

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

T 02 553 34 34

F 02 553 34 35

contact@zorginspectie.be

////////////////////////////////////
AUDITVERSLAG: opvolging van auditrapport van maart 2014
////////////////////////////////////

INSPECTIEPUNT

Naam	Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Jan Baptist
Adres	Suikerkaai 81, 9060 Zelzate
Telefoon	09/342 28 28
E-mail	eddy.impens@fracarita.org
Website	www.pcsintjanbaptist.be
Erkenningsnummer	E978

INRICHTENDE MACHT

Naam	Provinciaal der Broeders van Liefde
Juridische vorm	vzw
Adres	Stropstraat 119, 9000 Gent
Telefoon	09/221 45 45
Voorzitter	Dhr. Raphaël De Rycke
E-mail	info@fracarita.org

UITBATINGSPLAATS

Naam	Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Jan Baptist
Adres	Suikerkaai 81, 9060 Zelzate

OPDRACHT

Nummer	0-2016-XEFR-0001
Datum	03/02/2016
Inspecteurs	Nele Van Cauteren (hoofdauditor) Veerle Meeus (auditor) Koenraad Fierens (auditor)

VERSLAG

Nummer	V-2016-NECA-0002
Datum	26/05/2016

INSPECTIEBEZOEK

Soort	Aangekondigd bezoek op 19/05/2016
Gesprekspartners	Zie 1.2

INHOUD

1	Inleiding	3
1.1	Toepassingsgebieden en definities.....	3
1.2	Auditproces.....	4
1.3	Samenstelling van het auditteam	5
1.4	Auditplan	5
2	Situering van de voorziening	6
2.1	Directiecomité	6
2.2	Erkenningsituatie en machtiging gedwongen opname.....	6
2.3	Organisatie van de zorg	6
3	Beleid en strategie.....	7
3.1	Beleid	7
3.2	therapeutisch beleid	9
3.3	Lerende omgeving	12
4	Medewerkers	21
4.1	Personeelsbeleid.....	21
4.2	Vorming, training en opleiding (VTO)	22
4.3	Bestaffing.....	22
5	Processen	25
5.1	Procedurebeheer	25
5.2	Medicatiedistributie	26
5.3	Vrijheidsbeperkende maatregelen	27
5.4	Suicidebeleid.....	32
5.5	Patientenrechten, ombudsfunctie en klachtenmanagement.....	34
6	Resultaten	36
6.1	Continuïteit van zorg	36

1 INLEIDING

In het auditverslag worden de bezochte afdelingen niet apart besproken. De bevindingen op de verschillende afdelingen worden doorheen het verslag gekoppeld aan de bespreking van de ziekenhuisbrede aspecten.

Het ontwerpverslag wordt per e-mail bezorgd aan het ziekenhuis. Vervolgens is een periode van 25 kalenderdagen voorzien om opmerkingen en bedenkingen bij de bevindingen in dit auditrapport d.m.v. een gemotiveerde reactienota te formuleren.

1.1 TOEPASSINGSGBIEDEN EN DEFINITIES

Deze opvolgingsaudit heeft als doel de acties en de resultaten te evalueren die het ziekenhuis doorvoerde als remediëring voor de belangrijkste risico's die vastgesteld werden tijdens de audit van Zorginspectie van maart 2014.

Dit verslag is opgebouwd volgens de opvolgingspunten van de audit uitgevoerd in maart 2014. Onder elke vaststelling uit voorgaande audit (in gewone druk), worden de vaststellingen van deze opvolgaudit weergegeven (in vette druk).

Tijdens de audit wordt gefocust op de kwaliteit en veiligheid van zorg. Hierbij baseren de auditoren zich enerzijds op een aantal juridische basisteksten (erkenningnormen, kwaliteitsdecreet), maar anderzijds ook op evidence based richtlijnen of andere (inter)nationale richtlijnen m.b.t. het betreffende zorgdomein.

In het auditverslag worden alle vaststellingen van de auditoren geclassificeerd. Daarbij wordt gebruik gemaakt van volgende classificaties:

Algemene vaststellingen (AV)

Deze elementen scoren niet negatief en niet positief. Het is neutrale informatie, bv. om de context te schetsen.

Non-conformiteiten (NC) en tekortkomingen (TK)

Non-conformiteiten en tekortkomingen zijn knelpunten in de kwaliteit van zorg of risico's op het vlak van patiëntveiligheid, die door het ziekenhuis moeten aangepakt worden en waarop vooruitgang moet geboekt worden.

Non-conformiteiten hebben steeds een juridische basis. Het zijn elementen die niet aan normen voldoen zoals geformuleerd in o.a. wetten, decreten, uitvoeringsbesluiten en ministeriële omzendbrieven.

Tekortkomingen zijn niet gebaseerd op een juridisch vastgelegde norm, maar bv. op (evidence based) richtlijnen, standaarden en internationaal aanvaarde kwaliteitsnormen. Redenen om een element als een tekortkoming te classificeren kunnen bv. ook zijn:

- opvallend zwakker scoren dan andere PZ zonder voldoende objectieveerbare verklaring;
- weliswaar enigszins maar in onvoldoende mate voldoen aan een norm met een juridische basis; strikt gezien is er in dergelijk geval geen sprake van een non-conformiteit, anderzijds haalt het ziekenhuis niet de nodige kwaliteit m.b.t. de betreffende norm (men voldoet bv. vormelijk aan een juridische norm, maar de inhoud voldoet niet).

Sterke Punten (SP)

Dit zijn punten die worden beoordeeld als opvallend beter dan andere PZ of dan de rest van het ziekenhuis. Het minimaal voldoen aan de normen of verwachtingen wordt niet als een sterk punt aanzien.

Aanbevelingen (Aanb)

Een aanbeveling is een vrijblijvend advies ter verbetering van de kwaliteit van de zorg.

Een aanbeveling wordt enkel geformuleerd als ze ook een kwaliteitsverbetering kan betekenen voor het betreffende ziekenhuis.

De auditoren baseren zich hierbij op het referentiekader voor psychiatrische ziekenhuizen, dat bekend gemaakt werd aan het ziekenhuis en te vinden is op <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Procedures/Ziekenhuizen/Inspectie-en-audit-van-psychiatrische-ziekenhuizen>. Dit referentiekader geeft ook een indicatie voor de manier waarop de vaststellingen kunnen ingedeeld worden in non-conformiteiten en tekortkomingen.

Dit betekent niet dat alle mogelijke non-conformiteiten en tekortkomingen uit het referentiekader systematisch in elk auditverslag worden vermeld. In het verslag worden de verbeterpunten opgenomen die, rekening houdend met de plaatselijke context, een risico inhouden op het vlak van patiëntveiligheid of belangrijk zijn om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Het referentiekader is anderzijds ook niet exhaustief. Zo kan het dat in het auditverslag elementen als een non-conformiteit of tekortkoming worden geformuleerd, ondanks het feit dat ze niet als dusdanig in het referentiekader staan opgenomen. Dit kan bv. gebeuren:

- in afwachting van de aanpassing van het referentiekader (dat altijd enige vertraging kent ten opzichte van de evolutie van de sector en/of van de wetenschap);
- als het een element betreft dat dermate zelden voorkomt dat het niet is opgenomen in het referentiekader;
- als het een element betreft dat buiten de focus van het referentiekader valt maar dat toch voldoende belangrijk is (bv. het onvoldoende respecteren van de menselijke waardigheid).

1.2 AUDITPROCES

Ter voorbereiding van de audit werden door het ziekenhuis documenten, in functie van de te remediëren onderwerpen, aangeleverd. Enkele voorbeelden hiervan zijn visieteksten, vergaderverslagen van beleid- en overlegorganen, procedures, interne reglementen.

Aan de hand van deze informatie vond een risicoanalyse plaats door het auditteam van Zorginspectie.

Tijdens de auditgesprekken werd dieper ingegaan op de informatie die tijdens de voorbereidende fase verkregen werd.

Er werden 14 uren interview en rondgang georganiseerd. Tijdens de interviews waren er gesprekken met 3 directieleden, 3 stafleden, 3 artsen, 8 verpleegkundigen waarvan 3 hoofdverpleegkundigen en 1 adjunct hoofdverpleegkundige, 1 psycholoog, de kwaliteitscoördinator en 2 werkgroep-medewerkers.

Volgende afdelingen werden tijdens de audit bezocht:

- Afdeling Hemera, gerontopsychiatrie
- Afdeling Vespera, gerontopsychiatrie
- Afdeling Vita, verslavingszorg

De vaststellingen in het auditverslag zijn gebaseerd op informatie uit de geraadpleegde documenten, op informatie verkregen tijdens de interviews, op observaties tijdens de rondgang van diensten en op steekproeven (van bv. patiëntendossiers, medicatievoorschriften, registratiegegevens).

1.3 SAMENSTELLING VAN HET AUDITTEAM

Nele Van Cauteren	Hoofdauditor
Veerle Meeus	Auditor
Koenraad Fierens	Auditor

1.4 AUDITPLAN

Donderdag 19/02			
	Koenraad Fierens	Veerle Meeus	Nele Van Cauteren
9 – 9:15u	Inleidend gesprek opvolgingsaudit		
10 – 12u	Afdelingsbezoek	Afdelingsbezoek	Afdelingsbezoek
12 – 13u	Middagmaal + overleg auditoren (auditoren alleen)		
13 – 14:30u	Algemeen, medisch en therapeutisch beleid	Personeelsbeleid (VTO, bestaffing, permanentie)	Kwaliteitsbeleid Vrijheidsbeperkende maatregelen Suicidebeleid
14:30-15:00	Afsluitend gesprek met directie en staf		

2 SITUERING VAN DE VOORZIENING

2.1 DIRECTIECOMITÉ

Algemeen directeur	Eddy Impens
Verpleegkundig directeur	Steve Sercu
Administratief directeur	Luc Quarter
Facilitair directeur	Alex Vuylsteke
Hoofddarts	Dr. Jan De Varé

2.2 ERKENNINGSSITUATIE EN MACHTIGING GEDWONGEN OPNAME

Het ziekenhuis heeft een machtiging voor gedwongen opname, met Dr. Theo De Decker als gemachtigd arts voor toezicht. Het ziekenhuis heeft een aanvraag tot stopzetting ingediend. Dit dossier is nog in behandeling.

Momenteel heeft het ziekenhuis een erkenning voor 219 bedden onder volgende kenletters:

A + a	T + t	Sp-psychogeriatric
50 +10	102 + 27	30

Daarnaast is er een erkenning voor een ziekenhuisapotheek.

In 2013 werden 12 T en t-bedden afgebouwd voor uitbreiding van PVT-bedden. Omwille van reallocatie binnen artikel 107 zijn 8 T-bedden niet in gebruik.

2.3 ORGANISATIE VAN DE ZORG

- Het ziekenhuis kiest voor een duidelijke positionering als gespecialiseerd ziekenhuis voor welbepaalde doelgroepen: forensische psychiatrie, verslavingszorg, ouderenpsychiatrie en PVT.
- De doelgroepen van het ziekenhuis zijn verdeeld over volgende afdelingen:
 1. Forensische psychiatrie:
 - Encarga 1: beveiligde en gesloten afdeling bestaande uit 3 zorgmodules (observatie & diagnostiek; behandeling en begeleiding; crisiszorg)
 - Encarga 2: beveiligde en gesloten afdeling (behandeling en begeleiding; crisiszorg)
 - Encarga 3: open afdeling (voortgezette behandeling en resocialisatie)
 - Ligarsa: forensische dagkliniek
 2. Ouderenpsychiatrie:
 - Hemera: opname- en behandelafdeling opgedeeld in 2 zorgunits, waarvan een open en een gesloten gedeelte.
 - Vespera: behandel- en vervolgafdeling van Hemera

3. Verslavingszorg:

- Vita: opname- en behandelafdeling

Per afdeling gebeurt de aansturing door een kerncomité bestaande beleidsarts, afdelingshoofd, psycholoog of sociaal werker.

Voor elk van deze doelgroepen is er een stafmedewerker patiëntenzorg die de kerncomités ondersteund.

