

Bezoekadres:
 Parnassusplein 5
 2511 VX Den Haag
 Postadres:
 Postbus 16119
 2500 BC Den Haag

Telefoon:
 (070) 3406900
 Telefax:
 (070) 3405725
 Internet:
www.zichtbarezorg.nl



KERNSET
PRESTATIE -
INDICA -
TOREN
2011

GEESTELIJKE
GEZOND -
HEIDSZORG
EN -
VINGSZORG

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);
- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN);
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN);
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ);
- Platform MEER GGZ;
- Ministerie van VWS.

Vormgeving:

Faydherbe/De Vringer

Opmaak:

Faydherbe/De Vringer

Druk:

Vijfkeerblauw

Tot stand gekomen onder eindverantwoordelijkheid van de stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ

Den Haag, december 2010

Voorwoord

Voor u ligt de vierde, herziene versie van de prestatie-indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg (GGZ en VZ). Na de derde uitvraag bleek dat er verbeteringen nodig zijn om de kwaliteitsgegevens meer valide, betrouwbaar en vergelijkbaar te maken. Tevens gaven gebruikers aan dat de indicatoren beter moeten aansluiten op de wensen van alle betrokkenen, dus zowel zorginstellingen als cliënten-vertegenwoordigers, zorgverzekeraars en toezichthouders.

Een gezamenlijke visie voor verbeteringen is vervat in het "Koersdocument 2.0". Dit document kunt u vinden op de website van Zichtbare Zorg GGZ. Het koersdocument wordt gefaseerd ingevoerd. De eerste stappen zijn vertaald in deze herziene versie van de indicatorenengids.

De indicatorenengids 2011 is op de volgende punten aangepast:

- De basisset is teruggebracht tot een kernset. Een aantal indicatoren is tijdelijk of definitief verwijderd, omdat deze eerst doorontwikkeld moeten worden.
- Voor indicatoren 1.2 t/m 1.4 kunnen via Routine Outcome Monitoring (ROM) gegevens aangeleverd worden aan een Trusted Third Party, ten behoeve van een landelijke benchmark.
- Een aantal indicatoren die voor toezichthouder IGZ relevant zijn (1.2b, 1.8, 1.11, 2.1, 2.4) is opnieuw gedefinieerd. Dit zijn met name structuurindicatoren, die later worden doorontwikkeld tot uitkomstindicatoren.
- De werkinstructies zijn geïntegreerd in de indicatorenengids.
- Met betrekking tot de cliëntervaringen is de CQI Kortdurende ambulante GGZ en VZ als verplicht meetinstrument opgenomen.
- De CQI Begeleid zelfstandig wonen, CQI Beschermd wonen en CQI Klinische zorg en VZ zijn als facultatieve meetinstrumenten opgenomen.

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 kernset steeds beter bereikt worden: openheid en transparantie van de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg.

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

Namens alle betrokken partijen, uit naam van de Stuurgroepvoorzitter¹,

C.A.M. van Bijsterveldt, arts
Directie Bureau Zichtbare Zorg

¹ *Op het moment van afronden van deze indicatorgids was de naam van de nieuwe onafhankelijke voorzitter nog onbekend*

Inhoudsopgave

Voorwoord pagina 3

1. Inleiding pagina 6
Meerjarenproces pagina 6
Wijzigingen ten opzichte van de basisset 2009–2010 pagina 6
Wie gebruikt de indicatorenset? pagina 7

2. Meetinstrumenten pagina 8
Terminologie en definities pagina 9
Gegevens aanleveren pagina 10
Helpdesk pagina 10

3. Uitgangspunten van de kernset pagina 11

4. Gebruikershandleiding pagina 14

5. Indicatoren pagina 16

Thema 1 – Effectiviteit pagina 16

1.2 Verandering ernst problematiek pagina 16
1.3 Verandering in het dagelijks functioneren van cliënten pagina 22
1.4 Verandering in de ervaren kwaliteit van leven van de cliënt pagina 25
1.7 Drop-out pagina 28
1.8 Somatische screening pagina 29
1.11 Continuïteit bij verandering van zorgsoort: tijdig contact na ontslag uit de kliniek pagina 30

Thema 2 – Veiligheid pagina 32

2.1 Medicatieveiligheid pagina 32
2.2 Informatie over bijwerkingen van medicijnen pagina 35
2.4 Insluitingen en dwangmedicatie pagina 36
2.6 Incidenten cliëntenzorg pagina 40

Thema 3 – Cliëntgerichtheid pagina 42

3.3 Informed consent pagina 42
3.4 Keuzevrijheid pagina 44
3.5 Vervulling zorgwensen: het ervaren verloop van het behandel-/begeleidingsproces pagina 46
3.6 Evaluatie van behandel- en begeleidingsplannen pagina 48
3.7 Continuïteit van zorg: goede samenwerking en afstemming met ketenpartners pagina 49
3.9 Woon- en leefomstandigheden: Cliëntoordeel over de woon- en leefomstandigheden in een klinische setting of RIBW-instelling pagina 51
3.10 Adequate bejegening door de hulpverleners pagina 53
3.11 Adequate informatieverstrekking door de hulpverlener pagina 55

1. Inleiding

De GGZ en verslavingszorg zijn volop aan het werk om de resultaten en kwaliteit van de zorg die zij leveren meetbaar en inzichtelijk te maken en deze gegevens openbaar te publiceren. De kernset prestatie-indicatoren ondersteunt hen daarbij.

Meerjarenproces

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 2009-2010 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 partijen² hebben deze taak wederom voortvarend ter hand genomen. Het resultaat hiervan heeft u nu in handen: de kernset GGZ en VZ 2011.

Wijzigingen ten opzichte van de basisset 2009-2010

Algemeen

- Indicatoren met onvoldoende zeggingskracht zijn (tijdelijk) vervallen (zie hieronder welke dat zijn).
- Indicatoren met voldoende zeggingskracht zijn opgenomen in deze vernieuwde kernset. Waar nodig zijn de beschrijvingen bij deze indicatoren op basis van evaluatiestudies en praktijkbijeentkomsten aangescherpt.
- De CQI Kortdurende ambulante GGZ en VZ is vanaf nu het standaard meet-instrument voor cliëntervaring. Vanaf verslagjaar 2010 is iedere instelling verplicht deze meting te laten uitvoeren.
- Instellingen kunnen vanaf verslagjaar 2011 de CQ-index gebruiken voor Beschermd Wonen, Begeleid Zelfstandig Wonen en Klinische zorg en VZ. Deze meetinstrumenten worden nadrukkelijk aanbevolen, maar zijn facultatief.

² *Inspectie voor de Gezondheidszorg, Zorgverzekeraars Nederland, Landelijk Platform GGZ, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, Platform MEER GGZ, Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, Nederlands Instituut van Psychologen, Verpleegkundigen en verzorgenden Nederland vertegenwoordigd door de Vakcommissie GGZ, GGZ Nederland, Ministerie van VWS (waarnemer).*

(Tijdelijk) vervallen indicatoren

De stuurgroep heeft de basisset teruggebracht tot een kernset 2011. Deze kernset is tot stand gekomen na een evaluatie over de bruikbaarheid van de indicatoren uit de basisset onder stuurgroepartijen. Uit deze evaluatie kwam naar voren dat een aantal indicatoren doorontwikkeld of zelfs definitief moet worden afgeschaft. De overgebleven indicatoren vormen de kernset 2011.

De volgende indicatoren worden over verslagjaar 2011 niet uitgevraagd, maar ten dele meegenomen in de doorontwikkeling van de kernset 2012:

- Indicator 1.1 Bereik preventieactiviteiten
- Indicator 1.5 (1.5a en 1.5b) Rehabilitatie
- Indicator 1.6 Percentage heropname versus gemiddelde opnameduur
- Indicator 1.9 Hanteren behandelrichtlijnen
- Indicator 1.10 Bemoeizorg: bereik zorgwekkende zorgmijders
- Indicator 2.3 Onveiligheid door ontbreken van informatie
- Indicator 2.4c en 2.4d Insluiting en dwangmedicatie
- Indicator 2.5 Suïcidepreventie
- Indicator 3.1, 3.1a, 3.1b en 3.1c Wachtijd tot start behandeling
- Indicator 3.2 Toegang tot zorg
- Indicator 3.6b Evaluatie van begeleiding- en behandelplannen
- Indicator 3.8 en 3.8a Dagbesteding en arbeid: cliëntparticipatie aan dag- of werkactiviteiten

Wie gebruikt de indicatorenset?

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 kernset informatie aan cliënten, zorgverzekeraars en inspectie over de kwaliteit van de zorg en begeleiding die ze leveren. Ook kunnen instellingen de informatie gebruiken als stuurinformatie voor hun interne (kwaliteits)beleid.
- De Inspectie voor de Gezondheidszorg kan deze informatie gebruiken 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 kunnen de informatie gebruiken als ze zorg inkopen.

2. Meetinstrumenten

CQ-index

Om de kwaliteit van de gezondheidszorg te verhogen, moeten zorgaanbieders uit verschillende zorgsectoren de cliëntervaringen meten. Zo wordt het duidelijk wat cliënten in zorg belangrijk vinden en wat hun concrete ervaringen zijn. Ook voor GGZ-instellingen geldt deze verplichting.

Cliëntervaringen kunnen worden gemeten met de CQ-index. De CQ-index is een gevalideerd meetinstrument dat het mogelijk maakt om instellingen met elkaar te vergelijken. Uiteraard moet het wel op de juiste wijze worden afgenomen. Het Centrum Klantervaring Zorg (CKZ) geeft hier richtlijnen voor: bijvoorbeeld dat geaccrediteerde meetbureaus de meting moeten uitvoeren (zie www.centrumklantervaringzorg.nl).

Voor de GGZ-sector zijn er momenteel vier vragenlijsten die gebruikt kunnen worden:

- CQI Kortdurende ambulante GGZ en VZ (verplicht vanaf verslagjaar 2010);
- CQI Beschermd wonen
- CQI Begeleid zelfstandig wonen
- CQI Klinische zorg en VZ

De resultaten van de CQ kunnen op twee manieren worden gebruikt:

- Instellingen kunnen de scores op alle vragen gebruiken als stuurinformatie voor interne verbetering;
- Instellingen kunnen de scores op een deel van de vragen uit de CQ-meting gebruiken bij hun meting van de prestatie-indicatoren.

Om de CQ af te kunnen nemen, is een aantal activiteiten noodzakelijk:

- De instelling schakelt een geaccrediteerd meetbureau in voor de CQ-meting;
- De instelling ontvangt de resultaten van deze CQ-meting voor interne verbetering;
- Een deel van de CQ-resultaten kan worden gebruikt voor de berekening van indicatorscores uit prestatie-indicatoren vanuit de kernset. Meetbureaus kunnen hiervoor de CQ-data via aanleverspecificaties aanleveren bij een derde partij, ingehuurd door Zichtbare Zorg (zie www.zichtbarezorg.nl/ggz). De data worden vervolgens gecasemixed. De nieuwe scores worden ingeladen in de webportal van Zichtbare Zorg waar deze kunnen worden geaccordeerd door instellingen.
- Met de resultaten kan de instelling in haar totaliteit in het JMV rapporteren over haar zorgkwaliteit.

Routine Outcome Monitoring

In 2011 start de aanlevering van ROM gegevens aan de stichting Benchmark GGz, de rechtsopvolger van Kenniscentrum Zorg Nederland (KZN) opgericht door GGZ Nederland en Zorgverzekeraars Nederland. Instellingen kunnen volgens een gefaseerde implementatie uitkomsten van hun behandeling aanleveren bij de stichting Benchmark GGz. Dit instituut is een zogenaamde Trusted Third Party (TTP) voor databewerking en –

beheer. Zij gebruikt de gegevens voor benchmarkdoeleinden voor haar gebruikers. De opgeslagen data kunnen vervolgens ook worden gebruikt voor de vulling van een aantal prestatie-indicatoren, namelijk 1.2 b,c,d, 1.3, 1.4a,b,c. Op de website van Zichtbare Zorg zal in de loop van 2011 informatie worden geplaatst hoe de betreffende data kunnen worden aangeleverd.

Andere meetinstrumenten

Per indicator worden aanbevelingen gedaan voor te gebruiken meetinstrumenten. Geadviseerd wordt deze op te volgen om de vergelijkbaarheid van de data te verhogen.

Terminologie en definities

Effectiviteit, Veiligheid, Cliëntgerichtheid en Kwaliteit van zorg

De kernset prestatie-indicatoren bestaat uit drie thema's: 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.

Structuur-, proces- of uitkomstindicator

In de kernset 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. Bijvoorbeeld de mate waarin de cliënt vindt dat de behandeling geholpen heeft voor zijn klachten.

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.

Resultaat Verantwoordelijke Eenheid (RVE)

Eenheid die verantwoordelijk is voor budgetbewaking, opstellen van jaarplannen en gebruik van sturingsinformatie. Binnen de eenheid is sturing uniform geregeld. Voor indicatoren 1.2 b, 1.8, 1.11, 2.1 en 2.4 is aanlevering op RVE niveau een vereiste.

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 langdurende 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.

