

INVULFORMULIER KWALITEITSJAARVERSLAG

Dit formulier dient verslaglegging te bevatten over (kalender)jaar 2024.

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: 99

Soort instelling/praktijk: Instelling voor Specialistische Geestelijke Gezondheidszorg

1. Algemeen

1.1: Beschrijf de langetermijn doelstellingen van de instelling met betrekking tot kwaliteit van zorg (drie tot vijf jaar). Maak daarbij onderscheid tussen doelstellingen met betrekking tot:

- Het kwaliteitsbeleid

2024 heeft zich gekenmerkt als een jaar met veel uitdagingen in het vinden van geschikt (zorg)personeel. Sommige doelstellingen konden hierdoor niet behaald worden. Veel van de doelstellingen zoals in het kwaliteitsjaarverslag van 2023 uitgewerkt zijn nog steeds van kracht. Doelstellingen die Respaldo in de komende 3 à 5 jaar van plan is te behalen zijn de volgende:

- Op de middellange tot lange termijn zullen de FACT-teams ge-audit worden, met de bedoeling de CCAF-keurmerk te behalen. Er wordt overwogen om in 2025/2026 reeds een nulmeting te laten doen door gekwalificeerde auditors. 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. In het kader hiervan zijn we in gesprek met professor Koenraadt verbonden aan de Universiteit van Utrecht, Curaçao en Aruba. Het doel van deze gesprekken is om mogelijkheden te onderzoeken voor scholing ten aanzien van de forensische evaluaties.
- Binnen 3-5 jaar hoopt Respaldo ook een nieuw gebouw te hebben waarin alle onderdelen van de SGGZ onder een dak zullen functioneren. Voor de kliniek ligt in de planning om geen separeers, maar extra beveiligde kamers (EBK) te bouwen. De EBK is vergeleken met de separeer, veel cliëntvriendelijker (moderner) en biedt de optie om de cliënt meer regie te geven over datgene wat hij op dat moment nog aankan. Ook zal een nieuw gebouw de mogelijkheid bieden voor een deeltijdbehandeling waarin intensievere behandeling (nu hebben we dagbesteding) kan worden geboden zonder dat iemand opgenomen dient te worden. Deze dingen zullen zeker de kwaliteit van (klinische) zorg een duw in de goede richting geven.

- Het kwaliteitssysteem

Op de lange termijn zal de HKZ volledig geïmplementeerd zijn.

In dit kader hebben we een beleid en kwaliteitsmedewerker aangetrokken, maar vanwege personeelstekort is ze in 2024 en deels in 2025 ingezet als waarnemend zorgmanager/waarnemend teamleider. In de loop van 2025 zal zij een begin maken met het

actualiseren van bestaande protocollen en richtlijnen en het opstellen van nieuwe protocollen en richtlijnen, alles in lijn met de HKZ-normen.

- De verbetering van de kwaliteit
 - Op de lange termijn zal Respaldo toewerken naar de HKZ-accreditatie. Eenmaal teamleiders worden aangesteld en de Kwaliteit en beleidsmedewerker haar handen vrij heeft, zal zij zich gaan verdiepen in de HKZ-eisen (er ligt in de planning om in 2025 een cursus hierover te volgen) en zal de bestaande protocollen beoordelen en aanpassen conform deze eisen. Daarna kan zal gewerkt worden aan ontbrekende, maar wel noodzakelijke protocollen en richtlijnen.
 - In 2024 en begin 2025 hebben de meeste medewerkers een SRH (Steunend Relationeel Handelen) cursus gehad. Dit is een methodiek die herstelgericht werken concreet maakt in de praktijk van de geestelijke gezondheidszorg. Herstelgericht werken biedt cliënten hoop, invloed en perspectief. Het helpt mensen niet alleen om te leren omgaan met hun aandoening, maar ook om weer regie, verbinding en betekenis in hun leven te vinden.
 - De komende jaren komt ook meer focus op de agressie trainingen. In de planning ligt er in 2025/2026 te starten om bij de inwerking van nieuwe werknemers en bij al langer werkend personeel 1 à 2 keer per jaar een training te geven in hoe te handelen rondom en in de separeer, de-escalerend werken, en fysiek ingrijpen (technieken voor veilig en proportioneel fixeren of begeleiden, zelfbescherming en bevrijdingstechnieken).
 - De kwaliteit zal verder verbeteren door terugkerende bijscholingen waaronder BHV, BLS, klinische lessen en intervisies.