3 BELEID EN STRATEGIE

3.1 BELEID

Verbeterpunten 2014

- In 2013 werd het zorgstrategisch plan gefinaliseerd. **(AV)**
De uittekening van een toekomstvisie voor PC Sint-Jan-Baptist vroeg veel tijd en energie van het beleidsniveau en was aanleiding tot langdurige onzekerheid op afdelingen. Mogelijk daardoor kwamen andere zaken de voorbije jaren in het gedrang. Hierbij denken we aan de verminderde aandacht voor de opvolging van de lopende verbeterprojecten, aan het verwateren van de opmaak van afdelingsbeleidsplannen, aan het niet doorgaan van het jaarlijks overleg tussen de kerncomités en het directiecomité in 2013, ... **(TK)**
- Hoewel men al jaren beleidsplannen op ziekenhuisniveau opmaakt, kent het proces van het voeren van een beleidscyclus in de organisatie talrijke verbeterpunten: **(TK)**
 - Er is geen doorvertaling van ziekenhuisbrede doelstellingen naar departementale doelstellingen en beleidsplannen.
 - Het medisch en verpleegkundig departement hebben geen eigen beleidsplan en jaarverslag. **(NC)** Zij verwijzen naar het overkoepelende jaarverslag en beleidsplan van het ziekenhuis. In die overkoepelende documenten staan evenwel geen specifieke medische of verpleegkundige onderwerpen.
 - Er is geen systematiek van tussentijdse opvolging van de doelstellingen uit het beleidsplan.
 - Er is geen doorvertaling van ziekenhuisbrede doelstellingen naar beleidsplannen of verbeterprojecten op doelgroep- of afdelingsniveau. Op sommige afdelingen is er een aanzet tot een beleidsplan, maar dit is niet gelinkt aan de ziekenhuisbrede doelstellingen.
 - Enkel waar de subsidiegever dit vereist (i.c. voor het forensisch circuit) is er een jaarverslag.
 - Voor het eerste beleidsplan werd Kwadrant als structuur aangehouden, voor het tweede beleidsplan gebruikte men voor de opmaak de kapstok 'Samen Worden We Beter'. Voor het nieuwe beleidsplan is men er nog niet uit welke invalshoek men zal gebruiken als structuur. **(AV)**
 - Er is geen link tussen het globaal preventieplan 2012-2016 en het beleidsplan van het ziekenhuis.
 - Voor de aansturing van afdelingen is er een gebrek aan centrale input op het vlak van beleidsgegevens. In dit kader zou het zinvol zijn om op regelmatige basis boordtabellen te bezorgen betreffende de werking van de dienst zoals:

- Patiëntenbewegingen en activiteiten (aantal patiëntenopnames, ontslagen, heropnames, verpleegdagen, ...)
- Resultaten van tevredenheidsbevragingen
- Gegevens i.v.m. vrijheidsberovende maatregelen, incidenten, suicide
- Personeelsgegevens

Deze gegevens zouden de basis moeten zijn voor het formuleren van doelstellingen, de evaluatie van het gevoerde beleid, het definiëren van verbeterpunten, het uitwerken van verbeteracties en het opvolgen van acties (PDCA).

Vaststellingen 2016

- **Na een grondige evaluatie van het beleid tussen 2010 en 2014, werd een nieuwe zorgvisie bepaald en de strategische doelstellingen uitgeschreven. Het ziekenhuis kiest voor een duidelijke positionering als categoriaal ziekenhuis voor welbepaalde doelgroepen: forensische psychiatrie, verslavingszorg, ouderenpsychiatrie en PVT. Deze visie en zorgstrategie vormt het fundament van het algemeen beleidsplan 2015-2019, opgemaakt volgens Kwadrant. Uit dit document blijkt de keuze voor kwaliteit van de zorg, waarbij evidence based en wetenschappelijk gefundeerd werken een duidelijk streefdoel is. In 2015 werd een communicatiedag georganiseerd, waarop de nieuwe beleidsplannen o.a. via workshops met de medewerkers werden gedeeld.**

Vanuit het algemeen beleidsplan werden departementale beleidsplannen afgeleid, die tevens de Kwadrant-logica volgen. Zo zijn er beleidsplannen voor het medisch- en zorgdepartement, het facilitair en het administratief departement.

Tenslotte werden ook op afdelingsniveau Kwadrant-beleidsplannen uitgewerkt, gebaseerd op de beleidsplannen van de hogere echelons en specifiek gericht op de patiëntendoelgroepen. Deze beleidsplannen krijgen een meer operationele invulling en de doelstellingen worden op kortere termijn gesteld (1 à 2 jaar). (AV)

Hoewel het ontwikkelen van de beleidsplannen, op relatief korte tijd, een belangrijke stap voorwaarts zijn voor het coherent managen van het ziekenhuis, kunnen deze nog op een aantal vlakken verfijnd worden. (Aanb) Binnen het ziekenhuis is men zich hiervan bewust en wordt naarstig verder gewerkt.

- Niet alle doelstellingen zijn SMART geformuleerd. Hierdoor is de progressie moeilijk te monitoren en kan gerichte bijsturing ontbreken. Het is belangrijk om objectieveerbare meetpunten (bv. indicatoren) te definiëren om de evolutie van de resultaten in functie van de gestelde doelstellingen te kunnen opvolgen.
- Een aantal doelstellingen werden nog niet uitgewerkt in concrete actieplannen of projecten. Het is niet steeds duidelijk waarom bepaalde doelstellingen prioritair werden aangepakt. Men zou de gebruikte argumenten hiervoor best expliciteren.
- Men dient nog verder gestructureerde acties te ondernemen om de werking zichtbaar te maken (o.a. verwachte resultaten, meetinstrumenten, indicatoren,...) , zodat men meer elementen heeft om bruikbare jaarverslagen op de stellen. Een goed gestoffeerd jaarverslag is een relevant beleidsdocument dat binnen de PDCA-cyclus zijn plaats verdient.
- Het overzicht en de coördinatie van alle kwaliteitsinitiatieven dient bewaakt te worden.

(Zie ook bij “Vaststellingen 2016” onder kwaliteitsbeleid)

3.2 THERAPEUTISCH BELEID

Verbeterpunten 2014

- Hoewel volgens het organogram de directeur patiëntenzorg en de hoofdgeneesheer samen verantwoordelijk zijn voor de patiëntenzorg en het therapeutisch beleid, is er in de praktijk geen geïntegreerde aansturing. **(TK)**
 - De verantwoordelijken voor het therapeutisch beleid zijn de directeur patiëntenzorg en een stafmedewerker patiëntenzorg.
Er is geen structuur waarbij de hoofdgeneesheer en de directeur patiëntenzorg in duo de doelgroepen/kerncomités/afdelingen aansturen.
 - Er is binnen SJB geen therapeutisch directeur en ook geen therapeutische raad waarin de verschillende therapeutische disciplines elkaar (beleidsmatig) ontmoeten.
 - Er is geen overlegstructuur van de hoofdgeneesheer en de directeur patiëntenzorg met de therapeutische disciplines.
 - De therapeuten worden via de afdelingshoofden aangestuurd. Er is geen beleidskanaal van deze groep medewerkers naar de directie. Therapeuten kunnen op deze manier onvoldoende inhoudelijk wegen op het beleid inzake patiëntenzorg.

Vaststellingen 2016

- **De aansturing van het zorgbeleid gebeurt op multidisciplinaire wijze, zowel op centraal als op afdelingsniveau. (AV) Enkele voorbeelden tonen dit aan:**
 - **Het beleidsplan voor het medisch-zorgdepartement bevat elementen vanuit verschillende invalshoeken, niet alleen medisch maar evenzeer verpleegkundig als therapeutisch. Het medisch beleidsplan werd, via de kwaliteitscoördinator, afgetoetst bij de afdelingshoofden.**
 - **Voor het zorgbeleid op centraal niveau werken de zorgdirecteur en de hoofdarts nauw samen met de respectieve stafmedewerkers zorg, die mee borg staan voor input vanuit de therapeuten.**
 - **Bij de opmaak van de afdelingsbeleidsplannen waren zowel de beleidsartsen als de afdelingshoofden als de therapeuten/psychologen betrokken. Door overleg kon een multidisciplinaire patiënt-gecentreerde benadering bekomen worden van de therapeutische visie voor elke afdeling. De link tussen de afdelingsbeleidsplannen en het centrale beleidsplan medisch-zorg is ook duidelijk.**
 - **Jaarlijks gaat er een KC-DC (kerncomité-directiecomité) overleg door, per specifieke doelgroep. Hier worden o.a. de jaardoelstellingen geëvalueerd en de vorderingen en knelpunten besproken over de werking en de organisatie binnen de diensten. Deze vergaderingen worden voorbereid met medewerking van de kwaliteitscoördinator, zodat men duidelijke agendapunten heeft en het overleg efficiënt kan verlopen. Binnen dit overleg is er participatie van stafmedewerkers, directie en leidinggevenden uit de afdelingen.**
 - **Daarnaast is er per doelgroep ook geregeld overleg tussen de leidinggevenden van de afdelingen en directieleden over beleidsaspecten op de afdeling.**

Verbeterpunt 2014

- Op het directiecomité krijgt het therapeutisch beleid te weinig aandacht. **(TK)** De uitwerking van het therapeutisch beleid wordt op doelgroepniveau gesitueerd. Dit gebeurt per doelgroep op een andere manier: meestal door psychologen/therapeuten in samenspraak met het kerncomité, in het forensische luik door het kerncomité (dat zich hier op doelgroepniveau bevindt, en waar geen afdelingspsychologen deel van uitmaken, in tegenstelling tot de andere kerncomités in het ziekenhuis) in samenspraak met het

celoverleg (cel zorg en beleid, cel onderzoek en beleid). (AV)

Vaststelling 2016

- **De directieleden besteden veel aandacht en tijd aan het aansturen en bewaken van de coherentie van het therapeutisch beleid op de afdelingen. De afdelingsbeleidsplannen harmoniëren met het algemeen beleidsplan en met het zorg- en medisch beleidsplan. De resultaten worden ook geregeld geëvalueerd en men (door directie, kwaliteitscoördinator, stafmedewerkers) helpt de afdelingen indien er moet bijgestuurd worden. (AV)**

Verbeterpunten 2014

- De explicitering van de therapeutische uitgangspunten, de vertaling daarvan in de gehanteerde behandelmethodieken per afdeling en per discipline, en de onderlinge afstemming– minstens op doelgroepniveau – voldoet niet aan wat minimaal kan verwacht worden. (TK)
 - Het ontbreekt op dit vlak aan systematiek: vanuit de directie worden geen verwachtingen gesteld inzake de explicitering op doelgroepniveau van de behandelvisie, noch van de uitwerking daarvan op het vlak van behandelaanbod (bv. wat zijn de doelstellingen, hoe worden een aantal belangrijke therapeutische items ingevuld (bv. patiënt- en familiebetrokkenheid), welke benadering en methodieken hebben hun deugdelijkheid bewezen, bij welke patiënten zijn welke behandelmethodieken aangewezen, hoe passen de aangeboden activiteiten van de verschillende disciplines in dit alles, ...)
 - Gevolg is dat de mate en vorm waarin behandelvisies en therapeutische benaderingen zijn uitgeschreven, sterk verschilt van afdeling tot afdeling en van doelgroep tot doelgroep. Voor sommige afdelingen en doelgroepen ontbreekt deze uitwerking quasi volledig (Lumen, ouderenpsychiatrie) of dient deze nog te worden herwerkt in het kader van de reorganisatie.
 - Op de meeste afdelingen zijn artsen en psychologen van meerdere theoretische strekkingen actief; de keuze voor die (combinatie van) theoretische strekkingen wordt niet bepaald door de afdelingsvisie of door de therapeutische behoeften van de verschillende patiëntenpopulaties.

Vaststellingen 2016

- **Voor elk van de drie doelgroepen werd de therapeutische visie beschreven in het afdelingsbeleidsplan. Het uitschrijven van de specifieke behandelbenaderingen werd multidisciplinair overlegd per afdeling en begeleid vanuit het centraal niveau (stafmedewerker zorg, directie, kwaliteitscoördinator). Ook het EPD wordt aangewend om voor elke doelgroep met een onderbouwd behandelplan te werken. Regelmatig worden de vorderingen opgevolgd via structureel overleg (bv. KC-DC). Voor de ouderenpsychiatrie bewaakt de beleidspsychiater de coherentie van de therapeutische zorg voor beide betrokken afdelingen, Hemera en Vespera. Vanuit het centrale niveau wordt de laatste jaren veel energie gestoken in het streven naar wetenschappelijk onderbouwd werken. Dit onderwerp komt dan ook regelmatig aan bod tijdens de vergaderingen van de psychiaters en men neemt initiatieven om de effecten van de therapeutische interventies te objectiveren (bv. indicatoren, ROM,...). Uit de visieteksten en de dossiers blijkt dat er aandacht is voor de betrokkenheid van patiënt/familie bij de behandeling. (AV)**
- **Een belangrijke doelstelling voor het therapeutisch beleidsplan was de doorontwikkeling van het EPD (in REGAS) als hefboom voor een kwalitatieve zorg. Men zorgde er voor dat het patiëntendossier geïntegreerd en multidisciplinair was, waarbij op gestandaardiseerde manier gegevens kunnen**

ingevoerd en ook (bv. ter evaluatie en bijsturing) beschikbaar worden gemaakt. Via het multidisciplinaire EPD kan zorg op maat aangeboden worden. De behandelplannen zijn generiek en kunnen aangepast worden aan de noden van de doelgroep en daarbinnen ook aan de behoeften van de individuele patiënt. (AV)

De implementatie en verfijning van dit werkinstrument is nog volop aan de gang op het moment van de audit. Het potentieel kon aangetoond worden en in enkele casussen leidde dit tot actuele individuele behandelplannen, inclusief een afdrukbaar weekschema, voor de patiënt. (AV)

Op sommige afdelingen blijft hier nog een weg te gaan en moet het EPD nog verder bewerkt worden om aan efficiëntie te winnen. We stelden ook vast dat niet alle medewerkers en artsen het EPD optimaal benutten (bv. niet invullen van suïcidescreening, medewerkers die in verschillende luiken schrijven zodat men moet zoeken naar informatie,...). (TK)

Uit de reactienota van het ziekenhuis blijkt dat de suïcidescreening is ingebouwd in het EPD maar nog niet operationeel is. De officiële start voor suïcidescreenings via het EPD zal eerstdaags plaats vinden.

- Het ziekenhuis werd erkend als opleidingsplaats voor een ASO in de psychiatrie. (AV)

Volgend verbeterpunt blijft bestaan:

- Een optimale benutting van het EPD op alle afdelingen en door alle medewerkers is een werkpunt (invullen suïcidescreening, registreren in de voorziene luiken,...). (TK)

Verbeterpunten 2014 (4)

- Ook op casusniveau wordt onvoldoende systematisch gewerkt: (TK)
 1. Behandelplannen zijn niet op alle afdelingen systematisch in gebruik of worden niet teruggevonden in patiëntendossiers (bv. Heide, Heide B, Lumen, Vita).

