

# DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

## Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

T 02 553 34 34

F 02 553 34 35

[contact@zorginspectie.be](mailto:contact@zorginspectie.be)

## AUDITVERSLAG

### INSPECTIEPUNT

Naam	PC Sint-Franciscus De Pelgrim
Adres	Penitentenlaan 7, 9620 Zottegem-Velzeke
Telefoon	09/364 46 46
E-mail	<a href="mailto:info@pzsfz.be">info@pzsfz.be</a>
Website	<a href="http://www.pzsfz.be">http://www.pzsfz.be</a>
Erkenningsnummer	911

### INRICHTENDE MACHT

Naam	Psychiatrisch Centrum Sint-Franciscus - De Pelgrim
Juridische vorm	vzw
Adres	Penitentenlaan 7, 9620 Zottegem-Velzeke
Telefoon	09/364 46 46
Voorzitter	A. Voeten
E-mail	<a href="mailto:info@pzsfz.be">info@pzsfz.be</a>

### UITBATINGSPLAATS

Naam	PC Sint-Franciscus De Pelgrim
Adres	Penitentenlaan 7, 9620 Zottegem-Velzeke (campus St.-Franciscus) Spiegel 15, 9860 Oosterzele (campus De Pelgrim)

### OPDRACHT

Nummer	O-2018-MAPU-0049
Datum	24/01/2018
Inspecteurs	Koenraad Fierens (hoofdauditor) Veerle Meeus (auditor) Lindsay Vissenaekens (auditor) Jimmy Swalens (auditor)

### VERSLAG

Nummer	V-2018-KOFI-0001
Datum	09/02/2018

### INSPECTIEBEZOEK

Soort	Aangekondigd bezoek op 22/01/2018, op 26/01/2018 en op 01/02/2018 (zie 1.4)
Gesprekspartners	(zie 1.2)

# INHOUD

<b>1</b>	<b>Inleiding .....</b>	<b>3</b>
1.1	Toepassingsgebieden en definities.....	3
1.2	Auditproces.....	4
1.3	Samenstelling van het auditteam .....	5
1.4	Auditplan .....	5
<b>2</b>	<b>Situering van de voorziening .....</b>	<b>7</b>
2.1	Directiecomité .....	7
2.2	Erkenningsituatie en machtiging gedwongen opname.....	7
2.3	Organisatie van de zorg .....	7
2.4	Historische en geografische situering.....	8
<b>3</b>	<b>Leiderschap .....</b>	<b>10</b>
3.1	Beleidsorganen .....	10
3.2	Organisatiestructuur .....	11
<b>4</b>	<b>Beleid en strategie.....</b>	<b>13</b>
4.1	Algemeen en kwaliteitsbeleid.....	13
4.2	Medisch en therapeutisch beleid .....	17
4.3	Lerende omgeving .....	20
<b>5</b>	<b>Middelen.....</b>	<b>24</b>
5.1	Infrastructuur.....	24
5.2	Patiëntendossier .....	24
<b>6</b>	<b>Medewerkers .....</b>	<b>25</b>
6.1	Personeelsbeleid.....	25
6.2	Vorming, training en opleiding (VTO) .....	27
6.3	Ervaringsdeskundigen en vrijwilligers.....	28
6.4	Bestaffing.....	28
<b>7</b>	<b>Processen .....</b>	<b>30</b>
7.1	Procedurebeheer .....	30
7.2	Medicatie distributie .....	31
7.3	Agressiebeleid en vrijheidsbeperkende maatregelen .....	37
7.4	Suicidebeleid.....	43
7.5	Patiëntenrechten, ombudsfunctie en klachtenmanagement.....	45
<b>8</b>	<b>Resultaten .....</b>	<b>47</b>
8.1	Toegankelijkheid.....	47
8.2	Tevredenheid patiënten en medewerkers .....	47
8.3	Patiënt-/familiegeoriënteerde zorg.....	48

# 1 INLEIDING

In het auditverslag worden de bezochte afdelingen niet apart besproken. De bevindingen op de verschillende afdelingen worden doorheen het verslag gekoppeld aan de bespreking van de ziekenhuisbrede aspecten.

Het ontwerpverslag werd per e-mail bezorgd aan het ziekenhuis. Vervolgens was een periode van 25 kalenderdagen voorzien om opmerkingen en bedenkingen bij de bevindingen in het auditrapport d.m.v. een gemotiveerde reactienota te formuleren.

Tijdens een slotbespreking (in het Ellipsgebouw te Brussel op 29/03/2018 om 10u) werden de opmerkingen uit de reactienota besproken in aanwezigheid van een delegatie van het PC Sint-Franciscus De Pelgrim.

## 1.1 TOEPASSINGSGBIEDEN EN DEFINITIES

Tijdens de audit wordt gefocust op de kwaliteit en veiligheid van zorg. Hierbij baseren de auditoren zich enerzijds op een aantal juridische basisteksten (erkenningnormen, kwaliteitsdecreet), maar anderzijds ook op evidence based richtlijnen of andere (inter)nationale richtlijnen m.b.t. het betreffende zorgdomein.

In het auditverslag worden alle vaststellingen van de auditoren geclassificeerd. Daarbij wordt gebruik gemaakt van volgende classificaties:

### **Algemene vaststellingen (AV)**

Deze elementen scoren niet negatief en niet positief. Het is neutrale informatie, bv. om de context te schetsen.

### **Non-conformiteiten (NC) en tekortkomingen (TK)**

Non-conformiteiten en tekortkomingen zijn knelpunten in de kwaliteit van zorg of risico's op het vlak van patiëntveiligheid, die door het ziekenhuis moeten aangepakt worden en waarop vooruitgang moet geboekt worden.

Non-conformiteiten hebben steeds een juridische basis. Het zijn elementen die niet aan normen voldoen zoals geformuleerd in o.a. wetten, decreten, uitvoeringsbesluiten en ministeriële omzendbrieven.

Tekortkomingen zijn niet gebaseerd op een juridisch vastgelegde norm, maar bv. op (evidence based) richtlijnen, standaarden en internationaal aanvaarde kwaliteitsnormen. Redenen om een element als een tekortkoming te classificeren kunnen bv. ook zijn:

- opvallend zwakker scoren dan andere PZ zonder voldoende objectiveerbare verklaring;
- weliswaar enigszins maar in onvoldoende mate voldoen aan een norm met een juridische basis; strikt gezien is er in dergelijk geval geen sprake van een non-conformiteit, anderzijds haalt het ziekenhuis niet de nodige kwaliteit m.b.t. de betreffende norm (men voldoet bv. vormelijk aan een juridische norm, maar de inhoud voldoet niet).

### **Sterke Punten (SP)**

Dit zijn punten die worden beoordeeld als opvallend beter dan andere PZ of dan de rest van het ziekenhuis. Het minimaal voldoen aan de normen of verwachtingen wordt niet als een sterk punt aanzien.

## **Aanbevelingen (Aanb)**

Een aanbeveling is een vrijblijvend advies ter verbetering van de kwaliteit van de zorg.

Een aanbeveling wordt enkel geformuleerd als ze ook een kwaliteitsverbetering kan betekenen voor het betreffende ziekenhuis.

De auditoren baseren zich hierbij op het referentiekader voor psychiatrische ziekenhuizen, dat bekend gemaakt werd aan het ziekenhuis en te vinden is op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/referentiekader-voor-psychiatrische-ziekenhuizen>. Dit referentiekader geeft ook een indicatie voor de manier waarop de vaststellingen kunnen ingedeeld worden in non-conformiteiten en tekortkomingen.

Dit betekent niet dat alle mogelijke non-conformiteiten en tekortkomingen uit het referentiekader systematisch in elk auditverslag worden vermeld. In het verslag worden de verbeterpunten opgenomen die, rekening houdend met de plaatselijke context, een risico inhouden op het vlak van patiëntveiligheid of belangrijk zijn om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Het referentiekader is anderzijds ook niet exhaustief. Zo kan het dat in het auditverslag elementen als een non-conformiteit of tekortkoming worden geformuleerd, ondanks het feit dat ze niet als dusdanig in het referentiekader staan opgenomen. Dit kan bv. gebeuren:

- in afwachting van de aanpassing van het referentiekader (dat altijd enige vertraging kent ten opzichte van de evolutie van de sector en/of van de wetenschap);
- als het een element betreft dat dermate zelden voorkomt dat het niet is opgenomen in het referentiekader;
- als het een element betreft dat buiten de focus van het referentiekader valt maar dat toch voldoende belangrijk is (bv. het onvoldoende respecteren van de menselijke waardigheid).

## **1.2 AUDITPROCES**

Ter voorbereiding van de audit werd door het ziekenhuis een zelfevaluatie gemaakt aan de hand van zelf-evaluatie-instrumenten die door Zorginspectie werden ontwikkeld. Het ziekenhuis heeft zelfevaluaties gemaakt voor volgende thema's: algemeen beleid, medisch beleid, therapeutisch beleid, personeelsbeleid, lerende omgeving, patiëntenrechten en ombudsfunctie, apotheek, PZ-afdelingen, vrijheidsbeperkende maatregelen, agressie- en suicidebeleid.

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

Aan de hand van deze zelfevaluaties vond 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 ook bv. uit vorige auditverslagen, van de website van het ziekenhuis, ...

Er werden 34 uren interview en rondgang georganiseerd. Tijdens de interviews waren er gesprekken met de algemeen directeur, de hoofdarts, de directeur patiëntenzorg/therapeutisch directeur, 2 stafmedewerkers waaronder de kwaliteitscoördinator, 1 patiënt, 2 psychiaters, 10 verpleegkundigen waarvan 6 hoofdverpleegkundigen (afdelingshoofden) en 1 referentieverpleegkundige, de apotheker en apothekassistent, 1 psycholoog en de externe ombudspersoon.

Volgende afdelingen (zie 2.3) werden tijdens de audit bezocht:

- Verslavingszorg Magnolia (campus Sint-Franciscus)
- Angst en stemming
- Sp-psychogeriatric
- Acute zorg/Psychosezorg
- Verslavingszorg Gingko (campus De Pelgrim)
- Verslavingszorg Tilia (campus De Pelgrim)

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 (van bv. patiëntendossiers, medicatievoorschriften, registratiegegevens).

### 1.3 SAMENSTELLING VAN HET AUDITTEAM

Koenraad Fierens	Hoofdauditor
Veerle Meeus	Auditor
Lindsay Vissenaekens	Auditor
Jimmy Swalens	Auditor

### 1.4 AUDITPLAN

<b>Maandag 22/01/2018 (campus Sint-Franciscus)</b>			
	<b>Koenraad Fierens</b>	<b>Veerle Meeus</b>	<b>Lindsay Vissenaekens + Jimmy Swalens</b>
9u – 10u15	toelichting bij het auditproces door de auditoren en korte voorstelling van en door het ziekenhuis		
10u15 – 11u30	afdelingsbezoek	afdelingsbezoek	afdelingsbezoek
11u30 – 12u30	medisch beleid	afdelingsbezoek	
12u30 – 13u15	middagmaal + overleg auditoren (auditoren alleen)		
13u15 – 15u30	afdelingsbezoek	medicatiebeleid	kwaliteitsbeleid + resultaten van klanten en medewerkers

<b>Vrijdag 26/01/2018 (campus Sint-Franciscus)</b>				
	<b>Koenraad Fierens</b>	<b>Veerle Meeus</b>	<b>Lindsay Vissenaekens</b>	<b>Jimmy Swalens</b>
9u – 11u	algemeen beleid	afdelingsbezoek	personeelsbeleid	ombudsfunctie en patiëntenrechten
11u – 13u	therapeutisch beleid	vrijheidsbeperkende maatregelen	afdelingsbezoek	vrijheidsbeperkende maatregelen
13u00 – 14u00	middagmaal + overleg auditoren (auditoren alleen)			

<b>Donderdag 01/02/2018 (campus De Pelgrim)</b>		
	<b>Koenraad Fierens</b>	<b>Jimmy Swalens</b>
9u – 13u	afdelingsbezoek	afdelingsbezoek
13u – 14u	middagmaal + overleg auditoren (auditoren alleen)	
14u – 15u	afroendend gesprek met de directie	

## 2 SITUERING VAN DE VOORZIENING

### 2.1 DIRECTIECOMITÉ

Algemeen directeur	Marc Van Steertegem
Hoofdarts	Dr. Chris Eeckhout
Directeur patiëntenzorg – therapeutisch directeur	Ann Oosterlinck
Gedelegeerd bestuurder	Marc Vanhauwenhuysse

### 2.2 ERKENNINGSSITUATIE EN MACHTIGING GEDWONGEN OPNAME

- Momenteel heeft het ziekenhuis vanuit de Vlaamse overheid een erkenning voor:

	A	a(d)	a(n)	T	t(d)	t(n)	Sp- psych	totaal
Campus Sint-Franciscus	30			60	43	5	25	163
Campus De Pelgrim	60							60
TOTAAL	90			60	43	5	25	223

+ erkenning functie ziekenhuisapotheek.

- In het kader van het plaatselijke project Artikel 107 zijn geen bedden gedeactiveerd. Het ziekenhuis bestudeert hoe het vanaf 1 juli 2018 een aantal bedden kan bevrozen.
- Bovenop de erkende bedden baat het ziekenhuis geen bijkomende bedden uit met projectfinanciering.
- Het ziekenhuis heeft een machtiging voor gedwongen opname, met dr. Chris Eeckhout als gemachtigd arts voor toezicht.

### 2.3 ORGANISATIE VAN DE ZORG

- Het PC Sint-Franciscus De Pelgrim bestaat uit een psychiatrisch ziekenhuis op twee campussen: campus Sint-Franciscus in Velzeke (Zottegem) en campus De Pelgrim in Oosterzele.

Campus St.-Franciscus beschikt over 5 afdelingen:

- Angst- en stemmingsstoornissen (A&S): afdeling van 30 bedden + mogelijkheid tot dagopnames. Dit zorgprogramma richt zich naar volwassenen met een aanhoudende of recidiverende angst- en/of stemmingsproblematiek.

- Psychogeriatric (Sp): opnameafdeling van 25 bedden die zich richt naar ouderen (60+) met psycho-organische stoornissen en een prominente acute of chronische psychiatrische problematiek. Er wordt gewerkt in 2 leefgroepen en er zijn dagopnames mogelijk.
- Verslavingszorg (VZ-SF of VZ-Magnolia): opnameafdeling met 30 bedden voor volwassenen met een afhankelijkheidsproblematiek, vaak in combinatie met interpersoonlijke of psychische probleemgebieden. Op VZ Magnolia zijn ook dagopnames mogelijk.
- Acute Zorg/Psychozorg (AZ/PZ): gesloten afdeling van 7 bedden voor personen met een psychiatrische problematiek die zich in een crisis bevinden en/of die een bedreiging vormen voor zichzelf en/of anderen. Daarnaast ook een open gedeelte voor opname van 18 patiënten met psychotische stoornissen waaronder schizofrenie, schizo-affectieve stoornis en paranoïde schizofrenie. Op deze afdeling zijn ook dagopnames mogelijk.
- Herstelgerichte zorg – dagcentrum (HZ): afdeling van 43 plaatsen voor dagbehandeling. Dit zorgprogramma werkt volgens een tweestromenbeleid (de Zorgstroom en de Herstelstroom). Hier is ook een aanbod “vervolgzorg” voor externen.
- Passage 7, de polikliniek voor consultaties en advies.

Campus De Pelgrim telt, naast 10 bedden voor fysieke ontwenning, 2 afdelingen:

- VZ-Tilia: 25 bedden voor de behandeling van mensen met problemen als gevolg van misbruik en/of afhankelijkheid van illegale middelen.
- VZ-Gingko: 25 bedden voor behandeling van mensen die cognitieve problemen ervaren in combinatie met of ten gevolge van legale middelenproblematiek.
- Voor beide afdelingen

VZ-Tilia, VZ-Gingko en VZ-Magnolia vormen, sinds 18/12/2017, samen de campusoverschrijdende cluster verslavingszorg.

- De psychiaters organiseren nog geen raadplegingen in het ziekenhuis. In het Zorgstrategisch Plan is dit evenwel voorzien. In de loop van 2018 moet dit verder ontwikkeld worden, mits men er in slaagt om een bijkomende psychiater aan te werven.
- Het ziekenhuis heeft geen specifiek aanbod voor forensische problematiek, noch voor minderjarigen.

## 2.4 HISTORISCHE EN GEOGRAFISCHE SITUERING

### Historische situering

- Sinds 1255 is de congregatie der Grauwzusters Penitenten actief in Velzeke. In 1344 richtte deze congregatie hier een godshuis op dat sinds de 19<sup>de</sup> eeuw evolueerde tot een psychiatrisch ziekenhuis.
- Ontwenningkliniek De Pelgrim ging, op initiatief van privépersonen, van start in Oosterzele op 1 januari 1973 binnen de vzw IAT (Instellingen voor de zorg voor Alcoholisten en andere Toxicomanen).



