

Rapport

Universitair Medisch Centrum **Psychiatrie**

Huispost 333
Postbus 9101
6500 HB Nijmegen

Aan Management Team afdeling Psychiatrie UMCN;
Prof.dr.J.K Buitelaar, drs.M. Nijs, dr.H. Reus, K. Bosma
Van Werkgroep Basisdataboek; auteur: dr. C.C. Kan, voorzitter

Radboud oost
Reinier Postlaan 10

cc Stafleden afdeling Psychiatrie UMCN, leden Researchcommissie,
Leden Commissie Patiëntenzorg, leden Werkgroep Basisdataboek

T (024) 361 31 53
F (024) 354 05 61

Datum 15 juni 2004

c.kan@psy.umcn.nl
www.umcn.nl

Ons kenmerk

Onderwerp Eindrapportage Werkgroep Basisdataboek

Hoofd prof.dr. J.K. Buitelaar



INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING	3
1.1. Inleiding	3
1.2. Methode	3
1.3. Participanten	3
2. DOEL VAN HET BASISDATABOEK	4
2.1. Het dilemma t.a.v. de doelstelling	4
2.2. Herformulering van de doelstelling	4
3. INHOUD VAN HET BASISDATABOEK	5
3.1. De onderdelen van het basisdataboek	5
3.2. Administratief deel	6
3.3. Patiëntgebonden deel	6
3.4. Behandelaarsgebonden delen	6
4. ELECTRONISCHE VERWERKING VAN DE BASISDATA	7
4.1. Teleform	7
4.2. Samenvattende overzichten	7
4.3. Missing data	7
4.4. Teleformnummer	7
4.5. Toegang tot de database	8
5. IMPLEMENTATIE	9
5.1. Valkuilen	9
5.2. Op de poli	9
5.3. Op de PUK	10
5.4. Op de dagbehandeling	10
5.5. Wat gaan we doen in de consultatieve dienst?	10
6. RANDVOORWAARDEN VOOR HET BASISDATABOEK	11
6.1. Aandachtspunten en aanbevelingen	11
6.2. Randvoorwaarden	12

BIJLAGE 1: Het administratieve deel van het basisdataboek

BIJLAGE 2: Het patiëntgebonden deel van het basisdataboek

BIJLAGE 3: De behandelaarsgebonden delen van het basisdataboek

BIJLAGE 4: De logistiek van het basisdataboekproces bij reguliere intakes op de polikliniek

BIJLAGE 5: De logistiek van het basisdataboekproces bij spoedintakes op de polikliniek

BIJLAGE 6: De logistiek van het basisdataboekproces bij reguliere opnames op de PUK/ reguliere intakes op de dagbehandeling

BIJLAGE 7: De logistiek van het basisdataboekproces bij spoedopnames op de PUK.

1 INLEIDING

1.1 Inleiding

“Meten is weten” is een uitgangspunt dat ook in de psychiatrie steeds meer gehuldigd wordt. Evidence-based medicine vraagt om een wetenschappelijke benadering t.a.v. ons medisch handelen, waarbij het systematisch verzamelen van informatie (“data”), die als basis kunnen dienen voor toetsing en beschouwing, een vereiste is. Alleen door analyse van data die systematisch en op betrouwbare wijze verzameld zijn, kan transparant gemaakt worden wat de feiten zijn, zodat professionele en beleidsmatige beslissingen op rationale basis kunnen worden genomen.

Vanuit dit uitgangspunt is in 2003 de werkgroep basisdataboek van start gegaan die de opdracht kreeg om een basale inhoudelijke infrastructuur op te stellen betreffende patiëntgegevens die verzameld worden op de afdeling psychiatrie van het UMCN.