Vaststellingen 2016

- Alle gecontroleerde dossiers op alle gecontroleerde afdelingen bevatten behandelplannen. (AV)
 - HEMERA: alle gecontroleerde dossiers bevatten een behandelplan, maar niet alle luiken van dit plan waren ingevuld. Soms was de info er wel, maar was dit genoteerd op een andere plaats in het EPD. Men kan ook een weekschema oproepen dat kan afgedrukt worden voor de patiënt. In de gecontroleerde dossiers was dit steeds een generiek weekschema, zonder invulling van de individuele therapieën (hoewel die toch doorgingen volgens de bevroegde medewerkers).
 - VESPERA: de afdeling werkt met individuele weekchemata, die uit het EPD kunnen gehaald worden.
 - VITA: therapiemogelijkheden worden 's morgens op het ochtendappel voorgesteld. Patiënten kunnen hierop inschrijven. Daarnaast is er ook individuele therapie (bv dramatherapie, individuele gesprekken met de begeleiders of de sociaal assistent,...). Het behandelprogramma hangt uit in de leefruimten en ook in de kamers.
- 2. Op sommige afdelingen zijn er weinig tot geen formele afspraken over de behandelaanpak. Zo is er vaak geen minimumfrequentie beschreven van de contacten tussen patiënt en de verschillende disciplines.

3. Er is geen eenvormigheid – ook niet binnen één afdeling – over notities in het patiëntendossier. Sommige artsen maken van elk gesprek een kort verslag, andere beperken zich hoofdzakelijk tot mondelinge feedback. Zo werden dossiers ingekeken waarbij er in de loop van anderhalf jaar slechts twee notities van een psychiater waren opgenomen en gaven sommige verpleegkundigen aan dat er niet steeds notities worden gemaakt van de individuele gesprekken van de psychiater met de patiënt.

Vaststellingen 2016

- **Het zorgbeleid is duidelijk uitgeschreven per doelgroep. (AV)**

Er zijn geen formele afspraken over de minimumfrequentie van de contacten tussen de patiënt en de verschillende disciplines. (Aanb) Op verschillende afdelingen is dit in ontwikkeling. De frequentie van de contacten is duidelijk te achterhalen uit de patiëntendossiers. Voor de meeste disciplines zijn er meerdere contacten per week voor alle patiënten aantoonbaar in het dossier. Voor de contacten met de psychiater is dit niet steeds het geval voor de gesloten unit van Hemera.

- **VITA: de contacten tussen de arts en de patiënt waren duidelijk terug te vinden in dossiers. Iedere dinsdag is er een zaalronde door de arts, ASO en het afdelingshoofd. Daarnaast kunnen bijkomende gesprekken georganiseerd worden op vraag, die ook een neerslag krijgen in het EPD van de patiënt. Na de zaalronde worden de therapieplannen en medicatieschema's desgevallend aangepast.**
- **HEMERA: Op de gesloten afdeling zijn weinig notities van de psychiater in het dossier terug te vinden (wel steeds bij intake). Het is onduidelijk voor een aantal zorgverleners waar ze wat moeten noteren in het EPD, waardoor gegevens niet steeds consequent op dezelfde plaats staan en ze niet eenvoudig terug te vinden zijn. Dit probleem werd reeds gedetecteerd en men heeft ter remediering een aangepaste en meer intuïtieve versie van het EPD voor de ouderenpsychiatrie ontwikkeld dat op het moment van de audit pas in gebruik genomen is.**

4. In 2010 werd een verbeterdoelstelling omschreven om het aantal suicides(pogingen) naar beneden te krijgen, als subdoelstelling werd het uitschrijven van een suicideprotocol vooropgesteld. Drie jaar later is er nog steeds geen protocol. Er is geen systematiek op het vlak van suicidepreventie, nog qua inschatting bij of tijdens opname, noch qua verhoogd toezicht, noch qua herevaluatie.

Vaststellingen 2016

Zie onder suïcidebeleid.

3.3 LERENDE OMGEVING

Verbeterpunt 2014

- Er zijn onvoldoende garanties naar de kwaliteit van de geleverde zorg: men heeft geen zicht op de geleverde zorg, er is onvoldoende systematiek in de manier van werken, er is onvoldoende een verbetercultuur aanwezig, men kan geen PDCA-cyclus aantonen, het beleid verloopt onvoldoende gestructureerd en wordt niet gestuurd vanuit kwaliteit van zorg. **(TK)**

Vaststelling 2016

- Deze tekortkoming wordt op verschillende andere plaatsen in het verslag besproken.

Verbeterpunten 2014

- De taken van de vroegere stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid worden sinds eind 2012 opgenomen door het strategisch directiecomité. Hierin zetelen (behalve de hoofdarts) geen artsen of medewerkers van de werkvloer. (AV)
- Daarnaast is er sinds 2007 nog een apart comité patiëntveiligheid, met vertegenwoordiging van de werkvloer, dat maandelijks samen komt. De acties van het globaal preventieplan worden opgevolgd op het CPBW. (AV) Tot nu toe werden geen verslagen opgemaakt van de vergaderingen van het comité patiëntveiligheid, het contract patiëntveiligheid werd beschouwd als verslaggeving. (TK) Vanaf 2014 zullen er verslagen opgemaakt worden. (AV)

Vaststellingen 2016

- De vroegere stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid is terug in het leven geroepen en zal 4 keer per jaar samenkomen. Hierin zetelt de voltallige directie, de kwaliteitscoördinator en de stafmedewerkers. Deze stuurgroep is sinds de oprichting al 1 keer samengekomen op 18 maart 2016. Hierdoor kan het thema kwaliteit opnieuw als een volwaardig thema besproken en opgevolgd worden. Het thema kwaliteit wordt door dit overleg rechtstreeks (mede) aangestuurd door de directie. (AV)
- Het comité patiëntveiligheid streeft ernaar om 4 keer per jaar samen te komen. In 2015 werd het comité 3 keer gepland en is 2 keer doorgegaan, deze 2 verslagen konden getoond worden. 1 overleg is niet doorgegaan maar er werd wel een feedbacknota opgemaakt met terugkoppeling van gegevens en incidenten met de vraag tot verbetersuggesties. (AV)
- De aanwezigheid van de leden op het comité patiëntveiligheid is een aandachtspunt. (TK) In 1 van de 2 vergaderingen was meer dan de helft van de leden afwezig. Er is participatie van een arts aan het comité. (AV)
- Naast het comité patiëntveiligheid is er ook een comité agressiebeheersing, dat volgens dezelfde frequentie samenkomt en waar kwaliteitsaspecten binnen het thema agressie en vrijheidsberoving aan bod komen. (AV)

Volgende verbeterpunten blijven bestaan:

- De frequentie van samenkomen voor het comité patiëntveiligheid ligt niet hoog. Het is belangrijk dat een minimumfrequentie en een minimumbezetting gegarandeerd kan worden. (TK)
- Een betere archivering van verslagen zou een meerwaarde zijn. Het is aangewezen om de verslaggeving tevens te gebruiken als afsprakennota en werkinstrument waarop voortgewerkt kan/moet worden. (Aanb)

Verbeterpunten 2014

- Kwaliteitsbeleid krijgt onvoldoende aandacht op de verschillende niveaus van het ziekenhuis. (TK)
 - Er is te weinig aansturing van het kwaliteitsbeleid door de directie. In de vergaderverslagen van het strategisch directiecomité komen onder het agendapunt kwaliteit onderwerpen van allerlei slag aan bod (bv. de pro en contra's van het gebruik van muntstukken in de

voedselautomaten, het beleid inzake verkeersovertredingen met bedrijfswagens, ..). Deze onderwerpen komen ad hoc aan bod, er is een gebrek aan gestructureerde aanpak.

- Er is een kloof tussen het ziekenhuisbeleid en de afdelingen op het vlak van kwaliteitsmanagement:
 - Er is geen doorvertaling van ziekenhuisbrede doelstellingen naar verbeterprojecten op afdelingsniveau.
 - Er is geen structuur voor het aansturen of opvolgen van het verbeterbeleid op de werkvloer. De kwaliteitscoördinator is bv. niet aanwezig op de afdelingshoofdenvergaderingen.
 - De werkvloer voelt zich niet betrokken bij kwaliteit. Er zijn geen afdelingshoofden of basised medewerkers vertegenwoordigd in het beleidsniveau dat het kwaliteitsbeleid stuurt.
 - Ook de artsen zijn onvoldoende betrokken in het opvolgen en aansturen van kwaliteitsthema's.

- Er zijn te weinig artsen lid van projectgroepen die zich bezig houden met kwaliteit. **(TK)** Enkel de hoofdarts participeert actief in het kwaliteitsbeleid. We bevelen aan om een specifieke vorming voor artsen te voorzien inzake kwaliteitsbeleid, incidentmeldingen, beleidsmatige aansturing van een dienst, uitkomstenbeleid ... **(Aanb)**

Vaststellingen 2016

- Zoals beschreven in het voorgaande punt, wordt kwaliteit opnieuw als een volwaardig thema besproken op de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid. **(AV)**
- De beleidsplannen (2015-2019), uitgewerkt tot op niveau van de doelgroepen, zijn een doorvertaling van de ziekenhuisbrede doelstellingen naar groeps- en/of afdelingsdoelstellingen. Er werden veel doelstellingen gedefinieerd die hun plaats kregen binnen het Kwadrantmodel. Elke doelstelling of activiteit geeft de beoogde resultaten weer voor de komende jaren (tot 2019). De beleidscyclus is zo opgevat dat uit de grote verzameling van doelstellingen prioritaire jaardoelstellingen per doelgroep worden weerhouden wat de haalbaarheid, de werkbaarheid en de opvolging ten goede komt. **(AV)**
- Alle geselecteerde jaardoelstellingen worden in aparte beleidsplannen (2015-2017) verder omschreven naar hun beoogde resultaat, een korte vermelding van hoe ze dit resultaat willen realiseren, wie de verantwoordelijken zijn (volgens de RACI-matrix, een tool welke de verantwoordelijkheden vastlegt gedurende het gehele proces), de voorziene timing en de nodige documenten. Nadere verdieping in elke doelstelling apart leert dat het uitwerken in concrete projectplanning de hoeveelheid aan werk en de te nemen stappen nog duidelijker en realistischer zal kunnen weergeven. Er is een verschil te merken in de projectmatige uitwerking van doelstellingen en het SMART formuleren van deze doelstellingen binnen de ziekenhuisafdelingen. Zo staan de forensische afdelingen al een stap verder in hun projectmatige aanpak. Niettegenstaande dit verschil zijn er in elke doelgroep en werkgroep mooie voorbeelden van projectmatige aanpak terug te vinden. Er is tevens een standaardsjabloon voorzien op intranet om verbeteracties gestructureerd volgens projectplanning te laten verlopen. **(AV)**
- De medewerkers worden betrokken bij de uitwerking van kwaliteit. De beleidsplannen werden samen met hen opgemaakt. Verantwoordelijken worden per doelstelling aangeduid volgens het RACI-principe (responsible, approved, consulted, informed) waarbij in een groot aandeel de verantwoordelijkheid van zowel het afdelingshoofd als van de beleidsarts is weergegeven. **(AV)**

- Het KC-DC of het kerncomité-directiecomité, samengesteld uit de arts, stafmedewerkers, afdelingshoofden en directieleden, komt jaarlijks samen om de voortgang van de doelstellingen van elke doelgroep op te volgen. (AV)
- De kwaliteitscoördinator is geen lid van het KC-DC. Nochtans zou dit één van de mogelijke kanalen zijn waarlangs het overzicht, de coördinatie en de centralere opvolging van de kwaliteit van zorg kan uitgevoerd worden. (Aanb)
- Artsen zijn betrokken bij het (kwaliteits)beleid op verschillende niveaus. (AV)

Ter illustratie enkele voorbeelden:

- Centraal werken de directieleden van de verschillende departementen, met inbegrip van de hoofddarts, nauw samen om het gezamenlijke zorgstrategische project 2015-2019 te sturen.
- Op de vergaderingen van de medische raad worden ook agendapunten voorzien die handelen over kwaliteit van zorg (bv. opvolging verbeterproject ontslagbrieven, bespreking en tussenevaluaties afdelingsbeleidsplan).
- Elke eerste woensdag van de maand gaat centraal een overlegmoment patiëntenzorg door waarop de hoofddarts aanwezig is. Hier bespreekt men de stand van zaken betreffende het beleid voor de doelgroepen.
- De beleidsartsen leverden een substantiële bijdrage in de totstandkoming van de beleidsplannen op hun afdeling. Ook in de verschillende projecten die binnen de beleidsplannen werden voorzien, kan hun participatie worden opgemerkt.
- Volgende werkgroepen hebben een arts als lid: comité patiëntveiligheid, de stuurgroep kwaliteit, de werkgroep suïcide en het comité medicatiefouten. In het comité agressiebeheersing zetelt geen arts.

Volgende verbeterpunten blijven bestaan:

- De kwaliteitscoördinator is geen lid van het KC-DC. Nochtans zou dit één van de mogelijke kanalen zijn waarlangs het overzicht, de coördinatie en de centralere opvolging van de kwaliteit van zorg kan uitgevoerd worden. (Aanb)
- De vraag naar haalbaarheid stelt zich, temeer daar heel wat van de doelstellingen eerder beperkt uitgewerkt werden. Een meer doorgevoerde projectmatige aanpak geeft een realistischer beeld van de hoeveelheid werk en te ondernemen processtappen. (Aanb)
- De betrokkenheid van de artsen bij het opvolgen en aansturen van bepaalde kwaliteitsthema's verdient blijvende aandacht: (Aanb)
 - In het comité agressiebeheersing zetelt geen arts.