- Sinds 1 januari 2016 is ontwenningkliniek De Pelgrim formeel gefusioneerd met het Sint-Franciscusziekenhuis onder 1 erkenningsnummer. Samen vormen zij het Psychiatrisch Centrum Sint-Franciscus De Pelgrim met een werking op 2 campussen.

### **Geografische situering**

- In het arrondissement Aalst beschikken 3 algemene ziekenhuizen over een psychiatrische afdeling (PAAZ): het OLV Ziekenhuis Aalst, het Algemeen Stedelijk Ziekenhuis Aalst en het AZ Sint-Elisabeth Zottegem. In het arrondissement Oudenaarde beschikt één algemeen ziekenhuis over een psychiatrische afdeling (PAAZ): AZ Glorieux Ronse.
- In arrondissement Aalst en Oudenaarde kan men voor opname en behandeling terecht in 2 psychiatrische ziekenhuizen: het PC Sint-Franciscus De Pelgrim in Zottegem (Velzeke/Oosterzele) en het PC Ariadne in Lede.
- Het CGG Zuid Oost-Vlaanderen heeft vestigingen te Aalst, Oudenaarde, Ninove, Ronse, Geraardsbergen en Zottegem.
- Beschut Wonen Vlaamse Ardennen is gelieerd aan het PC Sint-Franciscus De Pelgrim.

## 3 LEIDERSCHAP

### 3.1 BELEIDSORGANEN

- Het PC Sint-Franciscus De Pelgrim maakt deel uit van de groep van vzw Congregatie der Zwartzusters van de H. Philippus Neri. Binnen deze groep zijn er 3 psychiatrische ziekenhuizen (PZ Sint-Jan Eeklo, PZ Sint-Lucia en PC Sint-Franciscus De Pelgrim) met elk hun eigen vzw. De samenstelling van de beleidsorganen van deze vzw's (zowel Algemene Vergadering als Raad van Bestuur) bestaat voor het grootste deel uit dezelfde personen, maar met wisselende functies. (bv. de afgevaardigd bestuurder in vzw PC Sint-Franciscus De Pelgrim is tevens algemeen directeur van het PZ Sint-Jan, gedelegeerd bestuurder van de vzw Philippus Neri Meetjesland, secretaris van vzw PZ Sint-Lucia, en bestuurslid in de vzw PC St. Jan) **(AV)**
- De Raad van Bestuur (RvB) komt 4 keer per jaar samen en telt 9 leden, waaronder de algemeen directeur van het PZ Sint-Jan Eeklo, die tevens gedelegeerd bestuurder is voor het PC Sint-Franciscus De Pelgrim. De Algemene Vergadering heeft dezelfde samenstelling, met 1 toegevoegd lid. De algemeen directeur van het PC Sint-Franciscus De Pelgrim woont de vergaderingen van de RvB bij. De hoofdarts en de directeur patiëntenzorg worden soms (bv. bij de voorstelling van het zorgstrategisch plan) ook uitgenodigd, afhankelijk van de onderwerpen die ter tafel komen. **(AV)**
- Een aantal aspecten betreffende de samenstelling en werking van de Algemene Vergadering (AV) en de Raad van Bestuur van de vzw PC Sint-Franciscus De Pelgrim beantwoorden niet aan de principes van hospital governance, zoals in 2006 beschreven door het Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap (CZV) en de aanbevelingen van goed bestuur in welzijns- en zorgorganisaties van de Vlaamse Overheid (2016). Dit leidt tot knelpunten in de strategische aansturing van het PZ door de AV en de RvB. **(TK)**
  - De Algemene Vergadering is het controleorgaan van de RvB en moet om die controlefunctie te kunnen uitoefenen meer leden tellen die niet in de RvB zetelen dan leden die wel in de RvB zetelen. De AV van het ziekenhuis, telt slechts 1 extra lid ten opzichte van de RvB, waarbij de vraag kan gesteld worden of dit ene extra lid, die geen specifieke management- en kwaliteitsopleiding heeft genoten, voldoende expertise en gewicht kan inbrengen zodat de AV zijn controlefunctie naar behoren kan uitvoeren.
  - Uit de aangeleverde verslaggeving van de RvB blijkt dat er in 2017 slechts beperkt aandacht was voor onderwerpen betreffende de kwaliteit van de zorg en klinisch uitkomstenmanagement in het PC.
  - De verstrengeling van de verschillende vzw's en de wijze waarop de Raad van Bestuur is samengesteld kan tot een machtsverhouding leiden waardoor een risico bestaat dat bepaalde initiatieven meer kans op aanneming hebben dan andere. Op deze manier kan een kritische (zelf)reflectie vanuit de RvB ondermijnd worden.
- Het directiecomité, dat maandelijks vergadert, neemt de strategische en operationele beslissingen voor het ziekenhuis en is samengesteld uit de algemeen directeur, de hoofdarts, de directeur patiëntenzorg/therapeutisch directeur en de gedelegeerd bestuurder. Daarnaast vergaderen de algemeen directeur, de hoofdarts en de directeur patiëntenzorg en soms ook de apotheker nog wekelijks onderling.

Het ziekenhuis kiest ervoor om geen therapeutisch directeur aan te stellen. Maandelijks heeft de directeur zorg werkoverleg met elke beleidspsycholoog. De psychologen hebben zorginhoudelijk impact door hun functie als beleidspsycholoog, welke impliceert dat zij een horizontaal coachende functie hebben binnen de afdelingen. **(AV)**

- Het kwaliteitsgebeuren komt minder aan bod in de vergaderingen van het directiecomité, maar krijgt een plaats in andere beleidsorganen. Op centraal niveau krijgt het kwaliteitsbeleid vooral vorm binnen het wekelijkse overleg tussen directie en staf en binnen de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid waar de directieleden actief aan participeren. De besluiten van deze vergaderingen worden vervolgens formeel goedgekeurd door het directiecomité. **(AV)**
- Trimestrieel gaat een beleidsmatig overleg door tussen de 3 directieleden en elk beleidsteam. **(AV)**
- De bevoegdheden van de managementorganen zijn beschreven in het kwaliteitshandboek. **(AV)**
- Er is geen Financiële Commissie in de zin van een overleg tussen de Raad van Bestuur enerzijds en de medische raad (MR) anderzijds over de financiële stromen binnen het ziekenhuis. **(NC)** Nochtans worden de prestaties van de artsen centraal geïnd en zijn er afhoudingen op hun honoraria.
- Het ziekenhuis is vertegenwoordigd in het overkoepelend Ethisch Comité “Spes et Fides”, waaraan ook APZ Sint-Lucia, PC Caritas, PC Gent-Sleidinge, PZ Sint-Camillus, PC Sint-Hiëronymus en PZ Sint-Jan deelnemen. Dit comité vergadert trimestrieel. Daarnaast bestaat binnen het ziekenhuis een eigen ethische reflectiegroep die 4 à 5 keer per jaar samenkomt. **(AV)**

## 3.2 ORGANISATIESTRUCTUUR

- Zoals hoger vermeld, wordt de zorg volgens doelgroepen georganiseerd die in afdelingen zijn ondergebracht met een specifiek aangepast zorgprogramma. (zie 2.3 voor een meer gedetailleerde beschrijving). **(AV)**  
Het algemene organogram van het ziekenhuis reflecteert de feitelijke toestand.
- De relatieve kleinschaligheid van het ziekenhuis biedt als voordeel dat het beleid gecentraliseerd wordt bij een beperkt aantal mensen, waardoor het overzicht kan bewaard worden en fragmentering vermeden. Keerzijde van de medaille is evenwel dat deze personen vele taken en verantwoordelijkheden moeten dragen en dat ze dus ook binnen al die domeinen voldoende expertise moeten bezitten. Op het moment van de audit werd vastgesteld dat deze balans positief is, maar men moet toch dit fragiele evenwicht nauwgezet blijven bewaken. **(Aanb)**  
De algemeen directeur staat hiërarchisch bovenaan in het organogram.  
De hoofdarts en de directeur patiëntenzorg dragen samen, als duo, de eindverantwoordelijkheid voor het zorgbeleid.  
Er is geen aparte therapeutisch directeur (deze taak wordt opgenomen door de directeur patiëntenzorg).

Er is geen directeur voor het logistiek departement (facilitaire en administratieve diensten, catering en ICT) en evenmin een stafid voor dit departement. De diensthoofden van deze ondersteunende diensten rapporteren rechtstreeks aan de algemeen directeur.

De directie wordt bijgestaan door een (beperkt) aantal stafmedewerkers. **(AV)**

We bevelen aan om voor de toekomst de noodzaak en de meerwaarde van een gedelegeerd bestuurder te herbekijken, nu de fusie grotendeels gerealiseerd is. **(Aanb)**

- Elke afdeling wordt aangestuurd door een trio van beleidsarts (psychiater), hoofdverpleegkundige (afdelingshoofd) en beleidspsycholoog. Zij zijn verantwoordelijk voor de ontwikkeling en opvolging van het (operationele) organisatorisch en therapeutisch beleid voor hun patiëntendoelgroep. Alle niet-medische disciplines (zowel therapeutisch als paramedisch) worden aangestuurd door de directeur patiëntenzorg, in samenwerking met de afdelingshoofden (die op hun beurt het multidisciplinair team aansturen waar ook de therapeuten en paramedici deel van uitmaken). **(AV)**
- Psychologen en paramedici bespreken vakinhoudelijke topics binnen hun vakgroepen, maar hebben geen lijnfunctie volgens hun discipline. Hiërarchisch worden ze aangestuurd door de directeur patiëntenzorg. Er bestaan vakgroepen voor ergotherapeuten, maatschappelijk werkers en psychologen. **(AV)** We bevelen aan om na te gaan hoe ook voor de andere paramedische disciplines gestructureerde vakinhoudelijke intervisie kan georganiseerd worden. **(Aanb)**
- Het ziekenhuis voorziet daarnaast ook in een centraal afdelingsoverschrijdend aanbod, met name psychomotore therapie, creatieve therapie, sport en vrije tijd (o.a. SF Club) en arbeidszorg. **(AV)**
- Rechtstreekse communicatie naar het personeel verloopt via de verantwoordelijken van de diensten (o.a. hoofdenoverleg zorg) per e-mail, via dienstnota's, tijdens werkoverleg met dienstverantwoordelijken en door meldingen die Ad Valvas geplaatst worden. Wekelijks wordt korte verslaggeving van ontwikkel-, stuur- en referentiegroepen op Ad Valvas gepubliceerd. Bovendien worden er ook een aantal personeelsvergaderingen georganiseerd waarbij de meest recente ontwikkelingen en de vooropgestelde doelstellingen worden voorgesteld en besproken. Afspraken met directie-stafleden of diensthoofden kunnen door de werknemers gemakkelijk gemaakt worden als ze dat wensen. Terwijl de communicatie naar de artsen veelal informeel verloopt, gebeurt dit verder ook via een maandelijks overleg in de MR en binnen wettelijk verplichte comités (Medisch Farmaceutisch, Ziekenhuishygiëne en Medisch Materiaal). **(AV)**

## 4 BELEID EN STRATEGIE

### 4.1 ALGEMEEN EN KWALITEITSBELEID

- Het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis staat uitgeschreven in het kwaliteitshandboek dat een onderverdeling kent in 3 hoofdstukken: kwaliteitsbeleid, kwaliteitsmanagementsysteem en zelfevaluatie. Het kwaliteitshandboek is raadpleegbaar via het intranet. **(AV)**
- Naar aanleiding van de fusie tussen PZ Sint-Franciscus en Ontwenningkliniek De Pelgrim werd op 30 januari 2017 een nieuwe missie en visie goedgekeurd door de Raad van Bestuur (RvB) van het psychiatrisch centrum Sint-Franciscus De Pelgrim. **(AV)**  
Volgende thema's worden in de missie naar voren geschoven:
  - Het in dialoog treden met patiënt en zijn omgeving
  - Werken aan herstel
  - Warme en persoonsgerichte zorg aanbieden
  - Enthousiaste en deskundige medewerkers
  - Christelijke en pluralistische inspiratiebronnen
- Aan de hand van deze missie en visie werd een zorgstrategisch plan 2018-2028 opgesteld, dat goedgekeurd werd door de RvB en de Medische Raad (MR). **(AV)** Dit zorgstrategisch plan moet in 2018, in overleg met de beleidsteams, nog concreet vertaald worden in een strategisch meerjarenbeleidplan 2019-2023. In de loop van 2018 wil men een gestructureerde zelfevaluatie organiseren, waarvan de resultaten kunnen benut worden voor het nieuwe strategische meerjarenplan 2019-2023. **(AV)**
- De huidige beleidsplanning is gebaseerd op het strategisch meerjarenplan 2014-2018, waarin 8 strategische doelstellingen (SOD = strategische organisatiedoelstelling) zijn uitgeschreven: **(AV)**
  - SOD 1 PC Sint-Franciscus De Pelgrim zet een kwaliteits- en verbetercultuur op en bouwt verder aan aantoonbaar kwaliteitsvolle zorg met bijzondere aandacht voor patiëntveiligheid en patiënt empowerment.
  - SOD 2 PC Sint-Franciscus De Pelgrim zorgt ervoor dat er betrokken, gemotiveerde en deskundige medewerkers aanwezig zijn in de organisatie, die zich als persoon kunnen ontplooiën en zich verbonden voelen met de organisatie.
  - SOD 3 PC Sint-Franciscus De Pelgrim zorgt voor een optimaal beheer van zijn ondersteunende processen en diensten en voor een infrastructuur die aangepast is aan de zorgbehoeften.
  - SOD 4 PC Sint-Franciscus De Pelgrim zorgt voor financiële performantie.
  - SOD 5 PC Sint-Franciscus De Pelgrim is een voortrekker in het realiseren van vermaatschappelijking van zorg.
  - SOD 6 PC Sint-Franciscus De Pelgrim bouwt centres of excellence uit.
  - SOD 7 PC Sint-Franciscus De Pelgrim breidt zijn aanbod aan residentiële, semi- en niet-residentiële zorg uit cfr. de regionale noden en investeert in zorgvernieuwing en ketenzorg door het aangaan van (strategische) samenwerkingsverbanden.
  - SOD 8 PC Sint-Franciscus De Pelgrim zet in op het realiseren van een relationeel personalistische zorgethiek.

- Voor elke strategische doelstelling werden één of meerdere operationele doelstellingen (OOD = operationele organisatiedoelstelling) geformuleerd door de directie en stafmedewerkers. **(AV)**
  
- In het PC Sint-Franciscus De Pelgrim is het kwaliteitsbeleid duidelijk verweven met het globale organisatiebeleid. **(SP)**  
 Men heeft een centraal overzicht van alle initiatieven, de directie is rechtstreeks betrokken bij de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid, de coherentie van het beleid, het verband met het zorgstrategisch plan en met de diverse beleidsplannen op alle echelons en de betrokkenheid van alle stakeholders betreffende het kwaliteitsbeleid kunnen aangetoond worden. De terugkoppeling van herkenbare en concreet toepasbare data over de eigen werking aan de afdelingen, draagt bij tot het creëren van een draagvlak en verhoogt de motivatie bij de medewerkers. De zichtbare betrokkenheid van directie en van de artsen betekent voor het personeel een belangrijk stimulerend signaal in een zichzelf voortdurend verbeterende organisatie, wat tijdens de rondgang op de afdelingen en de gesprekken bevestigd werd.
  
- Knelpunten betreffende het kwaliteitsbeleid die werden vastgesteld: **(TK)**
  - Uit de verslaggeving en de gesprekken blijkt dat het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis te beperkt wordt opgevolgd door de RvB.
  - Uit de verslaggeving van de vergaderingen van de MR blijkt niet dat thema's betreffende kwaliteit van zorg voldoende aan bod komen.
  - Op vlak van de concrete implementatie van het kwaliteitsbeleid moet op Campus De Pelgrim nog een inhaalbeweging gemaakt worden.
  
- Het ziekenhuis gebruikt het Balanced Scorecard model (BSC) als kwaliteitsmanagementsysteem. Het model bestaat uit 4 perspectieven (leren en innovatie, interne processen, klanten en financieel). Voor deze perspectieven formuleerde het ziekenhuis vanuit de strategische doelstellingen verschillende kritische succesfactoren. Om de kritische succesfactoren zoveel als mogelijk SMART (Specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdsgebonden) te maken werden er verschillende Key Performance Indicators (KPI) bepaald. **(AV)** De leidinggevenden zijn mee met dit concept, maar de operationalisering naar alle medewerkers van de afdelingen en de diensten is nog volop aan de gang op het moment van de audit.
  
- Het kwaliteitsbeleid van het psychiatrisch centrum Sint-Franciscus De Pelgrim is volop in ontwikkeling en vertoont een gevorderde maturiteit. **(SP)**  
 Een aantal voorbeelden illustreren dit:
  - Het gekozen kwaliteitssysteem (BSC) is terug te vinden van centraal niveau tot bij de beleidsteams op de werkvloer.
  - De directieleden participeren actief in de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid.
  - De directieleden volgen de kwaliteitsprojecten mee op en ondersteunen deze.
  - Verschillende disciplines zijn betrokken bij het kwaliteitsbeleid.
  - De overlegstructuren en de verslagen tonen duidelijke linken met de zorgstrategie en met de beleidsplannen.
  - Resultaten worden op systematische wijze gemonitord.

