

Samenvattende tekst met betrekking tot de audit van 2012

In november 2012 kreeg het psychiatrisch ziekenhuis Sint-Alexius te Grimbergen externe auditoren van de Vlaamse Overheid (Zorginspectie) over de vloer. Tijdens deze audit werd er ingezoomd op de kwaliteit van de zorg, meer bepaald een toetsing van de federale erkenningsnormen en een evaluatie van het kwaliteitsbeleid, in functie van het kwaliteitsdecreet. Ter voorbereiding van de audit werd door het ziekenhuis een zelfevaluatie gemaakt aan de hand van zelfevaluatie-instrumenten die door Zorginspectie¹ werden ontwikkeld. De thema's die het ziekenhuis heeft geëvalueerd zijn: algemeen beleid, medisch beleid, personeelsbeleid, lerende omgeving, patiëntenrechten en ombudsdienst, apotheek en PZ-afdelingen. Daarnaast werden er ook verschillende documenten opgevraagd (bv. visieteksten, vergaderverslagen, ...) en werden er 24 uren interview en een rondgang doorheen het ziekenhuis georganiseerd. Tijdens deze interviews waren er gesprekken met vier directieleden, twee stafleden, het hoofd van de sociale dienst, drie artsen, acht verpleegkundigen (waarvan vier hoofdverpleegkundigen), één apotheker, drie psychologen en één externe ombudsdienst.

De resultaten van deze audit werden aan de hand van een verslag overgemaakt aan het PZ Sint-Alexius, waarna het ziekenhuis vijftiendertig kalenderdagen heeft om opmerkingen of bedenkingen te formuleren. Het auditverslag bestaat uit vijf soorten vaststellingen:

- Algemene vaststellingen: deze elementen scoren niet positief of negatief. Ze worden als nuttige achtergrondinformatie beschouwd
- Sterke punten (SP): worden als meerwaarde beschouwd
- Aanbevelingen: dit zijn adviezen die de auditoren wensen mee te geven om de kwaliteit van de zorg te verbeteren
- Non-conformiteiten (NC): dit zijn elementen volgens het auditteam niet aan de wettelijke norm voldoen
- Tekortkomingen (TK): dit zijn elementen waarop men ook niet goed scoort, maar waarvoor ze zich niet baseren op erkenningsnormen.

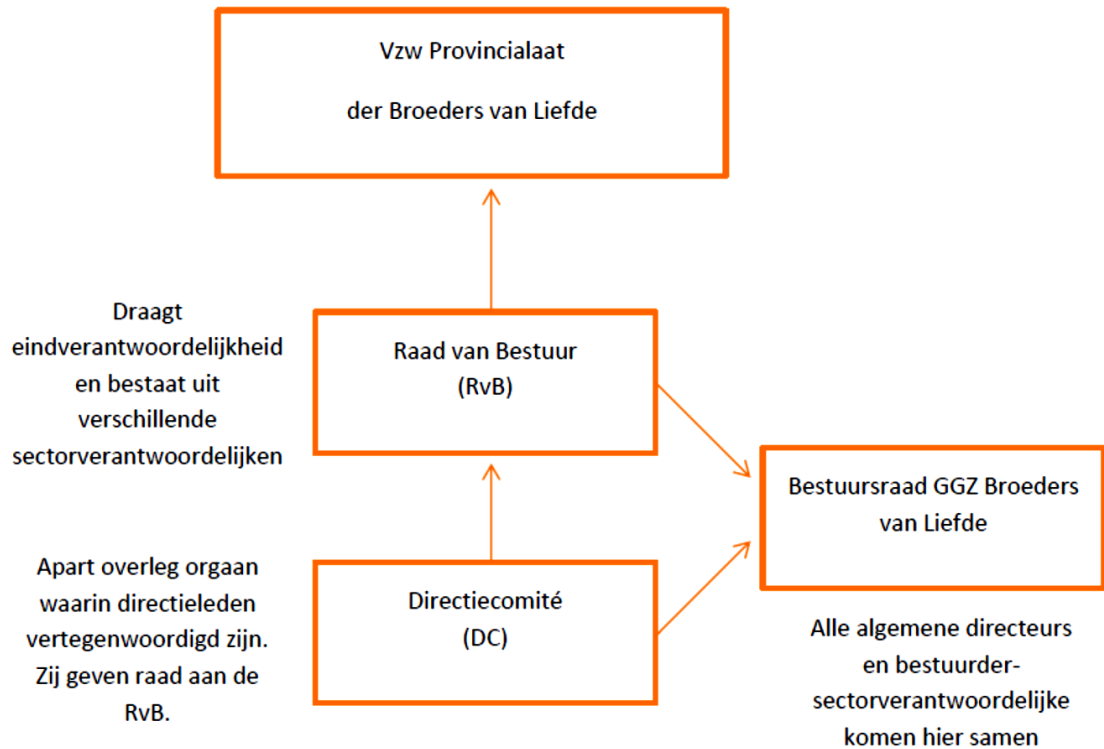
In deze samenvatting focussen we ons op de NC's en TK's die uit dit rapport voortkomen, de feedback van het PZ en tenslotte de remediëringen die het PZ heeft uitgevoerd als antwoord op het auditrapport. Ook zullen er enkele sterke punten (SP) aangehaald worden. Om ervoor te zorgen dat alle punten van het auditverslag aan bod komen zullen we dezelfde structuur aanhouden als dat van het auditrapport.

¹ De zorginspectie inspecteert organisaties die werkzaam zijn in verschillende domeinen: gezondheid, welzijn, gehandicaptenzorg, thuiszorg, ... (<https://www.departementwvg.be/zorginspectie>)

1 Leiderschap

1.1 Beleidsorganen

De vzw Provinciaalder Broeders van Liefde beheert verschillende instellingen, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg. Hieronder vindt u een algemene weergave van de structuur.



Naar analogie van bovenstaande structuur, zijn er ook verschillende overlegorganen voor de hoofdgeneesheren, apothekers, directeurs patiëntenzorg, ... Alsook is er medische raad die gevormd wordt door de zes psychiaters-stafleden.

Voor wat betreft ethische kwesties werd er in het ziekenhuis een werkgroep ethiek opgericht. Deze werkgroep bestaat uit een psychiater, psycholoog en een verpleegkundige. Daarnaast kan men ook beroep doen op de Begeleidingscommissie ethiek (gevormd voor twee vertegenwoordigers van ieder ziekenhuis) en op de Toetsingscommissie (goedkeuring van onderzoek aanvragen) van de Broeders van Liefde. Een TK hierbij is dat medewerkers niet goed weten bij wie ze juist terecht kunnen wanneer ze een ethische vraag hebben. Om dit punt aan te pakken zal de werkgroep zich toeleggen op verdere bekendmaking bij de werknemers. Momenteel kunnen alle werknemers de richtlijnen rond ethiek terugvinden op het intranet, alsook meer ethische adviezen over verschillende thema's.

Daarnaast zijn er ook verschillende andere beleidsorganen, adviesorganen, ... Het DC beschikt over een beschrijving van al deze structuren. Om ervoor te zorgen dat alle medewerkers hierover meer duidelijkheid hebben, kunnen zij op intranet alle formele beschrijvingen terugvinden.

1.2 Organisatiestructuur

Het PZ Sint-Alexius wordt aangestuurd door een algemeen directeur, drie departementsdirecteurs en een hoofdgeneesheer. In totaal kunnen de zorgeenheden beroep doen op 32,52 VTE (in 2012) aan paramedische, psychologische, opvoedkundige, diëtische en psychosociale ondersteuning. Een sterk punt is dat het ziekenhuis beschikt over een tuintherapeut die onder meer asinotherapie aanbiedt. Vanuit iedere afdeling kunnen patiënten helpen bij de verzorging van een aantal ezels. Op deze manier bereikt men een subgroep van patiënten die zich door andere therapievormen minder aangesproken voelen.

2 Beleid en strategie

2.1 Algemeen, kwaliteits- en medische therapeutisch beleid en strategie

De missie en visie van het PZ werden in 2006 opgesteld door medewerkers, directieleden en de RvB na een bevraging bij de medewerkers. Dit werd opnieuw bijgewerkt in 2011, wat op zijn beurt leidde tot nieuwe strategische en operationele doelstellingen en een specifieke identiteitsverklaring (gastvrijheid, professionaliteit, innovatie en respect). Deze identiteitsverklaring vormt de basis van het algemeen en kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis. Het therapeutisch kader wordt echter gedefinieerd op niveau van de zorgeenheid, en dit meer bepaald door de stuurgroepen. Een stuurgroep bestaat uit de afdelingsarts, psycholoog, hoofdverpleegkundige, maatschappelijk werker en enkele medewerkers. Een TK hierbij is dat dit eerder kadert binnen het algemeen en kwaliteitsbeleid, terwijl de eigen visie en het therapeutisch beleid weinig of niet aanbod komt. Daarnaast wordt er nog te weinig ingezet op opvolging en inhoudelijk aansturing van dit beleidsplan. Als reactie hierop zal het ziekenhuis dit beleidsplan om de zes maanden bespreken, gekoppeld aan een interne audit². Hierin zal ook het evident-based werken kritisch bevestigd worden. Daarnaast

² "Een interne audit is een onafhankelijke en op objectieve wijze zekerheidverstrekken en raadgevende activiteit. Deze is in het leven geroepen om een meerwaarde te bieden en een verbetering te bewerkstelligen van de werking van een organisatie. Zij helpt een organisatie bij het realiseren van haar doelstellingen door, via een systematische en gedisciplineerde aanpak, de doeltreffendheid aan het risico- en controlebeheer en de beleidsprocessen te evalueren en te verbeteren." (Institute of Internal Auditors (IIA))

kunnen alle medewerkers via intranet aan informatie beschikken over alle normenstelsels (NIAZ³) en richtlijnen die gelden rond kwaliteitszorg.

Ondanks verschillende inspanningen om het beleid op de werkvloer te introduceren voelt men aan dat men er nog onvoldoende in slaagt om het beleid tot op de werkvloer te vertalen. De medewerkers op hun beurt voelen zich echter onvoldoende aangesproken om beleidsmatig te denken en te werken. Om dit aan te pakken tracht het ziekenhuis te werken via de methodiek van interne audits (zie eerder) en tracht men snelle feedback te geven aan het team.

2.2 Lerende omgeving

2.2.1 Beleid en strategie

Binnen het PZ wordt er via verschillende kanalen gewerkt aan kwaliteit, meer bepaald door het opstellen van beleidsplannen, registratie van incidentmeldingen en het organiseren van werkgroepen. Daarnaast wordt er ook veel aandacht geschonken aan opleiding rond kwaliteit(management) (= SP) en bestaan er enkele overlegstructuren omtrent kwaliteit en patiëntveiligheid.

2.2.2 Processen

Omdat er verschillende kwaliteitsprojecten en verbeterprojecten lopen in het ziekenhuis (= SP) zal men door middel van interne audits erop toekijken dat alle projecten overzichtelijk opgelijst en concreet opgevolgd worden. Sinds 2014 loopt er een Accreditatietraject (NIAZ), met het oog op het verbeteren van de kwaliteit van de zorg. De normen van het internationaal accreditatieprogramma NIAZ Qmentum International benoemen procedures en methoden die bijdragen tot zorg van hoge kwaliteit, die veilig is en op een effectieve manier wordt bestuurd. Elke norm bestaat uit een aantal criteria die iets zeggen over wat er precies nodig is om aan de norm te voldoen (bron: <https://www.niaz.nl/>).

3 Middelen

3.1 Infrastructuur

Het oudste gedeelte van het ziekenhuis dateert uit 1909, dat tussen 1999 en 2007 stelselmatig gerenoveerd werd en waarbij er in 1994 en 2004 twee nieuwe vleugels werden aangebouwd. Tijdens

³ <https://www.niaz.nl/>

de audit werden er enkele infrastructurele tekortkomingen gerapporteerd, die een risico kunnen inhouden bij suicidaliteit (bv. het gebruik van doucheslangen en gordijnstangen in de sanitaire ruimten). Daarnaast werd er opgemerkt dat er veel tweepersoonskamers zijn, terwijl de verzorging van bepaalde doelgroepen zich hiertoe niet even goed verleent. Bij de afbouw van bedden werden deze kamers als eerste gesloten, waardoor patiënten nu wel de mogelijkheid hebben om op een éénpersoonskamer te verblijven. Tenslotte werd er aangekaart dat de doucheruimten en sanitaire cellen niet rolstoeltoegankelijk zijn maar op de afdeling gerontopsychiatrie en crisisinterventie is dit echter wel het geval.

Een eerste NC werd vastgesteld op de afzonderingskamers bij de afdeling Galenos en Averroës, waarbij de veiligheid van patiënten onvoldoende gegarandeerd kan worden. Zo werd er bijvoorbeeld geadviseerd om, na een suïcidepoging met de bekabeling van het oproepsysteem, het oproepsysteem uit de afzonderingskamers te verwijderen. Echter, bij alle vorige audits, visitaties, inspectiebezoeken werden er geen opmerkingen over NC's of TK's, noch aanbevelingen geformuleerd. De afzonderingskamers in het ziekenhuis zijn conform de richtlijnen (Brief van Weckx⁴) en andere aanbevelingen. Er werd aan de auditoren meegegeven dat het aangewezen is om een grondig onderzoek te verrichten naar aanbevelingen en richtlijnen, zodat deze daarna voor de hele sector GGZ conform gebruikt kunnen worden. Bovendien kan men door de afgezonderde ligging van de gang met afzonderingsruimten, werken met verschillende niveaus van afzondering alvorens de patiënt over te laten gaan naar de gesloten of open afdeling (= SP). Aanpassingen die na de audit doorgevoerd werden: er werd een draadloze belknop bevestigd aan de muur en tegen het bed.

Een andere TK is de aanwezigheid van een tillift op de zorgeenheid gerontopsychiatrie. In het verleden is er geen voortdurende nood geweest aan het gebruik van een tillift. Op de afdeling is er wel een hoog-laag bad aanwezig. Wanneer er een tillift nodig is wordt deze gehuurd bij de mutualiteit.

3.2 Patiëntendossier

Over heel het ziekenhuis wordt er gebruik gemaakt van het elektronisch medisch en verpleegkundig dossier REGAS[®]. Het ziekenhuis functioneerde hiervoor als piloot bij de invoering van dit dossiersysteem in alle ziekenhuizen van de Broeders van Liefde. Medicatieschema's zijn op alle afdelingen elektronisch en men moet bij het niet toedienen van medicatie systematisch de reden aangeven (= SP). Tijdens de rondgang werd opgemerkt dat niet elk dossier even nauwkeurig werd

⁴ Ministeriële Omzendbrief van de Vlaamse Gemeenschap van 24 oktober 1990 betreffende de afzondering van patiënten opgenomen in psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen.

ingevuld. Dit punt werd ter harte genomen en wordt verder onder de loep genomen tijdens de interne audits in het ziekenhuis.

Anno 2016 werd heel het REGAS[®] patiëntendossier aangepast. In dit dossier wordt er gewerkt volgens hersteldoelen en een voorlopige probleemsamenhang. Dit wordt bepaald, na een observatieperiode van vier weken, tijdens een interdisciplinair overleg (IDSV). De voorlopige probleemsamenhang (VPS) wordt, voor het doorgaan van het IDSV, opgesteld door de afdelingspsycholoog door middel van informatie die verkregen werd van het multidisciplinair team. Elk teamlid dient alle levensdomeinen in het dossier in te vullen. Op het einde van dit IDSV worden er hersteldoelen opgesteld waaraan gewerkt zal worden tijdens het traject van de patiënt. Voor elk hersteldoel wordt een verantwoordelijke aangesteld die dit hersteldoel verder zal opvolgen en die samen met de patiënt aan de slag gaat om dit doel te bereiken. Zowel de VPS als de hersteldoelen worden nadien met patiënt besproken en indien nodig aangepast.

4 Medewerkers

4.1 Personeelsbeleid

In 2012 telde het ziekenhuis 143 medewerkers (o.a. Verpleegkundige, opvoeders, psychologen, maatschappelijk werkers, ...) in het departement patiëntenzorg, 4 logistieke medewerkers en 6 psychiaters. Voor elke functie binnen het departement patiëntenzorg is er een functieomschrijving en competentieprofiel uitgeschreven door de medewerkers zelf (= SP). Deze documenten worden gebruikt bij functioneringsgesprekken, evaluatiegesprekken en het uitschrijven van vacatures. Er zal op toegezien worden dat er op elke afdeling gestreefd wordt naar een jaarlijks functioneringsgesprek.

In 2013 werd er alvast gewerkt aan de uniformiteit in lay-out van deze documenten.

4.2 Vorming, training en opleiding (VTO)

Het ziekenhuis beschikt over een basisnota en een aantal richtlijnen voor wat betreft het vormingsbeleid (algemene visie, procedures, aantal uren, inschrijvingen, ...). Deze nota werd verder geüpdate. Ook voor nieuwe werknemers organiseert het ziekenhuis onthaaldagen waarin algemene informatie rond het ziekenhuis en een rondleiding wordt gegeven. Ook bestaat er een nota voor nieuwe intreders. Op basis hiervan wordt de opleiding aangepast en dit voor elke discipline. Dit is de

verantwoordelijkheid van de vakgroepvoorzitters⁵ en/ of teamcoördinator. Ook wanneer er een nieuwe procedure wordt ingevoerd (bv. Infomedic[®]) wordt er steeds een opleiding voorzien. Om alle vormen (bv. brandpreventie, EHBO, ...) te kunnen geven werd er e-learning software aangekocht.

