

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

INSPECTIEVERSLAG PAAZ AZ Monica

INSPECTIEPUNT

Naam	AZ Monica
Adres	Harmoniestraat 68, 2000 Antwerpen
Telefoon	03 240 20 20
Fax	03 240 20 40
E-mail	info@azmonica.be
Erkenningsnummer	

INRICHTENDE MACHT

Naam	AZ Monica
Juridische vorm	vzw
Adres	Florent Pauwelslei 1, 2100 Antwerpen
Telefoon	03 240 20 20
Fax	03 240 20 40
E-mail	info@azmonica.be

UITBATINGSPLAATS

Naam	AZ Monica
Adres	Harmoniestraat 68, 2000 Antwerpen

OPDRACHT

Nummer	O-2016-MAPU-051
Datum	17-11-2015
Inspecteur	Tania Vandommele

VERSLAG

Nummer	V-2016-TAVA-001
Datum	08-02-2016

INSPECTIEBEZOEK

Soort	Aangekondigd bezoek op 5 februari 2016
-------	--

Inhoud

1	Inleiding.....	3
1.1	Toepassingsgebieden	3
1.2	Definities.....	3
1.3	Inspectieproces	4
1.4	inspecteur.....	4
2	Zorg voor patiënten.....	5
2.1	Situering	5
2.2	Beleid en strategie.....	5
2.3	Middelen.....	6
2.4	Medewerkers.....	7
2.5	Processen	8

1 INLEIDING

In het inspectieverslag geven we vooreerst een beschrijving van het inspectieproces en de voorziening, vervolgens komen de eigenlijke vaststellingen aan bod.

Het ontwerpverslag werd per e-mail bezorgd aan de voorziening. Vervolgens was een periode van 14 kalenderdagen voorzien om opmerkingen en bedenkingen bij de bevindingen in het inspectieverslag via een gemotiveerde reactienota te formuleren. Op basis hiervan kan het ontwerpverslag aangepast worden.

1.1 TOEPASSINGSGEBIEDEN

De vaststellingen betreffende de kwaliteit van zorg worden gedaan door Zorginspectie, op basis van de regelgeving m.b.t. de zorgvoorziening.

Indien er vaststellingen moeten gebeuren betreffende infectieziektepreventie of medisch milieukundige aspecten, dan gebeurt dit in samenspraak met en/of door medewerkers van het team preventie van het Agentschap Zorg en Gezondheid.

1.2 DEFINITIES

In het inspectieverslag worden alle vaststellingen 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 de voorziening 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 het sectorgemiddelde 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 het gemiddelde van de sector of dan de rest van de voorziening.

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 de betreffende voorziening.

1.3 INSPECTIEPROCES

De inspectie vond plaats in het kader van de aanvraag tot definitieve erkenning van de PAAZ-dienst.

Er werd een PAAZ met 30 bedden opgericht mits afbouw van 30 niet-verantwoorde C-bedden en 11 niet-verantwoorde D-bedden.

De dienst is operationeel vanaf 1/7/2015. De voorlopige erkenning liep van 1/6/2015 tot 31/1/2016.

Ter voorbereiding van de inspectie werd vooraf informatie bij de voorziening opgevraagd.

Volgende documenten werden ontvangen:

- Actuele personeelslijst
- Plattegrond van de afdeling
- Brandweerattest
- Procedure afzondering
- Procedure fixatie
- Visie / werking van de afdeling

Tijdens het inspectiebezoek werden nog bijkomende documenten opgevraagd:

- Onthaalbrochure PAAZ
- Uurrooster van de maand februari 2016
- Beleidsdoelstellingen voor 2016 voor de PAAZ
- Procedure "uitgangsniveau van patiënten op de PAAZ"
- Procedure "suicidepreventie"
- Procedure "gebruik en reactie bij indrukken Call button"
- Procedure "opname en ontslagcriteria PAAZ"

Het erkenningsbezoek werd door Zorginspectie uitgevoerd op 5 februari 2016, tussen 9u en 13u.

Er werd gesproken met

- | | |
|----------------------------|-----------------------------------|
| • Mevrouw Rosita Monnissen | hoofdverpleegkundige |
| • Dr. Van Den Bossche | medisch diensthoofd en psychiater |
| • Dhr. Koen Kusters | psychiatrisch verpleegkundige |
| • Moonen Jana | psycholoog |

Er werden 13 dossiers en 5 medicatieschema's ingekeken.

