



FORMULIER KWALITEITSJAARVERSLAG 2023

Naam instelling/praktijk: FSMA Respaldo

Adres instelling/praktijk: Mahuma 54, Oranjestad, Aruba

Nummer van inschrijving in het zorgaanbiedersregister (LKIG): Z/22/000771/7082

Aantal personeelsleden: In 2023 88 personeelsleden

Soort instelling/praktijk: Instelling voor Specialistische Geestelijke Gezondheidszorg

1 Algemeen

1.1 Lange termijn doelstellingen met betrekking tot kwaliteit en zorg (3-5 jaar)

- Kwaliteitsbeleid
 - In 2023 is er veel tijd en geld geïnvesteerd in het werken aan een nieuwe missie en Visie van Respaldo. De resultaten van dit hard werken zijn samengevat in het document Aspiratie 2030. De stapsgewijze implementatie moet nog worden uitgewerkt.
 - Alle punten die 1.2 verder zullen worden uitgewerkt zullen ook op de lange termijn een belangrijke rol spelen in het bewaken en aanscherpen van de kwaliteit van de zorg.
 - Op de middellange tot lange termijn zullen de FACT-teams ge-audit worden, met de bedoeling de CCAF keurmerk te behalen. Een team met een CCAF keurmerk heeft laten zien dat er in voldoende mate modelgetrouw gewerkt wordt. Onderzoek wijst uit dat hoe beter een team zich houdt aan het organisatiemodel van (F)ACT, hoe beter de resultaten zijn die teams bij cliënten boeken. Daarnaast worden teams met het keurmerk regelmatig ge-audit wat ten goede komt om de kwaliteit hoog te houden.
 - Op middellange tot lange termijn zal ook de forensisch psychiatrie in alle facetten (evaluaties, intramuraal en ambulant) helpen de kwaliteit van de forensisch psychiatrische zorg op Aruba te verbeteren.
 - Binnen 5 jaar hoopt Respaldo ook een nieuw gebouw te kunnen hebben waarin alle onderdelen van de SGGZ onder een dak zullen functioneren en waarbij ook de kliniek betere en modernere faciliteiten zal hebben wat zeker de kwaliteit van de klinische zorg een grote duw in de goede richting zal geven.
- Het Kwaliteitssysteem

Op de lange termijn zal de HKZ volledig geïmplementeerd zijn.
- Verbetering van de kwaliteit
 - Hiervoor wijs ik naar punt 1.2 waarin de belangrijkste punten vermeld staan die zorgen voor verbetering van de kwaliteit. Daarnaast zal ook het implementeren van de HKZ en het verkrijgen van de CCAF keuring zeker ook de kwaliteit van de zorg verbeteren. Het blijven

bieden van bijscholingen is een continu proces dat op de lange termijn een vanzelfsprekendheid zal zijn met vaste structuur van bijscholing waardoor het risico om zaken over het hoofd te zien minder zal worden. Denk hierbij aan terugkerende bijscholingen zoals BHV, BLS trainingen etc. Maar ook de verworven kennis van herstelgericht werken zal een blijvende verbeter traject moeten worden met om de vaste tijdspaden opfriscursussen etc.

1.2. Doelstellingen met betrekking tot kwaliteit van zorg in 2024

- Kwaliteitsbeleid
 - Een onderdeel van het kwaliteitsbeleid is het uitbreiden van het aanbod van Respaldo met een crisisdienst. Volgens planning zal de crisisdienst vanaf september 2024 starten. De crisisdienst zal mensen die niet bij Respaldo bekend zijn (FACT doet het bij bekende EPA patiënten) thuis, op een speciaal daartoe ingerichte kamer bij Respaldo of op het politiebureau kunnen evalueren. Hierdoor hoeft niet gewacht te worden tot iemand dusdanig decompenseert of een gevaar vormt voor zichzelf of zijn omgeving om naar de SEH al da niet met politie te worden gebracht.
 - Intern wordt de kwaliteit deels bewaakt door MDO's (Multi Disciplinair overleggen). Bedoeling is dat bij iedere MDO de behandeling en behandelplan van de patiënt geëvalueerd wordt en er indien nodig een nieuwe de behandeling bijgestuurd wordt en de behandelplan aangepast wordt.
 - De patiënten opgenomen op de Acute Opname afdeling worden allemaal wekelijks in de MDO besproken. De patiënten opgenomen op de Resocialisatie afdeling worden minstens eens in de twee weken besproken in een MDO.
 - Bij het FACT, waar het gaat om patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) die veelal een chronisch verloop heeft, worden de behandelingen minstens 2 x per jaar in een MDO geëvalueerd.
 - Bij de polikliniek is in 2023 gestart met het opzetten van MDO besprekingen 2 x per week. Op moment worden afspraken gemaakt om ervoor te zorgen dat alle poliklinische patiënten minsten 2 x per jaar in een MDO worden besproken. Nieuwe patiënten zullen ongeveer 1 maand na hun intakegesprek voor het eerst in de MDO worden besproken en aan de hand van de behandelplan zal gedurende de MDO de termijn en afspraak voor de volgende MDO worden vastgesteld.
 - De psychiaters werkzaam bij Respaldo zijn allemaal BIG/Arubig geregistreerd en houden zich aan vereiste bijscholingen om hun registratie te behouden. Ook wordt zoveel mogelijk gewerkt volgens de in Nederland geldende, dan wel internationale richtlijnen.
 - De vakgroep psychiatrie vergaderde in 2023 tweewekelijks, en sinds 2024 wekelijks waarbij verschillende onderdelen die te maken hebben met de kwaliteit van de zorg met enige regelmaat op de agenda staat.
 - Sinds 2023 heeft Respaldo een vakgroep Psychologie. Deze vakgroep zal ook met vakgroep reglementen gaan werken en gaat bijdragen aan bewaken van kwaliteit van de zorg, maar zal ook de Raad van bestuur waar nodig met advies bijstaan.
 - Cliëntenraad heeft minstens 4 x per jaar en vaker indien nodig overleg met het RvB en hebben een adviserende rol.
 - In 2024/2025 hopen we ook een VMAR (Verpleegkundige en Maatschappelijke werkers adviesraad) op te kunnen richten. Als we deze 3 groepen (vakgroepen en VMAR) operationeel hebben, dan is het meer geborgen dat alle beroepsgroepen die direct zorg leveren een

