



Zorginhoudelijke Indicatoren (ZI)
Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg

SGLVG met behandeling
Verslagjaar 2010

Inleiding

Het kwaliteitskader Gehandicaptenzorg en de Stuurgroep Kwaliteitskader Gehandicaptenzorg is een samenwerkingsverband tussen de volgende partijen:

- Chronisch zieken en gehandicaptenraad (CG-raad)
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ),
- LSR landelijk steunpunt medezeggenschap,
- Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO)
- Nederlands Instituut van Psychologen (NIP)
- Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG),
- Platform VG
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN),
- Nederlandse vereniging van verpleegkundigen en verzorgenden (V&VN)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)

Achtergrond

De set voor de groep SGLVG met behandeling is gebaseerd op de set die ontwikkeld is onder verantwoordelijkheid van de Stuurgroep Zichtbare Zorg GGZ. Het gaat om de set voor de subsector "Forensische Psychiatrie".

In 2009 hebben verschillende testen plaatsgevonden om de toepasbaarheid van ontwikkelde prestatie-indicatorenset FZ op de doelgroep SGLVG te bekijken.

Zorginhoudelijke indicatoren

De zorginhoudelijke indicatorenset is het resultaat van deze focusgroep bijeenkomst in 2009, waarna in 2010 een revisie heeft plaatsgevonden op basis van input van vertegenwoordigers van De Borg.

Vanaf 1 februari 2011 hebben de BORG instellingen de mogelijkheid om gegevens aan te leveren via het ZiZo-portaal. Daarbij is deze werkinstructie bedoeld om gebruikers te ondersteunen bij het vinden en aanleveren van de juiste gegevens.

Afbakening meting

Voor de aanlevering van gegevens is het belangrijk om te weten welke indicatoren over welke periode en voor welke cliënten aangeleverd moeten worden. Hieronder is dit toegelicht.

Status:

Alle indicatoren in de set zijn vanaf verslagjaar 2010 verplicht. De registratie over verslagjaar 2010 loopt mee met de termijn van de GGZ instellingen.

Periode:

De gegevens dienen aangeleverd te worden over het gehele verslagjaar 2010, van 1 januari tot en met 31 december, tenzij anders aangegeven

Scope

De gegevens dienen aangeleverd te worden voor alle cliënten met behandeling in een behandelcentra. Het gaat dan om cliënten met een ZZP1 SGLVG-indicatie en cliënten die op basis van een strafrechtelijke titel behandeling ontvang.

Iedere zorgaanbieder levert alleen de gegevens aan van alle cliënten met strafrechtelijke titel waarvoor zij verantwoordelijk is, ook indien de cliënten in behandeling zijn bij derden. Dit is de scope van deze set.

Zorginhoudelijke indicatoren SGLVG

1. Domein: Effectiviteit (5 indicatoren)

| Domein 1 Indicator 1 | Ernst van de problematiek |
|-------------------------|---|
| Belang | Verandering van de ernst van de problematiek is de centrale maat voor het effect van de behandeling. Zowel de hulpverlener als de cliënt heeft hierover een oordeel. Bij voorkeur komen deze beide oordelen overeen. Voor het in kaart brengen van deze indicator vanuit het hulpverlenersperspectief wordt standaard de ABCL DROS en MOAS+ gebruikt. De ABCL is gevalideerd voor de SGLVG doelgroep in onderzoek uitgevoerd bij Borginstellingen onder leiding van Prof. Dr. J.Koot, Vrije Universiteit Amsterdam De DROS wordt momenteel onderzocht onder leiding van Prof. Dr. R. Didden (Radboud universiteit Nijmegen) en Dr. K. Drieschner,. De eerste resultaten zijn veelbelovend. Naar de kwaliteit van de MOAS zijn een aantal kleine studies verricht. |
| Beschrijving | a) Het percentage cliënten waarbij tijdens de behandeling op systematische wijze de verandering van de ernst van de problematiek in kaart is gebracht; b) De instrumenten die gebruikt worden; c) De verandering in de ernst van de problematiek. |
| Meetinstrument | ABCL, DROS, MOAS + |
| Informatiebron | Administratie zorgaanbieder |
| Exclusiecriteria | Instellingen die alleen dagactiviteiten leveren (zonder verblijfscomponent). Begeleid wonen of beschermd zelfstandig wonen. Cliënten die minder dan een jaar in behandeling zijn (geweest) ¹ . |
| Zorgtypen | Klinische (forensische) behandeling SGLVG |