Gegevens aanleveren

Zorgaanbieders leveren op concernniveau (en voor indicatoren 1.2 b, 1.8, 1.11, 2.1 en 2.4 op RVE niveau) hun indicatorgegevens (de tellers en noemers) aan door de digitale vragenlijst op www.zichtbarezorg.nl in te vullen. Tijdens het aanleveren van de data worden de ingevoerde data door middel van automatisch gegenereerde schoningsvragen (via zogenaamde 'waarschuwing'pop-ups) gecontroleerd op onwaarschijnlijke waarden. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgaanbieder om data eventueel aan te passen. Ook worden er per (uitkomst)indicator, m.u.v. indicatoren die gebaseerd zijn op de CQ verificatievragen gesteld. Dit zijn vragen over de wijze van registratie. Antwoorden hierop geven Zichtbare Zorg inzicht in de wijze hoe (betrouwbaar) gegevens in de instelling worden bijgehouden en geregistreerd.

Na aanlevering wordt de zorgaanbieder gevraagd de data te autoriseren voor openbaarheid. Vervolgens worden de data doorgeleverd naar het Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording (JMV). De set vormt in het JMV een van de sectorspecifieke bijlagen. Het JMV vervangt onder andere het wettelijk verplichte kwaliteitsjaarverslag. Het aanleveren van het Jaardocument is verplicht voor zorgaanbieders met een WTZi-erkenning.

Bij de aanlevering van gegevens krijgt de zorgaanbieder ondersteuning door/van:

- Handleiding webportal
- Indicatorgids
- Instructies op de website via nieuwsbrieven.

Helpdesk

Zijn er nog dingen onduidelijk, dan kunt u terecht bij de helpdesk van Zichtbare Zorg, telefoon: 070-3406900 (op werkdagen van 09.00 uur tot 17.00 uur), en e-mail: helpdesk@zichtbarezorg.nl.

3. Uitgangspunten van de kernset

De uitgangspunten voor de ontwikkeling van de prestatie-indicatoren in 2006 zijn onveranderd. Zoals bekend zijn de indicatoren uitgewerkt voor cliëntgerichtheid, effectiviteit en veiligheid. Deze onderdelen 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.

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

De indicatoren zijn in eerste instantie ontwikkeld om te zorgen dat zorgaanbieders extern verantwoording kunnen afleggen over kwaliteit van zorg. Die verantwoording wordt betrouwbaarder en effectiever, als zij dezelfde informatie kunnen gebruiken voor hun interne kwaliteitsverbetering.³

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. Voor indicatoren 1.2 b, 1.8, 1.11, 2.1 en 2.4 op RVE niveau. 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. Bovendien past de indeling van (hoofd)diagnose in het bekostigingsmodel van DBC's.

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

³ *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*

4 *Een indicator is geen minimumnorm*

Een indicator is een meetbaar aspect van de kwaliteit van zorg. Het geeft een indicatie van de kwaliteit van zorg. Maar daarmee zegt het nog niet wat goede zorg is; daarvoor zijn norm- of vergelijkingsgegevens nodig. Deze laatste zijn er (nog) niet.

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. Daarom 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 enerzijds de cliënt te vragen in hoeverre de behandeling geholpen heeft voor de klachten. Anderzijds wordt een meetinstrument ingezet, dat de verandering in klachten meet.

De twee perspectieven zijn complementair. Ze bieden in samenhang een evenwichtig beeld van de geleverde kwaliteit van zorg. Discrepantie 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.

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. We willen voorkomen dat hulpverleners extra handmatige, administratieve activiteiten moeten verrichten. Daarom 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 daarvoor in verhouding 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.⁴ Bij het vaststellen van de prestatie-indicatoren hanteert de stuurgroep daarom het volgende uitgangspunt: er moet sprake zijn van een goede mix tussen enerzijds zeggingskracht en anderzijds efficiëntie en haalbaarheid. 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.

⁴ *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.*

4. Gebruikershandleiding

Met de kernset prestatie-indicatoren verantwoordt u de zorg die u levert. Deze kwaliteitsgegevens worden gepubliceerd in het *Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording*.

Vragenlijst

De prestatie-indicatoren worden vertaald naar een digitale vragenlijst. U kunt de vragenlijst invullen via www.zichtbarezorg.nl. U ziet daarbij soms nadere specificaties van de diagnose, doelgroep of medicatie. Bij iedere indicator kunt u eventueel uw antwoord toelichten.

Indicatoren

Iedere indicator is op dezelfde manier opgebouwd. De werkinstructie voor het aanleveren van gegevens bestaat bij elke indicator telkens uit tien onderdelen:

- 1 *De status van de indicator:* Hier leest u in hoeverre het aanleveren van een indicator verplicht of facultatief is. Dit wordt ook aangegeven voor een eventueel te gebruiken instrument.
- 2 *Beschrijving van de indicator:* Hier wordt de indicator en het doel ervan beschreven. Sommige indicatoren zijn opgesplitst in subindicatoren. Deze worden dan stuk voor stuk beschreven.
- 3 *Definities:* Hierin worden de begrippen die voor de indicator zijn gebruikt, nader omschreven.
- 4 *Exclusiecriteria:* Hier staat aangegeven voor welk type zorg en/of welk type cliënten geen gegevens hoeven worden aangeleverd.
- 5 *Meetinstrument/informatiebron:* Hier leest u hoe en waar u de benodigde informatie voor de indicator moet verzamelen.
- 6 *Uitsplitsing naar diagnosegroepen:* In een aantal gevallen moeten de gegevens per diagnosegroep worden aangeleverd. Als dat zo is, leest u dat hier.
- 7 *Teller:* Bij een aantal indicatoren moet worden opgeteld hoe vaak aan de voorwaarde(n) van de indicator is voldaan (bijvoorbeeld: 'het aantal cliënten dat binnen de inclusie criterium X valt én is onderzocht met instrument Y').
- 8 *Noemer:* Het totaal aantal cliënten dat binnen het inclusie criterium X valt. Voor het berekenen van de uitkomst van de indicator, wordt de teller gedeeld door de noemer. Dit geeft de mate aan waarin aan de voorwaarden van de indicator is voldaan.
- 9 *Gemiddelde schaalscore:* Bij een aantal indicatoren worden geen teller en noemer berekend, maar wordt een gemiddelde schaalscore op een instrument gebruikt. Het gebruik van teller/noemer of gemiddelde schaalscore is per indicator weergegeven.
- 10 *De vragenlijst stap voor stap:* De verzamelde gegevens worden ingevuld in een digitale vragenlijst via www.zichtbarezorg.nl. De werkwijze hiervoor is in een apart kader stapsgewijs weergegeven.

Gegevens die worden verzameld met de CQI Kortdurende ambulante GGZ en VZ hoeft u niet in te vullen. Meetbureaus kunnen de CQ-data via aanleverspecificaties aanleveren bij een derde partij, ingehuurd door Zichtbare Zorg (zie www.zichtbarezorg.nl/ggz). De data worden vervolgens gecasemixed. De nieuwe scores worden ingeladen in de webportal van Zichtbare Zorg waar deze kunnen worden geaccordeerd door instellingen.

5. Indicatoren

In dit hoofdstuk staan de indicatoren beschreven. De indicatoren zijn onderscheiden naar drie thema's: effectiviteit, veiligheid en cliëntgerichtheid. Bij elke indicator staan specificaties benoemd en werkinstructies.

Wegens de herkenbaarheid van indicatoren is de oude nummering uit de basisset 2009-2010 gehanteerd. Vervallen of verwijderde indicatoren zijn hierin niet opgenomen.

Thema 1 Effectiviteit

1.2 Verandering ernst problematiek

Status	Alle onderdelen van deze indicator zijn verplicht. Het gebruik van de genoemde instrumenten is facultatief met uitzondering van de CQ-indicatoren ambulante en kortdurende GGZ en VZ, maar wordt nadrukkelijk aanbevolen.
Beschrijving	<p>Deze indicator bestaat uit vier onderdelen:</p> <p>1.2.a <i>Cliëntperspectief</i>: het percentage cliënten waarbij de behandeling naar het oordeel van de cliënt heeft geleid tot verbetering en/of stabilisatie van de klachten.</p> <p>1.2.b <i>Hulpverlenersperspectief</i>: het percentage cliënten, per diagnosegroep, waarbij tijdens de behandeling op systematische wijze de verandering van de ernst van de problematiek in kaart is gebracht.</p> <p>1.2.c <i>Gebruikte instrumenten per diagnosegroep</i>. Zowel instrumenten voor enkelvoudige stoornissen en voor meervoudige stoornissen kunnen ingevuld worden. (Een enkelvoudige stoornis wil zeggen dat er sprake is van één psychiatrische stoornis; bij een meervoudige stoornis is er sprake van meer dan één psychiatrische stoornis, bijvoorbeeld een psychiatrische stoornis en verslavingsprobleem, een verstandelijke gehandicapte met ADHD). In DBC-terminologie: als er voor een cliënt één DBC is geopend, is er sprake van een enkelvoudige stoornis; als er voor een cliënt/patiënt parallelle DBC's geopend zijn, dan is er sprake van een meervoudige stoornis).</p> <p>1.2.d <i>De verandering in de ernst van de problematiek per diagnosegroep</i>.</p>
Definities	<p>Verbetering: Een score op de vervolgmeting die aangeeft dat de ernst van de problematiek is verminderd, vergeleken met de beginmeting.</p> <p>Stabilisatie: De scores op de begin- en vervolgmeting zijn gelijk.</p>

1.2.a Cliëntperspectief/oordeel van de cliënt over verandering van ernst van de problematiek

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

Exclusiecriteria	<ul style="list-style-type: none"> - Beschermd wonen, begeleid zelfstandig wonen en dagactiviteiten - Cliënten van wie de DBC door overlijden is beëindigd en dus afgesloten - Afgesloten DBC's waarbij geen sprake is geweest van behandeling (alleen indirecte tijd, intake/onderzoek en/of crisis)
Meetinstrument Informatiebron	<ul style="list-style-type: none"> - CQ Index kortdurende ambulante ggz en vz: De schaal 'Ervaren functioneren' - CQ Index klinische ggz en vz: De schaal 'Ervaren functioneren' - GGZ Thermometer: 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?" - Eigen meetinstrument: Vragen die corresponderen met vragen 13 en 14 van de GGZ Thermometer
Uitsplitsing naar diagnosegroep	Nee
Teller 1	GGZ Thermometer: Het aantal cliënten dat vraag 13 én 14 met 'ja' heeft beantwoord. Indien de combinatie van positieve antwoorden niet te berekenen is (geldt voor zorgaanbieders die de GGZ Thermometer hebben uitbesteed en die tabellen met antwoorden per vraag krijgen gerapporteerd), dient u uit te gaan van de vraag met het kleinste aantal positieve antwoorden
Noemer 1	Het aantal cliënten dat vragen 13 én 14 heeft beantwoord. In het geval van een missende waarde telt de cliënt niet mee
Teller 2	Eigen instrument: Het totaal aantal cliënten dat beide vragen positief beantwoord heeft. Indien de combinatie van positieve antwoorden niet te berekenen is, dient u uit te gaan van het kleinste aantal positieve antwoorden.
Noemer 2	Het totaal aantal cliënten dat de beide vragen heeft beantwoord. In het geval van een missende waarde telt de cliënt niet mee
Gemiddelde schaalscore	CQ Index kortdurende ambulante ggz en vz: Gemiddelde schaalscore van de schaal 'Ervaren functioneren'. CQ Index klinische ggz en vz: Gemiddelde schaalscore van de schaal 'Ervaren functioneren'.

De vragenlijst stap voor stap

CQ Index:

Gegevens uit de CQ Index voor de kortdurende ambulante ggz en vz worden aangeleverd door een meetbureau en automatisch ingevuld in de digitale vragenlijst. De gegevens van de CQ Index klinische ggz en vz moeten zelf worden ingevuld.

CQ Index klinische en vz:

- 1 Bereken de gemiddelde score van de schaal 'Ervaren functioneren'.
- 2 Vul dit gemiddelde in.

GGZ Thermometer:

- 1 Selecteer alle cliënten die de GGZ Thermometer hebben ingevuld. Tel het aantal cliënten op dat op beide vragen een positief antwoord ('ja') heeft gegeven. Neem een cliënt dus niet mee als deze één van de vragen met 'nee' heeft beantwoord, of een vraag heeft overgeslagen.
- 2 Zet dit aantal in teller 1.
- 3 Tel het aantal cliënten op dat op beide vragen een antwoord heeft gegeven (zowel 'ja' als 'nee'). In het geval van een missende waarde telt de cliënt niet mee.
- 4 Zet dit aantal in noemer 1.

Eigen vragenlijst:

- 1 Geef aan hoe de vragen luiden die als alternatief voor vraag 13 en 14 van de cliënt-thermometer zijn opgenomen in uw meetinstrument. Er zijn twee open tekstvelden waarin de formulering van de vragen vermeld dient te worden.
- 2 Selecteer alle cliënten die de meting hebben ingevuld. Tel het aantal cliënten op dat op beide vragen een positief antwoord heeft gegeven. Neem een cliënt dus niet mee als deze één van de vragen negatief heeft beantwoord, of een vraag heeft overgeslagen.
- 3 Zet dit aantal in teller 2.
- 4 Tel het aantal cliënten op dat op beide vragen een antwoord heeft gegeven (zowel positief als negatief). In het geval van een missende waarde telt de cliënt niet mee.
- 5 Zet dit aantal in noemer 2.