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

In het hoofdstuk "zorg voor patiënten" kan u, na een korte situering terugvinden hoe de aspecten beleid en strategie, middelen, medewerkers en processen ingevuld worden voor deze doelgroep.

1.4 INSPECTEUR

Tania Vandommele

Inspecteur Zorginspectie

2 ZORG VOOR PATIËNTEN

2.1 SITUERING

- De dienst telt 30 bedden en is gelegen op de vierde verdieping. Op het moment van de inspectie waren er 26 patiënten opgenomen. **(AV)**
- Er is 1 afzonderingskamer op de afdeling PAAZ. **(AV)**
- De werking van de afdeling werd effectief opgestart op 1 juli 2015. **(AV)**

2.2 BELEID EN STRATEGIE

- Voor en tijdens de opstart van de dienst kwam er een stuurgroep samen. Hierin waren de zorgcoördinator, het medisch diensthoofd, de campusverantwoordelijke en de technisch directeur vertegenwoordigd. De hoofdverpleegkundige was niet aanwezig op dit overleg maar kreeg de verslagen doorgestuurd. Momenteel komt de stuurgroep niet meer samen. **(AV)**
- Er is een visietekst opgemaakt over de werking van de dienst. Deze is te lezen op de deelsite “psychiatrie” van het ziekenhuis. De opnamedoelstelling, het opnameverloop en de vervolgbehandeling worden toegelicht. **(AV)**
- De werking van de PAAZ-dienst werd op verschillende manieren kenbaar gemaakt aan de mogelijke verwijzers of betrokken actoren. De psychiaters stelden de nieuwe werking voor aan de voorzieningen in de regio: **(AV)**
 - Alle artsen en psychiaters uit de regio kregen een mailing.
 - De psychiaters gingen langs in alle psychiatrische ziekenhuizen, Centra Geestelijke Gezondheidszorg en ADIC.
 - Momenteel bezoeken de psychiaters de huisartsenkringen om de werking voor te stellen.
- De psychiater neemt deel aan het netwerkoverleg Antwerpse ziekenhuizen. Binnen dit overleg werd beslist om een verregaand netwerk van diensten voor geestelijke gezondheidszorg uit te bouwen in Antwerpen. De PAAZ van AZ Monica zal hierin actief een rol opnemen binnen functie 4. **(AV)**
- Elke zes weken is er een teamvergadering. **(AV)**
- Overleg tussen de hoofdverpleegkundige en de zorgcoördinator gaat wekelijks door. **(AV)**
- Overleg tussen de hoofdverpleegkundige en de psychiater ging tot voor kort enkel ad hoc door. Op 21 januari 2016 kwam voor de eerste keer een “kernteam” samen, waaraan de psychiaters, de hoofdverpleegkundige en de psychologen deelnemen. **(AV)** Voorlopig zijn er nog geen afspraken over de frequentie waarmee het overleg in de toekomst zal plaatsvinden. We bevelen aan om systematisch een beleidsmatig overleg te plannen. **(Aanb)**
- Er is een afdelingsbeleidsplan opgemaakt voor 2016. **(AV)** Hierin zijn 3 doelstellingen opgenomen. De doelstellingen zijn SMART uitgedrukt. **(SP)**

- Interne afspraken met de spoedgevallendienst staan summier op papier. In principe is het de spoedarts die de patiënt als eerste ziet en beslist of de psychiater moet bijgeroepen worden. De psychiater ziet de patiënt dan op spoed. **(AV)**
- De psychologen worden organisatorisch aangestuurd door de hoofdverpleegkundige en inhoudelijk aangestuurd door de psychiater. **(AV)**
- Wanneer de PAAZ nood heeft aan bijstand in crisissituaties (bv. agressie, ..), kan men beroep doen op de "call button". Er komt dan assistentie van de spoed, veiligheidsstewards en van de afdelingen. **(SP)**
- De aanwezige patiënten worden toegewezen aan 1 van de 3 therapiegroepen (oriëntatie-, stabilisatie- en coping-groep). Voor elke groep is er een therapieschema uitgewerkt. Alle patiënten hebben een schema. **(AV)**
In de zitruimte hangt het vroegere schema nog op. We bevelen aan om dit te vervangen door de huidige schema's per doelgroep. **(Aanb)**

