



Meerjarenbeleidsplan stichting GGz Praktijk 2015-2018

Kwaliteit voorop!

Inhoudsopgave

Titelblad

Inhoudsopgave	p.2
1. GGz Praktijk, wie zijn we en waar staan we voor	p. 3
1.1 Een introductie	p. 3
1.2 Missie en visie GGz Praktijk	p. 3
2. Kwaliteit	p. 5
2.1 Wat is kwaliteit	p. 5
2.2 Waarin is de kwaliteit van de GGz Praktijk onderscheidend	p.5
2.2 Waaronder beleid over kwaliteit dan nog nodig is	p.6
2.3 Twee wetten op gebied van kwaliteit	p.6
3. Veiligheid	p. 7
3.1 Wat is veiligheid	p. 7
3.2 Waarom is beleid over veiligheid nodig	p. 8
3.3 Veiligheid bij de GGz Praktijk	p. 9
4. Wat willen we bereiken	p.12
4.1 Het globale beeld van de GGz Praktijk eind 2017	p.12
4.1 De pijlers voor de jaren 2015, 2016 en 2017	p.12
5. Jaarplan 2015	p.14
5.1 Behandelkwaliteit	p.14
5.2 Aankomst-, reis- en vertrektijd	p.15
5.3 Veiligheid	p.16
5.4 Continuïteit	p.16
<i>Referenties</i>	<i>p.17</i>

1. GGz Praktijk, wie zijn we en waar staan we voor

We stellen ons graag voor: aan onze cliënten, onze partners, zorgverzekeraars, Inspectie en aan alle overige geïnteresseerden. Wie we zijn en waar we voor staan geeft richting aan de keuzes die we maken. In het meerjarenbeleidsplan 2015-2018 van de stichting GGz Praktijk streven we naar een eindresultaat wat we eind 2017 willen bereiken. We hebben de keuze gemaakt ons kwaliteitsbeleid en risicomaneagementsbeleid te verwerken in dit meerjarenbeleidsplan. Kwaliteit en veiligheid is namelijk in onze ogen onlosmakelijk verbonden met wie we zijn, waar we naar toe willen en op welke wijze we dat willen bereiken.

1.1 Een introductie

Een belangstellende wandelaar liep langs twee steenhouwers. Aan de eerste steenhouwer vroeg ze: 'wat doe je?'. 'Ik hak stenen' was zijn antwoord. De tweede steenhouwer antwoordde toen hem dezelfde vraag werd gesteld: 'Ik bouw een kathedraal'.

Traditionele organisaties zijn veelal gebaseerd op een aantal aannames: medewerkers houden er in principe niet van om te werken, moeten gedwongen worden tot productie en om de kwaliteit te waarborgen moeten ze vaak en veel verantwoording afleggen. Dit leidt tot bureaucratische organisaties met als centrale thema's angst, dwang, wantrouwen en winstbejag.

Om tot kwaliteit van zorg te komen in de GGz zijn nieuwe organisatievormen nodig. De GGz Praktijk werkt met kathedralenbouwers in plaats van steenhouwers. We leggen dit hieronder graag wat nader uit.

1.2 Missie en visie GGz Praktijk

Missie

De GGz Praktijk is een ambulante GGz behandelcentrum. We bieden zowel kort- als langerdurende behandeling aan cliënten met psychiatrische of mildere psychische problematiek vanaf 18 jaar. Behandeling vindt plaats na verwijzing door huis- en/of bedrijfsarts. De GGz Praktijk beschikt over verscheidene specialisten op het gebied van psychische en psychiatrische aandoeningen om te voldoen aan uw hulpvraag. Onze specialisten vormen als vrijgevestigden een collectief. We werken intensief samen in een multidisciplinair team om een optimale en veilige behandeling voor u te realiseren. Door het collectief kunnen we op kleinschalig niveau zorg op maat bieden. We werken aan de hand van concrete behandeldoelen. Daarbij zijn uw mogelijkheden ons uitgangspunt. We stellen doelen op waarbij we recht willen doen aan ieders inbreng; uw wensen en behoeften en onze deskundigheid. De in samenspraak opgestelde doelen geven richting aan de behandeling en zijn leidend, dynamisch en verdiepend.

