

DIRECTORAAT- GENERAAL GEZONDHEIDSZORG

NATIONALE RAAD VOOR
ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Permanente werkgroep Psychiatrie

Kenm. : NRZV/D/PSY/438-1 (*)

Advies van de permanente werkgroep psychiatrie m.b.t. een gemeenschappelijke registratie in de geestelijke gezondheidszorg

Namens de Voorzitter,
Dhr Peter Degadt

De Secretaris
C. Decoster

(*) Dit advies werd bekrachtigd op de Bureauvergadering van 12 december 2013

1 DOELSTELLINGEN VAN DE REGISTRATIE MINIMALE PSYCHIATRISCHE GEGEVENS (MPG)

De **initiële doelstellingen** van de registratie van de Minimale Psychiatrische Gegevens in 1996 waren:

De registratie van minimale psychiatrische gegevens heeft tot doel het te voeren gezondheidsbeleid te ondersteunen, voor wat betreft :

- 1° de vaststelling van de behoeften aan psychiatrische voorzieningen;*
- 2° de omschrijving van de kwalitatieve en kwantitatieve erkenningsnormen van de psychiatrische voorzieningen en diensten*
- 3° de organisatie van de financiering van de psychiatrische voorzieningen met inbegrip van de controle op het goede gebruik van overheidsmiddelen'*
- 4° het uitstippelen van een beleid op basis van epidemiologische gegevens.*

De NRZV onderschrijft de toenmalige doelstellingen als basis voor de nieuwe gemeenschappelijke registratie in alle GGZ-voorzieningen.

Gelet op het feit dat het onderstaande voorstel tot gemeenschappelijke registratie zich richt tot alle specifieke voorzieningen en diensten uit de geestelijke gezondheidszorg (2 en 3de lijn), wordt het woordgebruik in bovenstaande definiëring aangepast: 'psychiatrische voorzieningen' wordt vervangen door 'GGZ-voorzieningen'.

Gelet op de internationalisering van de wereld, wenst de NRZV **twee doelstellingen toe te voegen** aan de bovenstaande 4 doelstellingen:

5° Het vergelijken van de geestelijke gezondheidszorg in België, zowel inzake de organisatie van de zorg als inzake de patiënten in zorg, met andere landen, en in het bijzonder door het aanleveren van anonieme, geaggregeerde gegevens aan internationale organisaties zoals de WHO of andere EU-instanties, al dan niet in uitvoering van internationale afspraken die België of haar overheden hebben aangegaan.

6° Het ondersteunen van wetenschappelijk onderzoek inzake geestelijke gezondheidszorg in België door erkende wetenschappelijke instanties. Dit met volle respect van de privacy van de patiënt.

2. UITGANGSPUNTEN VOOR EEN AANGEPASTE GEMEENSCHAPPELIJKE REGISTRATIE

De NRZV formuleert volgende uitgangspunten voor de aanpassing van de huidige registratie van de Minimale Psychiatrische Gegevens tot een gemeenschappelijke registratie (cfr advies van de NRZV aan minister Onkelinx (dd 8 november 2012):

- 1) De registratie moet doelgericht zijn

Dit impliceert dat alle items van de huidige gemeenschappelijke registratie die niet zijn terug te brengen tot één van bovenstaande 6 doelstellingen, dienen geschrapt te worden. Dit principe impliceert eveneens dat voor elk te registreren item een expliciete en duidelijk motivering wordt gegeven waarom dit item wordt geregistreerd. Indien het niet mogelijk is een zinvolle en passende motivering te geven, wordt het huidige item uit de gemeenschappelijke registratie geschrapt.

2) De registratie moet minimaal zijn

Dit principe impliceert dat alle informatie die elders reeds wordt geregistreerd en voor de overheden kan beschikbaar worden gemaakt, niet opnieuw in het kader van de gemeenschappelijke registratie dient te worden geregistreerd. Concreet denken we aan informatie over medisch-technische prestaties, toezichtshonoraria en consultaties (via nomenclatuur), aan medicatie en gefactureerde lidagen of forfaits (RIZIV).

Deze gegevens worden dus niet hernomen in het voorliggend voorstel tot gemeenschappelijke registratie. Het is aan de overheden om de nodige schikkingen te treffen om gegevens van de gemeenschappelijke registratie, met respect voor de privacy van de patiënt, te koppelen aan de elders beschikbare data, waarschijnlijk voortbouwend op het (gecodeerde) rijksregisternummer van de patiënten.

3) Een uniforme registratie over alle GGZ-voorzieningen heen

Om te komen tot een beeld over hele geestelijke gezondheidszorg in België, is het noodzakelijk dat de registratie uniform verloopt over voorzieningen heen

De NRZV pleit dan ook om:

- de gemeenschappelijke registratie verplicht en **uniform te behouden** in
 - o de psychiatrische ziekenhuizen,
 - o de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen,
 - o de initiatieven beschut wonen
 - o de psychiatrische verzorgingstehuizen;

- de gemeenschappelijke registratie verplicht en **uniform in te voeren**
 - o in de teams voor psychiatrische zorg in de thuissituaties, gefinancierd via de initiatieven beschut wonen;
 - o voor de cliënten van de opdracht activering, gefinancierd via de initiatieven beschut wonen of een samenspel van GGZ-actoren;
 - o voor de patiënten in de formule nabehandeling in psychiatrische ziekenhuizen;
 - o de mobiele teams in het kader van artikel 107;
 - o de revalidatie-overeenkomsten met een GGZ-inslag: psychosociale revalidatie van volwassen psychiatrische patiënten (7.72), verslaafden (7.73), psychosociale revalidatie van kinderen en adolescenten met ernstige psychische aandoeningen (7.74), revalidatie van vroegtijdige stoornissen van de interactie ouders-kind (7.745).

- in de schoot van de Interministeriële conferentie met elk van de gemeenschappen de nodige afspraken te maken om te komen tot een uniforme registratie. Dit om maxi-

maal bij te dragen tot een landelijke uniforme registratie van zorg aan patiënten met GGZ-problemen. Bijgevolg wordt ook voorgesteld om

- de **registratie verplicht te maken** in de Centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) en Centres de Santé mentale (SSM), vallende onder de gemeenschapsbevoegdheden.
 - De **registratie verplicht te houden, ook na de bevoegdheidsoverdracht** in het kader van de zesde staatshervorming, in die GGZ-voorzieningen die in de nabije toekomst naar de gemeenschapsbevoegdheden zullen worden overgedragen: de initiatieven beschut wonen, de psychiatrische verzorgings- tehuizen en de revalidatie-overeenkomsten met een GGZ-inslag.
- De NRZV adviseert om de te registreren inhoud van deze uniforme registratie over al deze zorgvormen heen te focussen op het beschrijven van de patiënten/cliënten in zorg en hun zorgnoden.

4) Het zichtbaar maken van zorgtrajecten van patiënten over GGZ-voorzieningen heen

Uit de klinische praktijk blijkt dat mensen met GGZ-problemen vaak gebruik maken van een waaier aan GGZ-voorzieningen en –diensten. Dit geldt zeker voor patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen.

Omdat slechts een deel van dit zorggebruik op heden zichtbaar is via de nationale ziekteverzekering, is het meer dan wenselijk om via de gemeenschappelijke registratie zorgtrajecten van GGZ-patiënten over GGZ-voorzieningen en –diensten heen in kaart te brengen. Dit is mogelijk door het inbouwen in de registratie van een unieke identificatie van de patiënt en dit in elke registrerende GGZ-voorziening. Hiertoe kan het rijksregisternummer als uitgangspunt worden genomen.

Om de privacy van patiënten te beschermen dient deze unieke identificatie van de patiënt te worden versleuteld via een Trusted-Third party vooraleer de gegevens worden bij elkaar gebracht in een landelijke databank. De informatiestroom moet zo worden georganiseerd dat geen enkele partij de drie cruciale informatie-onderdelen van een patiënt kent: het rijksregisternummer, de versleutelde gecodeerde patiëntidentificatie en de klinische gegevens:

- De GGZ-voorzieningen beschikken over het rijksregisternummer en de klinische gegevens (maar niet de versleutelde gecodeerde patiëntidentificatie),
- De Trusted Third Party beschikt over het rijksregisternummer en versleutelde gecodeerde patiëntidentificatie (maar niet over de klinische gegevens),
- De overheden beschikken over de versleutelde gecodeerde patiëntidentificatie en de klinische gegevens (maar niet over het rijksregisternummer).

Bij het opzetten van een dergelijke informatiestroom kunnen de overheden zich laten inspireren door het proces van de huidige gegevensverzameling Treatment Demand Indicator door het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid in het kader van de Europese registratie.

5) Mogelijkheid tot bijkomende gegevens voor specifieke doelgroepen van patiënten

Voor bepaalde doelgroepen van patiënten (personen met een verslavingsproblematiek, patiënten onder een juridische maatregel, kinderen en jongeren,...) kunnen specifieke items worden geregistreerd. Dit kan zowel bij opname/begin en ontslag/einde van een zorgperiode zijn als tijdens de zorgperiode.

6) Mogelijkheid tot een steekproefregistratie om benchmarking tussen GGZ-voorzieningen mogelijk te maken

Om de registratielast te beperken, wordt aanvullend op de klinische gegevens die bij de start en het einde worden geregistreerd, de mogelijkheid gelaten dat de overheden eenmaal per jaar een dwarsfoto nemen van alle patiënten op dat moment in zorg van de GGZ-voorziening. Om deze foto te maken worden er per patiënt een aantal bijkomende items geregistreerd die een meer gedetailleerd beeld geven over de cliënt en zijn zorg. Deze gegevens moeten toelaten om het zorgaanbod onderling tussen voorzieningen en –diensten te vergelijken.

Om tegemoet te komen aan specifieke (onderzoeks-)vragen die nog steeds passen binnen de 6 vooropgestelde doelstellingen van de gemeenschappelijke registratie, kunnen de overheden ad hoc gerichte enquêtes uitvoeren via de GGZ-voorzieningen. Deze bijkomende enquêtes worden beperkt tot maximaal 1 enquête per jaar per voorziening/dienst.

7) Participatie van patiënten

Om de betrokkenheid en participatie van patiënten te verhogen kan bij de verdere uitwerking van de gemeenschappelijke registratie gedacht worden aan het introduceren van meetschalen die door patiënten zelf worden ingevuld.

Bijvoorbeeld over zorgnoden (CANSAS), tevredenheidsmetingen, Routine Outcome Metingen (ROM).

8) Maximale afstemming met internationale registraties

De gemeenschappelijke registratie dient maximaal aan te sluiten bij de engagementen die België heeft genomen, hetzij op Europees niveau, hetzij op een breder internationaal niveau.

Hiertoe stelt de NRZV voor om de Europese Treatment Demand Indicator-registratie (TDI) in te bouwen in de gemeenschappelijke registratie en zo tegelijk tegemoet te komen aan het protocol TDI versie 3.0, waarover tijdens de Interministeriële conferentie Volksgezondheid van 30 september 2013 overeenstemming werd bereikt.

De NRZV denkt hierbij eveneens aan het gebruik van internationaal gevalideerde classificatiesystemen, zoals de ICD- en DSM-classificatie voor diagnoses, en/of meetinstrumenten; zoals de ernst van symptomatologie (HONOS) of de inventarisatie van zorgnoden (CANSAS).

3. UITWERKING VAN DE GEMEENSCHAPPELIJKE REGISTRATIE

3.1. Vertaling van principes

3.1.1. Betrokken GGZ-voorzieningen en diensten

De NRZV stelt voor om de aangepaste gemeenschappelijke registratie te voeren in **alle tweede en derdelijns, door de overheid erkende (gemeenschap of federaal) GGZ-voorzieningen en diensten in België.**

Concreet gaat het over de patiënten/cliënten/bewoners/revalidanten/gebruikers/ van:

- de psychiatrische ziekenhuizen (PZ) (alle diensten),
- de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ), zowel A, T,K als Sp-psychogeriatric
- de initiatieven beschut wonen (IBW)
- de psychiatrische verzorgingstehuizen (PVT);
- de teams voor psychiatrische zorg in de thuissituaties, gefinancierd via de initiatieven beschut wonen (PZT);
- activering, gefinancierd via de initiatieven beschut wonen of een samenspel van GGZ-actoren;
- in de formule nabehandeling in psychiatrische ziekenhuizen;
- de mobiele teams in het kader van artikel 107
- de revalidatie-overeenkomsten met een GGZ-inslag: psychosociale revalidatie van volwassen psychiatrische patiënten (7.72), verslaafden (7.73), psychosociale revalidatie van kinderen en adolescenten met ernstige psychische aandoeningen (7.74), revalidatie van vroegtijdige stoornissen van de interactie ouders-kind (7.745)
- in de Centra voor geestelijke gezondheidszorg (CGG) en Centres de Santé mentale (SSM), vallende onder de gemeenschapsbevoegdheden.

Zijn dus niet gevat door de gemeenschappelijke registratie: de patiënten in zorg in de eerste lijn of bij vrijgevestigde psychologen en (kinder-)psychiaters en de poliklinische consultaties in de ziekenhuizen.

3.1.2. Minimale registratielast

Het principe van de minimale registratie wordt bekomen door te vertrekken van de elektronische patiëntendossiers, waarin elke GGZ-voorziening op enige wijze die administratieve en klinische gegevens bijhoudt die voor de interne werking relevant zijn.

De minimale registratie is dan ook een **extractie van deze reeds verzamelde gegevens in de elektronische patiëntendossiers.**

Om de registratielast maximaal te beperken wordt eveneens het principe van “**only once registratie**” maximaal gehanteerd, zoals ook interministerieel afgesproken in het E-health-actieplan 2013-2018. Dit betekent dat zorgverleners een gegeven slechts éénmaal hoeven te registreren. Eenzelfde gegeven kan echter voor verschillende toepassingen worden gebruikt. Om te komen tot dit “only once registratie”-principe over alle betrokken GGZ-voorzieningen en beleidsniveaus heen, poogt de minimale registratie verder te bouwen op een maximale afstemming van items en inhouden die op heden reeds bestaan in verschillende registratiesystemen en elektronische patiëntendossiers. Hierbij wordt gezocht naar een maximale afstemming van parametertabellen per item.

Om de registratielast niet onnodig te laten oplopen, wordt er een **loskoppeling gemaakt van de registratie van administratieve gegevens en de klinische gegevens**: een wijziging van administratieve gegevens van een patiënt (kenletter, zorgeneheid, juridisch statuut, verzekeringscode) leidt niet tot een nieuwe registratie van gegevens!

Doordat beide gegevenssoorten zowel de unieke identificatie van de GGZ-voorziening en de unieke patiëntcode (zie hieronder) bevatten, kunnen de gegevens die betrekking hebben op eenzelfde persoon opnieuw aan elkaar worden gekoppeld en de basis vormen voor beleidsrelevante informatie (indien deze koppeling nodig is voor het bereiken van één van de 6 geformuleerde doelstellingen van deze gemeenschappelijke registratie).

3.1.3. Registratie-inhouden, geen software noch elektronisch patiëntendossier

De gemeenschappelijke registratie omvat een aantal gemeenschappelijke inhouden over patiënten over alle GGZ-voorzieningen heen. **Deze gemeenschappelijke registratie is geenszins een opgelegde softwaretoepassing noch een elektronisch patiëntendossier.**

Elke GGZ-voorziening integreert minstens de inhouden van deze gemeenschappelijke registratie in haar eigen elektronisch patiëntendossier.

De aan de overheden aan te leveren gegevens zijn een extractie van gegevens uit het elektronisch patiëntendossier.

De GGZ-voorzieningen leveren deze gegevens elektronisch aan in **een exportformat**, dat de overheden in samenspraak met de GGZ-sectoren hebben bepaald.¹

De GGZ-voorzieningen dragen bijgevolg de verantwoordelijkheid om, voor zover nog niet bestaand, een elektronisch patiëntendossier te ontwikkelen. Dit is zeker het geval in de kleinere en nieuwere types GGZ-voorzieningen (beschut wonen, revalidatie, PVT, CGG) . Ook grotere voorzieningensoorten (vb ziekenhuizen) dienen hun elektronisch patiëntendossier aan te passen om registratie van de nieuwe/gewijzigde items in te bouwen, gegevens met elkaar te verbinden (vb klinische gegevens verbinden aan administratieve gegevens) en de noodzakelijke modaliteiten uit te bouwen om de gegevens in het juiste format te exporteren.

De NRZV roept de overheden op:

- a) de nodige tijd te voorzien
- b) de nodige financiële middelen uit te trekken

om alle GGZ-voorzieningen hun elektronisch patiëntendossier te laten ontwikkelen/aan te passen.

Het komt de overheden eveneens toe de codering van de patiëntidentificatie te organiseren via een Trusted Third Party (TTP).

¹ Cfr de reeds bestaande werkwijze voor de registratie van de Minimale ZiekenhuisGegevens voor de algemene ziekenhuizen, of de gegevens die de Vlaamse CGG aanleveren aan het Vlaams agentschap Zorg en Gezondheid.

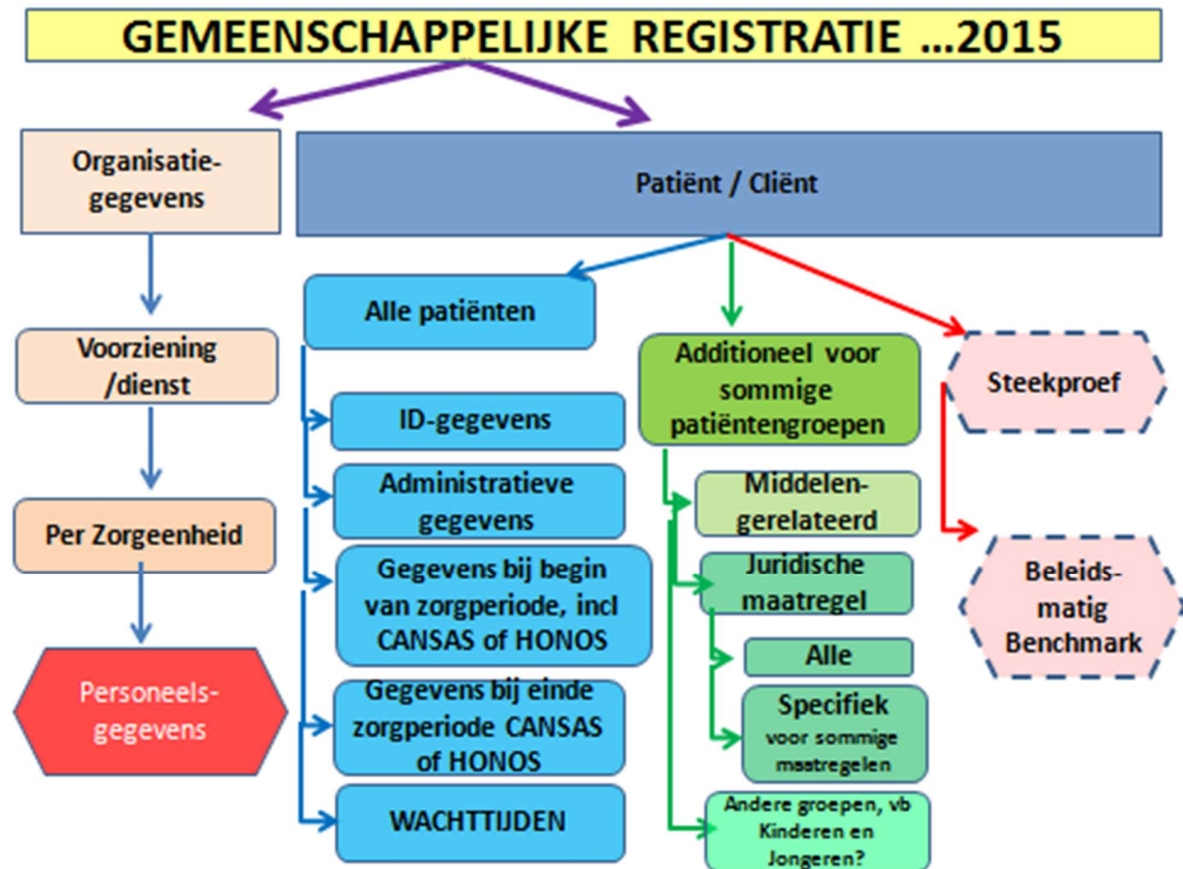
3.1.4. Nood aan feedback

Om de betrouwbaarheid en de validiteit van de geregistreerde gegevens te garanderen is het noodzakelijk dat de personeelsleden, die de gegevens in de GGZ-voorzieningen registreren, het nut van hun registratie-inspanningen inzien. Deze waardering voor de registratie-inspanningen kan worden bekomen door de verzamelde gegevens daadwerkelijk te gebruiken in beleidstoepassingen en dit op verschillende beleidsniveaus:

- a) op niveau van de individuele GGZ-voorziening door feedback te leveren per zorgeenheid en voor het geheel van de GGZ-voorziening;
- b) op regionaal niveau van samenwerking, vb de 107-netwerken voor de doelgroep volwassenen
- c) op gemeenschaps- / gewestniveau en Belgisch niveau voor het macro GGZ-beleid

De NRZV roept de overheden op om de nodige inspanningen te leveren om deze feedback mogelijk te maken en de geaggregeerde gegevens toegankelijk te maken voor allerlei beleidstoepassingen op de verschillende niveaus: lokaal, regionaal en landelijk.

3.2. Schematisch overzicht van de voorgestelde inhoud van de gemeenschappelijke registratie



3.3. Motivering van de inhoud van de gemeenschappelijke registratie

3.3.1. De vaststelling van de behoeften aan GGZ-voorzieningen;

Om een zicht te hebben op de behoefte aan GGZ-voorzieningen, is het nodig om

- a) een zicht te hebben op de aanwezige GGZ-voorzieningen in het zorglandschap en hun interne organisatie. Om een beschrijving te geven op de aanwezige GGZ-voorzieningen en hun onderlinge verschillen is het nodig om minimaal een zicht te hebben op
 - Een unieke identificatie van elke GGZ-voorziening
 - Type voorziening
 - Een unieke identificatie van elke zorgeenheid binnen de GGZ-voorziening met aanduiding van het eventueel creëren /sluiten van een zorgeenheid
 - De typering van elke zorgeenheid binnen de GGZ-voorziening
 - De aanwezige zorgcapaciteit, uitgedrukt in facturatie-eenheden (plaatsen, bedden, dagen, halve dagen,
 - De voornaamste doelgroep die in de zorgeenheid in zorg wordt genomen. Organisatorisch wordt eerder naar de levensfase van de behandelde populatie gekeken, klinisch eerder naar diagnosegroepen in zorg)
 - Het personeelseffectief dat in de betrokken zorgeenheid is tewerkgesteld (Aantal VTE per beroepsgroep: verpleegkundigen, ander verzorgend personeel, medische staf, psychologisch personeel, pedagogisch personeel, maatschappelijk werk, ergotherapeuten, kinesitherapeuten / psychomotorentherapeuten, muziektherapeuten, ander resocialiserend personeel, ervaringsdeskundigen en andere teamleden)

- b) een zicht te hebben op de populatie aan patiënten die in zorg worden genomen in alle GGZ-voorzieningen op de tweede en derde lijn. Deze beschrijving van de aanwezige populatie in deze GGZ-voorzieningen bevat minstens volgende persoonsgegevens over:
 - het geslacht
 - leeftijd
 - het sociaal-economisch profiel van de patiënten in zorg (opleidingsniveau, werksituatie, bron van inkomsten, samenlevingsvorm en –plaats)
 - de psychiatrische en relevante somatische diagnoses in hoofdcategorieën
 - een inschatting van de zorgnoden bij het begin van de zorg (CANSAS) of van de ernst van de symptomatologie (HONOS)
 - de aanwezigheid van maatschappelijke steunfiguren

- c) een zicht te hebben op zorgtrajecten van patiënten doorheen de verschillende GGZ-voorzieningen en binnenin deze GGZ-voorzieningen en de geografische verschillen in deze trajecten.

Om deze zorgtrajecten binnenin en doorheen GGZ-voorzieningen en de geografische verschillen zichtbaar te maken zijn volgende gegevens vereist:

 - een unieke identificatie van elke patiënt (rijksregisternummer of equivalent)
 - de unieke identificatie van elke GGZ-voorziening
 - de unieke identificatie van elke zorgeenheid binnen een GGZ-voorziening
 - locatie van de zorgvoorziening en locatie van de patiënt (domicilie)

- datums waartussen de patiënt in de zorgeenheid van de voorziening werd in zorg genomen
- de verwijzer van de patiënt bij het begin van de zorgperiode
- de bestemming van de patiënt bij het einde van de zorg
- het aantal contactdagen tijdens de zorgperiode

Wetende dat ook een aantal zorgtrajecten binnen de GGZ worden aangestuurd door juridische maatregelen, die aan sommige patiënten worden opgelegd, is ook de registratie van de geldende juridische maatregelen noodzakelijk.

