

INHOUD

1	Inleiding	3
1.1	Toepassingsgebieden en definities.....	3
1.2	Auditproces.....	4
1.3	Samenstelling van het auditteam	5
1.4	Auditplan	5
2	Situering van de voorziening	7
2.1	Organogram.....	7
2.2	Arts - diensthoofd per dienst.....	7
2.3	Gemachtigde artsen voor toezicht op gedwongen opname	8
2.4	Erkenningssituatie	8
2.5	Organisatie van zorg	8
2.6	Historische en geografische situering.....	10
3	Leiderschap	11
3.1	Beleidsorganen	11
3.2	Organisatiestructuur.....	15
4	Beleid en strategie.....	16
4.1	Beleid	16
4.2	Lerende omgeving	20
5	Middelen	22
5.1	Infrastructuur.....	22
5.2	Patiëntendossier	23
6	Medewerkers	25
6.1	Personeelsbeleid.....	25
6.2	Vorming, training en opleiding (VTO)	28
6.3	Vrijwilligers/ervaringsdeskundigen	29
6.4	Bestaffing.....	29
7	Processen	30
7.1	Procedurebeheer	30
7.2	Medicatie distributie	30
7.3	Vrijheidsbeperkende maatregelen	34
7.4	Agressiebeleid.....	37
7.5	Suicidebeleid.....	39
7.6	Patiëntenrechten, ombudsfunctie en klachtenmanagement.....	39
8	Resultaten	42
8.1	Toegankelijkheid.....	42
8.2	Tevredenheid patiënten en medewerkers	43
8.3	Patiënt-/familiegeoriënteerde zorg.....	44
8.4	Continuïteit van zorg	46

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

Facultatief bieden we de mogelijkheid tot een slotbespreking waar de opmerkingen die doorgegeven werden in de reactienota, kunnen toegelicht worden. Deze vindt plaats op 26/9/2017 om 10u in lokaal 0.24 van het Ellipsgebouw te Brussel.

1.1 TOEPASSINGSGEBIEDEN 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 (erkenningennormen, 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, kwaliteit, vrijheidsbepalende maatregelen, agressie- en suïcidebeleid, patiëntenrechten en ombudsfunctie, apotheek, PZ-afdelingen.

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 24 uren interview en rondgang georganiseerd. Tijdens de interviews waren er gesprekken met 4 directieleden, 3 stafleden, 3 artsen, 13 verpleegkundigen waarvan 6 hoofdverpleegkundigen, 1 apotheker, 3 psychologen, 4 ergotherapeuten, 2 maatschappelijk werkers, 2 ombudspersonen.

Volgende afdelingen werden tijdens de audit bezocht:

- Cura
- De Waag
- De Kade
- De Vliet
- De Wierde
- De Horizon
- De Pendel

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

Anja Claeys	Hoofdauditor
Veerle Meeus	Auditor
Chantal Masselus	Auditor

1.4 AUDITPLAN

Maandag 3 juli 2017			
	Anja Claeys	Veerle Meeus	Chantal Masselus
9 – 10u	toelichting bij het auditproces door de auditoren en korte voorstelling van en door het ziekenhuis		
10 – 11u	Afdelingsbezoek (dossier)	Medicatiebeleid	Afdelingsbezoek
11 – 12u	Medisch beleid	Afdelingsbezoeken i.f.v. medicatiebeleid	
12 – 13u	middagmaal + overleg auditoren (auditoren alleen)		
13 – 15u	Afdelingsbezoeken i.f.v. therapeutische benadering	Personeelsbeleid	Kwaliteitsbeleid + resultaten van klanten en medewerkers

Donderdag 6 juli 2017

	Anja Claeys	Veerle Meeus	Chantal Masselus
9 – 11u	Therapeutisch beleid	Ombudsfunctie en patiëntenrechten	Afdelingsbezoek i.f.v. vrijheidsbeperkende maatregelen, suïcidebeleid en agressiebeleid
11 – 13u	Algemeen beleid	Afdelingsbezoek	Vrijheidsbeperkende maatregelen, suïcidebeleid, agressiebeleid
13 – 14u30	middagmaal + overleg auditoren (auditoren alleen)		
14u30 – 15u	afroendend gesprek		

2 SITUERING VAN DE VOORZIENING

2.1 ORGANOGRAM

Algemeen directeur	Serge Deboever
Directie patiëntenzorg	Patricia Houthoofd
Administratief en logistiek directeur	Nico Stichelbout
Hoofddarts	Dr. Luc Renier
Voorzitter medische raad	Dr. Wim De Troyer

2.2 ARTS - DIENSTHOOFD PER DIENST

Het PC Menen werkt niet met diensthoofden volgens kenletter, maar met afdelingsbeleidsartsen.

Het zorgaanbod is georganiseerd in zorgdivisies waarbinnen verschillende artsen werkzaam zijn. Eén van deze artsen maakt deel uit van het afdelingsbeleidstrio.

Zorgdivisie	afdelingsbeleidsarts	Artsen werkzaam op de zorgdivisie
Cura	Dr. Luc Renier	Dr. Luc Renier Dr. Wim De Troyer Dr. Luc Grouwels
De Waag	Dr. Luc Renier	Dr. Luc Renier Dr. Dimitri Beke Dr. Debruyne
De Kade	Dr. Dimitri Beke	Dr. Dimitri Beke Dr. Hannes Debruyne
De Vliet	Dr. Luc Grouwels	Dr. Wim De Troyer Dr. Luc Grouwels
De Wierde	Dr. Luc Grouwels	Dr. Luc Grouwels Dr. Wim De Troyer
De Horizon	Dr. Hannes Debruyne	Dr. Hannes Debruyne Dr. Dimitri Beke
De Pendel	Dr. Wim De Troyer	Dr. Luc Renier Dr. Wim De Troyer Dr. Dimitri Beke Dr. Hannes Debruyne Dr. Luc Grouwels

2.3 GEMACHTIGDE ARTSEN VOOR TOEZICHT OP GEDWONGEN OPNAME

Dr. Luc Renier, Dr. Wim De Troyer, Dr. Dimitri Beke, Dr. Hannes Debruyne, Dr. Luc Grouwels

2.4 ERKENNINGSSITUATIE

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

A	a(d)	a(n)	T	t(d)	t(n)	Tg	totaal
30	4	1	90	75	3	30	233

+ functie ziekenhuisapotheek.

- In het kader van het plaatselijke project “Artikel 107” (Netwerk GGZ regio Zuid-West-Vlaanderen) zijn 10 T- + 30 t-dag-bedden gedeactiveerd. (inbegrepen in bovenstaande cijfers)
- Bovenop de erkende bedden baat het ziekenhuis ook een aantal bedden uit met federale projectfinanciering. In 2016 werd een dubbeldiagnosebed en een crisisbed voor low-risk geïnterneerden opgestart in het kader van het masterplan internering.

T	A	totaal
1	1	2

- Recent kreeg het ziekenhuis de goedkeuring voor een upgrade van 10 T-bedden naar intensieve behandelbedden voor geïnterneerden met NAH-problematiek.

2.5 ORGANISATIE VAN ZORG

- In 2015 gebeurde er een reorganisatie in het zorgaanbod van het ziekenhuis: **(AV)**
 - een kleinschalige, veilige en gesloten crisisunit (Cura) werd opgericht.
 - intensifiëring van de zorgprogramma's op de behandel eenheden.
- De zorg is georganiseerd in 7 residentiële zorgdivisies en 1 zorgdivisie voor ambulante en transmurale zorg (hieronder vallen de ambulante mobiele teams Impact en Amphora, het dagactiviteitencentrum Contact en het arbeidscentrum Travo). **(AV)**
- Zorgdivisies: **(AV)**

Elke zorgdivisie is gericht op specifieke doelgroepen met specifieke noden. Op elk van deze zorgdivisies worden specifieke zorgprogramma's/therapieprogramma's aangeboden per doelgroep.

Zorgdivisie	Problematiek
Cura	Crisisopname + gedwongen opname (GO)
De Waag	Stemmingsstoornissen en psychose
De Kade	Verslavingsproblematiek en persoonlijkheidsstoornissen
De Vliet	Psychosezorg
De Wierde	NAH (Niet Aangeboren Hersenafwijkingen) en CaPP (Chronische/blijvende acute psychiatrische problematiek)
De Horizon	Ouderenpsychiatrie
Pendel	Dagkliniek

- De residentiële zorgdivisies worden telkens aangestuurd door een beleidstrio: **(AV)**
 - Coördinerend psychiater.
 - Inhoudelijk coördinator (IC): verantwoordelijk voor de inhoudelijke uitwerking van de zorgdivisie. Dit is steeds een deelfunctie, gecombineerd met een andere functie (paramedici of maatschappelijk werkers).
 - Organisatorisch coördinator (OC)/hoofdverpleegkundige: verantwoordelijk voor de praktische organisatie van het multidisciplinaire team.

- Het zorgaanbod wordt aangeboden vanuit **(AV)**
 - Residentiële zorgdivisies:
 - Volledige opname
 - Dagopname: gedeeltelijk of volledig therapieprogramma op een residentiële afdeling
 - Nachtopname
 - Dagkliniek
 - Acute en chronische ambulante therapie
 - Poliklinische therapie: hier kan men niet enkel terecht voor consultaties, maar ook voor een uitgebreide waaier aan therapieën en diensten o.a. : kinesithérapie, ergotherapie, psychotherapie, lichttherapie, psycho-educatie voor patiënten en familie, sociale dienst... **(SP)**

- Het opnamebeleid is uitgeschreven in een procedure. Elke opname binnen het ziekenhuis verloopt via de opnamecoördinator. **(AV)**

2.6 HISTORISCHE EN GEOGRAFISCHE SITUERING

Historische situering

- Het ziekenhuis ontstond in 1690. Aanvankelijk wijdden de oprichters, de zusters Benedictinessen, zich volledig aan het geven van onderwijs. In 1712 werden de eerste geesteszieken opgenomen en verzorgd. In 1964 kreeg de instelling een erkenning als ziekenhuisdienst. Geleidelijk aan werden de zusters vervangen door leken.
- In 1975 werd de vzw “psychiatrisch centrum O.L. Vrouw van Vrede” opgericht die de uitbating van het ziekenhuis op zich nam. In 1981 werd gestart met de bouw van een nieuw ziekenhuis in de kloostertuin.
- Bij de opstart van het woon- en zorgcentrum “Huize Ter Walle” in 1990 wijzigde de naam van de vzw in “christelijke integrale gezondheids- en bejaardenzorg” (C.i.g.b.).
- In 2013 werden, in het kader van art. 107, een aantal bedden afgebouwd en werden twee mobiele thuiszorgteams opgericht die vooral werkzaam zijn in de regio Menen/Wervik/Wevelgem.

Geografische situering

- Menen ligt in de grensstreek met Frankrijk tussen Kortrijk en Ieper.
- Zowel in Kortrijk als in Ieper is er een psychiatrisch ziekenhuis en een PAAZ.
- In Kortrijk, Ieper en Menen zijn er initiatieven beschut wonen.
- Er is een PVT in Ieper en in Rumbeke (samenwerking tussen H. Familie Kortrijk, PC Menen en Kliniek Sint-Jozef Pittem)
- CGG Mandel en Leie heeft een deelwerking in Menen.

3 LEIDERSCHAP

3.1 BELEIDSORGANEN

Bestuur van het ziekenhuis en overleg bestuur-directie/artsen

- Het PC Menen is een ziekenhuis met een autonome Raad van Bestuur en directie.
De **Raad van Bestuur** (RvB) komt maandelijks samen en verenigt expertise op diverse terreinen. **(AV)**
Met slechts 3 vrouwelijke leden op een totaal van 11 beantwoordt de samenstelling van de RvB niet aan wat anno 2017 verwacht wordt op het vlak van geslachtelijk evenwicht. **(Aanb)**
Uit de verslagen van de RvB blijkt dat er naast de opvolging van de financiële elementen ook aandacht is voor de organisatie en de continuïteit en de kwaliteit van zorg. De betrokkenheid van de RvB met het zorgbeleid blijkt uit het feit dat de missie en visie van het ziekenhuis in samenspraak met de RvB werd opgesteld. **(AV)**
- Alle directieleden nemen deel aan de vergaderingen van de RvB. Daarnaast is er maandelijks een apart overleg tussen de algemeen directeur en de voorzitter RvB, het **Bureau raad van bestuur**, ter voorbereiding van de vergadering van de Raad van Bestuur. **(AV)**
- Overleg tussen artsen en RvB betreffende de financiële stromen binnen het ziekenhuis vindt minstens 1x/jaar plaats via het **Permanent Overlegcomité** (POC). Ook de algemeen directeur maakt deel uit van dit POC. Bij navraag blijkt dit op vraag van de andere partijen te zijn: dit lijkt bijgevolg, in de huidige setting, geen probleem op te leveren in het kader van de transparantie. **(AV)**
- Het **ethisch comité** (Commissie Ethiek) wordt overkoepelend georganiseerd met PZ H. Familie Kortrijk; hierbij worden 2 artsen, waaronder de hoofdarts, een verpleegkundige en een jurist afgevaardigd vanuit PC Menen. Lokaal binnen het PC Menen bestaat er ook nog een werkgroep ethiek (lokaal ethisch comité). **(AV)**

Ziekenhuisniveau: organisatorisch en zorginhoudelijk overleg

- Het **directiecomité** bestaat uit de algemeen directeur, de hoofdarts, de directeur patiëntenzorg en de directeur administratie en logistieke diensten en vergadert 2x/maand. **(AV)**
- De **medische raad** is samengesteld uit alle ziekenhuisartsen en vergadert maandelijks. De huisartsen verbonden aan het ziekenhuis en de apotheker nemen deel aan de medische raad als niet-stemgerechtigde leden. **(AV)**.
De verslagen van de medische raad voldoen niet aan de voorwaarden van een bruikbaar vergaderverslag: **(TK)**
 - Geen lijst van aanwezigen
 - Geen overzicht van de te bespreken agendapunten
 - Uiterst beknopte verslaggeving, waardoor zeer beperkt tot niet bruikbaar voor verdere opvolging van bepaalde besproken onderwerpen en besluitvorming.

