

DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

T 02 553 34 34

F 02 553 34 35

contact@zorginspectie.be

AUDITVERSLAG

INSPECTIEPUNT

Naam	Kliniek St.-Jozef, Centrum voor Psychiatrie en Psychotherapie
Adres	Boterstraat 6, 8740 Pittem
Telefoon	051/46 70 41
E-mail	info@sjp.be
Website	http://www.sintjozefpittem.be/
Erkenningsnummer	E901

INRICHTENDE MACHT

Naam	PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS SINT-JOZEF
Juridische vorm	vzw
Adres	Boterstraat 6, 8740 Pittem
Telefoon	051/46 70 41
Voorzitter	Paul Callebert
E-mail	info@sjp.be

UITBATINGSPLAATS

Naam	Kliniek St.-Jozef, Centrum voor Psychiatrie en Psychotherapie
Adres	Boterstraat 6, 8740 Pittem

OPDRACHT

Nummer	O-2018-XMVC-0099
Datum	09/05/2018
Inspecteurs	Koenraad Fierens (hoofdauditor) Veerle Meeus (auditor) Jimmy Swalens (auditor)

VERSLAG

Nummer	V-2018-KOFI-0011
Datum	25/10/2018

INSPECTIEBEZOEK

Soort	Aangekondigd bezoek op 12/10/2018 en op 18/10/2018
Gesprekspartners	Zie 1.2

INHOUD

1	Inleiding	3
1.1	Toepassingsgebieden en definities.....	3
1.2	Auditproces.....	4
1.3	Samenstelling van het auditteam	5
1.4	Auditplan	6
2	Situering van de voorziening	7
2.1	Directiecomité	7
2.2	Erkenningsituatie en machtiging gedwongen opname.....	7
2.3	Organisatie van de zorg	7
2.4	Historische en geografische situering.....	8
3	Leiderschap	10
3.1	Beleidsorganen	10
3.2	Organisatiestructuur	11
4	Beleid en strategie.....	13
4.1	Algemeen beleid	13
4.2	Medisch en therapeutisch beleid	16
4.3	Lerende omgeving	18
4.4	Samenwerking	22
5	Middelen.....	23
5.1	Infrastructuur.....	23
5.2	Patiëntendossier	23
6	Medewerkers	25
6.1	Personeelsbeleid.....	25
6.2	Vorming, training en opleiding (VTO)	29
6.3	Bestaffing.....	30
7	Processen	31
7.1	Procedurebeheer	31
7.2	Medicatie distributie	31
7.3	Vrijheidsbeperkende maatregelen, agressiebeleid, suïcidebeleid	37
7.4	Patiëntenrechten, ombudsfunctie en klachtenmanagement.....	42
7.5	Inzet van ervaringsdeskundigen	44
8	Resultaten	46
8.1	Toegankelijkheid.....	46
8.2	Patiëntbetrokkenheid en patiëntgeoriënteerde zorg.....	46
8.3	Betrokkenheid van naasten	47
8.4	Continuïteit van zorg	48

1 INLEIDING

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

Het ontwerpverslag 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 20/12/2018 om 10u in lokaal B2.109 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 (erkenningnormen, kwaliteitsdecreet), maar anderzijds ook op evidence based richtlijnen of andere (inter)nationale richtlijnen m.b.t. het betreffende zorgdomein.

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

Algemene vaststellingen (AV)

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

Non-conformiteiten (NC) en tekortkomingen (TK)

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

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

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

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

Sterke Punten (SP)

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

Aanbevelingen (Aanb)

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

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

De auditoren baseren zich hierbij op het referentiekader voor psychiatrische ziekenhuizen, dat bekend gemaakt werd aan het ziekenhuis en te vinden is op <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Procedures/Ziekenhuizen/Inspectie-en-audit-van-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 zelfevaluatie-instrumenten die door Zorginspectie werden ontwikkeld. Het ziekenhuis heeft zelfevaluaties gemaakt voor volgende thema's: algemeen beleid, medisch beleid, therapeutisch beleid, personeelsbeleid, lerende omgeving, vrijheidsbeperkende maatregelen, 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 26 uren interview en rondgang georganiseerd. Tijdens de interviews waren er gesprekken met 4 directieleden, 3 stafleden (waaronder de projectcoördinator kwaliteit en de interne ombudspersoon), 2 ervaringsdeskundigen, 2 patiënten, de externe ombudspersoon, 11 verpleegkundigen waarvan 6 hoofdverpleegkundigen/afdelingshoofden, 2 artsen, 1 apotheker, 1 apothekassistente en 4 psychologen.

Volgende afdelingen werden tijdens de audit bezocht:

- Eenheid psychosociale revalidatie / kortverblijf volwassenen
- Eenheid jongvolwassenen / jeugd kortverblijf
- Eenheid ouderenzorg
- Eenheid psychosezorg
- Eenheid angst- stemming- en persoonlijkheidsproblemen
- Eenheid ontwenning

De vaststellingen in het auditverslag zijn gebaseerd op informatie uit de geraadpleegde documenten, op informatie verkregen tijdens de interviews, op observaties tijdens de rondgang van diensten en op steekproeven (van bv. patiëntendossiers, medicatievoorschriften, registratiegegevens).

1.3 SAMENSTELLING VAN HET AUDITTEAM

Koenraad Fierens	Hoofdauditor
Veerle Meeus	Auditor
Jimmy Swalens	Auditor

1.4 AUDITPLAN

VRIJDAG 12 OKTOBER 2018			
	Koenraad Fierens	Veerle Meeus	Jimmy Swalens
9u00 – 10u00	Voorstelling door auditteam (15') en voorstelling door ziekenhuis (45')		
10u00 – 11u00	Medisch beleid	Afdelingsbezoeken	Afdelingsbezoek
11u00 – 12u00	Afdelingsbezoek		Ombudsfunctie en patiëntenrechten
12u00 – 13u00	Middagmaal + overleg auditoren (auditoren alleen)		
13u00 – 15u00	Afdelingsbezoek	Medicatiebeleid	Kwaliteitsbeleid + resultaten van klanten en medewerkers

DONDERDAG 18 OKTOBER 2018			
	Koenraad Fierens	Veerle Meeus	Jimmy Swalens
9u00 – 11u00	Therapeutisch beleid	Afdelingsbezoek	Afdelingsbezoek
11u00 – 13u00	Algemeen beleid	Personeelsbeleid	Vrijheidsbeperkende maatregelen, suicidebeleid, agressiebeleid
13u00 – 14u30	Middagmaal + overleg auditoren (auditoren alleen)		
14u30 – 15u15	Afrondend gesprek (met directieleden/stafmedewerkers)		

2 SITUERING VAN DE VOORZIENING

2.1 DIRECTIECOMITÉ

Algemeen directeur	Filip Deboutte
Directeur patiëntenzorg	Eddy Deproost
Directeur facilitaire diensten	Griet Tytgat
Hoofddarts	Dr. Geert Everaert
Directeur administratie	Joris Veys

2.2 ERKENNINGSSITUATIE EN MACHTIGING GEDWONGEN OPNAME

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

A	a(d)	a(n)	T	t(d)	t(n)	K	k(d)	k(n)	totaal
90	5	5	60	5	5	20	1	6	197

+ functie ziekenhuisapotheek.

- In het kader van het plaatselijke project Artikel 107 zijn 15 T bedden, 5 t(n) plaatsen en 4 a(n) plaatsen (inbegrepen in bovenstaande cijfers) gedeactiveerd.
- Bovenop de erkende bedden baat het ziekenhuis geen bedden uit met federale projectfinanciering.
- Het ziekenhuis heeft geen machtiging voor gedwongen opname.

2.3 ORGANISATIE VAN DE ZORG

Het aanbod van het ziekenhuis bestaat uit 4 (semi)residentiële zorgprogramma's die verdeeld zijn per doelgroep, telkens met 1 of meerdere afdelingen:

- Jeugd
 - eenheid behandeling
 - eenheid kortverblijf
 - eenheid jongvolwassenen
- Volwassenen
 - eenheid psychosezorg
 - eenheid kortverblijf

- eenheid psychosociale revalidatie
- eenheid angst, stemming en persoonlijkheidsproblemen
- Verslavingszorg
 - eenheid ontwenning
- Ouderenzorg
 - eenheid ouderen

Verschillende eenheden bieden ook een programma nabehandeling aan, waar patiënten na hun ontslag enkele activiteiten per week kunnen volgen.

Het Forum voor persoonsvorming is een therapeutisch aanbod dat gericht is op het bewaren en verhogen van de levenskwaliteit. De activiteiten van het Forum sluiten inhoudelijk aan bij het aanbod van de eenheden waar de patiënten werden opgenomen. De activiteiten worden georganiseerd in open groepen waar patiënten van verschillende eenheden aan kunnen deelnemen.

Daarnaast beschikt het ziekenhuis over een expertisecentrum ECT en een expertisecentrum voor ontwikkelingsstoornissen.

2.4 HISTORISCHE EN GEOGRAFISCHE SITUERING

Historische situering

In mei 1945 openden de "Zusters van Maria" de Neurologische kliniek Sint-Jozef te Pittem in het kasteel van de vroegere burgemeester. Dit deden zij in afspraak met dr. José Van Laere, psychiater uit Kortrijk, die op zoek was naar een plaats om een open ziekenhuis voor vrouwen op te richten. De kliniek breidde verder uit en vanaf 1955 werden ook mannen behandeld.

In 1976 werd een masterplan uitgetekend voor de modernisering van het gebouw, het aanbod en de werking. De eerste fase werd in 1990 afgewerkt, de tweede in 1999.

In 2003-2004 werd het kasteel gerenoveerd en in 2014 werd een nieuw onthaalgebouw in gebruik genomen.

Geografische situering

- In de provincie West-Vlaanderen kunnen patiënten opgenomen worden in 7 algemene psychiatrische ziekenhuizen:
 - Psychiatrisch ziekenhuis H. Familie, Kortrijk
 - Psychiatrisch Centrum O.L.V. van Vrede, Menen
 - Kliniek Sint-Jozef, Pittem
 - Psychiatrisch ziekenhuis H. Hart, Ieper
 - Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg, Brugge
 - Psychiatrisch ziekenhuis O.L.V., Brugge
 - Psychiatrisch Centrum St.-Amandus, Beernem

- Residentiële psychiatrische opnames kunnen ook in een aantal PAAZ-eenheden van algemene ziekenhuizen:
 - AZ West, Veurne
 - Sint-Andriesziekenhuis, Tielt
 - AZ Delta, Roeselare
 - AZ Sint-Lucas, Brugge
 - AZ Sint-Jan Brugge - Oostende AV
 - AZ Groeninge, Kortrijk
 - AZ Zeno, Blankenberge
 - AZ Damiaan, Oostende
 - O.L.V. van Lourdes ziekenhuis, Waregem

- Aangepaste woonvormen voor psychiatrische patiënten zijn uitgebouwd in:
 - PVT St.-Augustinus, Brugge
 - PVT St.-Amandus, Beernem
 - PVT Het Tempelhof, Ieper
 - PVT Valckeberg, Rumbeke (Roeselare)
 - Beschut Wonen Oostende-Westkust
 - Beschut Wonen Brugge
 - Begeleid Wonen Roeselare-Tielt
 - Samenwerkingsverband De Bolster
 - Eigen Woonst Menen
 - SaMENSspel Izegem
 - Beschut Wonen De Overweg
 - Beschut Wonen Oostkust
 - vzw 4Veld
 - Beschut wonen De Rank Waregem

- Er zijn provinciaal 4 clusters van CGG, met telkens verschillende vestigingsplaatsen:
 - CGG Mandel en Leie
 - CGG Largo
 - CGG Prisma
 - CGG Noord West-Vlaanderen

3 LEIDERSCHAP

3.1 BELEIDSORGANEN

Bestuursniveau

- De vzw Psychiatrisch ziekenhuis Sint-Jozef te Pittem is een autonome organisatie en behoort bestuurlijk niet tot een grotere groepering van (zorg)voorzieningen. **(AV)**
- De Algemene Vergadering komt 2x/jaar samen. **(AV)**
- De Raad van Bestuur (RvB) van PZ Sint-Jozef vzw telt 9 leden en vergadert maandelijks, behalve in de zomerperiode (9 vergaderingen in 2017). De leden kunnen samen een brede relevante expertise betreffende (ziekenhuis)management voorleggen. Uit de verslaggeving blijkt dat in de vergaderingen voldoende onderwerpen betreffende de kwaliteit van de zorg aan bod komen en dat de leden van de RvB daadwerkelijk betrokken zijn bij het ziekenhuisbeleid. Directieleden van het ziekenhuis nemen anderzijds ook deel aan de vergaderingen van de RvB. **(AV)**
- De RvB heeft een aantal (vooral adviserende) comités en stuurgroepen gecreëerd, vaak gemengd samengesteld uit bestuursleden, ziekenhuismanagement en eventueel externe experts. **(AV)**
- Er is een gemeenschappelijke Commissie voor Medische Ethiek tussen het PZ van Pittem en het PZ Heilig Hart Ieper. De samenstelling van dit comité voldoet aan de wettelijke voorwaarden. Het comité kwam 4x samen in 2017. Uit de verslaggeving blijkt dat niet alleen onderzoeksprotocollen, maar ook specifieke ethische onderwerpen in bredere zin besproken werden. **(AV)**

Ziekenhuisniveau

- Het directiecomité wordt gevormd door 5 leden (zie hoger). Het directiecomité vergadert wekelijks, behalve in de vakantieperiodes wanneer de frequentie lager ligt. Volgens de agenda wordt ad hoc aangesloten door de stafmedewerker patiëntenzorg, de adjunct-directeur patiëntenzorg en het hoofd administratie. **(AV)**
- Het personeelscomité is samengesteld uit de algemeen directeur, de directeur patiëntenzorg, de directeur facilitaire diensten, de directeur administratie en de adjunct-directeur patiëntenzorg. Dit comité vergadert wekelijks. In dezelfde samenstelling vergadert dit comité eenmaal per maand ook als HR-comité. **(AV)**
- Er bestaan nog verschillende overlegorganen op het niveau van het ziekenhuis, op het niveau van de drie departementen (patiëntenzorg, administratie en facilitaire diensten), op het niveau van de eenheden en departementoverkoepelend. **(AV)**

Zo bestaat er onder meer:

- therapeutisch ziekenhuisoverleg: directie, leden van de stuurgroep van de eenheden en de stafleden,
- stuurgroep-directieoverleg: directeur patiëntenzorg, algemeen directeur, hoofdarts en stuurgroep van een eenheid,
- overleg directie-MR,

- afstemming algemeen-medisch- therapeutisch-verpleegkundig beleid binnen de medische staf,
 - stuurgroep van afdelingspsychologen en afdelingshoofden (SAHAP)
 - stuurgroep afdelingshoofden,
 - stuurgroep afdelingspsychologen
- De samenstelling, werking, doelstellingen, taken en verantwoordelijkheden van alle overlegorganen zijn beschreven in het kwaliteitshandboek en ook in het activiteitenverslag 2017. **(AV)**
 - De Medische Raad (MR) is samengesteld uit alle psychiaters-stafleden van het ziekenhuis en vergadert 10x/j. De huidige MR is verkozen voor de periode 2018-2020. **(AV)**
 - De directeur administratie brengt jaarlijks een gedetailleerd overzicht over de inkomsten en kostenaanrekening, met bespreking, in een vergadering van de Medische Staf. **(AV)**

