

KWALITEITSBELEID: RESULTATEN

Audit en Erkenning

Omdat we de toenemende vraag naar transparantie van onze zorg- en dienstverlening positief willen beantwoorden vindt u op deze website het Auditverslag 2013 van de Zorginspectie.

Het besluit houdende de verlenging van de erkenning van het ziekenhuis en de termijnbepaling voor bijsturing kunt u eveneens inlezen.

Ook het eerste opvolgingsverslag na 6 maanden en het tweede na 2,5 jaar van het Agentschap Zorg- en Gezondheid kunt u hier raadplegen. Ondertussen wordt er continu verder gewerkt aan het wegwerken van tekortkomingen en het opvolgen van aanbevelingen.

Meer informatie kan steeds opgevraagd worden bij Christine Van Damme, kwaliteitscoördinator.

Indicatoren

Het opstellen van relevante en bruikbare indicatoren is een moeilijke en complexe opdracht binnen onze sector. Heel wat essentiële zaken in de psychiatrische hulpverlening zijn niet meetbaar. Er valt niet eenduidig te definiëren wat een kwalitatieve behandeling is. De ervaring van kwaliteit heeft altijd iets subjectiefs. Daarom vinden we niet alleen belangrijk om **klinische indicatoren** te meten, maar ook om te **peilen naar de ervaringen van patiënten!**

Klinische indicatoren zijn meetbare aspecten van de zorg waarvan de meetresultaten op zich geen uitspraak doen over de globale kwaliteit. Ze functioneren wel als een mogelijke aanwijzing en maken dus slechts een bepaald deelaspect van de kwaliteit van zorg inzichtelijk. Voor de juiste interpretatie van die meetgegevens is kennis van de totale context nodig. We onderscheiden volgende 3 types indicatoren:

- structuurindicatoren;
- procesindicatoren;
- resultaatindicatoren.

Navigator – indicatoren

We maken gebruik van de indicatorset **navigator© psychiatrische ziekenhuizen** van het Leuvens Instituut voor GezondheidszorgBeleid (LIGB). Deze set van indicatoren is opgebouwd volgens een structuur van 16 domeinen, deeldomeinen en indicatoren. We volgen per kwartaal onderstaande tien indicatoren op:

- Domein opname:
 - aantal opnames onder wettelijke voorwaarden;
 - aantal gedwongen opnames.
- Domein ontslag:
 - aantal geëiste ontslagen;
 - aantal geëist ontslag door de betrokkene zonder akkoord van het behandelend team;
 - aantal ontslagen waarbij een ontslagbrief is gemaakt binnen de week na ontslag.
- Domein agressie:
 - aantal suïcidepogingen zonder overlijden tot gevolg;
 - aantal suïcidepogingen met overlijden tot gevolg.
- Domein afzondering:
 - totaal aantal afzonderingen van opgenomen patiënten;
 - aantal opgenomen patiënten dat minstens één keer wordt afgezonderd;
 - aantal afzonderingen gecombineerd met fixatie.



navigator

Patiëntveiligheid

Patiëntveiligheid is voor ons een zeer belangrijk thema. Om patiëntveiligheid continu en structureel te verbeteren, zetten we in op volgende noodzakelijke voorwaarden:

- het verwerven van inzicht in de patiëntveiligheidsrisico's;
- het ontwikkelen van doeltreffende verbeterinterventies;
- het implementeren van deze interventies;
- het gebruik van uitkomstenindicatoren om het effect te kunnen meten.

Er wordt gewerkt aan de ontwikkeling van een *'Enterprise Risk Management Systeem'* (ERMS). Daartoe werden in het ziekenhuis alle processen geïnventariseerd die een risico kunnen vormen voor de veiligheid van patiënten, familieleden, bezoekers en medewerkers.

In het najaar 2015 werd voor de derde maal een **patiëntveiligheidscultuurmeting** georganiseerd. De totale responsgraad bij artsen en patiëntenzorgmedewerkers was 81 %. De resultaten worden nu verwerkt voor interne terugkoppeling en benchmarking in het voorjaar 2016.

Derde belangrijke pijler binnen veiligheidsmanagement betreft de **melding en opvolging van incidenten**. Alle goede zorg ten spijt kan een incident of bijna-incident zich toch voordoen. In PZ OLV worden alle patiëntveiligheidsincidenten geregistreerd via een meld- en leersysteem. Door het analyseren van (groepen van) meldingen worden bepaalde knelpunten geïdentificeerd. Deze identificatie is dan op haar beurt aanleiding tot remediëring via het organiseren van gerichte vorming, het wijzigen van processen of procedures, het aanpassen van bepaalde richtlijnen of handelingen...

Het uiteindelijke doel van deze registratie en analyse is **de veiligheid voor patiënten, familieleden, bezoekers en medewerkers alsook de kwaliteit van zorg te verhogen.**

Vlaams Indicatorenproject

Vanuit het ziekenhuis is er actief geparticipeerd aan de ontwikkeling van specifieke indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg. Binnen het **Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals - Geestelijke Gezondheidszorg (VIP²-GGZ)** hebben we voor 2016 ingetekend voor de meting van volgende indicatoren:

- tijdig ambulante contact na ontslag;
- inzetten van ervaringsdeskundigen;
- suïcidepreventiebeleid;
- volledig geneesmiddelenvoorschrift.



We nemen in 2016 ook deel aan de validatie van de Vlaamse Patiëntenpeiling-GGZ.

Uitkomstenmetingen

Een aantal algemene en doelgroep specifieke [bevragingen of uitkomstenmetingen](#) (hyperlink 6 invoegen) worden uitgevoerd.

Resultaten van uitkomstenmetingen worden aangewend om patiënten persoonlijke feedback te geven over het individueel behandelproces en zijn een hulpmiddel om het therapeutisch beleid te evalueren en waar nodig bij te sturen. Op niveau van één of meerdere afdelingen of in samenhang met externe partners worden ze gebruikt om de kwaliteit en continuïteit van zorgprocessen in kaart te brengen.