Verbeterpunten 2014

- Er is een gebrek aan praktische afspraken en richtlijnen over de minimaal verwachte kwaliteit. (TK)
 - voor sommige zorgaspecten zijn geen procedures uitgeschreven (er is bv. geen fixatieprocedure voor ouderenpsychiatrie, geen suïcidepreventieprotocol),
 - sommige bestaande procedures omschrijven onvoldoende precies de verwachte zorg,
 - op sommige afdelingen zijn er onvoldoende afspraken of richtlijnen over de organisatie van de zorg, zoals bv. de frequentie van contact tussen patiënt en zijn behandelaars.
 - Er is geen éénvormigheid inzake de registratie van patiëntcontacten in het dossier. Op eenzelfde afdeling zijn er patiëntendossiers waarin de arts van elk gesprek een verslagje

- schrijft en andere dossiers waarbij de arts voornamelijk mondeling rapporteert en bv. in anderhalf jaar opname maar twee notities in het dossier heeft gemaakt.
- Er zijn geen afspraken over de termijn waarbinnen een ontslagbrief dient verstuurd te worden, hoewel het versturen van ontslagbrieven al jaren als een knelpunt wordt omschreven.

Vaststellingen 2016

Er is de laatste jaren hard gewerkt aan het formuleren van praktische afspraken en richtlijnen over de minimaal verwachte kwaliteit: (AV)

- Voor nagenoeg alle zorgaspecten werden procedures uitgeschreven met bijbehorende beleids- en visieteksten. Er is werk gemaakt van procedures rond vrijheidsbeperking (alternatieven en staande orders specifiek voor de doelgroep ouderenpsychiatrie) en procedures rond vrijheidsberoving (fixatie en afzondering). Een suïcidepreventieprotocol werd uitgewerkt. Een aantal procedures zijn nog niet formeel goedgekeurd maar bevinden zich wel in een 'afgewerkte' versie. De betreffende procedures zijn terug te vinden op intranet en worden toegepast. Alle oudere procedures werden verwijderd. Het is de bedoeling dat medewerkers de nieuwe procedures gebruiken en eventuele 'laatste' bemerkingen kunnen doorgeven. Gezien de recente invoering van bepaalde afspraken en procedures is de implementatie nog niet overal even ver doorgevoerd.
- Er is bij het uitwerken en/of aanpassen van de procedures rekening gehouden met de opmerkingen geformuleerd in de vorige audit. Inhoudelijke opmerkingen die wel blijven bestaan worden beschreven onder de betreffende procedures verder in dit verslag.
- Op sommige afdelingen zijn er nog steeds onvoldoende afspraken of richtlijnen over de organisatie van de zorg, zoals bv. de frequentie van contact tussen patiënt en zijn behandelaars.
- De eenvormigheid inzake de registratie van patiëntencontacten in het dossier kent nog steeds verbetermarge. De frequentie van artscontacten en de uitgebreidheid van deze artsnotities verschilt van afdeling tot afdeling.
- De afspraak, over de termijn waarbinnen een ontslagbrief dient verstuurd te worden, is vastgelegd op 1 week na ontslag.

Volgend verbeterpunt blijft bestaan:

- We bevelen aan de implementatie en correcte uitvoering van alle procedures op te volgen. De kwaliteitscoördinator is momenteel een opleiding tot interne auditor aan het volgen en is reeds gestart met het uitwerken van standaard auditchecklijsten. We bevelen aan zowel interne audits op afdelingsniveau uit te voeren maar ook de concrete uitvoering en registratie aan de hand van dossierchecks en registratielijsten na te gaan. (Aanb)

Verbeterpunten 2014:

Binnen de organisatie is er onvoldoende verbetercultuur aanwezig. Een PDCA-cyclus kan niet aangetoond worden. Verbetering kan niet geobjectiveerd worden bij gebrek aan bruikbare indicatoren. Er is een gebrek aan borging waardoor behaalde resultaten opnieuw verloren gaan. (TK)

- Doelstellingen worden onvoldoende meetbaar geformuleerd (SMART).
- Men heeft geen zicht op de geleverde kwaliteit van zorg.
- Cijfers worden onvoldoende verzameld. Enkele voorbeelden:
 - De gemiddelde duur van een afzondering werd voor het eerst berekend in de aanloop naar de audit.
 - Men heeft geen zicht op de wachttijden voor opname op de verschillende afdelingen, hoewel men hiervoor sinds 2008 over een informaticatool beschikt.
 - Minimale activiteitscijfers ontbreken over de afdeling Lumen, zoals gemiddelde duur van een opname op de crisisafdeling, het aandeel van patiënten met een uitgangscade

1. Ook hier zijn nochtans informaticatools (een Excel-bestand met geautomatiseerde gegevensverwerking) ter beschikking voor het verzamelen en verwerken van cijfers die nuttig kunnen zijn voor de beleidsvoering.
- Er zijn geen cijfers voorhanden over het aantal suïcide(pogingen) de voorbije jaren. Men weet enkel dat er in 2013 8 suïcidepogingen werden gemeld.
- Beschikbare (cijfer)gegevens worden niet geanalyseerd en gebruikt voor sturing van het beleid. Enkele voorbeelden:
 - Er zijn reeds jaren interessante activiteitscijfers beschikbaar over de doelgroep verslavingszorg, bv. over instroom en uitstroom. Deze cijfers zijn gebracht op de bespreking kerncomité-directiecomité, maar beleidsmatig gebeurde er verder niets mee.
 - Reeds enkele jaren worden door de preventie-adviseur jaarlijks risico-analyses op de afdelingen gemaakt. Deze massa aan verbeterpunten wordt onvoldoende aangewend om verbeterprojecten op te zetten.
 - De cijfergegevens van veiligheidscultuurmetingen, patiëntenbevragingen en medewerkersbevragingen werden onvoldoende geanalyseerd en benut en hadden weinig of geen impact op het beleid.
 - Afdelingen krijgen geen input door middel van centraal aangeleverde gegevens (uitgezonderd bezettingsgraad en budget). Enkelingen op afdelingsniveau houden zelf cijfers bij om hun beleid te evalueren.
 - Projecten worden niet systematisch opgevolgd.
 - Er zijn meerdere voorbeelden van projecten die opgestart werden en die enkele jaren zonder duidelijke reden hebben stil gelegen (bv. suïcidepreventie, fixatiebeleid bij ouderen).
 - Men heeft centraal niet op alle afdelingsgebonden projecten zicht. Tijdens afdelingsbezoeken bleken er ook nog andere afdelingsgebonden verbeterprojecten te lopen, bv. op Encarga 2, die niet in het kwaliteitshandboek vermeld staan. Men zoekt daar zelf naar een goede projectformat, terwijl die recent op ziekenhuisniveau werd uitgewerkt, wat op de afdeling dan weer niet gekend is.
 - Incidenten worden niet geanalyseerd (geen enkele van de 8 suïcidepogingen in 2013 werd geanalyseerd).
 - In het verleden werden heel wat kwaliteitsinitiatieven opgestart die de voorbije jaren verwaterden.
 - Uit de evaluatie van het beleidsplan 2005-2009 blijkt dat alle afdelingen toen een beleidsplan hadden.
 - In 2006 werden verbeterprojecten op afdelingsniveau opgestart. In 2014 wordt in het kwaliteitshandboek enkel nog een afdelingsgebonden verbeterproject op Heide B vermeld.
 - Tot 2012 gebeurde een opvolging van indicatoren via KIES (Kwadrant Indicatoren Evaluatiesysteem Sint-Jan-Baptist). In 2014 zijn er geen indicatoren beschikbaar waarmee het beleid wordt gestuurd. De ontwikkeling van een indicatorenset was een doelstelling van het beleidsplan 2009-2014, maar werd nog niet verwezenlijkt.
 - Op Lumen werd opgemerkt dat in het verleden wel heel wat cijfers voor het voeren van een afdelingsbeleid werden verzameld en geanalyseerd, maar dit gebeurt nu niet langer.
 - In het verleden was er op alle afdelingen een aanbod van intervisie dat centraal werd aangestuurd. Op dit moment wordt intervisie nog slechts op enkele afdelingen en op de afdelingshoofden voorzien.
 - Kwaliteitsverbetering binnen de vier verplichte domeinen kan niet aangetoond worden. (NC)

Vaststellingen 2016

- **De opvolging van nagenoeg alle bovenstaande opmerkingen werd reeds beschreven via de andere punten in het verslagdeel rond kwaliteitsbeleid. De stand van zaken omtrent incidentenmeldingen en analyses van incidenten wordt beantwoord in het onderstaande punt rond patiëntveiligheid. De stand van zaken omtrent de cijfergegevens staat verder onder dit hoofdstuk.**

Verbeterpunten 2014

- **Het patiëntveiligheidsbeleid is onvoldoende gewaarborgd. (TK)**
 - Er is een onderrapportage van incidenten.
 - Uit de veiligheidscultuurmeting van 2011 blijkt dat medewerkers zich niet veilig voelen om te melden, zij hebben schrik voor sancties (bv. iets meer dan een derde van de medewerkers is akkoord dat er een niet-bestrafende respons is op fouten).
 - Gezien het gebrek aan persoonlijke accounts is er een probleem qua discretie rond meldingen (feedback op een melding komt in de gemeenschappelijke mailbox van een afdeling en kan door iedereen bekeken worden).
 - Incidentmeldingen worden niet systematisch geanalyseerd.
 - Melders van incidenten krijgen niet systematisch inhoudelijke feedback over hun meldingen. Er wordt enkel feedback gegeven bij een melding van medicatiefouten. Het is de apotheker die via e-mail antwoordt, door het geven van advies / raad of het stellen van bijkomende vragen of een bedanking te formuleren voor de melding.

De zeer uitgebreide risico-analyses door de preventie-adviseur met aandacht veiligheid van personeel, patiënten en informatie **(SP)** worden onvoldoende opgevolgd. **(TK)**

Vaststellingen 2016

- **De incidenten worden geregistreerd via een E-formulier. Deze meldingen worden door selectie op het incidentthema automatisch verdeeld naar de personen die instaan voor de opvolging van de incidenten. De incidenten worden besproken op de betreffende comités voor verdere opvolging. Er werden 3 verslagen van het comité patiëntveiligheid opgevraagd, in elk verslag werden meerdere cijfergegevens (o.a. medicatiefouten, afzonderingscijfers) en incidenten (overlijden, oproepsysteem, ...) besproken. Ook de reeds uitgevoerde en de geplande verbeteracties werden opgesomd. (AV)**
- **Door de geplande opstart van de afdeling highrisk-vrouwen eind juni is men volop de registratie en bijbehorende vorming rond agressie voor deze doelgroep aan het voorbereiden. Er werd gekozen voor een specifiek agressie registratiesysteem (MOAS), welke een gedetailleerde registratie, verwerking en opvolging van incidenten mogelijk zal maken. (AV)**
- **Het aantal meldingen blijft laag, 70 meldingen in 2015. Sommige afdelingen melden zelden tot nooit. Uit de verslaggeving van het comité patiëntveiligheid wordt aangegeven dat in 2016 verder gezocht zal worden naar een efficiëntere manier van terugkoppeling van de meldingen en dat de kwaliteitscoördinator terug audits zal doen op de afdelingen. (Aanb)**
- **Niet alle incidenten worden geanalyseerd. Suïcidepogingen worden onvoldoende structureel geanalyseerd. (TK) Zie ook onder het thema suïcide.**

Volgende verbeterpunten blijven bestaan:

- Er is blijvend aandacht nodig voor de meldcultuur. Een onderzoek naar mogelijke onderrapportering van incidenten kan een meerwaarde zijn. (Aanb)
- Niet alle incidenten worden geanalyseerd. Suïcidepogingen worden onvoldoende structureel geanalyseerd. (TK)

Verbeterpunten 2014

- Er zijn onvoldoende garanties voor een goede kwaliteit van zorg. (TK) Het ziekenhuisbeleid wordt onvoldoende gestuurd vanuit de invalshoek kwaliteit van zorg. Men heeft geen zicht op de stand van zaken inzake kwaliteit, men beschikt niet over (cijfer)gegevens over kwaliteit van zorg, waardoor de economische invalshoek vaak de overhand heeft bij beslissingen.
- Men heeft onvoldoende zicht op de kwaliteit van de geleverde zorg. (NC)
 1. Cijfergegevens worden onvoldoende verzameld (er worden bv. niet systematisch cijfers over dwangmaatregelen geanalyseerd).
 2. Beschikbare cijfers worden niet geëvalueerd (bv. cijfers die afdelingen zelf verzamelen).
 3. Het ziekenhuis heeft geen centraal zicht op de wachttijden voor opname in de verschillende afdelingen.

