



# **Auditverslag**

**Psychiatrisch ziekenhuis**

**Onze Lieve Vrouw van Vrede**

**Menen**

Aangepast verslag

# Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding</b> .....	<b>4</b>
1.1	Toepassingsgebieden .....	4
1.2	Definities .....	4
1.2.1	Algemene vaststellingen .....	4
1.2.2	Sterke punten .....	4
1.2.3	Non-conformiteiten .....	4
1.2.4	Tekortkomingen .....	4
1.2.5	Aanbevelingen .....	4
1.3	Auditdata .....	5
1.4	Samenstelling van het auditteam .....	5
1.5	Auditplan .....	5
1.6	Identificatie van de instelling .....	6
1.6.1	Contactgegevens .....	6
1.6.2	Organogram .....	6
1.6.3	Geneesheer - diensthoofd per dienst .....	6
1.6.4	Gemachtigd geneesheer voor toezicht op gedwongen opname .....	7
<b>2</b>	<b>Administratieve gegevens</b> .....	<b>7</b>
2.1	Laatste erkenning .....	7
2.2	Bemerkingen .....	7
<b>3</b>	<b>Architectuur</b> .....	<b>8</b>
3.2	Toekomstplannen .....	8
<b>4</b>	<b>Module leiderschap</b> .....	<b>9</b>
4.1	Opdrachtverklaring .....	9
4.2	Organisatiestructuur .....	10
4.3	Beleids- en adviesorganen .....	12
4.3.1	Raad van Bestuur/ Directiecomité/ Medische Raad .....	12
4.3.2	Ethisch Comité .....	14
4.3.3	Comité voor Ziekenhuishygiëne .....	16
4.4	Leiderschapsstijl en opleiding .....	17
<b>5</b>	<b>Module Beleid en Strategie</b> .....	<b>18</b>
5.1	Algemeen beleid – Strategisch management .....	18
5.2	Medisch beleid .....	21
5.3	Verpleegkundig beleid .....	29
5.4	Therapeutisch beleid .....	32
5.5	Kwaliteitsbeleid – Risicomanagement .....	34
<b>6</b>	<b>Module Medewerkers</b> .....	<b>39</b>
6.1	Personeelsbeleid .....	39
6.2	Personeelsomkadering .....	42
<b>7</b>	<b>Module Partnerschap en Middelen</b> .....	<b>46</b>

7.1	ICT .....	46
7.2	Ombudsfunctie.....	46
<b>8</b>	<b>Module Processen .....</b>	<b>49</b>
8.1	Organisatie van zorg.....	49
8.2	Intern rampenplan.....	54
8.3	Apotheek en medicatiedistributie .....	54
8.4	Werking van diensten .....	56
	Zorgdivisie de Waag .....	56
	Zorgdivisie de Oever .....	63
	Zorgdivisie De Kering .....	67
<b>9</b>	<b>Module Resultaten .....</b>	<b>70</b>
9.1	Resultaten bij klanten .....	70
9.2	Resultaten bij medewerkers .....	71
9.3	Resultaten in de samenleving.....	73
9.4	Resultaten sleutelactiviteiten .....	74
<b>10</b>	<b>Bespreking .....</b>	<b>76</b>

# 1 Inleiding

## 1.1 Toepassingsgebieden

Kwaliteit van zorg.

Toetsing van de federale erkenningsnormen.

Evaluatie van het kwaliteitsbeleid i.f.v. het kwaliteitsdecreet.

## 1.2 Definities

In het auditverslag wordt gebruik gemaakt van 5 soorten vaststellingen:

### 1.2.1 Algemene vaststellingen

Deze elementen scoren niet negatief en niet positief. Ze worden beschouwd als nuttige achtergrondinformatie.

### 1.2.2 Sterke punten

Dit zijn punten die de auditoren als een meerwaarde voor het ziekenhuis beschouwen. Het minimaal voldoen aan de normen wordt niet als een meerwaarde aanzien.

### 1.2.3 Non-conformiteiten

Dit zijn de elementen die niet conform de norm zijn. Hiervoor zullen de auditoren zich baseren op de wetgeving. Gezien het agentschap Zorg en Gezondheid bevoegd is voor deze regelgeving en de interpretatie ervan dienen deze non-conformiteiten te worden gelezen als een "voorstel van non-conformiteit". Het agentschap Zorg en Gezondheid kan deze kwalificatie wijzigen.

### 1.2.4 Tekortkomingen

Hierbij gaat het om aspecten waarvoor het ziekenhuis volgens de auditoren onvoldoende scoort, maar waarvoor geen wettelijke basis kan worden gevonden in de erkenningsnormen. Gezien het agentschap Zorg en Gezondheid bevoegd is voor deze regelgeving en de interpretatie ervan dienen ook deze tekortkomingen te worden gelezen als een "voorstel van tekortkoming". Het agentschap Zorg en Gezondheid kan deze kwalificatie wijzigen.