- Het ziekenhuis beschikt over een kwaliteitsorganogram. Het directiecomité stuurt de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid aan, die op zijn beurt verschillende ontwikkelingsgroepen (agressiepreventie en VBM, herstel, KOPP/KOAP, medicatieveiligheid en suïcidepreventie) en referentiegroepen (agressiepreventie en VBM, fixatie buiten afzondering, herstel, voeding, outcomemanagement, valpreventie, medicatieveiligheid, suïcidepreventie) aanstuurt. In de ontwikkelingsgroepen ligt de focus op het verder ontwikkelen van het beleid rond een bepaald kwaliteitsthema.

Bij de referentiegroepen ligt de focus vooral op hoe het beleid vertaald moet worden voor implementatie op de afdelingen. **(AV)**

Het strekt tot aanbevelen om naast een referentiegroep outcomemanagement ook een ontwikkelingsgroep outcomemanagement op te richten waar artsen en psychologen bij betrokken zijn om het beleid hieromtrent verder vorm te geven. **(Aanb)**
- Vanuit het meerjarig strategisch beleidsplan worden verschillende (ziekenhuis, afdelingsspecifiek, dienstspecifiek) jaarlijkse beleidsplannen opgesteld. De afdelingen van campus De Pelgrim werken pas sinds dit jaar (2018) met een jaarlijks afdelingsspecifiek beleidsplan, omdat hier een moeizame aanpassing plaatsvond door de fusiebeweging. Op moment van de audit kan het ziekenhuis de beleidsplannen voor 2018 van het ziekenhuis en van alle afdelingen voorleggen. **(AV)**

Hoewel elementen voor de technische en ondersteunende diensten verweven zitten in het algemeen ziekenhuisbeleidsplan, is er op het moment van de audit is geen duidelijk beleidsplan 2018 voor het logistieke departement. **(TK)**
- De opvolging van deze jaarlijkse beleidsplannen gebeurt: **(AV)**

  - Op ziekenhuisniveau via het directiecomité.
  - Op afdelingsniveau via trimestrieel overleg tussen directie en kernteam (dit is reeds in voege op campus SF, nog in opstartfase op campus DP), via het driewekelijks overleg directeur patiëntenzorg met de afdelingshoofden en via het maandelijks overleg tussen directeur patiëntenzorg en de beleidpsychologen.
  - De werking van de facilitaire diensten wordt besproken op het halfjaarlijks overleg tussen algemeen directeur en de diensthoofden van de logistieke diensten.
- Directie en stafmedewerkers geven aan dat er in 2017 zowel op ziekenhuisniveau als op logistieke diensten te beperkte opvolging was. Onder andere de recente fusie en personeelsveranderingen worden als oorzaak aangegeven. Zij schuiven goede opvolging in 2018 zelf naar voren als na te streven verbeterpunt. Ook op afdelingsniveau gingen de trimestriële overlegmomenten tussen directie en kernteam niet altijd door, maar kon dit opgevangen worden door het overleg tussen directeur patiëntenzorg, afdelingshoofden en psychologen. **(AV)**
- Het ziekenhuis maakt jaarlijks twee jaarverslagen op. Eén op ziekenhuisniveau en één voor het departement patiëntenzorg. Het jaarverslag van het departement patiëntenzorg is opgesteld vanuit de evaluaties van het jaarlijks zorgbeleidsplan en van de jaarlijkse beleidsplannen van de afdelingen. **(AV)**

In de jaarverslagen wordt onvoldoende teruggeblikt op de medische aspecten van het zorggebeuren. **(TK)**

- In 2014 volgden directie, stafleden, artsen en hoofdverpleegkundigen een interne opleiding rond het kwaliteitsmanagementsmodel (BSC). **(AV)**  
In een organisatie waar kwaliteitsbeleid centraal staat, is het belangrijk dat voldoende mensen opleiding volgen rond kwaliteitsmanagement. Het strekt tot aanbevelen om o.a. alle kernteamleden en de referentiepersonen hier voldoende in te vormen. **(Aanb)**
- Het medische departement is sterk betrokken bij het kwaliteitsbeleid op de werkvloer, onder meer via de participatie van de psychiaters in het afdelingsbeleid (bv. inzet binnen beleidstriade, uitschrijven van de zorgprogramma's) en door hun deelname aan verschillende ontwikkelingsgroepen. **(SP)**  
Op centraal niveau blijkt hun inbreng eerder beperkt. In de vergaderingen van de MR worden weinig inhoudelijke onderwerpen geagendeerd die gelieerd zijn aan de zorgkwaliteit (bv. evaluatie en bijsturing klinisch handelen, bewaken coherentie medisch beleid). **(TK)**
- Het medisch reglement en de algemene regeling dateren van 1999 en moeten dringend geactualiseerd worden. Zo wordt hierin niet de organisatie van de medische permanentie beschreven. **(TK)** Hier rond is al geruime tijd overleg aan de gang tussen het management en het artsenkorps.
- De directie heeft de intentie om de uitvoering en opvolging van het beleidsplan beter te ontsluiten tot op medewerkersniveau. De doorvertaling van de beleidsvoering naar het afdelingsniveau (of dienstniveau) gebeurt op gestructureerde wijze: **(SP)**
  - De directeur patiëntenzorg en de stafmedewerker kwaliteit volgen kwaliteitsprojecten nauw op en ondersteunen waar nodig.
  - Kwaliteitsprojecten kunnen door iedereen opgevolgd worden via het intranet.
  - Nieuwsflashes worden gebruikt om medewerkers op de hoogte te brengen rond kwaliteitsaandachtspunten.
  - In elke verpleegpost vinden we kwaliteitsborden waar we het beleidsplan en lopende projecten terugvinden. Ook teruggekoppelde resultaten (bv. van steekproeven) werden hier opgemerkt.
  - Het ziekenhuis zet op de afdelingen referentiepersonen in die verantwoordelijk zijn voor bepaalde onderwerpen van het kwaliteitsbeleid.
- De operationalisering van het kwaliteitsbeleid vanuit het centrale niveau gebeurt aan een hoog tempo. Hierbij is het belangrijk om te bewaken dat er voldoende tijd wordt gegeven voor het absorberen van de grote hoeveelheid innovaties en het inplannen van nieuwe projecten, zodat de zorgverleners op de afdelingen hierdoor niet overspoeld geraken en de dagelijkse zorg voor de patiënt blijvend voldoende aandacht krijgt. **(Aanb)**
- Tijdens de audit werd duidelijk dat er rond het kwaliteitsbeleid een verschil in snelheid zit tussen de twee campussen. De directie en stafmedewerkers zijn zich hier bewust van en stellen zich tot doel zoveel mogelijk uniformiteit te creëren over de campussen heen. De uitwerking van de cluster verslavingszorg, die afdelingen op beide campussen omvat, kan weldra gefinaliseerd worden zoals o.a. blijkt uit de recente opeenvolgende versies (sneuveldocumenten) van het betreffende zorgbeleid. Elke werkdag is minstens 1 directie- of staf lid aanwezig op campus De Pelgrim om ondersteuning te voorzien. **(AV)**



- We bevelen aan om de integratie van campus De Pelgrim in het ziekenhuis te voltooien. Dit kan naar externen worden verduidelijkt door bv. enkel nog ziekenhuisbrede folders te maken (in een eigen huisstijl), door een overkoepelende naam en logo te creëren en door beide huidige websites te vervangen door één unieke website voor de eengemaakte organisatie. **(Aanb)**
- Het ziekenhuis verricht verkennend werk met betrekking tot accreditatie, maar er is nog geen concreet plan op dit vlak. De directeur patiëntenzorg volgde al een opleiding bij NIAZ en is bij deze organisatie gecertificeerd als auditor. **(AV)**

## 4.2 MEDISCH EN THERAPEUTISCH BELEID

- Het medisch departement omvat 4 psychiaters en 2 algemeen geneeskundigen (huisartsen – samen 12u voor de beide campussen) die werken binnen het PC Sint-Franciscus De Pelgrim. Er staat al maanden een vacature open voor de aanwerving van een vijfde psychiater. In het ziekenhuis werken geen arts-specialisten in opleiding (ASO). **(AV)**
- Er zijn geen vaste arts-specialisten (bv. geriater, internist, neuroloog) als consulent actief in het ziekenhuis.  
Voor de opvolging van alle gespecialiseerde somatische zorg (bv. labo, ambulante behandeling, opname,...) doen de eigen psychiaters en algemeen geneeskundigen beroep op het Sint-Elisabeth Ziekenhuis in Zottegem. **(AV)**
- De medische permanentie (24u/24, 7d/7) van psychiaters kon aangetoond worden door een nominatieve lijst van de lopende maand. **(AV)**
- De therapeutische visie wordt per inhoudelijk zorgprogramma door het verantwoordelijk beleidsteam (afdelingshoofd, beleidspsychiater en beleidspsycholoog) ontwikkeld, uitgeschreven en besproken in het overleg met de directie. Voor alle afdelingen werd tijdens de audit een zorgprogramma getoond, met een uitgeschreven richtlijn waarin de therapeutische visie geëxpliciteerd staat. Voor de cluster verslavingszorg is dit document in de laatste fase van ontwikkeling. **(AV)**
- Binnen het ziekenhuis wordt de oprichting van een therapeutische raad bestudeerd (opgenomen in het beleidsplan 2018), met als doel ondersteuning te bieden aan de leidinggevenden op vlak van het therapeutisch beleid. Hierin zouden psychiaters en psychologen vertegenwoordigd worden volgens therapeutische strekking aangevuld met paramedici/therapeuten vanuit de vakgroepen. Deze raad zou geen hiërarchisch mandaat krijgen, maar eerder adviserend en faciliterend optreden. **(AV)**
- Met de verwijzers en andere partners in de GGZ-sector (AZ, PZ, PVT, CGG, CAW) uit de regio worden geen formele overlegmomenten georganiseerd, maar zijn er wel informele contacten. Er gebeurt wel structureel overleg met initiatieven voor beschut wonen. We bevelen aan om de samenwerking met alle betrokken actoren op meer gestructureerde wijze te laten plaatsvinden. **(Aanb)**

- De hoofdarts is benoemd voor periodes van 4 jaar sinds 2004. De verlengingen van het mandaat worden steeds bekrachtigd door de RvB en de MR. Hij volgde geen specifieke opleiding betreffende ziekenhuismanagement. Formeel kan hij 8 uur per week besteden aan managementtaken verbonden aan deze directiefunctie, wat in de praktijk niet steeds kan gerealiseerd worden. Daarnaast werkt hij als psychiater in het eigen ziekenhuis (beleidsarts psychogeriatric en AZ/PZ) en verzorgt hij de psychiatrische liaison voor het AZ Oudenaarde waar hij elke werkdag aanwezig is. **(AV)**  
De hoofdarts is sterk betrokken bij het algemene beleid van het PC Sint-Franciscus De Pelgrim (bv. deelname aan stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid, ontwikkelgroep agressiebeheersing, overleg directie-beleidssteams,...) en was een drijvende kracht tijdens de fusie en het bij oriënteringsproces op vlak van de zorgstrategie. **(SP)**  
De hoofdarts neemt deel aan de wettelijk verplichte comités (MFC, CZH, CMM) die 4x/jaar doorgaan. **(AV)**
- Er is geen functiebeschrijving voor de hoofdarts die de actuele vereisten voor de functie reflecteert. Een aantal (ook wettelijke) taken die verwacht worden van een hoofdarts worden slechts beperkt ingevuld: **(NC)**
  - De bijdrage van het medische departement aan het operationele beleidsplan en het jaarverslag van het ziekenhuis is beperkt. Concrete klinische performantiedoelen ontbreken.
  - Er gebeurt geen systematische opvolging van de klinische performantie. Er worden geen gestructureerde clinical audits georganiseerd.
  - Er is geen gestructureerd overzicht van de gevolgde vormingen van de artsen.
  - Er gebeuren geen systematische ontwikkelings/functioneringsgesprekken met de artsen.
  - Er wordt geen individueel dossier van elke arts-stafid bijgehouden door de hoofdarts.

Gezien de hoeveelheid taken en verantwoordelijkheden die een hoofdarts in een modern ziekenhuis moet opnemen, bevelen we aan om de beperkte tijd die voor deze functie momenteel is toegewezen te herbekijken. **(Aanb)**

- Naast de maandelijks vergaderingen van de medische raad, zijn er ongeveer wekelijks stafvergaderingen met de psychiaters. De verslagen van het overleg van de MR worden standaard naar de algemeen directeur, alle artsen, de gedelegeerd bestuurder en de voorzitter van de RvB gestuurd. **(AV)**
  - De algemeen geneeskundigen zijn in principe steeds uitgenodigd, maar ze zijn niet vermeld in het document met de samenstelling van de MR en uit de verslaggeving van de MR blijkt niet dat ze aanwezig zijn. We bevelen aan om de algemeen geneeskundigen te beschouwen als medisch stafid en dit statuut te formaliseren zodat hun bijdrage meer gestructureerd kan verlopen. **(Aanb)**
  - Uit de, zeer beknopte, verslagen van de MR blijkt dat men zich binnen dit beleidsorgaan quasi exclusief bezighoudt met de verdediging van de belangen van de eigen beroepsgroep en met organisatorische aspecten betreffende het artsenkorps. De verslaggeving toont niet aan dat onderwerpen betreffende de kwaliteit van de zorg in dit overleg voldoende aan bod komen, hoewel dit wettelijk ook hun opdracht is. **(TK)**
  - Van het overleg binnen de medische staf bestaat geen verslaggeving. Deze informele manier van werken belemmert de vlotte communicatie en opvolging van gemaakte afspraken en

standpunten die ook de andere disciplines binnen de werking van het ziekenhuis kunnen aanbelangen. **(TK)**

Een brede evaluatie van de voorbije activiteiten en resultaten kan in grote mate bijdragen tot een efficiëntere sturing van de klinisch-therapeutische werking.

In de periodieke verslaggeving over het medisch beleid (al dan niet geïntegreerd in ruimere verslaggeving over het ziekenhuisbeleid) moet aandacht zijn voor o.a. organisatorische aspecten (bv. rond in- en uittreden van artsen, samenwerkingsovereenkomsten, activiteitgegevens), kwaliteitsprojecten, wetenschappelijk werk, medische performantie en outcome-metingen,... Hierbij is de inbreng van alle artsen verbonden aan het ziekenhuis van belang, onder de eindverantwoordelijkheid van de hoofddarts. Voor artsen met een beleidsfunctie moet voor deze taken wel een voldoende vrijstelling van hun tijdsbesteding voorzien worden vanuit het management.

- Gezien de relatieve kleinschaligheid van het ziekenhuis kan overwogen worden om geen aparte medische stafvergaderingen te organiseren, maar om de werking van de medische staf te integreren in het overleg van de MR waar sowieso alle artsen-stafleden vertegenwoordigd zijn. We bevelen aan om de samenstelling en de opdracht van de MR uitgebreider te beschrijven, zodat actiever gewerkt kan worden aan de organisatiebrede doelstellingen. Specifieke taken van de MR/medische staf kunnen zijn: **(Aanb)**
  - de kwaliteit van de (medische) zorg te bevorderen, o.a. door een actieve bijdrage op vlak van outcome-management
  - de groepsgeest en de samenwerking onder de artsen bevorderen
  - de samenwerking met andere disciplines bevorderen
  - wetenschappelijk onderzoek stimuleren
- Vragen voor opname gebeuren rechtstreeks aan de afdeling. Enkel voor verslavingszorg is dit sinds kort gecentraliseerd. We bevelen aan om dit voor alle opnames te centraliseren. **(Aanb)**
- In het ziekenhuis wordt gewerkt volgens een herstelgerichte visie, waarbinnen oplossingsgerichte psychotherapie, cognitieve gedragstherapie en systeemtherapie de geprivilegieerde therapeutische methoden zijn. De 4 psychiaters zijn aangeduid als beleidsarts, die (samen met de beleidspsycholoog en het afdelingshoofd) voor de respectieve doelgroepen het zorgbeleid aansturen op afdelingsniveau. Uit de gesprekken en de ingekeken documenten tijdens de audit bleek dat de artsen deze taak consequent ter harte nemen. De onderlinge coherentie van de zorgprogramma's en het verband met de algemene zorgstrategie wordt via verschillende overlegplatformen bewaakt. Alle disciplines werken in principe gezamenlijk volgens de richtlijn van hun doelgroep. De invulling van het therapeutisch beleid is dus de verantwoordelijkheid van alle medewerkers op afdelingsniveau. De dagelijkse behandeling wordt verstrekt door individuele patiëntenbegeleiders (IB). Zij zorgen voor de continuïteit van de zorg. Iedere patiënt krijgt minstens 1 individuele begeleider toegewezen voor verzorging, informatie of een gesprek. (Psychiatrische) verpleegkundigen en zorgkundigen staan in voor de zorg en hebben ook een therapeutische inbreng. **(AV)**

- Het ziekenhuis besteedt veel aandacht aan competentieverwerving en -behoud en bewaakt de deskundigheid op het vlak van therapeutisch handelen (diagnostiek en therapie): **(SP)**
  - Zorgverleners worden aangeworven op basis van specifieke competentievereisten volgens de uitgeschreven therapeutische visie, of worden gestimuleerd om opleidingen in die zin (bv. oplossingsgerichte psychotherapie, cognitieve gedragstherapie, psychodiagnostiek) te volgen.
  - De meeste psychologen en artsen hebben een langdurige psychotherapeutische opleiding gevolgd, of worden ondersteund (tijdsbesteding, financieel) en aangemoedigd dat te doen.
  - Men heeft aandacht voor evidence based richtlijnen bij het uitschrijven van de zorgprogramma's.
  - Binnen het ziekenhuis worden veel wetenschappelijk gevalideerde psychodiagnostische instrumenten gebruikt, afgestemd op de behoeften van elke afdeling. Het overzicht wordt bewaakt binnen de vakgroep van psychologen. Op elke campus is een referentiepsycholoog aanwezig met bijzondere expertise betreffende psychodiagnostiek.
  