Vaststellingen 2016

- Er is momenteel binnen het ziekenhuis niemand expliciet aangesteld voor de coördinatie van alle cijfergegevens. Cijfergegevens zitten deels verspreid over departementen, werkgroepen, afdelingen en worden niet consequent gecentraliseerd. (TK)
- Dit heeft gevolgen voor het globale overzicht en hieraan gelinkt voor de terugkoppeling aan de betreffende afdelingen/doelgroepen/werkgroepen. (TK)
- Momenteel krijgen de afdelingen deels gegevens teruggekoppeld (o.a. bezetting, ...), kunnen zij in een aantal tools zelf rapporten trekken (o.a. vorming medewerkers, ...) of kunnen zij op vraag gegevens of rapporten opvragen (o.a. afzonderingscijfers, fixatiecijfers, ...).
Hiernaast worden naar aanleiding van het driemaandelijks overleg rond het afzonderingsregister, opmerkingen of onduidelijkheden doorgegeven via rapporten. Deze rapporten worden sinds ongeveer 1 jaar opgesteld door de kwaliteitscoördinator en de zorgICT-medewerker. (AV)
- De kwaliteitscoördinator staat in voor de verwerking van een aantal indicatoren (o.a. afzondering, fixatie, ...). De indicatoren verzameld voor de periode 2007-2015 werden verwerkt en doorgegeven voor agendering op volgende overlegfora: de afdelingshoofdenvergadering, het comité agressiebeheersing, het artsenoverleg en het strategisch directiecomité. (AV)
De kwaliteitscoördinator is, buiten het strategisch directiecomité, niet aanwezig op deze vergaderingen en heeft geen zicht of deze cijfers effectief besproken werden en of hier al dan niet maatregelen opgenomen werden. (Aanb)
- Beleidsdoelstellingen vermelden het opzetten van een digitaal dashboard, het opstellen van een set indicatoren als basis voor kwaliteitsvolle zorgindicatoren, het uitwerken van een set indicatoren m.b.t. het afzonderingsregister, ontslagbrieven, screening suïciderisico en diagnose,... (AV)
- Het is de bedoeling van de directie om het beleidsplan patiëntenzorg-medisch-apotheek te monitoren met ROM-gegevens. Het Questmanager-instrument is niet overal uitgerold op het moment van de audit, voornamelijk door ICT-problemen waaraan nog gewerkt wordt. In eerste instantie zullen de data gebruikt worden om op patiëntniveau toe te laten het behandelbeleid te helpen sturen. Dit lukt reeds behoorlijk voor de forensische doelgroep, maar moet nog verder uitgerold worden voor de afdelingen verslavingszorg en ouderenpsychiatrie.

In een later stadium kunnen de geaggregeerde cijfers ook nuttige informatie opleveren voor het sturen van het therapeutisch beleid op afdelingsniveau. (AV)

Toevoeging op basis van de reactienota van het ziekenhuis :

In de verslavingszorg worden 4 vragenlijsten via questmanager afgenomen van alle patiënten in de opnameafdeling en gebruikt in functie van oriëntatiepunt voor doorverwijzing naar behandelafdeling. Dit wordt besproken met de patiënt. Hiernaast zijn er nog vragenlijsten op indicatie.

- Voor bepaalde resultaten werden al indicatoren gedefinieerd die actief worden opgevolgd op centraal niveau, zoals de tijdige beschikbaarheid van de ontslagbrieven en het invullen van het afzonderingsregister. Andere indicatoren zitten in de pipeline, zoals het invullen in het EPD van de suïcidescreening en van een diagnose. (AV)
- Volgende verbeteracties staan gepland. (AV)
 - De kwaliteitscoördinator heeft als jaardoelstelling: een zicht te krijgen op alle cijfergegevens, welke binnen het ziekenhuis geregistreerd worden. Alle cijfergegevens zullen vanuit de afdelingen gecentraliseerd worden bij de kwaliteitsdienst. Naast de meest courante cijfers welke elke afdeling bijhouden (o.a. vorming, bezetting, ...) zijn er binnen het ziekenhuis ook heel wat cijfergegevens, welke verschillen van afdelingen tot afdeling omdat de registratie niet centraal werd opgedragen, maar de registratie een eigen afdelingsinitiatief is.
 - De kwaliteitscel zal binnenkort naast de kwaliteitscoördinator uitbreiding krijgen met een voltijdse medewerker zodat de vele taken rond verzamelen, aansturen via cijfers, opvolgen en coördineren duidelijker opgenomen kunnen worden.

Volgende verbeterpunten blijven bestaan:

- Het huidige overzicht op cijfergegevens is onvolledig. (TK)
We bevelen aan om duidelijke afspraken te maken rond de centralisatie van gegevens. Waar komt alles samen en wie is hiervoor verantwoordelijk. Vooral bij een opdeling in taken rond gegevensverzameling, verwerking, terugkoppeling en opvolging is het noodzakelijk dat een centraal overzicht behouden blijft en met de nodige daadkracht acties ondernomen worden (o.a. plannen overlegvergaderingen, uitleg bij cijfers verschaffen, ...)
- De gehele cyclus van registreren, analyseren, terugkoppelen en acties opstellen dient op de verschillende niveaus binnen het ziekenhuis te gebeuren (afdeling, werkvloer, werkgroepen, staf en directie). Momenteel worden wel degelijk gegevens teruggekoppeld en wordt hierop ook vaak een PDCA cyclus opgezet. Maar deze cyclus verloopt niet steeds even gestructureerd. Soms zit de registratie goed, soms de opvolging, de analyse of de terugkoppeling en de bespreking op de verschillende fora, maar vaak is er een coördinatieprobleem waardoor niet alle aspecten van de PDCA cirkel even vlot verlopen. (TK)
- De terugkoppeling van cijfergegevens dient geoptimaliseerd te worden (structureel, actief en met meer duiding vanuit het centraal niveau). (TK)
Het blijft eveneens belangrijk om bij een terugkoppeling ook expliciete verwachtingen te koppelen naar analyse, detectie van knelpunten en het plannen van verbeteracties en dat ook hier steeds een verantwoordelijke voor de opvolging wordt aangeduid.

4 MEDEWERKERS

4.1 PERSONEELSBELEID

Verbeterpunten 2014

- De equipe van vaste nachtmedewerkers voor het ziekenhuis telt 24,5 VTE. **(AV)** Niet alle nachtmedewerkers zijn vast toegewezen aan een afdeling (11 nachtmedewerkers zijn vlinder). De nachtmedewerkers werken in principe niet overdag. We bevelen aan om de vaste nachtmedewerkers systematisch een periode per jaar tijdens de dagdiensten in te schakelen. **(Aanb)**
- De nachtverpleegkundigen worden uitgenodigd op de dienstvergaderingen en teamactiviteiten te komen, op sommige afdelingen zijn de nachtverpleegkundigen nooit aanwezig op vergaderingen. **(TK)**
- In het verleden kwamen al de nachtverpleegkundigen, de nachtdienstverantwoordelijke en de directeur patiëntenzorg twee maal per jaar samen. Momenteel plant de directeur patiëntenzorg overleg met de nachtverpleegkundige per doelgroep. Een keer per jaar is er overleg tussen de medewerkers van de nachtdienst met het afdelingshoofd en de nachtdienstverantwoordelijke. De nachtdienstverantwoordelijke heeft wekelijks ad hoc overleg met de directeur patiëntenzorg en is aanwezig op de afdelingshoofdenvergadering. Zij zal de perspectiefgesprekken voeren met de medewerkers van de nachtdienst na overleg met de afdelingshoofden. De nachtmedewerkers zijn aanwezig op de verplichte vormingen. **(AV)**

Vaststellingen 2016

- **Over het aantal aanwezige (vlinder) verpleegkundigen tijdens de nacht en de inzet van deze verpleegkundigen (op afroep of op vaste tijdstippen) is onwetendheid en onduidelijkheid bij de afdelingshoofden van de bezochte afdelingen.**
De nachtdienstverantwoordelijke (wordt niet mee ingeschakeld in de zorg) is gestart met de perspectiefgesprekken van de nachtverpleegkundigen en heeft een viertal keer per jaar een overleg met alle nachtmedewerkers. Men plant ook om vorming te geven tijdens de nachten. (AV)

Verbeterpunt 2014

- Er is geen algemene formele procedure disfunctioneren uitgewerkt, **(TK)** men hanteert wel een coachings- en opvolgingsmethodiek. Wanneer deze gesprekken niet leiden tot betere resultaten wordt overgegaan naar een sanctioneringsbeleid dat omschreven staat in het arbeidsreglement. **(AV)**

Vaststelling 2016

- **Er werd een traject disfunctioneren uitgewerkt door de medewerkster HR na verschillende overleg- en feedbackmomenten met leidinggevenden, de ondernemingsraad en het directiecomité.**
In januari 2015 werd de finale versie besproken en goedgekeurd op de ondernemingsraad en voorgesteld aan de afdelingshoofden op een afdelingshoofdenvergadering. In februari 2015 werd het traject voorgesteld op de teamvergaderingen van de afdelingen. Het traject zal dit jaar geëvalueerd worden. Ondertussen werd er tweemaal beroep gedaan op dit traject.
Tijdens de opvolgingsaudit werd de realisatie van dit traject (start 2014) geschetst a.d.h.v. overzichtelijke mind maps. (AV)

4.2 VORMING, TRAINING EN OPLEIDING (VTO)

Verbeterpunten 2014

- In de praktijk werden op de werkvloer een aantal knelpunten in het VTO-beleid vastgesteld. **(TK)**
 1. Afdelingshoofden hebben onvoldoende zicht op de individuele gevolgde vormingen van de medewerkers. Bij navraag op de afdelingen naar het aantal uur vorming dat een medewerker in 2013 gevolgd had kon dit niet vlot worden weergegeven, dit is wel centraal opvraagbaar.
 2. Bij navraag op de afdelingen en uit een steekproef van de registratie over 2012-2013 blijkt dat er medewerkers zijn die veel vorming volgen terwijl anderen weinig vorming volgen. Medewerkers die weinig of geen vorming volgen, worden hier niet steeds op aangesproken.
 3. De keuze in het zorgstrategisch plan voor de doelgroep ouderenpsychiatrie op de afdeling Heide, resulteerde nog niet in een specifieke opleiding over de doelgroep voor de medewerkers op deze afdeling, ondanks het feit dat er reeds patiënten uit deze doelgroep worden opgenomen.

Vaststellingen 2016

- **Afdelingshoofden hebben zicht op de gevolgde vorming van de medewerkers van hun afdeling. (AV)**
- **Er zijn nog steeds medewerkers die veel vorming volgen en anderen die weinig vorming volgen. Medewerkers worden gestimuleerd om vorming te volgen. Dit item komt aan bod in de perspectiefgesprekken tussen de medewerkers en hun leidinggevende. De opleidingsbehoeften die naar boven komen in de perspectiefgesprekken worden digitaal weergegeven in een concreet POP (persoonlijk ontwikkelingsplan) per medewerker. (AV)**
- **Er werd in samenwerking met HR een VTO-plan (met tools) voor elk van de drie doelgroepen uitgewerkt. Daarnaast wordt er aan een nieuw inscholingstraject gewerkt. (AV)**
- **De opleiding suïcidepreventie voor alle medewerkers van het ziekenhuis is zeer degelijk uitgewerkt en voorziet opleidingsmomenten in het voor- en het najaar. Medewerkers dienen zowel de basisvorming als de doelgroepspecifieke opleiding te volgen. (SP)**

4.3 BESTAFFING

Verbeterpunt 2014

- Op de afdeling Heide beschikt het afdelingshoofd enkel over een bachelordiploma psychiatisch verpleegkundige. **(NC)**

Vaststelling 2016

- **Alle hoofdverpleegkundigen en adjunct-hoofdverpleegkundigen beschikken over de noodzakelijke diploma's. (AV)**

Verbeterpunt 2014

- Omdat niet op alle afdelingen de verpleegkundige permanentie overdag continu verzekerd is **(NC)**, werd een cascadesysteem voor de verpleegkundige permanentie uitgewerkt. Via dit schema is op de afdeling zonder verpleegkundige duidelijk op welke afdeling men terecht kan voor hulp bij een verpleegkundige handeling (vb. IM inspuiting geven). Daarnaast kan men ook bij de centraal verpleegkundige terecht. **(AV)**

Vaststelling 2016

- **Uit gesprekken met de directeur patiëntenzorg, de stafmedewerker patiëntenzorg en de HR-medewerker en uit nazicht en controle van uurroosters op de afdelingen, blijkt dat de verpleegkundige permanentie overdag verzekerd is. (AV)**

Verbeterpunten 2014

- Er werden volgende knelpunten vastgesteld in verband met de nachtpermanentie: **(NC)**
 - Op sommige afdelingen wordt de nachtdienst ingevuld door zorgkundigen (alle nachten op Heide B en Vita, 2/3 van de nachten op Heide en 3/4 van de nachten op Encarga).
 - Op afdeling Encarga 3 (6 patiënten) is er geen nachtpermanentie; de medewerker van de aanpalende afdeling Heide (34 bedden) komt er af en toe een kijkje nemen.
 - Op Lumen gesloten-crisis (20 bedden), de opname-afdeling waar acute opnames gebeuren, zijn er niet steeds 2 nachtmedewerkers aanwezig. De nachtverantwoordelijke dient ook op andere afdelingen te helpen (ouderenpsychiatrie, binnen gaan in afzonderingskamers). De nachtmedewerkers van Lumen moeten 's nachts ook langs gaan op PVT Villa, waar geen nachtpermanentie voorzien is (cfr inspectieverslag PVT De Villa).
 - Sommige nachtmedewerkers staan in voor de zorg van een groot aantal patiënten (Heide B en Encarga 3 tellen samen 40 bedden), soms op architectonisch weinig overzichtelijke afdelingen.