2.3 MIDDELEN

- Inzake brandveiligheid kon er een attest van de burgemeester voorgelegd worden, gedateerd op 5 oktober 2015. **(AV)**
- De dienst is gescheiden van andere ziekenhuisdiensten. Enkel de vernieuwde ergotherapieruimte en de bezoekerszaal zijn net buiten de afdeling gelegen maar zijn ook gescheiden van andere ziekenhuisdiensten. **(AV)**
- Er zijn in totaal 18 kamers, waarvan 6 eenpersoonskamers en 12 tweepersoonskamers. **(AV)**
- Er is een eetzaal / zitruimte. Deze is vrij klein voor alle patiënten. Daarnaast is er een lokaal voor bewegingstherapie, een bezoekersruimte, een ergotherapielokaal. Er is geen tuin of terras. Gesprekken met patiënten of familie gaan door op het bureau van de hoofdverpleegkundige of het bureau van de psycholoog. **(AV)**
De medewerkers van de sociale dienst hebben geen apart bureau **(Aanb)** en gebruiken overdag, buiten de uren van bezoek, de bezoekerszaal als bureau.
- De afdeling beschikt over een onthaalbrochure. **(AV)**
- De afdeling heeft 1 in- en uitgang die overdag open is voor patiënten en bezoekers. Alle andere ingangen (bv lift) zijn beveiligd met badge. **(AV)**
- Het dossier is elektronisch. In het overzicht van de patiënten staan alle belangrijke gegevens en aandachtspunten (bv suïciderisico, uitgangscodes, therapiegroep). **(SP)**
- De afzonderingskamer is veilig inzake automutilatie, verhangingsbrandveiligheid. Het linnen en de matras zijn brandwerend en scheurvrij. Er zijn brandwerende deuren. De kamer heeft een sas met toilet. Er is natuurlijk daglicht en de ramen kunnen open om te verluchten maar zijn beveiligd.

Er is de mogelijkheid om de kamer te verduisteren.

Er is een 24 uurs-klok zichtbaar opgesteld.

Er is observatiemogelijkheid via een kijkgat in de deur en via de camera. De monitor staat zo opgesteld dat er geen inzicht is door onbevoegden zodat de privacy gegarandeerd is.

Het oproepsysteem is veilig **(AV)** maar niet bereikbaar voor een gefixeerde patiënt. **(TK)**

- Alle kamers hebben een sanitaire cel met toilet en lavabo. In de tweepersoonskamers is er maar 1 lavabo per 2 patiënten. **(AV)**
Het oproepsysteem is veilig inzake suïciderisico (korte koordjes) maar hangt te hoog zodat deze niet bereikbaar zijn voor alle patiënten. **(TK)**
- Op de gang staat een informatiebord. Hier staat voor alle patiënten (enkel voornaam) vermeld wie hun persoonlijke begeleiders zijn. Daarnaast wordt er ook vermeld, met foto's, wie er vandaag op dienst is. **(SP)**
- De medicatie wordt bewaard in een ruimte die afgesloten is voor onbevoegden. **(AV)**
- De temperatuur van de koelkast waar medicatie in bewaard wordt, wordt dagelijks automatisch geregistreerd. Bij afwijkende temperaturen komt er een alarm op de bieper. De grenswaarden zijn gekend op de afdeling. Er zijn acties vooropgesteld om de temperatuur te normaliseren en er zijn acties i.v.m. de medicatie. Er waren de laatste maand geen afwijkende temperaturen. **(AV)**
- Er wordt geen eten bewaard in de koelkast waar de medicatie bewaard wordt. **(AV)**

2.4 MEDEWERKERS

- Er zijn twee psychiaters verbonden aan de PAAZ: **(AV)**
 - Dr. Van den Bossche is het medisch diensthoofd en werkt voltijds.
 - Dr. Remans werkt eveneens voltijds.
- De medische wachtdienst voor psychiatrie wordt opgenomen door de beide psychiaters. Ze doen dit zowel voor campus stad als voor campus Deurne. Tijdens de inspectie werd de wachtlijst voor januari en februari ingekeken. **(AV)**
- De hoofdverpleegkundige, mevr. Monnissen, is een psychiatrisch verpleegkundige en werkt voltijds. **(AV)**
- De zorgequipe is multidisciplinair samengesteld en telt, inclusief de hoofdverpleegkundige, op moment van de inspectie 15.55 VTE: **(AV)**

○ 2 psychologen	1 VTE
○ 1 ergotherapeut	0.5 VTE
○ 1 bewegingstherapeut	0.5 VTE
○ 2 maatschappelijk werkers	1 VTE
○ 10 verpleegkundigen	8.8 VTE
○ 3 zorgkundigen	2.5 VTE

De verpleegkundigen zijn overwegend psychiatrische verpleegkundigen (9 van de 10).

