

ZICHTBARE ZORG

GEESTELIJKE
GEZONDHEIDSZORG

Bezoekadres:

Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag

Postadres:

Postbus 16119
2500 BC Den Haag

Telefoon:

(070) 3407911

Telefax:

(070) 3405725

Internet:

www.zichtbarezorg.nl

ZICHTBARE ZORG

GEESTELIJKE
GEZONDHEIDSZORG



B A S I S S E T

P R E S T A T I E -

I N D I C A -

T O R E N

2 0 0 9 -

2 0 1 0

G E E S T E L I J K E

G E Z O N D -

H E I D S Z O R G

E N V E R S L A -

V I N G S Z O R G

Colofon

Internet: www.zichtbarezorg.nl

E-mail: info@zichtbarezorg.nl

Partijen Stuurgroep GGZ:

- GGZ Nederland;
- Landelijk Platform ggz (LPGGz);
- Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP);
- Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP);
- Nederlands Instituut voor Psychologen (NIP);
- Beroepsvereniging voor Zorgprofessionals (v&VN);
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN);
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ);
- Ministerie van VWS.

Vormgeving:

Faydherbe/De Vringer

Opmaak:

Faydherbe/De Vringer

Druk:

We Print Together, Rijswijk

Tot stand gekomen onder eindverantwoordelijkheid van de stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ

Den Haag, maart 2009

2

3

Voorwoord

Hierbij bied ik u, namens de stuurgroep Zichtbare Zorg ggz, de derde, herziene versie aan van de Basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.

Het project heeft in 2008 een naamsverandering ondergaan: van Transparantie naar Zichtbare Zorg. Bij een nieuwe naam hoort ook een nieuw uiterlijk, vandaar dat de basisset in een ander jasje is gestoken. De partijen achter het project zichtbare zorg ggz zijn dezelfde gebleven, in dat opzicht is er niets veranderd. Ook de inhoud is vrijwel gelijk gebleven. Ervaringen met het gebruik van de indicatoren door instellingen en een uitgebreide evaluatiestudie hebben geleid tot verbetering van de basisset. Definities en omschrijvingen zijn aangescherpt, de onderbouwing is uitgebreid en enkele indicatoren die niet leverbaar blijken in de gevraagde vorm zijn (tijdelijk) verwijderd.

De basisset 2009-2010 bevat bij wijze van uitzondering alleen indicatoren voor de algemene geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Dit heeft te maken met het verloop van de ontwikkelingen van de subsets voor de forensische zorg en zelfstandig gevestigde professionals in de tweedelijns ggz. Deze twee subsets worden éénmalig in een aparte publicatie uitgebracht. Als de indicatoren voor de forensische zorg en zelfstandig gevestigde professionals vastgesteld zijn, worden deze opgenomen in de basisset ggz.

Als het lukt om de set met betrokkenheid van alle partijen in de komende jaren verder te blijven ontwikkelen en verbeteren, zal het doel van de basisset steeds beter bereikt worden: openheid en transparantie van de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg met behulp van één beperkte set vergelijkbare informatie. Deze informatie zullen hulpverleners toenemend gaan gebruiken voor hun kwaliteitsbeleid. Cliënten zullen meer de meest passende zorg gaan kiezen. Verzekeraars zullen zich bij het inkopen van zorg meer gaan baseren op de gegevens van de prestatie-indicatoren en de inspectie zal beter in staat zijn om de informatie uit de prestatie-indicatoren te gebruiken in haar gefaseerd toezicht.

Wij wensen u allen veel succes met het verdere gebruik van de prestatie-indicatoren.

Namens alle betrokken partijen,



Dick Kaasjager,

Voorzitter stuurgroep Zichtbare Zorg ggz

Inhoudsopgave

Voorwoord pagina 3

Inleiding pagina 6

Uitgangspunten van de basisset pagina 16

Gebruikershandleiding pagina 19

Samenvatting indicatoren pagina 21

1 Effectiviteit pagina 24

- 1.1 Bereik preventieactiviteiten
- 1.2 Verandering in ernst problematiek
- 1.3 Verandering in dagelijks functioneren van de cliënt
- 1.4 Verandering in ervaren kwaliteit van leven van de cliënt
- 1.5 Rehabilitatie
- 1.6 Heropname versus opnameduur
- 1.7 Drop-out
- 1.8 Somatische screening
- 1.9 Hanteren behandelrichtlijnen
- 1.10 Bereik zorgwekkende zorgmijders
- 1.11 Tijdig contact na ontslag uit de kliniek

2 Veiligheid pagina 42

- 2.1 Medicatieveiligheid
- 2.2 Informatie over bijwerkingen
- 2.3 Onveiligheid door het ontbreken van informatie
- 2.4 Insluiting en dwangmedicatie
- 2.5 Suïcidepreventie
- 2.6 Incidenten cliëntenzorg

4

5

3 Cliëntgerichtheid pagina 54

- 3.1 Wachtijd tot start behandeling
- 3.2 Toegang
- 3.3 Informed consent
- 3.4 Keuzevrijheid
- 3.5 Vervulling zorgwensen
- 3.6 Evaluatie begeleiding- en behandelplannen
- 3.7 Continuïteit van zorg: Samenwerking en afstemming met ketenpartners
- 3.8 Cliëntenparticipatie aan dag- of werkactiviteiten
- 3.9 Cliëntenoordeel over woon- en leefomstandigheden in klinische- of RIBW-setting
- 3.10 Adequate bejegening door de hulpverlener
- 3.11 Adequate informatieverstrekking over behandeling /begeleiding

Bijlage 1: Meetinstrumenten, achtergrondinformatie pagina 67

Bijlage 2: Overzicht gefaseerde implementatie pagina 72

Bijlage 3: Gehanteerde bronnen pagina 75

Inleiding

De ggz en verslavingszorg zijn volop aan het werk om de resultaten en kwaliteit van de door hen geleverde zorg meetbaar en inzichtelijk te maken en deze openbaar te publiceren. De basisset prestatie-indicatoren ondersteunt hen daarbij.

Bij de presentatie van de basisset in 2006 is benadrukt dat het een eerste stap was: de ontwikkeling van een optimale informatieset waarmee de kwaliteit van de zorg transparant gemaakt kan worden, is een meerjarenproces. De publicatie van de basisset 2007-2008 was weer een grote stap in de goede richting, al bleef duidelijk dat er nog geschaafd zou moeten worden aan de prestatie-indicatoren. Alle betrokken partijen¹ hebben deze taak wederom voortvarend ter hand genomen. Het resultaat hiervan heeft u nu in handen: de basisset ggz en verslavingszorg 2009 - 2010.

De informatie uit de set wordt door verschillende doelgroepen voor verschillende doeleinden gebruikt:

- Zorgaanbieders en professionals in de ggz en verslavingszorg geven op basis van deze basisset informatie aan cliënten, zorgverzekeraars en inspectie over de kwaliteit van de zorg en begeleiding die ze leveren. Daarbij gebruiken ze de informatie als stuurinformatie in hun interne (kwaliteits)beleid.
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg gebruikt deze informatie in de eerste fase van het gefaseerd toezicht.
- Cliënten kunnen de informatie gebruiken bij het maken van een keuze voor een instelling of behandeling (de informatie uit de indicatoren moet nog vertaald worden naar keuze-informatie die gepubliceerd kan worden op bijvoorbeeld www.kiesbeter.nl) Ook kunnen cliëntenorganisaties de informatie gebruiken voor belangenbehartiging.
- Zorgverzekeraars gebruiken de informatie over de kwaliteit van de zorg, als ze zorg inkopen.

In deze inleiding beschrijven we hoe de basisset zich verhoudt tot andere ontwikkelingen binnen de ggz rond kwaliteit van zorg. Verder schetsen we hoe de toepassing van de prestatie-indicatoren en de evaluatie hiervan geleid hebben tot een verbeterde basisset. De uitgangspunten van de ontwikkeling van de prestatie-indicatoren zijn onveranderd en vindt u aansluitend aan de inleiding. In de gebruikershandleiding vindt u de opbouw van de indicatoren en de wijze van aanlevering terug. In de hoofdstukken 1 tot en met 3 leest u welke de vastgestelde indicatoren zijn: in hoofdstuk 1 voor effectieve zorg, in hoofdstuk 2 voor veilige zorg en in hoofdstuk 3 voor cliëntgerichte zorg. In de bijlagen vindt u samenvattende overzichten.

¹ *Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zorgverzekeraars Nederland, Landelijk Platform ggz, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, Nederlands Instituut van Psychologen, Verpleegkundigen en verzorgenden Nederland vertegenwoordigd door de Vakcommissie ggz, GGZ Nederland, Ministerie van VWS (waarnemer).*

6

7

Samenhang met andere ontwikkelingen op gebied van kwaliteit

De prestatie-indicatoren staan niet op zichzelf, maar vormen met de andere ontwikkelingen op het gebied van kwaliteit van zorg een samenhangend geheel. Voorafgaand aan de komst van de prestatie-indicatoren, en ook nu nog, hebben veel zorgaanbieders veel inspanningen gepleegd om een HKZ-certificaat te behalen. Aanbieders die dit certificaat bezitten bewijzen daarmee dat ze hun interne processen goed georganiseerd hebben en dat ze een systeem hebben geïmplementeerd waarbij ze hun prestaties continu meten en verbeteren (de plan-do-check-act loop). Het inzicht dat de gecertificeerde aanbieders hebben in hun interne processen geeft hen handvatten om de resultaten op de prestatie-indicatoren te verbeteren. De oorzaken voor de gevonden resultaten liggen vaak in de processen. Het HKZ-certificatieschema voor de ggz is onlangs hernieuwd en sluit beter aan op de basisset prestatie-indicatoren. Het schema stelt meer dan voorheen dat het meten met behulp van prestatie-indicatoren nodig is om de kwaliteit van de zorg continu te monitoren en te verbeteren. Het schema gaat er vanuit dat de Basisset prestatie-indicatoren ggz en vz hiervoor het uitgangspunt is. Hiermee wordt de relatie tussen het meten met behulp van de prestatie-indicatoren en het monitoren en verbeteren van de kwaliteit van zorg meer benadrukt en geborgd.

Belangrijke indicatoren uit de basisset zijn de indicatoren die de effectiviteit van de behandeling in beeld brengen. De resultaten van deze indicatoren worden door de aanbieders gepubliceerd op het niveau van de diagnosegroep. Om deze resultaten te kunnen publiceren dient op cliëntniveau gemeten te worden hetgeen inspanning van de hulpverleners vraagt. De groei van ROM-toepassingen (Routine Outcome Monitoring) beperkt de (extra) inspanning die nodig is om deze indicatoren te kunnen aanleveren en bevordert het gebruik van uitkomsten in het primaire proces. Hiermee wordt voldaan aan een belangrijk uitgangspunt van de stuurgroep dat hulpverleners profijt moeten ervaren van het verzamelen van gegevens. Om die reden heeft de Stuurgroep vanaf het begin het systematisch meten en terugkoppelen van uitkomsten uitgedragen.

Ervaringen in 2008

In 2008 hebben 168 instellingen voor ggz en verslavingszorg de prestatie-indicatoren uit de basisset 2007-2008 als onderdeel van het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording aangeleverd. Dat is ruim een verdubbeling van het aantal instellingen dat in 2007 aangeleverd heeft (97).

Evaluatiestudie

In opdracht van de stuurgroep Zichtbare Zorg ggz heeft MediQuest een evaluatiestudie uitgevoerd naar de validiteit, betrouwbaarheid, toepassing en het gebruik van de basisset prestatie-indicatoren ggz. MediQuest heeft voor de evaluatie gebruik gemaakt van literatuuronderzoek, expertgroepen, focusgroep van cliëntvertegenwoordigers,

interviews met kwaliteitsfunctionarissen, de door instellingen aangeleverde gegevens en de toelichting daarbij. Belangrijkste conclusies van deze studie zijn²:

- De gekozen indicatoronderwerpen sluiten aan bij de onderwerpen die op basis van literatuur en/of naar mening van experts en gebruikers belangrijk zijn voor het in kaart brengen van de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Vanuit cliënten zijn aanvullende onderwerpen benoemd, die meegenomen zullen worden bij de doorontwikkeling van de basisset in 2009/2010.
- Veel verbeterpunten liggen op het vlak van de operationalisatie van de indicatoren, zowel in de onderbouwing, de vraagstelling, als in de definiëring van de doelgroep.
- De geïntegreerde ggz-instellingen zijn het meest volledig in hun aanlevering van de indicatoren. De aanlevering door ambulante ggz-instellingen en RIBW's verdient nog aandacht. Belangrijke redenen voor het niet aanleveren:
 - Uitsplitsing naar diagnosegroep (of andere restricties) was nog niet mogelijk;
 - Het was niet duidelijk of de indicator door de betreffende instelling geleverd moest worden;
 - Er werd gebruik gemaakt van eigen instrumenten, waarin de vragen niet overeenkomen met de Thermometer Cliëntwaardering.
- Schoning van de aangeleverde data levert een belangrijke bijdrage aan de betrouwbaarheid van de data. In DigiMV is het niet mogelijk om een schoningsronde in te bouwen. [Dit leidt tot aanpassing van de aanleverprocedure van de indicatoren vanaf verslagjaar 2008.]
- De resultaten van de indicatoren 1.2 t/m 1.4 zijn nog niet rijp voor presentatie op zorgvergelijkingssites zoals Kiesbeter.nl. De indicatoren worden in de praktijk met verschillende instrumenten en op verschillende wijze gemeten. Hierdoor ontstaan verschillen in uitkomst en frequentie van meten, wat de indicatoren onvoldoende valide maakt. Er is dan ook voorzichtigheid geboden bij de interpretatie van de gegevens.
- Gebruikende partijen geven aan dat ze, onder andere door de nog niet optimale aanlevering, beperkt gebruik kunnen maken van de indicatoren. Door het gebruik van meerdere meetinstrumenten bij bepaalde indicatoren toe te staan, zijn die gegevens niet geschikt voor vergelijking en daarmee minder bruikbaar.
- Zorgaanbieders gebruiken de indicatoren voor interne sturing, maar voor externe verantwoording vinden ze dat het vergelijken van instellingen met de nodige voorzichtigheid moet geschieden.

² De rapporten van de evaluatiestudie (Roggeveen L., Keulen R., Vissers A (2008). *Evaluatiestudie basisset prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg / Onderzoek naar de validiteit, betrouwbaarheid, toepassing en gebruik van de basisset prestatie-indicatoren ggz. MediQuest*) zijn te downloaden op www.zichtbarezorg.nl. Er is ook een samenvatting van de evaluatiestudie beschikbaar, deze is te downloaden op www.zichtbarezorg.nl.

8

9

Ontwikkeling CQ index ambulante ggz

De CQ index (Consumer Quality index) meet de ervaringen van de cliënt en is een gestandaardiseerde meetmethode die in de hele zorg wordt ingevoerd. Per sector of diagnose worden verschillende vragenlijsten ontwikkeld. Voor de ggz is eerst een vragenlijst voor de ambulante zorg tot 2 jaar ontwikkeld. In 2009 wordt de ontwikkeling van de CQ index langdurende en klinische zorg afgerond. Het Trimbos Instituut heeft in 2008, als onderdeel van de ontwikkeling van de CQ index kortdurend ambulante ggz, een pilot uitgevoerd bij 20 instellingen. Belangrijkste conclusies van deze studie zijn³:

- De CQ index kortdurend ambulante ggz is geschikt voor gebruik bij cliënten die een kortdurende ggz- of vz-behandeling (hebben) ontvangen (de grens ligt voor dit instrument bij 2 jaar behandeling).
- De respondenten waren over het algemeen goed in staat de vragenlijsten in te vullen.
- Cliënten die de vragenlijst invullen, doen dat volledig. Dat betekent dat ze de vragenlijst niet te lang vinden.
- Uit de analyse van de aanwezige koppelbare data blijkt dat de hoofddiagnose van de cliënt niet leidt tot significante verschillen in ervaring. Dat zou betekenen dat uitsplitsing in diagnosegroepen geen toegevoegde waarde heeft. Echter, het koppelen van de data aan het bestand met hoofddiagnoses van de cliënten is niet goed verlopen, waardoor deze conclusie met enige reserve getrokken is.
- De kwaliteit van de data is goed, er is geen indicatie dat cliënten de vragen niet serieus invullen, de schalen die te maken zijn van de vragen rondom de onderwerpen zijn goed.
- Het verkrijgen van voldoende respons is een punt van aandacht. De respons loopt uiteen van 20-60%. De instelling die 60% respons realiseert, heeft veel geïnvesteerd in het stimuleren van hulpverleners en cliënten in het serieus nemen van het onderzoek en meldt de cliënten nadrukkelijk dat ze de informatie uit de meting gebruiken om de kwaliteit van de zorg te verbeteren.
- Het onderscheidend vermogen is bemoedigend; relatief hoger of lager scorende aanbieders kunnen op vrijwel alle schalen worden onderscheiden.

Doorontwikkeling prestatie-indicatoren ten behoeve van de set 2009-2010

De resultaten van de evaluatiestudie zijn gebruikt om de basisset te verbeteren. Bij veel indicatoren zijn de definities aangescherpt en is de onderbouwing verbeterd. Hierdoor is de in de literatuur beschreven evidentie voor de indicatoren nadrukkelijker ingevuld. Daarnaast hebben vijf expertteams zich gebogen over zes indicatoren (1.5/3.8, 1.8, 2.1, 2.4 en 2.5) waarvan al voor de evaluatiestudie duidelijk was dat ze aangepast moesten worden. Dat heeft geleid tot vijf aangepaste indicatoren in deze set.

³ Het rapport over de CQ index (Wijngaarden, van B., Meije D., Kok I. (2008). *Het onderscheidend vermogen van een Consumer Quality Index voor kortdurende ambulante geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Trimbos Instituut*) is te downloaden op www.zichtbarezorg.nl.

De basisset 2009-2010 bevat géén nieuwe indicatoren voor de aanbieders van algemene 10
ggz en verslavingszorg. Daar waar aanpassing van huidige indicatoren leidt tot
implementatie van een nieuw meetinstrument of andere manier van registreren, is de
aanlevering over verslagjaar 2009 facultatief.

In de versie van de basisset voor de verslagjaren 2007-2008 is een subset indicatoren
opgenomen voor de forensische zorg. Deze indicatoren moesten verder ontwikkeld en
aangevuld worden. De Werkgroep Forensische Zorg, onderdeel van het project
Zichtbare Zorg ggz, is daarmee aan de slag gegaan en heeft eind 2008 een conceptset
opgeleverd. Deze is niet opgenomen in de basisset ggz 2009-2010, omdat de
indicatoren nog niet definitief zijn. In 2009 vindt een praktijktest plaats, waarna de
indicatoren eventueel aangescherpt worden. De stuurgroep streeft ernaar dat de
indicatoren forensische zorg voor de zomer van 2009 definitief vastgesteld worden. Ze
zullen in een aparte publicatieverspreid worden. Aanbieders van forensische zorg
maken voor de aanlevering over verslagjaar 2009, waar implementatie haalbaar is,
gebruik van deze nieuwe set indicatoren.

In 2008 heeft de Werkgroep Zelfstandig Gevestigde Professionals, onderdeel van het
project Zichtbare Zorg ggz, gewerkt aan een subset indicatoren voor vrijgevestigde
beroepsbeoefenaars in de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Eind 2008 heeft de
werkgroep een conceptset opgeleverd, die in 2009 (met doorloop in 2010) getest zal
worden. Als deze subset definitief vastgesteld wordt, dan zullen de indicatoren voor de
vrijgevestigden ook worden opgenomen in de basisset ggz.

Wijzigingen ten opzichte van de basisset 2007-2008

Aanpassing van bestaande prestatie-indicatoren

- 1 Definities en beschrijvingen zijn op basis van de evaluatiestudie aangescherpt.
- 2 De onderbouwing van de indicatoren is waar mogelijk verbeterd/uitgebreid en
aangevuld met literatuurverwijzingen.
- 3 Expertteams hebben advies gegeven voor verbetering van enkele indicatoren.
Dit advies is verwerkt, wat heeft geleid tot herziene operationalisatie van indicator
1.5 (rehabilitatie), 1.8 (Somatische screening), 2.1 (medicatieveiligheid), 2.4
(Insluiting en dwangmedicatie).
- 4 De CQ index kortdurend ambulante ggz is als standaard meetinstrument voor
cliëntervaring benoemd. Toepassing is in 2009 nadrukkelijk aanbevolen, maar
facultatief.
- 5 Instellingen hebben de mogelijkheid om in 2009 deel te nemen aan de pilot van de
CQ index langdurige en klinische zorg. De resultaten van deze pilotmeting mag over
verslagjaar 2009 worden gebruikt voor de relevante indicatoren. De Thermometer
Cliëntwaardering of een daarmee vergelijkbaar instrument mag ook ingezet worden.
- 6 Voor de indicatoren die effectiviteit van de behandeling meten (1.2, 1.3 en 1.4) zijn
standaard meetinstrumenten vastgesteld. Deze worden over 2009 en 2010
facultatief gebruikt, ervaringen bepalen of ze over 2011 verplicht gesteld worden.

11 (Tijdelijk) vervallen indicatoren

- 7 Indicator 1.6 (percentage heropname versus gemiddelde opnameduur) is tijdelijk
vervallen, omdat uit de evaluatiestudie is gebleken dat deze indicator onvoldoende
onderbouwd kan worden. Doorontwikkeling van deze indicator zal zich richten op
continuïteit van zorg vanuit het hulpverlenersperspectief.
- 8 Indicator 1.7b (drop-out bemoeizorg) is vervallen, maar zal bij doorontwikkeling van
indicator 1.10 meegenomen worden.
- 9 De indicator 1.9 (hanteren behandelrichtlijnen) is definitief vervallen, omdat toetsing
van gebruik van richtlijnen niet mogelijk is via (een beperkte set) indicatoren.
- 10 Indicator 1.10 (bemoeizorg) is tijdelijk vervallen, omdat deze indicator in de
evaluatiestudie als ontoereikend is beoordeeld. Doorontwikkeling vindt plaats in
combinatie met indicator 1.7b (drop-out bemoeizorg).
- 11 Indicator 2.5 (Suïcidepreventie) is tijdelijk vervallen, omdat het niet mogelijk is om
een betekenisvolle indicator te maken voor dit onderwerp.
- 12 Indicator 3.2 (Toegang tot zorg) is tijdelijk vervallen. Er wordt gewerkt aan betekenis-
volle invulling.

