



Auditverslag

Psychiatrisch Heilig Hart

leper

Oktober 2013

Inhoud

1	Inleiding	3
1.1	Toepassingsgebieden	3
1.2	Definities	3
1.3	Auditproces	4
1.4	Samenstelling van het auditteam.....	5
1.5	Auditplan	5
2	Situering van de voorziening.....	7
2.1	Contactgegevens	7
2.2	Organogram	7
2.3	Geneesheer – diensthoofd per dienst.....	7
2.4	Gemachtigd geneesheer voor toezicht op gedwongen opname	7
2.5	Erkennings situatie.....	7
2.6	Situering van het ziekenhuis in de regio	8
3	Leiderschap.....	9
3.1	Beleidsorganen	9
3.2	Organisatiestructuur.....	11
4	Beleid en strategie	13
4.1	Beleid	13
4.2	Lerende omgeving	14
5	Middelen	17
5.1	Infrastructuur	17
5.2	Patiëntendossier	18
6	Medewerkers	19
6.1	Personeelsbeleid	19
6.2	Vrijwilligers	20
6.3	Vorming, training en opleiding (VTO)	20
6.4	Bestaffing	21
7	Processen.....	22
7.1	Organisatie van zorg.....	22
7.2	Medicatiebeleid	24
7.3	Vrijheidsbeperkende maatregelen	28
7.4	Agressiebeleid	32
7.5	Suïcidepreventiebeleid	33
7.6	Patiëntenrechten.....	34
8	Resultaten.....	36
8.1	Toegankelijkheid	36
8.2	Informatieverstrekking	36
8.3	Continuïteit van zorgen.....	37
8.4	Patiënt/familiegeoriënteerde zorg	37
8.5	Samenwerking	39

1 Inleiding

In het auditverslag worden de 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 het auditrapport d.m.v. een gemotiveerde reactienota te formuleren.

Facultatief bieden we de mogelijkheid tot een slotbespreking waar de opmerkingen die doorgegeven worden in de reactienota, kunnen toegelicht worden. Deze slotbespreking is gepland op 13 december 2013, in zaal 21.22 om 10 u in het Ellipsgebouw (Koning Albert-II laan 35 te 1030 Brussel).

1.1 Toepassingsgebieden

Tijdens de audit wordt gefocust op kwaliteit van zorg:

- Toetsing van de federale erkenningsnormen;
- Evaluatie van het kwaliteitsbeleid i.f.v. het kwaliteitsdecreet.

De auditoren hanteren een referentiekader dat bekend gemaakt werd aan het ziekenhuis en te vinden is op volgende weblink:

<http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Procedures/Ziekenhuizen/Inspectie-en-audit-van-psihiatrische-ziekenhuizen/>

1.2 Definities

In het auditverslag wordt gebruik gemaakt van vijf soorten vaststellingen:

Algemene vaststellingen (AV)

Deze elementen scoren niet negatief of positief. Ze worden beschouwd als nuttige achtergrondinformatie, bv. om de context te schetsen.

Sterke punten (SP)

Dit zijn punten die de auditoren als een meerwaarde voor het ziekenhuis beschouwen. Het minimaal voldoen aan de normen wordt niet als een meerwaarde beschouwd.

Aanbevelingen (Aanb)

De aanbevelingen zijn niet dwingend en niet gebonden aan normering. Het zijn de adviezen die de auditoren wensen mee te geven om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Non-conformiteiten (NC)

Dit zijn de elementen die volgens het auditteam niet aan de wettelijk bepaalde norm voldoen. Omdat het agentschap Zorg en Gezondheid bevoegd is voor deze regelgeving en de

interpretatie ervan, moeten deze non-conformiteiten worden gelezen als een "voorstel van non-conformiteit". Het agentschap Zorg en Gezondheid kan deze kwalificatie wijzigen.

Tekortkomingen (TK)

Dit zijn net als de non-conformiteiten aspecten waarvoor het ziekenhuis onvoldoende scoort, maar de auditoren baseren zich hiervoor niet op erkenningsnormen. Omdat het agentschap Zorg en Gezondheid bevoegd is voor deze regelgeving en de interpretatie ervan, moeten ook deze tekortkomingen worden gelezen als een "voorstel van tekortkoming". Het agentschap Zorg en Gezondheid kan deze kwalificatie wijzigen.

Het agentschap Zorg en Gezondheid zal op basis van deze informatie de definitieve kwalificatie van de vaststellingen alsook, voor sommige non-conformiteiten, de uiterlijke termijnen bepalen tegen wanneer de voorziening gevolg moet gegeven hebben aan de opmerkingen. Als er geen termijn aan gekoppeld werd, moet de non-conformiteit weggewerkt worden tegen de volgende audit.

Non-conformiteiten en tekortkomingen zullen steeds opgevolgd worden.

1.3 Auditproces

Ter voorbereiding van de audit werd door het ziekenhuis een zelfevaluatie gemaakt aan de hand van zelfevaluatie-instrumenten die door Zorginspectie werden ontwikkeld. Het ziekenhuis heeft zelfevaluaties gemaakt voorvolgende thema's: algemeen beleid, medisch beleid, therapeutisch beleid, cijfergegevens, personeelsbeleid, kwaliteitsbeleid - lerende omgeving, patiëntenrechten en ombudsfunctie, apotheek en PZ-afdelingen.

Daarnaast werden heel wat documenten opgevraagd, bv. als bijlage van de zelfevaluaties. Enkele voorbeelden hiervan zijn visieteksten, vergaderverslagen van beleids- en overlegorganen, procedures, interne reglementen en het kwaliteitshandboek.

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

Tijdens de auditgesprekken werd dieper ingegaan op de informatie die tijdens de voorbereidende fase verkregen werd. Deze informatie was niet enkel afkomstig uit de zelfevaluaties, de aangeleverde documenten en de voorstelling door het ziekenhuis, maar ookbv. uit vorige auditverslagen, uit het bij de overheid ingediende opvolgingsverslag, de website van het ziekenhuis...

Er werden 23 uren interview en rondgang georganiseerd. Tijdens de interviews waren er gesprekken met 4 directieleden, 1 afdelingspsychiater, 4 stafleden, 10 verpleegkundigen waarvan 6 hoofdverpleegkundigen, 1 apotheker, 2 ombudspersonen en 2 patiënten.

Volgende afdelingen werden tijdens de audit bezocht:

- Crisiseenheid
- De Wending 2
- De Wering 2
- De Wissel 1
- De Wissel 2
- De Wijzer 3

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 (medicatievoorschriften, registratiegegevens, inzage in 17 patiëntendossiers, inzage in 7 afzonderingsfiches).

1.4 Samenstelling van het auditteam

Michaela Daelemans	Hoofdauditor
Katleen De Ceulaer	Auditor
Nele Van Cauteren	Auditor
Lindsay Vissenaekens	Observator

1.5 Auditplan

Vrijdag, 11 oktober 2013			
	Dr. Michaela Daelemans	Mevr. Katleen De Ceulaer	Mevr. Nele Van Cauteren
9:00 – 10:00	Toelichting bij het auditproces door de auditoren (15') en korte voorstelling van en door het ziekenhuis		
10:00 – 12:00	Afdelingsbezoek	Afdelingsbezoek	Afdelingsbezoek
12:00 – 13:00	Middagmaal en overleg auditoren (auditoren alleen)		
13:00 – 14:00	Dwangmaatregelen , suicidebeleid, agressiebeleid	Ombudsfunctie	Medicatiebeleid (apothek)
14:00 – 15:00			Afdelingsbezoek Check medicatie in dossiers

Woensdag, 16 oktober 2013		
	Mevr. Nele Van Cauteren	
9:00 – 11:00	Therapeutisch beleid	
11:00 – 13:00	Kwaliteitsbeleid + resultaten van klanten en medewerkers	
Donderdag, 17 oktober 2013		
	Dr. Michaela Daelemans	Mevr. Katleen De Ceulaer
9:00 – 11:00	Afdelingsbezoek	Afdelingsbezoek
11:00 – 13:00	Algemeen beleid	Personeelsbeleid
	Medisch beleid	
13:00 – 14:00	Middagmaal en overleg auditoren (auditoren alleen)	
14:00 – 14:30	Afrondend gesprek (met algemeen directeur of hoofdgeneesheer of verpleegkundig directeur)	

2 Situering van de voorziening

2.1 Contactgegevens

Naam	Psychiatrisch Ziekenhuis Heilig Hart
Adres	Poperingseweg 16
Gemeente	8900 Ieper
Telefoon	057 23 91 11
E-mail	Info@hhi.gzgj.be
Website	www.hhartieper.be
Inrichtende macht	vzw Gezondheidszorg 'BermhertigheidJesu'
Voorzitter Raad van Bestuur	Stan Bernaert

2.2 Organogram

Directiecomité:

Algemeen directeur	Mevr. Cathy Room
Hoofdgeneesheer	Dr. Katrien Verstraete
Directeur patiëntenzorg	Dhr. Ignace Noyez
Personeelsdirecteur	Mevr. Ann Vanraes
Administratief en logistiek directeur	Mevr. Stephanie Rommens

2.3 Geneesheer – diensthoofd per dienst

Er zijn geneesheer-diensthoofden per sector aangesteld.

2.4 Gemachtigd geneesheer voor toezicht op gedwongen opname

Dr. Verstraete

2.5 Erkenningsituatie

Momenteel heeft het ziekenhuis vanwege de Vlaamse overheid een erkenning voor:

A + a	T + t	Tg	Totaal
90 + 30	127 + 60	40	347

- Functie ziekenhuisapotheek

In het kader van artikel 107 zijn 28 bedden (20 T en 8t) buiten gebruik gesteld en ingebracht in het Netwerk GGZ Regio Ieper –Diksmuide.

2.6 Situering van het ziekenhuis in de regio

Het ziekenhuis behandelt patiënten die in hoofdzaak uit de omliggende arrondissementen komen, in de westelijke helft van West-Vlaanderen. Het betreft een hoofdzakelijk landelijke regio, met een gemiddeld genomen armere bevolking dan in de rest van Vlaanderen en met beperktere mogelijkheden op vlak van mobiliteit. Onderzoek wijst uit dat de bevolking in deze regio het moeilijker heeft dan de doorsnee bevolking om tijdig open over problemen te praten. Hiermee gaat een hoog suïcidecijfer in bepaalde gemeenten van onze regio gepaard. Deze kenmerken van de regio beïnvloeden de nood aan zorg op het vlak van geestelijke gezondheid.

Anderzijds is er in de regio een beperkt aanbod aan voorzieningen voor residentiële zorg: slechts één psychiatrisch ziekenhuis, er is geen P.A.A.Z. in Ieper, weinig andere voorzieningen voor dagopvang ...

3 Leiderschap

3.1 Beleidsorganen

- De vzw Gezondheidszorg 'BermhertigheidJesu' beheert naast het psychiatrisch ziekenhuis Heilig Hart te Ieper ook het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw te Brugge en het Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg te Brugge. Het PVT Het Tempelhof wordt als een aparte voorziening beschouwd maar wordt samen met het PZ Heilig Hart aangestuurd, terwijl het PVT Sint-Augustinus samen met het PZ OLV wordt aangestuurd. **(AV)**
- De Raad van Bestuur (RvB) komt maandelijks samen en telt 10 leden (de 3 algemeen directeurs zijn aanwezig, maar zonder stemrecht). Van iedere vergadering wordt grondig verslag gemaakt.
Recent werd een reorganisatiebeweging opgezet op het beheersniveau van de vzw. De samenstelling van de Raad van Bestuur werd vernieuwd en er werden een strategisch comité en een bestuurscomité opgericht. **(AV)**
Momenteel zetelt er niemand in de RvB met medische expertise of met expertise over de hedendaagse klinische psychiatrische praktijkvoering. **(Aanb)**
- Sinds juni 2013 is het bestuurscomité opgericht, een maandelijks overlegorgaan tussen de Raad van Bestuur, de drie algemeen directeurs, de drie hoofdgeneesheren en de algemeen coördinator van de vzw. **(AV)**
- Het directiecomité (DC) vergadert wekelijks en bestaat uit 5 leden: de algemeen directeur en de 4 departementale hoofden, hoofdgeneesheer, de directeur patiëntenzorg, de directeur personeelsdienst en de administratief en logistiek directeur. **(AV)**
- De Kimmelberggroep is een beleidsgroep van artsen, middenkaderleden en directie die zich bezig houdt met het opstellen van missie en visie en het strategisch plan (de versies 2006-2011 en 2012-2017) en de omschrijving van de strategische doelstellingen. **(SP)**
- Er is een nauwe samenwerking binnen het medisch departement en er is een grote betrokkenheid van de artsen bij het beleid van het ziekenhuis: **(SP)**
 - Via de Kimmelberggroep bepalen de artsen mee de toekomstvisie en strategie van het ziekenhuis.
 - Meermaals per jaar vergaderen de hoofdgeneesheren van de verschillende ziekenhuizen binnen de vzw.
 - Er is maandelijks overleg tussen de artsen en de directie.
 - Alle artsen zijn aanwezig op de vergaderingen van het medisch farmaceutisch comité.
 - Alle artsen worden uitgenodigd op de vergaderingen van de medische raad. Ook de hoofdgeneesheer is op de vergaderingen van de medische raad aanwezig.
 - Drie maal per week vergaderen alle artsen samen in de medische staf. Op dit overleg gebeurt de overdracht van patiëntengegevens i.f.v. de wachtdienst, worden opnames en mutaties van patiënten afgewogen, worden casussen besproken en komt medische intervisie aan bod. Eén maal per week zijn de hoofdverpleegkundigen en de maatschappelijk werkers van de opname-afdelingen aanwezig op dit medisch overleg.