- In het kader van artikel 107 werd een project uitgeschreven waarbij een aantal bedden konden gedeactiveerd worden om mobiele teams te kunnen bemannen. Dit project liep vertraging op door de problematiek van de financiering van de medische omkadering. **(AV)** Uit de gesprekken bleek dat het uitstel een demotiverend effect heeft op de medewerkers die zich voor het mobiele werk hebben geëngageerd en voorbereid, maar die voorlopig in de residentiele setting moeten blijven verder werken. We bevelen aan om spoedig een oplossing te bekomen zodat de huidige streefdatum van 1 juli 2018 kan behouden blijven. **(Aanb)**
  
- Er gebeuren geen ECT-behandelingen binnen het ziekenhuis. Hiervoor wordt samengewerkt met het UZ Gent, middels een formeel samenwerkingsprotocol. **(AV)**

### 4.3 LERENDE OMGEVING

- PC Sint-Franciscus De Pelgrim engageert zich voor verschillende initiatieven die betrekking hebben op monitoring van indicatoren om zowel de organisatie als de geleverde zorg in kaart te brengen. **(AV)**
  - VIP<sup>2</sup> -project: deelname aan 5 indicatoren:
    - Vlaamse patiëntenpeiling
    - Implementatie van het suïcidepreventiebeleid
    - Volledig geneesmiddelenvoorschrift
    - Tijdig ambulante contact na ontslag
    - Het ziekenhuis nam ook deel aan de indicator "inschakeling van ervaringsdeskundigen" hoewel er momenteel geen ervaringsdeskundige in dienst is. Dit gebeurde om hun positie ten opzichte van andere ziekenhuizen hierin te kennen. Het ziekenhuis zal opnieuw deelnemen op het moment dat er een ervaringsdeskundige wordt aangenomen. In 2018 wordt deze indicator bijgevolg niet verder opgevolgd.

- Contract patiëntveiligheid van de federale overheid:
  - Veiligheidsmanagement
  - Leiderschap
  - Communicatie
  - Patiënt en familie empowerment
  - Hoog risicomedicatie
  - Vrijheidsbeperkende maatregelen
  - Transmurale zorg
  
- Halfjaarlijkse veiligheidsrondes (momenteel enkel in campus Sint-Franciscus, start De Pelgrim is voorzien in 2018). In eerste instantie gebeurden deze veiligheidsrondes enkel door directieleden en stafmedewerkers. Momenteel nemen ook referentiepersonen hieraan deel.
  - Elementen rond procedure afzondering
  - Protocol suïcidepreventie
  - Protocol agressiepreventie
  - Incidentmeldsysteem
  - Temperatuurcontrole (koelkasten, kamers)
  - Identificeerbaarheid studenten
  - Procedure/processen rond medicatie
  
- Kwartaalsteekproeven door de referentiepersonen van de afdeling:
  - Agressietaxatie
  - Suïcidetaxatie
  - Medicatie
  - Handhygiëne
  
- Indicatoren Balanced Scorecard (cfr. kwaliteitsmanagementmodel ziekenhuis)
  
- FRKVA (verpleegkundige indicatoren FOD Volksgezondheid)
  
- 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. **(SP)**
  
- De veelheid aan informatie zorgt voor een veelheid aan verbetermogelijkheden. Ondanks het risico dat zo'n veelheid zou kunnen leiden tot een chaotisch geheel, slaagt de organisatie erin om deze geordend te presenteren en wordt deze informatie gebonden aan de vooropgestelde doelstellingen van het beleidsplan van het ziekenhuis. **(SP)**  
 Uit deze sterke cijferanalyse vloeien veel verbeteracties. Voldoende afbakening en prioritering is aangewezen, gezien de druk anders als te groot zal worden ervaren door de medewerkers. **(Aanb)**

- Het ziekenhuis stelde in 2015 een nota op rond outcome-management. **(AV)** Op campus Sint-Franciscus werd er gestart met afname van WHO-QoI, wat een functionele outcome-meting is. Vooralnog zijn de verdere concrete stappen die gezet zijn rond outcome-management beperkt. **(TK)** Globale cijfers betreffende klinische outcome ontbreken, waardoor deze parameters nog onvoldoende als sturing kunnen benut worden voor het zorgbeleid. Op campus De Pelgrim is er nog geen outcome-management gestart.
- Het ziekenhuis beschikt over een elektronisch incidentmeldingssysteem (Veiligheidsmeldsysteem of VMS) op alle afdelingen. **(AV)** Iedereen kan hierin een melding invoeren, indien gewenst kan dit ook anoniem. Alle meldingen worden doorgegeven aan de stafmedewerker kwaliteit. Die inventariseert alle meldingen en noteert daarbij welke opvolging iedere melding heeft gekregen. De opvolging heeft als doel gelijkaardige incidenten te vermijden en verbeteracties op te zetten.
- Opvolging is verschillend naargelang ernst, frequentie en wie best op de hoogte dient gebracht te worden betreffende deze melding. **(AV)**  
De meeste meldingen worden doorgegeven aan de personen die omtrent dat bepaald incident verbeteracties kunnen opstellen, bv. apotheek bij medicatie-incidenten, de technische dienst bij meldingen rond infrastructuur,... . Daarnaast worden referentiegroepen en ontwikkelingsgroepen vaak betrokken.  
Indien er door de medewerker en de stafmedewerker kwaliteit ingeschat wordt dat een incident ernstig is of er een grote kans op herhaling is, wordt er overgegaan naar een uitgebreidere analyse van het incident. **(AV)** De criteria waarop men zich baseert om een incident als voldoende ernstig te beschouwen om tot analyse over te gaan, zijn niet steeds duidelijk voor de medewerkers op de afdelingen. **(Aanb)**
- In 2017 waren er 239 meldingen voor heel het ziekenhuis, waarvan 192 meldingen op campus Sint-Franciscus en 47 meldingen op campus De Pelgrim. **(AV)**
  - 102 medicatie (bijna-) incidenten
  - 46 agressie incidenten of grensoverschrijdend gedrag
  - 2 suïcidepogingen
  - 89 andere

Onder de grote restcategorie “andere” incidenten worden verschillende categorieën gebundeld: bv. voeding, ongeval patiënt, administratieve zorg, documentatie, medische hulpmiddelen, middelen organisatie, infrastructuur, zuurstof, andere. Het ziekenhuis kiest ervoor om al deze subcategorieën te specificeren in hun incidentmeldsysteem, om via deze weg zo gedetailleerd en volledig mogelijk alle mogelijke incidenten die een invloed kunnen hebben op de patiëntveiligheid in kaart te brengen. **(AV)**

- In 2017 werden er 9 incidenten uitgebreid geanalyseerd. Het betrof 3 incidenten over medicatieveiligheid, 2 suïcidepogingen, 3 agressie-incidenten en 1 verslikkingsincident. Afhankelijk van het incident wordt er een verschillende analysetechniek gebruikt. Betrokken medewerkers, stafmedewerkers, de directeur patiëntenzorg en de relevante referentiepersonen worden betrokken bij deze analyse. De uitgebreide analyses worden vervolgens meegenomen in de aangewezen overleggroepen om verbeteracties te ondernemen. **(AV)**  
In de verslaggeving van de analyses staan de deelnemers niet vermeld. **(Aanb)**

- Maandelijks is er concrete feedback aan de afdelingen over het aantal meldingen, binnengekomen via het incidentmeldsysteem. **(SP)**
- Vanuit het analyserapport over de resultaten van het incidentmeldsysteem uit 2017 merken we dat het beleid inzet op de ontwikkeling van een actieve meldcultuur binnen het ziekenhuis. Er hangt geen waardeoordeel aan de hoeveelheid meldingen. Een grote hoeveelheid meldingen wordt niet gelijkgesteld aan een slechte afdelingswerking. Al de bevroagde medewerkers geven aan te merken dat hun meldingen leiden tot verbeteracties. **(SP)**  
Niet alle disciplines voeren even veel incidenten in het meldsysteem in (cijfers 2017): 87% verpleging, 2% paramedici, 0% artsen, 0% apotheek, 11% anderen. **(AV)**  
Wij ondersteunen de analyse van het ziekenhuis, waar zij aangeven te willen inzetten op het sensibiliseren van elke functiegroep (ook artsen) om steeds elk incident via VMS te melden. **(Aanb)**

## 5 MIDDELEN

### 5.1 INFRASTRUCTUUR

- De attesten (2017) van de burgemeesters m.b.t. de brandveiligheid voor de gebouwen op beide campussen werden voorgelegd. **(AV)**
- De medewerkers beschikken niet overal over een (draagbaar) alarmsysteem, zodat bij noodsituaties niet steeds snel hulp kan bekomen worden. Dit vormt vooral een risico op campus De Pelgrim. **(TK)**

### 5.2 PATIËNTENDOSSIER

- Op alle afdelingen wordt gewerkt met de nieuwe (SAAS)versie van het elektronisch multidisciplinair patiëntendossier Regas. **(AV)**  
Alle relevante gegevens bevinden zich in het EPD. Sommige dossierdelen worden eerst op papier opgemaakt en vervolgens ingescand, wat een arbeidsintensief proces is. We bevelen aan om zo veel mogelijk rechtstreeks in het EPD te noteren. **(Aanb)**  
Het integrale EPD wordt centraal gearchiveerd.  
Het medicatiebeheer (voorschrift/medicatieschema) is ook volledig geïnformatiseerd.  
Het systeem is beveiligd via gepersonaliseerde accounts met een inlogcode voor de medewerkers. **(AV)**  
De apotheker heeft geen toegang tot alle relevante gegevens in Regas. **(TK)**
- In de gecontroleerde patiëntendossiers, op verschillende afdelingen, werd steeds een behandelplan en neerslag van de multidisciplinaire patiëntbesprekingen teruggevonden. Ook bleken nota's van de psychiater toegankelijk voor andere medewerkers die bij de zorg voor de patiënt betrokken waren. **(AV)**



## 6 MEDEWERKERS

### 6.1 PERSONEELSBELEID

- De stafmedewerker kwaliteit/HRM staat samen met de directeur patiëntenzorg en de algemeen directeur in voor de aansturing van het personeelsbeleid van het PC Sint-Franciscus De Pelgrim. **(AV)**
- Het HR-beleidsplan is onderdeel van het ziekenhuisbeleidsplan onder de strategische doelstelling: “PC Sint-Franciscus De Pelgrim zorgt ervoor dat er betrokken, gemotiveerde en deskundige medewerkers aanwezig zijn in de organisatie, die zich als persoon kunnen ontplooiën en zich verbonden voelen met de organisatie”, met daaraan gekoppeld verschillende operationele doelstellingen. **(AV)**
- Na de laatste bevlogenheidsmeting in 2015 werd de beoordelingscyclus herbekeken en werd de ‘beoordelings- en ontwikkelcyclus’ uitgewerkt. Binnen deze cyclus wil men dat de zorg voor zorgenden en het psychosociaal welzijn van de medewerkers ook expliciet aan bod komt. De maximale duur van de beoordelings- en ontwikkelcyclus bedraagt 3 jaar, waarbij jaarlijks minimaal 1 formeel gesprek gehouden wordt. Elke cyclus telt 1 beoordelingsgesprek om na te gaan in welke mate de overeengekomen doelstellingen, resultaten, functioneren en competenties werden bereikt aan de hand van de functiekaart, en 2 ontwikkelgesprekken waarbij de focus ligt op de sterktes/talenten, de ontwikkelpunten en het psychosociale welzijn van de medewerker. De stafmedewerker kwaliteit en HRM volgt de beoordelingscyclus op van alle medewerkers, de directeur patiëntenzorg neemt de resultaten mee naar het werkoverleg met de afdelingshoofden. **(AV)**
- Artsen krijgen geen beoordelings- of ontwikkelgesprek. **(TK)**
- Naast deze gesprekken worden in het ziekenhuis ook verzuimgesprekken en exitgesprekken gevoerd. **(AV)**
- Het ziekenhuis werkt met referentiepersonen die zetelen in de verschillende ontwikkelings- en referentiegroepen en van daaruit hun kennis overbrengen naar de afdelingen. Een referentiepersoon verdiept zich in bepaalde deelaspecten van de zorg en is de persoon waarop collega’s beroep kunnen doen wanneer ze zelf vragen hebben omtrent dit domein, anderzijds is de referentiepersoon ook diegene die nieuwe of relevante informatie doorspeelt naar collega’s.  
Het ziekenhuis werkt met referentiepersonen op twee niveaus: referentiepersonen niveau 1 werken afdelingsgebonden en zetelen binnen de referentiegroepen en referentiepersonen niveau 2 werken organisatiebreed en zitten in de ontwikkelgroepen. **(AV)**
- Naast het afdelingshoofd en de meter/peter, staat ook de begeleider (her)intreders nieuwe medewerkers bij in hun inscholingstraject.  
Het onthaal en de inwerking gebeurt volgens een onthaalformulier en een dienstgebonden inscholingstraject. Om zicht te houden op het inscholingsverloop wordt gebruik gemaakt van een checklist met opvolgmomenten na 1, 3 en 6 maanden.

Twee maal per jaar wordt een infodag voor nieuwe medewerkers georganiseerd waarbij de referentiepersonen uitleg geven over o.a. suïcidepreventie, handhygiëne, medicatie, omgaan met agressie,...

Na de inscholingsperiode moet de nieuwe medewerker een vragenlijst invullen rond tevredenheid over het inscholingstraject. **(AV)**

Er is geen specifiek inscholingsprogramma voor artsen. **(Aanb)**

- Het ziekenhuis beschikt over een mobiele equipe van 7,4 VTE verpleegkundigen, waarvan 2,8 VTE bachelor verpleegkundigen en 4,6 VTE gegradueerde verpleegkundigen.  
De leden van de mobiele equipe zijn toegewezen aan een vaste afdeling van waaruit ze mobiel kunnen ingezet worden op andere diensten bij ziekte of onvoorziene afwezigheden overdag.  
De supervisie en aansturing gebeurt door de stafmedewerker patiëntenzorg. **(AV)**
- Bij plotse afwezigheid van een therapeut (bv. ziekte) stelt zich een probleem om de continuïteit van de therapie te garanderen. Er zijn geen mobiele therapeuten waardoor andere medewerkers (verpleegkundigen en zorgkundigen) instaan om op dat moment alternatieven voor de therapie te improviseren, zoals een kookmoment of actualiteit. **(TK)**
- Op alle afdelingen wordt gewerkt met vaste nachtverpleegkundigen, die aangestuurd worden door de afdelingshoofden. De afspraak is dat een vaste nachtverpleegkundige op jaarbasis 6 dagen overdag moet werken. Nachtverpleegkundigen nemen deel aan afdelingsvergaderingen en vorming en hebben daarnaast jaarlijks een apart avondoverleg. **(AV)**
- Na een ingrijpende gebeurtenis kunnen medewerkers, naast de eerste opvang door de hoofdverpleegkundige en de aanwezige collega's, beroep doen op een zorgteam.  
Dit zorgteam bestaat uit twee medewerkers die hiervoor een specifieke opleiding hebben gevolgd en mee opgenomen zijn in het wachtsysteem. Het zorgteam werkt met een 3- of 4-gesprekkenmodel. Indien er nog vervolgzorg nodig is, wordt bijstand aangeboden door een psycholoog. **(AV)**  
Artsen maken geen gebruik van dit aanbod. **(Aanb)**  
Op alle afdelingen is er bovendien meermaals per jaar intervisie. Dit overleg is een forum waar ruimte is voor emotionele ondersteuning en intervisie binnen het team, wat gezien kan worden als een voorbeeld van 'zorg voor zorgenden' op afdelingsniveau. Deze intervisies worden geleid door de beleidspsycholoog. **(SP)**  
Artsen zijn ook hier niet bij aanwezig. **(Aanb)**
- Er wordt geen beroep gedaan op interimkrachten. **(AV)**
- In het ziekenhuis werken in de vakantieperiodes jobstudenten. In het departement zorg ging het in 2017 om 2 jobstudenten die werden ingezet op de verschillende afdelingen naargelang de nood. **(AV)**
- Voor alle functies binnen het ziekenhuis werden functiekaarten opgemaakt. **(AV)**