Meetinstrumenten en informatiebronnen

Een belangrijk doel van de basisset prestatie-indicatoren is het beschikbaar stellen van
vergelijkbare gegevens. Hiervoor is het nodig dat gestandaardiseerde gegevens de
basis vormen van de waarden voor de indicatoren. Dat kan door gebruik te maken van
gestandaardiseerde meetinstrumenten en informatiebronnen.

De stuurgroep heeft zich hierover laten adviseren door een expertteam van
hoogleraren voor het standaardiseren van de meting van de indicatoren met betrekking
tot de effectiviteit van de behandeling [1.2 Verandering ernst problematiek, 1.3
Verandering in dagelijks functioneren van de cliënt, 1.4 Verandering in ervaren kwaliteit
van leven]. Deze heeft een voorstel gedaan voor standaardinstrumenten voor deze
indicatoren. Bij de beroepsorganisaties blijkt nog geen unaniem draagvlak voor dit
advies te bestaan. De stuurgroep besloten om deze instrumenten wel als standaard op
te nemen in de indicatorenset maar het gebruik voor de eerste jaren facultatief te
maken. Gedurende de jaren 2009 en 2010 zal ze nadrukkelijk monitoren of er voldoende
draagvlak voor haar keuze ontstaat en of deze keuze tot de noodzakelijke vergelijkbaar-
heid van resultaten leidt. Hetzelfde geldt voor de CQ index voor het meten van cliënt-
ervaring (wel verplicht over 2010).

In de onderstaande alinea's worden de in de indicatorenset genoemde informatie-
bronnen en meetinstrumenten toegelicht. In bijlage 1 is achtergrondinformatie over de
instrumenten opgenomen.

DBC-registratie

Voor het vullen van de prestatie-indicatoren wordt zo veel mogelijk gebruik gemaakt
van bestaande meetinstrumenten en informatiebronnen. Voor veel prestatie-indicatoren
vormt de DBC-registratie een informatiebron.

CQ-index, Thermometer(s) of eigen instrument

Voor de indicatoren waar de cliënten de informatiebron zijn, is de CQ-index het belangrijkste instrument. Vanaf verslagjaar 2009 is de CQ index kortdurend ambulante ggz (tot 2 jaar behandeling) het standaard meetinstrument voor deze groep cliënten (toepassing facultatief over 2009). Aan de ontwikkeling van de CQ-index langdurige en klinische zorg wordt gewerkt, deze is naar verwachting per 2010 beschikbaar.

Voor (delen van) indicatoren waarvoor geen CQ index beschikbaar is kan de Thermometer Cliëntwaardering gebruikt worden. Soms gebruiken zorgaanbieders de Thermometer niet. Voor de overgangssituatie naar de introductie van de CQ-index, gaat de stuurgroep akkoord met het gebruik van eigen instrumenten. Voorwaarde is dat deze instrumenten vergelijkbare vragen als de Thermometer bevatten.

Aanbieders die in 2009 deelnemen aan de pilot van de CQ vragenlijsten voor de langdurige en klinische zorg kunnen de data uit deze pilotmeting gebruiken in hun verslag over 2009.

Belangrijk aandachtspunt bij het gebruik van gegevens van vragenlijsten is de respons. Is de respons op de Thermometer of CQ-index laag, dan neemt de betrouwbaarheid van de informatie af. Dit wordt inzichtelijk gemaakt door het bepalen van de 'response rate'.

Meetinstrumenten effectiviteit van behandeling

De experts hebben zich gebogen over meetinstrumenten ten behoeve van het meten van de indicatoren 'Verandering van ernst problematiek', 'Verandering in dagelijks functioneren', 'Verandering in ervaren kwaliteit van leven' (1.2, 1.3 en 1.4). Het advies van de experts is door de stuurgroep overgenomen onder de hierboven reeds beschreven condities. De experts hebben geen advies gegeven voor instrumenten specifiek geschikt voor kinderen en jeugdigen. De stuurgroep legt deze vraag voor aan kinder- en jeugd ggz experts.

Als uitgangspunt geldt dat waar mogelijk generieke instrumenten gebruikt worden als standaardinstrument. Hiervoor is gekozen omdat:

- Veel cliënten co-morbide hebben stoornissen. Het meten van de verandering van symptomen met een specifiek op de hoofddiagnose gericht instrument geeft een te eenzijdige benadering;
- Het in het kader van ROM is het gebruikelijk om de nulmeting (ook) met een generiek instrument uit te voeren (ipv diagnosespecifieke instrumenten) omdat de diagnose van de cliënt dan nog niet altijd uitgekristalliseerd is;
- Generieke instrumenten zijn, met het globale beeld dat ze geven over de toestand van de cliënt over meerdere symptoomgebieden, meer geschikt voor vergelijking en benchmark dan diagnosespecifieke instrumenten.

1.2 Verandering ernst problematiek: de BSI, de BPRS en de MATE.

1.3 Verandering in dagelijks functioneren van de cliënt: de HoNOS voor cliënten met severe mentall illness. De stuurgroep is akkoord met het voorstel van de experts om de GAF als instrument niet meer op te nemen. De keuze voor de GAF was deels gebaseerd op het feit dat de GAF verplicht is in de DBC-registratie en dat de gegevens dus eenvoudig beschikbaar zijn. De experts zijn echter unaniem van mening dat de GAF geen goed instrument is. Door een te beperkt aantal items is het onbetrouwbaar, door

12

13

een geringe interbeoordelaarbetrouwbaarheid en door een onvoldoende deskundig gebruik van het instrument zijn de resultaten niet betrouwbaar. Hierdoor heeft het instrument een slecht imago en gebruiken hulpverleners de uitkomst niet voor hun behandeling. Dit laatste is cruciaal voor goede implementatie en betrouwbare en vergelijkbare meetresultaten.

1.4 Verandering in ervaren kwaliteit van leven: de MANSA voor cliënten met severe mental illness.

De experts signaleren de noodzaak om nieuwe en beter in Nederland passende instrumenten te gaan ontwikkelen. Gerelateerd aan de drie indicatoren achten zij het nodig dat er instrumenten ontwikkeld worden voor:

- het generiek meten van 'Verandering van ernst symptomatologie' waarbij ook verslavingssymptomen gemeten worden,
- het meten van verandering in algemeen functioneren bij cliënten die kortdurende zorg ontvangen,
- het meten van kwaliteit van leven bij cliënten die kortdurende zorg ontvangen.

Terminologie en definities

Een groot aantal definities dat nodig is bij het vullen van de prestatie-indicatoren is opgenomen in de werkinstructie die u kunt vinden op www.zichtbarezorg.nl. In deze paragraaf staan alleen enkele overkoepelende definities uitgewerkt.

Effectiviteit, Veiligheid, Cliëntgerichtheid en Kwaliteit van zorg

De basisset prestatie-indicatoren bevat 28 indicatoren in drie hoofdstukken: effectiviteit, veiligheid en cliëntgerichtheid. Deze drie onderdelen zijn een operationalisatie van kwaliteit van zorg zoals beschreven in de Kwaliteitswet zorginstellingen (1996). Daarin staat dat kwalitatief goede zorg doeltreffend, doelmatig, patiëntgericht en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt moet zijn. Deze kaders zijn voor de ggz vertaald in effectief, veilig en cliëntgericht. De indicatoren in de basisset vormen vervolgens de operationalisatie van hetgeen de betrokken partijen verstaan onder effectieve, veilige en cliëntgerichte zorg. Hierbij geleid door de uitgangspunten zoals geformuleerd in de paragraaf 'uitgangspunten van de basisset'.

Structuur-, proces- of uitkomstindicator

In de basisset onderscheiden we drie soorten indicatoren: structuur, proces en uitkomst-indicatoren.

Structuurindicatoren geven informatie over de organisatorische voorwaarden waarbinnen een aanbieder verantwoord zorg kan leveren. Bijvoorbeeld de beschikbaarheid van een standaardprocedure voor somatische zorg.

Procesindicatoren geven een indicatie over het verloop van (zorg)processen in een organisatie die invloed hebben op de kwaliteit van zorg. Bijvoorbeeld de wachttijd voor het starten van de behandeling.

Uitkomstindicatoren geven een indicatie over de uitkomst van de zorg. De Nederlandse term uitkomstindicator kent in het Engels twee varianten, output en outcome.

Outputindicatoren geven een indicatie van een resultaat van een zorgproces, zoals bijvoorbeeld het aantal mensen dat bereikt wordt met preventieactiviteiten. Outcome-indicatoren geven een indicatie van de resultaten van de zorg, dus bijvoorbeeld de mate waarin de cliënt vindt dat de behandeling geholpen heeft voor zijn klachten. In de indicatorenset worden beide varianten uitkomstindicatoren genoemd.

Instelling of concern

Een instelling of concern is een zorgaanbieder of een organisatorisch verband van individuele zorgaanbieders die een toelating heeft in het kader van de WTZi. Een uitzondering hierop vormen instellingen die wel in financieel-administratieve zin samenwerken, maar niet samen zorg verlenen.

Behandeling of begeleiding

Het gaat in dit rapport om het meten van de zorgkwaliteit: of dat nu behandeling of begeleiding is.

Cliënt of patiënt

De set prestatie-indicatoren is bedoeld voor alle zorgsoorten in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. In een aantal indicatoren hebben we een beperking aangebracht in zorgsoort, bijvoorbeeld alleen voor de langdurige zorg.

In de ggz is er regelmatig discussie over het gebruik van het woord 'cliënt' of 'patiënt'. Over het algemeen spreken we bij een behandeling van 'patiënt' en bij begeleiding of in de langdurige zorg van 'cliënt'. Om niet te blijven steken in deze discussie, is gekozen voor de term 'cliënt' (al valt er natuurlijk ook wat te zeggen voor de term 'patiënt'). Dus waar 'cliënt' staat, kunt u ook 'patiënt' lezen.

Gebruik van de basisset

Zorgaanbieders leveren hun indicatorgegevens (de tellers en noemers) aan door het invullen van een digitale vragenlijst op www.zichtbarezorg.nl. Na aanlevering van de data van alle zorgaanbieders worden deze geschoond en ter accordering teruggekoppeld aan de zorgaanbieder.

Indien de zorgaanbieder akkoord is met de geschoonde data publiceert ze de resultaten van de prestatie-indicatoren in haar Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV). De set vormt in het JMV een van de sectorspecifieke bijlagen. Het JMV vervangt onder andere het wettelijk verplichte kwaliteitsjaarverslag. Met ingang van verslagjaar 2007 is het aanleveren van het Jaardocument verplicht voor zorgaanbieders met een WTZi-erkenning.

De zorgaanbieders worden bij de aanlevering ondersteund door een werkinstructie. Overgebleven onduidelijkheden kunnen zij melden bij de helpdesk van Zichtbare Zorg die de vragen indien nodig doorspeelt aan een van de betrokken partijen.

14

15

De basisset wordt in fasen in gebruik genomen (zie bijlage I). De basisset voor de algemene ggz aanbieders bevat 28 indicatoren. Niet alle indicatoren moeten of kunnen al geleverd worden. Soms is een deel van een indicator verplicht en een deel facultatief. Over verslagjaar 2009 moeten zorgaanbieders verplicht 16 indicatoren (of delen ervan) leveren. Acht indicatoren kunnen facultatief geleverd worden, vier daarvan zijn vanaf verslagjaar 2010 verplicht. Zes indicatoren worden in 2009 en 2010 verder ontwikkeld.

Geplande ontwikkelingen in 2009 en 2010

In 2009 en 2010 doorloopt de basisset opnieuw een plan-do-check-act loop. De tijdelijk verwijderde en nog onvoldoende ontwikkelde indicatoren worden verder ontwikkeld. Onderzocht wordt of voor de (in de evaluatiestudie van 2008 geopperde) nieuwe onderwerpen goede indicatoren ontwikkeld kunnen worden. Daarbij zal de stuurgroep specifiek aandacht besteden aan het evenwicht tussen het perspectief van de cliënt en de hulpverlener in de set.

De stuurgroep zal in 2009 opnieuw een evaluatiestudie laten uitvoeren naar de kwaliteit van de aangeleverde data en de bruikbaarheid van de informatie voor alle partijen.

De indicatoren voor de forensische zorg en de zelfstandig gevestigden in de 2^e lijn worden beproefd en geïmplementeerd. Er zijn initiatieven om de indicatoren ook beter passend te maken voor de ziekenhuispsychiatrie in PAAZ en PUK en de 1^e lijns psychologen door voor hen eigen subsets te ontwikkelen.

Daarnaast zal er veel aandacht geschonken worden aan onderzoek en implementatie van oplossingen die de vergelijkbaarheid van de resultaten tussen de zorgaanbieders vergroot.

Uitgangspunten van de basisset

16

Bij de aanvang van de ontwikkeling van de prestatie-indicatoren in 2006 zijn uitgangspunten voor de ontwikkeling geformuleerd. Deze zijn onveranderd. De indicatoren zijn uitgewerkt voor cliëntgerichtheid, effectiviteit en veiligheid. Cliëntgerichtheid, effectiviteit en veiligheid vormen samen de uitwerking van 'kwaliteit van zorg' zoals de Kwaliteitswet die omschrijft. De keuze van de indicatoren is gebaseerd op de volgende uitgangspunten:

1 *Indicatoren zijn in ontwikkeling*

De set prestatie-indicatoren en het gebruik ervan zijn in de komende jaren nog in ontwikkeling. Daarbij is het niet de bedoeling om meer indicatoren vast te stellen, maar om de gekozen indicatoren aan te scherpen en te verbeteren. Daar waar voor groepen in de ggz en verslavingszorg subsets ontwikkeld worden, mag het totaal aantal te leveren indicatoren de huidige 28 niet overstijgen.

2 *Indicatoren moeten handvatten bieden voor externe verantwoording en interne kwaliteitsverbetering*

De indicatoren zijn in eerste instantie ontwikkeld om externe verantwoording door de zorgaanbieders over kwaliteit van zorg mogelijk te maken. Die wordt betrouwbaarder en effectiever, als zij dezelfde informatie kunnen gebruiken voor hun interne kwaliteitsverbetering.⁴

3 *Indicatoren worden gespecificeerd naar diagnosegroep*

De prestatie-indicatoren dienen verschillende doelen en hebben verschillende gebruikers. De bruikbaarheid van de informatie uit de prestatie-indicatoren voor de externe gebruikers (cliënten, IGZ, zorgverzekeraars en overheid) is leidend. In eerste instantie publiceert de zorgaanbieder de prestatie-indicatoren op concern- of instellingsniveau. Waar zinvol worden indicatoren gespecificeerd naar diagnosegroep en/of de doelgroep waarvoor ze van toepassing zijn (bijvoorbeeld stemmingsstoornis of langdurige zorg). De stuurgroep heeft hiervoor gekozen omdat in het huidige denkmodel van de GGZ de (hoofd)diagnose van de cliënt een belangrijke sturende variabele is voor de inhoud en het proces van de zorg en behandeling. Daarbij past de indeling van (hoofd)diagnose in het bekostigingsmodel van DBC's

17

De Raad van Bestuur van een concern is er verantwoordelijk voor dat ze betekenisvolle informatie publiceert. Is deze van mening dat de informatie over het eigen concern met het nu verplicht gestelde specificatieniveau te weinig zegt, dan is zij vrij om de informatie te specificeren. Ook als de evaluatie van bruikbaarheid van de prestatie-indicatoren door de gebruikers daartoe aanleiding geeft, zal de projectgroep het specificatieniveau in gezamenlijk overleg aanpassen.

4 *Een indicator is geen minimumnorm*

Een indicator is een meetbaar aspect van de kwaliteit van zorg waarmee een indicatie van de kwaliteit van zorg kan worden verkregen, maar zegt daarmee nog niet wat goede zorg is. Daarvoor zijn norm- of vergelijkingsgegevens nodig. Deze laatste zijn er (nog) niet. In plaats daarvan wordt gewerkt met een toetsingskader met een 'relatieve norm' die verwant is aan de 'best practice'. Deze zullen zich bij herhaalde metingen uitkristalliseren.

5 *Waar mogelijk uitkomstindicatoren hanteren*

De prestatie-indicatoren meten zoveel mogelijk op uitkomstniveau: het gaat om het resultaat, niet om de manier waarop een resultaat tot stand komt. Een uitkomst is bijvoorbeeld het percentage cliënten dat aangeeft geholpen te zijn door de interventie. Zijn er echter nog geen uitkomstindicatoren beschikbaar, dan worden structuur- of procesindicatoren gebruikt. Structuurindicatoren zijn bijvoorbeeld (infra)structurele kenmerken van de zorg zoals de personele capaciteit. Een voorbeeld van een procesindicator is het percentage cliënten met een psychotische stoornis dat toegang heeft tot de tweede generatie anti-psychotica. Dit doen we alleen voor situaties waarin een structuur- of procesindicator daadwerkelijk iets kan zeggen over de kwaliteit van de zorg.

6 *Indicatoren zijn uniform te meten*

Voor extern gebruik is het van belang dat de resultaten onderling vergelijkbaar zijn. Daarvoor moet je resultaten uniform meten. Hoewel het nog niet overal haalbaar is gebleken, wordt gestreefd naar consensus over het meetinstrument/de schaal per indicator.

7 *Prestaties meten vanuit verschillende perspectieven*

De prestaties van aanbieders worden vanuit het perspectief van de hulpverlener en de cliënt gemeten. Zo wordt de effectiviteit van de behandeling in kaart gebracht door de cliënt te vragen in hoeverre de behandeling geholpen heeft voor de klachten en door een meetinstrument in te zetten dat de verandering in klachten meet. De perspectieven zijn complementair en bieden in samenhang een evenwichtig beeld van de geleverde kwaliteit van zorg. Discrepancie tussen het oordeel van de cliënten en de zorgaanbieders is een belangrijk signaal. Maar de beide perspectieven staan ook op zichzelf. Zo vormt het cliëntenperspectief een op zichzelf staand domein, naast effectiviteit en veiligheid (zie hoofdstuk 1, 2 en 3).

⁴ H Solberg, L.I., G. Mosser & S. McDonald 1997. 'The three faces of performance measurement: Improvement, Accountability and Research'. *Journal on Quality Improvement*. 1997; 23 (3):135-147

8 *Indicatoren baseren op bestaande registratiesystemen*

Om de kwaliteit van de geleverde zorg zichtbaar te maken zijn gegevens nodig over de cliënt, het verloop en de resultaten van de behandeling en begeleiding. In de huidige registratiesystemen zijn veel gegevens al beschikbaar. Om te voorkomen dat hulpverleners extra handmatige, administratieve activiteiten moeten verrichten maken we voor de prestatie-indicatoren zo veel mogelijk gebruik van de gegevens uit de bestaande registratiesystemen. Er wordt alleen om aanvullende informatie gevraagd als de inspanning om die te leveren proportioneel is.

9 *Balans zoeken tussen zeggingskracht en praktische haalbaarheid*

Technisch goede indicatorensets (perfect valide en betrouwbaar) hebben vaak als nadeel dat zij in de praktijk moeilijk zijn te vullen met gegevens.⁵ Bij het vaststellen van de prestatie-indicatoren hanteert de stuurgroep dan ook als uitgangspunt dat er sprake moet zijn van een goede mix tussen zeggingskracht enerzijds en efficiëntie en haalbaarheid anderzijds. Dat kan betekenen dat we omwille van de hanteerbaarheid en leverbaarheid van de indicatoren soms voor een indicator kiezen die niet optimaal valide en betrouwbaar is.

⁵ Powell AE, Davies HT, Thomson RG. Using routine comparative data to assess the quality of health care: understanding and avoiding common pitfalls. *Qual Saf Health Care*. 2003 Apr;12(2):122-8.

18

19

Gebruikershandleiding

Met de basisset prestatie-indicatoren geven de instellingen voor ggz en verslavingszorg invulling aan hun verantwoording van de kwaliteit van de geleverde zorg. Publicatie hiervan gebeurt in het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording. De prestatie-indicatoren worden omgezet in een digitale vragenlijst, die te bereiken is via de website van Zichtbare Zorg. In deze invulversie zijn waar nodig nadere specificaties aangebracht naar diagnose/doelgroep/medicatie. Bij iedere indicator bestaat de mogelijkheid om uw antwoord toe te lichten.

Iedere indicator is op dezelfde manier opgebouwd:

- **Titel**
De benaming van de indicator.
- **Status**
Verslagjaar waarover de indicator de eerste keer geleverd moet worden, of fasering van de implementatie.
- **Onderbouwing**
Waarom deze indicator.
- **Beschrijving**
De precieze definitie en vraagstelling, inclusief indien van toepassing op diagnose- en eventueel doelgroepniveau. De volgende diagnosegroepen (hoofddiagnoses) worden onderscheiden:
 - 1 Stoornissen in de kindertijd.
 - 2 Schizofrenie en andere psychotische stoornissen.
 - 3 Stemmingsstoornissen.
 - 4 Angststoornissen.
 - 5 Persoonlijkheidsstoornissen.
 - 6 Delirium, dementie, amnestische en andere cognitieve stoornissen.
 - 7 Aan een middel gebonden stoornissen.
- **Meetinstrument**
Indien relevant, het instrument waarmee de uitkomst van de indicator gemeten wordt.
- **Informatiebron**
Het registratiesysteem waar de benodigde informatie in geregistreerd wordt.
- **Teller en noemer**
Informatie voor de berekening van de indicator. U levert de gegevens voor de teller en de noemer, DigiMV berekent de indicator;
- **Exclusie**
Om de heterogeniteit van de cliëntengroep te beperken en zo vergelijkbaar te maken, wordt aangegeven welke cliënten(groepen) of zorgsoorten niet meegenomen dienen te worden.
- **Type indicator**
Geeft aan of het een uitkomst-, proces- of structuurindicator is.

- **Response rate**

Het totaal aantal cliënten dat de vragen beantwoord heeft als percentage van totaal aantal uitgezette vragenlijsten. Deze maat geeft inzicht in de respons op een vraag en daarmee in de betrouwbaarheid van het resultaat. De berekening van de response rate vindt plaats door DigiMV.

- **Best practice**

Wat is de beste uitkomst die bestaat voor deze indicator (het bepalen hiervan is geen verantwoordelijkheid van de projectgroep).