- d) Het zorggebruik in de GGZ in België door buitenlanders te kunnen inschatten (land van domicilie, nationaliteit van de patiënt).
- e) Bovenstaande gegevens over het huidige zorgaanbod aan voorzieningen en zorggebruik door patiënten te linken aan internationale en wetenschappelijke gegevens over incidentie en prevalentie van psychiatrische aandoeningen. (treatment GAP).
- f) De niet-ingevulde zorgbehoeften vast te stellen of minstens in te schatten . De niet ingevulde zorgbehoeften kunnen zichtbaar worden gemaakt via:
 - de analyse van wachttijden (datum van aanmelding, datum van eerste face to face contact, datum van instroom in zorg): welke patiëntengroepen in functie van patiëntkenmerken (leeftijd, geslacht, diagnosekenmerken) of zorgorganisatiekenmerken (verwijzer) geraken moeilijk in zorg,
 - de analyse van patiëntengroepen die na aanmelding niet in zorg instromen en onmiddellijk worden doorverwezen (reden van doorverwijzing): welke patiëntengroepen in functie van patiëntkenmerken (leeftijd, geslacht, diagnosekenmerken) of zorgorganisatiekenmerken (verwijzer) worden veelvuldig doorverwezen in welke regio (locatie van de voorziening)
- g) De relevantie van de aanwezige diensten/voorzieningen in te schatten op basis van de vastgestelde/ingeschatte zorgnoden, de evolutie van het zorgaanbod (vermaatschappelijking van de zorg) en de genomen beleidsopties.

3.3.2. Het uitstippelen van een beleid op basis van epidemiologische gegevens.

Om een beleid op basis van epidemiologische gegevens te kunnen voeren zijn incidentie- en prevalentiecijfers van GGZ-problematieken nodig.

Wetende dat epidemiologische bevolkingsstudies (vb ESEMED) vaak gebaseerd zijn op bevragingen van burgers in hun thuishmilieu, worden er zelden epidemiologische gegevens verzameld in residentiële zorgvoorzieningen. Een registratie van epidemiologische gegevens over het voorkomen van GGZ-problematieken in residentiële zorgvoorzieningen is een waardevolle aanvulling op de bestaande bevolkingsstudies.

Wetende dat epidemiologie in wezen gaat over mortaliteit, morbiditeit en comorbiditeit, is het verzamelen van volgende gegevens noodzakelijk:

- psychiatrische diagnoses (DSM-V)
- somatische diagnoses (ICD-10)
- de wijze van het einde van de zorg (al dan niet overlijden)

Epidemiologische gegevens in alle GGZ-voorzieningen levert informatie op over het differentieel voorkomen (incidentie en prevalentie) in verschillende geografische gebieden.

Hiertoe is het nodig om bovenop de diagnostische gegevens volgende informatie te verzamelen:

- een unieke identificatie per patiënt (om toe te laten elke patiënt slechts éénmaal in het landelijk bestand op te nemen en bijgevolg dubbeltellingen te vermijden)
- de patiëntkenmerken leeftijd, geslacht, nationaliteit
- de contextkenmerken waarvan internationaal is aangetoond dat ze een impact hebben op het voorkomen van GGZ-problematieken: onderwijsniveau, samenlevingsvorm, financiële kwetsbaarheid (code gerechtigde, bron van inkomsten, werksituatie),
- diagnostische kenmerken (zowel psychiatrisch als somatisch)
- de locatie van de patiënt (domicilie en land van domicilie).

In het kader van Europees epidemiologisch onderzoek heeft België zich geëngageerd om gegevens aan te leveren inzake de vraag naar hulpverlening bij patiënten met middelenmisbruik. De te registreren items werden Europees bepaald en via een protocolakkoord interministerieel vastgelegd. De items van deze Treatment Demand Indicator werden ingebouwd in deze gemeenschappelijke registratie,

- gedeeltelijk in de items die voor alle patiënten in een GGZ-voorziening moeten worden geregistreerd
 - geslacht
 - leeftijd
 - onderwijsniveau
 - samenlevingsplaats
 - samenlevingsvorm
 - onderwijsniveau
 - werksituatie
- deels in specifieke items die zo specifiek zijn dat ze enkel relevant zijn voor mensen met een middelenmisbruik (cfr aanvullende gegevensset voor mensen met een middelenmisbruik)

- Op welke datum bent u met deze behandeling begonnen?
- Bent u in het verleden al behandeld voor een middelgebonden problematiek?
- Welke persoon of instelling heeft u ertoe aangezet om deze behandeling te volgen?
- Heeft u ooit al een substitutiebehandeling gevolgd?
- Welk type substitutiebehandeling heeft u al gevolgd?
- Op welke leeftijd heeft u uw eerste substitutiebehandeling gevolgd?
- Welke psychoactieve substanties vormen momenteel problemen voor u?
- Onder deze substanties wat is de voornaamste die u ertoe bracht om de huidige behandeling te starten?
- Op welke manier gebruikt u deze voornaamste substantie gewoonlijk?
- De voorbije 30 dagen, hoe frequent gebruikt u deze voornaamste substantie gewoonlijk?
- Op welke leeftijd heeft u deze voornaamste substantie voor het eerst gebruikt?
- Heeft u in uw leven al een substantie geïnjecteerd (ongeacht welke substantie)?
- Op welke leeftijd heeft u de substantie voor het eerst geïnjecteerd?
- Wanneer heeft u een substantie voor het laatst geïnjecteerd?
- Heeft u in de loop van uw leven al naalden of spuitjes gedeeld?
- Wanneer heeft u voor het laatst een naald of spuit gedeeld?

3.3.3. De omschrijving van de kwalitatieve en kwantitatieve erkenningsnormen van de GGZ voorzieningen en diensten (cfr 1996)

Vele van de huidige erkenningsnormen van GGZ diensten worden beschreven in termen van 1) de beoogde doelgroep van de dienst, 2) de beoogde doelstellingen, 3) de vereiste organisatie en 4) de vereiste functionele normen.

Om een beschrijving van het **beoogde doelpubliek aan patiënten** van een dienst mogelijk te maken, is er nood aan het weergeven van informatie over de gewenste inclusie- en exclusiecriteria op basis van:

- diagnostiek (psychiatrisch en somatisch)
- financiële toegankelijkheid, bijvoorbeeld bij voorkeur gericht naar financieel zwakkere patiënten (code gerechtigde, voornaamste bron van inkomsten)
- veiligheidsrisico's (juridische statuut, ernst van symptomen (HONOS), HONOS secure)
- reeds ontvangen zorg (wie verwijst naar wie: verwijzer bij begin van een zorgperiode en bestemming bij het einde van een zorgperiode)

De doelstelling van de ten laste neming kan worden uitgedrukt in welke opdrachten worden opgenomen, dan wel welke levensdomeinen van een patiënt geacht worden de focus van zorg te zijn.

De meest voor de hand liggende doelstelling van een ten laste neming in een acute fase is het verminderen van de ernst van de prominente symptomen. Hiertoe wordt in voorzieningen en diensten die een acuut karakter hebben (mobiele teams 2A, centra geestelijke gezondheidszorg, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en ziekenhuizen,) de ernst van de symptomatologie in beeld gebracht aan het begin en aan het einde van de zorgperiode via de internationaal gebruikte HONOS-schaal. Om maximaal tegemoet te komen aan de symptomatologie per levensfase, wordt elke patiënt in één van bovenstaande acute GGZ-voorzieningen die HONOS-versie gehanteerd die overeenkomt met de levensfase van de patiënt:

- HONOSCA voor kinderen en adolescenten
- HONOS voor volwassenen
- HONOS 65+ voor ouderen.

Voor langer durende zorgtrajecten staan een veel breder pallet aan levensdomeinen in de focus van de ten laste neming. De aanwezige zorgknoten op verschillende levensdomeinen worden zowel aan het begin als aan het einde van een zorgperiode in beeld gebracht via de internationaal gebruikte CANSAS-schaal in GGZ-voorzieningen en diensten die eerder in een langer durend traject van patiënten participeren: mobiele teams 2B, psychiatrische zorg in de thuissituatie, activering, GGZ-gerelateerde revalidatiecentra, initiatieven beschut wonen, psychiatrische verzorgingstehuizen.

Om een beschrijving van de **organisatie** mogelijk te maken, is er nood aan beschrijvende gegevens van de zorgseenheden. Hiertoe zijn gegevens nodig over:

- de unieke identificatie van elke GGZ-voorziening
- de unieke identificatie van elke zorgseenheid binnen een GGZ-voorziening
- het administratief kenmerk van de zorgperiode
- de typering zorgseenheid

De **functionele beschrijving** van de normen bevat gegevens over

- de minimale personeelsomkadering waarbij een uitsplitsing wordt gemaakt inzake kwalificatie en aantal personeelsleden
- de caseload waarvoor het voorziene personeelsequivalent geacht wordt de zorg op te nemen
- beschrijving zorgaanbod: therapeutisch aanbod en programma
-

Sommige kwalitatieve normomschrijvingen bevatten ook **architecturale normen**. Omdat een aantal architecturale voorzieningen het hoge veiligheidsrisico's bij patiënten hanteerbaarder kunnen maken, is het nodig om ook het veiligheidsrisico van de patiënt in beeld te brengen

- juridisch statuut/maatregel
- HONOS secure
- Items inzake gedwongen opnames
- HONOS (ernst van de symptomen)

Andere architecturale normen hebben eerder een verband met brandveiligheid (vb gebruikte materialen), privacy (vb wachtkamers) en algemene beveiliging (vb toegang), welke niet aan een patiënt gebonden zijn. Deze normering wordt uit deze gemeenschappelijke registratie gehouden.

De omschrijving van de kwalitatieve erkenningsnormen tekent geenszins dat men de kwaliteit van zorg meet. Bovenstaande gegevens zijn dan ook niet op te vatten als instrumenten om de kwaliteit van het zorgaanbod in beeld te brengen. Gelet op de ruime verscheidenheid aan GGZ-voorzieningen en doelgroepen, bevat deze gemeenschappelijke registratie geen metingen van de kwaliteit van de zorg.

3.3.4. De organisatie van de financiering van de GGZ-voorzieningen met inbegrip van de controle op het goede gebruik van overheidsmiddelen'

3.3.4.1. Welke financiering is nodig

De financiering dient minimaal de eisen (erkenningnormen) die aan een dienst / voorziening worden gesteld, te dekken, bijvoorbeeld de vereiste personeelsomkadering en architectuur. Daartoe zijn de opgevraagde gegevens in het kader van de vastlegging van de kwantitatieve en kwalitatieve erkenningnormen eveneens te gebruiken voor de organisatie van de financiering met inbegrip van het goed gebruik van de toegekende overheidsmiddelen. Zie de opsomming van items in de vorige paragraaf 3.3.3.

Naast de erkenningnormen is het eveneens belangrijk te beschikken over kwantitatieve gegevens met betrekking tot de activiteit van een voorziening/dienst/zorgeenheid die medebepalend zijn in het gebruik van de toegekende middelen.

Elementen van activiteit zijn:

- De beschikbare capaciteit (theoretische capaciteit van een zorgeenheid)
- De caseload / bezettingsgraad (actieve caseload op een gegeven moment, in casu 1/1 van het jaar)
- Het aantal opnamen en ontslagen (zie administratieve gegevens)
- De behandelduur per klinische groep (begin en einde van een zorgperiode, diagnosegegevens, leeftijdsklasse, ernst van de symptomen)
- Het reëel aantal contacten-/dagen, waarbij er minstens gedurende 15 minuten een face to face contact heeft plaatsgehad.
- Het aantal heropnames per klinische groep (unieke identificatie van de voorziening en de patiënt, begin en einde van een zorgperiode, diagnosegegevens, leeftijdsklasse, ernst van de symptomen)
- Tijdelijke onderbrekingen in de zorg (zie administratieve gegevens)
- De wijze van einde van de zorgperiode (op wiens initiatief is de zorgperiode beëindigd).
- De vergelijking van de intensiteit van de symptomen (HONOS) of zorgnoden (CANSAS) aan het begin versus het einde van de zorgperiode, Opgelet: deze vergelijking begin-einde is echter geen effectmeting want er is geen 100% oorzakelijk verband tussen het verschil begin-einde en de geleverde zorg. Ook andere factoren spelen mee, die niet in deze gemeenschappelijke registratie in beeld worden gebracht. Denken we bijvoorbeeld ontwikkelingen in het leefmilieu van de patiënt

Wil een GGZ-voorziening in staat zijn kwalitatieve zorg te leveren, dient zij te beschikken over voldoende financiële middelen om de toegewezen opdrachten daadwerkelijk uit te voeren. Het risicoprofiel van de patiënten in zorg is een belangrijke parameter in het bepalen van de aard en de intensiteit van de zorg. Om dit **risicoprofiel van de patiënten** in te schatten is informatie nodig over:

- De ernst van symptomen (HONOS)
- De geldende juridische maatregelen /statuut
- De inschatting van het risicoprofiel (HONOS secure) voor die patiënten die daadwerkelijk een potentieel risico meedragen.

Via een aanvullend financieringskader financiert de Belgische overheid **interculturele bemiddelaars**. De gemeenschappen stellen sociale tolken ter beschikking van welzijns- en gezondheidsactoren. Om het gebruik van deze specifieke ondersteuners in de zorg in beeld te brengen is het nodig om enerzijds te peilen naar het voorkomen van verschillen in taal en cultuur tussen de zorgverleners en de patiënt en anderzijds de noodzaak tot inzet van deze specifieke ondersteuners. Hiertoe bevat de gemeenschappelijke registratie twee items die het bovenstaande in beeld pogen te brengen (waarbij wordt rekening gehouden met het niet-opvragen van de gevoelige gegevens inzake cultuur, taal en religie):

- Tussenkost bemiddelaar mbt cultuur
- Tussenkost bemiddelaar mbt taal

3.3.4.2. Financiële draagkracht

Socio-economische factoren zijn belangrijk in het ontstaan en verdere verloop van heel wat GGZ-problemen. Zo blijkt dat het voorkomen van GGZ-problemen bij bevolkingsgroepen met een lagere socio-economische status hoger is. Het is derhalve aangewezen om een inschatting te maken van de mogelijkheden van patiënten om financieel bij te dragen aan zorg, rekening houdende met langdurig karakter van heel wat GGZ-problematieken.

Omdat financiële gegevens van patiënten zeer privacygevoelig zijn, kunnen in het kader van een gemeenschappelijke registratie enkel indirecte aanwijzingen over de financiële draagkracht worden opgevraagd:

- Code gerechtigde (geeft een indicatie over het statuut en anderzijds het al dan niet beschikken over het recht op een verhoogde tegemoetkoming, wat aangeeft dat de patiënt over een beperkt bruto-inkomen beschikt²)
- Voornaamste bron van inkomsten (al dan niet vervangingsinkomen en zo ja ,welk)
- Werksituatie (activiteitsgraad)
- Samenlevingsvorm (al dan niet inkomen te besteden over meerdere personen)
- Onderwijsniveau

➤ ² (16.965,47 € op jaarbasis voor een alleenstaande – bedrag op 1/9/2013)

3.3.5. Het vergelijken van de geestelijke gezondheidszorg in België, zowel inzake de organisatie van de zorg als inzake de patiënten in zorg, met andere landen, en in het bijzonder door het aanleveren van anonieme, geaggregeerde gegevens aan internationale organisaties zoals de WHO of andere EU-instansies, al dan niet in uitvoering van internationale afspraken die België of haar overheden hebben aangegaan.

In het kader van de EMCDDA participeert België, zoals reeds hierboven beschreven in 3.3.2., aan de Europese registratie inzake de Treatment Demand Indicator bij personen met middelenmisbruik. Om België in staat te stellen aan dit Europees engagement tegemoet te komen, werden de TDI-items geïntegreerd in deze gemeenschappelijke registratie.

Ook in het kader van de OESO levert België gegevens aan over de geestelijke gezondheidszorg. Zo vraagt de OESO Health care quality indicators-Mental Health (Health at a Glance) om deze geaggregeerde gegevens aan de OESO te kunnen overmaken heeft België nood aan volgende gegevens (door het ontbreken van een unieke patiëntidentificatie werden tot nog toe enkel de heropnames binnen hetzelfde ziekenhuis doorgestuurd)

- op patiëntniveau
 - Leeftijd
 - Geslacht
 - Hoofddiagnose
 - Volgnummer van de zorgperiode
 - Datum start zorgperiode
 - Datum einde zorgperiode
 - Wijze van ontslag
- op voorzieningenniveau
 - Type voorziening

Naast de OESO is ook de WHO vragende partij voor sommige gegevens.

Zo vraagt de WHO, gegevens voor de Health for All database.

Om deze geaggregeerde gegevens aan de WHO te kunnen overmaken heeft België nood aan volgende gegevens (door het ontbreken van een unieke patiëntidentificatie kon België nog geen incidentiegegevens aanleveren)

- op patiëntniveau
 - Leeftijd
 - Diagnosecodes
 - Datum start zorgperiode
 - Datum einde zorgperiode
- op voorzieningenniveau
 - Type voorziening
 - Administratief kenmerk van de zorgperiode

Naast de OESO en de WHO vraagt ook de United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) gegevens VIE-N-MO.2 (door het ontbreken van een unieke patiëntidentificatie kon België nog geen incidentiegegevens aanleveren) :

- op patiëntniveau
 - Leeftijd
 - Geslacht
 - Hoofddiagnose

- Diagnosecodes drugs
- Datum start zorgperiode
- op voorzieningenniveau
 - Type voorziening

3.3.6. Het ondersteunen van wetenschappelijk onderzoek inzake geestelijke gezondheidszorg in België door erkende wetenschappelijke instanties. Dit met volle respect van de privacy van de patiënt.

Gegevens die reeds in het kader van één van de 5 andere doelstellingen van deze gemeenschappelijke registratie worden verzameld en op landelijk niveau ergens bij elkaar worden gebracht, kunnen eveneens worden gebruikt voor verder wetenschappelijk onderzoek op voorwaarde dat:

- het gaat om geaggregeerde gegevens (=totalen), waarbij zowel de patiënt als de GGZ-voorziening niet meer zichtbaar is ;
- de wetenschappelijke onderzoekers instaan voor de nodige expliciete toelatingen van de sectorale commissie van de privacy_commissie om geanonimiseerde patiëntgegevens te linken aan andere gegevens uit andere databronnen. Deze toelating moet instaan voor de nodige privacy- en veiligheidswaarborgen inzake de verzamelde data. Zie verder hoofdstuk 4.

Voor zuiver wetenschappelijke doelstellingen worden er **geen bijkomende items** aan de gemeenschappelijke registratie **toegevoegd**.

Voor een schematisch overzicht van de registratie-inhouden in functie van de doelstellingen, verwijzen we naar bijlage 1.

4. Beveiliging van de privacy van patiënten

Voorafgaandelijke opmerking:

De gemeenschappelijke registratie vervangt de communicatie tussen hulpverleners NIET. De communicatie tussen hulpverleners, betrokken bij eenzelfde patiënt, valt buiten de scope van deze minimale registratie.

Om de minimale registratielast verder te ondersteunen, wordt verder gewerkt op de ontwikkelingen inzake E-health en het systeem van hubs en metahubs (zie interministerieel E-health actieplan 2013-2018).

Hierbij is het de bedoeling, zoals op heden reeds gedeeltelijk het geval is in de somatische sector, dat de ene behandelaar leestoegang krijgt tot gegevens van een andere behandelaar mits de nodige autorisaties en beveiligingssystemen en de uitdrukkelijke toestemming van de patiënt.

Cfr een huisarts die voor zijn patiënt toegang krijgt tot labo-uitslagen of RX-protocollen in een ziekenhuis.

Met in acht name van dezelfde principes van autorisaties, beveiligingssystemen en toestemming van de patiënt moet het in de toekomst mogelijk worden dat vb een revalidatiecentrum GGZ gedeeltelijke inzage krijgt in bepaald verslagen of klinische gegevens van een vorig verblijf van de eigen patiënt in een PZ.

Idem dito voor gelijktijdige behandelingen of zorgverlening: vb een CGG dat gedeeltelijke toegang krijgt tot het handelingsplan van haar cliënt die op dat moment ook wordt begeleid in een initiatief beschut wonen en vice versa: het initiatief beschut wonen dat gedeeltelijk inzage krijgt in sommige behandelingsgegevens in het CGG.

Dit alles onder de strikte voorwaarde van de formele toestemming van de patiënt, het bestaan van beveiligde informatiekanaalen. Tevens is absoluut vereist dat de actor die leesgebruiken willen gebruiken een actuele behandelings/begeleidingsopdracht hebben ten aanzien van dezelfde patiënt.

Om bovenstaande mogelijk te maken moet er in een latere toekomst op enig niveau administratieve informatie (virtueel) worden samengebracht zodat een nieuwe hulpverlener van een patiënt bij de start van een nieuwe zorgperiode elektronisch kan nagaan bij welke GGZ-actoren zijn patiënt in het verleden in zorg is geweest is of gelijktijdig is.

Deze werkwijze impliceert dat GGZ-voorzieningen toekomstgericht administratieve gegevens over elke start en einde van zorg aan elke patiënt in hun voorziening online doorgeven.

Om het klinisch werk te ondersteunen en tegelijk de registratielast te verminderen, is het verdedigbaar dat deze samengebrachte gegevens ook inhoudelijke gegevens bevatten over de GGZ-historiek van de patiënt. Dit moet verhinderen dat de patiënt bij elke hulpverlener zijn verhaal opnieuw moet vertellen.

Anderzijds kan dit opvragen van vroegere gegevens van de patiënt (ook van andere hulpverleners) enkel geschieden mits de uitdrukkelijke toestemming van de patiënt en met respect voor de rechten van de patiënt.

Om dit alles te realiseren met alle privacywaarborgen voor de patiënt, zal men nog het nodige denkwerk moeten verrichten en zullen de overheden er moeten op toe zien dat de privacyregels in alle stadia van de informatiestroom worden gerespecteerd evenals de rechten van de patiënt.

4.1. Koppeling van gegevens over voorzieningen heen

Eén van de belangrijke doelstellingen van de gemeenschappelijke registratie is het zichtbaar maken van trajecten van patiënten doorheen de tijd over alle GGZ-voorzieningen heen maar met garanties voor de anonimiteit van de patiënt.

Dit zicht op trajecten vereist unieke identificaties van zowel de patiënt als de GGZ-voorzieningen.

Door de verdere ontwikkelingen inzake het delen van informatie, zoals beschreven in het interministerieel E-health actieplan 2013-2018 wordt het mogelijk om een patiënt uniek te identificeren. Via zijn rijksregisternummer (of vergelijkbare identificatie voor mensen zonder RR) wordt iedere patiënt uniek geïdentificeerd.

Als bovendien de verschillende overheden gemeenschappelijk komen tot het uniek identificeren van elke GGZ-voorziening over alle bevoegdheidsdomeinen heen (=unieke identificatiesleutel per GGZ-voorziening), wordt het mogelijk om trajecten van patiënten over verschillende GGZ-voorzieningen heen in beeld te brengen zonder dat men hiertoe de identiteit van de patiënten kent.

Vergelijkbaar met de huidige werkwijze voor de TDI-registratie, zendt een GGZ-voorziening in een te bepalen exportformat zijn registratiegegevens met het rijksregisternummer van de patiënt naar een door de overheden aan te duiden Trusted Third Party, die het rijksregisternummer omzet naar een unieke patiëntcode. Vervolgens worden de registratiegegevens met de unieke patiëntcode (maar zonder RR) doorgestuurd naar een databank, die wordt gebruikt voor het aanmaken van feedback op verschillende beleidsniveaus.

Doordat gegevens van eenzelfde patiënt via de unieke patiëntcode in de landelijke databank komen, en dit van alle GGZ-voorzieningen op de tweede en derde lijn in België, is het mogelijk de trajecten van patiënten (op anonieme wijze) in beeld te brengen.

Hierbij het is de expliciete bedoeling om beleidsrelevante informatie te verkrijgen en kan het geenszins de bedoeling zijn om de trajecten van individuele patiënten te analyseren en evalueren.

4.2. Beveiliging: gegevens splitsen over verschillende databanken in functie van de doelstellingen van de registratie

Om te kunnen voldoen aan de 6 geformuleerde doelstellingen bevat de gemeenschappelijke registratie tal van gegevens over een patiënt.

Vanuit het oogpunt van het gemak om deze gegevens te exploiteren, is het aangewezen om al deze data in éénzelfde databank onder te brengen. Deze werkwijze zou toelaten om, in functie van de gekozen doelstelling, die variabelen te selecteren en te kruisen die men nodig heeft.

ECHTER

Ten allen tijde moet men vermijden dat een landelijke databank gegevens bevat die kunnen worden teruggebracht naar een identificeerbare persoon.

Het meest identificerende gegeven is het rijksregisternummer. Anderzijds kunnen andere gegevens, zeker wanneer ze worden samengelegd, leiden tot een identificatie van een persoon, zelfs al beschikt men niet over het rijksregisternummer. Denk maar aan de gecombineerde gegevens: domicilie, nationaliteit, samenlevingsvorm- en plaats, onderwijsniveau, voornaamste bron van inkomsten,....

