

# VIP<sup>2</sup> indicatoren

Vip<sup>2</sup> duidt op het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals in de Geestelijke Gezondheidszorg, en het meet de kwaliteit van zorg in de voorzieningen uit de geestelijke gezondheidszorg. De sector kan aan de hand van kwaliteitsindicatoren hun kwaliteit meten en bekend maken. Die metingen leveren nuttige informatie op voor de zorgverleners en de zorgvoorzieningen zelf, voor de overheid en voor de patiënt.

St. Annendael, sector GGZ schrijft zich sinds de opstart van dit initiatief jaarlijks in voor het meten van een aantal indicatoren.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Inzet van ervaringsdeskundigen	Resultaten 2016	Resultaten 2017	Resultaten 2018			
Vlaamse Patiënten peiling	Resultaten 2016	Resultaten 2017	Resultaten 2018 ( <i>Be-schut Wonen</i> )		Resultaten 2020 (PZ)	
Suicidepreventiebeleid			Resultaten 2018	Resultaten 2019		
Medicatievoorschrift			Resultaten 2018	Resultaten 2019		
Betrekken van de context					Resultaten 2020 (PZ & IBW)	
Begeleidingsplannen					Resultaten 2020 (IBW)	
Voorschrift benzodiazepines					Meting Uitgesteld (PZ) 2020	Meting (PZ) 2021
Handhygiëne					Meting uitgesteld (PZ) 2020	Meting (PZ) 2021

## Meest recente resultaten (2020)

### Vlaamse Patiëntenpeiling

In 2020 namen we vanuit de werking PZ deel aan de Vlaamse Patiëntenpeiling. De Patiëntenpeiling is een vragenlijst die nagaat hoe tevreden patiënten zijn over **11 verschillende aspecten** van de zorgverlening en van de dienstverlening die ze hebben ervaren;

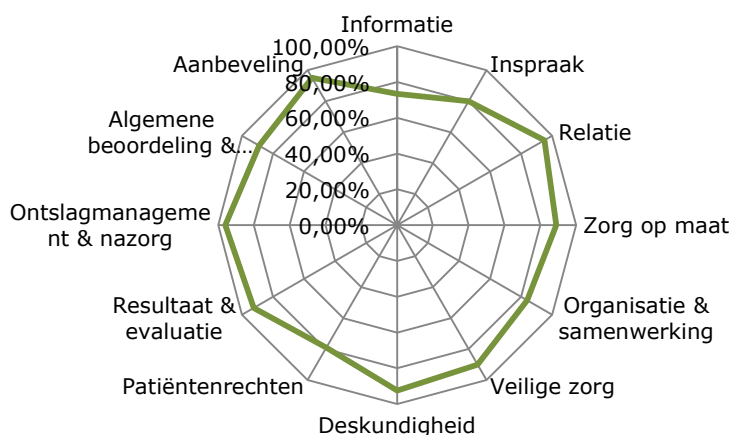
1. Informatie
2. Inspraak
3. Therapeutische relatie
4. Zorg op maat
5. Organisatie van zorg en samenwerking HV
6. Veilige zorg
7. Deskundigheid
8. Patiënten rechten
9. Resultaat en evaluatie van zorg
10. Ontslagmanagement en nazorg
11. Algemene beoordeling

De vragenlijst wordt aangeboden in de week voor het geplande ontslag.

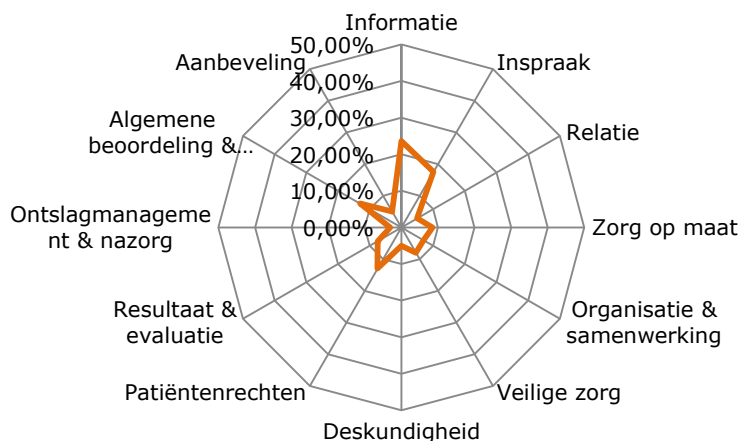
De vragenlijst werd ingevuld door 40 patiënten (= 58% van de ontslagen patiënten in die meetperiode)