1.2: Beschrijf de specifieke doelstellingen van de instelling met betrekking tot kwaliteit van zorg in het verslagjaar 2024. Maak daarbij onderscheid tussen doelstellingen met betrekking tot:

- Het kwaliteitsbeleid
 - In 2024 zijn alle FACT-verpleegkundigen die de crisisdienst zouden gaan draaien opgeleid tot triagisten. Op 17 oktober 2024 is de crisisdienst van start gegaan. Er zijn al meerdere evaluaties geweest en verbeterpunten worden meegenomen in de samenwerking met ketenpartners (met name KPA en Ambulance (ImSan)).
 - Intern wordt de kwaliteit onder andere bewaakt door MDO's (Multi Disciplinair overleggen). Bedoeling is dat bij ieder MDO de behandeling en behandelplan van de cliënt geëvalueerd worden. Indien nodig wordt de behandeling bijgestuurd en het behandelplan aangepast.
 - De cliënten opgenomen op de Acute Opname afdeling worden allemaal wekelijks in het MDO besproken. De cliënten opgenomen op de Resocialisatie afdeling worden minstens eens in de twee weken besproken in een MDO.
 - Bij het FACT, waar het gaat om cliënten 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. Het doel is dat alle poliklinische cliënten minsten 2 x per jaar in een MDO worden besproken. Nieuwe cliënten moeten binnen een maand na hun intakegesprek in een MDO worden besproken en aan de hand van het behandelplan zal gedurende het MDO het termijn en de afspraak voor de volgende MDO worden vastgesteld. Ondanks dat er 2 x per week een MDO is, moet de structuur van het bespreken van de cliënten nog verder worden geoptimaliseerd.

- De psychiaters werkzaam bij Respaldo zijn allemaal BIG/Arubig geregistreerd en houden zich aan de 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 2024 wekelijks waarbij verschillende onderdelen die te maken hebben met de kwaliteit van de zorg regelmatig op de agenda stond.
- Sinds 2023 heeft Respaldo een vakgroep Psychologie. Een concept vakgroep reglement is in de maak en moet nog verder worden verfijnd.
- De VMAR (Verpleegkundige en Maatschappelijke werkers en Agogen adviesraad) is reeds opgericht en een concept-reglement van de VMAR is gemaakt.
- Per oktober 2024 zitten de voorzitters van de vakgroepen psychiatrie, psychologie en van de VMAR om de 3 maanden bij de Management Team overleg. Ze hebben een adviserende rol naar de RvB en kunnen indien ze dit wensen een extra vergadering aanvragen met de RvB of MT. Deze manier van werken waarbij alle beroepsgroepen vertegenwoordigd zijn en een stem kunnen hebben richting de RvB en MT zal ook meehelpen de kwaliteit van de zorg te bewaken.
- De frequentie van de intervisies lijkt in 2024 minder te zijn geweest dan in 2023. Mogelijk komt dit (deels) door het personeelstekort en de verhoogde werkdruk die dit met zich meebrengt. Op moment zijn we bezig structurele intervisies in alle teams te stimuleren.
- Veilig Incident Melden (VIM) is binnen Respaldo een belangrijk instrument om de veiligheid van cliënten en medewerkers te bewaken en te verbeteren. Ondanks dat medewerkers het systeem weten te vinden en meldingen doen, is er nog ruimte voor groei in het aantal meldingen. Melden wordt gestimuleerd en regelmatig wordt aan medewerkers uitgelegd dat het niet gaat om hun fouten onder de loep te nemen, maar om de zorg te verbeteren.
- De interne kwaliteitsbeoordeling geschiedt voor wat betreft de zorgverlening vanuit de Commissie van Kwaliteit van Zorg van de Raad van Toezicht. 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.
- In 2024 is het elektronisch voorschrijfsysteem operationeel (EVS) geworden. Enkele technische problemen in de implementatie moeten nog worden opgelost. In de komende weken tot maanden zal er een grote update van het systeem komen, waarbij de verwachting is dat hiermee ook deze technische problemen zullen verdwijnen.
- Binnen Respaldo is geïnvesteerd in het systematisch meten van behandeluitkomsten via Routine Outcome Monitoring (ROM). Het programma is inmiddels in 2024 geïmplementeerd. Het gebruik is echter nog niet optimaal en heeft de nodige aandacht om dit te optimaliseren. Het streven is om in de komende maanden aan protocollen te werken voor zowel het secretariaat als voor de behandelaren ten aanzien van het inzetten van de ROM.
- Ten aanzien van het implementeren van de Missie en Visie van Respaldo (uitgebreid beschreven in het document Aspiratie 2030), zullen er in 2025 vier bijeenkomsten worden gehouden om samen te brainstormen en een Integraal Strategisch Meerjarenplan te ontwerpen, zodat de organisatie duidelijke doelen en tactieken heeft, met prioritering en planning voor de periode van 2025-2030, voor een evenwichtige, realistische en verantwoorde implementatie van onze Aspiratie.

- Het kwaliteitssysteem

Zoals in het kwaliteitsjaarverslag van 2023 benoemd, werd het HKZ begin 2023 als meest geschikte certificering ervaren. Per 1 juli 2024 is een kwaliteit en beleidsmedewerker in dienst getreden, door omstandigheden en het wegvallen van personeel heeft zij echter die functie nauwelijks bekleed. De verwachting is dat de kwaliteit en beleidsmedewerker over 3-4 maanden de ruimte krijgt om de implementatie van het kwaliteitssysteem te leiden. We zullen stap voor stap onderdelen van dit kwaliteitssysteem gaan invoeren. 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. De verwachting is dat dit pas op lange termijn gaat plaatsvinden.