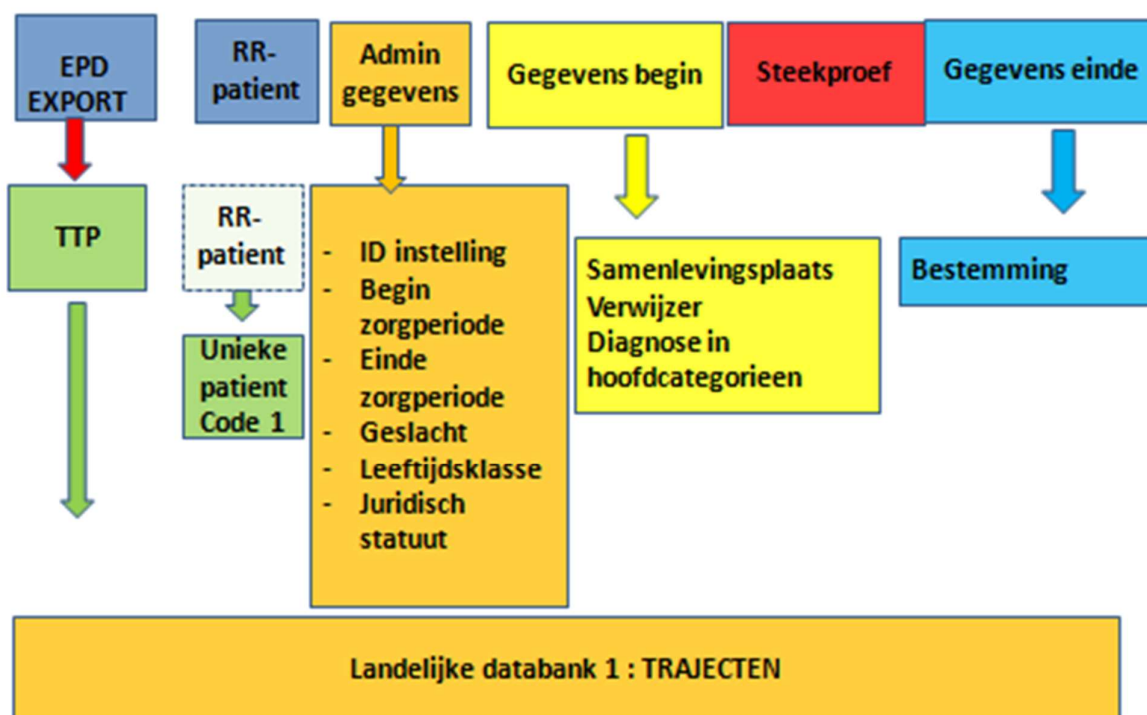
De NRZV stelt daarom voor om:

- in functie van elke doelstelling de gegevens te verzamelen in verschillende databanken
- de gegevens per databank te beperken tot deze die echt nodig zijn om de doelstelling te kunnen waarmaken.

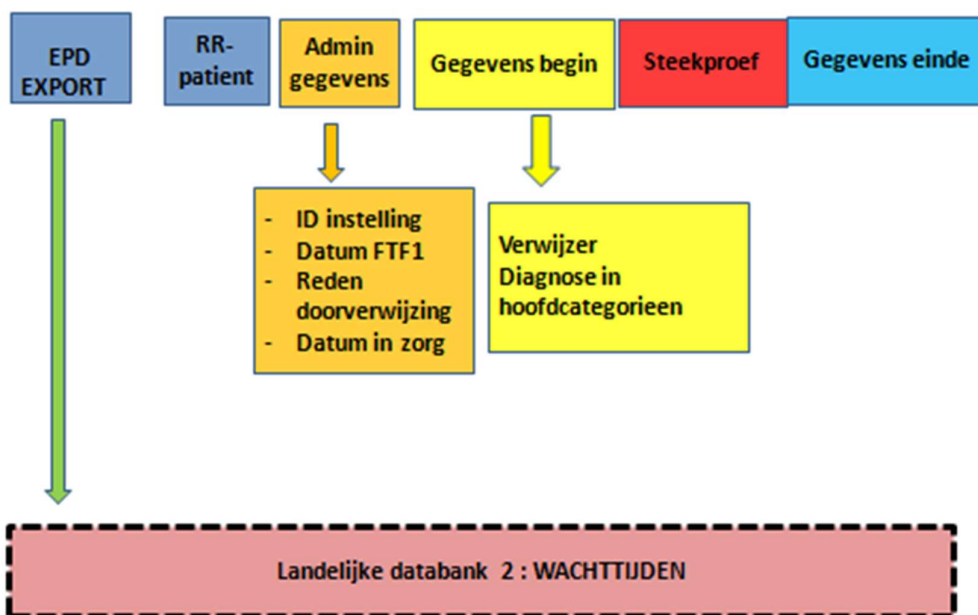
Indien het in meerdere databanken nodig is om te beschikken over een unieke patiëntidentificatie, moet het coderingsmechanisme voor de verschillende databanken verschillend zijn zodat de gecodeerde unieke patiëntidentificatie van patiënt X in bestand 1 niet kan gelinkt worden met de gecodeerde unieke patiëntidentificatie van dezelfde patiënt X in bestand 2. Dit kan worden bekomen door andere algoritmes te gebruiken om het rijksregister van de patiënt om te zetten in een gecodeerde patiëntidentificatie.

De NRZV stelt hieronder enkele mogelijkheden voor om databanken te splitsen. Onderstaande mogelijkheden zijn niet limitatief.

Voorbeeld: TRAJECTGEGEVENS

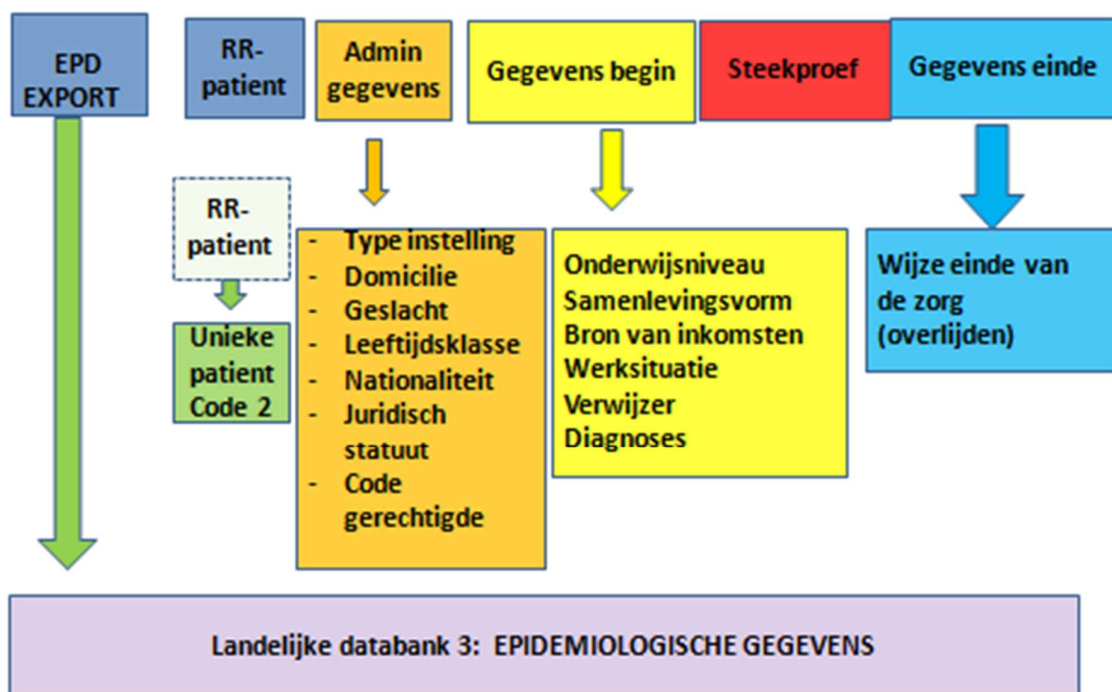


Voorbeeld: WACHTTIJDEN

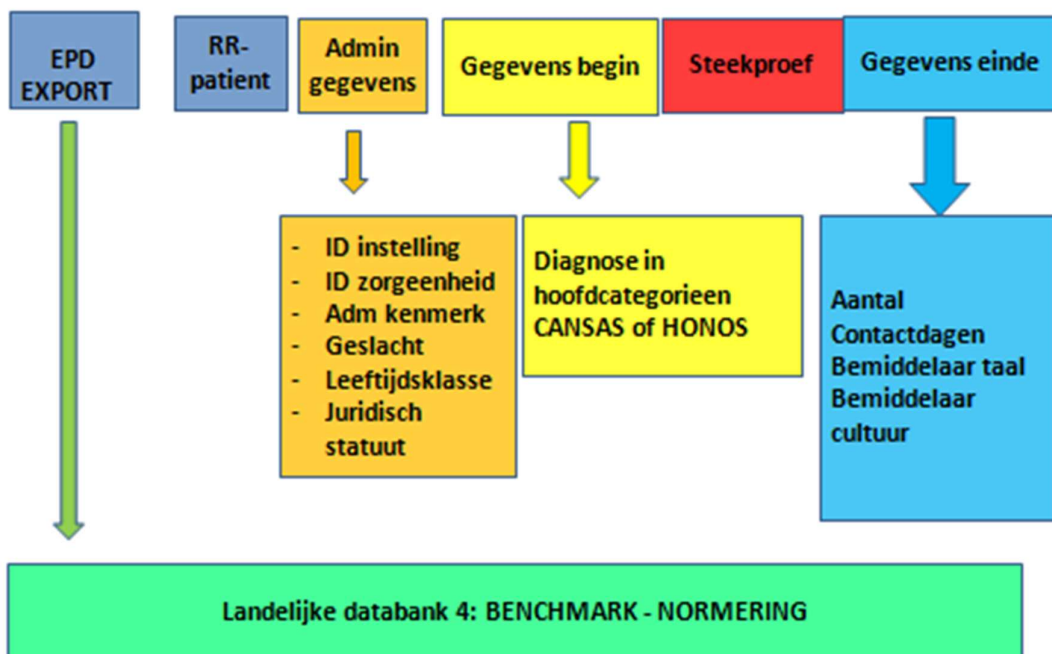


Voorbeeld: EPIDEMIOLOGISCHE GEGEVENS

(elke persoon slechts 1x over alle GGZ-voorzieningen heen=> pseudo_pt code meenemen)

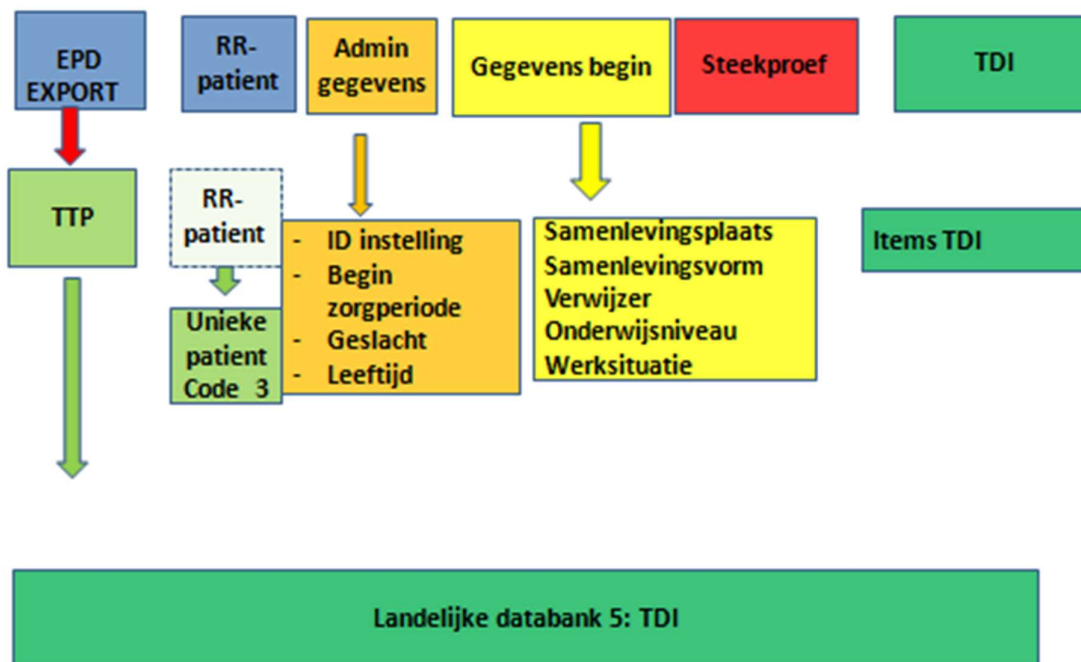


Voorbeeld: Kwalitatieve en kwantitatieve erkenningsnormen en organisatie van de financiering



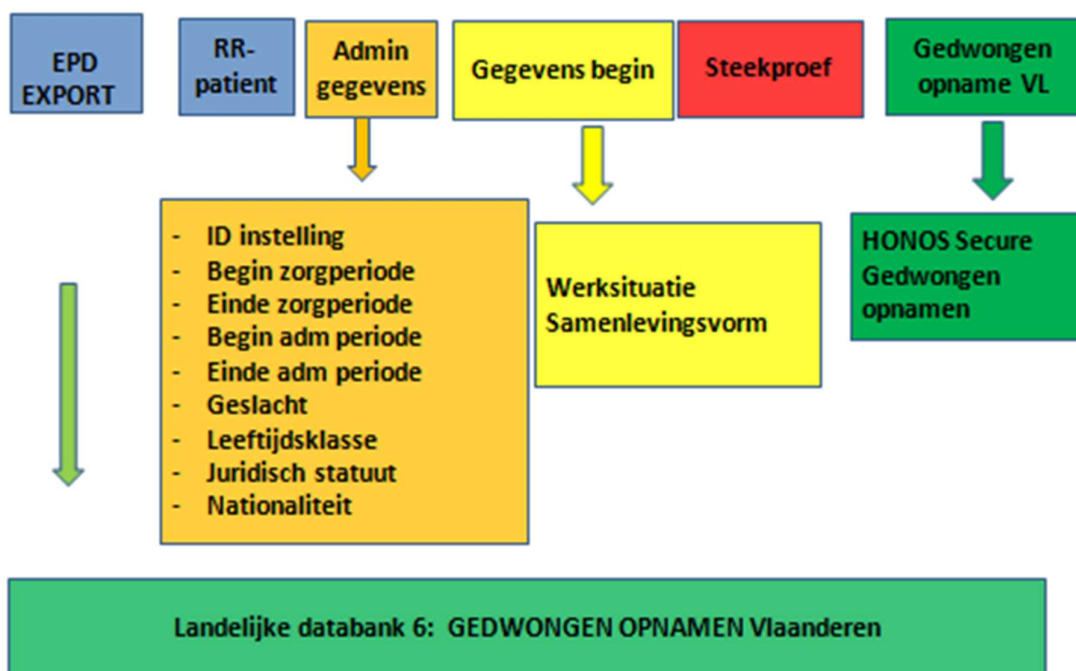
Voorbeeld: Treatment Demand Indicator (EU)

(elke persoon op jaarbasis slechts 1x over alle voorzieningen heen)



Ook gemeenschapsspecifieke databanken zijn mogelijk, bijvoorbeeld:

Voorbeeld: GEDWONGEN OPNAMEN Vlaanderen



Indien de overheden de verzamelde gegevens wensen te koppelen aan in andere databanken beschikbare informatie, dienen zij daartoe de nodige stappen te ondernemen om de gegevenskoppeling met alle respect voor de privacy van patiënten mogelijk te maken. Hiertoe zullen de overheden de nodige stappen ondernemen via de Kruispuntenbank en de privacy commissie.

4. INHOUD VAN DE GEMEENSCHAPPELIJKE REGISTRATIE IN DE GGZ

4.1. GEGEVENS OVER DE GGZ-VOORZIENING

SI	ALGEMENE KENMERKEN VAN DE VOORZIENING
Eenmaal in te vullen per GGZ-voorziening	
SI01	ID-nummer van de GGZ-voorziening: uniek nummer per voorziening
SI02	Type voorziening
SI03	Naam van de registratie-verantwoordelijke
SI04	Email adres van de registratie-verantwoordelijke
SI05	Telefoonnummer van de registratie-verantwoordelijke

SU	FUNCTIONELE ORGANISATIE ZORGEENHEDEN
1 record per zorgeenheid die de GGZ-voorziening in haar geledingen onderscheidt	
SU01	ID-nummer van de GGZ-voorziening: uniek nummer per voorziening (=idem SI01)
SU02	Type voorziening (idem SI02)
SU03	ID-nummer van de zorgeenheid
SU04	Datum opening zorgeenheid
SU05	Datum sluiting zorgeenheid
SU06	Typering zorgeenheid
SU07	Indien relevant Capaciteit: bedden
SU08	Indien relevant Capaciteit: plaatsen
SU09	Indien relevant Capaciteit: dagen per jaar
SU10	Indien relevant Capaciteit: halve dagen per jaar
SU11	Voornaamste doelgroep: levensfase
SU12	Voornaamste doelgroep: diagnosegroep
SU13	Voornaamste gehanteerde beschermingsniveau
SU14	Beschrijving van de zorgeenheid

STU	ZORGEENHEDEN STEEKPROEF situatie 1/ 1
1 record per zorgeenheid die de GGZ-voorziening in haar geledingen onderscheidt	
STU01	Voorziening-ID: uniek nummer per voorziening (=idem SI01)
STU02	ID-Nummer van de zorgeenheid (=idem SU03)
STU03	Typering zorgeenheid (=idem SU06)
STU04	Actieve caseload van de zorgeenheid op 1/1
STU20	Aantal FTE psychiatrisch verpleegkundigen
STU21	Aantal FTE sociaal verpleegkundigen
STU22	Aantal FTE algemene en andere verpleegkundigen
STU23	Aantal FTE ander verzorgend personeel
STU24	Aantal FTE medische staf psychiater
STU25	Aantal FTE medische staf internist
STU26	Aantal FTE medische staf huisarts
STU27	Aantal FTE medische staf andere disciplines
STU28	Aantal FTE medische staf: GSO
STU29	Aantal FTE psychologisch personeel: master
STU30	Aantal FTE psychologisch personeel: bachelor
STU31	Aantal FTE (ortho-)pedagogisch personeel: master
STU32	Aantal FTE pedagogisch personeel: bachelor
STU33	Aantal FTE pedagogisch/educatief personeel: ander
STU34	Aantal FTE personeel maatschappelijk werk
STU35	Aantal FTE ergotherapeuten

STU36	Aantal FTE kinesitherapeuten / psychomotorentherapeuten
STU37	Aantal FTE muziektherapeuten
STU38	Aantal FTE ander resocialiserend personeel
STU39	Aantal FTE ervaringsdeskundige
STU40	Aantal FTE administratief of logistiek personeel gekoppeld aan de zorgenheid
STU41	Aantal FTE andere leden van het team

4.2. Gemeenschappelijke stam = Voor alle patiënten

4.2.1. Identificatiegegevens = 1 record per patiënt

IP01	RR-nummer patiënt
IP02	Geboortejaar
IP03	Geslacht
IP04	Gemeente domicilie
IP05	Land domicilie
IP06	Nationaliteit

4.2.2. Administratieve gegevens

= 1 record per patiënt per administratieve periode binnen 1 zorgperiode

AP01	Voorziening-ID: uniek nummer per voorziening (=idem SI01)
AP02	RR-nummer patiënt (=idem IP01)
AP03	Datum begin van de zorgperiode
AP04	Datum begin van de administratieve periode
AP05	Datum einde van de administratieve periode
AP06	Administratief kenmerk van de zorgperiode
AP07	ID-nummer van de zorgenheid
AP08	Code gerechtigde
AP09	Juridisch statuut – maatregelen
AP10	Tijdelijke onderbreking van de zorg: reden

4.2.3. Gegevens over het begin van de zorg

= 1 record per patiënt per zorgperiode

MA01	Voorziening-ID: uniek nummer per voorziening (=idem SI01)
MA02	RR-nummer patiënt (=idem IP01)
MA03	Datum begin van de zorgperiode
MA04	Verwijzer
MA05	Samenlevingsplaats voor de start van de zorgperiode
MA06	Samenlevingsvorm voor de start van de zorgperiode
MA06A	Met wie woonde u de afgelopen 30 dagen samen, (met uitzondering van kinderen ten laste?)
MA06B	Heeft u vorige maand samengewoond met kinderen ten laste (Uw eigen kinderen of die van uw partner en waarvoor u verantwoordelijk bent)
MA06C	Aanwezigheid maatschappelijke steunfiguren
MA07	Onderwijsniveau
MA08	Werksituatie
MA09	Voornaamste bron van inkomsten

- MA10 DSM-V DIAGNOSE BIJ de Start van de zorgperiode
- MA10.01 Eerste diagnose volgens DSM-V
- MA10.02 Tweede diagnose volgens DSM-V
- MA10.03 Derde diagnose volgens DSM-V
- MA10.04 Vierde diagnose volgens DSM-V
- MA10.05 Vijfde diagnose volgens DSM-V
- MA10.06 Zesde diagnose volgens DSM-V
- MA10.07 Zevende diagnose volgens DSM-V

SOMATISCHE AANDOENINGEN

- MA10.11 Somatische diagnose volgens ICD-10
- MA10.12 Somatische diagnose volgens ICD-10
- MA10.13 Somatische diagnose volgens ICD-10
- MA10.14 Somatische diagnose volgens ICD-10
- MA10.15 Somatische diagnose volgens ICD-10
- MA10.16 Somatische diagnose volgens ICD-10
- MA10.17 Somatische diagnose volgens ICD-10
- MA10.18 Somatische diagnose volgens ICD-10
- MA10.19 Somatische diagnose volgens ICD-10
- MA10.20 Somatische diagnose volgens ICD-10

Inschatting van de zorgnoden

- MA15.00 Datum van de afname van de CANSAS
- MA15.01 CANSAS item 1: Huisvesting
- MA15.02 CANSAS item 2: Voeding
- MA15.03 CANSAS item 3: Zorg voor het huishouden
- MA15.04 CANSAS item 4: Zelfverzorging
- MA15.05 CANSAS item 5: Activiteiten overdag
- MA15.06 CANSAS item 6: Lichamelijke gezondheid
- MA15.07 CANSAS item 7: Psychotische symptomen
- MA15.08 CANSAS item 8: Informatie over de toestand en de behandeling
- MA15.09 CANSAS item 9: Psychisch onwelbevinden
- MA15.10 CANSAS item 10: Veiligheid voor de persoon zelf
- MA15.11 CANSAS item 11: Veiligheid voor anderen
- MA15.12 CANSAS item 12: Alcohol
- MA15.13 CANSAS item 13: Drugs
- MA15.14 CANSAS item 14: Gezelschap
- MA15.15 CANSAS item 15: Intieme relaties
- MA15.16 CANSAS item 16: Beleving van de seksualiteit
- MA15.17 CANSAS item 17: Zorg voor de kinderen
- MA15.18 CANSAS item 18: Basisonderwijs/educatie
- MA15.19 CANSAS item 19: Telefoon
- MA15.20 CANSAS item 20: Vervoer
- MA15.21 CANSAS item 21: Geld
- MA15.22 CANSAS item 22: Uitkeringen

Inschatting van de ernst van de symptomen

MA16.01 Datum van afname van de HONOS

MA16.02 Versie van de HONOS

MA17.01 HONOS item 1

MA17.02 HONOS item 2

MA17.03 HONOS item 3

MA17.04 HONOS item 4

MA17.05 HONOS item 5

MA17.06 HONOS item 6

MA17.07 HONOS item 7

MA17.08 HONOS item 8

MA17.09 HONOS item 9

MA17.10 HONOS item 10

MA17.11 HONOS item 11

MA17.12 HONOS item 12

(enkel in geval van HONOSCA)

MA17.13 HONOS item 13

MA17.14 HONOS item 14

MA17.15 HONOS item 15

4.2.4 Gegevens over het einde van de zorg

MD01 Voorziening-ID: uniek nummer per voorziening (=idem SI01)

MD02 RR-nummer patiënt (=idem IP01)

MD03 Datum begin van de zorgperiode

MD04 Datum einde van de zorgperiode

MD05 Wijze van einde van de zorgperiode

MD06 Tussenkost bemiddelaar mbt cultuur

MD07 Tussenkost bemiddelaar mbt taal

MD08 Bestemming

MD09 Aantal contactdagen tijdens de zorgperiode

MD10 DSM-V DIAGNOSE BIJ de einde van de zorgperiode

MD10.01 Eerste diagnose volgens DSM-V

MD10.02 Tweede diagnose volgens DSM-V

MD10.03 Derde diagnose volgens DSM-V

MD10.04 Vierde diagnose volgens DSM-V

MD10.05 Vijfde diagnose volgens DSM-V

MD10.06 Zesde diagnose volgens DSM-V

MD10.07 Zevende diagnose volgens DSM-V

SOMATISCHE AANDOENINGEN

MD10.11 Somatische diagnose volgens ICD-10

MD10.12 Somatische diagnose volgens ICD-10

MD10.13 Somatische diagnose volgens ICD-10

MD10.14 Somatische diagnose volgens ICD-10

MD10.15 Somatische diagnose volgens ICD-10

MD10.16 Somatische diagnose volgens ICD-10

MD10.17 Somatische diagnose volgens ICD-10

- MD10.18 Somatische diagnose volgens ICD-10
- MD10.19 Somatische diagnose volgens ICD-10
- MD10.20 Somatische diagnose volgens ICD-10

Inschatting van de zorgnoden

- MD11.00 Datum van de afname van de CANSAS
- MD11.01 CANSAS item 1: Huisvesting
- MD11.02 CANSAS item 2: Voeding
- MD11.03 CANSAS item 3: Zorg voor het huishouden
- MD11.04 CANSAS item 4: Zelfverzorging
- MD11.05 CANSAS item 5: Activiteiten overdag
- MD11.06 CANSAS item 6: Lichamelijke gezondheid
- MD11.07 CANSAS item 7: Psychotische symptomen
- MD11.08 CANSAS item 8: Informatie over de toestand en de behandeling
- MD11.09 CANSAS item 9: Psychisch onwelbevinden
- MD11.10 CANSAS item 10: Veiligheid voor de persoon zelf
- MD11.11 CANSAS item 11: Veiligheid voor anderen
- MD11.12 CANSAS item 12: Alcohol
- MD11.13 CANSAS item 13: Drugs
- MD11.14 CANSAS item 14: Gezelschap
- MD11.15 CANSAS item 15: Intieme relaties
- MD11.16 CANSAS item 16: Beleving van de seksualiteit
- MD11.17 CANSAS item 17: Zorg voor de kinderen
- MD11.18 CANSAS item 18: Basisonderwijs/educatie
- MD11.19 CANSAS item 19: Telefoon
- MD11.20 CANSAS item 20: Vervoer
- MD11.21 CANSAS item 21: Geld
- MD11.22 CANSAS item 22: Uitkeringen

Inschatting van de ernst van de symptomen

- MD12.01 Datum van afname van de HONOS
- MD12.02 Versie van de HONOS

- MD13.01 HONOS item 1
- MD13.02 HONOS item 2
- MD13.03 HONOS item 3
- MD13.04 HONOS item 4
- MD13.05 HONOS item 5
- MD13.06 HONOS item 6
- MD13.07 HONOS item 7
- MD13.08 HONOS item 8
- MD13.09 HONOS item 9
- MD13.10 HONOS item 10
- MD13.11 HONOS item 11
- MD13.12 HONOS item 12

(enkel in geval van HONOSCA)

- MD13.13 HONOS item 13

MD13.14 HONOS item 14

MD13.15 HONOS item 15

4.2.5. Gebruik van zorg en wachttijden:

MW01	Datum aanmelding
MW02	Datum eerste face to face FTF1 (intake)
MW03	Reden voor verwijzing
MW04	Datum begin van de zorgperiode
MW05	Voorlopige diagnose?
MW06	Leeftijd
MW07	Geslacht

4.3. Bijkomende gegevenssets voor specifieke doelgroepen

4.3.1. Voor personen met een middelengerelateerd probleem (TDI)

- TD1.** Op welke datum bent u met deze behandeling begonnen?
- TD2.** Bent u in het verleden al behandeld voor een middelgebonden problematiek?
- TD3.** Welke persoon of instelling heeft u ertoe aangezet om deze behandeling te volgen?
- TD4.** Heeft u ooit al een substitutiebehandeling gevolgd?
- TD5.** Welk type substitutiebehandeling heeft u al gevolgd?