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

Beschrijving	1.2.b Hulpverlenerperspectief: het percentage cliënten per doelgroep waarbij tijdens de behandeling op systematische wijze de verandering van de ernst van de problematiek in kaart is gebracht.
Definities	<p>Doelgroep 1 Cliënten die geconfronteerd worden met vrijheidsbeperkende interventies in het kader van de wet Bopz.</p> <p>Doelgroep 2 Langdurig Zorgafhankelijken (LZA) Zorgaanbieders hanteren definities die onderling weliswaar in beperkte mate variëren, maar belangrijke elementen gemeenschappelijk hebben:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stoornis. Schizofrenie of een andere stoornis met psychotische kenmerken, bipolaire stoornis. Veelal ook een ernstige persoonlijkheidsstoornis. 2. Beperkingen. Het gaat om beperkingen in de zelfverzorging, het voeren van een huishouding en deelname aan het maatschappelijk leven, zoals sociale contacten en het verrichten van werk. Hoewel dit criterium op zich onomstreden is, verschillen definities onderling. 3. Duur van de zorg. Voorheen was het gebruik om de verblijfsduur op twee jaar te stellen. Een toenemend aantal aanbieders telt inmiddels ambulante behandeling ook mee en hanteert als grens een éénjarig contact met een GGZ-instelling, ongeacht de setting. <p>Organisatorische eenheid waarover gerapporteerd wordt Iedere organisatie kent zogenoemde '<i>resultaat verantwoordelijke eenheden</i>' (RVE). Deze eenheden zijn verantwoordelijk voor tal van organisatorische zaken als budgetbewaking, het opstellen van jaarplannen of gebruik van stuurinformatie. Sturing is binnen deze eenheden uniform georganiseerd.</p>
Exclusiecriteria	-
Informatiebron	Cliëntregistratiesysteem
Uitsplitsing	Deze indicator wordt afzonderlijk geleverd per RVE per doelgroep.
Teller	Indien vraag 3 bevestigend beantwoord is: - Het aantal cliënten in de doelgroep bij wie tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 tijdens de behandeling of het verblijf een meting van de ernst van de problematiek is uitgevoerd.
Noemer	Indien vraag 3 bevestigend beantwoord is: - Het aantal cliënten in de doelgroep tussen 01/01/2011 en 31/12/2011.
Gemiddelde schaalscore	N.v.t.

De vragenlijst stap voor stap

Indien een vraag ontkennend beantwoord wordt, worden de vervolgvragen niet beantwoord.

- 0 Heeft de RVE cliënten in de doelgroep (ja/nee)?
- 1a Vinden effectmetingen plaats voor de doelgroep binnen de RVE (ja/nee)?
- 1b Zo ja, met welk(e) instrument(en)?
- 2 Zo ja, wordt in het cliëntregistratiesysteem⁵ vastgelegd of een effectmeting heeft plaatsgevonden en is op basis van dit systeem een overzicht samen te stellen bij welke cliënten een effectmeting heeft plaatsgevonden? (ja/nee)?
- 3 Zo ja, worden deze overzichten door de organisatie structureel gebruikt als (stuur) informatie voor managers of professionals (ja/nee)?
- 4 Zo ja, voor welk deel van de patiënten heeft een effectmeting plaatsgevonden?

1.2.c Gebruikte instrumenten

Welke instrumenten gebruikt u voor het meten van de verandering van de ernst van de klachten (per diagnosegroep)?

De vragenlijst stap voor stap

- 1 Selecteer de instrumenten die u gebruikt voor de meting van de verandering van de ernst van de symptomen uit het keuzemenu in de vragenlijst (per diagnosegroep).
- 2 Als het gebruikte instrument niet in de lijst staat: vul per diagnosegroep het instrument in (in het tekstveld).

⁵ Met een registratiesysteem wordt bedoeld een systeem op basis waarvan op geautomatiseerde wijze informatie samengesteld kan worden. Dit kan een EPD zijn, al dan niet in combinatie met andere systemen.

1.2.d Verandering in ernst problematiek

Exclusiecriteria	<ul style="list-style-type: none"> - Beschermd wonen, begeleid zelfstandig wonen en dagactiviteiten - Cliënten van wie de DBC door overlijden is beëindigd en dus afgesloten - Afgesloten DBC's waarbij geen sprake is geweest van behandeling (alleen indirecte tijd, intake/onderzoek en/of crisis) - Afgesloten DBC's waarbij geen nameting is verricht
Meetinstrument Informatiebron	<p>Nadrukkelijk geadviseerd, maar facultatief over 2011</p> <ul style="list-style-type: none"> - BSI (Brief Symptom Inventory): Stemmingsstoornissen, angststoornissen, persoonlijkheidsstoornissen en 'overige stoornissen' - BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale): Severe Mental Illness: schizofrenie en andere psychotische stoornissen, of bipolaire stoornissen - Eigen meetinstrument:
Uitsplitsing naar diagnosegroep	<p>Ja</p> <p>Bij deze indicator is het uitgangspunt dat een cliënt in principe één hoofddiagnose heeft (in DBC-terminen: de primaire diagnose). Indien een cliënt meerdere DBC's heeft die allemaal gezien kunnen worden als hoofddiagnose, kan de cliënt bij meerdere keren 'meetellen'. Indien nodig dienen voor de verschillende diagnoses verschillende meetinstrumenten te worden ingezet.</p>
Teller 1	<ul style="list-style-type: none"> - Het aantal cliënten per diagnosegroep met een afgesloten behandeling bij wie door middel van een voor- en nameting vermindering van de klachten wordt vastgesteld <p>Hierbij opgeteld:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het aantal cliënten per diagnosegroep in langdurige zorg bij wie door middel van een voor- en nameting vermindering van de klachten wordt vastgesteld
Noemer 1	<ul style="list-style-type: none"> - Het aantal cliënten per diagnosegroep van wie de behandeling tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 is afgesloten en bij wie tijdens de behandeling de verandering in ernst van de problematiek gemeten is <p>Hierbij opgeteld:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het aantal cliënten per diagnosegroep in langdurige zorg bij wie over 2010 en 2011 de verandering in ernst van de problematiek gemeten is.
Teller 2	<ul style="list-style-type: none"> - Het aantal cliënten per diagnosegroep met een afgesloten behandeling bij wie door middel van een voor- en nameting stabilisatie van de ernst van de klachten wordt vastgesteld <p>Hierbij opgeteld:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het aantal cliënten per diagnosegroep in langdurige zorg bij wie door middel van een voor- en nameting stabilisatie van de ernst van de klachten wordt vastgesteld
Noemer 2	<ul style="list-style-type: none"> - Het aantal cliënten per diagnosegroep van wie de behandeling tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 is afgesloten en bij wie tijdens de behandeling de verandering in ernst van de problematiek gemeten is. <p>Hierbij opgeteld:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Het aantal cliënten per diagnosegroep in langdurige zorg bij wie over 2010 en 2011 de verandering in ernst van de problematiek gemeten is.
Gemiddelde schaalscore	Afhankelijk van het gebruikte instrument

1.3 Verandering in het dagelijks functioneren van cliënten

Status	Deze indicator is verplicht. Het gebruik van de HoNOS is facultatief, maar wordt nadrukkelijk aanbevolen.
Beschrijving	Deze indicator beschrijft de verbetering of stabilisatie in het sociaal functioneren bij cliënten met schizofrenie of een andere psychotische stoornis, en bij cliënten met een bipolaire stoornis.
Definities	<ul style="list-style-type: none"> - Verbetering op de HoNOS: De HoNOS-score bij het afsluiten van een DBC valt in een hogere categorie dan de HoNOS-score bij de start van de DBC. - Stabilisatie op de HoNOS: De HoNOS-score bij afsluiten van een DBC valt in dezelfde categorie als de HoNOS-score bij de start van de DBC. - Verbetering op een eigen instrument: Een score op de vervolgmeting die aangeeft dat het dagelijks functioneren is verbeterd, vergeleken met de beginmeting. - Stabilisatie op een eigen instrument: De scores op de begin- en vervolgmeting zijn gelijk. - Categorie van de HoNOS: De HoNOS totaalscore kan worden ingedeeld in een aantal categorieën die meerdere scores bevatten, met een range van X-Y. De ranges van de HoNOS categorieën zijn in de digitale vragenlijst weergegeven. - Verbetering op een eigen instrument: De score bij het afsluiten van een DBC is hoger dan de score bij de start van de DBC. - Stabilisatie op een eigen instrument: De score bij het afsluiten van een DBC is gelijk aan de score bij de start van de DBC. - Voor- en nameting: Alle cliënten bij wie de DBC is afgesloten, hebben een voor- en nameting op de HoNOS of een eigen instrument. Hieronder vallen ook de cliënten in de langdurige zorg (AWBZ) bij wie een periodieke meting is uitgevoerd en bij wie eerder al eens de HoNOS of een eigen instrument is toegepast. De laatst bekende score dient te worden vergeleken met de voorlaatste score, ongeacht de tijd die er tussen zit. - Indien een cliënt gedurende één jaar meerdere DBC's heeft, kan het voorkomen dat hij/zij in dat jaar meerdere malen in de database is opgenomen.
Exclusiecriteria	<ul style="list-style-type: none"> - Cliënten met <i>een andere</i> hoofddiagnose dan "schizofrenie en andere psychotische stoornis, of bipolaire stoornis". in DBC-terminen: de primaire diagnose - Cliënten van wie de DBC door overlijden is beëindigd en dus afgesloten - Beschermd wonen, begeleid zelfstandig wonen en dagactiviteiten - Afgesloten DBC waarbij geen sprake is geweest van behandeling (alleen indirecte tijd, intake/onderzoek en/of crisis)
Meetinstrument	- De HoNOS wordt nadrukkelijk geadviseerd als meetinstrument.
Informatiebron	- De bron voor de informatie is de administratie van de zorgaanbieder
Uitsplitsing naar diagnosegroep	Nee
Noemer 1	Het aantal cliënten met schizofrenie of een andere psychotische stoornis, óf een bipolaire stoornis bij wie een voor- en een nameting met de HoNOS is uitgevoerd

Teller 1	HoNOS: Het aantal cliënten met de hoofddiagnose 'schizofrenie en andere psychotische stoornis, of bipolaire stoornis', bij wie tussen de start van de initiële DBC en de afsluiting van de laatste DBC binnen één zorgtraject* verbetering wordt vastgesteld. Het betreft de score bij start DBC vergeleken met de score bij einde DBC. Er wordt uitgegaan van de primaire diagnose van de DBC <i>* De laatste DBC kan een andere DBC zijn dan de initiële DBC</i>
Teller 2	HoNOS: Het aantal cliënten met de hoofddiagnose 'schizofrenie en andere psychotische stoornis, of bipolaire stoornis', bij wie tussen de start van de initiële DBC en de afsluiting van de laatste DBC binnen één zorgtraject stabilisatie wordt vastgesteld. Het betreft de score bij start DBC vergeleken met de score bij einde DBC. Er wordt uitgegaan van de primaire diagnose van de DBC <i>* De laatste DBC kan een andere DBC zijn dan de initiële DBC</i>
Noemer 2	Het aantal cliënten met schizofrenie of een andere psychotische stoornis, óf een bipolaire stoornis bij wie een voor- en een nameting met de HoNOS is uitgevoerd
Teller 3	Eigen instrument: Het aantal cliënten met de hoofddiagnose 'schizofrenie en andere psychotische stoornis, of bipolaire stoornis', bij wie tussen de start van de initiële DBC en de afsluiting van de laatste DBC binnen één zorgtraject* verbetering wordt vastgesteld. Het betreft de score bij start DBC vergeleken met de score bij einde DBC. Er wordt uitgegaan van de primaire diagnose van de DBC <i>* De laatste DBC kan een andere DBC zijn dan de initiële DBC</i>
Noemer 3	Het aantal cliënten met schizofrenie of een andere psychotische stoornis, óf een bipolaire stoornis, bij wie een voor- en een nameting met een eigen instrument is uitgevoerd
Teller 4	Eigen instrument: Het aantal cliënten met de hoofddiagnose 'schizofrenie en andere psychotische stoornis, of bipolaire stoornis', bij wie tussen de start van de initiële DBC en de afsluiting van de laatste DBC binnen één zorgtraject stabilisatie wordt vastgesteld. Het betreft de score bij start DBC vergeleken met de score bij einde DBC. Er wordt uitgegaan van de primaire diagnose van de DBC <i>* De laatste DBC kan een andere DBC zijn dan de initiële DBC</i>
Noemer 4	Het aantal cliënten met schizofrenie of een andere psychotische stoornis, óf een bipolaire stoornis, bij wie een voor- en een nameting met een eigen instrument is uitgevoerd
Gemiddelde schaalscore	N.v.t.