- De verbetering van de kwaliteit

- Het invoeren van het MDO (en daarbij dus structurele evaluatie van het behandelplan) voor alle poliklinische cliënten 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 thuishoren. In 2024 is er een start gemaakt, maar door een tekort aan personeel is niet voldoende aandacht hiervoor geweest. Op moment worden nieuwe afspraken gemaakt betreffende het inplannen van cliënten voor het MDO.
- Gewerkt wordt om het structureler inzetten van de ROM bij elke nieuwe intake, daarna elke half jaar en bij terugverwijzen naar de huisarts. Als de ROM op de polikliniek goed is geïmplementeerd zal gekeken worden naar mogelijkheden om het ook bij de andere teams in te zetten.
- De komende jaren is voor alle medewerkers financiële middelen gebudgetteerd voor bijscholing.
- SRH (Steunend Relationeel Handelen) training is Respaldo breed gegeven. Bijna al het personeel is getraind in herstelgericht werken. Bij de herstelgericht 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. Aan het implementeren hiervan in de begeleiding en de behandeling wordt gewerkt.

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, EVS, ROM etc. Ook werken we zoveel als kan volgens de Nederlandse dan wel de Internationale richtlijnen.

In 2024 hebben we twee calamiteitenonderzoeken uitgevoerd en 1 feitenonderzoek. Daaruit zijn ook verbeterpunten naar voren gekomen waar we in 2025 aan werken.

Vanwege een suboptimale overgang van papieren dossiers naar het EPD en onvolledige gegevensverwerking, is in 2024 een hernieuwde implementatie uitgevoerd. Hierdoor zijn de huidige cijfers betrouwbaarder. In 2025 richten we ons meer op kwaliteitsindicatoren uit het EPD, zoals diagnoses en behandelplannen.

2.2: Heeft er een visitatie (peer review) in uw praktijk of instelling plaatsgevonden?

- ☒ Ja
☐ Nee

2.3: De vijf meest voorkomende domeinen binnen kwaliteitssystemen in de gezondheidszorg worden hieronder vermeld. Een volledig overzicht van deze domeinen, inclusief de bijbehorende kwaliteitsnormen, vindt u in het 'toelichtingsformulier kwaliteitsjaarverslag'. Geef aan op welke kwaliteitsnormen uw organisatie in het verslagjaar de nadruk heeft gelegd en op welke manier deze zijn vormgegeven.

1. Patiëntgerichte zorg en ervaring:

- Hier uw antwoord:
- Het feit dat de meeste medewerkers de SRH-training hebben gehad en getraind zijn in herstelgericht werken, maakt het nu makkelijker om deze manier van werken te implementeren. Er zijn ook 5 interne trainers opgeleid. Zowel binnen een werkgroep als tijdens de beleidsdagen wordt onderzocht hoe dit op praktische wijze vormgegeven kan worden.
- De cliënttevredenheidsmeting is in 2024 niet gerealiseerd. De verwachting is dat we een structureel terugkerende meting 1 à 2 x per jaar kunnen gaan introduceren. In de planning ligt om op de kliniek deze meting bij iedere cliënt af te nemen op het moment van ontslag, terwijl op de overige afdelingen tweemaal per jaar een momentopname zal plaatsvinden. De ingevulde vragenlijsten van de kliniek worden tweemaal per jaar meegenomen in de gezamenlijke evaluatie met de overige afdelingen.

2. Klinische kwaliteit en veiligheid:

- Hier uw antwoord:
- Door het personeel te stimuleren VIM meldingen te doen, hopen we fouten en bijna fouten tijdig te kunnen analyseren en vervolgens verbetermaatregelen te treffen. Dit met als doel de kwaliteit van de zorg en de veiligheid voor zowel de cliënten als het personeel te verbeteren.
- Het agressieprotocol is in de afrondende fase, en zal in 2025 Respaldo breed worden geïmplementeerd. Dit zal de veiligheid van het personeel bevorderen.
- Met het structureel afnemen van de ROM en het analyseren van de resultaten, verwachten we ook hier verbeterpunten te identificeren.

3. Middelenbeheer en infrastructuur:

- Hier uw antwoord:
- We hebben geïnvesteerd in een veilig en gebruiksvriendelijke EPD en EVS en hebben in 2024 ook een hernieuwde implementatie van het EPD gedaan om ervoor te zorgen dat de ingebrachte informatie correct is, zodat de informatie die uit het systeem worden gehaald ook betrouwbaar is.
- In 2024 hebben alle personeelsleden een BHV en een BLS-training gehad. Het BHV plan van de kliniek stamt nog uit de tijd van de PAAZ en moet nog worden gereviseerd.
- Door een tekort aan ruimte zijn we genooddaakt om de beschikbare kantoren zo optimaal mogelijk in te zetten. Waar mogelijk zit het personeel met meerderen op een kamer en zijn er flexruimtes voor indien een cliënt gesproken moet worden.