Overleg tussen bestuur en ziekenhuis

- Het Bureau van de raad van bestuur komt maandelijks samen en is samengesteld door de voorzitter, de ondervoorzitter, de secretaris en de algemeen directeur. **(AV)**
- Het Financieel Comité is samengesteld door de voorzitter, twee bestuurders (deskundig in financiële zaken), de algemeen directeur en de directeur administratie. **(AV)**
- Het Permanent Overlegcomité (POC) is paritair samengesteld uit drie artsen en drie bestuurders, aangevuld met de hoofdarts en de algemeen directeur. Dit comité kwam de laatste 2 jaar niet meer samen. **(AV)**
- Het Bouwcomité is samengesteld door de voorzitter, twee bestuurders, de algemeen directeur en de directeur facilitaire diensten. **(AV)**
- Het Comité Personeelsaangelegenheden is samengesteld door de voorzitter, twee bestuurders, de algemeen directeur en de directeur patiëntenzorg (soms vervangen door de directeur administratie of de directeur facilitaire diensten wanneer de agenda hun departement betreft). **(AV)**
- Ter ondersteuning van de controlefunctie van de RvB bestaat een Auditcomité. Dit comité kan in samenspraak met de bedrijfsrevisor belast worden met een interne audit over een welbepaalde thematiek. **(AV)**

3.2 ORGANISATIESTRUCTUUR

- Het ziekenhuis vertoont kenmerken van zowel een departementele als van een gekantelde organisatie. Er zijn twee organogrammen in omloop, een lijnorganogram en een matrixorganogram. Dit laatste reflecteert de divisionele structuur waar het beleid de laatste jaren vooral de nadruk op legt. **(AV)**
Vanuit de directie en de medische staf worden de kaders van de (psycho)therapeutische visies bepaald op ziekenhuisniveau en ook wat de basisopties betreft op afdelingsniveau. Binnen die krijtlijnen krijgen de afdelingen en teams ruime verantwoordelijkheid om hun therapeutisch beleid te voeren en

therapeutische programma's te ontwikkelen. Een afstemming op ziekenhuisniveau gebeurt in het therapeutisch ziekenhuisoverleg (zie verder). De directie heeft 2 x per jaar overleg met elke afdelingsstuurgroep afzonderlijk.

De zorgprogramma's worden dus vrij autonoom aangestuurd door hun eigen stuurgroepen en ook op de eenheden worden specifieke beleidsplannen uitgeschreven die voor de betreffende doelgroep relevant zijn. Het ziekenhuis kiest hierbij expliciet voor een multidisciplinaire aanpak.

4 BELEID EN STRATEGIE

4.1 ALGEMEEN BELEID

- De huidige missie en visie van het ziekenhuis werd opgesteld in 2005 en aangepast in 2013 naar aanleiding van de opstart ambulante teams (acute en langdurige zorg). **(AV)**
De visie zet duidelijke krijtlijnen voor het ziekenhuis uit en krijgt vorm aan de hand van volgende pijlers.
 - Gespecialiseerde behandeling afgestemd op de netwerken van GGZ
 - Respectvolle zorg op maat vanuit dialoog
 - Herstelondersteunende, innovatieve, wetenschappelijk verantwoorde behandeling
 - Waarderende en resultaatgerichte cultuur voor medewerkers
- Aan de hand van de missie, visie en de resultaten van een SWOT-analyse (2010) werd de strategie van het ziekenhuis verder geëxpliciteerd aan de hand van het balanced scorecard (BSC)-model. Leden van de RvB, directie, stafleden en de voorzitter van de medische raad werden in dit proces bijgestaan door een externe begeleider. Deze stap kende een vertraging door de opmaak van het masterplan. In 2015 werden twee strategiekaarten opgemaakt (één voor het ziekenhuis en één voor de afdelingen) die op moment van de audit in gebruik waren. **(AV)**
- Er werd gekozen voor 2 strategiekaarten die op elkaar afgestemd zijn. Bij de strategiekaart van het ziekenhuis staan de afdelingen centraal als klant. Bij de strategiekaart van de afdelingen staan de patiënten centraal als klant. Dit laat toe dat stuurgroepen van de afdelingen eigen accenten leggen binnen de ziekenhuisstrategie (divisionele structuur). **(AV)**
- Het ziekenhuis liet zich voor het opstellen van zijn strategiekaarten en strategische doelstellingen bijstaan door een externe expert. Alle directieleden, middenkader en stafleden volgden een opleiding rond kwaliteit. Van de artsen volgden 2 van de 6 een opleiding rond kwaliteit. In 2011 volgde 83% van de hoofdverpleegkundigen een opleiding kwaliteit en patiëntveiligheid. **(AV)**
- Het ziekenhuis stelde, naast de strategiekaarten, strategische doelen en succesfactoren op voor alle perspectieven van het BSC-model (leren en groeien, interne processen, klanten en finaliteit). Het geheel biedt een overzicht van de verwachtingen voor de resultaten die de uitgewerkte strategie zou moeten opleveren. **(AV)**
- Aan de hand van kleuren wordt op de strategiekaarten aangegeven aan welke doelen (momenteel) prioriteit gegeven wordt. Het ziekenhuis kan aantonen dat prioritering aangepast wordt aan de hand van de noden. **(AV)** Het strekt tot aanbeveling om de evaluatie van de prioriteiten ook structureel in te bouwen i.p.v. enkel ad hoc. **(Aanb)**
- De strategie wordt geoperationaliseerd in een aantal beleidsdocumenten, zoals: **(AV)**
 - Ziekenhuisbeleidsplan 2017-... (jaarlijks te reviseren)
 - Beleidsplan facilitair departement 2017-2021
 - Beleidsplan departement patiëntenzorg 2016-2020

- Beleidsplan verpleegkundige 2016-2020
- Afdelingsbeleidsplannen 2018
- Afdelingsoverstijgende kwaliteitsprojecten, bv.:
 - Herstelondersteunend veiligheidsmanagement bij risicogedrag
 - Veiligheidsmanagement op somatisch vlak
 - Participatie en herstel
 - Zorgcontinuïteit
 - Inzet, vorming en zorg voor medewerkers
 - Beeldvorming en preventie
- Het ziekenhuis beschikt over een organigram betreffende het kwaliteitsbeleid. Het comité voor kwaliteit en patiëntveiligheid heeft als opdracht het sturen, coördineren en opvolgen van alle activiteiten m.b.t. het thema kwaliteit en patiëntveiligheid. Dit comité bestaat uit het directiecomité aangevuld met adjunct-directeur, stafmedewerker patiëntenzorg en hoofd van de administratie. Deze stuurgroep zou in principe 2 maal per jaar samenkomen. Omwille van de verwevenheid tussen het algemeen beleid en het kwaliteitsbeleid en omwille van praktische overwegingen werd gekozen dat de adjunct-directeur, de stafmedewerker patiëntenzorg en het hoofd van de administratie regelmatig deelnemen aan het directiecomité om zaken rond het kwaliteitsbeleid te bespreken. Het comité voor kwaliteit en patiëntveiligheid stuurt 2 werkgroepen aan, namelijk de werkgroep kwaliteit & patiëntveiligheid en de werkgroep herstelondersteunend veiligheidsmanagement. De werkgroepen komen 5 keer per jaar samen. Tussendoor wordt er nog in subgroepen projectmatig samengewerkt. **(AV)**
- De algemeen directeur is verantwoordelijk voor de terugkoppeling van kwaliteitsthema's naar de RvB. Ook de stafmedewerker patiëntenzorg koppelt regelmatig aspecten betreffende kwaliteit terug naar de RvB. Artsen zijn betrokken bij verschillende kwaliteitsprojecten en werkgroepen, bv. rond de thema's herstel, medicatie, somatische zorg, veiligheidsmanagement, euthanasie. **(AV)**
- Het ziekenhuis kiest ervoor om het kwaliteitsmodel (BSC-model) van hun strategiekaarten en strategische doelstellingen niet te gebruiken in de opbouw van de beleidsplannen en de afdelingsoverstijgende kwaliteitsprojecten. De afdelingsbeleidsplannen, het beleidsplan departement patiëntenzorg, het verpleegkundig beleidsplan en de kwaliteitsprojecten worden wel gekoppeld met de succesfactoren uit de strategiekaarten, opgebouwd in het BSC-model.

Het huidige ziekenhuisbeleidsplan is opgesteld aan de hand van een methodiek van "bergen en werven".

- Een berg is een beleidsthema waarbij minimum 2 directieleden betrokken zijn. Deze kan ontstaan vanuit het ziekenhuisbeleidsplan maar kan eveneens een thema zijn dat via een andere weg opduikt. Bij deze laatste mogelijkheid wordt steeds wel een plaats binnen (of link met) de strategiekaart voorzien (relevante succesfactoren). Een berg betreft steeds een onderwerp waaraan de nodige tijd en aandacht moet besteed worden.
- Het ziekenhuis onderscheidt enerzijds bergen met de betrekking tot de interne organisatie (bv. doelgroepenwerking, klinisch veiligheidsmanagement) en anderzijds bergen in relatie tot externe partners en de samenleving (bv. netwerken en zorgcircuits).

- Een werf is in principe een deelproject dat moet bijdragen tot het realiseren van een berg.
- Sommige werven bestaan op zich als project waarbij minimum 2 directieleden betrokken zijn, omdat ze wegens een te beperkte doorlooptijd geen berg kunnen genoemd worden (bv. communicatie).
- De opvolging van de bergen en de werven gebeurt op systematische wijze door het (eventueel uitgebreide) directiecomité.

Tot 2017 werden de afdelingsbeleidsplannen gestructureerd volgens de 5 managementdomeinen volgens Kwadrant (leiding, beleid en strategie, medewerkers, middelen en informatie, processen). Kwadrant wordt nog steeds gebruikt om te toetsen of in de beleidsplannen alle management domeinen voldoende vertegenwoordigd zijn. **(AV)**

- Het simultane gebruik van de verschillende kwaliteitsmodellen gaat gepaard met een verlies van overzicht over het gehele kwaliteitsgebeuren binnen het ziekenhuis, meer in het bijzonder op het afdelingsniveau. **(TK)**
 - De overgangen van de strategiekaarten en strategische doelstellingen naar de beleidsplannen en kwaliteitsprojecten dienen duidelijker op elkaar aan te sluiten.
 - De link tussen de doelen en activiteiten in de afdelingsbeleidsplannen en de ziekenhuisbrede strategie is niet steeds duidelijk. Dit werd bevestigd tijdens auditgesprekken met medewerkers op niveau van de afdelingen.
 - Sommige acties, projecten zijn reeds afgelopen/ geborgd maar staan nog steeds tussen de lopende acties, projecten. Het strekt tot aanbevelen om deze apart te klasseren wat het overzicht ten goede zou komen. **(Aanb)**
- In de verschillende beleidsplannen vinden we actieplannen, projectfiches, kwaliteitsprojecten die vaak SMART (specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden) geformuleerd zijn. **(AV)**
Het ziekenhuis kiest ervoor om veel kwaliteitsprojecten op te zetten en te ondersteunen, maar men beseft tegelijkertijd dat het risico bestaat op onvoldoende systematische opvolging van al hun lopende projecten. Het is belangrijk om de bestaande activiteiten tijdig te evalueren en te borgen, alvorens nieuwe projecten op te starten. We bevelen aan om hier blijvend waakzaam voor te zijn en waar nodig bij te sturen. **(Aanb)**
- Er zijn geen afzonderlijke gedetailleerde jaarverslagen voor de departementen of afdelingen. Nuttige informatie betreffende het voorbije werkjaar over de werking van de belangrijkste aspecten binnen het ziekenhuis, zowel centraal als vanuit de afdelingen, werd gebundeld en overzichtelijk gepresenteerd in het Activiteitenrapport 2017. Dit document bevat voldoende relevante gegevens om als beleidsdocument voor de verdere werking benut te worden.
Daarnaast is er nog een fraai vormgegeven (een kleurenmagazine – speciale editie Open Venster) jaarverslag bestemd voor een breder publiek, waar ook minder formele aspecten aan bod komen. **(SP)**
- In dit ziekenhuis is het kwaliteitsbeleid geïntegreerd in het organisatiebeleid. De divisionele structuur komt duidelijk naar voren. Specifieke doelgroepen worden gekoppeld aan een relatief autonome en zelfsturende teams geleid door een stuurgroep. De stuurgroep is verantwoordelijk om binnen de

krijtlijnen van de strategische keuzes van het ziekenhuis een afdelingsbeleidsplan op te stellen dat overeenstemt met de missie, visie en doelstellingen van hun zorgaanbieder. **(AV)**

De afdeling ouderen en psychosezorg worden aangestuurd door dezelfde stuurgroep en hebben eenzelfde afdelingsbeleidsplan. Het strekt tot aanbeveling om te onderzoeken of een specifiek afdelingsbeleidsplan per doelgroep niet meer tegemoet zou komen aan de noden van de doelgroepen. **(Aanb)**

- Een geactualiseerde algemene regeling, met inbegrip van het medisch reglement, werd dit jaar gefinaliseerd. Het document bevat alle nodige bepalingen. Na goedkeuring van de MR en van de RvB zal deze regeling in voege treden vanaf 2019. **(AV)**

4.2 MEDISCH EN THERAPEUTISCH BELEID

- Er is geen therapeutisch directeur in het PZ van Pittem. De algemene en dagelijkse leiding van het departement patiëntenzorg ligt bij de directeur patiëntenzorg. Voor de ontwikkeling en opvolging van het interdisciplinair therapeutisch beleid is er een nauwe samenwerking met de hoofdarts. De directeur patiëntenzorg wordt bijgestaan door een adjunct-directeur patiëntenzorg. Er is geen therapeutische raad maar wel een “therapeutisch ziekenhuisoverleg”. Dit overlegorgaan is samengesteld uit de stuurgroepleden (psychiaters, afdelingspsychologen, afdelingshoofden-hoofdverpleegkundigen), de algemeen directeur, de hoofdarts, de directeur patiëntenzorg (voorzitter), de adjunct-directeur, de stafmedewerker patiëntenzorg en de coördinator van het Forum voor persoonsvorming. Dit overlegorgaan heeft geen beslissingsbevoegdheid, omdat binnen de divisionele structuur beslissingen genomen worden op niveau van de directie, de medische staf en de afdelingsstuurgroepen. Er is tevens een tweewekelijks overleg afdelingspsychologen-afdelingshoofden-directeur patiëntenzorg, waarin beleidsimplementatie wordt afgesproken. Op dit overleg worden 2x/j vertegenwoordigers van de vakgroepen uitgenodigd. Tweewekelijks is er een individueel overleg tussen de hoofdarts en de directeur patiëntenzorg met als doel de integratie van het medisch-therapeutische beleid en het beleid patiëntenzorg. **(AV)**
- Er zijn erg veel overlegplatformen, werkgroepen, stuurgroepen (zie ook hoger onder hoofdstuk 3.1 Beleidsorganen; Ziekenhuisniveau), zowel overkoepelend als op niveau van functies, eenheden, zorgprogramma’s enz. Vaak ontmoeten dezelfde actoren elkaar, maar heeft de vergadering een enigszins andere finaliteit. Naast de grote tijdsinvestering die dit vergt, kan het ook verwarrend overkomen voor externen (bv. verwijzers). We bevelen aan om de complexe overlegstructuur te herbekijken om deze eventueel efficiënter te kunnen organiseren. **(Aanb)** We bevelen aan om te bekijken of, op centraal niveau, het betrekken van een vertegenwoordiger van de psychologen met een lijnfunctie bij een overlegorgaan met beslissingsbevoegdheid een meerwaarde zou kunnen zijn. **(Aanb)**
- De hoofdarts werd benoemd voor onbepaalde duur sinds 2010. Hij kan verschillende opleidingen voorleggen betreffende management en kwaliteitsbeleid. **(AV)** De hoofdarts krijgt formeel 7u/week toegewezen voor deze functie, maar in werkelijkheid besteedt hij minstens dubbel zoveel tijd aan de opdracht. De formeel toegemeten tijd volstaat niet om alle taken

en verantwoordelijkheden die tegenwoordig verwacht worden van een hoofdarts, recent nog uitgebreid in de wetgeving, ten volle op te nemen. **(TK)**