De zorgkundigen werken enkel tijdens late en nachtschiften.

Er zijn momenteel nog 2 openstaande vacatures: 1 voor 0.5 VTE verpleegkundige en 1 voor 0.5 VTE dramatherapeut.

- De minimumbezetting tijdens de week en het weekend is:
 - 2 vroege
 - 2 Late
 - 2 nachtdiensten

Op de piekdagen (maandag, woensdag en vrijdag) wordt er bijkomend een dagdienst ingepland waar mogelijk. Op de uurrooster kon worden vastgesteld dat er op 3 van de 5 weekdays van de eerste week van februari een extra dagdienst werd ingezet (op maandag, donderdag en vrijdag). **(AV)**

- Tijdens de nachten worden steeds 2 medewerkers ingezet, waarvan 1 verpleegkundige en 1 zorgkundige. **(AV)**
- Er is aandacht voor vorming. **(AV)**
Voor de opstart van de dienst hebben alle medewerkers 2 opleidingsdagen gevolgd. Hierin kwamen volgende onderwerpen aan bod: brandpreventie, voorstelling van de directie, technische dienst en de preventieadviseur, diabetes, visie van de PAAZ.
In oktober 2015 volgden alle medewerkers een opleiding rond agressie (o.a. technieken en crisisontwikkelingsmodel).
Er staan nog heel wat opleidingen gepland:
 - Volgende week volgt de helft van het team een opleiding van het PAAZ-cluster met o.a. suïcidepreventie (IPEO), BLS, medicatie en ISBARR.
 - In februari volgt een medewerker een driedaagse opleiding over persoons- en teamgerichte veiligheidstechnieken.
 - In maart en april volgen twee medewerkers een tweedaagse over suïcidepreventie.

2.5 PROCESSEN

- Er is een opname- en ontslagprocedure waarin de opnamecriteria en exclusiecriteria beschreven zijn. **(AV)**
De exclusiecriteria zijn:
 - Het psychiatrisch toestandbeeld vraagt een gesloten setting,
 - Agressie of andere gedragsproblemen,
 - Sociale problematiek zonder psychiatrische problematiek,
 - Harddruggebruik of druggerelateerde problematiek,
 - Patiënt is een medewerker van het AZ Monica.
- Het bezoek is maandag, dinsdag, donderdag en vrijdag van 18u15 tot 20u00 en op woensdag, zaterdag en zondag van 13u30 tot 20u00. **(AV)**
- Het therapie-aanbod bestaat uit groepstherapie (yoga, beeldende therapie, atelier, relaxatie, psycho-educatie....) en individuele therapie. Daarnaast maken gesprekken met de psychiater deel uit van de behandeling. De verslagen van de individuele gesprekken met de psychiater konden aangetoond worden in de dossiers. Op het bord in de zitruimte hangt uit wie die dag wanneer bij de psychiater verwacht wordt. **(AV)**
- Elke patiënt heeft twee persoonlijke begeleiders om de continuïteit te kunnen waarborgen. **(SP)**

- Er is een sterke multidisciplinaire werking. **(SP)**
 - Dagelijks is er een briefing van 8u30 tot 9u00 waarbij de psychiater, hoofdverpleegkundige, sociale dienst, psycholoog, verpleegkundigen en therapeuten aanwezig zijn. De aanwezige patiënten worden kort overlopen. Er wordt beslist welke patiënten op gesprek bij de arts kunnen komen.
 - Wekelijks is er een multidisciplinair overleg waar de patiënten uitgebreid overlopen worden. Er wordt een verslag in het dossier van de patiënt geschreven. Hierbij zijn de psychiaters, de psychologen, de ergotherapeut, de bewegingstherapeut, de sociale dienst, de hoofdverpleegkundige en de verpleegkundigen aanwezig, Verschillende disciplines bereiden dit overleg ook schriftelijk voor in het elektronische dossier.
 - Er zijn al functieomschrijvingen voor verpleegkundigen (Bachelor en gegradueerde verpleegkundigen), zorgkundigen, sociale dienst en ergotherapeut. Men ontwikkelt momenteel voor de PAAZ bijkomende functieomschrijvingen (psycholoog, bewegings- en dramatherapeut) zodat ieders rol duidelijk wordt.