## 6.2 VORMING, TRAINING EN OPLEIDING (VTO)

- Het vormingsbeleid voor PC Sint-Franciscus De Pelgrim werd uitgeschreven. De vormingsnoden en -plannen zijn duidelijk gelinkt met de doelstellingen zoals vooropgesteld in de verschillende beleidsplannen. Op basis van de in de beleidsplannen gedefinieerde doelstellingen, wordt er aan het eind van een kalenderjaar zowel op ziekenhuisniveau als op afdelingsniveau een specifiek vormingsplan opgemaakt voor het daarop volgende kalenderjaar. **(AV)**
- Jaarlijks wordt een vormingsbudget goedgekeurd op directieniveau, wat daarna verdeeld wordt over de afdelingen naargelang de vormingsnood. **(AV)**
- Het ziekenhuis zet sterk in op het uitwerken van een vast jaarlijks intern vormingsprogramma waarop medewerkers zich kunnen inschrijven en dit rond alle belangrijke thema's waarrond op regelmatige basis heropfrissing noodzakelijk is (o.a. medicatie, suïcidepreventie, omgaan met agressie, feedback geven,...). Het opzetten van deze jaarlijkse vorming wordt aangestuurd door de referentiepersonen niveau 2.  
Daarnaast zet men in op groepsvormingen die externe opleiders in-house verzorgen. **(AV)**  
De organisatie zet minder in op het volgen van externe opleidingen, tenzij voor bijvoorbeeld referentiepersonen die extra expertise willen ontwikkelen omtrent een specifieke materie. **(AV)**
- Elke afdeling beschikt over een dienstspecifiek opleidingsjaarplan. Afdelingen moeten per kalenderjaar minstens één inhoudelijk zorgprogrammagerelateerde groepsvorming aan bod laten komen in haar vormingsplan. **(AV)**
- Elke medewerker moet minimaal 8 uur vorming per jaar volgen, onafhankelijk van de jobtime, waarvan minstens 3u intervisie en minstens 3u van het intern vormingsaanbod.  
Het aantal uren vorming dat een medewerker volgt, wordt opgevolgd via een, door het ziekenhuis zelf ontwikkeld, vormingsregistratiesysteem. Per afdeling en per personeelslid wordt zo in kaart gebracht welke vorming dit personeelslid heeft gevolgd en over hoeveel uur vorming dit ging. De vormingstabel is via intranet raadpleegbaar door de leidinggevenden van de afdeling en wordt driemaandelijks op afdelingsniveau uitgehangen. **(AV)**
- Enkel de vorming brandpreventie is verplicht voor alle medewerkers. Vanaf 2018 wil men ook de vorming omgaan met agressie en fysieke technieken verplichten voor alle medewerkers binnen het departement zorg. Voor nieuwe medewerkers zijn de vormingsmomenten agressiepreventie, VBM, afzonderingsprocedure, fysieke technieken, suïcidepreventie, medicatiebeheer en EPD verplicht te volgen tijdens het inscholingstraject. **(AV)**
- In de toekomst wil men ook graag verder inzetten op e-learning. **(AV)**
- Volgens de wet die de nieuwe taken van de hoofdarts vermeldt (dd. 25/4/2014) moet de hoofdarts een dossier bijhouden per arts met hierin een overzicht van de gevolgde opleidingen. De hoofdarts heeft momenteel geen globaal zicht op de gevolgde opleidingen van de artsen-stafleden. **(NC)**

Het is nuttig om te weten welke expertise er in huis aanwezig is rond bepaalde medisch-therapeutische onderwerpen, en rond welke onderwerpen bijkomende expertise nodig is.

- Het volgen van een langdurige psychotherapeutische opleiding wordt door het ziekenhuis gefaciliteerd door vrijstelling van werktijd en/of door een financiële ondersteuning afhankelijk van wie het initiatief neemt en de noodzaak in het kader van de werking. **(AV)**
- We bevelen aan om voor de artsen een specifiek inscholings- en (eventueel extern) vormingsaanbod te voorzien, in het bijzonder in verband met hun functie als beleidsarts (bv. opleiding rond managementvaardigheden,...). **(Aanb)**

### 6.3 ERVARINGSDESKUNDIGEN EN VRIJWILLIGERS

- Op het moment van de audit werken er 4 vrijwilligers in het ziekenhuis op campus Sint-Franciscus, waarvan 3 op afdeling Sp-psychogeriatric en 1 in de keuken. **(AV)**
- Het beleid rond werken met vrijwilligers is uitgeschreven en er is een verantwoordelijke voor de vrijwilligers aangeduid. **(AV)**
- Voorlopig werkt het ziekenhuis nog niet met ervaringsdeskundigen. In de toekomst wil men daar wel op inzetten. Er is een ontwikkelgroep "herstel", waarbinnen ervaringsdeskundigheid een plaats krijgt, die concrete exploratieve activiteiten kan voorleggen (bv. werkbezoeken, deelname aan intervisie tussen ziekenhuizen,...). We bevelen aan om dit initiatief verder in de praktijk te realiseren. **(Aanb)**

### 6.4 BESTAFFING

- De directeur patiëntenzorg bespreekt voor het einde van het jaar de minimale personeelsbezetting van de afdelingen met de afdelingshoofden. Aan de hand van deze bespreking wordt de personeelsbegroting opgemaakt. Bij wijzigingen doorheen het werkjaar kan dit ten allen tijde besproken worden met de directeur patiëntenzorg tijdens een werkoverleg. Indien nodig wordt de bezetting aangepast. **(AV)**
- Tijdens de nacht zijn er op campus Sint-Franciscus 5 verpleegkundigen aanwezig: 1 op elke afdeling en 2 op afdeling AZ/PZ. Bij ziekte van 1 nachtverpleegkundige wordt deze niet vervangen en wordt op afdeling AZ/PZ slechts 1 verpleegkundige voorzien. **(NC)** Op een afdeling waar acute opnames gebeuren, moeten volgens de bestaffingsnormen steeds 2 personen, waarvan minstens 1 verpleegkundige, tijdens de nacht aanwezig zijn.

Een afdeling mag nooit alleen gelaten worden. Indien er op AZ/PZ door ziekte maar 1 verpleegkundige aanwezig is tijdens de nacht en als er dient binnen gegaan te worden bij een patiënt in de afzonderingskamer, wordt een andere dienst alleen gelaten. **(NC)**

Bij ziekte wordt beroep gedaan op de eigen equipe om de nachtpermanentie te verzekeren. Om dit te faciliteren wordt desgevallend de mobiele equipe overdag ingeschakeld of wordt campusoverschrijdend ondersteuning geboden. **(AV)**

De verpleegkundige nachtpermanentie op campus De Pelgrim is niet sluitend georganiseerd. **(TK)**

Op deze campus zijn er tijdens de nacht 2 verpleegkundigen aanwezig, 1 voor elke afdeling.

- Bij een noodsituatie op een afdeling moet de tweede verpleegkundige de andere bijstaan, waardoor de eigen afdeling zonder toezicht gelaten wordt.
- Er is geen steward 's nachts op deze campus; de steward van campus Sint-Franciscus kan wel opgeroepen worden.
- Bovendien bestaat er nog steeds een functionele afzonderingskamer, dus als daar een patiënt verblijft, moeten minstens twee medewerkers binnengaan en blijft 's nachts opnieuw een afdeling zonder personeel achter.

We bevelen aan om een sluitende procedure (bv. cascadesysteem) uit te schrijven om steeds de aanwezigheid van minstens 1 verpleegkundige per afdeling structureel te kunnen verzekeren. **(Aanb)**

- Tijdens de nacht is er ook een steward aanwezig op het terrein van campus Sint-Franciscus. Bij dreigende agressie kan deze ook opgeroepen worden door campus De Pelgrim, wat ongeveer 15 minuten in beslag neemt. **(AV)**
- De directiewacht is schriftelijk opgesteld. De lijst bevat naast de directiewacht ook de contactgegevens van de technische wacht, de zorgwacht en de medische wacht. **(AV)**
- Via de wachtdienst van psychiaters is er 24 u op 24u een arts beschikbaar. **(AV)**

## 7 PROCESSEN

### 7.1 PROCEDUREBEHEER

- Alle procedures zijn raadpleegbaar via het intranet onder 'Procedurehandboek', hetwelk momenteel nog bestaat als 3 procedurehandboeken die in een welbepaalde volgorde moeten geraadpleegd worden (met het ziekenhuisbrede handboek als belangrijkste).  
Op het moment van de audit zijn nog niet alle procedures campusoverschrijdend, waardoor de huidige werkwijze voorlopig noodzakelijk blijft. **(AV)**
- In de opmaak van een procedure komen steeds de volgende elementen terug: **(AV)**
  - Titel = Naam van de procedure;
  - Eigenaar procedure;
  - Verantwoordelijke opvolging;
  - Maand jaarlijkse opvolging;
  - Doelstelling: wat wil men met de procedure bereiken;
  - Toepassingsgebied;
  - Benodigheden: kan bv. zijn: verwijzing naar nota's of formulieren die de procedure ondersteunen;
  - Opmerkingen
  - Synoniemen
- Elke procedure moet jaarlijks gereviseerd worden. Voor de jaarlijkse opvolging verwittigt het directiesecretariaat de "eigenaar" en de "verantwoordelijke opvolging" wanneer de evaluatiedatum van een procedure verstrijkt. **(AV)**
- Elke medewerker of directielid kan een voorstel voor een nieuwe procedure of een voorstel tot wijziging van een bestaande procedure overmaken aan de stafmedewerker kwaliteit. Het is een expliciete opdracht voor de referentiepersonen om na te gaan of de uitgewerkte procedures nog voldoende volgens de huidige stand van zaken binnen de ontwikkel- en referentiegroepen zijn. **(AV)**
- Wijzigingen aan procedures worden besproken tijdens de vergaderingen met de afdelingshoofden en meegedeeld naar de afdelingen via het weekoverzicht op Ad Valvas en via de referentiepersonen. **(AV)**
- Nieuwe medewerkers krijgen tijdens hun inscholing uitleg door de stafmedewerker kwaliteit over de procedures en waar ze te vinden zijn. **(AV)**

## 7.2 MEDICATIEDISTRIBUTIE

### Situering

- De apotheek is gelegen op de campus Sint-Franciscus en levert aan alle afdelingen van het ziekenhuis. **(AV)**
- De apotheek is geopend op maandag en vrijdag van 8u30 tot 17u, op woensdag van 8u30 tot 12u en donderdag van 8u30 tot 16u30. Wegens de afwezigheid van de apotheker (sinds half november 2017) en de vervanging door twee apothekers, wordt er momenteel week per week bekeken wanneer de apotheek open is. Deze openingsuren worden wekelijks opnieuw uitgehangen aan de apotheek en op de infoborden van de afdelingen. **(AV)**

### Beleid en strategie

- De apotheker is aanwezig op het afzonderlijk overleg (minimum om de 4 maanden) met de algemeen directeur, de hoofdgeneesheer, de directeur patiëntenzorg. Van dit overleg wordt een verslag opgemaakt. Daarnaast gaat de apotheker op eigen uitnodiging of op uitnodiging van de directie naar het wekelijks overleg met de algemeen directeur, de hoofddarts en de directeur patiëntenzorg. **(AV)**
- Er is geen jaarverslag van de apotheek noch een beleidsplan voor 2018. **(TK)**  
Er is wel een beleidsplan 2017: "Apotheek en ontwikkelgroep medicatieveiligheid". **(AV)**
- Er gebeurde in 2016 een analyse van het geneesmiddelenverbruik per klasse en per categorie. **(AV)**  
Een analyse van het geneesmiddelenverbruik per arts in 2016 gebeurde niet. **(NC)**  
De analyse per medicatieklasse en per categorie werd meegegeven aan de artsen en de opvallende punten werden besproken in het MFC en aansluitend werden verbeteracties opgezet. **(AV)**
- In 2015 gebeurde er in het toenmalige PZ Sint-Franciscus een puntprevalentiemeting inzake het voorkomen van infecties en het antibioticagebruik binnen het gehele ziekenhuis. In 2017 deed het PC terug mee aan een puntprevalentiestudie naar zorginfecties en antimicrobieel gebruik, maar de resultaten zijn op het moment van de audit nog niet bekend. **(AV)**  
Er gebeurde geen analyse en evaluatie (met eventuele bijsturing) van het antibioticavoorschrijfgedrag per arts. **(TK)**
- Het ziekenhuis neemt deel aan de indicatorenmeting VIP<sup>2</sup> betreffende de volledigheid van de medicatievoorschriften. Deze resultaten werden besproken tijdens het MFC en de stuurgroep kwaliteit. Hierop volgend werden verbeteracties uitgevoerd (bv. de invoering van de elektronische handtekening door artsen). **(AV)**
- Incidenten met betrekking tot de werking binnen de apotheek worden geregistreerd op een whiteboard in de apotheek. **(AV)** Deze meldingen worden besproken door de apotheker en apotheekassistent, maar hier wordt geen verslag van opgemaakt. **(TK)** Er worden wel verbeteracties opgezet (bv. het invoeren van kaartjes "GOEDKEUREN" als geheugensteun). **(AV)**  
Deze interne meldingen worden niet opgenomen in het centrale incidentmeldsysteem. **(TK)**

- Incidenten met betrekking tot het medicatiegebeuren kunnen (anoniem) gemeld worden in het centrale meldsysteem VMS. Via dit systeem heeft de apotheker alsook de kwaliteitscoördinator zicht op het aantal en de aard van de meldingen. Maandelijks krijgen de afdelingen een overzicht van de meldingen. **(AV)**  
Bij frequent voorkomen van dezelfde soort meldingen worden deze besproken binnen de referentiegroep/ontwikkelgroep medicatieveiligheid. Hierbij is de apotheker aanwezig. Referentieverpleegkundigen geven feedback van dit overleg naar hun collega's op de afdelingen via de personeelsvergaderingen. Hoofdverpleegkundigen krijgen eveneens feedback via de hoofdenvergaderingen. **(AV)**  
In 2016 waren er 246 meldingen met betrekking tot het medicatiegebeuren. In 2017 waren dit er 102. Hiervan werden 2 (bijna-)incidenten geanalyseerd. **(AV)**  
Uit gesprek blijkt dat er bij de medewerkers een grote bereidheid is om te melden alsook dat zelfs ogenschijnlijk banale incidenten gemeld worden. **(AV)**
- Het Medisch Farmaceutisch Comité is conform samengesteld en vergadert 4 keer per jaar. **(AV)**

## Middelen

- De architectuur en de infrastructuur van de apotheek voldoet aan de voorwaarden voor een kwaliteitsvolle en veilige werking. **(AV)**
- De omgevingstemperatuur binnen de apotheek wordt beheerst met een automatische klimaatregeling. **(AV)**
- Elke afdeling heeft afsluitbare medicatiekasten waar de geneesmiddelen, op naam van de patiënt, bewaard worden. Narcotische medicatie, steeds op naam van patiënt, wordt afzonderlijk bewaard in de afsluitbare medicatiekasten in een met cijferslot beveiligde koffer (campus SF) of verdovingskluis (campus DP). Hiervoor is een specifiek registratie- en stockcontrolesysteem in voege. **(AV)**  
Op afdeling AZ/PZ (campus SF) bleek bij nazicht dat geen, op naam van een patiënt voorgeschreven, narcotische medicatie aanwezig was.  
Op afdeling VZ (campus SF) en afdeling Tilia (campus DP) waren wel narcotica aanwezig op naam van de patiënt, de voorraad klopte telkens. **(AV)**
- Er zijn 2 noodkasten met medicatie in het ziekenhuis: op afdeling AZ/PZ van campus Sint-Franciscus is er een spoedkast en in het lokaal van de vroegere apotheek van campus De Pelgrim is een urgentiekast. Op afdeling Tilia van campus De Pelgrim is een urgentielade (opiaten-set, anafylactische set en een epilepsie-set). Uit controle blijkt dat alle kasten en lade afgesloten zijn en dat de stockcontrole in orde was. De inhoud van de spoedkast en urgentiekast en -lade is terug te vinden in het medicatiebeheer en is samengesteld door het MFC. **(AV)**
- In de spoedkast op afdeling AZ/PZ van de campus Sint-Franciscus zijn narcotica aanwezig. **(AV)**



Bij nazicht van de inhoud van de narcotica in de spoedkast bleek dat het aantal (30) tabletten methadon 5mg overeen kwam met het aantal op de inventarislijst dat zich in de apotheek bevond **(AV)** maar op het afgesloten medicatiekoffertje stond dat met stift foutief (25) geschreven. **(TK)** De stockcontrole van de narcotica in de urgentiekast van campus De Pelgrim klopte. **(AV)** Er werd geen vervallen medicatie teruggevonden bij steekproefcontroles van de medicatievoorraden op naam in de afdelingen, noch in de spoedkast en urgentiekast. **(AV)**

- Uit gesprek blijkt dat de spoedkast van de campus Sint-Franciscus dagelijks wordt aangevuld door de apotheek en maandelijks nagekeken door de apotheek op vervaldata. De urgentiekast en -lade op campus De Pelgrim worden wekelijks aangevuld door de apotheek (en bij afwezigheid van de apotheker door verpleegkundigen of de apotheekassistente) en maandelijks nagekeken door de apotheek. **(AV)** Het nazicht van de urgentielade is niet beschreven in een procedure. **(TK)**
- Naast de algemene psycho-educatiesessies over medicatie beschikt het ziekenhuis over folders van verschillende hoog-risico-medicaties voor patiënten (bv. natriumvalproaat, lithium, methadon), met als doel patiënten er bewust van te maken dat het gebruik van deze medicatie potentiële risico's inhoudt. Met behulp van de folders kan hier door de arts of verpleegkundige specifiek en individueel op ingegaan worden. **(SP)** De folders zijn op papier beschikbaar op de afdelingen en ook terug te vinden op intranet.