Vaststellingen 2016

- **Er werd tijdens de opvolgingsaudit vastgesteld dat er niet op elke afdeling tijdens de nacht 1 verpleegkundige aanwezig is. (NC) Men streeft tijdens de nacht naar de aanwezigheid van een verpleegkundige per gebouw. Op afdeling Vita B (enige overblijvende afdeling in het gebouw waar voordien ook de afdeling Lumen gevestigd was) met 16 bedden was tijdens sommige nachten enkel een zorgkundige aanwezig. Uit gesprek blijkt dat in dit gebouw (sinds 1 mei 2016) ook de verpleegpost is voor de mobiele nachtmedewerker. (AV)**

Volgend verbeterpunt blijft bestaan:

- **Er werd tijdens de opvolgingsaudit vastgesteld dat er niet op elke afdeling tijdens de nacht minstens één verpleegkundige aanwezig is. (NC)**

Verbeterpunt 2014

- Gebrek aan vervanging van personeel (therapeuten, verzorgend en poetspersoneel) bij langdurige afwezigheden wordt reeds verschillende jaren opgemerkt. Dit is bv. in het jaarverslag van de ombudspersoon al meermaals als verbeterpunt meegegeven. Er is bv. op de afdeling Vita reeds twee maanden geen psycholoog beschikbaar (periode tussen uitdiensttreding vorige psycholoog en

indiensttreding nieuwe psycholoog). **(AV)** Er werd in een patiëntendossier vastgesteld dat een patiënt die reeds twee maanden is opgenomen op Vita nog geen gesprek had met een psycholoog. **(TK)**

Vaststellingen 2016

- **Uit bevraging op de verschillende afdelingen en aan HR-medewerker blijkt dat geplande langdurige afwezigheden onmiddellijk vervangen worden. (AV)**
- **Op de afdeling Vita werd voorzien in een derde psycholoog (voordien twee) en het zorgconcept (met frequentie van contacten tussen patiënten en zorgverleners) wordt uitgewerkt. Bij nazicht van enkele dossiers bleken alle patiënten geregeld een gesprek te hebben met verschillende zorgverleners (psycholoog, psychiater, ...). (AV)**

Verbeterpunt 2014

- Ook bij afwezigheid van artsen (bv. tijdens vakantie) is niet duidelijk wie verantwoordelijk is voor de opvolging van de patiënten: medewerkers kiezen zelf welke arts ze contacteren bij nood aan een medisch advies. **(TK)**

Vaststelling 2016

- **De medische permanentieregeling wordt afgesproken tussen de psychiaters onderling, o.a. op de medische raad. De hoofdarts heeft zicht op deze permanentie. (AV)**

Verbeterpunten 2014

- Er is in het Sint-Jan-Baptist ziekenhuis een relatief personeelstekort (t.o.v. de werklust) in het departement patiëntenzorg. Volgende aspecten dragen daartoe bij: **(TK)**
 - 54 van de 136 medewerkers op de afdelingen hebben recht op ADV-dagen.
 - 1. Een aantal afdelingen hebben patiënten met een zwaar zorgprofiel (Heide B, Lumen).
 - 2. Op een aantal afdelingen zijn medewerkers langdurig afwezig zonder vervanging of is er veel verloop / inwerking van nieuwe medewerkers
 - 3. Er zijn afdelingen met een groot aantal bedden en afzonderingskamers voor de permanentie 's nachts .
 - 4. In het verleden slaagden afdelingshoofden er niet in functionerings- en evaluatiegesprekken te voeren met alle medewerkers.
 - 5. Afdelingshoofd en sociaal werker staan soms mee in voor de zorg van de patiënten (bv. Heide).
 - 6. Op sommige afdelingen is een gebrek aan taakafspraken en taakuitzuivering. (vb. verpleegkundigen staan in om na ontslag van een patiënt het bed en de kast af te wassen, ergotherapeuten staan in voor het verversen van de laken)
 - 7. De beschikbaarheid van therapeuten binnen het team (psychiater, psycholoog, ergotherapeut en bewegingstherapeut) voor specifieke behandelactiviteiten is beperkt. Verpleegkundigen nemen in die visie geregeld therapeutische taken over, zonder dat zij hiervoor specifiek opgeleid zijn.
 - 8. Hoge werkdruk kwam als knelpunt naar boven in de patiëntveiligheidscultuurmeting en uit het verslag van de risico-analyse van de preventieadviseur (voorbeelden uit verslagen: medewerkers worden voortdurend gestoord tijdens hun taken, ze slaan pauzes over, klagen

over multitasken en een gebrek aan taakafspraken, ze hebben het gevoeld dat ze geleefd worden door de patiënten).

Vaststellingen 2016

- **Langdurige geplande afwezigingen worden vanaf dag 1 vervangen. (AV)**
- **Afdelingshoofden en sociaal werkers staan niet mee in de zorg. (AV)**
- **Taakafspraken en taakuitzuivering wordt toegepast op de afdelingen. Logistieke medewerkers staan in voor het wassen van de bedden en kasten en het verversen van het bedlinnen. (AV)**
- **Uit de bevraging van de medewerkers op de afdelingen bleek de bestaffing in verhouding te zijn tot de werkdruk. (AV)**

5 PROCESSEN

5.1 PROCEDUREBEHEER

Verbeterpunten 2014

- **Het systeem van procedurebeheer is niet sluitend: (TK)**
 - Heel wat procedures zijn niet op intranet beschikbaar. De reeds enige tijd geplande lancering van een nieuw intranet met aangepaste structuur, kende behoorlijk wat vertraging; onder meer daardoor werden sommige procedures niet meer op de oude versie van het intranet gepubliceerd..
 - In afwachting van de lancering van het nieuwe intranet werd de systematiek inzake het herbevestigen of aanpassen van procedures onderbroken, waardoor de geldigheidsdatum van bepaalde procedures ondertussen al enige tijd overschreden is.
 - Verschillende documenten zijn in circulatie waarvan de status niet helemaal duidelijk is (draft, consensusnota, werkdocument, goedgekeurde procedure, ...).
 - Verschillende versies van documenten zijn in circulatie met een iets verschillende inhoud (de in- en exclusiecriteria van verschillende afdelingen zijn bv. niet in alle documenten identiek).

Vaststellingen 2016

- **De moederprocedure voor het schrijven van procedures werd herzien en komt tegemoet aan bovenstaande opmerkingen en tekortkomingen. Op het intranet, nieuw en sinds een maand operationeel, staan alle geldige (laatst uitgewerkte en aangepaste) procedures. De papieren versies worden verondersteld niet meer gebruikt te worden. Op de afdeling Vespera werden alle papieren procedures verwijderd en worden enkel de procedures op het intranet gebruikt. (AV)**
- **In de meegestuurde procedures ter voorbereiding van de audit, waren een aantal titels, data en status van bepaalde procedures nog wat verwarrend. Inzage ter plaatse in het intranet toonde een duidelijk gestructureerd intranet met een duidelijke oplijsting van procedures per thema. Hierin werden geen dubbels aangetroffen. Ook eventuele opmerkingen naar traceerbaarheid van aanpassingen konden hier aangetoond worden. De formele goedkeuring van een aantal procedures dient nog te gebeuren. (AV)**
- **Er werd bij het nieuwe intranet rekening gehouden met de wensen van de gebruikers, wat bv. benut werd bij het installeren van een intuïtieve zoekfunctie. De medewerkers kunnen ook vorming krijgen**

over het gebruik en de mogelijkheden van het intranet. Aan verschillende medewerkers werd tijdens de audit gevraagd om bepaalde procedures te tonen op hun computer, wat telkens vrij vlot lukte. (AV)

5.2 MEDICATIEDISTRIBUTIE

Verbeterpunten 2014

- Medicatie klaar zetten gebeurt op verschillende manieren (overdag of 's nachts, voor 24 of 48u). (AV) Op afdelingen waar de nachtdienst wordt ingevuld door zorgkundigen, gebeurt het klaar zetten van medicatie soms door zorgkundigen. **(NC)** Controle en toediening van medicatie gebeurt door verpleegkundigen. (AV)
- Ongeveer 70% van de medicatie wordt als unitdose afgeleverd. (AV) Er werd medicatie uit blister aangetroffen in de klaargezette medicatie. Andere medicatie zit soms wel nog in een blister, maar is ten gevolge van het verknippen ook niet goed identificeerbaar meer (vervaldatum, naam, lotnummer). **(TK)**

Vaststellingen 2016

- **Het klaarzetten en de controle van de medicatie gebeurt steeds door verpleegkundigen. Het toedienen van de medicatie gebeurt door een verpleegkundige of op 1 afdeling soms door een zorgkundige, onder supervisie van een verpleegkundige. (AV)**
- **Bij nazicht van klaargezette medicatie werd zowel medicatie uit blister aangetroffen als medicatie in blister zonder alle gegevens op de blister. (TK)**

Volgend verbeterpunt blijft bestaan:

- **Bij nazicht van klaargezette medicatie werd zowel medicatie uit blister aangetroffen als medicatie in blister zonder alle gegevens op de blister. (TK)**

Verbeterpunt 2014

- In de medicatiekoelkasten ligt een temperatuurlogger die halfjaarlijks door de apotheek wordt afgelezen. Het personeel kent de procedure inzake temperatuurbewaking onvoldoende. Het is voor de medewerkers (bv. op Heide B) op de afdelingen niet duidelijk of deze logger bij afwijkende temperaturen een alarm geeft en wat zij desgevallend moeten doen. Op andere afdelingen menen medewerkers dat ze de temperatuur dienen af te lezen. Het halfjaarlijks aflezen van de temperatuurlogger is op zich onvoldoende om een probleem qua bewaring tijdig op te merken en te kunnen remediëren. **(TK)**

Vaststellingen 2016

- **De procedure voorziet in een dagelijkse registratie van de koelkasttemperatuur. (AV)**
- **Bij nazicht van de registratie van de temperatuur in de medicatiekoelkast (afdeling Vita) bleek dat de temperatuur niet dagelijks (8 dagen van 19 dagen niet) wordt geregistreerd. (TK)**
- **Op de afdeling Vespera werd de temperatuur dagelijks geregistreerd en werd de technische dienst verwittigd bij overschrijding van de grenswaarden. (AV)**

- Op de afdeling Hemera werd er dagelijks geregistreerd, de grenswaarden en de afspraken bij afwijkende waarden waren duidelijk aangegeven. (AV)

Volgend verbeterpunt blijft bestaan:

- De registratie van de temperatuur in de medicatiekoelkast gebeurt niet op alle afdelingen dagelijks. (TK)

5.3 VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELLEN

Situering 2016

- De praktijk van het afzonderingsbeleid werd op verschillende afdelingen getoetst (Hemera, Vespera, Vita). Hierbij werden 6 afzonderingsregisters gecontroleerd. De infrastructuur van de afzonderingskamers van de afdelingen Vespera en Vita werden gecontroleerd. De infrastructuur van de comfortkamers van de afdelingen Hemera en Vespera werden gecontroleerd. De infrastructuur van de time-out kamers van Vespera werden gecontroleerd.
- Daarnaast werd het afzonderingsbeleid besproken met de kwaliteitscoördinator en de projectleider van het comité agressiebeheersing.
- De forensische afdelingen werden niet bezocht tijdens de opvolgingsaudit.
- Het gehele ziekenhuis werkt met een elektronisch afzonderingsregister geïntegreerd in het EPD.

Verbeterpunt 2014

- Een procedure voor fixatie is niet uitgeschreven. (TK) Bij de doelgroep ouderenpsychiatrie zijn nochtans verschillende fixatiematerialen (los van afzonderingsmaatregelen) in gebruik: voorzettafels, verpleegdeken, broekpak, bedsponden, lendengordel.

Vaststellingen 2016

- Er is hard gewerkt aan de visie en het uitwerken van het thema vrijheidsbeperkende maatregelen. (AV)
Volgende documenten werden opgemaakt en aangeleverd:
 - De beleidstekst vrijheidsbeperkende maatregelen ouderenpsychiatrie
 - Procedure vrijheidsbeperkende maatregelen ouderenpsychiatrie
 - De beleidstekst vrijheidsberovende maatregelen
 - De procedure vrijheidsberovende maatregelen afzonderen
 - De procedure vrijheidsberovende maatregelen fixatie

Het verschil tussen de vrijheidsbeperkende en de vrijheidsberovende maatregelen is enerzijds de doelgroep (o.a. voor de ouderenpsychiatrie) waarop de procedure zich richt en anderzijds de mate van zwaarte van de maatregelen (minst ingrijpende maatregelen).

Zo slaan de vrijheidsbeperkende maatregelen op de minst ingrijpende vormen van vrijheidsberoving en wordt de focus vooral gelegd op de preventieve en mogelijke alternatieven.

Vrijheidsberoving slaat op afzonderen en op fixeren in de afzonderingskamer.

Binnen de ouderenpsychiatrie wordt een onderscheid gemaakt tussen acute en niet-acute situaties. Bij acute situaties kan het behandelende team de veiligheid van de patiënt/omgeving niet garanderen. De situatie vereist een onmiddellijke invoering van een vrijheidsbeperkende maatregel.

Alle andere situaties worden als niet-acuut aanzien en wordt er gewerkt met een stand order. In dit stand order wordt proactief met het multidisciplinair team vastgelegd wat mogelijke alternatieve of vrijheidsbeperkende maatregelen zijn voor situaties waarbij de fysieke veiligheid van die bepaalde patiënt/zijn omgeving bedreigd wordt.