- De directie overlegt een 5 tal keer per jaar met de voltallige medische staf (**overleg psychiaters-directie**) o.a. met het oog op het adviseren van het beleid m.b.t. organisatorische thema's en om ideeën te bespreken en te toetsen. **(AV)**
- De vergadering van stafpersoneel (strategische stafmedewerkers middenkader+ ad hoc operationele stafmedewerkers) en directieleden (= **overleg stafopdrachten/DCST**) vindt maandelijks plaats ter opvolging van lopende projecten en het coördineren van het kwaliteitsbeleid. Dit overleg werkt beleidsadviserend t.a.v. het directiecomité. **(AV)**
- De **commissie patiëntenzorg** (5/jaar) is een zorgdivisieoverschrijdend overleg waar de voltallige directie, de beleidstrio's van de zorgdivisies, de stafmedewerkers patiëntenzorg en kwaliteit, de vakverantwoordelijken van de therapeutische disciplines, de vakverantwoordelijke van de verpleging en de coördinator van de sociale dienst aanwezig zijn. Hier worden de organisatie van het zorgaanbod en divisie-overschrijdende materies besproken. **(AV)**
- De **stuurgroep therapeutisch beleid** (4/jaar) is verantwoordelijk om het therapeutisch beleid op ziekenhuisniveau te ontwerpen, te implementeren en te evalueren. Hierin zetelen de directie patiëntenzorg, de hoofdarts, de stafmedewerker kwaliteit, een hoofdverpleegkundige en een vertegenwoordiger van elke therapeutische discipline. **(AV)**
- **Beleidsdivisieoverleg** per zorgdivisie (overleg tussen beleidsverantwoordelijken op de zorgdivisie en de directie patiëntenzorg) vindt 3 à 4 x/jaar plaats. Hier wordt het beleidsplan van de zorgdivisie opgesteld en opgevolgd en wordt de concrete uitbouw van het dagelijks divisiebeleid bepaald. **(AV)**
- Naast bovengenoemde vergaderingen zijn er nog tal van andere overlegstructuren en werkgroepen (WG) actief binnen het ziekenhuis: **(AV)**
 - Briefing patiëntenzorg (3/maand).
 - Overleg organisatorisch coördinatoren/stafmedewerker zorg en kwaliteit (2/maand).
 - Overleg vakverantwoordelijken – IC – stafmedewerkers patiëntenzorg en kwaliteit (5/jaar).
 - Overleg OC/IC op zorgdivisieniveau (wekelijks).
 - Organisatorisch overleg op zorgdivisieniveau (wekelijks).
 - Overleg verpleging op zorgdivisieniveau (dagdienst: maandelijks per zorgdivisie, nachtdienst: 3/ jaar per zorgdivisie).
 - Patiëntenbespreking op zorgdivisieniveau (wekelijks).
 - Overleg zinzorg en pastoraal (maandelijks).
 - Overleg veiligheid (maandelijks).
 - Overleg afdelingssecretariaat en receptie (4x/jaar).
 - Overleg medisch secretariaat (4x/jaar).
 - Overleg overige administratieve functies (4x/jaar).
 - Overleg technisch onderhoud (4x/jaar).
 - Overleg huishoudelijk onderhoud (per zelfsturend team) (maandelijks).
 - Overleg keuken (6x/jaar).

- Overleg leidinggevenden logistieke- en administratieve diensten (wekelijks).
- Overleg maatschappelijk werkers (maandelijks).
- Overleg ergotherapeuten (maandelijks).
- Overleg psychologen (maandelijks).
- Overleg bewegingstherapeuten (maandelijks).
- Overleg logistiek assistenten (3x/jaar).
- Overleg nachtverpleegkundigen (2x/jaar).
- Overleg team Impact (tweewekelijks + dagelijkse briefing).
- Overleg team Amphora (wekelijks + 2x/week briefing).
- Overleg ContAct (doktersoverleg met elke arts om de 3 maand, teamoverleg 1x/maand).
- Overleg waarnemende hoofden van dienst.
- Overleg economaat.
- Overleg energieconsulenten.
- Stuurgroep zinzorg en pastoraal (4x/jaar).
- Gemeenschappelijk werkoverleg zorg (GWO) (5x/jaar).
- Stuurgroep verpleegkundige kwaliteit (4x/jaar).
- Commissie voeding.
- Commissie logistiek.
- Commissie welzijn en veiligheid (maandelijks).
- Comité ziekenhuishygiëne (6x/jaar).
- Medisch farmaceutisch comité (2x/jaar).
- Commissie medisch materiaal (2x/jaar).
- WG HACCP.
- WG Obasi.
- WG OMA.
- WG medicatiebeheer.
- WG rugklachtenpreventie (RKP).
- WG burn-out.
- WG comfortzorg
- WG methodisch werken binnen herstelgerichte visie.
- WG cyberclub.
- WG motivationeel interviewen.
- WG netheid, veiligheid en afvalsortering.
- De Ssst werkgroep.
- WG kwaliteitscirkel studenten.
- WG pijnpunten.
- WG 'uit de bol'.
- WG verslaving.

- WG zorgvernieuwing.
- WG quickscan en tracing.
- Overleggroepen zorginterventies:
 - Gedwongen opname.
 - Suïcidepreventie.
 - Stemmingsstoornissen.
 - Psychose.

- Niet alle overlegorganen (o.a. miniteams, overleg OC/IC, celwerking, overleg zorginterventies, stuurgroep IKZ) zijn opgenomen in het overzicht. Bijgevolg bestaat er niet voor alle overlegstructuren een omschrijving van de samenstelling, de doelstellingen, de vergaderfrequentie, het voorzitterschap, enz...

Daarnaast is de benaming van de verschillende overlegorganen niet eenduidig en uniform binnen het PC (bv. stuurgroep therapeutisch beleid=therapeutisch beleidsteam, celwerking=overleg zorginterventies, commissie IKZ=stuurgroep IKZ) en is de vermelde samenstelling van de overlegorganen niet steeds correct (bv. in organisatorisch overleg zorgdivisie zetelt geen arts, zoals verkeerdelijk vermeld in het overlegoverzicht).

We bevelen aan om alle overlegfora met hun functiebeschrijving en de juiste samenstelling op te nemen in het overzicht, en ondertussen ook kritisch na te gaan of eventueel efficiëntiewinsten kunnen gemaakt worden in de interne vergaderstructuur en -tijd, ten gunste van het directe contact tussen zorgverlener en patiënten. **(Aanb)**

- De verslaggeving gebeurt niet uniform: o. a.
 - niet steeds een overzicht van de aanwezigen/afwezigen
 - niet steeds een vermelding van de agendapunten
 - vaak niet duidelijk welke punten verder dienen opgevolgd te worden
 - de opmaak van een verslag verschilt zeer sterk tussen de verschillende overlegorganen binnen het ziekenhuis.

In het kader van een vlotte, efficiënte en volledige informatieoverdracht tussen de verschillende actoren in het ziekenhuis, is het van belang om de kwaliteit van verslaggeving te uniformiseren (bv. via basissjablonen). **(Aanb)**

- De directie en de stafleden hebben in het algemeen een duidelijk zicht op wat er leeft op afdelingsniveau, door de hoge participatiegraad van staf en directie aan de verschillende overlegfora op de verschillende niveaus, en door de vele informele contacten die er binnen de organisatie zijn. De medewerkers hebben een inbreng in het ziekenhuisbrede beleid en krijgen op regelmatige tijdstippen feedback o.a. via de overlegorganen tussen directie en medewerkers, intranet, minischakeltje. **(SP)**

3.2 ORGANISATIESTRUCTUUR

- Recent moesten noodgedwongen een aantal personeelwissels doorgevoerd worden voor een aantal leidinggevende functies: **(AV)**

- De ZIS (Ziekenhuis Informatica Systeem)-manager is sinds eind juni met pensioen. De ZIS-dienst valt voortaan onder de bevoegdheid van de administratief en logistiek directeur.
- De apotheker gaat eind juli met pensioen. Op 19/6/17 werd een samenwerkingsovereenkomst afgesloten met AZ Delta Roeselare, dat de apotheekfunctie zal overnemen.
- De kwaliteitscoördinator/interne ombudspersoon nam ontslag eind 2016 en is sinds begin maart vervangen door 2 stafmedewerkers kwaliteit, waarvan 1 ook de interne ombudsfunctie op zich zal nemen.

Deze wijzigingen werden nog niet aangepast in het organigram van de organisatie. Daarnaast is ook de externe ombudsfunctie niet terug te vinden in het organogram. **(NC)**

- Uit het organogram blijkt dat: **(AV)**

- De algemene directie verantwoordelijk is voor de dagelijkse werking van het ziekenhuis en leiding geeft aan de departementele directie en het strategisch middenkader.
- De hoofdarts bevoegd is voor de algemene organisatie en coördinatie van de medische activiteit in het ziekenhuis, in samenwerking met de medische staf.
- De departementele directie bestaat uit:
 - Directie patiëntenzorg: heeft leiding over de zorgdivisies en de centraal georganiseerde zorggerelateerde diensten en functies.
 - Directie administratieve en logistieke functies: heeft leiding over de centraal georganiseerde administratieve en logistieke functies.
- Het middenkader omvat:
 - De strategische stafmedewerkers: belast met adviserende onderzoeksopdrachten en uitvoering van beleidsbeslissingen binnen diverse beleidsdomeinen (o.a. kwaliteit, juridische aspecten, HRM).
 - De operationele stafmedewerkers of –functies: deze kunnen zowel permanent als tijdelijk zijn (bv. applicatiebeheer medicatie, patiëntdossier, ethiek).

4 BELEID EN STRATEGIE

4.1 BELEID

Algemeen en kwaliteitsbeleid

- Als managementmodel wordt sinds enkele jaren gewerkt met Kwadrant en Balanced Score Card. Dit toont op schematische wijze aan waarop het ziekenhuis zijn strategisch beleid focust. **(AV)**
- Er werden interne opleidingen georganiseerd rond het gebruikte management- en kwaliteitsmodel. Deze werden door alle leidinggevende, behalve de artsen, gevolgd. **(AV)**
- In 2015 werden de missie en visie van het ziekenhuis grondig herwerkt. Elke zorgdivisie werkte een eigen, specifieke visietekst uit, gebaseerd op en gelinkt aan de ziekenhuisbrede visietekst. **(AV)**
- Mede aan de hand van de hernieuwde missie/visie werd een nieuw ziekenhuisbeleidsplan voor de periode 2015-2018 opgemaakt. Jaarlijks wordt hieraan een jaaractieplan gekoppeld. Hierin worden de strategische en operationele doelstellingen bepaald en dit resulteert in jaaractieplannen per dienst/zorgdivisie/functie binnen het ziekenhuis. **(AV)**
- Het zorgdivisiebeleidsplan wordt opgemaakt door het beleidstrio van de zorgdivisie in samenspraak met de directeur patiëntenzorg. **(AV)**
- Elke zorgdivisie maakt jaarlijks een eigen uitgebreide SWOT-analyse op basis van de inbreng van alle teamleden van de zorgdivisie. Hieruit wordt, gebaseerd op het ziekenhuisbeleidsplan, een gedetailleerd en gemotiveerd zorgdivisiebeleidsplan opgemaakt met daaraan gekoppeld een SMART geformuleerd jaaractieplan met zorgdivisiespecifieke onderwerpen. **(SP)**
- Iedere verantwoordelijke voor een actieplan kan dit consulteren via het Access-programma “actieplannen”. Dit wordt beheerd door de algemeen directeur en per afdeling is er een teammap waarin alle actieplannen van de afdeling opgenomen zijn. **(AV)**
- Het beleidsplan wordt van nabij opgevolgd en bijgestuurd. (3 à 4x/jaar overleg tijdens het BDO). Ook de algemeen directeur volgt deze actieplannen nauwgezet op (2/jaar opvolggesprekken met het beleidstrio). Het niet behalen van de vooropgestelde doelen binnen de vooropgestelde termijnen moet steeds gemotiveerd kunnen worden.
Het geheel maakt dat elke zorgdivisie een eigen koers kan varen die afgestemd blijft op het uitgestippelde ziekenhuisbrede beleid **(SP)**
- Het kwaliteitsbeleid is structureel verankerd in het algemeen beleid van het ziekenhuis. Hierbij wordt het EFQM-model gehanteerd en het beleid wordt uitgevoerd via projecten. Deze worden geëvalueerd alsook het resultaat ervan. Indien na evaluatie blijkt dat de gestelde doelen niet gerealiseerd werden, worden er verbeteracties opgezet. **(AV)**

- De vorige kwaliteitscoördinator werd in maart vervangen door 2 nieuwe kwaliteitscoördinatoren. De opdracht van deze kwaliteitscoördinatoren, zoals omschreven in het kwaliteitshandboek, klopt niet met de huidige situatie. Aangezien de nieuwe kwaliteitscoördinatoren momenteel nog worden ingewerkt ligt de verantwoordelijkheid en bevoegdheid om een geïntegreerd kwaliteitssysteem te concipiëren, implementeren en evalueren op het moment van de audit nog niet bij hen, dit is momenteel voornamelijk de taak van de algemeen directeur. **(AV)**
- De stuurgroep integrale kwaliteitszorg maakt deel uit van het overleg DC/Staf. Deze stuurgroep coördineert de werkzaamheden met betrekking tot kwaliteit en patiëntveiligheid en bewaakt de kwaliteitsmethodieken. In het voorjaar worden telkens de acties en resultaten van vorig werkjaar gerapporteerd en in november worden de stand van zaken en de planning voor het volgende werkjaar overlopen. **(AV)**
- Er is een kwaliteitshandboek beschikbaar waarin talrijke verbeteracties beschreven staan. **(AV)**
- De processen, structuren en resultaten van het ziekenhuis worden opgevolgd via zelfevaluatie. De resultaten van deze zelfevaluaties worden gecommuniceerd aan de medewerkers via vergadermomenten en via het dashboard, een zelf ontworpen accessoverzicht voor opvolging van de lopende processen op de afdelingen en ziekenhuisbreed. **(AV)**
- Het PC neemt deel aan het indicatorenproject VIP²-GGZ en daarnaast heeft het ziekenhuis een reeks eigen indicatoren. Deze indicatoren worden geanalyseerd en voorgesteld in grafieken. **(AV)**
- De artsen zijn sterk betrokken bij het kwaliteitsbeleid op afdelingsniveau. **(AV)** Op ziekenhuisniveau zijn ze enkel betrokken via de vertegenwoordiging van de hoofdarts in het overleg stafopdrachten (DCST). Rechtstreekse betrokkenheid van de artsen in het ziekenhuisbrede kwaliteitsbeleid is eerder gering: **(TK)**
 - Geen enkele arts is betrokken bij één van de talrijke werkgroepen.
 - Geen enkele arts volgde de door het ziekenhuis aangeboden opleiding rond kwaliteitsbeleid.
 - De terugkoppeling van cijfergegevens en analyses betreffende kwaliteit van zorg gebeurt kort via de hoofdarts in de medische staf. Een uitgebreide en rechtstreekse terugkoppeling van cijfergegevens door de kwaliteitscoördinator aan alle artsen, met mogelijkheid tot kritische invraagstelling en analyse is nog nooit gebeurd.
 - Er gebeuren geen outcome-metingen.
 - Er werd in de laatste jaren niet deelgenomen aan wetenschappelijk werk door de artsen.

