

Kwaliteit van de zorg: rapportage prestatie-indicatoren GGZ

GGZ Noord- en Midden-Limburg
December 2007

GGZ Noord- en Midden-Limburg maakt de kwaliteit van zorg inzichtelijk door de resultaten van de Prestatie Indicatoren Geestelijke Gezondheidszorg en Verslavingszorg te publiceren. De zogenaamde basisset Prestatie-indicatoren is sectorbreed ontwikkeld om externe belanghebbenden van informatie te voorzien over belangrijke meetpunten. Informatie over Prestatie-Indicatoren is te vinden op http://www.igz.nl/pdfs/2006-11_Basisset_prestatie-1.pdf.

Voor de volgende 15 indicatoren heeft tussentijdse meting plaatsgevonden:

1. Effectiviteit van zorg : a. verandering in het dagelijkse functioneren van de cliënt (1.3)
b. heropname versus duur opname (1.6)
c. drop-out (1.7)
d. verandering ernst problematiek, oordeel cliënt (1.2a)
2. Veiligheid : a. percentage suïcides gerelateerd aan instellingsgrootte (2.5)
b. onveiligheid door het ontbreken van informatie (2.3)
c. relatief aantal incidentmeldingen (2.6)
- 3 Cliëntgerichtheid : a. woon- en leefomstandigheden (3.9)
b. wachttijd tot start behandeling (3.1)
c. evaluatie van behandel- en begeleidingsplannen (3.6)
d. informed consent (3.3)
e. keuzevrijheid (3.4)
f. vervulling zorgwensen (3.5)
g. adequate bejegening door hulpverleners (3.10)
h. adequate informatieverstrekking door hulpverleners (3.11)

1.a Verandering in het dagelijkse functioneren van de cliënt

De verandering in het psychisch, sociaal en maatschappelijk functioneren van de cliënt is een indicator voor het resultaat van de behandeling.

De indicator bestaat uit twee onderdelen;

Het percentage cliënten waarbij het dagelijks functioneren bij een nameting van de GAF-score:

- | | |
|----------------------|--------------------------|
| a. is verbeterd | : 29 % gemiddeld GGZ NML |
| b. is gestabiliseerd | : 55 % gemiddeld GGZ NML |

Het percentage cliënten waarbij het dagelijks functioneren is verslechterd bedraagt 16 %.

De percentages zijn middels een steekproef bepaald. Daarbij zijn alleen cliënten in beschouwing genomen waarbij voor- en nametingen zijn verricht en de zorg is afgesloten.

1.b Heropname versus duur opname

Deze indicator geeft inzicht in de effectiviteit van de behandeling.

De indicator bestaat uit 2 onderdelen;

- a. percentage heropnamen binnen 6 maanden : 29 % gemiddeld GGZ NML
- b. duur opname in dagen : 317 dagen gemiddeld GGZ NML

Bij een langere opnameduur zal naar verwachting het percentage heropnamen relatief laag zijn en andersom. Een relatief lange duur van de opnamen in combinatie met een relatief hoog percentage heropnamen duidt daarom op mogelijke suboptimale kwaliteit van de zorg.

Percentage heropnamen per diagnosegroep:

	Inschrijfdiagnose	Uitschrijfdiagnose
Dementie	30%	27%
Overige organische stoornissen	33%	28%
Schizofrenie	30%	14%
Affectieve psychosen	31%	18%
Overige psychosen	28%	18%
Neurotische stoornissen	30%	25%
Persoonlijkheidsstoornissen	27%	15%
Alcoholafhankelijkheid	31%	23%
Afhankelijkheid van drugs	28%	23%
Misbruik van drugs/alcohol	25%	19%
Speciale syndromen	30%	17%
Stoornissen vanuit kindertijd	30%	30%
Zwakzinnigheid	33%	0%
Aanvullende classificaties	50%	8%
Onbekend/niet ingevuld	28%	0%

1.c Drop-out: vroegtijdige eenzijdige beëindiging van behandeling

Het terugvalrisico bij een afgebroken behandeling wordt ruim twee keer zo groot ingeschat als bij een voortgezette behandeling. Een relatief hoog percentage heropnamen duidt daarom op mogelijke suboptimale kwaliteit van de zorg.

Percentage drop-outs per diagnosegroep:

	Incl. 3 maanden geen contact	Exclusief
Dementie	0%	0%
Overige organische stoornissen	3%	2%
Schizofrenie	20%	15%
Affectieve psychosen	14%	8%
Overige psychosen	17%	13%
Neurotische stoornissen	15%	11%
Persoonlijkheidsstoornissen	24%	11%

Alcoholafhankelijkheid	42%	11%
Afhankelijkheid van drugs	49%	18%
Misbruik van drugs/alcohol	27%	9%
Speciale syndromen	20%	13%
Stoornissen vanuit kindertijd	25%	21%
Zwakzinnigheid	17%	17%
Aanvullende classificaties	36%	11%
Drop-out voor cliënten vanuit de bemoeizorg:	nb	

1.d Verandering ernst problematiek naar oordeel cliënt.

Het percentage cliënten waarbij de ernst van de problematiek afgenomen is door de behandeling, naar eigen oordeel van de cliënt.

Dit percentage is middels een steekproef bepaald en bedraagt 76 %.

2.a Percentage suïcides gerelateerd aan instellingsgrootte

Het suïcidecijfer wordt gehanteerd als indicator voor de mate van geboden veiligheid.

