

PZ Sint-Amandus, Beernem: Samenvatting van het auditverslag, Opvolging/Remediëring door het ziekenhuis en Antwoorden van de overheidsadministratie.

De audit vond plaats in november 2014.

Het origineel auditverslag is ingedeeld in de hoofdstukken volgens de managementstructuur van Kwadrant. In deze samenvatting geven we in elk hoofdstuk:

- => kort de opmerkingen weer vanuit het auditverslag,
- => de voorgestelde remediëring door het ziekenhuis en
- => het antwoord van de overheid.

De laatste remediëringvoorstellen moeten eind februari 2017 naar de overheid worden opgestuurd.

1. Leiderschap & Beleid

1.1 Algemene opmerkingen vanuit het auditteam

Het PC Sint-Amandus te Beernem komt uit de audit als een ziekenhuis met een aantal goede kanten (gerichtheid op doelgroepen met een complexe problematiek, groot domein met veel mogelijkheden, enkele afdelingen met een vooruitstrevende werking) maar met ook een aantal (soms ernstige) tekorten. Het beleid m.b.t. vrijheidsbeperkende maatregelen wordt als het belangrijkste en meest urgente verbeterpunt gezien. Een tweede belangrijk werkpunt betreft de quasi afwezigheid van een modern (transmuraal) suïcidepreventiebeleid.

1.2 Opmerkingen m.b.t. beheersorganen

Sterke punten:

De directie van het ziekenhuis kan, wanneer ondersteuning op een of ander vlak gewenst is, beroep doen op de centrale coördinatie staf van de Broeders van Liefde, die uit verschillende diensten bestaat (de vormingsdienst, patiënten- en bewonerszorg, juridische zaken, financieel-economische zaken, identiteit, gebouwen, informatica en communicatie, samenaankoopdienst).

Knelpunt:

Grote afstand tussen directie en bestuursniveau (RvB)

Remediëring:

Sinds begin 2015 heeft vzw Provinciaal Broeders van Liefde een belangrijke reorganisatie van haar beleidsorganen doorgevoerd. Eén van de belangrijkste doelstellingen van deze reorganisatie was de afstand tussen de RvB en de individuele voorzieningen te verkleinen via de creatie van een nieuw orgaan (het beheerscomité). Op deze manier komen de individuele belangen van het ziekenhuis en de strategische aansturing ervan uitdrukkelijk aan bod. Het beheerscomité volgt het strategisch beleid en de belangen van elk individueel ziekenhuis op. Op regelmatige basis worden directieteams uitgenodigd op het beheerscomité om toelichting te geven, advies of fiat te vragen, af te stemmen,...

aangaande belangrijke strategische beslissingen voor hun ziekenhuis. Het beheerscomité komt in principe maandelijks samen.

Bespreking door de administratie:

Bovenstaande opmerkingen kunnen worden geschrapt.

1.3 Opmerkingen m.b.t. kwaliteitsbeleid

Sterk punt:

Er zijn heel wat standaarddocumenten vooraf goed en grondig uitgewerkt door de kwaliteitscoördinator en stafmedewerkers (o.a. het document minimale verwachtingen van de afdelingen, toelichting bij beleidscyclus, projectsjablonen, ...). Deze documenten dienen als leidraad voor de effectieve uitwerking (o.a. van het kwaliteitsbeleid en de verbeterprojecten) ervan op de afdelingen.

Knelpunt:

Een ziekenhuisbrede visie omtrent kwaliteit en continue verbetering dringt zich op. Integratie van centrum-brede verplichte thema's en verbeterprojecten op afdelingsniveau.

Remediëring: => dit remediëringsantwoord in te dienen eind februari 2017

In uitwerking. Voorlopig kunnen we alvast meegeven dat:

Een ziekenhuisbrede visie m.b.t. kwaliteit en continue verbetering werd intussen verder uitgewerkt en gecommuniceerd d.m.v. het herwerkte kwaliteitshandboek (versie 28/10/2016) en de herwerkte beschrijving van de beleidscyclus (versie 27/09/2016). Deze documenten kregen vorm in de multidisciplinaire Beleidsgroep en werden aan alle sleutelfiguren (inclusief de artsen) toegelicht tijdens een uitgebreid dialorum eind november 2016. Via het intranet zijn deze zaken terug te vinden en nieuwe medewerkers (incl. artsen) krijgen een toelichting over het kwaliteitsbeleid en de beleidscyclus in hun inscholingsprogramma.