### 1.2.5 Aanbevelingen

De auditoren kunnen ook aanbevelingen doen, namelijk adviezen (niet dwingend en niet gebonden aan normering) ter verbetering van de kwaliteit van zorg.

Het agentschap Zorg en Gezondheid zal op basis van deze informatie de definitieve kwalificatie van de vaststellingen alsook, met betrekking tot sommige non-conformiteiten, de uiterlijke termijnen bepalen tegen wanneer de instelling gevolg moet gegeven hebben aan de opmerkingen. Indien er geen termijn aan gekoppeld werd, dient de non-conformiteit weggewerkt te worden tegen de volgende audit. Non-conformiteiten en tekortkomingen zullen steeds het voorwerp uitmaken van een opvolging.

### 1.3 Auditdata

De audit vond plaats op volgende data:

6 december 2011	Audit
8 december 2011	Audit
13 december 2011	Audit

Op datum van 07/02/2012 had er een terugkomdag plaats in Brussel. Opmerkingen of toevoegingen van deze terugkomdag zijn in het definitief verslag opgenomen in *cursieve* vorm.

### 1.4 Samenstelling van het auditteam

Dr. Marc Servaes	Hoofdauditor, psychiater
Mevr. Lucrèce Laurier	Auditor, verpleegkundige
Dhr. Patrick Stevens	Auditor, psycholoog

### 1.5 Auditplan

	Dag 1		
	Dr. Servaes	Mevr. Laurier	Dhr. Stevens
9u30 – 10u00	Inleiding-voorstelling Zorginspectie en directie/staf		
10u00 – 12u30	Algemeen beleid en strategisch management	Verpleegkundig beleid	Kwaliteitsbeleid
12u30 – 13u45	lunch		
13u45 – 14u00	Kort overleg tussen de auditoren		
14u00 – 15u00	Medische Raad	Resultaten klanten en medewerkers	Therapeutisch beleid
15u00 – 16u00	Medisch beleid	Suïcidepreventie en veiligheidsbeleid	

	Dag 2	
	Mevr. Laurier	Dhr. Stevens
9u00 – 10u15	Ethisch Comité	Afdelingsbezoek:

10u15 – 11u30	Zorgprocessen	de Kering
11u30 – 13u00	Medicatie distributie	
13u00 – 13u30	lunch	
13u30 – 16u00	Afdelingsbezoek: de Waag	

	Dag 3
	Mevr. Laurier
9u00 – 10u00	Sociale en herstelgerichte zorg en zorg naar familie
10u00 – 12u30	Afdelingsbezoek: de Oever
12u30 – 13u00	lunch
13u00 – 14u00	Ombudsfunctie

## 1.6 Identificatie van de instelling

### 1.6.1 Contactgegevens

Naam	Psychiatrisch Ziekenhuis Onze-Lieve-Vrouw van Vrede
Adres	Bruggestraat 75
Gemeente	8930 Menen
Telefoon	056/52 14 51
Fax	056/51 92 49
E-mail	pcm@cigb.be
Website	www.pc.menen.be
Inrichtende macht	Vzw. Christelijke Integrale Gezondheids- en Bejaardenzorg
Voorzitter Raad van beheer	Dhr. J. Lamuseau
Afgevaardigd bestuurder	Dhr. R. Vancompernelle

### 1.6.2 Organogram

Algemeen directeur	Dhr. C. Provoost
Adj.-Algemeen directeur	Dhr. S. Deboever
Hoofdgeneesheer	Dr. L. Renier
Hoofd Verpleegkundig/ paramedisch Departement	Dhr. Ph. De Smet
Voorzitter medische raad	Dr. De Troyer

### 1.6.3 Geneesheer - diensthoofd per dienst

Er zijn geen geneesheren diensthoofd aangesteld. Er zijn wel coördinerende artsen per divisie.

Zorgdivisie Waag	Dr. Renier
Zorgdivisie Steiger	Dr. Beke

Zorgdivisie Kering	Dr. De Troyer
Zorgdivisie Vliet	Dr. Grouwels
Zorgdivisie Oever	Dr. Renier
Zorgdivisie Pendel en poli	Dr; De Troyer

#### 1.6.4 Gemachtigd geneesheer voor toezicht op gedwongen opname

Geneesheer hoofd van dienst: dr. L.Renier

Geneesheren die het examen afgelegd hebben: de vier psychiaters van het ziekenhuis.

