

Voorbeeldindicatoren Bemoeizorg

Dit document geeft een overzicht van voorbeeldindicatoren van negen doelen die betrekking hebben op het verbeteren van de ketenzorg en continuïteit van zorg en elf doelen die zich richten op het verbeteren van methodieken en interventies. Met behulp van de indicatoren kan het team checken *of en in welke mate* de gestelde doelen zijn behaald.¹

Voorbeeldindicatoren: Ketenzorg en continuïteit van zorg

1. Instroom cliënten bemoeizorg

De instroom van cliënten voor bemoeizorg betreft: de wijze waarop cliënten in het team komen, de snelheid van instroom, de inclusiecriteria van het team. Bijvoorbeeld: het tempo waarin cliënten vanaf het tijdstip van melding een eerste contact hebben met het team, het bereik van de doelgroep in het verzorgingsgebied, de manier waarop cliënten toegewezen worden aan een hulpverlener, de doelgroep van het team.

1. *Procesindicator:* % cliënten dat wordt aangenomen in het team ten opzichte van het percentage dat wordt afgewezen.
2. *Procesindicator:* % cliënten dat binnen een X-aantal werkdagen een eerste contact heeft na aanmelding.
3. *Uitkomstindicator:* Aantal aanmeldingen in het jaar voorafgaande aan het project (tot november 2007) vergeleken met het aantal aanmeldingen in oktober 2008.

2. Screening

Screening betreft de (systematische) inschatting op diverse problemen van de doelgroep en de schriftelijke vastlegging van de bevindingen voor de planning van behandeling/begeleiding.

1. % cliënten uit doelgroep x, dat gescreend is op hun behoeften/problemen op levensgebieden
2. % cliënten dat beoordeeld is op capaciteiten/ herstelmogelijkheden en rehabilitatiewensen
3. % cliënten dat is besproken in het team op problemen op diverse levensgebieden
4. % cliënten dat gescreend is voor psychiatrische stoornissen
5. % cliënten dat gescreend is op verslavingsproblematiek
6. % cliënten bij wie een test gedaan is op verstandelijke beperkingen
7. % cliënten dat gecheckt is op somatische klachten

¹ De indicatoren in dit overzicht zijn opgesteld door het expertteam van het landelijke verbeterproject Bemoeizorg. Samengebracht voor het project LAK-Borging door het Trimbos-instituut; www.trimbos.nl/verbeterdezorg

8. % cliënten waarbij een plan is opgezet voor behandeling/begeleiding

3. Bemoeizorgplannen

Deze indicator betreft een bemoeizorgplan, al dan niet elektronisch, dat de hulpverlener in staat stelt om systematisch te werken aan doelstellingen van de bemoeizorg

1. % cliënten waarbij een inschatting is gemaakt van de problematiek
2. % cliënten uit doelgroep x met een bemoeizorgplan binnen een x-aantal maanden.
3. % cliënten dat samen met een hulpverlener gestart is met persoonlijke doelen en wensen

4. Bemoeizorgproces

Deze indicator betreft de doorstroom in het eigen zorgproces, toegankelijkheid, verwijzing of toeleiding van cliënten naar andere instellingen of voorzieningen

1. % cliënten dat uitstroomt naar een geplande voorziening passend bij de zorgbehoefte
2. % cliënten in groep x waarvoor een hulp/een voorziening of diensten geregeld is en deze ook daadwerkelijk krijgt
3. % cliënten dat gezien is door een hulpverlener die voor cliënt van betekenis is, b.v. psychiater, trajectbegeleider, dienstverlener etc.
4. % cliënten waarvoor een uitkering geregeld is
5. % cliënten waarvoor onderdak geregeld is
6. % cliënten dat opgenomen is in een kliniek
7. % cliënten waarbij de toeleiding naar instelling X is geslaagd
8. % cliënten met een gemiddelde begeleidingsduur van een X-aantal weken

5. Breuken in de zorg

Het doel achter deze indicator betreft de reductie van fouten en missers in verwijzing, wachttijd, zorgindicatie, continuïteit van zorg. Indicatoren zijn bijvoorbeeld:

1. % meldingen of incidenten met verwijzingen, met instanties die verantwoordelijkheid dragen voor (onderdelen van) de keten van zorg
2. % cliënten dat afhaakt bij de instelling waar naar verwezen is en terugkeert bij het bemoeizorgteam
3. % cliënten dat na een x-aantal maanden nog onvoldoende zorg/diensten ontvangen wachttijden etc.
4. % cliënten dat niet de juiste hulp krijgt door ontbreken of onvoldoende functioneren

van samenwerkingsverband/ keten

5. % cliënten dat niet voldoende geholpen kan worden door ontbreken van voorzieningen
6. % cliënten van doelgroep X dat wacht op zorg/dienst van instelling X

6. Bemoeizorg Ankerpunten en Scores (B.A.S.)

B.A.S is een lijst van criteria, bedoeld als handreiking voor de kwaliteit van Bemoeizorg. B.A.S. is opgesteld door de werkgroep Kwaliteit Bemoeizorg van GGZ Nederland. Het instrument is recentelijk uitgebracht en wordt op dit moment gevalideerd. B.A.S. omvat 10 deelgebieden over de organisatie, processen en doelen van bemoeizorg. Voor elk deelgebied is een aantal criteria geformuleerd met normen. Tezamen vormen ze een handreiking om de eigen bemoeizorg te toetsen en een score toe te kennen. Teams kunnen uit B.A.S. een aantal criteria en normen (ankerpunten) kiezen om indicatoren op te stellen t.a.v. eigen lokale verbeterdoelen. Het gaat dan steeds om de mate waarin de bemoeizorg/het team voldoet aan de normen/ankerpunten voor:

1. Deskundigheid
2. Zelfstandigheid
3. Organisatie strategie
4. Teamsamenstelling
5. Professionalisering
6. Middelen en voorwaarden
7. Samenwerking
8. Werkrelatie
9. Methodieken
10. Doelen-resultaten

Voorbeeldindicatoren voor Doelen-resultaten:

1. % van de aanmeldingen waarbij de contactlegging slaagt, is er een ftf contact
2. % cliënten waarmee een succesvolle relatie is gelegd met vervolcontacten
3. % van de cliënten dat een inkomen of uitkering heeft óf het team heeft uitkering aangevraagd

7. Assertive Community Treatment (ACT)

Voor de modelgetrouwheid van een ACT-team kan men het beste de DACTS-score bepalen (eventuele uitkomstindicator: DACTS-score aan begin van project vs. DACTS-score aan het einde van het project). Als indicatoren om het veranderproces te volgen kan men onderstaande voorbeeldindicatoren gebruiken als uitgangspunt bij het bepalen van de lokale indicatoren:

1. Op datum x zitten in het ACT-team – naast de casemanagers / verpleegkundigen en/of spv'ers en psychiater – tenminste nog 2 andere disciplines (psycholoog; verslavingsdeskundigheid; IPS, ervaringswerker, rehabilitatiedeskundige).
2. % hulpverleners met een *case load* van 1:10 (wanneer alle patiënten in zorg worden meegerekend en alle FTE – inclusief psychiater en consultants, maar exclusief secretariaat en woonbegeleiders)
3. Vanaf datum x is er dagelijks een (school-)bord bespreking. Gemiddeld aantal patiënten wat dagelijks besproken wordt aan de hand van het 'schoolbord' in het da-

gelijks overleg (Gemiddelde gedurende één maand).

4. % patiënten dat niet van het bord wordt afgevoerd tenzij ze stabiliseren en naar een ander team gaan.
5. Vanaf datum x is er sprake van continuïteit van *24 uren zorg*.
6. % patiënten waarbij sprake is van 'shared caseload' (de patiënten kennen meer dan de helft van de teamleden goed) (norm: 100%).
7. % van de contacten dat buiten de locatie van het ACT team plaats vindt (norm: > 80%).
8. % patiënten waarbij één discipline (psychiater, ervaringswerker, woonbegeleider, psycholoog, etc) dossierhouder is van die patiënt.

