

Indicatoren overzicht verbeterproject Schizofrenie

Centrale doelen

Indicatoren	Doelstelling waarover wordt geïnformeerd
Incidentie van terugval bij cliënten met schizofrenie	Een <i>uitkomstindicator</i> die informeert over de mate waarin het algemene doel van dit project, voor het onderdeel 'verminderen van terugval', wordt gerealiseerd. Als de incidentie van terugval toeneemt, moet het team kijken waar in het proces interventies nodig zijn oftewel waar verbetering van zorg nodig is. Indien de incidentie afneemt kan het team kijken welke veranderingen hieraan mogelijk een bijdrage hebben geleverd om deze veranderingen structureel te gaan invoeren.
Percentage cliënten (in de eerste psychosegroep) in (partiële) remissie	Een <i>uitkomstindicator</i> die informeert over de mate waarin het algemene doel van dit project, voor het onderdeel 'toename cliënten in (partiële) remissie', wordt gerealiseerd. Als het percentage patiënten in remissie afneemt, moet het team kijken waar in het proces interventies nodig zijn oftewel waar verbetering van zorg nodig is. Indien het percentage toeneemt, kan het team kijken welke veranderingen hieraan mogelijk een bijdrage hebben geleverd om deze veranderingen structureel te gaan invoeren.
Mate van verbeterd functioneren bij cliënten met schizofrenie	Een <i>uitkomstindicator</i> die net als de vorige indicatoren informatie geeft over de mate waarin het algemene doel van dit project wordt gerealiseerd maar dan voor het onderdeel 'verbetering van functioneren'. Als het functioneren afneemt, moet het team kijken waar in het proces interventies nodig zijn oftewel waar verbetering van zorg nodig is. Indien het functioneren toeneemt, kan het team kijken welke veranderingen hieraan mogelijk een bijdrage hebben geleverd om deze veranderingen structureel te gaan invoeren.
Percentage cliënten met een individueel zorgplan dat niet ouder is dan een jaar	Een <i>structuurindicator</i> die informatie geeft over een onderdeel van het thema continuïteit van zorg. Het geeft informatie over het al dan niet aanwezig zijn van een actueel zorgplan. Hierbij mag verondersteld worden dat het gaat om een zorgplan waarin alle nodige zorg is opgenomen, doelen zijn omschreven en de zorg minimaal 1 keer per jaar wordt geëvalueerd op grond waarvan het plan wordt bijgesteld.
Percentage cliënten bij wie elke maand de CGI is afgenomen	Een <i>procesindicator</i> die informatie geeft over de afspraak dat terugval gemonitord gaat worden met de CGI
Percentage cliënten bij wie elke maand de HoNOS is afgenomen	Een <i>procesindicator</i> die informatie geeft over de afspraak dat het sociaal functioneren gemonitord gaat worden met de HoNOS

Naast deze indicatoren zal het team zelf vooral structuur- en procesindicatoren gaan benoemen op basis van hun lokale subdoelen (die zijn afgeleid van de centrale doelen en

thema's). Het uitgangspunt is: KISS (Keep It Stupidly Simple): ga niet meer meten dan nodig is en houd dat wat je meet zo simpel mogelijk.

Lokale doelen

De volgende indicatoren dienen als voorbeeld. Je kunt ze aanpassen aan de lokale situatie of andere indicatoren maken.

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. *Structuurindicator*: Op datum x zitten in het ACT-team - naast de casemanagers / verpleegkundigen en/of sp'ers en psychiater - tenminste nog 2 andere disciplines (psycholoog; verslavingsdeskundigheid; IPS, ervaringswerker, rehabilitatiedeskundige).
2. *Procesindicator*: % hulpverleners met een *case load* van 1:10 (wanneer alle cliënten in zorg worden meegerekend en alle FTE - inclusief psychiater en consultants, maar exclusief secretariaat en woonbegeleiders)
3. *Structuurindicator*: Vanaf datum x is er dagelijks een (school-)bord bespreking.
Procesindicator: Gemiddeld aantal cliënten wat dagelijks besproken wordt aan de hand van het 'schoolbord' in het dagelijks overleg (Gemiddelde gedurende één maand).
4. *Procesindicator*: % cliënten dat niet van het bord wordt afgevoerd tenzij ze stabiliseren en naar een ander team gaan.
5. *Structuurindicator*: Vanaf datum x is er sprake van continuïteit van 24 uren zorg.
6. *Procesindicator*: % cliënten waarbij sprake is van 'shared caseload' (de patiënten kennen meer dan de helft van de teamleden goed) (norm: 100%).
7. *Procesindicator*: % van de contacten dat buiten de locatie van het ACT team plaats vindt (norm: > 80%).
8. *Procesindicator*: % cliënten waarbij één discipline (psychiater, ervaringswerker, woonbegeleider, psycholoog, etc) dossierhouder is van die patiënt.
9. *Uitkomstindicator*: % drop-outs gedurende een maand.
Uitkomstindicator: Aantal opnames in het jaar voorafgaande aan het project (tot april 2007) vergeleken met het aantal opnames in april 2008.