We streven naar minimale wachttijden. Als u een specifieke hulpvraag heeft die binnen de GGz Praktijk niet behandeld kan worden, helpen wij u met een gerichte doorverwijzing naar één van onze collegae uit ons netwerk.

Binnen de GGz Praktijk willen wij met u op een open en gelijkwaardige manier samenwerken aan een behandeling die bij u past. Binnen de behandeling achten wij respect, betrokkenheid, humor, deskundigheid, veiligheid en enthousiasme als zeer belangrijk voor deze samenwerking.

Visie

De GGz Praktijk biedt een transparant, evidence- en practice-based behandelaanbod aan volwassenen vanaf 18 jaar met eenvoudige psychische tot complexe psychiatrische problematiek. In onze praktijk wordt dit behandelaanbod uitgevoerd door gespecialiseerde en daarvoor gekwalificeerde hulpverleners van verschillende disciplines. Expertise op zowel het gebied van diagnostiek als behandeling staat bij ons hoog in het vaandel.

De GGz Praktijk wil bekend staan bij zowel verwijzers en cliënten als bij zorgverzekeraars als een betrouwbare partner, waar volwassenen met psychische en psychiatrische problemen persoonlijk, deskundig en veilig behandeld worden.

De GGz Praktijk is alert op nieuwe ontwikkelingen in de gezondheidszorg. We kunnen flexibel op individuele vragen inspelen. De beschikbare tijd wordt optimaal en rechtstreeks besteed aan effectieve en goede zorg voor de cliënt. We besteden minimaal tijd en geld aan overhead. We werken volgens de huidige richtlijnen, u treft bij ons geen bureaucratie en rigide protocollen. We zijn gericht op snelle en correcte communicatie waarbij we laagdrempelige en effectieve overlegstructuren hanteren.

De GGz Praktijk streeft ernaar een prettige werkplek te zijn. We hechten waarde aan een veilige werksfeer waarin we op de hoogte zijn van elkaars kwaliteiten en grenzen en waarin genoeg vertrouwen heerst om elkaar aan te spreken. We sporen elkaar aan en inspireren tot deskundigheid en scherpzinnigheid, vanuit onze wens om een optimaal behandelresultaat te realiseren. We bieden een veilig en tegelijkertijd uitdagend leerklimaat aan opleidingen.

2. Kwaliteit

2.1 Wat is kwaliteit

In het algemeen wordt met kwaliteit aangegeven dat wat we doen overeenkomt met wat er verwacht wordt.

Er zijn verschillende kernaspecten van kwaliteit te onderscheiden die we met meerdere vragen kunnen onderscheiden;

1. Wordt de doelstelling die vooraf gesteld is in de praktijk bereikt? *Effectiviteit*
2. Wordt de zorg op het juiste tijdstip geboden en worden onnodige wachttijden voorkomen? *Tijdigheid van zorg*
3. Voorkomt de zorg verspilling? *Efficiëntie*
4. Vermijden we schade bij interventies die bedoeld zijn voor het bevorderen van de gezondheid? *Veiligheid*
5. Wordt de toegang van zorg niet belemmerd voor bepaalde groepen, bijvoorbeeld door hun geslacht of afkomst? *Toegankelijkheid*
6. Respecteren we voorkeuren, noden en waarden van doelgroepen en handelen we daarna? *Doelgroepgerichtheid*

2.2 Waarin is de kwaliteit van de GGz Praktijk onderscheidend

We werken met hulpverleners die zelfstandige zijn en ondernemerschap hanteren in hun werk. Ze zijn verantwoordelijk, voelen zich verantwoordelijk en handelen hier ook naar. Autonome hulpverleners leveren vanuit hun talent en passie een optimale bijdrage aan het doel van onze organisatie, het bieden van kwalitatief goede behandeling. Potentiële talenten worden hierdoor veel beter benut. Onder andere vanuit hun ondernemerschap zetten hulpverleners zich gemotiveerd in om van wezenlijke waarde te zijn voor onze cliënten.

Ook niet onbelangrijk; de organisatie gaat hierdoor veerkrachtig om met turbulentie en weet zich flexibel aan te passen aan nieuwe uitdagingen. Er worden creatieve oplossingen verzonnen voor oude en nieuwe problemen. Er is een continue innovatiedrang.

We geloven dat mensen de intentie hebben om het beste van hun werk te maken. We hebben daarom een organisatie ingericht rond vertrouwen, autonomie en medezeggenschap. De focus van het vakmanschap ligt op de mens en diens kwaliteiten. Er is een grote mate van verantwoordelijkheid en vrijheid van handelen. Stafdiensten zijn beperkt en dienen ter ondersteuning.

We willen een verschil maken. We willen samen kathedralen bouwen in de GGz.

2.3 Waarom is beleid over kwaliteit dan nog nodig

Wij willen natuurlijk niet zo gek veel anders dan andere GGz instellingen en GGz hulpverleners willen: goede zorg bieden aan onze cliënten. We worden net als alle hulpverleners gedreven door de wens de zorg voortdurend te verbeteren. Onze intenties zijn goed. Daar ligt het in de GGz dan ook meestal niet aan.

Toch gebeuren er GGz breed regelmatig dingen die niet de bedoeling waren. Soms doen we wel erg ons best, maar bereiken daarmee nog niet dat onze cliënt tevreden is.

De meningen over wat nu goede behandeling is kunnen enorm verschillen. Zo scheelt het nogal aan wie je het vraagt. Een cliënt kan vinden dat de hulpverlener het goed doet als hij vooral veel en vaak de tijd neemt, terwijl de zorgverzekeraar daar toch een ander idee over kan hebben. Kwaliteit wordt ervaren door verschillende partijen: cliënten, hulpverleners, bestuur en toezichthoudende partijen (NZA, IGZ, zorgverzekeraars, Ministerie van VWS). Alle partijen hebben daarbij hun eigen belang en dit valt niet altijd volledig samen met de belangen van de ander.

2.4 Twee wetten op gebied van kwaliteit

Kwaliteit is niet zo gemakkelijk te meten en al helemaal niet goed in cijfers vast te leggen. Gelukkig hebben we twee wetten die ons wat houvast geven.

De Kwaliteitswet Zorginstellingen vraagt van ons als GGz instelling dat we verantwoorde zorg moeten bieden, dat wil zeggen: zorg die in ieder geval cliëntgericht, doelmatig en efficiënt is. Daarnaast moeten we een beleid voeren dat op kwaliteit gericht is. Het moet duidelijk zijn wie wat doet en wie waar op aan te spreken is. We hebben een kwaliteitssysteem nodig, waarin we duidelijk maken wat we zelf verstaan onder kwaliteit en hoe we dat willen gaan toetsen. We leveren prestatie indicatoren aan waarin we vertellen wat we gedaan hebben en instanties de kans geven mee te kijken en oordelen of ook zij vinden dat wij dat goed hebben gedaan.

Deze kwaliteitswet geeft zeker wel richting, maar stelt vooral globale eisen en legt veel verantwoordelijkheid bij de instelling zelf. Dat is natuurlijk geen enkel probleem! We doen niets liever dan zelf de verantwoordelijkheid te nemen.

Een andere richtinggevende wet is de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG). Deze wet bewaakt de kwaliteit van de hulpverleners. In deze wet wordt verteld wat BIG geregistreerde hulpverleners wel en niet mogen doen en hoe ze hiervoor opgeleid moeten zijn. Ook lezen we hier dat hulpverleners verantwoorde zorg moeten leveren en dat moeten laten toetsen.

Hulpverleners leveren de behandeling en daarmee bepalen ze voor een groot deel de kwaliteit van zorg. Als instelling een beleid uitstippelen waar hulpverleners verder niets mee te maken hebben zou ons niet ver brengen. Ook andersom werkt het niet, zo hebben velen van onze hulpverleners ervaren tijdens hun werk in grote instellingen. Je kunt wel kwaliteit willen bieden, maar dan is het wel zo fijn als de organisatie hierin meewerkt. Samen optrekken lijkt dus de beste kansen te bieden goede behandelingen aan cliënten te leveren.

Een aantal valkuilen steken we al op van collega GGz instellingen. In de evaluatie van de Kwaliteitswet zorginstellingen blijkt dat instellingen zich vaak te afwachtend opstellen als het om kwaliteit gaat. Andere instellingen gaan dan wel heel actief kwaliteit meten, vergaderen ook langdurig over de resultaten maar vergeten ze aan de hulpverleners terug te geven. Er ligt van alles op de plank te stoffen, wat onder andere jammer is van alle inspanningen. Ook de cliënt, waar het ons nu juist om te doen was, schiet hier weinig mee op. Dat willen we dus zien te voorkomen. Hoe we dit van plan zijn leest u in hoofdstuk 4 en 5.

3. Veiligheid

3.1 Wat is veiligheid

Iedere handeling gaat gepaard met risico; deze kunnen acceptabel of onacceptabel zijn. Er zijn diverse definities van veiligheid in de omloop: veiligheid is volgens Van Dale bijvoorbeeld het vrij zijn van risico's. Volgens Maslow is veiligheid een van de primaire levensbehoeften.

Wij gebruiken de volgende definitie van veiligheid binnen de GGz Praktijk;

Veiligheid is het (nagenoeg) ontbreken van risico's voor een patiënt om lichamelijke en/of psychische schade op te lopen als gevolg van het niet volgens de professionele standaard handelen van zorgverleners en/of door een tekortkoming van het zorgsysteem (conform definitie NTA 8009:2007 en Onderzoeksprogramma Patiëntveiligheid in Nederland, 2005 – 2009).

Een risico is daarbij de kans dat zich iets voordoet wat tot schade of verlies leidt. Kort gezegd; risico = kans x gevolg.

Het project *Veilige zorg, ieders zorg* heeft negen risicogebieden vastgesteld in de GGz.

1. *Agressie en grensoverschrijdend gedrag* (agressie van de patiënt tegen zichzelf, een ander of materieel)
2. *Brand*
3. *Dwang & Drang* (nvt voor de GGz Praktijk)
4. *Laboratorium* (nvt voor de GGz Praktijk)
5. *Medicatieveiligheid* (bijvoorbeeld verkeerd voorgeschreven medicatie door hulpverlener, verkeerd gebruik door patiënt, inclusief staken van de medicatie tegen medisch advies, onbedoelde reactie op een geneesmiddel)
6. *Somatische complicaties* (aanvankelijk niet geconstateerde somatische aandoening of onverwachte verergering)
7. *Suicide(poging)*
8. *Vallen*
9. *Vermissing/ontvluchting* (inclusief tegen advies staken van de behandeling)

3.2 Waarom is beleid over veiligheid nodig

Er is terecht veel aandacht voor veiligheid in de zorg. Het beperken van risico's en het vergroten van veiligheid voor patiënten en hulpverleners zijn belangrijke doelstellingen in de brede GGz en bij de Inspectie van Volksgezondheid. Een veilig

behandel- en werk-klimaat bieden is eveneens een belangrijke ambitie van de GGz Praktijk.

In de GGz zijn al diverse initiatieven genomen op gebied van veiligheid. Er is echter steeds meer behoefte aan samenhang en duidelijkheid. Veiligheid dreigt anders een containerbegrip te worden. Van belang is het om heldere kaders te vinden waarin veiligheid vorm krijgt. Aan de complexe zorgprocessen die plaatsvinden binnen de GGz Praktijk zijn voor cliënten risico's verbonden. Het vraagt continue verbetering om deze risico's tot een acceptabel minimum te brengen. Dit vraagt om een zodanige inrichting van de processen dat menselijke fouten worden opgevangen of ontdekt voordat de cliënt of hulpverlener er gevolgen van ondervindt. Een actief beleid is nodig om (mogelijke) fouten in de toekomst te voorkomen. De aandacht ligt ook hier op het verbeteren van processen, oftewel kwaliteit.

Om dit onderwerp zichtbaar, concreet en dynamisch te maken hebben we een Veiligheids Management Systeem (VMS) nodig. Dit zorgt ervoor dat beleid over veiligheid leidt tot verbetering. Onderdelen van dit VMS worden in dit meerjarenbeleidsplan samengebracht en uitgewerkt in concrete doelstellingen.

Een VMS verschaft ons de nodige informatie om cyclus gerichte verbeteringen in de processen door te voeren. Een VMS bestaat uit meerdere onderdelen:

- a. Een systeem voor het veilig melden van incidenten
- b. Een risico inventarisatie
- c. Analyse van incidenten
- d. Een systeem om de verbetermaatregelen te organiseren (de PDCA cyclus).

3.3 Veiligheid bij de GGz Praktijk

Er zijn verschillende risico's te onderscheiden:

- a. *Eenvoudige risico's*: de uitkomst is bekend
- b. *Complexe risico's*: de uitkomst is onbekend
- c. *Onzekere risico's*: we weten niet of er kans is op het risico en wat de aard en impact is
- d. *Ambigue risico's*: er is onbekendheid en onenigheid over de beoordeling van het risico

Bij de enkelvoudige risico's is het effectief om veiligheidsnormen in te voeren. Bij de complexe, onzekere en ambigue risico's werkt dit minder en zal het zelfs averechts

kunnen werken. We vinden het van belang prospectief de risico's bij al onze processen tweemaal per jaar in kaart te brengen. Daarnaast bepalen we het niveau van het risico en gaan we na of een risico veelvuldig voor kan komen en ernstige of catastrofale gevolgen kan hebben. Kortom we analyseren alle risico's bij al onze processen, activiteiten en besluiten.

We kijken daarbij naar oorzaak (waarom zou dit kunnen ontstaan) en gevolg (wat gebeurt er als het optreedt?) Daarna bepalen we hoe we het risico tegemoet treden. We stellen onszelf daarbij de volgende vragen:

Wat kan er fout gaan? Waarom kan het fout gaan?

Wat is de ernst van het gevolg (de impact) volgens de risico matrix?

Is er meer onderzoek nodig voor de hoge risico's?

Kunnen we alle mogelijke oorzaken benoemen?

Kunnen we alle gevolgen beschrijven?

Is er actie nodig?

Na de analyse bepalen we onze reactie. Gaan we het risico vermijden, accepteren, overdragen of reduceren (door acties uit te voeren)?

Er staan diverse acties tot onze beschikking. Voor de *enkelvoudige risico's* zijn beheersmaatregelen als normeren, checklijsten, protocollen/richtlijnen en zorgvuldig beleggen van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden een passende oplossing. De *complexe risico's* kunnen deels met richtlijnen en protocollen opgevangen worden en met een juiste verdeling van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Bij- en nascholing kan een oplossing bieden, waar dit laatste ook voor de *onzekere risico's* geldt. De *ambigue risico's* kunnen bewerkt worden met behulp van intervisie, casuïstiek, intercollegiaal overleg en informatie uitwisseling. In een werksfeer waar feedback geboden wordt en hulpverleners elkaar aanspreken op zaken die mogelijk niet goed gaan krijgen ambigue risico's minder kans. Niet voor niets dat dit in onze visie zo'n grote plaats kent. Aandacht voor de cultuur zal blijvend aanwezig bij binnen de GGz Praktijk. We stimuleren een meldcultuur en communiceren hier actief over met cliënt en hulpverlener.

We vragen onze raad van toezicht onder andere toe te zien op de uitvoering van ons risico beleid.

We vragen onze cliëntenraad vanuit hun visie mee te denken en besluiten over (oorzaak en gevolg van) risico's. We denken dat de invalshoek die zij hebben uitermate zinvol kan zijn voor de veiligheid.

Ook de retrospectieve risico analyse voeren we minimaal tweemaal per jaar uit, waarbij we de PRISMA methode (Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis) gebruiken om de risico's te analyseren.

We bespreken de prospectieve en retrospectieve risico analyses tijdens de vergaderingen met hulpverleners. We rapporteren over de gemaakte keuzes bij de kwartaal beleidsevaluaties.

4. Wat willen we bereiken

4.1 Het globale beeld van de GGz Praktijk eind 2017

De zorg die we leveren is efficiënt en effectief. De cliënt is tevreden over de geleverde behandeling en behaalde resultaten. We checken dit met behulp van cliënttevredenheidsonderzoeken, evaluaties en meetinstrumenten. We werken met een zorgvuldig samengesteld team van deskundige en goed opgeleide hulpverleners die graag werken bij de GGz Praktijk. De GGz Praktijk ondersteunt de hulpverlener in zijn werk zodat die zijn vakmanschap volledig kan inzetten. Hulpverleners beschikken over richtlijnen en zorgpaden om hun werk te ondersteunen. We bieden een veilig klimaat voor zowel cliënt als hulpverlener. Het Veiligheidsmanagement systeem is ingevoerd. We bieden scholingsmogelijkheden aan hulpverleners, evenals intervisie en supervisie. Zorgverzekeraars sluiten contracten met de GGz Praktijk en zijn tevreden over de geleverde kwaliteit van zorg. Verwijzers zijn tevreden over de contacten met en bejegening door ons, de geboden kwaliteit, behaalde resultaten en tijdigheid van zorg. We hebben in ieder geval een opleidingserkenning voor de opleiding klinisch psycholoog en SPV opleiding. We voeren toegepast wetenschappelijk onderzoek uit. We zijn HKZ gecertificeerd, een teken dat we onze interne processen op orde hebben.

4.2 De pijlers voor de jaren 2015, 2016 en 2017

Onze visie is geen papieren stuk maar drijft ons voort. We willen deze visie vormgeven middels concrete doelen, beschreven in dit meerjarenbeleid. We richten ons de komende jaren op vier belangrijke pijlers:

- a. Behandelkwaliteit
- b. Aankomst-, reis- en vertrektijd
- c. Veiligheid
- d. Continuïteit

ad a Behandelkwaliteit is een ruim begrip. Het omvat onder andere de deskundigheid en opleiding van de hulpverleners, de geboden behandeling, de scholing van hulpverleners, kortom alles wat onze core business versterkt. Zie voor meer achtergrond hoofdstuk 2.

Ad b Aankomst-, reis- en vertrektijd omvat de wachttijd (aankomsttijd), doorloop van behandeling (reistijd) en moment van afsluiten behandeling (vertrektijd).

Ad c Veiligheid omvat onder andere een gunstig behandelklimaat waarbinnen cliënten veilig kunnen werken aan hun herstel. Ook omvat het het beperken van risico's en vergroten van veiligheid voor hulpverleners. Zie voor meer achtergrond hoofdstuk 3.

Ad d Continuïteit omvat rechtsvorm, contracten met zorgverzekeraars, kortom alles wat de GGz Praktijk een stabiele basis geeft voor een gezonde toekomst.

5. Jaarplan 2015

Om de bovenstaande globale beschrijving van de GGz Praktijk handen en voeten te geven stellen we jaarlijks concrete doelen op. We doen dit binnen de vier pijlers van de GGz Praktijk. Ieder jaarplan werken we uit in vier kwartaalplannen. We evalueren ieder kwartaal of we op koers liggen, zodat we eventueel tijdig bij kunnen sturen. Deze evaluaties gebruiken we ook als basis voor het nieuwe jaarplan. In november van ieder jaar stellen we een nieuw jaarplan vast.

5.1 Behandelkwaliteit

Richtlijnen en zorgpaden

In 2015 zijn alle officiële richtlijnen voor de diverse doelgroepen beschikbaar voor hulpverleners. De aandoeningen persoonlijkheidsstoornissen, ADHD, angst- en stemmingsstoornissen, ASS en SOLK zijn uitgewerkt in zorgpaden. We besteden hier tijdens minimaal 2 vergaderingen aandacht aan.

Kwaliteitshandboek voor nieuwe collegae en toezichthouders

In het kwaliteitshandboek zijn in 2015 de volgende onderdelen beschreven: aanmelding, intake, behandeling, afronding, groepsaanbod, wie doet wat binnen de GGz Praktijk, overzicht aanbod, Pixel, intervisie, supervisie mogelijkheden, klachtencommissie, cliëntenraad, software, scholing, uitsluitingscriteria, gedragscode, meldcode Huiselijk geweld en kindermishandeling, communicatie met verwijzers en ketenpartners, organogram. De onderdelen zijn samen met de hulpverleners opgesteld en besproken tijdens vergaderingen.

Effectiviteit

De GGz Praktijk meet cliënttevredenheid en verricht daarnaast ROM metingen. Minimaal 75% van de cliënten die in 2015 behandeld zijn zijn tevreden over het behaalde resultaat. Minimaal 40% van de cliënten neemt deel aan de ROM meting. We vergelijken de uitkomsten van de totale groep die deelneemt aan een ROM meting met collega GGz instellingen in Nederland. We willen minimaal gelijke resultaten als de overige deelnemende GGz instellingen. De resultaten van de metingen bespreken we met elkaar en publiceren we op onze website.

PDCA cyclus

We implementeren de Plan Do Check Act (PDCA) cyclus in de GGz Praktijk. Deze cyclus passen we toe op de vier pijlers van de GGz Praktijk. We doorlopen daarbij de

PDCA cyclus systematisch. Doel is kwaliteit voor de vier pijlers te bereiken en behouden en waar mogelijk te verbeteren. We stellen een probleem vast, ontwerpen een oplossing, voeren uit, kijken waar we afwijken en of we tevreden zijn. Vervolgens voeren we de gevonden oplossing in of verbeteren we de oplossing. Als we tevreden zijn werken we aan een volgend onderwerp. Met de hulpverleners samen hebben we aandacht voor het belang om continue te verbeteren.

HKZ certificaat

We vragen in september 2015 een keurmerkinstituut onze interne processen te beoordelen. Doel is het behalen van een HKZ certificaat in 2015.

Werken met deskundige en goed opgeleide hulpverleners

In 2015 werken we verder aan de completering van ons team. Op basis van de verzamelde informatie over doelgroep, aanbod en verbeteranalyses bepalen we samen met de hulpverleners welke collega (met welke deskundigheid) we nog vragen met ons samen te werken.

Scholing en onderzoek

In 2015 richten we de GGz Praktijk Academie op. Deze richt zich op interessante en noodzakelijke scholing voor hulpverleners. Het aanbod varieert en wordt mede ingevuld naar wens van hulpverleners. We doen ons best de scholing die we aanbieden ook financieel interessant te maken. Medewerkers van de GGz Praktijk bieden zelf ook als docent geaccrediteerde scholing binnen de GGz Praktijk Academie. Deze scholing zal ook geboden worden aan externe geïnteresseerden, bijvoorbeeld huisartsen, POH GGz, onderwijzend personeel.

