



OPVOLGING AUDITRAPPORT

PSYCHIATRISCH CENTRUM SINT-FRANCISCUS - DE PELGRIM --- JAN/FEBR 2018

Eind januari/ begin februari 2018 bracht een auditteam van Zorginspectie een bezoek aan ons Psychiatrisch Centrum. Het auditteam was zeer tevreden over de manier waarop in ons ziekenhuis gewerkt werd/wordt. Over de grote lijn kregen we een **zeer positieve evaluatie**. Onze erkenning werd dan ook verlengd voor 5 jaar, wat de maximale termijn is bij een goed/ kwaliteitsvol functionerend ziekenhuis. Zorginspectie benoemde de volgende zaken als sterk: de dagelijkse inspanningen in kader van patiënt- en familiebetrokkenheid, onze sterk uitgebouwde kwaliteitszorg, ons zorgvuldig medicatieproces, de ontwikkelde visie-zorgstrategie, de daaruit voortvloeiende beleidsplannen en de implementatie daarvan over de campussen heen, het evidence based werken in onze therapieprogramma's en richtlijnen, Dit alles in een periode van ingrijpende veranderingen (o.a. het realiseren van onze fusie), waarbij op beide campussen kon gerekend worden op heel veel medewerking van alle betrokkenen om samen een nog kwaliteitsvollere en veiligere zorg uit te bouwen.

Natuurlijk benoemde het auditteam ook nog werkpunten/verbetermogelijkheden. Een intern plan is in opmaak om hier zo snel mogelijk aan tegemoet te komen. We zetten immers reeds meerdere jaren in op onze verbetercultuur en willen deze audit heel graag aangrijpen als hefboom om nog verder te verbeteren, verder te groeien en als psychiatrisch centrum onze positieve uitstraling te behouden.

We geven onderstaand een aantal uittreksels uit ons auditrapport weer die een beeld schetsen van onze sterke punten en groeimogelijkheden.

Een aantal sterke punten:

- Binnen het PC SFDP is het kwaliteitsbeleid duidelijk verweven met het globale organisatiebeleid. Het kwaliteitsbeleid is volop in ontwikkeling en toont een gevorderde maturiteit.
- De doorvertaling van de beleidsvoering naar het afdelingsniveau (of dienstniveau) gebeurt op gestructureerde wijze.
- De methodiek om cijfergegevens te gebruiken om het beleid te evalueren en te verbeteren is sterk aanwezig. Resultaten worden teruggekoppeld naar de afdelingen en verbeteracties worden hieraan gekoppeld.
- Rond incidentmeldingen: maandelijkse feedback rond aantal incidentmeldingen + medewerkers geven aan te merken dat incidentmeldingen leiden tot verbeteracties.
- Er worden steekproefmetingen uitgevoerd op het al dan niet ingevuld zijn van de farmaceutische anamnese na opname.
- Het stroomschema in de procedure van het proces 'afzondering met of zonder fixatie' wordt als sterk benoemd.



- Het stroomdiagram in de procedure van het proces fixatie buiten afzondering wordt ook als sterk aanzien alsook de aandacht in deze procedure voor de opsomming van de alternatieven bij een verhoogd valrisico.
- Het PC SFDP beschikt over een patiëntenbrochure 'Vrijheidsbeperkende maatregelen beperken tot een minimum' en een folder voor familie en/of betrokken derde(n).
- Het is duidelijk voor de medewerkers welke patiënten een verhoogd agressierisico hebben.
- Bij een verhoogd agressierisico wordt een individueel signaleringsplan teruggevonden in het dossier.
- Voor elke patiënt wordt het suïciderisico ingeschat, met duidelijke argumentatie en maatregelen in het dossier. Ook in de briefingrapporten en het patiëntenoverzicht (in de verpleegpost) wordt de taxatie overzichtelijk aangebracht.
- Bij een verhoogd suïciderisico verschijnt een gestandaardiseerd signaleringsplan (veiligheidskaart) in het EPD. Dit plan kan steeds samen met de patiënt aangepast worden aan de individuele noden van de patiënt en wordt aan de patiënt meegegeven.
- Op alle afdelingen is er meermaals per jaar intervisie, wat kan gezien worden als een voorbeeld van 'zorg voor zorgenden' op afdelingsniveau.
- Het PC SFDP beschikt naast de algemene psycho-educatiesessies over medicatie, over folders van hoog risicomedicatie voor patiënten, met als doel patiënten er bewust van te maken dat het gebruik van deze medicatie potentiële risico's inhoudt. Met behulp van deze folders kan hier door de arts of verpleegkundige specifiek en individueel op ingegaan worden.
- Het medisch departement is sterk betrokken bij het kwaliteitsbeleid op de werkvloer, onder meer via de participatie van de psychiaters in het afdelingsbeleid en door hun deelname aan de verschillende ontwikkelgroepen.
- De hoofdarts is sterk betrokken bij het algemene beleid van het PC SFDP en was een drijvende kracht tijdens de fusie en bij het oriënteringsproces op vlak van de zorgstrategie.
- Er vinden allerlei initiatieven plaats die betrekking hebben op het thema KOPP/KOAP. Kinderen en partner worden vaak betrokken in dit traject.
- Vanuit het herstelgerichte gedachtegoed worden in het PC SFDP initiatieven genomen om patiëntgericht te werken.
- Op de afdeling Angst en Stemming wordt voor elke patiënt die met ontslag gaat een 'hervalpreventieplan' opgemaakt.