| | |
|----------------|---|
| 1.1a | <i>Het aantal cliënten waarbij op systematische wijze de verandering de ernst van de problematiek gemeten is</i> |
| Teller: | Het aantal cliënten waarbij op systematische wijze de verandering in ernst van de problematiek is gemeten. |
| Noemer | Het totaal aantal cliënten dat op enig moment gedurende het gehele verslagjaar in behandeling was. |
| Type indicator | Uitkomst. |
| Best practice | Nog te bepalen. Het streven is dat zowel de cliënt als de hulpverlener een positief oordeel heeft over de verandering van de ernst van de problematiek. |

| | |
|--------------|--|
| 1.1b | <i>Gebruikte instrumenten</i> |
| Omschrijving | Welke instrumenten gebruikt u voor het meten van de verandering van de ernst van de symptomen ² Het gaat om de instrumenten ABCL, DROS en MOAS+ zoals deze reeds door de Borginstellingen worden gebruikt ³ . |

¹ Dit criterium is onderwerp van evaluatie

² Zodra er één gevalideerd meetinstrument beschikbaar is komt deze indicator te vervallen.

| | |
|----------------|---|
| Type indicator | Structuur. |
| 1.1c | <i>Verandering in ernst problematiek</i> |
| Teller | <ol style="list-style-type: none"> 1. Het aantal cliënten waarbij in het verslagjaar verbetering van de klachten is vastgesteld. 2. Het aantal cliënten waarbij in het verslagjaar stabilisatie van de klachten is vastgesteld. |
| Noemer | Het totaal aantal cliënten waarbij twee of meer metingen hebben plaatsgevonden |
| Type indicator | Uitkomst |
| Best practice | Nog te bepalen. Het streven is dat zowel de cliënt als de hulpverlener een positief oordeel heeft over de verandering van de ernst van de problematiek. |

| | |
|---------------------------------|--|
| Domein 1 Indicator 2 | Afname delict risico <i>Deze indicator is van toepassing op justitiële cliënten</i> |
| Onderbouwing | <p>Binnen de forensische psychiatrie is het belangrijk een inschatting te maken van het delict risico. Er wordt over 'delict risico' en niet over 'delictgevaarlijk' gesproken omdat het risico van gewelddadigheid contextueel is (afhankelijk van situaties en omstandigheden), dynamisch en op een continue schaal ligt met verschillende niveaus van waarschijnlijkheid van optreden (Lodewijks en Ruiter 2003⁴). De inschatting wordt gedaan aan de hand van een gestructureerde risicotaxatie.</p> <p>Risicotaxatie betreft de kans dat een delict zal optreden; de aard, frequentie en ernst van het delict; het meest waarschijnlijke slachtoffer; risicoverhogende en -verlagende factoren (Hildebrand, De Ruiter, Van Beek, 2001⁵). Risicotaxatie vindt plaats via een gestructureerde klinische beslissing, dat wil zeggen een combinatie van risicotaxatie op grond van een bij voorkeur gevalideerd meetinstrument en het gezamenlijke klinische oordeel van hulpverleners.</p> <p>Als het risico goed wordt getaxeerd, kunnen verlof- of verlengingsadviezen beter worden gefundeerd en kan beter worden bepaald welk niveau van toezicht en beveiliging noodzakelijk is. Daarnaast biedt risicotaxatie aanknopingspunten voor behandeling die erop gericht is risicofactoren te verminderen (VWS 2005⁶).</p> |
| Beschrijving | <p>Deze indicator bestaat uit 3 onderdelen:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Het percentage cliënten waarbij tijdens de behandeling op systematische wijze de verandering van delict risico in kaart is gebracht; b) De instrumenten die gebruikt worden; c) Het percentage cliënten waarbij het delict risico tussen voor- en nameting is afgenomen of gestabiliseerd. |
| Meetinstrument | De voorkeur gaat uit naar gebruik van HKT-30, onderdeel KT-19. |
| Exclusie | Niet forensische gehandicaptenzorg |