## 2 Administratieve gegevens

### 2.1 Laatste erkenning

- Aan Christelijke Integrale Gezondheids- en Bejaardenzorg, Bruggestraat 57, 8930 Menen wordt onder her erkenningsnummer 962 een verlenging van erkenning verleend in het Psychiatrisch Centrum Onze-Lieve-Vrouw van Vrede, Bruggestraat 57, 8930 Menenwerd voor 233 bedden/plaatsen vanaf 1/07/2007 tot en met 30/06/2012, zijnde:
  - 30 A-bedden (dag- en nachthospitalisatie)
  - 4 a-plaatsen (daghospitalisatie)
  - 1 a-bedden (nachthospitalisatie)
  - 90 T-bedden (dag- en nachthospitalisatie)
  - 75 t-plaatsen (daghospitalisatie)
  - 3 t-bedden (nachthospitalisatie)
  - 30 Tg-bedden (dag- en nachthospitalisatie)
- Aan Christelijke Integrale Gezondheids- en Bejaardenzorg, Bruggestraat 57, 8930 Menen wordt onder het erkenningsnummer 962 een erkenning verleend in Psychiatrisch Centrum Onze-Lieve-Vrouw van Vrede, Bruggestraat 57 te 8930 Menen voor de functie van ziekenhuisapotheek.  
Deze erkenning wordt verleend vanaf 1 juli 2007 tot en met 30 juni 2012.

### 2.2 Bemerkingen

Op datum van 06/12/2011 waren, de bedden/plaatsen als volgt toegewezen aan de verschillende afdelingen/zorgdivisies:

Afdeling	Kenletter
WAAG: opnameafdeling, algemene psychiatrie, 10 crisis-units met verhoogde waakzaamheid, 20 behandelunits	30 A bedden 1 a(n) bed
PENDEL: daghospitaal, algemene psychiatrie, 2 leefgroepen	75 t(d) plaatsen 4 a(d) plaatsen
STEIGER: verslaving, persoonlijkheidsstoornissen	30 T bedden 1 t(n) bed

VLIET: psychozorg, dubbeldiagnose	30 T bedden 1 t (n) bed
KERING: Angst- en stemmingsstoornissen	30 T bedden 1 t(n) bed
OEVER: Psycho-organische en/of chronische problematiek en/of nood aan extra somatische zorg	30 Tg bedden

Opmerking: In het ziekenhuis is nog een 7<sup>de</sup> zorgdivisie m.n. Ambulante en transmurale functies. Deze divisie maakt geen deel uit van deze audit.

### 3 Architectuur

#### 3.1 Veranderingen sinds laatste verslag + data brandweertest en brandweerverslag

- Er is een gunstig brandweerverslag van 8/11/2011, met opmerkingen.
- Het brandweertest dateert van 16/11/2011 (met opmerking).

#### 3.2 Toekomstplannen

- In 2012 zullen op een aantal afdelingen grote onderhoudswerken worden uitgevoerd.

*Het agentschap Zorg en Gezondheid merkt op dat indien het om herconditioneringswerken zou gaan die met eigen middelen of middelen van het FOD worden uitgevoerd er een vergunning voorafgaand aan de werken dient aangevraagd te worden bij Z&G.*

*Tijdens de terugkomdag lichtte het ziekenhuis toe dat de werken gepland zijn als groot onderhoud. Hierbij zullen alle kamers gerenoveerd worden.*



## 4 Module leiderschap

### 4.1 Opdrachtverklaring

#### Algemene vaststellingen

- Er is een opdrachtverklaring: dit is een document dat missie, visie, doelstellingen en strategie omschrijft (vermeld in het kwaliteitshandboek).  
De missie is een tiental jaren geleden geherformuleerd. De essentie werd hierbij behouden, enkel werd ze geactualiseerd vanuit het perspectief van de zorgvernieuwing, met een verschuiving van de klemtonen van het residentiële naar de meer externe activiteiten. Ook de terminologie werd aangepast.  
De laatste wijziging dateert van 2007.
- Zoals ook voor andere belangrijke documenten en procedures geldt, is het de gewoonte (conform het instructievademecum) in het ziekenhuis om jaarlijks te bekijken via een peter- of meterschap of deze teksten nog actueel zijn.
- Via een mindmap (elektronische tool) is er een verbinding naar de beleidsdocumenten (o.m. beleidsplan 2012), naar kritische succesfactoren, ...
- Kernwoorden van de missie zijn:
  - christelijke traditie en inspiratie,
  - veilige, verantwoorde zorg en behandeling,
  - respectvolle omgang met de patiënt,
  - zorg op maat en continuïteit van zorg,
  - overleg met familie,
  - lokaal en regionaal belang,
  - zowel acute als langdurige zorg,
  - ook nazorg en psychiatrische thuiszorg,
  - zorgzaam personeelsbeleid,
  - uitbouw van een kwaliteitssysteem en innovatie.
- Kernzinnen uit de visie zijn:

- verantwoorde zorg van optimale kwaliteit,
  - tegemoet komen aan de noden van de bevolking op lokaal en regionaal vlak,
  - vertrekken van behoefte of vraag,
  - realisatie via het voeren van een zorgzaam personeelsbeleid.
- Nieuwe medewerkers krijgen via een informatiebrochure bij aanwerving informatie over de opdrachtverklaring (vereenvoudigde versie).
  - De opdrachtverklaring hangt uit in het ziekenhuis en wordt vaak gebruikt onder meer bij het toetsen van de afdelingsbeleidsplannen. Ze is terug te vinden op de website van het ziekenhuis en zal bij gelegenheid van de viering van het 300 jarig bestaan van het ziekenhuis volgend jaar figureren in de persmap.