Een aantal groeimogelijkheden:

- Er is nog geen Financiële Commissie of POC en het medisch reglement en de algemene regeling dienen geactualiseerd te worden, het kwaliteitsbeleid kan beter gevolgd worden door de Raad van Bestuur.

=> Deze punten worden verder opgevolgd en geredigeerd door de Raad van Bestuur en het Directiecomité, aangestuurd door de algemeen directeur. Dit uiterlijk tegen 25 oktober 2019 (uiterlijke remediëringstermijn vanuit Zorg & Gezondheid 18 maanden).

- Zaken aangaande het **medisch departement**: een aantal taken van de hoofdarts kunnen nog beter ingevuld worden, ook artsen moeten een beoordelings- of ontwikkelgesprek krijgen, in



de Medische Raad kan nog meer aandacht zijn voor thema's rond kwaliteit van zorg, verslaggeving van de Medische Stafvergaderingen is nog niet aanwezig.

=> *Deze punten worden verder opgevolgd en geremedieerd door de hoofdarts en de Medische Raad. Dit uiterlijk tegen 25 oktober 2019 (uiterlijke remediëringstermijn vanuit Zorg & Gezondheid 18 maanden).*

- Zaken omtrent het **kwaliteitsbeleid**: op vlak van concrete implementatie van het kwaliteitsbeleid dient op Campus De Pelgrim nog een inhaalbeweging te gebeuren, beleidsplanning in het logistiek departement is nog een uitdaging, concrete stappen rond outcome zijn nog beperkt.

=> *Deze punten worden verder opgevolgd en geremedieerd door de stafmedewerker kwaliteit, de algemeen directeur en de Ontwikkelgroep Outcomemanagement. Dit uiterlijk tegen 25 oktober 2019 (uiterlijke remediëringstermijn vanuit Zorg & Gezondheid 18 maanden).*

- Garanderen van **veiligheid van medewerkers** bij ernstige incidenten (infrastructuur): op campus De Pelgrim beschikken de medewerkers nog niet over een (draagbaar) alarmsysteem. Momenteel wordt, i.s.m. ICT, een plan uitgewerkt waarin het installeren van noodknoppen op Campus De Pelgrim wordt opgenomen.

=> *Dit punt wordt verder opgevolgd en geremedieerd door het Directiecomité, aangestuurd door de algemeen directeur. En dit ten laatste tegen 25 oktober 2018 (uiterlijke remediëringstermijn vanuit Zorg & Gezondheid 6 maanden).*

- Een aantal zaken rond het **medicatieproces**:

➤ M.b.t. de afdelingen:

- er werden enkele verknipte blisters en losse pillen teruggevonden in de voorraadkast;
- de dagelijkse registratie van de temperatuur in de medicatiekoelkasten op de afdelingen wordt nog niet altijd correct uitgevoerd;
- de reden van niet-toegediende medicatie wordt niet steeds consequent vermeld binnen het medicatiedistributiesysteem.

➤ M.b.t. de artsen:

Op basis van een telefonische afstemming die zijn weerslag vindt op het formulier "voorlopige medicatieopdrachten" wordt soms medicatie aan patiënten gegeven die nog niet formeel gevalideerd is door een arts.