adviserende rol naar de RvB zullen hebben en daarmee ook meehelpen de kwaliteit van de zorg te bewaken.

- Er worden ook bij verschillende beroepsgroepen/afdelingen regelmatig (eens in de zes weken of eens in de 2 maanden) intervisies gedaan om ook vanuit deze besprekingen te kunnen reflecteren op de aangeboden zorg en zaken die anders of beter kunnen.
- Daarnaast wordt VIM (Veilig Incident Melden) gestimuleerd, waardoor aan de hand van (bijna)incidenten ook de kwaliteit van de zorg kan worden geoptimaliseerd.
- De interne kwaliteitsbeoordeling geschiedt voor wat betreft de zorgverlening vanuit de RvT Commissie van Kwaliteit van Zorg. Dit is echter geen beoordeling in strikte zin van het woord.
- Thema's van kwaliteit van zorg passeren met enige regelmaat de agenda van het Management Team.
- Aan de hand van de externe kwaliteitsbeoordeling door de NVvP (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie) zal in 2024 het elektronisch voorschrijfsysteem operationeel worden. Bedoeling was dat het reeds in het eerste kwartaal zou plaatsvinden, maar vanwege technische problemen is er wat vertraging geweest. Het streven is nu om het in de tweede en uiterlijk derde kwartaal te implementeren. Ook aan het advies voor cliëntentevredenheid en het cyclisch evalueren van de behandelingsresultaten (ROM) is vanaf 2023 hard gewerkt, en het volledig implementeren hiervan zal ook uiterlijk in het derde kwartaal geschieden.
- In 2023 is er veel tijd en geld geïnvesteerd in het werken aan een nieuwe missie en Visie van Respaldo. De resultaten van dit hard werken zijn samengevat in het document Aspiratie 2030. De stapsgewijze implementatie moet nog worden uitgewerkt.
- Vanwege zoveel lopende trajecten is de visitatie voor de FACT-teams wederom wat opgeschoven. De verwachting is dat deze visitatie niet voor 2025 haalbaar zal zijn. In 2024 verwachten we wat verschuivingen binnen het personeel, waaronder ook die van het FACT, waardoor het nu niet haalbaar is om deze visitatie voor te bereiden.
- In het EPD zijn er verschillende kwaliteitsindicatoren ingebouwd. Deze worden in 2023 toenemend in het Management Informatie systeem geplaatst.

- **Het Kwaliteitssysteem**

Zoals in het kwaliteitsjaarverslag van 2022 benoemd, werden in 2022 verschillende kwaliteitssystemen onderzocht en werd het HKZ begin 2023 als het meest geschikte ervaren. Het lag in de planning om dit kwaliteitssysteem in 2023/2024 te implementeren, maar dat is niet gelukt. Vanwege de drukte werd het duidelijk dat voor een goede implementatie een daartoe aangewezen persoon onmisbaar zou zijn. Per 1 juli 2024 start bij ons een medewerker beleid en kwaliteit die ruime ervaring heeft met kwaliteitssystemen en die de implementatie zal leiden. We zullen stap voor stap onderdelen van deze kwaliteitssysteem gaan invoeren en verwachten we dat de afronding van de implementatie enige tijd gaat vergen. Het verkrijgen van de HKZ certificaat mag niet het doel op zich worden, dit kan namelijk een grote valkuil zijn, waarbij je meer tijd bezig bent met het instrument dan met het doel van het instrument. Het doel is om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en dat zal stapsgewijs worden gedaan volgens de HKZ normen, dit totdat zoveel al is gedaan dat er een audit aangevraagd kan worden om daadwerkelijk de HKZ certificaat te behalen.