4. Regelgeving en juridische aspecten:

- Hier uw antwoord:
- Aruba kent voornamelijk voor de gedwongen opnames de Krankzinnigenverordening (KZ). Dit is een zeer verouderde wetgeving die de cliënt weinig bescherming biedt. Respaldo is een van de ketenpartners die zoveel als mogelijk het belang van nieuwe wetgeving accentueert. Ook wordt bij het veranderen van de regering en dan ook de contactpersoon voor de KZ gevraagd aan de adviseur van de minister om de geneeskundige verklaringen (aanvraag KZ) kritisch te lezen en bij twijfel vragen te stellen. Dit omdat zij de enige controle zijn in de keten van de gedwongen opnames middels artikel 15 en 14.

5. Communicatie en informatiedeling:

- Hier uw antwoord:
- In 2024 zijn de medewerkers opnieuw getraind in het werken met de EPD
- Samenwerkingsafspraken met KPA en de Ambulance in de vorm van een convenant ligt in de planning voor 2025/2026.
- Intern is recent een Gedragscode cliëntgegevens en gebruik van het EPD opgesteld en goedgekeurd door het MT. Binnenkort zullen er informatie sessies worden gehouden om het met iedere werknemer te bespreken.

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

- Een stimulerende factor ter verbetering van de kwaliteit van zorg is dat op dit moment het organogram bijna "gevuld" is. Dus dat in de managementstructuur nu bijna alle posities gevuld zijn, zodat er meer mensen en meer ruimte komt om proactief en structureel te werken aan verbetering van de zorg.
- Een andere stimulerende factor is dat ondanks de enorme werkdruk het personeel over het algemeen zich inzet om cliënten goede zorg te bieden.
- De grootste belemmerende factor is het personeelstekort. In 2024 had Respaldo een vacature voor een tweede Kind- en Jeugd Psychiater alsook GZ-psychologen. Er is 1 GZ-psycholoog en 1 Klinisch Psycholoog aangetrokken in het derde kwartaal van 2024.
- Daarnaast loopt het salaris van het (zorg)personeel op Aruba steeds meer uit vergeleken met zorgpersoneel in Nederland of in de naburige eilanden die onder het Koninkrijk vallen. Dit is belemmerend voor het vinden van geschikt personeel. Wij hopen in de nabije toekomst meer marktconforme salarissen te kunnen bieden.
- Een andere belemmerende factor voor het werven/behouden van zorgpersoneel, in het bijzonder psychiaters, is het feit dat er thans een tendens is dat soms ervoor wordt gekozen om online te werken met een Nederlandse instelling vanuit Caribisch Nederland. Andere ketenpartners hebben ook last van deze recente ontwikkeling.

2.5: Heeft uw instelling een erkend kwaliteitssysteem geïmplementeerd, of zijn er plannen om dit in de nabije toekomst te doen?

- ☒ Ja
- ☐ Nee (Ga door met vraag 3)

2.6: Welk erkend kwaliteitssysteem hanteert uw praktijk of instelling, of bent u van plan in de toekomst te implementeren?

- ☐ ISO
- ☐ JCI
- ☒ HKZ
- ☐ EFQM - INK
- ☐ Qmentum
- ☐ Anders:

2.7: In welke fase bevindt het kwaliteitssysteem zich binnen uw praktijk of instelling? (Zie het toelichtingsformulier voor de definities van deze fasen)

- ☒ Voorbereidingsfase
- ☐ Implementatiefase
- ☐ Borgingsfase

3. Risicomanagement

3.1: Wat zijn uw grootste risico's?

In 2024 waren er in totaal 68 VIM (Veilig Incidenten Melden) meldingen. Het grootste risico was de medicatie (27,94%). Gevolgd door Agressie en Grensoverschrijdend gedrag (22,06%), en overige (19,12%). Verder werden incidenten gemeld met betrekking tot vallen (14,71%), vermissing/ontvluchting (10,29%), suïcidepoging (4,41%) en somatisch (1,47%). Voor de incidenten werden verschillende oorzaken aangegeven waaronder het meest (34,96%) menselijk handelen (protocol/instructie niet nageleefd, communicatiestoornis, vergeten, vergissen, afgeleid, cultuur, protocol/instructie onbekend), vervolgens 20,33% cliënt gerelateerd (Psychische toestand van de cliënt, gedrag van de cliënt, fysieke toestand van de cliënt), 8,13% materiaal/apparatuur (defect, niet beschikbaar, onjuist gebruikt, ontwerp onhandig/onduidelijk, tekortkoming in de software), 10,57% organisatie (protocol/afpraak niet aanwezig of onduidelijk, hoge werkdruk, onvoldoende ingewerkt/begeleid) en 20,33% is anders.

Van de incidenten meldingen betrof het in 36,76% de Acute Opname afdeling, 30,88% de Resocialisatie afdeling, 20,59% het FACT, 5,88% Polikliniek volwassenen, 4,41% Dagbesteding, 1,47% de afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie.