1.2 Methode

Tijdens de werkgroepsbijeenkomsten werd gesproken over de doelstelling van de werkgroep, de gewenste data en corresponderende meetinstrumenten, de elektronische verwerking van de verzamelde patiëntgegevens en de implementatie van het basisdataboek op de afdeling psychiatrie van het UMCN. Werkgroepsleden deden n.a.v. voorwerk voorstellen in de werkgroep t.a.v. onderdelen van het basisdataboek. De overige werkgroepsleden gaven feedback. Voorstellen werden n.a.v. de feedback herzien en opnieuw binnen de werkgroep beoordeeld en zo nodig opnieuw herzien etc... Betreffende enkele onderdelen werden suggesties van stafleden buiten de werkgroep besproken en in een aantal gevallen verwerkt in het basisdataboek. Het basisdataboek van het ACKJON werd geraadpleegd en diende als bron voor een aantal aanvullingen. Bij de keuze van de meetinstrumenten is de werkgroep uitgegaan van instrumenten die in de psychiatrische praktijk enige bekendheid hebben verworven en waarbij vertrouwen bestond in de psychometrische eigenschappen. Nadat een concept basisdataboek tot stand was gekomen werd een pilotafname georganiseerd onder stafleden en arts-assistenten. Feedback die hieruit resulteerde werd verwerkt in het huidige basisdataboek dat het eindproduct is van deze werkgroep.

1.3 Participanten

In de werkgroep namen deel: R. Verkes, S. Willemsen, G. Roodbol, H. Hamers, H. Knoop en C. Kan (voorzitter). Wegens verandering van betrekking verlieten H. Hamers en H. Knoop de werkgroep voor afronding van de opdracht. In de eindfase trad M. Lappenschaar toe tot de werkgroep in de nieuwe functie van datamanager.

1.4 DOEL VAN HET BASISDATABOEK

4.1 Het dilemma t.a.v. de doelstelling

In de werkgroep bestond aanvankelijk onduidelijkheid over de doelstelling van de taakopdracht. Idealiter zou het basisdataboek moeten bestaan uit een qua omvang beperkte dataset die als antwoord zou kunnen dienen voor alle toekomstige vragen op gebied van zorg, wetenschappelijk onderzoek en management. Dit is een evidente illussie, aangezien niet voldoende voorzien kan worden welke vragen zich zullen aandienen in de toekomst en we dus niet weten wat relevant zal zijn. Er kan slechts een inschatting van gemaakt worden. Verder zullen echte wetenschappelijke vragen en hypothesen vragen om een dusdanige verdieping dat het basisdataboek te veel zou uitdijen en het praktisch onhaalbaar zou worden om het bij iedere patiënt af te nemen en het rendement per patiënt te klein zou worden. Om het basisdataboek te beperken qua omvang en het rendement zo hoog mogelijk te maken heeft de werkgroep de doelstelling nauwgezet geformuleerd. Hiervoor zijn keuzes gemaakt, zodat het voorgestelde basisdataboek nooit in alle vragen zal kunnen voorzien; het is letterlijk een basis voor eventuele verdieping c.q. aanvullende data-acquisitie. Wellicht zal het basisdataboek t.z.t. opgaan in het elektronische patiëntendossier wat d.m.v. standaardisatie mogelijk op meer specifieke vragen antwoorden zal kunnen bieden.