De vragenlijst stap voor stap

HoNOS

- 1 Selecteer alle cliënten waarvan tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 een DBC is afgesloten (let op de verschillende exclusiecriteria).
- 2 Selecteer de 'reden sluiten DBC' van deze groep.
- 3 Verwijder uit deze selectie de afsluitreden 4 en 5 (Afsluiten DBC administratief of vanwege het openen van een vervolg-DBC, of een afsluiting na alleen pré-intake, intake of diagnostiek).
- 4 Selecteer uit deze groep alle cliënten waarvan een voor- en nameting van de HoNOS-score is vastgelegd.
- 5 Verwijder uit deze selectie alle cliënten waarbij: eind HoNOS-score = 0
- 6 Tel het aantal cliënten op.
- 7 Zet dit aantal in noemers 1 en 2.
- 8 Controleer of het een initiële of een vervolg DBC's betreft. In het geval van een vervolg DBC dient u de HoNOS-score van de initiële DBC op te zoeken.
- 9 Bereken per cliënt de categorie waarin de eerste en de laatste meting vallen (zie overzicht bij de vragenlijst voor het overzicht van de verschillende categorieën).
- 10 Vergelijk de categorieën van de eerste en de laatste meting.
- 11 Tel het aantal cliënten op bij wie sprake is van een verbetering.
- 12 Zet dit aantal in teller 1.
- 13 Tel het aantal cliënten op bij wie de HoNOS-scores van de eerste en laatste meting in dezelfde categorie vallen.
- 14 Zet dit aantal in teller 2.

Eigen instrument

- 1 Selecteer alle cliënten waarvan tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 een DBC is afgesloten (let op de verschillende exclusiecriteria).
- 2 Selecteer de "reden sluiten DBC" van deze groep.
- 3 Verwijder uit deze selectie de afsluitreden 4 en 5 (Afsluiten DBC administratief of vanwege het openen van een vervolg-DBC, of een afsluiting na alleen pré-intake, intake of diagnostiek).
- 4 Selecteer uit deze groep alle cliënten van wie een voor- en nameting met een eigen instrument is vastgelegd.
- 5 Tel het aantal cliënten per diagnosegroep op.
- 6 Zet dit aantal in noemers 3 en 4.
- 7 Controleer of het een initiële of een vervolg DBC's betreft. In het geval van een vervolg DBC dient u de begin score op het eigen instrument van de initiële DBC op te zoeken.
- 8 Vergelijk de scores van de eerste en de laatste meting.
- 9 Tel het aantal cliënten op bij wie sprake is van een verbetering.
- 10 Zet dit aantal in teller 3.
- 11 Tel het aantal cliënten op bij wie de scores van de eerste en laatste meting gelijk zijn.
- 12 Zet dit aantal in teller 4.

1.4 Verandering in de ervaren kwaliteit van leven van de cliënt

Status	Alle onderdelen van deze indicator zijn verplicht. Het gebruik van de MANSA is facultatief, maar wordt nadrukkelijk aanbevolen.
Beschrijving	Deze indicator bestaat uit drie onderdelen: 1.4.a Het percentage cliënten met de hoofddiagnose 'schizofrenie of 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. 1.4.b De instrumenten die gebruikt worden voor het meten van de ervaren kwaliteit van leven. 1.4.c De verandering in ervaren kwaliteit van leven. De verbetering of stabilisatie in de ervaren kwaliteit van leven bij cliënten met schizofrenie of een andere psychotische stoornis, en bij cliënten met een bipolaire stoornis.
Definities	- Verbetering: Een score op de vervolgmeting die aangeeft dat de ervaren kwaliteit van leven is verbeterd, vergeleken met de beginmeting. - Stabilisatie: De scores op de voor- en nameting zijn gelijk.

1.4.a Systematische meting ervaren kwaliteit van leven

Exclusiecriteria	- Cliënten met een andere hoofddiagnose dan schizofrenie en andere psychotische stoornis, of bipolaire stoornis. in DBC-terminen: primaire diagnose - Cliënten bij wie door overlijden of ontslag geen nameting is verricht
Meetinstrument	- Het meetinstrument MANSA wordt nadrukkelijk geadviseerd
Informatiebron	- De bron voor de informatie van een eigen instrument is de administratie van de zorgaanbieder
Uitsplitsing naar diagnosegroep	Nee
Teller	Het aantal cliënten met de hoofddiagnose 'schizofrenie of andere psychotische stoornis, of bipolaire stoornis', bij wie tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 de ervaren kwaliteit van leven gemeten is als tweede of verdere meting. De periode tussen de voorafgaande en laatste meting mag maximaal één jaar zijn.
Noemer	Het aantal cliënten met de hoofddiagnose 'schizofrenie of andere psychotische stoornis, of bipolaire stoornis' tussen 01/01/2011 en 31/12/2011.
Gemiddelde schaalscore	N.v.t.

De vragenlijst stap voor stap

- 1 Tel alle cliënten op met de hoofddiagnose 'Schizofrenie of andere psychotische stoornis, of bipolaire stoornis' die tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 in zorg waren.
- 2 Tel uit de bovengenoemde groep de cliënten op bij wie de kwaliteit van leven is gemeten. Hiervoor dient de MANSa of een vergelijkbaar instrument gebruikt zijn.
- 3 Zet dit aantal in de noemer.
- 4 Controleer of de meting met de MANSa of een vergelijkbaar instrument minimaal twee keer is uitgevoerd, dat de laatste meting heeft plaatsgevonden tussen 01/01/2011 en 31/12/2011, en dat de voorafgaande meting maximaal één jaar voor de laatste meetdatum heeft plaatsgevonden. Indien dit niet het geval is, wordt de desbetreffende cliënt niet meegenomen.
- 5 Zet dit aantal in de teller.
- 6 Let op: de geselecteerde groepen cliënten worden ook gebruikt bij indicator 1.4.c dus bewaar de gegevens die u zojuist heeft geselecteerd.

1.4.b Gebruikte instrumenten

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

De vragenlijst stap voor stap

- 1 Geef aan welke instrument(en) uw instelling gebruikt om de kwaliteit van leven van cliënten te meten. Een voorbeeld hiervan is de MANSa maar er zijn meerdere instrumenten die hiervoor gebruikt worden.

1.4.c Verandering in ervaren kwaliteit van leven

Exclusiecriteria	- Cliënten met een andere hoofddiagnose dan schizofrenie en andere psychotische stoornis, of bipolaire stoornis. In DBC-terminen: primaire diagnose - Cliënten waarbij door overlijden of ontslag geen nameting is verricht
Meetinstrument Informatiebron	- Het meetinstrument MANSa wordt nadrukkelijk geadviseerd - De bron voor de informatie van een eigen instrument is de administratie van de zorgaanbieder
Uitsplitsing naar diagnosegroep	Nee
Teller 1	Het aantal cliënten met de hoofddiagnose 'schizofrenie of andere psychotische stoornis, of bipolaire stoornis', bij wie tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 verbetering in kwaliteit van leven wordt vastgesteld
Teller 2	Het aantal cliënten met de hoofddiagnose schizofrenie of andere psychotische stoornis, of bipolaire stoornis, die langer dan één jaar in zorg zijn, en bij wie tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 stabilisatie in kwaliteit van leven gemeten wordt vastgesteld
Noemer	Het aantal cliënten met de hoofddiagnose 'schizofrenie of andere psychotische stoornis, of bipolaire stoornis', bij wie tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 de ervaren kwaliteit van leven gemeten is als tweede of verdere meting, en waarbij de voorafgaande meting maximaal één jaar voor de laatste meting heeft plaatsgevonden
Gemiddelde schaalscore	N.v.t.

De vragenlijst stap voor stap

- 1 Bij 1.4.a heeft u alle cliënten geselecteerd met hoofddiagnose 'Schizofrenie of andere psychotische stoornis, of bipolaire stoornis' bij wie tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 de ervaren kwaliteit van leven gemeten is als tweede of verdere meting, en waarbij de voorafgaande meting maximaal één jaar voor de laatste meting heeft plaatsgevonden.
- 2 Zet dit aantal in de noemer.
- 3 Bereken de verandering in de kwaliteit van leven door de uitkomst van de laatste meting in 2011 te vergelijken met de uitkomst van de eerste meting in 2011 (of eerdere vorige meting maximaal 1 jaar voor de laatste meetdatum).
- 4 Tel het aantal cliënten op bij wie een verbetering wordt geconstateerd.
- 5 Zet dit aantal in teller 1.
- 6 Tel het aantal cliënten op bij wie er geen verschil is tussen de eerste en de laatste meting.
- 7 Zet dit aantal in teller 2.

1.7 Drop-out

Status	Deze indicator is verplicht.
Beschrijving	Het percentage cliënten per diagnosegroep dat hun behandeling/begeleiding eenzijdig (tegen het advies van de behandelaar) beëindigd heeft gedurende het verslagjaar (alle zorg aan de cliënt is gestopt).
Definities	Drop-out: eenzijdige beëindiging (tegen het advies van de behandelaar) van de behandeling/begeleiding door de cliënt. Overlijden van de cliënt valt hier niet onder.
Exclusiecriteria	Beëindiging van de behandeling/begeleiding ten gevolge van het overlijden van de cliënt
Meetinstrument Informatiebron	Er is geen specifiek meetinstrument van toepassing op deze indicator. De gegevens zijn afkomstig uit de administratie van de zorgaanbieder
Uitsplitsing naar diagnosegroep	Ja
Teller	Aantal cliënten per diagnosegroep bij wie de behandeling/begeleiding tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 is afgesloten met als opgegeven reden van afsluiting 'eenzijdige beëindiging door cliënt'
Noemer	Aantal cliënten per diagnosegroep waarbij de behandeling/begeleiding tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 is afgesloten
Gemiddelde schaalscore	N.v.t.

De vragenlijst stap voor stap

- 1 Tel per diagnosegroep alle cliënten op bij wie een behandeling-/begeleidingstraject is afgesloten tussen 01/01/2011 en 31/12/2011.
- 2 Zet dit aantal in de noemer (per diagnosegroep).
- 3 Tel per diagnosegroep het aantal cliënten bij wie het behandeling-/begeleidingstraject is afgesloten met als reden: 'reden voor afsluiting bij patiënt, niet bij behandelaar'.
- 4 Zet dit aantal in de teller (per diagnosegroep).
- 5 Geef een toelichting over de samenstelling van het cliëntenbestand op de kenmerken die van invloed zijn op de hoogte van de drop-out.

1.8 Somatische screening

De aanwezigheid van een standaardprocedure voor het uitvoeren van een somatische screening bij cliënten.

Status	Deze indicator is verplicht.
Beschrijving	De aanwezigheid van een standaardprocedure voor het uitvoeren van een somatische screening bij cliënten met schizofrenie.
Definities	<p>Doelgroep 1 Cliënten die geconfronteerd worden met vrijheidsbeperkende interventies in het kader van de wet Bopz.</p> <p>Doelgroep 2 Langdurig Zorgafhankelijken (LZA) Zorgaanbieders hanteren definities die onderling weliswaar in beperkte mate variëren, maar belangrijke elementen gemeenschappelijk hebben:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stoornis. Schizofrenie of een andere stoornis met psychotische kenmerken, bipolaire stoornis. Veelal ook een ernstige persoonlijkheidsstoornis. 2. Beperkingen. Het gaat om beperkingen in de zelfverzorging, het voeren van een huishouding en deelname aan het maatschappelijk leven, zoals sociale contacten en het verrichten van werk. Hoewel dit criterium op zich onomstreden is, verschillen definities onderling. 3. Duur van de zorg. Voorheen was het gebruik om de verblijfsduur op twee jaar te stellen. Een toenemend aantal aanbieders telt inmiddels ambulante behandeling ook mee en hanteert als grens een éénjarig contact met een GGZ-instelling, ongeacht de setting. <p>Organisatorische eenheid waarover gerapporteerd wordt Iedere organisatie kent zogenoemde '<i>resultaat verantwoordelijke eenheden</i>' (RVE). Deze eenheden zijn verantwoordelijk voor tal van organisatorische zaken als budgetbewaking, het opstellen van jaarplannen of gebruik van stuurinformatie. Sturing is binnen deze eenheden uniform georganiseerd.</p>
Exclusiecriteria	-
Informatiebron	Cliëntregistratiesysteem
Uitsplitsing	Deze indicator wordt afzonderlijk geleverd per RVE per doelgroep.
Teller	Indien vraag 3 bevestigend beantwoord is: - Het aantal cliënten in de doelgroep bij wie tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 een somatische screening is uitgevoerd.
Noemer	Indien vraag 3 bevestigend beantwoord is: - Het aantal cliënten in de doelgroep tussen 01/01/2011 en 31/12/2011.
Gemiddelde schaalscore	N.v.t.

De vragenlijst stap voor stap

Indien een vraag ontkennend beantwoord wordt, worden de vervolgvragen niet beantwoord.

- 0 Heeft de RVE cliënten in de doelgroep (ja/nee)?
- 1 Is er een standaardprocedure voor somatische screening van cliënten met schizofrenie binnen de doelgroep in de RVE (ja/nee)?
- 2 Zo ja, wordt in het cliëntregistratiesysteem vastgelegd of een somatische screening heeft plaatsgevonden en is op basis van dit systeem een overzicht samen te stellen bij welke cliënten een screening heeft plaatsgevonden? (ja/nee)?
- 3 Zo ja, worden deze overzichten door de organisatie structureel gebruikt als (stuur) informatie voor managers of professionals (ja/nee)?
- 4 Zo ja, welk deel van de patiënten is somatisch gescreend?