Dit lijkt ons zowel voor het ziekenhuis, waar het kwaliteitsbeleid sterk verankerd is doorheen de volledige organisatie, als voor de artsen een gemiste kans. Het lijkt ons aangewezen om na te gaan hoe het beleid de artsen meer kan betrekken in het ziekenhuisbrede kwaliteitsbeleid, mede gezien de expertise van de artsen hierin een meerwaarde zou kunnen betekenen. O.a. via:

- Werkgroepen rond medisch-therapeutische onderwerpen,
- Het betrekken van andere artsen, dan de hoofdarts, voor onderwerpen waarvoor deze artsen bijzondere interesse/expertise hebben,
- De stuurgroep therapeutisch beleid.

Medisch-therapeutisch beleid

- Overkoepelend worden de verschillende therapeutische en paramedische disciplines aangestuurd door de directie patiëntenzorg. Per discipline is er ook een vakverantwoordelijke die de dagelijkse werking aanstuurt en instaat voor de vertaling van de algemene visie naar de visie van de vakgroepen. **(AV)**
- Elke zorgdivisie tekent haar eigen doelgroepspecifiek therapeutisch beleid uit en heeft een uitgeschreven missie/visie van zorg. Dit beleid wordt uitgewerkt tijdens het beleidsdivisieoverleg en binnen het zorgteam (o.a. via werkgroepen, intervisies, organisatorisch overleg en op het werkoverleg van de verschillende vakgroepen). **(AV)**
- Het uitgetekende therapeutische zorgdivisie- en ziekenhuisbrede beleid dient steeds gebaseerd te zijn op bestaande richtlijnen (o.a. Trimbos-richtlijnen, NICE-guidelines, VLESP-richtlijnen rond suïcide) en/of wetenschappelijk onderzoek en literatuur. De directie volgt dit nauwgezet op tijdens het beleidsdivisieoverleg. **(AV)**
- Om ervoor te zorgen dat er een blijvende afstemming is tussen de verschillende disciplines binnen de zorgdivisie, op het vlak van therapeutisch beleid, worden er regelmatig (3 à 4x/jaar) teambeleidsdagen / teamintervisies georganiseerd. **(AV)**
- Daarnaast is er een stuurgroep therapeutisch beleid die toezicht en overzicht houdt op de ziekenhuisbrede therapeutische visie en verantwoordelijk is voor de uitwerking, implementatie, afstemming en evaluatie van het therapeutisch beleid op ziekenhuisniveau (o.a. ziekenhuisbrede thema's zoals suïcidebeleid, VBM-beleid, vroegsignaleringsplannen). **(AV)**
- Het therapeutisch beleidsteam koppelt op regelmatige tijdstippen terug aan het comité patiëntenzorg met een stand van zaken van de verschillende projecten ter toetsing en evaluatie. **(AV)** Op die manier creëert men van bij de start van nieuwe projecten een voldoende breed draagvlak, waardoor de implementatie op het werkerrein efficiënter en vlotter kan verlopen. **(SP)**
- Patiënten worden van nabij opgevolgd en op regelmatige basis besproken ter evaluatie van het medisch-therapeutisch beleid via: **(SP)**
 - Het miniteam: elke patiënt heeft naast een individueel begeleider (IBE) ook een co-therapeut (toegewezen therapeut) en een co-verpleegkundige die het centrale aanspreekpunt zijn voor de patiënt en instaan voor de individuele begeleiding en samen met de patiënt de teambespreking voorbereiden. Dit miniteam is ook verantwoordelijk voor de feedback vanuit het team naar de patiënt.
 - Elke therapeutische discipline en de sociale dienst bevragen in de eerste of tweede week van opname, de hulpvraag van de patiënt vanuit zijn eigen, specifiek therapeutisch oogpunt. Op die manier krijgt men een zeer duidelijk en breed zicht op de hulpvraag van de patiënt en kan een zo realistisch mogelijk behandelplan, met haalbare doelstellingen, opgemaakt worden. Men tracht ook zo veel mogelijk de hulpvragen van de familie te bevragen (in de eerste plaats via de sociale dienst). Deze hulpvraaggesprekken worden op regelmatige basis herhaald tijdens de opname. Hiervoor werd een ziekenhuisbreed protocol opgemaakt.
 - Patiëntenbespreking op zorgdivisieniveau: wekelijkse multidisciplinaire (behandelend arts met voltallige team) teamvergadering waar patiënten worden besproken. Elke patiënt wordt wekelijks kort besproken

via “aandachtspunten” en daarnaast worden een aantal patiënten, volgens een vast, van bij opname bepaald, tijdsschema uitgebreid besproken.

Tijdens dit uitgebreid overleg worden de hulpvragen van de patiënt en de familie besproken, worden behandelplannen en doelstellingen opgesteld en bijgesteld in samenspraak met de patiënt (inbreng via miniteam of op verschillende afdelingen door persoonlijke deelname).

Ook het ontslagbeleid komt hier van bij het begin van opname aan bod.

- Op De Pendel nemen de patiënten zelf deel aan de teambespreking. Na deze bespreking moeten ze een evaluatie/beoordeling maken van het gesprek in hun werkboek.

- Elke patiënt heeft een individueel behandelplan/therapieschema. **(AV)**

Dit wordt in samenspraak met de patiënt en zoveel mogelijk op maat van de patiënt samengesteld: o.a. op de Vliet is er 8-wekelijks een therapiebeurs waar de patiënt kan proeven van de verschillende therapieën, op basis waarvan hij dan een keuze kan maken en samen met de zorgprogrammacoördinator zijn therapieschema kan opmaken. **(SP)**

- Er zijn duidelijke richtlijnen vanuit de directie rond verlofregeling, zodat steeds een minimum aan therapieaanbod kan gegarandeerd worden per zorgdivisie. **(AV)**

- Alle artsen en een meerderheid van de psychologen volgden een langdurige (psycho)therapeutische opleiding, in diverse theoretische oriëntaties. **(AV)**

- Er is geen apart medisch beleidsplan. Dit zit verweven in de zorgdivisiebeleidsplannen. **(AV)**

- Artsen hebben een inbreng in het medisch, therapeutisch en algemeen beleid via een aantal overlegstructuren waar één of meerdere artsen deel van uitmaken: **(AV)**

- Het directiecomité, waarin de hoofddarts zetelt.
- Permanent overlegcomité (POC), waarin twee vertegenwoordigers van de medische raad zetelen.
- Overleg psychiaters directie (5/jaar).
- Medische raad (maandelijks), waarin alle artsen zetelen; hierop worden ook de apotheker en de huisartsen uitgenodigd.
- Medische stafvergaderingen (wekelijks).
- Teambeleidsdagen per zorgdivisie, waarop alle artsen, die werkzaam zijn op die zorgdivisie, aanwezig zijn en hun inbreng hebben.
- Beleidsdivisieoverleg (coördinerend psychiater).
- Organisatorisch overleg op zorgdivisieniveau (coördinerend psychiater).
- Commissie Patiëntenzorg (CPZ).
- Stuurgroep verpleegkundige kwaliteit.
- Stuurgroep therapeutisch beleid.

Artsen zijn in de laatste 3 overlegorganen steeds vertegenwoordigd door de hoofddarts. De hoofddarts neemt ook deel aan vergaderingen van de RvB.

- Op de wekelijkse medische stafvergaderingen worden tal van onderwerpen besproken (o.a. casusbesprekingen, beleidsbeslissingen). De hoofdarts neemt hiervan persoonlijke, summiere schriftelijke nota's. **(AV)**
In het kader van opvolging van bepaalde onderwerpen en/of van continuïteit van informatiedoorstroming (bv. tijdens verlof van 1 van de artsen) kan het nuttig zijn dat ook een (beperkt) verslag wordt bezorgd aan de collega-artsen. **(Aanb)**
- De hoofdarts is in functie sinds begin 2000. Hij besteedt 1 dag per week aan zijn taak als hoofdarts. Daarnaast is hij 3 dagen werkzaam op afdelingen de Waag, Cura, de Pendel en in de polikliniek van het ziekenhuis. In het kader van een samenwerkingsovereenkomst is hij, volgens een beurtrol met de andere artsen van het ziekenhuis, ook consulterend arts in de Sint-Jozefkliniek in Izegem voor de psychiatrische spoedgevallen. **(AV)**
- In het ziekenhuis zelf gebeuren geen ECT-behandelingen. Hiervoor kan verwezen worden naar AZ Groeninge (Kortrijk) waarmee een formeel samenwerkingsakkoord bestaat. **(AV)**

4.2 LERENDE OMGEVING

- Het ziekenhuis heeft een eigen meetinstrument voor monitoring van klinische indicatoren en neemt deel aan het indicatorenproject VIP²-GGZ voor volgende indicatoren: **(AV)**
 - tijdig ambulante contact na ontslag.
 - volledigheid van het geneesmiddelenvoorschrift.
 - volledigheid van het suïcidepreventiebeleid.
 - Vlaamse Patiënten Peiling GGZ-validatie.
- Er is een zeer uitgebreide lijst van klinische performantie-indicatoren. We vermelden hieronder enkele voorbeelden: **(AV)**
 - De procentuele verhouding van het aantal aanvaarde aanmeldingen t.o.v. het totaal aantal aanmeldingen.
 - De procentuele verdeling van de criteria voor het niet-ontvankelijk verklaren van de opnameaanvraag t.o.v. het totaal aantal niet-ontvankelijk verklaarde opname-aanvragen.
 - Het percentage medicatie die is klaargezet en die niet overeenstemt met de gegevens op het medicatieschema.
 - Het percentage medische ontslagen met geplande nazorg.
 - De doorlooptijd tussen de datum van de medische opname en de datum van opmaak van het inclusieformulier voor ontslagmanagement.
 - Het percentage patiënten dat effectief start met nazorg na medisch ontslag t.o.v. het totaal aantal medische ontslagen met geplande nazorg.
 - Het percentage ontslagbrieven die verstuurd zijn binnen de 7 dagen na medisch ontslag.
- Alle klinische performantie-indicatoren worden maandelijks geagendeerd en kritisch bekeken op het overleg DC/Staf. De resultaten worden besproken binnen de overlegorganen die bevoegd zijn voor de domeinen waar de indicatoren betrekking op hebben en van hieruit worden verbeteracties opgemaakt. **(AV)**

- Deze verbeteracties worden begeleid en opgevolgd door de kwaliteitscoördinatoren. De resultaten van deze verbeteracties kunnen op elk moment opgevolgd worden via het dashboard door de betrokken zorgdivisies of vakgroepen en stafleden en door alle directieleden. **(AV)** Het dashboard is gekoppeld aan de patiëntendossiers, zodat men op elk moment over real-time cijfers beschikt ter opvolging. Dit maakt het mogelijk om, indien nodig, zeer vlug in te grijpen bij slechte resultaten. **(SP)**
- In het ziekenhuis is er een incidentmeldsysteem (IMS) in het kader van risicomangement. Het meldsysteem is ziekenhuisbreed in gebruik (o.a. voor medicatie(bijna)incidenten, suïcide en suïcidepogingen, agressie-incidenten, grensoverschrijdend gedrag). Alle gegevens worden opgenomen in het OBASI systeem. **(AV)**
- In de loop van 2016 waren er in het totaal 247 meldingen voor volgende onderwerpen: **(AV)**
 - Medicatie(-bijna)-incidenten: 7 meldingen.
 - Suïcidepogingen: 18 meldingen.
 - Agressie-incidenten: 168 meldingen.
 - Grensoverschrijdend gedrag: 0 meldingen.
 - Andere (bijna-)incidenten:
 - Ongeval van de patiënt: 45 meldingen.
 - Infrastructuur/gebouw/aanpassingen: 5 meldingen.
 - Proces/ Procedure van de zorg: 3 meldingen.
 - Voeding: 1 melding.

Uit de cijfers blijkt dat er zeer weinig meldingen gebeuren rond medicatie(bijna)-incidenten Dit lijkt ons niet realistisch, zodat een onderrapportering kan vermoed worden. **(TK)** Men moet onderzoeken wat hiervoor de redenen zijn en trachten het aantal meldingen op te drijven om van het incidentmeldsysteem een krachtiger leer- en verbeterinstrument te maken.

- Tot voor kort gebruikte men de PRISMA-methodiek voor incidentanalyse. Eén van de nieuwe kwaliteitscoördinatoren heeft recent een sjabloon uitgewerkt om in de toekomst, ook incidentanalyses te kunnen uitvoeren via de SIRE-methodiek. **(AV)**
- Voor het jaar 2015 en 2016 kunnen er geen incidentanalyses aangetoond worden. Sinds indiensttreding van de nieuwe kwaliteitscoördinatoren is dit hervat. Voor het jaar 2017 kon reeds een uitgebreide incidentanalyse voorgelegd worden. **(AV)** Met het oog op het maximaliseren van de leermogelijkheden, verdient het sterke aanbeveling om dit ook in de toekomst verder te blijven doen. **(Aanb)**
- 92 % van de meldingen is afkomstig van het verplegend en verzorgend personeel. 5,34 % van paramedici en 1 % van de artsen. **(AV)**

5 MIDDELEN

5.1 INFRASTRUCTUUR

- Er is een attest van de burgemeester dd. 20/1/2017 dat stelt dat het ziekenhuis voldoende beveiligingsmaatregelen heeft getroffen overeenkomstig de veiligheidsnormen die voor dergelijke gebouwen van toepassing zijn, behalve voor de punten vermeld als bemerkingen in de brandweerverslagen (dd. 19/1/2017). **(AV)**
- De infrastructuur is zeer netjes en goed onderhouden. De meeste gebouwen werden verbouwd met respect voor de geklasseerde architectuur. Het ziekenhuis bevindt zich in het centrum van Mene, dicht bij de Grote Markt en is volledig geïntegreerd in de stad. De gebouwen worden verbonden door een ruime en goed onderhouden binnentuin met als centraal rustpunt de gerestaureerde antieke veranda. **(AV)**
- De gecontroleerde kamers hebben allen een sanitaire cel met douche, toilet en lavabo en een grote kast waar de patiënten hun spullen in kunnen opbergen en de sleutel van kunnen krijgen. De gecontroleerde ramen zijn veilig en kunnen maar tot 10 cm openstaan. De gemeenschappelijke ruimten zijn ruim. Op alle afdelingen is er een personeelslokaal dat uitzicht heeft op de leefruimte. **(AV)**
- De oudste gebouwen sluiten qua indeling vaak niet optimaal aan bij de doelgroepen waar het ziekenhuis zich nu op richt of bij hedendaagse manieren van hulpverlening en verwachtingen inzake privacy: **(TK)**
 - Er zijn nog veel tweepersoonskamers.
 - De bedden in de tweepersoonskamers worden enkel gescheiden door een gordijntje wat de privacy maar beperkt garandeert. Voor patiënten die lange tijd opgenomen zijn kan dit op termijn voor problemen geven.
 - De medewerkers van sommige afdelingen (o.a. De Wierde, De Waag) kaarten een gebrek aan ruimtes voor individuele gesprekken en/of therapieruimtes aan. Dit leidt vooral tot praktisch-organisatorische problemen, bv. als veel van de patiënten gedesoriënteerd zijn in tijd en ruimte, waardoor bij activiteiten buiten de afdeling steeds begeleiding dient voorzien te worden.
 - De slaapgang ligt bij bepaalde zorgdivisies ver van de afdeling, wat de inzet van extra personeel impliceert voor begeleiding van en naar de kamers. Dit zorgt er ook voor dat patiënten niet steeds naar hun kamer kunnen als ze dit zelf willen.
 - Er is inkijk van buitenaf in de kamers van de afdeling de Horizon. Om dit te vermijden moeten de patiënten hun gordijnen dichttrekken.
 - Op de crisisafdeling Cura, waar er mogelijk een hoger risico bestaat op suicide(pogingen), werden een schaar en een poetsproduct aangetroffen die bereikbaar waren voor de patiënten.