De voorbereiding en de opvolging van het afdelingsbeleid werd sinds 2015 sterk bijgestuurd: de beleidsteams van de afdelingen krijgen een vragenlijst voorgeschoteld met een selectie van beleidsitems waarover ze zich moeten verantwoorden; daarnaast werd vanaf 2015 eveneens van elke afdeling een eigen afdelingsbeleidsplan verwacht. Door deze uniformisering is opvolging op afdelings- én op instellingsniveau mogelijk. De bevestigde zaken en de vernieuwde werkwijze maken duidelijk dat de door de auditors gepercipieerde vrijblijvendheid daarmee van de baan is; tegelijk werd de eigenheid van elke afdelingswerking, inclusief de ruimte om eigen accenten te leggen in het afdelingsbeleid, gevrijwaard.

Intussen engageerde Sint-Amandus zich om een accreditatietraject op te starten. Daartoe werd een bijkomende stafmedewerker aangeworven sinds 01/01/2017 en zijn reeds de eerste contacten met NIAZ gelegd. Dit initiatief werd instellingsbreed gecommuniceerd en de opstart is in volle voorbereiding.

1.4 Opmerkingen m.b.t. therapeutisch beleid

Sterk punt:

Doctoraatsonderzoek naar outcome meting in Fides

Algemene vaststellingen:

Aansturing therapeutische disciplines door kernteams, een programmatiecommissie werd opgestart die om de 2 maanden samen komt om het therapieaanbod (van het centrale aanbod) onder de loep te nemen en af te stemmen met de afdelingen. Alle vakgroepen proberen te komen tot een inhoudelijk verdieping van het eigen functioneren als discipline, een aantal hebben eveneens de opdracht te komen tot organisatorische afstemming.

Knelpunten:

Toegang voor alle patiënten tot het centrale aanbod en de afwezigheid van een aanpak voor stemmingsstoornissen.

Remediëring m.b.t. het centrale aanbod:

Alle ziekenhuisafdelingen zijn zelf verantwoordelijk voor het schakelen van hun eigen interdisciplinaire programma-aanbod met het centrale aanbod. Elk individueel behandelingsprogramma kan verrijkt worden met het aanbod, de programma's die aangeboden worden vanuit het centrale aanbod. Uiteraard staat het elk interdisciplinair team vrij om vanuit haar professionele verantwoordelijkheid in te schatten (zelfsturing) welke programmaonderdelen van het centrale aanbod opportuun zijn om toe te voegen aan het interdisciplinaire programma-aanbod van elke individuele patiënt. Hiertoe zijn verschillende stappen ondernomen, zoals het werken met statusfiches, waardoor interdisciplinaire teams en de cliënten meer en toegankelijke informatie verkrijgen.

Bespreking door de administratie:

Er werden verschillende acties ondernomen om de bovenstaande tekortkoming (m.b.t. centraal aanbod) weg te werken. **Bovenstaande opmerking kan worden geschrapt** en de nieuwe werkwijze moet verder intern opgevolgd worden.

Remediëring m.b.t. aanpak van stemmingsstoornis => dit remediëringsantwoord in te dienen eind februari 2017

In uitwerking. Voorlopig kunnen we alvast meegeven dat:

Uit de statistieken kan er nogmaals bevestigd worden dat het ziekenhuis op jaarbasis nauwelijks mensen met stemmingsstoornissen opneemt (32 in 2015). Zij worden dan ook meestal verwezen naar andere ziekenhuizen die een specifiek behandelprogramma hebben voor deze doelgroep.

1.5 Opmerkingen m.b.t. infrastructuur

Sterk punt:

Een aantal afdelingen en gebouwen zijn gerenoveerd, en die maken over het algemeen een mooie en moderne indruk. De aanwezigheid van bossen, velden en een boerderij bieden bijkomende mogelijkheden. Dit laat onder andere toe om hippotherapie aan te bieden aan de patiënten. Deuren van kamers Wegwijs1 met sensoren zodat nachtverpleegkundige gewaarschuwd wordt indien een patiënt de kamer verlaat.

Knelpunt:

Brandveiligheidsverslagen van diverse gebouwen

Remediëring:

Brandweerverslagen en brandweerattesten werden bezorgd aan het Agentschap Zorg&Gezondheid.

Bespreking door de administratie:

Bovenstaande opmerking kan worden geschrapt.

1.6 Opmerkingen m.b.t. patiëntendossier

Sterk punt:

In Infomedic®, het elektronische voorschrijfprogramma en medicatieschema, zijn automatische controles ingebouwd: interacties en ongewenste effecten tussen medicaties worden weergegeven.