- **De procedures staan op intranet en zijn gekend door de medewerkers. De procedures bevinden zich in de finale fase (laatste opmerkingen voor aanpassing) voor formele goedkeuring. Onderstaand punt beschrijft de procedures en geeft de verbeterpunten weer. (AV)**

Verbeterpunten 2014

- In de afzonderingsprocedure werden volgende verbeterpunten opgemerkt: **(TK)**
 1. De procedure benadrukt onvoldoende de medische verantwoordelijkheid binnen de beslissing tot afzonderen.
 2. Verder dient men het medisch toezicht tijdens afzondering te expliciteren: tijdsspanne waarbinnen de arts de patiënt dient te onderzoeken, de frequentie van evaluatie door de arts in de afzonderingskamer, de frequentie van multidisciplinaire evaluatie samen met de arts, ...
 3. De modaliteiten van toezicht en een minimumfrequentie voor de verschillende modaliteiten (camera/raam van de afzonderingskamer/binnen gaan) ontbreken. Ook dient de opvolging van parameters omschreven te worden.
 4. Verder dient dit specifiek voor het nachtelijk toezicht praktisch omschreven te worden. In de procedure is niets over het toezicht omschreven, wel stelt de procedure dat men steeds met twee personeelsleden dient binnen te gaan in de isolatiekamer. Aangezien er tijdens de nacht slechts één nachtmedewerker op de afdelingen aanwezig is, wordt er 's nachts niet altijd systematisch binnen gegaan in de isolatiekamers.
 5. Volgens de procedure wordt driepuntsfixatie (buikband en voeten) toegelaten. Men stelt dat men bij deze techniek aandachtig moet zijn voor het risico op verhangings. Een fixatietechniek met risico op verhangings kan niet toegelaten worden.
 6. De mogelijke indicaties voor afzondering zijn vaag en breed omschreven: de voorziene codes zijn zeer breed interpreteerbaar. De codes voorzien o.a. verbaal geweld, onverantwoord rookgedrag, provocerend gedrag, reden m.b.t. leefregels, preventief, plaatsgebrek, reden m.b.t. behandelprogramma, potomanie.
 7. Een fixatie-arm beleid zou nog explicieter benadrukt kunnen worden, bv. door indicaties voor fixatie tijdens afzondering te expliciteren.
 8. Het verhoogd toezicht tijdens fixatie is niet omschreven (bv. om de hoeveel uur moet het fixatiemateriaal los gemaakt worden om doorligwonden te voorkomen? Hoe dient men te controleren dat het fixatiemateriaal niet te strak is aangespannen?).
 9. Er is geen gebruiksaanwijzing voorzien voor het fixatiemateriaal.
 10. Er is niets omschreven i.v.m. mogelijkheden qua bezoek tijdens afzondering (bv. familie en ombudspersoon).
 11. We bevelen aan om inde procedure ook aandacht te besteden aan de nabespreking met de patiënten en de beleving van afzondering. **(Aanb)**

Vaststellingen 2016

De nieuw opgemaakte procedures werden doorgelicht.

- **De medische verantwoordelijkheid is geëxpliciteerd. (AV)**

Uit inzage in afzonderingsregisters werd vastgesteld dat de arts onmiddellijk (of zelfs voor de maatregel werd ingesteld) wordt verwittigd. Het tijdstip van verwittiging wordt geregistreerd.

- De nieuwe procedure vermeldt dat de arts binnen de 24 uur de patiënt moet consulteren. Het bezoek van de arts wordt eveneens geregistreerd samen met notities van de arts (1 maal noties van de verpleegkundige in opdracht van de arts).
Uit 5 afzonderingsregister (3 op Vespera en 2 op Vita) blijkt dat het bezoek van de arts gemiddeld 15 uur na het ingaan van de maatregel plaatsvond. (AV)
- De opvolging van parameters wordt voorzien in de procedure en via het afzonderingsregister is er ook een specifieke link hiervoor voorzien. (AV)
Uit dossiercontrole blijken deze gegevens niet steeds in het voorziene luik genoteerd te worden in het EPD. De frequentie werd niet geconcretiseerd in de procedure. 2 van de 3 gecontroleerde afzonderingsregisters had geen parameterregistratie. De verwachtingen omtrent parametercontrole zijn verschillend omschreven in de 2 procedures. (TK)
- De minimumfrequentie voor observaties werd vastgelegd op 30 min. De modaliteiten van toezicht staan standaard vermeld in het afzonderingsregister (camera, binnen in kamer, luiktoezicht). Uit de registratie blijkt dat de gemiddelde observatiefrequenties overdag rond de 30 à 40 minuten liggen. (AV)
's Nachts liggen de frequenties om het uur. De observaties tijdens de nacht gebeuren door de nachtverpleegkundigen. Men merkt dat de afspraken rond observatie tijdens de nacht en de registratie ervan minder consequent worden toegepast dan degene die overdag gebeuren. Bij cameratoezicht overdag wordt zoveel mogelijk in detail geregistreerd, zoals slaapt op rug, heeft deken weggeduwd, slaapt op linkerzijde, tijdens de nacht zijn deze registraties beperkt tot 'slaapt'. Een minimumfrequentie van binnengaan is niet geëxpliciteerd in de procedure. Op 1 afdeling werd 's nachts niet binnengegaan in de afzonderingskamer en werd enkel cameratoezicht uitgevoerd. (TK)
- De driepuntsfixatie (buikband en voeten) met mogelijk risico op verhangings werd verlaten en vervangen door een veiligere diagonale driepuntsfixatie van pols, buikband, voet. (AV)
- Controle van het fixatiemateriaal is opgenomen in de procedure, maar werd verder niet geconcretiseerd. (TK)
- Het fixatiearm beleid is geëxpliciteerd in de visieteksten, gelinkt aan de procedures. De gesprekken met de medewerkers bevestigen het streven naar een fixatiearm beleid. (AV)
- Zowel in de vrijheidsberovende als de vrijheidsbeperkende procedures, wordt standaard verwacht dat de patiënt zich uitkleedt en veiligere kledij aan doet. We bevelen aan te evalueren of deze maatregel standaard dient ingevoerd te worden. (Aanb)
- Bij het nemen van een vrijheidsbeperkende maatregel wordt standaard een gesprek aangegaan met de patiënt (indien mogelijk) en met de familie, op de afdeling Hemera. Er is ook een infobrochure opgemaakt voor de patiënt/de familie die in druk is op het moment van de audit. De maatregel wordt automatisch geagendeerd op de eerstvolgende multidisciplinaire patiëntenbespreking ter evaluatie. (AV)
- Onder de vrijheidsbeperkende maatregelen op Hemera worden ook speciale eendelige pyjama's gebruikt, waar de patiënt zich niet kan uit bevrijden. Er wordt hierbij standaard een luier aangedaan. We bevelen aan te evalueren of het standaard gebruik van een luier noodzakelijk is. (Aanb)

Volgende verbeterpunten blijven bestaan: (TK)

- De procedure dient op een aantal punten (controle fixatiemateriaal, opvolging parameters,) verder geconcretiseerd te worden zodat voor elke medewerker duidelijk is wat, wanneer en hoe dit dient te gebeuren. (TK)
- Afspraken rond toezicht moeten gedetailleerder uitgewerkt worden bv. welke vitale parameters moeten gemeten worden en met welke frequentie, de termijn voor herevaluatie van de maatregel, de indicaties voor fixaties in de praktijk zijn niet altijd patiëntgeoriënteerd (o.a. roepgedrag, uitkleedgedrag, onrust ...). (TK)

- **We bevelen aan te evalueren of het standaard gebruik van luiers bij eendelige pyjama's en het standaard uitkleden met aandoen van veiligere kledij, kan beperkt worden. (Aanb)**

Verbeterpunten 2014

- Er is een garage met automatische deur voorzien aansluitend aan de afzonderingskamers van Lumen waar ambulances met gedwongen opgenomen patiënten rechtstreeks kunnen binnen rijden. In deze hal is ook een gespreksruimte gelegen. **(SP)** Deze toegangspoort wordt nooit gebruikt. Het personeel kan geen reden geven waarom deze poort niet gebruikt wordt. Men gebruikt een toegangsweg met smalle deuren. Deze infrastructuur kan onvoldoende de veiligheid van het personeel waarborgen tijdens het afzonderingsgebeuren. **(TK)** Ook het gesprekslokaal kreeg een nieuwe bestemming (lokaal voor patiëntenbesprekingen).
- In de kamers van de crisisafdeling is onvoldoende toezicht voorzien. **(TK)** Om deze reden worden patiënten soms voor de nacht in een afzonderingskamer ondergebracht zodat men daar via de camera toezicht kan houden.

Vastelling 2016

- **De afdeling Lumen wordt momenteel volledig verbouwd. Er verblijven geen patiënten tijdens de audit. (AV)**

Verbeterpunten 2014

- Volgende infrastructurele tekortkomingen werden opgemerkt in de afzonderingskamers: **(TK)**
 1. Er is in de afzonderingskamers geen oproepsysteem voorzien. Men verwacht dat patiënten kloppen of roepen naar de geluidsopname als ze iets wensen).
 2. De camera die het toezicht op de afzonderingskamers van Lumen moet toelaten geeft een dermate slechte beeldkwaliteit (onscherp) dat toezicht via deze camera eigenlijk niet mogelijk is.

Vaststellingen 2016

- **Alle bezochte afzonderingskamers evenals de comfortkamers, die soms met gesloten deur gebruikt worden, beschikken niet over een oproepsysteem in de kamer. (TK)**
- **Verschillende afzonderingskamers (o.a. 2 op Vita, ...) hebben geen verduistering. (TK)**
- **Niet in alle afzonderingskamers werkten de klokken (o.a. Vespera, Vita). (TK)**

Volgend verbeterpunt blijft bestaan:

- **Alle afzonderingskamers en comfortkamers, die soms met gesloten deur gebruikt worden, dienen te beschikken over een oproepsysteem, mogelijkheid tot verduistering en een functionerende klok. (TK)**

Verbeterpunten 2014

- Geen enkele arts volgde de opleiding DDG (dreigend destructief gedrag) waarbij agressiepreventie, afzondering en fixatie aan bod komen, in 2013. **(TK)** We bevelen aan om voor artsen een specifiek vormingsaanbod rond dit onderwerp te voorzien. **(Aanb)**

Vaststelling 2016

- Sinds 2015 werd de opleiding DDG niet bijgewoond door artsen. **(TK)**

Volgend verbeterpunt blijft bestaan:

- Geen enkele arts volgde de opleiding DDG (dreigend destructief gedrag) waarbij agressiepreventie, afzondering en fixatie aan bod komen. **(TK)**

Verbeterpunten 2014

- Het toezicht op patiënten tijdens afzondering is onvoldoende sluitend georganiseerd. **(NC)**
 1. Uit de notities in het patiëntendossier is niet steeds af te leiden of het toezicht gebeurde via de cameramonitor, visuele controle door het raam of dat werd binnen gegaan in de isolatiekamer.
 2. Er wordt 's nachts niet systematisch bij alle patiënten binnen gegaan in de isolatiekamers (omwille van de nachtelijke bestaffing door één nachtmedewerker op de afdelingen én het gebrek aan omschrijving van de frequentie van het nachtelijk toezicht in de procedure). Bij sommige patiënten wordt 's nachts niet binnen gegaan in de afzonderingskamer, bij andere patiënten is de frequentie van binnen gaan onvoldoende. In het register werden verschillende patiënten in afzondering opgemerkt waarbij gedurende het grootste deel van de nacht (tot 9u) niet kan aangetoond worden of er is binnen gegaan in de afzonderingskamer.
 3. Op sommige afzonderingsfiches was gedurende meerdere uren geen enkele notitie neergeschreven.
 4. Er worden geen parameters gecontroleerd tijdens afzondering (bv. bewustzijn, temperatuur, vochtinname).
 5. Uit de afzonderingsfiche van een patiënt in afzondering op Lumen kon afgeleid worden dat de behandelende arts slechts 24 uur na de start van de afzonderingsmaatregel bij de patiënt in de afzonderingskamer kwam (start afzondering woensdagmiddag rond 12u, bezoek arts donderdagmiddag omstreeks 12u).

Vaststelling 2016

- Alle bovenstaande punten werden reeds besproken elders in dit verslag.

Verbeterpunten 2014

- Men beschikt niet over cijfermateriaal over de gebruikte fixatiemaatregelen bij patiënten in de ouderenpsychiatrie. **(TK)**
- Er worden niet systematisch registratiecijfers uit de afzonderingsregisters verwerkt voor evaluatie van het beleid inzake dwangmaatregelen. **(TK)**
 - Men beschikt over beperkte jaarcijfers inzake afzondering sinds 2012. Voorheen werden enkel cijfers verwerkt van een steekproef gedurende één maand van het jaar. Men heeft in aanloop

- naar de audit voor het eerst de gemiddelde duur van een afzondering in 2013 bekeken en was verrast over de resultaten (de gemiddelde duur van een afzondering is langer dan een dag).
- In het beleidsplan dat in 2003 werd uitgeschreven werden 5 ‘permanente indicatoren’ van het afzonderingsbeleid ontwikkeld voor jaarlijkse opvolging.
 - Van 2008 tot 2012 werden de afzonderingscijfers van de maand oktober jaarlijks besproken op de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid. Verbeteracties o.b.v. deze besprekingen werden niet teruggevonden.
- In 2013 werden geen afzonderingscijfers besproken op het strategisch directiecomité (het strategisch DC nam in 2012 de taken over van de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid). In 2014 werden de afzonderingscijfers van 2013 meegedeeld op het POC, deze werden inhoudelijk niet besproken. Een bespreking op het strategisch DC is nog gepland.
- Beschikbare cijfergegevens werden niet teruggekoppeld naar en besproken met de afdelingen.

Vaststellingen 2016

Het verzamelen, analyseren, verwerken en terugkoppelen van gegevens werd reeds beschreven onder het kwaliteitsbeleid. Er werden verbetermogelijkheden aangegeven voor de gehele coördinatie- en evaluatiecyclus van registratiegegevens.