- **Opmerkingen**

Eventuele nadere toelichting.

20

Werkinstructie

Bij het aanleveren van de gegevens voor het berekenen van de indicatoren wordt u dringend aanbevolen gebruik te maken van de meest recente versie van de werkinstructie. Daarin vindt u de specifieke definities en uitzonderingen en antwoorden op veelgestelde vragen. Deze werkinstructie wordt regelmatig geactualiseerd naar aanleiding van opmerkingen en vragen.

U vindt de werkinstructie op www.zichtbarezorg.nl, subsite ggz.

Veel definities vindt u ook terug in de digitale vragenlijst. Daarin zijn meerdere links opgenomen waarmee u doorklikt naar onderliggende definities.

21

Samenvatting indicatoren

Het onderstaande schema biedt een overzicht van de in de basisset 2009-2010 opgenomen prestatie-indicatoren naar soort: uitkomst, proces of structuur. Het streven is om zoveel mogelijk uitkomstindicatoren te gebruiken en alleen proces- of structuurindicatoren op te nemen als geen uitkomstindicator voor handen is en de proces- of structuurindicator daadwerkelijk iets zegt over de kwaliteit van de geleverde zorg. De indicatoren die niet worden uitgevraagd over 2009, worden in dit overzicht onder de kop uitkomst gepresenteerd. Dit sluit aan bij het uitgangspunt van doorontwikkeling om waar mogelijk uitkomstindicatoren te hanteren.

1 Effectiviteit			
Uitkomst	Proces	Structuur	
1.1	Bereik preventieactiviteiten		
1.2a	Oordeel van de cliënt over verandering ernst problematiek	1.2b Systematisch meten verandering ernst problematiek	1.2c Gebruikte instrumenten
1.2d	Verandering ernst problematiek		
1.3	Verandering in het dagelijks functioneren van de cliënt		
1.4c	Verandering in de ervaren kwaliteit van leven van de cliënt van leven	1.4 a Systematisch meten van verandering in ervaren kwaliteit	1.4b Gebruikte instrumenten
1.5a	Percentage metingen naar onvervulde zorgbehoefte in kader rehabilitatie	1.5b Gebruikte instrumenten	
1.6	Heropname versus opname-duur (in ontwikkeling)		
1.7	Drop-out		
1.8b	De mate waarin screening op somatische aandoeningen plaatsvindt	1.8a De beschikbaarheid van een procedure voor screening op somatische aandoeningen	
1.10	Bereik zorgwekkende zorg-mijders (in ontwikkeling)		
1.11	Tijdig contact na ontslag uit kliniek		

2 Veiligheid		
Uitkomst	Proces	Structuur
	2.1a Beschikbaarheid medicatie-overzicht 2.1b Combinatie SSRI/NSAID met PPI 2.1c Rationeel voorschrijven benzodiazepines	
2.2 Informatie over bijwerkingen medicijnen		
2.3 Onveiligheid door ontbreken van informatie		
2.4a Aantal insluitingen / toepassing dwangmedicatie 2.4b Gemiddelde duur insluiting / dwangmedicatie	2.4c Evaluatie met cliënt	2.4d Aanwezigheid preventieprogramma
2.5 Suïcidepreventie (in ontwikkeling)		
2.6a Ervaren veiligheid cliënten 2.6b Perspectief hulpverlener over veiligheid (in ontwikkeling)		

22

23

3 Cliëntgerichtheid		
Uitkomst	Proces	Structuur
3.1a Gemiddelde aanmeldings-wachttijd 3.1b Gemiddelde wachttijd tot behandeling 3.1c Percentage wachttijd korter dan x dagen		
3.2 Toegang tot zorg (in ontwikkeling)		
3.3 Informed consent 3.4 Keuzevrijheid 3.5 Vervulling zorgwensen		
3.6a Cliëntoordeel evaluatie/ bijstelling behandel-/ begeleidingsplan 3.6b Percentage geëvalueerde/ bijgestelde behandel-/ begeleidingsplannen		
3.7 Goede samenwerking en afstemming met ketenpartners 3.7a. Ambulante zorg 3.7b. Langdurige zorg/klinische zorg		
3.8a Cliëntervaring deelname aan dag- of werkactiviteiten 3.8b Perspectief hulpverlener cliëntparticipatie aan dag- of werkactiviteiten (in ontwikkeling)		
3.9 Cliëntoordeel woon- en leef-omstandigheden in klinische- of RIBW-setting		
3.10 Adequate bejegening door de hulpverlener 3.11 adequate informatie-verstrekking over de behandeling/begeleiding		

1. Effectiviteit van zorg

24

1.1 Preventie: bereik preventieactiviteiten

Status	Deze indicator is verplicht voor verslagjaar 2009 en 2010.
Onderbouwing	<p>De prestatie indicator preventie biedt een indicatie van de activiteiten die instellingen aan ggz en verslavingspreventie doen. Wanneer deze op een betrouwbare en werkbare manier is gemeten, geeft het een verantwoording voor de preventieactiviteiten die een instelling biedt op zowel naar de maatschappij als binnen de instelling.</p> <p>Er is gezondheidswinst te behalen als we zorg voor gezondheid centraal stellen in plaats van behandeling van ziekte. Ziekte voorkomen heeft een duidelijk maatschappelijk belang. Gezond zijn en gezond blijven draagt bij aan het welzijn van individuen en de mogelijkheden tot participatie in de maatschappij (bron CVZ, Van preventie verzekerd, 2007).</p> <p>Om een gezondheidsprobleem aan te pakken moet er naast behandeling ook aan preventie gedaan worden. Met preventie streeft de ggz (inclusief verslavingszorg) er naar om waar mogelijk lijden ten gevolgen van psychiatrische problemen te voorkomen, de sociale en economische gevolgen van psychiatrische problemen te verminderen en door er vroeg bij te zijn te voorkomen dat intensieve vormen van zorg nodig zijn. Hiermee kan op termijn de toenemende vraag naar ggz worden afgeremd.</p> <p>Literatuur:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (december 2006). Nota 'Kiezen voor gezond leven 2007 – 2010. - RIVM (2006). Gezond Verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen. - Kessler, R. C., Berglund, P. A., Bruce, M. L., Koch, J. R., Laska, E. M., Leaf, P. J., Manderscheid, R. W., Rosenheck, R. A., Walters, E. E. & Wang, P. S. (2001), The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. Health Service Research, 36(6 Pt 1):987-1007. - Tuijn, S., & Wagner, C. (2006). Risico-indicatoren voor de GGZ, Utrecht: Nivel.
Beschrijving	<p>Per risico/diagnosegroep, het percentage mensen dat direct bereikt is met selectieve, geïndiceerde of terugval-preventieactiviteiten die gericht zijn op de risicogroep.</p> <p>Een risicogroep is een subgroep van de populatie waarbij de kans op het ontwikkelen van een psychiatrisch probleem aanzienlijk groter is dan gemiddeld. Een diagnosegroep is een subgroep van de populatie waarbij een psychiatrische stoornis is vastgesteld.</p> <p>Voor deze prestatie indicator gaat het om:</p> <p><i>Risicogroep:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - mensen met depressieve klachten - mensen die overmatig alcohol gebruiken.

25

	<p><i>Diagnosegroep:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - mensen met een depressieve stoornis - mensen met de stoornis alcoholmisbruik of alcoholafhankelijkheid
Meetinstrument	Er is geen landelijk geaccepteerd meetinstrument.
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder / Minimale Preventie Gegevens Set (Preventis)
Exclusie	<ul style="list-style-type: none"> - Zorgaanbieders die geen ggz- of verslavingspreventie leveren. - Zorgaanbieders die geen ggz- of verslavingspreventie leveren ten behoeve van de genoemde risicogroepen.
Type indicator	Uitkomst
Teller	Het aantal mensen uit de risicogroep dat geparticipeerd heeft in selectieve, geïndiceerde of terugval-preventieactiviteiten voor deze risicogroep in het verslagjaar.
Noemer	<p>Het totaal aantal mensen dat de instelling bereikt heeft met preventief en curatief aanbod voor de risico/diagnosegroep in het verslagjaar.</p> <p>(Deze maat is genomen als indicatie van de risicogroep in de bevolking. De precieze omvang van de risicogroep is niet bekend)</p>
Best practice	De best practice is het percentage gewenst bereik (= norm). De best practices worden in 2009 in overleg met het preventieveld per risicogroep bepaald.
Opmerkingen	<p>Depressieve klachten, alcoholmisbruik en alcoholafhankelijkheid kunnen vóórkomen als comorbiditeit bij een andere psychiatrische stoornis. Cliënten voor wie dit geldt worden niet meegeteld voor de noemer.</p> <p>Dit heeft tot gevolg dat de teller ruimer is omschreven dan de noemer.</p>

Status	Deze indicator omvat het cliëntperspectief (deel a) en het hulpverlenerperspectief (deel b, c en d) en is verplicht voor verslagjaar 2009 en 2010. (indicator is verplicht, instrumenten deels facultatief)
Onderbouwing	<p>Uit de literatuur blijkt dat de verandering van de ernst van de problematiek een centrale maat is voor het meten van het effect van de behandeling. De meetresultaten van herhaalde statusmeting kunnen gebruikt worden voor indicatiestelling, voor de evaluatie van de behandeling en bij de communicatie over patiënten in een teamvergadering of met de zorgverzekeraar.</p> <p>Zowel de hulpverlener als de cliënt hebben een oordeel over de verandering van de ernst van de problematiek. Bij voorkeur komen deze beide oordelen overeen. Voor het in kaart brengen van het cliëntenperspectief van deze indicator dient bij voorkeur voor de ambulante zorg tot 2 jaar gebruik gemaakt worden van de CQ-index ambulante ggz. Voor de langdurige ambulante zorg en de klinische zorg is de CQ index in ontwikkeling, deze wordt verwacht in de loop van 2009. Tot deze beschikbaar zijn kunnen aanbieders gebruik maken van de Thermometer Cliëntwaardering of een eigen, vergelijkbaar instrument.</p> <p>Voor het in kaart brengen van deze indicator vanuit het hulpverlenerperspectief is een veelheid aan meetinstrumenten beschikbaar. De stuurgroep heeft zich in deze laten adviseren door een expertteam van hoogleraren. Op basis van dit advies heeft de stuurgroep besloten om vooralsnog de volgende instrumenten tot de standaard te benoemen voor de verschillende diagnosegroepen:</p> <ol style="list-style-type: none"> BSI (brief symptom inventory) voor: Stemmingsstoornissen, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en 'overige stoornissen' BPRS (brief Psychiatric Rating Scale) voor: Severe Mental Illness: schizofrenie en andere psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen. MATE voor: Verslaving Voor kinder- en jeugdpsychiatrie is een aparte vraag uitgezet bij deskundigen op dit gebied. Hun antwoord volgt in de loop van 2009. (Met betrekking tot inventarisatie van stoornissen in de kindertijd wordt gedacht aan de SDQ.) Tot dat ook hiervoor een besluit is genomen, staat het de hulpverleners vrij hier hun eigen keuze voor instrumenten te maken. <p><i>Het gebruik van deze instrumenten is over de verslagjaren 2009 en 2010 facultatief, maar nadrukkelijk aanbevolen. Op basis van ervaringen in deze jaren zal de stuurgroep besluiten of de instrumenten voor verslagjaar 2011 verplicht gesteld zullen worden.</i></p> <p><i>Bij gebruik van andere meetinstrumenten dient u hiervan wel verplicht de resultaten aan te leveren over 2009 en 2010.</i></p> <p>Meer informatie over deze meetinstrumenten, hun betrouwbaarheid, validiteit en vindplaats, leest u in bijlage 1</p> <p>Literatuur:</p> <ul style="list-style-type: none"> Wijngaarden van, B., Wennink, H. J., Kok, I. (2003), Klinische uitkomst-indicatoren in de GGZ en verslavingszorg. In Nederland verkrijgbare instrumenten getoetst op betrouwbaarheid, validiteit en toepasbaarheid. Trimbo Instituut, Utrecht.

	<ul style="list-style-type: none"> Wijngaarden van B., Kok, I. (2007), Een inventarisatie van potentieel geschikte instrumenten voor de Basisset prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Ernst van de problematiek; Dagelijks functioneren; Kwaliteit van leven. Mulder, C. L., Syttema, S. & Wierdsma, A. I. (2000). Statusmeting en instrument-gestuurde planning in de GGZ. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 55, 790-799.
Beschrijving	<p>Deze indicator bestaat uit vier onderdelen:</p> <p><i>Cliëntperspectief:</i></p> <p>a Het percentage cliënten waarbij de behandeling naar het oordeel van de cliënt heeft geleid tot verbetering en/of stabilisatie van de klachten.</p> <p><i>Hulpverlenerperspectief:</i></p> <p>b Het percentage cliënten, naar diagnosegroep, waarbij tijdens de behandeling op systematische wijze de verandering van de ernst van de problematiek in kaart is gebracht.</p> <p>c De instrumenten die gebruikt worden naar diagnosegroep, zo nodig verdeeld naar instrumenten voor enkelvoudige stoornissen en voor meervoudige stoornissen.</p> <p>d De verandering in de ernst van de problematiek per diagnosegroep.</p>
Meetinstrument	<p><i>Cliëntperspectief:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Ambulante zorg behandeling tot 2 jaar: CQ-index ambulante zorg facultatief over 2009, verplicht over 2010. Over 2009 zijn Thermometer Cliëntwaardering en eigen instrument geaccepteerd. Klinische en/of langdurende zorg: Deelnemers aan de pilot van de ontwikkeling van de CQ-index langdurende en klinische zorg kunnen over 2009 de pilotresultaten gebruiken voor deze indicator over 2009. Anderen gebruiken resultaten Thermometer Cliëntwaardering of eigen instrument over 2009. Instrumenten over 2010 afhankelijk van ontwikkeling CQ-index. Voor meer informatie over de CQ Index, zie bijlage1. <p><i>CQ-indices:</i></p> <p>De gemiddelde score op de schaal 'Verandering in klachten en functioneren'. Thermometer cliëntwaardering / ander cliëntervaringsinstrument op basis van de volgende vragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> Vraag 13: "Heeft u door de behandeling meer greep op uw problemen of klachten (gekregen)?" Vraag 14: "Bent u door de behandeling voldoende vooruit gegaan?" <p><i>Hulpverlenerperspectief:</i></p> <p>Meetinstrumenten zijn een nadrukkelijk advies, maar facultatief over 2009 en 2010. (Resultaten aanleveren is verplicht) van instrumenten van eigen keuze zijn voor deze jaren geaccepteerd:</p> <p>BPRS-E: psychotische stoornissen van cognitieve en affectieve aard;</p> <p>BSI: (als verkorte versie van de SCL-90) stemmings-, angst-, persoonlijkheids- en overige stoornissen; MATE: verslaving.</p> <p>Kinder en jeugdggz: Instrument van eigen keuze.</p>
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder
Exclusie	Beschermd wonen, begeleid zelfstandig wonen, dagactiviteiten.
Type indicator	Structuur, proces en uitkomst

1.2.a Oordeel van de cliënt over verandering van de ernst van de problematiek

28

Teller	<i>Bij gebruik CQ-index:</i> De totaalscore van de vragen in de schaal 'Verandering in klachten en functioneren' van alle cliënten die deze hebben beantwoord. <i>Bij gebruik van de Thermometer cliëntwaardering:</i> Verbetering: Het totaal aantal cliënten dat de vragen 13 en 14 positief beantwoord heeft (stabilisatie wordt met de thermometer niet in kaart gebracht). <i>Bij gebruik eigen instrument:</i> Het totaal aantal cliënten dat de (met vraag 13 en 14 uit de Thermometer vergelijkbare) vragen positief heeft beantwoord. De vragen moeten worden uitgeschreven in de digitale vragenlijst.
Noemer	Het totaal aantal cliënten dat de betreffende vragen beantwoord heeft.
Response rate	Het totaal aantal cliënten dat de betreffende vragen beantwoord heeft als percentage van het totaal aantal uitgezette vragenlijsten.

1.2.b Het op systematische wijze meten van de verandering van de ernst van de problematiek bij cliënten

Teller	Het aantal cliënten per diagnosegroep waarbij in het verslagjaar de behandeling is afgesloten en waarbij tijdens de behandeling op systematische wijze de verandering in ernst van de problematiek gemeten is.
Noemer	Het aantal cliënten per diagnosegroep waarbij in het verslagjaar de behandeling is afgesloten.

1.2.c Gebruikte instrumenten⁶

Open vraag	Welke instrumenten gebruikt u voor het meten van de verandering van de ernst van de symptomen (per diagnosegroep)?
-------------------	--

1.2.d Verandering in ernst problematiek

Teller	1 Het aantal cliënten per diagnosegroep waarbij bij voor- en nameting verbetering van de klachten gemeten wordt. 2 Het aantal cliënten per diagnosegroep waarbij bij voor- en nameting stabilisatie van de klachten gemeten wordt.
Noemer	<i>Voor teller 1 en 2:</i> Het aantal cliënten per diagnosegroep waarbij in het verslagjaar de behandeling is afgesloten en waarbij tijdens de behandeling op systematische wijze de verandering in ernst van de problematiek gemeten is.
Best practice	Nog te bepalen.
Opmerkingen	

⁶ *Opmerking: Toespitsen op K+J als de rest gestandaardiseerd wordt. In het geval van keuze voor standaard meetinstrumenten kan dit oordeel vervallen.*

29

1.3 Verandering in het dagelijks functioneren van de cliënt

Status	Deze indicator is verplicht voor verslagjaar 2009 en verslagjaar 2010. (indicator is verplicht, instrument facultatief)
Onderbouwing	<p>De mate van verandering (verbetering dan wel stabilisatie zoals blijkt bij herhaalde meting) in het dagelijks functioneren van een cliënt op zowel psychisch, sociaal en maatschappelijk vlak, is een maat voor het bepalen van het resultaat van de behandeling.</p> <p>Experts stellen dat het dagelijks functioneren gezien kan worden als het hulpverlenerperspectief van 'kwaliteit van leven'. Voor het in kaart brengen van de kwaliteit van leven vanuit het hulpverlenerperspectief zijn alleen instrumenten beschikbaar die ingezet kunnen worden bij cliënten die langdurend zorg ontvangen. De experts achten het noodzakelijk dat er ook instrumenten voor het algemeen functioneren van cliënten die kortdurend zorg ontvangen ontwikkeld worden.</p> <p>Onder professionals is er veel discussie over de betrouwbaarheid van de GAF zoals deze momenteel wordt toegepast. De stuurgroep heeft zich in deze laten adviseren door een expertteam van hoogleraren. Op basis van dit advies heeft de stuurgroep besloten om de GAF niet meer op te nemen als standaardinstrument.</p> <p>Zij volgt daarin het advies van de experts die stellen dat de GAF door een te beperkt aantal items onbetrouwbaar is. Door een geringe interbeoordelaarbetrouwbaarheid en door een onvoldoende deskundig gebruik van het instrument zijn de resultaten niet betrouwbaar.</p> <p>De stuurgroep benoemt de Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS) voorsnog tot standaardinstrument voor deze indicator, enkel gemeten bij cliënten die langer dan 1 jaar in zorg zijn. Omdat de behandelduur een lastige maat is voor het doen van 0 en 1 metingen wordt voor deze indicator gekozen voor alle cliënten met Severe Mental Illness: schizofrenie en andere psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen.</p> <p><i>Het gebruik van de HoNOS is over de verslagjaren 2009 en 2010 facultatief, maar nadrukkelijk aanbevolen. Op basis van ervaringen in deze jaren zal de stuurgroep besluiten of de instrumenten voor verslagjaar 2011 verplicht gesteld zullen worden.</i></p> <p><i>Bij gebruik van andere meetinstrumenten dient u hiervan wel verplicht de resultaten aan te leveren over 2009 en 2010.</i></p> <p><i>Meer informatie over de HoNOS met betrekking tot betrouwbaarheid, validiteit en vindplaats, leest u in bijlage 1.</i></p> <p>Literatuur:</p> <ul style="list-style-type: none">- Wijngaarden van, B., Wennink, H. J., Kok, I. (2003), Klinische uitkomst-indicatoren in de GGZ en verslavingszorg. In Nederland verkrijgbare instrumenten getoetst op betrouwbaarheid, validiteit en toepasbaarheid. Trimbos Instituut, Utrecht.