## 4.2 Organisatiestructuur

### Algemene vaststellingen

- Het psychiatrisch ziekenhuis wordt uitgebaat door de vzw CIGB (Christelijke Integrale Gezondheids- en Bejaardenzorg).
- Naast het psychiatrisch ziekenhuis wordt ook een rusthuis (Woonzorgcentrum Huize Ter Walle, met dagverzorgingscentrum en serviceflats) door de zelfde vzw uitgebaat, dit in een gescheiden exploitatie. Er is wel een zelfde raad van bestuur. Het enige wat beide centra met elkaar gemeen hebben is de voeding die in de keuken van het psychiatrisch ziekenhuis bereid wordt. Dit is in het verleden ook zo besproken (bij het indienen van subsidiedossiers).
- Het psychiatrisch centrum is samen met CGG Mandel en Leie ook deelgenoot van een initiatief Beschut Wonen vzw. De Eigen Woonst. Het participeert via een afzonderlijke vzw samen met de psychiatrische centra van Kortrijk en Pittem ook aan het PVT Valckeburg.  
Er is ook deelname via een aparte vzw aan een Beschutte Werkplaats (Het Veer).
- Daarnaast neemt het ziekenhuis ook deel aan het provinciaal overlegplatform West-Vlaanderen, en participeert het (via de directeur) aan CGG Mandel en Leie, PZT (psychiatrische thuiszorg) Vesta. (wat geïntegreerd is in Beschut Wonen vzw. De Bolster).  
Het psychiatrisch ziekenhuis heeft ook een eigen activiteitencentrum (Contact).
- Intern is er wat de zorg betreft een organisatie in divisies:
  - Waag: opnameafdeling, algemene psychiatrie
  - Pendel: daghospitaal algemene psychiatrie, 2 leefgroepen
  - Steiger: verslaving, persoonlijkheidsstoornissen
  - Vliet: psychosenzorg, dubbeldiagnose (8b)
  - Kering: angst- en stemmingsstoornissen
  - Oever: psycho-organische en/of chronische problematiek en/of nood aan extra somatische zorg.

## Non-conformiteiten

- Er zijn geen diensten georganiseerd conform de kenletters.

*Ten aanzien van deze opmerking stelt het ziekenhuis in haar reactie dat alle diensten wel zijn georganiseerd conform de kenletters en verwijst hierbij naar punt 2.2 pagina 7.*

*Hieruit blijkt evenwel dat de organisatie fundamenteel gebaseerd is op afdelingen. Aangezien deze afdelingen vrij homogeen zijn wat kenletters betreft is het niet zo moeilijk om het intermediaire niveau: organisatie volgens kenletters wel te hanteren, wat als voordeel zou hebben dat het aantal geneesheren-diensthooft kan beperkt worden tot 3, wat het ziekenhuis iets makkelijker maakt om zich te conformeren met de tekortkoming wat betreft het aantal uren dat ter beschikking gesteld is voor geneesheren-diensthooft en met de wettelijke bepaling (KB 15.12.1987, artikel 17) die stelt dat een geneesheer-diensthooft wat zijn ziekenhuisactiviteiten betreft exclusief verbonden is aan een ziekenhuis. Het ziekenhuis heeft op basis van het referentiekader wel de mogelijkheid gekregen om zich te organiseren rond afdelingen, maar moet daar dan wel de consequenties van nemen, meer bepaald hetgeen gesteld werd in het referentiekader (organisatie dan met zelfde consequenties als deze op basis van diensten).*

- De ene dienst die wel conform een kenletter georganiseerd is, bedient niet de doelgroep waar hij voor erkend is (T voor geriatrische patiënten die een neuro psychiatrische behandeling behoeven).

*In haar reactienota stelt het ziekenhuis het volgende: Tijdens de laatste jaren werden diverse initiatieven genomen tav deze doelgroep, o.a. therapeutisch project 65+; ontwikkeling psychiatrische thuiszorg, ontstaan PVT Valckeburg, samenwerking met een liaison t.a.v. woon en zorgcentra. Deze hebben geleid tot een grotere doorstroming van deze doelgroep. Anderzijds werden recent in onze regio Sp bedden enerzijds en bijkomende A bedden anderzijds ontwikkeld in AZ Groeninghe. Hierdoor zijn op heden minder 65+ patiënten aanwezig. Voor een evaluatie ten gronde lijkt het o.i. te vroeg gezien dit effect mogelijks slechts een tijdelijk effect kan zijn.*

*Het auditteam heeft begrip voor deze argumenten, maar dit neemt niets weg van het fundamentele element, met name dat het ziekenhuis de zorg in deze dienst niet georganiseerd heeft voor de doelgroep waar hij voor geprogrammeerd en erkend werd. Intellectueel gezien zijn er drie soorten oplossing mogelijk:*

