



Verslag kwaliteit en audit

| | |
|------------------|--|
| Datum verslag | 06 december 2016 |
| Auteurs | Rinaldo Vereecken, Stafmedewerker kwaliteit / interne audit Johan Jehoul, Stafmedewerker kwaliteit / accreditatie |
| Goedkeuring op | 13 december 2016 |
| Goedkeuring door | Directie |

De laatste jaren heeft het PC Sint-Jan-Baptist grote inspanningen geleverd op het vlak van kwaliteitsvolle zorg. Om een overzicht te bieden van de verschillende acties en initiatieven, werd besloten om vanaf 2017 een overzicht te maken onder de vorm van een kort verslag. Dit document is het eerste exemplaar. De bedoeling is om jaarlijks een update te voorzien.

Een belangrijk vertrekpunt van dit document is de opvolging van de vaststellingen van de opvolgingsaudit van mei 2016. Deze opvolgingsaudit kwam er na de audit van maart 2014. In juni 2016 vroeg de Zorginspectieⁱ onze medewerking bij het opstellen van een nieuw referentiekader voor forensisch-psychiatrische zorg. Tot slot was er op 27 september 2016 een onaangekondigd inspectiebezoek naar aanleiding van een klacht gericht aan het Agentschap Zorg en gezondheid.

Na de audit van 2014 hebben we het verslag grondig bestudeerd en werden een aantal belangrijke beslissingen genomen. De meest ingrijpende verandering werd het (opnieuw) werken met beleidsplannen op afdelingsniveau. Het uitgangspunt was dat het beleidsplan van de afdeling dient gelinkt te zijn aan het algemeen beleidsplan. Daarnaast werd de PDCA-cyclusⁱⁱ bij projecten een verplicht onderdeel. Om dit te kunnen realiseren werd op 22 mei 2015 een beleidsdag voor alle leidinggevenden georganiseerd, zodat de speerpunten van het algemeen beleidsplan konden worden bepaald. Aan de hand van drie workshops werd toelichting gegeven hoe aan de slag te gaan bij het uitschrijven van het beleidsplan, hoe indicatoren uit te werken om het beleid op te volgen en welke de elementen zijn om een zo volledig mogelijk projectplan uit te schrijven om de vastgestelde tekortkomingen te kunnen verbeteren.

*“De aansturing van het zorgbeleid gebeurt op multidisciplinaire wijze, zowel op centraal als op afdelingsniveau. (AV) Enkele voorbeelden tonen dit aan: [...] 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. [...]”
(Auditverslag Zorginspectie 26-05-2016, blz. 9)*

Jaarlijks wordt het beleidsplan opgevolgd via een overleg tussen het ‘kerncomité’ van de doelgroep (of departement) en het ‘directiecomité’ (kortweg KC-DC genoemd). In 2015 werd dit overleg de opstart voor de beleidscyclus 2015-2019. Tijdens het KC-DC van 2016 werd het beleidsplan van de doelgroep (of het departement) overlopen en dienden de leidinggevenden een stand van zaken weer te geven. Daarbij werden systematisch de afspraken van de voorgaande vergadering geëvalueerd en bijgestuurd.



Een belangrijke doelstelling in het beleidsplan is de verdere uitbouw van het elektronisch patiëntendossier. Het EPDⁱⁱⁱ willen we verder gebruiken als hefboom naar goede zorg waar de patiënt partner en eigenaar is van de informatie. Daarnaast is het EPD de bron van informatie om het beleid te kunnen ondersteunen. “Wat er niet in staat kunnen we er niet uithalen” wordt vaak gezegd. We hebben hier nog wat werk aan zoals bleek uit de audit van mei 2016. De projectmedewerker zorg-ICT en de stafmedewerkers van de doelgroepen zijn in overleg met de afdelingen over de wijze waarop het EPD efficiënter kan worden gemaakt. Weg van het disciplinaire en op weg naar het multi-disciplinaire waar de rode draad de zorg is voor de patiënt. We zetten verder in op wetenschappelijke onderbouwing van de zorg zodat we feedback gestuurde zorg leveren aan de hand van routine outcome gestuurde vragenlijsten. Het behandelplan is hierbij de vertaling van de visie en werking van de afdeling. We zijn er nog niet maar de evolutie is merkbaar: van “[...] behandelplannen zijn niet op alle afdelingen systematisch in gebruik [...]” zijn we geëvolueerd naar “[...] nog niet alle luiken van het plan zijn ingevuld [...]”^{iv}.