Knelpunten:

Er werden op het moment van de audit 2 elektronische verpleegkundige dossiers gebruikt: het (oudere) Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) en (een nieuwe versie van) REGAS® die aanleiding

geven tot een aantal problemen; de informatie is verspreid en versnipperd. Op verschillende afdelingen is er geen behandel- of begeleidingsplan voor alle patiënten.

Remediëring:

- Het behandelplan heeft een specifieke focus gehad tijdens de marathonzittingen tussen maart en juni 2015. Ieder kernteam bevestigt dat voor elke opgenomen patiënt van de afdeling een behandelplan opgemaakt is. Wat betreft de participatie van de patiënt en de context zijn verbeterpunten opgenomen in het beleidsplan van de diverse afdelingswerkingen.
- Het behandelplan als interdisciplinair richtpunt binnen het traject van de patiënt wordt nogmaals benadrukt tijdens overlegmomenten met artsen, therapeutisch coördinatoren en afdelingshoofden. -
- Tussen 1 oktober en 30 november 2015 wordt er steekproefsgewijs opgevolgd of er voor iedere patiënt een behandelplan aangemaakt is.
- Terminologie en opbouw wordt generiek gehouden voor alle patiëntendossiers. In een overlegmoment met de projectgroep REGAS worden op 1 september afspraken gemaakt om generieke dossierelementen te integreren. Binnen het EPD wordt een organisatorische ondersteuning voorzien in de opvolging van het trajectplan.

Bespreking door de administratie:

Er werden verschillende acties ondernomen om de bovenstaande non-conformiteit weg te werken.

Bovenstaande opmerking kan worden geschrapd en de nieuwe werkwijze moet verder intern opgevolgd worden.

2. Medewerkers

2.1 Opmerkingen m.b.t. verpleegkundige nachtpermanentie

Sterk punt:

Reeds bestaande goede organisatie van de zorg met centrale nachtdienst & mobiele nachtdienst voor onvoorziene afwezigheden.

Knelpunt:

Op afdelingen waar acute opnames gebeuren, dienen steeds 2 personen tijdens de nacht aanwezig te zijn. Betreden van de afzonderingskamer 's nachts conform de procedure.

Remediëring:

De bestaffing tijdens de nacht op Crisisinterventie wordt aangepast van 1 naar 2 medewerkers. Er zullen m.a.w. steeds 2 verpleegkundigen aanwezig zijn, behoudens bij overmacht wanneer tijdelijk extra ondersteuning nodig is op een (beperkt) aantal andere afdelingen, ten einde de risico's te minimaliseren en de kwaliteit van de patiëntenzorg te waarborgen.

Bespreking door de administratie:

De bovenstaande non-conformiteit kan worden geschrapd.

2.2 Opmerkingen m.b.t. VTO beleid

Vaststelling:

Het vormingsbeleid van het PC Sint- Amandus is gestaafd op een aantal principes: het wettelijke voorziene kader op vlak van VTO wordt gevolgd. Het intern aanbod bestaat uit een inscholingstraject, een levenslang leren traject en de mogelijkheid om dit aan te vullen met initiatieven vanop de werkplek, referentiegroep of vakgroep. Op vraag van de medewerker of leidinggevende vanuit de formele gesprekken kunnen eveneens VTO initiatieven gevolgd worden. Vanuit inhoudelijke overwegingen, financiële en personele middelen kiest het centrum voornamelijk voor een intern georganiseerd aanbod, verzorgd door hetzij externe, hetzij interne lesgevers. Extern aanbod kan in functie van kleinere deelnemersgroepen of vanuit kennismaking met evoluties in de GGZ of specifiek vakgebied. Het ziekenhuis beschikt over een VTO-coördinator en een VTO-werkgroep.

Knelpunten:

Er is nood aan een inscholingstraject per afdeling, inscholing van artsen moet structureel zijn uitgewerkt, zicht op aantal uren vorming/opvolging gevolgd vorming/...

Remediëring: => dit remediëringsantwoord in te dienen eind februari 2017

In uitwerking. Voorlopig kunnen we alvast meegeven dat:

In het Algemeen beleidsplan (ABP) 2013-2018 is het ontwikkelen van een nieuwe VTO gids één van de weerhouden projecten. Eind van 2014 was dit project nog volop aan het opstarten.

Verwachtingen en instructies zijn ondertussen neergeschreven in de VTO gids.

- Van iedere nieuwe medewerker verwachten we dat hij of zij voorrang en gevolg geeft aan het op maat gemaakt inscholingstraject.
- Het is de verantwoordelijkheid van iedere medewerker om levenslang te investeren in de groei van de eigen deskundigheid.
- Van elke medewerker verwachten we dat hij of zij in overleg gaat met de leidinggevende om minimaal de verplichte opleidingen te volgen en om aan te geven via de formele gesprekken of er bijkomende individuele noden aan opleiding zijn. Alle opleidingen met een verplichtende karakter worden aangeduid op de VTO plannen, de VTO kalender en in de VTO registratietool.