In 2015 verkrijgen we een erkenning voor de opleiding tot Klinisch psycholoog. We vragen een gesubsidieerde opleidingsplaats aan voor 1 opleiding.

We maken een start voor de uitvoering van toegepast wetenschappelijk onderzoek. We inventariseren de onderzoeksbehoeften en stellen minimaal een onderzoeksvraag vast.

5.2 Aankomst-, reis- en vertrektijd

Aankomsttijd

Onze aankomsttijd (wachttijd) bedraagt niet langer dan wettelijk toegestaan. In 2015 ontwikkelen we een voordeurbeleid om deze doelstelling te behalen.

Reis- en vertrektijd

De reistijd (doorlooptijd behandeling) meten we maandelijks en leggen we ter bespreking voor tijdens de vergaderingen. Doel hiervan is inzicht te krijgen in de duur

van behandeling. We vergelijken deze gegevens met landelijke gegevens in de GGz en bespreken dit onderling.

In 2015 onderwerpen we ons huidige groepsaanbod aan de PDCA cyclus. Einddoel is een samenhangend groepsaanbod te ontwikkelen dat de reistijd van de cliënt binnen de GGz Praktijk effectief en efficiënt kan verkorten.

5.3 Veiligheid

Risico's (prospectief)

We brengen prospectieve risico's in kaart voor al onze processen en bespreken dit met de hulpverleners, cliëntenraad en raad van toezicht. Zie voor meer informatie ook Hoofdstuk 3 Veiligheid.

Veilig melden en retrospectieve analyse risico's

Hulpverleners moeten melding kunnen doen van incidenten en allerhande zaken die niet de bedoeling waren in contact met een cliënt zonder bang te zijn voor eventuele gevolgen hiervan. De Meldingen Incident Patiëntenzorg (MIP) commissie 'Dat was niet de bedoeling' is daarom van groot belang in ons beleid. We stimuleren meldingen door ze volledig los te koppelen van de schuldvraag. We stellen ons als organisatie toetsbaar op en richten ons met name op de vraag wat de organisatie kan veranderen om incidenten in de toekomst te vermijden. Calamiteiten (ernstige incidenten) zullen we melden aan de Inspectie, zoals deze van ons verwacht. We gebruiken de PRISMA methode om meldingen te analyseren. We denken en handelen hiermee vanuit de systeemtheorie: systemische vangnetten (collegae, techniek, organisatie) kunnen eventueel falen compenseren. Enkele vaste mensen zijn opgeleid in deze systematiek, hulpverleners zijn van harte uitgenodigd zich aan te sluiten bij de analyse van meldingen om hierin mee te werken en zich op de hoogte te stellen van de gang van zaken.

In 2015 is het veilig melden geïmplementeerd. We stimuleren hulpverleners incidenten te melden.

5.4 Continuïteit

We richten ons op uitbreiding contacten met zorgverzekeraars. We willen met minimaal 65% van de zorgverzekeraars (Menzis, VGZ, DSW, Multizorg, CZ) in 2015 een contract sluiten.

Referenties

Nationaal Kompas Volksgezondheid (2007) *Wat is kwaliteit?*

Stuurgroep Veilige zorg, leders zorg – clientveiligheidsprogramma GGz (2011)
Handreiking Veiligheidsplan

Stuurgroep Veilige zorg, leders zorg – clientveiligheidsprogramma GGz (2013)
Handreiking risico management in de GGz, Veiligheidsmanagementsysteem (VMS), 2013

Trimbos Instituut (2009) *Patiëntveiligheid in de GGz en Verslavingszorg, een eerste verkenning naar zorggerelateerde onbedoelde schade*

Overheid (1993, geldend in 2014) *Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*

Overheid (1996, geldend in 2014) *Kwaliteitswet zorginstellingen*

www.veiligezorgiederszorg.nl