Van de 68 meldingen vielen er 13 in de categorie zeer laag risico, 32 in de categorie laag risico, 22 in de categorie midden risico en 1 in de categorie hoog risico.

Aan de hand van de hierboven beschreven cijfers uit de VIM meldingen komt naar voren dat de 2 grootste categorieën (bijna) incidenten zijn: 1. de medicatie(bijna) fouten en 2. grensoverschrijdend gedrag. Daarnaast wordt het menselijk handelen en cliënt gerelateerde factoren als de grootste oorzaken aangemerkt.

In 2024 zijn er 2 meldingen (incident/calamiteit) vanuit Respaldo. Er was ook een melding van een ketenpartner, waar Respaldo een feitenverslag heeft opgesteld.

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

Uit de VIM meldingen en meldingen bij de inspectie.

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.

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

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?

- Hier uw antwoord:
 - HAVA
 - Stichting Hunto
 - Vrijgevestigde psychologen
 - Sociale zaken (DAS 2)
 - Stichting Eliezer
 - Cas Amada
 - HOH
 - ImSan
 - KPA
 - SABA
 - WGK
 - Shoco Wellness
 - KIA

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?

- Hier uw antwoord:
 - De stuurgroep GGZ heeft een document gemaakt waarin duidelijk het verwijsbeleid is opgesteld voor verwijzingen naar Basis-GGZ en Specialistisch GGZ. In 2024 zijn wij gestart met een revisie van dit document. Via dit document wordt getracht ervoor te zorgen dat cliënten terecht komen bij de juiste instellingen. De cliënten met minder complexe problematiek horen thuis bij de vrijgevestigde psychologen of Stichting Hunto en de cliënten met complexe psychiatrische problematiek horen thuis bij Respaldo. Als iedereen zich aan de gemaakte afspraken houdt, zal voorkomen kunnen worden dat cliënten te lang op de wachtlijst van de basiszorg blijven terwijl ze specialistisch hulp behoeven, maar het zal ook ervoor zorgen dat Respaldo de cliënten met niet- complexe problematiek (sneller) door verwijst naar Stichting Hunto of vrijgevestigde psychologen.

5. Middelenbeheer en Infrastructuur

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

Zowel in het opstellen van de missie en visie (Aspiratie 2030) als bij het tot stand komen van het Integraal Strategisch Meerjarenplan zijn van zoveel mogelijke beroepsgroepen binnen Respaldo afgevaardigden uitgenodigd om mee te denken.

Via de voorzitters van de vakgroepen psychiatrie en psychologie, maar ook via de voorzitter van de VMAR hebben alle medewerkers een stem in het Management Team overleg eens per 3 maanden, maar ze hebben ook een adviserende rol naar de RvB.

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

De prestatiebonus is verbonden aan bepaalde criteria zoals een minimum van 4 interviews bijwonen, 3 lessen volgen en 1 lesgeven 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. Elke vrijdag wordt het panic-button alarmsysteem van de kliniek gecontroleerd. Per 1 oktober 2024 heeft Respaldo een Hoofd Facilitaire Zaken die de controle van de apparatuur gaat coördineren, hetgeen voorheen door HOH werd gedaan.

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. Vanaf 2026 verwachten we ook de ROM als een indicator te kunnen gebruiken. Het opzetten van patiënttevredenheidsonderzoek volgens een bepaald structuur moet nog geschieden.

In het proces van voorbereiding van het implementeren van de HKZ zullen we meer kwaliteitsmetingen 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
- Welke consequenties u aan de toetsing verbindt voor de organisatie van de zorg en de dienstverlening.
- Voor eind 2025 een Integraal Strategisch Meerjarenplan voor de implementatie van de doelstellingen afgesproken in de Aspiratie 2030.

- In 2026 werken alle werknemers herstelgericht. Dit zou te zien moeten zijn in de cliënttevredenheid.
- Alle cliënten 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 cliënten 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.
 - Alleen psychiaters die BIG of Arubig geregistreerd zijn worden aangenomen.
- Vakgroep psychiatrie, vakgroep psychologie en de VMAR hebben op een reguliere basis een overleg met RvB waarin ze hun adviserende functie kunnen uitoefenen (vanaf oktober 2024).
- Alle zorgverleners doen minstens eens in de 2 maanden mee aan intervisies.
 - De 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 besproken. (In 2024 is dit helaas niet altijd het geval geweest.)
 - 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 2026 een goed draaiende ROM Respaldo-breed.
 - In de 3de kwartaal zal de implementatie van de ROM bij de poli een feit zijn. De toetsing is dat alle nieuwe cliënten de vragenlijsten voor de ROM gaan invullen en dat de vervolgmeting ook wordt ingepland. Dit is nog niet gelukt. Maar wordt nu wel strakker gemonitord.
- Op reguliere basis wordt de cliënttevredenheid gemeten.
 - De gedachten hiervan in 2024 klopte niet volledig met de realiteit. De cliënttevredenheid zal niet samen met de ROM geschieden. In de planning ligt nu om 2 x per jaar een momentopname te doen door iedereen die bij Respaldo onder behandeling zijn een vragenlijst te laten invullen. Bij de kliniek zal die vragenlijst bij ieder ontslag worden aangeboden.
- Op reguliere basis (eens in de 2 jaar) wordt de betrokkenheid van medewerkers gemeten.
 - De toetsing geschiedt steeds bij een volgend 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.