8. Functie Assertive Community Treatment (F-ACT)

1. Op datum x zitten in het FACT team – naast de casemanagers / verpleegkundigen en/of spv-ers en de psychiater – tenminste nog 2 andere disciplines (psycholoog, verslavingsdeskundigheid, IPS, ervaringswerker, maatschappelijk werk, ergotherapeut). Woonbegeleiders vallen hier niet onder.
2. Er zijn maximaal 250 patiënten in het team.
3. % hulpverleners met een *case load* van 1 : 15-20 (wanneer alle patiënten in zorg worden meegerekend en alle FTE – incl. psychiater en consulenten, exclusief secretariaat en woonbegeleiders).
4. % patiënten (norm: 100%) met een eigen casemanager die rehabilitatie en herstel ondersteunt (patiënt kent ook zijn/ haar vervanger).
5. % patiënten (norm: 100%) van het FACT team (ook die niet op het bord staan) waarbij minimaal eens per jaar het behandelplan multidisciplinair geëvalueerd en zonodig aangepast is
6. % van de totale patiëntengroep van het FACT team (norm: > 10%) dat op het schoolbord staat voor intensieve zorg i.v.m. kortdurende extra zorgbehoefte, blijvende extra zorgbehoefte, recent aangemelde en recent uit de kliniek ontslagen patiënten en zorgmijders.
7. Op datum x vindt het FACT schoolbord overleg minstens 3 x per week plaats, waarvan 1 x uitgebreid.
8. % patiënten op het bord (norm: > 70%) dat in de afgelopen 3 weken contact heeft gehad met > 4 verschillende teamleden.
9. % patiënten waarbij de hulpverlener bij crisis van zijn/ haar patiënt de regisseur is van de intensieve teamzorg (waarbij de hulpverlener bij opname contact houdt met de patiënt en de kliniek).

9. IDDT fidelity

Voor de modelgetrouwheid van IDDT (Integrated Dual Diagnosis Treatment) kan men gebruik maken van het programma IDDT en/of de multidisciplinaire richtlijn voor Dubbel Diagnose.

Voorbeelden van indicatoren zijn:

1. % van de nieuwe cliënten waarop de CAGE-AID of de verkorte MINI is afgenomen binnen vier weken na het eerste contact
2. % cliënten waarbij een geïntegreerde aanpak is ingezet
3. % cliënten de kwaliteit van leven is verbeterd, waarbij de eindscore op de MANSA 15 punten hoger ligt dan bij de 0-meting

Voorbeeldindicatoren: Effectieve interventies en methodieken

1. Assertieve outreach/casefinding

1. Op datum x is er een eenduidige beschrijving van outreachende methodieken en zijn de teamleden van de inhoud hiervan op de hoogte.
2. Er is een x-aantal hulpverleners in het team geschoold in outreachend werken
3. Het aantal cliënten uit doelgroep x dat daadwerkelijk outreachend benaderd is en opzichte van het geplande/afgesproken aantal cliënten
4. Het aantal cliënten dat door de outreachende benadering in zorg komt ten opzichte van het totaal aantal cliënten dat een outreachende benadering kreeg
5. % cliënten dat tevreden is met of vooruitgaat door de outreachende werkwijze, te meten via 5-puntsschaal

2. Presentiebenadering

1. Op datum x is er een eenduidige beschrijving van de presentiebenadering en zijn de teamleden van de inhoud hiervan op de hoogte.
2. Er zijn een x-aantal hulpverleners in het team geschoold in de benadering
3. % cliënten uit doelgroep x dat de presentiebenadering nodig heeft
4. % cliënten uit doelgroep x dat met presentie benaderd wordt
5. % cliënten dat tevreden is met of vooruitgaat door de interventie, te meten via 5-puntsschaal.