- a) Een zorgaanbod met volledige capaciteit (30 bedden) organiseren voor de bedoelde doelgroep*
- b) Het afsluiten of aanzwengelen van een samenwerkingsverband met de verwijzende diensten*
- c) Het bekijken of een beddenruil (met T bedden) met een ander psychiatrisch ziekenhuis kan georganiseerd worden met een psychiatrisch ziekenhuis wat deze bedden wel kan gebruiken en waar er programmatorisch een onderaanbod is in de bediende regio.*

- In het organogram komen het geneesheren-diensthooft niet voor. Er zijn wel coördinerend artsen. Hun precieze taak wordt enkel in het medisch reglement beschreven, en dit op een wat sibillijnse wijze: we citeren “de taken van een geneesheer-diensthooft worden naar de afdelingsgeneesheren gedetacheerd”.
- In het organogram ressorteren de coördinerende artsen onder de manager patiëntenzorg en niet onder de hoofdgeneesheer.

- In het organogram ontbreken een aantal wettelijk verplichte organen: comité ziekenhuishygiëne, medisch-farmaceutisch comité, medische raad, ziekenhuisapotheek (wel apotheker hoofd van dienst), ethisch comité, begeleider (her)intreders, mobiele equipe, ... .

*Samen met de reactienota werd een nieuw organogram overgemaakt. Dit nieuwe organogram is nog voor verbetering vatbaar. Er werd hierover duiding gegeven tijdens de terugkomdag.*

### **Tekortkomingen**

- Er ontbreekt een globaler organogram, wat vermoedelijk de reden is waarom een aantal organen, die in de praktijk wel actief zijn, geen kader gevonden hebben.
- In het organogram m.b.t. kwaliteit komt geen enkele geneesheer voor, ook niet de hoofdgeneesheer. Dit gegeven maakt het ook voor het geneesheren-diensthoud en de medische raad structureel moeilijk om hun opdracht op het vlak van kwaliteit van zorg waar te maken.

Ook wordt er geen link gelegd met de opdracht van de medische raad in deze materie. De indruk ontstaat hierbij dat kwaliteitszorg een aangelegenheid is die de directe zorgmedewerker ontgaat en vooral bij de stafmedewerkers leeft: de inhoudelijke of professionele kwaliteit van de zorg riskeert hierbij niet geïncorporeerd te zijn.

## **4.3 Beleids- en adviesorganen**

### **4.3.1 Raad van Bestuur/ Directiecomité/ Medische Raad**

#### **Algemene vaststellingen**

- Er is één raad van bestuur die zowel het psychiatrisch centrum als het rusthuis aanstuurt. Deze raad vergadert maandelijks, waarbij de ene maand meer de klemtoon op de aangelegenheden van het PZ gelegd worden, de andere maand meer deze van het rusthuis aan bod komen.
- Onderwerpen die besproken worden zijn klassiek: financiële aangelegenheden (begroting, ...), bouw, actualiteiten, HRM-aangelegenheden, overleg medische raad. De hoofdgeneesheer en de algemene directeur worden systematisch uitgenodigd.
- De raad van bestuur is samengesteld uit 2 religieuzen waarvan er één de congregatie vertegenwoordigt (n = 1), en een aantal andere personen met competenties die hoofdzakelijk zich in het financieel/zakelijke en het onderwijs situeren, dit met een hoofdzakelijk lokale verankering. De raad van bestuur is de voorbije jaren gedeeltelijk verjongd.
- Op het niveau van de voorziening zijn er een beperkt aantal lagen in de beleidsvoering: directie laag, management en zorgdivisies.

- Op niveau van de teams (zorgdivisies) is de aansturing door een organisatiecoördinator (hoofdverpleegkundige), een inhoudelijk coördinator (psycholoog of andere discipline) en een coördinerend geneesheer.
- De manager patiëntenzorg heeft wekelijks een overleg met de organisatiecoördinatoren en met de inhoudelijk coördinatoren. Meestal staan er praktische onderwerpen op de agenda van deze vergaderingen. Er bestaat wel een IDO (interdivisieoverleg) waar coördinerend artsen aanwezig kunnen zijn (in functie van noodwendigheid).
- Er is een uitgebreide beschrijving van de overlegorganen in het ziekenhuis (communicatie-organogram). Driemaal per maand is er medische staf, eenmaal medische raad. De vergadering directie-artsen is ad hoc.