BESCHRIJVING VAN HET VERSLAVINGSPROFIEL [AP]

- AP1.** Welke psychoactieve substanties vormen momenteel problemen voor u?
- AP2.** Onder deze substanties wat is de voornaamste die u ertoe bracht om de huidige behandeling te starten?
- AP3.** Op welke manier gebruikt u deze voornaamste substantie gewoonlijk?
- AP4.** De voorbije 30 dagen, hoe frequent gebruikt u deze voornaamste substantie gewoonlijk?
- AP5.** Op welke leeftijd heeft u deze voornaamste substantie voor het eerst gebruikt?
- AP6.** Heeft u in uw leven al een substantie geïnjecteerd (ongeacht welke substantie)?
- AP7.** Op welke leeftijd heeft u de substantie voor het eerst geïnjecteerd?
- AP8.** Wanneer heeft u een substantie voor het laatst geïnjecteerd?
- AP9.** Heeft u in de loop van uw leven al naalden of spuiten gedeeld?
- AP10.** Wanneer heeft u voor het laatst een naald of spuit gedeeld?

4.3.2. Voor personen onder een juridisch statuut / maatregel

4.3.2.1. Voor **alle** personen onder een juridische maatregel

JG01 Voorziening-ID: uniek nummer per voorziening (=idem SI01)
JG02 RR-nummer patiënt (=idem IP01)
JG03 Datum begin van de zorgperiode

JG04 SCORE op de verschillende items van de HONOS SECURE-schaal

JG04.01 HONOS SECURE item 1: Risico op schade toegebracht aan volwassenen en kinderen
JG04.02 HONOS SECURE item 2: Risico op zelfbeschadiging
JG04.03 HONOS SECURE item 3: Behoeften aan beveiliging om relaps te voorkomen
JG04.04 HONOS SECURE item 4: behoefte aan toezicht in de leefomgeving
JG04.05 HONOS SECURE item 5: Behoeftte aan begeleiding bij proefverlof
JG04.06 HONOS SECURE item 6: Risico voor de patiënt door andere bewerkstelligd
JG04.07 HONOS SECURE item 7: Behoeftte voor risico management procedures

4.3.2.2. Bijkomende gegevens voor **specifieke groepen** van personen onder een juridische maatregel

4.3.2.2.1. Gedwongen opnamen in Vlaanderen

- 11 soort procedure
- 12 betrokken parket
- 13 datum begin procedure
- 17 betreft het een opname na transfer uit ander ziekenhuis TIJDENS procedure?
- 20 aanvrager
- 21 bevoegde rechtbank
- 22 kanton vredegerecht
- 23 Jeugdrechtbank
- 24 plaats waar cliënt zich bevond bij aanvraag
- 25 criterium "ernstig gevaar eigen gezondheid" van toepassing?
- 26 criterium "ernstig gevaar eigen veiligheid" van toepassing?
- 27 criterium "ernstige bedreiging andermans leven" van toepassing?
- 28 criterium "ernstige bedreiging andermans integriteit" van toepassing?
- 29 belangrijkste gevaarscriterium
- 30 raadsman
- 31 vertrouwenspersoon
- 32 wettelijk vertegenwoordiger
- 40 hoofdprobleem of bijprobleem?
- 50 reden einde procedure
- 51 fase procedure op 31/12
- 52 fase waarin procedure geëindigd is

4.3.2.2.2. Patiënten opgenomen in een medium risk afdeling van een PZ

4.3.2.2.3. Patiënten opgenomen in een specifiek behandelaanbod voor seksueel delinquenten in PZ

Andere ????

4.4. Steekproefregistratie

Voorlopig niet ingevuld.

4. CONCRETE REGISTRATIE-INHOUDEN

4.1. Organisatiegegevens

SI ALGEMENE KENMERKEN VAN DE GGZ-VOORZIENING

Deze reeks items laten toe de GGZ-voorziening te identificeren en in contact te treden met de verantwoordelijke voor de registratie. Deze gegevens worden telkens gewijzigd wanneer nodig. Deze gegevens worden éénmaal per jaar geëxporteerd: de toestand op 1/1 van het betrokken dienstjaar.

SI01. ID-NUMMER VAN DE GGZ-VOORZIENING

Definitie

Het unieke nummer van de GGZ-voorziening zoals door de overheden gemeenschappelijk toegekend. Of door andere instantie – interministerieel af te spreken

Opmerkingen en aandachtspunten

Als ID-nummer van een A-dienst zorgeenheid van een algemeen ziekenhuis (PAAZ), wordt het ID-nummer van het algemeen ziekenhuis ingevuld. Uitzondering wordt gemaakt wanneer aan deze PAAZ een afzonderlijk ID-nummer toegekend werd.

SI02. TYPE VOORZIENING

Definitie

Het type voorziening onder de welke de organisatie is erkend of gemachtigd om zijn activiteiten uit te voeren.

Scoremogelijkheden

- 10 Netwerk 107 – mobiele team
- 20 Centrum Geestelijke Gezondheidszorg - CGG
- 30 Initiatief beschut wonen - IBW
- 40 Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis PAAZ
- 50 Psychiatrisch verzorgingstehuis - PVT
- 60 Psychiatrisch ziekenhuis - PZ
- 70 Revalidatiecentrum

SI03. NAAM VAN DE REGISTRATIEVERANTWOORDELIJKE

Definitie

Naam en voornaam van de registratieverantwoordelijke van de voorziening.

SI04. EMAIL-ADRES VAN DE REGISTRATIEVERANTWOORDELIJKE

Definitie

Het email-adres van de registratieverantwoordelijke of een algemeen email-adres van de voorziening.

SI05. TELEFOONNUMMER VAN DE REGISTRATIEVERANTWOORDELIJKE

Definitie

Het telefoonnummer van de registratieverantwoordelijke of een algemeen telefoonnummer van de voorziening.

SU. FUNCTIONELE ORGANISATIE IN ZORGEENHEDEN

De items SU01-SU14 hebben betrekking op de functionele organisatie **per zorgeenheid**. De zorgeenheid is een groep van hulp- en zorgverleners die samen een functioneel team vormen om samen een groep patiënten ten laste te nemen, een zorgteam.

De zorgeenheid vormt de basis van waaruit de beslissingen aangaande de behandeling van de patiënt door het zorgteam genomen worden en de zorgen toegediend worden. Niet zelden worden binnen een zorgeenheid nog verscheidene behandelingsgroepen onderscheiden.

Deze gegevens worden continu up-to-date gehouden maar éénmaal per jaar geëxporteerd: de toestand op 1/1 van het betrokken dienstjaar.

SU01. ID-NUMMER VAN DE GGZ-VOORZIENING (idem SI01)

Definitie

Het unieke nummer van de GGZ-voorziening zoals door de overheden gemeenschappelijk toegekend. Of door andere instantie – interministerieel af te spreken

Opmerkingen en aandachtspunten

Als ID-nummer van een A-dienst zorgeenheid van een algemeen ziekenhuis (PAAZ), wordt het ID-nummer van het algemeen ziekenhuis ingevuld. Uitzondering wordt gemaakt wanneer aan deze PAAZ een afzonderlijk ID-nummer toegekend werd.

SU02. TYPE VOORZIENING (=idem SI02)

Definitie

Het type voorziening onder de welke de organisatie is erkend of gemachtigd om zijn activiteiten uit te voeren

Scoremogelijkheden

- 10 Netwerk 107 – mobiele team
- 20 Centrum Geestelijke Gezondheidszorg - CGG
- 30 Initiatief beschut wonen - IBW
- 40 Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis PAAZ
- 50 Psychiatrisch verzorgingstehuis - PVT
- 60 Psychiatrisch ziekenhuis - PZ
- 70 Revalidatiecentrum

SU03. ID-NUMMER VAN DE ZORGEENHEID

Definitie

Een uniek identificatienummer dat de GGZ-voorziening zelf toekent aan haar zorgeenheden en dat identiek blijft over de jaren heen.

Scoremogelijkheden

Een getal van maximaal drie cijfers van 001 tot 998.

Opmerkingen en aandachtspunten

Het nummer van de zorgeenheid is gekoppeld aan het zorgteam, en niet aan een gebouw of verdieping. Dit impliceert dat het nummer van de zorgeenheid identiek blijft bij een verhuis van zorgeenheden in

het gebouw van de GGZ-voorziening. De nummers van de zorgeenheden wijzigen wanneer de zorgteams in het kader van een reorganisatie opnieuw samengesteld worden.
Het vervangen van 1 teamlid in de behandelingsequipe impliceert geen wijziging van het zorgteam.

SU04. DATUM OPENING ZORGEENHEID

Definitie

Reële openingsdatum van de zorgeenheid in de voorziening.

Scoremogelijkheden

dd/mm/jjjj

SU05. DATUM SLUITING ZORGEENHEID

Definitie

Sluitingsdatum van de zorgeenheid in de voorziening.
Zolang de zorgeenheid nog in werking is (niet gesloten is) blijft deze einddatum open.

Scoremogelijkheden

dd/mm/jjjj

SU06 TYPERING VAN DE ZORGEENHEID

(doelstelling van dit item: traceren van die zorgeenheden die vanwege een overheid een specifieke financiering ontvangt: projecten, ...)

Definitie

Verwijzing naar (bijkomende) financieringsbronnen

Scoremogelijkheden:

1 van onderstaande mogelijkheden.

Indien verschillende antwoordcategorieën van toepassing zijn, duid die categorie aan die het meest prominent op de voorgrond staat.

- 10 Activering
- 20 Psychiatrische zorg in de thuissituatie
- 31 Mobiel team – functie 2A
- 32 Mobiel team functie 2B
- 33 Mobiel team functie 3
- 40 CGG Centrum geestelijke gezondheidszorg – niet gespecificeerd
- 41 VDIP - Vroegdetectie en behandeling psychose
- 42-49 **CGG – andere onderverdelingen ifv financiering**
- 50 Beschut wonen - niet gespecificeerd
- 51 Beschut wonen forensisch
- 60 Psychiatrisch verzorgingstehuis - niet gespecificeerd
- 61 Psychiatrisch verzorgingstehuis – verstandelijke handicap
- 62 Psychiatrisch verzorgingstehuis – psychiatrisch
- 63 Psychiatrisch verzorgingstehuis – forensisch
- 64 Psychiatrisch verzorgingstehuis seksueel delinquenten
- 70 PAAZ
- 71 AZ EPSI
- 72 AZ TEPSI
- 80 PZ - niet gespecificeerd
- 81 PZ nabehandeling
- 82 PZ medium risk forensisch
- 83 PZ seksueel delinquenten

- 90 Revalidatie-centrum- niet gespecificeerd
- 91 Revalidatiecentrum – residentieel
- 92 Revalidatiecentrum - ambulans

SU07. (INDIEN RELEVANT) CAPACITEIT BEDDEN

Definitie

Indien relevant: het aantal reële bedden om patiënten te behandelen in een residentiële context (exclusief het aantal stoelen voor dagbehandeling) onder de verantwoordelijke van de zorgeenheid.

Enkel in te vullen door zorgeenheden die een residentieel GGZ-aanbod realiseren (IBW, PAAZ, PVT, PZ, sommige reva).

Scoremogelijkheden

Getal tussen 0 en 100

Indien niet relevant = 0

SU08. (INDIEN RELEVANT) CAPACITEIT PLAATSEN/STOELEN

Definitie

Indien relevant: het aantal plaatsen/stoelen om patiënten te behandelen in een ambulante context (inclusief het aantal stoelen voor dagbehandeling)

Enkel in te vullen door zorgeenheden die een semi-residentieel GGZ-aanbod realiseren (daghospitalisatie, dagactiviteiten, activering, nabehandeling)

Scoremogelijkheden

Getal tussen 0 en 100

Indien niet relevant = 0

SU09. (INDIEN RELEVANT) CAPACITEIT DAGEN

Definitie

Indien relevant: de theoretische capaciteit uitgedrukt in dagen

Enkel in te vullen door revalidatiecentra waarbij de factureerbare capaciteit wordt uitgedrukt in dagen.

Scoremogelijkheden

Getal tussen 0 en 10.000

Indien niet relevant = 0

SU10. (INDIEN RELEVANT) CAPACITEIT HALVE DAGEN

Definitie

Indien relevant: de theoretische capaciteit uitgedrukt in halve dagen

Enkel in te vullen door revalidatiecentra waarbij de factureerbare capaciteit wordt uitgedrukt in halve dagen.

Scoremogelijkheden

Getal tussen 0 en 10.000

Indien niet relevant = 0

SU11 VOORNAAMSTE DOELGROEP: LEVENSFASE

Definitie

De doelgroep, volgens levensfase, waarnaar de zorgenaar zich voornamelijk richt
Indien de zorgenaar zich richt naar verschillende levensfasen, kies die levensfase van de meerderheid van de cliënten in zorg

Scoremogelijkheden

- 1 Kinderen (< 12j)
- 2 Jongeren (12-17 j)
- 3 Volwassenen
- 4 Volwassenen en Ouderen
- 5 Ouderen
- 9 Geen specifieke doelgroep inzake levensfase

SU12 VOORNAAMSTE DOELGROEP: DIAGNOSEGROEP

Definitie

De doelgroep, volgens diagnosegroep, waarnaar de zorgenaar zich voornamelijk richt.
Indien de zorgenaar zich richt naar verschillende diagnosegroepen, kies die diagnosegroep van de meerderheid van de cliënten in zorg.

Scoremogelijkheden (gebaseerd op DSM-V)

- 10 Neurologische ontwikkelingsstoornissen
- 11 Schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen
- 12 Bipolaire en gerelateerde stoornissen
- 13 Depressieve stoornissen
- 14 Angststoornissen
- 15 Obsessief-compulsieve stoornissen
- 16 Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen
- 17 Dissociatieve stoornissen
- 18 Somatische symptomen en gerelateerde stoornissen
- 19 Voeding- en eetstoornissen
- 20 Uitscheidingsstoornissen
- 21 Slaap-waakstoornissen
- 22 Seksuele dysfuncties
- 23 Gender problemen
- 24 Disruptieve, impulscontrole en gedragsstoornissen
- 25 Middelengerelateerde en verslavingsstoornissen
- 26 Neurocognitieve stoornissen
- 27 Persoonlijkheidsstoornissen
- 28 Parafiele stoornissen
- 29 Andere mentale stoornissen
- 30 Medicatie-geïnduceerde bewegingsstoornissen en andere neveneffecten van geneesmiddelen
- 40 Andere condities die de focus zijn van het klinisch handelen
- (50-80: nog toe te voegen: hoofdklassen van ICD-10 voor somatische diagnoses)
- 99 geen focus van de zorgenaar op een specifieke diagnosegroep

SU13 VOORNAAMSTE GEHANTEERDE BESCHERMINGSNIVEAU

Definitie

Het beschermingsniveau dat de zorgeneid het meest hanteert in haar werking. Dit is de intensiviteit van het toezicht en graad van bewegingsvrijheid in de leefeenheid.

Scoremogelijkheden

10. Geen toezicht-bescherming.
20. Steuntelefoon: via de telefoon kan de patiënt advies, steun of hulp vragen.
30. Toezicht op afstand: minimaal toezicht (op geregelde tijdstippen tijdens de dag of de week).
40. Beperkt toezicht: grote delen van de dag, met mogelijkheid tot onderbreking.
50. Volledig toezicht: het gehele etmaal is een hulpverlener aanwezig.
60. Doorlopende bescherming: noodzaak tot voortdurende observatie en bijsturing van het gedrag.
70. Intensieve bescherming: permanente en directe observatie, gedragscontrole met bijsturing zijn vereist.

SU14. BESCHRIJVING VAN DE ZORGEENHEID

Definitie

Geef een typering van de zorgeneid.

Geef bijvoorbeeld een overzicht van het weekprogramma, het therapeutisch aanbod en de activiteiten.

De beschrijving van de doelgroep inzake leeftijdsfase, diagnose en beschermingsniveau zijn reeds vervat in de items SU 11-12-13.

Scoremogelijkheden

Vrij tekstveld max 2000 tekens

STU STEEKPROEFGEGEVENS PER ZORGEENHEID (toestand op 1/1 van het betrokken jaar)

STU01. VOORZIENING-ID: UNIEK VOORZIENINGSNUMMER Zie SI01

STU02. ID-NUMMER VAN DE ZORGEENHEID Zie SU02

STU03 TYPERING VAN DE ZORGEENHEID Zie SU03

STU04 Actieve caseload van de zorgenheid

Definitie

Alle cliënten die in de desbetreffende week nog actief in zorg zijn en de zorgenheid een rol opneemt in het zorgproces van de cliënt. (= aantal actieve dossiers)

Scoremogelijkheden

Getal tussen 0 en 1000

STU STEEKPROEF PERSONEEL

Welk personeel

Onder personeel worden alle personen verstaan die deel uit maken van de multidisciplinair samengestelde groep van hulpverleners die de bevoegdheid heeft om beslissingen te nemen met betrekking tot de behandeling van de patiënt en dus deel uitmaken van het zorgteam.

De personeelsleden van de centrale administratieve, technische, medisch-technische en hoteldiensten worden hier niet in beeld gebracht.

Vrijwilligers en stagiairs worden niet in rekening gebracht.

Tijdelijk personeel met een arbeidscontract worden wel in rekening gebracht.

Het gaat enkel om die personeelsleden met een niet-geschorst contract, waarin de tewerkstelling wordt geregeld³. Dit impliceert dat:

- medewerkers die langer dan 30 dagen ziek zijn, niet worden meegerekend;
- medewerkers in volledige loopbaanonderbreking (incl moederschapsrust, ouderschapsverlof, palliatief verlof, ...) niet worden meegerekend;
- medewerkers in een gedeeltelijke loopbaanonderbreking, slechts voor die uren worden meegeteld dat zij geacht worden te werken op weekbasis;

Het al dan niet behoren tot het behandelingsteam staat los van de financiering van het betrokken personeel. Zo kunnen personeelsleden gefinancierd via IBF (Interdepartementaal Begrotingsfonds) of sociale maribel evenzeer behoren tot het zorgteam.

³ Voor geneesheren wordt de sui generis-overeenkomst in dit kader aanzien als het contract dat de tewerkstelling regelt.

Basisfilosofie van de indeling van personeel in beroepsgroepen

Het grootste deel van de personeelsleden is eenvoudig in te delen in één van de 19 beroepsgroepen : hun functie komt overeen met hun diploma of opleiding. Voor een beperkt aantal personeelsleden wordt de indeling in een bepaalde beroepsgroep minder eenduidig. Bijvoorbeeld een kinesist die in de verzorging werkt of een psychiatrische verpleegkundige die als muziektherapeut werkzaam is. In deze gevallen stelt zich de vraag welk aspect het meest primeert bij de indeling in beroepsgroepen: de opleiding, het diploma, de functie of de belangrijkste deeltaak ...?

Als algemene regel stellen we :

- voor leden van het zorgteam waarbij de functie overeenkomt met het diploma/ de opleiding:

Deel het betrokken personeelslid in volgens zijn diploma/opleiding. Hierop wordt één belangrijke uitzondering gemaakt nl. voor de sociaal verpleegkundigen. Afhankelijk of zij werken op een leefeenheid of op de dienst maatschappelijk werk, worden zij respectievelijk ondergebracht onder sociaal verpleegkundigen werkzaam op een zorgeenheid of onder personeel maatschappelijk werk.

Verpleegkundigen die in de verpleging werken, worden ingedeeld volgens hun diploma.

M.a.w. enkel psychiatrische verpleegkundigen worden in groep 1 ondergebracht.

- voor leden van het behandelingsteam waarbij de functie niet overeenkomt met het diploma / de opleiding :

2.2.2.1. het betrokken teamlid werkt in de verpleging/verzorging

Deel het betrokken teamlid in bij groep 4: ander verzorgend personeel.

Bv. een psycholoog of kinesist die in de verzorging werkt.

2.2.2.2. het betrokken teamlid werkt niet in de verpleging/verzorging:

Deel het betrokken teamlid in bij groep 19: andere leden van het behandelingsteam.

Bv. een verpleegkundige die als muziektherapeut werkt.

Samengevat:

We hanteren de (basis-)opleiding, het diploma als richtinggevend waarbij enkel uitzondering gemaakt wordt voor die personeelsleden waarbij de functie duidelijk verschillend is van het diploma/de opleiding.

Opmerkingen en aandachtspunten

1) Deel uitmaken van het zorgteam wil zeggen dat er regelmatig feedback naar en overleg met het team is. Het is in deze zin denkbaar dat het werk van een pastoraal werker die zich engageert voor therapeutische activiteiten die uiteraard in het behandelingsplan worden opgenomen, gescoord kan worden

2) Voor de Initiatieven Beschut Wonen die personeelsleden van verschillende diploma's binnen de functie van 'Begeleider' plaatsen (waarvoor geen officieel diploma werd voorzien), heeft men de mogelijkheid deze te plaatsen onder groep 4 : ander verzorgend personeel : andere leden van het zorgteam. Indien men van oordeel is dat deze functie onder Resocialiserend personeel ressorteert, kan men ervoor opteren om deze personeelsleden ook hier te scoren.

Concreet delen we personeelsleden als volgt in:

- Psychiatrisch verpleegkundigen
enkel master-, bachelor-, A1-en A2- psychiatrische verpleegkundigen qua diploma.
- Sociaal verpleegkundigen werkzaam op 1 leefeenheid (niet werkzaam op een dienst maatschappelijk werk)

enkel verpleegkundigen met diploma sociaal verpleegkundige maar beperkt tot diegenen die werkzaam zijn op de leefeenheid en dus niet in de dienst maatschappelijk werk.

- Algemene en andere verpleegkundigen
enkel A1-en A2-algemene (ziekenhuis)verpleegkundigen en pediatrie verpleegkundigen.
- Ander verzorgend personeel
alle andere personeelsleden die werken in de verpleging en verzorging bv. bejaardenhelpsters, sanitaire helpsters, kinderverzorgsters maar ook een kinesist in de verzorging.
- Medische staf psychiater
- Medische staf internist
- Medische staf huisarts
- Medische staf – andere specialisaties
- Medische staf - geneesheren specialist in opleiding
- Psychologisch personeel master , psychologen,
- Psychologisch personeel bachelor: , o.a. psychologisch assistenten
- (Ortho-)pedagogisch personeel: master
- Pedagogisch personeel: bachelor
- Pedagogisch of educatief personeel: andere,
- Personeel maatschappelijk werk
maatschappelijk werkers en sociaal verpleegkundigen werkzaam op de dienst maatschappelijk werk.
- Ergotherapeuten
- Kinesitherapeuten / psychomotorentherapeuten
- Muziektherapeuten
- Ander resocialiserend personeel
- Ervaringsdeskundige: een personeelslid dat door de GGZ-voorziening is tewerkgesteld omwille van zijn vroegere ervaringen als patiënt en zijn huidige inbreng van het cliëntenperspectief in het team
- Andere leden van het behandelingsteam
Voorbeelden : spirituele begeleider of pastoraal werker of een verpleegkundige die als muziektherapeut werkt.

Aantal FTE

Met het aantal FTE wordt het aantal uren volgens hun arbeidscontract van leden van het zorgteam (gedeeld door een factor om tot FTE te komen) bedoeld die door de GGZ-voorziening aan de desbetreffende zorgeenheid toegewezen zijn voor de toestand op 1/1. Personeel blijft aan een zorgeenheid toegewezen bij verlof, korte ziekte zonder vervanging, congres, e.a. Het personeel hoeft dus niet aanwezig te zijn op 1/1.