1.11 Tijdig contact na ontslag uit kliniek

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

Status	Deze indicator is verplicht.
Beschrijving	Het percentage cliënten dat na ontslag uit de kliniek bij dezelfde zorgaanbieder binnen twee weken een ambulante of deeltijdcontact heeft.
Definities	<p>Doelgroep 1 Cliënten die geconfronteerd worden met vrijheidsbeperkende interventies in het kader van de wet Bopz.</p> <p>Doelgroep 2 Langdurig Zorgafhankelijken (LZA) Zorgaanbieders hanteren definities die onderling weliswaar in beperkte mate variëren, maar belangrijke elementen gemeenschappelijk hebben:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Stoornis. Schizofrenie of een andere stoornis met psychotische kenmerken, bipolaire stoornis. Veelal ook een ernstige persoonlijkheidsstoornis.2. Beperkingen. Het gaat om beperkingen in de zelfverzorging, het voeren van een huishouding en deelname aan het maatschappelijk leven, zoals sociale contacten en het verrichten van werk. Hoewel dit criterium op zich onomstreden is, verschillen definities onderling.3. Duur van de zorg. Voorheen was het gebruik om de verblijfsduur op twee jaar te stellen. Een toenemend aantal aanbieders telt inmiddels ambulante behandeling ook mee en hanteert als grens een éénjarig contact met een GGZ-instelling, ongeacht de setting. <p>Organisatorische eenheid waarover gerapporteerd wordt Iedere organisatie kent zogenoemde 'resultaat verantwoordelijke eenheden' (RVE). Deze eenheden zijn verantwoordelijk voor tal van organisatorische zaken als budgetbewaking, het opstellen van jaarplannen of gebruik van stuurinformatie. Sturing is binnen deze eenheden uniform georganiseerd.</p>

Exclusiecriteria	-
Informatiebron	Cliëntregistratiesysteem
Uitsplitsing	Deze indicator wordt afzonderlijk geleverd per RVE per doelgroep.
Teller	Indien vraag 3 bevestigend beantwoord is: - Het aantal cliënten in de doelgroep dat tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 een tijdig vervolgcontact heeft gehad.
Noemer	Indien vraag 3 bevestigend beantwoord is: - Het aantal cliënten in de doelgroep tussen 01/01/2011 en 31/12/2011.
Gemiddelde schaalscore	N.v.t.

De vragenlijst stap voor stap

Indien een vraag ontkennend beantwoord wordt, worden de vervolgvragen niet beantwoord.

- 0 Heeft de RVE cliënten in de doelgroep (ja/nee)?
- 1 Is de RVE verantwoordelijk voor tijdige ambulante of deeltijdcontacten na ontslag uit de kliniek van cliënten in de doelgroep (ja/nee)?
- 2 Zo ja, is op basis van het cliëntregistratiesysteem een overzicht samen te stellen bij welke cliënten een tijdig contact heeft plaatsgevonden? (ja/nee)?
- 3 Zo ja, worden deze overzichten door de organisatie structureel gebruikt als (stuur) informatie voor managers of professionals (ja/nee)?
- 4 Zo ja, welk deel van de cliënten heeft een tijdig vervolgcontact gehad?

Thema 2 Veiligheid

2.1.a Beschikbaarheid medicatieoverzicht (klinische opname en verblijf)

Status	Alle onderdelen van deze indicator zijn verplicht.
Beschrijving	In het kader van risicotaxatie is van belang of bij het voorschrijven van medicijnen een actueel medicatieoverzicht beschikbaar is.
Definities	<p>Doelgroep 1 Cliënten die geconfronteerd worden met vrijheidsbeperkende interventies in het kader van de wet Bopz.</p> <p>Doelgroep 2 Langdurig Zorgafhankelijken (LZA) Zorgaanbieders hanteren definities die onderling weliswaar in beperkte mate variëren, maar belangrijke elementen gemeenschappelijk hebben:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stoornis. Schizofrenie of een andere stoornis met psychotische kenmerken, bipolaire stoornis. Veelal ook een ernstige persoonlijkheidsstoornis. 2. Beperkingen. Het gaat om beperkingen in de zelfverzorging, het voeren van een huishouding en deelname aan het maatschappelijk leven, zoals sociale contacten en het verrichten van werk. Hoewel dit criterium op zich onomstreden is, verschillen definities onderling. 3. Duur van de zorg. Voorheen was het gebruik om de verblijfsduur op twee jaar te stellen. Een toenemend aantal aanbieders telt inmiddels ambulante behandeling ook mee en hanteert als grens een éénjarig contact met een GGZ-instelling, ongeacht de setting. <p>Organisatorische eenheid waarover gerapporteerd wordt Iedere organisatie kent zogenoemde 'resultaat verantwoordelijke eenheden' (RVE). Deze eenheden zijn verantwoordelijk voor tal van organisatorische zaken als budgetbewaking, het opstellen van jaarplannen of gebruik van stuurinformatie. Sturing is binnen deze eenheden uniform georganiseerd.</p>
Exclusiecriteria	-
Informatiebron	Cliëntregistratiesysteem
Uitsplitsing	Deze indicator wordt afzonderlijk geleverd per RVE per doelgroep.
Teller	Indien vraag 3 bevestigend beantwoord is: <ul style="list-style-type: none"> - Het aantal cliënten in de doelgroep waarvoor tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 tijdens het voorschrijven van medicatie een actueel medicatieoverzicht aanwezig was.
Noemer	Indien vraag 3 bevestigend beantwoord is: <ul style="list-style-type: none"> - Het aantal cliënten in de doelgroep tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 die medicatie voorgeschreven kregen.
Gemiddelde schaalscore	N.v.t.

De vragenlijst stap voor stap

Indien een vraag ontkennend beantwoord wordt, worden de vervolgvragen niet beantwoord.

- 0 Heeft de RVE cliënten in de doelgroep (ja/nee)?
- 1 Hanteert de RVE een voorschrijfsysteem voor medicatie (ja/nee)?
- 2 Zo ja, biedt dit systeem de mogelijkheid per patiënt een actueel medicatieoverzicht te genereren (ja/nee)?
- 3 Zo ja, worden deze overzichten door de organisatie structureel gebruikt als (stuur) informatie voor managers of professionals (ja/nee)?
- 4 Zo ja, voor welk deel van de cliënten was een actueel medicatieoverzicht beschikbaar tijdens het voorschrijven van medicatie?

2.1.b Beschikbaarheid medicatieoverzicht (ambulante en semi-ambulante behandeling)

Exclusiecriteria	Zorgaanbieders die alleen begeleid zelfstandig wonen, beschermd wonen en/of dagactiviteiten bieden
Meetinstrument	Er is geen specifiek meetinstrument van toepassing op deze indicator.
Informatiebron	De gegevens zijn afkomstig uit de administratie van de zorgaanbieder
Uitsplitsing naar diagnosegroep	Nee
Teller	Aantal ambulante en semi-ambulante cliënten van wie de voorschrijver op het moment van voorschrijven een actueel medicatieoverzicht tot zijn beschikking heeft
Noemer	Aantal ambulante en semi-ambulante cliënten waarvoor een medicatieopdracht wordt uitgeschreven
Gemiddelde schaalscore	N.v.t.

De vragenlijst stap voor stap

Klinische opname en verblijf

Alle cliënten:

- 1 Tel het totaal aantal klinisch opgenomen cliënten waarvoor in 2011 een medicatieopdracht is uitgeschreven.
- 2 Zet dit aantal in de noemer.
- 3 Tel voor hoeveel cliënten uit deze groep de voorschrijver op het moment van voorschrijven een actueel medicatieoverzicht tot zijn beschikking heeft.
- 4 Zet dit aantal in de teller.

A-selecte steekproef:

- 1 Neem dossiers van cliënten die in de maand mei zijn opgenomen.
- 2 Neem in alfabetische volgorde, beginnend bij beginletter J, van elke beginletter van de achternaam van de cliënt telkens de eerste twee dossiers, tot een totaal *minimum aantal van 25 dossiers*.
- 3 Tel het totaal aantal - in de steekproef aanwezige - klinisch opgenomen cliënten voor wie een medicatieopdracht is uitgeschreven. Als dit aantal kleiner is dan 25, breidt de steekproef dan uit, totdat het aantal van 25 wordt behaald.
- 4 Zet dit aantal in de noemer.
- 5 Tel vervolgens het aantal klinisch opgenomen cliënten uit de steekproef op van wie de voorschrijver op het moment van voorschrijven een medicatieoverzicht tot zijn beschikking had.
- 6 Zet dit aantal in de teller.

Ambulante en semi-ambulante behandeling

Alle cliënten:

- 1 Tel het totaal aantal ambulante en semi-ambulante cliënten op voor wie in 2011 een medicatieopdracht is uitgeschreven.
- 2 Zet dit aantal in de noemer.
- 3 Tel op voor hoeveel cliënten uit deze groep de voorschrijver op het moment van voorschrijven een actueel medicatieoverzicht tot zijn beschikking heeft.
- 4 Zet dit aantal in de teller.

A-selecte steekproef:

- 1 Neem de dossiers van alle ambulante en semi-ambulante cliënten in de maand mei
- 2 Neem in alfabetische volgorde, beginnend bij beginletter J, van elke beginletter van de achternaam van de cliënt telkens de eerste twee dossiers, tot een totaal *minimum aantal van 25 dossiers*.
- 3 Tel het totaal aantal - in de steekproef aanwezige - ambulante en semi-ambulante cliënten waarvoor een medicatieopdracht is uitgeschreven. Als dit aantal kleiner is dan 25, breidt de steekproef dan uit tot het aantal van 25 is behaald.
- 4 Zet dit aantal in de noemer.
- 5 Tel vervolgens het aantal ambulante en semi-ambulante cliënten uit de steekproef op bij wie de voorschrijver op het moment van voorschrijven een medicatieoverzicht tot zijn beschikking had.
- 6 Zet dit aantal in de teller.

2.2 Informatie over bijwerkingen van medicijnen

Status	Deze indicator is verplicht.
Beschrijving	Deze indicator heeft betrekking op de mate waarin cliënten naar eigen oordeel geïnformeerd zijn over mogelijke bijwerkingen van medicatie.
Definities	Geen.
Exclusiecriteria	- Zorgaanbieders die alleen begeleid zelfstandig wonen, beschermd wonen en/of dagactiviteiten aanbieden - Zorgaanbieders die geen CQ Index gebruiken als meetinstrument
Meetinstrument	Het meetinstrument en de informatiebron is de CQ Index
Informatiebron	
Uitsplitsing naar diagnosegroep	Nee
Teller	Het aantal cliënten dat de CQ Index vraag: "Heeft u informatie gekregen over de eventuele (lichamelijke) bijwerkingen van de medicijnen die u gebruikt?" met 'ja' heeft beantwoord
Noemer	Het aantal cliënten dat de CQ Index vraag: "Heeft u informatie gekregen over de eventuele (lichamelijke) bijwerkingen van de medicijnen die u gebruikt?" heeft beantwoord
Gemiddelde schaalscore	N.v.t.

De vragenlijst stap voor stap

Gegevens uit de CQ Index voor de kortdurende ambulante ggz en vz worden aangeleverd door een meetbureau en automatisch ingevuld in de digitale vragenlijst. De gegevens van de CQ Index klinische ggz en vz moeten zelf worden ingevuld.

CQ Index klinische ggz en vz:

- 1 Tel alle cliënten die de vraag "Heeft u informatie gekregen over de eventuele (lichamelijke) bijwerkingen van de medicijnen die u gebruikt?"
- 2 Zet dit aantal in de noemer.
- 3 Tel alle cliënten die de vraag "Heeft u informatie gekregen over de eventuele (lichamelijke) bijwerkingen van de medicijnen die u gebruikt?" hebben beantwoord met 'ja'.
- 4 Zet dit aantal in de teller.

2.4 Insluiting en Dwangmedicatie

Status	Alle onderdelen van deze indicator zijn verplicht.
Beschrijving	In het kader van risicotaxatie is van belang om zicht te hebben hoe vaak cliënten geconfronteerd worden met vrijheidsbeperkende interventies.
Definities	<p>Doelgroep 1 Cliënten die geconfronteerd worden met vrijheidsbeperkende interventies in het kader van de wet Bopz.</p> <p>Organisatorische eenheid waarover gerapporteerd wordt Iedere organisatie kent zogenoemde 'resultaat verantwoordelijke eenheden' (RVE). Deze eenheden zijn verantwoordelijk voor tal van organisatorische zaken als budgetbewaking, het opstellen van jaarplannen of gebruik van stuurinformatie. Sturing is binnen deze eenheden uniform georganiseerd.</p>
Exclusiecriteria	-
Informatiebron	Cliëntregistratiesysteem
Uitsplitsing	Deze indicator wordt afzonderlijk geleverd per RVE per doelgroep.
Teller	Indien vraag 3 bevestigend beantwoord is: - Het aantal cliënten in de doelgroep dat opgenomen is in de Argus-registratie tussen 01/01/2011 en 31/12/2011.
Noemer	Indien vraag 3 bevestigend beantwoord is: - Het aantal cliënten in de doelgroep tussen 01/01/2011 en 31/12/2011.
Gemiddelde schaalscore	N.v.t.

De vragenlijst stap voor stap

Indien een vraag ontkennend beantwoord wordt, worden de vervolgvragen niet beantwoord.

- 0 Is er binnen de RVE sprake van vrijheidsbeperkende interventies (ja/nee)?
- 1 Zo ja, worden de interventies in het cliëntregistratiesysteem vastgelegd met de Argusset en zijn op basis van dit systeem overzichten samen te stellen (ja/nee)?
- 2 Zo ja, worden deze overzichten door de organisatie structureel gebruikt als (stuur) informatie voor managers of professionals (ja/nee)?

