



Resultaten Vlaams indicatorenproject 2017

Inleiding

Multiversum nam in 2017 deel aan het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals in de Geestelijke Gezondheidszorg (VIP² GGZ). Daarbij werden bepaalde aspecten van de kwaliteit van zorg in onze instelling gemeten. Multiversum staat altijd garant voor een kwaliteitsvolle behandeling en zorgverlening. Deze metingen tonen dat aan, maar maken ook duidelijk op welke punten we nog iets meer moeten inzetten

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 patiënten en bewoners.

- 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 **cliënt/patiënt/bewoner, voor de zorgverleners als voor de burger** 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.

- VIP² GGZ meet slechts een beperkt aantal aspecten/indicatoren en geeft geen beeld over de kwaliteit van de zorg in het algemeen.

Wat is kwaliteitsvolle zorg voor Multiversum?

Multiversum staat garant voor deskundige zorg en behandeling. Onze 1.000 medewerkers, elk gespecialiseerd in hun domein, staan dagelijks klaar voor onze patiënten en bewoners. De deskundigheid van elke professional in onze organisatie vormt de belangrijkste basis van onze kwaliteitsvolle zorg.

Als we binnen Multiversum spreken over kwaliteitsvolle behandeling en zorgverlening, dan houden we rekening met volgende aspecten:

- Veiligheid (Verminderen van (vermijdbare) schade, letsels, leed);
- Effectiviteit (zorg gebaseerd op practice en evidence-based richtlijnen)
- Efficiëntie (vermijden van verspilling);
- Patiënt-/bewonersgerichtheid (respectvol en responsief omgaan met patiënten/bewoners; specifieke aandacht voor participatie en de inzet van ervaringsdeskundigen);
- Tijdigheid (vermijden van wachttijden en schadelijke vertragingen);
- Continuïteit (de zorg loopt naadloos doorheen de behandeling en zorgverlening);
- Integraliteit (de bijdragen van alle betrokken zorgverstrekkers worden geïntegreerd);
- Gelijkwaardigheid (de kwaliteit van zorg varieert niet ten gevolge van persoonlijke kenmerken zoals geslacht, etniciteit, locatie, socio-economische status, ...).

We stellen ons hierbij op als lerende organisatie en zetten concreet in op:

- Het behalen van een NIAZ accreditatie tegen 2021. Hiermee toon je als organisatie dat je kwaliteitsprocessen op hoog (internationaal) niveau zijn.
- Het werken met beleidsplannen volgens de OGSM methodiek en het EFQM model, zodat duidelijk is naar waar en hoe onze organisatie evolueert.
- Het beschikbaar stellen van informatie voor onze professionals zodat algemene procedures/richtlijnen/informatienota's door iedereen gekend zijn en correct worden toegepast.
- Een meld- en leersysteem waarbij we leren uit (bijna)incidenten.
- Deelname aan de contracten rond patiëntveiligheid van de Federale Overheid en deelname aan de VIP² projecten om het beleid mee te onderbouwen.
- Transparantie is belangrijk naar onze patiënten, bewoners, familie, verwijzers en het brede publiek toe.

Resultaten indicatoren 2017

Vlaamse patiëntenpeiling GGZ

Op 1 januari 2017 fuseerden we tot een nieuwe zorggroep Multiversum. Daarom hebben we beslist om in 2017 niet deel te nemen aan de Vlaamse Patiënten Peiling (VPP). Vanaf de volgende meting zullen we opnieuw deelnemen en onze resultaten publiceren.

We zijn wel geëvalueerd op volgende vlakken:

Inzet ervaringsdeskundigen

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

In ons ziekenhuis en het psychiatrisch verzorgingstehuis werkten er in 2017 4 ervaringsvrijwilligers, die voornamelijk werden ingezet op individueel niveau (bv. patiënten kunnen gesprek aanvragen met ED) en procesniveau (bv. specifieke sessie in de behandeling wordt door ED gegeven). Binnen onze cluster Cadenza (verslavingszorg) werd de ervaringsdeskundige ook al ingezet op beleidsniveau (bv. deelname aan vergaderingen van de clusterstuurgroep).

In 2018 willen we ervaringsdeskundigheid verder verankeren door 2 x 50% ervaringswerkers (= bezoldigd) aan te werven. Naast inzet binnen de clusters PVT, Narrante (psychozorg) en Cadenza (verslavingszorg), zullen deze medewerkers ook meer beleidsmatig ingezet worden door bv. deelname aan werkgroepen en revisie van documenten.

Geneesmiddelenvoorschrift

Met deze indicator wordt gemeten 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.

In onze voorziening zijn 93,3% van de gecontroleerde voorschriften volledig en bevatten zij de 10 elementen.

Welke elementen moet een geneesmiddelenvoorschrift bevatten?

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

Toelichting bij het resultaat:

Binnen het ziekenhuis hebben we een volledig gedigitaliseerd systeem van voorschrijven, distribueren en toedienen van medicatie. Er bestaan geen papieren voorschriften meer. In een digitaal systeem wordt een aantal variabelen standaard meegenomen bij elk voorschrift en is de kans op (lees)fouten sterk gereduceerd. Bovendien maakt de software ons attent op mogelijke contra-indicaties tijdens het voorschrijven (bv. 2 producten die men best niet samen toedient).

Ondanks deze digitale ondersteuning, halen we geen 100% volledige voorschriften. We halen 100% op alle punten, behalve op element 6 (dosis per keer - 93,3%) en 7 (toedieningsfrequentie - 94,4%).

Na analyse blijkt dat het hier gaat over producten die voorgeschreven worden 'indien nodig'. Als een arts een dergelijk voorschrift aanmaakt, moet die zelf de frequentie en dosis duidelijk vermelden in een tekstveld. Dit was af en toe onvoldoende gebeurd.

Dit is een aandachtspunt in 2018.

Suicidepreventiebeleid

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

In onze voorziening scoren we 8/10.

Welke protocollen of richtlijnen moeten 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/met minstens één andere zorgvoorziening om de continuïteit van zorg te waarborgen.
6. Er is een overzicht en/of verslag waaruit blijkt dat 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.

Toelichting bij de resultaten:

Vanuit het Vlaamse beleid GGZ wordt er sterk ingezet op het terugdringen van suïcide in de bevolking. We weten ook dat er bij sommige patiënten gedurende de opname én de periode kort na ontslag een verhoogd risico is op zelfmoord. Als organisatie zetten we daarom ook sterk in op preventie van bij het eerste contactmoment tot na ontslag. Een score van 8/10 bevestigt dat er al heel wat aspecten van suïcidepreventie aanwezig zijn binnen onze organisatie.

Uit de resultaten merken we op dat we vooral nog moeten inzetten op criteria 5 en 6:

- Ook al worden er bij elke doorverwijzing goede afspraken gemaakt inzake de continuïteit van de zorg, een uitgeschreven samenwerkingsovereenkomst met andere zorgvoorzieningen hebben we nog niet. Dit zal opgenomen worden binnen het overleg met de zorgpartners in de regio (netwerk SaRA) en in de werkgroep suïcidepreventie van CGG Andante.
- Op afdelingen waar men vaak patiënten behandelt met een verhoogd suïciderisico, heeft men extra aandacht voor het inrichten van een veilige leefomgeving, maar dit is nog niet terug te vinden in een jaarlijks verslag of systeem. Hier zullen we in de toekomst werk van maken door het organiseren van interne audits. We verwachten een implementatie tegen 2019.