De personeelsleden worden gescoord volgens bovenstaande indeling van beroepsgroepen.

Verduidelijking

1) Dit impliceert dat, wanneer aan een zorgeenheid 1 FTE psychiatrisch verpleegkundige is toegewezen en deze verpleegkundige is op 1/1 in bevallingsverlof en wordt slechts halftijds vervangen door een algemene verpleegkundige en dit nog vóór 1/1, er slechts 0.5 FTE algemene verpleegkundige toegewezen is aan deze zorgeenheid op het moment van de steekproefweek. Deze redenering impliceert eveneens dat wanneer aan een zorgeenheid 1 FTE psychiatrisch verpleegkundige is toegewezen en deze verpleegkundige is toevallig ziek op 1/1, er wel degelijk 1 FTE psychiatrische verpleegkundige is toegewezen volgens de directie aan deze zorgeenheid op 1/1.

2) Het gaat hierbij steeds over het team dat toegewezen werd aan de afdeling in functie van hulpverlening aan patiënten/bewoners. Zo kan men bv. voor bepaalde voorzieningen van Beschut Wonen het tewerkstellingspercentage dat besteed wordt aan boekhouding, facturatie, administratie op niveau van coördinatie en beleid, niet mee opnemen in het aantal FTE. Aangezien een team voor Beschut Wonen veel kleiner is dan de gemiddelde teams binnen zorgeenheden van een Psychiatrisch Ziekenhuis, PAAZ-dienst of Psychiatrisch VerzorgingsTehuis zullen verschillende items tevens niet ingevuld kunnen worden. Men vult steeds '00.00' in.

3) Personeel verbonden aan meerdere zorgeenheden

Het is steeds aangeraden bij de directie of beleidsverantwoordelijken te informeren of er effectief geen werkverdeling vastgelegd werd. Als er inderdaad geen toewijzing aan de zorgeenheden plaatsvond, kan je alsnog vragen om dat te doen bijvoorbeeld op basis van het aantal bedden of andere parameters. Het kan ook helpen om een werkverdeling te laten maken door het personeel zelf, waarbij het 'gemiddeld' aantal uren dat besteed wordt aan patiënten van de betreffende zorgeenheden als uitgangspunt wordt genomen.

Wanneer de registratie-verantwoordelijke geconfronteerd wordt met een zorgteam dat binnen eenzelfde werkcontext voor een zorgeenheid met T-patiënten en een zorgeenheid met PVT-patiënten instaat, is het aangeraden het aantal FTE te berekenen door een versleuteling van het totaal aantal FTE op basis van het aantal patiënten. We wijzen hier op het feit dat het over twee verschillende soorten van psychiatrische voorzieningen gaat, met normalerwijze gescheiden teams.

Berekening

Voor alle disciplines geldt : 1 FTE = 38 uren. Men moet steeds het aantal FTE uitdrukken in verhouding tot 38 uur. Dat geldt evenzeer voor geneesheren (waar vaak met een voltijds van 24 uur gewerkt wordt).

Dit aantal FTE wordt afgerond op 2 cijfers na de komma.

Het gaat enkel om die personeelsleden met een niet-geschorst contract, waarin de tewerkstelling wordt geregeld. Dit impliceert dat:

- medewerkers die langer dan 30 dagen ziek zijn, niet worden meegerekend;
- medewerkers in volledige loopbaanonderbreking (incl moederschaprust, ouderschapsverlof, palliatief verlof, ...) niet worden meegerekend;
- medewerkers in een gedeeltelijke loopbaanonderbreking, slechts voor die uren worden meegeteld dat zij geacht worden te werken op weekbasis;
- er geen rekening wordt gehouden met vrijstelling van arbeidsprestaties in het kader van einde-loopbaan.

Opmerking

Voor een aantal artsen (bv. in een zelfstandig statuut) wordt contractueel een aantal te leveren prestaties vastgelegd.

STU20	Aantal FTE psychiatrisch verpleegkundigen
STU21	Aantal FTE sociaal verpleegkundigen
STU22	Aantal FTE algemene en andere verpleegkundigen
STU23	Aantal FTE ander verzorgend personeel
STU24	Aantal FTE medische staf psychiater
STU25	Aantal FTE medische staf internist
STU26	Aantal FTE medische staf huisarts

STU27	Aantal FTE medische staf andere disciplines
STU28	Aantal FTE medische staf: GSO
STU29	Aantal FTE psychologisch personeel: master
STU30	Aantal FTE psychologisch personeel: bachelor
STU31	Aantal FTE (ortho-)pedagogisch personeel: master
STU32	Aantal FTE pedagogisch personeel: bachelor
STU33	Aantal FTE pedagogisch/educatief personeel: ander
STU34	Aantal FTE personeel maatschappelijk werk
STU35	Aantal FTE resocialiserend personeel
STU35	Aantal FTE ergotherapeuten
STU36	Aantal FTE kinesitherapeuten / psychomotorentherapeuten
STU37	Aantal FTE muziektherapeuten
STU38	Aantal FTE ander resocialiserend personeel
STU39	Aantal FTE ervaringsdeskundige
STU40	Aantal FTE administratief of logistiek personeel gekoppeld aan de zorgeenheid
STU41	Aantal FTE andere leden van het team

PER ITEM

Scoremogelijkheden

Aantal VTE per groep

Getal tussen 0 en 100.00, met 2 cijfers na de komma

4.2. Gemeenschappelijke stam = Voor alle patiënten

4.2.1. Identificatiegegevens van de patiënt

IP IDENTIFICATIE PATIENT

De IP-fiche bevat de identificatiegegevens van de patiënt. Deze fiche zal meestal door de administratieve of facturatediensten bijgehouden worden.

IP01 RR-NUMMER PATIENT

Definitie

De unieke identificatie van de patiënt via zijn rijksregisternummer.

Schematisch:

- Voor Belgen: Rijksregisternummer
- Voor niet Belgen maar tijdelijk in België: rijksregisternummer bis
- Voor buitenlanders: buitenlands ID nummer
- Voor mensen zonder papieren: op basis van geboortejaar

PI1. Soort identificatie van de patiënt <i>(slechts één keuze mogelijk)</i>		PI2. Identificatie van de patiënt
<input type="radio"/> ₁ Rijksregisternr.	➤	□ □ □ □ □ □ . □ □ □ . □ □
<input type="radio"/> ₂ Rijksregisternr. bis	➤	□ □ □ □ □ □ . □ □ □ . □ □
<input type="radio"/> ₃ Paspoortnr.	➤	_____
<input type="radio"/> ₄ Geboortedatum	➤	□ □ . □ □ . □ □ □ □

Cfr TDI-registratie

IP02 GEBOORTEJAAR

Definitie

Het geboortejaar zoals vermeld op de identiteitskaart (of een soortgelijk document) van de patiënt.

Scoremogelijkheden

Het geboortejaar wordt ingevuld in jxxx.

**IP03 GESLACHT
(cfr MKG-registratie)****Definitie**

Het geslacht wordt weergegeven volgens de gegevens die op de identiteitskaart (of een ander identificatiepapier) van de patiënt vermeld staan.

Het geslacht van een patiënt wordt geregistreerd bij de start van de zorgperiode.

Scoremogelijkheden

0 Onbepaalbaar

(deze code mag enkel genoteerd worden wanneer er bij de geboorte onduidelijkheid is over het geslacht van de pasgeborene)

1 Mannelijk

2 Vrouwelijk

3 Veranderd

De waarde ‘veranderd’ (code #3#) werd ingevoerd om de problemen met geslachtsgebonden aandoeningen bij patiënten die van geslacht veranderd zijn zonder dat reeds hun rijksregisternummer is gewijzigd, op te vangen.

IP04 GEMEENTE DOMICILIE**Definitie**

De gemeente die als woonplaats op de identiteitskaart (of een soortgelijk document) van de patiënt wordt vermeld. Het is de gemeente waar de patiënt gedomicilieerd is.

De registratie van dit item geldt bij de start van de zorgperiode in een GGZ-voorziening.

Scoremogelijkheden

(Overgenomen uit MZG)

Voor de inwoners van België wordt de postcode van de gemeente waar de patiënt gedomicilieerd is, ingevuld.

Voor personen **zonder vaste woonplaats** omwille van professionele redenen, zoals bijvoorbeeld foorkramers en binnenschippers, moet de postcode van hun **referentiegemeente** opgegeven worden.

Voor **daklozen** en **alle ANDERE personen zonder vaste woonplaats** moet de code **#9999#** ingevuld worden.

Voor patiënten (Belgen en niet-Belgen) die in het **buitenland** gedomicilieerd zijn, dient dit veld opgevuld te worden met nullen: **#0000#**.

IP05 LAND DOMICILIE

Voor inwoners (Belgen en niet-Belgen) van **België** dient hier de landcode “BE” ingevuld te worden..

Voor patiënten (Belgen en niet-Belgen) die in het **buitenland** gedomicilieerd zijn, wordt een andere landcode ingevuld. De lijst vindt men terug in het referentiebestand *Landcodes voor*

Voor **daklozen** en alle andere personen **zonder vaste woonplaats** moet de landcode “BE0” worden ingevuld.

Landcodes voor het veld A2_CODE_COUNTRY (STAYHOSP), die men kan terugvinden op de website www.health.fgov.be (MZG Referentielijsten Referentiebestanden MZG Domein 3: Administratieve gegevens).

IP06 NATIONALITEIT

(Overgenomen uit MZG)

Landcodes voor het veld A2_CODE_COUNTRY (STAYHOSP), die men kan terugvinden op de website www.health.fgov.be (MZG Referentielijsten Referentiebestanden MZG Domein 3: Administratieve gegevens).

Idealiter wordt in het elektronisch patiëntendossier de landcode van de nationaliteit bijgehouden. Om de privacy van de patiënt vergroten, wordt deze nationaliteit in exportbestanden gehergroepeerd.

CODE	OMSCHRIJVING
OO	De nationaliteit van de patiënt is niet gekend
BE	De patiënt heeft de Belgische nationaliteit
DE	De patiënt heeft de Duitse nationaliteit
FR	De patiënt heeft de Franse nationaliteit
UK	De patiënt heeft de Britse nationaliteit
LU	De patiënt heeft de Luxemburgse nationaliteit
NL	De patiënt heeft de Nederlandse nationaliteit
EU	De patiënt is geen Belg, geen onderdaan van één van onze buurlanden, maar heeft wel de nationaliteit van één van de andere landen van de Europese Unie
ER	De patiënt heeft de nationaliteit van één van de landen uit Europa die niet tot de Europese Unie behoren
AF	De patiënt heeft de nationaliteit van één van de landen uit Afrika
AM	De patiënt heeft de nationaliteit van één van de landen uit Amerika
AZ	De patiënt heeft de nationaliteit van een van de landen van Azië
OC	De patiënt heeft de nationaliteit van één van de landen uit Oceanië

Cfr MZG

In het geval van een dubbele nationaliteit waarvan één de Belgische is, wordt de Belgische opgegeven. In het geval van een dubbele nationaliteit waarvan één Europees is, wordt de Europese opgegeven.

4.2.2. Administratieve gegevens

Een administratieve periode is een periode waarin de volgende administratieve gegevens van een patiënt identiek blijven: administratief kenmerk van de zorgperiode, id-nummer van de zorgaanbieder, code gerechtigde, juridisch statuut/maatregel, tijdelijke onderbreking.

Wanneer één van deze kenmerken wijzigt, neemt de administratieve periode een einde en begint een nieuwe administratieve periode.

Per definitie start de eerste administratieve periode binnen eenzelfde zorgperiode bij de start van deze zorgperiode.

Per definitie eindigt de laatste administratieve periode binnen eenzelfde zorgperiode bij het einde van de zorgperiode.

Onderstaande gegevens worden geregistreerd bij het begin van een zorgperiode en bij elke wijziging van één van volgende gegevens

- Het administratief kenmerk van de zorg
- De zorgaanbieder die de patiënt in zorg heeft,
- Het juridisch statuut / de juridische maatregel die van toepassing is
- De code gerechtigde
- Tijdelijke afwezigheid

Bij iedere wijziging van minstens één van bovenstaande gegevens, worden telkens het geheel van de items genoteerd.

Wijzigt slechts 1 gegeven, zullen de andere administratieve gegevens met uitzondering van de begin- en einddatum en het betrokken item, identiek zijn.

RR-nummer pt	ID voorziening	datum begin zorgperiode	datum begin administratieve	datum einde administratieve	administratief kenmerk	zorgaanbieder	juridisch statuut	verzekeringscode	administratief ontslag	opmerking			
20130712 30512	214-V	12/07/2013	12/07/2013	14/07/2013	A	102	21	110	9	begin zorgperiode			
20130712 30512	214-V	12/07/2013	14/07/2013	22/08/2013	A	114	21	110	9	wijziging zorgaanbieder			
20130712 30513	214-V	12/07/2013	22/08/2013	15/09/2013	A	114	10	110	9	wijziging juridisch statuut van gedwongen opna			
20130712 30514	214-V	12/07/2013	15/09/2013	27/10/2013	T	220	10	110	9	wijziging administratief kenmerk + zorgaanbieder			
20130712 30515	214-V	12/07/2013	27/10/2013	22/11/2013	T	220	10	111	9	wijziging verzekering: verhoogde tegemoetkorr			
20130712 30516	214-V	12/07/2013	22/11/2013	25/11/2013	T	220	10	111	1	administratief ontslag			
20130712 30517	214-V	12/07/2013	25/11/2013	12/12/2013	T	220	10	111	9	administratieve heropname + einde zorgperiod			

AP01. ID-NUMMER VAN DE GGZ-VOORZIENING (idem SI01)

Definitie

Het unieke nummer van de GGZ-voorziening zoals door de overheden gemeenschappelijk toegekend. Of door andere instantie – interministerieel af te spreken

Opmerkingen en aandachtspunten

Als ID-nummer van een A-dienst zorgeenheid van een algemeen ziekenhuis (PAAZ), wordt het ID--nummer van het algemeen ziekenhuis ingevuld. Uitzondering wordt gemaakt wanneer aan deze PAAZ een afzonderlijk ID-nummer toegekend werd.

AP02 RR-NUMMER PATIENT


Cfr TDI-registratie

Definitie

De unieke identificatie van de patiënt via zijn rijksregisternummer.

Schematisch:

- Voor Belgen: Rijksregisternummer
- Voor niet Belgen maar tijdelijk in België: rijksregisternummer bis
- Voor buitenlanders: buitenlands ID nummer
- Voor mensen zonder papieren: op basis van geboortjaar

PI1. Soort identificatie van de patiënt <i>(slechts één keuze mogelijk)</i>	PI2. Identificatie van de patiënt
<input type="radio"/> ₁ Rijksregisternr.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> ₂ Rijksregisternr. bis	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> ₃ Paspoortnr.	_____
<input type="radio"/> ₄ Geboortedatum 	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

AP03 DATUM BEGIN VAN DE ZORGPERIODE

Definitie

Datum van de start van de zorgperiode.

De zorgperiode start wanneer na een diagnostische fase werd beslist de patiënt in zorg te nemen.

De zorgperiode start wanneer de patiënt effectief in zorg komt.

Scoremogelijkheden

De datum van begin van de zorgperiode wordt ingevuld in dag (dd), maand (mm), jaar (jjjj).

AP04 BEGIN VAN ADMINISTRATIEVE PERIODE

Definitie

Datum van het begin van de administratieve periode.

Scoremogelijkheden

De datum van begin van de administratieve periode wordt ingevuld in dag (dd), maand (mm), jaar (jjjj).

Bij het start van een zorgperiode is de datum van het begin van de administratieve periode gelijk steeds gelijk aan de datum van het begin van de zorgperiode. De startdatum van een tijdelijke onderbreking in de zorg, is de datum van de start van de administratieve periode.

AP05 EINDE VAN ADMINISTRATIEVE PERIODE

Definitie

Datum van het einde van de administratieve periode.

Scoremogelijkheden

De datum van einde van de administratieve periode wordt ingevuld in dag (dd), maand (mm), jaar (jjjj).

De datum van het einde van een administratieve periode is steeds gelijk aan de datum van de volgende administratieve periode wanneer er tijdens de zorgperiode minstens één administratief gegeven wijzigt gedurende de zorgperiode.

De einddatum van een tijdelijke onderbreking in de zorg, is de datum van de einde van de administratieve periode.

AP06 ADMINISTRATIEF KENMERK VAN DE ZORGPRIODE

Definitie

Het administratief kenmerk heeft betrekking op het administratieve statuut waaronder de patiënt behandeld wordt, uitgedrukt in een kenletter of code.

Met het administratief kenmerk bedoelen we

- voor de ziekenhuisdiensten de entiteiten zoals ze door de ziekenhuiswet van 18 april 1986 en de hieruit volgende besluiten omschreven zijn aan de hand van kenletters (A, T, K...).
- Voor de patiënten in het statuut “nabehandeling” in een PZ: code “Z”

- Voor de Initiatieven Beschut Wonen: R1 voor groepswoningen, R2 voor individueel wonen
- Voor PVT code Q
- Voor de Centra geestelijke gezondheidszorg: code V
- Voor de revalidatie-overeenkomsten: code W
- Voor de mobiele teams in het kader van 107 (functie 1, 2a, 2b en 3): code Y

Scoreprocedure

Het administratieve kenmerk van de zorgperiode wordt geregistreerd bij de start van de zorgperiode en vervolgens telkens wanneer één van de administratieve gegevens verandert.

Scoremogelijkheden

Volgende kenletters/voorzieningscodes kunnen gescoord worden: A, A1, A2, K, K1, K2, T, T1, T2, TFB, TFP, Sp, IB, Q, R1, R2, V, W, Y, Z.

A	: dienst neuro-psychiatrie voor observatie en behandeling
A1	: dagverpleging in A-dienst
A2	: nachtverpleging in A-dienst
IB	: Intensieve behandel eenheid
K	: dienst neuro-psychiatrie voor kinderen
K1	: dagverpleging in K-dienst
K2	: nachtverpleging in K-dienst
T	: dienst neuro-psychiatrie voor behandeling, en SP-bedden psychogeriatric
T1	: dagverpleging in T-dienst
T2	: nachtverpleging in T-dienst
TFB	: dienst voor gezinsplaatsing intra muros
TFP	: plaatsen in gezinsverpleging
Sp	: psycho-geriatric
Q1	: PVT – permanent
Q2	: PVT-uidovend
R1	: beschut wonen individueel
R2	: beschut wonen groepswonen
V	: Centrum geestelijke gezondheidszorg
W	: revalidatie-overeenkomst
Y1	: mobiele team 2A in kader van artikel 107
Y2	: mobiele team 2B in kader van artikel 107
Z	: nabehandeling in een PZ

Opmerking

De overgang van een patiënt van een behandeling in volledige of partiële hospitalisatie in een PZ naar een behandeling in de vorm van nabehandeling (post-cure) in hetzelfde PZ wordt aanzien als een wijziging van administratief kenmerk van de zorgperiode. Bijgevolg is er hier geen sprake van een einde zorgperiode in het PZ noch van een nieuwe zorgperiode in hetzelfde PZ.

AP07. ID-NUMMER VAN DE ZORGEENHEID**Definitie**

Een uniek identificatienummer dat de GGZ-voorziening zelf toekent aan haar zorgeenheden en dat identiek blijft over de jaren heen.

Scoremogelijkheden

Een getal van maximaal drie cijfers van 001 tot 998.

Opmerkingen en aandachtspunten

Het nummer van de zorgeenheid is gekoppeld aan het zorgteam, en niet aan een gebouw of verdieping. Dit impliceert dat het nummer van de zorgeenheid identiek blijft bij een verhuis van zorgeenheden in het gebouw van de GGZ-voorziening. De nummers van de zorgeenheden wijzigen wanneer de zorgteams in het kader van een reorganisatie opnieuw samengesteld worden.

Het vervangen van 1 teamlid in de behandelingsequipe impliceert geen wijziging van het zorgteam.

AP08 VERZEKERINGSSTATUS VAN DE PATIËNT - CODE GERECHTIGDE

Definitie

Codes Gerechtigde voor grote risico's zoals gekend in het stelsel van de ziekteverzekering

Scoremogelijkheden

000 – geen recht
100 – loontrekkende – verblijvende- geen verhoogde tegemoetkoming
101 - loontrekkende – verblijvende- wel verhoogde tegemoetkoming
110 - loontrekkende – actieve – geen verhoogde tegemoetkoming
111 - loontrekkende – actieve – wel verhoogde tegemoetkoming
120 - loontrekkende – in/minder valide – geen verhoogde tegemoetkoming
121 - loontrekkende – in/minder valide – wel verhoogde tegemoetkoming
130 - loontrekkende – gepensioneerde – geen verhoogde tegemoetkoming
131 - loontrekkende – gepensioneerde – wel verhoogde tegemoetkoming
140 - loontrekkende - weduwe – geen verhoogde tegemoetkoming
141 – loontrekkende – weduwe – wel verhoogde tegemoetkoming
150 – loontrekkende – wees – geen verhoogde tegemoetkoming
151 – loontrekkende – wees – wel verhoogde tegemoetkoming
180 – loontrekkende – internationale verdragen – geen verhoogde tegemoetkoming
181 – loontrekkende – internationale verdragen – wel verhoogde tegemoetkoming
410 - zelfstandige – actieve – geen verhoogde tegemoetkoming
411 - zelfstandige – actieve – wel verhoogde tegemoetkoming
420 - zelfstandige – in/minder valide – geen verhoogde tegemoetkoming
421 - zelfstandige – in/minder valide – wel verhoogde tegemoetkoming
430 - zelfstandige – gepensioneerde – geen verhoogde tegemoetkoming

431 - zelfstandige – gepensioneerde – wel verhoogde tegemoetkoming
440 - zelfstandige - weduwe – geen verhoogde tegemoetkoming
441 – zelfstandige – weduwe – wel verhoogde tegemoetkoming
450 – zelfstandige – wees – geen verhoogde tegemoetkoming
451 – zelfstandige – wees – wel verhoogde tegemoetkoming
470 – kloosterling – geen verhoogde tegemoetkoming
471 – kloosterling – wel verhoogde tegemoetkoming
480 – zelfstandige – internationale verdragen – geen verhoogde tegemoetkoming
481 – zelfstandige – internationale verdragen – wel verhoogde tegemoetkoming

Opmerkingen en aandachtspunten

Scoreprocedure

De code gerechtigde wordt geregistreerd bij de start van de zorgperiode en vervolgens telkens wanneer de GGZ-voorziening kennis krijgt van een wijziging. (= opmerking: dit item is verschillend van de registratie in MZG waarin de landsbond wordt genoteerd)

AP09 JURIDISCH STATUUT / JURIDISCHE MAATREGEL

Definitie

Het juridisch statuut / de juridische maatregel geeft de wettelijke schikkingen weer die van toepassing zijn tijdens de zorg van de patiënt.

Scoreprocedure

De juridisch maatregel /het statuut wordt geregistreerd bij de start van de zorg en vervolgens telkens wanneer er zich een wijziging voordoet in de geldende maatregel, waarbij telkens de nieuwe maatregel wordt geregistreerd alsook de datum van de verandering.

Enkel die statuten of maatregelen die een directe impact hebben voor de behandeling dienen te worden geregistreerd.

Gevolg :

- gedwongen opnamen en interneringen worden zeker geregistreerd.
- Statuten/maatregelen ivm in verdenkingstelling, veroordeling en terbeschikking stelling : enkel wanneer de behandeling een essentieel onderdeel uitmaakt van de maatregel.

Vb

- De behandeling van een depressieve persoon door CGG in de lokalen van het CGG : irrelevant of deze persoon al dan niet veroordeeld is tot een werkstraf, onder penitentair verlov of elektronisch toezicht staat en uitgangspemissie heeft voor zijn behandeling => niet registreren
- Bij een persoon onder voorwaardelijke invrijheidsstelling :

- als behandeling onderdeel is van de voorwaarden : wel registreren
- als behandeling geen onderdeel is van voorwaarden : niet registreren

Scoremogelijkheden

ZONDER WETTELIJKE VOORWAARDEN

11 Vrijwillig

De beslissing tot opname wordt door de betrokken persoon - of in het geval van een minderjarige door de wettelijke voogd - aanvaard zonder wettelijke verplichting in verband met deze opname.

11 Bijstand aan persoon in nood

Hier worden onder andere de beslissingsonbekwamen gescoord. Het kan voorkomen dat een patiënt omwille van psychische of lichamelijke redenen niet in staat is zelf een beslissing tot opname te nemen: dit is bijv. het geval bij een patiënt die ernstig verward of dement is, of bij een patiënt die bij opname in coma is, of bij een mutistische patiënt

MET WETTELIJKE VOORWAARDEN

GEDWONGEN OPNAME

21 Opname ter Observatie – Beslissing door vrederechter

Opname als gevolg van de toepassing van de wet van de bescherming van de geesteszieke (26 juni 1990); rubriek Observatie.
De beslissing tot opneming werd genomen door de vrederechter.

22 Opname ter Observatie – Beslissing door procureur des konings

Opname als gevolg van de toepassing van de wet van de bescherming van de geesteszieke (26 juni 1990); rubriek Observatie.
De beslissing tot opneming werd als gevolg van een spoedprocedure genomen door de procureur des konings.