### **Medische Raad**

- De medische raad is samengesteld uit alle ziekenhuisartsen, meer bepaald de vier psychiaters, waardoor er geen verkiezingen georganiseerd worden.
- Voorzitter is Dr. De Troyer.
- Aanwezig zijn ook de apotheker en de toegelaten geneesheer.
- Er is een algemene regeling.
- Financiële regeling: afhoudingen zijn 10%, centrale inning van 6 % inbegrepen.
- Er is een grote associatie van de 4 ziekenhuisgeneesheren, waarin ook hun activiteiten in de algemene ziekenhuizen van Mene en Izegem vervat zitten.
- Er is een medisch reglement, waarbij opvalt dat het aantal vakantie/afwezigheidsdagen aan de hoge kant is (8 weken per jaar voor verlof en /of bijscholing).
- De medische raad vergadert 10 keer per jaar en er worden verslagen opgemaakt. De thema's die besproken worden overlappen met wat geacht wordt materie te zijn van de medische staf.
- Er is zowel een POC als een financiële commissie, maar geen van beiden zijn al bijeengekomen. Artsen krijgen wel informatie over de financiële toestand door de bedrijfsrevisor (in een "openbare" vergadering).
- Er zijn de nodige attesten van de bedrijfsrevisor, maar de voorzitter van de medische raad ontvangt niet de attestering over de centrale inning.
- De verstandhouding artsen en directie is goed.

### **Sterk punt**

- De leden van de raad van bestuur ontvangen geen vergoeding voor hun activiteiten.

### **Non-conformiteiten**

- In het directiecomité zetelt ook de afgevaardigde bestuurder. Dit is niet voorzien in de ziekenhuiswetgeving.

*Het ziekenhuis stelt in haar reactienota het volgende: Het directiecomité is een overlegstructuur en maakt geen deel uit van de lijnstructuur. Het is o.i. niet in strijd met de ziekenhuiswet, gezien hierin het begrip directiecomité niet voorkomt. De algemeen directeur is uitsluitend verantwoordelijk tav de beheerder overeenkomstig art 17 van de ziekenhuiswet*

*Reactie van het auditteam:*

*De ziekenhuiswetgeving zegt hierover het volgende:*

*Afdeling 2. - De beheerder.*

*Art. 11.*

*§ 1. De algemene en uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de ziekenhuisactiviteit op het vlak van de organisatie en de werking alsook op het financiële vlak berust bij de beheerder.*

*§ 2. De beheerder bepaalt het algemeen beleid van het ziekenhuis; hij neemt de beheersbeslissingen met inachtneming van de specifieke bepalingen en procedures voorzien in Titel IV.*

*Afdeling 3. - De directeur.*

*Art. 12.*

*<W 1990-12-29/30, art. 128, 005; Inwerkingtreding : 19-01-1991> In elk ziekenhuis is er een directeur. Hij is rechtstreeks en uitsluitend verantwoordelijk tegenover de beheerder.*

*De directeur werkt nauw samen met de hoofdgeneesheer, het hoofd van het verpleegkundig departement, van de paramedische, van de administratief-financiële en van de technische diensten en met de ziekenhuisapotheker.*

*Hetgeen in deze laatste zin beschreven werd is wat in de meeste ziekenhuizen directiecomité genoemd wordt. Concreet betekent zulks dat de naam directiecomité inderdaad niet voorkomt in de wetgeving, maar de functie en dus het begrip wel. Gezien de positie in het organogram van het ziekenhuis is dit meestal ook het orgaan waar collegiaal operationeel beslissingen genomen worden, waarbij het collegiale door de wetgever verwoord werd door het gebruik van het woord "nauw samenwerken". Het is dus doorgaans wel degelijk een besluitvormend orgaan.*

*Het ziekenhuis wordt als besluit uitgenodigd om aan te tonen dat*

- a) De besluitvorming in het directiecomité inderdaad een adviserend karakter heeft*
- b) De mede-advisering door de afgevaardigd bestuurder geen hinderpaal vormt in de wijze waarop de directeur rechtstreekse en uitsluitende verantwoording aflegt ten aanzien van de raad van bestuur.*

- POC en financiële commissie zijn nog nooit bijeen gekomen.

#### **4.3.2 Ethisch Comité**

##### **Algemene vaststellingen**

- Het ziekenhuis stelt dat het door zijn kleinschaligheid onmogelijk kan voldoen aan de wettelijke vereisten voor het samenstellen van een Ethisch Comité (E.C.). Er kan een beroep worden gedaan op het E.C. van het AZ H. Hart Roeselare-Menen. Het ziekenhuis stelt zich de vraag of het zinvoller kan zijn om te gaan samenwerken met een ziekenhuis dat ook psychiatrische zorg verleent.
- De samenwerking met het AZ H. Hart, campus Menen is niet formeel en er is geen afvaardiging naar het E.C.
- Ter vervanging van een E.C. werd in het ziekenhuis een ethische werkgroep opgericht.
- Het huishoudelijk reglement dat werd voorgelegd heeft betrekking op de werking van een Ethisch Comité en niet op de werking van de ethische werkgroep/reflectiegroep van het ziekenhuis.
- In 2010 was het thema dat de ethische werkgroep uitdiepte: “Gedwongen behandeling”. Alle afdelingen werden daarbij betrokken. Reacties waren aanzet tot discussie en tot besluitvorming. Het eindresultaat was een visietekst “Gedwongen Behandeling”.
- In 2011 kwam de ethische reflectiegroep 3 x samen. Thema’s waren: DNR ( a.d.h.v. de tekst van het AZ H. Hart Campus Menen), Euthanasie (thema aangebracht door het team PZT), Ethische reflectie rond patiënten met moeilijk gedrag.
- De ethische reflectiegroep telt 7 leden waaronder de hoofdgeneesheer, een stafmedewerker, de adjunct algemeen directeur en de zorgmanager.