Om de overdracht tussen de vroegdienst en de laatdienst te verbeteren werd beslist om met ingang van 1 januari 2016 de uurroosters te wijzigen. Voortaan is er tussen de shiftwissel van vroegdienst naar laatdienst standaard 30 minuten tijd ingebouwd voor de overdracht van patiënten gegevens. Het doel is om de communicatie tussen de verschillende ploegen beter te laten verlopen. Op 21 januari 2016 werd een eerste evaluatie gehouden op de afdelingshoofdenvergadering. Als besluit kan gesteld worden dat de meeste afdelingen dit een verbetering vinden maar dat dit toch wat praktische reorganisatie met zich meebrengt. Wordt vervolgd.

De audit van mei 2016 vermeldde een tekortkoming op het vlak van analyse van suïcidepogingen. Om deze op te lossen hebben we zo snel mogelijk actie ondernomen. Vanaf 1 juli 2016 dient de behandelende psychiater bij elke nieuwe opname een screening suïciderisico uit te voeren. Een neerslag moet terug te vinden zijn in het dossier. Een nieuwe beleidstekst en procedure werd uitgeschreven en gecommuniceerd, o.a. via de afdelingshoofdenvergadering van 16 juni 2016. Daarnaast werden verplichte opleidingsmomenten ‘suïcidepreventie’ georganiseerd voor alle medewerkers van de drie doelgroepen. Bert van Luyn^v is als expert betrokken bij de uitbouw van ons suïcidebeleid en gaf op 13 oktober 2016 een uiteenzetting voor de medewerkers van Levanta. Om de gedragenheid en borging op de afdeling te verhogen werd op elke afdeling een referentiepersoon aangesteld. Indien er een suïcidepoging heeft plaats gehad, wordt een melding gemaakt en wordt de IPEO^{vi} gebruikt ter opvolging na de poging. Annick Wittevrongel, projectmedewerkster suïcidepreventie, maakt op basis van deze documenten en een gesprek met de begeleiding een analyse van de suïcidepoging. De terugkoppeling daarvan gebeurt naar het team en op het Comité patiëntveiligheid. Door deze maatregelen hebben we veel sneller aan deze tekortkoming verholpen dan de 18 maanden die ons daarvoor werd gegeven door het auditverslag.

*“Artsen zijn betrokken bij het (kwaliteits)beleid op verschillende niveaus. (AV) Ter illustratie enkele voorbeelden: [...] 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). [...]”
(Auditverslag Zorginspectie 26-05-2016, blz. 15)*



Zoals reeds aangegeven, willen we leren en een goede bron van informatie daarvoor is het EPD. In vakjargon gesproken: we willen sturen op basis van indicatoren. Eén van die indicatoren is 'De implementatie van een suïcidepreventiebeleid', een indicator van VIP²-GGZ^{vii}. De metingen voor het ziekenhuis en de PVT zijn achter de rug. De terugkoppeling hiervan naar de afdelingen is gepland voor januari 2017. Daarnaast worden ook de indicatoren van de Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit^{viii} opgevolgd. We bundelen zelf ook diverse gegevens die we zullen voorleggen aan de medewerkers, o.a. melding medicatiefouten, het aantal agressie incidenten... In deze optiek zijn we een manier aan het uitwerken om data, zoals het aantal afzonderingen, op een efficiënte wijze uit het EPD te halen. Een eerste rapport werd opgemaakt ten behoeve van de evaluatie van het beleid van de afdeling Levanta.

Eind maart 2016 werd de overeenkomst beëindigd om patiënten onder gedwongen statuut op te nemen. De laatste patiënten kregen een nieuwe afdeling eind mei. Op 20 juni 2016 werd Levanta opgestart. Levanta levert pionierswerk door als eerste in Vlaanderen een gespecialiseerde psychiatrische behandeling aan te bieden voor geïnterneerde vrouwen met een high risk- en high securityprofiel. Het is een afdeling in volle evolutie die niet kan terugvallen op ervaring van anderen. Deze werking werd extra uitgedaagd door een onaangekondigde zorginspectie op 27 september 2016, naar aanleiding van een officiële klacht ingediend door een patiënte. Het verslag van deze inspectie toonde aan dat de afdeling conform werkt met de afspraken die in het kader van de veiligheid van de patiënten worden gehanteerd, en die ook zo aan de patiënten proactief worden gecommuniceerd. Uiteraard zullen wij de informatie uit deze inspectie op een positieve manier aanwenden in de verdere ontwikkeling van deze nieuwe afdeling. We zijn blij in dit inspectieverslag de appreciatie te mogen lezen voor het gehanteerde agressie management op deze nieuwe afdeling:

"[...] dat agressie management een belangrijke behandeldoelstelling is binnen de werking op Levanta [...]"
(Auditverslag Zorginspectie 21-10-2016, blz. 19)

Het volledige inspectieverslag en de verzamelde data en cijfers rond afzonderingen en agressie (MOAS^{ix}) worden dan ook gebruikt om de afdelingswerking en het beleid te evalueren en bij te sturen waar nodig is.

Zoals in de inleiding aangegeven, werd om onze medewerking verzocht bij het opstellen van een referentiekader voor forensisch-psychiatrische zorg omdat dit alsnog niet voorhanden is. In juni 2016 kwam de zorginspectie langs om met de medewerkers van de forensische te kijken hoe de zorg georganiseerd wordt. Gesprekken met patiënten werden gevoerd zodat ook zij hun mening konden geven over de ontvangen behandeling. Op deze manier zal een referentiekader uit gewerkt worden waartegen de werking van verschillende forensische-psychiatrische voorzieningen afgezet kunnen worden. Het ontwerpverslag werd besproken met de zorginspectie op 12 december 2016.

Om het kwaliteitsbeleid een boost te kunnen geven heeft de directie in het voorjaar van 2016 beslist om een tweede kwaliteitscoördinator aan te werven. Op 10 oktober 2016 is Johan Jehoul in dienst gekomen. Beide kwaliteitscoördinatoren zullen samenwerken om het volgende verbeterpunt aan te pakken:



*“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 (nvdr: Rinaldo Vereecken volgde deze opleiding aan de Antwerp Management School) 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)”
(Auditverslag Zorginspectie 26-05-2016, blz. 16).*

Vanaf 2017 zal gestart worden met een verbetertraject om alle procedures een update te geven. De voorbereidingen zullen o.a. gebeuren door het comité patiëntveiligheid (dit comité heeft twee neven comités: namelijk ‘medicatiefouten’ en ‘agressiebeheersing’) en goedkeuring op de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid. Alle actuele procedures staan op het intranet.

Er werd reeds gesproken over indicatoren. Samen met Johan Jehoul wordt gekeken op welke wijze de verzamelde cijfers kunnen teruggekoppeld worden naar de medewerkers. Alle afdelingshoofden van het zorgdepartement hebben hun voorstellen tot opvolging van indicatoren voorgelegd. Een overzicht van alle indicatoren is in de maak (tekortkoming te beantwoorden binnen de 18 maanden).

De zorginspectie vroeg om rond vrijheidsbeperkende maatregelen een nieuwe evaluatie te maken van de redenen van afzonderen en om een aantal zaken verder uit te schrijven zoals: controle van

*“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.”
(Auditverslag Zorginspectie 26-05-2016, blz. 27)*

fixatiemateriaal, de op te volgen parameters^x. Andere elementen die ons deden besluiten om alles met betrekking tot vrijheidsbeperkende en -berovende maatregelen opnieuw te evalueren waren het advies van de Hoge Gezondheidsraad^{xi}, en onze verzamelde gegevens en cijfermateriaal Deze omvangrijke opdracht werd toevertrouwd aan Johan Jehoul. In de business case omschrijven we de redenen van dit project als volgt: “[...] we beschouwen de patiënt als volwaardige partner in de zorg en

willen dat ook vertaald zien in de praktijk van het toepassen van vrijheidsbeperkende en –berovende maatregelen. Daarom willen we binnen PC Sint-Jan-Baptist een veralgemeende cultuur instellen waarbij VBBM^{xii} enkel worden gebruikt als instrumenten voor het bevorderen van de verantwoordelijkheid van de patiënt enerzijds en het bewaren van de veiligheid van de patiënt en/of diens omgeving anderzijds [...]”. De VBBM moet ook in overeenstemming zijn met het beleidsplan van het zorg- en medisch departement. Om er voor te zorgen dat medewerkers ondertussen over de juiste informatie beschikken, werd een werkinstructie “afzonderen en fixeren” uitgeschreven door de agressie-beheersingscoaches. De werkinstructie werd goedgekeurd op het comité agressiebeheersing van 1 december 2016 en wordt voorgelegd aan de VAP-leden^{xiii} van 7 december 2016. De VAP-leden zullen op hun beurt de werkinstructie toelichten op hun afdeling. Een korte neerslag van dit alles wordt verwacht en zal besproken worden op het comité agressiebeheersing van maart 2017. De aanpassingen aan de huidige procedure worden voorgelegd aan de zorginspectie. Verder zullen we nagaan hoe we op gepaste wijze kunnen tegemoet komen aan de gevraagde aanpassing: het oproepsysteem in de afzonderingskamer.



Een laatste punt waar we wensen bij stil te staan is het medicatiebeleid. Ook hier werd hard aan gewerkt samen met Charlotte Bauters, ziekenhuisapotheker. Op elke afdeling (tijdens de nacht per gebouw) werd gezorgd dat er een 24 uren verpleegkundige permanentie aanwezig is. Op deze manier kan alle zorg rond medicatie (maar ook wondzorg ed.) correct gebeuren conform de wet. Vaak is het zo dat een verpleegkundige ook bijgestaan wordt door een zorgkundige. Binnen dit proces vermeldt het inspectierapport twee tekortkomingen. De eerste gaat over de identificatie van medicatie. De wet zegt dat medicatie moet identificeerbaar zijn tot aan de mond van de patiënt, echter sommige medicatie is zo verpakt dat we hier niet voor de volle 100% kunnen aan voldoen. Een aantal kleine maatregelen, cf. het referentiekader^{xiv}, werden dan ook geïmplementeerd. September jl. startten we met een interne opvolging die zal verder lopen in de volgende maanden. De tweede tekortkoming gaat over het dagelijks registreren van de temperatuur van de medicatiekoelkasten. Tot nu toe diende een medewerker van de afdeling dit handmatig te doen, waardoor dit soms werd vergeten. Alex Vuylsteke, facilitair directeur, heeft een marktonderzoek gedaan naar systemen voor automatische controle van deze temperaturen en onderschrijft eerstdaags een contract zodat ook deze tekortkoming kan afgevoerd worden.

Wat brengt 2017 voor de dienst kwaliteit?

We willen deze ingeslagen weg blijven bewandelen, hetgeen ook wordt onderstreept door de beslissing van de Raad van Bestuur dat we naar accreditatie zullen toewerken. De beide kwaliteitscoördinatoren zullen het traject coördineren: Johan Jehoul het accreditatietraject op zich en Rinaldo Vereecken de interne audits. Ter voorbereiding van het eigenlijke accreditatietraject wordt eerst werk gemaakt van de verdere opvolging van de tekortkomingen en aanbevelingen van het inspectieverslag, inclusief de borging van de betrokken acties.

Volgende zaken staan al vast op de planning van 2017

- Terugkoppeling naar de medewerkers over de indicatoren van VIP²-GGZ, FRKVA, suicide, afzonderingen...
- Een studienamiddag organiseren rond patiëntenrechten samen met patiënten en medewerkers.
- Het opnieuw evalueren van alle procedures.
- Voorbereiden van het accreditatietraject.
- ...

Tot slot wensen we alle medewerkers te bedanken voor hun inzet en vastberadenheid om onze patiënten terug kansen te geven en te zorgen dat de zorg kwaliteitsvol is.



ⁱ Meer informatie over de Zorginspectie kan u lezen op de website: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/>

ⁱⁱ PDCA = Plan Do Check Act (Deming circle)

ⁱⁱⁱ EPD = Elektronisch patiëntendossier

^{iv} Auditverslag Zorginspectie 26-05-2016, blz. 11

^v De experts Bert van Luyn en Ad Kerkhof schreven samen het boek 'Behandeling van suïcidaal gedrag in de praktijk van de GGZ' Bohn Stafleu van Loghum, 2^{de} herziene druk, 2016

^{vi} IPEO = Instrument voor Psychosociale Evaluatie en Opvang van volwassen suïcidepogers: incidentregistratie (IPEO1) en tool ter ondersteuning van de behandeling (IPEO2)

^{vii} Op de website: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/indicatoren-vip2-ggz-per-domein> kan je alles nalezen over het initiatief VIP²-GGZ

^{viii} Informatie over de indicatoren van de FRKVA kan u nalezen op de website:

<http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan/raden/federale-raad-voor-de-kwaliteit-van-de-verpleegkundige-activiteit>

^{ix} MOAS = Modified Overt Aggression Scale: een agressie gedragsobservatieschaal retrospectief in te vullen

^x Auditverslag Zorginspectie 26-05-2016, blz. 29

^{xi} Hoge Gezondheidsraad. Omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwanginterventies in de geestelijke gezondheidszorg Brussel: HGR; 2016. Advies nr. 9193

^{xii} VBBM = Vrijheidsbeperkende en –berovende Maatregelen

^{xiii} VAP = Verantwoordelijke Agressie Problematiek

^{xiv} Agentschap Zorg & Gezondheid: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/referentiekader-voor-psychiatrische-ziekenhuizen>