

RESULTATEN VIP² GGZ

VISIE & AANPAK KWALITEIT TE MONITOREN EN TE VERBETEREN

1. Het kwaliteitsbeleid van OPZ Geel streeft naar voordelen voor de gebruikers, de medewerkers, de organisatie en voor de samenleving in haar geheel

2. OPZ Geel wenst kwaliteitsvolle verantwoorde zorg te bieden aan alle patiënten

Ons doel is aan elke gebruiker (patiënt, bewoner) VERANTWOORDE ZORG te verstrekken, zonder onderscheid op basis van leeftijd, geslacht, ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging, ras, geaardheid en vermogenstoestand van de betrokkenen.

Verantwoorde zorg betekent voor ons:

2.1 Veilige zorg,

waarbij voorkomen wordt dat de patiënt vermijdbare schade oploopt ten gevolge van het zorgverleningsproces.

2.2 Doeltreffende zorg,

waarbij we vooreerst de doelen bepalen om vervolgens via metingen na te gaan of deze doelen ook bereikt worden. De variaties in zorg worden herleid tot de meest doeltreffende aanpak en dienen afgestemd op de nieuwe ontwikkelingen in wetenschap en technologie.

2.3 Continue zorg,

die we ononderbroken en in samenhang aanbieden; en dit zowel in ons zorgcentrum als in de samenwerking met andere zorgvoorzieningen.

2.4 Gebruikersgerichte zorg,

die gericht is op de verwachtingen, noden, behoeften en waarden van patiënten/gebruikers. De aandacht gaat hierbij naar respect voor de menselijke waardigheid en diversiteit, correcte bejegening, bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het zelfbeschikkingsrecht, klachtenbemiddeling- en behandeling, informatie aan en inspraak van de gebruiker en iedere belanghebbende uit zijn leefomgeving.

2.5 Ethisch verantwoorde zorg,

waarbij de kwaliteit van de zorgrelatie getuigt van zorgvuldigheid, zorgzaamheid, verantwoordelijkheid, aandacht, begrip en respect.

2.6 Doelmatige zorg,

waarbij we de beschikbare middelen verantwoord gebruiken en verspilling van geld, materialen, werkkraft, tijd en energie voorkomen.

2.7 Maatschappelijk aanvaarde zorg, o.a. tijdige, toegankelijke en betaalbare zorg

die aanvaard wordt door de maatschappelijke omgeving van gebruikers en de ruimere samenleving. De tijdigheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg zijn hierbij essentiële dimensies.

Het streven naar deze kwaliteitsvolle, verantwoorde zorg is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van OPZ Geel, de overheden en de patiënten/gebruikers zelf. Actieve betrokkenheid en medewerking van alle partijen zijn nodig om tot een positief resultaat te komen.

3. OPZ Geel wenst een kwaliteitsvolle organisatie te zijn voor de medewerkers & de organisatie en voor de samenleving

Kwaliteitsvolle zorg voor onze patiënten mag niet ten koste gaan van het welzijn van ons personeel of de financiële gezondheid van ons zorgcentrum. Werken aan kwaliteit is in ieders belang en dient naar een evenwicht te zoeken waar alle betrokkenen beter van worden. Dit maakt dat ook het personeelsbeleid, het leiderschap en het operationele beleid onze expliciete aandacht krijgen.

Ook voor de samenleving wensen we een organisatie te zijn die kwaliteitsvolle zorg- en dienstverlening biedt. Hiertoe werken we actief samen met cliënten, families, zorgpartners, overheden, opleidingscentra,... en zijn we transparant en toegankelijk ten aanzien van onze werking en resultaten.

4. Integrale aanpak, continue kwaliteitsverbetering, Plan-Do-Check-Act cirkel

OPZ Geel wil een cultuur en structuur uitbouwen waarin het streven naar continue verbetering vanzelfsprekend is en waarin de 'gebruiker van de zorg' een centrale plaats heeft.

'Wie stopt met beter worden, houdt op met goed te zijn'

Deze integrale benadering maakt dat kwaliteitsvolle zorg een taak is voor elke medewerker en alle diensten van ons zorgcentrum.

WAT IS VIP² GGZ

Het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals in de Geestelijke Gezondheidszorg (VIP² GGZ) meet aspecten van de kwaliteit van zorg in de voorzieningen uit de geestelijke gezondheidszorg. Psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, centra voor geestelijke gezondheidszorg, initiatieven voor beschut wonen, psychiatrische verzorgingstehuizen, mobiele equipes, revalidatiecentra voor drughulpverlening, psychosociale revalidatiecentra en centra ambulante revalidatie kunnen aan de hand van kwaliteitsindicatoren aspecten van hun kwaliteit van zorg meten. Die metingen leveren nuttige informatie op voor de zorgverleners en de zorgvoorzieningen zelf, voor verwijzers, voor de overheid, voor het brede publiek en last but not least voor de patiënt.

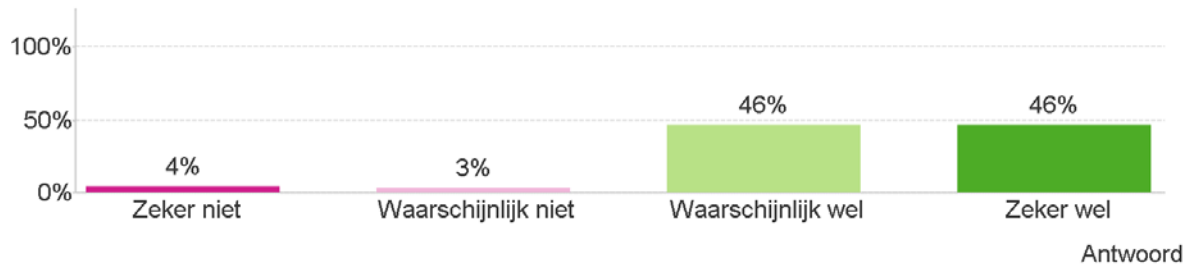
- De **voorzieningen** kunnen die onderdelen van hun kwaliteit nauwgezet opvolgen en met elkaar vergelijken: op welke punten scoren ze goed, op welke minder. Dat is een stimulans om te verbeteren en van elkaar te leren. Het maakt duidelijk waar er marge tot verbetering zit en het helpt om keuzes te maken bij het inzetten van de beschikbare middelen.
- Zowel voor de **overheid** als voor de **patiënt /cliënt/burger/zorgverleners/...** zijn de kwaliteitsindicatoren een bron van informatie over hoe het met de kwaliteit in de GGZ-sector in zijn geheel of in een bepaalde voorziening gesteld is.

RESULTATEN INDICATOREN 2017

VLAAMSE PATIËNTENPEILING

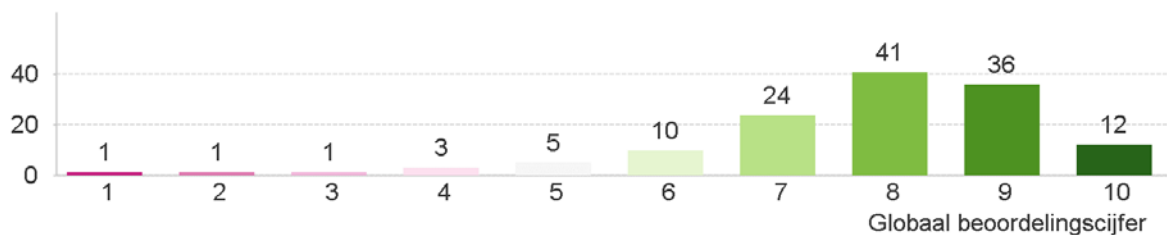
De patiëntenpeiling is een vragenlijst die werd meegegeven aan patiënten die in behandeling waren in maart – april 2017. Resultaten reflecteren hoe tevreden patiënten zijn over verschillende aspecten van de zorgverlening en van de dienstverlening die ze hebben ervaren.

Zou u dit ziekenhuis aanbevelen aan uw vrienden en familie ? 2017



Het gemiddelde voor de Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen voor de antwoordcategorie “zeker wel” bedroeg **49%**; voor de antwoordcategorie “waarschijnlijk wel” was dit **38%**.

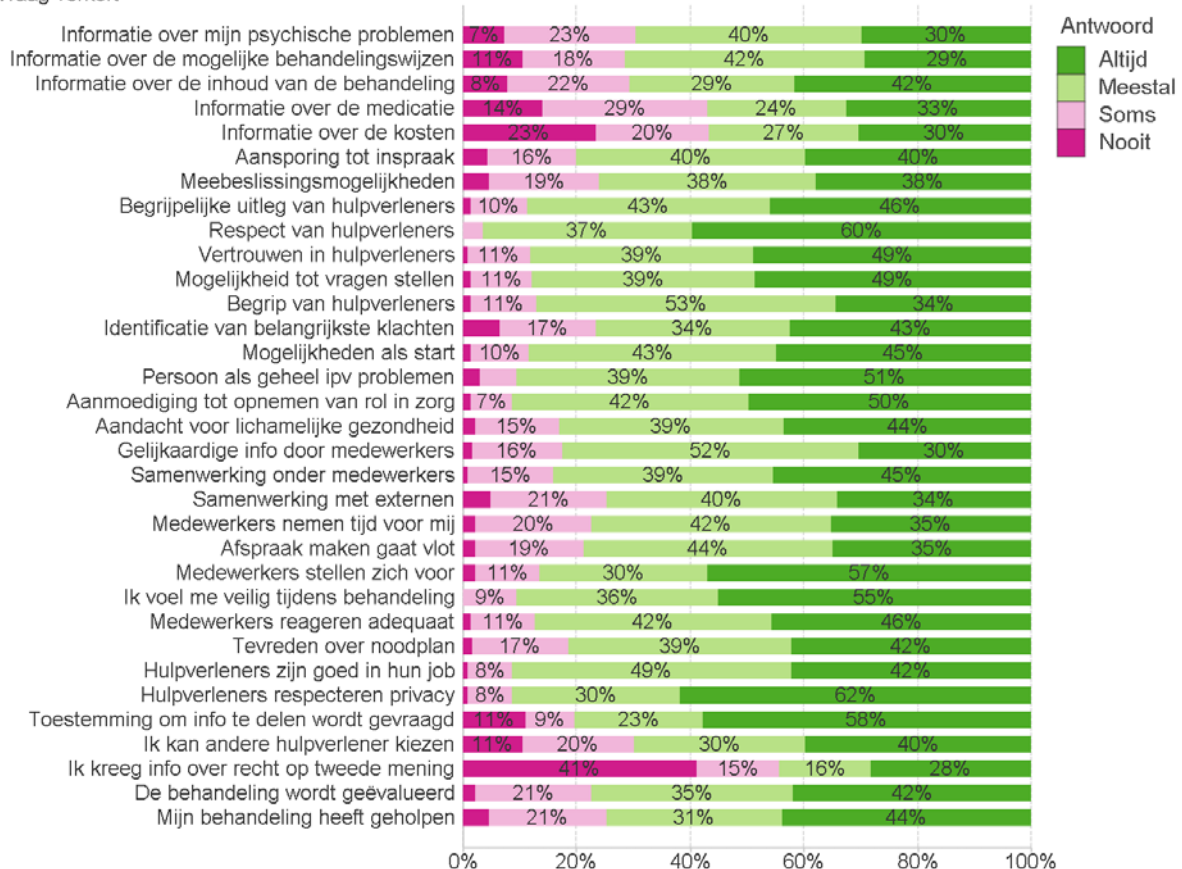
Welk cijfer zou u dit ziekenhuis geven voor deze behandeling ? 2017 Gemiddeld cijfer: 7,8



Het gemiddelde cijfer voor alle Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen in 2017 bedroeg eveneens **7,8**.

Vlaamse Patiënten Peiling GGZ 2017 (N=142)

Vraag verkort



Toelichting bij het resultaat:

Opvallend is dat vooral de items die gaan over het krijgen van informatie het zwakst scoren. Dit gaat in de eerste plaats over informatie over het recht op een tweede mening maar daarnaast ook over informatie over de kosten, over medicatie en andere aspecten van de behandeling. Hier dienen we nog een tandje bij te steken.

Het respect dat van onze medewerkers naar onze cliënten uitgaat, is dan weer iets waar we als organisatie fier over mogen zijn.

INZET ERVARINGSDESKUNDIGEN

Via inzet van ervaringsdeskundigen worden de herstelprocessen van patiënten/cliënten versterkt, zowel door coaching van de patiënten/cliënten zelf, als door beïnvloeding van de hulpverleners en beleidsmakers.

In OPZ Geel werken er **16** ervaringsdeskundigen (**1,5 FTE**) met een vrijwilligerscontract. Dit is **3,6%** t.o.v. het totaal aantal medewerkers met direct patiëntencontact (**0,41%** t.o.v. het aantal FTE). Het sectorgemiddelde van de Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen in 2017 was **8,7** koppen (**0,74 FTE**). Rekening houden met het aantal medewerkers bedroeg het aandeel ervaringsdeskundigen **2,5%** (**0,28%** t.o.v. het aantal FTE).

Er worden ervaringsdeskundigen ingezet binnen het bezoekerscentrum van OPZ Geel. Zij verzorgen rondleidingen en geven hierbij persoonlijke getuigenissen aan diverse groepen bezoekers. Daarnaast worden ervaringsdeskundigen ook ingezet binnen diverse stuurgroepen zoals de Stuurgroep Patiëntenparticipatie en de Stuurgroep Herstel van de divisie Volwassenen. Ook worden ervaringsdeskundigen betrokken bij het verzorgen van psycho-educatiesessies voor patiënten en familieleden. Tenslotte is er een ervaringsdeskundige betrokken bij de teamwerking van de Reguliere K-dienst van de divisie Jongeren.

Toelichting bij het resultaat:

Uit de cijfers blijkt dat we als organisatie de boot niet gemist hebben. OPZ Geel schenkt veel aandacht aan herstelgerichte zorg en cliëntenparticipatie en zal dat in de toekomst in toenemende mate blijven doen. De inzet van ervaringsdeskundigen past hierbij. Begin 2018

werden er vanuit OPZ Geel twee vacatures voor ervaringsdeskundigen/stafmedewerkers 50% bepaalde duur (1 jaar) open geschreven en één vacature ervaringsdeskundige/teamlid 50% bepaalde duur (1 jaar) in het mobiele team Langdurige Zorg binnen het Netwerk GGZ Kempen..

GENEESMIDDELENVOORSCHRIFT

Met deze indicator wordt gemeten door externe auditoren hoeveel geneesmiddelenvoorschriften volledig ingevuld zijn. Het uitgangspunt is dat een volledig geneesmiddelenvoorschrift een voorwaarde is om goede kwaliteit van zorg en een juiste toediening van medicatie te organiseren binnen een ziekenhuiscontext.

Een volledig geneesmiddelenvoorschrift betekent dat deze 10 elementen aanwezig zijn:

1. Naam en voornaam patiënt
2. Geboortedatum patiënt
3. Naam van het geneesmiddel
4. Toedieningsvorm van het geneesmiddel
5. Sterkte (met eenheid) van het geneesmiddel
6. Dosis per keer
7. Toedieningsfrequentie (aantal keer per tijdspanne, bijvoorbeeld 3 keer per dag)
8. Naam en voornaam van de arts
9. (Elektronische) handtekening van de arts
10. Datum van het voorschrift

In onze voorziening zijn **94,9 %** van de gecontroleerde voorschriften volledig en bevatten zij de 10 elementen. Dit sluit aan bij het Vlaams gemiddelde van de sector van de psychiatrische ziekenhuizen dat in 2017 op **94,6 %** lag.

Toelichting bij het resultaat:

Bij 7 van de 10 elementen was onze score 100%. Er werd 1 misser gedetecteerd bij “Geboortedatum” en 1 bij “Toedieningsfrequentie”.

Het item “dosis per keer van het geneesmiddel” was onze laagste score. Bij **5,1%** (3 missers) van de gecontroleerde voorschriften was dit niet in orde terwijl het sectorgemiddelde voor dit item slechts **2,8%** bedroeg. Hier is dus voor ons nog enige verbetermarge. Wij streven bij een volgende controle naar 100% volledigheid op alle elementen.

SUICIDEPREVENTIEBELEID

Een adequaat suïcidepreventiebeleid omvat een aantal maatregelen die toetsbaar via een 10-punten checklist. Deze indicator wordt gemeten door externe auditoren vanuit andere voorzieningen in Vlaanderen.

Deze indicator meet of volgende protocollen of richtlijnen aanwezig zijn in de documenten van de voorziening:

1. Er is een richtlijn omtrent de formele inschatting van het suïciderisico van alle patiënten bij de eerste aanmelding in de GGZ-voorziening
2. Er is een richtlijn aangaande patiënten met een suïciderisico.
3. Er is een te volgen stroomdiagram voor patiënten met een suïciderisico
4. Er is een richtlijn aangaande de aanpak van patiënten met suïciderisico die behandeladvies weigeren
5. Er is een uitgeschreven samenwerkingsovereenkomst tussen minstens één andere zorgvoorziening om de continuïteit van zorg te waarborgen
6. Er is een overzicht en/of verslag waaruit blijkt de voorziening jaarlijks potentieel suïcide faciliterende situaties identificeert
7. Er is een richtlijn die voorschrijft dat suïcidepogingen en suïcides systematisch worden genoteerd in het (elektronisch) patiëntendossier
8. Er is een meldsysteem om onder meer suïcidepogingen en suïcides te registreren
9. Er is een richtlijn voor het systematisch analyseren van suïcidepogingen en suïcides
10. Er is een overzicht van de interne en externe gevolgde opleidingen in verband met suïcidepreventie

Het resultaat toont dus een score op 10, waarbij een score 0 betekent dat alle items van een suïcidepreventiebeleid afwezig zijn, terwijl score 10 wil zeggen dat alle items aanwezig zijn.

In onze voorziening scoorden we **10/10**. De gemiddelde score voor de Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen in 2017 lag op **8,2/10**.

Niettemin staande dit mooie resultaat blijven we ook hier nog verder op inzetten. Zo hebben we een referentiepersoon suïcidepreventie voor elk van onze drie doelgroepen (Jongeren, Volwassenen, Ouderen) en heeft elke leefeenheid eveneens een eigen antennepersoon. Het suïcidepreventiebeleid wordt ondersteund en mee vorm gegeven door een verpleegkundig

specialist. Ook voerden we m.b.t. suïcidepreventie in 2017 een pro-actieve risico-inventarisatie uit op een deel van onze infrastructuur.