We bevelen aan om voor sommige onderwerpen de besprekingen die gebeuren binnen het medisch departement meer te formaliseren in vergaderverslagen. **(Aanb)**

- Er was een traject rond leidinggeven in 2009-2010 dat gevolgd werd door alle leidinggevers, de psychologen en artsen. **(SP)** Dit traject zal in 2014 vervolgd worden.

- De overleg- en beslissingsstructuren in het ziekenhuis zijn zo opgebouwd dat informatie, knelpunten, risico's, afspraken en verbeteracties doorstromen vanuit de werkvloer naar de top evenals in omgekeerde richting. De samenstelling van de verschillende kernteams, comités, raden en dergelijke is gericht op een effectieve communicatie, waarbij verschillende punten door verschillende medewerkers, langs verschillende kanalen opgepikt worden en op het juiste forum behandeld worden. **(SP)**
- Kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid, de 'corebusiness' van het ziekenhuis, worden uitvoerig behandeld op overlegorganen van verschillende niveaus (therapeutische raad, comitékwaliteit en patiëntveiligheid, kernteams, ...) maar deze onderwerpen stromen onvoldoende door naar de hoogste beleidsorganen van het ziekenhuis en krijgen onvoldoende aandacht op de vergaderingen van de Raad van Bestuur en het directiecomité. **(TK)**
Mogelijke initiatieven die hieraan zouden kunnen verhelpen zijn:
 - De boordtabellen waarmee op de Raad van Bestuur gewerkt wordt om de resultaten van de ziekenhuizen te evalueren en die nu voornamelijk activiteitscijfers bevatten, zouden inhoudelijk uitgebreid kunnen worden met de beschikbare indicatoren over kwaliteit van zorg.
 - Een regelmatige uitnodiging van de departementeel directeurs op de vergaderingen van de Raad van Bestuur wanneer zorgaspecten geagendeerd worden.
 - Een regelmatige uitnodiging van sleutelfiguren binnen het ziekenhuis (bv. de apotheker, de ombudspersonen) op de vergaderingen van het directiecomité wanneer specifieke zorgaspecten geagendeerd worden.
 - Het uitbreiden van het aantal indicatoren dat gebruikt wordt om kwaliteit van zorg te monitoren (bv. procesindicatoren die frequentie van directe patiëntcontacten weergeven, frequentie van multidisciplinaire teambesprekingen, ...).
 - Het inzetten op data-analyse om beleidsbeslissingen voor te bereiden en de verschillende scenario's af te wegen (bv. de zorginhoudelijke keuzes voor de toekomst en hun financiële repercussies).

Aanvulling vanuit het ziekenhuis:

Er werden verschillende initiatieven genomen om hieraan tegemoet te komen:

- Op 13/3/2014 werd de directeur patiëntenzorg uitgenodigd op de Raad van Bestuur.
 - Op 20/10/2016 was er een plaatsbezoek van de Raad van Bestuur aan het ziekenhuis met een uitvoerige toelichting van alle departementen, dus ook het medisch en zorgdepartement.
 - De externe en interne ombudspersoon werden uitgenodigd op het directiecomité op 18/10/2016.
 - De kwaliteitscoördinator werd uitgenodigd in het directiecomité in kader van het VIP²-project en het contract kwaliteit en patiëntveiligheid op 24/01/2017.
- Er zijn binnen het ziekenhuis en de vzw verschillende commissies actief inzake ethische aspecten: **(SP)**
 - De vzw reflectiecommissie ethiek overkoepelt de werking op ethisch vlak in de voorzieningen van de vzw Gezondheidszorg 'BermhertigheidJesu': PZ Heilig Hart Ieper, PTC Rustenburg en het PZ Onze-Lieve-Vrouw.
 - Daarnaast heeft elk ziekenhuis een plaatselijke commissie voor ethische begeleiding waarin adviezen over ethische kwesties van de ziekenhuiszorg worden voorbereid, uitgewerkt en opgevolgd.
 - Er is daarnaast in het ziekenhuis een plaatselijke consultatiecommissie die enkel op afroep wordt georganiseerd. Zij wordt samengeroepen voor adviezen bij beslissingen over individuele gevallen inzake ethiek.
 - De commissie voor medische ethiek (of het ethisch comité) heeft als opdracht advies te verlenen over alle protocollen inzake experimenten op mensen. Er is een gemeenschappelijk ethisch comité voor het PZ Heilig Hart en de Sint-Jozefskliniek Pittem. Hiervoor is een samenwerkingsovereenkomst afgesloten.

Daarnaast is er een gemeenschappelijk ethisch comité voor het Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw te Brugge en het Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg.

De commissie voor medische ethiek (of het ethisch comité) voldoet qua samenstelling aan de wettelijke voorwaarden, in de drie andere commissies zetelen directieleden. **(NC)**

Reactie van het ziekenhuis

De ethische werking is binnen de vzw waaronder het ziekenhuis ressorteert op een gelijke manier uitgebouwd. De samenstelling van de wettelijke Commissie Medische Ethiek is conform de wetgeving. De audit reageert op de participatie door de algemeen directeur aan de werkgroepen ethiek. De algemeen directeur is geen lid van de wettelijke commissie ethiek. Hij heeft geen toegang tot de documenten en ontvangt ook geen verslagen van deze commissie.

Reactie van het agentschap zorg en gezondheid:

De bovenstaande NC blijft bestaan. Momenteel wordt de ethische werking binnen de vzw gerevalueerd. Het ziekenhuis moet in een volgende remediëring aantonen wat het resultaat is van deze evaluatie en hoe de ethische werking momenteel wordt georganiseerd. Hierbij moet het ziekenhuis aangeven hoe men voldoet aan de gestelde vereisten (o.a. samenstelling van de Commissie).

Van alle commissies wordt verslaggeving opgemaakt **(AV)**, behalve van de vergaderingen van de plaatselijke consultatiecommissie. **(TK)**

3.2 Organisatiestructuur

- Het organogram is opgebouwd uit een klassieke departementele structuur. **(AV)** Er zijn vier departementen (medisch departement, verpleegkundig therapeutisch departement, departement ondersteunende diensten, personeelsdepartement), met telkens aan het hoofd een directeur. Zij vormen, samen met de algemeen directeur het directiecomité.
- Het ziekenhuis is verder opgesplitst in 4 sectoren (sector verslaving, stemmings-angst- en persoonlijkheidsstoornissen, psychose, en ouderenpsychiatrie). In elke sector is dagbehandeling, volledige hospitalisatie en ambulante nabehandeling mogelijk. Door de bestaande sectorwerking wisselen de betrokken kernteams binnen eenzelfde sector informatie uit over hun werking en een aantal gemeenschappelijke thema's, zodat de therapeutische visie binnen een sector ontwikkelt tot een eenduidig geheel. 3 van de 4 sectoren beschikken over een sectorbeleidsplan. De sectorcoördinatoren (duo's van sectorarts en middenkader) begeleiden de afdelingen binnen een sector bij de keuze van hun verbeterprojecten/doelstellingen. Sommige van deze verbeterdoelstellingen worden herhaald in het sectorbeleidsplan, maar hier is ook plaats voor andere sectordoelstellingen (bv; samenwerken over de afdelingen heen...)**(AV)**
- Resultierend uit deze organisatiestructuur werkt het ziekenhuis enerzijds met multidisciplinaire teams rond specifieke doelgroepen. Anderzijds wordt gewerkt met diverse disciplines ondergebracht in therapeutische diensten. Therapeuten uit deze diverse disciplines/diensten worden voor hun specifieke patiënten ingezet bij de multidisciplinaire teams op afdelingsniveau. De psychologen zijn vast toegewezen aan de multidisciplinaire teams. **(AV)**
- Er is geen afzonderlijk therapeutisch directeur. De directeur patiëntenzorg geeft leiding aan verpleegkundigen en therapeutische medewerkers. Het psychotherapeutisch beleid wordt door het directiecomité, de artsen, de therapeutische raaden de middenkaders gestuurd. Op dit niveau worden de missie en de visie en de strategische doelen voor het ziekenhuis ontwikkeld, evenals het jaarlijkse of tweejaarlijkse plan met operationele doelen. De therapeutische raad (waarin o. a. de algemeen directeur, de hoofdgeneesheer en de directeur patiëntenzorg zetelen) komt tweewekelijks samen, waarbij de nadruk ligt op de inhoud van het therapeutisch aanbod door de interdisciplinaire teams. **(AV)**

- De inhoudelijke aansturing van het multidisciplinaire team rond de patiënten ligt bij het kernteam van de afdeling. Een kernteam bestaat uit de kernpsychiater, de hoofdverpleegkundige, de kernpsycholoog en het aansturendemiddenkaderlid van de afdeling. **(AV)**

4 Beleid en strategie

4.1 Beleid

- In 2001 werd een opdrachtsverklaring voor het PZ Heilig Hart uitgeschreven, de missie en visie werden in 2006 opgesteld en in 2012 geactualiseerd. In 2011 werden meerdere analyses uitgewerkt door de directie en de Kemmelberggroep (SWOT, behoefteanalyse, omgevingsanalyse). In 2012 werd een nieuw 'Strategisch plan 2012-2017' opgesteld, als vervolg op het 'Strategisch plan van 2006-2011'. **(AV)** Er werden 7 strategische doelstellingen bepaald, die per werkjaar worden uitgewerkt in operationele doelen. **(SP)**
- Naast de beleidsplannen op ziekenhuisniveau worden er op afdelings- en dienstniveau jaarbeleidsplannen opgemaakt. Deze worden telkens gelinkt aan een strategische doelstelling. Dit gebeurt in alle afdelingen en diensten binnen het departement patiëntenzorg. Vanaf werkjaar 2014-2015 zal dit ook op alle andere afdelingen endiensten binnen het ziekenhuis worden opgemaakt. **(AV)**
Er wordt eenzelfde sjabloon gebruikt voor deze beleidsplannen. Deze sjablonen volgen de PDCA-cyclus en ondersteunen het 'smart-principe'. **(SP)**
- De cirkel van de beleidscyclus zou helemaal kunnen rond zijn door het ziekenhuisjaarverslag inhoudelijk te linken met het strategisch plan en een evaluatie van de strategische doelstellingen. **(Aanb)**

Therapeutisch beleid

- Het ziekenhuis profileert zich voornamelijk als een gedragstherapeutische georiënteerde organisatie. **(AV)** Dit vindt zijn weerslag in de selectie van medewerkers, in de vorming die aangeboden wordt en in de werkmodellen die gehanteerd worden. Alle psychiaters en psychologen hebben een bijkomende psychotherapeutische scholing gevolgd. Het gedragstherapeutisch kader is echter geen exclusieve keuze. Er is een duidelijke inbreng en invloed vanuit andere kaders die aanvullend kunnen werken (o.a. systeemgeoriënteerde visie, cliëntgerichte visie, inzet psychoanalytisch geschoolde psycholoog, ...). **(SP)**
- In het ziekenhuis zijn volgende therapeutische diensten actief: ergotherapeutisch centrum 1 en 2, psychomotorische therapie, dienst maatschappelijk werk, de psychologische dienst, intern activiteitencentrum en de dienst vrije tijd. Elke therapeutische dienst wordt geleid door een diensthoofd. De aansturing van de diverse therapeutische diensten en hun diensthoofden gebeurt door een middenkader patiëntenzorg. **(AV)**
 - Elke therapeutische dienst staat in voor inhoudelijke verdieping, up-to-date houden van de eigen vak expertise en beschikt over uitgebreide visieteksten.
 - De flexibele inzet van de therapeuten over de verschillende afdelingen/doelgroepen met elk hun afdelingsspecifieke aanpak vormt tegelijkertijd een belangrijke input voor de verdere inhoudelijke uitwerking en afstemming binnen elke therapeutische dienst (waar de verschillen in werking over de afdelingen besproken worden). **(SP)**
 - Niettegenstaande de onderbouwde visieteksten van elke therapeutische dienst op zich, en een aantal afdelingen afdelingsvisies hebben uitgewerkt, zou het een meerwaarde kunnen zijn de ziekenhuisbrede therapeutische visie concreter te omschrijven via een aantal kernwaarden en/of basisprincipes. **(Aanb)**
- Er is veel aandacht voor een hedendaagse psychodiagnostiek. **(SP)**
 - Het beleid rond psychodiagnostiek werd ontwikkeld door de werkgroep psychodiagnostiek. De voorstellen worden op regelmatige basis besproken met de psychologische dienst en de artsen. De directie ondersteunt de voorstellen. Dit beleid biedt een globaal kader voor het ziekenhuis.

- Per afdeling wordt in het kernteam vastgelegd hoe de psychodiagnostiek verloopt en welk testonderzoek van specifiek belang is bij de betrokken doelgroep.
 - Er is heel wat aandacht voor de competentieverwerving op vlak van de psychodiagnostiek.
 - Er is voldoende aanbod van psychodiagnostisch materiaal, wat tevens systematisch up-to-date gehouden wordt.
- Er is veel aandacht voor de toetsing van de hulpverleningsmethodieken aan de hand van recente wetenschappelijke inzichten en richtlijnen. Het ziekenhuis neemt vaak deel aan onderzoeken samen met universiteiten en andere partners. **(SP)**
 - Eén van de psychologen is deeltijds wetenschappelijk coördinator.
 - De ECT-procedure is opgesteld o.b.v. good-practicerichtlijnen. De verschillende indicaties voor ECT en de voorgaande therapeutische stappen zijn hierin beschreven.
 - In het medisch farmaceutisch comité gebeurde een toetsing van de farmacotherapie aan richtlijnen (bv. de farmacotherapie bij stoornissen in alcoholgebruik, de farmacotherapie volgens de richtlijn “Bipolaire Stoornissen”, de farmacotherapie voor ‘rapidcycling’ bij bipolaire stoornissen).
 - De resultaten van toetsing worden besproken in de kernteams en er worden binnen de beleidsplannen van de afdelingen jaarlijks specifieke items geselecteerd en verder uitgewerkt.
 - De afdelingswerking van meerdere afdelingen is afgestemd op richtlijnen (bv. laag EE-niveau, geen dwang).