- Er wordt 3x/maand een medische stafvergadering georganiseerd, voorgezeten door de hoofdarts met deelname van alle psychiaters en van de directeur patiëntenzorg; de ASO's sluiten later aan. Regelmatig wordt ook de algemeen directeur op de medische staf uitgenodigd. **(AV)** We bevelen aan om ook de vaste huisarts bij dit overleg te betrekken. **(Aanb)**
1x/maand gaat de MR door, waar alleen de psychiaters aanwezig zijn. **(AV)**
- Naast de eerdergenoemde strategische beleidsdocumenten, halen de stuurgroepen van de zorgprogramma's en eenheden ook inspiratie uit enkele visie- en beleidsteksten (bv. Toekomst Volwassenen, Werktekst associatie K, Beleids- en discussietekst herstelondersteunend werken) die het gewenste medisch-therapeutisch beleid beschrijven. **(AV)**
- Een herstelondersteunende benadering bepaalt het psychotherapeutische profiel van het ziekenhuis. **(AV)**
Op afdelingsniveau wordt de behandelvisie expliciet afgestemd op de betrokken doelgroep en de subgroepen (eenheden en/of behandelgroepen). Er worden specifieke therapeutische zorgprogramma's op maat voorzien.
De hoofdarts heeft een cruciale functie in het therapeutisch ziekenhuisoverleg en in de jaarlijkse personeelsconferenties die 1 of 2 x per jaar doorgaan. (In 2017 tweemaal een halve dag met alle therapeutisch en verpleegkundig personeel over respectief de herstelbenadering en het herstelondersteunend veiligheidsmanagement bij risicogedrag). In 2018 wordt een conferentie voorzien rond nieuwe beleidsvoorstellen die betrekking hebben op de interne zorgprogramma's van de toekomst.
- De visie op het huidige en toekomstige beleid voor het ziekenhuis staat uitgeschreven in een ambitieus Masterplan (2014) met een aansluitend Masterplan Bouw (2018-2034), waarbij een radicale architectonische ommezwaai voor een nieuwbouw de hedendaagse therapeutische visie moet ondersteunen. Het verblijfsdeel (slaapkamers) zal bv. gescheiden worden van het therapeutische milieu. Kernideeën binnen het masterplan zijn: herstelgerichte zorg, zorg vs. toezicht, healing environment, actieve participatie van de patiënt, preventieve en de-escalerende strategieën bij risicomanagement. Hierbij blijven inhoudelijk de huidige zorgprogramma's behouden, aangevuld met een intensive care unit.
In een eerste fase werd prioriteit gegeven aan de jongerenwerking. **(AV)**
- Alle artsen en alle psychologen hebben één of meer psychotherapeutische opleidingen (of zijn er mee bezig). Volgens het ziekenhuisbeleid is dat een voorwaarde. Ook meerdere andere therapeuten en verpleegkundigen volgden gespecialiseerde opleidingen. **(SP)**
Naast hun persoonlijke theoretische oriëntatie zijn alle zorgverleners, met inbegrip van de psychiaters, integratief ingesteld in functie van de afstemming van een interdisciplinaire behandelvisie. Men stelt dat de herstelvisie de verschillende therapeutische stromingen heeft samengebracht. Tijdens de auditgesprekken bleek dat de verschillen in psychotherapeutische expertise als complementair gezien werden en elkaar in de praktijk goed konden aanvullen.

- De diagnostiek wordt in de regel op de afdelingen georganiseerd. **(AV)**
De psychiaters zijn verantwoordelijk voor de medisch-psychiatrische en voor de psychotherapeutische diagnostiek. Psychologen, meestal op een afdeling bijgestaan door een bachelor toegepaste psychologie, zijn verantwoordelijk voor de psychologische/psychotherapeutische diagnostiek. Specifieke testen (IQ, persoonlijkheidstesten, cognitief, geheugen, enz.) worden op indicatie afgenomen. Voor heel specifieke testing kan desgevallend beroep gedaan worden op een gespecialiseerde collega van een andere afdeling.
Er is een gespecialiseerd ambulant aanbod van een systematische testing van ontwikkelingsstoornissen bij (jong)volwassenen (ADHD, autismespectrum).
Het testmateriaal wordt beheerd door de vakgroep bachelors toegepaste psychologie. Binnen de groep bachelors toegepaste psychologie worden ook specialisaties uitgebouwd (bv. ouderen, ontwikkelingsstoornissen bij jongeren en volwassenen).
- Therapeuten organiseren ook 's avonds activiteiten voor de patiënten. **(SP)**
- Het ziekenhuis beschikt over een algemene opname/ontslagprocedure die onder vorm van een flowchart snel en duidelijk te raadplegen is. Op de zorgprogramma's/eenheden werd deze procedure meer in detail uitgewerkt om in te spelen op de specifieke doelgroep. **(AV)**
- Het ziekenhuis heeft aandacht voor het tijdig opmaken van ontslagbrieven. 2x/jaar wordt dit steekproefsgewijs geëvalueerd. **(AV)** De resultaten worden besproken in de medische stafvergadering, waarbij blijkt dat niet alle artsen even performant zijn voor dit aspect van zorgkwaliteit. We bevelen aan om de verwachtingen t.a.v. het opmaken en versturen van de ontslagbrieven beter (SMART) te expliciteren, bv. in het medisch reglement. **(Aanb)**

4.3 LERENDE OMGEVING

- Het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis maakt op consistente wijze gebruik van de tool QPR. **(SP)**
De stafmedewerker patiëntenzorg, de adjunct-directeur patiëntenzorg en het hoofd van de administratie beheren QPR en passen deze continu aan. Aan de hand van QPR slaagt de organisatie erin om informatie (kwaliteitshandboek, procedures, afspraken, richtlijnen, beleidsplannen,...) op een overzichtelijke manier voor te stellen aan haar medewerkers. QPR is raadpleegbaar via het intranet van het ziekenhuis. QPR beschikt over de mogelijkheid om gegevens uit het elektronisch dossier te halen waardoor gegevensverzameling vlot verloopt.
Het ziekenhuis wilt QPR in de nabije toekomst ook gebruiken om via dashboards informatie m.b.t. indicatoren terug te koppelen. Het voordeel van deze dashboards is de gebruiksvriendelijkheid (goede visuele weergave, mogelijkheden om gegevens te zoeken, te filteren) waardoor terugkoppeling van cijfergegevens vlotter kan verlopen.
- Het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis staat uitgeschreven in het kwaliteitshandboek dat een onderverdeling kent in 3 hoofdstukken: kwaliteitsbeleid, kwaliteitsmanagementsysteem en visie op kwaliteitsontwikkeling zelfevaluatie. **(AV)**

- Het ziekenhuis rapporteert jaarlijks over zijn werking aan de hand van: **(AV)**
 - Activiteitenrapport
 - Jaarverslag MPG
 - Jaarverslag in Open Venster (3-maandelijks tijdschrift ziekenhuis)
 - Medisch jaarverslag

- Het ziekenhuis monitort permanent verschillende indicatoren in het kader van kwaliteit en patiëntveiligheid. **(AV)**
 - VIP² indicatoren: Deelname aan alle 5 indicatoren.
 - Vlaamse patiëntenpeiling
 - Implementatie van het suicidepreventiebeleid
 - Volledig geneesmiddelenvoorschrift
 - Inschakeling van ervaringsdeskundigen
 - Tijdig ambulante contact na ontslag (indicator nog in ontwikkeling)

 - Klinische indicatoren
 - Patiëntveiligheidscultuurmeting
 - Dwangmaatregelen (fysieke interventie, afzondering, fixatie)
 - Incidentmeldingen
 - Besmettelijke ziektes
 - Handhygiëne
 - Aantal ECT-behandelingen
 - Aantal kinderen in de KOPP-groepen
 - Aanwezigheid patiënten op teamvergadering
 - Aantal aanmeldingen bij Outreachende zorg Ouderen
 - Aanmeldingen consultatiepunt ouderen multidisciplinair

 - Operationele indicatoren
 - Stuurgroep-directiegesprekken
 - Directe patiëntenzorg
 - Analyse verbruik medicatie
 - Aantal griepinentingen bij medewerkers
 - Diefstalregistratie
 - Behandeldoelstellingen in het patiëntendossier
 - Bereik exitinterviews
 - Ontslagbrieven
 - COZO
 - Arbeidsongevallen
 - Absenteïsme
 - Teambuildingsactiviteiten
 - Spreiding verlof in functie van de continuïteit van de zorg
 - Functionerings- en evaluatiegesprekken
 - Vorming per medewerker
 - Interne opleidingen
 - Reanimeren

- Handhygiëne
 - Persoons-en teamgerichte veiligheidstechnieken
- Indicatoren evaluatie door gebruikers
 - Aanmeldingen bij de interne en externe ombudsdienst
 - Exitinterviews
 - Indicatoren evaluatie door medewerkers
 - Aanmeldingen bij vertrouwenspersoon
 - Bing medewerkerstevredenheid
 - Tevredenheid over de nieuwsbrief
- Naast permanente indicatoren worden ook enkele tijdelijke indicatoren ontwikkeld om bepaalde evoluties op te volgen. Afhankelijk van de evolutie kunnen deze indicatoren al dan niet permanent worden. **(AV)**
 - Indicatoren m.b.t. incidenten
 - Aantal incidenten m.b.t. suïcidaliteit / zelfverwondend gedrag / agressie in verhouding tot het aantal verpleegdagen
 - Gemelde incidenten en bijna incidenten bij hoog-risico medicatie
 - Percentage agressie incidenten met minstens matige schade
 - Percentage agressie incidenten met minstens matige impact op medewerkers
 - Aantal gemelde en incidenten en bijna incidenten bij hoog-risico medicatie
 - Indicatoren m.b.t. VBM
 - Percentage afzonderingen bij incidenten m.b.t. suïcidaliteit / zelfverwondend gedrag /
 - Percentage fysieke interventies bij risicogedrag
 - Percentage afzonderingen bij risicogedrag
 - Percentage patiënten waarbij de medicatie voor opname in het dossier genoteerd wordt.
 - Aantal patiënten met toegang tot hun Zorgportaal
 - Deelname aan de Levende Bibliotheek
 - Afhankelijk van de doelstelling worden cijfergegevens al dan niet ziekenhuisbreed dan wel afdelingsspecifiek verzameld en geanalyseerd. Terugkoppeling gebeurt afhankelijk van de doelstelling op verschillende niveaus: RvB, directie, stuurgroepen, projectgroepen, alle medewerkers,... QPR wordt gebruikt om deze gegevens te verspreiden. **(AV)**
 - Omwille van de divisionele structuur zijn veel verbeteracties terug te vinden in de afdelingsbeleidsplannen. Stuurgroepen geven aan voldoende vrijheid te krijgen om zelf verbeteracties op te maken voor hun afdeling. Voor deze opdracht worden ze bijgestaan door de directeur patiëntenzorg, de stafmedewerker patiëntenzorg en de projectmedewerker. **(AV)**
 - De methodiek om het kwaliteitsbeleid te monitoren, analyseren en evalueren aan de hand van cijfergegevens is sterk ontwikkeld in het ziekenhuis. **(SP)**

- Er gebeurt op het moment van de audit geen brede gestructureerde klinische outcome-monitoring (in de zin van het meten/objectiveren van de resultaten van de behandeling, de analyse van deze gegevens en de acties die uit de analyse kunnen volgen). **(TK)**
Op sommige afdelingen wordt de TUM (tool voor uitkomstenmeting) afgenomen (elektronisch, zelfstandig door de patiënt). De resultaten worden enkel benut op patiëntniveau, voor bespreking en eventueel bijsturing van de behandeling. Resultaten worden ook teruggekoppeld op de teamvergadering. Men bekijkt op enkele afdelingen de effecten van de Recovery Assessment Scale (RAS-DS), een elektronisch outcome-meetinstrument. **(AV)**
Vooral stafmedewerkers houden zich bezig met het systematisch opvolgen van resultaten en het ontwikkelen van (piloot)projecten betreffende uitkomstenmetingen. Het lijkt aangewezen dat hierbij een meer substantiële bijdrage geleverd wordt vanuit het medische departement en vanuit de psychologen. **(Aanb)**
- Het ziekenhuis beschikt over een elektronisch incidentmeldingssysteem dat geïntegreerd is in het elektronisch patiëntendossier. Iedere medewerker kan een melding maken. Indien gewenst kan dit ook anoniem. De melder krijgt automatisch een mail met de inhoud van zijn melding. Afhankelijk van de aard van het incident worden een aantal personen automatisch verwittigd met een mail. De stafmedewerker patiëntenzorg wordt altijd op de hoogte gebracht. **(AV)**
Alle meldingen die gaan over het gedrag van een patiënt worden opgeslagen in het patiëntendossier van de betrokken patiënt. De melder kan aanduiden wie er nog extra op de hoogte moet gebracht worden van het incident. **(SP)**

Een melder wordt gecontacteerd: **(AV)**

- Als er een belangrijke impact blijkt op de medewerker(s)
- Wanneer de melder aanduidt dat er een analyse dient te gebeuren
- Wanneer er volgens de beleidsafspraken een incidentanalyse dient te gebeuren
 - ernst-frequentie matrix
 - alle suïcides
 - alle medicatie incidenten met matige schade aan de patiënt
 - alle medicatie incidenten waarbij hoog-risico medicatie betrokken is
- In 2017 waren er 791 incidentmeldingen: **(AV)**
 - 30 medicatie (bijna-) incidenten
 - 18 suïcidepogingen, 4 suïcides
 - 94 agressie incidenten
 - 427 zelfverwondend gedrag
 - 13 middelengebruik
 - 59 wegloupedrag
 - 15 ander gedrag
 - 37 sportongevallen
 - 1 verkeersongeval
 - 52 valincidenten
 - 18 besmettelijke ziekten
 - 23 anderen