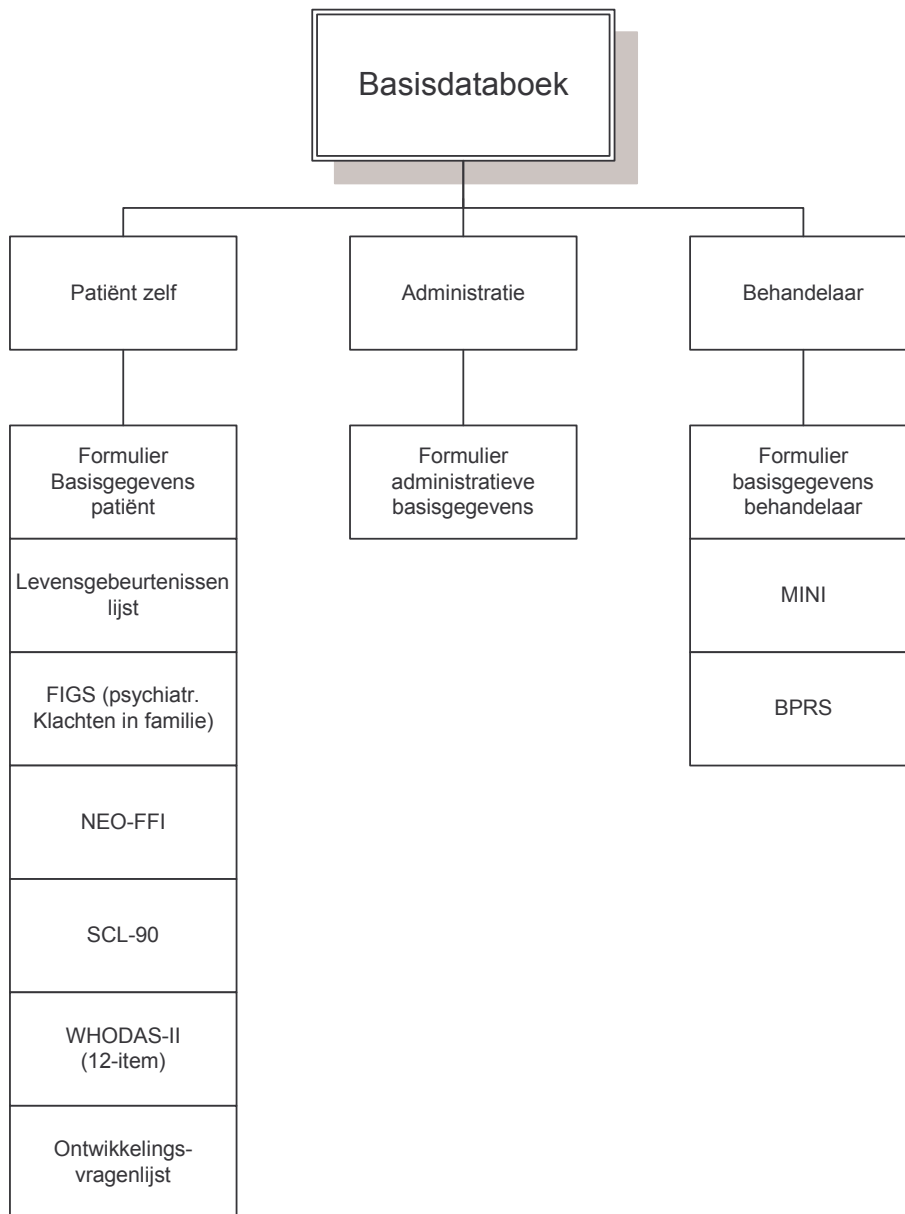
4.2 Herformulering van de doelstelling

De werkgroep is gekomen tot de volgende formulering van haar doelstelling:
Het basisdataboek zal bestaan uit kerngegevens, d.w.z. die data die we vanuit onze huidige visie relevant achten bij **iedere** patient en wat we dus van alle patiënten die de afdeling psychiatrie bezoeken willen weten. Deze gegevens moeten geschikt zijn om directe antwoorden te geven op algemene globale vraagstellingen en voor het selecteren van subgroepen die relevant zijn t.a.v. aanvullende vraagstellingen, bijv. voor effectmeting of patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek. Het selecteren van relevante subgroepen kan nader onderzoek dus faciliteren. Speciale aandachtspunten kunnen door één van de andere werkgroepen als vervolgmodes toegevoegd worden voor bepaalde subgroepen die d.m.v. het basisdataboek geïdentificeerd worden.

2 INHOUD VAN HET BASISDATABOEK

2.1 De onderdelen van het basisdataboek

Figuur 1 laat zien dat het basisdataboek bestaat uit verschillende onderdelen, namelijk: Het administratieve deel, het patiëntgebonden deel en de behandelaarsgebonden delen. Deze onderverdeling gaat uit van degene die de desbetreffende gegevens aanlevert.



Figuur 1: de onderdelen van het basisdataboek

2.2 Het administratieve deel

Het administratieve deel omvat de gegevens die routinematig geadmistreerd worden bij inschrijving van de patiënt, zie BIJLAGE 1.

2.3 Het patiëntgebonden deel

Het patiëntgebonden deel omvat de antwoorden die door de patiënt zelf gegeven worden bij invulling van vragenlijsten, die bij voorkeur voor de eerste kennismaking toegestuurd en geretourneerd worden, zie BIJLAGE 2.