4.2 Lerende omgeving

Beleid

- Het kwaliteitsbeleid maakt integraal deel uit van het algemeen beleid van het ziekenhuis. Kwaliteit wil men bereiken door middel van een consistent en resultaatgericht beleid. In een cultuur waarbij elke medewerker op een methodische wijze verantwoordelijkheid draagt voor beleidsprocessen en beleidsresultaten (kernwoorden hierin zijn o.a. SMART, PDCA, strategische doelstellingen, operationele doelstellingen, afdelingsbeleidsplannen, ...). Het ziekenhuis beschikt over een comité kwaliteit en patiëntveiligheid en een kwaliteitscoördinator, waar de thema's rond kwaliteit samenkomen en welke faciliterend werkt voor de uitvoering van de verschillende kwaliteit verbeterende projecten. **(AV)**
- Er werden heel wat vormingen (intern en extern) voorzien over kwaliteitssystemen, leiderschapstraject en doelgericht werken. De artsen werden betrokken bij deze vormingen.
Het ziekenhuis zet naast vorming, sterk in op de coachende rol van de middenkaders naar de hoofdverpleegkundigen toe. Waarbij in de dagdagelijkse werking en overlegstructuren steeds de reflex gemaakt wordt om SMART en doelgericht te communiceren en overleggen. **(AV)**
- Meerdere werkgroepen met medewerkers vanop de werkvloer zetten verbetertrajecten op rond bepaalde thema's. Op deze manier zijn de voorbije jaren tal van onderwerpen inhoudelijk stevig uitgewerkt. **(SP)** Voorbeelden hiervan zijn de werkgroep medicatiedistributie, de werkgroep suïcidepreventie, de werkgroep zorg voor zorgenden...

Processen

- In het kwaliteitshandboek worden volgende verbeteracties gekozen onder de 4 domeinen:
 - Klinische performantie: ontslagmanagement, geneesmiddelendistributie, crisisinterventie (EHBO), incidentenregistratie
 - Operationele performantie: maaltijdtevredenheid, onthaal bij opname en mutatie.

- Voor de evaluatie door de gebruikers en door de medewerkers worden op basis van interviews en tevredenheidsmetingen verschillende verbeteracties ondernomen.

De verbeterprojecten in kader van het kwaliteitsdecreet worden kwaliteitsthema's genoemd en hebben elk een thema eigenaar, al dan niet met een werkgroep.

Op het comité kwaliteit en patiëntveiligheid worden de thema's opgevolgd en aangepast indien nodig. **(AV)**

- In het ziekenhuis wordt gewerkt met beleidsplannen. Sinds 2012 met een opsplitsing in 2 grote thema's/punten. Enerzijds de verbeteracties geselecteerd onder het punt 'werking' anderzijds de verbeteracties geselecteerd onder het punt 'HRM'. Het kernteam selecteert eigen verbeteracties. Het middenkaderlid patiëntenzorg zorgt voor de afstemming tussen de afdelingen met het beleid en ziekenhuisbrede onderwerpen en knelpunten. De therapeutische raad bekrachtigt de geselecteerde verbeteracties onder het punt 'werking'. De verbeteracties onder het punt HRM worden door de personeelsdienst bekrachtigd. De opvolging van de verbeteracties en de (tussentijdse/eind)evaluaties zijn strikt vast gelegd. **(SP)**

- Er is een incidentenregistratiesysteem in het ziekenhuis sinds 2006. In 2013 werd de registratie geïntegreerd in het elektronisch patiëntendossier. Volgende vaststellingen werden gemaakt: **(AV)**

- Er is jaarlijks een terugkoppeling op ziekenhuisniveau van het aantal incidenten per categorie aan de diensthoofdenvergadering, de artsen en het CPBW. Een feedbackrapport wordt eveneens op intranet geplaatst en is door alle medewerkers te raadplegen.
- Op afdelingsniveau wordt een rapport opgemaakt van het aantal meldingen per categorie van de voorbije jaren. Ook hiervan is een versie op intranet raadpleegbaar.
- Er is een visienota opgemaakt rond de opvolging van incidenten. De afspraak hierin is dat het middenkader van de melder het incident opvolgt.

Er is een cultuur van veilig melden gegroeid, er worden veel incidenten gemeld en medewerkers bespreken incidenten in de teams op zoek naar verbeteracties. **(SP)**

Volgende verbetermogelijkheden werden vastgesteld en vragen om duidelijkere afspraken/opvolging: **(TK)**

- Het is niet duidelijk omschreven welke incidenten een diepgaandere analyse vereisen en welke niet.
- De diepgaandere analyses (via de PRISMA-methodiek) gebeuren door het betrokken team (waar het incident is voorgevallen) of door de kwaliteitscoördinator samen met de betrokkenen. Bij sommige incidenten is het een meerwaarde om de analyse samen te doen met niet-betrokkenen.
- Er zijn niet steeds inhoudelijk experts betrokken bij de incidentenanalyses.
- Er is onvoldoende overzicht op de uitgevoerde verbeteracties. De kwaliteitscoördinator krijgt bv. geen verslag van de incidentenanalyses. Momenteel is het gehele proces sterk teamgericht van opstart tot uitvoering van de verbeteracties.

Aanvulling van het ziekenhuis: In de procedure omtrent het melden en opvolgen van incidenten zijn afspraken toegevoegd omtrent het analyseren van incidenten:

- Indicaties om incidenten te analyseren (op vraag van de melder of op vraag van de coördinator).
- Het is een voorwaarde dat een inhoudelijk expert betrokken is bij de analyse.
- Het verslag van de analyse wordt bezorgd aan de kwaliteitscoördinator en toegevoegd aan het incidentmeldsysteem.

Het software bedrijf gaat het systeem voorzien van registratie-linken naar de uitgevoerde verbeteracties, hierdoor zal een ziekenhuisbreed overzicht verkregen worden. **(AV)**

- Tijdens de audit werden heel wat goede en vooruitstrevende voorbeelden met betrekking tot de aanpak, de werking en internuitgewerkte vormen opgemerkt op verschillende afdelingen. Tegelijkertijd werd ook vastgesteld dat niet elke afdeling (vooral tussen de verschillende sectoren) even goed weet welke 'best practices' er zijn binnen het ziekenhuis. We bevelen aan er over te waken dat 'best practices' niet verloren gaan en er een intern systeem uitgewerkt wordt om efficiënter van elkaar te kunnen leren. **(Aanb)**

Resultaten

- Met betrekking tot de noden en verwachtingen van patiënten maakt het ziekenhuis gebruik van exitformulieren en focusgroepsinterviews met patiënten en met familie. Ook de dagopener of de patiëntenvergadering op afdelingsniveau levert bruikbare informatie op. **(AV)** Sommige afdelingen hebben eigen tevredenheidsbevragingen over het therapiepakket (bv. evaluatie groepspakket De Wending 2). **(SP)**
De verkregen informatie wordt teruggekoppeld naar de afdelingen, welke verbeteracties dienen op te starten en terug te koppelen aan de kwaliteitscoördinator. Verbeteracties van 2011 zijn o.a. continuïteitsregels, meer avondactiviteiten aanbieden, nieuwe matrassen, ... **(AV)**
- De noden en verwachtingen van de medewerkers (medewerkers en artsen) worden nagegaan via meerdere kanalen: **(SP)**
 - In 2007 Delta
 - In 2012 Bing Research
 - In 2013 een engagementsbevraging (er was 80% respons op deze bevraging over medewerkerstevredenheid)

De verkregen informatie van de engagementsbevraging wordt momenteel teruggekoppeld naar de afdelingen. Verbeteracties dienen nog geselecteerd en opgestart te worden. Verbeteracties op basis van de Delta bevraging werden opgestart op verschillende niveaus (afdelings-, team- en ziekenhuisniveau) en zijn o.a.: functiecompetentiekaarten, personeelsvoordelen, conflicthantering, ... **(AV)**

5 Middelen

5.1 Infrastructuur

- Het psychiatrisch ziekenhuis heeft een brandveiligheidsverslag van de brandweer (28/11/2012) en een attest over de brandveiligheid van de burgemeester (29/11/2012). **(AV)**
- Het ziekenhuis ligt op een groot domein vlakbij het treinstation. Het bestaat uit meerdere gebouwen die verspreid zijn over een uitgestrekt domein. **(AV)**

Volgende sterke punten qua infrastructuur werden opgemerkt: **(SP)**

- Alle afdelingen zijn afgestemd op het concept van leefgroepen. De leefgroepen beschikken over een ruime eet/activiteitenruimte, een ingerichte keuken en een zit- en TV-ruimte.
- De afdelingen in de nieuwbouwvleugels zijn voorzien van alle modern comfort (bv. ruimte, licht).
- Het ziekenhuis is voorzien van vele mooie en beschutte binnen tuintjes en terrasjes. De meeste afdelingen beschikken over een eigen tuin. De crisiseenheid heeft een grote afgesloten tuin.
- Er is in het ziekenhuis allerlei sportaccommodatie (grote sportzaal, grote turnzaal en een fitnessruimte).
- Het merendeel van de kamers zijn eenpersoonskamers met individueel sanitair. Sommige afdelingen hebben uitsluitend eenpersoonskamers (bv. de crisiseenheid, De Wissel 1 en 2), wat een meerwaarde biedt op het vlak van privacy en conflictpreventie.
- De tweepersoonskamers zijn ruim.
- Er wordt op sommige afdelingen maximaal rekening gehouden met privacy. De slaapruidtes van elke patiënt bevinden zich tegenover elkaar, met ertussen een tussenschot. Elke patiënt heeft er een aparte sanitaire cel bestaande uit een douche, lavabo en toilet.
- Door de goede spreiding van afdelingen en de uitgestrektheid van het domein ervaart men een zekere rust en kalmte.

De verpleegafdelingen vertonen een aantal infrastructurale tekortkomingen: **(TK)**

- Op de afdeling crisiseenheid heeft men vanuit de verpleegpost geen overzicht op het gebeuren in de afdeling. Het raam van de verpleegpost kijkt uit op de gang van de afdeling De Wending 3. Er is vanuit de verpleegpost zicht op de circulatiegang en op gang daglokalen, maar niet op de gang naar de patiëntenkamers.
- Het hanteren van de tillift in de kleine slaapkamers op De Wering 2 is moeilijk.
- De patiëntenkamers zijn niet volledig afgestemd op rolstoelgebruikers. We bevelen aan te voorzien in kantelbare spiegels daar waar patiënten in een rolstoel zitten.
- Op de afdeling (De Wissel 2) was het op moment van inspectie niet warm in de eetruimte en de TV-ruimte. Uit bespreking blijkt dat er in de winter een verwarmingsprobleem is op deze afdeling.
- Op de opname-afdeling De Wending 2 is de centrale trap een infrastructureel risico.
- De spreekkamers in het prefabgedeelte van CE zijn onvoldoende geluidsgeïsoleerd. Dit kan een knelpunt betekenen op het vlak van privacy.
- De badkamer met douche van CE kan onvoldoende verlucht worden, er zijn schimmelplekken op de muren en er hangt een muffe geur.

Reactie van het ziekenhuis:

Alle infrastructurale tekortkomingen werden opgelost.

Op de afdeling crisiseenheid is een camera geplaatst die toezicht vanuit de verpleegpost op de gang van de patiëntenkamers garandeert.

Reactie van het agentschap zorg en gezondheid (16/09/2016):

NC is geschrappt.

- We bevelen aan om een algemene risicoanalyse uit te voeren van de veiligheid van de infrastructuur. Op deze manier is er een overzicht van risico's en kunnen prioriteiten bepaald worden inzake risicobeperking. **(Aanb)** Er werden tijdens de bezoeken verschillende infrastructuurkenmerken gezien die in het kader van suïcidepreventie een risico kunnen inhouden (verhangingsmogelijkheid aan klinken, de handdoekstang in de badkamer, het kader van de douchecel,...). Op andere afdelingen werd de infrastructuur afgestemd op risicoverlaging.