**Samenvattend resultaat** (benchmark nog niet binnen 17/3/2021)

## STERKTES St. Annendael



## ZWAKTES St. Annendael



St. Annendael ziet een mooie bevestiging in een sterke score op de 11 domeinen.

De 5 domeinen waar telkens meer dan 90% van de patiënten positief scoorden zijn: **de therapeutische relatie** ('ik ervaar respect en vertrouwen en duidelijke uitleg binnen de therapeutische relatie'), **veilige zorg**, **deskundigheid**, **resultaat van de zorg**, **ontslagmanagement** en de **algemene aanbeveling** ('ik zou St. Annendael aanbevelen aan vrienden/familie')

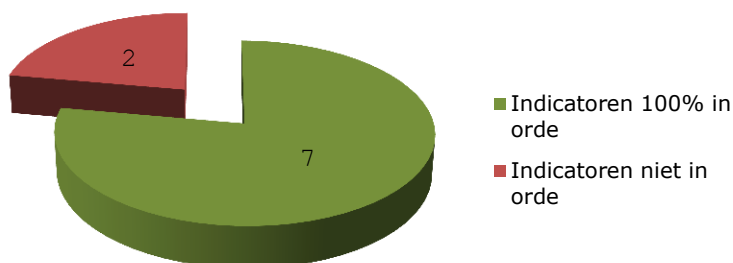
Uit de bevraging bleek dat de patiënten van St. Annendael minder tevreden waren over het thema '**informatie**' ('wat gaat de opname kosten', 'ik kreeg voldoende uitleg over medicatie') en het thema '**Patiëntenrechten**' ('ik kreeg informatie over het recht om een tweede mening te vragen').

## Betrekken context

Deze indicator meet aan de hand van **9 indicatoren** of we binnen onze werking een voldoende stevig draagvlak voorzien om de belangrijke naaste van patiënten/bewoners te betrekken.

1. Aanwezigheid van het begrip "familie" in de algemene missie en/of visie van de GGZ-voorziening
2. Beschikbaarheid van een organisatie brede ambitietekst of visietekst m.b.t familiebeleid
3. Beschikbaarheid van minimaal 1 geschreven richtlijn aangaande het omgaan met beroepsgeheim bij het informeren van familie
4. Beschikbaarheid van minimaal 1 geschreven richtlijn rond de omgang met klachten van familie
5. Beschikbaarheid van een daarvoor bestemde (verplichte) ruimte in het patiënten-/cliëntendossier voor de registratie van contactgegevens van familie, relatie tot de cliënt/patiënt en type contacten met familie
6. Beschikbaarheid van een verslag of overzicht waaruit blijkt dat er jaarlijks vorming of coaching wordt georganiseerd/gevolgd rond familieparticipatie
7. Beschikbaarheid van een verslag of overzicht waaruit blijkt dat er minstens op 2-jaarlijkse basis een familietevredenheidsmeting wordt uitgevoerd
8. Beschikbaarheid van een verslag of overzicht waaruit blijkt dat er de zorgvoorziening op een systematische manier families laat participeren op beleidsniveau.
9. Beschikbaarheid van minimaal 1 geschreven richtlijn aangaande het omgaan met kinderen van ouders met psychische problematiek (KOPP) of afhankelijkheidsproblematiek (KOAP)

## Samenvattend resultaat



**Zowel PZ St. Annendael als IBW De Linde scoorden op 7 van de 9 indicatoren positief. In de benchmark in beide sectoren scoorden we tevens bovengemiddeld. Hier zien we een mooie bevestiging van de cultuur binnen de sector om familiebetrokkenheid als vaste waarde in de zorg te beschouwen.**