	<ul style="list-style-type: none"> - Wijngaarden van B., Kok, I. (2007), Een inventarisatie van potentieel geschikte instrumenten voor de Basisset prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Ernst van de problematiek; Dagelijks functioneren; Kwaliteit van leven. - Mulder, C. L., Sytema, S. & Wierdsma, A. I. (2000). Statusmeting en instrument-gestuurde planning in de GGZ. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 55, 790-799. - Mulder, C.L., Staring, A.B.P., Loos, Buwalda, V.J.A., Kuijpers, D., Sytema, S. & Wierdsma, A.I. (2004), de Health of Nation Outcome Scales (HoNOS) als instrument voor 'routine outcome assessment', Tijdschrift voor psychiatrie, 46 (5): 273-284.
Beschrijving	Het percentage cliënten met de hoofddiagnose schizofrenie en andere psychotische stoornis of bipolaire stoornis, waarbij het dagelijks functioneren bij voor- en nameting: <ol style="list-style-type: none"> 1 Is verbeterd. 2 Is gestabiliseerd.
Meetinstrument	Nadrukkelijk advies: Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS) Dit instrument kent leeftijdsgebonden en een forensisch psychiatrische versie. Anderen instrumenten worden over 2009 en 2010 geaccepteerd.
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder
Exclusie	<ul style="list-style-type: none"> - Cliënten met een andere hoofddiagnose dan schizofrenie en andere psychotische stoornis, bipolaire stoornis. - Cliënten waarbij door overlijden of ontslag geen nameting is verricht; - Beschermd wonen, begeleid zelfstandig wonen en dagactiviteiten. <p>Cliënten die tevens behandeling ontvangen worden door de behandelende instelling meegenomen in het JMV. Mogelijk wordt activerende begeleiding (AB) per 2009 als behandeling vergoed. Het heeft dan een DBC en dan wordt vanaf verslagjaar 2009 meegenomen in de prestatie-indicator.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afgesloten DBC's waarbij geen sprake is geweest van behandeling (alleen indirecte tijd, intake/onderzoek en/of crisis).
Type indicator	Uitkomst
Teller	<ol style="list-style-type: none"> 1 Het totaal aantal cliënten met de hoofddiagnose schizofrenie en andere psychotische stoornis of bipolaire stoornis waarbij bij voor- en nameting verbetering van het functioneren gemeten wordt. 2 Het totaal aantal cliënten met de hoofddiagnose schizofrenie en andere psychotische stoornis of bipolaire stoornis waarbij bij voor- en nameting stabilisatie van het functioneren gemeten wordt.
Noemer	Voor teller 1 en 2: het totaal aantal cliënten met de hoofddiagnose schizofrenie en andere psychotische stoornissen of bipolaire stoornissen waarbij voor- én nametingen zijn verricht.
Best practice	Nog te bepalen
Opmerkingen	

1.4 Verandering in de ervaren kwaliteit van leven van de cliënt

Status	Deze indicator is verplicht voor verslagjaar 2009 en 2010. (indicator is verplicht, instrument facultatief)
Onderbouwing	<p>Sinds 1980 wordt kwaliteit van leven steeds vaker gebruikt als criterium voor resultaat in psychiatrisch onderzoek. Studies tonen een robuuste relatie aan tussen hoge aantallen onvervulde behoeftes en een lage subjectieve kwaliteit van leven.</p> <p>Ervaren kwaliteit van leven geeft iemands persoonlijke beoordeling weer van de objectieve levensomstandigheden. Vaak wordt dit gemeten door meet-instrumenten (rating scales) voor tevredenheid van verschillende levensdomeinen of het leven op zich. Deze levensdomeinen omvatten werk, woon-accommodatie, familie, sociale relaties, vrije tijd, veiligheid, financiën en lichamelijke en geestelijke gezondheid. De gemiddelde score van de tevredenheidsmetingen wordt gezien als het niveau van kwaliteit van leven. Hoe iemand zijn kwaliteit van leven ervaart wordt beïnvloed door drie belangrijke processen: vergelijking met originele verwachtingen en wensen, vergelijking met de levenssituatie en wat anderen bereikt hebben en aanpassing over tijd. Er zijn verschillende schalen, checklists en (semi)-gestructureerde interviews ontwikkeld om de kwaliteit van leven van mensen met schizofrenie te bepalen. Algemene schalen kunnen toegepast worden op de algemene populatie en iedere groep mensen met gezondheidsproblemen, zoals schizofrenie.</p> <p>Voor het in kaart brengen van deze indicator is een veelheid aan meet-instrumenten beschikbaar. De stuurgroep heeft zich in deze laten adviseren door een expertteam van hoogleraren. Op basis van dit advies, heeft de stuurgroep besloten om vooralsnog de MANSa aan te wijzen als standaardinstrument. Dit instrument is met name goed inzetbaar bij cliënten die langdurend zorg ontvangen (>1 jaar). Omdat de behandelduur een lastige maat is voor het doen van 0 en 1 metingen wordt voor deze indicator gekozen voor alle cliënten met Severe Mentall Illness: schizofrenie en andere psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen.</p> <p><i>Het gebruik de MANSa is over de verslagjaren 2009 en 2010 facultatief, maar nadrukkelijk aanbevolen. Op basis van ervaringen in deze jaren zal de stuurgroep besluiten of de instrumenten voor verslagjaar 2011 verplicht gesteld zullen worden.</i></p> <p><i>Bij gebruik van andere meetinstrumenten dient u hiervan wel verplicht de resultaten aan te leveren over 2009 en 2010.</i></p> <p>Literatuur:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wijngaarden van, B., Wennink, H. J., Kok, I. (2003), Klinische uitkomst-indicatoren in de GGZ en verslavingszorg. In Nederland verkrijgbare instrumenten getoetst op betrouwbaarheid, validiteit en toepasbaarheid. Trimbo Instituut, Utrecht.

	<ul style="list-style-type: none"> - Slade M, Lees M, Ruggeri M, Kuipers E, Tansella M Thornicroft G (2004), Does meeting needs improve quality of life? Psychother Psychosom, 73(3):183-9 - Wiersma D, van Busschbach J (2001), Are needs and satisfaction of care associated with quality of life? An epidemiological survey among the severely mentally ill in the Netherlands. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 251(5):239-46 - Priebe, S. (2007). Social outcomes in schizophrenia. British Journal of Psychiatry, 191 (suppl. 50): s15-s20. - Lasalvia, A., Bonetto, C., Malchiodi, F., Salvi, G., Parabiaghi, A., Tansella, M. & Ruggeri, M. (2005), Listening to patients' needs to improve their subjective quality of life. Psychol Med, 35(11):1655-65. - Michon, H. & Weeghel van, J. (2008), Rehabilitatie-onderzoek in Nederland. Overzicht van onderzoek en synthese van bevindingen in de periode 200-2007. Trimbos-instituut, Kenniscentrum Rehabilitatie, Zonmw.
Beschrijving	<p>Deze indicator bestaat uit drie onderdelen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Het percentage cliënten met de hoofddiagnose schizofrenie en andere psychotische stoornis of bipolaire stoornis, waarbij tijdens de behandeling of begeleiding op systematische wijze de verandering in de ervaren kwaliteit van leven in kaart is gebracht. De instrumenten die gebruikt worden voor het meten van de ervaren kwaliteit van leven. De gemiddelde resultaten die met de genoemde instrumenten gemeten worden.
Meetinstrument	Nadrukkelijk advies: MANSA Anderen instrumenten worden over 2009 en 2010 geaccepteerd.
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder
Exclusie	<ul style="list-style-type: none"> - Cliënten met een andere hoofddiagnose dan schizofrenie en andere psychotische stoornis, bipolaire stoornis. - Cliënten waarbij door overlijden of ontslag geen nameting is verricht;
Type indicator	Structuur, proces en uitkomst

1.4.a Systematische meting ervaren kwaliteit van leven

Teller	Het aantal cliënten met de hoofddiagnose schizofrenie en andere psychotische stoornis of bipolaire stoornis waarbij in het verslagjaar de ervaren kwaliteit van leven gemeten is als 2e of verdere meting.
Noemer	Het aantal cliënten met de hoofddiagnose schizofrenie en andere psychotische stoornis of bipolaire stoornis in het verslagjaar.

1.4.b Gebruikte instrumenten

Open vraag	Welke instrumenten gebruikt u voor het meten van de verandering in de ervaren kwaliteit van leven?

1.4.c Verandering in ervaren kwaliteit van leven

Teller	<ol style="list-style-type: none"> Het aantal cliënten met de hoofddiagnose schizofrenie en andere psychotische stoornis of bipolaire stoornis, waarbij verbetering in kwaliteit van leven gemeten wordt. Het aantal cliënten met de hoofddiagnose schizofrenie en andere psychotische stoornis of bipolaire stoornis, waarbij stabilisatie in kwaliteit van leven gemeten wordt.
Noemer	Voor teller 1 en 2: het totaal aantal cliënten met de hoofddiagnose schizofrenie en andere psychotische stoornis of bipolaire stoornis.
Beste Practice	Nog te bepalen.
Opmerkingen	

Status	Deze indicator is verplicht voor verslagjaar 2009 en 2010.
Onderbouwing	<p>Mensen met een ernstige psychische stoornis (SMI, Severe Mental Illness: schizofrenie en andere psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen), hebben dezelfde wensen ten aanzien van het maatschappelijke leven als andere burgers, maar slagen er doorgaans niet in om naar tevredenheid aan de gewone samenleving deel te nemen. De psychische stoornis beperkt de cliënten namelijk in hun dagelijks functioneren. Participatieproblemen doen zich op alle levensgebieden voor.</p> <p>Rehabilitatie onderscheidt vijf levensgebieden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zelfstandig wonen (met een eigen huur- of koopcontract) - Regulier betaald werk - Reguliere opleiding - Vrije tijd / dagbesteding / vrijwilligerswerk - Sociale contacten <p>Voor een succesvol rehabilitatieproces zijn twee invalshoeken van belang:</p> <p>1 De mate waarin een cliënt mee doet in de maatschappij. Dit is een maat die veel zegt over het effect van de inspanningen van een instelling op het gebied van rehabilitatie en de maatschappelijke positie van de cliëntengroep als geheel.</p> <p>Deze objectieve benadering, zonder te kijken naar de subjectieve beleving van een cliënt, negeert de mate waarin aan de wens van de cliënten wordt voldaan. Iemand die bijvoorbeeld niet in staat is om zelfstandig te wonen en hier tevreden mee is, zal niet gebaat zijn bij een rehabilitatieprogramma gericht op zelfstandig wonen.</p> <p>2 De subjectieve factor: wordt de ondersteuningsbehoefte van de cliënt vervuld. Hierbij wordt de beleefde effectiviteit van de ondersteuning gemeten</p> <p>Voor de prestatie-indicator rehabilitatie geven beide invalshoeken samen een compleet beeld van de effectiviteit van rehabilitatie. Voor het in kaart brengen van onvervulde ondersteuningsbehoeften van cliënten worden door zorgaanbieders verschillende instrumenten gebruikt, waaronder de Camberwell Assessment of Need (CAN). In deze fase van ontwikkeling van de prestatie-indicator wordt in eerste instantie uitsluitend gevraagd of de ondersteuningsbehoefte van cliënten op de genoemde vijf levensgebieden wordt gemeten en welk meetinstrument hiervoor wordt gebruikt.</p> <p>In het kader van de doorontwikkeling van de prestatie-indicator zal gezocht worden naar een geschikt standaardmeetinstrument, zoals de CAN, om de ondersteuningsbehoefte in kaart te brengen. Daarnaast zal gezien worden op welke wijze de effectiviteit van rehabilitatie resp. de maatschappelijke positie van cliënten adequaat in beeld kan worden gebracht en of het mogelijk is om richtlijnen op te stellen m.b.t. de wijze waarop rehabilitatie dient plaats te vinden. Voor de prestatie-indicator is het van belang dat beide invalshoeken samen een compleet beeld geven van de effectiviteit van rehabilitatie. Hoewel rehabilitatie begint vanaf het eerste contact tussen cliënt en</p>

	<p>hulpverlener, is voor de duidelijkheid van de indicator gekozen voor de groep:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cliënten minimaal een jaar in de geestelijke gezondheidszorg met een ernstige psychische aandoening (SMI) die gepaard gaat met substantiële beperkingen in het dagelijks functioneren. <p>Literatuur:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Michon, H. & Weeghel van, J. (2008), Rehabilitatie-onderzoek in Nederland. Overzicht van onderzoek en synthese van bevindingen in de periode 200-2007. Trimbo-instituut, Kenniscentrum Rehabilitatie, Zonmw. - Swildens, W.E., Van Keijzerswaard A.J., Van Wiel T.F., De Valk G.J.J.& Valenkamp, M.W. (2003). Individuele rehabilitatie voor chronische psychiatrische patiënten: een open onderzoek. Tijdschrift voor psychiatrie, 45 (1), 15-26. - Wiersma D, van Busschbach J (2001), Are needs and satisfaction of care associated with quality of life? An epidemiological survey among the severely mentally ill in the Netherlands. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 251(5):239-46 - American Psychiatric Association (2002), Quality indicators, defining and measuring Quality in Psychiatric Care for Adults and Children. - Tuijn, S., & Wagner, C. (2006). Risico-indicatoren voor de GGZ, Utrecht: Nivel
Beschrijving	<p>Deze indicator bestaat uit twee onderdelen:</p> <p>b Percentage cliënten waarbij in het verslagjaar de onvervulde zorgbehoefte gemeten is.</p> <p>a Het meetinstrument dat daarvoor gebruikt is.</p>
Meetinstrument	N.v.t.
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder
Exclusie	<ul style="list-style-type: none"> - Cliënten minder dan 1 jaar in de geestelijke gezondheidszorg; - Cliënten met een andere hoofddiagnose dan schizofrenie en andere psychotische stoornissen, bipolaire stoornissen.
Type indicator	Proces (a) en structuur (b).

1.5.a **Percentage cliënten waarbij onvervulde zorgbehoefte gemeten is**

Teller	Het aantal cliënten, minimaal een jaar in de geestelijke gezondheidszorg met een ernstige psychische aandoening (SMI), waarbij in het verslagjaar een meting is uitgevoerd naar de onvervulde zorgbehoefte.
Noemer	Het aantal cliënten dat minimaal een jaar in de geestelijke gezondheidszorg is met een ernstige psychische aandoening (SMI).

1.5.b **Gebruikt meetinstrument**

Open vraag	Welk meetinstrument heeft u gebruikt om de onvervulde zorgbehoefte te meten?
Best practice	Nog te bepalen.
Opmerkingen	-

1.6 Percentage heropname versus gemiddelde opnameduur

36

Status	Deze indicator wordt over verslagjaar 2009 niet uitgevraagd. In de evaluatiestudie is deze indicator, zoals over verslagjaar 2007 uitgevraagd, als ontoereikend en niet valide beoordeeld. Op basis daarvan is besloten deze indicator in 2009 door te ontwikkelen.
Onderbouwing	Het percentage klinische heropnamen wordt internationaal veel gebruikt als indicator voor terugval of complicaties na een klinische opname bij psychiatrische stoornissen. Omdat ze kunnen duiden op vroegtijdig ontslag dan wel gebrekkige continuïteit van zorg (onvoldoende afstemming tussen klinische en ambulante behandeling of begeleiding), is het noodzakelijk om bij hoge percentages klinische heropnamen grondig intern onderzoek te doen naar de factoren/oorzaken die met deze heropnamen samenhangen. Uit internationaal onderzoek blijkt dat het opnemen van deze indicator dit ook vaak bewerkstelligt. Hierbij moet opgemerkt worden dat in bepaalde situaties en bij bepaalde diagnoses een heropname niet per definitie een uiting is van slechte kwaliteit van de geleverde behandeling of begeleiding. Dit geldt in het bijzonder voor chronische cliënten en daar waar heropname past in een 'stepped care' behandeling. Zorgaanbieders kunnen dit in de toelichting vermelden. Daarbij komt dat (ondanks de ervaringen in de praktijk) in de literatuur slechts bescheiden bewijs is gevonden voor de relatie tussen heropname en kwaliteit van zorg. Deze indicator zou geschikt moeten zijn om de continuïteit van zorg in beeld te brengen vanuit het hulpverlenersperspectief. In combinatie met de indicator over continuïteit van zorg vanuit cliëntperspectief geeft dat een duidelijke indicatie over de kwaliteit van de geleverde zorg.
Beschrijving	
Meetinstrument	
Informatiebron	
Teller	
Noemer	
Exclusie	
Type indicator	
Best-practice	
Opmerkingen	

37

1.7 Drop-out

Status	Deze indicator moet geleverd worden over verslagjaar 2009 en 2010.
Onderbouwing	<p>Het terugvalrisico bij een afgebroken behandeling is ruim twee keer zo groot als bij een voortgezette behandeling. Onder drop-out wordt verstaan: door de cliënt, tegen advies van de behandelaar, vroegtijdige eenzijdige beëindiging van behandeling of begeleiding.</p> <p>Het percentage Drop-out is als indicator in de praktijk geschikt gebleken voor interne kwaliteitsbewaking en –verbetering. Ook wordt deze maat in clinical trials gebruikt om het effect van behandelingen te meten. Uit onderzoek is gebleken dat het percentage drop-outs samenhangt met het al dan niet hebben van een persoonlijkheidsstoornis. Uitsplitsing in diagnosegroepen is daarom gewenst.</p> <p>Literatuur:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nabit, U. & Walburg, J. (2002). Development and use of an indicator system for an addiction treatment centre. <i>International Journal of Health Care Quality Assurance</i>, 15, 49-58. - Ten Kate, C.A., Eurelings-Bontekoe, E.H.M., Muller, N. & Spinhoven, Ph. (2007). Persoonlijkheidsstoornissen in een instelling voor tweedelijns geestelijke gezondheidszorg. Prevalentie, kenmerken, behandelindicatie en drop-out. <i>Tijdschrift voor psychiatrie</i>, 49 (6), 597-609. - Aarsse H.R., Brink van den, W., & Koeter, M.W.J. (2004), Behandelvoorkeuren, patiëntwaardering en behandeluitkomst in GGZ en verslavingszorg. <i>Tijdschrift voor psychiatrie</i>, 46(6):347-356. - Tuijn, S., & Wagner, C. (2006). Risico-indicatoren voor de GGZ, Utrecht: Nivel.
Beschrijving	Het percentage cliënten per diagnosegroep dat hun behandeling/begeleiding eenzijdig (tegen het advies van de behandelaar) beëindigd heeft gedurende het verslagjaar.
Meetinstrument	N.v.t.
Informatiebron	Instellingsadministratie; DIS
Exclusie	N.v.t.
Type indicator	uitkomst
Teller	Aantal cliënten per diagnosegroep waarbij de DBC in het verslagjaar is afgesloten met de code 'reden van afsluiting bij patiënt/niet bij behandelaar'.
Noemer	Totaal aantal cliënten per diagnosegroep waarbij de DBC in verslagjaar is afgesloten, met de code 'in onderling overleg' of 'eenzijdig door de patiënt'.
Best practice	Nog te bepalen
Opmerkingen	

Status	Deze indicator is verplicht voor verslagjaar 2009 en 2010.
Onderbouwing	<p>Bij veel psychiatrische stoornissen komen al dan niet opgemerkt (co-morbide) somatische afwijkingen of stoornissen voor. Het is van belang dat co-morbiditeit tijdig gesignaleerd wordt. Daarom is het noodzakelijk dat bij elke cliënt aandacht aan de somatiek wordt besteed.</p> <p>Uit de nota 'Kwaliteitsnormen in de somatische zorg in de GGZ' (2004) blijkt dat er in de ggz duidelijke tekortkomingen op het gebied van de somatische zorg zijn. Naar aanleiding van deze nota moeten zorgaanbieders in hun jaarverslag vermelden of en zo ja hoe zij de in de nota geformuleerde kwaliteitsnormen toetst. In de praktijk blijkt dit nog niet door alle zorgaanbieders te gebeuren. Daarnaast blijkt dat er veel verschillen zijn in hoe de somatische screening wordt uitgevoerd, wie er verantwoordelijk voor is en hoe het proces vormgegeven is.</p> <p>In de afgelopen 5 jaar heeft somatische comorbiditeit meer aandacht gekregen in de ggz. Als gevolg daarop is het van belang dat de instelling zelf per psychiatrisch ziektebeeld met bijbehorend zorgprogramma aangeeft:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 op welke wijze de aandacht voor de somatiek is geregeld, 2 op welke wijze per ziektebeeld zorg wordt gedragen voor de uitvoering van de vigerende professionele richtlijnen. <p>Aan de hand van deze richtlijnen past de ggz-instelling bij iedere cliënt een adequate standaardprocedure toe. Daaruit vloeit voort welke somatische zorg voor de cliënt noodzakelijk is.</p> <p>Zorgaanbieders zouden voor iedere ingeschreven cliënt persoonlijk moeten bepalen welke somatische zorg hoe of zij nodig heeft en op welke momenten. Het is belangrijk dat dit ook vastgelegd wordt in het dossier van de cliënt. De Werkgroep Somatische Complicaties bij Antipsychotica gebruik heeft een overzichtsartikel gepubliceerd met daarin adviezen voor zorgvuldige monitoring en preventie van de somatiek bij cliënten die antipsychotica gebruiken. Bij gebrek aan een officiële Nederlandse richtlijn omtrent dit onderwerp kan dit consensus artikel gebruikt worden als leidraad bij het opstellen van een standaardprocedure voor somatische screening.</p> <p>Literatuur:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cahn, W., Ramlal, D., Bruggeman, R., De Haan, L., Scheepers, F.e., Van Soest, M.M., Assies, J., Sloof, C.J. (2008). Preventie en behandeling van somatische complicaties bij antipsychoticagebruik. Tijdschrift voor psychiatrie, 50(9), 579-591. - Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2005). - Multidisciplinaire Richtlijn Schizofrenie. Multidisciplinaire richtlijn voor de diagnostiek, zorgorganisatie en behandeling van volwassen cliënten met schizofrenie. - Bartels, S. J. (2004), Caring for the whole person: integrated health care for

	<p>older adults with severe mental illness and medical comorbidity. J Am Geriatry Soc, 52(12 Suppl):S249-57</p> <ul style="list-style-type: none"> - Planije, M., Smits, C. (november 2006). Inventarisatie van 'best-practices' voor GGZ cliënten met co-morbide somatische diagnose. Trimbos-instituut - Smolders, M., et al. (2007). The impact of co-morbidity on GPs' pharmacological treatment decisions for patients with an anxiety disorder. Family Practice, 24, 538-546 - Smolders, M., et al. (2008). Depressed and co-morbid condition: More psychotropics prescribed! European Journal of General Practice, 14, 10-18. - Tuijn, S., & Wagner, C. (2006). Risico-indicatoren voor de GGZ, Utrecht: Nivel
Beschrijving	<p>Deze indicator bestaat uit twee onderdelen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a Het beschikken over een standaardprocedure voor het geven van somatische zorg aan ingeschreven cliënten met schizofrenie. b Het percentage cliënten waarbij schriftelijk is vastgelegd dat somatische screening uitgevoerd is conform de standaardprocedure.
Meetinstrument	Deel b: Indien niet beschikbaar in de administratie van de zorgaanbieder, dient dossieronderzoek gedaan te worden op basis van een door de stuurgroep Zichtbare Zorg gedefinieerde aselecte steekproef van minimaal 25 dossiers.
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder / medische dossiers.
Exclusie	Bescherm wonen en begeleid zelfstandig wonen
Type indicator	Structuur (a) en proces (b).