³ Volgens prof. Dr. R. Didden

⁴ Lodewijks, H.P.B., Ruiter, C. de, & Doreleijers, Th.A.H. (2003). Risicotaxatie en risicohantering van gewelddadig gedrag bij adolescenten. Tijdschrift voor Directieve Therapie, 1, 25-42.

⁵ Hildebrand, M., De Ruiter, C., & Van Beek, D.J. (2001). SVR-20. Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag. Utrecht: Forum Educatief.

⁶ http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_class/br_ggzmz_forensisch.html

| | |
|----------------|--|
| 1.2a | <i>Het op systematische wijze meten van de verandering van het delict risico bij cliënten</i> |
| Teller: | Het aantal cliënten waarbij op systematische wijze de verandering in delict risico gemeten is. |
| Noemer | Het totaal aantal cliënten dat op enig moment gedurende het gehele verslagjaar in behandeling was. |
| Type indicator | Proces. |

| | |
|----------------|---|
| 1.2c | <i>Afname delict risico</i> |
| Teller: | Het totaal aantal cliënten waarbij verbetering is gemeten. Stabilisatie wordt niet actief meegenomen. |
| Noemer | Het totaal aantal cliënten dat op enig moment gedurende het gehele verslagjaar in behandeling was en waarbij op systematische wijze de verandering in delict risico gemeten is. |
| Type indicator | Uitkomst |

| | |
|---------------------------------|---|
| Domein 1 Indicator 3 | Recidive tijdens de strafrechtelijke titel <i>Deze indicator is van toepassing op justitiële cliënten</i> |
| Onderbouwing | <p>De (psychiatrische) behandeling van cliënten binnen een strafrechtelijk kader heeft tot doel de kans op herhaling van het delict tot een aanvaardbaar risico te verminderen. De kwaliteit van de forensische behandeling wordt daarom mede bepaald door het aantal delicten tijdens de uitvoering van de strafrechtelijke maatregel.</p> <p>Bij deze indicator gaat het om recidive gebaseerd op het aantal processen verbaal tijdens de klinische opname.</p> <p>Binnen de PPC's en FPC's worden het aantal opgemaakte processen verbaal al enkele jaren als maat voor recidive gebruikt. De reden voor deze operationalisering is dat cliënten die in een dergelijke setting verblijven vaak niet vervolgd worden vanwege hun opname/detentie. Om deze reden is ervoor gekozen bij klinische settings het proces verbaal als uitkomstmaat voor recidive te hanteren.</p> <p>Bij deze indicator wordt in kaart gebracht of er sprake is van speciale en ernstige recidive. Speciale recidive is een nieuw justitiecontact naar aanleiding van hetzelfde soort misdrijf als in de uitgangszaak (bijv. vermogen, zeden, geweld). Ernstige recidive is een nieuw justitiecontact naar aanleiding van een misdrijf met een wettelijke strafdreiging van minstens vier jaar.</p> |
| Beschrijving | <p>a) Het percentage opgemaakt processen verbaal ten aanzien van gelijkwaardige delicten of delicten met een wettelijke strafdreiging van minstens vier jaar (klinische setting).</p> <p>b) Het percentage veroordelingen ten aanzien van gelijkwaardige delicten of delicten met een wettelijke strafdreiging van minstens vier jaar (ambulante setting).</p> |
| Meetinstrument | N.v.t. |
| Informatiebron | Administratie zorgaanbieder |
| Teller | Het aantal opgemaakte processen verbaal voor minimaal gelijkwaardige delicten of delicten met een wettelijke strafdreiging van minstens vier jaar voor de klinische setting. |
| Noemer | Het totaal aantal cliënten dat op enig moment gedurende het verslagjaar in de |