Ambulant (inclusief deeltijd) : 0,09%

Kliniek : 0%

2.b Onveiligheid door het ontbreken van informatie

Informatie-overdracht is cruciaal voor het leveren van goede zorg. De indicator meet de toegang tot cliëntgegevens op een ‘ongunstig’ moment (spoedopname) als maat voor het totale zorgproces.

De indicator bestaat uit twee onderdelen:

a. de mate waarin incidenten geregistreerd worden die optreden door het ontbreken van informatie:

De MIP registreert alle meldingen, waaronder dus ook incidenten door het ontbreken van informatie.

b. het percentage spoedopnames buiten kantooruren van reeds binnen de instelling bekende cliënten waarbij de hulpverlener niet kon beschikken over actuele clientinformatie:

Het percentage bedraagt 0 %, er zijn geen onveilige situaties gemeld die zich hebben voorgedaan door het ontbreken van informatie.

2.c Relatief aantal incidentmeldingen

Bij omgevingsveiligheid gaat het primair om de mate waarin de cliënt zich veilig voelt binnen een instelling. Dit is een subjectieve maat en zegt niet zoveel over het feitelijk aantal incidenten dat binnen de instelling heeft plaatsgevonden.

Daarom wordt hier tevens het perspectief van de instelling tegenover gezet middels de objectieve maat van het relatief aantal gemelde incidenten. Daarbij wordt het absoluut aantal incidenten in jaar x gerelateerd aan het totaal aantal ingeschreven cliënten in jaar x.

Het percentage meldingen bedraagt 3,9%. (periode 01/01/2007 tot 15/11/2007)

3.a Cliëntoordeel over woon- en leefomstandigheden

Het cliëntoordeel over woon- en leefomstandigheden is een indicator voor de mate van cliëntgerichtheid.

Als indicator wordt het percentage cliënten gehanteerd dat langdurige zorg ontvangt waarbij de woonvoorziening gerelateerd is aan de zorg en een positief oordeel wordt gegeven over de woonomstandigheden.

Het percentage is middels een steekproef bepaald en bedraagt 73%.

De response rate van de steekproef is 86%

3.b Evaluatie van behandel- en begeleidingsplannen

Niet tijdige evaluatie indiceert een verhoogd risico op onvoldoende of inadequate zorg.

Als indicator wordt het percentage cliënten langdurende zorg (meer dan 1 jaar behandeling of begeleiding ontvangen) gehanteerd waarbij het behandelplan minder dan 1 jaar oud is.

Het percentage is middels de GGZ-Thermometer 2006 bepaald en bedraagt 80 %.

Intern wordt als norm meer dan 95% gehanteerd.

3.c Wachtijd tot start behandeling

De wachttijd tot start van behandeling is een indicator voor de mate van cliëntgerichtheid en is belangrijke keuze-informatie voor zowel cliënten, naaste betrokkenen en zorginkopers. De indicator bestaat uit 2 onderdelen:

a. Gemiddelde wachttijd tot start behandeling

Ambulant : 106 dagen

Kliniek : 36 dagen

b. Percentage cliënten wachttijd binnen de norm

Ambulant, niet langer dan 98 dagen : 64%

Kliniek, niet langer dan 105 dagen : 92%

3.d Informed consent

Informed consent, de vastgelegde toestemming van de cliënt met het behandelplan/begeleidingsplan, kan gezien worden als het sluitstuk van het informeren van de cliënt en het in samenspraak opstellen van het behandelplan.

Het percentage cliënten dat aangeeft te hebben ingestemd met het behandelplan is bepaald middels de GGZ-Thermometer 2006 en bedraagt 88%.

3.e Keuzevrijheid

Keuzevrijheid is een belangrijk onderdeel van cliëntgerichtheid binnen de ggz.

De indicator meet het percentage cliënten dat aangeeft te hebben kunnen meebeslissen over de behandeling of begeleiding die geboden wordt.

Het percentage is middels de GGZ-Thermometer 2006 bepaald en bedraagt 86%.

3.f Vervulling zorgwensen

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. De indicator is een maat voor de ervaren vraaggerichtheid van de zorg waarbij de cliënt een oordeel gevraagd wordt over:

1. Juiste aanpak van de behandeling/begeleiding voor de klachten van de cliënt
2. Het naar wens van de cliënt uitvoeren van de behandel- of begeleidingsplan

Het percentage cliënten dat aangeeft over beide aspecten positief te oordelen is middels de GGZ-Thermometer 2006 bepaald en bedraagt 80 %.

3.g Adequate bejegening door hulpverleners

Adequate bejegening is een van de meest belangrijke randvoorwaarden voor goede zorg- en dienstverlening aan cliënten in ggz-instellingen.

De indicator meet het percentage cliënten dat positief antwoord op beide vragen:

“Toonde (toont) de hulpverlener voldoende respect voor u?”

“Vond (vindt) u de hulpverlener voldoende geïnteresseerd in u en uw mening?”

Het percentage is bepaald middels de GGZ-Thermometer 2006 en bedraagt 90%.

3.h Adequate informatieverstrekking door hulpverleners

Goede informatieverstrekking door hulpverleners is cruciaal in de ervaren kwaliteit van zorg.

De indicator meet het percentage cliënten dat positief antwoord *alle* volgende vragen:

- “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?”

Het percentage is bepaald middels de GGZ-Thermometer 2006 en bedraagt 75%.