In afwachting van de aankoop van een HR-tool ontwikkelden we een aantal eigen hulpinstrumenten waaronder de VTO registratietool. Deze opvolgingstool biedt een antwoord op de vraag om een zicht te hebben op het aantal gevolgde uren. De registratie van de vormingsuren van artsen wordt bijgehouden door het medisch secretariaat met ingang van 1/01/2016.

- Iedere leidinggevende heeft zicht op het aantal gevolgde uren vorming van alle medewerkers verbonden aan de dienst of afdeling. Het is eveneens mogelijk om het VTO overzicht van medewerkers bij mutatie op te zoeken.
- Het overzicht start vanaf 1/01/2015 en is een groeidocument welk wekelijks wordt aangevuld.
- Iedere medewerker kan eveneens via deze intranetpagina 'Medewerkers/VTO' deze informatie opzoeken.

De directie werkt met een beleidscyclus van 6 jaar. Teams werken met een beleidscyclus van 2 jaar. Aan iedere beleidsperiode is een VTO aanbod verbonden om deze beleidskeuzes te ondersteunen. Een aantal beleidskeuzes (algemeen of op het niveau van het departement) dienen vertaald te worden op niveau van een afdeling of dienst. Het overzicht van het VTO aanbod vanuit de bovenliggende niveaus krijgen de kernteams en diensthoofden bij de voorbereiding van hun eigen 2 jaar beleidsplan samen met de handleiding 'Opstellen van een VTO plan'. De VTO coördinator ondersteunt directieleden, kernteams en diensthoofden bij het opstellen van deze plannen.

Ieder team werkt met een eigen 2 jaarlijks VTO budget. Het is de opdracht van de kernteams of diensthoofden om samen met de teamleden invulling te geven aan het VTO plan en het gebruik van het VTO budget billijk te verdelen over de teamleden. Halfjaarlijks worden de VTO plannen en bijhorende VTO budgetten opgevolgd.

Het is de direct leidinggevende of het kernteam die faciliteert of de gevolgde opleidingen aan bod komen binnen het team en al dan niet geïntegreerd worden in de werking.

Of medewerkers voldoende opleiding volgen is moeilijk uit te drukken in tijd en uren per beroepsgroep en is individueel verschillend. Met bovenstaande werkwijze willen we VTO en beleid koppelen en is het sprokkelen van VTO uren geen op zich staande opdracht. Deze visie op medewerkers werd uitgeschreven in de visietekst op medewerkers, eveneens een project van het ABP 2013-2018.

2.3 Opmerkingen m.b.t. beschikbaarheid van artsen

Sterk punt:

Op FIDES ziet de psychiater de patiënt wekelijks tijdens de empathietraining die door hem persoonlijk wordt gegeven.

Knelpunten:

Op gebied van afzondering, opvolging tijdens opname, tijd met patiënten, vergaderingen, projecten.

Remediëring: => dit remediëringsantwoord in te dienen eind februari 2017

In uitwerking. Voorlopig kunnen we alvast meegeven dat:

Elke psychiater doet inspanningen de tijd die gaat naar de directe patiëntencontacten zo hoog mogelijk te houden. De te lage normen (= aantal uren psychiater per bed) in combinatie met de talrijke beleids- en administratieve taken zetten inderdaad druk op de directe patiëntencontacten. In het ziekenhuis werken er echter meer artsen dan de officiële normen vereisen. Het ziekenhuis heeft een relatief hoog aantal T-bedden en dat is, zoals hieronder weergegeven, nadelig mbt het aantal beschikbare psychiateruren.

De normen zijn:

1 psychiater (24 uur) voor 30 A-bedden

1 psychiater (24 uur) voor 120 T-bedden en Sp-psychogeriatrie bedden

0,5 psychiater (12 uur) voor 8 intensieve behandelbedden

3. Processen

3.1 Opmerkingen m.b.t. vrijheidsbeperkende maatregelen

Sterk punt:

Grondig uitgewerkte procedure afzonderen en instructie fixeren, intervisie-werking op een aantal afdelingen.

Aanbeveling:

Verder investeren in retreatrooms.

