social Psychiatry*, *45* (1), 7-12.
- Schippers, G.M., Broekman, T.G., & Buchholz, A. (2007). *MATE 2.0 Handleiding & Protocol. Handleiding en protocol voor afname, scoring en gebruik van de MATE*. Nijmegen: Bêta Boeken.
- Stuurgroep Transparantie GGZ. *Basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Tweede versie, 2007/2008*. December 2007, Utrecht.
- The Marijuana Treatment Project Research Group (2004). Brief Treatments for Cannabis Dependence: Findings From a Randomized Multisite Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72* (3), 455-466.
- The Project MATCH Research Group (1997). Matching Alcoholism Treatments to Client Heterogeneity: Project MATCH Posttreatment Drinking Outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, *58*, 7-29.
- Van Ham, M., Luijsterburg, J., & Brouwers, E. Evaluatiestudie Basisset prestatie-indicatoren voor de Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg. Verslagjaar 2006. Tranzo, Universiteit van Tilburg
- Van Wijngaarden, B., Kok, I., Kurt, A., Hull, H., & van Ooyen, M., Cliëntwaardering in de GGZ: verslag van een pilot. Trimbos Instituut, Utrecht, november 2001
- Van Wijngaarden, B., Kok, I., Meije, D., & Fotiadis, L. Een Consumer Quality Index voor kortdurende ambulante ggz. De ontwikkeling en psychometrische kwaliteiten van een

- vragenlijst voor het meten van cliëntervaringen: verslag van een pilotstudie. Trimbos Instituut, Utrecht, 2007.
- Verbrugge, C. A. G., de Jong, A. A. J., Holsbeek, T., & van Dijk, R. Wat motiveert tot onderlinge vergelijking? Evaluatieverslag project 'IMC Benchmarking'. GGZ Nederland, Amersfoort, 2005.
- Walburg, J.A. (2003). Uitkomstenmanagement in de gezondheidszorg. Het opbouwen van lerende teams in de zorgorganisaties. Maarsen, Elsevier gezondheidszorg.
- Wennink, H. J., & van Wijngaarden, B. (2006). Prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang. Trimbos Instituut, Utrecht.
- Wollersheim, H., Hermens, R., Hulscher, M., Braspenning, J., Ouwens, M., Schouten, J., Marres, H., Dijkstra, R., & Grol, R. (2007) Clinical Indicators: development and applications. *The Netherlands Journal of Medicine*, 65 (1), 15-22
- Zweben, A., & Cisler, R. (2003). Clinical and Methodological Utility of a Composite Outcome Measure for Alcoholism Treatment Research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27 (10), 1680-1685.

## **Bijlagen**

1. Overzicht prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg uit basisset prestatie-indicatoren 2007-2008.
2. Prestatie-indicator 1.2, 1.3 en 1.4 uit de basisset prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg, 2007-2008.
3. SPSS Syntax voor ASI gegevens ter operationalisatie ter middelengebruik.