### **Non-conformiteiten**

- Er is geen ethisch comité.

*Op het moment van de terugkomdag geeft het ziekenhuis aan dat het voor wat het E.C. betreft wil samen werken met enkele kleinschalige psychiatrische ziekenhuizen. Het ziekenhuis maakte hierover een ontwerpnota die werd voorgelegd op het moment van de terugkomdag. Omdat er tijd nodig is voor overleg vraagt het ziekenhuis een langere termijn om zich in orde te stellen met deze non-conformiteit.*

- Indien er gewerkt wordt met een lokale commissie/werkgroep, mogen volgende personen niet bij de vergaderingen aanwezig zijn: de directeur, hoofdgeneesheer, voorzitter Medische Raad en het hoofd van het verpleegkundig departement/zorgmanager.
- Er is geen formele samenwerkingsovereenkomst met het ziekenhuis waarop men beroep kan doen zonodig.
- In het organogram komt het Ethisch Comité (ethische reflectiegroep) niet voor.

### **Aanbevelingen**

- Het strekt tot aanbeveling om o.a.
  - voor de ethische reflectiegroep een aantal afspraken vast te leggen in een huishoudelijk reglement

- via intranet de werking en het doel van de ethische werkgroep toe te lichten
- van zodra duidelijk is met wie het ziekenhuis zal samenwerken voor het E.C. hierover informatie ter beschikking te stellen van het personeel
- te overwegen of het verspreiden van informatie aan gebruikers, verwijzers over het E.C. en/of de interne reflectiegroep zinvol kan zijn.

### **4.3.3 Comité voor Ziekenhuishygiëne**

#### **Algemene vaststellingen**

- Het Comité voor Ziekenhuishygiëne (C. ZH Hyg.) werd niet uitvoerig bevestigd. Enkel de samenstelling van het team Ziekenhuishygiëne en de samenstelling van het Comité kwamen aan bod. De normatief opgelegde documenten werden opgevraagd.
- Het team Ziekenhuishygiëne bestaat uit:
  - een geneesheerziekenhuishygiënist, werkzaam in het AZ H. Hart campus Menen
  - een verpleegkundig ziekenhuishygiënist, werkzaam in het ziekenhuis als verpleegkundig/paramedisch directeur.
- Het Comité is als volgt samengesteld (cfr jaarverslag 2010):
  - het team Ziekenhuishygiëne
  - de hoofdgeneesheer
  - de ziekenhuisapotheker
  - verpleegkundig/paramedisch directeur (voorzitter)
  - adjunct Algemeen directeur
  - een stafmedewerker patiëntenzorg
  - een (referentie)verpleegkundige per zorgdivisie
  - een medewerker van het econoomaat
  - de coördinator hoteldiensten.
- Het Comité voor ZH Hyg. vergaderde in 2011 vijfmaal. Tweemaal werd het overleg gecombineerd met HACCP en tweemaal met het Comité medisch materiaal. In 2010 werd gewerkt rond het thema 'Zuurstof' met opleidingen, materiaal, code DNR (voorlegging voor advies aan de Ethische werkgroep) en werden procedures geüpdatet.

In 2011 werd de focus gelegd op 2 thema's:

- Handhygiëne met de campagne gericht op handhygiëne bij patiënten
- Campagne griepvaccin, voornamelijk gericht op sensibilisatie.

Daarnaast werden ook nieuwe procedures geïmplementeerd bij verbouwingen en was er de kritische rondgang na de ingebruikname van de nieuwe gebouwen van het klooster en de keuken.

#### **Non-conformiteiten**

- Het comité voor Ziekenhuishygiëne is niet conform de normen samengesteld. Er ontbreken 3 artsen aangesteld door de medische raad.



*In de reactienota geeft het ziekenhuis aan dat: “Gezien de schaalgrootte enerzijds en het beperkte budget is het niet mogelijk om voor 100 % te voldoen aan de vigerende wetgeving. Er wordt gestreefd om deze norm zo dicht mogelijk te benaderen”.*

- Voor de goede werking van het comité is er een contract afgesloten met het algemeen ziekenhuis dat de geneesheer-ziekenhuishygiënist levert. Dit wordt aanvaard op voorwaarde dat de geneesheer-ziekenhuishygiënist de wettelijke voorziene taken naar behoren uitvoert.
- Het ziekenhuis beschikt niet over een strategisch plan, een jaarlijks beleidsplan, een jaarlijks activiteitenverslag en een jaarlijks verslag over de werking van het team.
- Eén van de taken van het comité voor ziekenhuishygiëne is het opstellen van een reglement van inwendige orde. Dit document ontbreekt.

