

## VISIE & AANPAK KWALITEIT TE MONITOREN EN TE VERBETEREN

Het werken rond een kwaliteitsvolle dienstverlening is een belangrijke doelstelling binnen de Dienst Psychiatrie van het UZ Gent. Topreferente zorg - waarbij steeds gewerkt wordt op basis van de recente evidence-based bevindingen - is voor ons een streven.

### INHOUD

1. Wat is VIP<sup>2</sup> GGZ
2. Resultaten Indicatoren 2017
3. Inzet ervaringsdeskundigen
4. Geneesmiddelenvoorschrift
5. Suicidepreventiebeleid

## 1. WAT IS VIP<sup>2</sup> GGZ

Het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals in de Geestelijke Gezondheidszorg (VIP<sup>2</sup> 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 de overheid en ook 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.

## 2. 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.

**Het gemiddeld cijfer (op 10) dat patiënten geven aan de voorziening voor hun behandeling:**

AFDELING	AANTAL	GEMIDDELD CIJFER
Angst en stemmingsstoornissen	6	8,0
Eetstoornissen	15	7,3
Mobiel crisis team	6	9,2
Poli psychiatrie	97	7,8
<b>Totaal UZ Gent</b>		<b>7,8</b>

## Aantal en percentage patiënten dat deze voorziening 'Zeker wel' zou aanbevelen aan vrienden en familie:

AFDELING	AANTAL	ZEKER WEL
Angst en stemmingsstoornissen	6	66,67%
Eetstoornissen	15	46,67%
Mobiel crisis team	6	100,0%
Poli psychiatrie	97	43,30%
<b>Totaal UZ Gent</b>		<b>49,48%</b>

### Toelichting bij het resultaat

Het streefdoel op basis van bovenstaande bevindingen, is in eerste instantie deze cijfers op peil houden. De acties die gepland zijn, is voornamelijk meer inzetten op het topic patiëntparticipatie en het werken aan een beter communicatie tussen de hulpverleners. Concreet wordt hierbij gebruik gemaakt van ISBARR en zullen multidisciplinaire overlegmomenten samen met de patiënt gebeuren. Bijkomend wordt ook steeds meer ingezet op het werken met de context van de patiënt, daar het ook belangrijk is de omgeving van de patiënt te betrekken bij het genezingsproces.

### 3. 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 onze voorziening werkt 1 ervaringsdeskundige, die wordt ingezet voor het ondersteunen van patiënten op sociaal vlak, het zoeken naar vrije tijdsinvulling, het begeleiden van patiënten in financiële aangelegenheden en werkaangelegenheden.

### Toelichting bij het resultaat

Het inzetten van een ervaringsdeskundige 'kansarmoede' op de afdeling is een meerwaarde, daar deze persoon vanuit eigen ervaring weet waar de valkuilen liggen na ontslag uit het ziekenhuis en hoe patiënten hier best op voorbereid worden en in begeleid kunnen worden.

### 4. 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 en een juiste medicatiebedeling te organiseren binnen een ziekenhuiscontext.

Een volledig geneesmiddelenvoorschrift betekent dat deze 10 elementen aanwezig zijn:

- ▲ Naam en voornaam patiënt
- ▲ Geboortedatum patiënt
- ▲ Naam van het geneesmiddel
- ▲ Toedieningsvorm van het geneesmiddel
- ▲ Sterkte (met eenheid) van het geneesmiddel
- ▲ Dosis per keer
- ▲ Toedieningsfrequentie (aantal keer per tijdspanne, bijvoorbeeld 3 keer per dag)
- ▲ Naam en voornaam van de arts
- ▲ (Elektronische) handtekening van de arts
- ▲ Datum van het voorschrift

In onze voorziening zijn alle van de 121 gecontroleerde voorschriften volledig en bevatten zij de 10 elementen.

## 5. 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:

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