| | |
|----------------|--|
| | klinische setting opgenomen was. |
| Exclusie | Cliënten die in preventieve hechtenis zitten |
| Type indicator | Uitkomst |

| | |
|---------------------------------|---|
| Domein 1 Indicator 4 | Drop-out |
| Onderbouwing | Deze indicator geldt voor alle voorwaardelijke sancties. Wanneer een (forensische) cliënt de behandeling eenzijdig beëindigt, onttrekt deze zich daarmee aan de behandeling en aan de voorwaarden die in het vonnis gesteld zijn. Het terugvalrisico wordt hierdoor verhoogd. Het aantal eenzijdige onttrekkingen kan worden afgezet tegen het aantal cliënten dat op enig moment in het verslagjaar in behandeling was of tegen het aantal ontslagen in het verslagjaar. De indicator geeft beide percentages weer. |
| Beschrijving | Het percentage cliënten dat hun behandeling tijdens de duur eenzijdig (tegen het advies van de behandelaar) beëindigd heeft gedurende het verslagjaar. |
| Meetinstrument | Niet van toepassing |
| Informatiebron | Administratie van zorgaanbieder |
| Teller | Aantal cliënten waarbij de behandeling gedurende het verslagjaar is afgesloten met als opgegeven reden van afsluiting 'eenzijdige beëindiging door cliënt'. |
| Noemer | <ol style="list-style-type: none"> 1. Het totaal aantal cliënten dat op enig moment gedurende het verslagjaar in behandeling was. 2. Het totaal aantal cliënten waarbij de behandeling gedurende het verslagjaar is afgesloten. |
| Type indicator | Uitkomst (het in zorg houden van cliënten is een belangrijk resultaat van de zorg) |

| | |
|---------------------------------|---|
| Domein 1 Indicator 5 | Evaluatie en bijstellingbehandelplan |
| Onderbouwing | Aangezien de gezondheidstoestand van een cliënt kan veranderen, is evaluatie en bijstelling van het behandelplan noodzakelijk. Als dit niet gebeurt, is er een verhoogd risico op onvoldoende of inadequate behandeling. |
| Beschrijving | Het percentage behandelplannen van cliënten in langdurige behandeling dat minder dan één jaar oud is. |
| Meetinstrument | Niet van toepassing |
| Informatiebron | Administratie van zorgaanbieder |
| Teller | Totaal aantal cliënten dat: <ol style="list-style-type: none"> 1. Op peildatum 31 december van het verslagjaar meer dan één jaar behandeling is geweest; 2. Een behandelplan heeft, waarvan de behandeldoelen niet langer dan één jaar geleden aantoonbaar zijn bijgesteld. |
| Noemer | Totaal aantal cliënten dat op peildatum 31 december van het verslagjaar meer dan één jaar in behandeling is geweest. |
| Exclusie | Cliënten die minder dan een jaar in behandeling zijn (geweest). |
| Type indicator | Proces |
| Best practice | De norm is 100%. Het evalueren en bijstellen van de behandeling- of begeleidingsplannen is wettelijk verplicht |

2. Domein: Veiligheid (3 indicatoren)

| | |
|---------------------------------|---|
| Domein 2 Indicator 1 | <i>Medicatieveiligheid</i> |
| Onderbouwing | Bij het voorschrijven van medicatie is het belangrijk dat er geen gevaarlijke combinaties ontstaan en dat geneesmiddelen in de juiste dosering worden voorgeschreven. Een medicatiebewakingssysteem geeft aan wanneer gevaarlijke doseringen en/of combinaties van medicijnen worden voorgeschreven. Deze waarschuwingen helpen bij het verminderen van risicovolle situaties zoals polifarmacie en combinaties van twee of meer antipsychotica. Het uitgangspunt is dat psychofarmaca altijd door een psychiater wordt voorgeschreven. |
| Beschrijving | Deze indicator bestaat uit drie onderdelen: a) Type medicatiebewakingssysteem; b) Polifarmacie bij cliënten in behandeling; c) Combinatie van twee of meer antipsychotica bij cliënten in behandeling. |
| Meetinstrument | Niet van toepassing |
| Informatiebron | Administratie van zorgaanbieder |
| Exclusie | Niet van toepassing |

| | |
|----------------|---|
| 2.1.a | <i>Type medicatiebewakingssysteem</i> |
| | Over welk type medicatiebewakingssysteem beschikt de instelling: a) Elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) b) Niet-EVS (wel geautomatiseerd bewakingssysteem) c) Niet geautomatiseerd bewakingssysteem d) Geen bewakingssysteem Indien optie b of c van toepassing is: welk bewakingssysteem wordt door de instelling gebruikt? _____ |
| Type indicator | Structuur |
| Best practice | Elektronisch voorschrijfsysteem. |

| | |
|----------------|--|
| 2.1.b | <i>Polifarmacie bij cliënten in behandeling</i> |
| Teller | Aantal cliënten dat gedurende het verslagjaar op enig moment meer dan 4 soorten psychofarmaca voorgeschreven heeft gekregen. |
| Noemer | Het totaal aantal cliënten dat gedurende het verslagjaar in behandeling was. |
| Type indicator | Proces |
| Best practice | Elektronisch voorschrijfsysteem. |

| | |
|----------------|--|
| 2.1.c | <i>Combinatie van twee of meer antipsychotica bij cliënten in behandeling</i> |
| Teller | Aantal cliënten dat in het verslagjaar gedurende drie maanden of langer gelijktijdig twee of meer antipsychotica heeft gebruikt. |
| Noemer | Totaal aantal cliënten dat gedurende het verslagjaar één of meer antipsychotica heeft gebruikt. |
| Type indicator | Proces |

| | |
|---------------------------------|---|
| Domein 2 Indicator 2 | <i>Separatie</i> |
| Onderbouwing | <p>Tijdens een behandeling komt het voor dat bij cliënten separatie wordt toegepast. Deze interventie wordt ingezet wanneer cliënten dusdanig ontregeld zijn dat zij een gevaar voor zichzelf en hun omgeving vormen.</p> <p>Er is sprake van separatie indien de cliënt is een daartoe bestemde ruimte, een separeerruimte wordt afgezonderd.</p> <p>De mate waarin separatie wordt toegepast, geeft een indicatie van de kwaliteit van een behandeling. Het geeft immers aan hoe vaak er sprake is van een ontregelde cliënt. Deze indicator geeft daarom een totaalbeeld van het klimaat binnen een instelling.</p> <p>Separeren wordt ook gebruikt als time-out functie, dit betekent dat de duur van de separatie goed geregistreerd moet worden om het verschil te kunnen zien.</p> |
| Beschrijving | <p>Deze indicator bestaat uit twee onderdelen:</p> <p>a) Het percentage insluitingen in een separeerruimte;</p> <p>b) De gemiddelde duur van insluitingen in een separeerruimte.</p> <p>Let op de verdeling tussen kortdurende separaties en de langdurige separaties.</p> |
| Meetinstrument | <p>Argus</p> <p>Bij gebruik van Argus zijn alle gegevens automatisch beschikbaar. Bij geen gebruik van Argus is het aantal separaties + het aantal cliënten dat gesepareerd is centraal beschikbaar, de duur moet hieraan mogelijk worden toegevoegd.</p> |
| Informatiebron | Administratie van zorgaanbieder |

| | |
|----------------|--|
| 2.2.a | <i>Percentage separaties</i> |
| Teller | Het totaal aantal separaties in een separeerruimte dat gedurende het verslagjaar is toegepast. |
| Noemer | <p>a) Het totaal aantal cliënten dat op enig moment gedurende het verslagjaar in behandeling was.</p> <p>b) Het totaal aantal cliënten dat gedurende het verslagjaar één of meerdere malen is gesepareerd in een separeerruimte.</p> |
| Exclusie | Zorgaanbieders die geen klinische zorg leveren |
| Type indicator | Uitkomst. |

| | |
|----------------|---|
| 2.2.b | <i>Duur van de separatie</i> |
| Teller | De totale duur in uren van de separatie(s) in separeerruimte(n) gedurende het verslagjaar. |
| Noemer | Het totaal aantal separaties in separeerruimte(n) dat gedurende het verslagjaar is toegepast. |
| Exclusie | Zorgaanbieders die geen klinische zorg leveren |
| Type indicator | Uitkomst. |