Het pakket dat door de patiënt wordt ingevuld bestaat uit:

- Formulier basisgegevens (o.a. sociodemografische data)
- De Life-events vragenlijst (totstandgekomen mede in overleg met de depressiewerkgroep)
- De screeningsvragen uit de FIGS t.a.v. psychiatrische symptomen bij bloedverwanten
- Een persoonlijkheidsinstrument; de keuze uit de NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI), de Temperament and Character Inventor (TCI) van Cloninger of Eysenck Personality Questionnaire (EPQ) zal mede afhangen van de kosten.
- De Symptom Checklist-90 (SCL-90) (ook hierbij speelt het kostenplaatje).
- Een 12-item self-report versie van de World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II); deze kreeg de voorkeur boven de SIP en de SF-36, omdat hij aansluit bij de ICF classificatie die gebruikt wordt bij de verpleegkundige diagnostiek.
- Een ontwikkelingsvragenlijst (totstandgekomen mede in overleg met prof.dr.J.K Buitelaar en elementen uit het basisdataboek van het ACKJON)

2.4 De behandelaarsgebonden delen

De behandelaarsgebonden delen omvatten de patiëntgegevens die door de primair verantwoordelijke medicus worden ingevuld in de intakefase en de ontslagfase, zie BIJLAGE 3. De as I diagnostiek wordt hierbij gestandaardiseerd d.m.v. de MINI en het psychiatrische onderzoek d.m.v. de BPRS.

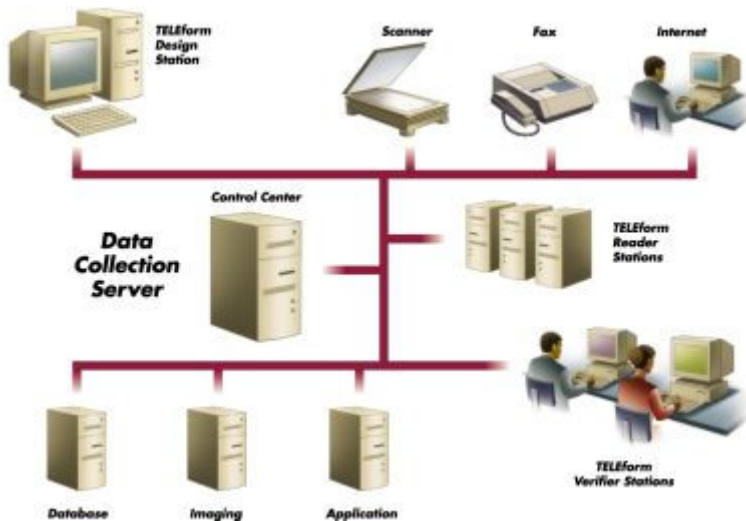
Het pakket dat door de behandelaar wordt ingevuld bestaat uit:

- Formulier basisgegevens I (in intakefase)
- Mini International Neuropsychiatric Interview DSM IV (MINI)
- Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Iedere behandelaar dient in bezit te zijn van de beschrijving van de antwoordbeschrijvingen, aangezien die per item verschillen. Bij het invullen van de BPRS moeten deze antwoordbeschrijvingen geraadpleegd worden, bij voorkeur op een direct toegankelijke website.
- Formulier basisgegevens II (in ontslagfase)

3 ELECTRONISCHE VERWERKING VAN DE BASISDATA

3.1 Teleform

Hoewel steeds meer mensen digitaal opgevoed worden en overweg kunnen met computers, geldt toch nog steeds dat veel patiënten, maar ook artsen, gewend zijn om gegevens op papier vast te leggen. De praktijk is dat meetinstrumenten ook voor het grootste deel nog op papier worden afgenomen, omdat de stap naar online testafnames nog te groot is. Er is dus een conversie nodig om de gegevens beschikbaar te krijgen in elektronische vorm om samenvattingen te genereren t.b.v. de behandeling en analyses te kunnen verrichten op groepsniveau. De Teleform software biedt een elegante oplossing voor deze conversie (zie figuur 2). Dit programma is namelijk in staat om papieren vragenlijsten te scannen en te verwerken tot een elektronisch databestand. Teleform wordt inmiddels gebruikt aan het ACKJON voor het kinderpsychiatrische basisdataboek.