1.8.a Standaardprocedure voor somatische screening

Open vraag	Heeft u voor cliënten met schizofrenie een standaardprocedure voor het uitvoeren van somatische screening bij cliënten?
-------------------	---

1.8.b Uitvoering somatische screening

Teller	<p>Administratie zorgaanbieder:</p> <p>Het aantal ingeschreven cliënten met schizofrenie, waarbij in het verslagjaar aantoonbaar somatische screening is uitgevoerd conform de standaardprocedure. Steekproef (zie werkinstructie):</p> <p>Het aantal dossiers van ingeschreven cliënten met schizofrenie waarin schriftelijk is vastgelegd dat in het verslagjaar aantoonbaar somatische screening is uitgevoerd conform de standaardprocedure.</p>
Noemer	<p>Administratie zorgaanbieder:</p> <p>Het totaal aantal ingeschreven cliënten met schizofrenie in het verslagjaar. Steekproef (zie werkinstructie):</p> <p>Het totaal aantal in aanmerking komende dossiers (N is minimaal 25) dat is onderzocht.</p>
Best practice	In 100% van de geziene dossiers is schriftelijk vastgelegd dat somatische screening is uitgevoerd conform de standaardprocedure van de zorgaanbieder.
Opmerkingen	

1.9 Hanteren behandelrichtlijnen

40

Status	Deze indicator is definitief vervallen. Het blijkt niet mogelijk om over dit onderwerp een goed meetbare indicator op te stellen. Zorgverzekeraars hebben aangegeven dat zij dit onderwerp in het inkooptraject op een andere, voor hen zinvolle manier, uitvragen.
---------------	--

41

1.10 Bemoeizorg: bereik zorgwekkende zorgmijders

Status	Deze indicator wordt niet uitgevraagd over verslagjaar 2009. In de evaluatiestudie is deze indicator, zoals over verslagjaar 2007 uitgevraagd, als ontoereikend beoordeeld. Op basis daarvan is besloten deze indicator in 2009 door te ontwikkelen.
Onderbouwing	<p>Bemoeizorg omvat assertieve outreachende hulpverlening die niet op geleide van een vrijwillige, individuele hulpvraag wordt uitgevoerd. De doelgroep bestaat uit sociaal kwetsbare mensen ook wel zorgwekkende zorgmijders genoemd:</p> <ul style="list-style-type: none">- Zij zijn niet in staat in hun eigen bestaansvoorwaarden te voorzien: dak boven het hoofd, voedsel, inkomsten, sociale contacten en zelfverzorging.- Ze hebben meerdere problemen tegelijk: verwaarlozing, overlast, schulden, dreigende uithuiszetting- Zij krijgen vanuit het perspectief van de professionele hulpverleners niet de zorg die zij nodig hebben om zich in de samenleving staande te houden.- Zij stellen geen hulpvraag waar de reguliere hulpverlening een antwoord op heeft. Familie en omstanders vragen meestal hulp (Lindt, 2006).- Verborgene zorgmijders met zogenaamd 'stil leed' zoals depressieve ouderen en vereenzaamde alcoholisten (Voigt, 2006). <p>De ggz stelt zich ten doel om deze mensen, in samenwerking met andere organisaties, een menswaardig bestaan te bieden. Als de wenselijke behandeling niet geboden kan worden, garandeert de bemoeizorg toch een voor de cliënt belangrijke vorm van betrouwbaarheid die een toename van risico's op gezondheidsschade beperkt weet te houden.</p> <p>Het resultaat van bemoeizorg is af te leiden uit de mate dat verhoging van de kwaliteit van leven en een vermindering in de ernst van de problematiek te meten is (zie PI 1.4 en 1.2) en het aantal afgesloten bemoeicontracten.</p> <p>Ggz-instellingen kennen verschillende vormen van bemoeizorgteams waarin in zichtbaar is wat zij aan bemoeizorg doen. Het gaat dan vooral om vangnet/ adviesteams, ACT teams en (F)ACT teams, bemoeizorg team vanuit één instelling of meerdere instellingen, OGGZ-meldpunt.</p> <p>Literatuur:</p> <ul style="list-style-type: none">- Kwetsbaar in de grote stad, G4 visie op een samenhangende openbare geestelijke gezondheidszorg, opgesteld door: de gemeenten Amsterdam, Den Haag, Utrecht, Rotterdam en de aanbieders van geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg in deze steden, juli 2005.- Lindt, S.M. van de (2006) Inventarisatie 'goede voorbeelden' Bemoeizorg, Trimbos-instituut- Voigt et al. (2006) Niemand over de schutting, GGZ G4- B.A.S. Bemoeizorg Ankerpunten en Scores, handreiking kwaliteitscriteria bemoeizorg- Werkgroep kwaliteit Bemoeizorg GGZ Nederland, concept april 2008.- Tuijn, S., & Wagner, C. (2006). Risico-indicatoren voor de GGZ, Utrecht: Nivel.

Beschrijving	
Meetinstrument	
Informatiebron	
Exclusie	
Type indicator	
Teller	
Noemer	
Best practice	
Opmerkingen	

42

43

1.11 Continuïteit bij verandering van zorgsoort: *tijdig contact na ontslag uit kliniek*

Status	Deze indicator is verplicht voor verslagjaar 2009 en 2010.
Onderbouwing	<p>De meeste cliënten die klinisch behandeld worden voor een psychiatrische aandoening hebben ambulante/deeltijd vervolgzorg nodig na ontslag uit de kliniek om verder herstel te bevorderen en om terugval te voorkomen. Ongeveer 25 procent van de suïcides vindt plaats in de periode na ontslag uit een psychiatrisch ziekenhuis. Het is van belang om aandacht te schenken aan de continuïteit van zorg voor de cliënt die met ontslag gaat uit de kliniek. Uit praktijkervaring blijkt dat het hebben van een eerste nazorgcontact binnen twee weken na ontslag een voorwaarde is voor goede nazorg⁷. Het gaat hier om tijdige ambulante/deeltijd contacten na een opname, waarbij de klinische opname en de ambulante vervolcontacten door dezelfde zorgaanbieder geboden worden. Bij voorkeur zou ook de continuïteit inzichtelijk moeten zijn voor contact na opname waarbij de cliënt deze van een andere aanbieder gaat krijgen. Dit is echter niet haalbaar omdat de registraties van verschillende zorgaanbieders niet onderling verbonden zijn.</p> <p>Literatuur:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tuijn, S., & Wagner, C. (2006). Risico-indicatoren voor de GGZ, Utrecht: Nivel - Desai, R. A., Dausey, D. J. & Rosenheck, R. A. (2005). Mental health Service Delivery and suicide risk: the role of individual patient and facility factors. Am J psychiatry 162:2, 311-318 - Huisman, A. & Kerkhof, A. J. F. M. (2008). Preventie van suïcide na ontslag uit klinische opname: een inventarisatie. Tijdschrift voor psychiatrie, 50, 197-203.
Beschrijving	Het percentage cliënten dat na ontslag uit de kliniek binnen twee weken een ambulant of deeltijdcontact heeft.
Meetinstrument	N.v.t.
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder
Exclusie	<ul style="list-style-type: none"> - Cliënten waarbij de reden van ontslag een eenzijdige beëindiging is van de behandelrelatie door cliënt of hulpverlener. - Overlijden van de cliënt. - Beschermd wonen, begeleid zelfstandig wonen, dagactiviteiten, ambulante behandeling of begeleiding. - Zorgaanbieders die niet zowel klinische en ambulante en/of deeltijd behandeling of begeleiding verlenen.
Type indicator	Uitkomst
Teller	Het totaal aantal cliënten dat binnen twee weken na ontslag uit de kliniek een ambulant of deeltijd behandelcontact heeft bij de zorgaanbieder waar de klinische opname heeft plaatsgevonden.
Noemer	Het totaal aantal ontslagen uit de kliniek gedurende het verslagjaar.
Best practice	Nog te bepalen.
Opmerkingen	Indien een zorgaanbieder van mening is dat zij een zodanig afwijkende cliëntenmix hebben, waardoor het resultaat negatief beïnvloed wordt, kan dit in de toelichting aangegeven worden.

⁷ Als indicator ook opgenomen in OECD Health care indicator lijst: *tijdig ambulante contacten na een opname*

2. Veiligheid

2.1 Medicatieveiligheid

Status	Deze indicator is facultatief voor verslagjaar 2009 en 2010.
Onderbouwing	<p>Medicatieveiligheid is een breed begrip, waarbij het onder andere gaat om op juiste wijze voorschrijven en innemen van passende medicatie, rekening houdend met de voorgeschiedenis van de cliënt en afwijkingen van standaarden. De combinatie van verschillende soorten medicatie kan leiden tot ongewenste risico's en schadelijke gevolgen.</p> <p>In onderdeel a van deze indicator wordt de noodzaak van de aanwezigheid van een actueel medicatieoverzicht op het moment van voorschrijven benoemd. Deze indicator is gespecificeerd naar cliëntengroepen. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen nieuw opgenomen klinische, ambulante en semi-ambulante cliënten.</p> <p>De gegevens voor onderdeel a) worden gemeten door in elk kwartaal van het meetjaar bij 10 willekeurige opnames te verifiëren of binnen 24 uur na opname een volledig medicatieoverzicht (volgens de hier opgegeven definitie) beschikbaar is.</p> <p>In het medicatieoverzicht zoals in deze indicator wordt gebruikt staan tenminste de volgende gegevens:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 de patiëntkenmerken naam, geslacht en geboortedatum; 2 de verstrekte medicatie inclusief de sterkte, dosering en de wijze van gebruik die op dat moment daadwerkelijk wordt gebruikt (actueel); 3 eventuele allergieën of overgevoeligheden. <p>Het medicatieoverzicht conform de <i>Concept richtlijn Overdracht van medicatiegegevens 2008</i> is: de registratie per cliënt van alle geneesmiddelen (al dan niet op recept) en relevante gegevens over het gebruik daarvan, in een periode van tenminste drie maanden voorafgaand aan het moment van aanmaak en gebruik van dat medicatieoverzicht, of zolang als nodig is voor verantwoorde zorg. De definitie wordt op dit moment nog niet als haalbaar beoordeeld, maar zal de komende jaren van belang worden.</p> <p>Onderdeel b brengt het aantal cliënten ouder dan 60 jaar in beeld dat Selectieve Serotonine Re-uptake Inhibitors (SSRI's) en niet selectieve Non-Steroidal Anti Inflammatory Drugs (NSAID's) gebruikt, zonder daar een Proton Pump Inhibitor (PPI) bij te ontvangen. Bij deze patiëntenpopulatie is de kans op maagbloedingen dusdanig dat voorschrijven van een PPI verantwoord en noodzakelijk wordt geacht.</p>

	<p>Het gebruik van meer dan twee benzodiazepinen vergroot afhankelijk van de cumulatieve dosis het risico op bijwerkingen en is meestal niet rationeel.</p> <p>Onderdeel c is dus een indicator voor de kwaliteit van het voorschrijfgedrag, de samenwerking tussen de verschillende zorgverleners en in hoeverre men daar de huidige medicatie bij betrokken heeft. Een farmacotherapeutisch consult wordt in dit verband gedefinieerd als elk overleg/contact tussen voorschrijver en apotheker over de farmacotherapie van betreffende cliënt dat is vastgelegd.</p> <p>De gegevens voor onderdelen b) en c) worden gemeten door de apotheek op één willekeurige, representatieve meetdag per kwartaal.</p> <p>Literatuur:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Maidment, I. D., Haw, C., Stubbs, J., Fox, C., Katona, C. & Franklin, B. D. (2007), Medication errors in older people with mental health problems. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i>, 23, 564-573. - Schorr, S.G., Loonen, A. J. M., Brouwers, J. R. B. J. & Taxis, K. (2008). A cross-sectional study of prescribing patterns in chronic psychiatric patients living in sheltered housing facilities. <i>International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics</i>, 46 (3), 146-150. - Rothschild, M. P. H., et al. (2007). Medication safety in a psychiatric hospital. <i>General Hospital Psychiatry</i>, 29, 156-162. - Grasso, B.C., Rothschild J.M., Genest, R, & Bates DW (2003). What do we know about medication errors in inpatient psychiatry? <i>Joint Commission on Quality and Safety</i>, 29 (8), 391-400. - Ito H, & Yamazumi S. (2003). Common types of medication errors on long-term psychiatric care units. <i>International Journal for Quality in Health Care</i>, 15 (3), 207-212. - GGZ Nederland, DeltaBouman, NVvP, Ypsilon en LPR in samenwerking met de KNMP en de NVZA, Normrapport Farmaceutische Zorg in GGZ-Instellingen, Rotterdam; 2003. - Grasso BC, & Bates DW (2003). Medication errors in psychiatry: are patients being harmed? <i>Psychiatric Services</i> 54 (5), 599. - Wieggers-Ligtvoet, E. A. J., Ros, J. J. W. & Drese (2003). Risico's van voorschrijffouten geanalyseerd. <i>Pharmaceutisch Weekblad</i>, 138 (29), 1022-1026. - Janssen, S., Schouten, L.M.T. & Tijink, H. (2002). Doorbraakproject verlegt focus en boekt resultaat. <i>Pharmaceutisch Weekblad</i>, 137 (44), 1554-1557. - Tuijn, S., & Wagner, C. (2006). Risico-indicatoren voor de GGZ, Utrecht: Nivel
Beschrijving	<p>Deze indicator bestaat uit drie onderdelen:</p> <p>a Het percentage klinische, ambulante en semi-ambulante cliënten uit de steekproef waarbij de voorschrijver op het moment van voorschrijven, of in geval van opname binnen 24 uur, beschikt over een actueel medicatieoverzicht.</p> <p>b Het percentage cliënten ouder dan 60 jaar dat een Selectieve Serotonine Re-uptake Inhibitor (SSRI) en een niet-selectieve Non Steroidal Anti Inflammatory Drug (NSAID) gebruikt en daarbij een Proton Pump Inhibitor (PPI) ontvangt.</p>

	c Percentage cliënten dat gelijktijdig meer dan twee benzodiazepinen gebruikt, waarbij een farmacotherapeutisch consult heeft plaatsgevonden en dit is vastgelegd.								
Meetinstrument	Onderdeel b en c worden aangeleverd vanuit de database van de apotheek.								
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder of daaraan gekoppelde apotheker								
Exclusie	Bescherm wonen, begeleid zelfstandig wonen								
Type indicator	Proces								
Best practice	<p>a In 100% van de voorschrijfmomenten is een actueel medicatieoverzicht aanwezig.</p> <p>b Bij 85% van de cliënten ouder dan 60 jaar die gelijktijdig een SSRI en NSAID gebruiken, wordt dit gecombineerd met een PPI.</p> <p>c In 100% van de gevallen waarin de cliënt meer dan 2 benzodiazepinen gebruikt, heeft een medicatiereview plaatsgevonden.</p>								
Opmerkingen	<p>De experts geven aan dat deel a als zeer essentieel gezien wordt, al erkennen ze ook dat de haalbaarheid in de uitvraag beperkt is. In de tekst van deze indicator is een aangepast voorstel gedaan om de registratielast te beperken. De experts zien dit duidelijk als een prikkel voor zorgverleners om dit op te nemen in de routine.</p> <p>Voor onderdelen b en c wordt gebruik gemaakt van de ATC⁸ codering (WHO):</p> <table border="1"> <tr> <td>SSRI</td> <td>N06AB</td> </tr> <tr> <td>NSAID</td> <td>M01A (exclusief M01AH, de selectieve COX-2 remmers)</td> </tr> <tr> <td>PPI</td> <td>A02BC</td> </tr> <tr> <td>Benzodiazepines</td> <td>Slaap N05CD, angst N05BA</td> </tr> </table>	SSRI	N06AB	NSAID	M01A (exclusief M01AH, de selectieve COX-2 remmers)	PPI	A02BC	Benzodiazepines	Slaap N05CD, angst N05BA
SSRI	N06AB								
NSAID	M01A (exclusief M01AH, de selectieve COX-2 remmers)								
PPI	A02BC								
Benzodiazepines	Slaap N05CD, angst N05BA								

46

2.1.a Beschikbaarheid medicatieoverzicht

I Klinische opname	
Teller	Aantal klinisch opgenomen cliënten uit de steekproef waarbij de voorschrijver maximaal 24 uur na opname (acuut of electief) een actueel medicatieoverzicht tot zijn beschikking heeft. [meting via steekproef volgens werkinstructie]
Noemer	Totaal aantal klinisch opgenomen cliënten uit de steekproef (acuut of electief) waarvoor binnen 24 uur na opname een medicatieopdracht wordt uitgeschreven.
II Verblijf in de kliniek	
Teller	Aantal opgenomen cliënten uit de steekproef waarvan de voorschrijver op het moment van voorschrijven een actueel medicatieoverzicht tot zijn beschikking heeft. (meting via steekproef volgens werkinstructie)
Noemer	Totaal aantal cliënten uit de steekproef waarvoor een medicatieopdracht is uitgeschreven.

⁸ ATC = Anatomical Therapeutical Chemical

47

III Ambulante en semi-ambulante cliënten	
Teller	Aantal ambulante en semi-ambulante cliënten uit de steekproef waarvan de voorschrijver op het moment van voorschrijven een actueel medicatieoverzicht tot zijn beschikking heeft. (meting via steekproef volgens werkinstructie)
Noemer	Totaal aantal ambulante en semi-ambulante cliënten uit de steekproef waarvoor een medicatieopdracht wordt uitgeschreven.

2.1.b Combinatie SSRI/NSAID met PPI

Teller	Het aantal cliënten ouder dan 60 jaar dat Selectieve Serotonine Re-uptake Inhibitors (SSRI's) en Non Steroidal Anti Inflammatory Drugs (NSAID's) gebruikt en daarbij tevens een Proton Pump Inhibitor (PPI) ontvangt.
Noemer	Totaal aantal cliënten ouder dan 60 jaar dat SSRI + conventioneel NSAID niet zijnde een selectieve COX-2 remmer, gebruikt.

2.1.c Rationeel voorschrijven van benzodiazepines

Teller	Aantal cliënten dat gelijktijdig meer dan twee benzodiazepinen gebruikt, waarbij een farmacotherapeutisch consult heeft plaatsgevonden en de uitkomst daarvan is vastgelegd.
Noemer	Totaal aantal cliënten dat meer dan twee benzodiazepinen gebruikt.

Status	Deze indicator is facultatief voor verslagjaar 2009. Over verslagjaar 2010 moet deze indicator geleverd worden.
Onderbouwing	<p>Er is voldoende onderbouwing in de literatuur voor het belang van goede algemene informatieverstrekking aan de cliënt over de behandeling en in het bijzonder over bijwerkingen van medicijnen. Zowel in de multidisciplinaire richtlijnen voor depressie als voor angststoornissen neemt uitgebreide voorlichting over de medicamenten en hun bijwerkingen vooraf en frequente controle tijdens de behandeling een belangrijke rol in.</p> <p>In de huidige indicator is alleen het cliëntenperspectief uitgewerkt. Introductie van het elektronisch medicatiedossier moet in de toekomst waarborgen dat iedere cliënt bij voorschrijven van een medicijn de adequate informatie van mogelijke bijwerkingen krijgt en moet de plaats zijn waar de daadwerkelijke bijwerkingen van de cliënt op een medicijn geregistreerd wordt.</p> <p>Zodra de complicatieregistratie gereed is en ggz-breed is ingevoerd, kan naast de cliëntbeoordeling tevens een objectieve maat over het daadwerkelijk aantal geregistreerde complicaties opgenomen worden.</p> <p>Literatuur:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Smolders, M., Laurant, M., Wensing, M., Grol, R. (2005). Kwaliteitsindicatoren op basis van de multidisciplinaire richtlijnen depressie en angststoornissen; factoren die het handelen volgens de multidisciplinaire richtlijnen depressie en angststoornissen beïnvloeden. Nijmegen: UMC Radboud. - Tuijn, S., & Wagner, C. (2006). Risico-indicatoren voor de GGZ, Utrecht: Nivel
Beschrijving	<p>De mate waarin cliënten naar eigen oordeel geïnformeerd zijn over mogelijke bijwerkingen van medicatie.</p> <p>In de CQ-index ambulante ggz en klinische/langdurende ggz gaat het om vraag: "Bent u geïnformeerd over eventuele (lichamelijke) bijwerkingen van de medicijnen die u gebruikt?"</p>
Meetinstrument	<p>CQ-index</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambulante zorg behandeling tot 2 jaar: CQ-index ambulante zorg facultatief over 2009, verplicht over 2010. Over 2009 zijn Thermometer Cliëntwaardering en eigen instrument geaccepteerd. - Klinische en/of langdurende zorg: Deelnemers aan de pilot van de ontwikkeling van de CQ-index langdurende en klinische zorg kunnen over 2009 de pilotresultaten gebruiken voor deze indicator over 2009. Anderen gebruiken resultaten Thermometer Cliëntwaardering of eigen instrument over 2009. Instrumenten over 2010 afhankelijk van ontwikkeling CQ-index <p>Voor meer informatie over de CQ Index, zie bijlage 1.</p>
Informatiebron	N.v.t.
Exclusie	Begeleid zelfstandig wonen, beschermd wonen, begeleid wonen en dagactiviteiten.

Type indicator	Uitkomst
Teller	Totaal aantal cliënten dat in de CQ-index vraag 18: 'Bent u geïnformeerd over de eventuele (lichamelijke) bijwerkingen van de medicijnen die u gebruikt?' positief beantwoord heeft.
Noemer	Het totaal aantal cliënten dat de vraag beantwoord heeft.
Response rate	Het totaal aantal cliënten dat de vraag beantwoord heeft als percentage van het totaal aantal uitgezette vragenlijsten.
Best practice	Nog te bepalen
Opmerkingen	

2.3 Onveiligheid door ontbreken van informatie

50

Status	Deze indicator is facultatief voor verslagjaar 2009. Over verslagjaar 2010 moet deze indicator geleverd worden.
Onderbouwing	<p>Beschikbaarheid van relevante informatie is cruciaal voor het leveren van goede behandeling of begeleiding. Deze indicator meet de beschikbaarheid van actuele cliëntinformatie op een 'ongunstig' moment als maat voor het totale zorgproces.</p> <p>Deze indicator richt zich alleen op reeds bij de zorgaanbieder bekende cliënten. Cliënten die niet bij de zorgaanbieder bekend zijn worden niet meegenomen. In de praktijk is het een erkend probleem dat er bij opname van een cliënt die bij een andere zorgaanbieder wel bekend is, onvoldoende snelle overdracht van actuele informatie plaatsvindt. De individuele zorgaanbieder kan hier niet op afgerekend kan worden. Vanuit maatschappelijk oogpunt is het wel belangrijk dat dit probleem in kaart gebracht wordt. Deze indicatorenset is daar echter niet geschikt voor.</p>
Beschrijving	Het aantal binnen de instelling bekende cliënten wat met spoed wordt opgenomen, van wie een crisiskaart ⁹ beschikbaar is.
Meetinstrument	N.v.t.
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder
Exclusie	<ul style="list-style-type: none">- Cliënten die met spoed worden opgenomen en die nog niet binnen de zorgaanbieder bekend waren.- Daar waar nooit spoedopnames plaatsvinden, bv RIBW en RIAGG.
Type indicator	Uitkomst
Teller	Het aantal spoedopnames van bij de zorgaanbieder bekende cliënten, waarbij een crisiskaart voor de cliënt beschikbaar was.
Noemer	Het totaal aantal spoedopnames van al bij de zorgaanbieder bekende cliënten in verslagjaar.
Best practice	Nog te bepalen
Opmerkingen	

⁹ De definitie / beschrijving van crisiskaart zal opgenomen worden in de werkinstructie.