- In 2017 werden er 11 incidenten uitgebreid geanalyseerd. Het betrof 6 incidenten medicatieveiligheid, 4 suicides en 1 agressie incident. We vinden uitgebreide analyses terug die meegenomen worden in andere overleggen om verbeteracties te ondernemen. **(SP)** We bevelen aan om in de verslaggeving van de analyses de deelnemers (of minstens hun functie) te vermelden. **(Aanb)**
- Verplegend en verzorgend personeel (95%) en psychomotore therapeuten (5 %) melden. **(AV)** Andere beroepsgroepen melden nooit. Daarnaast blijkt dat het vaak dezelfde verpleegkundigen zijn van een bepaalde afdeling die melden. **(TK)**

4.4 SAMENWERKING

- Het ziekenhuis participeert actief binnen netwerking met externe partners en neemt hierbij voor verschillende initiatieven leidinggevende verantwoordelijkheid. Deze thematiek was de afgelopen tijd ook regelmatig onderwerp van intensief intern overleg. **(AV)**
Belangrijke voorbeelden zijn:
 - De K-associatie met AZ Delta en OC Sint-Idesbald te Roeselare en met AZ Jan Yperman te Ieper
 - Het provinciaal netwerk kinderen en jongeren (WINGG)
 - PRIT (Pittem, Roeselare, Izegem, Tielt) smelt samen met het Netwerk Accolade (Ieper).
Netwerkcomité volwassenen midden West-Vlaanderen, met uitrol van de mobiele teams
- Voor ECT-behandelingen werkt het PZ samen met anesthesisten van het AZ te Tielt. Voor de ECT-behandelingen is een gedetailleerd protocol uitgeschreven. **(AV)**
- Het ziekenhuis biedt extra muros haar expertise ook aan, bv. via het project “Huis in de Stad”, te Roeselare. Dit woonhuis is de thuisbasis voor de ambulante teams van het project 107 en van de netwerkcoördinator van WINGG. Daarnaast biedt het onderdak aan activiteiten die georganiseerd worden binnen het open PRIT-aanbod van persoonsvormende activiteiten (PritLink). **(AV)**

5 MIDDELEN

5.1 INFRASTRUCTUUR

- Het ziekenhuis beschikt voor alle gebouwen en installaties over een geldig attest (2018) brandveiligheid van de burgemeester. **(AV)**
- De gebouwen zijn op een aantal vlakken niet meer aangepast aan de actuele verwachtingen voor de opvang van patiënten met een psychische problematiek. **(TK)**

Volgende knelpunten werden tijdens de audit opgemerkt:

- Op sommige afdelingen moet men patiënten nog in enkele meerpersoonskamers opnemen. De driepersoonskamers zijn te krap en bieden onvoldoende privacy.
- Op sommige afdelingen is er een tekort aan gesprekslokalen voor individuele gesprekken of gesprekken met familie.
- Een aantal vergader- of therapielokalen zijn onvoldoende groot om gemakkelijk en efficiënt te kunnen werken.
- Sommige kamers, gangen, therapeutische ruimtes en burelen geven een duistere indruk omdat ze klein zijn, er te weinig lichtinval is en de plafonds te laag zijn.
- Sommige afdelingen hebben nog een meerpersoonskamer op een andere afdeling. Deze kamer moet dan gedeeld worden met een patiënt van een afdeling met een andere doelgroep. Zowel voor de medewerkers als voor de patiënten vormt dit een probleem in functie van de kwaliteit van de zorg.

5.2 PATIËNTENDOSSIER

- Sinds 2017 wordt niet meer met papieren dossierdelen gewerkt. Op alle afdelingen gebruikt men met het elektronisch patiëntendossier (EPD) Obasi. Alle disciplines kunnen in dit EPD noteren. Ook de medicatievoorschriften en -schema's en het incidentmeldsysteem draait binnen dezelfde elektronische omgeving. In 2019 zal een geoptimaliseerde versie van Obasi ingevoerd worden. **(AV)**
- Op de afdelingen van het zorgprogramma Jeugd wil het ziekenhuis dit jaar starten met een eigen toegang voor de jongeren tot hun elektronische gegevens via het Zorgportaal. **(SP)**
- Tijdens steekproefcontrole van een aantal dossiers werd vastgesteld dat een aantal elementen niet steeds in het dossier genoteerd waren, of niet aantoonbaar waren. **(TK)**
 - Ontbrekende elementen waren: informatie over middelengebruik, informatie over de communicatie met de huisarts, gegevens over outcome-monitoring, betrokkenheid van de patiënt bij de opmaak van het behandelplannotities van gesprekken met psychiater, psycholoog, context/familie.
 - Niet alle zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg voor een patiënt kunnen vlot alle relevante gegevens raadplegen. Zo hebben verpleegkundigen en psychologen in het EPD bv. geen toegang (leesrecht) tot de medische notities of tot de neerslag van de bevindingen van de maatschappelijk werker. Paramedici en verpleegkundigen hebben geen toegang tot de notities van de psychologen. Dit is nadelig voor de continuïteit en de kwaliteit van de zorg.

Het EPD moet ten volle als een multidisciplinair geïntegreerd patiëntendossier gebruikt kunnen worden. Herziening van de toegangsrechten via de individuele login kan binnen het huidige dossier hiervoor een oplossing bieden.

- In alle gecontroleerde dossiers werd informatie over (thuis)medicatie, een (tijdig) behandelplan en, indien verwacht volgens de eigen werkwijze, ook een signaleringsplan gevonden. **(AV)**

6 MEDEWERKERS

6.1 PERSONEELSBELEID

- Het ziekenhuis doet beroep op een zelfstandige diëtiste (4u/week) en pedicure. De diëtiste heeft als vaste standplaats de jeugdkliniek. Verpleegkundigen van andere afdelingen kunnen in overleg met de patiënten een consult (bv. opvolging dieet, diabetesproblematiek op punt stellen, info geven i.v.m. voedingsdriehoek) aanvragen. De diëtiste noteert in het elektronisch patiëntdossier. Indien nodig verwijst zij door naar een diëtist in de thuisomgeving. De diëtiste en pedicure worden aangestuurd door de afdelingshoofden en door de adjunct-directeur patiëntenzorg. **(AV)**
- Het ziekenhuis werkt met referentieverpleegkundigen (veiligheidsmanagement, onthaal nieuwe medewerkers en stagiairs, medicatie, medisch-verpleegkundig-technisch handelen, ziekenhuishygiëne, trainers fysieke interventietechnieken, KOPP...) ter ondersteuning van de afdelingshoofden. **(AV)** De referentieverpleegkundigen hebben geen apart competentieprofiel noch een functieomschrijving. **(Aanb)**
Feedback uit het overleg van referentieverpleegkundigen (3 à 4 keer/jaar) is een vaste rubriek op het verpleegkundig overleg en komt soms ook op een stuurgroepvergadering of stafvergadering aan bod. **(AV)**
- Volgens de interne afspraken van de Kliniek Sint-Jozef heeft elke medewerker recht op minstens één functioneringsgesprek om de 2 jaar. Gedurende de eerste 3 jaren van het functioneren, is er een gesprek om het jaar. Medewerkers bereiden zich voor op het gesprek aan de hand van een sjabloon. Dit sjabloon wordt gebruikt om het verslag van het gesprek te maken. Een samenvatting van dit verslag wordt beschikbaar gesteld voor de stuurgroep.
Voor de leidinggevenden is er jaarlijks een functioneringsgesprek.
De afdelingshoofden voeren (na overleg met de stuurgroep) functioneringsgesprekken met alle medewerkers van hun afdeling. Veel aandacht gaat hierbij naar jobtevredenheid. Op een afdeling waar een verpleegcoördinator (aangeduid voor een afdeling met veel medewerkers) werkt, voert de verpleegcoördinator de gesprekken met de verpleegkundigen en het afdelingshoofd met de therapeuten. De directeur patiëntenzorg houdt functioneringsgesprekken met de afdelingshoofden. Daarnaast hebben afdelingshoofden met de afdelingspsycholoog en met de psychiater van hun afdeling een samenwerkingsgesprek.
Stafmedewerkers krijgen functioneringsgesprekken met de RvB, waarbij doelen worden afgesproken. Op het afdelingshoofdenoverleg worden de streefcijfers en de signalen uit de functioneringsgesprekken besproken. **(AV)**
- Om de aanwezige versnippering i.v.m. het inscholingstraject voor nieuwe medewerkers tegen te gaan en om het mandaat (ook naar externe partners) van intredebegeleider kracht bij te zetten, werkt er vanaf half september 2018 een (1VTE) begeleider intreders, herintreders en stagiairs in het ziekenhuis. Een functieprofiel werd voor deze functie opgemaakt. **(AV)**
Los van dit mandaat blijven de teams onder leiding van het afdelingshoofd en met de ondersteuning van een referentieverpleegkundige verantwoordelijk voor de inwerking van nieuwe verpleegkundigen

alsook voor de begeleiding van stagiairs. Hun takenpakket zal met de komst van de begeleider (her)intreders vooral ondersteund en deels kunnen ingeperkt worden. **(AV)**

- Het onthaal en de inwerking van de verpleegkundigen gebeurt volgens een specifiek stappenplan met tijdspad per afdeling. Voor de niet-verpleegkundigen wordt met een checklist gewerkt in de plaats van een inscholingsprogramma. **(AV)**

Het inwerken gebeurt op de eenheid zelf en op gezette tijdstippen worden centrale opleidingen georganiseerd. Deze laatste zijn o.a.: gebruik van zorgdossier (inclusief klaarzetten en toedienen van medicatie), QPR portaal (processen raadplegen), intranet, werking van de ombudsdienst, brandprocedure, blusopleiding,...).

Gelijklopend met het inwerken doorloopt men een inscholingstraject gedurende ongeveer de eerste 2 jaar. Medewerkers die langdurig afwezig waren, worden ook verwacht aan te sluiten. Het inscholingstraject betreft het volgen van opleidingen rond verschillende thema's, zoals persoons- en teamgerichte veiligheidstechnieken, veiligheidsmanagement, gesprekstechnieken/interpersoonlijke vaardigheden en enkel voor verpleegkundigen een module m.b.t. de verpleegvisie PERSONS.

In het facilitair en administratief departement wordt ook gewerkt volgens een specifieke inscholingsprocedure en checklist. De centrale opleidingen die van toepassing zijn, worden ook door hen gevolgd.

Het hoofd administratie volgt de verschillende elementen op en delegeert waar nodig.

In functie van het aantal nieuwe medewerkers wordt een onthaalmoment voorzien met een gezamenlijk programma voor alle nieuwe medewerkers van elk departement. Het onthaalmoment duurt 4u en onderstaande thema's komen aan bod nl.:

- voorstelling Ondernemingsraad en Comté voor Preventie en Bescherming op het Werk
 - voorstelling van de vertrouwenspersoon en de werking 't Rustpunt
 - algemene ziekenhuisinfo zoals opdrachtverklaring, organigram, welzijnsbeleid, administratieve procedures, informatie, ...
 - rol van de preventieadviseur (info wordt gegeven over veiligheid, alarmen, brandprocedures,...)
 - rondleiding ziekenhuis
- Voor de inwerking van nieuwe artsen werd een ziekenhuisbrede onthaalbundel (wegwijzer) uitgewerkt die raadpleegbaar is via QPR. Deze bundel wordt overlopen tijdens een rondleiding in het ziekenhuis. Daarnaast zijn er ook verplichte interne vormingen voor artsen zoals veiligheidsmanagement, Obasi,... Het is de taak van het afdelingshoofd om nieuwe artsen wegwijs te maken op de afdeling. **(SP)**
 - Voor therapeuten die afdelingsoverschrijdend werken en per therapeut van een afdeling bestaan er in de Kliniek Sint-Jozef fiches met de geplande of begrote directe zorgtijd, de indirecte tijd en de tijd die besteed wordt aan nevenactiviteiten. Deze fiche werden geëvalueerd met de medewerker tijdens functioneringsgesprekken en werden in een benchmarkinggroep besproken en vergeleken. Deze fiches zorgen voor ondersteuning, transparantie en duidelijkheid naar taakin-vulling en zorgzwaarte. Voor de therapeuten werd dit on hold gezet aangezien de verschillen consistent bleven. Momenteel worden bij

een aantal (vrijwillige) verpleegkundigen tijdmetingen afgenomen via focusgesprekken. De resultaten zullen in de vakgroep verpleegkunde en tijdens de stuurgroepvergaderingen besproken worden in het najaar van 2018. Uit de auditgesprekken blijkt dat deze taak niet duidelijk is en dat de resultaten moeilijk te interpreteren zijn. **(AV)**

- Men beschikt over een mobiele equipe van 7,91 VTE, waarvan 4,34 VTE gegradueerde verpleegkundigen en 1,86 VTE bachelor verpleegkundigen. Naast deze mobiele equipe is er sinds augustus 2018 een verpleegkundige voor voorziene afwezigheden (= VVA) via het Fonds van de Sociale Maribel. **(AV)**

De mobiele equipe dag en mobiele equipe nacht worden dagelijks toegewezen. Enkel bij overmacht gebeurt een tijdelijk permanente toewijzing. De uurregeling betreft enkel vroege en late diensten en geen weekends. De verpleegkundige voor voorziene afwezigheden (VVA) heeft in de regel een meer permanente toewijzing. Te allen tijde kan aan de mobiele verpleegkundige gevraagd worden om in kader van werkdruk even te komen bijspringen gedurende de shift. De mobiele medewerkers kunnen hierin zelf ook initiatief nemen.

De mobiele equipe van de nacht wordt ingezet op alle organisatorische eenheden voor het opvangen van de werkdruk en het bieden van stabiliteit in het rooster. De toewijzing gebeurt volgens een specifieke prioriteit (eerst onmiddellijke vervanging van plotse afwezige collega, dan ontlasting werkdruk, tot slot vervanging van geplande afwezigheden van korte duur).

De dagelijkse coördinatie van de mobiele equipe dag gebeurt door de receptie, de dagelijkse coördinatie van de mobiele nacht door de adjunct-directeur patiëntenzorg. De meer permanente toewijzing van de verpleegkundige voor voorziene afwezigheden gebeurt tevens door de adjunct-directeur patiëntenzorg.

Alle leidinggevenden kunnen de uurroosters van de mobiele medewerkers raadplegen via het planningssysteem SAGA.

De afdelingen Jeugd kortverblijf en Jeugd behandeling kunnen geen beroep doen op de mobiele dag-equipe. Beide eenheden kunnen wel beroep doen op de verpleegkundige voor voorziene afwezigheden.

In 2017 deden de afdelingen samen in totaal 6372,56 uren beroep op de mobiele equipe. **(AV)**

- Iedere nachtverpleegkundige is inzetbaar op iedere organisatorische eenheid. Er geldt een interne minimumbezetting van 60u/nacht (6 verpleegkundigen) in het ziekenhuis. Op zaterdagnacht kan dit soms gaan naar 50u/nacht (5 verpleegkundigen). De nachtverpleegkundigen werken in principe niet overdag. **(AV)**

Sinds 2018 kan iedere nachtverpleegkundige, in overleg met het afdelingshoofd, per jaar een 12-tal uren inzetten om overdag op de afdeling te werken. Dit kan gaan over intervisie, casusbespreking, staf, werknamiddag, verpleegoverleg.... of een overleg tussen enkel afdelingshoofd en nachtequipe. Het doel is in hoofdzaak het implementeren van het verpleegkundige beleid, afstemming dag-nacht te behouden, praktische zaken te bespreken.