5.2 Patiëntendossier

- Er wordt in het ziekenhuis gebruik gemaakt van een multidisciplinair elektronisch patiëntendossier. Het ziekenhuis was betrokken bij het ontwerp van dit elektronisch dossierpakket (OBASI®). In een overzichtsblad heeft elk multidisciplinair teamlid onmiddellijk zicht op de belangrijkste informatie (vrijheden, suïciderisico, ...). Het dossier is een continuüm bij transferts tijdens een opname. Het patiëntendossier is gelinkt met andere applicaties (medicatiepakket, incidentenregistratie, afzonderingsregistratie) en al deze informatie is geïntegreerd op patiënteniveau. Dit dossiersysteem laat toe dat elke discipline zijn bevindingen en doelstellingen op een gestructureerde wijze kan invoeren in het unieke elektronische dossier van de patiënt. Nagenoeg alle notities worden interdisciplinair gedeeld en zijn door alle behandelaars van de patiënt te consulteren. Deze informatisering ondersteunt de multidisciplinaire samenwerking en bevordert de kwaliteit van zorg. **(SP)**
- De beveiliging van het elektronisch patiëntendossier is geregeld door de omschrijving van de toegang voor alle groepen betrokken medewerkers. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen lees- en schrijfrechten. Elke discipline van het multidisciplinaire team heeft toegang tot het elektronisch patiëntendossier. **(AV)**

6 Medewerkers

6.1 Personeelsbeleid

- In het ziekenhuis werken 5 psychiaters, een ASO, een omnipracticus (30u) en een internist (4u). Daarnaast zijn er een oogarts en een tandarts als consulterend arts verbonden. **(AV)**
 - In 2012 waren 166,75 VTE medewerkers actief als zorg- en continuïteitspersoneel. Het therapeutisch personeel in 2012 betreft 62,16 VTE. Dit maakt dat er 228,91 VTE medewerkers actief zijn in het departement patiëntenzorg. **(AV)**
 - Voor het zorg- en continuïteitspersoneel is een functie- en competentieprofiel uitgeschreven met benoeming van de specifieke verantwoordelijkheden voor verpleegkundigen, zorgkundigen, hoofdverpleegkundigen en de adjunct hoofdverpleegkundigen. **(AV)**
 - In dit ziekenhuis gaat er veel aandacht naar intervisie. Op 4 van de 11 afdelingen wordt intervisie formeel ingevuld. **(SP)** Met formeel wordt bedoeld, volgens een vastgelegde frequentie, vertrekkend vanuit de nood van deelnemers waarbij de focus op competentieontwikkeling ligt. De andere 7 afdelingen vullen intervisie eerder in als werkvergadering of interne vorming. **(AV)**
 - Volgens de interne afspraken van het ziekenhuis moet om de twee jaar met alle medewerkers (ook van de ondersteunende diensten) functioneringsgesprekken gevoerd worden. Met de artsen gebeuren functioneringsgesprekken door de hoofdgeneesheer. **(AV)**
 - Functioneringsgesprekken tussen medewerkers en leidinggevende gaan per 2 jaar door. Enkele afdelingen halen de 100% niet (2011-2012) omwille van specifieke redenen (bv. ziekte, zwangerschap). **(AV)**
 - Het PZ beschikt over een mobiele equipe van verpleegkundigen (voor dag en nacht) en een mobiele equipe van therapeuten. **(SP)**
 - In 2012 werden er 10 jobstudenten te werk gesteld tijdens de maanden juli, augustus en september. Deze studenten volgen een opleiding in de sociale- en gezondheidssector. Het ziekenhuis promoten als toekomstige werkgever is één van de doelstellingen van het werken met jobstudenten. Jobstudenten worden ingezet voor:
 - Ondersteuning bij langdurige minimumbezetting
 - De continuïteit van therapieën te waarborgen
 - Uitvoeren van kleine zorgtaken
 - Patiënten begeleiden naar therapie
- De jobstudenten worden aangestuurd door de hoofdverpleegkundigen van de desbetreffende afdeling. De personeelsdirecteur doet de aanwervingen. **(AV)**
- De werkgroep 'zorg voor zorgenden', bestaat uit referentieverpleegkundigen/therapeuten van elke afdeling/dienst binnen het ziekenhuis en een voorzitter. De referentieverpleegkundige/therapeuten waarop beroep kan gedaan worden na een incident is niet de referentieverpleegkundige van de betrokken afdeling. Deze manier van werken laat toe dat de referentieverpleegkundige van 'zorg voor zorgenden' objectief en ondersteunend kan werken na een incident op zijn/haar toegewezen afdelingen/diensten. Zorg voor zorgenden staat open voor elk betrokken personeelslid na een incident. De referentieverpleegkundigen/therapeuten hebben hiervoor een specifieke vorming

gevolgd. Aan de leidinggevende en middenkaders werd gedurende een halve dag opleiding gegeven over de opvang van collega's na een ingrijpende gebeurtenis. De voorzitter van de werkgroep zorg voor zorgenden volgt de incidentmeldingen op van het gehele ziekenhuis. Op deze manier is er een lid van de werkgroep zorg voor zorgenden die continu zicht heeft op mogelijke noden. **(SP)**

6.2 Vrijwilligers

- In het PZ zijn 7 vrijwilligers actief. Het PZ beschikt over een visietekst 'vrijwilligers'. In deze tekst zijn volgende onderwerpen opgenomen: **(AV)**
 - Waarom in PZ H. Hart met vrijwilligers werken?
 - Soort vrijwilligerswerk en taakafbakening
 - Werving van vrijwilligers
 - Selectie van vrijwilligers
 - Introductie van vrijwilligers
 - Rechtspositie
 - Begeleiding en scholing van vrijwilligersSommige vrijwilligers worden als buddy ingeschakeld. Hiervoor bestaat een afsprakennota. Wanneer er sprake is van buddysysteem wordt er een begeleidende verpleegkundige aangeduid. **(AV)**
- De aansturing van de vrijwilligers gebeurt door de coördinator vrijwilligerswerk. Naast coördinator vrijwilligerswerk werkt deze medewerker ook voor de dienst vrije tijd (DVT). In haar taak als coördinator vrijwilligerswerk is de personeelsdirecteur haar leidinggevende. Dit wordt niet vermeld in het organogram. **(Aanb)**

6.3 Vorming, training en opleiding (VTO)

- VTO-beleid bestaat o.a. uit: **(AV)**
 - Voor nieuwe medewerkers is er een algemeen opleidingstraject voorzien (6 dagen). Deze basisopleiding bestaat uit: bejegening en begeleiding, beroepsgeheim en discretieplicht, het rehabilitatie denken, gedragstherapeutische interventies, preventief omgaan met agressief gedrag en informatica-opleiding. Daarnaast werkt men ook met meter- en peterschap op afdelingsniveau, waarbij het de bedoeling is dat een vaste medewerker met jarenlange ervaring een nieuwe medewerker opleidt en superviseert.
 - Het PZ beschikt over een procedure vormingsbeleid.
 - Per medewerker beschikt men over vormingsfiches die een overzicht geven van de interne en externe vormingen.
 - De directie ondersteunt op verschillende manieren medewerkers (financiële tussenkomst, faciliteiten qua tijdsbesteding,...) die langdurige externe opleidingen volgen.
- Jaarlijks krijgt de hoofdverpleegkundige van elke afdeling een vormingsrapport met feedback van het afgelopen jaar. Het ziekenhuis verwacht dat de hoofdverpleegkundige personen die geen of weinig vorming volgen hierover aanspreekt. **(AV)**
- Het ziekenhuis investeert in de therapieopleidingen voor psychologen. Het ziekenhuis stelt de psychologen vrij voor 75%, een eigen inbreng van 25% wordt van de psychologen zelf gevraagd. De meeste therapeuten en heel wat artsen hebben een therapeutische opleiding genoten. **(SP)**

6.4 Bestaffing

- De nachtelijke bestaffing is onvoldoende om de veiligheid van patiënten en personeel te garanderen. **(NC)**
 - Op de crisiseenheid, een afdeling met een afzonderingscomplex met 4 afzonderingskamers, is er 's nachts niet steeds een verpleegkundige aanwezig.
Er is één verpleegkundige nachtdienst voor de crisiseenheid (plaats voor 10 patiënten) en de afdeling De Wending 3 (plaats voor 20 patiënten) samen. Op sommige momenten, als de nachtverpleegkundige op de afdeling De Wending 3 is, is er geen verpleegkundig toezicht op de crisiseenheid. Verder is een degelijk toezicht op de afgezonderde patiënten van CE met deze bestaffing onmogelijk.
 - Op de afdeling De Wending 3 is het overgrote deel van de nacht geen verpleegkundige aanwezig (aangezien medicatie klaar zetten gebeurt op CE, grootste aantal afzonderingen op CE, gedwongen opnames op CE).
 - Op andere afdelingen met afzonderingskamers kan het toezicht om het uur niet steeds gegarandeerd worden (binnen gaan in de afzonderingskamer met 2 verpleegkundigen). **(TK)**

Reactie van het ziekenhuis:

De crisiseenheid en De Wending 3 vormen een architectonische eenheid voor samen 30 patiënten.

Er werd gezorgd voor voldoende bestaffing door de aanwerving van zorgkundigen waardoor elke nacht de nachtverpleegkundige aangevuld wordt met een zorgkundige. De procedure met betrekking tot toezicht bij afzondering is aangepast naar 'om het uur' en 'met 2 personen'

Reactie van het agentschap zorg en gezondheid (21/12/2015):

De bovenstaande NC/TK kan worden geschrappt, Zorg en Gezondheid en de Zorginspectie gaan akkoord met de aanvulling van de bestaffing door een zorgkundige in plaats van een verpleegkundige.

7 Processen

7.1 Organisatie van zorg

- Naast de oriëntering van patiënten op de Crisiseenheid of Dagkliniek 1, splitst de behandeling zich op in vier sectoren: **(AV)**
 - sector 1: behandeling van mensen met verslaving (De Wending 1, De Wissel 1)
 - sector 2: behandeling van mensen met stemmings-, angst- of persoonlijkheidsstoornis (De Wending 2, Dagkliniek 1, De Wissel 2, De Wijzer 2)
 - sector 3: behandeling van mensen met psychose (De Wending 3, De Wissel 3, De Wijzer 3)
 - sector 4: behandeling van bejaarden met diverse psychische moeilijkheden (ouderenpsychiatrie) (De Wering 1, De Wering 2)

In elke sector is dagbehandeling, volledige hospitalisatie en ambulante nabehandeling mogelijk. Binnen de sectoren zijn er afdelingen met verschillende behandelingsduur:

- opnameafdelingen: behandeling tot maximum 3 maand
 - vervolgafdelingen: behandeling van 3 maand tot maximum 1 jaar
 - afdelingen voortgezette behandeling: behandeling langer dan 1 jaar
- Er zijn ziekenhuisbreed regels vastgelegd rond de continuïteit van de therapieën bij ziekte en verlofperiodes. De procedure met continuïteitsregels is sinds een drietal jaar in voege. Basisregel is dat er voor elke patiënt minimum 1 therapiesessie per dagdeel moet doorgaan. **(SP)**

Therapieën zijn beperkt tot de kantooruren. In de opnamebrochure wordt expliciet vermeld dat er in het weekend geen therapieën zijn voorzien. Uit de patiëntenbevraging d.m.v. groepsinterviews blijkt dat sommige patiënten dit als een knelpunt ervaren ('in het WE vaak alleen op de kamer, te veel tijd om na te denken'). We bevelen aan om een breder aanbod aan activiteiten te voorzien 's avonds en in het weekend. **(Aanb)**
 - Er is een therapieaanbod op maat van de patiënt **(SP)**
 - Het therapieschema van de patiënt bestaat uit een evenwichtige samenstelling van basistherapieën en therapieën op indicatie. Er wordt steeds voorrang gegeven aan de basistherapieën.
 - Er is een patiëntenfolder opgemaakt met een opsomming van het brede aanbod aan therapieën. Het aanbod is opgesplitst in basistherapieën (psychotherapie, maatschappelijke counselling, ergotherapie, psychomotorische therapie) en therapie op indicatie (zinnvolle tijdstraining, beeldende therapie, muziektherapie, actualiteit, looptherapie, ADL, huishoudelijke therapie, zwemmen, nordicwalking, mountainbiken, wandelen, arbeidsrehabilitatie, relaxatietherapie).
 - Binnen het ziekenhuis lopen twee proefprojecten rond het werken met cotherapeuten. Een cotherapeut is een vaste, door de patiënt zelfgekozen verpleegkundige, die gedurende de volledige opname/ behandeling de patiënt begeleidt in alle individuele therapieën. Deze werkwijze houdt in dat de co-begeleider aangeleerde technieken samen met de patiënt in praktijk leert brengen, een juiste vertaling kan maken van de verschillende gesprekinhouden en vooral als vertrouwenspersoon optreedt. Op deze afdeling houdt men van in het begin van de behandeling rekening met de (ont)hechting tussen patiënt en co-therapeut. De rol van co-therapeut is op deze afdelingen een zuivere begeleidersrol. De gemaakte afspraken naar kamer (orde, netheid) en het vervullen van andere taken worden door de hoofdverpleegkundige opgevolgd. Na evaluatie van deze projecten zal bekeken worden in hoeverre dit project ziekenhuisbreed ingang kan vinden. **(Aanb)**
 - Het proces van opname en mutatie is goed uitgewerkt. **(SP)**

- Op alle afdelingen gebeurt de mutatie met de betrokken behandelaars van de (opname)afdeling en de behandelafdeling samen met de patiënt. De behandeling en het therapieschema wordt samen besproken (wat liep goed wat niet, blijven de behandelingen of wordt een andere keuze gemaakt, afspraken,). Op alle afdelingen wordt deze werkwijze positief onthaald. Het geeft een duidelijke start voor het team als voor de patiënt op zijn nieuwe afdeling.
- Elke patiënt krijgt bij opname een somatische check-up door de omnipracticus. Indien nodig wordt de patiënt daarnaast ook door de internist gezien.
- Nog niet op alle afdelingen wordt gewerkt met behandelplannen of werkplannen. **(TK)**
In het dossier van een patiënt die reeds 2 maanden was opgenomen werd opgemerkt dat er nog geen behandel doelstellingen werden omschreven. Behandel doelstellingen worden soms nog te vaag en te algemeen omschreven (bv. 'tot rust komen', 'werken naar ontslag toe'). Uit patiëntenbevestigingen blijkt dat sommige patiënten helemaal geen zicht hebben op de planning van hun opname, bv. wat de behandel doelstellingen zijn, wat het doel is van de therapieën, waarom bepaalde medicatie wordt aangepast en wat de opnameduur zal zijn.

Aanvulling van het ziekenhuis: in de beleidsplannen 2016-2017 heeft iedere afdeling een doelstelling toegevoegd met betrekking tot de werkplannen van de patiënt. De verwachting is dat iedere patiënt een werkplan heeft en dit werkplan met de patiënt wordt besproken.

We bevelen aan om behandel doelstellingen (SMART) samen met de patiënt en/of de naasten te formuleren, de doelstellingen te personaliseren en meer praktijkgericht te omschrijven om op deze manier nog verder te evolueren naar 'zorg op maat'. **(Aanb)**

- De multidisciplinaire afstemming van de zorg voor patiënten kent nog verbetermogelijkheid: **(TK)**
 - In het dossier van een patiënt die reeds 2 maanden was opgenomen werd opgemerkt dat er nog geen multidisciplinaire patiëntenbespreking gebeurde.
 - Op meerdere afdelingen werd vastgesteld dat men de vooropgestelde frequenties van multidisciplinaire patiëntenbesprekingen en gespreksmomenten niet bereikt.
 - Niet alle gesprekken die doorgang vonden met de psychiater zijn terug te vinden in het elektronisch dossier.

Aanvulling van het ziekenhuis:

Het elektronisch patiëntendossier wordt systematisch bijgehouden en is toegankelijk voor alle teamleden.

Er gebeurt dagelijkse een briefing, hierop zijn verschillende teamleden aanwezig, het betreft aldus een multidisciplinair overleg.

In functie van het maken van concrete afspraken zijn mondelinge overdracht en face to face contact belangrijk.

- Op elke afdeling wordt zowel dagbehandeling als nazorg aangeboden. **(SP)**
- In dit ziekenhuis wordt erelektroconvulsiotherapie (ECT) aangeboden, maar niet binnen de ziekenhuismuren. Dit gaat door in het AZ Groeninge in Kortrijk. In 2012 werden er 66 ECT-behandelingen uitgevoerd. **(AV)**

7.2 Medicatiebeleid

Situering

- Het ziekenhuis beschikt over een eigen ziekenhuisofficina. Deze levert ook medicatie aan het PVT Het Tempelhof. **(AV)**
- De apotheek is elke weekday en zaterdag open van 9u00 tot 12u00 en op maandag, dinsdag en donderdag van 13u30 tot 17u00. Buiten de openingsuren van de apotheek is de apotheker meestal telefonisch bereikbaar, zo niet kan er beroep gedaan worden op de wachtdienst van het ziekenhuis Jan Yperman. De conciërge van het psychiatrisch ziekenhuis haalt de medicatie op. Deze regeling is uitgewerkt in de procedure 'niet beschikbare medicatie bij afwezigheid van de apotheker'. **(AV)**
- Tijdens de audit werd gesproken met de hoofdapotheker. Naast een bezoek aan de apotheek was medicatiedistributie ook een aandachtspunt tijdens de bezoeken aan de verschillende zorgeenheden. **(AV)**

Beleid en strategie

- De apotheker maakt geen deel uit van het directiecomité. Thema's met betrekking tot medicatiedistributie maken (in de rand) deel uit van de bestaande en geformaliseerde overlegmomenten zoals MFC, CMM, Ethisch Comité en het Comité Ziekenhuishygiëne. Met de algemeen directeur en de hoofdgeneesheer is er enkele malen per jaar werkoverleg. Verslagen van deze overlegmomenten worden niet opgesteld. We bevelen aan om systematischer en gestructureerder overleg te organiseren zodat de apotheker meer kan wegen op het beleidsniveau (bv. uitnodiging op het directiecomité wanneer medicatiebeleid aan bod komt, verslaggeving van overleg). **(Aanb)**
- De apotheek stelt ieder jaar een jaarverslag samen, het recentste is dat van 2012. Het jaarverslag is vooral een weergave van verschillende cijfergegevens en tabellen. **(AV)** Het jaarverslag zou een belangrijker impact hebben moest het meer als een beleidsinstrument geconcipeerd worden. Er is geen beleidsplan voor de apotheek. We bevelen aan om het jaarverslag met een veel ruimere invalshoek op te stellen waardoor het zich leent tot het selecteren van acties voor het volgende jaar (inclusief SMART-geformuleerde doelstellingen en actieplannen). De apotheek neemt deel aan verschillende kwaliteitsverbeterende acties en doelstellingen vanuit het ziekenhuis of start er zelf op. Deze verschillende projecten zouden vanuit medicatie-oogpunt in het jaarverslag toegelicht kunnen worden. **(Aanb)**
- De communicatie van en naar de afdelingen verloopt naast het telefonische contact en het intranet via volgende kanalen: **(AV)**
 - Het verbetersteam Geneesmiddelendistributie (minimum tweemaal per jaar)
 - Diensthoofden vergadering (maandelijks)
 - Via de referentieverpleegkundigen medicatie
 - De apotheker komt om de 2 maand op elke afdeling persoonlijk langs (medicatie controles)
- De apotheker neemt deel aan verschillende overlegstructuren binnen het ziekenhuis: het comité ziekenhuishygiëne, het medisch farmaceutisch comité, het comité medisch materiaal, het verbetersteam geneesmiddelendistributie en het ethisch comité. **(AV)**
- Het ziekenhuis beschikt over een ziekenhuisformularium. Het volgen van het formularium wordt gestimuleerd doordat bij het elektronisch voorschrijven van een niet-formularium product een gelijkaardig formulariumgeneesmiddel wordt voorgesteld. In 2012 zijn er 12,04% niet-formulariumproducten afgeleverd. **(AV)** Het MFC is gestart met de opmaak van een therapeutisch formularium. **(SP)**

Middelen

- De apotheek is beperkt in ruimte en stockageplaats. Hierdoor is de apotheker genoodzaakt veel aparte kleinere bestellingen te doen, wat extra werk met zich meebrengt. **(TK)**

Aanvulling van het ziekenhuis:

Er gebeurden infrastructurele aanpassingen ifv optimalisatie van de beschikbare ruimte.

- Het elektronisch medicatiepakket wordt aangepast aan de noden van het ziekenhuis. Dit is een proces dat nog lopende is. **(AV)**
- Er is één centrale spoedkast in de apotheek. Medicatie kan uit deze kast genomen worden via een specifieke procedure als de (kleinere) spoedkasten op de afdelingen het betrokken medicijn niet bevatten. Indien het benodigde medicijn ook niet in de centrale spoedkast aanwezig is, dan is de wachtdienstregeling van kracht. **(AV)**
- Het percentage specialiteiten dat als unitdose afgeleverd wordt, wordt geschat op 85%. **(AV)**

Medewerkers

- Naast één apotheker (1 VTE) is er een adjunct-apotheker (32 uur/week), voor de administratie is er een bediende (15u/week). **(AV)**
- Er wordt gewerkt met 13 referentieverpleegkundigen medicatie op de afdelingen. Deze referentiepersonen staan in voor doorstroming van en het op punt houden van medicatie-informatie. **(AV)**

Processen

- Incidenten met betrekking tot de geneesmiddelendistributie worden geregistreerd binnen OBASI®. We bevelen aan om ook binnen de werking van de apotheek eventuele fouten (o.a. verkeerde leveringen aan de afd., voorschrijffouten,...) in het systeem te registreren. **(Aanb)**
Er wordt minimum twee keer per jaar een verbeterteam geneesmiddelendistributie georganiseerd (gestart in 2004). Hierbij is de thema-eigenaar van het kwaliteitsthema geneesmiddelendistributie (een adjunct hoofdverpleegkundige), de apothekeres, de systeembeheerder voor het apotheekpakket, de kwaliteitscoördinator en een referentieverpleegkundige van iedere afdeling aanwezig. Dit is een belangrijk informatie-uitwisselingskanaal van en naar de afdelingen. **(SP)**
- De medicatieaflevering vanuit apotheek gebeurt voor de meeste afdelingen voor 3 à 4 weken. **(NC)**

Reactie van het ziekenhuis:

De procedure 'Geneesmiddelendistributie' werd aangepast: "De distributie gebeurt door de apotheek voor maximum 7 dagen. Dit op basis van de aanwezige voorraden per patiënt op de afdeling en de verwachte aanwezigheid van de patiënt. Bij een nieuw of gewijzigd voorschrift wordt de distributie herberekend.

Reactie van het agentschap zorg en gezondheid (19/02/2015)

De bovenstaande NC kan worden geschrapt. De toepassing van het nieuwe protocol dient intern te worden opgevolgd en zal tijdens een volgende audit worden geëvalueerd.

Medicatie wordt bewaard in afsluitbare kasten in de verpleegposten. De verpleegposten zijn ook beveiligd met een badgesysteem. Vanuit de patiëntenvoorraad wordt de medicatie klaargezet voor meerdere shiften namelijk voor 24 uur of voor een gehele week afhankelijk van afdeling en de patiëntenpopulatie. Het klaarzetten van de medicatie gebeurt door een verpleegkundige. **(AV)**

Op sommige afdelingen gebeurt dit samen met de patiënt in kwestie (responsabilisering). Deze klaarzetmomenten met de patiënten zijn tegelijkertijd een leermoment (het waarom en de werking van de medicatie) en een informatief moment (het peilen naar resultaat en bijwerkingen van de genomen medicatie). De volledige geneesmiddelendistributie is neergeschreven in een procedure. De richtlijnen bij klaarzetten en toedienen van medicatie werden in juni 2013 door het verbeterteam nogmaals verduidelijkt en opgelijst. **(SP)**

De manier van werken houdt een aantal risico's in, die regelmatig moeten afgewogen worden ten opzichte van de voordelen. **(TK)** Volgende elementen dienen in deze analyse meegenomen te worden:

- Het klaarzetten voor meerdere shiften en dagen.
- Diegene die klaarzet is niet diegene die de medicatie toedient.
- Aangezien het medicatieschema elektronisch is, gebeurt de toediening zelf zonder controle van het medicatieschema. Dit bemoeilijkt ook het geven van informatie over de medicatie aan de patiënt (in het kader van responsabilisering).
- Op de afdelingen bleken de verpleegkundigen niet in staat om vlot terug te vinden wie de medicatie had klaargezet en wie de medicatie had toegediend. (verloopt via een unieke login).
- Niet alle medicatie is in eenheidsverpakking beschikbaar. Blisters moeten soms verknijpt worden wat identificatie (vervaldatum, naam, lotnummer) bemoeilijkt.

Reactie van het ziekenhuis:

Er werd een sterke-zwakte analyse uitgevoerd m.b.t. het proces van geneesmiddelendistributie. Op die manier is het mogelijk om na te gaan op welke manier het proces van geneesmiddelendistributie kan geoptimaliseerd worden. Op basis hiervan werden concrete verbeteracties geformuleerd en werd hieraan een timing gekoppeld. Ondertussen zijn al verschillende verbeteracties uitgevoerd.

Het geneesmiddelverbeterteam bestaat in het ziekenhuis al sinds maart 2004. Recent werd een Stuurgroep geneesmiddelendistributie opgericht. De stuurgroep geneesmiddelendistributie krijgt mandaat van het Medisch farmaceutisch comité om sturing te geven omtrent het thema en bepaalde processen uit te werken. Vanuit de stuurgroep geneesmiddelendistributie kunnen voorstellen worden voorgelegd aan het medisch farmaceutisch comité, deze heeft immers beslissingsbevoegdheid.

Het verbeterteam geneesmiddelendistributie bespreekt en werkt voorstellen uit vanuit de stuurgroep geneesmiddelendistributie of het Medisch farmaceutisch comité. In het verbeterteam geneesmiddelendistributie kunnen vragen of verbetervoorstellen geformuleerd worden die dan afgetoetst worden in de stuurgroep geneesmiddelendistributie en indien wenselijk ook in het Medisch farmaceutisch comité.

Reactie van het agentschap zorg en gezondheid (15/02/2017)

De tekortkoming werd geschrapt.

Ondanks de procedure werden tijdens de inspectie halve pilletjes worden in de bakjes gelaten waardoor eenduidige identificatie niet steeds meer mogelijk is. **(NC)**

Reactie van het ziekenhuis:

Richtlijn voor het gebruik van plastic zakjes (bij medicatie niet in blister/bij halve pil) werd gecommuniceerd en opgenomen in de procedure. Volgens de procedure is alle medicatie tot moment van indienen identificeerbaar en controleerbaar.

Reactie van het agentschap zorg en gezondheid (17/04/2014):

De bovenstaande NC kan worden geschrapt. Het ziekenhuis dient de ingevoerde actie intern verder op te volgen.