Het ziekenhuis heeft in 2013 alle vierpersoonskamers omgebouwd naar tweepersoonskamers. Het ziekenhuis vermeldt hierbij ook dat een verdere afbouw van tweepersoonskamers en voorzien in extra therapie- en gesprekslokalen op bepaalde afdelingen enkel mogelijk is mits grote investeringen

- De afzonderingskamers worden beschreven onder 7.3.

5.2 PATIËNTENDOSSIER

- In het ziekenhuis gebruikt men een elektronisch patiëntendossier (EPD), gekoppeld aan het elektronisch medicatieschema, op het OBASI®-platform. **(AV)**
- Alle disciplines kunnen noteren in het individueel elektronisch patiëntendossier via een persoonlijke login. De notities van de verschillende disciplines kunnen geraadpleegd worden door alle betrokken zorgverleners van de patiënt. Sommige artsen delen al hun persoonlijke notities, andere artsen delen enkel, de volgens hen noodzakelijke gegevens, met de andere hulpverleners. De artsen kunnen onderling wel alle medische nota's inkijken in het kader van continuïteit van zorg tijdens de wachtdienst. Alle verslagen van teambesprekingen zijn terug te vinden in het EPD. **(AV)**
- Medicatie wordt elektronisch voorgeschreven door de artsen. Met deze gegevens wordt door het EPD automatisch een medicatieschema gegenereerd dat als basis dient voor het afleveren van medicatie door de apotheek, het klaarzetten van medicatie, het controleren en het toedienen van klaargezette medicatie. Ook verpleegkundigen kunnen, na mondelinge opdracht van de arts, medicatie inbrengen in het medicatieschema. De artsen dienen dit voorschrift binnen de 24 uur te valideren. Dit wordt vooral toegepast tijdens de wachtdienst, hoewel de artsen ook van thuis uit kunnen voorschrijven. In het kader van preventie van medicatie-incidenten en patiëntveiligheid is het aangewezen dat de arts de nodige verantwoordelijkheid neemt tijdens de wachtdienst en de medicatie onmiddellijk zelf voorschrijft. Voorschrijven van medicatie is een medische handeling en geen verpleegkundige. **(TK)**
- In het patiëntendossier is (belangrijke) informatie niet steeds efficiënt en vlot terug te vinden: **(TK)**
 - Via een filter kan men in de observatienota's zoeken volgens discipline, maar deze filter levert niet het gewenste resultaat: opzoeken met filter duurt lang en men krijgt nog steeds notities van andere disciplines te zien na het filteren. Dit maakt het zoekproces zeer tijdrovend en weinig efficiënt. In dringende situaties kan dit bovendien voor problemen zorgen.
 - Notities m.b.t. familiegesprekken (die niet gevoerd werden door de sociale dienst) zijn enkel terug te vinden in de dagelijkse observatienota's, wat het zeer moeilijk maakt om deze informatie terug te vinden, laat staan op een overzichtelijke manier, zeker bij patiënten die langere tijd zijn opgenomen. Voor een centrum dat sterk wil inzetten op familiebetrokkenheid (o.a. in kader van continuïteit van zorg) lijkt ons dit een belangrijk verbeterpunt. Misschien valt in overweging te nemen om familiegerelateerde informatie, die verkregen werd door andere disciplines dan de sociale dienst, te centraliseren in het dossier (naar analogie met "suïciderisicotaxatie).
- Tijdens de audit werden een aantal dossiers ingekeken op verschillende afdelingen.
 - In alle bekeken dossiers, zowel op acute als chronische diensten, konden de volgende elementen teruggevonden worden: **(AV)**
 - Het suïciderisico is duidelijk zichtbaar in het dossier en voor elke patiënt aanwezig.
 - Teambesprekingen en evaluaties van de patiënt (steeds binnen het vooropgestelde tijdsbestek).
 - Behandelplannen, doelstellingen en de hulpvraag van de patiënt en/of familie.
 - Individuele therapieschema's.
 - Notities van de verschillende disciplines.

- Een aantal gegevens werden in het overgrote deel van de dossiers niet teruggevonden: **(TK)**
 - Neerslag van feedback aan patiënt en/of familie na teambespreking. In een ziekenhuis dat volgens missie/visie sterk wil inzetten op patiëntenparticipatie is het geven van deze feedback belangrijk. Daarnaast is het noteren van de feedback in het dossier van belang in het kader van de communicatie-overdracht tussen de verschillende zorgverleners.
 - De crisisplannen van de patiënten, die recent ziekenhuisbreed werden ingevoerd en beschouwd worden als een belangrijk therapeutisch werkdocument binnen het ziekenhuis, zijn niet steeds terug te vinden in het dossier, in het bijzonder als de patiënt nog niet ontslagklaar is. De crisiskaart is wel in het bezit van de patiënt. Op momenten van crisis moet deze belangrijke informatie steeds kunnen teruggevonden worden door de verschillende hulpverleners en dit kan enkel gegarandeerd worden als (een kopie van) deze crisiskaart ook in het dossier aanwezig is (ook al is deze nog maar in een beginstadium). Het is eigen aan een crisiskaart dat dit steeds een “work in progress” is.

6 MEDEWERKERS

6.1 PERSONEELSBELEID

- De personeelsdienst, onder de verantwoordelijkheid van de administratief en logistiek directeur, staat in voor de aansturing van het personeelsbeleid van het PC Menen. De stafmedewerker HRM werkt nauw samen met de algemeen directeur, de directeur patiëntenzorg en de administratief en logistiek directeur. **(AV)**
- Het personeelsbeleid werd op ziekenhuisniveau geformuleerd in richtinggevende intenties en krachtlijnen met randvoorwaarden. Dit beleid werd verder vertaald naar een HR beleidsplan dat vervat zit in het algemeen ziekenhuisbeleidsplan met operationele doelstellingen. Jaarlijks wordt een jaarverslag opgemaakt en HR-indicatoren gemeten. **(AV)**
- De dieetvoeding van het ziekenhuis wordt op punt gesteld door één van de koks, tevens diëtist, van het ziekenhuis. **(AV)** Er worden geen consulten georganiseerd noch groepsactiviteiten i.v.m. voeding. De diëtist participeert niet aan de interdisciplinaire teamvergaderingen. **(Aanb)**
- Er is geen pedicure aan het ziekenhuis verbonden. Het ziekenhuis moedigt patiënten aan om zoveel mogelijk extern een pedicure te raadplegen. Indien nodig (vooral voor afdeling Horizon) kan een zelfstandige pedicure in het ziekenhuis geraadpleegd worden. **(AV)**
- Er werken in totaal 179 mensen in het verpleegkundig en paramedisch departement. Hiervan hebben er 52 recht op ADV-dagen of op de premie. Dit komt neer op 29,05%. **(AV)**
- Het ziekenhuis werkt met referentieverpleegkundigen op de afdelingen voor het begeleiden van de basismedewerkers in verschillende expertisedomeinen (ziekenhuishygiëne, zorgdossier, medicatiebeheer, OMA, ethiek, comfortzorg, RKP (rugklachtpreventie)). Deze referentieverpleegkundigen hebben een apart algemeen functieprofiel. **(AV)** In het functieprofiel staat vermeld dat zij jaarlijks een gesystemiseerd actieplan moeten uitwerken voor hun vakdomein. Uit gesprek blijkt dat dit niet door elke referentiepersoon individueel moet opgemaakt worden, maar dat dit samen met de overkoepelende werkgroep wordt gerealiseerd. **(AV)** Aanbeveling om dit duidelijker te maken in het functieprofiel. **(Aanb)**
- Er wordt geen beroep gedaan op interimkrachten. **(AV)**
- Het ziekenhuis beschikt niet over een objectief meetinstrument om de werklast te meten. **(AV)** Na de reorganisatie in 2015 trachtte het ziekenhuis de werkbelasting via parameters (zowel patiëntgerelateerde (aantal opnames, transferts, aantal GO's,...) als personeelsgerelateerde (ziekteverzuim, aantal dagen minimumbezetting,...) parameters) per afdeling in kaart te brengen om het evenwicht tussen de zorgdivisies te herstellen. Deze parameters worden nog steeds opgevolgd. **(SP)**
- Volgens de interne afspraken van het PC Menen heeft elke medewerker binnen de patiëntenzorg recht op minstens één samenwerkingsgesprek om de 2 jaar. Voor de andere diensten is dit om de drie jaar. Deze gesprekken gebeuren aan de hand van een leidraad: "HANDleiding". De betekenis van iedere vinger van de

hand zorgt er voor dat er een SWOT-analyse opgemaakt wordt van de samenwerking. Het gesprek is niet gekoppeld aan de competenties uit het functieprofiel.

De samenwerkingsgesprekken worden als volgt georganiseerd:

- verpleegkundigen: gesprek met OC (voorafgaand input van IC)
- therapeuten: gesprek met vakverantwoordelijke (voorafgaand input van OC)
- OC, IC en vakverantwoordelijken: gesprek met directeur patiëntenzorg.

De registratie van de gesprekken gebeurt in een opvolgingsprogramma. Van deze gesprekken wordt geen verslag overgemaakt aan de personeelsdienst. **(AV)**

- Artsen krijgen geen samenwerkings- of evaluatiegesprekken. **(TK)**

- Van de bijsturings- (bij disfunctionering) en evaluatiegesprekken (gesprek na 3 maanden en na één jaar in dienst en daarna om de 5 jaar) wordt er een verslag, onder een gesloten omslag, bewaard door de personeelsdienst. Deze gesprekken zijn wel gekoppeld aan de competenties in het functieprofiel. **(AV)**
Naast deze gesprekken worden in het ziekenhuis ook verzuimgesprekken (leidinggevendens kregen hiervoor een opleiding en gesprek wordt ondersteund a.d.h.v. gespreksfiches), exitgesprekken en loopbaangesprekken gevoerd. **(AV)**
Deze loopbaangesprekken kaderen in een zorgzaam personeelsbeleid, worden gevoerd door een medewerker van de personeelsdienst en hebben de volgende doelstellingen:
 - aandacht voor de noden, wensen en behoeften van de werknemer.
 - verzamelen en aanreiken van verbeterpunten voor de organisatie.Uit gesprek op de werkvloer blijkt dat werknemers aanvankelijk kritisch stonden tegenover deze gesprekken maar dat ze na afloop deze gesprekken toch als een meerwaarde ervaren. **(SP)**

- Naast de personeelsdienst, de OC en de meter/peter (ook van toepassing voor o.a. therapeuten en onderhoudsmedewerkers) staat ook de begeleider intreder (stafmedewerker patiëntenzorg) in om nieuwe medewerkers bij te staan in hun inscholingstraject.
Het onthaal en de inwerking gebeurt volgens een vormingsprogramma op maat, dat zowel uit inscholings teksten als uit collectieve interne cursussen bestaat. Naast het ziekenhuisbrede inscholingsprogramma is er ook een afdelingsspecifieke inscholing (doelgroepenwerking). Om zicht te houden op het inscholingsverloop wordt gebruik gemaakt van een individuele inscholingsfiche per discipline. De opvolging hiervan gebeurt door de stafmedewerker patiëntenzorg. Aan de hand van een standaardformulier wordt, na drie maanden, van de nieuwe medewerker feedback verwacht over de inhoud van de teksten en de inscholingscursus. Voor nieuwe leidinggevendens gebeurt de opvolging door de directie patiëntenzorg. In de toekomst wil men ook gebruik maken van e-learning. **(AV)**

- Op basis van het aantal bedden dient men te beschikken over een mobiele equipe van 7,76 VTE, waarvan 5,43 VTE verpleegkundigen. Sinds 2015 wordt deze mobiele equipe op permanente basis toegewezen aan de zorgdivisies (niet op afdeling de Pendel). Er werd een visietekst en afsprakennota uitgewerkt met de OC 's met praktische afspraken rond het inzetten en inroosteren van de mobiele equipe. De uurregeling betreft vroege-, dag-, avond- en late diensten en uitzonderlijk nachtdiensten, maar geen weekends. De OC van de toegewezen zorgdivisie volgt het functioneren van het personeelslid van de mobiele equipe op. **(AV)**