Figuur 2: Dataverzameling, -verwerking en opslag met Teleform

3.2 Samenvattende overzichten

Met een databaseprogramma (zoals Microsoft Access) kunnen op de elektronische Teleformdata bewerkingen uitgevoerd worden, zoals het genereren van een voorgeprogrammeerde samenvatting van de opvallendste uitkomsten uit de verzamelde gegevens. De werkgroepsleden hebben voor de verschillende onderdelen van het basisdataboek al een globale opzet gemaakt voor dergelijke samenvattingen. De achterliggende gedachte is dat de behandelaar reeds bij de eerste kennismaking met de patiënt de samenvatting van het patiëntgebonden deel in kan zien en deze uitkomsten kan meenemen bij zijn diagnostiek en het opstellen van het behandelplan.

3.3 Missing data

Bij het invullen van vragenlijsten worden soms vragen overgeslagen, hetgeen leidt tot “missing data”. Een grote hoeveelheid missing data gaat ten koste van de representativiteit van de analysesresultaten en is dus ongewenst. Controle van de lijsten op omissies is dus eigenlijk nodig, maar arbeidsintensief. Ook voor dit probleem is er een geautomatiseerde oplossing; het aan Teleform gekoppelde

databaseprogramma kan zodanig geprogrammeerd worden dat de missing data aangegeven worden in de samenvatting en via de behandelaar alsnog ingevuld kunnen worden. Opnieuw inscannen van dezelfde gecompleteerde vragenlijsten is vervolgens mogelijk.

3.4 Basisdatabase (BDB-)nummer

Op iedere deel van het basisdataboek staat bovenaan het zogenaamde basisdatabase (BDB-)nummer vermeld. Dit nummer is uniek voor desbetreffende patiënt en de actuele periode waarin hij op de afdeling psychiatrie in behandeling is. In tegenstelling tot het radboudnummer, dat per patiënt niet meer verandert, krijgt een patiënt bij een nieuwe behandelperiode dus weer een nieuw BDB-nummer. Zodoende kunnen recidief episodes weer op gelijke wijze in hetzelfde databestand worden meegenomen. Dit betekent wel dat er bij analyses rekening mee gehouden moet worden dat een bepaalde patiënt meerdere malen in het bestand kan voorkomen.

Teleform kan zodanig geprogrammeerd worden dat ieder nieuw uitgeprint pakket voorzien wordt van een opeenvolgend uniek teleformnummer. Aangezien het basisdataboekpakket bestaat uit een administratief, patiëntgebonden en twee behandelaarsgebonden delen is het van belang dat de secretaresse meteen op al deze delen het BDB-nummer noteert zodra het pakket actueel wordt. Alle secretaresses die dit doen dienen van de datamanager voor dit doel een range aan BDB-nummers toegewezen te krijgen. Aan de datavakjes waarin het BDB-nummer genoteerd moet worden moet in Teleform de eigenschap "always review" toegekend worden; bij het inscannen geeft Teleform dan een waarschuwing als het BDB-nummer ontbreekt.

3.5 Toegang tot de basisdatabase

Systematische verzameling van patiëntgegevens in een afdelingsbreed computerbestand brengt potentieel de privacy van de patiënt in gevaar. Het is van groot belang dat het databestand beveiligd wordt tegen inzage door onbevoegden. In de paragraaf "Aandachtspunten en aanbevelingen" (6.2) zal hierop nader worden ingegaan.

5 IMPLEMENTATIE

5.1 Valkuilen

Het systematisch verzamelen van gegevens door een groot aantal verschillende mensen en het tijdig verwerken ervan zoals bovenbeschreven vraagt om een bijzonder goed georganiseerde logistiek. De ervaring leert dat dit in de drukte van de dagelijkse patiëntenzorg, met name als er geen direct eigen belang ervaren wordt door degenen die de gegevens moeten aanleveren, makkelijk vergeten kan worden of te slordig uitgevoerd. De attitudeverandering die nodig is om dit proces succesvol te laten verlopen is erg groot. Maatregelen om het proces van dataverzameling te bewaken zijn daarom noodzakelijk. Aan het LUMC heeft men enkele “research nurses” aangesteld die specifiek deze taak toegewezen hebben gekregen t.a.v. de equivalent van het databoek aldaar.

