

Werkinstructie

SGLVG met behandeling

11-01-2011

Versie 2.0 (Uitvraag verslagjaar 2010-2011)

Inhoud

Inleiding	3
Domein 1 'Effectiviteit'	5
1.1 Ernst problematiek	5
1.2 Afname delictrisico	6
1.3 Recidive tijdens strafrechtelijke titel.....	7
1.4 Drop-out	8
1.5 Evaluatie en bijstelling behandelplan	9
Domein 2 'Veiligheid'	10
2.1 Medicatieveiligheid.....	10
2.2 Separatie.....	11
2.3 Somatische screening	12
2.4 Geweldsincidenten	14
Domein 3 'Cliëntgerichtheid'	15
3.1 Wachtijd tot start behandeling.....	15
3.2 Continuïteit van zorg	16
Bijlage 1 Overzicht strafrechtelijke titels.....	17

Inleiding

Deze werkinstructie heeft betrekking op de set prestatie-indicatoren SGLVG versie 2.0, januari 2010. Het behoort bij het verslagjaar 2010 (uitvraag in 2011), waarbij de wijzigingen door de BORG instellingen zijn aangepast ten opzichte van versie 1.3 van maart 2010.

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. Deze werkinstructie is bedoeld om gebruikers te ondersteunen bij het verzamelen 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

Cliënten:

De gegevens dienen aangeleverd te worden voor alle cliënten met behandeling in een behandelcentrum. Het gaat dan om cliënten met een ZZP1 SGLVG-indicatie en cliënten die op basis van een strafrechtelijke titel behandeling ontvang. (Zie bijlage 1 voor een overzicht van alle strafrechtelijke titels).

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.

Opgenomen indicatoren in deze instructie

Deze werkinstructie is gebaseerd op de indicatoren die geëvalueerd zijn in de praktijktest. De tabel hieronder geeft aan welke indicatoren wel (x) in deze werkinstructie zijn opgenomen en welke niet (o).

De indicatoren die nu nog niet zijn ingevuld, worden in de eerste doorontwikkeling van de set nader beschreven.

De indicatoren 1.2 en 1.3 zijn alleen van toepassing op cliënten met een strafrechtelijke titel

	Zorginhoudelijke indicator
1.1 Ernst problematiek	X
1.2 Afname delict risico	X
1.3 Recidive tijdens strafrechtelijke titel	X
1.4 Drop-out	X
1.5 Evaluatie en bijstelling behandelplan	X
2.1 Medicatieveiligheid	o
2.2 Separatie	X
2.3 Somatische screening	X
2.4 Geweldsincidenten	X
3.1 Wachtijd tot start behandeling	X
3.2 Continuïteit van zorg	X
3.3 Betrokkenheid omgeving	o
3.4 Passendheid van zorg	o
3.5 Persoonlijke verzorging	o
3.6 Informatieverstrekking	o
3.7 Bejegening	o

Domein 1 'Effectiviteit'

1.1 Ernst problematiek

Exclusiecriteria

- Instellingen die alleen dagactiviteit leveren, zonder verblijfscomponent;
- Begeleid wonen of zelfstandig beschermd wonen;
- Cliënten die minder dan een jaar in behandeling zijn (geweest)¹.

Beschrijving van de indicator

Deze indicator bestaat uit drie onderdelen:

- a) Het aantal cliënten waarbij op systematische wijze de verandering in ernst van de problematiek is gemeten
- b) De instrumenten die gebruikt worden;
- c) De verandering in de ernst van de problematiek.

Meetinstrument / informatiebron

ABCL, DROS & MOAS +

Definities

Afsluiting van de behandeling: Het einde van de behandeling in de setting waarvoor wordt gerapporteerd. Het betreft hier de klinische setting.

Systematisch meten: Minimaal 1x per jaar meten met een vastgesteld instrument

Aantoonbaar: Vastgelegd in het dossier van de cliënt.