- Het ziekenhuis beschikt ook over een externe mobiele equipe (EME) die voornamelijk uit jobstudenten (al of niet gediplomeerd) bestaat. Zij springen vooral in tijdens de weekends, maar staan volgens het ziekenhuis nooit alleen in voor het toezicht op een afdeling. De opvolging gebeurt door de stafmedewerker patiëntenzorg, die tevens begeleider intreder is, in samenspraak met de personeelsdienst. Voor deze vervangers wordt een individueel disciplinair inscholingstraject opgemaakt aan de hand van een inscholingsmap. Dit werd nagekeken op afdeling De Vliet. In 2016 werd er gedurende 40 dagen beroep gedaan op een EME. Daarnaast zijn er tijdens de zomervakantie ook jobstudenten (kiné, ergo, PMT,...) tewerkgesteld in het PMC. Zij krijgen dezelfde inscholing en ondersteuning als de EME. In de zomervakantie van 2016 ging het, in totaal voor alle verschillende disciplines, over 150 dagen. **(AV)**
- De vaste nachtdiensten maken deel uit van een vaste afdeling. De nachtverpleegkundigen werken in principe niet overdag. **(AV)** We bevelen aan om de vaste nachtmedewerkers systematisch een periode per jaar tijdens de dagdiensten in te schakelen, om voeling te houden met de dagdagelijkse werking en afspraken op de afdeling. **(Aanb)** De aansturing (gesprekken voeren, vorming opvolgen,...) gebeurt door de OC van de afdeling. De nachtverpleegkundigen nemen 3 keer per jaar deel aan hun afdelingsspecifieke vergadering en drie keer per jaar is er een plenair nachtoverleg onder leiding van de directie patiëntenzorg samen met alle OC's. Onder de nachtverpleegkundigen is er een verantwoordelijke nachtverpleegkundige die fungeert als contactpersoon tijdens de nacht en alle problemen en vragen bundelt ter voorbereiding van het plenair nachtoverleg. Per afdeling (behalve De Pendel) staat er 's nachts één verpleegkundige waardoor er in het PC Meneu iedere nacht 6 verpleegkundigen aanwezig zijn. Er worden geen overkoepelende loopwaaier en bewakingsagenten ingezet. Voor de crisisafdeling Cura met 10A-bedden en afdeling De Waag met 20A-bedden werken de nachtverpleegkundigen voor deze afdelingen, vanuit een gemeenschappelijke nachtpost met uitzicht op beide slaappanden. **(AV)**
- Om personeelsleden bij te staan na een ingrijpende gebeurtenis werd ziekenhuisbreed een procedure ontwikkeld en een antennewerking (samen met de verantwoordelijke van de politie, waarmee het ziekenhuis zeer nauw samenwerkt) uitgebouwd. Deze antennewerking wordt bekend gemaakt door middel van een brochure en op elke afdeling hangt een overzicht met de 'antenne' van zijn afdeling. Deze antennes, verkozen door de collega's op de afdelingen, kregen de nodige opleiding om collega's bij te staan, op te vangen en eventueel door te verwijzen. Recent werd een registratiesysteem opgezet om cijfers bij te houden over hoeveel keer beroep gedaan wordt op de antennewerking. Daarnaast is er een werkgroep stress en burn-out opgericht die jaarlijks een aantal initiatieven en opleidingen organiseert. **(AV)**
- Er is geen specifieke opvang voor artsen na incidenten. Artsen kunnen hiervoor, indien gewenst, terecht bij de collega-artsen van het ziekenhuis. Na incidenten is er kans tot debriefing in de medische staf of individueel met de hoofddarts. Aangezien uit onderzoek blijkt dat artsen zeer moeilijk hulp zoeken bij (gekende) derden in geval van (ernstige) incidenten, lijkt het aangewezen om na te gaan of het zinvol zou zijn om ofwel binnen de antennewerking, ofwel via een onafhankelijke derde (intern of extern) ook te voorzien in de mogelijkheid voor opvang van artsen, bij ingrijpende gebeurtenissen. **(Aanb)**
- Voor de opvolging van de somatische zorg van de opgenomen patiënten, werkt het ziekenhuis samen met 2 huisartsen die consultaties doen in het ziekenhuis. **(AV)**

6.2 VORMING, TRAINING EN OPLEIDING (VTO)

- Het ziekenhuis beschikt over een uitgewerkt ziekenhuisbreed VTO-beleid. Het ziekenhuis streeft ernaar een dynamische, lerende organisatie te zijn met een kwalitatieve dienstverlening. Het ziekenhuis kiest daarom voor een geïntegreerd VTO beleid als hefboom voor organisatieontwikkeling. **(AV)**
- Het ziekenhuis opteert om dit vormingsbeleid gelaagd en gefaseerd te laten verlopen. Hierbij doorlopen nieuwe medewerkers eerst een volledig inscholingstraject, alvorens hen verdere vormingskansen aangeboden worden om zich verder te bekwamen. Vanuit deze verdere bekwaming kan men uitgroeien tot expert, referentiepersoon, leidinggevende,... . Afhankelijk van de situatie kan de werknemer op verschillende manieren en op verschillende plaatsen competenties ontwikkelen. Een opleiding kan individueel zijn, maar evengoed het karakter hebben van een discipline-(overstijgende) bijscholing. Opleidingen kunnen zowel intern (vb. op maat van de doelgroep, op de werkvloer) als extern gevolgd worden. **(AV)**
- Het ziekenhuis organiseert een eigen VTO-aanbod waarop elke medewerker kan intekenen. Daarnaast vindt het ziekenhuis het belangrijk dat zijn medewerkers zich ten volle kunnen ontplooiën volgens hun eigen vormingsbehoeften en -doelen. Bij het selecteren van een gepaste opleiding moet een evenwicht gevonden worden tussen de noden van de organisatie, de noden van de medewerker en het wettelijk / reglementair kader. De opleidingsnoden worden op verschillende manier in kaart gebracht. **(AV)**
- In het sjabloon voor de opmaak van de beleidsplannen is een luik VTO opgenomen. **(SP)**
- Volgende opleidingen zijn verplicht: OMA, RKP (rugklachtpreventie), EHBO, stress en burn-out, brandopleiding, medicatie en voor een aantal medewerkers per divisie SRH. **(AV)**
- Zowel leidinggevend en als medewerkers hebben via hun “robotfoto” zicht op de gevolgde opleidingen en de evaluatie ervan. **(AV)** Per afdeling wordt een vormingsbudget toegewezen, waardoor afdelingen gedifferentieerd hun vorming, i.f.v. hun visie, kunnen kiezen. In de bijscholingskalender zien de OC en IC het vormingsbudget van hun afdeling en saldo na aftrek van de reeds gemaakte kosten. **(SP)**
- In de praktijk werden op de werkvloer een aantal knelpunten vastgesteld: **(TK)**
 - De vooropgestelde vormingsnorm is niet gekend op de afdelingen.
 - Bij navraag op de afdelingen blijkt dat er medewerkers zijn die veel vorming volgen en andere die weinig vorming volgen.
 - De vorming gevolgd door artsen wordt niet centraal geregistreerd.
 - Vorming wordt soms uitgesteld of niet gevolgd wegens een te grote werkbelasting.
- 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 zicht op de gevolgde opleidingen. **(NC)** Dit kan nuttig zijn om te weten welke expertise er in huis aanwezig is rond bepaalde medisch-therapeutische onderwerpen en rond welke onderwerpen bijkomende expertise nodig/nuttig is.

6.3 VRIJWILLIGERS/ERVARINGSDESKUNDIGEN

- Momenteel werkt het ziekenhuis niet met ervaringsdeskundigen. Dit zal in de nabije toekomst worden opgestart in het kader van herstelgerichte zorg. Enkele patiënten (6-tal) in nabehandeling bieden momenteel hulp bij het uitvoeren van logistieke taken (o.a. openhouden van cafetaria en bestek rollen). Recent heeft een ex-patiënt voor een korte tijd de relaxatietherapie overgenomen ter vervanging van een zieke medewerker. **(AV)**
- Binnen de patiëntenzorg wordt momenteel geen beroep gedaan op vrijwilligers. **(AV)**

6.4 BESTAFFING

- Naast de minimumbezetting per dag, zowel op verpleegkundig als op therapeutisch niveau, volgt het ziekenhuis op vlak van het behandel aanbod de 50% regel. Dit wil zeggen dat minstens 50% van het therapieaanbod moet doorgaan bij ziekte of verlof van personeel. Dit wordt door de therapeuten en verpleging onderling afgesproken en op de dagopening duidelijk gecommuniceerd aan de patiënten. Ook de verpleging zorgt voor een eigen therapieaanbod. De verschillende disciplines vullen de ontbrekende vaste sessies in met alternatieve sessies.
Van therapeutische disciplines wordt verwacht dat de werktijd bestaat uit 50% directe patiëntenzorg en 50% indirecte patiëntenzorg. Het therapieaanbod is hierop afgestemd. **(AV)**
- De directiewacht is schriftelijk opgesteld en wordt telkens vastgelegd voor het komende jaar. Er wordt gewerkt met een beurtroelsysteem dat wekelijks wisselt. De vaste commandocel bestaat per week telkens uit een lid van de medische staf, een lid van de directie, een lid van de cel telecommunicatie, een lid van de technische dienst, aangevuld met een lid van de interne dienst preventie en bescherming. De planning van de wachtdiensten is voor alle personeelsleden consulteerbaar via het intranet, daarnaast wordt deze ook afgedrukt en uitgehangen aan de receptie. **(AV)**
- Elke psychiater is om de 5 weken een week van wacht. De wachtdoende arts komt zowel op zaterdag als op zondag langs op alle afdelingen van het ziekenhuis. **(AV)**

7 PROCESSEN

7.1 PROCEDUREBEHEER

- De procedures bevatten telkens een onderwerp, een identificatienummer, de proceseigenaar, de ingangsdatum, de frequentie van updaten, en de verschillende processtappen. **(AV)**
- Alle procedures zijn via een indexeringsmethodiek raadpleegbaar in het vademecum op het intranet. De stuurgroep integrale kwaliteitszorg coördineert de werkzaamheden met betrekking tot de kwaliteit en bewaakt de kwaliteitsmethodieken. **(AV)**
- Uit de opgemaakte actieplannen (ziekenhuisbreed/per zorgdivisie) komen procedures voort die voorbereid worden in werkgroepen. De meter of peter (proceseigenaars) van de procedure volgt deze op en heeft een overzicht van de teksten. **(AV)**
- Wijzigingen aan procedures, afspraken of richtlijnen kunnen zowel gebeuren op initiatief van de proceseigenaars als op initiatief van de kwaliteitscoördinatoren. De publicatie van een vernieuwde of nieuwe procedure gebeurt na goedkeuring van de algemeen directeur. De OC en IC vertalen deze procedures naar de werkvloer. **(AV)**
- Er wordt jaarlijks een interne audit uitgevoerd van de procedures. Dit aspect heeft achterstand opgelopen door de personeelwissels. Dit wordt nu terug actief opgenomen door één van de nieuw aangeworven kwaliteitscoördinatoren die hiervoor een werkgroep “quickscan en tracing” opgericht heeft. **(AV)**
- Bij de inscholing van nieuwe medewerkers wordt uitleg gegeven omtrent de bestaande procedures en waar deze terug te vinden zijn op het intranet. **(AV)**

7.2 MEDICATIEDISTRIBUTIE

Situering

- Op 19 juni 2017 werd een “SLA (service-level agreement) Apotheek” afgesloten tussen het PC Menen en het AZ Delta Roeselare en dit naar aanleiding van de pensionering van de huidige apotheker op 31/7/2017. **(AV)**
- AZ Delta levert sindsdien medicatie aan alle afdelingen van het PC Menen. **(AV)**

Beleid en strategie

- De apotheker van het PC Menen maakt geen deel uit van het directiecomité. De apotheker kan, op vraag, de verslagen van het directiecomité verkrijgen. Overleg tussen de huidige apotheker, de algemeen directeur, de hoofdarts en directeur patiëntenzorg gebeurt steeds informeel. In het SLA met AZ Delta is voorzien dat er 1x/ jaar een associatiecomité zal georganiseerd worden met o.a. de directieleden van beide ziekenhuizen en de nieuwe apotheker. **(AV)** Er moet minstens 3x/jaar formeel beleidsmatig overleg zijn tussen de

directie en de apotheker zodat de apotheker enerzijds voldoende zicht heeft op het gevoerde ziekenhuisbeleid en anderzijds de mogelijkheid heeft tot inbreng in dit beleid. **(NC)**

- Er is een uitgebreid jaarverslag ter beschikking, waarin de apotheker een aantal actieplannen voor het komende jaar formuleert. Deze actieplannen maken geen deel uit van het ziekenhuisbrede beleidsplan. **(AV)**
- De apotheker wordt uitgenodigd op de maandelijkse medische staf. Ook de applicatiemedewerker medicatie wordt hierop soms uitgenodigd. **(AV)** Op deze manier is er op regelmatige basis rechtstreeks contact tussen artsen en apotheker, kan er vlot informatie uitgewisseld worden betreffende medicatiegebruik (bv. wijziging in formularium, nieuwe geneesmiddelen, interacties tussen geneesmiddelen, hoogrisicomedicatie) en kan de inbreng van de apotheker een meerwaarde betekenen tijdens casusbesprekingen. **(SP)**
- Er gebeurt een analyse van het geneesmiddelenverbruik per klasse, per arts en ook per afdeling/doelgroep. Deze analyse wordt teruggekoppeld via het jaarverslag en in het MFC. **(AV)** Aan de hand van deze analyses en resultaten werden nog geen conclusies opgemaakt of verbeteracties opgestart. **(TK)**
- Het ziekenhuis neemt deel aan de indicatorenmeting VIP² betreffende de volledigheid van de medicatievoorschriften. Zij behaalden 90% (bij 10% van de voorschriften ontbrak de elektronische handtekening van de arts. **(AV)**
- Incidenten met betrekking tot de medicatiedistributie binnen de zorgdivisies kunnen gemeld worden in het algemene incidentmeldingssysteem (IMS). Een aantal meldingen worden in de WG medicatiebeheer (samengesteld uit kwaliteitscoördinator, apotheker, applicatiemedewerker medicatie en de referentieverpleegkundigen) besproken, op initiatief van de kwaliteitscoördinator. Van hieruit worden verbeteracties opgezet en gebeurt de communicatie van de opgezette verbeteracties naar de afdelingen. **(AV)**
- De apotheker participeert onvoldoende actief aan het leer- en verbeterbeleid met betrekking tot het medicatiegebeuren, aangezien de apotheker geen volledig zicht heeft op alle incidentmeldingen. Hierdoor kan ze, vanuit haar expertise, geen gerichte risicoanalyses uitvoeren of gerichte verbeteracties opzetten, waardoor belangrijke leermomenten kunnen verloren gaan. **(TK)**
We bevelen aan om de nieuwe apotheker een zicht te geven op alle incidentmeldingen m.b.t. medicatie en ze nauwer te betrekken bij het leer- en verbeterbeleid. **(Aanb)**
- Incidenten met betrekking tot de werking binnen de apotheek worden niet geregistreerd. **(TK)**
- Uit gesprek blijkt dat niet alle medicatie-incidenten gemeld worden via het IMS, o.a. om volgende redenen: **(TK)**
 - soms wordt een probleem ad hoc opgelost zonder formele registratie
 - soms wordt een incident als niet ernstig genoeg beschouwd.
 - Bij sommige medewerkers leeft de vraag of de anonimiteit kan gegarandeerd worden als men moet inloggen in het IMS met de persoonlijke login om te kunnen melden.

Hierdoor riskeert het ziekenhuis belangrijke informatie te missen die de patiëntveiligheid zou kunnen bevorderen.