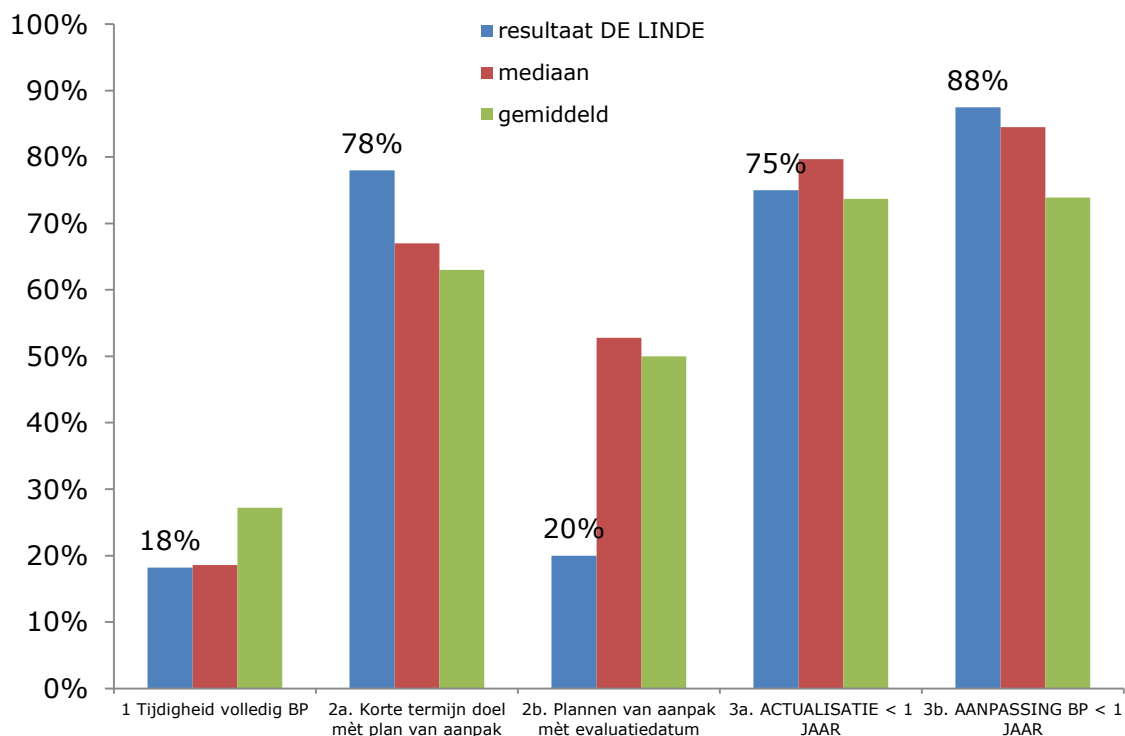
**De 2 indicatoren die onvoldoende scoorden waren de systematische betrokkenheid van familie op beleidsniveau (*nemen we mee in de verbetercyclus om een familieraad te implementeren*) en de aantoonbaarheid van een tweejaarlijkse familietevredenheidsmeting (*gebeurt nu om de 4 jaar*).**