| | |
|---------------------------------|--|
| Domein 2 Indicator 3 | <i>Somatische screening</i> |
| Onderbouwing | <p>Uit de nota 'Kwaliteitsnormen in de somatische zorg in de GGZ' (2004) blijkt dat er duidelijke tekortkomingen op het gebied van de somatische zorg zijn. De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor de fysieke gezondheid van langdurig opgenomen cliënten omdat deze geen eigen huisarts hebben. Bij veel psychiatrische stoornissen komen al dan niet opgemerkt (co-morbide) somatische afwijkingen of stoornissen voor. Het is van belang dat co-</p> |

| | |
|----------------|---|
| | morbiditeit tijdig gesignaleerd wordt. Daarom is het belangrijk dat bij aanvang van de behandeling bij alle cliënten in klinische behandeling en langdurige behandeling in samenhang met de behandeling een somatische screening plaatsvindt. |
| Definitie | Onder somatische screening wordt verstaan: Lichamelijk onderzoek door en/of onder verantwoordelijkheid van een daartoe bevoegd arts. Het lichamelijk onderzoek zal zich toespitsen op de somatische aandoeningen waarvan wetenschappelijk is aangetoond dat zij regelmatig voorkomen in combinatie met de stoornis en verstandelijke beperking van de cliënt. |
| Beschrijving | Deze indicator bestaat uit drie onderdelen: a) Het percentage cliënten dat bij aanvang van de opname binnen één maand aantoonbaar somatisch gescreend wordt volgens een vastgelegde procedure; b) Het percentage langdurig opgenomen cliënten dat jaarlijks aantoonbaar somatisch gescreend wordt volgens een vastgelegde procedure; |
| Meetinstrument | Indien de gegevens niet beschikbaar zijn in de administratie van de zorgaanbieder, dient dossieronderzoek gedaan te worden op basis van een door de Stuurgroep Zichtbare Zorg GZ gedefinieerde aselechte steekproef. De automatische beschikbaarheid van deze gegevens is niet altijd evident. In die gevallen mag ervan uitgegaan worden dat een arts voor verstandelijk gehandicapten die bij de behandeling van cliënt betrokken is, over deze gegevens zou moeten kunnen beschikken. |
| Informatiebron | Administratie zorgaanbieder / medische dossiers. |

| | |
|----------------|---|
| 2.3.a | <i>Somatische screening bij aanvang van opname</i> |
| Teller | Administratie zorgaanbieder: Het aantal klinische cliënten dat in het verslagjaar bij aanvang van de opname binnen één maand aantoonbaar somatisch gescreend is volgens een vastgelegde procedure. Steekproef (zie werkinstructie per indicator): Het aantal dossiers waarin het resultaat van een somatische screening bij aanvang van de opname binnen één maand schriftelijk is vastgelegd. |
| Noemer | Administratie zorgaanbieder: Het totaal aantal klinische cliënten dat gedurende het verslagjaar (nieuw) opgenomen werd binnen uw instelling. Steekproef (zie werkinstructie per indicator): Het totaal aantal dossiers (N= 25) dat is onderzocht |
| Exclusie | Ambulante forensische behandeling of begeleiding. |
| Type indicator | Proces |
| Best practice | 100% |

| | |
|----------------|--|
| 2.3.b | <i>Jaarlijkse somatische screening bij langdurige opname</i> |
| Teller | <p>Administratie zorgaanbieder: Het totaal klinische aantal cliënten dat voldoet aan volgende criteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> c) Op enig moment gedurende het verslagjaar in behandeling; d) Langer dan één jaar opgenomen; e) Niet langer dan één jaar geleden aantoonbaar somatisch gescreend volgens een vastgelegde procedure. <p>Steekproef (zie werkinstructie per indicator): Het aantal dossiers van cliënten waarin het resultaat van een somatische screening, die niet langer dan één jaar geleden is uitgevoerd, schriftelijk is vastgelegd.</p> |
| Noemer | <p>Administratie zorgaanbieder: Het totaal aantal klinische cliënten dat op enig moment gedurende het verslagjaar in behandeling was en langer dan een jaar opgenomen waren.</p> <p>Steekproef (zie werkinstructie per indicator): Het totaal aantal dossiers (N= 25) dat is onderzocht.</p> |
| Type indicator | Proces |
| Best practice | 100% |