We bevelen aan om te bekijken wat nog andere oorzaken kunnen zijn van onderrapportering en hoe de meldingsbereidheid van de medewerkers kan gestimuleerd worden. **(Aanb)**

- Algemeen kan men besluiten dat de slagkracht van de apotheker in het algemeen beleid en het kwaliteitsbeleid van PC Menen op dit moment te beperkt is. We bevelen aan om na te gaan hoe de inbreng van de specifieke farmaceutische expertise van de nieuwe apotheker van AZ Delta een meerwaarde kan betekenen binnen het algemene, medisch-therapeutische en kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis. **(Aanb)**
- Het Medische Farmaceutisch Comité is conform samengesteld; **(AV)**. Het vergadert slechts 2 keer per jaar. **(TK)**

Middelen

- De architectuur en infrastructuur van de apotheek voldoen aan de voorwaarden voor een kwaliteitsvolle en veilige werking. De medicatie wordt iedere weekdag verzegeld geleverd vanuit de Campus Menen van het AZ Delta en gestockeerd per afdeling in de ruimte “levering apotheek” van het PC Menen. **(AV)**
- Elke afdeling heeft afsluitbare medicatiekasten waar de geneesmiddelen, op naam van de patiënt, bewaard worden. De afdelingen beschikken niet over een huisapotheek en hebben geen eigen medicatievoorraad. Narcotische medicatie, steeds op naam van patiënt, wordt afzonderlijk bewaard in een gesloten kastje. Hiervoor is een specifiek registratie- en stockcontrolesysteem in voege. **(AV)**
- Er zijn 3 spoedkasten met medicatie in het ziekenhuis: één op de crisisunit van de afdeling Cura, één op de nachtpost van de T-dienst en een grote in de centrale apotheek. **(AV)** In de spoedkasten bevinden zich geen narcotica. **(SP)**

Medewerkers

- De apotheker van het PC Menen bekleedt deze functie sinds 1979 en gaat op pensioen eind juli 2017. De opvolging gebeurt door een apotheker van het AZ Delta. **(AV)**
- Er is een formele wachtregeling met de apotheek van het AZ Delta. **(AV)**

Processen

- De bestaande procedures i.v.m. medicatiebeheer en -distributie van de apotheek van het PC Menen werden met de apothekers van het AZ Delta nagekeken en aangepast aan de nieuwe werking. **(AV)**
- Tijdens het MFC (mei 2017) werd het bestaande geneesmiddelenformularium van het PC Menen vergeleken, besproken en aangepast aan dat van het AZ Delta. **(AV)**
- De distributie van alle geneesmiddelen en verzorgingsproducten verloopt via het elektronisch voorschrijfsysteem (OBASI®), dat een hele reeks ingebouwde veiligheidselementen bevat. In principe kunnen enkel de artsen en de apotheker medicatie inbrengen, stoppen of wijzigen via hun persoonlijke login. **(AV)**

- Een procedure beschrijft het gebruik van de spoedkasten. Twee keer per jaar plant de apotheek van het AZ Delta een controle te doen van de stock in de spoedkasten en van de vervaldata. **(AV)** Er zijn ongeveer 0,1 à 1 % naschriften, allemaal door medicatiegebruik uit de spoedkasten. Dit aandeel kan verder gereduceerd en tot nul herleid worden als artsen van op afstand voorschrijven. **(Aanb)**
- Binnen het ziekenhuis wordt niet gewerkt met standaard staande orders. **(AV)**
- De afleverperiodes van medicatie aan de afdelingen werd, sinds de samenwerkingsovereenkomst, teruggebracht naar 7 dagen voor alle afdelingen. **(AV)**
- De apotheker heeft via het elektronisch medicatiebeheersysteem zicht op het volledige medicatieschema van de patiënt tijdens de opname. **(AV)**
OBASI biedt ook de mogelijkheid om de thuismedicatie in te brengen, maar deze toepassing is nog niet in gebruik. De thuismedicatie wordt momenteel bij opname nog niet systematisch genoteerd in het patiëntendossier. **(AV)**
Hierdoor kunnen de apothekers en de andere zorgverleners, in het bijzonder de artsen, relevante informatie missen in het kader van medicamenteuze behandeling en patiëntveiligheid. Het patiëntendossier moet een overzicht bevatten van de medicatie die de patiënt nam voor opname Dit overzicht moet minstens toegankelijk zijn voor de behandelende artsen in het ziekenhuis. **(TK)**
- In dit kader en in het kader van het toepassen van klinische farmacie, is het zinvol om na te gaan of men de apotheker toegang kan verlenen tot bepaalde klinische gegevens in het patiëntendossier (bv. parameters, labo-uitslagen) en of er een specifiek luik in het dossier kan voorzien worden voor interventies van de apotheker (bv. rond aanbevelingen bij bepaalde medicatie en geneesmiddeleninteracties). **(Aanb)**
- De medicatie wordt door de nachtverpleegkundige klaargezet, a.d.h.v. het medicatieschema in het EPD, voor de volgende 24 uur, in een bakje met eenduidige patiëntidentificatie in de medicatiebox. Zowel de controle van de klaargezette medicatie als de (registratie bij) toediening gebeurt door een verpleegkundige. **(AV)**
- Volgende knelpunten werden vastgesteld op afdelingen: **(TK)**
 - hoogrisicomedicatie (HRM) wordt soms samen met andere medicatie bewaard, zonder een specifiek HRM-label;
 - bij controle van de klaargezette medicatie worden alle pillen (geruime tijd voor toediening ontblisterd, waardoor bij effectieve toediening geen identificatie van de medicatie meer mogelijk is (meerdere losse pillen aangetroffen) en fouten in de toediening kunnen gebeuren;
 - op een afdeling werd opgemerkt dat de box met medicatie open en onbeheerd werd achtergelaten.
- Het volledige medicatiegebeuren is beschreven in de nieuwe “procedure geneesmiddelendistributie PCM” alsook in de procedures “temperatuurregistratie koelkasten medicatie en acties bij alarm” en “controle vervaldata medicatie”. Deze bevatten o.a. duidelijke instructies voor controle van de vervaldata van medicatie en voor de controle van de temperatuur van de medicatiekoelkasten in de centrale apotheek, de spoedkasten, op de afdelingen en de leveringsruimte. De temperatuur van de medicatiekoelkasten op de

afdelingen moet elke weekdag manueel geregistreerd worden. Op het betreffende formulier staan duidelijke instructies voor acties die nodig zijn bij afwijkende temperaturen.

De apotheker volgt op systematische wijze de vervaldata en de registraties van de koelkasttemperaturen op. **(AV)**

Bij nazicht van de formulieren voor de temperatuurregistratie van de koelkasten op de afdelingen, werd vastgesteld dat de registraties steeds werden genoteerd tijdens weekdagen, maar dat deze notities niet steeds terug te vinden waren in het weekend. **(TK)**

- Via een steekproef in de apotheek en op de afdelingen werden een aantal medicatieschema's gecontroleerd op: volledigheid voorschrift, validatie, toegankelijkheid voor betrokken zorgverleners, toedieningswijze, reden voor niet-inname, gebruik van "zo nodig"-medicatie, aanduiding stoppen of wijzigen van medicatie. Hierbij ontbrak volgend gezocht aspect: de noodzakelijke tussentijd bij toedienen van "zo nodig"-medicatie was niet steeds aantoonbaar. **(AV)**

Resultaten

- Er is een geneesmiddelenformularium opgesteld voor het ziekenhuis. Bij voorschrift buiten het formularium suggereert het elektronisch voorschrijfsysteem een substituut. De arts kan dit negeren, mits expliciete motivatie in het patiëntendossier. Wanneer deze motivatie ontbreekt, kan de apotheker alsnog een evenwaardig formulariumproduct afleveren.
Ongeveer 15 % van de medicamenten wordt buiten het formularium afgeleverd, dit betreft meestal thuismedicatie. **(AV)**
- Tot 19 juni 2017 werd ongeveer 80 % van de geneesmiddelen aan de afdelingen in unitdosis afgeleverd. **(AV)** Op het moment van de audit zijn er op de afdelingen nog geneesmiddelen aanwezig die niet in unitdosis werden geleverd. Als de huidige medicatiestock van PC Menen is opgebruikt zullen enkel nog geneesmiddelen in unitdosis worden geleverd (100%).

7.3 VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

Situering

- De toepassing van het beleid vrijheidsbeperkende maatregelen werd op verschillende afdelingen getoetst.
- De gesloten crisisafdeling Cura (livingruimte, gang, tuin), het gesloten circuit van afdeling De Kade en alle afzonderingskamers werden bezocht.
- Op de afdelingen De Wierde en Cura werden verschillende patiëntendossiers met afzonderingsregisters gecontroleerd van patiënten die in afzondering verbleven.
- Gedwongen opnames van niet gekende patiënten starten steeds op de crisisafdeling Cura.
- In het ziekenhuis gebeuren zowel afzonderingen in de afzonderingskamers als op de patiëntenkamers.

Beleid en strategie

- Het PC beschikt over een procedure vrijheidsbeperkende maatregelen die geënt is op de visie rond vrijheidsbeperkende maatregelen. De procedure VBM is momenteel in herwerking naar aanleiding van een nieuw referentiekader. De herwerking is het voorwerp van een actieplan dat overkoepelend is voor het ziekenhuis. Hierrond wordt interne bijscholing georganiseerd. De nieuwe procedure zal nog meer de nadruk leggen op preventie, overleg met familie en patiëntverantwoordelijkheid. **(AV)**
- In de huidige procedure zijn de indicaties en de doelstellingen voor het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen opgenomen. Hierbij is duidelijk dat het instellen van vrijheidsbeperkende maatregelen geen eerste keuze is en dat de nadruk ligt op preventieve maatregelen en vroegdetectie. In dit kader wordt ook verwacht dat voor elke patiënt een crisiskaart wordt opgemaakt. Het toezicht en de controle, noodzakelijk bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen, zijn duidelijk beschreven. De correcte uitvoering ervan kon teruggevonden worden in de gecontroleerde dossiers. **(AV)**
- In de procedure staat vermeld dat elke gedwongen opgenomen patiënt steeds eerst wordt opgenomen in de afzonderingskamer. Uit gesprekken blijkt dat dit beleid sinds enige tijd werd gewijzigd en dat er voor elk individu afzonderlijk een risico-inschatting wordt gemaakt en bekeken wordt wat er op het moment van opname het meest aangewezen is, met als uitgangspunt dat het statuut “gedwongen opname” de behandeling van de patiënt niet mag bepalen. **(AV)**
De procedure moet aangepast worden aan de actuele werkwijze **(TK)**
- Bij de procedures rond fixeren en afzonderen van patiënten kunnen volgende verbeterpunten omschreven worden: **(TK)**
 - Het medisch toezicht tijdens afzondering is niet geëxpliciteerd: de tijdsspanne waarbinnen de arts de patiënt dient te onderzoeken, de frequentie van evaluatie door de arts in de afzonderingskamer,
 - In de afzonderingsprocedure is niet vermeld dat men, uit veiligheidsoverwegingen voor de medewerkers, steeds met minstens 2 personen in de afzonderingskamer moet binnen gaan. Uit gesprekken blijkt dat dit wel verwacht wordt. Of er effectief met twee medewerkers wordt binnengegaan in een afzonderingskamer is niet op te maken uit de observatienota's in de ingekeken dossiers.
 - Patiënten die opgenomen zijn op een afdeling waar geen afzonderingskamers voorhanden zijn, worden indien nodig overgebracht naar het gesloten circuit met verhoogd toezicht van de afdeling de Kade of naar een afzonderingskamer op een andere afdeling. Afspraken over het toezicht en het verloop van de transfer zijn niet uitgeschreven in de procedure.
- Een aantal indicatoren op het gebied van vrijheidsbeperkende maatregelen worden opgevolgd o.a.: **(AV)**
 - Het percentage gestarte vrijheidsbeperkende maatregelen in verhouding tot het aantal gerealiseerde ligdagen.
 - Het percentage nominatieve gestarte vrijheidsbeperkende maatregelen in verhouding tot het totaal aantal verschillende behandelde patiënten.
 - Het percentage gestarte vrijheidsbeperkende maatregelen met fixatie in verhouding tot het totaal aantal gestarte vrijheidsbeperkende maatregelen.
 - De duur van de vrijheidsbeperkende maatregelen: cumulatieve percentages ≤ 4 uur en ≥ 24 uur.

Middelen

- Patiënten worden soms gesepareerd op de kamer, hierbij wordt de kamer zo veel mogelijk beveiligd. Deze separaties worden geregistreerd als VBM. **(AV)**. Een separatie op de patiëntenkamer is per definitie nooit veilig zijn en wordt dus best niet toegepast. **(Aanb)**
- Er zijn 6 afzonderingskamers in het ziekenhuis op volgende afdelingen: **(AV)**
 - Cura: 2
 - De Kade: 2
 - De Vliet: 1
 - De Horizon: 1De afzonderingskamers op de Horizon en Cura zijn volledig conform en veilig.
Volgende afzonderingskamers zijn niet veilig: **(TK)**
 - Op De Wierde zijn er roosters aanwezig waaraan de patiënten zich kunnen kwetsen.
 - Op De Kade zijn er porseleinen toiletten aanwezig op de afzonderingskamers, deze zijn breekbaar en met de scherven kan de patiënt zich verwonden.
- Er zijn op de afdelingen geen andere ruimtes, zoals time-out ruimtes of comfortrooms, beschikbaar als alternatief voor de afzonderingskamers. Er zijn wel een aantal initiatieven waarmee met in een aantal gevallen het gebruik van de afzonderingskamer kan vermijden: **(AV)**
 - Op alle opnameafdelingen werd 1 kamer uitgerust met een camera (op Cura en de Waag 2 kamers) met als doelstelling mogelijkheid tot verhoogd toezicht.
 - Op afdeling De Kade is er een gesloten unit onder verhoogd toezicht, waar patiënten van alle afdelingen van het ziekenhuis overdag kunnen opgevangen worden. Ze worden van hieruit begeleid naar therapieën en slapen 's nachts op hun eigen afdeling.

Medewerkers

- De opleiding rond afzondering en fixatie maakt ook deel uit van het opleidingspakket voor nieuwe medewerkers. **(AV)**

Processen

- Elke toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt geregistreerd in het EPD en er is telkens een bespreking in het team en op de vergadering verpleegkundige kwaliteit. **(AV)**
- Er worden trimestrieel en op jaarbasis analyses gemaakt van de verzamelde gegevens m.b.t. afzonderingen, dit zowel ziekenhuisbreed als per zorgdivisie o.a. :**(AV)**
 - aantal afzonderingen/separaties;
 - totale en gemiddelde duur van afzondering;
 - aantal en duurtijd fixaties;
 - medicatiegebruik tijdens afzondering.

- Er zijn verbetermogelijkheden op het vlak van de praktische uitvoering van de afzonderingen: **(TK)**
 - Er is niet bepaald wat precies moet geobserveerd worden tijdens een afzondering, waardoor de notities erg verschillen van casus tot casus. Soms staat er enkel “slaapt” en soms is er een uitvoerige beschrijving van gedrag en fysieke elementen.
 - Het is uit de notities op de toezichtschema’s niet uit te maken of het toezicht gebeurde door visuele controle door het raampje van de deur, via cameratoezicht of door binnen te gaan.
 - Uit gesprek blijkt dat elke dag, ook in het weekend, de patiënten opgenomen in, de afzonderingskamers, gezien worden door een arts. Dit kon aangetoond worden tijdens de week maar niet tijdens het weekend.
 - In de zorgdossiers kon aangetoond worden dat er toezicht is op de patiënt om het uur of om het half uur in risicosituaties, zoals voorgeschreven in de procedure. Slechts in 1 van de 3 dossiers kon aangetoond worden dat er tijdens dit toezicht ook een controle van de vitale parameters gebeurde. Volgens de procedure vrijheidsbeperkende maatregelen moet de patiënt die gefixeerd of afgezonderd wordt een verhoogd toezicht krijgen op vlak van ademhaling, hygiëne, ontlasting, voeding en mobiliteit. Deze parameters moeten dagelijks in het dossiers genoteerd worden.