Jaar voorafgaand aan de afsluiting behandeling: Betreft 365 dagen voorafgaand aan de datum van afsluiting.

1.1a Het aantal cliënten waarbij op systematische wijze de verandering in ernst van de problematiek gemeten is

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.

1.1b Gebruikte instrumenten

Omschrijving

De instrument(en) die u gebruikt voor het meten van de verandering van de ernst van de symptomen. Vul deze in in het open vak in de webenquête.

¹ Dit criterium wordt onderwerp van evaluatie: de periode van een jaar.

1.1c Het op systematische wijze meten van de ernst van de problematiek bij cliënten

Teller

Het totaal aantal cliënten waarbij twee of meer metingen hebben plaatsgevonden.

Noemer:

Het totaal aantal cliënten waarbij twee of meer metingen hebben plaatsgevonden.

1.2 Afname delictrisico

Exclusiecriteria

- Niet forensische gehandicaptenzorg;

Beschrijving van de indicator

Deze indicator bestaat uit 3 onderdelen:

- a) Het percentage cliënten waarbij tijdens de behandeling op systematische wijze de verandering van delictrisico in kaart is gebracht;
- b) De instrumenten die gebruikt worden;
- c) De afname van het delictrisico

Meetinstrument / informatiebron

De voorkeur gaat uit naar gebruik van HKT-30, onderdeel KT-19 en de DROS.

Definities

Afsluiting van de behandeling: Het einde van de behandeling in de setting waarvoor wordt gerapporteerd. Dit is relevant omdat er onderscheid wordt gemaakt naar de setting waarin de cliënt behandeling ontvangt.

Systematisch meten: Minimaal 1x per jaar meten met een vastgesteld instrument.

Aantoonbaar: Vastgelegd in het dossier van de cliënt.

1.2a Het op systematische wijze meten van de verandering van het delictrisico bij cliënten

Teller:

Het aantal cliënten waarbij op systematische wijze de verandering in delictrisico gemeten is.

Noemer:

Het totaal aantal cliënten dat op enig moment gedurende het verslagjaar in behandeling was.

1.2b Gebruikte instrumenten

Omschrijving

De instrument(en) die u gebruikt voor het meten van de verandering van het delictrisico.

1.2c Afname delictrisico

Teller 1

De som van de volgende aantallen:

Het totaal aantal cliënten dat voldoet aan de volgende criteria:

- De behandeling is afgesloten gedurende het verslagjaar.
- De ernst van de problematiek is in het jaar voorafgaand aan de afsluiting van de behandeling aantoonbaar gemeten.
- In de 6 tot 12 maanden voorafgaand aan de laatste meting heeft aantoonbaar een voormeting plaatsgevonden.
- Vergeleken met de meest recente voormeting in de 6-12 maanden voorafgaand aan de laatste meting is verbetering vastgesteld.

Teller 2

De som van de volgende aantallen:

Het totaal aantal cliënten dat voldoet aan de volgende criteria:

- De behandeling is afgesloten gedurende het verslagjaar.
- De ernst van de problematiek is in het jaar voorafgaand aan de afsluiting van de behandeling aantoonbaar gemeten.
- In de 6 tot 12 maanden voorafgaand aan de laatste meting heeft aantoonbaar een voormeting plaatsgevonden.
- Vergeleken met de meest recente voormeting in de 6-12 maanden voorafgaand aan de laatste meting is stabilisatie vastgesteld.

Noemer

Het totaal aantal cliënten dat voldoet aan de volgende criteria:

- Op enig moment gedurende het verslagjaar in behandeling.
- In het verslagjaar is aantoonbaar de verandering van het delictrisico gemeten.

1.3 Recidive tijdens strafrechtelijke titel

Exclusiecriteria

- Cliënten die in preventieve hechtenis zitten.