23 Opname ter observatie – bevestiging van de beslissing van de procureur door de vrederechter

24 Opname ter Observatie – Beslissing door de jeugdrechter

Opname als gevolg van een beslissing door de jeugdrechter

25 Verderzetting gedwongen verblijf

Als gevolg van de toepassing van de wet van de bescherming van de geesteszieke (26 juni 1990); rubriek Verderzetting gedwongen verblijf

26 Overplaatsing

Overplaatsing van de patiënt vanuit een andere voorziening. Als gevolg van de toepassing van de wet van de bescherming van de geesteszieke (26 juni 1990); rubriek Observatie

27 Nazorg

Als gevolg van de toepassing van de wet van de bescherming van de geesteszieke (26 juni 1990); rubriek Nazorg

28 Verpleging in een gezin

Als gevolg van de toepassing van de wet van de bescherming van de geesteszieke (26 juni 1990, art 23-29)

INTERNERING

31 Internering -- plaatsing

(artikel 14 van wet ter bescherming van de maatschappij van 1 juli 1964)

Ingevolge de toepassing van de wetten ter bescherming van de maatschappij. Het is een uitvoering van een beslissing van de raadkamer of een rechtbank, waarbij de patiënt na psychiatrisch onderzoek, ontoerekeningsvatbaar werd verklaard voor strafbare feiten en bijv. opgenomen wordt in een psychiatrische voorziening onder toezicht van de commissie ter bescherming van de maatschappij.

32 Internering – beperkte vrijheid

(artikel 15 van de wet ter bescherming van de maatschappij van 1 juli 1964)

Ingevolge de toepassing van de wet ter bescherming van de maatschappij (1 juli 1964) kan de commissie ter bescherming van de maatschappij de geïnterneerde een stelsel van beperkte vrijheid toestaan, onderworpen aan bepaalde voorwaarden en modaliteiten.

33 Internering - vrij op proef

(artikel 18 van wet ter bescherming van de maatschappij van 1 juli 1964)

Als gevolg van de toepassing van de wetten ter bescherming van de maatschappij (1 juli 1964). Het is een uitvoering van een beslissing van de raadkamer of een rechtbank, waarbij de patiënt na psychiatrisch onderzoek, ontoerekeningsvatbaar werd verklaard voor strafbare feiten en onder toezicht van de commissie ter bescherming van de maatschappij. Deze commissie beslist over de vrijstelling op proef van de patiënt.

34 Internering van veroordeelde

(artikel 21 van de wet ter bescherming van de maatschappij van 1 juli 1964)

Het is mogelijk dat een gedetineerde in de gevangenis een psychiatrische problematiek of mentale beperking heeft/ontwikkeld, die het de gedetineerde onmogelijk maakt om zijn daden te controleren. In dat geval kan een internering opgelegd worden als gevolg van de toepassing van de wet ter bescherming van de maatschappij (1 juli 1964).

35 Internering – In detentie

Behandeling van geïnterneerden in de gevangenis door bvb. CGG.

40 Maatregelen in het kader van een in verdenking- of beschuldigingstelling

Bijvoorbeeld Voorlopige hechtenis, Bemiddeling in strafzaken, probatie ,

50 Maatregelen in het kader van een veroordeling

Bijvoorbeeld : Probatie, Detentie, Bepaalde detentie, Elektronisch toezicht, Halve vrijheid, Voorwaardelijke in vrijheidsstelling (Wet op de externe rechtspositie van 17 mei 2006) of Voorlopige in vrijheidsstelling (Ministeriële omzendbrief 1771 van 17 januari 2005)

60 Een ter beschikking stelling van een strafuitvoeringsrechtbank

(na een effectieve hoofdstraf Wet van 26 april 2007 betreffende de terbeschikkingstelling van de strafuitvoeringsrechtbank

Bijvoorbeeld: Periodieke uitgangsvergunning, Penitentair verlof, Bepaalde detentie, Elektronisch toezicht, In vrijheidsstelling onder toezicht

JEUGDSANCTIERECHT/ JEUGDBESCHERMINGSWET

Wet van 13 juni 2006 tot wijziging van de wetgeving betreffende de jeugdbescherming en het ten laste nemen van minderjarigen die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd

71 Als misdrijf omschreven feit (MOF)

72 Problematische opvoedingssituatie (POS)

ANDERE

96 Andere niet gespecificeerd

Een ander juridische maatregel dan hierboven vermeld.

99 Onbekend

Het juridisch statuut is niet gekend.

Opmerkingen en aandachtspunten:

Indien er meerdere scoremogelijkheden onder 'MET WETTELIJKE VOORWAARDEN' kunnen ingevuld worden, dient men de 'meest dwingende maatregel' te scoren. Bijvoorbeeld in het geval waarbij een patiënt opgenomen wordt voor internering en ter observatie, scoort men 'Internering'.

AP10 Tijdelijke onderbreking van de zorg: reden

Definitie

Dit item brengt de tijdelijke opschorting van de residentiële zorg in beeld.

Naast de data van de tijdelijke opschorting, geregistreerd via begin en einde van de administratieve periode, geeft dit item de reden weer waarom de patiënt intermediair ontslagen wordt.

Scoremogelijkheden

- 1 Onderzoek of behandeling elders van medisch-somatische aard
- 2 Onderzoek of behandeling elders van medisch-psychiatrische aard
- 3 Juridisch (vb persoon is terug in gevangenis na een in voorwaardelijke invrijheidsstelling.)
- 4 Andere (Persoonlijk, familiaal,...)
- 9 Niet van toepassing
- 99 Onbekend

De code 9 Niet van toepassing wordt gebruikt wanneer er geen sprake is van een tijdelijke onderbreking in de zorg, vb wanneer de administratieve periode betrekking heeft op een wijziging van zorgenheid

4.2.3. Gegevens over het begin van de zorg

MA01. ID-NUMMER VAN DE GGZ-VOORZIENING (idem SI01)

Definitie

Het unieke nummer van de GGZ-voorziening zoals door de overheden gemeenschappelijk toegekend. Of door andere instantie – interministerieel af te spreken

Opmerkingen en aandachtspunten

Als ID-nummer van een A-dienst zorgseenheid van een algemeen ziekenhuis (PAAZ), wordt het ID--nummer van het algemeen ziekenhuis ingevuld. Uitzondering wordt gemaakt wanneer aan deze PAAZ een afzonderlijk ID-nummer toegekend werd.

MA02 RR-NUMMER PATIENT (=idem IP01)

Cfr TDI-registratie

Definitie

De unieke identificatie van de patiënt via zijn rijksregisternummer.

Schematisch:

- Voor Belgen: Rijksregisternummer
- Voor niet Belgen maar tijdelijk in België: rijksregisternummer bis
- Voor buitenlanders: buitenlands ID nummer
- Voor mensen zonder papieren: op basis van geboortejaar

PI1. Soort identificatie van de patiënt <i>(slechts één keuze mogelijk)</i>		PI2. Identificatie van de patiënt
<input type="radio"/> ₁ Rijksregisternr.	➤	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> ₂ Rijksregisternr. bis	➤	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> ₃ Paspoortnr.	➤	_____
<input type="radio"/> ₄ Geboortedatum	➤	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Cfr TDI-registratie

MA03 DATUM BEGIN VAN DE ZORGPERIODE

Definitie

Datum van de start van de zorgperiode

De zorgperiode start wanneer na een diagnostische fase werd beslist de patiënt in zorg te nemen.

De zorgperiode start wanneer de patiënt effectief in zorg komt.

Scoremogelijkheden

De datum van begin van de zorgperiode wordt ingevuld in dag (dd), maand (mm), jaar (jjjj).

MA04 VERWIJZER

Definitie

In dit item duidt men de externe persoon, voorziening of instantie aan die de patiënt heeft aangemeld voor zorg..

Scoremogelijkheden

10 EIGEN INITIATIEF

OMGEVING

Op initiatief van familie of omgeving (vb. werk, school, kennissen,...)

20 Familie

21 Vrienden/kennissen / niet-professionele personen

DIENSTEN

Een interventie van een instantie die beroepsmatig, maar zonder therapeutische doeleinden in de situatie tussenkomt.

22 Juridische instantie

Instantie die een juridische beslissing neemt: Vrederechter, Jeugdrechter, Procureur,....

23 Ordehandhavers (politie,)

Instantie die juridische beslissingen uitvoert, of die de openbare orde handhaaft (uitgesloten hierbij zijn bijvoorbeeld privé-bewakers).

24 Actoren uit de sector van werk/onderwijs

, VDAB-FOREM-ACTIRIS, Centra voor LeerlingenBegeleiding

25 Actoren uit de sector huisvesting

26 Actoren uit de sector zorg voor personen met een handicap

27 Actoren uit de sector welzijn

Vb CAW, OCMW,

28 Andere professionele personen zonder therapeutisch doel

Andere personen of instanties, zonder therapeutische doeleinden, die hierboven niet vermeld zijn. Vb. verwijzing via advocaat,

AMBULANTE BEHANDELING

Persoon of instantie die tussenkomt in de uitoefening van een beroep van hulp- of zorgverstrekking met therapeutische doeleinden op ambulante basis.
Een telefonische, actieve interventie, bij de beslissing tot begin van zorgverlening door de GGZ-voorziening kan hier evenzeer gescoord worden.

30 Mobiel team in kader van 107 (functie 1, 2A, 2B en 3)

Indien functie 3 = anders dan erkend revalidatiecentrum, vb dagactiviteitencentrum

31 Huisarts

Doorverwijzing door een huisarts na een raadpleging, consult of huisbezoek.

32 Andere specialist niet-psychiatrisch in zijn privé praktijk

Raadpleging van andere niet-psychiatrische specialist in zijn privé praktijk.

32 Privé-raadpleging psychiater verbonden aan de eigen voorziening

Raadpleging van de psychiater van de eigen voorziening maar in zijn privé praktijk

33 Privé-raadpleging psychiater niet verbonden aan de voorziening

Raadpleging van een psychiater niet verbonden aan de voorziening in zijn privé praktijk

34 Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg

35 Poliklinische raadpleging eigen voorziening of eigen algemeen ziekenhuis

Raadpleging van een hulpverlener werkzaam in de voorziening waar de patiënt momenteel is opgenomen, en die plaatsvond in deze voorziening of in het algemeen ziekenhuis waarvan de PAAZ deel uitmaakt.

36 Poliklinische raadpleging andere voorziening

Raadpleging van een hulpverlener werkzaam in een consultatiedienst van een andere voorziening dan waar de patiënt momenteel opgenomen is.

37 Revalidatiecentrum - ambulante

38 Drughulpverlening/ verslavingszorg

Vb. Crisis interventiecentrum, therapeutische gemeenschap, dagcentrum drughulpverlening, medisch sociaal opvangcentrum, ...

39 Andere professionele instanties met therapeutisch doel

Persoon of instantie die tussenkomt in de uitoefening van een beroep van hulp- of zorgverstrekking met therapeutische doeleinden op ambulante basis, en die hierboven niet vermeld zijn. Bijv. Tele-onthaal, CGSO, CLG's, PVC's (Polyvalente Centra's), ...

VOORZIENINGSVERBAND

40 Eigen voorziening of eigen algemeen ziekenhuis

Dit is de voorziening waar de patiënt op dat moment is opgenomen; m.a.w. dit is uw voorziening of het algemeen ziekenhuis waarvan de PAAZ deel uitmaakt.

41 Psychiatrisch ziekenhuis

42 PAAZ

43 Psychiatrisch Verzorgingstehuis (PVT)

44 Beschut Wonen

45 Algemeen ziekenhuis

46 Alternatieve psychiatrische residentiële opvang

Vb. centrum voor psychosociale revalidatie (RIZIV), voorzieningen voor verslaafdenzorg)...

47 Bejaardentehuis/Rust-en verzorgingstehuis / Woonzorgcentrum

48 Ander voorzieningsverband (niet GGZ)

Bijv. opvangcentra voor thuislozen, vluchthuizen voor vrouwen, gehandicaptenzorg, voorziening voor jeugdhulpverlening.

99 Onbekend

De verwijzende persoon, voorziening, instantie is niet gekend of er zijn geen voldoende gegevens beschikbaar.

MA05 SAMENLEVINGSPLAATS VOOR DE START VAN DE ZORGPERIODE

Cfr. TDI-registratie

De samenlevingsplaats voor de start van de zorgperiode is de samenlevingsplaats waarin de patiënt gedurende de laatste 30 dagen voorafgaand aan de huidige begin van de zorgperiode hoofdzakelijk leefde.

- 10 Vaste verblijfplaats
- 20 Verschillende verblijfplaatsen
- 30 Op straat

COLLECTIEVE WOONVORM

- 61 Voorziening voor jeugdhulpverlening
Vb. voorziening van Bijzondere jeugdbijstand (begeleidingstehuis, gezinstehuis, opvang-, oriëntatie- of observatiecentrum).
- 62 Voorziening voor gehandicaptenzorg
Vb. bezigheidstehuis, nursingtehuis, medisch pedagogisch instituut (MPI).
- 63 Voorziening voor bejaarden
Bejaardentehuis/rust- en verzorgingstehuis, centrum kortverblijf, seniorie,
- 64 Gevangenis / instelling afhankelijk van justitie
- 65 Opvangcentrum
Vb. thuislozen, vrouwenopvangcentrum.
- 66 Klooster- religieuze gemeenschap

THERAPEUTISCH MILIEU

- 71 Therapeutische gemeenschap (drughulpverlening)
- 72 Beschut Wonen
- 73 Psychiatrisch ziekenhuis

74 PAAZ

75 Psychiatrisch Verzorgingstehuis

76 Gezinsverpleging
Enkel in Lierneux en Geel.

77 Alternatieve psychiatrische opvang
Vb. Centrum voor Psychosociale Revalidatie (RIZIV), voorzieningen voor verslaafdenzorg (betoelaagd door de Gemeenschap), e.d.

78 Algemeen ziekenhuis

79 Ander therapeutisch milieu

ANDERE

91 Ander niet-gespecificeerd milieu

92 Geen vaste verblijfplaats

Opmerkingen en aandachtspunten

Voor de patiënten in dagbehandeling wordt het thuismilieu waar de patiënt zijn verblijfplaats heeft, als huidig leefmilieu aanzien. Voor de patiënt in nachtbehandeling wordt de psychiatrische voorziening als leefmilieu aanzien.

MA06 SAMENLEVINGSVORM VOOR DE START VAN DE ZORGPERIODE

Cfr TDI-registratie

Definitie

De samenlevingsvorm voor de start van de zorgperiode is de samenlevingsvorm waarin de patiënt gedurende de laatste 30 dagen voorafgaand aan de huidige begin van de zorgperiode meestal leefde.

Scoremogelijkheden

MA06A- Met wie woonde u de afgelopen 30 dagen meestal samen, met uitzondering van kinderen ten laste?

(slechts één keuze mogelijk)

- 10 Alleen
- 20 Partner
- 30 Ouder(s)
- 40 Andere familieleden
- 50 Vrienden of andere personen (zonder verwantschap)
- 98 Andere
- 99 Onbekend

Patiënten die in een collectieve woonvorm verbleven, worden gescoord onder code 50 vrienden of andere personen (zonder verwantschap).

Een bejaarde die 'alleen' in een serviceflat of een woningcomplex met dienstverlening woont, scoort '10'. Een bejaarde die daar met zijn/haar partner woont, scoort '230'.

Een student die tijdens de week op 'kot' of op 'kamers' woont, maar tijdens weekends en vakanties bij de ouders, scoort '30'.

MA06B Heeft u vorige maand samengewoond met kinderen jonger dan 18 jaar waarvoor u verantwoordelijk bent?

(Uw eigen kinderen of die van uw partner) en -Slechts één keuze mogelijk)

- 1 Ja
- 2 Nee
- 9 Onbekend

MA06C AANWEZIGHEID VAN MAATSCHAPPELIJKE STEUNFIGUREN

Dit item werd als inhoud in laatste instantie nog toegevoegd (22/11/2013) en dient nog verder te worden uitgewerkt.

MA07 ONDERWIJSNIVEAU

Cfr TDI-registratie

Definitie

Als algemene richtlijn geldt dat men de hoogste onderwijsvorm scoort die de patiënt met succes heeft beëindigd.

Een uitzondering op deze regel geldt voor studenten (waar MA14 “beroepsstatus bij opname” gelijk is aan 32 “scholier/student”). Voor hen geldt dat het **huidige** gevolgde onderwijs dient gescoord te worden.

Scoremogelijkheden

10 Geen onderwijs gevolgd

20 Basis onderwijs (lager onderwijs)

30 Secundair onderwijs

40 Hoger onderwijs /universiteit

96 Ander niet gespecificeerd

Men kan hier enkel scoren indien het onderwijsniveau dat opgegeven wordt, in het geheel niet aansluit bij de voorgaande scoremogelijkheden. Enkele voorbeelden:

- een opleiding in het buitenland, niet te vergelijken met een Belgisch opleidingsniveau.
- een leercontract of een onvolledig leerplan (volwassenonderwijs)
- deeltijds kunstonderwijs en deeltijds volwassenen onderwijs

99 Onbekend

Het onderwijsniveau dat de patiënt gevolgd heeft, is onbekend.

Opmerkingen en aandachtspunten

Aanvullende opleidingen, zoals bijv. VDAB-opleidingen, specifieke vormingscursussen, ..., worden hier niet gescoord.

MA08 WERKSITUATIE

(Cfr. TDI)

Definitie

De werksituatie voor de start van de zorgperiode is de situatie waarin de patiënt gedurende de laatste 30 dagen voorafgaand aan de huidige begin van de zorgperiode hoofdzakelijk bevond.

Scoremogelijkheden

(slechts één keuze mogelijk)

- 1 Regelmatige tewerkstelling
- 2 Occasionele tewerkstelling
- 3 Werkloos
- 4 Scholier / student / beroepsopleiding
- 5 Arbeidsongeschikt
- 6 Huisvrouw/ Huisman
- 7 Op pensioen / op vervroegd pensioen
- 88 Andere:
- 99 Onbekend

Opmerkingen

Werk

Regelmatige tewerkstelling = Full-time werk of een vaste en lange termijn deeltijdse baan die minder dan 30,4 uur per week in beslag neemt, maar wel gedurende langere tijd of op vaste basis. Onregelmatig/occasionele tewerkstelling is wanneer de cliënt wel werkt, maar niet in een rooster waar hij of zij op kan rekenen (bijvoorbeeld interims en incidenteel uitzendwerk). Hier kan het bv ook gaan om zwart werk.

Bij (aantal)dagen **werk** staat vervolgens

Het gaat om werk, ongeacht of de cliënt betaald is (m.a.w.: vrijwilligerswerk telt mee). Een huishouding voeren (huisvrouw of huisman) wordt niet als tewerkstelling geregistreerd (zie afzonderlijke categorie huisvrouw/man)) Functies en/of verantwoordelijkheden in het kader van een gevangenisstraf of –verblijf of in het kader van een behandeling in een therapeutische gemeenschap of ziekenhuis worden eveneens niet geregistreerd, zelfs niet als ze betaald zijn (zie categorie ‘andere’).

Dealen, prostitutie, diefstal e.d. tellen niet mee (zie categorie 'andere'). Zwart werk telt wel mee.

Ziekte­dagen en betaalde vakantie­dagen dienen te worden beschouwd als regelmatige tewerkstelling indien ze binnen het kader van een tewerkstelling vallen. Invaliditeits­dagen daarentegen tellen niet als werk: die worden gescoord als arbeidsongeschikt.

MD09 VOORNAAMSTE BRON VAN INKOMSTEN

Cfr. TDI

Definitie

De voornaamste bron van inkomsten is bron waaruit de patiënt gedurende de laatste 30 dagen voorafgaand aan de huidige begin van de zorgperiode hoofdzakelijk zijn financiële middelen betrok

Als algemene richtlijn geldt dat wanneer een patiënt voor verschillende bronnen in aanmerking komt, men deze code scoort die de hoogste inkomstenbron vormt.

Scoremogelijkheden

(slechts één keuze mogelijk)

- 1 Loon / beroepsinkomen
- 2 Werkloosheidsuitkeringen
- 3 Pensioen of overlevingspensioen
- 4 Ziekte- of invaliditeitsuitkering
- 5 Leefloon of OCMW-steun
- 6 Kinderbijslag
- 7 Studiebeurs
- 9 Geen eigen inkomsten
- 88 Andere
- 99 Onbekend

MA10 DSM-V DIAGNOSE BIJ HET BEGIN VAN DE ZORGPERIODE

Definitie

In dit informatieblok gaande van MA10.01 tot MA10.07 wordt de diagnose van de patiënt bevraagd volgens codering van DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition).

Somatische aandoeningen worden weergegeven in de items MA14.11 tot MA14.20 volgens de ICD-10 codering.

Scoremogelijkheden voor de items:

- MA10.01 Eerste diagnose volgens DSM-V
- MA10.02 Tweede diagnose volgens DSM-V
- MA10.03 Derde diagnose volgens DSM-V
- MA10.04 Vierde diagnose volgens DSM-V
- MA10.05 Vijfde diagnose volgens DSM-V
- MA10.06 Zesde diagnose volgens DSM-V

MA10.07 Zevende diagnose volgens DSM-V
Toegelaten DSM-V-code

SOMATISCHE AANDOENINGEN

Scoremogelijkheden voor de items:

MA10.11 Somatische diagnose volgens ICD-10
MA10.12 Somatische diagnose volgens ICD-10
MA10.13 Somatische diagnose volgens ICD-10
MA10.14 Somatische diagnose volgens ICD-10
MA10.15 Somatische diagnose volgens ICD-10
MA10.16 Somatische diagnose volgens ICD-10
MA10.17 Somatische diagnose volgens ICD-10
MA10.18 Somatische diagnose volgens ICD-10
MA10.19 Somatische diagnose volgens ICD-10
MA10.20 Somatische diagnose volgens ICD-10
Geldige ICD-10-codering

Opmerking: Bij het opgeven van de diagnoses, dient men ook rekening te houden met de bijkomende condities, zoals weergegeven in de Z-codes van de ICD-10.

Opmerking

In de export voor de doelstelling “epidemiologische gegevens” worden alle diagnoses op het detailniveau geëxporteerd. In de andere exporten worden de diagnosecodes eerst omgezet naar de hoofdcategorieën alvorens ze worden geëxporteerd.

- 10 Neurologische ontwikkelingsstoornissen
- 11 Schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen
- 12 Bipolaire en gerelateerde stoornissen
- 13 Depressieve stoornissen
- 14 Angststoornissen
- 15 Obsessief-compulsieve stoornissen
- 16 Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen
- 17 Dissociatieve stoornissen

- 18 Somatische symptomen en gerelateerde stoornissen
- 19 Voeding- en eetstoornissen
- 20 Uitscheidingsstoornissen
- 21 Slaap-waakstoornissen
- 22 Seksuele dysfuncties
- 23 Gender problemen
- 24 Disruptieve, impulscontrole en gedragsstoornissen
- 25 Middelengerelateerde en verslavingsstoornissen
- 26 Neurocognitieve stoornissen
- 27 Persoonlijkeitsstoornissen
- 28 Parafielec stoornissen
- 29 Andere mentale stoornissen
- 30 Medicatie-geïnduceerde bewegingsstoornissen en andere neveneffecten van geneesmiddelen
- 40 Andere condities die de focus zijn van het klinisch handelen
- (50-80: nog toe te voegen: hoofdklassen van ICD-10 voor somatische diagnoses)
- 99 geen diagnose

MA15 INSCHATTING VAN DE ZORGNODEN aan het begin van de zorgperiode

De onderstaande internationaal gevalideerde CANSAS-schaal (Camberwell Assessment of Needs) dient **verplicht te worden geregistreerd voor alle patiënten in zorg/begeleiding bij**

- Een mobiele team 2b en 3
- Een team psychiatrische zorg in de thuissituatie
- Activering in beschut wonen of een samenspel van GGZ-actoren
- Een initiatief beschut wonen
- Een psychiatrisch verzorgingstehuis
- Een revalidatiecentrum GGZ (psychosociale revalidatie van volwassen psychiatrische patiënten (7.72), verslaafden (7.73), psychosociale revalidatie van kinderen en adolescenten met ernstige psychische aandoeningen (7.74), revalidatie van vroegtijdige stoornissen van de interactie ouders-kind (7.745)).

Op voorwaarde dat de patiënt:

- Minstens 7 dagen in zorg was in een residentiële setting
- Minstens 3 sessies heeft gehad in een ambulante setting.

In de andere GGZ-voorzieningen is de registratie van de CANSAS facultatief.

De registratie van de CANSAS is evenzeer facultatief wanneer de patiënt korter dan de hierboven gespecificeerde tijdsduur in zorg was.

MA15.00 DATUM AFNAME VAN DE CANSAS

Definitie

De datum waarop de CANSAS-schaal werd afgenomen.