## **4.4 Leiderschapsstijl en opleiding**

### **Algemene vaststellingen**

- Het ziekenhuis omschrijft haar leiderschapsstijl als situationeel
- Men stelt dat er een democratisch beleid gevoerd wordt en dat men verder open staat voor input, gericht is op motiveren, kansen geven om zich te ontplooiën en geeft aan dat er een sociaal beleid gevoerd wordt. (bevestigd in medewerkersenquête: niet autoritair) Het personeel verwacht wel meer aanwezigheid van directie op de werkvloer. Eén directielid doet jaarlijks een afdelingsbezoek.
- De leiderschapsstijl van de artsen wordt omschreven als “teamspelers”. Verder worden 2 van de 4 coördinerend artsen als “captains” omschreven.
- Alle sleutelmedewerkers krijgen of kregen een bijkomende opleiding.
- Men hanteert functioneringsgesprekken. Men screent kandidaten voor een kaderopleiding. Men geeft mensen een kans om via referentiepersoonschap zich (hun talenten) te laten zien, waarbij zij kunnen oefenen met samenwerken, omgaan met kritiek, ... .
- Wat opleiding betreft stelt het ziekenhuis dat het budget dat hiervoor ter beschikking staat ruimschoots het percentage (1,9 %) haalt wat in de CAO overeengekomen is. Er werd hierbij tijdens de audit een bedrag genoemd van 29.000 euro (exclusief voor de externe vormingen).
- In de gegevens die het ziekenhuis verstuurde werden er wat vorming betreft volgende cijfers medegedeeld: totaal aantal van de formele voortgezette beroepsopleidingsinitiatieven voor de werknemers ten laste van de werkgever: aantal betrokken werknemers: 227, aantal gevolgde opleidingsuren: 3896, netto kosten voor de onderneming: 144.847,58 €.
- Interne opleiding: werd niet bevraagd

## 5 Module Beleid en Strategie

### 5.1 Algemeen beleid – Strategisch management

#### Algemene vaststellingen

- Er is momenteel geen strategisch beleidsplan.
- Er is wel een besturingsmodel dat een aantal concepten integreert (vierfasenmodel, kwadrant, procesmanagementmodel en balanced scoremodel (BSc). Er is wel een beleidsplan 2011. Als reden geeft men aan dat het al dan niet goedkeuren van de voorstellen m.b.t. toepassen van artikel 107 een bepalende invloed zal hebben op het toekomstig beleid.
- In de praktijk wordt de beleidsvoering gedaan vanuit een traditie van overleg met het middenkader inclusief hoofdverpleegkundigen en diensthoofden en beheerders (de conclaven, dit zijn tweedaagse). Vervolgens worden besluiten voorgelegd aan het hogere niveau en doorgesproken op de andere niveaus van het ziekenhuis.
- Er gebeurde een sterkte-zwakteanalyse en er werd een strategiekaart uitgetekend. De strategiekaart omvat volgende elementen
  1. Missie en finaliteit
    - a) Realisatie missie
    - b) Financieel evenwicht
  2. Klantenperspectief
    - c) Realisatie therapeutische doelen
    - d) Klanttevredenheid
    - e) Imago bij partners en maatschappij
  3. Interne processen
    - f) Verantwoorde zorg
    - g) Kwaliteitsvol wonen
    - h) Performante administratie en logistiek
    - i) Leiderschap
    - j) Communicatie en samenwerking
  4. Leren en groei
    - k) Professionele competentie
    - l) Tevredenheid medewerkers
    - m) Innovatie producten en diensten
    - n) Informatie en technologie
    - o) Organiseerklimaat

- Het beleidsplan 2011 is opgemaakt rond volgende onderwerpen
  - Sturende processen met als punten
    - Visie en strategisch beleid
    - Medewerkersbeleid
    - Middelenbeleid
    - Therapeutisch beleid
    - Kwaliteitsbeleid
    - Veiligheids- en milieubeleid
  - Primaire processen:
    - Zorgcommunicatie
    - Voorzorg
    - Begin verblijf
    - Observatie en diagnostiek
    - Behandeling
    - Transfer
    - Einde verblijf
    - Nazorg
    - Onthaal
    - Ombudsdienst
    - Hoteldiensten
  - Ondersteunende processen
    - Personele middelen
    - Financiële middelen
    - Materiële middelen
    - Informatiemiddelen
    - Externe relaties
- Dit beleidsplan is verder doorvertaald naar het operationele in de divisies, maar in de documenten is vermeld dat er nog geen afzonderlijke beleidsplannen gemaakt zijn (in 2010). Er zijn wel beleidsplannen voor 2011.
- Bij de uitvoering van de beleids- en actieplannen laat men zich ondersteunen door elektronische tools (mindmap).

### **Toegankelijkheid**

- Financiële toegankelijkheid
  - