

**INSPECTIE PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS 02.2015**

**OPVOLGING WERKPUNTEN MET TERMIJNBEPALING** STATUS op 05.01.2017

**Lijst van afkortingen**

NC: niet-conformiteit

TK: tekortkoming

**Termijnen 3-6-9-12-15 maanden**

**1. De medicatiebedeling wordt herzien en aangepast op basis van de opmerkingen uit het verslag**

- Identificatie en controle van vervaldatum dient mogelijk te zijn tot op het moment van toediening (losse medicatie, verknipte blisters waarop vervaldatum en/of naam van geneesmiddel niet meer terug te vinden is, ...) (NC). Geen vervallen medicatie in de koelkast (TK).
- Opmerkingen over systeem van temperatuurcontrole (TK).

**Aanpak**

- Identificatie vervallen medicatie. De apotheek voert nu onaangekondigd steekproeven op alle afdelingen. Preventief gebeuren diverse formulariumaanpassingen, er wordt nu zo veel als mogelijk en systematisch door apotheek of door leverancier herverpakt/geleverd in unidosis, bestellen van uni-dosis is nu gemaximaliseerd. Er werd in de apotheek een herverpakkingsmachine in gebruik genomen.
- De temperatuur van alle geneesmiddelenkoelkasten binnen het ziekenhuis wordt via automatische sensoren continu centraal gecontroleerd zodat er onmiddellijk kan ingegrepen worden indien nodig.

**2. Rol, mandaat en taakverdeling van zorgmanagers en disciplinecoördinatoren is voor iedereen duidelijk (TK)**

**Aanpak**

Voor de zorgmanagers werd de functiekaart met heldere resultaatsgebieden en competenties opgemaakt. De functie van disciplinecoördinator was overbodig geworden met de kanteling van de organisatie en is voor de therapeuten en psychologen afgeschaft. Voor de sociale dienst is de disciplinecoördinatie uitdovend. Dit is gecommuniceerd en het organigram is aangepast.

**3. De procedure omtrent afzondering is herzien a.d.h.v. de opmerkingen uit het verslag (TK)**

**Aanpak**

De beleidsteksten en procedures werden aangepast cf. de opmerkingen.

**4. Alle afzonderingsruimtes zijn voorzien van een oproepsysteem (aan bed) voor gefixeerde patiënten (TK)**

**Aanpak**

De aanpassingen aan de bedden op afzondering zijn in uitvoering.

**5. Het Comité Ziekenhuishygiëne is samengesteld volgens de normen (NC)**

**Aanpak**

De algemeen directeur maakt intussen deel uit van het comité ziekenhuishygiëne. Werkpunt werd ondertussen door de inspectie geschrapt.

**6. Er gebeurt een analyse van het voorschrijfgedrag per arts (TK).**

**Aanpak**

De uitgevoerde en besproken analyses werden aan de inspectie bezorgd.

**Opvolgpunten na 18 maanden**

Met betrekking tot de onderstaande opmerkingen wenst het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid een tussentijdse evaluatieschets te ontvangen:

- 1. Overige opmerkingen m.b.t. medicatie:** verbeteren van meld- en verbetercultuur, de apotheek beschikt over een beleidsplan, registratie van medicatieverbruik verloopt onvoldoende systematisch en gestandaardiseerd.

Het incidentmeldsysteem werd in september 2016 uitgebreid met een afzonderlijk meldformulier voor medicatiefouten. Dit werd ondersteund door een specifieke communicatiecampagne (o.a. via posters en flyers). Aanvullend bezorgt de apotheek sinds 2015 op basis van eigen registratie aan de afdeling per kwartaal foutrapporten, de werkgroep medicatie staat in voor de analyse en zette al verschillende verbeteracties op.

Het ontoereikend registreren van spoedkastontlening wordt aangepakt door geautomatiseerde ontlening (VASAKAST-systeem), die is voorzien op de nieuwe apotheeklocatie en wordt momenteel verkend door de technische cel die de verhuis/herinrichting, voorzien in 2017, concreet voorbereidt.

Op alle afdelingen zijn nu alle patiëntenvoorraadbakjes voorzien van hun naam en voornaam.

Het apotheekbeleidsplan is opgemaakt, met fiat van directie en geneesheren. Het is als vast agendapunt opgenomen in het periodiek overleg algemeen directeur-apotheker.

- 2. Opmerkingen m.b.t. kwaliteitsbeleid:** vertaling van ziekenhuis- en kwaliteitsbeleid op afdelingsniveau a.d.h.v. opmerkingen uit het verslag, routine outcomemonitoring is nog geen veralgemeende praktijk binnen het ziekenhuis.