Beschrijving van de indicator

- 1) Het percentage opgemaakte processen verbaal ten aanzien van gelijkwaardige delicten of delicten met een wettelijke strafdreiging van minstens vier jaar (klinische setting).
- 2) Het percentage veroordelingen ten aanzien van gelijkwaardige delicten of delicten met een wettelijke strafdreiging van minstens vier jaar (ambulante setting).

Meetinstrument / informatiebron

N.v.t.

Definities

Gelijkwaardig delict: Hetzelfde soort misdrijf als in de uitgangszaak (bijvoorbeeld vermogen, zeden, geweld).

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.

De vragenlijst stap voor stap

1. Selecteer alle klinische cliënten waarvoor een DBBC is vastgesteld, die op enig moment gedurende het verslagjaar in behandeling waren.
2. Verwijder uit deze selectie de cliënten die zorg ontvangen in het kader van een preventieve hechtenis.
3. De som van deze selectie cliënten geeft noemer.
4. Het aantal opgemaakte processen verbaal voor minimaal gelijkwaardige delicten of delicten met een wettelijke strafdreiging van minstens vier jaar geeft de teller.
5. Maak de selectie ongedaan.
6. Selecteer alle ambulante cliënten waarvoor een DBBC is vastgesteld, die op enig moment gedurende het verslagjaar in behandeling waren.
7. Verwijder uit deze selectie de cliënten die zorg ontvangen in het kader van een preventieve hechtenis.
8. De som van deze selectie cliënten geeft de noemer.
9. Het aantal opgemaakte veroordelingen voor minimaal gelijkwaardige delicten of delicten met een wettelijke strafdreiging van minstens vier jaar geeft de teller.

1.4 Drop-out

Beschrijving van de indicator

Het percentage cliënten dat hun behandeling tijdens de duur van de strafrechtelijke titel eenzijdig beëindigd heeft gedurende het verslagjaar.

Meetinstrument / informatiebron

N.v.t.

Definities

Eenzijdige beëindiging door cliënt: Beëindiging van de behandeling tegen het advies van de behandelaar in..

Afsluiting van de behandeling: gaat het om één van de volgende situaties:

- Het einde van de strafrechtelijke titel (einde DBBC). Het is mogelijk dat de behandeling wordt voortgezet zonder strafrechtelijke titel, deze cliënt telt dan niet meer mee voor de rapportage.
- Het einde van de behandeling in de setting waarvoor wordt gerapporteerd. Dit is relevant omdat er onderscheid wordt gemaakt naar de setting waarin de cliënt behandeling ontvangt.

Teller

Aantal cliënten waarbij de behandeling gedurende het verslagjaar is afgesloten met als opgegeven reden van afsluiting 'eenzijdige beëindiging door cliënt'.

Noemer 1

Het totaal aantal cliënten dat op enig moment gedurende het verslagjaar in behandeling was.

Noemer 2

Het totaal aantal cliënten waarbij de behandeling gedurende het verslagjaar is afgesloten.

1.5 Evaluatie en bijstelling behandelplan

Exclusiecriteria

Cliënten die korter dan een jaar in behandeling zijn (geweest).

Beschrijving van de indicator

Het percentage behandelplannen van cliënten in langdurige behandeling dat minder dan één jaar oud is.

Meetinstrument / informatiebron

N.v.t.

Definities

Evaluatie behandelplan: Het evalueren en indien nodig bijstellen van de behandeldoelen van een behandeling, zoals beschreven in het behandelplan. Als behandelplannen zijn geëvalueerd en er zijn geen wijzigingen, dan telt de datum van deze evaluatie ook mee.

Teller

Totaal aantal cliënten dat:

- Op peildatum 31 december van het verslagjaar meer dan één jaar in behandeling is geweest en;
- Een behandelplan heeft, waarvan de behandeldoelen niet langer dan één jaar geleden aantoonbaar zijn bijgesteld.