## Medewerkers

- Op het moment van de audit vervangen twee apothekers de hoofdapotheker van het PC Sint-Franciscus De Pelgrim. **(AV)**
  - Eén van deze vervangende apothekers kent het ziekenhuis daar zij regelmatig inspringt bij vervanging (bv. bij verlof). Zij werkt momenteel meer dan halftijds in het ziekenhuis.
  - Daarnaast werkt een vervangende apotheker (van PC St-Jan te Eeklo) een aantal uren zodat de apotheek zijn verplichtingen m.b.t. de aanlevering van medicatie aan de verpleegafdelingen kan verder zetten.

We bevelen aan om duidelijkheid te scheppen over het aantal beschikbare VTE apothekers voor het ziekenhuis. **(Aanb)**

Er is 1 apotheekassistent werkzaam (momenteel 0,8VTE - voordien 0,5VTE) in het ziekenhuis. **(AV)**

- Er is een formele wachtregeling voor de apotheek. Zorgverleners moeten bij hoogdringendheid en buiten de openingsuren van de apotheek medicatie uit de spoedkast/urgentiekast of van een andere patiënt nemen. Indien dit niet mogelijk is mogen ze naar de hoofdapotheker of apotheker van wacht bellen. Als deze niet bereikbaar is, kan de apotheek van het St.-Elisabeth Ziekenhuis te Zottegem ingeschakeld worden, maar hier wordt zelden gebruik van gemaakt. Er is een schriftelijke overeenkomst (2/2/2015) met de apotheek van het AZ St.-Elisabeth Zottegem. Deze werkwijze staat uitgeschreven in de procedure "levering medicatie buiten openingsuren apotheek". **(AV)**

Deze procedure verwijst naar een “lijst wacht dienst apotheek”. Bij het raadplegen van deze wachtlijst op de valven wordt de medewerker in de praktijk verwezen naar de zorgwacht en komt men uiteindelijk terecht bij een stafmedewerker of de directeur patiëntenzorg i.p.v. bij een apotheker. **(TK)** Deze werkwijze is tijdelijk ingevoerd wegens ziekte van de ziekenhuisapotheker. De vervangende apotheker vraagt om deze tussenstap in te bouwen om zo haar telefoonnummer niet rechtstreeks voor alle medewerkers beschikbaar te stellen. Indien de eigen ziekenhuisapotheker aan het werk is, staat op de wacht dienst apotheek haar rechtstreeks nummer.

- In het PC Sint-Franciscus De Pelgrim is een ontwikkelgroep “Medicatieveiligheid”. **(AV)** Deze groep komt 4x/jaar samen en bestaat uit de ziekenhuisapotheker, de directeur patiëntenzorg, de stafmedewerker patiëntenzorg, de kwaliteitscoördinator, een arts en de referentieverpleegkundigen medicatieveiligheid niveau 2. De doelstelling van de ontwikkelgroep is een kwaliteitsvolle en patiëntveilige werking rond medicatie (ook transmuraal) ontwikkelen met aandacht voor patiënt- en family-empowerment, door de nodige procedures te ontwikkelen en te evalueren. Men wil hier ook verbeteracties afleiden uit incidentmeldingen en hiermee aan de slag gaan.
- Naast de ontwikkelgroep is er ook een referentiegroep “Medicatieveiligheid”. **(AV)** Deze groep komt 4x/jaar samen en heeft als doel een kwaliteitsvolle en patiëntveilige werking rond medicatie mee helpen implementeren, knelpunten in kaart brengen en de nodige verbeteracties doorvoeren. De referentiegroep medicatieveiligheid bestaat uit de ziekenhuisapotheker, de kwaliteitscoördinator en de referentiemedewerkers niveau 1.
- De apotheekassistent verzorgt jaarlijks de introductie in het medicatiegebeuren voor de nieuwe medewerkers. Daarnaast krijgen nieuwe medewerkers verplichte vorming rond medicatiebeheer, door de referentiepersoon medicatie op de afdeling. In het voorjaar van 2017 gaf de apotheekassistent ook een oprissingscursus rond psychofarmaca, maar deze werd nog niet door iedereen gevolgd. In 2016 werd door de apotheker (verplichte) vormingen gegeven aan de verpleegkundigen i.v.m. hoog risicomedicatie en over het proces van medicatiereconciliatie. **(AV)**

## Processen

- De distributie van alle geneesmiddelen en verzorgingsproducten verloopt via het elektronische medicatiebeheer. Artsen schrijven de medicatie elektronisch voor (95%), dit kan van op afstand (bv. thuis, privéconsultatie). Er wordt gewerkt met een elektronische handtekening. Op basis van dit voorschrift wordt medicatie afgeleverd aan de afdelingen van uit de apotheek. **(AV)** Daarnaast wordt er gewerkt met een document “voorlopige medicatieopdracht”. Dit wordt door een verpleegkundige ingevuld, bv. op basis van een vorig medicatieschema van een patiënt (bv. bij opname van een patiënt) wanneer de arts de medicatie nog niet elektronisch heeft voorgeschreven (weliswaar na een telefonisch overleg) of na een telefonische medicatieopdracht door een arts aan een verpleegkundige bij hoogdringendheid. Dit order moet zo snel mogelijk (binnen de 4 u) door een arts in medicatiebeheer ingegeven worden. Op basis van deze documenten (roos voor de afdeling, geel voor de arts en wit voor de apotheek), wordt soms medicatie gegeven aan patiënten die nog niet formeel gevalideerd is door een arts. **(NC)** Wanneer de toediening na een mondeling order gebeurt op basis van een gevalideerd staand order, stelt zich dit probleem niet. **(AV)**

- Narcotica wordt door de artsen met de hand op papieren voorschriften opgemaakt. Bij nazicht van 10 handgeschreven verdovingsvoorschriften (verschillende afdelingen, verschillende artsen) bleek dat alle voorschriften volledig waren (identificatie patiënt, identificatie arts, naam medicijn en sterkte). **(AV)**
- Op de afdelingen is geen medicatievoorraad aanwezig, behalve de medicatie die op naam van patiënten is voorgeschreven. **(AV)**  
Op de afdelingen is er wel een huisapotheek: het 'rood bakje'. De inhoud van dit bakje werd door de apotheek bepaald en bevat o.a. keelpastilles, Enterol® en Dafalgan 500®.  
Wanneer er iets van medicatie uit het rode bakje door een verpleegkundige gegeven wordt aan een patiënt, op basis van een staand order tot drie dagen, wordt dit (naam patiënt, datum en tijdstip, naam verpleegkundige) in een schriftje (campus SF) of in de notities van het EPD (campus DP) genoteerd. **(AV)** Deze medicatie-innames worden niet genoteerd in het elektronische medicatieschema, waardoor de apotheker geen volledig zicht heeft op het volledige medicatiegebruik van de patiënt. **(TK)**  
Indien de medicatie langer dan drie dagen wordt gegeven wordt dit wel ingevoerd in medicatiebeheer (voorschrift vereist van arts). **(AV)**
- Naast de openingsuren van de apotheek (die momenteel wekelijks wisselen wegens de afwezigheid van de apotheker-titularis) hangt op de afdelingen ook uit wanneer de volgende medicatiebevoorrading zal zijn, alsook wanneer de volgende stockcontrole en controle van de vervaldata moet gebeuren. **(AV)**
- De afleverperiode van medicatie aan de afdeling AZ/PZ en aan de afdelingen op campus De Pelgrim gebeurt om de 14 dagen, alle andere afdelingen worden om de 28 dagen bevoorrad. **(NC)**  
De afleverperiodes werden gebaseerd op de gemiddelde ligduur van de patiënten. Er gebeurde geen grondige risicoanalyse van deze werkwijze voor de betrokken afdelingen.
- De apotheker heeft via het elektronisch medicatiebeheer zicht op het actuele medicatieschema van de patiënt tijdens de opname. **(AV)**  
De apotheker heeft geen toegang tot relevante klinische gegevens in Regas. **(TK)**
- De medicatie voor de patiënten van de verblijfsafdelingen wordt door de nachtverpleegkundige (of medewerker met art. 54 bis of ziekenhuisassistent) klaargezet voor de volgende 24 uur in een bakje met eenduidige patiëntidentificatie (naam en foto of indien foto niet beschikbaar naam en geboortedatum) in de medicatiekar.  
Op de afdeling voor herstelgerichte zorg wordt gewerkt volgens een vast protocol waarbij 's morgens steeds een verpleegkundige tijdig kan starten met het klaarzetten van de medicatie voor dezelfde dag. Zowel de controle van de klaargezette medicatie als de (registratie bij) toediening gebeurt door een verpleegkundige (of medewerker met art 54 bis of ziekenhuisassistenten). **(AV)**
- Het volledige medicatiegebeuren is beschreven in verschillende procedures: de procedure medicatie, de procedure voor het verkrijgen van dringende medicatie voor tijdstippen buiten de openingsuren van de apotheek, de procedure controle frigotemperatuur i.f.v. medicatieopslag, de procedure controle vervaldata van de medicatie op afdelingsniveau en de procedure temperatuurregistratie

apothekfrigo A. Deze laatste procedures bevatten o.a. duidelijke instructies voor de controle van de temperatuur van de medicatiekoelkasten op de afdelingen en in de apotheek, en voor controle van de vervaldata van medicatie in de noodkasten en de medicatie op de afdelingen. **(AV)** De controle van de vervaldata zou maandelijks gebeuren in een weekend door de nachtverpleegkundige samen met de stockcontrole. Er werd nergens (in de klaargezette medicatie, in de spoedkast, in de urgentiekast, in de rode bakjes of in de patiëntenvorraden) vervallen medicatie terug gevonden bij steekproefcontroles door de auditoren. **(AV)**

- Volgende verbeterpunten betreffende het medicatiebeleid werden opgemerkt: **(TK)**
  - Op een afdeling werden verknipte blisters teruggevonden en een losse comprimé, hierdoor was de medicatie niet meer eenduidig identificeerbaar.
  - Hoogrisicomedicatie die samen met andere medicatie bewaard wordt, wordt niet steeds voorzien van een specifiek hoogrisicomedicatie-label. Er werd op een afdeling opgemerkt dat wanneer er zich hoogrisicomedicatie in de medicatievoorraad van de patiënt bevindt, er vooraan aan de voorraaddade een label voor hoogrisicomedicatie wordt aangebracht (een gele driehoek met uitroepteken). Op deze manier is het niet duidelijk om welk medicijn het dan juist gaat.
  - Bij nazicht van de registraties op papier van de temperatuur van de medicatiekoelkast in de apotheek bleek dat dit in de weekends niet dagelijks werd uitgevoerd. Ook op een afdeling van Campus SF bleek bij controle van de registratiebladen dat er niet dagelijks werd geregistreerd. In de apotheek wordt best slechts op 1 manier de temperatuur van de medicatiekoelkast opgevolgd, bij voorkeur via het bestaande automatische logsysteem.

We bevelen aan om ook voor de afdelingen over te schakelen op een automatisch temperatuurlogsysteem met automatische registratie en alarm. **(Aanb)**

- In de steekproef van medicatieschema's die tijdens de audit gecontroleerd werden op de afdelingen, waren de gezochte aspecten (volledig voorschrift, validatie, toegankelijkheid voor betrokken zorgverleners, toediening, stoppen of wijzigen van medicatie) steeds aantoonbaar. **(AV)**

Volgende verbeterpunten werden opgemerkt: **(TK)**

  - De indicatie van 'zo nodig'-medicatie werd niet teruggevonden in een medicatieschema op een afdeling. Vanuit de apotheek gaat men er van uit dat de medicatiebijsluiters eenvoudig te raadplegen zijn via een geel icoon en dat zo de indicatie terug te vinden is. De gesprekspartners op de afdeling waren hiervan niet op de hoogte.
  - Bij 'zo nodig'-medicatie was de tijdsduur tussen twee medicatietoedieningen niet weergegeven.
  - In twee medicatieschema's werd teruggevonden dat medicatie niet werd ingenomen maar de reden voor niet-inname was niet genoteerd.
- Medicatiereconciliatie bij opname, wordt toegepast op beide campussen en is een van de strategische doelen uit het beleidsplan 2017 van de apotheek en van de OG Medicatieveiligheid. **(AV)** Het doel is om aan de hand van een farmaceutische anamnese (bevraging patiënt en het raadplegen van minstens 2 verschillende informatiebronnen), zo snel mogelijk na opname (binnen de 24u), zicht te krijgen op de medicatiehistoriek van de patiënt. Deze medicatiehistoriek gebruikt de behandelende arts onder andere om het medicatieschema op te stellen in het elektronisch "medicatiebeheer".

Uit gesprek met medewerkers van de werkvloer blijkt dat het om een grote tijdsinvestering gaat maar dat er veel medicatiegerelateerde onduidelijkheden of problemen worden opgelost.

De apotheek voert steekproefmetingen uit op het al dan niet ingevuld zijn van de farmaceutische anamnese na opname. **(SP)**

Medicatiereconciliatie bij ontslag is reeds lopend op Campus Sint-Franciscus (opstart gebeurde in najaar 2017). **(AV)** We bevelen aan om medicatiereconciliatie bij ontslag ook op campus De Pelgrim in te voeren. **(Aanb)**

Het document voor de farmaceutische anamnese is nog op papier en wordt nadien ingescand om in het EPD van de patiënt terecht te komen. Aanbeveling om dit te vereenvoudigen. **(Aanb)**

## Resultaten

- Er is een geneesmiddelenformularium opgesteld voor het ziekenhuis. **(AV)** Dit is elektronisch raadpleegbaar in medicatiebeheer alsook op papier beschikbaar op de afdelingen. Formulariumproducten worden preferentieel voorgeschreven in het medicatiebeheer, zowel door de psychiaters als door de huisartsen. Ongeveer 10 % van de medicamenten wordt buiten het formularium afgeleverd, het gaat o.a. om voedingssupplementen. **(AV)**
- Ongeveer 90 % van de geneesmiddelen wordt aan de afdelingen in unitdosis afgeleverd. **(AV)**

## 7.3 AGRESSIEBELEID EN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

### Situering

- De afdeling AZ/PZ bevat de enige gesloten afdeling van het psychiatrisch centrum Sint-Franciscus De Pelgrim en telt 7 bedden voor acute zorg. Het ziekenhuis heeft een machtiging voor gedwongen opnames. Gedwongen opnames starten altijd op de afdeling voor acute zorg, met een gesloten karakter. Na verloop van tijd kunnen zij doorschuiven naar een andere afdeling met een open karakter. **(AV)**
- De afdeling Sp-psychogeriatric is sinds eind 2017 geëvolueerd van een gesloten afdeling naar een halfopen afdeling, d.w.z. dat de afdelingsdeur afgesloten is maar mits een badge en belsysteem iedereen binnen en buiten kan en waarbij leefgroep 1 een open afdeling is en leefgroep 2 als een open of een gesloten afdeling functioneert, afhankelijk van de aanwezig populatie. **(AV)**
- Er zijn 5 afzonderingskamers in het ziekenhuis, op de afdeling Acute Zorg/Psychosezorg zijn er twee afzonderingskamers, op de afdelingen angst- en stemmingsstoornissen en verslavingszorg (campus SF) is er telkens 1 en op campus De Pelgrim is er ook 1. De vroegere afzonderingskamer van de afdeling Sp-psychogeriatric (campus SF) werd omgevormd tot een huiselijkere toezichtskamer die steeds wordt gebruikt met open deur. **(AV)**