➤ M.b.t. de ziekenhuisapotheker:

- hoogrisico-medicatie kan nog niet op elk moment via een visuele trigger makkelijk herkend worden als dusdanig;
- de apotheker heeft nog geen volledig zicht op het medicatiegebruik van de patiënt en heeft nog geen zicht op relevante klinische gegevens in het EPD (dit punt werd reeds geremedieerd);
- er is nog geen procedure m.b.t. het nazicht van de urgentielade;
- de interne meldingen van de apotheek worden nog niet opgenomen in het centrale incidentmeldsysteem;



- er is nog geen jaarverslag van de apotheek;
- er gebeurde in 2017 geen volledige analyse van het geneesmiddelenverbruik per klasse, per arts en per categorie (ook van het antibioticavoorschrijfgedrag).
- als ziekenhuis wijken we af van de maximale afleverperiode voor medicatie van 7 dagen, hiertoe werd er nog niet voor elke afdeling een risicoanalyse opgemaakt.

=> Alle facetten van dit proces worden gradueel verbeterd en dit uiterlijk tegen 25 juli 2019 (uiterlijke remediëringstermijn vanuit Zorg & Gezondheid 15 maanden) . Dit wordt aangestuurd door de ziekenhuisapotheker, de stafmedewerker kwaliteit en de Ontwikkelgroep Medicatieveiligheid.

- Een aantal zaken rond **vrijheidsbeperkende maatregelen**:
 - er werd nog gefixeerd via een lendengordel (zonder tussenstuk tussen de benen) (dit punt werd onmiddellijk geremedieerd);
 - het systeem van noteren van observaties bij fixatie verloopt nog niet optimaal;
 - de redenen tot afzondering beperken zich nog niet altijd tot acuut gevaar voor zichzelf of anderen;
 - er is nog geen duidelijk zicht op het aantal mechanische fixatiemaatregelen op de afdeling psychogeriatricie;
 - er zijn nog geen procedures uitgeschreven over bagage- en kamercontroles;
 - het bewijs van een persoonlijk contact van de arts met de patiënt in afzondering (min. elke 24u) is nog niet steeds terug te vinden
 - uit de observaties is nog niet duidelijk af te leiden of de medewerker bij cameratoezicht binnenging bij de patiënt of enkel visueel contact had door het raampje.

=> Alle facetten van dit proces worden gradueel verbeterd en dit uiterlijk tegen 25 april 2019 (remediëringstermijn vanuit Zorg & Gezondheid 12 maanden). Dit wordt aangestuurd door de referentiepersoon agressie en vrijheidsbeperkende maatregelen niv. 2, de stafmedewerker kwaliteit en de Ontwikkelgroep Agressie & Vrijheidsbeperkende Maatregelen en de Referentiegroep Fixatie buiten afzondering.

- De **verpleegkundige permanentie** is nog niet op elk moment op iedere afdeling gewaarborgd. In noodsituaties werden de afdelingen tijdens de nacht voor het toezicht op het isolatiegebeuren even alleen gelaten. Op afdelingen waar acute opnames gebeuren, zijn nog niet altijd 2 personen tijdens de nacht aanwezig.

=> Dit punt wordt verder opgevolgd en geremedieerd door de directeur patiëntenzorg en het Directiecomité. En dit ten laatste tegen 25 januari 2019 (remediëringstermijn vanuit Zorg & Gezondheid 9 maanden).

- De **continuïteit van de therapie** is niet steeds gegarandeerd (ook in geval van plotse afwezigheid van een therapeut).

=> Dit punt wordt verder opgevolgd en geremedieerd door de directeur patiëntenzorg en het Directiecomité. En dit ten laatste tegen 25 april 2019 (remediëringstermijn vanuit Zorg & Gezondheid 12 maanden).

- Zaken m.b.t. de **ombudsfunctie**:
 - verslag van ombudsfunctie wordt nog niet rechtstreeks overgemaakt aan de hoofdarts en medische raad;



- bewegwijzering naar gesprekslokaal van ombudspersoon is nog niet aanwezig;
- medewerkers zijn nog onvoldoende geïnformeerd over patiëntenrechten (momenteel worden op elke afdeling vormingen rond patiëntenrechten georganiseerd voor medewerkers en patiënten);
- er is nog geen procedure over weigering van behandeling.

=> Alle facetten van dit proces worden aangepakt en dit uiterlijk tegen 25 oktober 2019 (uiterlijke remediëringstermijn vanuit Zorg & Gezondheid 18 maanden).