Bijkomend wordt er 1 of 2 keer per jaar een halve of volledige dag samen gekomen met al de nachtverpleegkundigen als equipe. Actuele thema's komen dan aan bod. Thema's zijn o.a. implementatie PERSONS, veiligheidsmanagement, roosters en verlofplanning, zorgdossier, zorgvernieuwing,...

De nachtploeg wordt ook systematisch uitgenodigd op de beleidsinformatiesessies vanuit de directie. De nachtverpleegkundigen nemen deel aan de interne studiedagen, seminars, personeelsconferenties,... . Ze worden al dan niet samen met de dagdienst ingepland voor de specifieke vormingen zoals o.a. brandveiligheid, persoons- en teamgerichte veiligheidstechnieken, reanimeren, wondzorg, hoogrisicomedicatie, veiligheidsmanagement,... . **(AV)**

- Tijdens de vakantieperiodes wordt er een beperkt beroep gedaan op jobstudenten. Het gaat hier vooral over student-therapeuten (ergotherapie, psycholoog, orthopedagogie...) in hun laatste jaar die het jaar voordien stage deden in het ziekenhuis, of afgestudeerde verpleegkundige bachelors die nog een masteropleiding volgen. Zij worden op ziekenhuisniveau (op meerdere afdelingen) ingeschakeld voor therapeutische en niet-therapeutische activiteiten. Zij worden ingezet voor de vervanging van een vaste werkracht. In 2017 waren er 8 jobstudenten werkzaam in het departement patiëntenzorg. **(AV)**
- Volgens de procedure "ondersteuning bij ernstige incidenten" is het de verantwoordelijkheid van het afdelingshoofd en de andere leden van de stuurgroep om te zorgen voor de nodige acute opvang van de personeelsleden. Wanneer er meerdere betrokkenen zijn, gebeurt volgens de procedure een centrale debriefing de dag van het incident zelf of de dag erna. Zo nodig kan er beroep gedaan worden op 't Rustpunt (dienst zinzorg en pastoraal). Het hoofd staat ook in voor de organisatie van de vervolgoopvang die bestaat uit meerdere opvolggesprekken. Tot slot is er de mogelijkheid tot een aantal gesprekken (maximaal 3) bij 3 hiertoe aangestelde interne psychologen. Daarnaast wordt op aangeven van de betrokken medewerkers en/of de directie na de eerste acute opvang binnen de afdeling ook een incidentanalyse in het kader van patiëntveiligheid georganiseerd o.l.v. de stafmedewerker patiëntenzorg (= kwaliteitscoördinator) waarbij alle betrokkenen worden uitgenodigd. Bij dergelijke analyse wordt ook stilgestaan bij de emotionele kant van het gebeuren. Specifieke opvang van artsen na incidenten gebeurt enkel ad hoc en intercollegiaal. Omdat de drempel naar de psychologen te groot was voor sommige medewerkers en de procedure onvoldoende gekend en te zwaar beladen (men wil meer herstelgericht denken), werd de procedure aangepast en zal er een specifiek OPSI-team opgericht worden. Personeelsleden konden zich kandidaat stellen om deel uit te maken van dit team. 8 personeelsleden, van verschillende disciplines waaronder een psychiater, werden weerhouden en krijgen een vorming aangeboden. Alle medewerkers van het ziekenhuis kunnen een beroep doen op het team. Voor de bekendmaking en verduidelijking van de nieuwe werking werd een infofolder en een brochure 'geraakt door mensen' uitgewerkt door de Werkgroep Veiligheidsmanagement. **(AV)**
We bevelen aan om ook structureel en proactief een aanbod van externe bijstand te voorzien als mogelijkheid. **(Aanb)**
- In 2017 werd de werkgroep Psychosociaal welzijn opgericht en er werd een aanzet gegeven voor een beleidsplan psychosociaal welzijn. Momenteel is de werkgroep bezig om alle aanwezige items

(ziekteverzuim, vorming, zorg voor zorgenden, ...) die in het ziekenhuis aanwezig zijn met betrekking tot personeelsbeleid en welzijnsbeleid op te lijsten en samen te brengen in een overzichtelijke en gemakkelijk raadpleegbare structuur op het intranet. Nadien zal er een visietekst over het welzijnsbeleid opgemaakt worden. **(AV)**

6.2 VORMING, TRAINING EN OPLEIDING (VTO)

- Het ziekenhuis beschikt over een uitgewerkte visie- en beleidsnota vorming. Binnen het ziekenhuis is het een prioriteit om te investeren in opleidingen en ontplooiingskansen voor alle medewerkers. Er wordt een proactief beleid gevoerd rekening houdende met de strategische doelstellingen van het ziekenhuis. **(AV)**
- Het ziekenhuis legt jaarlijks een vormingsbudget vast. Het ziekenhuis streeft ernaar om voldoende opleiding (zowel formele als informele) per jaar per voltijds equivalent aan te bieden. In 2017 hadden het ziekenhuis gemiddeld 69,59 uren aan formele + informele vorming per VTE. **(AV)**
- Alle vormingsaanvragen worden door het directiesecretariaat geregistreerd. De registratie gebeurt in een Excelbestand. Een kopie van dit bestand wordt ter beschikking gesteld van elke leidinggevende. De leidinggevende heeft hiermee een volledig zicht op de gevolgde vormingen binnen zijn afdeling. **(AV)**
Aanbeveling om alle personeelsleden toegang te verlenen tot hun eigen gegevens, zodat zij dit elk moment kunnen raadplegen. **(Aanb)**
- Op de afdelingen is de stuurgroep verantwoordelijk voor het vormingsbeleid. In de afdelingsbeleidsplannen is er een opsomming van wat er het voorbije jaar gevolgd werd. Tijdens functioneringsgesprekken wordt er naar de behoefte aan vorming gepeild. **(AV)**
We bevelen aan om vormingsnoden in een concreet vormingsplan uit te werken. **(Aanb)**
- Er zijn een aantal verplichte vormingen voor alle medewerkers binnen het departement patiëntenzorg. bv. brand, reanimatie, handhygiëne, veiligheidsmanagement, fysieke interventie trainingen, interpersoonlijke vaardigheden. **(AV)**
- In de praktijk werden op de werkvloer een aantal knelpunten vastgesteld: **(TK)**
 - Bij navraag op de afdelingen naar het aantal uur vorming dat een medewerker in 2017 gevolgd had kon dit niet vlot worden weergegeven, dit is wel centraal opvraagbaar. Afdelingshoofden hebben onvoldoende zicht op de individuele gevolgde vormingen van de medewerkers.
 - Medewerkers die weinig of geen vorming volgen, worden hier niet steeds op aangesproken.
 - Bij navraag op de afdelingen blijkt dat er medewerkers zijn die veel vorming volgen en er medewerkers zijn die weinig vorming volgen.
 - De vorming gevolgd door artsen wordt niet centraal geregistreerd.
- Vanaf november wordt een modulair vormingsprogramma uitgerold voor alle verpleegkundigen. **(SP)**
Het ziekenhuis ontwikkelde hiertoe het PERSONS-model: een persoonsgerichte en interpersoonlijke verpleegvisie. Deze visie moet verder verdiept worden en afgestemd op de specifieke

afdelingswerkingen. Leidinggevend en twee verpleegkundigen per afdeling volgden reeds de opleiding. Zij zullen, naast verschillende verpleegkundig specialisten, facetten geven van het model aan alle andere verpleegkundigen waarbij er ook interactief gewerkt wordt en met rollenspelen geoefend wordt. Een van de module is klinisch redeneren waarvoor het verpleegkundig luik van het patiëntendossier zal worden aangepast. **(AV)**

- In 2016 was er een medewerkersbevraging middels BING. De resultaten werden toegelicht aan alle afdelingen door de directeur patiëntenzorg en met alle medewerkers van de afdeling en de stuurgroep besproken. De meest prioritaire actiepunten werden ook opgenomen in de afdelingsbeleidsplannen. Afdelingsspecifieke verbeteracties werden opgestart. **(AV)**
- De hoofdarts voert ad hoc gesprekken met de andere artsen. Er is geen systematiek in het voeren van functioneringsgesprekken (geen verplichting, geen frequentie, geen verslaggeving) met het medisch korps. Ook het structureel overzicht van de vorming die de artsen volgen, of hun vormingsnaden, ontbreekt. **(TK)**
Het uitschrijven van een functieprofiel voor de artsen, met daarin de expliciete verwachtingen t.a.v. hun taken en verantwoordelijkheden, kan daarbij een hulpmiddel zijn. **(Aanb)**

6.3 BESTAFFING

- Voor 5 architectonische afdelingen worden 's nachts telkens minstens 6 verpleegkundigen ingeroosterd. **(AV)**
- Het ziekenhuis telt 6 psychiaters-stafleden en 4 ASO's in de psychiatrie. Er zijn stagemeeesters voor zowel jongeren- als volwassenenpsychiatrie.
Een huisarts (16u/week) verbonden aan het PZ staat de afdelingspsychiaters bij voor somatische diagnostiek en behandeling. Er zijn (behalve de anesthesisten voor ECT) geen andere medische disciplines als toegelaten arts aanwezig in het PZ. Indien gespecialiseerde somatische zorg of onderzoek nodig is, wordt in de regel samengewerkt met het AZ Sint-Andries Tielt. **(AV)**
- De medische nachtpermanentie wordt verzekerd door alle psychiaters-stafleden volgens een beurtrol. De psychiater met wachtdienst komt steeds op zaterdag en zondag naar het ziekenhuis. **(AV)**

7 PROCESSEN

7.1 PROCEDUREBEHEER

- Alle procedures, richtlijnen en regels zijn voor de medewerkers vlot consulteerbaar op het intranet, via QPR. **(AV)**
- Het ziekenhuis beschikt over een moederprocedure die beschrijft hoe procedures moeten opgesteld en opgevolgd worden. **(AV)**
- Procedures zijn voorzien van een eigenaar en een revisiedatum. In de regel wordt een procedure jaarlijks geëvalueerd. **(AV)**

7.2 MEDICATIEDISTRIBUTIE

Situering

- De apotheek levert medicatie aan alle afdelingen van het ziekenhuis en aan PVT Valkeburg.
- De apotheek is op maandag, dinsdag en donderdag geopend van 8u tot 12u en van 12u30 tot 17u30. Op woensdag van 8u tot 12u en op vrijdag is de apotheek geopend van 10u tot 12u en van 12u30 tot 17u30.
- Er is een associatieovereenkomst op niveau ziekenhuisapotheek met het AZ Delta te Roeselare vanaf januari 2019. In PZ Pittem zal vanaf dan geen eigen apotheek meer worden uitgebaut.

Beleid en strategie

- De apotheker is aanwezig op het maandelijks overleg directie-apotheek. Hier is ook de algemeen directeur, hoofdgeneesheer en adjunct-directeur patiëntenzorg op aanwezig. Hiervan wordt telkens een verslag opgemaakt. In 2018 (tot oktober) had dit overleg 4 keer plaats. **(AV)**
- Het Medisch Farmaceutisch Comité en het Comité geneesmiddelen en medisch materiaal is 1 comité. Dit comité is conform samengesteld en vergadert 4 keer per jaar. **(AV)**
- Er gaat in de Sint-Jozefskliniek veel aandacht naar patiëntgeoriënteerde zorg i.v.m. medicatie: **(SP)**
 - In 2017 werd de werkgroep Herstelgericht medicatiebeleid opgestart om meer herstelgericht aan de slag te gaan waardoor patiënten betrokken worden bij de eigen medicatie volgens de fase van hun herstelproces. Aan deze werkgroep nemen een referentieverpleegkundige medicatie, een arts, een verpleegkundig specialist, een verpleegkundige, een afdelingshoofd, de adjunct- directeur patiëntenzorg en de stafmedewerker patiëntenzorg deel. **(AV)** Een beleid en procedure worden uitgewerkt en uitgetest op de afdelingen volwassenen

kortverblijf, psychosociale revalidatie en angst, stemmingen- en persoonlijkheidsstoornissen. Ook op de afdelingen ontwenning en psychozorg werden de mogelijkheden onderzocht van dit participatief medicatiebeleid wat ook een actie is uit het afdelingsbeleidsplan. Per patiënt wordt nagegaan of zelfmanagement haalbaar is (i.f.v. veilig bewaren, cognitieve mogelijkheden, gevaren voor medepatiënten,...). Indien het haalbaar is, zetten verpleegkundigen samen met de (dag)patiënt de medicatie klaar (eerst voor 24u, daarna voor 7 dagen). Er werden kluisjes aangekocht waar patiënten hun medicatie in kunnen bewaren.

- Op alle afdelingen bevinden zich folders i.v.m. medicatie voor de patiënten, deze zijn ook terug te vinden op het intranet.
 - Op de afdeling ontwenning is er twee keer per week een leefgroep overstijgende groepssessie medicatie. Op maandag gaat dit over specifieke thema's (bv. neuroleptica, huisapotheek,...) op vrijdag vertellen de patiënten hoe de voorbije week geweest is i.v.m. medicatie. Deze sessies worden gegeven door de referentieverpleegkundige medicatie of de arts. Ook op de afdeling Psychosociale Revalidatie gaat de psychiater samen met een verpleegkundige educatie geven aan patiënten over medicatie. Op de Jeugdafdeling geeft de psychiater individuele toelichting (aan de jongeren) over hun medicatiegebruik.
- Er is een jaarverslag 2017 met een analyse van het geneesmiddelenverbruik per categorie, per arts en per diagnosegroep. Deze analyse werd besproken tijdens een MFC. **(AV)** Men kan aantonen dat verbeteracties worden opgestart naar aanleiding van de analyses.
 - Er gebeurde een analyse en evaluatie (met eventuele bijsturing) van het antibioticavoorschrijfgedrag per arts. **(AV)**
 - Het ziekenhuis nam deel aan de indicatorenmeting VIP² betreffende de volledigheid van de medicatievoorschriften. **(AV)** 93,9 % van de medicatievoorschriften bleken volledig. Er werden vervolgens verbeteracties uitgewerkt.
 - Incidenten met betrekking tot de werking binnen de apotheek worden noch op niveau apotheek noch centraal geregistreerd. **(TK)** Ze worden direct besproken door de apotheker, de apotheekassistent en logistiek assistent. Van het overleg betreffende de incidenten wordt geen verslag opgemaakt. Er worden wel verbeteracties uitgevoerd. **(AV)**
 - Incidenten met betrekking tot het medicatiegebeuren kunnen gemeld worden in het centrale meldsysteem binnen Obasi. Via dit systeem heeft de kwaliteitscoördinator alsook de apotheker, de adjunct-directeur patiëntenzorg en de directeur patiëntenzorg zicht op het aantal meldingen. **(AV)** Artsen melden zelden tot nooit. **(TK)**
De melder kan zelf aangeven of hij een analyse van het incident noodzakelijk vindt. Ook anderen (bv. kwaliteitscoördinator, apotheker,...) kunnen een analyse voorstellen. **(AV)**
In 2017 gebeurde op vraag van een behandelend psychiater, omwille van het ernstig risico, een retrospectieve analyse.
Na een melding van een medicatie-incident, gaat de kwaliteitscoördinator langs op de afdeling om de melding te bespreken met de betrokkenen en eventuele maatregelen te nemen. Feedback i.v.m. een melding wordt gegeven aan de melder en op een verpleegoverleg op de afdeling. **(AV)**

Tijdens het “Comité geneesmiddelen en medisch materiaal” (= MFC) wordt het overzicht van het aantal meldingen, knelpunten en een actieplan besproken. De adjunct-directeur patiëntenzorg geeft feedback over het overzicht van incidentmeldingen aan de afdelingshoofden en verpleegkundigen.