- Uit gesprek blijkt dat er in de toekomst (na afbouw van bedden) nog meer alternatieve kamers (met open deur) kunnen bijkomen, o.a. voor de-escalatie, telkens aangepast aan de doelgroep (bv. comfortrooms, prikkelarme kamers, suïcideveilige kamers,...) op verschillende afdelingen. Voor de keuze van inrichting ging men al kijken bij andere psychiatrische ziekenhuizen en zal men ook patiënten inspraak geven. **(AV)**
- Separaties gebeuren in het ziekenhuis niet. Dit blijkt uit de gesprekken en staat ook zo vermeld in de beleidsdocumenten en de afzonderingsprocedure. Patiënten verblijven nooit in ruimtes met afgesloten deur, uitgezonderd in de afzonderingskamers. **(AV)**
- Volgens de visie kiest het ziekenhuis voor de minst restrictieve interventie en voor de kortst mogelijke duur. Als minst restrictief ziet het ziekenhuis het toedienen van medicatie onder dwang, vervolgens afzondering, vervolgens afzondering met toediening van medicatie onder dwang en als allerlaatste afzondering combineren met fixatie (evt. met bijkomende dwangmedicatie). **(AV)**
- Mechanische fixatie wordt alleen in de afzonderingskamers toegepast en ook buiten de afzonderingskamers bij patiënten van de psychogeriatrische afdeling (campus SF). **(AV)**
- Uit gesprek blijkt dat verplichte kamermomenten en verhoogd toezicht individueel en op maat kunnen gebeuren (bv. rustmoment in een therapieprogramma). **(AV)**

## Beleid en strategie

- Er is een beleids- en visietekst omgaan met agressie en een agressiepreventieprotocol. Hierin worden o.a. het contextmodel, het stress-modulatiemodel en het crisisontwikkelingsmodel beschreven met de fases, risicotaxatie en niveaus en bijhorende therapeutische acties, doelen, registratie,... **(AV)**
- Volgende documenten beschrijven het beleid inzake vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) in het ziekenhuis: **(AV)**
  - Beleidsvisie VBM
  - Afzonderingsprocedure
  - Procedure fixatie buiten afzondering
  - Procedure voor de noodknop
  - Procedure gedwongen opname
  - Procedure informeren van gedwongen opgenomen patiënten rond patiëntenrechten
- De afzonderingsprocedure bevat volgende elementen: **(AV)**
  - De definitie van afzondering
  - Het principe 'Zo weinig mogelijk' en het principe 'Zo kort mogelijk'
  - Wie mag uitvoeren
  - Registraties in het dossier
  - Toezicht: frequentie en vorm
    - Minstens om de 30 minuten visueel toezicht op de patiënt in afzondering
    - Minstens om de 60 minuten persoonlijk contact door binnen gaan van een medewerker bij de patiënt in afzondering

- Proportionaliteit: minst ingrijpende maatregel/graduele aanpak/gefaseerde manier
- Indicaties en/of tegenindicaties
- Alternatieven
- Eindverantwoordelijkheid van de arts
- Frequentie van evaluatie van de maatregel

Sterk aan deze procedure is het stroomschema van het proces 'afzondering met of zonder fixatie' **(SP)**

- Er is een specifieke procedure: 'fixatie buiten afzondering' **(AV)** met aandacht voor de opsomming van de alternatieven bij een verhoogd valrisico en de besluitvorming in stroomdiagram. **(SP)**
- Bij de procedures kunnen volgende verbeterpunten omschreven worden: **(TK)**
  - Hoewel in de procedure 'fixatie buiten afzondering' beschreven staat dat bezoek tijdens fixatie in bed niet kan, blijkt tijdens gesprek dat indien er bezoek zou zijn, de fixatie losgemaakt zou worden. Over dit item en over bezoek in de afzonderingskamer wordt momenteel door referentiepersonen niveau 1 onderzoekwerk geleverd en nagedacht om dit eventueel in de procedure te veranderen.
  - De redenen voor afzondering volgens de procedure zijn niet beperkt tot acuut gevaar voor zichzelf of voor anderen.
  - Er is niets terug te vinden in de procedures over de transfer van patiënten (toezicht, registratie,...) naar een afdeling met een afzonderingskamer. Het ziekenhuis heeft geen idee over het aantal zulke transfers en de redenen hiervoor. Uit gesprek blijkt dat, na de analyse van 2 onvolledige registraties in het afzonderingsregister, de procedure hierover zal worden aangepast. Dit werd ook meegedeeld a.d.h.v. een dienstnota die uithangt in de verpleegafdelingen.
  - Er zijn geen procedures i.v.m. bagage- en kamercontroles, hoewel dit gebeurt.
- Het ziekenhuis heeft zicht op het al of niet toedienen van extra medicatie bij afzonderingen. In 2017 kreeg 39% van het aantal patiënten in afzondering extra medicatie toegediend. In 2016 bedroeg dit 47%. Deze cijfers werden besproken tijdens een ontwikkelgroep waarbij werd beslist om acties op te zetten om het cijfer nog te doen dalen. **(AV)**

## Medewerkers

- Het psychiatrisch ziekenhuis Sint-Franciscus De Pelgrim beschikt over een Ontwikkelgroep (OG) en Referentiegroep voor Agressiepreventie & Vrijheidsbeperkende Maatregelen. Deze groepen komen elk 4 keer per jaar samen, met verslaggeving. De hoofdarts is doorgaans aanwezig bij het overleg van de OG. **(AV)**
- De Referentiegroep voor Fixatie buiten afzondering kwam in 2017 1x samen, met verslaggeving. Deze groep bevat de referentiepersonen fixatieniveau 1 en 2 van de Sp-psychogeriatrie. **(AV)**
- Nieuwe medewerkers krijgen binnen de 14 dagen op de afdeling AZ/PZ dienstspecifieke informatie i.v.m. VBM door de referentiepersonen. Daarnaast krijgen ze tijdens het eerste half jaar de verplichte vorming 'omgaan met agressie' en 'fysieke technieken' (afzondering en fixatie). **(AV)**

- Momenteel kunnen zorgmedewerkers vrijblijvend of op aanwijzing van de hoofdverpleegkundige deelnemen aan de heropfrissingsmomenten 'omgaan met agressie' en 'fysieke technieken'. Deze staan vermeld in de interne vormingscatalogus. In 2017 werd dit door al de zorgmedewerkers van de Sp-psychogeriatric gevolgd. Vanaf 2018 wordt deze vorming (2 blokken) jaarlijks verplicht en zal een extra vormingsmoment in Campus De Pelgrim gegeven worden rond de afzonderingsprocedure en het afzonderingsregister. **(AV)**
- In 2017 werden op campus De Pelgrim verplichte vormingsmomenten georganiseerd in het kader van de integratie van het klinische veiligheidsmanagementsysteem (agressie en suïcide preventieprotocol). **(AV)**
- Na agressie-incidenten worden debriefings met het team georganiseerd. Verder kunnen medewerkers na een ingrijpende gebeurtenis naast de hoofdverpleegkundige en de aanwezige collega's, terecht bij het zorgteam. **(AV)**

## Middelen

- In de onthaalbrochures voor de patiënten en familie van Psychiatrisch Centrum Sint-Franciscus De Pelgrim wordt aangegeven dat in uitzonderlijke situaties vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen getroffen worden. **(AV)**
- Het ziekenhuis beschikt over een patiëntenbrochure 'vrijheidsbeperkende maatregelen beperken tot een minimum' en een folder voor familie en/of betrokken derde(n). **(SP)**
- De infrastructuur van de afzonderingskamers van de afdeling AZ/PZ (enkel kamer 101), afdeling A&S, afdeling VZ (campus Sint Franciscus) en de afdeling Tilia (campus De Pelgrim) werden gecontroleerd en voldeden aan de criteria van het referentiekader voor de psychiatrische ziekenhuizen. **(AV)**
- Aanbeveling om de afzonderingskamer van campus De Pelgrim te verwijderen aangezien ze, sinds 2012, niet meer gebruikt wordt. Alternatieven moeten dan wel voorzien worden (bv. prikkelarme ruimte,...). **(Aanb)**
- De afzonderingskamers op de afdeling AZ/PZ hebben beiden twee toegangsdeuren. De gang naar deze afzonderingskamers is toegankelijk via de afdeling AZ, de afdeling PZ en via een extra toegangsdeur rechtstreeks van buiten. **(AV)**
- De toezichtkamer op de afdeling Sp-psychogeriatric is een oude afzonderingskamer die huiselijker ingericht werd met een mobiele kast, schilderijen op canvasdoeken aan de muur, een zetel, een paravent voor het toilet. De inrichting gebeurde in samenspraak met de patiënten en de canvas-schilderijen werden ook gemaakt door een patiënt. **(AV)**
- In de afzonderingskamers zijn volgende fixatiemiddelen voorhanden: polsbanden, enkelbanden en lendenband. **(AV)**  
Men beschikt niet over een wikkeldeken. **(Aanb)**



Voor patiënten in afzondering met risico op suïcide gebruikt men specifiek aangepaste (veilige) kledij.

- Op de Sp-psychogeriatric zijn volgende fixatiemiddelen ter beschikking: voorzettafels, lendengordel, enkel- en polsbanden, trappelzak, verpleegdeken in combinatie met onrusthekkens, ... **(AV)**  
Hoewel er de laatste jaren nooit gefixeerd werd op campus De Pelgrim is er nog fixatiemateriaal (voor vijfpuntfixatie) aanwezig. Aanbeveling om dit materiaal te verwijderen. **(Aanb)**
- Uit gesprek, de procedure en nazicht op de werkvloer blijkt dat fixatie in de zetel gebeurt door enkel een lendengordel te gebruiken (lendengordel zonder tussenstuk tussen de benen). **(TK)**
- Niet alle medewerkers beschikken over een draagbare telefoon met een alarmknop. Op deze manier is de veiligheid van medewerkers bij ernstige incidenten onvoldoende gegarandeerd. **(TK)**
- De toepassing van het agressiepreventieprotocol wordt ondersteund door een module in het elektronisch patiëntendossier (EPD) waarbij het risico, toezichtniveau en de daaraan gekoppelde observaties overzichtelijk zijn weergegeven. **(SP)**

## Processen

- Uit gesprek blijkt dat de toezichtkamer (afdeling Sp-psychogeriatric van de campus Sint-Franciscus) gebruikt wordt bij volgende indicaties: een patiënt die tot rust moet komen (bv. iemand die op een tweepersoonskamer ligt), een persoon met dementie en nachtelijke onrust, iemand met zware griep of hoge koorts, iemand met suïcidedreiging tot niveau 2. Per casus wordt bekeken hoe frequent observatie nodig is. **(AV)**
- De registratie van fixaties buiten de afzonderingskamer (op afdeling Psychogeriatric) en de notities van de observaties gebeuren in het EPD. Bij nazicht bleek dat de reden, start, stop, duur en handtekening van de arts en verpleegkundige telkens werd teruggevonden. **(AV)**  
Wat betreft het noteren van observaties in het dossier werden volgende risico's opgemerkt tijdens het nazicht van deze dossiers: **(TK)**
  - Hoewel een patiënt de ganse nacht werd gefixeerd in bed, werd er hierover maar één observatie teruggevonden in het dossier.
  - Uit gesprek blijkt dat er constant toezicht is op een gefixeerde patiënt in de zetel in de leefgroep: hier zijn geen observaties van terug te vinden in het dossier.
- Sinds eind december 2017 worden psycho-educatielessen (een basismodule i.v.m agressiepreventie en vrijheidsbeperkende maatregelen), gegeven door therapeuten of verpleegkundigen, voor patiënten geïntegreerd in het therapieprogramma van alle zorgprogramma's. **(AV)**
- Er werden 3 dossiers ingekeken van afgezonderde patiënten in de voorbije 6 maanden. Er werd gekeken naar de reden voor afzondering, de duur van de afzondering, de eventuele extra maatregelen en naar de notities over toezicht tijdens de afzondering.  
Volgende verbeterpunten werden opgemerkt: **(TK)**

- In één van de dossiers van een patiënt, met gedwongen statuut, werden “agitatie, onrust, gedesoriënteerd gedrag, realiteitsverlies en verwardheid” aangegeven als reden voor de afzondering. Afzonderingen mogen alleen gebeuren als er gevaar is voor de patiënt of gevaar voor anderen (bv. fysieke agressie, ernstig suïcidaal).
- In geen enkel ingekeken dossier kon een persoonlijk contact van een arts met de patiënt worden aangetoond.
- Het kamertoezicht en cameratoezicht is strikt genoteerd in de afzonderingsregistraties: telkens om de 30 minuten. **(AV)** Het is niet steeds uit de observaties af te leiden of bij het kamertoezicht de medewerker binnenging bij de patiënt of enkel visueel contact had door het raampje.
- De procedure stelt dat men, indien de patiënt slaapt, steeds met twee medewerkers dient binnen te gaan in de afzonderingskamer. Dat is tijdens de nacht niet altijd praktisch haalbaar. Het is niet duidelijk na te gaan met hoeveel medewerkers er binnengegaan wordt.

Er werd vastgesteld dat de registraties steeds minstens volgende gegevens bevatten: **(AV)**

- Identificatie patiënt
  - Datum
  - Beginuur
  - Einduur
  - Reden van afzondering
  - Naam of handtekening verantwoordelijke arts
  - Naam of handtekening verantwoordelijke verpleegkundige
- Het is duidelijk voor de medewerkers welke patiënten een verhoogd risico hebben. **(SP)**
    - De aanwezigheid van risicotaxaties i.v.m. agressie werden op de bezochte afdelingen nagegaan in meerdere patiëntendossiers. Deze taxaties (multidisciplinair ingevuld) waren duidelijk terug te vinden in de dossiers bij elke opname, waarbij ook de argumentering van de risicoscore telkens was terug te vinden.
    - Ook op de briefingrapporten en op het patiëntenoverzicht (bord) in de verpleegpost wordt de taxatie overzichtelijk aangebracht.
  - Bij verhoogd risico op agressie werd een individueel signaleringsplan aangetroffen in de dossiers. **(SP)** Bij verhoogd agressierisico is er nog geen gestandaardiseerd actieplan (bv. signaleringsplan via uitvallijst in het EPD) dat gelinkt is aan de score. **(Aanb)**
  - Na agressie-incidenten worden debriefings met de patiënt en met medepatiënten georganiseerd. **(AV)**

## Resultaten

- De terugkoppeling en bespreking (met opstellen van doelstellingen, acties) van de analyses van de registraties van afzonderingen van 2017 gebeurt tijdens het Hoofdenoverleg, tijdens de OG Agressiepreventie & Vrijheidsbeperkende Maatregelen en wordt uitgehangen op de kwaliteitsborden in de afdelingen. **(AV)**
- Sinds 2013 gebeurde er op de campus De Pelgrim geen afzondering meer. **(AV)**

- Het aantal afzonderingen voor het ziekenhuis bedroeg 88 in 2016. In 2017 waren dit er 83. **(AV)**
- De gemiddelde duur van een afzondering bedroeg 31,9u in 2016 en ongeveer 23u in 2017. **(AV)**  
Verdere informatie (contextfactoren, indicaties,...) ontbreekt om deze lange duur inhoudelijk te analyseren. **(Aanb)**
- Het aantal dagen per jaar dat de afzonderingskamer(s) in gebruik waren: **(AV)**
  - 2016: 262 dagen,
  - 2017: 193 dagen.
- De toepassing van medicamenteuze fixatie binnen afzondering werd in 2017 mee in kaart gebracht. Deze resultaten werden nog niet besproken. **(Aanb)**
- Men heeft zicht op het aantal mechanische fixaties tijdens afzondering: **(AV)**
  - 2016: 32 van de 88 afzonderingen gingen gepaard met mechanische fixatie
  - 2017: daling van 7% t.o.v. het vorige jaar
- Op de afdeling psychogeriatric wordt mechanische fixatie gebruikt los van een afzonderingsmaatregel. Men heeft geen zicht op het aantal mechanische fixatiemaatregelen bij deze doelgroep. **(TK)**  
Nochtans worden deze maatregelen in het EPD genoteerd, op een analoge manier als het aantal afzonderingen, en moet het technisch mogelijk zijn om via het dossier zicht te krijgen op de aantallen.
- In 2016 waren er 74 gedwongen opnamen. Hiervan werd 34% minimum 1 keer afgezonderd. In 2017 waren er 81 gedwongen opnamen en hiervan werd 47% minimum 1 keer afgezonderd. **(AV)**
- In 2016 waren er 72 agressiemeldingen, in 2017 waren dit er 46.  
Ernstige agressie-incidenten worden geanalyseerd aan de hand van de via PRISMA methode. **(AV)**

## 7.4 SUÏCIDEBELEID

### Beleid en strategie

- Het psychiatrisch centrum beschikt over een Ontwikkelgroep suïcidepreventie met als doel: het suïcidepreventiebeleid en de bijhorende procedures ontwikkelen en kritisch evalueren. Daarnaast is er een referentiegroep suïcidepreventie met als doel het uitdragen van het ontwikkeld suïcidepreventiebeleid, dit evalueren, knelpunten in kaart brengen en opzetten van verbeteracties. **(AV)**
- Er bestaan op ziekenhuisniveau verschillende documenten op het gebied van suïcidepreventie: **(AV)**
  - beleidsvisie suïcidepreventie
  - ziekenhuisbreed suïcidepreventieprotocol
  - elke afdeling kan specifieke (afgestemd op eigen doelgroep) protocollen ontwikkelen
  - handvaten en protocol 'omgaan met chronische suïcidaliteit'

Deze documenten bevatten o.a. de begripsverklaring, de doelstellingen, het suïcidaal proces, het te volgen stroomdiagram bij opname van een suïcidale patiënt, de te nemen beschermende maatregelen en de inschatting van het suïciderisico, voorbeeldvragen bij suïcidale toestand,...