- **Door afzondering en fixatie te registreren in een elektronisch tool, zijn de gegevens beschikbaar en kunnen zowel globale rapporten als afdelingsrapporten (op vraag van de afdelingen) getrokken worden. Gebruikte fixatie maatregelen worden geregistreerd. (AV)**
- **Niet alle gegevens die nuttig zijn voor bijsturing van het beleid op afdelingsniveau worden benut, hoewel ze beschikbaar zijn in het EPD. (TK)**

Volgend verbeterpunt blijft bestaan

- **Niet alle gegevens die nuttig zijn voor bijsturing van het beleid op afdelingsniveau worden benut, hoewel ze beschikbaar zijn in het EPD. (TK)**

5.4 SUÏCIDEBELEID

Verbeterpunten 2014

- **Er is geen uitgeschreven suïcidepreventieprotocol. Het beleid inzake suïcidepreventie is enkel gericht op de opvang van suïcidepogers (IPEO). (TK)** Er is een ‘stroomdiagram voor de suïcidale patiënt binnen het PC Sint-Jan-Baptist opgemaakt’. Dit document telt één bladzijde, zonder kadering en beschrijft de werkwijze voor afname van IPEO na een suïcidepoging.
- **Er is geen systematiek op het vlak van suïcidepreventie, nog qua inschatting bij of tijdens opname, noch qua verhoogd toezicht, noch qua herevaluatie. (TK)**
 1. **Op alle bezochte afdelingen werd vastgesteld dat niet alle patiënten bij opname systematisch gescreend worden op hun suïciderisico.**
 2. **Uit de verslagen van het medisch team blijkt dat er geen eensgezindheid is onder de artsen over de nood tot risico-inschatting bij elke patiënt.**

3. Er is geen instrument voor screening voorhanden.
4. Er is geen systeem van verhoogd toezicht uitgewerkt dat rekening houdt met het suïciderisico.

Suïcidepreventie focust nu enkel op zorg voor suïcidepogers d.m.v. het (aangepast) IPEO-instrument. **(TK)** IPEO wordt binnen SJB gezien als een instrument voor risico-inschatting, als instrument voor intermenselijk contact, als instrument voor gegevensverzameling en als basis voor wetenschappelijk onderzoek.

Vaststellingen 2016

- **Volgende nieuwe procedures en beleidsdocumenten werden opgemaakt: (AV)**
 - procedure poging tot zelfdoding
 - procedure suïcidepreventie, welke de afspraken vastlegt bij een verhoogd risico
 - procedure suïcidepreventie, welke de afspraken vastlegt na een zelfdoding
- **De doelstelling is dat bij elke opname (of heropname) de patiënt op een eenvormige en eenvoudige manier gescreend wordt op een verhoogd suïciderisico en dit door middel van een vragenlijst in het elektronisch patiëntendossier. De resultaten van deze screening worden volgens de procedure rechtstreeks in het EPD geregistreerd door de artsen. De screenings worden momenteel al door een aantal artsen op verschillende afdelingen uitgevoerd. De implementatie is pas gestart. De officiële startdatum voor deze screenings ziekenhuisbreed is voorzien in juni. (AV)**

Verbeterpunten 2014

- Men beschikt niet over cijfers van het aantal suïcidepogingen voor de voorbije jaren. **(TK)**
- In 2013 werden 8 suïcidepogingen gemeld. Geen enkele van deze incidentmeldingen werd geanalyseerd. **(TK)**

Vaststellingen 2016

- **De cijfers van het aantal suïcidepogingen worden bijgehouden. Volgens de gesprekspartners is wegens de ruime interpretatie van de term suïcidepogingen, een overregistratie mogelijk (o.a. grens tussen zware automutilatie en suïcidepoging). (AV)**
- **Analyses van suïcidepogingen worden besproken op de afdelingen. (AV)**
Er is geen neerslag van deze analyses, waardoor een verbetercyclus op deze incidenten niet systematisch wordt toegepast en/of zichtbaar is, zodat een bron van informatie verloren gaat. **(TK)**
- **Onderstaande cijfers werden reeds verzameld en worden in juni door de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid besproken. Nadien worden deze cijfers aan de artsen en de afdelingshoofden doorgegeven. (AV)**
 - 5 e-forms met een melding van suïcidepoging werden doorgestuurd
 - 6 IPEO's werden ingevuld
 - 30 afzonderingen kregen als reden 'suïcidegevaar'
 - aantal 'screenings suïcidale gedachten' : 25 op de afdelingen ouderenpsychiatrie, 16 op de verslavingszorg, 11 voor de forensische doelgroep. **(AV)**
- **De opleiding suïcidepreventie voor alle medewerkers van het ziekenhuis is zeer degelijk uitgewerkt en voorziet opleidingsmomenten in het voor- en het najaar. Medewerkers dienen zowel de basisvorming als de doelgroepspecifieke opleiding te volgen. (SP)**
- **Naar aanleiding van een suïcidepoging eind 2015 werd een extra sessie georganiseerd door CGG Eclips voor de medewerkers van de betrokken afdeling. (AV)**

Volgend verbeterpunt blijft bestaan:

- **Alle suïcide(pogingen) dienen grondig geanalyseerd te worden. Verslaggeving hiervan dient opgemaakt te worden. De informatie hiervan dient op ziekenhuisniveau structureel benut te worden om zo tot ziekenhuisbrede verbeteracties/afspraken te leiden. (TK)**

5.5 PATIENTENRECHTEN, OMBUDSFUNCTIE EN KLACHTENMANAGEMENT

Verbeterpunten 2014

- Er is een klachtenprocedure. **(AV)**
De inhoud van de klachtenprocedure is voor volgende punten in strijd met de wetgeving: **(NC)**
 - De ombudspersoon bespreekt de klacht met de klager en maakt deze over aan de kwaliteitscoördinator en directieassistent (eventueel in CC aan directie) die de klacht ter bespreking op het directiecomité brengt.
 - De directie bespreekt de klacht en geeft er binnen de 21 dagen een gepast gevolg aan.
 - De ombudspersoon rapporteert schriftelijk de afhandeling van deze klachten aan de directie.
 - Indien de patiënt (of diens familie) niet tevreden is met de regeling, wordt verwezen naar de algemeen directeur.

Ook in de functieomschrijvingen van de directieleden wordt beschreven dat zij verantwoordelijk zijn voor de klachtenbehandeling. De ombudspersoon dient volgens de wetgeving een onafhankelijke en neutrale positie in te nemen tijdens de bemiddelingstaken, d.w.z. zonder inmenging van directieleden, tenzij dit in overleg met de patiënt gebeurt.

In de opnamebrochure krijgt de patiënt helemaal andere informatie over de klachtenprocedure: "Uiteraard blijven het gesprek en de verstrekte gegevens volledig anoniem en vertrouwelijk. De ombudspersoon zal nooit zonder uw toestemming verdere stappen ondernemen."

Vaststellingen 2016

- **De interne klachtenprocedure werd herwerkt en uitgewerkt in een flowchart. (AV)**
- **Bij navraag aan verschillende medewerkers op de werkvloer blijkt dat klachten, enkel op expliciete vraag van de patiënt, worden doorgegeven aan de directie. Dit aspect werd aangepast in de interne klachtenprocedure. (AV)**
- **Bevraging op de werkvloer geeft aan dat klachten geuit aan medewerkers niet worden doorgegeven aan directieleden. Deze klachten worden, zoals de procedure het omschrijft 'indien het hun bevoegdheid te boven gaat', doorgegeven aan de ombudspersoon en/of aan hun afdelingshoofd. (AV)**
- **Bij nazicht in twee functieomschrijvingen van directieleden bleek dat hierin niet meer beschreven staat dat de verantwoordelijkheid van de klachtbehandeling bij hen ligt. (AV)**

Verbeterpunt 2014

- Niet alle medewerkers hebben voldoende kennis over patiëntenrechten. **(TK)** Zo bleek uit gesprekken tijdens de audit bv. dat het voor medewerkers niet helemaal duidelijk is wat de voorwaarden zijn voor

een gedeeld beroepsgeheim. Uit vergaderverslagen komt naar voren dat zorgverleners de modaliteiten van inzage en afschrift van een patiëntendossier niet kennen.

Vaststellingen 2016

- **Uit gesprek blijkt dat de medewerkers (afdeling Hemera) de procedures voor inzage en afschrift van het dossier kennen. Een infotekst omtrent dit thema is voorhanden voor patiënt/familie. (AV)**
- **In het najaar 2015 ging er een vormingsdag door met o.a. workshops voor patiënten en personeel samen rond het thema patiëntenrechten. (AV)**

Verbeterpunten 2014

- **Privacy: (TK)**
 - Urinestaalnames voor toxicologisch onderzoek dienen volgens de procedure op Lumen naakt te gebeuren in een afzonderingskamer. Indien de patiënt niet kan plassen dient hij zolang in de afzonderingskamer te verblijven. **(NC)**.
 - Op Heide B is de privacy in de meerspersoonskamers niet gewaarborgd: er is geen mogelijkheid tot afscherming tussen de verschillende bedden of tussen de verschillende lavabo's.
 - Op verschillende afdelingen kunnen de patiënten enkel in de gang bellen, zonder afdoende auditieve afscherming. Bovendien kunnen zij enkel een buitenummer aanvragen via de receptie, zodat men altijd weet wie de patiënt wil opbellen.
 - Afdeling Heide vermeldt dat er soms overleg is met de familie, ook tegen de wil van de patiënt in. **(NC)**

Vaststellingen 2016

- **Voor een aantal patiënten in de afdeling verslavingszorg dienen de urinestaalnames voor toxicologisch onderzoek nog steeds naakt te gebeuren in een afzonderingskamer, omwille van medisch-diagnostische redenen. (AV)**
- **Op de bezochte afdelingen Vita, Vespera en Hemera is de privacy in de meerspersoonskamers niet gewaarborgd: er is geen mogelijkheid tot afscherming tussen de verschillende bedden of tussen de verschillende lavabo's. Uit gesprek blijkt dat deze infrastructurele aanpassingen (o.a. aankoop gordijnen) werden opgenomen en goedgekeurd in de begroting. (AV)**
- **Bij navraag op de afdelingen Hemera en Vita bleek dat er geen overleg is met de familie als de patiënt dit weigert. (AV) In de behandelingsovereenkomst die door opgenomen patiënten van de afdeling Vita ondertekend moet worden, staat vermeld dat patiënten zich akkoord verklaren dat 'bij ontslag de familie hiervan wordt verwittigd'. Aanbeveling om dit opnieuw te evalueren. (Aanb)**

Volgend verbeterpunt blijft bestaan

- **Aanbeveling om in de behandelingsovereenkomst het akkoord om bij ontslag de familie te verwittigen, te evalueren. (Aanb)**

6 RESULTATEN

6.1 CONTINUÏTEIT VAN ZORG

Verbeterpunten 2014

- Er is heel wat verbetermogelijkheid op het vlak van continuïteit van zorgen: **(TK)**
 - Vanuit het te volgen zorgtraject van een patiënt is het niet verdedigbaar om als psychiatrisch ziekenhuis geen ambulante poliklinische zorg aan te bieden.
 - Het aanbod aan dagtherapie is erg beperkt.
 - Niet voor alle patiënten die op ontslag gaan wordt een ontslagbrief opgemaakt. (dit was al een kwaliteitsthema in 1997-2005, met als conclusie 'bescheiden resultaten, want voor dit thema was niemand warm te krijgen')
 - Er zijn nog onvoldoende afspraken om de doorstroming van gedwongen opgenomen patiënten naar behandelafdelingen in andere ziekenhuizen mogelijk te maken.

Vaststellingen 2016

- Het ziekenhuis heeft gekozen om niet langer patiënten gedwongen op te nemen. (AV)
- Er is een projectplan zorgcontinuïteit opgemaakt voor de periode 2015-2019. Doelstellingen werden opgedeeld in primaire en secundaire doelen en het plan is gefaseerd opgebouwd. De voorziene projectresultaten zijn onderbouwde therapieprogramma's en continuïteit van zorg binnen deze therapeutische programma's. (AV)
- Van bij de opname in de gerontopsychiatrische afdeling, wordt aandacht besteed aan het ontslag. De doorverwijsmodaliteiten zijn bepaald in de beleidstekst en zowel de beleidsarts als andere medewerkers nemen dit van in het begin actief op. De patiënt, en desgevallend de familie, worden hierbij betrokken. (AV)
- De behandelplannen, in de gecontroleerde individuele dossiers, toonden aan dat er voldoende aanbod was aan therapie en activiteiten overdag. (AV)
- Het elektronisch patiëntendossier wordt over het algemeen door alle disciplines gebruikt zodat de informatie steeds vlot beschikbaar is voor andere betrokken zorgverleners. (AV)
- Tijdens de audit werd dieper ingegaan op de opvolging van de tijdigheid van de ontslagbrieven. Omdat de informaticatool nog niet operationeel is, wordt de beschikbaarheid van de ontslagbrieven nogal ambachtelijk gemonitord, met hulp van het secretariaat. De gegevens worden verzameld voor de periode "1 maand na ontslag", wat ruimer is dan 1 week zoals het ziekenhuis zelf heeft afgesproken met de artsen. De resultaten blijken wel te verbeteren in de tijd, maar dit blijft toch nog een knelpunt. De resultaten worden door de hoofdarts benut om terug te koppelen naar de individuele psychiaters, zodat ze kunnen gestimuleerd worden om voor dit aspect performanter te worden. (AV)