4.3 Bestaffing

Een tweede en derde NC dat werd vastgesteld is dat er geen verpleegkundige permanentie voorzien is op alle afdelingen (bv. 's nachts). Toch is het zo dat de nachtcoördinator steeds een verpleegkundige is. Deze nachtcoördinator organiseert de ondersteuning en aanwezigheid van een verpleegkundige waar nodig. Ook crisisinterventie en verpleegkundige permanentie wordt gegarandeerd. Zo verloopt het klaarzetten/ toedienen van medicatie in drie fasen: het klaarzetten van medicatie, een controle voor gift en na gift. Deze controle wordt steeds door verpleegkundige uitgevoerd. Tenslotte doet de psychiater van wacht op zaterdag en zondag steeds een rondgang op alle verblijfseenheden (= SP).

5 Processen

5.1 Organisatie van de zorg

In het ziekenhuis onderscheidt men vijf zorgtrajecten (crisisinterventie en crisisbehandeling, psychozorg, stemmings- en persoonlijkheidsproblemen, afhankelijkheidsproblemen en ouderenzorg). Bijkomend wordt er steeds meer en meer aandacht geschonken aan de transmurale zorg⁶ en wordt dit in de loop van volgende jaren verder uitgebouwd in het kader van artikel 107⁷ – herstructurering van de zorg.

In het ziekenhuis wordt er gewerkt met een opnamecoördinator. Deze persoon staat in voor de eerste screening van de aanmeldingen en overlegt nadien met de afdelingsarts of de arts van wacht. Hij probeert om binnen de 48 uur na de aanmelding een antwoord te formuleren naar de doorverwijzer of hulpvrager of probeert door te verwijzen naar andere instanties (= SP). De opnames zelf verlopen via de centrale inschrijving. Hier krijgt men allerlei informatie over het ziekenhuis (bv.

⁵ Deze persoon brengt de vakgroep om de zestiende weken samen voor overleg, maakt de agenda en het verslag. In het ziekenhuis bestaan er verschillende vakgroepen: vakgroep psychologen, maatschappelijk werk, ergotherapie, ...

⁶ Ketenzorg: verschillende partners zijn betrokken bij één patiënt/cliënt, waarbij de zorg afgestemd wordt op de noden van de persoon.

⁷ Doel: ketenzorg organiseren door het bestaande zorgaanbod beter af te stemmen op de noden en behoeften van de patiënt/cliënt.

de kostprijs) en wordt de opnamebrochure overlopen. Tijdens de opname staan de maatschappelijk werkers in voor het ontslagmanagement. Zij starten enige tijd voor het effectieve ontslag met de ontslagplanning (bv. organiseren van thuishulp, thuisverpleging, aanmelding bij andere instanties, ...).

Om de doorstroom en uitstroom in het ziekenhuis beter te laten verlopen werden er afspraken gemaakt met alle afdelingen rond de mogelijkheden van crisisinterventie. Ook telt het ziekenhuis in 2012 drie doorgangshuizen (= SP). Dit is een tussenstap tussen het ziekenhuis en alleen wonen. Hierin ligt de focus op woontraining, op het trainen van vaardigheden die nodig zijn om alleen te wonen. Patiënten kunnen hier maximaal 1 jaar verblijven. Ondersteuning wordt voorzien vanuit de afdeling en patiënten kunnen nog steeds in dagkliniek komen. Ook wordt er een bed vrijgehouden op de afdeling voor het geval dat de patiënt heropgenomen moet worden.

5.2 Procedurebeheer

Tijdens de audit bleek dat er geen verantwoordelijke aangeduid is en dat het moeilijk is om een procedure terug te vinden. Een eerste stap tot verbetering was een verbetering van het intranet (alle informatie is terug te vinden in de richtlijnenbibliotheek) en een beter procedurebeheer in het algemeen (eigenaarschap aanduiden, beter opvolgen, evaluaties doorvoeren, ...). Zo wordt er in intranet gewerkt met apps. Hier kan je doorklikken naar de app 'kwaliteitszorg', waar er verder verwezen wordt naar bestaande procedures en richtlijnen voor alle ondersteunende diensten en functies en voor de zorgeenheden en programma's. De opvolging hiervan wordt opgevolgd door de directie en enkele stafmedewerkers. Bij de invoering van REGAS® werden er ook enkele links voorzien die de medewerker doorsturen naar de bijhorende procedures.