2.4.a.1 Aantal insluitingen en/of toepassingen van dwangmedicatie van cliënten die gedwongen zijn opgenomen

Exclusiecriteria	<ul style="list-style-type: none"> - Zorgaanbieders die geen klinische zorg leveren aan gedwongen opgenomen cliënten - Zorgaanbieders die geen gebruik maken van de Argus of de Bopzis registratieset
Meetinstrument	Het meetinstrument is de Argus of de Bopzis registratieset. Als informatiebron dient de administratie van de zorgaanbieder
Informatiebron	

Uitsplitsing naar diagnosegroep	Nee
Teller 1	Het aantal insluitingen in een separeerruimte tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 van cliënten die gedwongen zijn opgenomen
Noemer 1	Totaal aantal cliënten dat gedwongen is opgenomen tussen 01/01/2011 en 31/12/2011
Teller 2	Het aantal insluitingen in een afzonderingsruimte tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 van cliënten die gedwongen zijn opgenomen
Noemer 2	Totaal aantal cliënten dat gedwongen is opgenomen tussen 01/01/2011 en 31/12/2011
Teller 3	Het aantal malen dat dwangmedicatie is toegediend aan cliënten die gedwongen zijn opgenomen tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 (Bopzis)
Noemer 3	Totaal aantal cliënten dat gedwongen is opgenomen tussen 01/01/2011 en 31/12/2011
Gemiddelde schaalscore	N.v.t.

De vragenlijst stap voor stap

- 1 Tel het aantal insluitingen in een separeerruimte tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 van cliënten die gedwongen zijn opgenomen. Elke insluiting van gedwongen opgenomen cliënten (ongeacht de duur) telt apart mee.
- 2 Zet dit aantal in teller 1.
- 3 Tel het aantal insluitingen in een afzonderingsruimte tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 van cliënten die gedwongen zijn opgenomen. Elke insluiting van gedwongen opgenomen cliënten (ongeacht de duur) telt apart mee.
- 4 Zet dit aantal in teller 2.
- 5 Tel het aantal malen dat tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 dwangmedicatie is toegediend aan cliënten die gedwongen zijn opgenomen (Bopzis).
- 6 Zet dit aantal in teller 3.

Let op: Bewaar bovenstaande gegevens. Deze worden nogmaals uitgevraagd bij 2.4.b.1

- 7 Tel alle gedwongen opnames tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 . Let op: het gaat hier om het aantal gedwongen opnames en niet het aantal cliënten. Indien een cliënt meerdere malen tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 gedwongen is opgenomen telt deze meerdere keren mee. Wanneer de cliënt ontslagen is geweest uit zorg telt de gedwongen opname één keer.
- 8 Zet dit aantal in noemers 1, 2, en 3.

2.4.a.2 Aantal insluitingen in een separeer- of afzonderingsruimte van cliënten die vrijwillig zijn opgenomen

Exclusiecriteria	- Zorgaanbieders die geen klinische zorg leveren aan cliënten - Zorgaanbieders die geen gebruik maken van de Argus of de Bopzis registratieset
Meetinstrument Informatiebron	Het meetinstrument is de Argus of de Bopzis registratieset. Als informatiebron dient de administratie van de zorgaanbieder
Uitsplitsing naar diagnosegroep	Nee
Teller 1	Het aantal insluitingen in een separeerruimte (met instemming) tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 van cliënten die vrijwillig zijn opgenomen
Noemer 1	Totaal aantal cliënten dat vrijwillig is opgenomen tussen 01/01/2011 en 31/12/2011
Teller 2	Het aantal insluitingen in een afzonderingsruimte (met instemming) tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 van cliënten die vrijwillig zijn opgenomen
Noemer 2	Totaal aantal cliënten dat vrijwillig is opgenomen tussen 01/01/2011 en 31/12/2011
Gemiddelde schaalscore	N.v.t.

De vragenlijst stap voor stap

- 1 Tel het aantal insluitingen in een separeerruimte (met instemming) tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 van cliënten die vrijwillig zijn opgenomen. Elke insluiting van vrijwillig opgenomen cliënten (ongeacht de duur) telt apart mee.
- 2 Zet dit aantal in teller 1.
- 3 Tel het aantal insluitingen in een afzonderingsruimte (met instemming) tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 van cliënten die vrijwillig zijn opgenomen. Elke insluiting van vrijwillig opgenomen cliënten (ongeacht de duur) telt apart mee.
- 4 Zet dit aantal in teller 2.

Let op: Bewaar bovenstaande gegevens. Deze worden nogmaals uitgevraagd bij 2.4.b.2

- 5 Tel alle vrijwillige opnames tussen 01/01/2011 en 31/12/2011. Let op: het gaat hier om het aantal vrijwillige opnames en niet het aantal cliënten. Indien een cliënt meerdere malen tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 gedwongen is opgenomen telt deze meerdere keren mee. Wanneer een cliënt ontslagen is geweest uit zorg telt de vrijwillige opname één keer.
- 6 Zet dit aantal in noemers 1 en 2.

2.4.b.1 Gemiddelde duur van een insluiting en de duur van dwangmedicatie bij cliënten die gedwongen zijn opgenomen

Exclusiecriteria	- Zorgaanbieders die geen klinische zorg leveren aan gedwongen opgenomen cliënten - Zorgaanbieders die geen gebruik maken van de Argus of de Bopzis registratieset
Meetinstrument Informatiebron	Het meetinstrument is de Argus of de Bopzis registratieset. Als informatiebron dient de administratie van de zorgaanbieder
Uitsplitsing naar diagnosegroep	Nee
Teller 1	Het aantal uren insluiting in een separeerruimte tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 van cliënten die gedwongen zijn opgenomen
Noemer 1	Totaal aantal keren dat deze interventie tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 is toegepast bij cliënten die gedwongen zijn opgenomen
Teller 2	Het aantal uren insluiting in een afzonderingsruimte tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 van cliënten die gedwongen zijn opgenomen
Noemer 2	Totaal aantal keren dat deze interventie tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 is toegepast bij cliënten die gedwongen zijn opgenomen
Teller 3	Het aantal dagen dwangmedicatie dat tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 (Bopzis) is toegediend aan cliënten die gedwongen zijn opgenomen
Noemer 3	Totaal aantal keren dat deze interventie tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 is toegepast bij cliënten die gedwongen zijn opgenomen
Gemiddelde schaalscore	N.v.t.

De vragenlijst stap voor stap

- 1 Tel het totaal aantal uren in een separeerruimte tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 van cliënten die gedwongen zijn opgenomen. Elke insluiting ongeacht de duur telt mee.
- 2 Zet dit aantal in teller 1.
- 3 Tel het totaal aantal uren in een afzonderingsruimte tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 van cliënten die gedwongen zijn opgenomen. Elke insluiting ongeacht de duur telt mee.
- 4 Zet dit aantal in teller 2.
- 5 Tel het totaal aantal dagen dwangmedicatie tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 aan cliënten die gedwongen zijn opgenomen (bij medicatie die langer werkt dan een dag inclusief de termijn tot de volgende injectie).
- 6 Zet dit aantal in teller 3.
- 7 De drie noemers 1, 2 en 3 betreffen het aantal insluitingen in een separeerruimte of in een afzonderingsruimte en het aantal malen dwangmedicatie bij cliënten die gedwongen zijn opgenomen. Deze gegevens heeft u berekend voor de tellers 1, 2, en 3 voor de indicator 2.4.a.1. Vul deze gegevens hier in als noemer 1, 2, en 3.

2.4.b.2 Gemiddelde duur van een insluiting in een separeer- of afzonderingsruimte bij cliënten die vrijwillig zijn opgenomen

Exclusiecriteria	- Zorgaanbieders die geen klinische zorg leveren aan cliënten - Zorgaanbieders die geen gebruik maken van de Argus of de Bopzis registratieset
Meetinstrument Informatiebron	Het meetinstrument is de Argus of de Bopzis registratieset. Als informatiebron dient de administratie van de zorgaanbieder
Uitsplitsing naar diagnosegroep	Nee
Teller 1	Het aantal uren insluiting in een separeerruimte (met instemming) tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 van cliënten die vrijwillig zijn opgenomen
Noemer 1	Totaal aantal keren dat deze interventie tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 is toegepast bij cliënten die vrijwillig zijn opgenomen
Teller 2	Het aantal uren insluiting in een afzonderingsruimte (met instemming) tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 van cliënten die vrijwillig zijn opgenomen
Noemer 2	Totaal aantal keren dat deze interventie tussen 01/01/2011 en 31/12/2011 is toegepast bij cliënten die vrijwillig zijn opgenomen
Gemiddelde schaalscore	N.v.t.

2.6 Incidenten cliëntenzorg

Status	Deze indicator is verplicht.
Beschrijving	Deze indicator geeft aan de mate waarin cliënten zich veilig voelen tijdens een behandeling in een kliniek of verblijf in een beschermde woonvorm.
Definities	Langdurend klinisch verblijf: cliënten die zijn opgenomen op langverblijf afdelingen van psychiatrische ziekenhuizen of verpleeghuizen

2.6.a De mate waarin cliënten zich veilig voelen tijdens een behandeling in een kliniek, of verblijf in een beschermde woonvorm

Exclusiecriteria	- Ambulante behandeling - Langdurend klinisch verblijf
Meetinstrument Informatiebron	- CQ Index klinische ggz en vz - CQ Index BW
Uitsplitsing naar diagnosegroep	Nee
Teller	N.v.t.
Noemer	N.v.t.
Gemiddelde schaalscore	CQ Index klinische ggz en vz: • De gemiddelde score op de schaal 'Veiligheid in de groep' CQ Index BW: - De gemiddelde score op de schaal 'Veiligheid'

De vragenlijst stap voor stap

CQ Index klinische ggz en vz:

- 1 Bereken de gemiddelde score op de schaal 'Veiligheid in de groep'. Dit betreft de vragen 36, 37 en 38.
- 2 Vul dit gemiddelde in.

CQ Index BW:

- 1 Bereken de gemiddelde score op de schaal 'Veiligheid'. Dit betreft de vragen 33, 34 en 47.
- 2 Vul dit gemiddelde in.

Thema 3 Clientgerichtheid

3.3 Informed consent

Status	Deze indicator is verplicht. De CQ Index is verplicht voor kortdurende ambulante behandeling (< 2 jaar). Voor andere zorgtypen zijn de instrumenten facultatief.
Beschrijving	Percentage cliënten dat informed consent ervaart, tot uiting komend in: <ul style="list-style-type: none">- een vastgelegd behandelplan/begeleidingsplan.- een vastgelegde toestemming van de cliënt.
Definities	Geen
Exclusiecriteria	Dagactiviteiten
Meetinstrument Informatiebron	<ul style="list-style-type: none">- Ambulante behandeling tot 2 jaar. CQ Index kortdurende ambulante ggz en vz is verplicht over verslagjaar 2010- Klinische behandeling en/of BW/BZW. Het gebruik van de CQ Index klinische zorg, CQ Index Beschermd Wonen en CQ Index Zelfstandig Begeleid Wonen is facultatief over verslagjaar 2011- Overig. GGZ Thermometer Cliëntwaardering of eigen instrument over verslagjaar 2011
Uitsplitsing naar diagnosegroep	Nee
Teller 1	CQ Index Het aantal cliënten dat de vraag: "Heeft u ingestemd met uw behandel- of begeleidingsplan?" met 'ja' heeft beantwoord
Noemer 1	Het aantal cliënten dat de betreffende vraag in de CQ Index heeft beantwoord
Teller 2	GGZ Thermometer Het aantal cliënten dat de vraag: "Heeft u ingestemd met uw behandel- of begeleidingsplan?" met 'ja' heeft beantwoord
Noemer 2	Het aantal cliënten dat de betreffende vraag in de Thermometer heeft beantwoord
Teller 3	Eigen instrument Het aantal cliënten dat met 'ja' heeft geantwoord op een vraag die vergelijkbaar is met de vraag uit de CQ Index en GGZ Thermometer
Noemer 3	Het aantal cliënten dat de betreffende vraag van het eigen instrument heeft beantwoord
Gemiddelde schaalscore	N.v.t.

De vragenlijst stap voor stap

CQ Index:

Gegevens uit de CQ Index voor de kortdurende ambulante ggz en vz worden aangeleverd door een meetbureau en automatisch ingevuld in de digitale vragenlijst. De gegevens van de andere CQ Index versies moeten zelf worden ingevuld.

CQ Index klinische ggz en vz, CQ Index Beschermd Wonen en CQ Index Zelfstandig Begeleid Wonen:

- 5 Tel alle cliënten die de vraag "Heeft u ingestemd met uw behandel- of begeleidingsplan?" hebben beantwoord.
- 6 Zet dit aantal in noemer 1.
- 7 Tel alle cliënten die de vraag "Heeft u ingestemd met uw behandel- of begeleidingsplan?" hebben beantwoord met 'ja'.
- 8 Zet dit aantal in teller 1.

GGZ Thermometer:

- 1 Tel alle cliënten die vraag 6 van de GGZ Thermometer hebben beantwoord.
- 2 Zet dit aantal in noemer 2.
- 3 Tel alle cliënten die vraag 6 met 'ja' hebben beantwoord.
- 4 Zet dit aantal in teller 2.