Noemer

Het totaal aantal cliënten dat op peildatum 31 december van het verslagjaar meer dan één jaar in behandeling is geweest.

Domein 2 'Veiligheid'

2.1 Medicatieveiligheid

Exclusiecriteria

-

Beschrijving indicator

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.

2.1a Type medicatiebewakingssysteem

Over welk type medicatiebewakingssysteem beschikt de instelling:

- a) Elektronisch voorschrijfsysteem;
- b) Niet EVS (wel geautomatiseerd bewakingssysteem);
- c) Niet geautomatiseerd bewakingssysteem;
- d) Geen bewakingssysteem.

Bij optie b) en c) dient er te worden ingevuld wat voor bewakingssysteem er wel is gebruikt.

2.1b Polyfarmacie bij cliënten in behandeling

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.

2.1c Combinatie van twee of meer antipsychotica bij cliënten in behandeling

Teller:

Aantal cliënten dat in het verslagjaar gedurende drie maanden of langer gelijktijdig twee of meer antipsychotica heeft gebruikt.

Noemer:

Het totaal aantal cliënten dat gedurende het verslagjaar in behandeling was.

2.2 Separatie

Exclusiecriteria

Zorgaanbieders die geen klinische zorg leveren.

Beschrijving van de indicator

Deze indicator bestaat uit twee onderdelen:

- a) Het percentage insluitingen in separeerruimte(n)
- b) De gemiddelde duur van insluitingen in separeerruimte(n).

Meetinstrument / informatiebron

Argus. 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.

Indien Argus niet aanwezig is kan een vergelijkbare registratie gehanteerd worden.

Definities

Separatie: Onder separeren wordt insluiting in een separeerruimte verstaan.

Duur van de separatie: In uren, wanneer u registreert in dagen telt iedere dag als 24 uur.

2.2a Gemiddeld aantal separaties

Teller

Het totaal aantal separaties in separeerruimte(n) dat gedurende het verslagjaar is toegepast.

Noemer 1

Het totaal aantal cliënten dat op enig moment gedurende het verslagjaar in behandeling was.

Noemer 2

Het totaal aantal cliënten dat gedurende het verslagjaar één of meerdere malen is gesepareerd in een separeerruimte.

2.2b Duur van de separatie

Teller

De totale duur in uren van de separatie(s) in separeerruimte(n) gedurende het verslagjaar. Indien u registreert in dagen dient u voor elke dag 24 uur te rekenen.

Noemer

Het totaal aantal separaties in separeerruimte(n) dat gedurende het verslagjaar toegepast is.

2.3 Somatische screening

Beschrijving van de indicator

Deze indicator bestaat uit 2 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 / informatiebron

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 GGZ gedefinieerde aselechte steekproef.

Definities

Somatische screening bij opname: een lichamelijk onderzoek verricht door een daartoe bevoegde arts binnen één maand na opname, ongeacht de opnameduur.

Somatische screening: een lichamelijk onderzoek verricht door een daartoe bevoegde arts.

Somatische screening bij heropname: Bij heropnamen geldt dat de screening is uitgevoerd bij aanvang van de eerste opname.

Heropnamen: hieronder wordt verstaan: alle opnamen in het verslagjaar waarbij sprake is van een eerdere opname voor dezelfde reden (primaire diagnose) en waarbij het ontslag van die eerdere opname niet langer dan drie maanden vóór de huidige opname viel. Bij cliënten die frequent opgenomen worden ('draaideurcliënten') geldt dat deze somatisch gescreend zijn als de screening niet langer dan 3 maanden geleden heeft plaatsgevonden op het moment van opname.

2.3a Somatische screening bij aanvang van opname

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:

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:

Het totaal aantal dossiers (N = 25) dat is onderzocht.