Knelpunten:

hoge cijfers afzonderen en fixeren op instellingsniveau (in 2013 waren er 1110 afzonderingen waarvan 440 met fixatie, gedurende 30.603 uur), nood aan analyse van het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen: preventief handelen en toepassen crisisontwikkelingsmodel, indicaties voor afzondering en fixatie, rapportage in patiëntendossier, interdisciplinaire samenwerking bij start en einde /evaluatie van afzonderings- en fixatiemaatregelen. De bestaande procedures dienen verder uitgewerkt te worden.

Remediëring:

-Algemeen Beleidsplan: project 'vrijheidsbeperkende maatregelen' met drie verbeteracties vanuit zelfevaluatie in 2014 (werd voor de audit integraal bezorgd aan zorginspectie): opmaken visietekst met strategische doelen, afzonderingsbeleid en verder inzetten op aanpassen van infrastructuur.

Reactie van de administratie:

-Een geactualiseerde procedure voor het afzonderen van patiënten incl. communicatie over de verwachtingen m.b.t. registratie van toezicht en observaties.

-De richtlijnen m.b.t. registratie van afzonderingsmaatregelen zijn opgenomen in de verplichte inscholing van nieuwe medewerkers zorg en het aanbod 'levenslang leren: preventie van en omgaan met agressie – onderdeel vrijheidsbeperkende maatregelen'.

-Er gebeurde een analyse van de afzonderingscijfers 2014. Elk kernteam ontving een afdelingsrapport met afzonderingscijfers. Dit werd op elke afdeling besproken. De globale verwerking van de cijfergegevens werd voorgesteld en besproken op diverse overlegmomenten. Dit thema was een agendapunt op het 2-jaarlijks overleg kernteam van elke afdeling – directie. *Deze methodiek werd sindsdien verder toegepast.*

-Basistekst veilige zorg – omgaan met dwang en vrijheidsbeperkende maatregelen, wordt uitgewerkt.

Bespreking door de administratie:

Het ziekenhuis heeft verschillende acties ondernomen om de bovenstaande non-conformiteit weg te werken. Bovenstaande tekortkoming echter blijft behouden. Momenteel wordt het 'luik isolatie/dwangmaatregelen' in het referentiekader herwerkt. Het ziekenhuis moet in een volgende remediëring, aan de hand van de actualisatie van het referentiekader deze non-conformiteit en tekortkomingen her-evalueren.

Remediëring => dit remediëringsantwoord in te dienen eind februari 2017

In uitwerking. Voorlopig kunnen we alvast meegeven dat:

1/Inleiding

Het afzonderingsbeleid is sinds de interne zelfevaluatie en het auditverslag veelvuldig en op diverse fora onder de aandacht gebracht en besproken. Er wordt actief ingezet op preventie, het maximaal vermijden van afzonderingen én intensieve zorgverlening tijdens de afzonderingsmaatregel.

Cijfergegevens van 2015 t.o.v. 2013 geven de volgende trend weer:

- 52% minder afzonderingen (n=580);
- 50% minder afzonderingen met fixatie (n= 224);
- 43% minder uren in afzondering (13284u).

(De eerste analyses van 2016 geven een trend aan van een nog verdere daling van het aantal afzonderingen tov 2015)

2/Informatie over multidisciplinaire evaluatie van afzonderings- en fixatiemaatregelen

In uitvoering van het thema 'vrijheidsbeperkende maatregelen' (VBM) als onderdeel van het 2e meerjarenplan 'Quality & Safety' FOD Volksgezondheid, werd begin 2014 een multidisciplinaire werkgroep opgericht t.b.v. de zelfevaluatie 'VBM' aan de hand van de vragenlijst van de FOD

Volksgezondheid en evidence-based richtlijnen. Vanuit de besprekingen van de werkgroep 'zelfevaluatie VBM' werden knelpunten aangeduid en voorgelegd aan diverse klankbordgroepen (referentiemedewerkers agressiebeheersing, afdelingshoofden, therapeutisch coördinatoren, medische staf, POC). Vanuit de resultaten van deze besprekingen formuleerde de Stuurgroep Veilige Zorg verbeteracties m.b.t. het bepalen en communiceren van de visie en doelstellingen over VBM, het afzonderingsbeleid, de infrastructuur. Zorginspectie ontving deze zelfevaluatie voorafgaand aan de audit. De inhoud van het auditverslag werd meegenomen in de verdere uitwerking van de actiepunten.

Twee documenten bevatten info m.b.t. de verwachtingen wat betreft de evaluatie van afzonderings- en fixatiemaatregelen:

- Basistekst 'Veilige zorg – omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen'. Dit is een volledig nieuwe tekst en beschrijft hoe we in PC Sint-Amandus veilig en zorgvuldig professioneel willen handelen bij gevaar-zettend gedrag van een patiënt en m.b.t. het toepassen van vrijheid-beperkende maatregelen. Vanuit deze visie stellen we een aantal doelstellingen van goede praktijkvoering voorop. In deze tekst staan o.a. de verwachtingen m.b.t. interdisciplinaire evaluatie van afzonderings- en fixatiemaatregelen. Het ontwikkelen en communiceren van deze tekst gebeurde door de Stuurgroep Veilige Zorg die verantwoordelijk is voor de uitvoering van het project 'vrijheidsbeperkende maatregelen' als onderdeel van het Algemeen Beleidsplan (2013-2018).
- Vernieuwde procedure afzonderen, met o.a. deze elementen:
 - Preventie, de-escalatie (om een afzondering te voorkomen)
 - het ondersteunen van de patiënt in het veilig doorkomen van een crisis
 - Een humane en patiëntgerichte kijk op veiligheidsregels waar ruimte is voor (goed overwogen) individuele keuzes (versus strikte algemene richtlijnen).
 - Verdere uitwerking van het intensief patiëntgericht zorgproces tijdens afzondering met de verwachting dat er per shift een bespreking is met de aanwezige interdisciplinaire teamleden over de evolutie van de patiënt, de doelstelling van de maatregel en de planning met criteria om de vrijheidsbeperkende maatregelen te kunnen afbouwen of stoppen. De psychiater neemt initiatief om dagelijks de afzonderingsmaatregel mee te evalueren.
 - Van 'veilige omgeving waar niets meer fout kan gaan' naar 'zorg die in het teken staat van het bevorderen van het herstel'.

Ook het afzonderingsformulier in EPD Regas werd aangepast: 'planning en evaluatie' als vast onderdeel en elke afzondering motiveren vanuit:

- Gevaarscriterium (gevaar voor zichzelf en/of anderen)
- Argumentatie
- Preventieve acties
- Mate van instemming door patiënt (verzet / geen verzet / vraag van patiënt).

Het stoomschema met het overzicht van mogelijke 'indicaties afzondering' (waarnaar verwezen wordt op pag. 16 van het auditverslag) wordt niet meer gebruikt.

Het thema 'VBM' en afzonderings- en fixatiebeleid werd sinds de zelfevaluatie in 2014 frequent onder de aandacht gebracht: op diverse overlegkanalen, artikel Koerier Extra januari 2016 (viermaandelijks tijdschrift voor medewerkers van het PCSA), toelichting aanpassingen afzonderingsregister in EPD Regas op elke afdeling, toelichting vernieuwde procedure afzonderen op elke afdeling, ...

Opvolging van het afzonderings- en fixatiebeleid vanuit:

- Stuurgroep veilige zorg en Permanent Overlegcomité (POC): opvolging globale cijfers en trends,
- Projectgroep agressiebeheersing: feedback over en bespreking van de analyse van de afdelingsrapporten,
- Marthonzittingen (overleg directie – kernteams afdelingen) 2015 en voorjaar 2017: specifieke vragen m.b.t. 'VBM' en (indien van toepassing) afzonderingscijfers van de afdeling.

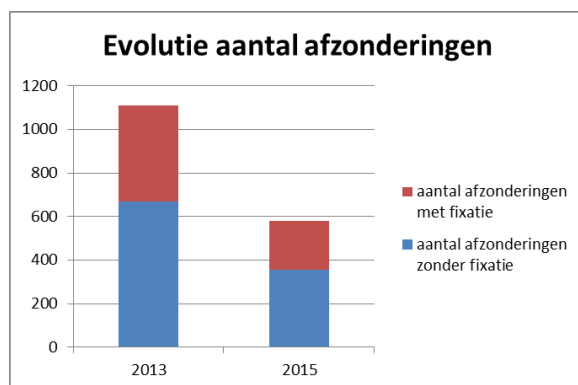
3/Evaluatie vereisten afzonderingskamers a.d.h.v. de opmerkingen uit het verslag:

Volgende verbeterpunten werden opgemerkt: (TK)

- niet in alle afzonderingskamers kan de patiënt bellen als hij gefixeerd is (Oase 1). Oproepknop geïnstalleerd op het bed
- in een afzonderingskamer is er geen verduisteringsmogelijkheid (Wegwijs 1). In de 2 afzonderingskamers werd verduistering voorzien.
- het geluidssysteem werkt slecht (de Stroom)
[Audio gebeurt nu via de nieuwe camera's met spraak-terugspraak functie](#)
- de radio geeft ruis (de Bron)
[probleem is opgelost](#)
- op crisisinterventie is de radio al langere tijd stuk
[Radio werkt terug](#)

4/Opvolging afzonderingen met fixatie:

- **Cijfergegevens met trends**
 - 2013: 1110 afzonderingen waarvan 440 met fixatie
 - 2014: 822 afzonderingen waarvan 372 met fixatie
 - 2015: 580 afzonderingen waarvan 224 met fixatie
 - Evolutie tussen 2013 en 2015: halvering van het aantal afzonderingen en de afzonderingen met fixatie (zie tabel).



- **Opvolging door beleid**
 - Halfjaarlijkse en jaarlijkse verwerking van de afzonderingsregisters:
 - cijfergegevens PZ
 - cijfergegevens per afdeling.
Met cijfers over tijdsduur, tijdstip start afzondering, aantal patiënten, ...
 - Agenda Stuurgroep veilige zorg, Projectgroep agressiebeheersing, POC, (kern)teamoverleg afdelingen, marthonzittingen 2015 en 2017.

3.2 Opmerkingen m.b.t. medicatiedistributie

Sterke punten:

Globaal positief verhaal met o.a. spoedkasten, gestandaardiseerd medicatieschema per patiënt,

geneesmiddelenformularium met unit-doses, medicatie afgeleverd voor maximaal 7 dagen en kleine afdelingsvoorraad met “indien nodig medicatie”.

Knelpunten:

Evaluatie van de vermijdbare risico's m.b.t. distributie, risico's m.b.t. de bewaring van medicatie die moet gekoeld worden, controle vervaldatum, losse medicatie in voorraad, klaarzetten voor 24uur. Melden en leren uit medicatie-incidenten.

Remediëring ivm temperatuurmonitoring:

Iedere verpleegafdeling beschikt nu over een medicatiekoelkast waarvan de temperatuur tot één graad Celsius nauwkeurig kan ingesteld worden. Alle medicatiekoelkasten zijn gemonitord met het automatische temperatuurregistratiesysteem Testo. De apotheek heeft aldus, op afstand, continu zicht op de temperaturen in alle medicatiekoelkasten op de afdelingen. De betrokken actoren worden bij problemen automatisch verwittigd zodat er onmiddellijk corrigerende maatregelen kunnen getroffen worden.

Bespreking door de administratie:

Bovenstaande tekortkoming kan worden geschrapt.

Remediëring ivm distributie:

De kwaliteitseisen medicatiedistributie zijn herwerkt. De beschreven methodiek van klaarzetten wordt voor de instelling als meest optimaal en als organisatorisch meest haalbaar geacht. Deze methodiek werd multidisciplinair uitgewerkt en nadien bekrachtigd in het Medisch Farmaceutisch Comité. De afspraken werden verder gecommuniceerd en geïntegreerd in een breder actieplan 'waarborgen basiskwaliteit geneesmiddelenproces'.

Bespreking door de administratie:

De verdere opvolging van bovenstaande non-conformiteit en tekortkomingen wordt uitgesteld gezien het Agentschap, Zorginspectie en de sector momenteel in onderling overleg het onderdeel “medicatie” uit het referentiekader aan het herschrijven zijn. Aan de hand van de resultaten van dit overleg zal een nieuwe remediëring worden verwacht.

Remediëring ivm distributie: => dit remediëringsantwoord in te dienen eind februari 2017

In uitwerking. Voorlopig kunnen we alvast meegeven dat:

Het geneesmiddelenproces is verder geoptimaliseerd cfr nieuw referentiekader en wordt opgevolgd dmv interne audits. Klaarzetten bulkmedicatie in identificeerbare unidoses is in voorbereiding. De piste voor het investeren in een verpakkingsmachine is in onderzoek.

3.3 Opmerkingen m.b.t. suïcidepreventiebeleid

Sterke punten:

Uit gesprek blijkt dat er in de praktijk vooral wordt ingezet op patiënten-participatie waarbij de patiënt in overleg met het team beslist hoe er met de suïcidale gedachten en zelfmoordpogingen wordt omgegaan. Er gaat veel aandacht uit naar het betrekken van de familie en de context (thuisoverleg). Voor de opvang van medewerkers na een suïcide(poging) kan er in het ziekenhuis een beroep worden gedaan op het traumateam. Op enkele afdelingen werden acties ondernomen om de afdeling meer suïcidproof te maken.

Knelpunten:

Op het moment van de audit is er geen (*uitgeschreven*) zelfmoordpreventiebeleid. Het vormingsbeleid van medewerkers omtrent omgaan en werken met een suïcidale patiënt is niet uitgewerkt. Er werd nog geen incidentanalyse gemaakt van een suïcide(poging).

Aanbeveling:

Een algemene risicoanalyse uitvoeren van de veiligheid van de infrastructuur.

Remediëring suïcidepreventiebeleid: => dit remediëringsantwoord in te dienen eind februari 2017

In uitwerking. Voorlopig kunnen we alvast meegeven dat:

Conform de specialisaties van Sint-Amandus worden er (relatief) weinig mensen met stemmings- of andere stoornissen opgenomen en suïcidaliteit. Er is over de jaren vanuit het idee "Veilige Zorg" vooral de focus gelegd op ernstige gedragsuitingen van psychiatrische stoornissen zoals agressie.

De laatste jaren is er ook extra ingezet op een suïcidepreventiebeleid:

-Er is een visietekst ontwikkeld die getoetst is in de afdelingen waar men toch geconfronteerd kan worden met suïcidaliteit, met bijhorende beslissingsboom rond signaalherkenning, risicobeoordeling, open bespreekbaarheid met patiënt, opvolging na suïcidepoging (tov patiënt, familie, medepatiënten, teamleden, vertrouwenspersoon/traumateam)

-Er is een specifiek opvolgingsdocument suïcidaliteit ontwikkeld voor het elektronisch patiëntendossier. Zodra er sprake is van suïcidaliteit, wordt dit document geactiveerd in het dossier als intensieve zorg en wordt er prioritair aandacht aan besteed.

3.4 Opmerkingen m.b.t. klachtenmanagement / patiëntenrechten

Knelpunten:

Procedure moet worden herzien (duidelijker te omschrijven dat klachten altijd direct met de externe ombudspersoon besproken kunnen worden) en gekend zijn bij de medewerkers, de informatiebrochure van het ziekenhuis verder aanvullen (omschrijft onvoldoende duidelijk het recht om ontevredenheden en klachten te uiten), verwerking en opvolging van gemelde klachten (jaarverslag, aanbevelingen, ...).

Remediëring:

De procedure werd aangepast. De klachtenprocedure is een vast item van de informatie die elke nieuwe medewerker krijgt tijdens het individueel onthaalmoment. De klachtenprocedure is een onderdeel van de verplichte inscholing 'visie op zorg' voor nieuwe medewerkers. De procedure wordt onder aandacht gebracht tijdens de voorstelling van het jaarverslag door de ombudspersoon. Minstens jaarlijks wordt het thema onder de aandacht van alle medewerkers gebracht.

Bespreking door de administratie:

Er werden verschillende acties ondernomen om de bovenstaande tekortkoming weg te werken.

Bovenstaande opmerking kan worden geschrapt en de nieuwe werkwijze moet verder intern opgevolgd worden.

3.5 Opmerkingen m.b.t. patiënt- en familiegeoriënteerde zorg

Sterke punten:

Familiewerking van de afdelingen Fides, Oase1, psychosenzorg (praatcafé De Stem). Er zijn een aantal afdelingen binnen het ziekenhuis die de methodiek van Recovery Oriented Practices Index (ROPI) toepassen. Er zijn 5 medewerkers gevormd als ROPI coach en die de bijhorende interviews kunnen afnemen. ROPI werkt met 3 score formulieren (één voor de afdeling, één voor de medewerkers van de verblijfsafdeling, en één voor een cliëntenpanel van de verblijfsafdeling).

Knelpunten:

Op sommige afdelingen is de zorg minder patiënt georiënteerd. Zorg voor familie is geregeld per afdeling met een zeer verschillende aanpak per afdeling. Familiewerking is onvoldoende structureel ingebouwd in de werking van alle afdelingen en heeft nog onvoldoende een formele plaats op verschillende plaatsen en momenten in de zorgtrajecten die de patiënten volgen.

Remediëring m.b.t. patiënt georiënteerde zorg:

specifieke activiteiten mbt een afdeling alsook algemene activiteiten van andere afdelingen om te werken naar beter patiëntgeoriënteerde zorg:

- Voortgang van eerdere inspanningen rond empowerment en patiënten- en familieparticipatie.
- Vanuit het algemeen beleidsplan het actiepunt rond 'transmurale zorg', waarin visieontwikkeling, empowerment en patiënten- en familieparticipatie centraal staan.
- Diverse gerichte initiatieven rond het actiever informeren en betrekken van patiënten en familie, als partners in de zorg (o.a. rond mensgericht onthaal, een open en empathische dialoog, openstaan voor feedback, inzetten van ervaringsdeskundigen).

Bespreking door de administratie:

Bovenstaande tekortkoming kan worden geschrapt.

Remediëring m.b.t. familie georiënteerde zorg: => dit remediëringsantwoord in te dienen eind februari 2017