5.3 Medicatiedistributie

5.3.1 Beleid en strategie

Het ziekenhuis beschikt over een eigen apotheek die ook medicatie levert aan het Psychiatrisch Verzorgings Tehuis (PVT) Kraaienberg. Binnen het ziekenhuis is er een stafmedewerker (bevoegd voor het programma Infomedic®) die nauw samenwerkt met de apotheker. Deze stafmedewerker is vaak aanwezig op de zorgeenheden om het systeem van Infomedic® van nabij op te volgen en de communicatie hieromtrent te organiseren. Hij is ook wekelijks aanwezig op het overleg tussen de directie en stafmedewerkers.

5.3.2 Processen

De artsen hebben zicht op het elektronische medicatieschema van de patiënten en schrijven medicatie voor via Infomedic®. Wanneer de arts afwezig is kunnen de verpleegkundigen zelf

medicatievoorschriften inbrengen. Nadien moet de arts dit valideren. In de praktijk blijkt dat dit soms meer dan 48uur duurt eer dit gevalideerd wordt. Deze TK zal verder besproken worden tijdens het medisch farmaceutisch comité (MFC).

Medicatie wordt in de afdelingsbakken naar de zorgeenheden gebracht door de apotheker. Er wordt door de apotheker aan de hoofdverpleegkundige feedback gegeven over de controles (= SP). Er wordt slechts zelden een verdwijning van een medicament vastgesteld. Meestal gaat het om een registratiefout.

Een vierde NC dat werd vastgesteld is dat men medicatie aflevert voor periodes van één a twee weken (wettelijke termijn is vijf dagen). In de praktijk blijkt dat bedeling voor vijf dagen, met de huidige bestaffing, organisatorisch niet haalbaar is. Het voorstel wordt gedaan dat de bedeling georganiseerd wordt voor zeven dagen, zoals dat reeds gebeurt voor twee zorgeenheden (zie verder).

Voor wat betreft de medicatiedistributie werden er ook enkele risico's vastgesteld tijdens de audit. Zo werden er losse en halve tabletten en verknipte blisters in de patiëntenbakjes aangetroffen; op sommige medicatiebakjes was enkel een kamernummer zichtbaar en geen naam; de medicatie wordt voor 24u klaargezet op alle afdelingen.

Na deze opmerkingen werden er verschillende remedieringen doorgevoerd.

- **Medicatie dient steeds tot en met de inname ervan verifieerbaar te zijn op naam en op vervaldatum**
 - o Vanaf januari 2013 zal medicatie(vaste vormen) die niet aan deze vereisten voldoet geleverd worden in afzonderlijke zakjes met vermelding van naam en dosering van geneesmiddel, lotnummer en vervaldatum. Deze zakjes dienen in geneesmiddelenbak te blijven tot op ogenblik dat behandeling gestopt wordt zodat vervaldatum van geneesmiddel op afdeling aanwezig is.
- **Klaarzetten van geneesmiddelen op afdeling**
 - o Halve(en ¼) tabletten worden klaargezet in medicatiepotje met deksel(of zakje) en vermelding van naam dit is ook geldig voor losse tabletten en niet identificeerbare tabletten uit strips. Resterende gedeelde tabletten moeten in medicatiebakken ook bewaard worden met vermelding van naam(vervaldatum datum)
 - o Oplossingen worden (indien ze kort voor toediening klaargezet worden) in potje gezet met naam van patiënt en geneesmiddel.
- **Traceerbaarheid van geneesmiddelen**