| | |
|---------------------------------|--|
| Domein 2 Indicator 4 | <i>Geweldsincidenten</i> |
| Onderbouwing | <p>Geweldsincidenten in de behandelsetting dienen zoveel mogelijk vermeden te worden.</p> <p>Een effectieve behandeling van agressieve cliënten draagt bij aan het verminderen van geweldsincidenten. Het voorkomen van geweldsincidenten wordt onder andere bepaald door de mate waarin de zorgaanbieder in staat is effectief te behandelen (Hornsveld & Lammers, 2000)⁷.</p> <p>Grofweg kunnen drie belangrijke typen geweldsincidenten in de (forensische) zorg worden onderscheiden:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Geweldsincidenten onderling; b) Geweldsincidenten tegen medewerkers; c) Automutilatie. <p>Indien zich een geweldsincident voordoet, wordt dit verplicht geregistreerd in de instelling. Het voorkomen van geweldsincidenten, gemeten op basis van deze bestaande registratie, zegt dus niet alleen iets over de kwaliteit van de behandeling, maar tegelijkertijd over de kwaliteit van het systeem van melden en het geven van follow-up aan deze meldingen.</p> <p>Het is belangrijk om op te merken dat de uitkomst van deze indicator 'an sich' niets zegt over de kwaliteit van zorg. Het volgen van de uitkomsten van deze indicator over de tijd heen geeft echter wel nuttige informatie. Op die manier wordt zichtbaar wat de verandering is in het % geweldsincidenten binnen een instelling en hoe deze verandering zich verhoudt ten opzichte van andere instellingen. Uitbijters kunnen vervolgens een indicatie geven voor nader</p> |

⁷Hornsveld & Lammers, 2000.

| | |
|----------------|--|
| | onderzoek. |
| Definitie | De definitie van agressie is: elk verbaal, non-verbaal of fysiek gedrag dat dreigend is of daadwerkelijk fysieke schade aanricht aan de cliënt zelf, anderen of objecten. ⁸ |
| Beschrijving | Het percentage geweldsincidenten: a) Onderling; b) Tegen medewerkers; c) Tegen zichzelf gericht. Vooraf onderdeel 3, geweld tegen zichzelf gericht is relevant voor deze doelgroep. |
| Meetinstrument | Het registreren van wel/niet incidenten maakt standaard onderdeel uit van de werkwijze, inclusief verbale incidenten. Ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek wordt de MOAS+ gebruikt. Daarnaast ook wel de SOAS-R. |
| Informatiebron | Bestaande registratie van geweldsincidenten in de instelling. |
| Teller | De som van het aantal geweldsincidenten gedurende het verslagjaar gemeten zoals geregistreerd in de MOAS: a) Onderling; b) Tegen medewerkers; c) Tegen zichzelf gericht. |
| Noemer | 1) Het aantal cliënten dat op enig moment gedurende het verslagjaar in behandeling was. 2) Het aantal cliënten dat gedurende het verslagjaar één of meerdere geweldsincidenten heeft gepleegd. |
| Exclusie | Verbale incidenten en agressie gericht op objecten |
| Type indicator | Uitkomst |