De vragenlijst stap voor stap

1. Indien u een standaardprocedure heeft voor de registratie van de gevraagde gegevens bij deze indicator, dan dient u gebruik te maken van uw cliëntenadministratie voor het beantwoorden van de vragen. Anders volgt u de instructie voor een steekproef onder 25 dossiers. Bepaal of u voor de aanlevering van deze indicator alle cliënten na gaat op basis van de administratie of dat u genoodzaakt bent dossieronderzoek te doen.

2. Volg hieronder de juiste instructie, afhankelijk van de gekozen methode:

Cliëntonderzoek:

- a. Selecteer alle klinisch opgenomen cliënten die in het verslagjaar werden opgenomen.
- b. De som van deze selectie cliënten geeft de noemer.
- c. Selecteer uit deze groep alle cliënten waarbij het resultaat van een uitgevoerde somatische screening binnen één maand na opname, schriftelijk is vastgelegd.
- d. De som van deze selectie cliënten geeft de teller.

Aselecte steekproef:

- a. Neem de dossiers van de klinische cliënten die in het verslagjaar (nieuw) zijn opgenomen.
- b. Neem in alfabetische volgorde van elke eerste letter van de achternaam van de cliënt, beginnend bij de letter J, telkens de eerste twee dossiers, tot een minimum van 25 dossiers.
- c. De som van het aantal dossiers dat u hebt onderzocht geeft de noemer.
- d. Neem het aantal dossiers uit deze groep cliënten waarin het resultaat van een uitgevoerde somatische screening binnen één maand na opname schriftelijk is vastgelegd
- e. De som van het aantal dossiers geeft de teller.

2.3b Jaarlijkse somatische screening bij langdurige opname

Teller

Administratie zorgaanbieder:

Het totaal klinische aantal cliënten dat voldoet aan volgende criteria:

- Op enig moment gedurende het verslagjaar in behandeling;
- Langer dan één jaar opgenomen;
- Niet langer dan één jaar geleden aantoonbaar somatisch gescreend volgens een vastgelegde procedure.

Steekproef:

Het aantal dossiers van cliënten waarin het resultaat van een somatische screening, dat niet langer dan één jaar geleden is uitgevoerd, schriftelijk is vastgelegd.

Noemer

Administratie zorgaanbieder:

Het totaal aantal klinische cliënten dat op enig moment gedurende het verslagjaar in behandeling was en langer dan een jaar opgenomen waren.

Steekproef:

Het totaal aantal dossiers (N = 25) dat is onderzocht.

De vragenlijst stap voor stap

1. Indien u een standaardprocedure heeft voor de registratie van de gevraagde gegevens bij deze indicator, dan dient u gebruik te maken van uw cliëntenadministratie voor het beantwoorden van de vragen. Anders volgt u de instructie voor een steekproef onder 25 dossiers. Bepaal of u voor de aanlevering van deze indicator alle cliënten na gaat op basis van de administratie of dat u genoodzaakt bent dossieronderzoek te doen.
2. Volg hieronder de juiste instructie, afhankelijk van de gekozen methode:

Cliëntonderzoek:

- a. Selecteer alle klinisch opgenomen cliënten die op enig moment gedurende het gehele verslagjaar waren opgenomen.
- b. Selecteer uit deze groep alle cliënten die minimaal een jaar in behandeling zijn (geweest).
- c. De som van deze selectie cliënten geeft de noemer.
- d. Selecteer uit deze groep alle cliënten waarbij in het verslagjaar een somatische screening is uitgevoerd, waarvan het resultaat schriftelijk is vastgelegd.
- e. De som van deze selectie cliënten geeft de teller.

Aselecte steekproef:

- a. Neem de dossiers van klinisch opgenomen cliënten die gedurende het gehele verslagjaar waren opgenomen.
- b. Neem in alfabetische volgorde van elke eerste letter van de achternaam van de cliënt, beginnend bij de letter J, telkens de eerste twee dossiers, tot een minimum van 25 dossiers.
- c. De som van het aantal dossiers geeft de noemer
- d. Neem het aantal dossiers uit deze groep cliënten waaruit blijkt dat in het verslagjaar een somatische screening is uitgevoerd, waarvan het resultaat schriftelijk is vastgelegd.
- e. De som van het aantal dossiers geeft de teller.