Eigen meetinstrument:

- 1 Indien u als meetinstrument, aan het begin van de vragenlijst in het scherm Algemeen, 'eigen vragenlijst' heeft aangegeven, dient u de vraag die u gebruikt voor de invulling van deze indicator in deze vragenlijst hier te vermelden (open tekstveld).
- 2 Tel alle cliënten die de betreffende vraag hebben ingevuld.
- 3 Zet dit aantal in noemer 3.
- 4 Tel het aantal cliënten dat de vraag of er ingestemd wordt met het behandel/ begeleidingsplan positief heeft beantwoord.
- 5 Zet dit aantal in teller 3.

3.4 Keuzevrijheid

Status	Deze indicator is verplicht. De CQ Index is verplicht voor kortdurende ambulante behandeling (< 2 jaar). Voor de andere zorgtypen zijn de instrumenten facultatief.
Beschrijving	Deze indicator geeft het percentage cliënten weer dat keuzevrijheid ervaart. Hierbij zijn twee componenten van belang: <ol style="list-style-type: none"> 1 De aangeboden mogelijkheid tot het kiezen van de eigen behandelaar. 2 De aangeboden mogelijkheid tot kiezen uit geboden zorgaanbod.
Definities	Geen
Exclusiecriteria	Deze vraag is niet van toepassing op cliënten die dwangbehandeling ondergaan. Echter, op dit moment kan dit niet uit de respons op de cliëntthermometer worden opgemaakt, waardoor deze groep op dit moment niet is uit te sluiten
Meetinstrument Informatiebron	<ul style="list-style-type: none"> - Ambulante behandeling tot 2 jaar. CQ Index kortdurende ambulante ggz en vz is verplicht - Klinische opname en/of BW/BZ). Het gebruik van de CQ Index klinische ggz en vz, CQ Index Beschermd Wonen en CQ Index Zelfstandig Begeleid Wonen is facultatief over verslagjaar 2011 - Overig. GGZ Thermometer Cliëntwaardering of eigen instrument over verslagjaar 2011
Uitsplitsing naar diagnosegroep	Nee
Teller 1	CQ Index klinische ggz en vz, CQ Index Beschermd Wonen en CQ Index Begeleid Zelfstandig Wonen Het aantal cliënten dat de vraag "Kunt u meebeslissen over uw behandelplan/begeleidingsplan" met 'ja' heeft beantwoord
Noemer 1	Het aantal cliënten dat de betreffende vraag uit de CQ Index heeft beantwoord
Teller 2	GGZ Thermometer Het aantal cliënten dat de vraag "Kon (kunt) u meebeslissen over de behandeling of begeleiding die u zou krijgen (krijgt)?" met 'ja' heeft beantwoord
Noemer 2	Het aantal cliënten dat de betreffende vraag uit de Thermometer heeft beantwoord
Teller 3	Eigen instrument Het aantal cliënten dat een vraag van een gelijke strekking als die in de Thermometer of de CQ Index met 'ja' heeft beantwoord
Noemer 3	Het aantal cliënten dat de betreffende vraag uit het eigen instrument heeft beantwoord
Gemiddelde schaalscore	CQ Index kortdurende ambulante ggz en vz De gemiddelde score op de schaal 'Keuzevrijheid'

De vragenlijst stap voor stap

CQ Index

Gegevens uit de CQ Index voor de kortdurende ambulante ggz en vz worden aangeleverd door een meetbureau en automatisch ingevuld in de digitale vragenlijst. De gegevens van de andere CQ Index versies moeten zelf worden ingevuld.

CQ Index klinische zorg, CQ Index Beschermd Wonen, CQ Index Begeleid Zelfstandig Wonen

- 1 Tel alle cliënten die de vraag "Kunt u meebeslissen over uw behandelplan/begeleidingsplan?" hebben beantwoord.
- 2 Zet dit aantal in noemer 1.
- 3 Tel alle cliënten die de betreffende vraag met 'ja' hebben beantwoord.
- 4 Zet dit aantal in teller 1.

GGZ Thermometer:

- 1 Tel alle cliënten die vraag 4 hebben beantwoord.
- 2 Zet dit aantal in noemer 2.
- 3 Tel alle cliënten die de betreffende vraag met 'ja' hebben beantwoord.
- 4 Zet aantal in teller 2.

Eigen meetinstrument:

- 1 U vult, wanneer u in plaats van de CQ-index of Cliëntthermometer een "eigen instrument" heeft gebruikt, de formulering van de vraagstelling in. Dit kunt u doen in het veld 'formulering van de vraag in uw instrument'.
- 2 Tel alle cliënten die het eigen meetinstrument hebben ingevuld.
- 3 Zet dit aantal in noemer 3.
- 4 Tel alle cliënten die de bovengenoemde vraag positief hebben beantwoord.
- 5 Zet dit aantal in teller 3.

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

Status	Deze indicator is verplicht. De CQ Index is verplicht voor kortdurende ambulante behandeling (< 2 jaar). Voor het overige zijn instrumenten facultatief.
Beschrijving	Het percentage cliënten dat aangeeft dat de behandeling/begeleiding voldoet aan de eigen zorgwensen. Hierbij zijn twee componenten van belang: <ol style="list-style-type: none"> 1 Juiste aanpak van de behandeling/begeleiding voor de klachten van de cliënt. 2 Het naar wens van de cliënt uitvoeren van het behandel- of begeleidingsplan. De vervulling van zorgwensen geeft aan of de geleverde behandeling/begeleiding in de ogen van de cliënt het juiste antwoord is op zijn/haar zorgvraag. Het is een maat voor de ervaren vraaggerichtheid van de zorg.
Definities	Geen
Exclusiecriteria	Cliënten die dwangbehandeling ondergaan. Echter, op dit moment kan dit niet uit de respons op de CQ Index en GGZ Thermometer worden opgemaakt, waardoor deze groep op dit moment niet is uit te sluiten
Meetinstrument Informatiebron	<ul style="list-style-type: none"> - Ambulante behandeling tot 2 jaar. CQ Index kortdurende ambulante ggz en vz is verplicht - Klinische opname en/of BW/BZW. Het gebruik van de CQ Index klinische ggz en vz, CQ Index Beschermd Wonen en CQ Index Zelfstandig Begeleid Wonen is facultatief over verslagjaar 2011 - Overig. GGZ Thermometer of eigen instrument over verslagjaar 2011
Uitsplitsing naar diagnosegroep	Nee
Teller 1	<p>Alle CQI vragenlijsten</p> <p>Het aantal cliënten dat de volgende twee vragen allebei met 'ja' heeft beantwoord:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Wordt het begeleidingsplan naar uw wens uitgevoerd?" - "Is de begeleiding naar uw mening de juiste aanpak voor uw klachten?"
Noemer 1	Het aantal cliënten dat beide vragen van de CQ Index heeft beantwoord
Teller 2	<p>GGZ Thermometer</p> <p>Het aantal cliënten dat de volgende twee vragen allebei met 'ja' heeft beantwoord:</p> <ul style="list-style-type: none"> - "Werd (wordt) het behandel- of begeleidingsplan naar wens uitgevoerd?" - "Vond (vindt) u de behandeling of begeleiding de juiste aanpak voor uw problemen of klachten?" <p>Indien de combinatie van positieve antwoorden niet te berekenen is (geldt voor zorgaanbieders die de GGZ Thermometer hebben uitbesteed en die tabellen met antwoorden per vraag krijgen gerapporteerd), dient u uit te gaan van de vraag met het kleinste aantal positieve antwoorden.</p>
Noemer 2	Het aantal cliënten dat beide vragen van de GGZ Thermometer heeft beantwoord
Teller 3	<p>Eigen meetinstrument:</p> <p>Het aantal cliënten dat twee vragen die corresponderen met de vragen van de CQ Index of GGZ Thermometer allebei met 'ja' heeft beantwoord.</p> <p>Indien de combinatie van positieve antwoorden niet te berekenen is, dient u uit te gaan van het kleinste aantal positieve antwoorden.</p>

Noemer 3	Het aantal cliënten dat beide vragen van het eigen instrument heeft beantwoord
Gemiddelde schaalscore	N.v.t.

De vragenlijst stap voor stap

CQ Index:

Gegevens uit de CQ Index voor de kortdurende ambulante ggz en vz worden aangeleverd door een meetbureau en automatisch ingevuld in de digitale vragenlijst. De gegevens van de andere CQ Index versies moeten zelf worden ingevuld.

Alle versies CQ Index:

- 1 Tel de cliënten die beide vragen hebben ingevuld.
- 2 Zet dit aantal in noemer 1.
- 3 Tel alle cliënten die een positief antwoord hebben gegeven op beide vragen. Let op: Neem een cliënt niet mee als deze één van de vragen negatief heeft beantwoord.
- 4 Zet dit aantal in teller 1.

GGZ Thermometer:

- 1 Tel de cliënten die zowel vraag 11 als vraag 12 hebben ingevuld.
- 2 Zet dit aantal in noemer 2.
- 3 Tel alle cliënten die een positief antwoord heeft gegeven op zowel vraag 11 als vraag 12. Let op: Neem een cliënt niet mee als deze één van de vragen negatief heeft beantwoord.
- 4 Zet dit aantal in teller 2.

Eigen meetinstrument:

- 1 Wanneer u een eigen instrument heeft gebruikt vult u de formulering van de vraagstelling van de betreffende vragen in. Dit kunt u doen in het veld 'formulering van de vraag in uw instrument'.
- 2 Tel het aantal cliënten in dat beide vragen beantwoord heeft.
- 3 Zet dit aantal in noemer 3.
- 4 Tel het aantal cliënten dat beide vragen positief heeft beantwoord. Let op: Neem een cliënt niet mee als deze één van de vragen negatief heeft beantwoord.
- 5 Zet dit aantal in teller 3.

3.6 Evaluatie van behandel- en begeleidingsplannen

Het percentage cliënten dat positief oordeelt over de evaluatie en eventuele bijstelling van het behandel- of begeleidingsplan

Status	Deze indicator is verplicht.
Beschrijving	Deze indicator bestaat uit een onderdeel: 3.6.a Oordeel van de cliënt: Het percentage cliënten dat positief oordeelt over de evaluatie en eventuele bijstelling van het behandel- of begeleidingplan.
Definities	Langdurige zorg: behandeling of begeleiding van mensen die op 31/12/2011 langer dan 365 dagen in zorg zijn, zowel ambulante als klinisch. Als er een periode van meer dan 30 dagen geen zorg is geweest wordt deze cliënt alleen meegeteld als de DBC niet is afgesloten.
Exclusiecriteria	- Klinische en ambulante behandelingen korter dan één jaar - Dagactiviteiten
Meetinstrument Informatiebron	- CQ Index voor kortdurende ambulante ggz en vz is verplicht Facultatieve instrumenten zijn: - CQ Index klinische ggz en vz - CQ Index Beschermd Wonen - CQ Index Begeleid Zelfstandig Wonen
Uitsplitsing naar diagnosegroep	Nee
Teller	Het aantal cliënten dat de vraag: "Is het behandelplan/begeleidingsplan in overleg met u bijgesteld?" heeft beantwoord met 'Ja, korter dan een jaar geleden'
Noemer	Het aantal cliënten dat deze vraag heeft beantwoord
Gemiddelde schaalscore	N.v.t.

De vragenlijst stap voor stap

CQ Index:

Gegevens uit de CQ Index voor de kortdurende ambulante ggz en vz worden aangeleverd door een meetbureau en automatisch ingevuld in de digitale vragenlijst. De gegevens van de andere CQ Index versies moeten zelf worden ingevuld.

CQ Index klinische ggz, CQ Index BW, CQ Index BZW

- 5 Tel de cliënten op die deze vraag hebben beantwoord.
- 6 Zet dit aantal in de noemer.
- 7 Tel alle cliënten die deze vraag met 'ja, korter dan een jaar geleden' hebben beantwoord.
- 8 Zet dit aantal in de teller.

3.7 Continuïteit van zorg: goede samenwerking en afstemming met ketenpartners

Status	Deze indicator is verplicht. De CQ Index is verplicht voor kortdurende ambulante behandeling (< 2 jaar). Voor andere zorgtypen zijn de overige instrumenten facultatief.
Beschrijving	Het percentage cliënten dat een goede afstemming tussen de bij de behandeling/begeleiding betrokken hulpverleners ervaart. Dit betreft: 1 Adequate informatieoverdracht tussen behandelaars 2 Eenduidige behandelafspraken De keten is hier gedefinieerd als de situatie waarin één cliënt behandeling/begeleiding ontvangt van meerdere hulpverleners.
Definities	Geen
Exclusiecriteria	Zorgaanbieders die geen CQ Index gebruiken
Meetinstrument Informatiebron	- CQ Index voor kortdurende ambulante ggz en vz is verplicht Facultatieve instrumenten zijn: - CQ Index klinische ggz en vz - CQ Index Beschermd Wonen - CQ Index Begeleid Zelfstandig Wonen
Uitsplitsing naar diagnosegroep	Nee
Teller	CQ Index klinische ggz en vz Het aantal cliënten dat de vraag "Geven uw verpleegkundige en andere hulpverleners u tegenstrijdige informatie?" met 'nee' heeft beantwoord
Noemer	Het aantal cliënten dat deze vraag heeft beantwoord
Gemiddelde schaalscore	CQ Index Ambulant: De gemiddelde score op de schaal 'Informatie tussen behandelaars' De gemiddelde score op de schaal 'Behandelaars op één lijn' CQ Index BW: De gemiddelde score op de schaal: 'Samenwerking meerdere zorgverleners' CQ Index BZW: De gemiddelde score op de schaal: 'Samenwerking meerdere zorgverleners'

De vragenlijst stap voor stap

CQ Index:

Gegevens uit de CQ Index voor de kortdurende ambulante ggz en vz worden aangeleverd door een meetbureau en automatisch ingevuld in de digitale vragenlijst. De gegevens van de andere CQ Index versies moeten zelf worden ingevuld.