- Deze strips worden afgeleverd in plastic zakje(type polygrip) met vermelding van naam geneesmiddel, lotnummer en vervaldatum. Deze zakjes blijven in geneesmiddelenbak van patiënt tot einde behandeling. Bij wijziging van lotnummer en vervaldatum wordt er nieuw zakje gemaakt met correcte gegevens. Oude zakjes worden uit geneesmiddelenbak verwijderd door apotheek van zodra geneesmiddelen van betreffend lotnummer verbruikt zijn. (tijdens daaropvolgende wekelijkse distributie)
 - Bij stoppen van behandeling worden geneesmiddelen naar apotheek geretourneerd in oorspronkelijk zakje en op deze wijze bewaard in apotheek tot nieuwe vraag naar dit geneesmiddel.
 - Op afdelingen worden niet herkenbare en gebroken tabletten klaargezet in plastic zakje met vermelding van naam geneesmiddel.
 - Indien oplossing op voorhand klaargezet worden gebeurt dit kort voor toediening in potje met naam patiënt en geneesmiddel. Bovendien streven we ernaar dat eenzelfde verpleegkundige klaartzet en toedient.
- **Distributie 7 dagen in ziekenhuis**
- Alle afdelingen krijgen wekelijkse distributie, er wordt enkel afgeweken bij inventaris en eventueel bij feestdag(uitzonderlijk levering voor 2 weken)
 - Distributie 7 dagen: correct aantal tabletten wordt meegegeven voor UD geneesmiddelen.
 - Onduidelijke strips worden als dusdanig geleverd zoals hierboven vermeld per 10 of 14 afhankelijk van verpakking geneesmiddel. Sommige geneesmiddelen in vrac worden geleverd in oorspronkelijke verpakking om correcte bewaring te garanderen.(per 30, of max 50 tabletten)
- **Distributie 14 dagen voor PVT**
- Distributie op analoge wijze zoals beschreven voor ziekenhuis om de twee weken

Het medicatieschema voor de huisarts wordt bij ontslag automatisch gegenereerd vanuit Infomedic® en meegegeven met de patiënt, samen met de ontslagbrief (= SP).

5.4 Vrijheidsbeperkende maatregelen

Er zijn vier afzonderingskamers op de afdeling Galenos en twee op afdeling Averroës.

5.4.1 **Beleid en strategie**

Binnen het ziekenhuis bestaan er verschillende documenten met betrekking tot afzondering en fixatie. Zoals hierboven aangehaald worden deze procedures beter bekendgemaakt via intranet. Daarnaast zal er ook een visietekst rond afzondering en fixatie (met de principes van een fixatie-arm beleid, mogelijke oorzaken, alternatieven voor afzondering en fixatie) opgesteld worden door de werkgroep agressiebeheersing. Deze werkgroep zal ook een document met indicaties voor afzondering en een handeling voor het correcte gebruik van fixatiematerialen opstellen. De uitvoering van een fixatie is een verpleegkundig technische handeling die uitgevoerd wordt na de beslissing van de arts.

Jaarlijks controleert een stafmedewerker al het fixatiemateriaal op bevuiling of schade.

5.5 **Suicidebeleid**

Het beleid omtrent de opvang van suïcidale patiënten is op het moment van de audit nog in uitwerking. Het document 'suïcidepreventie: algemene richtlijn voor het ziekenhuis' bevindt zich in een eindfase. Daarnaast bestaat er een procedure die de verschillende fases beschrijft bij een suïcidepoging. Echter, deze was tijdens de audit niet voldoende in detail uitgeschreven. Het ziekenhuis heeft deze procedure herwerkt, gebaseerd op het model van hanteren van incidenten (first, second, thirth niveau). Ook werd er een werkgroep suïcidepreventie opgericht die deze procedures verder uitwerkt.

Een TK die werd vastgesteld is dat de suïcidaliteit niet bij alle patiënten bevroegd wordt. Suïcidaliteit moet bevroegd worden tijdens het intakegesprek. Ook dit punt wordt momenteel opgenomen door het ziekenhuis en zal in de toekomst standaard bevroegd worden.

5.6 **Klachtenmanagement**

Het ziekenhuis werkt met een externe ombudspersoon die in dienst is van het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant (Logistiek Vlabo vzw). Wekelijks is deze ombudspersoon aanwezig in het ziekenhuis.

Een vijfde NC dat werd vastgesteld is dat naast een externe ombudspersoon, de directeur patiëntenzorg aangeduid wordt als interne ombudspersoon. Om dit punt aan te pakken wordt er een overleg georganiseerd met de ombudspersoon, zodat men kan komen tot een projectmatige aanpak in het kader van patiëntenrechten en participatie. Bij opname ontvangen patiënten een standaardfolder over patiëntenrechten en een folder met informatie over de externe ombudsdienst, en wordt dit eveneens mondeling toegelicht tijdens de rondleiding. Tijdens de audit was er op de

website echter geen informatie terug te vinden over de ombudsdienst en werden de affiches over de dienst maar op beperkte plaatsen opgemerkt. Het ziekenhuis heeft de website intussen aangepast waarin de ombudsfunctie duidelijk toegelicht wordt. Ook werd er een bedrijfsfilm specifiek voor de patiënt opgenomen en op de website geplaatst.