- Binnen maximaal 5 jaar een nieuw gebouw.
 - Toetsing zal het nieuw gebouw zijn.
- Voor 2027 opgeleide psychologen en psychiaters die Pro Justitia onderzoek kunnen doen en Pro Justitia rapportages (PJR) kunnen opstellen.
 - Toetsing: Psychiaters en psychologen van Respaldo doen alle PJR op Aruba.
- Voor 2027 voldoende opgeleide medewerkers in forensisch werken en behandelen.
 - Iedereen die met forensische cliënte werken zullen een speciale training moeten hebben gevolgd.
- Vóór 2030 reeds een nulmeting HKZ gedaan of de termijn kunnen bepalen wanneer dit mogelijk zal zijn.
 - Toetsing zal de nulmeting zijn.
- Voor eind 2026 een plan van terugkerende noodzakelijke bijscholingen.
- Voor de 3de trimester van 2026 structurele agressie trainingen (in bepaalde technieken moet het personeel nog opgeleid worden om anderen op te leiden).

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
-
- Voor eind 2025 een Integraal Strategisch Meerjarenplan voor de implementatie van de doelstellingen afgesproken in de Aspiratie 2030.
 - Door verdere professionalisering van de zorg zal de cliënt beter geholpen worden.
 - De medewerker zal meer bijscholing krijgen en zal ook de professionalisering van de zorg voelen.
 - Het management zal al datgene waar er zal lang over gesproken is in praktijk kunnen zien.
 - In 2026 werken alle werknemers herstelgericht. Dit zou te zien moeten zijn in cliënttevredenheid.
 - Cliënten zouden meer tevreden zijn met de behandeling.
 - Voor medewerkers zal er meer voldoening zijn om op deze manier te werken, waarin veel accent gezet wordt bij de krachten van de persoon.
 - Het management zal een organisatie zien die positiviteit uitstraalt.
 - Alle cliënten die bij Respaldo behandeling ontvangen worden minstens 2 x per jaar in een MDO besproken.
 - Voor de cliënt heeft het tot gevolg dat het behandelplan minstens 2 x per jaar wordt geëvalueerd (niet alleen in de MDO maar ook met de cliënt). Daardoor kan de cliënt 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 teamleider betekent dit, regelmatig de EPD consulteren om na te gaan of alle cliënten daadwerkelijk 2 x per jaar in een MDO worden besproken.
- Alle psychiaters zijn BIG of Arubig geregistreerd.
 - Gevolgen voor de cliënten 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 cliënten 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 cliënt 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 cliënten 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 overlegt.
 - 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 cliënt 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 cliënten zijn dat door regelmatig bespreken van (bijna) incidenten ook verbeterplannen worden besproken om incidenten te voorkomen en dit is zeker goed voor de cliënt.
 - Ook de medewerker en manager heeft baat bij uitblijven of verminderen van incidenten.
 - De manager zal erop moeten toezien dat de besprekingen regelmatig gebeuren en de dat VIM meldingen niet te lang blijven liggen, want dan verliezen ze hun nut en hun kracht.
- 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 cliënten, medewerkers en manager.

- Voor eind 2026 een goed draaiende ROM.
 - Met het ROM wordt de verbetering van de klachten bij de cliënt gemeten. Dit maakt dat behandelingen indien nodig eerder kunnen worden bijgestuurd.
 - De cliënt 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 cliënt.
 - Voor de managers wordt het ook inzichtelijk of de klachten van de cliënt verminderen en of de cliënt ook tevreden is met de geboden zorg.
- Cliënttevredenheid: De gedachten hiervan in 2024 klopte niet volledig met de realiteit. De cliënttevredenheid zal niet samen met de ROM geschieden. In de planning ligt nu om 2 x per jaar een momentopname te doen door iedereen die bij Respaldo onder behandeling zijn een vragenlijst te laten invullen. Bij de kliniek zal die vragenlijst bij ieder ontslag worden aangeboden.
 - Bij cliënt tevredenheidsonderzoek kan de cliënt via een enquête zijn mening geven over wat loopt en niet loopt in de behandeling. Dit kan een cliënt anoniem doen, wat ten goede kan komen aan de invulratio.
- Op reguliere basis wordt de betrokkenheid van medewerkers gemeten.
 - Hoe meer betrokken medewerkers zijn hoe betere zorg ze ook zullen leveren voor de cliënt.
 - 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 cliënt 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.
- Binnen 5 jaar een nieuw gebouw.
 - Cliënten die opgenomen worden zullen op een humaner manier kunnen worden behandeld. Bij een nieuw gebouw zou ook een deeltijdbehandeling komen, en dat is uitbreiding van intensieve zorg, wat ook goed is voor de cliënt.
 - Medewerkers zullen allemaal op een plek zijn wat ten goede komt aan het contact onderling, maar ook het uitwisselen van kennis en materiaal (denk daarbij aan psychologische testmateriaal). In de planning is dat er ook een personeelskantine zal komen wat ook het contact onderling bevordert.
 - Personeelsbijeenkomsten zullen makkelijker te plannen zijn.
- Voor 2027 opgeleide psychologen en psychiaters die Pro Justitia onderzoek kunnen doen en Pro Justitia rapportages (PJR) kunnen opstellen.
 - Cliënt zal merken dat hij beoordeeld kan worden in zijn eigen taal. Ook meer face to face dan online contacten.
 - Medewerkers zullen meer variëteit in hun werk hebben en bij een PJR zich kunnen verdiepen in de persoon van de verdachte en diens problematiek.
 - Managers zullen de rapportages moeten stroomlijnen.