Het klopt dat de vertaling van ziekenhuisbeleid naar kwaliteitsbeleid op de afdelingen nog onvoldoende gestructureerd is en de beleidscyclus dient bijgestuurd. De organisatie zit sinds eind 2015 echter in een complexe transitie, welke absolute prioriteit kreeg. Nu is er terug voldoende stabiliteit tot op afdelingsniveau en gaan we het beleidscyclusproces zelf bijsturen met het oog op de nieuwe

cyclus 2017-2019. Hiervoor werd het nieuwe ziekenhuisbeleidsplan ondertussen opgemaakt en aan het kader voorgesteld.

Wij gaan ons beleid rond outcomemeting uitwerken in nauw overleg met het PZ Sint-Camillus, waarmee ons ziekenhuis fuseert. Dit ziekenhuis beschikt al over een duidelijke beleidsvisie en heeft dit ook al operationeel geïntegreerd. Een delegatie van het managementteam plant hiertoe concreet een eerste overleg met de collega's van Sint-Camillus in het voorjaar van 2017.

**3. Overige opmerkingen m.b.t. afzonderingen:** noteren van observaties volgens juiste frequentie, er wordt niet binnengegaan indien patiënt slaapt, ...

De observatie-eisen werden met de afdelingsverantwoordelijken opnieuw doorgenomen en afgesproken. Het binnengaan tijdens de nachturen werd in de afzonderingsprocedure geëxpliciteerd. De opmerking dat een fixatie zonder afzondering wel in het behandelplan stond doch niet apart geregistreerd, is onderzocht. Het betrof geen afzondering maar fixatie in zetel voor herstel na fysiek letsel. Bijkomende registratie beschouwen we in die casus niet als meerwaarde voor een kwalitatieve zorg.

**4. Opmerkingen m.b.t. suïcidepreventie:** nood aan gestructureerde analyse van suïcides en suïcidepogingen, afspraken rond verdwijningen, bevraging risico, ...

Elke suïcide wordt nu gevolgd door een gestructureerde analyse. Elke ernstige poging wordt op vraag van het betrokken team of leidinggevende gevolgd door een analyse. Dit is nu ook expliciet in de visietekst opgenomen.

De overige opmerkingen rond visie en procedure (risicobevraging, vorming, verdwijning) werden door een werkgroep 'suïcidepreventie' besproken en op basis hiervan is de visietekst, procedure en vorming aangepast.

**5. Opmerkingen m.b.t. infrastructurele tekortkomingen:** deels verouderde infrastructuur, gebrek aan bureau-, gespreks- en therapieruimten, risico's suïcide, ...

Momenteel verbeteren we op een aantal afdelingen het basiscomfort. Zo wordt de afdeling Lente gerenoveerd voor de psychoseafdeling. De kamers zijn individueel en krijgen naast een bed, een werkblad met kast een aparte sanitaire ruimte met toilet, een lavabo en douche. Tevens worden overal aansluitpunten voor televisie voorzien, alsook wifi. Ook de afdelingen Klimop en Dageraad worden geherconditioneerd en voorzien van individuele kamers met aparte sanitaire cel, wifi + mogelijkheid tot aansluiten van een kleine frigo en televisiedistributie.

Gezien er geen VIPA middelen meer zijn en de betoelaging voor o.a. 'groot onderhoud' gestopt zijn, moeten de kosten van deze werken volledig zelf gedragen worden.

Voor renovatie of nieuwbouw van de andere opgesomde projecten is het wachten op het nieuw geforfaitariseerde betoelagingsstelsel.

**6. Opmerkingen m.b.t. patiëntendossier:** er bestaan risico's op versnippering van gegevens, analyse noodzakelijk a.d.h.v. opmerkingen uit verslag.

Sinds 1.1.2016 is een procedure in voege voor het elektronisch archiveren van de bestaande papieren patiëntendossiers en nieuwe papieren documenten (medisch en niet-medisch). Dossiers en nieuwe documenten worden nu systematisch door het medisch secretariaat gescand en opgeladen in het EPD.

Het somatisch proces en bijhorend medisch-somatisch dossier is herwerkt en in het EPD geïntegreerd. Dit werd in het voorjaar 2016 ziekenhuisbreed geïmplementeerd. Automatiseren van externe onderzoeks-aanvragen is in voorbereiding.

Standaard worden alle disciplinaire notities nu gedeeld met alle teamleden.