2.4 Geweldsincidenten

Exclusiecriteria

- Verbale incidenten;
- Agressie gericht op objecten

Beschrijving van de indicator

Het percentage geweldsincidenten in het verslagjaar:

- Onderling;
- Tegen medewerkers;
- Tegen zichzelf.

Meetinstrument / informatiebron

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.

Teller

Het aantal geweldsincidenten gedurende het verslagjaar, uitgesplitst naar:

1. Onderling;
2. Tegen medewerkers;
3. Tegen zichzelf.

Noemer 1

Het aantal cliënten dat op enig moment gedurende het verslagjaar in behandeling was.

Noemer 2

Het aantal cliënten dat gedurende het verslagjaar één of meerdere geweldsincidenten heeft gepleegd.

De vragenlijst stap voor stap

1. Selecteer alle cliënten die op enig moment gedurende het verslagjaar in behandeling waren op uw instelling.
2. De som van deze selectie cliënten geeft noemer 1.
3. Selecteer de cliënten die gedurende het verslagjaar één of meerdere malen een fysiek geweldsincident hebben gepleegd.
4. De som van deze selectie cliënten geeft noemer 2.
5. Vul per soort geweldsincident in hoe vaak het is voorgekomen bij de teller.

Domein 3 'Cliëntgerichtheid'

3.1 Wachtijd tot start behandeling

Exclusiecriteria

- Crisisopnamen
- Gedwongen opnamen

Beschrijving van de indicator

Gemiddelde wachttijd in dagen tussen datum besluit tot opname en datum start klinische behandeling.

Meetinstrument / informatiebron

N.v.t.

Definities

Gedwongen opname: justitiële plaatsing buiten de wachtlijsten om

Wachttijd: Er bestaan 2 soorten wachttijd:

- Aanmeldingswachttijd: de tijd tussen veroordeling /aanmelding en besluit tot opname.
- Behandelingswachttijd: de tijd tussen besluit tot opname en de start van de klinische behandeling.

Bij deze indicator gaat het om de behandelingswachttijd. Deze wachttijd is in dagen, exclusief opnamedag en inclusief dag van startbehandeling.

Moment van inschrijving: De datum waarop de cliënt geregistreerd is bij de zorgaanbieder.

Start behandeling: De eerste behandelactiviteit volgend op de eerste diagnosestelling, niet zijnde een intakecontact.

Teller

Totale wachttijd in dagen tussen het moment van 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.

De vragenlijst stap voor stap

1. Selecteer alle cliënten is, die in het verslagjaar (nieuw) in behandeling zijn gekomen (*exclusief* crisisopnames, gedwongen opnames). Let op! Het gaat hierbij niet om nieuw

- ingeschreven cliënten, maar om afgesloten wachtperiodes in 2008. De inschrijvingsdatum kan dus in het jaar daarvoor liggen.
2. De som van deze selectie cliënten – geeft de noemer.
 3. Bereken voor alle cliënten de wachttijd: het aantal kalenderdagen tussen het besluit tot opname en de datum van de start van de klinische behandeling.
Hierbij telt de opnamedag niet mee.
 4. De som van de wachttijden van al deze cliënten geeft de teller.

3.2 Continuïteit van zorg

Exclusiecriteria

- Cliënten die de behandeling eenzijdig beëindigen.

Beschrijving van de indicator

Deze indicator bestaat uit 2 onderdelen:

- a) Het aantal cliënten van wie de klinische behandeling is beëindigd.
 - Het percentage cliënten voor wie bij het einde van de behandeling sprake is van een transitietraject ten behoeve van een “warme overdacht” naar zorgaanbieders die passende vervolgzorg kunnen bieden.