Idealiter gebeurt de afname in de eerste week van de residentiële opname of tijdens de eerste twee sessies in een ambulante setting

Scoremogelijkheden

Dd/mm/yyyy

MA15.01 CANSAS item 1: Huisvesting

MA15.02 CANSAS item 2: Voeding

MA15.03 CANSAS item 3: Zorg voor het huishouden

MA15.04 CANSAS item 4: Zelfverzorging
MA15.05 CANSAS item 5: Activiteiten overdag
MA15.06 CANSAS item 6: Lichamelijke gezondheid
MA15.07 CANSAS item 7: Psychotische symptomen
MA15.08 CANSAS item 8: Informatie over de toestand en de behandeling
MA15.09 CANSAS item 9: Psychisch onwelbevinden
MA15.10 CANSAS item 10: Veiligheid voor de persoon zelf
MA15.11 CANSAS item 11: Veiligheid voor anderen
MA15.12 CANSAS item 12: Alcohol
MA15.13 CANSAS item 13: Drugs
MA15.14 CANSAS item 14: Gezelschap
MA15.15 CANSAS item 15: Intieme relaties
MA15.16 CANSAS item 16: Beleving van de seksualiteit
MA15.17 CANSAS item 17: Zorg voor de kinderen
MA15.18 CANSAS item 18: Basisonderwijs/educatie
MA15.19 CANSAS item 19: Telefoon
MA15.20 CANSAS item 20: Vervoer
MA15.21 CANSAS item 21: Geld
MA15.22 CANSAS item 22: Uitkeringen

Per item kunnen 3 scores gegeven worden waarvan de eerste score verplicht is de tweede en derde score sterk aangeraden wordt.

Score 1 (verplicht)

Is er een probleem/hulpbehoefte?

NB de nadruk ligt op het feit dat men een probleem heeft waarvoor men hulp nodig heeft!

Scoring:

0 Geen probleem/zorgbehoefte (no need)

1 Geen/beperkt probleem vanwege lopende interventie (met need)

2 Ernstig probleem (ook ondanks interventie) (unmet need)

Algoritme:

- er is sprake van een ernstig probleem --> 2

(ondanks hulp/ geen hulp)

of

- er is geen ernstig probleem

---> omdat er hulp is ----> 1

---> en er is ook geen hulp ----> 0

Score 2 (sterk aangeraden)

HOEVEEL HULP KRIJGT DE PERSOON VAN VRIENDEN OF FAMILIE WAT BETREFT

- 0 - Geen hulp
- 1 - Weinig hulp
- 2 - Gemiddelde hulp
- 3 - Veel hulp
- 9 - Onbekend

Score 3 (sterk aangeraden)

HOEVEEL HULP HEEFT DE PERSOON NODIG VAN DE ZORGINSTELLING WAT BETREFT

- 0 - Geen hulp
- 1 - Weinig hulp
- 2 - Gemiddelde hulp
- 3 - Veel hulp
- 9 - Onbekend

De volledige handleiding van de CANSAS-schaal vindt men als bijlage 2.

MA16 HONOS – Inschatting van de ernst van de symptomen aan het begin van de zorgperiode

De onderstaande internationaal gevalideerde HONOS-schaal (Health of the Nations Outcome Scale) dient **verplicht te worden geregistreerd voor alle patiënten in zorg/begeleiding bij**

- Een mobiel team 2A
- Een centrum geestelijke gezondheidszorg
- Een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis
- Een psychiatrisch ziekenhuis

Op voorwaarde dat de patiënt:

- Minstens 3 dagen in zorg was in een residentiële setting (AZ en PZ)
- Minstens 3 sessies heeft gehad in een ambulante setting (CGG en 2A).

In de andere GGZ-voorzieningen is de registratie van de HONOS facultatief.

De registratie van de HONOS is evenzeer facultatief wanneer de patiënt korter dan de hierboven gespecificeerde tijdsduur in zorg was.

MA16.00 DATUM AFNAME VAN DE HONOS

Definitie

De datum waarop de HONOS-schaal werd afgenomen.

Idealiter gebeurt de afname in de eerste drie dagen van de residentiële opname of tijdens de eerste twee sessies in een ambulante setting

Scoremogelijkheden

Dd/mm/yyyy

MA16.01 versie van de HONOS:

1= HONOSCA (kinderen en jongeren)

2= HONOS (volwassenen)

3 = HONOS65+ (ouderen)

MA17.01 HONOS item 1

MA17.02 HONOS item 2
MA17.03 HONOS item 3
MA17.04 HONOS item 4
MA17.05 HONOS item 5
MA17.06 HONOS item 6
MA17.07 HONOS item 7
MA17.08 HONOS item 8
MA17.09 HONOS item 9
MA17.10 HONOS item 10
MA17.11 HONOS item 11
MA17.12 HONOS item 12

(enkel in geval van HONOSCA)

MA17.13 HONOS item 13
MA17.14 HONOS item 14
MA17.15 HONOS item 15

Scoremogelijkheden:

- | | |
|---|---|
| 0 | Geen probleem |
| 1 | Ondergeschikt probleem – vereist geen actie |
| 2 | Licht probleem maar duidelijk aanwezig |
| 3 | Matig ernstig probleem |
| 4 | Ernstig tot zeer ernstig probleem |
| 9 | Onbekend |

De volledige handleiding van de HONOS-schaal vindt men als bijlage 3.

WACHTLIJSTEN

Onderstaande gegevens dienen enkel te worden ingevuld voor die patiënten waarbij een eerste face to face contact met een medewerker van de GGZ-zorgvoorziening heeft plaatsgevonden, waarna beslist wordt of de patiënt al dan niet in zorg wordt genomen.

Bijgevolg dienen onderstaande gegevens NIET te worden geregistreerd bij patiënten:

- Die zich louter aanmelden of aangemeld worden door een derde (verwijzer) waarbij GEEN eerste afspraak wordt gemaakt , vb omdat reeds aan de telefoon blijkt dat de zogenaamde aanmelding eerder een loutere vraagstelling betrof of omdat reeds bleek dat de persoon zich beter (eerst) elders aanmeldt.
- Die zich louter aanmelden of aangemeld worden door een derde (verwijzer) waarbij WEL eerste afspraak werd gemaakt maar deze afspraak nooit heeft plaats gehad. vb omdat de patiënt niet is komen opdagen voor de eerste afspraak.

MW01 DATUM AANMELDING

Definitie

Er is sprake van een aanmelding wanneer voor een patiënt intern in de zorgvoorziening een afspraak wordt gemaakt voor een eerste contact in geval van een nieuwe patiënt of een hernieuwd contact in geval de patiënt in het verleden reeds in de GGZ-voorziening in zorg was en de zorgperiode in het verleden werd beëindigd.

De aanmelding kan zowel door de patiënt gebeuren als door een verwijzer.

Scoremogelijkheden

De datum van de aanmelding: dd/mm/jjjj

Opmerking

- De datum waarop de eerste afspraak wordt gemaakt is relevant, NIET de datum van de eerste afspraak (= item MA05)
- Wetende dat dit blok “Wachlijsten” enkel dient te worden geregistreerd voor patiënten waarbij een eerste face to face afspraak heeft plaatsgevonden, zal de informatie mogelijk retro-actief moeten worden bevroegd.

MW02 DATUM EERSTE AFSPRAAK (face to face)

Definitie

De datum van de eerste afspraak, waarin veelal de problematiek van de patiënt wordt verkend vooraleer wordt beslist of de GGZ-voorziening de betrokken patiënt in zorg neemt.

Scoremogelijkheden

De datum van de eerste afspraak waarop effectief een gesprek heeft plaatsgevonden , NIET de datum waarop de eerste afspraak is vastgelegd (= item MW01).

Opmerking:

Het gaat om de eerste afspraak/het eerste effectieve gesprek met een medewerker in de GGZ-voorziening.

Voor PAAZ-diensten betekent dit een afspraak met het vooruitzicht op een opname op de PAAZ-dienst (opnamegesprek).

Bijgevolg dient er in het kader van deze gemeenschappelijke registratie geen registratie van wachttijden te worden gehouden op de spoeddiensten van het algemeen ziekenhuis of in de polikliniek van het ziekenhuis wanneer de patiënt niet wordt opgenomen op de PAAZ-dienst.

M.a.w. het is geenszins de bedoeling om elk psychiatrisch liaisonconsult te registreren als een aanmelding voor de PAAZ-dienst.

Idem dito voor elk poliklinisch psychiatrisch consult in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis. Deze consulten zijn te vergelijken met consultaties in de prive-praktijk van de psychiater, welke volledig buiten het toepassingsgebied van deze gemeenschappelijke registratie valt.

In functie van de beslissing van de GGZ-voorziening om de patiënt al dan niet in zorg te nemen, dient ofwel het item MW03 reden van niet gestart te worden ingevuld,

Dan wel het item MW04 datum van de start van de zorgperiode

MW03 REDEN INDIEN NIET GESTART IN EIGEN VOORZIENING

(Enkel in te vullen wanneer een patiënt niet instroomt in de eigen GGZ-voorziening).

Scoremogelijkheden

1 Volzet op dienst

De patiënt voldoet aan de inclusiecriteria maar kan niet instromen in de dienst wegens (te) lange wachtlijsten.

2 Geen opdracht van het centrum

De patiënt meldde zich aan met een problematiek:zorgvraag, die niet behoort tot de opdrachten van de GGZ-voorziening.

3 Specialisatie niet in huis

De patiënt meldde zich aan met een problematiek:zorgvraag, waarvoor de GGZ-voorziening geen of onvoldoende specialisatie in huis heeft.

- 4 Info / consult volstond
Tijdens het eerste face to face contact tussen de hulpverlener en de patiënt bleek dat de patiënt voldoende had met dit eerste gesprek (informatie, consult) en geen verdere GGZ-zorg meer vraagt.
- 5 Buiten werkingsgebied
De patiënt kan niet in zorg worden genomen door de GGZ-voorziening omdat de patiënt zich buiten het werkingsgebied van de GGZ-voorziening bevindt.
- 6 Geen verder contact genomen
De patiënt heeft zich na het eerste face to face contact niet meer gemeld voor verdere afspraken voor verdere zorg.
- 8 Andere reden
- 9 Onbekend

MW04 DATUM BEGIN VAN DE ZORGPERIODE

Enkel in te vullen wanneer een patiënt na een eerste face to face contact effectief instroomt in de eigen GGZ-voorziening.

Definitie

Datum van de start van de zorgperiode

De zorgperiode start wanneer na een diagnostische fase werd beslist de patiënt in zorg te nemen.

De zorgperiode start wanneer de patiënt effectief in zorg komt.

Scoremogelijkheden

De datum van begin van de zorgperiode wordt ingevuld in dag (dd), maand (mm), jaar (jjjj).

MW05 Voorlopige diagnose

Definitie

Hier wordt de voorlopige diagnose van de patiënt bevraagd volgens codering van DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition).

Somatische aandoeningen worden weergegeven volgens de ICD-10 codering.

Scoremogelijkheden voor de items:

MW05.01 Eerste diagnose volgens DSM-V

MW05.02 Eerste diagnose volgens ICD10

Opmerking

In de export worden de diagnosecodes eerst omgezet naar de hoofdcategorieën alvorens ze worden geëxporteerd.

- 10 Neurologische ontwikkelingsstoornissen
- 11 Schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen
- 12 Bipolaire en gerelateerde stoornissen
- 13 Depressieve stoornissen
- 14 Angststoornissen
- 15 Obsessief-compulsieve stoornissen
- 16 Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen
- 17 Dissociatieve stoornissen
- 18 Somatische symptomen en gerelateerde stoornissen
- 19 Voeding- en eetstoornissen
- 20 Uitscheidingsstoornissen
- 21 Slaap-waakstoornissen
- 22 Seksuele dysfuncties
- 23 Gender problemen
- 24 Disruptieve, impulscontrole en gedragsstoornissen
- 25 Middelengerelateerde en verslavingsstoornissen
- 26 Neurocognitieve stoornissen
- 27 Persoonlijkheidsstoornissen
- 28 Parafielec stoornissen
- 29 Andere mentale stoornissen
- 30 Medicatie-geïnduceerde bewegingsstoornissen en andere neveneffecten van geneesmiddelen
- 40 Andere condities die de focus zijn van het klinisch handelen

(50-80: nog toe te voegen: hoofdklassen van ICD-10 voor somatische diagnoses)

99 geen diagnose

MW06 GEBOORTEJAAR

Definitie

Het geboortejaar zoals vermeld op de identiteitskaart (of een soortgelijk document) van de patiënt.

Scoremogelijkheden

Het geboortejaar wordt ingevuld in jiii.

MW07 GESLACHT (cfr MKG-registratie)

Definitie

Het geslacht wordt weergegeven volgens de gegevens die op de identiteitskaart (of een ander identificatiepapier) van de patiënt vermeld staan.

Het geslacht van een patiënt wordt geregistreerd bij de start van de zorgperiode.

Scoremogelijkheden

0 Onbepaalbaar

(deze code mag enkel genoteerd worden wanneer er bij de geboorte onduidelijkheid is over het geslacht van de pasgeborene)

1 Mannelijk

2 Vrouwelijk

3 Veranderd

De waarde 'veranderd' (code #3#) werd ingevoerd om de problemen met geslachtsgebonden aandoeningen bij patiënten die van geslacht veranderd zijn zonder dat reeds hun rijksregisternummer is gewijzigd, op te vangen.

4.2.4 Gegevens over het einde van de zorg

MD01. ID-NUMMER VAN DE GGZ-VOORZIENING (idem SI01)

Definitie

Het unieke nummer van de GGZ-voorziening zoals door de overheden gemeenschappelijk toegekend. Of door andere instantie – interministerieel af te spreken

Opmerkingen en aandachtspunten

Als ID-nummer van een A-dienst zorgseenheid van een algemeen ziekenhuis (PAAZ), wordt het ID--nummer van het algemeen ziekenhuis ingevuld. Uitzondering wordt gemaakt wanneer aan deze PAAZ een afzonderlijk ID-nummer toegekend werd.

MD02 RR-NUMMER PATIENT (=idem IP01)

Definitie

De unieke identificatie van de patiënt via zijn rijksregisternummer.

Schematisch:

- Voor Belgen: Rijksregisternummer
- Voor niet Belgen maar tijdelijk in België: rijksregisternummer bis
- Voor buitenlanders: buitenlands ID nummer
- Voor mensen zonder papieren: op basis van geboortejaar

PI1. Soort identificatie van de patiënt <i>(slechts één keuze mogelijk)</i>	PI2. Identificatie van de patiënt
<input type="radio"/> ₁ Rijksregisternr. ➤	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> ₂ Rijksregisternr. bis ➤	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> ₃ Paspoortnr. ➤	_____
<input type="radio"/> ₄ Geboortedatum ➤	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Cfr TDI-registratie

MD03 DATUM BEGIN VAN DE ZORGPERIODE

Definitie

Datum van de start van de zorgperiode

Scoremogelijkheden

De datum van begin van de zorgperiode wordt ingevuld in dag (dd), maand (mm), jaar (jjjj).

MD04 DATUM EINDE VAN DE ZORGPERIODE

Definitie

Datum van het einde van de zorgperiode.

De datum is de datum van de laatste dag opname in een residentiële voorziening of de laatste sessies in een ambulante setting.

Wanneer een patiënt niet meer opdaagt voor verdere zorg, wordt de zorgperiode ambtshalve afgesloten na een afwezigheid van 30 dagen in een residentiële setting of 183 dagen (=6 maanden) in een ambulante setting. De datum van de laatste dag opname/ sessie wordt dan retro-actief ingevuld.

Scoremogelijkheden

De datum van het einde van de zorgperiode wordt ingevuld in dag (dd), maand (mm), jaar (jjjj).

MD05 WIJZE VAN EINDE VAN DE ZORGPERIODE

Definitie

De wijze van het einde van de zorgperiode gaat o.a. na of het einde van de zorgperiode al dan niet in overleg met de patiënt en het zorgzorgteam gebeurde.

Scoremogelijkheden

10 Met wederzijds akkoord

Het zorgteam en de patiënt zijn het eens over de beslissing tot einde, zonder wettelijke maatregelen.

Indien er met de patiënt niet kan worden onderhandeld omwille van zijn toestandbeeld, kan toch met wederzijds akkoord gescoord worden indien er geen openlijk verzet werd waargenomen.

11 Met wettelijke maatregel

Het einde wordt geregeld ten gevolge van wettelijke maatregelen. De precisering van de maatregel verloopt via het item AP09 (Juridisch statuut/maatregel).

GEEIST EINDE

Het zorgteam en de patiënt zijn het niet eens over de beslissing tot einde, zonder dat er evenwel wettelijke maatregelen in het geding zijn.

16 Geëist door betrokkene of andere zonder akkoord van het team

Het zorgteam gaat niet akkoord met de beslissing tot einde genomen door de patiënt. Deze code kan ook gebruikt worden als het patiëntensysteem het ontslag eist.

17 Geëist door het zorgteam zonder akkoord van de betrokkene

De patiënt gaat niet akkoord met de beslissing tot einde genomen door het zorgteam of de patiënt is onbekwaam om zijn akkoord te geven (bijvoorbeeld een patiënt in coma).

ZONDER OVERLEG

Het einde werd niet besproken tussen het zorgteamzorgteam en de patiënt. Het ontslag is unilateraal beslist door de patiënt. Ze kon niet geprogrammeerd worden.

21 Gevlucht

De patiënt heeft de voorziening verlaten zonder overleg met het zorgteam; er is geen wettelijke verplichting om de patiënt verplicht terug in zorg te nemen in de voorziening.

22 Niet teruggekeerd of niet meer opgedaagd

De patiënt is niet teruggekeerd nadat hij/zij de GGZ-voorziening met de goedkeuring van het zorgteam had verlaten; of de patiënt is niet meer komen opdagen voor een volgende afspraak en er is geen wettelijke verplichting om de patiënt terug in zorg te nemen in de voorziening.

23 Ontsnapt

De patiënt is ontsnapt uit de GGZ-voorziening zonder overleg en zonder goedkeuring van het zorgteam. Er bestaat een wettelijke verplichting om de patiënt in de voorziening te houden. Deze afwezigheid zal in veel gevallen als een intermediair ontslag worden beschouwd, tenzij de patiënt bijvoorbeeld langer dan 30 dagen wegblijft.

Dit wordt bijvoorbeeld ook gescoord indien de voorziening verplicht is de politie te verwittigen wanneer een patiënt, die opgenomen is onder wettelijke bepalingen, niet terugkeert uit verlof.

OVERLEDEN

De zorgperiode wordt afgesloten omwille van het overlijden van de patiënt. Het overlijden kan plaats gevonden hebben binnen of buiten de voorziening, op de dag van het einde van de zorgperiode of erna. (Dit betekent dat ingeval de patiënt tijdens het intermediair ontslag overlijdt het intermediair ontslag omgezet wordt in een einde van de zorgperiode en hieronder 'OVERLEDEN' scoort).

(Cfr model IIIC strook C overlijdensattest)

Overlijden tijdens het verblijf in een residentiële GGZ-voorziening

30 Natuurlijke dood

Het overlijden van de patiënt aan een natuurlijke oorzaak

31 Verkeersongeval

De oorsprong van het overlijden is een verkeersongeval.

32 Ander ongeval

De oorsprong van het overlijden is een ongeval, ander dan verkeersongeval.

33 Suïcide - zelfmoord

De oorsprong van het overlijden is een zelfmoord; de patiënt had de bedoeling zich te kwetsen of zich van het leven te benemen met handelingen die hij uitgevoerd heeft, en/of die hij onderzocht heeft, voorafgaand aan het overlijden.

34 Doding

De oorsprong van het overlijden is doodslag, dwz hetero-agressieve daden van een andere persoon.

35 Doodsoorzaak wordt nog onderzocht

36 Doodsoorzaak kan niet worden bepaald

Overlijden tijdens een tijdelijke afwezigheid uit een residentiële GGZ-voorziening of tijdens een zorgperiode in een ambulante setting

- 40 Natuurlijke dood
Het overlijden van de patiënt aan een natuurlijke oorzaak
- 41 Verkeersongeval
De oorsprong van het overlijden is een verkeersongeval.
- 42 Ander ongeval
De oorsprong van het overlijden is een ongeval, ander dan verkeersongeval.
- 43 Suicide - zelfmoord
De oorsprong van het overlijden is een zelfmoord; de patiënt had de bedoeling zich te kwetsen of zich van het leven te benemen met handelingen die hij uitgevoerd heeft, en/of die hij onderzocht heeft, voorafgaand aan het overlijden.
- 44 Doding
De oorsprong van het overlijden is doodslag, dwz hetero-agressieve daden van een andere persoon.
- 45 Doodsoorzaak wordt nog onderzocht
- 46 Doodsoorzaak kan niet worden bepaald
- 99 Wijze van einde: onbekend

MD06 TUSSENKOMST BEMIDDELAAR MBT CULTUUR

Definitie

Hier wordt gerefereerd naar een tussenkomst van een intercultureel bemiddelaar tijdens de zorgperiode. De in dit item in acht genomen tussenkomst heeft te maken met culturele aspecten..

Scoreprocedure

Er wordt geregistreerd of er in de afgelopen zorgperiode minstens 1 tussenkomst geweest is

Scoremogelijkheden

1.Er deden zich geen problemen voor ivm culturele aspecten

2. Er deden zich problemen m.b.t. cultuur en men heeft gepoogd deze op te lossen via tussenkomst van een personeelslid of familielid van de patiënt
3. Een tussenkomst van een intercultureel bemiddelaar was gewenst maar heeft niet plaatsgevonden (omwille van niet-beschikbaarheid van een bemiddelaar of omwille van andere redenen)
4. Een tussenkomst van een intercultureel bemiddelaar heeft plaatsgevonden

MD07 TUSSENKOMST BEMIDDELAAR MBT TAAL

Definitie

Hier wordt gerefereerd naar een tussenkomst van een intercultureel bemiddelaar, vertaler of tolk tijdens de zorgperiode. De in dit item in acht genomen tussenkomst heeft te maken met taalaspecten.

Scoreprocedure

Er wordt geregistreerd of er in de afgelopen zorgperiode minstens 1 tussenkomst geweest is

Scoremogelijkheden

1. Er deden zich geen problemen voor ivm taal
2. Er deden zich problemen m.b.t. taal en men heeft gepoogd deze op te lossen via tussenkomst van een personeelslid of familielid van de patiënt
3. Een tussenkomst van een intercultureel bemiddelaar, vertaler of tolk was gewenst om redenen van taal maar heeft niet plaatsgevonden (omwille van niet-beschikbaarheid of omwille van andere redenen)
4. Een tussenkomst van een intercultureel bemiddelaar, vertaler of tolk om redenen van taal heeft plaatsgevonden

MD08 BESTEMMING

Definitie

De bestemming geeft het leefmilieu weer waar de patiënt - na zijn einde van de zorgperiode - naar toe gaat. Dit items verwijst naar de samenlevingsplaats.
= idem als item MA05

Scoremogelijkheden

Studenten op kort = thuisituatie

- 10 Vaste verblijfplaats
- 20 Verschillende verblijfplaatsen/op straat
- 30 Een andere plaats

COLLECTIEVE WOONVORM

- 61 Voorziening voor jeugdhulpverlening
Vb. voorziening van Bijzondere jeugdbijstand (begeleidingstehuis, gezinstehuis, opvang-, oriëntatie- of observatiecentrum).
- 62 Voorziening voor gehandicaptenzorg
Vb. bezigheidstehuis, nursingstehuis, medisch pedagogisch instituut (MPI).
- 63 Voorziening voor bejaarden
Bejaardentehuis/rust- en verzorgingstehuis, centrum kortverblijf, seniorie,
- 64 Gevangenis / instelling afhankelijk van justitie
- 65 Opvangcentrum
Vb. thuislozen, vrouwenopvangcentrum.

THERAPEUTISCH MILIEU

- 71 Therapeutische gemeenschap (drughulpverlening)
- 72 Beschut Wonen
- 73 Psychiatrisch ziekenhuis

74 PAAZ

75 Psychiatrisch Verzorgingstehuis

76 Gezinsverpleging
Enkel in Lierneux en Geel.

77 Alternatieve psychiatrische opvang
Vb. Centrum voor Psychosociale Revalidatie (RIZIV), voorzieningen voor verslaafdenzorg (betoelaagd door de Gemeenschap), e.d.

78 Algemeen ziekenhuis

79 Ander therapeutisch milieu

ANDERE

91 Ander niet-gespecificeerd milieu

92 Geen vaste verblijfplaats

Opmerkingen en aandachtspunten

Voor de patiënten in dagbehandeling wordt het thuismilieu waar de patiënt zijn verblijfplaats heeft, als huidig leefmilieu aanzien. Voor de patiënt in nachtbehandeling wordt de psychiatrische voorziening als leefmilieu aanzien.

MD09 AANTAL CONTACTDAGEN TIJDENS DE ZORGPERIODE

Definitie

Aantal dagen dat er minstens gedurende 15 minuten face tot face contact was tussen een zorgverlener van de GGZ-voorziening en de patiënt.

Scoremogelijkheden

Getal tussen 1 en 99999

MD10 DSM-V DIAGNOSE BIJ HET EINDE VAN DE ZORGPERIODE

Definitie

In dit informatieblok gaande van MD10.01 tot MD10.07 wordt de diagnose van de patiënt bevraagd volgens codering van DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition).

Somatische aandoeningen worden weergegeven in de items MD10.11 tot MD10.20 volgens de ICD-10 codering.

Scoremogelijkheden voor de items:

MD10.01	Eerste diagnose volgens DSM-V
MD10.02	Tweede diagnose volgens DSM-V
MD10.03	Derde diagnose volgens DSM-V
MD10.04	Vierde diagnose volgens DSM-V
MD10.05	Vijfde diagnose volgens DSM-V
MD10.06	Zesde diagnose volgens DSM-V
MD10.07	Zevende diagnose volgens DSM-V
	Toegelaten DSM-V-code

SOMATISCHE AANDOENINGEN

Scoremogelijkheden voor de items:

MD10.11	Somatische diagnose volgens ICD-10
MD10.12	Somatische diagnose volgens ICD-10
MD10.13	Somatische diagnose volgens ICD-10
MD10.14	Somatische diagnose volgens ICD-10
MD10.15	Somatische diagnose volgens ICD-10
MD10.16	Somatische diagnose volgens ICD-10
MD10.17	Somatische diagnose volgens ICD-10
MD10.18	Somatische diagnose volgens ICD-10
MD10.19	Somatische diagnose volgens ICD-10
MD10.20	Somatische diagnose volgens ICD-10

Geldige ICD-10-codering

Opmerking:

Bij het opgeven van de diagnoses, dient men ook rekening te houden met de bijkomende condities, zoals weergegeven in de Z-codes van de ICD-10.