In de bijlages bij 5.2 t/m 5.3 doet de werkgroep suggesties t.a.v. het logistieke proces, waarin de bewaking van het proces wordt toebedeeld aan de secretaresses en het stafflid dat eindverantwoordelijk is voor betreffende patiënt. De secretaresse zorgt ervoor dat in eerste instantie het administratieve en het patiëntgebonden deel ingescand worden in Teleform en dat de gegenereerde samenvatting in het dossier zit zo mogelijk reeds bij de eerste kennismaking. Vervolgens zorgt zij ervoor dat in tweede instantie de behandelaarsgebonden delen ingescand worden in Teleform en dat de gegenereerde samenvattingen aan het dossier worden toegevoegd. Het eindverantwoordelijke stafflid dient dan bij iedere intake- en ontslagbrief ervoor zorg te dragen dat deze gepaard gaat met de corresponderende ingevulde behandelaarsgebonden delen voordat hij zijn contrasignatuur zet.

Eén probleempunt dient bij de hieronder beschreven logistiek specifiek genoemd te worden, omdat het opgelost moet worden voordat de procedure geïmplementeerd kan worden. Thans is de situatie zo dat patiënten pas in ROCS ingeschreven worden als patiënt als zij onze afdeling voor de eerste maal bezoeken. Zij krijgen pas op dat moment hun radboudnummer. Aangezien de werkgroep voorstelt dat op dat moment het administratieve en het patiëntgebonden deel reeds verwerkt zijn d.m.v. Teleform, moet er een nieuwe logistiek ontwikkeld worden waarin aan de toekomstige patiënt reeds een radboudnummer wordt toegekend als de patiëntgebonden formulieren en vragenlijsten aan hem toegestuurd worden of direct als deze terugontvangen worden. Een combinatie van radboud- en teleformnummer is vanaf het inscannen noodzakelijk om te allen tijde te kunnen herleiden van welke patiënt bepaalde gegevens afkomstig zijn.

5.2 Implementatie op de polikliniek

Specifiek voor de polikliniek is de situatie dat er kort na het eerste intakegesprek al een eerste brief uitgaat naar de verwijzer/huisarts, later gevolgd door een brief waarmee de behandeling wordt afgesloten. Respectievelijk wordt tezamen met deze brieven het eerste en tweede behandelaarsgebonden deel van het basisdataboek ingevuld.

5.2.1 Reguliere intakes

In BIJLAGE 4 wordt een potentiële opzet gegeven van de logistiek van het basisdataboekproces op de polikliniek als er sprake is van een reguliere intake, waarbij er dus voldoende tijd is om de patiënt vooraf het patiëntgebonden deel toe te sturen.

5.2.2 Spoedintakes

In BIJLAGE 5 wordt een potentiële opzet gegeven van de logistiek van het basisdataboekproces op de polikliniek als er sprake is van een spoedintake, waarbij er onvoldoende tijd is om de patiënt vooraf het patiëntgebonden deel toe te sturen, zodat de behandelaar om invulling moet vragen ten tijde van het eerste contact. In geval van een ernstig toestandbeeld of crisissituatie kan dit natuurlijk uitgesteld worden, maar het dient vervolgens niet vergeten te worden.

5.3 Implementatie op de PUK

5.3.1 Reguliere opname

In BIJLAGE 6 wordt een potentiële opzet gegeven van de logistiek van het basisdataboekproces op de PUK als er sprake is van een reguliere opname, waarbij er dus voldoende tijd is om de patiënt vooraf het patiëntgebonden deel toe te sturen.