(AV)

In 2017 waren er 38 meldingen met betrekking tot het medicatiegebeuren en er gebeurden 6 analyses m.b.t. medicatie incidenten. Er is een stijging van het aantal meldingen in 2018 na een rondgang op al de afdelingen door de adjunct-directeur patiëntenzorg om het belang van het melden te duiden. **(AV)**

Het is niet voor alle medewerkers duidelijk of hun anonimiteit gegarandeerd kan worden als men ingelogd is in het systeem, waardoor mogelijks niet alle medicatie-incidenten een neerslag krijgen in het meldsysteem. Hierdoor riskeert het ziekenhuis belangrijke informatie te verliezen die de veiligheid van de patiënten zou kunnen bevorderen. **(TK)**

Middelen

- De temperatuur binnen de apotheekruimte waar medicatie staat is moeilijk te beheersen. **(TK)**
De temperatuur wordt geregistreerd en kan soms oplopen tot 26 à 27°C. Er is geen automatische klimaatregeling. Het ventilatiesysteem dat tijdens de nacht koude lucht levert volstaat niet om de temperatuur te beheersen.
- In de gang van de receptie in een afgesloten ruimte (keuken) staat er één centrale noodkast, een koelkast en een kast met verpleegkundig verzorgingsmateriaal. Uit controle blijkt dat de kasten afgesloten zijn, er geen vervallen medicatie aanwezig is en dat de stockcontrole in orde was. De inhoud van de centrale spoedkast is terug te vinden in medicatiebeheer. De lijst wordt regelmatig aangepast. **(AV)**
Deze centrale spoedkast wordt 2 keer per jaar door de apotheek gecontroleerd op aantal geneesmiddelen en vervaldata. **(AV)** Het aantal keer dat de centrale noodkast gecontroleerd wordt door de apotheek op tekorten en vervaldata staat niet beschreven in een procedure. **(TK)**
- Elke afdeling heeft (afgesloten) medicatiekasten waar de geneesmiddelen, op naam van de patiënt, bewaard worden. Naast de medicatie op naam van de patiënt, bevindt zich in deze kast of een kast ernaast ook de spoedmedicatie en de huisapotheek met beperkte voorraad. De inhoud van de spoedkast en huisapotheek wordt mee door de afdelingsartsen bepaalt en verschilt van afdeling tot afdeling. **(AV)** De narcotische medicatie, bevindt zich bij de spoedmedicatie of op naam van patiënt. Deze narcotische medicatie wordt niet afzonderlijk bewaard in afsluitbare medicatiekasten. **(TK)**
Voor de spoedkast, inclusief de narcotische medicatie en de huisapotheek is een specifiek registratie- en stockcontrolesysteem in voege. **(AV)**
De voorraad van de huisapotheek en de spoedkast op de afdeling wordt tweemaal per week door de apotheek gecontroleerd. Dit staat vermeld in de procedure ‘Controle van en aanvulling van de kasten’. Bij nazicht van medicatie uit de spoedkast en de narcotische medicatie op verschillende afdelingen bleek dat de voorraad in orde waren. **(AV)**

Medewerkers

- Er zijn 1 hoofdapotheeker (1 VTE), 1 apotheekassistent (0,5 VTE) en een logistiek medewerker (0,5 VTE) werkzaam in de apotheek van het PZ Sint-Jozef. **(AV)**
- Er is een formele wachtregeling voor de apotheek. **(AV)** De wachtdienst is georganiseerd in samenwerking met de wachtdienst van het Sint-Andriesziekenhuis in Tielt. Er werd in 2017 en 2018 geen beroep gedaan op deze wachtdienst. **(AV)**
- In de Sint-Jozefkliniek is een Comité geneesmiddelen en medisch materiaal. **(AV)** Dit comité komt 4x keer per jaar samen en bestaat uit de apotheker, de hoofdarts, de adjunct-directeur patiëntenzorg, de directeur patiëntenzorg, de algemeen directeur, de psychiater van de afdelingen ouderen en psychosezorg en ad hoc leden, afhankelijk van het thema.
- In het ziekenhuis zijn referentieverpleegkundigen medicatie werkzaam. Voor 2017 kwamen deze referentieverpleegkundigen op een systematische basis samen. **(AV)** Door de adjunct-directeur patiëntenzorg en een aantal referentieverpleegkundigen medicatie werd in 2016 een opleiding gegeven i.v.m. de nieuwe software medicatiemodule: klaarzetten en toedienen. Daarna werd door de adjunct-directeur op alle afdelingen een rondgang gemaakt over deze implementatie en werd de nodige ondersteuning geboden.
- Het ziekenhuis beschikt over een werkgroep hoog-risico-medicatie. Er is een lijst met hoogrisicomedicamenten. Bij de uitwerking van dit beleid werden naast de apotheker ook artsen betrokken. In 2017 gaf een psychiater een opleiding aan alle verpleegkundigen i.v.m. hoogrisicomedicatie. De inhoud van de opleiding is terug te vinden op QPR. **(AV)** Bij een steekproefcontrole tijdens de audit bleek dat een hoogrisicogeneesmiddel (Camcolit®) niet gelabeld in het schuifje bij de andere medicatie lag. **(TK)**

Processen

- De distributie van alle geneesmiddelen en verzorgingsproducten verloopt via Obasi. **(AV)** Artsen schrijven de medicatie elektronisch voor; dit kan ook van buiten het ziekenhuis. Er wordt gewerkt met een elektronische handtekening (validatie). Op basis van dit voorschrift wordt medicatie afgeleverd aan de afdelingen van uit de apotheek. Het volledige (dagelijkse en periodieke distributie) medicatiegebeuren voor de individuele patiëntvoorraad en de distributie naar de spoedkasten en huisapotheken is beschreven in flowcharts en is terug te vinden in QPR. Aanbeveling om het voorschrijf- en distributieproces volledig uit te schrijven. **(Aanb)**
- De opvolging van de temperatuurcontrole van de medicatiekoelkasten op de afdelingen en in de apotheek staat uitgeschreven in een procedure. Bij nazicht bleek de temperatuur van de gecontroleerde koelkasten in orde te zijn. **(AV)**

- Er worden in het ziekenhuis alleen nog papieren naschriften gebruikt voor ECT-medicatie bij ambulante patiënten. Dit gaat om slechts enkele voorvallen, nagenoeg verwaarloosbaar t.o.v. het totale aantal voorschriften voor specialiteiten. **(AV)**

We bevelen aan om alle medicatie elektronisch voor te schrijven en te valideren voor aflevering en toediening. **(Aanb)**

- Er wordt gebruik gemaakt van een elektronisch communicatietijdschrift als specifiek informatiekanaal van de apotheek naar de verpleegafdelingen. Vooral nachtverpleegkundigen maken hiervan gebruik. Daarnaast komt de apotheker bijna dagelijks op de afdelingen. **(AV)**
- Narcotica wordt door de artsen elektronisch voorgeschreven. Bij nazicht van een steekproef van 3 verdoovingsvoorschriften (verschillende afdelingen, verschillende artsen) bleek dat alle voorschriften volledig waren (identificatie patiënt, identificatie arts, naam medicijn en sterkte). **(AV)**
- Daarnaast wordt er gewerkt met 'extra toedieningen' na bv. een telefonische medicatieopdracht of een medicatieopdracht via mail, door een arts aan een verpleegkundige bij hoogdringendheid. Op basis van een mondeling order, dat niet schriftelijk gevalideerd is door een arts, en registratie in het dossier, kan een verpleegkundige een geneesmiddel uit de spoedkast eenmalig toedienen aan een patiënt. **(AV)**
- De afleverperiode van medicatie aan de afdelingen bedraagt 14 dagen. Deze distributietermijn van de medicatie werd bepaald na een risicoanalyse per afdeling volgens drie parameters (turnover van patiënten, hoeveelheid gebruik hoog risicomedicatie en vastgestelde misbruiken of tekorten op de afdelingen). **(AV)**
- De apotheker heeft via het elektronisch medicatiebeheer zicht op het volledige medicatieschema van de patiënt tijdens de opname en tot inzage in bepaalde klinische gegevens (bv. parameters, labo-uitslagen. Ook thuismedicatie wordt bij opname in het dossier genoteerd. **(AV)**
- Indien de medicatie niet wordt klaargezet door de patiënt zelf wordt de medicatie door de nachtverpleegkundige klaargezet voor 24 uur in schuifbakjes (per toedieningsbeurt) voorzien van etiketjes met eenduidige patiëntidentificatie (naam, voornaam en geboortedatum) in de medicatiekast. **(AV)**
- Er is geen procedure betreffende de controle van de vervaldata van de medicatie op de afdelingen. **(TK)** Uit de ingekeken documenten en uit gesprek blijkt dat de voorraden van de patiënten, de huisapothek en de spoedkast op de afdelingen maandelijks aan de hand van een lijst met vervaldata worden geteld en gecontroleerd en dat er jaarlijks door de afdelingen zelf een grondige controle gedaan wordt. **(AV)**
- De afspraak is dat als medicatie gehalveerd moet worden de traceerbaarheid steeds mogelijk moet zijn. Zo wordt een half pilletje in de blister terug gelegd in de patiëntenvoorraad, het andere halve pilletje wordt in een plastic potje met naam en dosis bij de klaargezette medicatie van de patiënt

gezet. Zo kan je van dit halve pilletje alle gegevens op de blister van het halve pilletje in de patiëntenvoorraad terugvinden. **(AV)**

Dit proces blijkt niet geheel sluitend te zijn. **(TK)** Bij de controle (steekproeven op de afdelingen) van de vervaldatum van een halve tablet (zonder blister) in een plastic potje bij de klaargezette medicatie, werd de andere helft van de tablet met de blister niet teruggevonden in de patiëntenvoorraad, waardoor de vervaldatum niet te achterhalen was.

- Verder werd geen vervallen medicatie gevonden in de klaargezette medicatie, in de spoedkasten of in de patiëntenvorraden. **(AV)**
- In de steekproef van medicatieschema's die tijdens de audit gecontroleerd werden op de afdelingen, waren volgende gezochte aspecten (volledig voorschrift, validatie, toegankelijkheid voor betrokken zorgverleners, toediening, stoppen of wijzigen van medicatie, tijdsduur tussen twee medicatietoedieningen bij zo-nodig medicatie) steeds aantoonbaar. **(AV)**
Volgende verbeterpunt werd opgemerkt: **(TK)** De reden waarom de medicatie bij een patiënt de ochtend van de dag van de audit niet gegeven werd, stond niet genoteerd.
- Op de afdeling Ontwenning werd een protocol uitgewerkt rond de Symptom Triggered Method, een symptoomgestuurde benadering van zorgmedicatie om onder andere overmedicatie tegen te gaan. Verpleegkundigen en patiënten gaan bij deze methode gericht kijken naar symptomen van ontwenningverschijnselen om zo mee te bepalen welke medicatie nodig is. **(SP)**

Resultaten

- Er is een geneesmiddelenformularium opgesteld voor het ziekenhuis. **(AV)** Dit is elektronisch raadpleegbaar op intranet. Formulariumproducten worden preferentieel voorgeschreven door medicatiebeheer. De apotheker heeft substitutierecht voor wat generieken betreft of contacteert in andere gevallen de voorschrijvende arts met een voorstel uit het formularium. Het medisch farmaceutisch comité volgt het gebruik van formulariumproducten op, evenals geschrapte medicatie en aanvraag voor nieuwe producten.
10 % van de medicamenten wordt buiten het formularium afgeleverd, het gaat o.a. om bloeddrukverlagende middelen, voorbehoedsmiddelen, anti-constipatiemedicatie,... .
- Het ziekenhuis heeft geen zicht op het al of niet toedienen van extra medicatie bij afzonderingen. **(Aanb)**
- Ongeveer 99 % van de geneesmiddelen wordt aan de afdelingen in unitdosis afgeleverd. **(AV)**

7.3 VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN, AGRESSIEBELEID, SUÏCIDEBELEID

Situering

- Het ziekenhuis beschikt niet over een machtiging voor gedwongen opnames. Het ziekenhuis heeft geen gesloten afdelingen. **(AV)**

Beleid

- Het ziekenhuis ontwikkelde een discussietekst: “visie op waarden, regels, afspraken en vrijheidsbeperking”. Deze tekst is een eerste stap die betrekking heeft op de opdracht dat alle afdelingen aan de hand van hun waarden (in overeenstemming met de waarden van het ziekenhuis) het gebruik van afdelingsregels, afspraken en vrijheidsbeperkende maatregelen moeten evalueren. Verschillende afdelingen gingen hier reeds mee aan de slag. **(AV)**
- Volgende ziekenhuisbrede procedures en/of beleidsteksten over vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) en agressiebeleid zijn uitgewerkt: **(AV)**
 - Beleid herstelondersteunend veiligheidsmanagement bij risicogedrag
 - Richtlijn agressie
 - Richtlijn suïcide
 - Persoonlijke-en teamgerichte veiligheidstechnieken
 - Gedragscode afzonderen en fixeren
- De beleidstekst “Beleid en herstelondersteunend veiligheidsmanagement bij risicogedrag” werd opgesteld in 2013. Deze tekst beschrijft de visie en methodieken van het ziekenhuis met betrekking tot de benadering van risicogedrag (o.a. agressie, suïcide). De werkgroep klinisch veiligheidsmanagement, de medische staf, de afdelingsstuurgroepen en de stuurgroep afdelingshoofden-afdelingspsychologen werkte deze tekst in 2018 bij. **(AV)**
- Het suïcidepreventiebeleid uitgeschreven in de richtlijn suïcide bevat volgende aspecten. **(AV)**
 - De visie op suïcide, suïcidepreventie en het omgaan met suïcidale personen.
 - De stappen en afspraken bij opname, behandeling en vervolgzorg voor suïcidale personen.
 - De stappen en afspraken na een suïcide of suïcidepoging van een patiënt, met vermelding wie verantwoordelijk is.
 - Hoe de basisvorming suïcidepreventie georganiseerd wordt.
 - Hoe en waar het suïciderisico, suïcidepogingen en suïcides van patiënten geregistreerd worden.
 - Hoe, wanneer en door wie het suïcidepreventiebeleid geëvalueerd wordt.
- De richtlijnen agressie en suïcide specificeren enkele aspecten uit de beleidstekst “herstelondersteunend veiligheidsmanagement bij risicogedrag” die betrekking hebben op het agressiebeleid en suïcidepreventiebeleid van het ziekenhuis. **(AV)**

- Bij elke opname en bij alle overgangsmomenten moet er een risico-inschatting agressie en risico-inschatting suïcide gebeuren en genoteerd worden in het patiëntendossier.
 - Het ziekenhuis werkt met 2 categorieën voor zowel risico-inschatting agressie als suïcide.
 - (1) Geen tot mild risico. Deze categorie wordt binnen het ziekenhuis gezien als een continuüm waarbij aandacht voor risicogedrag (agressie en suïcide) belangrijk is. Zorgafspraken worden op maat van de patiënt opgemaakt. Het opmaken van signaleringsplannen en crisiskaarten is één van de mogelijke acties m.b.t. de omgang met risicogedrag die gebruikt kan worden. Sommige afdelingen hebben de verwachting dat bij al de patiënten een signaleringsplan en crisiskaart opgemaakt worden. Andere afdelingen kiezen daar niet voor.
 - (2) Hoog risico. Deze categorie is niet alleen een hoog risico maar ook een acuut risico. Bij deze patiënten moeten er individuele zorgafspraken op maat van de patiënt gemaakt worden. Installeren van verhoogd toezicht, het gebruik van de comfortroom, het gebruik van de herstelkamer zijn enkele voorbeelden van zorgafspraken. Bij deze patiënten verwacht men dat naast de zorgafspraken ook een signaleringsplan en een crisiskaart opgemaakt worden
 - Het ziekenhuis werkt met één model van signaleringsplan dat voor verschillende risico's (agressie, suïcide, fugue,...) gebruikt kan worden.
 - Het signaleringsplan bevat: de concrete omschrijving van signalen of vroege voortekenen, de mogelijke acties of stabiliserende maatregelen in de verschillende fasen, wat de patiënt, omgeving, hulpverleners kunnen doen.
 - Een signaleringsplan wordt steeds in samenspraak met de patiënt opgemaakt en waar mogelijk ook met belangrijke derden.
 - Het signaleringsplan wordt gezien als een werkdocument dat regelmatig bijgesteld dient te worden.
 - Zowel signaleringsplan als crisiskaart zijn instrumenten die in dezelfde vorm op netwerkniveau gebruikt worden. **(SP)**
- De gedragscode “afzonderen en fixeren” en de tekst “persoonlijke-en teamgerichte veiligheidstechnieken” specificereert het beleid met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen. Fysieke interventies, afzondering en fixatie zijn hierin opgenomen. **(AV)**
 - Volgens het uitgeschreven beleid is de eerste stap voor afzondering steeds een fysieke interventie. Dit is een fixatiemethode waarbij de persoon maximaal 10 minuten door meerdere hulpverleners op een fysieke wijze vastgehouden of geïmmobiliseerd wordt. De definitie, indicaties, manier van uitvoeren staan beschreven. Voor een correcte uitvoering van een fysieke interventie zijn minimaal 3 opgeleide medewerkers nodig (ideaal aantal = 5 medewerkers). **(AV)**
 - Volgende elementen zijn beschreven in de procedure voor afzondering: **(AV)**
 - De definitie van afzondering
 - Afzondering gebeurt zo weinig en zo kort mogelijk
 - Indicaties, tegenindicaties, alternatieven
 - De arts binnen de zorgequipe draagt de eindverantwoordelijkheid voor de afzondering. Enkel verplegend personeel voert een afzondering uit.

- Elke 30 minuten dient er aan de hand van binnengaan met 2 personeelsleden in de afzonderingskamer toezicht gehouden te worden. De focus ligt op contactherstel en het evalueren van de criteria om afzondering al dan niet verder te zetten. Daarom is het belangrijk dat deze contactname bij voorkeur gebeurt door hulpverleners van de afdeling waar patiënt verblijft.
- Beschrijving welke gegevens genoteerd dienen te worden.
- De vorm en frequentie van toezicht door een arts ontbreekt in de afzonderingsprocedure. **(TK)**
- Het ziekenhuis geeft aan dat mechanische fixatie enkel gebruikt kan worden tijdens afzondering. **(AV)**
- Volgende elementen zijn beschreven in de procedure voor mechanische fixatie: **(AV)**
 - De definitie van fixatie
 - Fixatie gebeurt zo weinig en zo kort mogelijk
 - Indicaties, tegenindicaties, alternatieven
 - De arts binnen de zorgelijke draagt de eindverantwoordelijkheid voor de fixatie. Enkel verplegend personeel voert een fixatie uit.
 - Toezicht en evaluatie van de maatregel.
 - Beschrijving welke gegevens genoteerd dienen te worden.

Medewerkers

- Opleiding m.b.t. veiligheidstechnieken. **(AV)**
 - Maandelijks op de afdeling door de referentieverpleegkundige (1 uur). Elke medewerker die op een afdeling mee de continuïteit van de zorg verzekert (continuïteitsmedewerkers) moet deze opleiding minimaal 3 maal per jaar volgen.
 - Jaarlijks moeten alle continuïteitsmedewerkers een ziekenhuisbrede opleiding volgen (1 uur). Bij deze opleiding worden medewerkers geëvalueerd op hun kennis en vaardigheden van de veiligheidstechnieken.
 - Voor nieuwe medewerkers, herintreders en voor medewerkers die de technieken nog onvoldoende beheersen, organiseert het ziekenhuis 2 maal per jaar een opleiding van 2 dagen.
- Opleiding herstelondersteunend veiligheidsmanagement bij risicogedrag (o.a. agressie, suïcide). **(AV)**
 - 2014 opleiding voor alle medewerkers
 - Jaarlijks werknamiddag op afdelingsniveau rond dit thema.
 - Opleidingsdag voor nieuwe medewerkers.
- Voor medewerkers van het facilitaire diensten en onthaal is opleiding beperkt tot opleiding rond omgaan met agressie: basisattitudes voor medewerkers onthaal en cafetaria die plaatsvond in 2014. Het ziekenhuis geeft aan in 2019 te starten met een nieuwe vorming voor deze medewerkers. De inhoud van deze vorming zou gaan over de herstelbenadering, hoe omgaan met mensen met risicogedrag en informatie over enkele ziektebeelden. Deze vorming zou 4 uur duren en 3 maal per jaar doorgaan. Wij bevelen aan om deze plannen te realiseren. **(AV)**

- Het ziekenhuis heeft een aanbod om personeelsleden op te vangen na ernstige incidenten. (cfr. beschrijving in hoofdstuk 6.1 Personeelsbeleid). **(AV)**

Middelen

- Er zijn 2 afzonderingskamers in het ziekenhuis. Deze afzonderingskamers staan ter beschikking van alle afdelingen van het ziekenhuis. Dit zijn de enige twee kamers in het ziekenhuis die gebruikt worden met gesloten deur. **(AV)**
- De afzonderingskamer die gelokaliseerd is op afdeling ouderen krijgt de voorkeur om te gebruiken. In deze kamer is geen bed voorzien en mechanische fixatie is niet mogelijk. Omdat deze kamer geen bed heeft is overnachting in deze kamer niet toegestaan. Deze kamer beschikt over cameratoezicht en een communicatiewand. De afzonderingskamer was in orde op vlak van (daglicht, privacy, rookdetectie aanwezig, bereikbaarheid oproepsysteem, mogelijkheden visueel toezicht, tijdsaanduiding aanwezig). **(AV)**
- De afzonderingskamer die gelokaliseerd is op de afdeling angst, stemming en persoonlijkheidsstoornissen heeft wel een bed. Dit is de enige plek in het ziekenhuis waar mechanische fixatie toegelaten is. De afzonderingskamer was in orde op vlak van (daglicht, rookdetectie aanwezig, bereikbaarheid oproepsysteem, mogelijkheden visueel toezicht, tijdsaanduiding aanwezig). Deze kamer beschikt over cameratoezicht. **(AV)**
 Volgende knelpunten werden vastgesteld: **(TK)**
 - De privacy kan niet gegarandeerd worden omdat er van buitenaf inkijk mogelijk is in de afzonderingskamer.
 - De rookdetector hangt binnen handbereik, wat een veiligheidsrisico inhoudt.
- De afdeling “jeugd behandeling” heeft een herstelkamer ter beschikking. Dit is een prikkelarme kamer waar patiënt zich kan ontladen. Patiënten die gebruik maken van de herstelkamer hebben in samenspraak met de bewegingstherapeut een programma opgesteld om hun spanning te reduceren. Het team beslist samen met de patiënt of hij alleen kan gebruik maken van deze kamer of er een personeelslid aanwezig blijft in de herstelkamer. Deze afspraken zijn opgenomen in het signaleringsplan. **(SP)**
- Het ziekenhuis heeft verschillende comfortkamers ingericht. Doelstelling van deze kamer is tot rust te komen. Volgende afdelingen hebben een comfortkamer ter beschikking enkel voor hun afdeling: “jeugd en kortverblijf jongvolwassenen”, “jeugd behandeling”. Volgende afdelingen delen een comfortruimte: “ontwenning” en “ouderen en eenheid psychosezorg”, “angst, stemming en persoonlijkheid” en “volwassenen kortverblijf & eenheid psychosociale revalidatie”. **(AV)**
 - De inkleding van de comfortruimte is afhankelijk van de doelgroep. Patiënten hebben mede inspraak gekregen met betrekking tot de inrichting. **(SP)**
 - De afdeling “angst, stemming en persoonlijkheid” en “volwassenen kortverblijf & eenheid psychosociale revalidatie” delen een comfortbadkamer. **(AV)**

- Het ziekenhuis heeft verschillende initiatieven lopen waarbij het patiënten en familie informeert over hun beleid herstelondersteunend veiligheidsmanagement bij risicogedrag zoals “mijn signaleringsplan”, “informatiefolder voor familie van het crisisontwikkelingsmodel’, informatie op familieavonden,... **(SP)**
- Het ziekenhuis informeert patiënten over het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen o.a. via de onthaalbrochure voor patiënten en familie. **(AV)**

Processen

- Om de praktijk van het agressiebeleid en suïcidepreventiebeleid te toetsen, werden dossiers ingekeken. Bij alle gecontroleerde dossiers was er een risico-inschatting agressie en risico-inschatting suïcide aanwezig. In alle dossiers waar een hoog risico werd genoteerd waren er zorgafspraken/acties omschreven. In alle dossiers met een verhoogde score vonden we een signaleringsplannen of een beschrijving waarom er geen signaleringsplan aanwezig was. **(SP)**
Crisiskaarten werden bij dossiercontrole alleen in de dossiers van de zorgprogramma voor de jeugd gevonden. **(AV)**
- Er wordt een register bijgehouden over het verblijf in de afzonderingskamer. **(AV)**
- Er werden 2 registraties en patiëntendossiers ingekeken van patiënten in afzondering. Op de registratieformulieren waren alle gegevens ingevuld. De redenen voor afzondering waren in alle gecontroleerde dossiers omstandig omschreven. In alle gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat afzondering gebeurde op basis van een gevaarsituatie (acuut en ernstig gevaar voor zichzelf of anderen). In de gecontroleerde dossiers waren er notities waarmee aangetoond kon worden dat er minstens om de 30 minuten een medewerker binnenging bij de patiënt in afzondering. **(AV)**

Resultaten

- Het ziekenhuis beschikt over een elektronisch incidentmeldingssysteem dat geïntegreerd is in het elektronisch patiëntendossier. Alle meldingen die gaan over het gedrag van een patiënt worden opgeslagen in het patiëntendossier van de betrokken patiënt. **(AV)**
- In 2017 werden volgende incidenten gemeld: **(AV)**
 - 18 suïcidepogingen, 4 suïcides
 - 95 agressie incidenten
 - 16 verbale
 - 41 fysische
 - 0 seksuele
 - 38 agressie t.o.v. objecten
 - 427 zelfverwondend gedrag

- In 2017 werden er 4 suïcides en 1 agressie-incident uitgebreid geanalyseerd (PRISMA-methode). Het beleid van het ziekenhuis beschrijft dat elke suïcide moet geanalyseerd worden. **(AV)**
Het valt op dat geen enkele melding van een suïcidepoging of van zelfverwondend gedrag uitmondde in een uitgebreidere analyse. We bevelen aan om dit nader te bekijken. **(Aanb)**
- Het ziekenhuis maakt jaarlijks 2 rapporten op m.b.t. incidentmeldingen. Een globaal rapport incidentmeldingen en een gedetailleerd rapport incidentmeldingen over het gedrag van de patiënt. Gegevens worden geanalyseerd op ziekenhuisniveau en op afdelingsniveau. **(AV)**
- Het ziekenhuis maakt 2 maal per jaar een uitgebreid rapport m.b.t. fysieke interventies en afzonderingen en fixaties. Verschillende aspecten van het gebruik van vrijheidsbeperkende middelen worden aan de hand van cijfergegevens weergegeven op ziekenhuisniveau en op afdelingsniveau. **(AV)**
- In 2017 werden er 10 fysieke interventies uitgevoerd waarvan er 9 niet resulteerden in afzondering en 1 wel. **(AV)**
- In 2017 vonden er 18 afzonderingen plaats. De gemiddelde duur van afzondering is 6u 8min. 4 afzonderingen gingen gepaard met mechanische fixatie. **(AV)**
- De procedures geven aan dat er pas wordt overgegaan tot afzonderen na een fysieke interventie. Fysieke interventies moeten geregistreerd worden volgens de procedure. **(AV)**
Dat er in 2017 maar 1 fysieke interventie resulteerde in een afzondering en er 18 afzonderingen plaatsvonden geeft aan dat men in de praktijk niet altijd de procedures volgt. **(TK)**
- Het ziekenhuis verzamelt verschillende cijfergegevens en benut deze om processen en resultaten te evalueren en verbeterpunten te detecteren. **(AV)** Resultaten van incidentmeldingen en vrijheidsbeperkende maatregelen worden teruggekoppeld aan de RvB. Het ziekenhuis heeft de voorbije jaren allerlei verbeteracties opgezet. Een spectaculaire daling van vrijheidsbeperkende maatregelen is één van de geboekte resultaten. **(SP)**

7.4 PATIENTENRECHTEN, OMBUDSFUNCTIE EN KLACHTENMANAGEMENT

- De ombudsfunctie van het ziekenhuis wordt ingevuld door een interne en een externe ombudspersoon. Het ziekenhuis informeert patiënten via verschillende kanalen over de ombudswerking. Namelijk: website, onthaalbrochure voor patiënten, affiches op de afdelingen. **(AV)**
- De interne ombudspersoon is 6 uur per week aangesteld als ombudspersoon daarnaast vervult hij de functie van stafmedewerker patiëntenzorg in het ziekenhuis en is voltijds aangesteld in het ziekenhuis. Hij is steeds aanspreekbaar voor patiënten en familie m.b.t. zijn functie als interne ombudspersoon. De rechtstreekse toegankelijkheid van de ombudswerking wordt hierdoor gegarandeerd. In praktijk zou hij ongeveer 2 uur per week spenderen aan de ombudsfunctie. De interne ombudspersoon is ook per telefoon, per mail, per brief (post of brievenbus van de ombudspersoon). De brievenbus van de

interne ombudspersoon is centraal gelegen aan het cafetaria van het ziekenhuis. De interne ombudspersoon ledigt de brievenbus dagelijks. **(AV)**