Een ander NC dat opgemerkt werd, is dat er het ziekenhuis niet beschikt over een formele klachtenprocedure of huishoudelijk reglement. Dit punt wordt verder opgevolgd in het project patiëntenrechten.

6 Afdelingen

6.1 Averroës

Averroës is een opname zorgeenheid voor personen in crisis, al dan niet in een gedwongen statuut. Naast kortdurende opnames bieden zij ook de mogelijkheid tot een langere opname, waar de nadruk ligt op observatie, oriëntatie en exploratie van de hulpvraag. De zorgeenheid is opgedeeld in een gesloten en open gedeelte.

Een TK die hier geformuleerd werd is dat er tijdens het weekend geen gestructureerd activiteitsaanbod is. Dit is echter te wijten aan een tekort aan middelen; erkenning van T-bedden⁸, de patiëntenprofielen die verschillen (gedwongen vs. vrijwillig); ...

6.2 Celcus

Celcus is een zorgeenheid voor mensen met stemmingsproblematiek en/ of persoonlijkheidsproblemen. Deze zorgeenheid wordt van 30 T-bedden afgebouwd naar 15 T-bedden, specifiek voor mensen met complexe stemmingsproblematiek. De auditoren merken tijdens de rondgang enkele infrastructuurle tekortkomingen op. Zo beschikt de afdeling niet over een afzonderingskamer. Echter, in het verleden heeft de (vroegere) inspectie de uitbreiding van het aantal afzonderingskamers niet goedgekeurd en beperkt. Dit zou ook een averechts effect kunnen hebben, namelijk een toename in het aantal afzonderingen.

6.3 Erasmus

De zorgeenheid Erasmus richt zich op mensen met een afhankelijkheidsproblematiek. Een tekortkoming dat werd vastgesteld is dat zowel de psychiater als de psycholoog te weinig tijd

⁸ Bedden bestemd voor patiënten die nood hebben aan een korte tot middellange ziekenhuisopname.

beschikbaar hebben om alle voorziene taken op de afdeling op zich te nemen. Dit is een structureel probleem voor het ziekenhuis wat betreft de erkenning van T-bedden, tekort aan budgetten en onderfinanciering waardoor de intensifiëring van de zorg onmogelijk is (zie eerder). De psychiater ziet alle nieuw opgenomen patiënten wekelijks in de eerste maand, nadien twee- a driewekelijks afhankelijk van de noden van de patiënt. Daarnaast zijn er nog de wekelijkse groepsmomenten die zowel de psychiater als de psycholoog opnemen. Door dit structureel probleem rond erkenning van T-bedden is het voor sommige disciplines moeilijk om vervanging te voorzien tijdens afwezigheid. In het auditrapport wordt er aangehaald dat dit opgevangen wordt door personeelsleden van afdeling Celcus, maar dit is echter niet het geval. De medewerkers van Celcus houden wel een toezichthoudende rol op de zorgeenheid tijdens de teamvergadering van Erasmus, en omgekeerd.

6.3.1 Processen

Sterke punten: er bestaat een procedure voor crisisopvang. Het team van Erasmus doet zelf de intake om te bepalen of een opname mogelijk is. Daarnaast wordt de huisarts steeds verwittigd bij opname en wordt hij nauw betrokken bij het ontslag. In het nazorgplan wordt naar een optimale betrokkenheid gezicht van thuiszorgdiensten, CGGZ, CAW, huisarts

6.4 Galenos

Galenos staat in voor de opname van psychotische patiënten. De afdeling bestaat uit een open en gesloten gedeelte en er zijn vier afzonderingskamers. Tijdens de reorganisatie in het voorjaar van 2013 zal de afdeling verhuizen. Een NC dat tijdens de audit werd vastgesteld had betrekking tot de afzonderingskamers (zie eerder).

6.4.1 Processen

Sterke punten: op de afdeling heeft men een duidelijk drugbeleid. Patiënten met middelenmisbruik kunnen opgenomen worden maar moeten na een uitstap zichzelf controleren en eventuele sancties bij het gebruik aanvaarden. Daarnaast is er een specifiek aanbod voor patiënten met dubbeldiagnose (dubbelclub: specifieke sessies voor patiënten die naast psychose, middelenmisbruik vertonen). De medewerkers kregen de voorbije jaren heel wat vorming rond motiverende gesprekstechnieken en dubbeldiagnostiek. Er wordt blijvend in bijscholing over dit thema geïnvesteerd.