We bevelen aan na te gaan of het haalbaar is om de controle te laten samenvallen met de toediening. **(Aanb)**

- De temperatuur van de koelkasten wordt geregistreerd. Maandelijks worden de registraties ingeleverd bij de apotheek en verwerkt. Bij afwijkingen dient de afdeling de technische dienst te verwittigen, welke op zijn beurt de apotheker verwittigt. We bevelen aan om in de procedure duidelijkere afspraken te maken naar 'het op de hoogte brengen van de apotheker'. Het risico dat medicatie te lang te koud of te warm bewaard wordt moet zo laag mogelijk gehouden worden. **(Aanb)**
- De apotheker vraagt aan de arts, naast het elektronisch voorschrift voor verdovende medicatie, twee eigenhandig geschreven voorschriften (opgemaakt volgens alle wettelijke bepalingen). Eén voorschrift wordt direct gebruikt, de aflevering van het geneesmiddel gebeurt pas wanneer het voorschrift in orde is, het andere voorschrift wordt als reserve gehouden. Bij een volgende distributie wordt het reserve voorschrift gebruikt en wordt een nieuw voorschrift als reserve gevraagd. Verdovende medicatie wordt gedistribueerd per verpakking (het voorschrift is doorlopend, de aflevering niet). **(AV)**
- De apotheker heeft een volledig zicht op het medicatieschema van de patiënt en de thuismedicatie van de patiënt. **(AV)**

Resultaten

- Er zijn nagenoeg geen (<1%) naschriften. **(AV)**
- Op een aantal afdelingen werd losse medicatie of verknipte medicatie consequent in kleinere plastic zakjes bewaard met duidelijke vermelding van soort en vervaldatum. **(SP)**. Op andere afdelingen werden wel verknipte blisters teruggevonden, evenals losse en halve medicatie. Deze medicatie is niet meer identificeerbaar en controleerbaar op vervaldatum en vormen een risico voor de patientveiligheid. **(TK)**

Reactie van het ziekenhuis:

Richtlijn voor het gebruik van plastic zakjes (bij medicatie niet in blister/bij halve pil) werd gecommuniceerd en opgenomen in de procedure. Volgens de procedure is alle medicatie tot moment van indienen identificeerbaar en controleerbaar.

Reactie van het agentschap zorg en gezondheid (17/04/2014):

De bovenstaande NC kan worden geschrapt. Het ziekenhuis dient de ingevoerde actie intern verder op te volgen.

- Het medisch farmaceutisch comité heeft zich voor de medicatie voor alcoholverslaving, antidepressiva, neuroleptica en spoedmedicatie getoetst en aangepast aan de Trimbo-richtlijnen. Dit project is gestart in 2012 en heeft geresulteerd in een ander voorschrijfgedrag door de artsen. **(SP)** We bevelen aan deze resultaten van dit kwaliteit verbeterende project meer in de verf te zetten in het jaarverslag van de apotheek.

- Er zijn een 15-tal patiënten brochures rond specifieke geneesmiddelen beschikbaar. **(SP)**
- Er werd geen vervallen medicatie aangetroffen op de bezochte afdelingen. **(AV)**
- De meeste afdelingen hebben geen narcotische stock. **(SP)**

7.3 Vrijheidsbeperkende maatregelen

Beleid

- Er bestaan binnen het ziekenhuis verschillende documenten op het gebied van dwangmaatregelen: **(AV)**
 - Procedure 25, richtlijnen voor afzondering en afzonderingsregistratie
 - Procedure 24, Fixatieprocedure / Fixatiemateriaal
 - De visietekst agressiebeleid beschrijft enkele hoofdstukken over afzondering, fixatie en medicamenteuze sedatie.

Deze beleidsdocumenten worden regelmatig geëvalueerd en geactualiseerd (bv. n.a.v. de bespreking van de registratiecijfers of de analyse van een incident). **(SP)**

- In het najaar 2013 werd een werkgroep agressie en fixatie opgericht (n.a.v. een incidentanalyse). De eerste vergadering van deze werkgroep is gepland begin november. De werkgroep bestaat uit (referentie)verpleegkundigen van de afdelingen met een afzonderingskamer. Het doel is om moeilijkheden, beperkingen en vormingsnoden te bespreken. Het middenkader patiëntenzorg wordt op de hoogte gebracht via het verslag en kan in overleg beslissingen nemen. **(AV)** We bevelen aan om de werkgroep uit te breiden met vertegenwoordigers van de andere afdelingen en met andere disciplines. **(Aanb)**
- We bevelen aan om een evaluatie te maken van de visie en de praktijkvoering van het ziekenhuisbrede afzonderingsbeleid (de evaluatie van het nodige aantal afzonderingskamers is hiervan onderdeel). **(Aanb)**
- De procedures zijn inhoudelijk sterk en zijn grondig uitgewerkt. **(SP)**
 - Verwante begrippen zijn omschreven (bv. definiëring van time-out als niet behorende tot de dwangmaatregelen).
 - Alle dwangmaatregelen zijn opgenomen in de procedures (bv. kamerprogramma wordt als dwang gedefinieerd en dient als een afzondering geregistreerd te worden).
 - De verantwoordelijkheid van de arts is duidelijk omschreven.
 - Er is bepaald wat er qua communicatie en dossiervorming dient te gebeuren.
 - In het overzicht van fixatietechnieken is aangegeven welke technieken kunnen gebruikt worden en welke niet.
- De procedures dienen verder uitgewerkt te worden over volgende onderwerpen: **(TK)**
 - De modaliteiten van het toezicht tijdens afzondering en hun frequentie (bv. observaties door het raam versus binnen gaan in de afzonderingskamer, in het bijzonder gedurende de nacht).
 - Een minimum van 2 personeelsleden om binnen te gaan in een afzonderingskamer, vanuit veiligheidsoogpunt van het personeel.
 - Het omschrijven van de op te volgen parameters voor het toezicht tijdens afzondering.
 - Het omschrijven van het verhoogd toezicht tijdens fixatie (bv. voor fixatie zonder afzondering).
 - De frequentie van het medisch toezicht tijdens afzondering (er wordt verwacht dat de arts dagelijks langsgaat bij een patiënt in afzondering, maar dit is in de procedure enkel omschreven voor suïcidale patiënten).

- Een striktere omschrijving van de indicaties voor fixatie (nu als 'het herwinnen van rust') en een explicietere omschrijving van een fixatie-arm beleid.
- Een gebruiksaanwijzing voor alle in het ziekenhuis gebruikte fixatietechnieken.
- Een omschrijving van de medische verantwoordelijkheid bij fixatie (bv. voor fixatie zonder afzondering).
- Het omschrijven van alternatieven voor fixatie (zoals het feit dat fixatie geen gepaste maatregel is van valpreventie).
- Een duidelijker omschrijving van het begrip kamerverpleging en de indicaties hiervoor (met het begrip kamerverpleging worden nu erg verschillende maatregelen benoemd, enerzijds bv. het verblijf op een patiëntenkamer met gesloten deur, anderzijds een prikkelarm individueel therapie-aanbod op de kamer i.p.v. in groep).
- De frequentie van een multidisciplinaire evaluatie van patiënten met dwangmaatregelen.
- De indicatie van een veiligheidsdeken of trippelhoes is onjuist omschreven als een fixatietechniek. Een trippelhoes is onvoldoende veilig om te gebruiken als fixatietechniek (de indicatie is ter voorkoming van losmaken van incontinentiemateriaal).
- Het gebruik van een lendenband in een zetel zonder tussenstuk tussen de benen mag niet gebruikt worden want is onveilig als fixatietechniek.
- In de procedure ontbreekt de beschrijving van het onderhoud en nazicht van het fixatiemateriaal.

Reactie van het ziekenhuis:

Rekening houdend met de bevindingen van de audit werden de procedures m.b.t. afzondering en fixatie geactualiseerd en gecommuniceerd in het ziekenhuis. Deze toepassing is op heden verzekerd.

Reactie van het agentschap zorg en gezondheid (5/09/2014):

De bovenstaande NC kan worden geschrapt. Het ziekenhuis dient de toepassing van het nieuwe protocol verder intern op te volgen.

- We bevelen aan om de ervaringen van patiënten en familie omtrent dwangmaatregelen te bevragen. **(Aanb)**

Middelen

- Er wordt een onderscheid gemaakt tussen afzonderingskamers (12 op 6 afdelingen) en beveiligde kamers. De afzonderingskamers zijn voorzien van een vast bed, oproepmogelijkheid aan bed, sas, daglicht, klimatisatie, wasgelegenheid in de onmiddellijke nabijheden een klok). Op de afzonderingskamers ligt het fixatie materiaal steeds klaar op het bed ongeacht of de patiënt gefixeerd zal worden of niet. De beveiligde kamers zijn prikkelarm ingericht en voorzien van een gewoon bed. De beveiligde kamers zijn voorzien van een oproepmogelijkheid aan bed, daglicht, wasgelegenheid in de onmiddellijke nabijheid, aanwezigheid van een klok. **(AV)**

Volgende verbeterpunten in de infrastructuur werden opgemerkt: **(TK)**

- Er is geen camerabewaking voorzien voor de afzonderingskamers. **(Aanb)**
- Niet in alle afzonderingskamers wordt gebruik gemaakt van scheur- en brandvrij linnen.
- Voor gefixeerde patiënten is de klok niet steeds zichtbaar (bv. De Wending 2).
- Bij lange afzonderingen is de infrastructuur te beperkt (maaltijden moeten op het bed gebeuren, mogelijkheden voor bezoek, ...)

Aanvulling van het ziekenhuis: ??

- Het aantal afzonderingen daalt in het ziekenhuis (tussen 2010 en 2015 is het aantal afzonderingen gedaald met 44%). Ook de gemiddelde duur van de afzonderingen daalt
- Scheur- en brandvrij linnen worden enkel gebruikt bij patiënten met een suïciderisico aangezien scheurvrij linnen oncomfortabel is voor de patiënt.
- Bij langdurige afzonderingen worden kussens voorzien om recht te kunnen zitten tijdens de maaltijden.
- Op Criseseenheid zullen in 2017 infrastructurele aanpassingen gebeuren in het afzonderingscomplex, waardoor bezoek tijdens de periode van afzondering in betere omstandigheden kan doorgaan.
- Alle afzonderingen worden geregistreerd in het elektronisch patiëntendossier en krijgen een uniek nummer. Het afzonderingsregister wordt elektronisch bijgehouden. **(AV)**
Per afzondering wordt automatisch naam, voornaam, geboortedatum van de patiënt en een uniek nummer door de PC toegekend aan de afzondering.
Op deze fiche worden volgende elementen ingevuld:
 - Datum en uur waarop afzondering van start ging.
 - Indien bij afzondering, fixatie van de patiënt nodig is moet dit vermeld worden; op hoeveel punten gefixeerd en de duur van de fixatiemaatregel.
 - De reden van de afzondering.
 - Tussentijdse evaluaties en observaties tijdens de afzondering.
 - Datum en uur waarop afzondering gestopt is.
- Er zijn veel verschillende soorten fixatiemateriaal in gebruik (bv. grijze, blauwe en witte lendenband). Sommige fixatiemateriaal is verouderd (bv. het gebruik van lederen pols- en enkelbanden in de afzonderingskamers). **(TK)**

Reactie van het ziekenhuis:

Het verouderde fixatiemateriaal, dat nog aanwezig was op een aantal afdelingen op het moment van de audit, werd vervangen.

Reactie van het agentschap zorg en gezondheid (5/09/2014):

De bovenstaande NC kan worden geschrapt.

Medewerkers

- Op de criseeenheid (CE), een afdeling met een afzonderingscomplex met 4 afzonderingskamers, is er een nachtverpleegkundige die gemeenschappelijk is voor 2 afdelingen, de CE en de afdeling De Wending 3. Hiernaast is er een mobiele nachtverpleegkundige die hulp biedt op alle afdelingen van het ziekenhuis. Deze bestaffing is onvoldoende om een degelijk toezicht te kunnen uitoefenen op de patiënten in afzondering (om het uur binnen gaan met 2 verpleegkundigen). Verder geven verpleegkundigen aan dat omwille van veiligheidsaspecten van het personeelsleden er vlugger wordt overgegaan tot fixatie tijdens afzondering. **(NC)**

Reactie van het ziekenhuis:

Er werd gezorgd voor voldoende bestaffing door de aanwerving van een zorgkundige.

Reactie van het agentschap zorg en gezondheid (21/12/2015):

De bovenstaande NC/TK kan worden geschrapt, Zorg en Gezondheid en de Zorginspectie gaan akkoord met de aanvulling van de bestaffing door een zorgkundige in plaats van een verpleegkundige.

- Nieuwe personeelsleden krijgen een uitgebreide vorming over omgaan met agressie, afzondering en fixatie. **(SP)**

Op sommige afdelingen werd recent een vorming georganiseerd over deze onderwerpen, voor andere personeelsleden is het al verschillende jaren geleden dat zij hierover nog vorming kregen. **(AV)** We bevelen aan om deze onderwerpen op te nemen in de cyclus van permanente vorming en hiervoor een minimumfrequentie als streefcijfer vast te leggen. Verder bevelen we aan om deze vormingen voor alle disciplines te voorzien, bv ook voor het onderhoudspersoneel. **(Aanb)**

Processen

- Op sommige afdelingen hanteert men strikt de beleids optie om met 2 personeelsleden binnen te gaan in een afzonderingskamer. Op andere afdelingen gaan verpleegkundigen alleen binnen in een afzonderingskamer, afhankelijk van hoe zij het veiligheidsrisico inschatten. **(TK)**
De frequentie van binnengaan in de afzonderingskamers is 's nachts niet om het uur. **(TK)** Het nachtelijk toezicht gebeurt voornamelijk door visuele controle door het raampje van de afzonderingskamer. Wanneer een patiënt slaapt, wordt er niet binnen gegaan. Wanneer de patiënt wakker is, wordt er wel binnen gegaan.

Reactie van het ziekenhuis:

De nieuwe procedure m.b.t. afzonderingen benadert in eerste instantie het voorkomen van afzondering. Als er toch tot afzondering moet worden overgegaan, krijgen de verpleegkundigen vervolgens richtlijnen omtrent het afzonderingsgebeuren. In de procedure staat beschreven hoe de verpleegkundigen toezicht moeten houden tijdens het verblijf in afzondering, met aanduiding van frequentie: de verpleegkundigen houden om het half uur toezicht en er is minstens om het uur een contactname (zowel overdag als 's nachts). Dit betekent dat de verpleegkundige de kamer binnengaat en contact legt met de patiënt. Tijdens dit contact wordt het toestandbeeld van de patiënt grondig geobserveerd. Omwille van de veiligheid van de hulpverleners, wordt de afzonderingskamer met twee personen betreden. Tijdens deze toezichts- en contactmomenten worden de algemene psychische toestand en de algemene lichamelijke conditie geobserveerd.