- Bij afwezigheid van de interne ombudspersoon wordt de telefoon doorgeschakeld naar het secretariaat. **(AV)**
De taken en verantwoordelijkheden van het secretariaat m.b.t. de interne ombudswerking bij afwezigheid van de interne ombudspersoon zijn niet formeel vastgelegd. **(TK)**
- Bij verlof of ziekte van de interne ombudspersoon wordt er een bericht geplaatst dat de interne ombudspersoon afwezig is en dat patiënten de externe ombudspersoon kunnen contacteren. Dit bericht wordt geplaatst op het intranet, op de brievenbus van de interne ombudspersoon, aan het bureau van de interne ombudspersoon en als autoreply op mails. **(AV)**
- Bij langdurige afwezigheid van de interne ombudspersoon zou de externe ombudspersoon zijn taken overnemen. **(AV)**
Formele afspraken hieromtrent ontbreken. **(TK)**
- De externe ombudspersoon werkt halftijds voor het Overlegplatform geestelijke gezondheidszorg West-Vlaanderen en halftijds voor het Overlegplatform Oost-Vlaanderen. Zij werkt sinds maart 2018 voor dit ziekenhuis op afroep. Patiënten kunnen de externe ombudspersoon bereiken per telefoon, per mail, per post. **(AV)**
- De externe ombudspersoon stelde zich reeds voor bij de directie en de stuurgroepen op de afdeling. De interne ombudspersoon verwijst waar nodig patiënten met klachten door naar de externe ombudspersoon. De verdere samenwerking met het ziekenhuis en meer specifiek met de interne ombudspersoon is nog in ontwikkeling. **(AV)**
De externe ombudspersoon wenst in de toekomst een aanbod te doen aan patiënten m.b.t. de patiëntenrechten. Het ontbreekt momenteel aan een structureel overleg tussen interne en externe ombudspersoon. **(Aanb)**
- Zowel de interne ombudspersoon als de externe ombudspersoon maken een jaarverslag met een geanoniseerd overzicht van: het aantal klachten, het voorwerp van de klachten, het eventuele resultaat en aanbevelingen ter voorkoming van de herhaling van bepaalde klachten. Zowel de interne als de externe ombudspersoon stellen hun jaarverslag voor op het directiecomité. Het wordt bezorgd en besproken op de medische staf en raad van bestuur. **(AV)**
- Het informeren van patiënten over hun patiëntenrechten gebeurt via verschillende kanalen. Bij opname krijgen patiënten de onthaalbrochure waar de rechten van de patiënten in zijn opgenomen. De affiches en folders Wet “rechten van de patiënt” (uitgegeven door de federale overheid) zijn beschikbaar in het ziekenhuis. Op de website van het ziekenhuis staat er informatie over de patiëntenrechten. Patiëntenrechten worden op elke afdeling overlopen met de patiënten en op sommige afdelingen ook met familie van patiënten. **(AV)**

- Nieuwe medewerkers van het departement patiëntenzorg worden tijdens hun inscholing op de hoogte gebracht van de patiëntenrechten. Occasioneel wordt er informatie over de patiëntenrechten gepubliceerd op het intranet. **(AV)**
- Het ziekenhuis werkte op 18 april 2018 mee aan de Europese dag voor de rechten van de patiënt. Aan het cafetaria van het ziekenhuis werd een stand ingericht waarbij patiënten werden geïnformeerd over het recht op inzage en afschrift van het patiëntendossier en de mogelijkheden van COZO. **(SP)**
- Het ziekenhuis heeft verschillende procedures (interne en externe klachtenprocedure, inzage en afschrift van patiëntendossier, second opinion, weigeren behandeling, ontslag tegen medisch advies) en informed consents (uitwisseling van gezondheid gegevens, ECT-behandeling, activiteiten m.b.t. empowerende fotografie, video opname bij diagnostiek, deelname wetenschappelijk onderzoek,...) die de uitvoering van patiëntenrechten regelen. **(AV)**
Het ontbreekt het ziekenhuis aan volgende procedures: **(TK)**
 - vrije keuze beroepsbeoefenaar,
 - kamercontrole,
 - bagagecontrole.
- Het ziekenhuis zette allerlei acties (vorming alle medewerkers, folder voor werknemers) op rond het thema “seksueel grensoverschrijdend gedrag: sluit je ogen niet!”. **(SP)**
- Het ziekenhuis informeert patiënten op verschillende manieren (website, onderdeel onthaalbrochure,...) over de kostprijs van de behandeling. **(AV)**

7.5 INZET VAN ERVARINGSDESKUNDIGEN

- Het ziekenhuis laat ervaringsdeskundigheid breed aan bod komen: **(SP)**
 - Er is 1 betaalde (0,66 VTE) ervaringswerker (met functieprofiel) op ziekenhuisniveau. Deze ondersteunt mee de verdere ontwikkeling van de herstelvisie en van de ervaringswerking in het ziekenhuis.
 - In het ziekenhuis zijn er, naast de betaalde ervaringswerker, nog 39 ervaringsdeskundigen waar men een beroep kan op doen.
 - Voor deze ervaringswerkers is er een organisatienota en visietekst “Visie op de inzet en waardering van ervaringswerkers” opgemaakt. Deze tekst wordt in het najaar aangevuld met een folder voor geïnteresseerde patiënten, de praktische organisatie van ervaringswerk en de vergoeding voor ervaringswerkers (is in bespreking in kerngroep herstel).
 - Van ervaringswerkers wordt verwacht dat ze de algemene opleiding ervaringsdeskundigen volgen.
 - Er is een grote verscheidenheid van inzet van ervaringswerkers: in ervaringsgroepen, op afdelingen, voor ziekenhuisinitiatieven, in het Forum, in werkgroepen, in overlegorganen, bij vormingen/studiedagen/congressen/opleidingen,...
 - Om de herstelvisie te ondersteunen werden in het ziekenhuis tal van initiatieven van en voor ervaringswerkers in het leven geroepen, bijvoorbeeld de “PIT-groep” en “BOE-groep” (bewust

omgaan en ontdekken van ervaringsdeskundigheid), tandemwerking, peer-4-peergroep voor jongeren.

- Ervaringswerkers zorgen voor presentie in het weekend, gaan spreken op studiedagen... .

- In 2017 waren in het ziekenhuis 60 vrijwilligers actief. Vrijwilligers helpen onder andere tijdens de vakantie bij de activiteiten in het Forum.
Alle vrijwilligers/ervaringswerkers krijgen een afspraken- en organisatienota met uitleg over de algemene werking, de verzekering en de verwachtingen vanwege de organisatie. Iedere vrijwilliger/ervaringswerker kan terecht bij een vaste contactpersoon en bij de adjunct-directeur patiëntenzorg. **(AV)**

- De twee personeelsconferenties (thema's: veiligheidsmanagement en herstelgericht werken / inzet ervaringswerkers) van het departement patiëntenzorg van 2018 gingen (voor de eerste keer) door samen met patiënten en ervaringswerkers. **(SP)**

8 RESULTATEN

8.1 TOEGANKELIJKHEID

- Het ziekenhuis heeft zicht op de wachttijden voor raadplegingen bij een psychiater. De artsen zijn tijdens hun aanwezigheid in het ziekenhuis permanent telefonisch bereikbaar voor aanvragen tot afspraak die zij zelf maken. De wachttijd voor een opname is kort en is verschillend naargelang de eenheid en binnen bepaalde piekperiodes in de opnames. In de eenheden van het zorgprogramma jeugd is er wel een wat langere wachttijd. **(AV)**

Om een en ander structureel te kunnen monitoren, neemt het ziekenhuis enkele initiatieven, zoals de uitbouw van een medisch secretariaat en het systematisch noteren van alle aanvragen in een aanmeldingsmodule. Hierdoor zal vanaf 2019 een exact idee van de wachttijden voor opname kunnen gevormd worden. **(AV)**

We bevelen aan om criteria uit te schrijven om iemand voorrang te geven, zodat desgevallend, bij het opduiken van wachttijden, op objectieve wijze kan geprioriteerd worden. **(Aanb)**

- Een nota beschrijft uitvoerig de werkwijze die wordt toegepast in geval wanbetaling van een ziekenhuisfactuur wordt geconstateerd. Men gaat daarbij omzichtig te werk en de procedure toont geen nadelige gevolgen voor de kwaliteit van de geboden zorg. De opvolging gebeurt door een sociaal verpleegkundige. **(AV)**

8.2 PATIËNTBETROKKENHEID EN PATIËNTGEORIËNTEERDE ZORG

- Het ziekenhuis levert heel wat inspanningen om de zorg maximaal op maat van de patiënt te oriënteren. **(SP)**

Enkele voorbeelden illustreren dit:

- Er is een specifiek standaardprogramma voor elke verschillende behandelgroep op de zorgeenheden.
- Per behandelgroep heeft men keuze uit een aantal modules aangepast aan de noden van de patiënt.
- Het aanbod van het “Forum voor Persoonsontwikkeling” is afdelingsoverstijgend en omvat een 100-tal activiteiten waaruit patiënten meerdere per week kunnen kiezen. Het Forum is een therapeutisch aanbod dat gericht is op het bewaren en verhogen van de levenskwaliteit.
- Men streeft op de afdelingen naar zo veel mogelijk regie betreffende de eigen behandeling in handen van de patiënt.
 - De verwachting is dat de patiënt moet betrokken worden bij de opmaak van het behandelplan.
 - Op verschillende afdelingen worden patiënten uitgenodigd op de multidisciplinaire bespreking van hun behandelplan.

- Op andere afdelingen worden de behandeldoelen, die geformuleerd worden door de patiënt tijdens de voorbereiding van de teamvergadering, door de IB meegenomen naar de multidisciplinaire bespreking.

NB: We merken hierbij echter op dat deze patiëntparticipatie vaak niet aantoonbaar is in het patiëntendossier.

- Er wordt naar gestreefd om tijdens opname voor elke patiënt een individueel signaleringsplan/noodplan naar ontslag toe op te maken. Dit is nog niet op alle afdelingen geïmplementeerd.
 - Op vlak van medicatiebeleid bestaan initiatieven om de regie zo veel mogelijk in handen van de patiënt te geven.
 - Kaderend in de herstelvisie, worden patiënten (ZP jongeren) aangemoedigd om zo veel mogelijk positieve elementen uit hun dagelijks leven tijdens een opname te behouden (bv. hobby's). Weekends duren tot maandagochtend, woensdagnamiddag kan de jongere ook naar de thuissituatie als dat kan bijdragen tot herstel.
 - Er wordt systematisch gewerkt met proefontslagen.
 - Men wilt via het Zorgportaal toegang geven aan patiënten tot hun eigen gegevens (medicatieschema, teamvoorbereiding, eigen therapieprogramma).
- Het ziekenhuis krijgt zicht op de ervaringen van patiënten via onder andere: **(AV)**
 - (Schriftelijke)exitgesprekken met patiënten, specifiek opgemaakt per behandelgroep, die door een administratief medewerker van de afdeling worden afgenomen. Deze enquête bevat vragen rond ontvangst op de afdeling, informatie, hulpverleners, frequentie van contact met hulpverlener, verblijf op de afdeling en behandeling. De resultaten van deze meting worden teruggekoppeld naar de afdelingen in het jaarrapport van de afdeling. Het is daarna opdracht voor de coördinatieteams van de afdelingen om hieruit jaarlijks een verbeterproject op te zetten. Er werd in 2018 opgemerkt dat het aantal afgenomen exitinterviews daalde waardoor er in 2019 een nieuw kwaliteitsthema wordt opgestart om de exitinterviews meer te enten op de verwachtingen van de eenheden.
 - Wekelijkse patiënt-staf meetings die op elke eenheid worden georganiseerd waar patiënten hun (on)tevredenheid ook kunnen uiten.
 - Deelname aan de Vlaamse patiëntenpeiling waarvan de resultaten achteraf in de stuurgroep worden besproken en eventuele verbeteracties worden uitgewerkt.
 - Op een aantal afdelingen staat een ideeënbus
 - Tijdens de nazorg (na 6 maanden, na een jaar en na twee jaar) gebruikt men op de afdeling Ontwenning sinds 2018 de RAS (Recovery Assessment Scale) om de behandeling te evalueren en eventueel bij te sturen.
 - In 2015 gebeurde in het ziekenhuis een afname van de ROPI. De resultaten en de benchmark werden teruggekoppeld naar de afdelingen.

8.3 BETROKKENHEID VAN NAASTEN

- Op de afdelingen vinden we talrijke initiatieven om familie en naasten te betrekken bij de behandeling. **(AV)**
Enkele voorbeelden illustreren dit:

- In de onthaalbrochure worden enkele hoofdstukken aan familie gericht: betrokkenheid, zelfzorg,...
 - Op elke afdeling is een eigen familiewerking uitgebouwd waarbij verschillende disciplines betrokken zijn.
 - Er is de mogelijkheid tot echtpaar- of gezinstherapie.
 - Familie kan steeds ook terecht met vragen bij de maatschappelijk assistent van de afdeling.
 - Op de afdelingen van het Zorgprogramma Jeugd gaan verschillende reeksen van ouderavonden door alsook avonden voor broers en zussen gaan telkens door. In de eerste weken na opname en ook in de laatste week voor ontslag plant men een gezinsgesprek met de familietherapeut.
 - In het voorjaar van 2018 werd ter ondersteuning van de optimalisatie van de familiewerking een éénmalige proefenquête afgenomen bij familie. Dit was een bevraging van de familie op vier dimensies: informatie, ondersteuning, betrokkenheid, en bejegening.
 - De sessie opvoedingsondersteuning: 'Ik en mijn gezin' wordt om de twee weken door een ervaringswerker gegeven.
- We vinden in het ziekenhuis allerlei initiatieven die aangeven dat het ziekenhuis aandacht heeft voor de kinderen van opgenomen patiënten. **(AV)**
 - Op verschillende plaatsen in het ziekenhuis hangt informatie over de KOPP-werking.
 - Voor kinderen van een ouder met verslavingsproblemen zijn er in het ziekenhuis de KOAP-groepen en voor kinderen van een ouder met psychiatrische problemen de KOPP-groepen. "KOAP" staat voor Kinderen van Ouders met Alcohol Problemen, "KOPP" voor Kinderen van Ouders met Psychiatrische problemen. Deze groepen zijn bedoeld voor kinderen tussen 6 en 18 jaar. De kinderen kunnen drie sessies volgen, waarbij zowel informatie als emotionele ondersteuning aan bod komen.
 - Voor de KOAP-werking wordt ook gewerkt met een ervaringsdeskundige, die de werking rond kind-ouder mee helpt verder uitbouwen.
 - In het ziekenhuis werden speelhoekjes voor kinderen ingericht.

8.4 CONTINUÏTEIT VAN ZORG

- Tweemaal per jaar worden de cijfers betreffende opname- en ontslagbrieven besproken binnen de medische staf, een thema door het ziekenhuis als een knelpunt erkend, waarbij het verband met de kwaliteit van zorg ook benoemd wordt. **(SP)**
Dit belangrijke communicatiekanaal naar de verwijzers blijkt niet voor alle eenheden even vlot te lopen. **(TK)**
- Er is aandacht voor de vervolgzorg na een opname, onder meer door een nauwe samenwerking met regionale externe hulpverleningsdiensten zoals CGG, CAW, mobiele teams, zorgboeren,.... Het ziekenhuis zelf biedt hiertoe ook een aantal initiatieven aan zoals een individueel postkuur traject, terugkomdagen, ambulante nazorg,... **(AV)**