- Het elektronische dossier is versnipperd en ondersteunt de multidisciplinaire werking onvoldoende. **(TK)** Alle verschillende disciplines hebben een apart elektronisch dossier. Hun gegevens zijn bv. niet beschikbaar voor de individuele begeleiders van de patiënten (verpleegkundigen).
 - De psychiater heeft een eigen dossier dat niet toegankelijk is voor de verpleegkundigen. Enkel de ontslagbrief is raadpleegbaar.
 - De dossiers van de sociale dienst, ergotherapeut en de bewegingstherapeut zijn niet toegankelijk voor de verpleegkundigen. Zij noteren wel telkens de belangrijkste zaken als voorbereiding op het multidisciplinair overleg maar moeten hierdoor zaken dubbel noteren.
 - De dossiers van de psychologen zijn niet raadpleegbaar door de verpleegkundigen. Zij noteren ook geen voorbereidende informatie voor het multidisciplinaire overleg.

Uit gesprek blijkt dat men denkt aan een geïntegreerd "PAAZ-dossier".

Best wordt er geopteerd voor een geïntegreerd multidisciplinair dossier waarbij alle info beschikbaar is voor de zorgverstrekkers die betrokken zijn bij de zorg voor de patiënt. Uiteraard kunnen deze delicate gegevens best afgeschermd worden van andere zorgverleners binnen het ziekenhuis die niet rechtstreeks betrokken zijn bij de zorg.

- Behandeldoelstellingen zijn niet expliciet uitgeschreven maar worden geïntegreerd in het verslag van het multidisciplinair overleg. **(Aanb)**
- Er is aandacht voor familiewerking. **(SP)** Ongeveer de helft van de patiënten krijgt systeemtherapie. Er worden contextgesprekken gevoerd met de familie en de patiënt. Dit aspect van de behandeling wordt vooral opgenomen door de psychologen en kon worden vastgesteld in hun dossiers. Daarnaast gaan ook familiegesprekken door met de psychiater. Dit werd vastgesteld in het medisch dossier.
Er is geen aanbod van SIMILES of KOPP. **(Aanb)**
Er is geen psycho-educatie voor familie. **(Aanb)**
- Bij elk ontslag is er een ontslagbrief. **(AV)**
Dit werd vastgesteld in 3 dossiers van ontslagen patiënten. Telkens was de diagnose of reden van opname, het verloop van de opname, de vervolgzorg en de medicatie aanwezig in de brief. **(AV)** De vervolgzorg (ambulante therapie, consultaties, ...) was, in de mate van het mogelijke, al opgestart (intakegesprekken, contacten in verband met doorverwijzingen, ...).
- Er is geen procedure voor de omgang met agressieve patiënten. **(TK)**
- Er is aandacht voor suïcidepreventie: **(AV)**
 - Er is een procedure suïcidepreventie met aandacht voor screening tijdens de intake, inschatting suïciderisico en verhoogd toezicht.
 - Het uitgangsniveau is gekoppeld aan het suïciderisico.

- Er kon in de dossiers vastgesteld worden dat het verhoogd toezicht toegepast wordt zoals beschreven in de procedure (interval voor toezicht bepaald door psychiater, geëvalueerd en nauwgezet toegepast).
- Alle gecontroleerde ramen waren beveiligd.

Verbeteraspecten zijn:

- Er kon in praktijk niet steeds aangetoond worden dat de screening tijdens de intake effectief gebeurt: in 2 van de 5 gecontroleerde dossiers was er bij de notities van de intake door de psychiater niets hierover vermeld. **(TK)**
 - Een suïcide(poging) kan gemeld worden in het algemene incidentenmeldingssysteem (bij "andere") maar hierover zijn geen afspraken zodat niet kan gegarandeerd worden dat suïcidepogingen geregistreerd en besproken worden. **(TK)**
 - Er is geen opvang van personeel voorzien na incidenten. **(Aanb)**
 - De dienst is niet infrastructureel gescreend op suïcidepreventie (douchestangen, kapstokken, deurknoppen, ...) **(Aanb)**
- ECT wordt niet toegepast op de afdeling. **(AV)**
 - Er is een procedure "dwangmaatregelen op de PAAZ (isolatie / fixatie)". **(AV)**
De reden tot isolatie is beperkt tot situaties waarbij ze "vanuit medisch oogpunt noodzakelijk zijn", wat de betrokkenheid van de psychiater benadrukt, en zijn enkel toegelaten in "noodsituaties" wanneer er "gevaar is voor het leven van de patiënt of derden en wanneer alternatieven ontbreken".
De term noodsituaties wordt omschreven in de procedure waarbij er minstens 1 item uit 2 blokken moet aanwezig zijn. Blok 1 geeft situaties weer terwijl blok 2 een indicatie is over in welke mate er afspraken met de patiënt mogelijk zijn.
Er waren vanaf de opstart tot op heden nog geen isolaties of fixaties. **(SP)**
Bij de opstart van de PAAZ is iedereen van het personeel zelf gefixeerd om inzicht te krijgen in de ervaring. **(SP)**
 - Er is een procedure "uitgangsniveau van patiënten op de PAAZ". **(AV)**
Het uitgangsniveau wordt na de intake door de psychiater vastgesteld. Er zijn 3 niveaus: de afdeling niet verlaten / de afdeling enkel met bezoek of een begeleidende verpleegkundige verlaten / de afdeling alleen mogen verlaten.
In de dossiers kon vastgesteld worden dat het uitgangsniveau telkens bepaald werd. Bij 1 patiënt met uitgangscodewoord rood was de maatregel geëvalueerd en na gesprek met de patiënt aangepast.
 - Ontslagvoorbereiding gebeurt stapsgewijs (in weekend gaan overdag, met overnachting, ...). **(AV)**
Het ontslag gebeurt in overleg met de patiënt en de familie. Dit kon vastgesteld worden in de ingekeken dossiers.
 - Men profileert zich als een open afdeling maar van 20u tot 6u30 gaat de deur op slot. Uit gesprek blijkt dat men dit ingevoerd heeft omwille van toezicht tijdens de nacht. Van 20u tot 22u (23u in het weekend) kunnen de patiënten de dienst nog verlaten om te roken. Hiervoor moeten ze een rookbadge vragen bij de verpleging. Dit staat vermeld in de onthaalbrochure.
De deur voor alle patiënten sluiten is een veralgemeende maatregel die ingaat tegen het zelfbeschikkingsrecht van de patiënten. **(TK)** Vrijheidsbeperkende maatregelen moeten steeds op maat en geïndiceerd zijn.
 - We bevelen aan om tijdens opleidingen brandevacuatie aandacht te hebben voor de mogelijke patiënt in de isoleercel. **(Aanb)**
 - Er werd geen vervallen medicatie aangetroffen in de medicatievoorraad en in de klaargezette medicatie (10 gecontroleerd). **(AV)**

In de koelkast werd vervallen medicatie teruggevonden: Glucagen® (vervallen 1/2016). **(TK)**

- Er werden geen verknipte blisters aangetroffen. Alle medicatie, ook in de klaargezette medicatie, was in de oorspronkelijke blister of herverpakt waardoor alle gegevens controleerbaar waren (naam, dosis, vervaldatum). Halve pillen worden eveneens in de blister gelaten. **(AV)**
- Medicatie wordt 's nachts klaargezet voor 24u door de nachtverpleegkundige. Alle noodzakelijke patiëntegegevens staan op de potjes vermeld (naam, voornaam en geboortedatum van de patiënt). **(AV)**
- Het medicatieschema is elektronisch. **(AV)**
- Er werden 5 medicatieorders gecontroleerd op de aanwezigheid van een handtekening of validatie door de arts. Alle gecontroleerde orders waren in orde. **(AV)**
- Er werden 5 medicatieorders gecontroleerd op de aanwezigheid van de naam, de toe te dienen dosis, de frequentie van toedienen, de uren van toediening en de wijze van toediening. Alle gegevens waren aanwezig. **(AV)**
- Er werden 5 “zo-nodig”-medicatieorders gecontroleerd op aanwezigheid van vorm, dosis, minimum aantal uren tussen 2 toedieningen, maximale dosis per 24 uur en de indicatie.
Een aantal gegevens ontbraken: **(TK)**
 - Het minimale interval tussen 2 toedieningen ontbrak 3 maal.
 - De maximum dosis per 24 uur ontbrak 3 maal.
 - De indicatie ontbrak 2 maal.