51

2.4 Insluiting en Dwangmedicatie

Status	Deze indicator is facultatief voor verslagjaar 2009. Over verslagjaar 2010 moet deze indicator geleverd worden.
Onderbouwing	<p>In de psychiatrie is het insluiten van cliënten in een separeerruimte een ingrijpende maatregel. Er zijn alternatieven beschikbaar die onvoldoende (tijdig) benut lijken te worden.</p> <p>In de ggz worden cliënten ook in andere ruimtes ingesloten dan in een separeerruimte: bijvoorbeeld in een afzonderingsruimte, op de eigen kamer of in een intensive care- of comfortroom. Registratie van insluitingen in deze verschillende soorten ruimtes maakt het mogelijk om na te gaan of een vermindering van het aantal insluitingen in een separeerruimte leidt tot een toename van het aantal overige insluitingen. Zorgaanbieders en behandelaren zien deze andere insluitingen als minder ingrijpend dan insluitingen in een separeer. Het is echter niet bekend in hoeverre insluiting in andere ruimten dan de separeerruimte ook daadwerkelijk minder ingrijpend zijn voor de cliënt. Naast insluitingen kunnen ook andere vormen van vrijheidsbeperking toegepast worden. Dwangmedicatie wordt na insluiting het meest toegepast. Dwangmedicatie kan als doel hebben een noodsituatie te overbruggen (door b.v. sedatie), of te verkorten. Dwangmedicatie kan ook toegepast worden als dwangbehandeling.</p> <p>Sinds 2004 is het terugdringen van aantal en duur van separaties een van de speerpunten van GGZ Nederland. Een toenemend aantal GGZ-instellingen maakt hier ook actief werk van door middel van deelname aan het project Dwang en Drang. Waarde wordt gehecht aan kwalitatief goede data en aan de haalbaarheid van registratie van de deelindicatoren door zorgaanbieders. In de indicatorenset worden uit het gehele scala aan dwang en vrijheidsbeperkende interventies de meest prominente uitgelicht: separatie, afzondering en dwangmedicatie. De bedoeling hiervan is om mogelijke substitutie-effecten te kunnen nagaan, bv een daling in aantal separaties ten gunste van een stijging in aantal insluitingen in een afzonderingsruimte of in het aantal toepassingen van dwangmedicatie.</p> <p>De cliëntengroep is te verdelen in cliënten die vrijwillig zijn opgenomen en cliënten die gedwongen zijn opgenomen. Bij vrijwillig opgenomen cliënten komt insluiting waarschijnlijk minder vaak voor. Om vervuiling van de data te voorkomen, is er voor gekozen om vrijwillig en gedwongen opgenomen cliënten apart te registreren.</p> <p>Van belang voor de ervaren schade is ook de wijze waarop de insluiting is toegepast. De cliënten kunnen achteraf een dergelijke maatregel billijken als de hulpverlener hen respectvol, integer en zorgvuldig behandeld / bejegend heeft. Omdat in dit stadium geen betrouwbare evaluatiemeting voorhanden is, wordt als compromis het houden van de evaluatie gemeten en niet de uitkomst hiervan. Op termijn is een gestandaardiseerde evaluatiemeting op uitkomst echter wel wenselijk.</p>

	<p>Literatuur:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stolker J.J., Hugenholtz, G.W.K., Heerdink, E.R., Nijman, H.L.I., Leufkens, H.G.M. & Nolen, W.A. (2003). Separatie van opgenomen psychotische patiënten: later bij gebruik van antipsychotica en mogelijk ook minder vaak. <i>Nederlands Tijdschrift Geneeskunde</i> 147(12), 557-561. - Hoekstra, T., Lendemeijer, H. H. G. M., & Jansen, M. G. M. J. (2004). Seclusion: the inside story. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i>, 11, 276-283. - Downey, L.V.A., Zun, L.S., & Jones-Gonzales, S. (2007) Frequency of alternative restraints and seclusion and uses of agitation reduction techniques in the emergency department. <i>General Hospital Psychiatry</i>, 29, 470-474.
Beschrijving	<p>De indicator bestaat uit drie onderdelen:</p> <p>a Aantal insluitingen en aantal toepassingen van dwangmedicatie.</p> <p>b Gemiddelde duur van insluiting en duur van dwangmedicatie.</p> <p>c Evaluatie / preventie.</p>
Meetinstrument	<p>Argus</p> <p>Bopzis</p>
Informatiebron	Registratie van de zorginstelling (Argus) en van de IGZ (Bopzis)
Exclusie	Cliënten die op eigen verzoek zijn ingesloten en de insluiting te allen tijde op eigen verzoek kunnen (laten) beëindigen.
Type indicator	Uitkomst (a en b), Proces (c) en structuur (d)
Best practice	Nog te bepalen.
Opmerkingen	<p>NB: Insluiting in een separeer- of afzonderingsruimte gaat uit van insluiting die niet vrijwillig beëindigd kan worden door de cliënt. Deze omschrijving is lastig te operationaliseren, omdat vrijwilligheid een grijs gebied kan zijn (intimideren, dreigen, ernstig toespreken, overhalen). In de exclusie van de indicator wordt vrijwillige insluiting daarom als insluiting op eigen verzoek gedefinieerd. Zodra een cliënt vrijwillig is ingesloten, maar de toegang naar buiten geweigerd wordt, is er geen sprake meer van vrijwillige insluiting. Insluitingen die de cliënt op eigen verzoek te allen tijde kan beëindigen, worden niet meegenomen in de indicator.</p>

2.4.a Aantal insluitingen / toepassingen van dwangmedicatie

Teller	<p>1 Aantal insluitingen in separeerruimte van cliënten die gedwongen zijn opgenomen</p> <p>2 Aantal insluitingen in afzonderingsruimte van cliënten die gedwongen zijn opgenomen</p> <p>3 Aantal malen dat dwangmedicatie is toegediend aan cliënten die gedwongen zijn opgenomen (Bopzis)</p> <p>4 Aantal insluitingen (met instemming) in separeerruimte van cliënten die vrijwillig zijn opgenomen</p> <p>5 Aantal insluitingen (met instemming) in afzonderingsruimte van cliënten die vrijwillig zijn opgenomen</p>
Noemer	<p>Bij teller 1, 2 en 3: Totaal aantal cliënten die in de instelling gedwongen opgenomen zijn in het verslagjaar.</p> <p>Bij teller 4 en 5: Totaal aantal cliënten die in de instelling vrijwillig opgenomen zijn in het verslagjaar.</p>

2.4.b Gemiddelde duur van de insluitingen / dwangmedicatie

Teller	<p>1 Totaal aantal uren in separeerruimte van cliënten die gedwongen zijn opgenomen</p> <p>2 Totaal aantal uren in afzonderingsruimte van cliënten die gedwongen zijn opgenomen</p> <p>3 Totaal aantal dagen dwangmedicatie aan cliënten die gedwongen zijn opgenomen (bij medicatie die langer werkt dan een dag inclusief termijn tot volgende injectie).</p> <p>4 Totaal aantal uren in separeerruimte van cliënten die vrijwillig zijn opgenomen</p> <p>5 Totaal aantal uren in afzonderingsruimte van cliënten die vrijwillig zijn opgenomen</p>
Noemer	<p>Bij teller 1, 2 en 3: Totaal aantal keren dat de betreffende interventie is toegepast bij gedwongen opgenomen cliënten.</p> <p>Bij teller 4 en 5: Totaal aantal keren dat de betreffende insluiting is toegepast bij cliënten die in de instelling vrijwillig opgenomen zijn.</p>

2.4.c Evaluatie met de cliënt

Teller	Het aantal evaluaties dat met de cliënt is uitgevoerd na een insluiting of dwangmedicatie.
Noemer	Totaal aantal malen dat is ingesloten / dwangmedicatie is toegepast.

2.4.d Aanwezigheid preventieprogramma

Open vraag	Heeft uw instelling een systematisch preventieprogramma voor insluiting of Dwang en Drang?
-------------------	--

Status	Deze indicator wordt niet uitgevraagd over verslagjaar 2009 en 2010.
Onderbouwing	<p>Bij suicidepreventie gaat het zowel om het tijdig signaleren van suïcidale mensen als om het opvangen, behandelen en begeleiden van deze mensen. Om op dit terrein goede zorg te kunnen verlenen, is de ggz aangewezen op o.a. de inzet van huisartsen, maatschappelijk werkers, docenten, jeugdhulpverlening en eerstehulpverleners. Hun inzet is van cruciaal belang om meer suïcidale mensen in contact te brengen met de ggz.</p> <p>Goede zorg voor suïcidale patiënten in ggz-instellingen bevat onder andere de volgende punten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - continuïteit van zorg: is er sprake van vervolgzorg na ontslag uit de kliniek? - effect van zorg: zijn cliënten minder suïcidaal na behandeling? - wachttijd start behandeling: vindt snel behandeling plaats nadat deze geïndiceerd is? - bejegening: worden cliënten en hun familie adequaat bejegend? <p>Hoewel deze aspecten als losse indicatoren in de basisset zijn opgenomen, is het niet mogelijk dit te relateren aan suïcide. Daarom is het wenselijk om deze aan te vullen met een indicator die direct en specifiek informatie oplevert over de kwaliteit van zorg die ggz-instellingen leveren aan suïcidale mensen.</p> <p>Deze prestatie is te meten aan de hand van 3 aspecten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wordt bij suïcidale patiënten systematisch het risico op suïcide getaxeerd? - Worden suïcidale patiënten door de behandeling minder suïcidaal? - Is er voldoende geschoold personeel? <p>De situatie anno 2009 is dat door het ontbreken van evidentie, het ontbreken van valide meetinstrumenten en beperkte registratiesystemen deze gegevens niet te achterhalen zijn.</p> <p>In januari 2009 is echter de ontwikkeling van een richtlijn 'behandeling suïcidaliteit' gestart. De richtlijn is naar verwachting in april 2010 gereed. Op basis daarvan zal doorontwikkeling van de indicator plaatsvinden.</p>
Beschrijving	
Meetinstrument	
Informatiebron	
Exclusie	
Type indicator	
Teller	
Noemer	
Best practice	
Opmerkingen	<p>In de basisset is een aantal indicatoren opgenomen die indirect iets zeggen over suicidepreventie. Dit zijn:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.2 verandering ernst van de problematiek 1.3 verandering in dagelijks functioneren 1.4 verandering in kwaliteit van leven 1.11 tijdig contact na ontslag uit de kliniek 3.1 wachttijd tot start behandeling 3.10 adequate bejegening

Status	<p>Deze indicator bestaat uit twee subindicatoren.</p> <p>Deel a van deze indicator is facultatief voor verslagjaar 2009 en 2010.</p> <p>Deel b van deze indicator kan nog niet geleverd worden.</p> <p>Op dit moment is de onvoldoende informatie beschikbaar om een beeld te geven van de relatie tussen het aantal incidenten en de geleverde kwaliteit van zorg. Dit komt doordat de zorgaanbieders in wisselende intensiteit bezig zijn met de implementatie van een Veiligheid Management Systeem. Wanneer dit in voldoende mate geïmplementeerd is bij de zorgaanbieders, zal de stuurgroep beoordelen of het rapporteren van de indicator vanuit de registratiesystemen een zinvolle indicator is.</p>
Onderbouwing	<p>Uit de literatuur blijkt dat agressieve incidenten in de (acute) GGZ een frequent en serieus probleem vormen. In de literatuur is geen onderbouwing gevonden voor de wijze waarop het aantal cliëntincidenten (gerelateerd aan de grootte van de instelling) samenhangt met de geleverde kwaliteit van zorg.</p> <p>Bij omgevingsveiligheid gaat het primair om de mate waarin de cliënt zich veilig voelt binnen een zorgaanbieder. Dit is een subjectieve maat en zegt niet zoveel over het feitelijk aantal incidenten dat binnen de zorgaanbieder heeft plaatsgevonden.</p> <p>Daarom wordt hier tevens het perspectief van de zorgaanbieder tegenover het perspectief van de cliënt gezet middels de objectieve maat van het relatief aantal gemelde incidenten.</p> <p>Door verbetertrajecten in het kader van het ontwikkelen van een Veiligheidsmanagementsysteem en Veilig Incidenten Melden zullen er in de toekomst beter betrouwbare cijfers zijn.</p> <p>Literatuur:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abderhalden, C. et al. (2007) Frequency and severity of aggressive incidents in acute psychiatric wards in Switzerland. Opgehaald 21 Juni, 2008, van http://www.cpementalhealth.com/content/3/1/30
Beschrijving	<p>Deze indicator bestaat uit twee onderdelen:</p> <p>a) Cliëntperspectief</p> <p>Het percentage cliënten dat aangeeft zich tijdens het verblijf in de zorgaanbieder veilig te voelen.</p> <p>b) Hulpverlenersperspectief</p> <p>Totaal aantal incidenten gemeld door hulpverleners binnen een zorgaanbieder (MIC/MIP/FONA-meldingen) gerelateerd aan de grootte van de zorgaanbieder.</p>
Meetinstrument	<ul style="list-style-type: none"> - Deel a: CQ-index langdurige en klinische ggz. Deelnemers aan de pilot van de ontwikkeling van de CQ-index langdurende en klinische zorg kunnen over 2009 de pilotresultaten gebruiken voor deze indicator over 2009. Instrument over 2010 afhankelijk van ontwikkeling CQ-index. <p>Voor meer informatie over de CQ Index, zie bijlage 1.</p> <p>Deel b: nog niet bekend</p>

Informatiebron	Administratie zorgaanbieder / MIC/MIP/FONA
Exclusie	n.v.t.
Type indicator	Uitkomst
Best practice	Nog te bepalen.

56

2.6.a *Het percentage cliënten dat aangeeft zich tijdens het verblijf in de zorgaanbieder veilig te voelen.*

Teller	De totaalscore van de vragen in de betreffende schaal uit de CQ-index (zie werkinstructie) van alle cliënten die deze beantwoord hebben.
Noemer	Het totaal aantal cliënten dat de betreffende vragen beantwoord heeft.
Response rate	Het totaal aantal cliënten dat de betreffende vragen beantwoord heeft als percentage van het totaal aantal uitgezette vragenlijsten.

57

3. Cliëntgerichtheid

3.1 *Wachttijd tot start behandeling*

Status	Deze indicator moet geleverd worden over verslagjaar 2009 en 2010.
Onderbouwing	<p>De tijd die de cliënt moet wachten vanaf het moment dat hij hulp van de ggz heeft ingeroepen totdat hij uiteindelijk behandeld/begeleid wordt, is belangrijke informatie. Zowel voor cliënten, familie, naaste betrokkenen, zorgverzekeraars als voor de IGZ.</p> <p>Bij deze indicator wordt onderscheid gemaakt in twee hoofdsoorten wachttijden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aanmeldingswachttijd: Het aantal weken tussen het moment dat een cliënt (of verwijzer) een eerste afspraak maakt bij een zorgaanbieder voor een intakegesprek (eerste zorgcontact), tot het moment dat de cliënt hiervoor terecht kan. - Behandelingswachttijd: Het aantal weken tussen de intake (moment van eerste zorgcontact tevens eindpunt aanmeldingswachttijd) en de start van de behandeling. <p>Literatuur:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Wijngaarden van, B., Kok, I., Meijer, D., Fotiadis, L. (2007), Een Consumer Quality Index voor kortdurende ambulante GGZ. De ontwikkeling en psychometrische kwaliteiten van en vragenlijst voor het meten van cliëntervaringen: verslag van een pilotstudie. Trimbos Instituut, Utrecht. - Diest van, H., Wijngaarden, B., Wennink, H.J. (2002). De vraag ontleed. Criteria voor een vraaggerichte geestelijke gezondheidszorg. Trimbos Instituut, Utrecht. - Coppen, R. & Verhaak, P. F. M. (2007) Indicatoren in de eerstelijns GGZ. Een voorstudie naar informatievoorziening in de GGZ voor zorggebruikers en verzekeraars, Nivel. - Tuijn, S., & Wagner, C. (2006). Risico-indicatoren voor de GGZ, Utrecht: Nivel.
Beschrijving	<p>Deze indicator bestaat uit drie onderdelen:</p> <p>a Gemiddelde aanmeldingswachttijd: Het aantal weken tussen het moment dat een cliënt (of verwijzer) een eerste afspraak maakt bij een zorgaanbieder voor een intakegesprek (eerste zorgcontact), tot het moment dat de cliënt hiervoor terecht kan. Hierbij wordt gekozen voor de 3e mogelijkheid in het afsprakenregister.</p> <p>b Gemiddelde wachttijd tot behandeling: Het aantal weken tussen de intake (moment van eerste zorgcontact tevens eindpunt aanmeldingswachttijd) en de start van de behandeling. In de zorgregistratie van de zorgaanbieder is dit het eerste behandelcontact/code. (in tegenstelling tot diagnosecontact/codes).</p>

	c Het percentage cliënten waar de wachttijd tussen inschrijving en start behandeling korter is dan: <ul style="list-style-type: none"> - 98 dagen voor ambulante behandeling of begeleiding. - 105 dagen voor klinische behandeling of begeleiding. - 147 dagen voor plaatsing in een RIBW.
Meetinstrument	N.v.t.
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder
Exclusie	Voor 3.1.b: beschermd wonen en begeleid zelfstandig wonen
Type indicator	Proces
Best practice	Nog te bepalen.
Opmerkingen	De Treeknormen zijn verouderd, maar vooralsnog zijn het de enige beschikbare normen. Zodra deze normen veranderen, zal de indicator daarop aangepast worden.

58

59

3.1.c *Het percentage cliënten waarbij wachttijd tot start behandeling korter is dan x dagen*

Teller	Het aantal cliënten, uitgesplitst naar ambulant, klinisch en RIBW, waarbij de wachttijd tussen aanmelding en start behandeling/begeleiding korter was dan: <ul style="list-style-type: none"> - 98 dagen voor ambulante behandeling of begeleiding. - 105 dagen voor klinische behandeling of begeleiding. - 147 dagen voor plaatsing in een RIBW.
Noemer	Totaal aantal in behandeling/begeleiding gekomen cliënten (afgesloten wachtperiodes) gedurende het verslagjaar uitgesplitst naar ambulant, klinisch en RIBW.

3.1.a *Gemiddelde aanmeldingswachttijd*

Teller	Totaal aantal weken tussen het moment dat een cliënt (of verwijzer) een eerste afspraak maakt bij een zorgaanbieder voor een intakegesprek (eerste zorgcontact), tot het moment dat de cliënt hiervoor terecht kan. Hierbij wordt gekozen voor de 3e mogelijkheid in het afsprakenregister. Uitgesplitst naar ambulant, klinisch en RIBW die in het verslagjaar in behandeling/begeleiding gekomen zijn.
Noemer	Totaal aantal in behandeling/begeleiding gekomen cliënten (afgesloten wachtperiodes) gedurende het verslagjaar uitgesplitst naar ambulant, klinisch en RIBW.

3.1.b *Gemiddelde wachttijd tot behandeling*

Teller	Totaal aantal weken tussen de intake (moment van eerste zorgcontact tevens eindpunt aanmeldingswachttijd) en de start van de behandeling. In de zorgregistratie van de zorgaanbieder is dit het eerste behandelcontact/code (in tegenstelling tot diagnosecontact/codes).l Uitgesplitst naar ambulant, klinisch en RIBW die in het verslagjaar in behandeling/begeleiding gekomen zijn.
Noemer	Totaal aantal in behandeling/begeleiding gekomen cliënten (afgesloten wachtperiodes) gedurende het verslagjaar uitgesplitst naar ambulant, klinisch en RIBW.

3.2 Toegang tot zorg

Status	Deze indicator wordt niet uitgevraagd over verslagjaar 2009. In de evaluatiestudie is deze indicator, zoals over verslagjaar 2007 uitgevraagd, als ontoereikend en niet valide beoordeeld. Op basis daarvan is besloten deze indicator in 2009 door te ontwikkelen.
Onderbouwing	
Beschrijving	
Meetinstrument	
Informatiebron	
Exclusie	
Type indicator	
Best-practice	
Opmerkingen	

60

61

3.3 Informed consent

Status	Deze indicator moet geleverd worden over verslagjaar 2009 en 2010.
Onderbouwing	<p>Uit de literatuur blijkt dat het hebben van een behandelovereenkomst een van de belangrijke aspecten is van cliëntgerichtheid van de zorg.</p> <p>Informed consent, de vastgelegde toestemming van de cliënt met het behandelplan/begeleidingsplan, kan gezien worden als het sluitstuk van het informeren van de cliënt en het in samenspraak opstellen van het behandelplan.</p> <p>Literatuur:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diest van, H., Wijngaarden, B., Wennink, H.J. (2002). De vraag ontleed. Criteria voor een vraaggerichte geestelijke gezondheidszorg. Trimbos Instituut, Utrecht.
Beschrijving	<p>Percentage cliënten dat informed consent ervaart, tot uiting komend in:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vastgelegd behandelplan/begeleidingsplan. - Vastgelegde toestemming van de cliënt.
Meetinstrument	<ul style="list-style-type: none"> - Ambulante zorg behandeling tot 2 jaar: CQ-index ambulante zorg facultatief over 2009, verplicht over 2010. Over 2009 zijn Thermometer Cliëntwaardering en eigen instrument geaccepteerd. - Klinische en/of langdurende zorg: Deelnemers aan de pilot van de ontwikkeling van de CQ-index langdurende en klinische zorg kunnen over 2009 de pilotresultaten gebruiken voor deze indicator over 2009. Anderen gebruiken resultaten Thermometer Cliëntwaardering of eigen instrument over 2009. Instrumenten over 2010 afhankelijk van ontwikkeling CQ-index <p>Voor meer informatie over de CQ Index, zie bijlage1.</p> <p>CQ-index op basis van de volgende vraag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Heeft u ingestemd met uw behandelplan?" <p>Thermometer cliëntwaardering / ander cliëntervaringsinstrument op basis van de volgende vraag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vraag 6: "Heeft u ingestemd met uw behandel- of begeleidingsplan?"
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder
Exclusie	Dagactiviteiten
Type indicator	Uitkomst
Teller	<p>Bij gebruik CQ-index ambulante ggz: Het totaal aantal cliënten dat vraag 34 uit de CQ-index positief heeft beantwoord.</p> <p>Bij gebruik van de Thermometer cliëntwaardering: Het totaal aantal cliënten dat vraag 6 positief beantwoord heeft.</p> <p>Bij gebruik eigen instrument: Het totaal aantal cliënten dat een, met vraag 6 uit de Thermometer vergelijkbare, vraag positief heeft beantwoord. De vraag moet worden uitgeschreven in de</p>

	digitale vragenlijst.
Noemer	Het totaal aantal cliënten dat de betreffende vragen beantwoord heeft.
Response rate	Het totaal aantal cliënten dat aangeeft een behandelplan te hebben t.o.v. het totaal aantal uitgezette vragenlijsten.
Best practice	Nog te bepalen.