5.3.2 Spoedopname

In BIJLAGE 7 wordt een potentiële opzet gegeven van de logistiek van het basisdataboekproces op de PUK als er sprake is van een spoedopname, waarbij er onvoldoende tijd is om de patiënt vooraf het patiëntgebonden deel toe te sturen, zodat de behandelaar om invulling moet vragen ten tijde van het eerste contact. In geval van een ernstig toestandbeeld of crisissituatie kan dit natuurlijk uitgesteld worden, maar het dient vervolgens niet vergeten te worden.

5.4 Implementatie op de dagbehandeling

Op de dagbehandeling vinden alleen reguliere intakes plaats. De logistiek van het basisdataboekproces is feitelijk gelijk aan die bij een reguliere opname op de PUK, zie BIJLAGE 6.

5.5 Wat gaan we doen in de consultatieve dienst?

De consultatieve dienst wijkt af van de overige onderdelen van de afdeling psychiatrie, omdat deze de patiënten in principe niet in hoofdbehandeling neemt, maar zich beperkt tot consultatie en medebehandeling. De patiëntcontacten zijn beperkter en bij de pilotafname van het basisdataboek bleek dan ook dat dit relatief een dermate groot beslag hierop legt op dat het in deze vorm als onhaalbaar moet worden beschouwd. In paragraaf 6.1.5 van de “Aandachtspunten en aanbevelingen” doet de werkgroep enkele suggesties t.a.v. de implementatie van het basisdataboek in de consultatieve dienst.

6 RANDVOORWAARDEN VOOR HET BASISDATABOEK

6.1 Aandachtspunten en aanbevelingen

6.1.1 Technische aspecten

De basisdatabase moet geprogrammeerd worden door de datamanager voor het genereren van samenvattingen (in overleg met de werkgroep) en het detecteren van missing data (o.a. het BDB-nummer) of incorrecte antwoorden.

De datamanager moet het basisdataboek op de H-schijf plaatsen en beveiligen tegen inzage door niet-geautoriseerde personen.

6.1.2 Bewaking van het basisdataboekproces

Het MT moet beslissen wie verantwoordelijk gemaakt wordt voor de bewaking van het logistieke databoekproces.

- Eén optie is dat gekozen kan worden voor de gedeelde bewakingsverantwoordelijkheid over secretaresses en het eindverantwoordelijk staf lid zoals de werkgroep oppert in 5.1.
- Een andere optie is de keuze voor specifieke “research nurses”, volgens het model van het LUMC.

6.1.3 Andere logistieke punten

Er moet een nieuwe logistiek ontwikkeld worden waarin aan de toekomstige patiënt reeds een radboudnummer wordt toegekend als de patiëntgebonden formulieren en vragenlijsten aan hem toegestuurd worden.

T.a.v. de implementatie van het basisdataboek in de consultatieve dienst doet de werkgroep de volgende suggesties aan het MT:

- Gekozen kan worden om het basisdataboek niet af te nemen bij patiënten van de consultatieve dienst. Bij een aantal patiënten zal dit dan alsnog gebeuren als zij worden verwezen naar de polikliniek of PUK. Over een thema als (para)suïcidaal gedrag kan dan bijvoorbeeld niet veel meer uitgezocht worden.
- Gekozen kan worden om een afgeslankte versie van het basisdataboek af te nemen. Het ligt voor de hand om de consultatieve dienst dan zelf te vragen om een haalbare en relevante selectie te maken uit het basisdataboek.
- Gekozen kan worden om het gehele basisdataboek af te nemen, maar daarbij research nurses in te schakelen. Overleg met de andere afdelingen in het ziekenhuis is dan nodig om deze procedurewijziging te accorderen.

6.1.4 Onderhoud en verdere ontwikkeling van het basisdataboek

De huidige werkgroep basisdataboek doet het MT de aanbeveling om een onderhouds-commissie basisdataboek aan te stellen voor onderhoud en verdere ontwikkeling van het basisdataboek in de toekomst en daarin een staf lid, mw.dr. S. Willemsen-Swinkels, de datamanager en de beheerder te benoemen. De leden van deze onderhoudscommissie zouden, naast het hoofd van de afdeling, geautoriseerd moeten worden om data uit het basisdataboek in te zien en te extraheren n.a.v. schriftelijk gemotiveerde aanvragen van collega's op de afdeling. De onderhoudscommissie

basisdataboek dient met enige regelmaat (tenminste eenmaal per maand) samen te komen om de actuele status, eventuele wijzigingen en gemotiveerde data-aanvragen t.a.v. het basisdataboek te bespreken en hierover beslissingen te nemen. De commissie dient n.a.v. dit overleg te rapporteren aan het MT en de researchcommissie.