Meetinstrument / informatiebron

De gegevens zijn nog niet automatisch te genereren. Het gaat hier om dossieronderzoek

Definities

Vervolgzorg: Onder vervolgzorg worden alle vormen van zorg binnen de VG verstaan:

- Vervolgzorg binnen eigen instelling en buiten eigen instelling;

Transitietraject: er is sprake van een transitietraject als deze bestaat uit tenminste drie van de volgende zeg elementen:

- Een uitgebreide overdrachtsrapportage
- Een begeleidingsplan, waaronder bijvoorbeeld een signaleringsplan
- Coaching van het begeleidingsteam op de nieuwe verblijfsplek
- Begeleider 24uurs zorg behandelcentrum loopt een of meer dagen mee in de nieuwe voorziening
- Mogelijkheid tot telefonisch consult
- Terugkeergarantie indien plaatsing in vervolgvoorziening mislukt

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.

Bijlage 1 Overzicht strafrechtelijke titels

Forensische zorg in strafrechtelijk kader betreft geestelijke gezondheidszorg (inclusief verslavingszorg) en verstandelijk gehandicaptenzorg binnen 22 strafrechtelijke titels. Het gaat hierbij niet om vrijblijvende zorg. Justitie moet de gevraagde zorg kunnen bieden en degene die is veroordeeld moet meewerken aan het voorgestelde zorgtraject. Gebeurt dat niet, dan volgt in sommige gevallen opnieuw (gevangenis)straf.

In totaal zijn er 22 strafrechtelijke titels waarin forensische zorg besloten zit:

1. Strafrechtelijke machtiging (art. 37 jo 39 Sr);
2. Tbs met dwangverpleging (art. 37a jo 37b Sr);
3. Tijdelijke plaatsing vanuit een zorginstelling naar een andere zorginstelling of psychiatrisch ziekenhuis (artikel 6.4); oud: 13 Bvt;
4. Overplaatsing vanuit een zorginstelling naar een psychiatrisch ziekenhuis (art. 6.6); oud: 14 Bvt;
5. Tbs met proefverlof (art. 51 Bvt);
6. Plaatsing vanwege pro-justitia rapportage (art. 196/ 317 Sv);
7. Voorwaardelijke beëindiging van de verpleging van overheidswege (art. 38g Sr);
8. Tbs met voorwaarden (art. 38a Sr);
9. Voorwaardelijke veroordeling (art. 14a Sr);
10. Sepot met voorwaarden (art. 167/ 244 Sv);
11. Schorsing voorlopige hechtenis met voorwaarden (art. 80 Sv);
12. Overbrenging vanuit Gevangeniswezen naar psychiatrisch ziekenhuis (art. 6.6);
13. Overbrenging vanuit Gevangeniswezen voor hulpverlening (art. 6.7);
14. Plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders met voorwaarden (art. 38p Sr);
15. Plaatsing in een inrichting voor stelselmatige daders (art. 38m jo art. 44 b t/m 44 q Pm);
16. Penitentiair programma met zorg (art. 6.5);
17. Interne overplaatsing op zorglocatie in het gevangeniswezen;
18. Preklinische interventie bij tbs-gestelden in het gevangeniswezen;
19. Poliklinische verrichtingen door GGZ in het gevangeniswezen;
20. Voorwaardelijke invrijheidsstelling met bijzondere voorwaarden;
21. Voorwaardelijke gratieverlening (art. 13 Gratiwet jo. 558 Sv);
22. Strafbeschikking met aanwijzingen is opgelegd als bedoeld in artikel 257, lid 3, Sv.

De bovenstaande strafrechtelijke titels komen voort uit vier wetten:

- Wetboek van strafrecht (Sr)
- Wetboek van strafvordering (Sv)
- Beginselenwet verpleging terbeschikking gestelden (Bvt)
- Penitentiaire beginselenwet (Pbw)