62

63

3.4 Keuzevrijheid

Status	Deze indicator moet geleverd worden over verslagjaar 2009 en 2010.
Onderbouwing	Keuzevrijheid is een belangrijk onderdeel van cliëntgerichtheid binnen de ggz. Literatuur <ul style="list-style-type: none"> - Smolders, M., Laurant, M., Wensing, M., Grol, R., (2005). Kwaliteitsindicatoren op basis van de multidisciplinaire richtlijnen depressie en angststoornissen; factoren die het handelen volgens de multidisciplinaire richtlijnen depressie en angststoornissen beïnvloeden. Nijmegen: UMC Radboud. - Tuijn, S., & Wagner, C. (2006). Risico-indicatoren voor de ggz. Utrecht: Nivel.
Beschrijving	Het percentage cliënten dat keuzevrijheid ervaart ten aanzien van het kiezen van de eigen behandelaar en het kiezen uit het geboden zorgaanbod.
Meetinstrument	<ul style="list-style-type: none"> - Ambulante zorg behandeling tot 2 jaar: CQ-index ambulante zorg facultatief over 2009, verplicht over 2010. Over 2009 zijn Thermometer Cliëntwaardering en eigen instrument geaccepteerd. - Klinische en/of langdurende zorg: Deelnemers aan de pilot van de ontwikkeling van de CQ-index langdurende en klinische zorg kunnen over 2009 de pilotresultaten gebruiken voor deze indicator over 2009. Anderen gebruiken resultaten Thermometer Cliëntwaardering of eigen instrument over 2009. Instrumenten over 2010 afhankelijk van ontwikkeling CQ-index. Voor meer informatie over de CQ Index, zie bijlage1. CQ-index op basis van de schaalscores uit de schaal 'Keuzevrijheid'. <p>Thermometer cliëntwaardering / ander cliëntervaringsinstrument op basis van de volgende vraag:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vraag 4: "Kon (kunt) u meebeslissen over de behandeling of begeleiding die u zou krijgen (krijgt)?"
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder
Exclusie	Dwangbehandeling
Type indicator	Uitkomst
Teller	<p>Bij gebruik CQ-index: De totaalscore van de vragen in de schaal 'keuzevrijheid' van alle cliënten die deze hebben beantwoord.</p> <p>Bij gebruik van de Thermometer cliëntwaardering: Het totaal aantal cliënten dat vraag 4 positief beantwoord heeft.</p> <p>Bij gebruik eigen instrument: Het totaal aantal cliënten dat een met vraag 4 uit de Thermometer vergelijkbare vraag positief heeft beantwoord. De vraag moet worden uitgeschreven in de digitale vragenlijst.</p>
Noemer	Het totaal aantal cliënten dat de betreffende vragen beantwoord heeft.
Response rate	Het totaal aantal cliënten dat de betreffende vragen beantwoord heeft als percentage van het totaal aantal uitgezette vragenlijsten.
Best practice	Nog te bepalen.
Opmerkingen	

3.5 Vervulling zorgwensen: het ervaren verloop van het behandel-/begeleidingsproces

64

Status	Deze indicator moet geleverd worden over verslagjaar 2009 en 2010
Onderbouwing	<p>Het doornemen van, en het tegemoetkomen aan verwachtingen van de cliënt heeft een positief effect op het behandel-/begeleidingsresultaat en de cliëntwaardering.</p> <p>Uit onderzoek blijkt dat cliënten vaak onvervulde zorg- en begeleidingsbehoeften hebben op de gebieden van: gezelschap, zingeving/herstel, activiteiten overdag, betaald werk en intieme relaties. De meeste onvervulde zorgbehoeften worden gevonden op de gebieden dagbesteding en sociale contacten. Het gaat derhalve vaak over behoeften die te maken hebben met rehabilitatie en integratie.</p> <p>Literatuur:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Michon, H. & Weeghel van, J. (2008). Rehabilitatie-onderzoek in Nederland. Overzicht van onderzoek en synthese van bevindingen in de periode 2000-2007. - Priebe S., McCabe R., Bullenkamp J., e.a. (2007). Structured patiënt-clinical communication and 1-year outcome in community mental healthcare.
Beschrijving	<p>Het percentage cliënten dat aangeeft dat de behandeling/begeleiding voldoet aan de eigen zorgwensen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Het naar wens van de cliënt uitvoeren van de behandel- of begeleidingsplan; 2 Juiste aanpak van de behandeling/begeleiding voor de klachten van de cliënt.
Meetinstrument	<ul style="list-style-type: none"> - Ambulante zorg behandeling tot 2 jaar: CQ-index ambulante zorg facultatief over 2009, verplicht over 2010. Over 2009 zijn Thermometer Cliëntwaardering en eigen instrument geaccepteerd. - Klinische en/of langdurende zorg: Deelnemers aan de pilot van de ontwikkeling van de CQ-index langdurende en klinische zorg kunnen over 2009 de pilotresultaten gebruiken voor deze indicator over 2009. Anderen gebruiken resultaten Thermometer Cliëntwaardering of eigen instrument over 2009. Instrumenten over 2010 afhankelijk van ontwikkeling CQ-index. <p>Voor meer informatie over de CQ Index, zie bijlage1.</p> <p>CQ-index op basis van de schaalscores voor de schaal 'De juiste behandeling gekregen'.</p> <p>Thermometer cliëntwaardering / ander cliëntervaringsmeetinstrument op basis van de volgende vragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voor item 1 geldt vraag 11 of een overeenkomende vraag: "Werd (wordt) het behandel- of begeleidingsplan naar wens uitgevoerd?" - Voor item 2 geldt vraag 12 of een overeenkomende vraag: "Vond (vindt) u de behandeling of begeleiding de juiste aanpak voor uw problemen of klachten?"
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder

65

Exclusie	Dwangbehandeling
Type indicator	Uitkomst
Teller	<p>Bij gebruik CQ-index: Het totaal van de schaalscores uit de CQ-index voor de schaal 'De juiste behandeling gekregen' van alle cliënten die deze hebben beantwoord.</p> <p>Bij gebruik van de Thermometer cliëntwaardering: Het totaal aantal cliënten dat vragen 11 en 12 positief beantwoord heeft.</p> <p>Bij gebruik eigen instrument: Het totaal aantal cliënten dat een met vraag 11 en 12 uit de Thermometer vergelijkbare vraag positief heeft beantwoord. De vraag moet worden uitgeschreven in de digitale vragenlijst.</p>
Noemer	Het totaal aantal cliënten dat de betreffende vragen beantwoord heeft.
Response rate	Het totaal aantal cliënten dat de betreffende vragen beantwoord heeft als percentage van het totaal aantal uitgezette vragenlijsten.
Best practice	Nog te bepalen.
Opmerkingen	In de inleiding van deze basisset vindt u informatie over de behoefte om dit onderwerp eventueel ook vanuit het hulpverlenersperspectief uit te vragen.

3.6 Evaluatie van begeleiding- en behandelplannen

66

Status	Deze indicator bestaat uit twee subindicatoren. Deel a van deze indicator is facultatief voor verslagjaar 2009 en 2010. Deel b van deze indicator moet verplicht geleverd worden over verslagjaar 2009 en 2010. Voor verslagjaar 2009 wordt het trekken van een aselechte steekproef geaccepteerd; voor verslagjaar 2010 is het de bedoeling dat deze subindicator uit de administratie van zorgaanbieders wordt gehaald.
Onderbouwing	Aangezien de gezondheidstoestand van een cliënt kan veranderen, is evaluatie en bijstelling van het behandel- of begeleidingsplan noodzakelijk. Als dit niet gebeurt, is er een verhoogd risico op onvoldoende of inadequate behandeling of begeleiding. Daarom schrijft de WGBO jaarlijkse evaluatie van behandel/ begeleidingsplannen voor. Er is een relatie aangetoond tussen behandeltrouw en het begrip en bewustzijn van cliënten t.a.v. hun voortgang in de behandeling. Op basis daarvan kan gesteld worden dat evaluatie van behandel/begeleidings-plannen bijdraagt aan het blijven volgen van de behandeling door de cliënt. Literatuur: - McGrath, B.M. and Tempier, R.P. (2003). Implementing Quality Management in Psychiatry: From Theory to Practice - Shifting Focus from Process to Outcome. Canadian Journal of Psychiatry, 48: 467-474.
Beschrijving	Deze indicator bestaat uit twee onderdelen: a) Oordeel van cliënt: Het percentage cliënten dat positief oordeelt over evaluatie en eventuele bijstelling van het behandel- of begeleidingplan. b) Oordeel van hulpverlener: Het percentage behandel- of begeleidingsplannen van cliënten in langdurige behandeling of begeleiding dat minder dan 1 jaar oud is.
Meetinstrument	Deel a: CQ-index langdurige en klinische ggz. Deelnemers aan de pilot van de ontwikkeling van de CQ-index langdurende en klinische zorg kunnen over 2009 de pilotresultaten gebruiken voor deze indicator over 2009. Instrument over 2010 is afhankelijk van ontwikkeling CQ-index. Voor meer informatie over de CQ Index, zie bijlage 1. Deel b: Indien niet beschikbaar in de administratie van de zorgaanbieder, dient dossieronderzoek gedaan te worden op basis van een door de stuurgroep Zichtbare Zorg gedefinieerde a-selecte steekproef.
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder / medische dossiers
Exclusie	Behandelingen korter dan 1 jaar.
Type indicator	Uitkomst

67

3.6.a Het percentage cliënten dat positief oordeelt over evaluatie en eventuele bijstelling van het behandel- of begeleidingplan

Teller	De totaalscore van de vragen in de betreffende schaal uit de CQ Index van alle cliënten die deze beantwoord hebben.
Noemer	Het totaal aantal cliënten dat de betreffende vragen beantwoord heeft.
Response rate	Het totaal aantal cliënten dat de betreffende vragen beantwoord heeft als percentage van het totaal aantal uitgezette vragenlijsten.
Best practice	Nog te bepalen.

3.6.b Het percentage cliënten bij wie het behandel- of begeleidingsplannen geëvalueerd en zondig bijgesteld is.

Teller	Administratie zorgaanbieder: Het aantal behandel- of begeleidingsplannen van cliënten die langdurige behandeling of begeleiding ontvangen dat op peildatum 31 december van het verslagjaar maximaal 1 jaar oud is. Steekproef (zie werkinstructie): Het aantal dossiers van cliënten die langdurige behandeling of begeleiding ontvangen met daarin behandel- of begeleidingsplannen die op peildatum 31 december van het verslagjaar maximaal 1 jaar oud zijn.
Noemer	Administratie zorgaanbieder: Totaal aantal cliënten dat op peildatum 31 december van het verslagjaar meer dan 1 jaar behandeling of begeleiding heeft ontvangen. Steekproef (werkinstructie): Het totaal aantal dossiers (30% van de dossiers die in aanmerking komen met een minimum van 25 dossiers) dat is onderzocht.
Best practice	100% (het evalueren van de behandel- of begeleidingsplannen is wettelijk verplicht)
Opmerking	

Status	Aanleveren van deze indicator is over 2009 facultatief. Voor ambulante zorg tot 2 jaar is aanlevering verplicht over 2010. Voor langdurende zorg/klinische zorg is aanlevering over 2010 facultatief.
Onderbouwing	Kwalitatief goede zorg houdt niet op bij de muren van de organisatie. Van hulpverleners wordt verwacht dat zij een goed lopend ketentraject voor de cliënt organiseren. Ketenzorg gaat over de samenwerking tussen verschillende instituten en instellingen die betrokken zijn bij de zorg zoals GGZ, RIBW, OGGZ, arbeidsrehabilitatiecentra, zelfhulporganisaties etc.
Beschrijving	Het percentage cliënten dat een goede afstemming ervaart tussen de bij de behandeling/begeleiding betrokken hulpverleners.
Meetinstrument	<ul style="list-style-type: none"> - Ambulante zorg behandeling tot 2 jaar: CQ-index ambulante zorg facultatief over 2009, verplicht over 2010. - Klinische en/of langdurende zorg: Deelnemers aan de pilot van de ontwikkeling van de CQ-index langdurende en klinische zorg kunnen over 2009 de pilotresultaten gebruiken voor deze indicator over 2009. Instrument over 2010 afhankelijk van ontwikkeling CQ-index. <p>Voor meer informatie over de CQ Index, zie bijlage 1.</p> <p>CQ Index, schaal 'Communicatie behandelaars'</p>
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder
Exclusie	N.v.t.
Type indicator	Uitkomst
Teller	De totaalscore van de vragen in de schaal 'Communicatie behandelaars' van alle cliënten die deze beantwoord hebben.
Noemer	Het totaal aantal cliënten dat de vragen beantwoord heeft.
Response rate	Niet te bepalen, want er is niet bekend hoeveel cliënten de vragen hadden kunnen beantwoorden. Dit hangt af van de vraag of de cliënt meerdere behandelaren gehad heeft en dat is niet bekend.
Best practice	Nog te bepalen.
Opmerkingen	In de inleiding van deze basisset vindt u informatie over de behoefte om dit onderwerp eventueel ook vanuit het hulpverlenerperspectief uit te vragen.

Status	Deze indicator bestaat uit twee subindicatoren. Deel a van deze indicator is facultatief voor verslagjaar 2009 en 2010. Deel b van deze indicator vanuit het hulpverlenerperspectief wordt nader onderzocht en hoeft voor verslagjaar 2009 en 2010 niet aangeleverd te worden.
Onderbouwing	Een als zinvol ervaren dagbesteding is voor mensen een belangrijk aspect van de ervaren kwaliteit van leven. Met name voor cliënten die langdurig ggz-behandeling of begeleiding ontvangen is het realiseren van een zinvolle dagbesteding moeilijk. Cliënten die hun dag als niet zinvol ervaren tonen vaker ontevredenheid, verveling, psychisch onwelbevinden, achteruitgang, eenzaamheid en depressiviteit en passen zich moeilijker aan hun leefsituatie aan.
Beschrijving	Deze indicator bestaat uit twee onderdelen: a. Cliëntperspectief: De mate waarin cliënten in de langdurige behandeling of begeleiding hun dagbesteding als zinvol ervaren. b. Hulpverlenerperspectief: Nog te ontwikkelen
Meetinstrument	Deel a: Cq index langdurende /klinische zorg: Deelnemers aan de pilot van de ontwikkeling van de CQ-index langdurende en klinische zorg kunnen over 2009 de pilotresultaten gebruiken voor deze indicator over 2009. Instrument over 2010 afhankelijk van ontwikkeling CQ-index. Voor meer informatie over de CQ Index, zie bijlage1.
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder
Exclusie	Cliënten die minder dan 1 jaar in behandeling of begeleiding zijn.
Type indicator	Uitkomst
Best practice	Nog te bepalen.

3.8.a De mate waarin cliënten in de langdurige behandeling of begeleiding hun dagbesteding als zinvol ervaren

Teller	De totaalscore van de vragen in de betreffende schaal uit de CQ Index (zie werkinstructie) van alle cliënten die deze beantwoord hebben.
Noemer	Het totaal aantal cliënten dat de betreffende vragen beantwoord heeft.
Response rate	Het totaal aantal cliënten dat de betreffende vragen beantwoord heeft als percentage van het totaal aantal uitgezette vragenlijsten.

3.9 Cliëntoordeel over woon- en leefomstandigheden in een klinische- of RIBW-setting

70

Status	Deze indicator moet geleverd worden over verslagjaar 2009 en 2010.
Onderbouwing	Bij deze indicator gaat het om de cliëntwaardering voor de woon- en leefomstandigheden bij langdurig verblijf in een kliniek of het wonen in het kader van een RIBW.
Beschrijving	Het percentage cliënten dat langdurige geestelijke gezondheidszorg ontvangt en een positief oordeel geeft over de woon- en leefomstandigheden, waarbij de woonvoorziening gerelateerd is aan de zorg (klinische opname, RIBW).
Meetinstrument	CQ-index langdurige en klinische ggz. Deelnemers aan de pilot van de ontwikkeling van de CQ-index langdurende en klinische zorg kunnen over 2009 de pilotresultaten gebruiken voor deze indicator over 2009. Anderen gebruiken resultaten Thermometer Cliëntwaardering of eigen instrument over 2009. Instrumenten over 2010 afhankelijk van ontwikkeling CQ-index. Voor meer informatie over de CQ Index, zie bijlage 1. Thermometer cliëntwaardering versie Alliantie RIBW / ander cliëntervaringsinstrument op basis van de volgende vraag: - Vraag 17: "Bent u tevreden over uw woonsituatie/woonomstandigheden?" Tevens wordt de mogelijkheid geboden een ander cliëntervaringsinstrument te gebruiken dan de Thermometer cliëntwaardering voor zover deze antwoord geeft op de betreffende vraag uit de Thermometer.
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder
Exclusie	- Ambulante behandeling/begeleiding. - Begeleid zelfstandig wonen, dagactiviteiten.
Type indicator	Uitkomst
Teller	Bij gebruik CQ Index langdurige en klinische zorg: De totaalscore van de vragen in de betreffende schaal uit de CQ Index (zie werkinstructie) van alle cliënten die deze beantwoord hebben. Bij gebruik van de Thermometer cliëntwaardering versie Alliantie RIBW: Het totaal aantal cliënten dat vraag 17 positief beantwoord heeft. Bij gebruik eigen instrument: Het totaal aantal cliënten dat een met vraag 17 uit de Thermometer versie Alliantie RIBW vergelijkbare vraag positief heeft beantwoord. De vraag moet worden uitgeschreven in de digitale vragenlijst.
Noemer	Het totaal aantal cliënten dat de betreffende vragen beantwoord heeft.
Response rate	Het totaal aantal cliënten dat de betreffende vragen beantwoord heeft als percentage van het totaal aantal uitgezette vragenlijsten.
Best practice	Nog te bepalen.
Opmerkingen	Uit de evaluatie van de basisset 2007-2008 is gebleken dat deze indicator te algemeen is. In de pilot met CQ Index langdurige en klinische ggz wordt onderzocht of de indicator ook te algemeen is als de CQ Index gebruikt wordt als meetinstrument. In de inleiding van deze basisset vindt u informatie over de behoefte om dit onderwerp eventueel ook vanuit het hulpverlenerperspectief uit te vragen.

71

3.10 Adequate bejegening door de hulpverlener

Status	Deze indicator moet geleverd worden over verslagjaar 2009 en 2010.
Onderbouwing	Adequate bejegening is een van de meest belangrijke randvoorwaarden voor goede zorg- en dienstverlening aan cliënten in de ggz.
Beschrijving	Het percentage cliënten dat aangeeft een adequate bejegening door de hulpverleners te ervaren.
Meetinstrument	- Ambulante zorg behandeling tot 2 jaar: CQ-index ambulante zorg facultatief over 2009, verplicht over 2010. Over 2009 zijn Thermometer Cliëntwaardering en eigen instrument geaccepteerd. - Klinische en/of langdurende zorg: Deelnemers aan de pilot van de ontwikkeling van de CQ-index langdurende en klinische zorg kunnen over 2009 de pilotresultaten gebruiken voor deze indicator over 2009. Anderen gebruiken resultaten Thermometer Cliëntwaardering of eigen instrument over 2009. Instrumenten over 2010 afhankelijk van ontwikkeling CQ-index. Voor meer informatie over de CQ Index, zie bijlage1. CQ-index op basis van de schaalscores voor de schaal 'Bejegening door hulpverlener'. Thermometer cliëntwaardering / ander cliëntervaringsinstrument op basis van de volgende vragen: - Vraag 9: "Toonde (toont) de hulpverlener voldoende respect voor u?" - Vraag 10: "Vond (vindt) u de hulpverlener voldoende geïnteresseerd in u en uw mening?"
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder
Exclusie	N.v.t.
Type indicator	Uitkomst
Teller	Bij gebruik CQ-index: De totaalscore van de vragen in de schaal 'bejegening door hulpverlener' van alle cliënten die deze hebben beantwoord. Bij gebruik van de Thermometer cliëntwaardering: Het totaal aantal cliënten dat vragen 9 en 10 positief beantwoord heeft. Bij gebruik eigen instrument: Het totaal aantal cliënten dat een met vragen 9 en 10 uit de Thermometer vergelijkbare vragen positief heeft beantwoord. De vra(a)g(en) moet worden uitgeschreven in de digitale vragenlijst.
Noemer	Het totaal aantal cliënten dat de betreffende vragen beantwoord heeft.
Response rate	Het totaal aantal cliënten dat de betreffende vragen beantwoord heeft als percentage van het totaal aantal uitgezette vragenlijsten.
Best practice	Nog te bepalen.