Opmerking

In de exporten voor de verschillende databestanden in functie van de doelstellingen worden de diagnosecodes eerst omgezet naar de hoofdcategorieën alvorens ze worden geëxporteerd.

- 10 Neurologische ontwikkelingsstoornissen
- 11 Schizofreniespectrum en andere psychotische stoornissen
- 12 Bipolaire en gerelateerde stoornissen
- 13 Depressieve stoornissen
- 14 Angststoornissen
- 15 Obsessief-compulsieve stoornissen
- 16 Trauma- en stressorgerelateerde stoornissen
- 17 Dissociatieve stoornissen
- 18 Somatische symptomen en gerelateerde stoornissen
- 19 Voeding- en eetstoornissen
- 20 Uitscheidingsstoornissen
- 21 Slaap-waakstoornissen
- 22 Seksuele dysfuncties
- 23 Gender problemen
- 24 Disruptieve, impulscontrole en gedragsstoornissen
- 25 Middelengerelateerde en verslavingsstoornissen
- 26 Neurocognitieve stoornissen
- 27 Persoonlijkeitsstoornissen
- 28 Parafielec stoornissen
- 29 Andere mentale stoornissen
- 30 Medicatie-geïnduceerde bewegingsstoornissen en andere neveneffecten van geneesmiddelen
- 40 Andere condities die de focus zijn van het klinisch handelen
- (50-80: Nog toe te voegen: hoofdklassen van ICD-10 voor somatische diagnoses)
- 99 geen diagnose

MD11 INSCHATTING VAN DE ZORGNODEN aan het einde van de zorgperiode

De onderstaande internationaal gevalideerde CANSAS-schaal (Camberwell Assessment of Needs) dient **verplicht te worden geregistreerd voor alle patiënten in zorg/begeleiding bij**

- Een mobiele team 2b en 3
- Een team psychiatrische zorg in de thuissituatie
- Activering in beschut wonen of een samenspel van GGZ-actoren
- Een initiatief beschut wonen
- Een psychiatrisch verzorgingstehuis
- Een revalidatiecentrum GGZ (psychosociale revalidatie van volwassen psychiatrische patiënten (7.72), verslaafden (7.73), psychosociale revalidatie van kinderen en adolescenten met ernstige psychische aandoeningen (7.74), revalidatie van vroegtijdige stoornissen van de interactie ouders-kind (7.745)).

Op voorwaarde dat de patiënt:

- Minstens 14 dagen in zorg was in een residentiële setting
- Minstens 7 sessies heeft gehad in een ambulante setting.

In de andere GGZ-voorzieningen is de registratie van de CANSAS facultatief.

De registratie van de CANSAS is evenzeer facultatief wanneer de patiënt korter dan de hierboven gespecificeerde tijdsduur in zorg was.

MD11.00 datum afname van de CANSAS

Definitie

De datum waarop de CANSAS-schaal werd afgenomen.

Scoremogelijkheden

Dd/mm/yyyy

MD11.01 CANSAS item 1: Huisvesting

MD11.02 CANSAS item 2: Voeding

MD11.03 CANSAS item 3: Zorg voor het huishouden

MD11.04 CANSAS item 4: Zelfverzorging

MD11.05 CANSAS item 5: Activiteiten overdag

MD11.06 CANSAS item 6: Lichamelijke gezondheid
MD11.07 CANSAS item 7: Psychotische symptomen
MD11.08 CANSAS item 8: Informatie over de toestand en de behandeling
MD11.09 CANSAS item 9: Psychisch onwelbevinden
MD11.10 CANSAS item 10: Veiligheid voor de persoon zelf
MD11.11 CANSAS item 11: Veiligheid voor anderen
MD11.12 CANSAS item 12: Alcohol
MD11.13 CANSAS item 13: Drugs
MD11.14 CANSAS item 14: Gezelschap
MD11.15 CANSAS item 15: Intieme relaties
MD11.16 CANSAS item 16: Beleving van de seksualiteit
MD11.17 CANSAS item 17: Zorg voor de kinderen
MD11.18 CANSAS item 18: Basisonderwijs/educatie
MD11.19 CANSAS item 19: Telefoon
MD11.20 CANSAS item 20: Vervoer
MD11.21 CANSAS item 21: Geld
MD11.22 CANSAS item 22: Uitkeringen

Per item kunnen 3 scores gegeven worden waarvan de eerste score verplicht is de tweede en derde score sterk aangeraden wordt.

Score 1 (verplicht)

Is er een probleem/hulpbehoefte?

NB de nadruk ligt op het feit dat men een probleem heeft waarvoor men hulp nodig heeft!

Scoring:

- 0 Geen probleem/zorgbehoefte (no need)
- 1 Geen/bepikt probleem vanwege lopende interventie (met need)
- 2 Ernstig probleem (ook ondanks interventie) (unmet need)

Algoritme:

- er is sprake van een ernstig probleem --> 2
(ondanks hulp/ geen hulp)
- of
- er is geen ernstig probleem
- > omdat er hulp is ----> 1
- > en er is ook geen hulp ----> 0

Score 2 (sterk aangeraden)

HOEVEEL HULP KRIJGT DE PERSOON VAN VRIENDEN OF FAMILIE WAT BETREFT

- 4 - Geen hulp
- 5 - Weinig hulp
- 6 - Gemiddelde hulp
- 7 - Veel hulp
- 9 - Onbekend

Score 3 (sterk aangeraden)

HOEVEEL HULP HEEFT DE PERSOON NODIG VAN DE ZORGINSTELLING WAT BETREFT

- 0 - Geen hulp
- 1 - Weinig hulp
- 2 - Gemiddelde hulp
- 3 - Veel hulp
- 9 - Onbekend

De volledige handleiding van de CANSAS-schaal vindt men als bijlage 2.

MD12 HONOS – Inschatting van de ernst van de symptomen aan het begin van de zorgperiode

De onderstaande internationaal gevalideerde HONOS-schaal (Health of the Nations Outcome Scale) dient **verplicht te worden geregistreerd voor alle patiënten in zorg/begeleiding bij**

- Een mobiel team 2A
- Een centrum geestelijke gezondheidszorg
- Een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis
- Een psychiatrisch ziekenhuis

Op voorwaarde dat de patiënt:

- Minstens 14 dagen in zorg was in een residentiële setting (AZ en PZ)
- Minstens 7 sessies heeft gehad in een ambulante setting (CGG en 2A).

In de andere GGZ-voorzieningen is de registratie van de HONOS facultatief.

De registratie van de HONOS is evenzeer facultatief wanneer de patiënt korter dan de hierboven gespecificeerde tijdsduur in zorg was.

MD12.00 datum afname van de HONOS

Definitie

De datum waarop de HONOS-schaal werd afgenomen.

Idealiter gebeurt de afname in de eerste drie dagen van de residentiële opname of tijdens de eerste twee sessies in een ambulante setting

Scoremogelijkheden

Dd/mm/yyyy

MD12.01 versie van de HONOS:

1= HONOSCA (kinderen en jongeren)

2= HONOS (volwassenen)

3 = HONOS65+ (ouderen)

MD13.01 HONOS item 1

MD13.02 HONOS item 2

MD13.03 HONOS item 3
MD13.04 HONOS item 4
MD13.05 HONOS item 5
MD13.06 HONOS item 6
MD13.07 HONOS item 7
MD13.08 HONOS item 8
MD13.09 HONOS item 9
MD13.10 HONOS item 10
MD13.11 HONOS item 11
MD13.12 HONOS item 12

(enkel in geval van HONOSCA)

MD13.13 HONOS item 13
MD13.14 HONOS item 14
MD13.15 HONOS item 15

Scoremogelijkheden:

- 5 Geen probleem
- 6 Ondergeschikt probleem – vereist geen actie
- 7 Licht probleem maar duidelijk aanwezig
- 8 Matig ernstig probleem
- 9 Ernstig tot zeer ernstig probleem
- 9 Onbekend

De volledige handleiding van de HONOS-schaal vindt men als bijlage 3.

4.3. Bijkomende gegevenssets voor specifieke doelgroepen

4.3.1. Voor personen met een middelengerelateerd probleem

Conform de Europese registratie van Treatment Demand Indicator.

Een aantal items van de TDI-registratie bevinden zich in de algemene gegevensset die voor alle patiënten in de gemeenschappelijke registratie worden ingevuld :

- **ID-nummer van de GGZ-voorziening (idem SI01)**
- **Rijksregisternummer van de patiënt (=idem IP01)**
- **Datum van het begin van de zorgperiode**
- **Samenlevingsplaats**
- **Samenlevingsvorm**
- **Onderwijsniveau**
- **Werksituatie**
- **Voornaamste bron van inkomsten**

TD1. Op welke datum bent u met deze behandeling begonnen?

(antwoord verplicht – DD.MM.JJJJ)

TD2. Bent u in het verleden al behandeld voor een middelgebonden problematiek?

(slechts één keuze mogelijk)

- 1 Ja
- 2 Nee
- 99 Onbekend

TD3. Welke persoon of instelling heeft u ertoe aangezet om deze behandeling te volgen?

(slechts één keuze mogelijk)

- 1 Ikzelf
- 2 Iemand uit mijn familie
- 3 Een vriend
- 4 Een huisarts
- 5 Een centrum voor verslaafden (ambulant of residentieel)
- 6 Een ziekenhuis (algemeen of psychiatrisch)

- 7 Een andere medische of psycho-sociale dienst
- 8 Het gerecht/ de politie / de strafuitvoeringsrechtbank
- 88 Andere: (specifiëren)
- 99 Onbekend

TD4. Heeft u ooit al een substitutiebehandeling gevolgd?

(slechts één keuze mogelijk)

- 1 Ja (Indien TD2=1)
- 2 Nee
- 99 Onbekend

TD5. Welk type substitutiebehandeling heeft u al gevolgd?

(meerdere keuzes mogelijk – Indien TD4=1)

- 1 Methadon
- 2 Buprenorfine
- 3 Andere opiaten
- 88 Andere types van substitutiebehandelingen: (specifiëren)
- 99 Onbekend

TD6. Op welke leeftijd heeft u uw eerste substitutiebehandeling gevolgd?

(niets vermelden indien onbekend – Indien TD4=1)

Xx jaar

BESCHRIJVING VAN HET VERSLAVINGSPROFIEL [AP]

AP1. Welke psychoactieve substanties vormen momenteel problemen voor u?

(meerdere keuzes mogelijk en als de precieze substantie niet bekend is, dan mag de categorie worden gekozen)

- 1 Opiaten (categorie)
- 2 Heroïne
- 3 Methadon
- 4 Buprenorfine
- 5 Fentanyl
- 6 Andere opiaten: (specifiëren)

- 7 Cocaine (categorie)
- 8 Cocaine in poeder
- 9 Crack
- 10 Andere cocaine: (specifiëren)
- 11 Stimulantia, andere dan cocaine (categorie)
- 12 Amfetamine
- 13 Methamfetamine
- 14 MDMA of derivaten
- 15 Mefedrone
- 16 Andere stimulantia: (specifiëren)
- 17 Hypnotica of sedativa (categorie)
- 18 Barbituraten
- 19 Benzodiazepine
- 20 GHB/GBL
- 21 Ander hypnoticum : (specifiëren)
- 22 Hallucinogenen (categorie)
- 23 LSD
- 24 Ketamine
- 25 Andere hallucinogenen: (specifiëren)
- 26 Vluchtige snuifmiddelen
- 27 Cannabis (categorie)
- 28 Marihuana
- 29 Hasj
- 30 Andere cannabis: (specifiëren)
- 31 Alcohol
- 88 Andere:

AP2. Onder deze substanties wat is de voornaamste die u ertoe bracht om de huidige behandeling te starten?

(Indien meerdere substanties in AP1 werden gekozen)

- 1 Voornaamste substantie :
- 2 Polydruggebruiker : Geen enkele voornaamste substantie geïdentificeerd
- 99 Onbekend

AP3. Op welke manier gebruikt u deze voornaamste substantie gewoonlijk?

(slechts één keuze mogelijk – Indien AP2=1)

- 1 Injectie
- 2 Roken/inhaleren
- 3 Eten/drinken
- 4 Snuiven
- 88 Andere: (specifiëren)
- 99 Onbekend

AP4. De voorbije 30 dagen, hoe frequent gebruikt u deze voornaamste substantie gewoonlijk?

(slechts één keuze mogelijk – Indien AP2=1)

- 1 Vorige maand heb ik de substantie niet gebruikt
- 2 1 dag per week of minder
- 3 2 tot 3 dagen per week
- 4 4 tot 6 dagen per week
- 5 Dagelijks
- 99 Onbekend

AP5. Op welke leeftijd heeft u deze voornaamste substantie voor het eerst gebruikt?

(niets vermelden indien onbekend – Indien AP2=1)

Xx jaar

AP6. Heeft u in uw leven al een substantie geïnjecteerd (ongeacht welke substantie)?

(slechts één keuze mogelijk)

- 1 Ja
- 2 Nee
- 99 Onbekend

AP7. Op welke leeftijd heeft u de substantie voor het eerst geïnjecteerd?

(niets vermelden indien onbekend – Indien AP6=1)

Xx jaar

AP8. Wanneer heeft u een substantie voor het laatst geïnjecteerd?

(slechts één keuze mogelijk – Indien AP6=1)

- 1 De voorbije 30 dagen
- 2 Het voorbije jaar
- 3 Meer dan een jaar geleden

99 Onbekend

AP9. Heeft u in de loop van uw leven al naalden of spuit en gedeeld?

(slechts één keuze mogelijk – Indien AP6=1)

1 Ja

2 Nee

99 Onbekend

AP10. Wanneer heeft u voor het laatste een naald of spuit gedeeld?

(slechts één keuze mogelijk – Indien AP9=1)

1 De voorbije 30 dagen

2 Het voorbije jaar

3 Meer dan een jaar geleden

99 Onbekend

4.3.2. Voor personen onder een juridische maatregel of statuut

4.3.2.1. Voor **alle** personen onder een juridische maatregel of statuut

JG01. ID-NUMMER VAN DE GGZ-VOORZIENING (idem SI01)

Definitie

Het unieke nummer van de GGZ-voorziening zoals door de overheden gemeenschappelijk toegekend. Of door andere instantie – interministerieel af te spreken

Opmerkingen en aandachtspunten

Als ID-nummer van een A-dienst zorgseenheid van een algemeen ziekenhuis (PAAZ), wordt het ID--nummer van het algemeen ziekenhuis ingevuld. Uitzondering wordt gemaakt wanneer aan deze PAAZ een afzonderlijk ID-nummer toegekend werd.

JG02 RR-NUMMER PATIENT (=idem IP01)

Definitie

De unieke identificatie van de patiënt via zijn rijksregisternummer.

Schematisch:

- Voor Belgen: Rijksregisternummer
- Voor niet Belgen maar tijdelijk in België: rijksregisternummer bis
- Voor buitenlanders: buitenlands ID nummer
- Voor mensen zonder papieren: op basis van geboortejaar

PI1. Soort identificatie van de patiënt <i>(slechts één keuze mogelijk)</i>	PI2. Identificatie van de patiënt
<input type="radio"/> ₁ Rijksregisternr. ➤	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> ₂ Rijksregisternr. bis ➤	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> ₃ Paspoortnr. ➤	_____
<input type="radio"/> ₄ Geboortedatum ➤	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Cfr TDI-registratie

JG03 DATUM BEGIN VAN DE ZORGPERIODE

Definitie

Datum van de start van de zorgperiode

Scoremogelijkheden

De datum van begin van de zorgperiode wordt ingevuld in dag (dd), maand (mm), jaar (jjjj).

JG04 SCORE op de verschillende items van de HONOS SECURE-schaal

JG04.01 HONOS SECURE item 1: Risico op schade toegebracht aan volwassenen en kinderen

Score risico op schade toegebracht aan volwassenen en kinderen

Scoremogelijkheden

- 0 niet aanwezig
- 1 Laag- bijv. ruzie; seksueel vergrijp zonder aanraking; schade toegebracht aan voorwerpen; in de brand steken van afval
- 2 Behoorlijk- verwonding; brandstichting; seksueel geweld
- 3 Ernstig- verwonding; levensbedreigende brandstichting; verkrachting; toebrengen blijvend letsel
- 4 Zwaar- doodslag, bijna fatale verwondingen, ernstige trauma

JG04.02 HONOS SECURE item 2: Risico op zelfbeschadiging

Score risico op zelf beschadiging (opzettelijk of per ongeluk)

Scoremogelijkheden

- 0 niet aanwezig
- 1 Laag-geringe zelfbeschadiging/overdosis; verwaarlozing van de hygiëne; ondervoeding
- 2 Behoorlijk-verwonding of misvorming; opname vanwege overdosis; brandwonden; uithongering, etc
- 3 Ernstig-handicap als gevolg van zelfbeschadiging
- 4 Zwaar-suicide poging; springen vanaf hoge objecten

JG04.03 HONOS SECURE item 3: Behoeften aan beveiliging om relaps te voorkomen

Score behoefte aan beveiliging om relapse te voorkomen

Scoremogelijkheden

- 0 open woonvoorziening in de wijk/dorp
- 1 Open woonvoorziening op terrein van psychiatrische inrichting
- 2 Geringe beveiliging-bepalking in bewegingsvrijheid met beveiligingsmaatregel; hoge afhankelijkheid

- 3 Gemiddelde beveiliging- gebouw en omgeving met beveiliging
- 4 Zware beveiliging- beveiliging komt overeen met die van een gevangenis of TBS kliniek

JG04.04 HONOS SECURE item 4: behoefte aan toezicht in de leefomgeving

Score behoefte aan toezicht in de leefomgeving

Scoremogelijkheden

- 0 geen behoefte - woonvoorziening zonder staf is voldoende
- 1 Dagbehandeling; thuisbehandeling; 24-uurs zorg/opname, maar mag onbegeleid dorp of stad in
- 2 24-uurs zorg/opname met uitsluitend begeleide bewegingsvrijheid buiten de instelling
- 3 Uitgebreide/continue/speciale observatie maatregel
- 4 Af en toe/frequent in in isoleercel is nodig; continue betrokkenheid van meer dan één staf lid

JG04.05 HONOS SECURE item 5: Behoeft e aan begeleiding bij proefverlof

Score behoefte aan begeleiding bij proefverlof (includeer niet de andere behoeften, zoals een taxi chauffeur).

Scoremogelijkheden

- 0 geen indicatie voor ontsnapping; iemand informeren is voldoende; gedraagt zich naar behoren
- 1 Eén begeleider - patiënt kan verdwalen; te laat terug komen; onder de voet worden gelopen; zich onbehoorlijk gedragen
- 2 Maximaal twee begeleiders om gedrag te beheersen of ontsnapping te voorkomen
- 3 Maximaal drie begeleiders om gedrag te beheersen of ontsnapping te voorkomen
- 4 Speciale aanpak is nodig; vier begeleiders; speciaal voertuig; politie assistentie

JG04.06 HONOS SECURE item 6: Risico voor de patiënt door andere bewerkstelligd

Score risico voor de patiënt door anderen bewerkstelligd

Scoremogelijkheden

- 0 niet aanwezig
- 1 Intimideren; afhankelijk maken; ongewenste aandacht; benadelen
- 2 Misbruik; geweld; oplichting; ernstig pesten/kwellen; prostitutie
- 3 Ernstige marteling of verwonding; verkrachting; ernstige bedreiging via de media
- 4 Dood; ernstige handicap; ernstige verwonding/trauma

JG04.07 HONOS SECURE item 7: Behoeft voor risico management procedures

Scoor behoefte voor risico management procedures

Scoremogelijkheden

- 0 geen; of standaard procedure zoals het behandelplan
- 1 Uitgebreidere procedure; zoals een standaard risico meting in een team
- 2 Specialistisch klinisch risico management; relapse preventie of een andere specialistische therapie
- 3 Vereist gedwongen controle, zoals controleren op drugs bezit of gebruik; op wapens; controleren van bezoek, mails of telefoon
- 4 Invasieve of intensieve controles, onderzoek, testen of vergelijkbare beperkende maatregelen.

De volledige handleiding van de schaal HONOS-secure vindt men in bijlage 4.

4.3.2.2. Bijkomende gegevens voor **specifieke groepen** van personen onder een juridische maatregel

4.3.2.2.1. Gedwongen opnamen in Vlaanderen

JG01. ID-NUMMER VAN DE GGZ-VOORZIENING (idem SI01)

Definitie

Het unieke nummer van de GGZ-voorziening zoals door de overheden gemeenschappelijk toegekend. Of door andere instantie – interministerieel af te spreken

Opmerkingen en aandachtspunten

Als ID-nummer van een A-dienst zorgeenheid van een algemeen ziekenhuis (PAAZ), wordt het ID--nummer van het algemeen ziekenhuis ingevuld. Uitzondering wordt gemaakt wanneer aan deze PAAZ een afzonderlijk ID-nummer toegekend werd.

JG02 RR-NUMMER PATIENT (=idem IP01)

Definitie

De unieke identificatie van de patiënt via zijn rijksregisternummer.

Schematisch:

- Voor Belgen: Rijksregisternummer
- Voor niet Belgen maar tijdelijk in België: rijksregisternummer bis
- Voor buitenlanders: buitenlands ID nummer
- Voor mensen zonder papieren: op basis van geboortejaar

PI1. Soort identificatie van de patiënt <i>(slechts één keuze mogelijk)</i>		PI2. Identificatie van de patiënt
<input type="radio"/> ₁ Rijksregisternr.	➤	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> ₂ Rijksregisternr. bis	➤	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="radio"/> ₃ Paspoortnr.	➤	_____
<input type="radio"/> ₄ Geboortedatum	➤	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Cfr TDI-registratie

JG03 DATUM BEGIN VAN DE ZORGPERIODE

Definitie

Datum van de start van de zorgperiode

Scoremogelijkheden

De datum van begin van de zorgperiode wordt ingevuld in dag (dd), maand (mm), jaar (jjjj).

datum einde procedure	ddmmjjjj	(waarde)
49	88888888 99999999	onbekend niet van toepassing
50 reden einde procedure		<ul style="list-style-type: none"> 1 medische beslissing 2 juridische beslissing 3 overlijden door zelfdoding 4 overlijden door andere oorzaak 8 onbekend 9 niet van toepassing
51 fase procedure op 31/08		<ul style="list-style-type: none"> 1 met spoedprocedure opgenomen, maar nog niet bevestigd 2 in observatie 3 opgenomen in verder verblijf 4 in nazorg onder maatregel verder verblijf 5 in de loop van de procedure getransfereerd naar een ander PZ 6 procedure afgerond 7 heropgenomen in verder verblijf (vanuit nazorg)
52 fase waarin procedure geëindigd is		<ul style="list-style-type: none"> 10 TIJDENS OF BIJ EINDE OBSERVATIEPERIODE 11 geen bevestiging door rechter (<i>spoedprocedure - einde procedure binnen (+/-) 1e 10 dagen</i>) 08 tussen bevestiging en einde observatie (<i>spoedprocedure - na bevestiging door rechter en vóór beslissing tot verder verblijf</i>) 13 vóór einde observatie (<i>gewone procedure</i>) 14 bij einde observatie (<i>40 dagen opname, geen beslissing tot verder verblijf</i>) 15 Voortijdig stoppen van de procedure door arts tijdens observatie 16 Bij einde observatie (<i>minder dan 40 dagen opname, geen beslissing tot verder verblijf</i>) 17 Tussen start en bevestiging observatie (<i>spoedprocedure</i>) 19 ANDERE - tijdens of bij einde observatieperiode 20 TIJDENS OF BIJ EINDE VERDER VERBLIJF (<i>procedure werd verlengd na einde van de observatieperiode</i>)

- 21 voortijdig stoppen van de procedure door arts tijdens opname
 - 22 voortijdig stoppen van de procedure door arts tijdens nazorg
 - 23 periode "verder verblijf" liep ten einde tijdens opname (*geen beslissing voor verdere verlenging*)
 - 24 periode "verder verblijf" liep ten einde tijdens nazorg (*geen beslissing voor verdere verlenging*)
 - 25 Periode "verder verblijf" werd voortijdig afgebroken tijdens opname
 - 26 Periode "verder verblijf" werd voortijdig afgebroken tijdens nazorg
 - 29 ANDERE - tijdens of bij einde verder verblijf
- 30 ANDERE

4.3.2.2.2. Patiënten opgenomen in een medium risk afdeling van een PZ

Verder uit te werken cfr B4-contract

4.3.2.2.3. Patiënten opgenomen in een specifiek behandelaanbod voor seksueel delinquenten in PZ

Verder uit te werken cfr B4-contract

Andere ????

4.4. Steekproefregistratie

Voorlopig niet ingevuld.

Bijlage 1: itemoverzicht per doelstelling
Bijlage 2: handleiding CANSAS
Bijlage 3: handleiding HONOS
Bijlage 4: handleiding HONOS-secure