3. (Cognitieve) gedragsbenadering

1. Op datum x is er een eenduidige beschrijving van de cognitieve gedragsbenadering gereed en zijn de teamleden van de inhoud hiervan op de hoogte.
2. Er zijn een x-aantal hulpverleners in het team geschoold in de benadering
3. % cliënten uit doelgroep x dat in het bemoeizorgplan doelstellingen heeft voor cog-

nitieve gedragsbenadering

4. % cliënten uit doelgroep x dat cognitieve gedragstherapie krijgt.
5. % cliënten dat tevreden is met of vooruitgaat door de interventie, te meten via 5-puntsschaal.

4. Systeembenadering

1. Op datum x is er een eenduidige beschrijving van de systeembenadering gereed en zijn de teamleden van de inhoud hiervan op de hoogte.
2. % cliënten in doelgroep x waarbij (binnen een periode x nadat zij in zorg kwamen) is nagegaan in hoeverre zij de systeembenadering dienen te krijgen.
3. % cliënten dat tevreden is met of vooruitgaat door de interventie, te meten via 5-puntsschaal.

5. Risicotaxatie

1. Op datum x is er een eenduidige beschrijving van de risicotaxatie gereed en zijn de teamleden van de inhoud hiervan op de hoogte.
2. % cliënten in doelgroep x waarbij (binnen een periode x nadat zij in zorg kwamen) is nagegaan in hoeverre zij een risicotaxatie dienen te krijgen.
3. % cliënten dat tevreden is met of vooruitgaat door de interventie, te meten via 5-puntsschaal

6. Gezinsinterventies (GI)

1. Op datum x is er een eenduidige beschrijving van de interventie gereed en zijn de teamleden van de inhoud hiervan op de hoogte.
2. Aantal cliënten dat in gezinsverband leeft en hierbij problemen ondervindt
3. % patiënten uit doelgroep x bij wie binnen een maand een netwerkanalyse in het EPD is opgenomen.
4. % patiënten uit doelgroep x waarbij GI aangeboden wordt.
5. % cliënten dat tevreden is met of vooruitgaat door de interventie, te meten via 5-puntsschaal

7. Onderhandelingsvaardigheden

1. Op datum x is er een eenduidige beschrijving van de onderhandelingsvaardigheden en zijn de teamleden van de inhoud hiervan op de hoogte.
2. % mensen in doelgroep x waarbij (binnen een periode x nadat zij in zorg kwamen) is nagegaan in hoeverre onderhandelingsvaardigheden nodig zijn.

3. % cliënten dat tevreden is met of vooruitgaat door de interventie, te meten via 5-puntsschaal.

8. Zorgconferentie

1. Op datum x is er een eenduidige beschrijving van zorgconferenties gereed en zijn de teamleden van de inhoud hiervan op de hoogte.
2. % cliënten in doelgroep x waarbij een zorgconferentie dient plaats te vinden.
3. % cliënten dat tevreden is met of vooruitgaat door de interventie, te meten via 5-puntsschaal.

9. Motiverende gespreksvoering

1. Op datum x is er volledige en eenduidige beschrijving van motiverende gespreksvoering gereed en zijn de teamleden van de inhoud hiervan op de hoogte.
2. % cliënten in doelgroep x waarbij (binnen een periode x nadat zij in zorg kwamen) is nagegaan in hoeverre motiverende gespreksvoering nodig is
3. % cliënten dat tevreden is met of vooruitgaat door de interventie, te meten via 5-puntsschaal

10. Farmacotherapie

1. Op datum x ligt er een plan van aanpak medicatietrouw bevorderende interventies. Dit plan van aanpak bestaat (bijvoorbeeld) uit: beschrijving van de interventie, doelgroep, scholings- en implementatieplan en zijn de teamleden van de inhoud hiervan op de hoogte.
2. % patiënten uit doelgroep x die volgens protocol ingesteld zijn op farmacotherapie.
3. % cliënten dat tevreden is met of vooruitgaat door de interventie, te meten via 5-puntsschaal

11. Juridische maatregelen

1. % cliënten in doelgroep x waarbij (binnen een periode x nadat zij in zorg kwamen) is nagegaan in hoeverre een juridische maatregel nodig is.
2. % cliënten dat tevreden is met of vooruitgaat door de interventie, te meten via 5-puntsschaal