6.2 Randvoorwaarden

De benodigde randvoorwaarden voor de implementatie van het basisdataboek hangen af van de keuzes die het MT zal maken uit de gegeven opties bij de “Aandachtspunten en aanbevelingen”.

- 6.2.1 De parttime functie datamanager moet een permanent karakter krijgen. Hij dient o.a. ervoor zorg te dragen dat er altijd een recente back-up (dagelijks) is van het basisdataboek.
- 6.2.2 Monica Smit moet voldoende tijd krijgen om de benodigde Teleform formulieren te ontwerpen. Naar schatting zal zij daar 10 dagen voor nodig hebben.
- 6.2.3 De secretaresses dienen zorg te dragen voor productie en beheer van de basisdataboek-pakketten, het opsturen van het patiëntgebonden deel en het inscannen van alle delen. De secretaresses dienen bijgeschoold te worden in het inscannen van formulieren in het Teleformsysteem. De werkgroep denkt hierbij aan een korte cursus aan alle secretaresses tegelijk door Monica Smit, secretaresse aan het ACKJON, eventueel samen met mw.dr. S. Willemsen-Swinkels. Als het MT ervoor kiest om tevens een deel van de bewakings-verantwoordelijkheid bij secretaresses te leggen, zoals de werkgroep oppert in 5.1, dan zal dit een verdere taakverzwaring betekenen die gepaard moet gaan met verruiming van de betreffende formatie. De ervaring aan het ACKJON wijst uit dat de secretariële tijdsinvestering ongeveer 1,5 uur per pakket bedraagt; bij een jaarlijks aantal van 800 patiënten komt dit neer op 1.200 uur, hetgeen overeenkomt met 0,6 FTE.
- 6.2.4 Het invullen van gegevens en bewaken van het basisdataboekproces zal ook de agio's en de eindverantwoordelijke extra tijd gaan kosten. De werkgroep schat dit op 0.3 agio-FTE en 0,2 psychiater-FTE.

Als het MT in plaats van de combinatie secretaresses en stafleden kiest voor research nurses, dan zal voor deze nieuwe discipline meer formatie nodig zijn: 0,7 research nurse-FTE (i.p.v. 0,6 secretaresse-FTE en 0,1 psychiater-FTE).
- 6.2.5 Betreffende de meetinstrumenten waarvan de auteursrechten toebehoren aan Harcourt publishers (voorheen: Swets & Zeitlinger) dient een licentie-overeenkomst gesloten te worden met deze uitgever. Voor bekostiging hiervan dient er een jaarlijks budget opgenomen te worden in de begroting van de afdeling. De werkgroep ziet het als de taak van de beheerder van de afdeling om deze licentie-overeenkomst te sluiten, dit budget te begroten en voor jaarlijkse betaling zorg te dragen. Ook vanwege veranderingen die hierin op den duur zouden kunnen optreden, moet de beheerder deel uitmaken van de voorgestelde basisdataboek onderhoudscommissie. De kosten van het onderhoud, de afschrijving en vernieuwing van het Teleform systeem en bijbehorende software komen ook voor rekening van de beheerder.
- 6.2.6 De basisdataboekprocedure dient een vaste plaats te krijgen in de introductieprogramma's voor nieuwe agio's, stafleden en secretaresses.

- 6.2.7 Het hoofd patiëntenzorg draagt de eindverantwoordelijkheid voor het basisdataboekproces. Als n.a.v. de bewaking blijkt dat bepaalde medewerkers regelmatig in gebreke blijven t.a.v. het aanleveren van de gewenste informatie, dan is het aan het hoofd patiëntenzorg om dit met desbetreffende te bespreken (bijvoorbeeld in jaargesprek) en te bepalen welke consequenties hieraan verbonden worden.