Status	Deze indicator moet geleverd worden over verslagjaar 2009 en 2010.
Onderbouwing	Goede informatieverstrekking door hulpverleners is cruciaal in de ervaren kwaliteit van zorg.
Beschrijving	Het percentage cliënten dat aangeeft een adequate informatieverstrekking door hulpverleners te ervaren ten aanzien van de behandeling/begeleiding.
Meetinstrument	<ul style="list-style-type: none"> - Ambulante zorg behandeling tot 2 jaar: CQ-index ambulante zorg facultatief over 2009, verplicht over 2010. Over 2009 zijn Thermometer Cliëntwaardering en eigen instrument geaccepteerd. - Klinische en/of langdurende zorg: Deelnemers aan de pilot van de ontwikkeling van de CQ-index langdurende en klinische zorg kunnen over 2009 de pilotresultaten gebruiken voor deze indicator over 2009. Anderen gebruiken resultaten Thermometer Cliëntwaardering of eigen instrument over 2009. Instrumenten over 2010 afhankelijk van ontwikkeling CQ-index. <p>Voor meer informatie over de CQ Index, zie bijlage1. CQ-index ambulante ggz op basis van de schaalscores voor de schaal 'Informatie over de behandeling'.</p> <p>Thermometer cliëntwaardering / ander cliëntervaringsinstrument op basis van de volgende vragen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vraag 1: "Heeft u voldoende informatie gekregen over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden van de zorgaanbieder?" - Vraag 2: "Heeft u voldoende informatie gekregen over de aanpak van uw behandeling of begeleiding?" - Vraag 3: "Heeft u voldoende informatie gekregen over het te verwachten resultaat van uw behandeling of begeleiding?"
Informatiebron	Administratie zorgaanbieder
Exclusie	N.v.t.
Type indicator	Uitkomst
Teller	<p>Bij gebruik CQ-index: De totaalscore van de vragen in de schaal 'Informatie over de behandeling' van alle cliënten die deze hebben beantwoord.</p> <p>Bij gebruik van de Thermometer cliëntwaardering: Het totaal aantal cliënten dat de vragen 1, 2 en 3 positief beantwoord heeft.</p> <p>Bij gebruik eigen instrument: Het totaal aantal cliënten dat een met vragen 1, 2 en 3 uit de Thermometer vergelijkbare vragen positief heeft beantwoord. De vragen moet worden uitgeschreven in de digitale vragenlijst.</p>
Noemer	Het totaal aantal cliënten dat de betreffende vragen beantwoord heeft.
Response rate	Het totaal aantal cliënten dat de betreffende vragen beantwoord heeft als percentage van het totaal aantal uitgezette vragenlijsten.
Best practice	Nog te bepalen.
Opmerkingen	In de inleiding van deze basisset vindt u informatie over de behoefte om dit onderwerp eventueel ook vanuit het hulpverlenerperspectief uit te vragen.

1.2 Verandering in ernst van de problematiek

MATE

De MATE (Meten van Addictie voor Triage en Evaluatie; Schippers & Broekman, 2007) is een zorgvuldig geselecteerde set van meest bestaande instrumenten bedoeld om zo zuinig en zo volledig mogelijk gegevens te verzamelen over patiënten die relevant zijn voor triage naar zorgintensiteit en voor evaluatie van zorguitkomsten (monitoring) bij (vermoeden van) verslaving. De MATE is ontworpen voor de verslavingszorg en de geestelijke gezondheidszorg en vormt een alternatief voor de (verouderde) Addiction Severity Index (ASI). Behalve over middelengebruik inventariseert de MATE het functioneren en de zorgbehoefte, aanwijzingen voor psychische en somatische comorbiditeit, en behandelhistorie. Ze geeft een indicatie voor zorgintensiteit overeenkomstig de richtlijn van de sector (project Resultaten Scoren), afgeleid van scores voor behandelhistorie, verslavingsernst, psychiatrische comorbiditeit en sociale integratie. Ten behoeve van DBC's is de MATE ingericht om overeenkomstig de DSM IV vast te stellen: as 1 (met behulp van de CIDI), as 4 (psychosociale problematiek) en as 5 (de GAF score). Met uitzondering van de MATE-ICN (over algemeen functioneren) bestaat de MATE uit internationaal erkende en breed geteste deelinstrumenten, waaronder de CIDI SAM en de DASS. Van de gebruiksvriendelijkheid van de MATE en de betrouwbaarheid en validiteit van de nieuwe onderdelen is verslag gedaan door Schippers & Broekman (2007) en Buchholz, e.a. (2009). De MATE is publiek beschikbaar. Nadere informatie via www.mateinfo.eu.

Literatuur:

- Buchholz, A., Rist, F., Küfner, H., & Kraus, L. (2009), Die deutschsprachige Version des MATE: Reliabilität, Validität und Anwendbarkeit. *Sucht*, in press.
- Schippers, G.M., Broekman, T.G., & Buchholz, A. (2007). MATE. *Handleiding en protocol*. Nijmegen: Bureau Beta.
- Schippers, G.M. & Broekman, T.G. (2007). *Development of an instrument assessing patient characteristics in substance abuse treatment Final report ZonMw/Resultaten Scoren-project nr 31000068*. Amsterdam, AIAR, AMC-Amsterdam & Bureau Beta, Nijmegen.

BSI

De BSI (Brief Symptom Inventory) is een verkorte versie van de SCL-90 (53 in plaats van 90 items). De BSI is ontwikkeld door de auteur van de SCL-90 en inventariseert dezelfde negen dimensies van psychopathologie. De afnametijd is echter aanzienlijk korter (5-10 min.). De lijst is breed inzetbaar, zowel wat klachten als gebruiksdoel betreft. De volgende negen typen klachten worden geïnventariseerd: somatische klachten, cognitieve klachten, interpersoonlijke gevoeligheid, depressieve stemming, angst, hostiliteit, fobische angst, paranoïde gedachten en psychoticisme. Daarnaast zijn er drie algemene indicatoren van de ernst van de psychopathologie: algemene psychische gezondheid (de BSI-totaalscore), het aantal aanwezige symptomen en de ernst van de aanwezige symptomen. De antwoorden worden op een vijfpuntsschaal gegeven (van Wijngaarden & Kok, 2007)

Hoewel de BSI al in 1975 door de oorspronkelijke auteur is gemaakt (Derogatis, 1975), werd tot voor kort in Nederland alleen de SCL-90 gebruikt. Uit onderzoek van Derogatis (1975) op de BSI bleek dat er nauwelijks concessies hoefden worden gedaan ten aanzien van betrouwbaarheid en validiteit, ten teken dat de SCL-90 te veel items bevat en dus gemakkelijk ingekort kan worden, wat tijdswinst oplevert bij het invullen.

De afnameduur van de BSI is in de regel minder dan 10 minuten.

De Beurs en Zitman (2006) hebben recent de BSI in het Nederlands laten vertalen en hierop psychometrisch onderzoek uitgevoerd. De BSI is uitgetest bij twee groepen: een representatieve steekproef uit de algemene bevolking (N=200) en een groep merendeels poliklinische psychiatrische patiënten (N=995, waarvan 905 poliklinisch en 90 klinisch).

De Beurs en Zitman geven handvatten voor het vaststellen van een afkappunt, afhankelijk van de gewenste sensitiviteit en specificiteit. De auteurs geven aan dat het instrument gevoelig is voor therapie-effect, maar er wordt geen indicatie gegeven wat als een klinisch relevante verandering in ernst van de klachten beschouwd kan worden. QuestManager (softwareleverancier) geeft op de website www.psyquestmanager.nl aan dat het mogelijk is om twee meetmomenten te vergelijken waarbij wordt nagegaan of er sprake was van statistisch betrouwbare verandering of klinisch relevante verandering (herstel/terugval) (volgens de criteria van Jacobson et al.).

De resultaten uit het onderzoek bevestigen de Amerikaanse cijfers. De betrouwbaarheid en validiteit zijn vrijwel gelijk aan die van de SCL-90. Van de negen schalen hebben er acht een interne consistentie (Cronbach's α) van 0.80 of hoger. De betrouwbaarheid van de totaalscore is 0.96. Alleen de schaal Psychoticisme scoort hier lager (0.71). Deze waarden zijn vrijwel gelijk aan die van de SCL-90. Er is dan ook een grote samenhang met de SCL-90, met correlaties variërend van 0.70 tot 0.79. De test-hertest betrouwbaarheid, met een interval van twee tot drie weken varieert van 0.71 tot 0.89 en is voldoende daarmee te noemen.

Naast de BSI zijn er bij subpopulaties ook andere instrumenten voor psychopathologie afgenomen. Het betrof hier instrumenten voor het meten van depressie, (sociale) angst, paniek, OCD en lichamelijke klachten, in totaal negen instrumenten. De relevante BSI schaalscores bleken naar verwachting te correleren met deze instrumenten, zodat de concurrente validiteit voldoende mag worden genoemd. Tenslotte werd geconstateerd dat er grote verschillen in scores bestonden tussen de patiënten en de algemene bevolking, en tussen patiënten met verschillende diagnoses. Ook zijn de schalen gevoelig voor therapie-effect. In dit onderzoek wordt derhalve geconcludeerd dat ook de Nederlandse versie van de BSI een volwaardige vervanger van de SCL-90 is (de Beurs & Zitman, 2006).

Literatuur:

- Wijngaarden B. van, Kok I.(2007) *Een inventarisatie van potentieel geschikte instrumenten voor de Basisset Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg: Ernst van de problematiek, dagelijks functioneren, kwaliteit van leven*. Utrecht, Trimbo's-instituut.

74

75

BPRS en de BPRS-E

De Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) en de expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-E) zijn valide meetinstrumenten voor een effectiviteitonderzoek naar de behandeling van patiënten met een diagnose in het schizofrenie-spectrum (Overall & Gorham 1962; Dingemans et al. 1995). De BPRS-E is een uitbreiding van de BPRS en includeert vragen over angst en depressie. Dit meetinstrument is ook in het Nederlands beschikbaar (Dingemans et al., 1995). De meetinstrumenten bestaan uit een interview (BPRS: 18 items, BPRS-E: 24 items) en een observatiedeel en wordt door een professional afgenomen. De items zijn opgebouwd aan de hand van verschillende psychopathologische symptomen zoals angst, depressie, wanen, zelfverwaarlozing, en suïcidaliteit en worden beoordeeld op een 6- tot 9-puntschaal, die voor ieder item apart wordt omschreven. De BPRS dekt het grootste gedeelte van de DSM-IV-criteria en ondervangt zowel positieve als negatieve symptomen. Het afnemen van de BPRS vergt een beperkte tijdsinvestering en vormt een geschikt instrument voor het evalueren van het effect van de behandeling (Knegtering & Bruggeman, 2004). Via het Tijdschrift voor Psychiatrie kunt u de BPRS downloaden.

Literatuur:

- Dingemans, P.M., Linszen, D.H., Lenior, M.E. e.a.(1995) Component Structure of the expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS-E) *Psychopharmacology*, 122, 263-267.
- Knegtering, H. & Bruggeman, R., (2004). Meetinstrumenten bij psychotische stoornissen, *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46 (10):675-678.
- Overall J.E., & Gorham D.R.,(1962) The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.

1.3 Verandering algemeen functioneren van de cliënt

HoNOS

De (Health of the Nation Outcome Scale (HoNOS) is ontwikkeld in opdracht van het Engelse Ministerie van Volksgezondheid, met het doel om op eenvoudige, betrouwbare en valide wijze de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal functioneren van patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen routinematig in kaart te brengen. Ook diende het instrument gevoelig te zijn voor veranderingen. De HoNOS is vrij beschikbaar en de meest gebruikte uitkomstmaat in Engeland en Australië. De HoNOS is als beoordelingsinstrument geschikt voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen, onafhankelijk van de gesproken taal. Naast de 'gewone' HoNOS voor volwassenen zijn er speciale versies ontworpen voor ouderen, kinderen en adolescenten, kinderen met leerproblemen, mensen met verworven cognitieve stoornissen en tenslotte voor de forensische psychiatrie. De psychometrische eigenschappen van de HoNOS zijn voldoende (Mulder et al. TvP 2004). De HoNOS kent 12 items en bestaat uit vier subschalen, te weten: gedragsproblemen (item 1-3), beperkingen (item 4-5), symptomatologie (item 6-8) en sociale problemen (item 9-12). De schaal kan worden ingevuld door een beoordelaar (arts, verpleegkundige of andere GGZ medewerker). De betrouwbaarheid van het instrument is groter wanneer men een training in het afnemen van de HoNOS heeft gevolgd. Alle items worden op een

vijfpunts Likertschaal ingevuld: van 0 (geen probleem), 1 (licht), 2 (matig), 3 (vrij ernstig) tot 4 (ernstig tot zeer ernstig probleem). Het invullen duurt 5 tot 15 minuten, afhankelijk van hoe goed de beoordelaar de patiënt kent.

Voor meer info over de HoNOS, zie:

<http://www.o3-onderzoekcentrumggz.nl/honosnl/index.htm>

Literatuur:

- Mulder, C.L., Staring, A.B.P., Loos, Buwalda, V.J.A., Kuijpers, D., Sytema, S. & Wierdsma, A.I. (2004), *De Health of Nation Outcome Scales (HoNOS) als instrument voor 'routine outcome assessment'*, Tijdschrift voor psychiatrie, 46 (5): 273-284.

1.4 Verandering in ervaren kwaliteit van leven van de cliënt

MANSA

De Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) is een verkorte versie van de Lancashire Quality of Life Profile (LQoLP). Hij bevat 16 items waarvan er 12 met een 7-puntschaal gescoord kunnen worden (hoe hoger de score des te beter de kwaliteit van leven). Dit instrument is speciaal ontwikkeld voor gebruik in de ggz (van Wijngaarden en Kok, 2007; Wennink en Walburg, 2008). Hoewel de MANSA veel wordt gebruikt is hij nog niet goed op zijn psychometrische kwaliteiten onderzocht (betrouwbaarheid, validiteit, sensibilliteit). Nader wetenschappelijk onderzoek naar dit instrument moet in de komende jaren leiden tot een voldoende gedragen keuze.

Er zijn geen psychometrische eigenschappen van de Nederlandse versie gepubliceerd, wel van buitenlandse versies. Priebe et al. (1999) vonden een interne consistentie (Cronbach's α) van 0.74. De Zweedse versie had een interne consistentie van 0.81, en positieve correlaties werden gevonden met de aanwezigheid van een sociaal netwerk, empowerment en sociaal functioneren. Daarnaast waren er negatieve correlaties met psychopathologie, zorgbehoefte, ervaren discriminatie en afwijzing (Björkman & Svensson, 2005).

Ten aanzien van de betrouwbaarheid van de MANSA kan gesteld worden dat Priebe et al. (1999) een grote correlatie vonden tussen de subjectieve kwaliteit van leven vragen van de MANSA met de (identieke) vragen van de LQoLP (0.83 of hoger).

Literatuur:

- Björkman T, Svensson B (2005). *Quality of life in people with severe mental illness. Reliability and validity of the Manchester Short Assessment of Quality of Life*. Nordic Journal of Psychiatry; 59:302-306.
- 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; 45:7-12.
- Wijngaarden B van, Kok I. *Een inventarisatie van potentieel geschikte instrumenten voor de Basisset Prestatie-indicatoren geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg*. Utrecht, Trimbos-instituut, 2007.
- Wennink HJ, Walburg J. *Kompassen voor uitkomstenmanagement in de ggz*. Trimbos-instituut, Utrecht, januari 2008.

76

77

Cliëntervaring:

CQ index

Na de ontwikkeling van de GGZ Thermometer is door het Trimbos in samenwerking met het Nivel de CQ-index ontwikkeld voor het meten van cliëntwaardering in de ggz voor de kortdurende ambulante zorg. De CQ-index biedt meer gedetailleerde informatie dan de GGZ Thermometer. De CQ-index vraagt naar ervaringen van cliënten in plaats van naar de ervaren tevredenheid, hetgeen de betrouwbaarheid en de validiteit ten goede komt (Van Wijngaarden en Kok, 2007). Naast de CQ index voor ambulante ggz wordt een CQ index voor klinische en voor langdurende zorg ontwikkeld. Deze instrumenten, die als een specifieke module ter aanvulling of vervanging van (delen van) de CQ index ambulante ggz beschouwd moeten worden, komen naar verwachting eind 2009 beschikbaar.

In de CQ-Index voor de kortdurende ambulante zorg (tot 2 jaar) wordt gevraagd naar de ervaringen van cliënten met de door hen ontvangen behandeling en/of begeleiding. Hoewel er ook naar ervaren resultaat van de behandeling of begeleiding wordt gevraagd, heeft het merendeel van de vragen betrekking op procesmaten, zoals bejegening, inspraak, toegankelijkheid en informatieverstrekking.

Voor zover onderzocht lijkt de validiteit van de CQ-index voldoende te zijn. Uit een factoranalyse op data van 2622 ambulante cliënten komen duidelijke schalen naar voren, waarin vrijwel alle items kunnen worden ondergebracht. Het betreft een relatief nieuwe schaal waarvan in de komende jaren de betrouwbaarheid, validiteit en sensibilliteit nader onderzocht wordt.

Aangezien de CQ-index een nieuw ontwikkeld instrument is, zijn er nog geen gegevens gepubliceerd over de betrouwbaarheid van de CQ-index. De analyses van het Trimbos-instituut laten zien dat de interne consistentie van de CQ-index schalen matig tot goed is. De interne consistentie van de schalen is voldoende; de Cronbach's alfa van de verschillende schalen varieert van 0.62 tot 0.93 bedraagt 0.73. Het betreft een relatief nieuw instrument waarvan in de komende jaren de betrouwbaarheid, validiteit en sensitiviteit nader onderzocht wordt.

Literatuur:

- Wijngaarden, B van, Meije, D, Kok, I. (2008) *Het onderscheidende vermogen van de Consumer Quality Index voor kortdurende ambulante geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg*. Utrecht. Trimbos-instituut.

Onderstaand schema biedt een overzicht van de gefaseerde implementatie. Per indicator is aangegeven over welk verslagjaar deze geleverd moet worden. Daar waar bij een indicator meerdere vlakken aangevinkt zijn betekent dit dat onderdelen van de indicator (deelvragen) in verschillende verslagjaren, al dan niet verplicht, geleverd moeten worden.

1. Effectiviteit

	Verplicht aanleveren over verslagjaar 2009	Facultatief aanleveren over verslagjaar 2009	Verplicht aanleveren over verslagjaar 2010	Facultatief aanleveren over verslagjaar 2010	In ontwikkeling
1.1 Bereik preventie-activiteiten	•		•		
1.2 Verandering ernst problematiek (a,b,c,d)	•		•		
1.3 Verandering in het dagelijks functioneren van de cliënt	•		•		
1.4 Verandering in de ervaren kwaliteit van leven van de cliënt (a,b,c)	•		•		
1.5 Rehabilitatie (a,b)	•		•		
1.6 Heropname versus opnameduur					•
1.7 Drop-out	•		•		
1.8 Somatische screening (a,b)	•		•		
1.10 Bereik zorgwekkende zorgmijders					•
1.11 Tijdig contact na ontslag uit de kliniek	•		•		

78

79

2. Veiligheid					
	Verplicht aanleveren over verslagjaar 2009	Facultatief aanleveren over verslagjaar 2009	Verplicht aanleveren over verslagjaar 2010	Facultatief aanleveren over verslagjaar 2010	In ontwikkeling
2.1 Medicatieveiligheid					
a) Beschikbaarheid medicatieoverzicht		•		•	
b) Combinatie SSRI/NSAID met PPI		•		•	
c) Rationeel voorschrijven benzodiazepines		•		•	
2.2 Informatie over bijwerkingen medicijnen		•	•		
2.3 Onveiligheid door ontbreken van informatie		•	•		
2.4 Insluiting en dwangmedicatie (a,b,c)		•	•		
2.5 Suïcidepreventie					•
2.6 Incidenten cliëntenzorg					
a) Ervaren veiligheid cliënten		•		•	
b) Perspectief hulpverlener over veiligheid					•

3. Cliëntgerichtheid

	Verplicht aanleveren over verslag- jaar 2009	Facultatief aanleveren over verslag- jaar 2009	Verplicht aanleveren over verslag- jaar 2010	Facultatief aanleveren over verslag- jaar 2010	In ontwikkeling
3.1 Wachtijd tot start behandeling (a,b,c)	•		•		
3.2 Toegang					•
3.3. Informed consent	•		•		
3.4 Keuzevrijheid	•		•		
3.5 Vervulling zorgwensen	•		•		
3.6 Evaluatie van bege leiding- en behandel- plannen					
a) Cliëntperspectief		•		•	
b) Hulpverlener- perspectief	•		•		
3.7 Goede samenwerking en afstemming met ketenpartners					
a) Ambulante zorg		•	•		
b) Langdurige zorg/ klinische zorg		•		•	
3.8 Cliëntparticipatie aan dag- of werkactiviteiten					
a) Cliëntperspectief		•	•		
b) Hulpverlener- perspectief					•
3.9 Cliëntoordeel woon- en leefomstandigheden in klinische- of RIBW-setting	•		•		
3.10 Adequate bejegening door hulpverlener	•		•		
3.11 Adequate informatie- verstrekking over de behandeling/begeleiding	•		•		

80

Bijlage 3: Gehanteerde bronnen

81

Bij de indicatoren staan de specifieke literatuurverwijzingen opgenomen. In onderstaand overzicht zijn de meer algemene bronnen vermeld.

- American Psychiatric Association, *Psychiatric Services* 56:1051; september 2005.
- American Psychiatric Association, *Quality Indicators, Defining and Measuring Quality in Psychiatric Care for Adults and Children*
- Basisset Prestatie-indicatoren ggz en verslavingszorg 2007-2008
- Consumer Quality Index GGZ (concept), Trimbos Instituut; 2008.
- De Koning J., Smulders A., Klazinga N., *Appraisal of Indicators through Research and Evaluation (AIRE)*, Amsterdam: AMC in opdracht van Orde van Medisch Specialisten; 2006.
- Hermann R., Soeren M., and the Members of the OECD Mental Health Care Panel, *Selecting Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries*, Parijs: OECD; 2004.
- Roggeveen, L., Keulen, R., Vissers, A.. Evaluatiestudie basisset prestatie-indicatoren voor geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg. Eindrapport deel 1: Validiteit; Eindrapport deel 2: Volledigheid, betrouwbaarheid en bruikbaarheid. Hilversum: MediQuest; 2008
- Tuijn S. en Wager C., *Risico-indicatoren voor de ggz*, Utrecht: Nivel; 2006.
- Wennink H.J., Wijngaarden van B., *Prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang*, Utrecht: Trimbos-instituut; 2006.
- Wennink H.J., Wijngaarden van B., Greshof D., *Verblijf in de ggz: een beschrijvend en vergelijkend onderzoek*, Utrecht: Trimbos-instituut; 2003.