- In het patiëntendossier werden volgende vaststellingen gedaan:**(NC)**
 - Sommige nachten is er maar één notitie i.v.m. het toezicht voor de ganse nacht (bv. '21u30, patiënt slaapt').
 - Het is in de notities niet steeds expliciet genoteerd of het toezicht gebeurde door visuele controle via het raam of door binnen gaan in de afzonderingskamer.
 - Het dagelijks contact van de arts met de afgezonderde patiënt wordt niet steeds genoteerd. (bv. medische notities op slechts 3 data voor een afzonderingsperiode van 30/9 tot 10/10)
 - De reden van fixatie tijdens afzondering is niet steeds genoteerd in het dossier (bv. patiënt met 5-puntsfixatie zonder specifieke omschrijving van de reden van afzondering en fixatie).
 - Kamertherapie of kamerverpleging (verblijf van een patiënt op een gesloten patiëntenkamer) wordt niet steeds als afzonderingsmaatregel geregistreerd.

Reactie van het ziekenhuis:

De nieuwe procedure m.b.t. registratie van afzonderingen is opgenomen in onderdeel 4 van de nieuwe procedure 25 "Richtlijnen voor afzondering en afzonderingsregistratie".

Reactie van het agentschap zorg en gezondheid (15/10/2014):

De bovenstaande NC kan worden geschrapt. Het ziekenhuis dient de toepassing van het nieuwe protocol verder intern op te volgen..

- De wettelijke registratiegegevens zijn steeds aanwezig op de registratiefiches voor afzondering. **(AV)**
- Een 5-tal keer per jaar worden patiënten opgenomen in de afzonderingskamers van CE (met open deur) wegens overbezetting van de patiëntenkamers. **(NC)** In sommige documenten van het ziekenhuis (bv. de samenwerkingsovereenkomst PZ H Hart met Vereniging Ons Tehuis) wordt de opnamecapaciteit van de CE als 14 bedden omschreven (10 gewone en 4 afzonderingskamers). De afzonderingskamers van een afdeling mogen niet beschouwd worden als extra opnamecapaciteit.

Reactie van het ziekenhuis:

Richtcijfer voor de Crisiseenheid werd op 10 gezet. Er werd gecommuniceerd dat de opnamecapaciteit 10 bedraagt, en dat er binnen die opnamecapaciteit 4 afzonderingskamers ter beschikking zijn (zie aanpassing in bijlage 3: samenwerkingsovereenkomst met VOT).

Reactie van het agentschap zorg en gezondheid (11/06/2014):

De bovenstaande NC kan worden geschrapt. Het ziekenhuis dient de ingevoerde acties intern verder op te volgen.

Resultaten

- Tal van gegevens i.v.m. afzonderingen en fixatie worden geregistreerd. Hiervan wordt jaarlijks een lijvige analyserapport gemaakt. Elke afdeling krijgt jaarlijks zijn specifieke cijfers teruggekoppeld. De bespreking van deze cijfers gebeurt op verschillende overlegvergaderingen (bv. kernteam, therapeutische raad). Afzonderingen met lange duur worden specifiek apart bekeken. **(SP)**
- In 2012 gebeurden er 493 afzonderingen. Dit cijfer daalde de voorbije 5 jaar. Op een totaal aantal van 1069 patiënten in 2012 werden er 202 patiënten afgezonderd, of 19% van alle patiënten. Het aantal afzonderingen met fixatie bedroeg 16%. **(AV)**

7.4 Agressiebeleid

Beleid en strategie

- Er is binnen het ziekenhuis een visietekst overagressiebeleid die dateert van 2012. **(AV)**
- Een aantal afdelingen hebben gekozen om geen afzonderingskamers te gebruiken. Deze keuze is bij de nieuwbouw doorgetrokken, waardoor een aantal afdelingen niet langer over een afzonderingskamer beschikken. Bij ernstige crisissen kan beroep gedaan worden op de crisiseenheid. Door de meer bewuste manier van omgaan met sterke emoties en het continu streven naar een laag EE-klimaat moet zelden beroep gedaan worden op de afzonderingskamers van de crisiseenheid. **(AV)**

Medewerkers

- Voor alle medewerkers is voorzien in opvangdoor een (multidisciplinair) zorgteam na incidenten. Dit aspect van bijstand na een critical incident als onderdeel van zorg voor zorgenden is beschreven in een procedure (proc 73). Het team zorg voor zorgenden kreeg in het voorjaar 2013 een opleiding van 4 halve dagen gericht op ondersteuning van medewerkers bij critical incidents. **(SP)**
- Nieuwe personeelsleden krijgen een uitgebreide vorming over omgaan met agressie, afzondering en fixatie. **(SP)**

Op sommige afdelingen werd recent een vorming georganiseerd over deze onderwerpen, voor andere personeelsleden is het al verschillende jaren geleden dat zij hierover nog vorming kregen. **(AV)** We bevelen aan om deze onderwerpen op te nemen in de cyclus van permanente vorming en hiervoor een minimumfrequentie als streefcijfer vast te leggen. Verder bevelen we aan om deze vormingen voor alle disciplines te voorzien, bv ook voor het onderhoudspersoneel. **(Aanb)**

Processen

- De voorbije 2 jaar volgden een aantal personeelsleden een opleiding agressieregulatietraining (ART). Zij geven nu opleidingen ART aan patiënten van het ziekenhuis en aan patiënten van buitenaf. **(SP)**

7.5 Suïcidepreventiebeleid

Beleid

- Er is reeds jaren een werkgroep suïcidepreventie actief. **(SP)**
- In 2011 werd het suïcidepreventieprotocol grondig herwerkt en geactualiseerd in een uniforme benadering voor het ziekenhuis. Hierin werden vijf risiconiveaus afgebakend, werden procedurele afspraken gemaakt over het vaststellen en het communiceren van dit risiconiveau, en werden der respectievelijke interventies uniform voor het ziekenhuis uitgewerkt. Aanvullend aan het suïciderisiconiveau werd een protocol uitgewerkt voor het toekennen van vrijheden en vrijheidsbeperkende maatregelen, los van suïciderisico. **(SP)**

Medewerkers

- Voor alle medewerkers is voorzien in opvang door een (multidisciplinair) zorgteam na incidenten. Dit aspect van bijstand na een critical incident als onderdeel van zorg voor zorgenden is beschreven in een procedure (proc 73). **(SP)**

Processen

- Bij elke patiënt gebeurt een risico-inschatting suïcide bij opname door de arts. Dit risiconiveau is in één oogopslag zichtbaar in het voorblad van het patiëntendossier. **(SP)** We bevelen aan om de opvolging van de suïciderisico's tijdens een opname verder te systematiseren (bv. frequentie, verantwoordelijkheid, methodiek). **(Aanb)**

Resultaten

- In 2012 waren 3 suïcides (waarvan één in het ziekenhuis en twee tijdens verlof van de patiënt) en 20 suïcidepogingen. **(AV)**
- Er werd nog geen incidentanalyse gemaakt van een suïcide(poging). **(TK)** De voorbije jaren werd ervaring opgedaan met het analyseren van incidenten m.b.v. Prisma. De kwaliteitscoördinator analyseerde hierbij samen met de betrokkenen verschillende incidenten. Suïcides werden nog niet geanalyseerd aan de hand van Prisma. **(AV)**

Aanvulling vanuit het ziekenhuis: sinds 2015 wordt van alle suïcide-incidenten een analyse opgemaakt door de kwaliteitscoördinator samen met de betrokkenen.

7.6 Patiëntenrechten

7.6.1 Informatie aan patiënten over patiëntenrechten

- Informatie aan patiënten over patiëntenrechten en de ombudsdienst verloopt via verschillende kanalen: **(AV)**
 - In de opnamebrochure van het ziekenhuis en op dewebsite wordt voor informatie over patiëntenrechten verwezen naar de interne- en externe ombudspersoon en naar de FOD brochure hierover.
 - In de opnamebrochure van het ziekenhuis, in de meeste afdelingsbrochures en op de website is informatie over klachten en de ombudspersonen terug te vinden. Niet in alle onthaalbrochures van de afdelingen is informatie vermeld over de ombudspersonen. **(TK)**

Aanvulling vanuit het ziekenhuis: in alle onthaalbrochures van de afdelingen is informatie vermeld over de ombudspersonen.

- Bij het betreden van de afdelingen of op het centrale informatiebord van de afdelingen hangt een affiche met de contactgegevens van de interne en externe ombudspersoon. De brochures van de FOD in verband met patiëntenrechtenzijn vrij verkrijgbaar.
 - Eenmaal per jaar geeft de externe ombudspersoon toelichting over patiëntenrechten aan de medewerkers van het ziekenhuis en aan patiënten.
- We bevelen aan om: **(Aanb)**
 - in het ziekenhuis een procedure 'second opinion' op te stellen.
 - een procedure 'ontslag tegen medisch advies' op te stellen.

7.6.2 Klachtenmanagement

- In het PZ zijn een interne en een externe ombudspersoon aangesteld. De interne ombudspersoon is daarnaast kwaliteitscoördinator in het ziekenhuis. De externe ombudspersoon is werkzaam in 2 andere psychiatrische ziekenhuizen, in een aantal Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, Initiatieven voor Beschut wonen en Psychiatrische Verzorgingstehuizen in West-Vlaanderen. De interne ombudspersoon is alle werkdagen bereikbaar, de externe ombudspersoonhoudt om de 14 dagen een zitdag in het ziekenhuis. De klachtenprocedures voor de interne en de externe ombudspersoon zijn apart beschreven. **(AV)**
- Volgens de flowchart van de klachtenprocedure van de interne ombudspersoon lijkt het alsof niet- opgeloste klachten steeds worden overgemaakt aan de algemeen directeur. Dit is in strijd met de neutrale en onafhankelijke positie die de ombudspersoon dient in te nemen. **(NC)**

Reactie van het ziekenhuis:

De neutraliteit en onafhankelijkheid van de ombudspersoon blijkt uit de aangepaste flowchart. Bij niet opgeloste klachten wordt de patiënt doorverwezen naar de externe ombudspersoon, de algemeen directeur, een advocaat, de Federale ombudsman. Het is de patiënt zelf die beslist welke verdere stappen hij wenst te zetten. Dit gebeurde in de praktijk altijd al op die manier (de vroegere flowchart gaf m.a.w. de realiteit niet weer). De nieuwe flowchart is onderdeel van procedure 58 – klachtenbehandeling.

Reactie van het agentschap zorg en gezondheid (5/09/2014):

De bovenstaande NC m.b.t. de ombudsfunctie kan worden geschrapt.

- Over de toegankelijkheid van de ombudspersonen kunnen we opmerken: **(AV)**
 - De ombudspersonen zijn persoonlijk te spreken, of zijn telefonisch, via mail of via brievenbussen bereikbaar.
 - De ombudspersonen komen op vraag naar de afdelingen.
 - In het ziekenhuis hangen op twee verschillende plaatsen 2 brievenbussen, eentje voor de interne ombudspersoon (wordt dagelijks leeggemaakt), en eentje voor de externe ombudspersoon (wordt per 2 weken leeggemaakt).

De bereikbaarheid van de interne en externe ombudspersoon kent een aantal verbeterpunten:**(TK)**

- Het is voor patiënten niet steeds duidelijk wat de verschillende rol is van beide ombudspersonen.
- Voor patiënten die verblijven op een gesloten afdeling of voor patiëntendie in afzondering verblijven, is de toegankelijkheid tot de ombudspersonen onvoldoende gegarandeerd. De ombudspersoon gaat niet systematisch naar de afdelingen, tenzij op specifieke vraag van een patiënt of een medewerker.
We bevelen aan om regelmatig langs te gaan op de gesloten afdelingen om de drempel tot de ombudspersoon zo te verlagen.
- Tijdens verlof of ziekte is er geen vervanging voorzien voor de externe ombudspersoon. Patiënten kunnen te allen tijde beroep doen op de interne ombudspersoon.
- Beschikbaarheid en bekendmaking van het beschikbare materiaal (aanmeldingsformulieren, brochures patiëntenrechten, affiches ombudsfunctie, ...) dienen actiever te worden opgevolgd door de hoofdverpleegkundigen en door de ombudspersoon.
- Het kantoor van de externe ombudspersoon is nabij het onthaal gelegen, maar niet onmiddellijk zichtbaar. Een bijkomende bewegwijzering, (zoals andere diensten binnen het ziekenhuis worden weergegeven) zou hierbij een hulp kunnen zijn.
- In alle communicatie doorheen het ziekenhuis wordt verwezen naar brievenbussen voor de interne en extern ombudspersoon aan het onthaal of aan het winkeltje. Deze brievenbussen zijn niet onmiddellijk zichtbaar aan het onthaal.
- De interne ombudspersoon is bereikbaar via een verkort intern telefoonnummer. Dit nummer kan niet met een GSM gebeld worden.
Een volledig telefoonnummer of gsm nummer toevoegen aan de gegevens van de interne ombudspersoon zou de stap naar de interne ombudspersoon vanuit patiënten standpunt vergemakkelijken.