3. Domein: Cliëntgerichtheid (2 indicatoren)

| | |
|---------------------------------|---|
| Domein 3 Indicator 1 | <i>Wachttijd tot start behandeling</i> |
| Onderbouwing | De tijd die de cliënt moet wachten vanaf het moment dat door de kliniek besloten is de cliënt voor behandeling op te nemen tot het moment dat hij feitelijk wordt opgenomen, dient zo kort mogelijk te zijn teneinde verergering van de stoornis te voorkomen en de kans op risicovol (delict)gedrag te verkleinen. |
| Beschrijving | Gemiddelde wachttijd in dagen tussen datum besluit tot opname en de start van de klinische (forensische) behandeling. |
| Meetinstrument | Administratie Zorgaanbieder |
| Informatiebron | Binnen de administratie worden verschillende wachttijden geregistreerd waaronder de datum van opname in de kliniek. |
| Teller | Totale wachttijd in dagen tussen het besluit tot opname en de start van de behandeling in de kliniek van alle cliënten. |
| Noemer | Het totaal aantal cliënten dat gedurende het verslagjaar (nieuw) opgenomen werd binnen de kliniek. |
| Exclusie | Crisisopname en gedwongen opname. <i>Met gedwongen opname wordt bedoeld een 'justitiële plaatsing buiten de wachtlijsten om'</i> |
| Type indicator | Uitkomst. |

⁸ Definitie overgenomen uit het onderzoek naar agressie incidenten uitgevoerd door De Borg aan de hand van de SOAS-R (Prof., Dr. H. Nijman)

| | |
|---------------------------------|--|
| Domein 3 Indicator 2 | <i>Continuïteit van zorg</i> |
| Onderbouwing | <p>Het gaat bij deze indicator om een zogenoemde 'warme overdracht' tussen de zorgaanbieders. Met een warme overdracht wordt bedoeld dat er een gedegen overdracht plaatsvindt waarbij er speciale aandacht besteed moet worden aan de bejegening van de cliënt. Een tweede onderwerp is dat nieuwe medewerkers op het dossier van de cliënt getraind moeten worden. Als derde aandachtspunt is benoemd dat de begeleider van de 'oude zorgaanbieder' fysiek aanwezig moet zijn bij de overdracht.</p> <p>Het is duidelijk dat de zorgaanbieder niet verantwoordelijk gehouden kan worden voor de totstandkoming van vervolgzorg binnen een andere instelling, maar wel voor de zo effectief mogelijke aanleiding naar zorg elders. Om deze reden wordt gevraagd naar de inspanning die de zorgaanbieder heeft verricht om vervolgzorg te realiseren. Deze inspanning wordt vertaald in het aanvragen van een CIZ-indicatie en het leggen van contacten met een zorgaanbieder die passende vervolgzorg kan bieden.</p> <p>Voor de hele groep SGLVG is dit een belangrijke indicator. Het gaat dan niet alleen om vervolgzorg in relatie tot de betalingstitel, maar ook de overgang naar een ander type zorg</p> |
| Beschrijving | <p>Deze indicator bestaat uit drie onderdelen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Het percentage cliënten dat na afloop van de behandeling vervolgzorg behoeft; 2) Het percentage cliënten voor wie voor afloop van de behandeling aantoonbaar contacten zijn gelegd met zorgaanbieders die passende vervolgzorg kunnen bieden, uitgesplitst naar: <ul style="list-style-type: none"> • Afdeling binnen eigen concern; • Afdeling buiten het eigen concern (o.a. maatschappelijke opvang). 3) Het percentage cliënten/wettelijk vertegenwoordigers dat aangeeft dat de instelling aantoonbaar contacten heeft gelegd met zorgaanbieders die passende vervolgzorg bieden. |
| Meetinstrument | De gegevens zijn nog niet automatisch te genereren. Het gaat hier om dossieronderzoek |
| Informatiebron | Administratie zorgaanbieder. |
| Exclusie | Cliënten die de behandeling eenzijdig beëindigen. |

| | |
|----------------|---|
| 3.2. | <i>Percentage cliënten voor wie bij het einde van de behandeling sprake is van een transitietraject ten behoeve van een "warme overdracht" naar zorgaanbieders die passende vervolgzorg kunnen bieden.</i> |
| Teller | Het aantal cliënten voor wie bij het einde van de behandeling sprake is van een transitietraject ten behoeve van een 'warme overdracht' naar zorgaanbieders die passende vervolgzorg kunnen bieden. |
| Noemer | Het aantal cliënten bij wie de behandeling is afgesloten. |
| Type indicator | Uitkomst. |