Resultaten

- Volgende cijfers werden voorgelegd: **(AV)**
(Het ziekenhuis geeft aan dat er registratiefouten werden ontdekt en dat hierrond een verbeteractie werd opgezet).

Afdeling	Afzonderingen	Separaties
Cura	128	2
De Kade	28	18
De Vliet	2	1
De Wierde	14	8
De Horizon	42	5
De Waag	9	2
Totaal	223	36

7.4 AGRESSIEBELEID

Situering

- De toepassing van het agressiebeleid werd op verschillende afdelingen getoetst.

Beleid en strategie

- De procedure interventie bij agressie (herzien maart 2017), het document rond dwangbehandeling / dwangmedicatie en de teksten OMA (omgaan met agressie) patiëntenzorg en niet-patiëntenzorg

beschrijven het agressiebeleid van het ziekenhuis. Hierbij geven de OMA-teksten een volledig overzicht van alle aspecten van agressie. **(AV)**

- Daarnaast is er een procedure rond aangifte van agressie-incidenten die vallen binnen het kader van ziekenhuiscriminaliteit. Iets minder dan de helft van de gevallen, die beschouwd worden als ziekenhuiscriminaliteit (bij materiële en/of fysieke schade) worden aangegeven aan de politie. De patiënt wordt hiervan op de hoogte gebracht.
De agressiegevallen die niet beschouwd worden als ziekenhuiscriminaliteit worden niet geregistreerd, tenzij deze een vrijheidsbeperkende maatregel tot gevolg hebben en dan als dusdanig opgetekend worden in het zorgdossier. **(AV)**
Op die manier kunnen belangrijke gegevens en daaruit volgende leerprocessen verloren gaan. **(TK)**
Het is in de toekomst de bedoeling de “gewone” incidentmeldingen door te geven aan de kwaliteitscoördinator, die deze zal opvolgen.

Processen

- In het kader van agressiepreventie werd recent het gebruik van crisiskaarten ingevoerd op alle zorgdivisies voor alle patiënten. **(SP)**
- Deze crisiskaart is een beknopte versie van een vroegsignaleringsplan. De crisiskaart is in het bezit van de patiënt (in zakformaat) en vermeldt o.a.
 - Een aantal persoonlijke gegevens
 - Wat is een crisis voor mij?
 - Risicosituaties
 - Wat kondigt een crisis aan (gedachten, gedrag, emoties, lichamelijke gewaarwordingen)?
 - Hoe handelen ter voorkoming van een crisis: door ikzelf, door anderen?
 - Hoe handelen bij een crisis: door ikzelf, door anderen?

Medewerkers

- Alle teamleden van de verschillende zorgdivisies moeten verplicht om de 2 jaar de OMA-opleiding volgen. 5 van de 7 zorgdivisies kregen deze opleiding in 2016. **(AV)**

Resultaten

- Er kon geen analyse van agressie-incidenten aangetoond worden in 2016. **(TK)** De laatste analyse van een agressie-incident is terug te vinden in het jaarrapport van 2015 in het kader van “samenwerkingsproject ziekenhuiscriminaliteit”. **(AV)**

7.5 SUÏCIDEBELEID

Beleid en strategie

- De recent ontwikkelde procedure rond suïcidebeleid kwam tot stand met de inbreng van de artsen en de andere disciplines van PCM. **(AV)**
- De richtlijnen zijn gebaseerd op de VLESP-richtlijnen in relatie tot de praktijk op de werkvloer. **(AV)**

Middelen

- Bij opname wordt het suïcidaal risico ingeschat door de verpleegkundige, de maatschappelijk werker en de psycholoog tijdens het opnamegesprek.
De neerslag hiervan is terug te vinden bij “reden opname” en in de dagelijkse observaties met als titel “opvolgen suïcidaal gedrag/suïciderisicotaxatie”. Dit maakt dat het zeer vlot terug te vinden is in het dossier en uniform is voor het volledige ziekenhuis. **(AV)**
- Aan iedere patiënt wordt een code (0 tot 3) toegekend; daarnaast moet ook de motivatie voor de toekenning van deze code genoteerd worden. **(AV)**
- Maandelijks is er een herziening van de suïciderisicotaxatie vermeldt onder “aandachtspunten” in het dossier, met de reden waarom er al dan niet een wijziging van de taxatie is. Een neerslag van de vragen die maandelijks door de verpleegkundige werden afgenomen is terug te vinden onder “interdisciplinair / suïcidepreventie en opvolging”. **(SP)**
- Bij ontslag is er terugkoppeling van deze suïciderisicotaxatie aan de huisarts via de ontslagbrief. **(AV)**
- Uit gesprekken met verpleegkundigen en psychologen en nazicht van dossiers blijkt dat de procedure geïmplementeerd is. **(AV)**

Medewerkers

- Er heeft een opleiding plaatsgehad over het suïcidebeleid door het therapeutisch beleidsteam in elke divisie in mei 2017. **(AV)**

Resultaten

- Er gebeurden 18 meldingen van suïcidepogingen via het incidentmeldsysteem in 2016. Dit hoge aantal meldingen is te verklaren door meerdere pogingen door eenzelfde patiënt, die telkens werden geregistreerd. **(AV)**

7.6 PATIENTENRECHTEN, OMBUDSFUNCTIE EN KLACHTENMANAGEMENT

- In PC Menen zijn zowel een interne als een externe ombudspersoon actief.
De interne ombudspersoon bekleedt deze functie sinds maart 2017 en is verpleegkundige met Master Verpleging optie Gezondheidsvoorlichting en -bevordering van opleiding. **(AV)** Zij volgde tot heden geen

relevante bijscholingen. **(Aanb)** Per week besteedt zij ongeveer 3 à 4 uur aan de ombudsfunctie, maar dit is zeer wisselend. De rest van haar voltijdse job vervult ze als stafmedewerker kwaliteit en zorg, waarbij ze instaat voor analyse van cijfergegevens, uitwerken van zorgpaden, ... **(AV)**

De externe ombudspersoon is in dienst van het Overlegplatform GGZ West-Vlaanderen. Hij werkt sinds 2015 als ombudspersoon voor het PC Menen en heeft geen vast spreekuur in het ziekenhuis. Hij is gemiddeld twee à drie keer per maand aanwezig in het ziekenhuis nadat hij gecontacteerd werd i.v.m. een klacht. **(AV)**

We bevelen aan de externe ombudspersoon ook op te nemen in het organogram, waarbij de onafhankelijkheid van de organisatie duidelijk wordt gevisualiseerd. **(Aanb)**

- Informatie aan patiënten over de patiëntenrechten en over de ombudsdienst verloopt via verschillende kanalen: **(AV)**
 - op de website staan de contactgegevens van de interne en externe ombudspersonen vermeld;
 - in de onthaalbrochure (die elke patiënt bij opname krijgt) staan de contactgegevens van beide ombudspersonen;
 - de externe ombudspersoon heeft ook een eigen folder waarop zijn contactgegevens staan vermeld;
 - op het patiënt-intranet staan de contactgegevens van beide ombudspersonen;
 - de brochures “Wet rechten van de patiënt” (uitgegeven door de federale overheid) worden niet standaard uitgedeeld, maar zijn op verschillende plaatsen in het ziekenhuis ter beschikking;
 - aanbeveling om op de website en het patiënt-intranet ook te verwijzen naar de patiëntenrechten (www.patiëntenrechten.be); **(Aanb)**
 - op iedere zorgdivisie hangt een affiche i.v.m. de ombudspersonen;
 - de interne ombudspersoon heeft bij haar indiensttreding (maart 2017) een kennismakingsronde gedaan op de afdelingen en zich voorgesteld op de patiëntenraad (De Vliet);
 - aanbeveling om systematisch informatiesessies aan de patiënten op de zorgdivisies (zeker op de gesloten afdelingen) te organiseren over de patiëntenrechten en de ombudsfunctie; **(Aanb)**
 - de folder “ Van gedwongen opname tot nazorg” wordt op de afdelingen (*De Vliet*) met gedwongen opgenomen patiënten overlopen wanneer patiënten hier klaar voor zijn.
- Een toelichting over patiëntenrechten en ombudsfunctie aan de medewerkers van het ziekenhuis is een vast onderdeel van de inscholing van nieuwe medewerkers. **(AV)** Aanbeveling om dit frequent te organiseren voor alle medewerkers. **(Aanb)**
- De klachtenprocedure uit de onthaalbrochure voor patiënten en familie kent volgende verbetermogelijkheden: **(TK)**
 - In de klachtenprocedure die vermeld staat in de onthaalbrochure voor patiënten en familie zit een “Klachtenbrief” waarbij men opmerkingen kan aankruisen alsook opmerkingen of suggesties kan noteren. Deze brief is ondertekend door de directie en moet worden afgegeven aan de verpleegkundige. Aanbeveling om drempelverlagend te werken en “de directie” te verwijderen. **(Aanb)**
 - Er is geen postbus in het PC Menen voor de ombudspersoon. **(TK)** De postbus dient dan geleidigd te worden door een ombudspersoon.

- In deze klachtenprocedure staat ook vermeld dat men eerst bij elke medewerker van het ziekenhuis terecht kan met zijn klacht. Indien er dan geen oplossing werd gevonden kan men zich wenden tot de interne ombudsdienst en in naam van de patiënt kan men ook bij de externe ombudsdienst terecht. Het moet voor patiënten duidelijk zijn dat klachten ook te allen tijde rechtstreeks zowel bij de interne als de externe ombudspersoon gemeld kunnen worden.
- Op het patiënt-intranet kunnen patiënten hun ongenoegen uiten via de knop “Ben nie content“ . Deze mail (die ook anoniem kan) komt dan bij de interne of externe ombudspersoon terecht. Er wordt geen ontvangstmelding gestuurd noch een termijn waarop de klacht zal behandeld of afgehandeld worden.
- In de klachtprocedure staat ook nergens een afhandelingstermijn vermeld. **(Aanb)**
- Geen van beide ombudspersonen hebben een eigen gespreksruimte ter beschikking. **(TK)** Elk gesprekslokaal / vergaderzaal in de voorziening kan gebruikt worden (mits reservatie). **(AV)**
- Tot 2015 werd er door de vorige interne ombudspersoon naast een beknopt jaarverslag dat werd opgestuurd naar de Raad van Bestuur, ook een uitgebreid jaarverslag opgemaakt, met een geanonimiseerd overzicht van het aantal klachten, het voorwerp van de klachten, het eventuele resultaat, en aanbevelingen ter voorkoming van de herhaling van bepaalde klachten. Dit uitgebreid jaarverslag werd opgestuurd naar de directie en hoofddarts. **(AV)**

Van 2016 werd door de vorige ombudspersoon enkel een beknopt jaarverslag opgemaakt. Jaarlijks moet een verslag opgemaakt worden door de ombudsperso(o)n(en) met een geanonimiseerd overzicht van het aantal klachten, het voorwerp van de klachten en het eventuele resultaat. Het verslag bevat ook aanbevelingen met betrekking tot de klachtenprocedure en werking van de ombudsfunctie en aanbevelingen ter voorkoming van herhaling van tekortkomingen die aanleiding kunnen geven tot klachten. De nieuwe interne ombudspersoon moet vanaf 2017 terug een uitgebreid jaarverslag, dat voldoet aan de wettelijke vereisten, opmaken. **(NC)**

- De externe ombudspersoon maakt ook een jaarverslag op dat hij aan de algemeen directeur, de directeur patiëntenzorg en de interne ombudspersoon bezorgt.
Op het directiecomité (juni 2017) werd het jaarverslag door de externe ombudsdienst, in aanwezigheid van de interne ombudsdienst, voorgesteld. **(AV)** Verder is er geen gestructureerd overleg m.b.t. verbetermogelijkheden tussen de ombudspersonen (tevens kwaliteitscoördinator) en de directie. **(TK)** Ad hoc en telefonisch contact tussen de ombudspersonen is er wel. **(AV)**
- De resultaten van de patiëntenbevragingen (bv. tevredenheidsvragenlijsten) komen terecht bij de interne ombudspersoon. **(AV)**
- Aanvragen voor inzage in het dossier kunnen gesteld worden bij verschillende zorgverleners van het ziekenhuis. De beoordeling en de uitvoering van het inzagerecht valt onder de verantwoordelijkheid en bevoegdheid van de behandelend geneesheer van de betrokken patiënt. Er is hier een vastgelegde procedure voor.
Afschriften van het dossier kosten 0,10 € met een maximum van 25 €. In 2017 werd tot op het moment van de inspectie 1 afschrift gevraagd. **(AV)**
- Een aantal procedures ontbreken: **(TK)**

- een procedure “ontslag tegen medisch advies”;
- een procedure “second opinion / vrije keuze beroepsbeoefenaar”.

8 RESULTATEN

8.1 TOEGANKELIJKHEID

- Het PC Menen omvat diverse zorgdivisies en diensten, waar volwassenen en ouderen met psychiatrische problemen terecht kunnen: **(AV)**
 - Cura (10 bedden) biedt een residentiële behandeling aan patiënten die omwille van een acute psychiatrische crisissituatie, al dan niet onder gedwongen statuut, een gesloten unit met intensief toezicht nodig hebben. Het gaat dus om ongeplande, dringende opnames omwille van crisissituaties.
 - De Waag (20 bedden) biedt tijdens de acute fase opvang en behandeling aan patiënten met een angst- en stemmingsstoornis en aan patiënten met een psychotische stoornis. De opname duurt in principe 3 maanden.
 - De Kade (20 bedden) richt zich tot patiënten met een persoonlijkheidsstoornis en/of een verslavingsproblematiek (geen primaire drugproblematiek) in een acute fase.
- Daarnaast is er ook een deel voortgezette/vervolgbehandeling in De Kade (10 bedden).
 - Het multidisciplinair team van De Vliet (25 bedden) is gespecialiseerd in de behandeling van patiënten met een psychotische kwetsbaarheid, al dan niet met bijkomende psychiatrische kwetsbaarheden.
 - De Wierde (25 bedden) biedt opvang aan patiënten met een niet-aangeboren hersenafwijking (NAH) (o.a. syndroom van Korsakov), of aan mensen met psychotische stoornissen met aanhoudend acute (persisterende) symptomen.
 - Op de Horizon (30 bedden) kunnen patiënten terecht die op latere leeftijd (vanaf 60 jaar) geconfronteerd worden met psychisch lijden of patiënten die reeds lange tijd een psychische problematiek hebben en die 60 jaar zijn geworden (20 bedden).
 - Patiënten die overdag over voldoende zelfstandigheid beschikken maar 's avonds nog een therapeutische of ondersteunende omkadering behoeven, kunnen terecht in de nachtkliniek.
 - De dagbehandeling in de Pendel geeft de mogelijkheid om intensief te werken aan psychische, sociale en relationele problemen, terwijl men in contact blijft met zijn eigen omgeving: gezin, familie, vrienden en buurt. Er wordt therapie gevolgd tijdens de werkuren.
 - Na ontslag van de patiënt worden verschillende vormen van nazorg aangeboden zoals behandeling, begeleiding, activering en ontmoeting. (zie onder 8.4)
- Het ziekenhuis kiest er voor om een heel open opnamebeleid te hanteren waarbij bijna alle mensen terecht kunnen voor een behandeling. Indien tijdens de behandeling beperkingen worden ervaren, zoals bv. een taalbarrière, dan zal samen met de patiënt gezocht worden naar alternatieven intern of extern. **(SP)**
- De enige exclusiecriteria die worden gehanteerd zijn: **(AV)**
 - Primaire drugverslaving (omwille van onvoldoende kennis en behandel mogelijkheden binnen het ziekenhuis).
 - Seksueel delinquenten.