CQ Index klinische ggz en vz:

- 1 Tel het aantal cliënten dat de vraag "Geven uw verpleegkundige en andere hulpverleners u tegenstrijdige informatie? met 'nee' heeft beantwoord (vraag 39)
- 2 Zet dit aantal in de teller.
- 3 Tel het aantal cliënten dat deze vraag heeft beantwoord.
- 4 Zet dit aantal in de noemer.

CQ Index BW:

- 1 Bereken de gemiddelde score op de schaal 'Samenwerking meerdere zorgverleners'. Het betreft de vragen 55, 56 en 57.
- 2 Vul dit gemiddelde in.

CQ Index BZW

- 1 Bereken de gemiddelde score op de schaal 'Samenwerking meerdere zorgverleners'. Het betreft de vragen 41, 42, en 43.
- 2 Vul dit gemiddelde in.

3.9 Woon- en leefomstandigheden: Cliëntoordeel over de woon- en leefomstandigheden in een klinische setting of RIBW-instelling

Status	Deze indicator is verplicht. De meetinstrumenten zijn facultatief. De CQ Index vragenlijsten zijn beschikbaar voor de klinische ggz en vz en het Beschermd Wonen.
Beschrijving	Deze indicator is van toepassing op twee typen cliënten: <ul style="list-style-type: none"> - Cliënten die zijn opgenomen op een afdeling voor klinische ggz of vz. - Cliënten in langdurende zorg die gebruik maken van een woonvoorziening (Beschermd Wonen). Beide groepen cliënten geven een oordeel over hun verblijfs- of woonsituatie.
Definities	Geen
Exclusiecriteria	<ul style="list-style-type: none"> - Ambulante behandeling - Begeleid Zelfstandig Wonen
Meetinstrument Informatiebron	<ul style="list-style-type: none"> - CQ Index klinische ggz en vz - CQ Index Beschermd Wonen - GGZ Thermometer (versie Alliantie RIBW) - Eigen instrument
Uitsplitsing naar diagnosegroep	Nee
Teller 1	GGZ Thermometer (versie Alliantie RIBW): Het aantal cliënten in Beschermd Wonen dat de vraag "Bent u tevreden over uw woonsituatie/woonomstandigheden" met 'ja' heeft beantwoord
Noemer 1	Het aantal cliënten dat de betreffende vraag heeft beantwoord
Teller 2	Eigen instrument: Het aantal cliënten dat een soortgelijke vraag als die in de GGZ Thermometer met 'ja' heeft beantwoord
Noemer 2	Het aantal cliënten dat de betreffende vraag heeft beantwoord
Gemiddelde schaalscore	CQ Index klinische ggz en vz: De gemiddelde score op de schaal 'Kwaliteit opnameafdeling' CQ Index BW: De gemiddelde score op de schaal 'Huisvesting'

De vragenlijst stap voor stap

CQ Index klinische ggz en vz:

- 5 Bereken de gemiddelde score op de schaal 'Kwaliteit opnameafdeling'. Dit betreft de vragen 43, 44, 45, 46 en 47.
- 6 Vul dit gemiddelde in.

CQ Index BW:

- 1 Bereken de gemiddelde score op de schaal 'Huisvesting'. Dit betreft de vragen 42, 43, 44 en 45.
- 2 Vul dit gemiddelde in.

GGZ Thermometer (versie Alliantie RIBW):

- 1 Tel de cliënten die vraag 17 hebben beantwoord.
- 2 Zet dit aantal in noemer 1.
- 3 Tel alle cliënten die een positief antwoord hebben gegeven op vraag 17.
- 4 Zet dit aantal in teller 1.

Eigen meetinstrument:

- 1 Wanneer u een eigen instrument heeft gebruikt vult u de formulering van de vraagstelling in voor vraag 17 van de cliëntthermometer in. Dit kunt u doen in het veld 'formulering van de vraag in uw instrument'.
- 2 Tel het totale aantal cliënten in dat de alternatieve vraag beantwoord heeft.
- 3 Zet dit aantal in noemer 2.
- 4 Tel het aantal cliënten dat de vraag positief heeft beantwoord.
- 5 Zet dit aantal in teller 2.

3.10 Adequate bejegening door de hulpverleners

Status	Deze indicator is verplicht. De CQ Index is verplicht voor kortdurende ambulante behandeling (< 2 jaar). Voor andere zorgtypen zijn de overige CQI instrumenten facultatief.
Beschrijving	Het percentage cliënten dat aangeeft een adequate bejegening door de hulpverleners te ervaren.
Definities	Geen.
Exclusiecriteria	Geen
Meetinstrument	- CQ Index kortdurende ambulante ggz en vz
Informatiebron	- CQ Index klinische ggz - CQ Index BW - CQ Index BZW - GGZ Thermometer - Eigen meetinstrument
Uitsplitsing naar diagnosegroep	Nee
Teller 1	Cliëntthermometer: Het aantal cliënten dat de volgende twee vragen allebei met 'ja' heeft beantwoord: - "Toonde (toont) de hulpverlener voldoende respect voor u?" - "Vond (vindt) u de hulpverlener voldoende geïnteresseerd in u en uw mening?" Indien de combinatie van positieve antwoorden niet te berekenen is (geldt voor zorgaanbieders die de GGZ Thermometer hebben uitbesteed en die tabellen met antwoorden per vraag krijgen gerapporteerd), dient u uit te gaan van de vraag met het kleinste aantal positieve antwoorden.
Noemer 1	Het aantal cliënten dat beide vragen uit de GGZ Thermometer beantwoord heeft
Teller 2	Eigen instrument: Het aantal cliënten dat twee vragen die corresponderen met de vragen van de GGZ Thermometer allebei met 'ja' heeft beantwoord. Indien de combinatie van positieve antwoorden niet te berekenen is, dient u uit te gaan van het kleinste aantal positieve antwoorden.
Noemer 2	Het aantal cliënten dat beide vragen uit het eigen instrument beantwoord heeft
Gemiddelde schaalscore	CQ Index (alle versies): Gemiddelde score op de schaal 'Bejegening'

De vragenlijst stap voor stap

CQ Index:

Gegevens uit de CQ Index voor de kortdurende ambulante ggz en vz worden aangeleverd door een meetbureau en automatisch ingevuld in de digitale vragenlijst. De gegevens van de andere CQ Index versies moeten zelf worden ingevuld.

CQ Index klinische ggz en vz:

- 1 Bereken de gemiddelde score van de schaal 'Bejegening'. Dit betreft de vragen 18, 27, 28, 29, 30, 31 en 54.
- 2 Vul dit gemiddelde in.

CQ Index BW:

- 1 Bereken de gemiddelde score van de schaal 'Bejegening'. Dit betreft de vragen 18, 27, 28, 29, 30 en 31.
- 2 Vul dit gemiddelde in.

CQ Index BZW:

- 1 Bereken de gemiddelde score van de schaal 'Bejegening'. Dit betreft de vragen 13, 25, 26, 27, 28 en 29.
- 2 Vul dit gemiddelde in.

GGZ Thermometer:

- 1 Tel alle cliënten op die zowel vraag 9 als vraag 10 beantwoord hebben.
- 2 Zet dit aantal in noemer 1.
- 3 Tel het aantal cliënten op dat zowel vraag 9 als 10 positief heeft beantwoord.
Let op: Neem een cliënt niet mee als deze één van de vragen negatief heeft beantwoord.
- 4 Zet dit aantal in teller 1.

Eigen meetinstrument:

- 1 Wanneer u een eigen instrument heeft gebruikt vult u de formulering van de vraagstelling voor vragen 9 en 10 van de cliëntthermometer in. Dit kunt u doen in het veld 'formulering van de vraag in uw instrument'.
- 2 Tel het aantal cliënten op dat een antwoord heeft gegeven op beide alternatieve vragen in het eigen meetinstrument.
- 3 Zet dit aantal in noemer 2.
- 5 Tel het aantal cliënten op dat een positief antwoord heeft gegeven op beide alternatieve vragen in het eigen meetinstrument. **Let op:** Neem een cliënt niet mee als deze één van de vragen negatief heeft beantwoord.
- 4 Zet dit aantal in teller 2.

3.11 Adequate informatieverstrekking door de hulpverlener

Status	Deze indicator is verplicht. De CQ Index is verplicht voor kortdurende ambulante behandeling (< 2 jaar). Voor andere zorgtypen zijn de overige instrumenten facultatief.
Beschrijving	Het percentage cliënten dat aangeeft een adequate informatieverstrekking door hulpverleners te ervaren. Hierbij dient er voldoende informatie beschikbaar te zijn over: <ol style="list-style-type: none"> 1 Behandel- en begeleidingsmogelijkheden 2 Aanpak van behandeling of begeleiding 3 Te verwachten resultaat van de behandeling of begeleiding
Definities	Geen.
Exclusiecriteria	Geen
Meetinstrument	- CQ Index voor kortdurende ambulante ggz en vz is verplicht
Informatiebron	Facultatieve instrumenten zijn: <ul style="list-style-type: none"> - CQ Index klinische ggz - CQ Index BW - CQ Index BZW - GGZ Thermometer - Eigen meetinstrument
Uitsplitsing naar diagnosegroep	Nee
Teller 1	Cliëntthermometer: Het aantal cliënten dat de volgende drie vragen alle drie met 'ja' heeft beantwoord: <ul style="list-style-type: none"> - "Heeft u voldoende informatie gekregen over de behandel- en begeleidingsmogelijkheden van de instelling?" - "Heeft u voldoende informatie gekregen over de aanpak van uw behandeling of begeleiding?" - "Heeft u voldoende informatie gekregen over het te verwachten resultaat van uw behandeling of begeleiding?" Alle drie vragen moeten met 'ja' beantwoord zijn door één cliënt om mee te tellen voor deze indicator. Indien de combinatie van positieve antwoorden niet te berekenen is (geldt voor zorgaanbieders die de GGZ Thermometer hebben uitbesteed en die tabellen met antwoorden per vraag krijgen gerapporteerd), dient u uit te gaan van de vraag met het kleinste aantal positieve antwoorden.
Noemer 1	Het aantal cliënten dat de desbetreffende vragen uit de GGZ Thermometer heeft beantwoord
Teller 2	Eigen meetinstrument: Het aantal cliënten dat drie vragen die corresponderen met de vragen van de GGZ Thermometer alle drie met 'ja' heeft beantwoord. Indien de combinatie van positieve antwoorden niet te berekenen is, dient u uit te gaan van het kleinste aantal positieve antwoorden
Noemer 2	Het aantal cliënten dat de desbetreffende vragen uit het eigen instrument heeft beantwoord

Gemiddelde schaalscore**CQ Index kortdurende ambulante ggz en vz**

Gemiddelde score op de schaal 'Informatie over de behandeling'

CQ Index klinisch:

Gemiddelde score op de schaal 'Informatie over de behandeling'

CQ Index BW:

Gemiddelde score op de schaal 'Informatie over de begeleiding'

CQ Index BZW:

Gemiddelde score op de schaal 'Informatie over de begeleiding'

De vragenlijst stap voor stap

CQ Index:

Gegevens uit de CQ Index voor de kortdurende ambulante ggz en vz worden aangeleverd door een meetbureau en automatisch ingevuld in de digitale vragenlijst. De gegevens van de andere CQ Index versies moeten zelf worden ingevuld.

CQ Index klinische ggz en vz, CQ Index BW, CQ Index BZW:

- 3 Bereken de gemiddelde score van de schaal 'Informatie over de behandeling/begeleiding'.
- 4 Vul dit gemiddelde in.

GGZ Thermometer:

- 1 Tel alle cliënten die vragen 1,2 en 3 beantwoord hebben.
- 2 Zet dit aantal in noemer 1.
- 3 Tel alle cliënten die zowel vraag 1, 2 als 3 positief hebben beantwoord. Let op: Neem de cliënt niet mee als deze één van de drie vragen negatief heeft beantwoord.
- 4 Zet dit aantal in teller 1.

Eigen meetinstrument:

- 1 Wanneer u een eigen instrument heeft gebruikt vult u de formulering van de vraagstelling in voor vragen 1, 2 en 3 van de cliëntthermometer. Dit kunt u doen in het veld 'formulering van de vraag in uw instrument'.
- 2 Tel alle cliënten die alle drie de alternatieve vragen hebben beantwoord.
- 3 Zet dit aantal in noemer 2.
- 4 Tel alle cliënten die een positief antwoord hebben gegeven op alle drie de alternatieve vragen in het eigen meetinstrument. Let op: Neem de cliënt niet mee als deze één van de drie vragen negatief heeft beantwoord.
- 5 Zet dit aantal in teller 2.