- **Verbetering van de kwaliteit**

- Het invoeren van de MDO (en daarbij dus structurele evaluatie van de behandelplan) voor alle poliklinische patiënten zal zeker een grote sprong zijn in het verbeteren van de kwaliteit in de poliklinische setting maar ook om het bewaken van onnodig lange behandeltrajecten of behandelingen voeren die bij de Basis-GGZ thuis horen.
- Het implementeren van structureel uitvoeren van cliënttevredenheidsonderzoek en de ROM

- zal ook de kwaliteit verder verbeteren.
- De komende jaren is voor alle medewerkers financiële middelen gebudgetteerd voor bijscholing.
- Dit jaar zal het FACT team een triage training doen ter voorbereiding van de start van de crisisdienst en ook zal een maand na het starten de crisisdienst ge-audit worden door Van Campen Opleidingen om er zeker van te zijn dat het geleerde ook adequaat wordt uitgevoerd.
- In het 2^{de} of 3^{de} kwartaal zal ook Respaldo breed de SRH (Steunend Relationeel Handelen) training worden verzorgd door de Rino Groep. Deze training is gericht om medewerkers de herstelgericht aanpak te leren. Bij deze aanpak ligt de focus op de sterke punten van de persoon, het herstellen van relaties en het stimuleren van zelfredzaamheid en empowerment. Dit ter bevordering van de algehele welzijn en de veerkracht.

2. Kwaliteitszorg en Kwaliteitssysteem

2.1 Hoe weet u dat in uw instelling goede kwaliteit van zorg wordt geleverd?

Ondanks dat wij geen kwaliteitssysteem geïmplementeerd hebben, proberen we de kwaliteit te bewaken middels de hiervoor genoemde aspecten zoals MDO, intervisie, VIM etc. Ook werken we zoveel als kan volgens de Nederlandse dan wel de Internationale richtlijnen.

2.2 Welk kwaliteitssysteem (kwaliteitssystemen) hanteert u?

Begin 2023 werd HKZ als het meest geschikte kwaliteitssysteem voor Respaldo ervaren. Vanaf de derde kwartaal van 2024 zullen we starten met voorbereidingen en prioriteiten te stellen van zaken die we stapsgewijs gaan aanpakken volgens de HKZ normen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. De verwachting is dat het echt behalen van de HKZ certificaat enige tijd zal duren.

2.3 In welke fase van implementatie bevindt het kwaliteitssysteem zich in de instelling?

- Wij oriënteren ons op het ontwikkelen van activiteiten
- ☐ Wij brengen in de organisatie op een systematische wijze processen in beeld
- ☐ Wij bereiden de integrale invoering van het kwaliteitssysteem voor
- ☐ Wij voeren periodiek interne audits uit
- ☐ Wij stemmen de toepassing van het kwaliteitssysteem af op die van andere ketenpartners
- ☐ Bij ons is er sprake van een volledig geïmplementeerd kwaliteitssysteem
- ☐ Wij hanteren (nog) geen kwaliteitssysteem

2.4 Is het kwaliteitssysteem van uw instelling, of een onderdeel daarvan het afgelopen jaar door een externe instantie beoordeeld?

- ☐ Ja
- Nee

Zo ja, op welke wijze heeft deze beoordeling plaatsgevonden?

- ☐ Voor een certificering
- ☐ Voor een accreditatie
- ☐ Voor een visitatie
- ☐ Er heeft een externe audit plaatsgevonden

2.5 Wat zijn de resultaten van de beoordeling? Nvt

3. Risicomanagement

3.1 Wat zijn uw grootste risico's?

In 2023 waren er in totaal 61 VIM (Veilig Incidenten Melden) meldingen. Het grootste risico was de Agressie en Grensoverschrijdend gedrag is (31,15%). Op de 2^{de} plaats medicatie (29,51%), op de 3^{de} plaats overige (26,23%) en ver daaronder vallen (6,56%), vermissing/ontvluchting (3,28%), suïcidepoging (1,64%) en brand (1,64%). Voor de incidenten werden verschillende oorzaken aangegeven waaronder het meest menselijk handelen (vergissen, communicatiestoornis, protocol/instructie niet nageleefd, cultuur op werkplek, vergeten, handeling onbekwaam/onbevoegd uitgevoerd), client gerelateerd (psychische toestand van de client, gedrag van de client, fysieke toestand van de client), organisatie (protocol/afpraak niet aanwezig of onduidelijk, hoge werkdruk, kennis/deskundigheid niet aanwezig, onvoldoende ingewerkt, protocol/afpraak niet toegankelijk) en materiaal en apparatuur (materiaal defect, onduidelijke instructie). Van de incidenten meldingen betrof het in 59,02% de acute opname afdeling, 31,15% het FACT, 6,56% de Resocialisatie afdeling, 1,64% de afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie en 1,64% de verblijfsafdeling. Van de 61 meldingen vielen er 22 in de categorie zeer laag risico, 18 in de categorie laag risico, 20 in de categorie midden risico en 1 in de categorie hoog risico.

Aan de hand van het hierboven beschreven cijfers uit de VIM meldingen komt naar voren dat de 2 grootste categorie (bijna) incidenten het grensoverschrijdend gedrag is en de medicatie (bijna) fouten. Daarnaast wordt het menselijk handelen en client gerelateerde factoren als de grootste oorzaken aangemerkt.

3.2 Hoe weet u welke uw grootste risico's zijn?

Uit de VIM meldingen.

3.3 Op welke manier mitigeert u uw risico's?

Respaldo zal de medewerkers blijven stimuleren om VIM meldingen te doen. Door zoveel mogelijk te melden, kan Respaldo een beter beeld krijgen van terugkerende (bijna) fouten en kan Respaldo werken aan het voorkomen van deze (bijna) fouten.

Ten aanzien van de medicatie fouten moet gezegd worden dat op moment dit onderdeel nog niet digitaal verloopt. Heel veel gebeurt nog in meerdere systemen (EPD, mail, papier). Het verloop van de medicatiegebruik gedurende een opname en bij ontslag kan alleen via het papierendossier opgevolgd worden. Dit maakt het systeem zeer kwetsbaar voor fouten. De verwachting is dat de medicatie fouten aanzienlijk gaan afnemen eenmaal de EVS in werking is.

Voor het gedeelte Agressie en Grensoverschrijdend gedrag, zal komend jaar meer aandacht liggen in het trainen van het personeel in de-escalerend werken, omgaan met agressie. De verwachting is echter dat ook het werken volgens herstelgerichte principes een positieve invloed zal hebben zowel op personeel als op patiënten.

4. Zorgketen en Kwaliteit

4.1 Maakt uw instelling deel uit van een zorgketen?

☒ Ja

☐ Nee

Zo ja, wie zijn uw partners in de keten?

- HAVA
- Stichting Hunto

- Vrijgevestigde psychologen
- Sociale zaken (DAS 2)
- HOH
- ImSan
- SABA
- Stichting Eliezer
- Cas Amada

4.2 Is er sprake van gemeenschappelijke kwaliteitsbewaking met andere (keten)partners?

- ☒ Ja
- ☐ Nee

Zo ja, waaraan meet u de kwaliteit van zorg in de keten af?

De stuurgroep GGZ heeft een document gemaakt waarin duidelijk het verwijzbeleid is opgesteld. Via deze weg wordt getracht ervoor te zorgen dat patiënten terecht komen bij de juiste instellingen. De patiënten met minder complexe problematiek horen thuis bij de psychologen van sociale zaken, vrijgevestigde psychologen of Stichting Hunto en de patiënten met complexe problematiek horen thuis bij Respaldo. Als iedereen zich aan de gemaakte afspraken houdt, zal voorkomen kunnen worden dat patiënten te lang in de basiszorg blijven terwijl ze specialistisch hulp behoeven, maar het zal ook voor zorgen dat Respaldo de patiënten met niet complexe problematiek (sneller) door verwijst naar Stichting Hunto, vrijgevestigde psychologen of psychologen Sociale zaken.

5. Mensen en Materiaal

5.1 Op welke wijze zijn de (zorg)professionals bij het kwaliteitsbeleid betrokken?

In het opstellen van de missie en visie (Aspiratie 2030) is getracht om alle groepen medewerkers te betrekken. Van alle beroepsgroepen (agogen, verpleging, zorgmanagers, psychologen, psychiaters. In de nieuwe organogram die in de 4^{de} kwartaal van 2024 of de 1^{ste} kwartaal van 2025 ingevoerd gaat worden, hebben de vakgroepen psychiatrie en psychologie en de VMAR een belangrijke rol in het gevraagd of ongevraagd adviseren van de RvB.

5.2 Welke eisen, indien mogelijk gekwantificeerd, zijn vanuit het kwaliteitsbeleid gesteld aan het personeelsbeleid (opleidingsplan, toetsingen)?

Sinds 2024 is de prestatiebonus verbonden aan bepaalde criteria zoals een minimum van 4 interviews bijwonen, 3 lessen volgen en 1 les geven per jaar. Alleen voor de secretaresses wordt niet verwacht dat ze een les geven en van de interieurverzorgers wordt verwacht dat ze 1 les volgen per jaar.

5.3 Maakt de materiële infrastructuur (apparatuur, materialen, hulpmiddelen) deel uit van het kwaliteitssysteem of (indien u geen kwaliteitssysteem heeft) stelt u daar aparte eisen aan? Zo ja, welke?

We zijn bezig om hierin structuur aan te brengen om apparatuur op vaste momenten te controleren. Het enige wat nu goed is geregeld en elke vrijdag wordt gecontroleerd is het panic-button alarm systeem van de kliniek.

6. Uitkomsten van Kwaliteitsbeleid

6.1 Waaraan meet u de kwaliteit van zorg af? Welke cijfers of kengetallen worden daarbij als indicator gebruikt?

Aan de hand van de VIM meldingen wordt de kwaliteit van zorg nauw bewaakt. In 2024 zal de kwaliteit ook bewaakt worden aan de hand van de ROM en de patiënttevredenheidsonderzoek.

We verwachten dat onderweg naar het implementeren van de HKZ we steeds meer aan kwaliteitsmetingen gaan doen.

6.2. Kunt u per doelstelling (genoemd in vraag 1.1 en 1.2) aangeven

- welke normen u stelt (zo veel mogelijk gekwantificeerd),
- welke gegevens u gebruikt om te toetsen en
- welke consequenties u aan de toetsing verbindt voor de organisatie van de zorg en de dienstverlening.
 - Goed draaiende crisisdienst met 24 uur bereikbare hulpverlening voor (dreigende) crisissituaties.
 - De toetsing is of we inderdaad 24 uur bereikbaar zijn en de vraag aan kunnen.
 - Indien we de vraag niet zouden aankunnen zouden we meer personeel nodig hebben en zullen daarvoor een verzoek moeten indienen bij de AZV.
 - Alle patiënten die bij Respaldo behandeling ontvangen worden minstens 2 x per jaar in een MDO besproken.
 - Met de EPD kunnen we goed monitoren indien dit niet gebeurt.
 - Als het niet gebeurt zullen behandelaren hierop worden aangesproken om alsnog hun patiënten in te laten plannen bij 2 MDO's.
 - Cliëntenraad heeft minstens 4 x per jaar en vaker indien nodig overleg met het RvB en hebben een adviserende rol.
 - Alle psychiaters zijn BIG of Arubig geregistreerd.
 - Er wordt geen psychiater aangenomen tenzij ze voldoen aan deze vereiste.
 - Vakgroep psychiatrie, vakgroep psychologie en de VMAR hebben op een reguliere basis een overleg met RvB waarin ze hun adviserende functie kunnen uitoefenen (vanaf 2025).
 - Zolang dit niet gebeurt betekent het dat we wat meer vaart moeten zetten achter de implementatie hiervan.
 - Alle zorgverleners doen minstens eens in de 2 maanden mee aan intervisies.
 - De zorgmanagers (nu en later teamleiders) zullen dit moeten monitoren en zorgverleners aanspreken indien het niet gebeurt.
 - VIM meldingen die regelmatig worden ingevuld en binnen maximaal 2 dagen worden bekeken en uiterlijk binnen 1 maand worden besproken. Het resultaat of verbeterpunten wordt dan direct met de betrokkenen of als breder moet in de werkgroep worden besproken.
 - Toetsing is indien de bespreking later dan 1 maand gebeurt. Dan wederom strakker plannen van vaste bijeenkomsten van minstens 2 x per maand.
 - De Commissie Kwaliteit van Zorg van de Raad van Toezicht van Respaldo vergadert minimaal 4 keer per jaar met de Raad van Bestuur om zich te vergewissen dat de kwaliteit van de aangeboden zorg op peil blijft.
 - Deze vergaderingen worden tot nu toe trouw ingepland en bijgewoond.
 - Voor eind 2024 een goed draaiende ROM.
 - In de 3^{de} kwartaal zal de implementatie van de ROM bij de poli een feit zijn. De toetsing is dat alle nieuwe patiënten de vragenlijsten voor de ROM gaan invullen en dat de vervolgmeting ook wordt ingepland.

- Op reguliere basis wordt de clienttevredenheid gemeten.
 - De vragenlijst hiervan wordt samen met de ROM instrumenten/vragenlijsten ingevuld. Dus als ROM goed wordt geïmplementeerd, zal ook de clienttevredenheidsmeting goed verlopen.
- Op reguliere basis wordt de betrokkenheid van medewerkers gemeten.
 - De toetsing geschiedt steeds bij een volgende betrokkenheidsonderzoek omdat daaruit blijkt of de verbeterpunten van het vorig onderzoek terug te zien zijn op de werkvloer.
- Termijn voor CCAF keurmerk moet nader worden bepaald.
 - Het hebben van de CCAF keurmerk zal de toetsing zijn.

Benoem de consequenties van de toetsing zo expliciet mogelijk en maak daarbij onderscheid tussen

- de gevolgen voor de patiënt
- de gevolgen voor de medewerkers
- de gevolgen voor het management
 - Goed draaiende crisisdienst met 24 uur bereikbare hulpverlening zal
 - Voor de patiënt tot gevolg hebben dat er eerder hulp kan worden geboden voordat het volledig uit de hand loopt en de politie iemand moet oppakken. De verwachting is de traumatische ervaringen voor patiënt en/of omgeving beperkt blijven.
 - Voor verschillende medewerkers zal de consequenties ander zijn. Voor de crisisdienst medewerker betekent het sneller ingrijpen, en nauwe samenwerking met ketenpartners. Voor de medewerkers van de kliniek betekent het dat de kans groot is dat de patiënten die opgenomen worden minder heftig zijn gedecompenseerd of misschien al gemediceerd binnen komen en daardoor wat rustiger zijn.
 - De gevolgen voor de manager zullen met name zichtbaar zijn indien de hoeveelheid personeel niet toereikend zijn of indien er voor de samenwerking meer overleg nodig is met ketenpartners.
 - Alle patiënten die bij Respaldo behandeling ontvangen worden minstens 2 x per jaar in een MDO besproken.
 - Voor de patiënt heeft het tot gevolg dat de behandelplan minstens 2 x per jaar wordt geëvalueerd (niet alleen in de MDO maar ook met de patiënt). Daardoor kan de patiënt zelf ook de behandeling aansturen indien de hulpvraag veranderd is in de loop van de behandeling en worden onnodig lange behandelingen ontmoedigd.
 - Voor de medewerker heeft het tot gevolg dat ze gestructureerder moeten werken, maar ook gericht in de behandeling kunnen werken gezien de hulpvraag minstens 2 x per jaar wordt geëvalueerd en eventueel geherformuleerd.
 - Voor de manager betekent regelmatig de EPD consulteren om na te gaan of alle patiënten daadwerkelijk 2 x per jaar in een MDO worden besproken.
 - Alle psychiaters zijn BIG of Arubig geregistreerd.
 - Gevolgen voor de patiënten is dat ze weten dat de psychiater voldoende bijscholing volgt en volgens erkende richtlijnen werkt.
 - Gevolgen voor de medewerkers is dat ze aan alle vereisten moeten voldoen om de BIG/Arubig registratie te behouden.
 - Voor de manager betekent het dat ze bij werven beperkt zijn tot BIG/Arubig geregistreerden.
 - Cliëntenraad heeft minstens 4 x per jaar en vaker indien nodig overleg met het RvB en hebben een adviserende rol.

- Gevolgen voor de patiënten is dat zijn via de cliëntenraad ook invloed kunnen hebben op het beleid van Respaldo. Als het beleid dat gevoerd wordt goed is voor de patiënt zal het ook goed zijn voor de medewerkers en de managers.
- Vakgroep psychiatrie, vakgroep psychologie en de VMAR hebben op een reguliere basis een overleg met RvB waarin ze hun adviserende functie kunnen uitoefenen (vanaf 2025).
 - De gevolgen voor de patiënten is dat ze zullen ervaren de gevolgen dat alle groepen die direct zorg leveren ook betrokken worden bij het beleid maken.
 - Voor de medewerkers zal het tot gevolg hebben dat alle zorgverleners een vertegenwoordiger heeft die met de RvB overleg.
 - Voor de managers betekent het dat de werkvloer meedenkt met het beleid dat wordt gemaakt.
- Alle zorgverleners doen minstens eens in de 2 maanden mee aan intervisies.
 - Een zorgverlener die intervisie doet, reflecteert en leert van gebeurtenissen, dit komt zeker de patiënt en de medewerker zelf ten goede.
 - De manager moet alert blijven om na te gaan of iedereen ook op regelmatige basis meedoet met de intervisies.
- VIM meldingen die regelmatig worden ingevuld en binnen maximaal 2 dagen worden bekeken en uiterlijk binnen 1 maand worden besproken. Het resultaat of verbeterpunten wordt dan direct met de betrokkenen of als breder moet in de werkgroep worden besproken.
 - De gevolgen voor de patiënten zijn dat door regelmatig bespreken van (bijna) incidenten ook verbeterplannen worden besproken om incidenten te voorkomen en dit is zeker goed voor de patiënt.
 - Ook de medewerker en manager heeft baat bij uitblijven of verminderen van incidenten.
- De Commissie Kwaliteit van Zorg van de Raad van Toezicht van Respaldo vergadert minimaal 4 keer per jaar met de Raad van Bestuur om zich te vergewissen dat de kwaliteit van de aangeboden zorg op peil blijft.
 - Het bewaken van de kwaliteit heeft altijd positieve gevolgen voor patiënten, medewerkers en manager.
- Voor eind 2024 een goed draaiende ROM.
- Op reguliere basis wordt de clienttevredenheid gemeten.
 - De patiënt zal zich door het invoeren van ROM zich meer gehoord voelen en ook zijn mening zal meer meegenomen worden in het beleid en in de behandeling.
 - Voor de medewerkers wordt het meer inzichtelijk wat voor gevolgen de behandeling hebben voor de patiënt.
 - Voor de managers wordt het ook inzichtelijk of de klachten van de patiënt verminderen en of de patiënt ook tevreden is met de geboden zorg.
 - De vragenlijst hiervan wordt samen met de ROM instrumenten/vragenlijsten ingevuld. Dus als ROM goed wordt geïmplementeerd, zal ook de clienttevredenheidsmeting goed verlopen.
- Op reguliere basis wordt de betrokkenheid van medewerkers gemeten.
 - Hoe meer betrokken medewerkers zijn hoe betere zorg ze ook zullen leveren voor de patiënt.
 - Als medewerkers zich gehoord voelen zal de motivatie op de werkvloer ook beter zijn.
 - Managers zullen met de feedback van de medewerkers aan de slag moeten met de verbeterpunten.
- Termijn voor CCAF keurmerk moet nader worden bepaald.
 - Een CCAF keurmerk betekent voor de patiënt dat die nog zekerder kan zijn dat de geboden zorg kwalitatief goed is.

- Voor de medewerkers en managers zal het voldoening geven om te weten dat de FACT voldoet aan de vereisten voor de CCAF.

Geef in ieder geval aan of de volgende gegevens verzameld worden, welke rol zij spelen bij de toetsing van de doelstellingen en welke conclusies daaraan zijn verbonden:

- gegevens voortkomende uit raadpleging van patiënten

Via de cliëntenraad, ROM en clienttevredenheid wordt de patiënt geraadpleegd en worden de verbeterpunten meegenomen in het beleid van Respaldo.

- gegevens over tevredenheid van medewerkers

Op structurele basis wordt een werknemers betrokkenheidsonderzoek gedaan. De resultaten van het onderzoek in 2023 zijn uitgebreid besproken in de MT en daar is ook beleid op aangepast.

- ziekteverzuimgegevens

Ook deze komen met enige regelmaat aan bod in de MT besprekingen. Binnenkort krijgen alle leidinggevenden een training “sickleave management”.

- gegevens over incidenten en calamiteiten (VIM's)

Deze worden zoals bij punt 3 besproken zeker meegenomen in het maken van beleid.

- benchmarkgegevens

Doordat er maar beperkte cijfers beschikbaar zijn, is het vooralsnog moeilijk te vergelijken met andere instellingen. De vraag is sowieso met welke instelling Respaldo zich moet vergelijken. Op Aruba is Respaldo de enige SGGZ instelling. De cijfers van Respaldo vergelijken met Nederlandse instelling zal ook niet correct zijn aangezien Nederland veel meer voorzieningen en zorgverleners heeft vergeleken met Aruba. De enige min of meer vergelijkbare instelling zou Stichting Capriles kunnen zijn, alhoewel hun kliniek bijna tien keer groter is dan de kliniek van Respaldo. Maar vooralsnog hebben zij ook geen cijfers.

6.3 Zijn de uitkomsten van het kwaliteitsbeleid extern beoordeeld door patiënten, of door patiëntenverenigingen? Zo ja, beschrijf de uitkomsten?

Nee, vooralsnog niet.

7. Verbeteracties

7.1 Welke verbeteracties met betrekking tot de kwaliteit van zorg zijn in het verslagjaar voorgenomen?

Op welk niveau hadden deze verbeteracties betrekking:

- ☐ operationeel niveau (primaire proces)
 - Beter equiperen van de verpleging van de kliniek.
- ☐ tactisch niveau (middenkader)
 - In 2023 is gewerkt aan ROM, clienttevredenheid en EVS en in 2024 worden ze stapsgewijs geïmplementeerd.
- ☐ strategisch niveau (management)
 - In 2023 is een businesscase Crisisdienst en een businesscase Kind en Jeugd FACT aan de AZV gepresenteerd en goedgekeurd.

Welke van deze verbeteracties zijn gerealiseerd?

- De verpleging die van de Verblijfsafdeling naar de Opname afdeling kwamen hebben allemaal extra scholing en training gehad om in staat te zijn met de wat acutere en complexere

zorgvraag te kunnen omgaan.

- Verpleegkundigen van de kliniek hebben een training gehad “Richtlijn in en om de separeer”.
- ROM, clienttevredenheid en EVS worden in de 2^{de}/3^{de} kwartaal geïmplementeerd.
- Financiële middelen zijn beschikbaar gesteld voor Crisisdienst en Kind en Jeugd FACT. Beide echter nog niet gerealiseerd door de moeite om geschikte personeel te werven. Crisisdienst wordt in de 4^{de} kwartaal geïmplementeerd.

7.2 Wat zijn de belangrijkste redenen waarom sommige acties niet het gewenste resultaat hebben bereikt? Wat zijn de conclusies?

Door personeelstekort en moeite geschikte personeel te werven.

7.3 Op welke wijze zijn de verbeteringen in de organisatie van de instelling/praktijk geborgd?

Financiële middelen zijn voor erbij gekomen als onderdeel van de lumpsum en niet als een project. Eenmaal geschikte personeel is geworven zullen de nieuwe zorg onderdelen zoals hiervoor genoemd operationeel worden.

7.4 Welke verbeteringsacties zijn niet geborgd? Waarom niet?

Een verbeteracties waar we aan werken maar niet geborgd is, is de forensische psychiatrie. Dit moet nog verder worden uitgewerkt

8. Cliënt en Kwaliteit

8.1 Waaruit blijkt dat u de cliënt/patiënt systematisch betreft bij de kwaliteit van zorg?

8.2 Wat is de inbreng van uw cliënten of een cliëntenraad of patiënten adviesraad ten aanzien van de

- Vaststelling van de lange en korte termijn doelstellingen van het kwaliteitsbeleid?
- Toetsen van doelstellingen?
- Vaststellen en evalueren van verbeteracties?

Respaldo heeft een cliëntenraad, maar in 2023 waren ze minder actief mede doordat een van de leden die een trekker was, ziek was en de anderen niet zo goed in staat bleken de cliëntenraad op pijl te houden. Op moment worden nog steeds nieuwe leden gezocht om de cliëntenraad te versterken.

9. Klachten en Kwaliteit

9.1 Wat is het aantal bemiddelde klachten (door eventueel een klachtenfunctionaris)?

Respaldo heeft een externe klachtenfunctionaris. Deze ontving in 2023 vijf klachten.

9.2 Wat is het aantal formeel behandelde klachten (door eventueel een klachtencommissie)?

Van deze 5 klachten zijn er 4 afgehandeld omdat een klager de ingediende klacht heeft ingetrokken.

9.3 Omschrijf de verdeling in aard/categorie van de bemiddelde en formeel behandelde klachten.

Klachten die bij Respaldo binnenkomen worden onderverdeeld over de volgende categorieën:

Dienstverlening, communicatie, bejegening, zorg (medisch), organisatie, andere/overige.

In 2023 was de onderverdeling van de klachten als volgt:

- Communicatie 1x (waarvan ingetrokken

- Bejegening 2x
- Zorg (medisch) 2x

9.4 Welke verbeteringen zijn in de zorg tot stand gebracht naar aanleiding van deze klachten?

1. Bepaalde informatie van de klager was deels of onvolledig op papier. Dit zorgde voor problemen omdat de klager steeds haar verhaal opnieuw moest doen aan alle zorgverleners waar zij contact mee zou hebben gehad. Met de komst van het nieuwe EPD hoopt men dat het invoeren van gegevens beter zal verlopen.
2. De beklagde gaf aan door te zullen gaan met het op schrift zetten van incidenten in het afdelingslogboek.
3. FACT-psychiater en FACT-verpleegkundige hebben aangegeven mogelijk toch extra aandacht te moeten hebben voor bepaalde casussen ter voorkoming van escalatie. Ook het meenemen van het gehele gezin in de behandeling blijkt toch cruciaal. Een crisisdienst zou een oplossing kunnen zijn geweest ter voorkoming van wat de klager heeft ervaren met haar zoon.

10. De Externe Oriëntatie

10.1 Benoem de concrete resultaten uit overleg over kwaliteit van zorg met externe partijen (in de vorm van concrete afspraken) in het verslagjaar voor het kwaliteitsbeleid van de instelling/praktijk:

- Zorgverzekeraar(s)

De UO AZV heeft onze businesscases voor de crisisdienst en uitbreiding Kind- en Jeugd FACT goedgekeurd en extra budget hiervoor aan Respaldo gegeven.

- Patiënten/consumentenorganisaties (indien van toepassing) n.v.t.
- Multidisciplinaire overleggen/commissies

Respaldo maakt deel uit van de Stuurgroep GGZ om betrokken te zijn bij de uitvoering van het GGZ beleid in Aruba

- Beroepsverenigingen
- Inspectie Volksgezondheid Aruba
- Afdeling Kwaliteitsinstituut, DVG
- Andere partijen: zoals koepeloverleg CASBES

11. Wat zijn stimulerende en wat zijn belemmerende factoren bij het verbeteren van de kwaliteit van (uw) zorg?

Stimulerende factor ter verbetering van de kwaliteit van zorg is dat op het moment voldoende financiële middelen beschikbaar zijn.

Het grootste belemmerende factor is het personeelstekort en met name de moeite om GZ psychologen te werven. Echter ook het vinden van ervaren verpleegkundigen of HBO verpleegkundigen verloopt moeilijk. Een andere belemmerende factor is dat doordat er op het moment zoveel “projecten” (crisisdienst, kind- en jeugd FACT, EVS, ROM, clienttevredenheidsonderzoek, EPD opfrissen, voorbereidingen voor Forensische FACT) er een tijdgebrek ontstaat, waardoor sommige trajecten langer duren alvorens ze goed kunnen worden opgepakt.