Op deze teksten werd feedback gegeven door de suïcidepreventiemedewerker van het CGG Zuid-Oost-Vlaanderen.

- In het suïcidepreventieprotocol wordt veel belang gehecht aan het ontslagplan (geleidelijk aan, nodige nazorg, contactpersoon, sleutelpersoon, belang aandacht in ontslagbrief naar huisarts). Er is ook aandacht voor het suïciderisico bij ontslag tegen medisch advies. **(AV)**

## Middelen

- Het suïcidepreventiebeleid wordt ondersteund door een module in het elektronisch patiëntendossier (EPD) waarbij het risico, toezichtniveau en de daaraan gekoppelde observaties en standaardmaatregelen overzichtelijk zijn weergegeven. Bij een verhoogd suïcide risico 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 met de patiënt meegegeven. **(SP)**
- In het EPD is een link voorzien naar de 'multidisciplinaire richtlijn voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag' van het VLESP en de daaraan gekoppelde e-learningmodule is gelinkt aan het EPD. Door de preventie-adviseur (technische dienst) en de kwaliteitsmedewerker werd een veiligheidsplan van het ziekenhuis (op afdelingsniveau) opgemaakt aan de hand van de veiligheidscriteria van het VLESP. **(AV)**
- Op de afdeling AZ/PZ wordt op het moment van de audit een suïcideveilige kamer geïnstalleerd. Het plan is om in de toekomst alle 7 kamers van deze afdeling suïcideveilig te maken om zo afzonderingen te vermijden. **(AV)**
- Jaarlijks worden vormingssessies voorzien i.v.m. suïcidepreventie. Een deel gaat over de terminologie, de cijfers, het suïcidaal proces, de risico-inschatting en de signalen. Deel 2 handelt over het bespreekbaar maken en bevragen, aandacht voor nabestaanden, aanpak en beleid. Deze beide delen zijn verplicht vormingsmomenten voor nieuwe medewerkers. **(AV)**  
Aanbeveling om jaarlijks een korte verplichte opleiding te voorzien voor alle medewerkers. **(Aanb)**  
In 2017 werden op campus De Pelgrim verplichte vormingsmomenten georganiseerd in het kader van de integratie van het klinische veiligheidsmanagementsysteem (agressie en suïcide preventieprotocol) na de fusie. **(AV)**

## Processen

- Het suïcidepreventiebeleid werd op de bezochte afdelingen nagegaan in meerdere patiëntendossiers. Deze taxaties waren duidelijk terug te vinden in de dossiers, waarbij ook de argumentering van de risicoscore en de standaardmaatregelen telkens waren terug te vinden. Ook op de briefingrapporten en op het patiëntenoverzicht (bord) in de verpleegpost wordt de taxatie overzichtelijk aangebracht. **(SP)**

- Bij nazicht van 4 dossiers op de aanwezigheid van signaleringsplannen (bij patiënten met suïciderisico matig of hoog) bleken deze telkens aanwezig te zijn. **(AV)**  
Het was niet in al deze gevallen duidelijk of de patiënten zelf over hun signaleringsplan beschikten. **(Aanb)**
- Steekproefmetingen (per kwartaal) door de referentiepersonen i.v.m. taxaties (binnen 8u na opname, na kritieke momenten, binnen 7 dagen na ontslag) maken duidelijk dat er nog verbeterpotentieel is i.v.m. taxaties i.f.v. ontslag. De resultaten van de steekproeven worden tijdens de vergaderingen van de OG Suïcidepreventie besproken en verbeteracties (bv. elk taxatieniveau (ook niveau 0) is nu ook zichtbaar op het briefingsrapport, suïcidetaxatie is een vast item bij de voorbereiding van de teamvergadering) worden uitgevoerd. **(AV)**

## Resultaten

- In 2017 waren er 2 suïcidepogingen op campus Sint-Franciscus (afdeling A&S) die gemeld werden in het VMS. **(AV)**
- Sinds 2017 wordt gewerkt met de KEHR-methode om een suïcidepoging of suïcide te analyseren. **(AV)**
- Een systematische analyse door een multidisciplinair team met mensen die niet direct bij het incident betrokken waren kan verhelderend zijn en leiden tot verbeteracties. Ook een proactieve risicoanalyse zou op dit vlak nuttig kunnen zijn. **(Aanb)**

## 7.5 PATIENTENRECHTEN, OMBUDSFUNCTIE EN KLACHTENMANAGEMENT

- Het ziekenhuis werkt met een externe ombudspersoon, die in dienst is van het Overlegplatform GGZ (POPOV vzw). Zij werkt (0,1 VTE) sinds november 2015 voor het PC Sint-Franciscus De Pelgrim. **(AV)**
- De ombudspersoon voorziet wekelijks 3 uur permanentie op campus Sint-Franciscus en tweewekelijks 1 uur permanentie op campus De Pelgrim. Op campus Sint-Franciscus doet zij wekelijks een ronde langs de afdelingen. Op campus de Pelgrim doet ze geen ronde. **(AV)**  
De structurele werking van de ombudspersoon zou best over de campussen heen op dezelfde manier verlopen en de tijdsbesteding kan worden aangepast aan het aantal patiënten (bv. wekelijkse aanwezigheid op beide campussen, een ronde van de ombudspersoon op beide campussen,...). **(Aanb)**
- De ombudspersoon maakt een jaarverslag op met een geanoniseerd overzicht van het aantal klachten. Het voorwerp van de klachten en het eventuele resultaat en aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van bepaalde klachten worden hierin beschreven. In samenspraak met de directie werd er beslist in het jaarverslag een opsplitsing te maken tussen campus Sint-Franciscus en campus De Pelgrim. Dit verslag wordt jaarlijks gepresenteerd en overgemaakt aan de directie, de afdelings- en diensthoofden, de kwaliteitscoördinator en de pastorale dienst. **(AV)**  
Het verslag wordt niet rechtstreeks overgemaakt aan de hoofddarts en aan de medische raad. **(NC)**

- De externe ombudspersoon beschikt tijdens haar aanwezigheid steeds over dezelfde gespreksruimte. Op alle afdelingen hangen de affiches van de ombudsdienst zichtbaar uit. Op elke afdeling vinden we een brievenbus van de ombudspersoon, die zij wekelijks (campus Sint-Franciscus) of tweewekelijks (campus De Pelgrim) ledigt. De ombudspersoon is dagelijks telefonisch en per mail bereikbaar. **(AV)**
- Bewegwijzering naar het bureau van de ombudspersoon is op geen van de twee campussen aanwezig. De gegevens van de ombudspersoon zijn wel terug te vinden op de website van PC Sint-Franciscus De Pelgrim, maar ontbreken op de website van campus De Pelgrim. **(TK)**
- De communicatie tussen de ombudspersoon en het ziekenhuis verloopt gestructureerd. **(AV)**
  - Jaarlijkse presentatie jaarverslag
  - Halfjaarlijks wordt er met de ombudspersoon het beleidsplan overlopen.
  - Overleg tussen ombudspersoon en directie indien er klachten zijn die hen aanbelangen.
  - Resultaten van de patiëntentevredenheidvragenlijsten worden voorgelegd aan de ombudspersoon.
  - De ombudspersoon heeft toegang tot het intranet.
- Het informeren van patiënten over hun patiëntenrechten gebeurt via verschillende kanalen: **(AV)**
  - Bij opname krijgen mensen de ziekenhuisbrochure waarin één onderdeel over de rechten van de patiënt gaat.
  - De folder “Wet rechten van de patiënt” (uitgegeven door de federale overheid) is beschikbaar in het ziekenhuis.
  - Op de website van het ziekenhuis staat er een link naar de patiëntenrechten.
  - In 2017 organiseerde de ombudspersoon één keer een infomoment voor patiënten op campus Sint-Franciscus.  
We bevelen aan om deze infomomenten ook te organiseren op campus De Pelgrim. **(Aanb)**

Verstrekken van informatie aan medewerkers over de patiëntenrechten gebeurt niet systematisch door de ombudspersoon en is evenmin een onderdeel in het inscholingstraject voor nieuwe medewerkers. **(TK)**

- Het PC Sint-Franciscus De Pelgrim beschikt over procedures die betrekking hebben op de patiëntenrechten. Deze procedures zijn gekend op de werkvloer en zorgen voor een eenduidige manier van omgang met de patiëntenrechten. **(AV)**  
Het ziekenhuis beschikt niet over een procedure rond weigering van behandeling. **(TK)**  
In de procedure voor inzage en afschrift van het patiëntendossier vinden we twee aanvraagfases: een eerste met betrekking tot inzage van het dossier, een tweede indien men een afschrift wenst; dan moet er een tweede aanvraag gedaan worden. De ombudspersoon gaf aan weet te hebben dat in de praktijk één aanvraag voldoende zou zijn. Het strekt tot aanbevelen om de procedure aan te passen aan de realiteit. **(Aanb)**
- PC Sint-Franciscus De Pelgrim beschikt over een externe klachtenprocedure die gekend is op de werkvloer. **(AV)**

## 8 RESULTATEN

### 8.1 TOEGANKELIJKHEID

- Het ziekenhuis heeft geen duidelijk zicht op de wachttijden voor opname op de afdelingen, behalve voor de cluster verslavingszorg. Door de invoering van de nieuwe aanmeldingsprocedure in Regas kunnen die gegevens in het vervolg wel systematisch verzameld worden en kunnen desgevallend gepaste maatregelen getroffen worden. **(Aanb)**
- Indien zich betalingsproblemen voordoen wordt de sociale dienst van het ziekenhuis ingeschakeld, die volgende maatregelen kunnen voorstellen: **(AV)**
  - In orde brengen van/optimaliseren van de verzekeraarbaarheid bij het ziekenfonds
  - Contact nemen met familie
  - Contact nemen met OCMW
  - Bewindvoering inschakelen
  - Afbetalingsplan opstellen
- Alle artsen werken aan conventietarieven voor wat betreft hun activiteiten in het PC Sint-Franciscus De Pelgrim. **(AV)**

### 8.2 TEVREDENHEID PATIËNTEN EN MEDEWERKERS

#### Tevredenheid van patiënten

- Tot eind 2016 werd de tevredenheid van patiënten halfjaarlijks gemeten a.d.h.v. een instrument door het ziekenhuis zelf ontwikkeld. Tevens gebeurde een tevredenheidsmeting bij ontslag. Sinds 2017 wordt jaarlijks ziekenhuisbreed deelgenomen aan de Vlaamse Patiëntenpeiling (VIP<sup>2</sup>). Deze bevraging werd uitgebreid met extra vragen, die uit de vroegere tevredenheidsmetingen als werkpunten naar voor kwamen. **(AV)**
- Feedback over de resultaten en of er al dan niet progressie werd gemaakt gebeurt door de stafmedewerker kwaliteit met feedback naar de afdelingen. In de toekomst zou men deze bevraging graag halfjaarlijks kunnen organiseren en eventueel bij ontslag. **(AV)**
- Een aantal verbeteracties werden van hieruit opgestart (bv. het organiseren van familieavonden, infomomenten op de afdelingen door de ombudspersoon, het uitwerken van een nieuwe vorm van behandelplanning). **(AV)**
- Daarnaast kunnen tevredenheden of ontevredenheden ook geuit worden in de patiëntenraad op afdelingsniveau. De referentiegroep voeding komt drie maal per jaar samen en plaatst de opmerkingen van patiënten, die meegebracht worden door de referentiepersonen op afdelingsniveau, expliciet op de agenda om van hieruit mogelijke verbeteracties uit te werken. **(AV)**

## Tevredenheid van medewerkers

- In 2013 en 2015 werd een bevlogenheidsmeting afgenomen door een externe firma bij de medewerkers. Een nieuwe meting is gepland in 2019. **(AV)**
- Centraal werd op basis van de resultaten van de bevlogenheidsmeting 2015 een actieplan bevlogenheid uitgewerkt vanuit de ontwikkelgroep HRM. Dit actieplan werd over 2 jaar uitgerold. Een actie in 2017 was o.a. een werklastmeting en een bevraging rond interesse in diensten die de work-life balans kunnen ondersteunen. **(AV)**
- In de beleidsplannen van de afdelingen voor 2018 werd een actie rond de resultaten van de werklastmeting weerhouden. **(AV)**
- De resultaten van de bevlogenheidsmeting wordt via de stafmedewerker kwaliteit en HRM teruggekoppeld naar de afdelingshoofden, die deze info op hun beurt via de afdelingsvergaderingen terugkoppelt naar alle medewerkers van de afdeling. **(AV)**

## 8.3 PATIËNT-/FAMILIEGEORIËNTEERDE ZORG

- In het ziekenhuis vinden we allerlei initiatieven die betrekking hebben op het thema KOPP (kinderen van ouders met psychische problemen) en KOAP (kinderen van ouders met afhankelijkheidsproblemen), o.a. kindvriendelijke hoekjes in bezoekerslokalen, speeltuigen op het domein, specifieke KOPP en KOAP boxen,.... **(AV)**  
Op campus De Pelgrim zijn er 2 (specifiek opgeleide) medewerkers die ingeschakeld kunnen worden om samen met de patiënt een traject op te starten rond hoe om te gaan met hun kinderen rekening houdend met hun huidige situatie. Dit traject loopt simultaan met het reguliere behandeltraject. Kinderen en partner worden vaak betrokken in dit traject. **(SP)**
- Op alle afdelingen zijn er initiatieven om patiënten te betrekken bij het afdelingsbeleid via de patiëntenraden waar naast elementen zoals voeding ook de werking en organisatie van de afdeling besproken wordt of inbreng gevraagd wordt rond het therapieplan. **(SP)** De frequentie van de georganiseerde patiëntenraden verschilt per afdeling. **(AV)**
- Vanuit het herstelgerichte gedachtegoed, worden in de organisatie initiatieven genomen om patiëntgericht te werken: **(SP)**
  - In de beleidsplannen van het ziekenhuis en van de afdelingen vinden we geplande acties hieromtrent terug onder de operationele doelstelling: PC Sint-Franciscus De Pelgrim zet in op patient empowerment en geeft de patiënt actief inspraak in zijn of haar behandeling.
  - Elke patiënt krijgt een toewijsverpleegkundige bij opname. Deze toewijsverpleegkundige treedt in gesprek met de patiënt kort na de opname rond de doelstellingen en verwachtingen van de patiënt tijdens zijn opname. Deze informatie wordt meegenomen naar het eerste



multidisciplinair overleg waar het behandelplan voor de patiënt wordt opgesteld. Hiervan is telkens een weergave in de dossiers teruggevonden.

- Een doelstelling voor 2018 is de opstart van het werken met ervaringsdeskundigen op de verschillende afdelingen.
- Op elke afdeling werd in het beleidsplan een verbeteractie opgenomen n.a.v. de resultaten van de Vlaamse Patiëntenpeiling.
  
- De betrokkenheid van familie en naasten wordt binnen het ziekenhuis als belangrijk beschouwd. Familie en naasten worden (na akkoord van de patiënt) betrokken van bij het begin van de opname. In verschillende dossiers werd een neerslag teruggevonden van familiegesprekken. Tijdens het familiegesprek worden ook de verwachtingen van de familie afgetoetst als input voor de opmaak van het behandelplan. **(AV)**
  
- Op afdeling Angst en Stemming wordt twee maal per jaar familie-avonden georganiseerd. **(AV)**
  
- Op het moment van de audit loopt op de afdeling Angst en Stemming een project waarbij de ontslagplanning van een patiënt start 4 weken voor het feitelijke ontslag. Voor elke patiënt die met ontslag gaat wordt een 'hervalpreventieplan' opgemaakt. **(SP)**  
Dit herhalpreventieplan wordt ingevuld door de patiënt met behulp van de psycholoog en omvat:
  - Tekenen dat het minder gaat en valkuilen, wat kan ik doen om herhal tegen te gaan? Of om herhal zo kort en zo ondiep mogelijk te houden?
  - Info rond nazorg: werd dit besproken met psychiater, psycholoog, huisarts, andere? Wie is de contactpersoon? Is er een opvolgingsafspraken gepland of nodig?
  - Weekplanning
  - Crisiskaart: algemene informatie, triggers, voortekenen van een crisis, hoe ziet een crisis er bij mij uit? Wat zijn mijn valkuilen? Signaleringsplan, info rond medicatie (standaard medicatie, noodmedicatie), contactinfo hulpverleners en een schematische voorstelling van de crisisgolf en de verschillende fases hierin.
  
- Op het moment van ontslag gebeurt bij elke patiënt een suiciderisicotaxatie. **(AV)**
  
- Indien nodig wordt voor ontslag een multidisciplinair overleg georganiseerd met de huisarts en/of de thuiszorg. **(AV)**