- Mentale handicap.
- Geïnterneerden met een medium en high security profiel.
- Men heeft zicht op de actuele wachttijden voor de verschillende zorgdivisies via het dashboard. Op het moment van inspectie heeft men nog geen zicht op de gemiddelde wachttijden per zorgdivisie: dit kan via het huidige programma niet berekend worden. De wachttijden wisselen sterk tussen de verschillende zorgdivisies en de daarmee verbonden doelgroepen. **(AV)**
- Er wordt voorrang gegeven aan gedwongen opnames, crisisopvang en internering. **(AV)**
- De sociale dienst brengt, bij opname, de financiële situatie van de patiënt in kaart om, indien nodig, vlug te anticiperen op betalingsmoeilijkheden. **(AV)**
- Het ziekenhuis beschrijft volgende mogelijkheden bij vermoeden van betalingsproblemen: **(AV)**
 - Inkomen in orde brengen en nakijken of dit maximaal is.
 - Nakijken of er recht is op verhoogde tegemoetkoming bij het ziekenfonds zodat ziekenhuisfacturen beperkter zijn (code gerechtigde).
 - Afbetalingsplannen zijn een mogelijkheid, maar probeert men te vermijden.
 - Budgetbegeleiding installeren of doorverwijzen naar diensten voor hulp.
 - Aanvraag bewindvoering wanneer er ingeschat wordt dat patiënt niet in de mogelijkheid is zijn geld te beheren omwille van zijn problematiek.
 - Tussenkomen in ziekenhuisfacturen aanvragen bij OCMW indien de kosten hoger zijn dan het inkomen (uitzonderlijk).
- Er bestaat sinds een aantal jaar een samenwerking met de lagere scholen van de regio. Vanuit de werkgroep beeldvorming worden in het kader van destigmatisering van psychische aandoeningen, jaarlijks workshops georganiseerd voor de leerlingen van het 5^{de} leerjaar. Dit jaar namen hier 15 klassen aan deel. **(SP)**

8.2 TEVREDENHEID PATIËNTEN EN MEDEWERKERS

8.2.1. Tevredenheid patiënten

- Binnen het ziekenhuis wordt de patiëntentevredenheid op verschillende manieren in kaart gebracht: **(AV)**
 - In mei 2017 werd ziekenhuisbreed deelgenomen aan de Vlaamse Patiënten Peiling VIP². De resultaten werden recent bekend gemaakt aan het ziekenhuis.
 - Op een aantal afdelingen worden patiëntenpeilingen gedaan.
 - Afdeling de Pendel heeft het therapieschema bevestigd en het kritisch herbekeken en bijgesteld vanuit deze resultaten.
 - Afdeling de Kade deed in 2016 een meting i.v.m. de zorgprogramma's.
 - Afdeling Cura plant een patiënttevredenheidsmeting in september 2017.

8.2.2. Tevredenheid medewerkers

- De medewerkerstevredenheid wordt op verschillende manieren in kaart gebracht: **(AV)**
 - De laatste medewerkerstevredenheidsenquête gebeurde in 2014 door de personeelsdienst in samenwerking met BING. Deze meting leidde tot aantoonbare en concrete verbeteracties, die terug te vinden zijn in de verbeterplannen van de verschillende zorgdivisies en/of afdelingen.

Op basis van de resultaten van deze medewerkerstevredenheidsenquête werd in 2015 een reorganisatie doorgevoerd, mede omwille van de grote ontevredenheid van de medewerkers op de verschillende afdelingen. De volgende meting is gepland in 2018 **(AV)**
 - Omdat het ziekenhuis wil streven naar optimale veiligheid, gezondheid en welzijn binnen de organisatie en zo wil bekomen dat de medewerkers zich goed voelen op het werk en er “wél willen en kunnen zijn” werd een algemeen “wél-zijnsbeleid” uitgewerkt. Dit resulteerde in een ziekteverzuimbeleid dat werd uitgewerkt door een stuurgroep met medewerkers van alle niveaus van het ziekenhuis. Leidinggevenden kregen hiervoor opleidingen (o.a. voeren van verzuimgesprekken) van de externe arbeidsgeneeskundige dienst. Op de afdelingen werd het beleid toegelicht door medewerkers van de personeelsdienst. Jaarlijks wordt het absentieismerapport grondig uitgediept en voorgelegd op het directiecomité en de ondernemingsraad. **(SP)**
 - Naast aandacht voor re-integratie van medewerkers na langdurige ziekte volgt het ziekenhuis indicatoren op zoals uren vorming, vaccinatiegraad, ziekteverzuim, personeelsverloop, leeftijd, arbeidsongeschiktheid, ...
 - Tevens is er aandacht voor belonen en waarderen van medewerkers (flexibel work/life balance, promotie van duurzame mobiliteit, teambuildingsactiviteiten, gratis griepvaccin, nieuwjaarsgeschenk,...).
 - Er wordt veel tijd en energie geïnvesteerd in samenwerkings- en evaluatiegesprekken, loopbaangesprekken,waarbij de medewerkerstevredenheid ook actief wordt bevraagd.

8.3 PATIËNT-/FAMILIEGEORIËNTEERDE ZORG

- Vanuit het herstelgerichte gedachtengoed, worden in de organisatie heel veel initiatieven genomen om patiëntgericht te werken. **(SP)** Hieronder enkele voorbeelden:
 - Patiëntenparticipatie (met verslaggeving) krijgt veel aandacht op afdelingsniveau o.a.:
 - Op De Kade is er tweewekelijks een patiëntparticipatieraad onder wisselend voorzitterschap van een patiënt die door de andere patiënten wordt aangeduid.
 - Op De Waag is er de dagelijkse babbelbox, waarin zowel organisatorische als beleidsmatige onderwerpen aan bod komen.
 - Op De Horizon is er een ideeënbus.
 - Op De Wierde is er de dagelijkse dagopening waar patiënten hun mening, bezorgdheden, wensen en vragen kunnen uiten. Wekelijks is er een patiëntenraad en een weeksluiting.
 - Tijdens de weekopening of weekafsluiting wordt de voorbije week geëvalueerd. De bijeenkomsten verlopen aan de hand van een gestructureerde leidraad.

- Er gaat veel aandacht uit naar psycho-educatie van patiënten. Bv.: op de polikliniek worden maandelijks (psycho-educatieve) infosessies georganiseerd o.a. rond volgende onderwerpen: slaap, psychose, verslaving, rouw. Deze staan open voor alle patiënten en familieleden van het PCM.
 - Tijdens de inspectie viel op hoeveel aandacht wordt besteed aan een goede en menselijke bejegening van patiënten.
 - Op het dagziekenhuis De Pendel krijgt elke patiënt een toegewezen verpleegkundige (dit is afhankelijk van de groep waarin de patiënt zit), maar daarnaast kan elke patiënt ook zelf een persoonlijke begeleider kiezen als vertrouwenspersoon (hiermee zal de patiënt o.a. zijn hulpvragen formuleren en op regelmatige basis evalueren).
 - Op een aantal afdelingen zijn patiënten aanwezig bij hun behandelplanbespreking tijdens het multidisciplinair overleg. Waar dit niet het geval is, wordt de patiënt op andere manieren nauw betrokken bij de voorbereiding van dit overleg.
 - Er zijn diverse voorbeelden te vinden van behandelplannen die sterk vertrekken vanuit het perspectief van de patiënt, en waarbij diens hulpvraag en doelstellingen richtinggevend zijn voor de behandeling.
 - Individuele therapieschema's worden opgemaakt in samenspraak met de patiënt vanuit een ruim aanbod aan keuzemogelijkheden (o.a. op de Vliet en de Kade). Hierbij worden patiënten duidelijk ingelicht over de doelstellingen en inhoud van de aangeboden therapieën d.m.v. fiches en een 8-wekelijkse therapiebeurs op afdeling De Vliet.
- Er werd recent gestart met een aantal nieuwe initiatieven: **(AV)**
 - Beeldbellen in de mobiele teams: bijkomend aan de behandeling kunnen patiënten ook online gesprekken voeren en ondersteund worden door de hulpverleners
 - Onlinehulpverlening: 3 medewerkers binnen het ziekenhuis hebben hierrond een opleiding gevolgd. Men wil ondersteunende, evidenced based apps inzetten, als aanvulling op de reeds bestaande en aangeboden therapieën. (bv. online dagboek, app die personen die automutileren afleidt waardoor minder neiging tot automutilatie)
- Zelf geeft het ziekenhuis aan dat er nog veel groeimarge is in het betrekken van familie; men wil daar de komende jaren veel aandacht aan besteden. Toch zijn er reeds diverse voorbeelden van familiegericht werken te vinden, zoals hieronder geïllustreerd. **(AV)**
 - Er is een ziekenhuisbrede onthaalbrochure voor de familie.
 - Bij de opmaak of het gebruik van een signaalplan of crisiskaart, waarin naar familie wordt verwezen, wordt de familie of context gecontacteerd hieromtrent.
 - Tijdens opnamegesprekken met de maatschappelijk werker wordt de familiale context van de patiënt (met toekomstmogelijkheden op dit gebied) in kaart gebracht en mits toestemming van de patiënt wordt contact genomen met de context.
 - Bij het eerste contact met de familie zijn er twee doelstellingen:
 - het bekomen van informatie omtrent de leefsituatie en voorgeschiedenis van de patiënt.
 - uitleg geven over het PCM en de aangeboden behandelingen.
 - Op de afdelingen de Horizon en de Vliet wordt jaarlijks een familienamiddag georganiseerd in samenwerking met Similes.

- Recent werd op zorgdivisie de Vliet de tekst “Familie als partner in de GGZ, een praktische gids voor zorgverleners” van werkenmetfamilies.be gelezen door alle teamleden. Met deze tekst als uitgangspunt willen ze de familie en context nog beter betrekken bij de behandeling.
- Ook na ontslag kan het netwerk van de patiënt nog een beroep doen op de maatschappelijk werkers van het ziekenhuis.
- Evaluatie van de gebruiker (perceptie van cliënt, patiënt, familie, verwijzer, maatschappij) kan gebeuren via het patiëntenintranet. Het is de bedoeling om op termijn een exit-bevraging te organiseren via dit patiëntenintranet. **(AV)** Patiënten werden uitgenodigd om dit intranet mee vorm te geven. **(SP)**

8.4 CONTINUÏTEIT VAN ZORG

- De zorgprogramma’s voor de verschillende doelgroepen (o.a. stemmingsstoornissen, psychosen) worden tussen de verschillende zorgdivisies volledig op elkaar afgestemd (bv. zelfde benaming van (vervolg)therapieën op de verschillende zorgdivisies). Op die manier wil men ervoor zorgen dat patiënten naadloos kunnen overgaan van een acute behandel eenheid naar een vervolgbehandel eenheid. **(AV)**
- Voor somatische zorg kunnen de patiënten kiezen voor de huisarts die verbonden is aan het ziekenhuis of voor hun eigen huisarts. **(AV)** Dit laatste is zeer belangrijk in het kader van continuïteit van zorg en werkt bevorderend voor de afstemming tussen huisarts en psychiater. **(SP)**
- Het ziekenhuis werkt mee aan gegevensuitwisseling via CoZo (het collaboratief zorgplatform). Hierdoor is er snelle en beveiligde elektronische uitwisseling van gezondheidsgegevens mogelijk tussen de verschillende behandelende artsen van de patiënt. **(AV)**
- Indien blijkt dat meerdere partners betrokken zijn bij de zorg van de patiënt en dat het vormen van een uitgebreid netwerk een noodzakelijke voorwaarde zal zijn voor ontslag dan kan men de patiënt includeren binnen het ontslagmanagement van het ziekenhuis. Deze zal een coördinerende rol spelen tussen de verschillende partners om de slaagkansen op resocialisatie van de patiënt zo groot mogelijk te maken. **(AV)**
- Bij sommige patiënten wordt outreachende zorg verleend vanuit de intramurale zorgdivisie van het PCM. Hierbij verleent een zorgverlener van de zorgdivisie waar de patiënt was opgenomen kortdurende vervolgzorg op verplaatsing (o.a. aan huis, in een werkplaats, op school of in een specifieke woonvorm). Dit o.a. om vanuit een vertrouwensrelatie de stap naar ontslag gemakkelijker te maken en/of om de nabije omgeving van de patiënt te ondersteunen. **(SP)**
- “De brug” is een nazorgmodule die is opgericht binnen het ziekenhuis, waar patiënten terecht kunnen voor het toedienen van depotpreparaten. **(AV)**
- Om de therapietrouw te bevorderen krijgen de patiënten een reminder voor de afspraak via SMS. Omdat er vaak een observatieperiode van 3 uur noodzakelijk is voor bepaalde depotmedicatie wordt ook een koffiemoment voorzien waar patiënten (lotgenoten) ook onderling van gedachten kunnen wisselen. **(SP)**

- Het ziekenhuis voorziet ook 2 BOR (bed op recept) -plaatsen op afdeling de Kade om gekende patiënten kort terug op te nemen o.a. om het netwerk even te ontlasten. **(AV)**
- Het ziekenhuis werkt mee aan het project van het netwerk “praatkaffee balans”. Dit project biedt ondersteuning aan familieleden van bepaalde doelgroepen. **(AV)**
- Op afdeling de Horizon is er een liaisonfunctie voor 60+ uitgebouwd, waarop o.a. huisartsen en thuiszorgdiensten een beroep kunnen doen om zo heropnames te vermijden. **(SP)**