- Voor 2027 voldoende opgeleide medewerkers in forensisch werken en behandelen.
 - Cliënten zullen meer zelfverzekerde medewerkers hebben die weten hoe in te grijpen als nodig.
 - Medewerkers zullen zich zekerder voelen.
 - Management moet zorgen voor voldoende scholing, voldoende personeel en voldoende financiële vergoeding voor de geleverde diensten.
- Voor 2030 reeds een nulmeting HKZ gedaan of de termijn kunnen bepalen wanneer dit mogelijk zal zijn.
 - HKZ voor de cliënt zou betekenen dat de kwaliteit sterk verbeterd is en erkend wordt door een kritische instantie die meekijkt met wat "in de keuken" gebeurt.
- Voor eind 2026 een plan van terugkerende noodzakelijke bijscholing.
 - Cliënten merken bekwame personeel.
 - Medewerkers zien het belang van bijscholing en voelen zich ook voldoende geequipt.
 - Management organiseert de bijscholing en stimuleert mensen hieraan mee te doen.
- Structurele agressie training
 - Met name bij deescalerend werken zullen cliënten minder snel in de separeercel komen of sneller eruit kunnen.
 - Personeel voelt zich zeker en weet hoe de situatie onder controle te krijgen.
 - Management faciliteert de trainingen en zorgt dat iedereen eraan kan meedoen.

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 cliënten

Via de cliëntenraad, ROM en cliënttevredenheid wordt de cliënt 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. In 2025 zal dit onderzoek worden herhaald.

- Ziekteverzuimgegevens

Ook deze komen met enige regelmaat aan bod in de MT-besprekingen. Alle leidinggevenden hebben in 2024 een training "sickleave management" gehad. Als een medewerker vaak ziek is, zal die bij terugkomst altijd een gesprek moeten krijgen over zijn AO-periode en wat Respaldo kan doen om dit in de toekomst te voorkomen.

- 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.

De GGZ-instellingen in het CASBES hebben zich in 2025 verenigd in een Federatie DCMH (Dutch Caribbean Mental Health). Vanuit de Federatie worden cijfers verzameld en zullen de geleverde cijfers per eiland en onderling worden geëvalueerd en gepresenteerd.

6.3: Zijn de uitkomsten van het kwaliteitsbeleid extern beoordeeld door cliënten, of door cliëntenverenigingen?

- ☐ Ja
☒ Nee

Zo ja, beschrijf de uitkomsten?

Hier uw antwoord:

7. Verbeteracties

7.1: Kunt u aangeven welke verbeteracties in het verslagjaar zijn voorgenomen met betrekking tot de kwaliteit van zorg?

Op welk niveau hadden deze verbeteracties betrekking:

- ☒ Operationeel niveau (primaire proces)
Het voornemen is om de verpleegkundige rapportages, met name van de kliniek meer te standaardiseren. Ook met duidelijk richtlijnen te komen wat de belangrijkste dingen zijn om in de overdrachten op te nemen.
In de planning ligt ook om de VIM meldingen sneller in behandeling te nemen en verbeteracties te ondernemen.
Ook het verminderen van de wachttijd heeft de aandacht.
- ☒ Tactisch niveau (middenkader)
MDO's draaien al, maar voor de polikliniek een vaste structuur dat cliënte automatisch op de MDO's worden ingepland.
- ☒ Strategisch niveau (management)
HR is nu actief bezig met werven en ook exitgesprekken te voeren als personeel weggaat. Uit de exitgesprekken kunnen verbeterpunten worden gehaald voor het personeelsbeleid.
Respaldo is ook bezig met milieubewuste bedrijfsvoering waarbij alertheid bij inkoop en verbruik van middelen.

Welke van deze verbeteracties zijn gerealiseerd?

Van de verpleegkundige rapportages zijn meerdere opties uitgezocht, en de keuze moet nog worden gemaakt voor een vorm om deze te implementeren.

HR heeft per februari 2025 voldoende mankracht en het lukt steeds beter om de exitgesprekken te plannen en ook om actief te werven.

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

Vaak is het tekort aan personeel debet aan dat sommige acties niet worden gehaald. Weinig mensen die veel moeten oppakken. Met het verder "vullen" van de Organogram is het de verwachting dat zaken sneller kunnen worden opgepakt en uitgevoerd.

De VIM meldingen evalueren heeft vertraging opgelopen deels door ziekte van de leden van de VIM commissie en door wisseling van zorgmanagers.

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

De managersfuncties zijn allemaal gevuld en alleen de teamleiders moeten nog worden aangenomen. Hierdoor kan iedereen de implementatie bewaken van datgene wat onder hun verantwoordelijkheid valt.

In de MT worden lopende dingen die afgesproken zijn (actiepunten) steeds besproken om te zorgen dat zaken niet blijven liggen. Ook de CKvZ is actief in opvolgen van zaken die afgesproken zijn en de vordering hiervan.

7.4: Welke verbeteringsacties zijn niet geborgd? Waarom niet?

Verminderen van de wachtlijst is een aandachtspunt maar is zeker zolang er een tekort aan personeel is, niet geborgd.

8. Patiëntgerichte zorg en ervaring

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

De cliëntenraad kampte ook in 2024 met ziekte van een van de leden en een tekort aan leden. Desondanks zijn ze uitgenodigd om mee te denken met beleid. Bij de presentatie van herstelgericht werken bijvoorbeeld is de cliëntenraad ook uitgenodigd zodat zij geïnformeerd zouden zijn over de richting die Respaldo wil gaan en vragen hierover konden stellen.

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

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

De cliëntenraad heeft een adviserende rol naar de RvB. Ze lijken wel in deze rol te moeten groeien.

9. Klachten en Kwaliteit

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

Over het jaar 2024 heeft Respaldo een externe klachtenfunctionaris gehad. Deze ontving in 2024 vier klachten.

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

Van deze 4 klachten zijn 2 naar tevredenheid van de klager afgehandeld in 2024. Eén is onduidelijk of de klager tevreden was, want na het verzenden van het door haar verzochte brief was contact niet meer gelukt. Ook na meerdere pogingen van zowel de klachtenfunctionaris, de secretariaat als de behandelaar. Eén is niet naar tevredenheid opgelost, omdat er geen oplossing kon worden bereikt. De klager is geadviseerd om de klacht verder voor te leggen aan het Medisch Tuchtcollege of de Inspectie Volksgezondheid, aangezien de klachtencommissie van de organisatie niet bevoegd is om inhoudelijke medische beslissingen te beoordelen.

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 2024 was de onderverdeling van de klachten als volgt:

- Communicatie; medische zorg 1x
- Communicatie; bejegening 1x
- Communicatie 1x
- Medische zorg 1x

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

1. Het emailadres dat wordt gebruikt om e-mails te versturen naar cliënten en professionals heeft nu een melding dat er niet op mag worden gereageerd. Dit ter voorkoming dat mensen gaan reageren op de mail en reactie hierop verwachten.
2. Bij wisseling van behandelaren iedereen moeten alle cliënten een overdrachtsbrief krijgen.

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 de businesscase voor de crisisdienst en uitbreiding Kind- en Jeugd FACT goedgekeurd en extra budget hiervoor aan Respaldo gegeven. De Crisisdienst is per 17 oktober 2024 een feit. Evaluaties zijn tot nu toe positief.

FACT Kind- en Jeugd is op de lange baan verschoven doordat er op het moment geen vaste Kind en Jeugdpsychiater bij Respaldo werkzaam is. De verwachting is dat per augustus 2026 wederom een vaste Kind- en Jeugdpsychiater in dienst bij Respaldo zal treden.

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

Respaldo maakt deel uit van de Stuurgroep GGZ en is betrokken bij het uitvoeren van het GGZ-beleid. Op moment wordt her verwijsbeleid gereviseerd.

- Beroepsverenigingen, vanuit de Visitatie van de vakgroep psychiatrie door de NVvP, zijn de volgende adviezen geweest die reeds zijn opgevolgd.

Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS) sinds 2024 heeft Respaldo een EVS aangeschaft. Alle medicatie wordt via dit systeem voorgeschreven.

Ruimtelijke voorzieningen, duidelijke scheiding tussen poli en Kliniek is gelukt middels een scherm waardoor de privacy van de cliënten wat dit betreft beschermd is.

- Inspectie Volksgezondheid Aruba n.v.t.
- Afdeling Kwaliteitsinstituut, DVG, voor de herregistratie zijn er nog geen duidelijke vereisten, hopelijk dat we daar in de loop van dit jaar meer duidelijkheid over krijgen.
- Andere partijen zoals Federatie DCMH. Mw. Hart van de RvB van Respaldo is voorzitter van de Federatie. De Federatie verzamelt de krachten om samen te werken aan een inventarisatie onderzoek bij jongeren en ook wat betreft opleidingen.