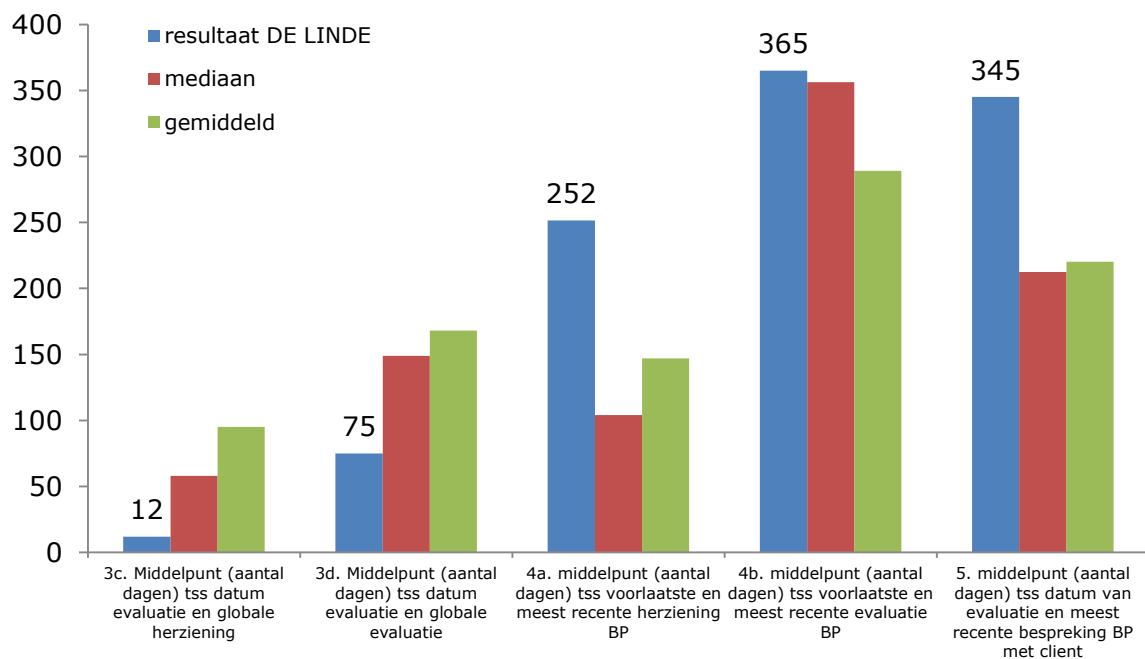
## Begeleidingsplannen IBW De Linde

Deze indicator meet aan de hand van 10 indicatoren de aspecten veiligheid, concreetheid, mate van actualisatie, actief gebruik en de betrokkenheid van de cliënt in de begeleidingsplannen.

1. **Tijdigheid** van begeleidingsplan
2. **Concreetheid**
  - 2.A Aantal doelen met tevens plan van aanpak
  - 2.B Aantal plannen van aanpak met tevens evaluatiedatum
3. **Mate van actualisatie**
  - 3.A Aantal cliënten waar begeleidingsplan minstens 1x/jaar herzien is
  - 3.B Aantal cliënten waar begeleidingsplan minstens 1x/jaar aangepast is
  - 3.C Middelpunt in tijd tss evaluatiedatum en recentste herziening van het beg. plan
  - 3.D Middelpunt in tijd tss evaluatiedatum en recentste evaluatie van het begeleidingsplan
4. **Actief gebruik**
  - 4.A Middelpunt in de tijd tss datum van de voorlaatste en meest recente herziening van het begeleidingsplan
  - 4.B Middelpunt in de tijd tss datum van de voorlaatste en meest recente evaluatie van het begeleidingsplan
5. **Betrokkenheid cliënt:** middelpunt in de tijd tss datum van evaluatie en meest recente bespreking met cliënt

### Samenvattend resultaat





**Uit deze resultaten blijkt dat de eerste indicator geen relevante weergave is. Binnen De Linde hebben 91% van de gecontroleerde dossiers een actueel begeleidingsplan. Het feit dat er maar 18% beantwoordde aan de eerste indicator is dat omv de langdurige begeleidingen (opstart vóór implementatie elektronisch clientendossier) waardoor we geen 'begeleidingsplan 3 maanden na opstart zorg' kunnen aantonen.**

**Uit de benchmark blijkt dat De Linde sterk scoort in de aanwezigheid van korte termijndoelen mét plan van aanpak in de begeleidingsplannen. Ook de systematiek van een jaarlijkse evaluatie komt mooi tot uiting.**

**Het huidige systeem (elektronisch dossier) laat in de toekomst meer toe om systematisch evaluatiedata per levensdomein te registreren en in te plannen.... Vroeger gebeurde dit in de jaarlijkse bespreking voor al de levensdomeinen samen.**