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 caseload van 1 : 15-20 (wanneer alle cliënten in zorg worden meegerekend en alle FTE - incl. psychiater en consulenten, exclusief secretariaat en woonbegeleiders).
3. % cliënten (norm: 100%) met een eigen casemanager die rehabilitatie en herstel ondersteunt (patiënt kent ook zijn/ haar vervanger).
4. % cliënten (norm: 100%) van het FACT team (ook die niet op het bord staan) waar bij minimaal eens per jaar het behandelplan multidisciplinair geëvalueerd en zonodig aangepast is
- 5 % van de totale cliëntengroep 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.
4. Op datum x vindt het FACT schoolbord overleg minstens 3 x per week plaats, waarvan 1 x uitgebreid.
5. % cliënten op het bord (norm: > 70%) dat in de afgelopen 3 weken contact heeft gehad met > 4 verschillende teamleden.
6. % cliënten waarbij de casemanager bij crisis van zijn/ haar patiënt de regisseur is van de intensieve teamzorg (waarbij de case manager bij opname contact houdt met de patiënt en de kliniek).

Cognitieve Gedrags Therapie (CGT)

1. Op datum x is er volledige en eenduidige beschrijving van de interventie CGT gereed.
2. Op datum x is er een analyse gereed wat er nodig is om CGT als interventie beschikbaar te krijgen voor onze patiënten. Deze analyse (scholing- en implementatieplan) wordt gedeeld door het Circuitmanagement Team (MT) en het Centraal behandelaren overleg.
3. % cliënten uit doelgroep x, dat geïnformeerd is over de CTG behandeling "Gedachten uitpluizen".
4. % cliënten uit doelgroep x dat Cognitieve Gedragstherapie (CGT) krijgt.
5. % van de populatie, dat tevreden is met de interventie, te meten via 5-puntsschaal.

Psycho-Educatie (PE)

1. Op datum x is er volledige en eenduidige beschrijving van de interventie PE gereed.
2. % cliënten in doelgroep x waarbij (binnen een periode x nadat zij in zorg kwamen) is nagegaan in hoeverre zij PE volgens protocol aangeboden dienen te krijgen.
3. % cliënten in doelgroep x, dat geïnformeerd is over het aanbod PE volgens protocol.
4. % cliënten in doelgroep x dat gebruik maakt van PE volgens protocol.
5. % cliënten in doelgroep x dat PE volgens protocol afrondt.
6. gemiddeld rendement dat wordt behaald door patiënten die PE volgens protocol hebben gevolgd (d.m.v. een test inzichtelijk maken wat onthouden wordt).

Gezinsinterventies (GI)

1. Op datum x is er volledige en eenduidige beschrijving van de interventie PE gereed.
2. Aantal cliënten dat in gezinsverband leeft en hierbij problemen ondervindt
3. % cliënten uit doelgroep x bij wie binnen een maand een netwerkanalyse in het EPD is Opgenomen.
4. % cliënten uit doelgroep x waarbij GI aangeboden wordt.
5. % cliënten uit doelgroep x, dat een gezinsinterventie ontvangt (waarbij onderscheid tussen GI in groepsverband en individuele GI).
6. % van de populatie, dat tevreden is met de interventie, te meten via 5-puntsschaal.

Individual Placement Support (IPS)

Voor de *modelgetrouwheid* van IPS kan men het beste de score op de IPS betrouwbaarheidschaal bepalen (eventuele *uitkomstindicator*: score IPS aan begin van project vs. score IPS betrouwbaarheidschaal 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 is er een IPS trajectbegeleider, die lid is van een multidisciplinair team.
2. % cliënten dat de IPS trajectbegeleider begeleidt, die de wens hebben tot regulier betaald werk (of die een reguliere opleiding volgen).
3. % cliënten bij wie de voorkeur van de patiënt in het traject centraal staat.
4. % cliënten waarbij de IPS trajectbegeleider werkt volgens het principe van plaatsen en dan trainen (place then train), d. w. z. snel zoeken naar echte baan en vervolgens een doorlopende inschatting van arbeidsmogelijkheden (norm: 100%).

5. Vanaf datum x is er een procedure waarbij geen uitsluitcriteria worden gehanteerd, de wens tot betaald werk van de cliënt is richtinggevend.
6. % cliënten waarbij de IPS trajectbegeleider is betrokken bij zowel het voortraject, de plaatsing (acquisitie en sollicitatie) als jobcoaching op de werkplek (zowel cliënt als werkgever).
7. % cliënten dat een betaalde baan heeft.
8. % cliënten waarbij het trajectplan arbeid is vastgelegd in het EPD.

Farmacotherapie (Fth)

1. Op datum x hebben de psychiaters binnen de divisie een protocol opgezet m.b.t. de somatische zorg (in het bijzonder de farmacotherapie).
2. 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.
3. % cliënten uit doelgroep x die volgens protocol ingesteld zijn op farmacotherapie.
4. % cliënten uit doelgroep x die in periode x is gecontroleerd op overgewicht.
5. Op datum x is de checklijst 'Gezond Leefstijl Programma' met benodigde informatie ontwikkeld.
6. % cliënten uit doelgroep x bij wie de checklist 'Gezond Leefstijl Programma' is ingevuld.
7. % cliënten uit doelgroep x die deel uitmaken van Gezond Leefstijlprogramma
8. % cliënten uit doelgroep x met wie wij de vragenlijst 'Somatische screening' is door genomen.
9. % cliënten uit doelgroep x bij wie n.a.v. de somatische screening (het geïndiceerde) vervolgonderzoek heeft plaatsgevonden.
10. % cliënten bij wie de resultaten van de lichamelijke screening zijn vastgelegd in het cliëntendossier (en waarna adhv deze resultaten in nauw overleg met de patiënt een plan is opgezet)
11. % cliënten dat de behandeling welke n.a.v. het geïndiceerde vervolgonderzoek werd aanbevolen is aangegaan

Zorgplannen

Zie voor dit subdoel de indicatoren in het werk- en meetplan. Verschillende teams hebben hier eigen doelen en indicatoren aan toegevoegd, zoals bijvoorbeeld onderstaande indicatoren:

1. % cliënten uit doelgroep x met een crisisplan niet ouder dan een jaar.
2. % cliënten uit doelgroep x met een rehabilitatieplan niet ouder dan een jaar.
3. % cliënten uit doelgroep x waarvan het signaleringsplan is vastgelegd tijdens de behandelplanbespreking

Inzet Ervaringsdeskundigheid

1. Vanaf datum x is er een ervaringswerker aangesteld, die meewerkt in het (F)ACT-team.
2. Aantal sessies psycho-educatie, waarbij een ervaringswerker is ingezet.
3. Aantal vragenlijsten (MANSA etc) die door ervaringswerkers zijn afgenomen bij cliënten.
4. Aantal sessies lotgenotengroepen die door ervaringswerkers zijn geleid.
5. De tevredenheid van cliënten t.o.v. inzet van ervaringswerkers.
6. Het aantal contacten dat ervaringswerkers hadden met cliënten in het (F)-ACT-team.

Doorstroom

1. % cliënten in groep x dat te lichte of te zware zorg gebruikt.
2. % cliënten in groep x dat binnen maand van de juiste zorgintensiteit gebruik maakt.
3. % cliënten dat van zorg van de instelling, buiten het Doorbraakproject gebruik maakt.
4. % cliënten van de groep die gebruik maakt van de zorg in de instelling maar buiten het Doorbraakproject, waarbij deze maand overleg plaatsvond.
5. % van de opgenomen cliënten van wie de kliniek bij opname over het ambulante behandelplan en de concrete hulpvraag aan de kliniek beschikte.
6. % van de opgenomen cliënten van wie de kliniek bij opname beschikt over een op de cliënt toegespitste checklist met ontslagitem.
7. % van de opgenomen cliënten waarbij een ambulante hulpverlener binnen 3 werkdagen in de kliniek een ftf-contact had met de cliënt en met een relevante hulpverlener.

Screening

1. % cliënten uit doelgroep x, dat gescreend is op hun rehabilitatie behoeften 1 tot 2 maanden voorafgaand aan de behandelplanbespreking
2. % cliënten met wie wij de vragenlijst somatische screening is doorgenomen.
3. % cliënten bij wie nav de somatische screening (het geïndiceerde) vervolgonderzoek heeft plaatsgevonden.
4. % cliënten bij wie de resultaten van de lichamelijke screening zijn vastgelegd in het patiëntendossier (aan de hand van deze resultaten is in nauw overleg met de patiënt een plan opgezet voor behandeling van somatische co-morbiditeit)
5. % cliënten waarbij de CAN is afgenomen in het laatste jaar

Balansindicatoren

1. Het aantal opnamedagen in de kliniek
2. Tevredenheid cliënten (via cliëntthermometer gegevens verzamelen)
3. Kwaliteit van leven (via MANSA gegevens verzamelen)
4. Tevredenheid medewerkers (via tevredenheidsonderzoek)
5. Toenemende ervaren werkdruk medewerkers.
6. Problemen bij cliënten die diagnose schizofrenie niet accepteren.