Reactie van het ziekenhuis:

Informatie m.b.t. de externe en interne ombudspersonen is in alle brochures opgenomen. In aanloop naar de herdruk die in het najaar is voorzien, wordt er met kleefstrookjes gewerkt. De bereikbaarheid van de interne en externe ombudspersoon is verbeterd (bijkomende klachtenbus op gesloten afdeling, bijkomende informatie aan bureel van externe ombudspersoon).

Reactie van het agentschap zorg en gezondheid (5/09/2014):

De bovenstaande TK^{en} m.b.t. de ombudsfunctie kunnen worden geschrapt.

- Op de website van het ziekenhuis wordt een link gemaakt tussen het juridisch niet aansprakelijk zijn van het ziekenhuis voor tekortkomingen van zelfstandige beroepsbeoefenaars en de niet-ontvankelijkheid van klachten over zelfstandige beroepsbeoefenaars. 'Het ziekenhuis is niet aansprakelijk voor tekortkomingen in verband met de eerbiediging van de rechten van de patiënt van zelfstandige

beroepsbeoefenaars die in het ziekenhuis werken en van beroepsbeoefenaars tewerkgesteld door derden. Dit heeft tot gevolg dat u in dat geval uw klacht moet indienen bij de beroepsbeoefenaar waarvan u oordeelt dat deze een tekortkoming heeft begaan. **(NC)**

Reactie van het ziekenhuis:

De website werd aangepast m.b.t. het rechtsverhoudingen beroepsbeoefenaars.

Reactie van het agentschap zorg en gezondheid (5/09/2014):

De bovenstaande NC m.b.t. de ombudsfunctie kan worden geschrapt.

- We bevelen aan dat de presentatie van de jaarverslagen van beide ombudspersonen jaarlijks geagendeerd zou worden (bv. op het directiecomité, het comité kwaliteit en patiëntveiligheid, ...). **(Aanb)**

8 Resultaten

8.1 Toegankelijkheid

- Het ziekenhuis is vlot bereikbaar, zowel met het openbaar vervoer als met de wagen. Het ziekenhuis beschikt over meerdere parkings. **(AV)**
- Er wordt bewust een laagdrempelig toegangsbeleid gevoerd. **(SP)**
 - In het centrum voor psychologisch advies en kortdurende psychotherapie kan men terecht voor raadplegingen door psychiaters en psychologen.
 - Alle artsen doen consultaties in het ziekenhuis
 - Er wordt gewerkt met een systeem van dringende consultaties, de andere consultaties gebeuren binnen de week.
 - Wachttijden worden opgevolgd en zijn beperkt.
 - Via de crisiseenheid zijn opnames 24 uur mogelijk.
 - 42% van de opnames zijn eerste opnames.
 - Drempelverlagend en positief naar beeldvorming toe zijn de ambulante trainingen 'bouwstenen voor een evenwichtig leven' die sinds een 5-tal jaar gegeven worden voor mensen die zich willen trainen in denken, aandacht en assertiviteit om dit in de gewone dagdagelijkse situaties van zijn eigen leven toe te passen.

8.2 Informatieverstrekking

- Er zijn meerdere initiatieven en meerdere niveaus op het vlak van informeren van patiënten en/of familie: **(SP)**
 - Het ziekenhuis beschikt over een gebruiksvriendelijke website. De werking en behandelvisie van de verschillende afdelingen is uitgewerkt en beschikbaar voor patiënten, familie en doorverwijzers. Het ziekenhuis maakt daarnaast gebruik van moderne communicatiemiddelen zoals facebook.
 - Maatschappelijkwerkerskomen aan het woord tijdens de infosessies op afdelingen, waarbij zij informatie over de kostprijs van een opname geven. Zij hebben hiervoor een instructieve presentatie die werd opgemaakt naar aanleiding van een verbeteractie na een patiëntenbevraging.
 - Het ziekenhuis organiseert tweemaal per jaar een symposium (bv. doelgericht handelen en contextuele therapie), hiernaast worden filmavonden georganiseerd waarbij tevens een inhoudelijk meer theoretisch deel aan voorafgaat.
 - Voor familieleden van patiënten met het syndroom van Korsakoff gaat tweemaal per jaar een familieavond door. Deze avond wordt ingevuld met psycho-educatie

over Korsakoff. De avond wordt begeleid door de psycholoog, maatschappelijk werker en hoofdverpleegkundige.

- Er wordt op verschillende manieren gebruik gemaakt van getuigenissen om te informeren. **(SP)**
 - Bij een openbedrijvendag werd het 'verhaal van Marc' gebruikt als insteek om zicht te bieden op het ziekenhuis.
 - Er werden getuigenissen verzameld van ex-patiënten die vertellen over hun ziekte, opname en ontslag.
 - De afdeling De Wending 2 maakt gebruik van een DVD waarbij aan de hand van twee casussen de werking en het aanbod van de afdeling wordt toegelicht om patiënten bij het begin van een opname te informeren. We bevelen aan om deze DVD breder beschikbaar te stellen, bv. door op de website te plaatsen. **(Aanb)**
- De meerderheid van de gedwongen opnames komen terecht op de crisiseenheid. **(AV)** Op deze afdeling werd een korte folder gemaakt met een overzicht van de belangrijkste stappen in de procedure van gedwongen opname. Deze wordt aan patiënten bij opname overhandigd. **(SP)** Daarnaast beschikt men over een uitgebreide brochure. **(AV)** Deze brochure wordt enkel op vraag van de patiënt overhandigd. Men gaat er van uit dat patiënten tijdens de eerste fase van een gedwongen opname geen nood hebben aan deze gedetailleerde informatie. Nochtans weten we uit analyses van klachten van patiënten onder statuut gedwongen opname dat er veel nood is aan informatie over de procedure tijdens de eerste dagen van een opname. Vanuit deze visie lijkt het aangewezen om ook uitgebreidere informatie aan te bieden en deze samen met de patiënt door te nemen. **(Aanb)**

8.3 Continuïteit van zorgen

- Bij ontslag wordt door de behandelende arts een ontslagbrief opgesteld. Hierin zijn alle nodige gegevens vanuit het multidisciplinair team verwerkt, evenals de medicatieschema's. **(SP)**
- De timing van het versturen van een ontslagbrief aan verwijzers wordt op de website gecommuniceerd. **(SP)**
- Het tijdig versturen van intake- en outtakeverslagen is een kwaliteitsthema onder verantwoordelijkheid van de hoofdgeneesheer. Deze indicatoren worden maandelijks opgevolgd en artsen krijgen meldingen wanneer de termijn voor versturen overschreden wordt. **(SP)**
- De omnipracticus komt elk weekend patiënten zien op de afdelingen. **(SP)**

8.4 Patiënt/familiegeoriënteerde zorg

- Een aantal initiatieven inzake patiënten- en familieparticipatie zijn lovenswaardig. **(SP)**
 - Op de afdeling De Wissel 2:
 - Patiënten worden van bij het begin betrokken (en geresponsabiliseerd) bij het opstarten en maken van hun eigen behandelplan en doelstellingen. Concreet betekent dit dat de patiënt zelf haalbare doelstellingen en een haalbare termijn ter evaluatie ervan vooropstelt.
 - De patiënt kiest zelf zijn therapieën en stelt zo zijn eigen therapieschema samen.
 - De patiënt kan zelf initiatieven aanbrengen voor betrokkenheid van zijn/haar familie en de manier waarop de patiënt dat wenst.

- De patiënt woont de patiëntenbespreking (en de voorbereiding) in het multidisciplinaire team bij en wordt hierop voorbereid.
 - De patiënt legt samen met de co-therapeut zijn eigen medicatie klaar.
 - De patiënt heeft zicht op zijn medicatieschema, zijn dossier (behandelplan, doelstellingen en evaluaties).
 - Deze patiëntbetrokkenheid is niet vrijblijvend. Gemaakte afspraken die niet doorgaan, moeten door de patiënt in kwestie zelf geannuleerd worden met een motivatie. Het opstellen van doelstellingen, het behandelplan en de evaluatietermijn worden binnen welomlijnde richtlijnen opgemaakt (o.a. evaluatie max 6 à 8 weken, evenwicht tussen keuzes uit basistherapieën en activiteiten, ...).
 - Er is een lotgenotengroep voor psychotische patiënten en één voor patiënten met alcoholverslaving.
 - Op afdeling De Wending 2 gebeurt een tussentijds evaluatiegesprek met patiënt en therapeut gelinkt aan het werkplan van de patiënt.
 - Focusgroepsinterviews met patiënten en familie op bv. afdeling De Wending 2 en De Wering 1.
- De patiëntbetrokkenheid kan nog sterker uitgebouwd worden in dit ziekenhuis: **(Aanb)**
 - Patiënten en ex-patiënten zouden meer betrokken kunnen worden bij de evaluatie van het beleid op afdelingen en binnen het ziekenhuis (bv. d.m.v. patiëntenraden, lotgenotengroepen).
 - De voortrekkersrol qua participatie op De Wissel 2 zou inspirerend kunnen werken voor andere afdelingen.
- De familie kan nog meer betrokken worden bij de behandeling en het beleid van het ziekenhuis: **(Aanb)**
 - Het systematisch betrekken van belangrijke derden tijdens het verblijf.
 - Het oprichten van familieraden.
 - Het uitwerken van een structureel KOPP-aanbod (Kinderen van Ouders met een Psychiatrische Problematiek).
 - Bezoekuren zijn nu eerder strak omschreven in de afdelingsbrochures (men bv. zou de mogelijkheid kunnen voorzien om in het weekend wat bredere bezoeken te hanteren, wanneer er geen therapie-aanbod is).
- In de samenwerkingsovereenkomst tussen PZ H Hart met Vereniging Ons Tehuis wordt vermeld dat tijdens een crisisopname van een jongere op de crisiseenheid geen bezoek van familie of vrienden is toegelaten. **(AV)** Een verbod op bezoek mag niet als algemene maatregel toegepast worden. **(TK)**

Het recht op bezoek is een belangrijk recht dat het DRM, decreet rechtspositie minderjarigen, voorziet voor alle minderjarigen. Een beperking op het bezoekrecht kan eventueel tijdelijk plaatsvinden wanneer dit noodzakelijk is in het kader van het belang van de minderjarige en als de veiligheid in het gedrang zou komen, dus in uitzonderlijke situaties waarbij het belang van de minderjarige in gevaar is én slechts zeer tijdelijk. Hoewel dit decreet niet van toepassing is op psychiatrische ziekenhuizen, is het toch belangrijk dat men zich aligneert op internationale richtlijnen betreffende minderjarigen.

Reactie van het ziekenhuis:

De samenwerkingsovereenkomst met VOT werd aangepast en ondertekend door alle partijen.

Reactie van het agentschap zorg en gezondheid (17/04/2014):

De bovenstaande NC kan worden geschrapt.

8.5 Samenwerking

- Het ziekenhuis engageerde zich de voorbije jaren steeds meer in het netwerk en in de samenwerking met anderen. Dit leidde tot deelname aan een aantal projecten, of tot het oprichten van gezamenlijke initiatieven: **(AV)**
 - Stuurkracht 2 / Trefpunt 4: arbeidszorgcentrum en ontmoetingscentrum
 - VDIP Regio Roeselare/Ieper
 - Tender Activeringszorg
 - Zorgvernieuwingsprojecten ZP3 (Woon- en zorgcentra)
 - Therapeutische projecten, nu Overleg Psychiatrische Patiënt. Hierin heeft het ziekenhuis zich de voorbije jaren sterk geëngageerd, wat leidde tot een sterke samenwerkingsband met de regionale huisartsen, verbeterde afstemming met allerlei eerstelijnsdiensten en welzijnsdiensten, ... Dit leidde ertoe dat een aantal patiënten gemakkelijker naar ontslag kondentoegeleid worden (bijv. naar WZC)
- Het ziekenhuis neemt een voortrekkersrol op binnen het netwerk GGZ Regio Ieper – Diksmuide. Artikel 107 - met volgende netwerkpartners:**(AV)**
 - Beschut Wonen De Overweg vzw, Ieper
 - Centrum Geestelijke Gezondheidszorg Largo vzw, Roeselare
 - Huisartsen Westhoek vzw, Heuvelland-Dranouter
 - Jan Yperman Ziekenhuis, Ieper
 - Psychiatrisch Verzorgingstehuis Het Tempelhof (vzw Gezondheidszorg BermhertigheidJesu), Ieper
 - Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg Midden West-Vlaanderen vzw, Roeselare
 - Similes Vlaanderen vzw, Heverlee
- Het ziekenhuis heeft de laatste jaren al verschillende stappen gezet op het vlak van de vermaatschappelijking van de zorg. Zo ontwikkelde het ziekenhuis een outreachende werking op het vlak van de psychosezorg.**(SP)**
- Er is een goede samenwerking met het Jan Ypermanziekenhuis. **(SP)** Er wordt samengewerkt rond spoedopname, labo, ziekenhuishygiëne, liaisonpsychiatrie, vorming en kinderopvang. Er is bv. regelmatig overleg met de commissie spoedgevallen, de psychiaters houden vier namiddagen per week ambulante consultaties en consulten aan bed in het Jan Yperman Ziekenhuis.
- Er is regelmatig overleg met de huisartsen uit de regio. Afspraken werden vastgelegd in een samenwerkingsovereenkomst met de huisartsenkring. **(SP)**
- Er is een goede samenwerking tussen de 7 PZ's van West-Vlaanderen met een vaste vergaderfrequentie van het coördinatiecomité plenair, coördinatiecomité zorgdirecteurs, coördinatiecomité administratief directeurs. Hierbij kan voor de uitbouw van het beleid gesteund worden op een uitwisseling van ervaringen, aanpak, gegevens, benchmarking...**(SP)**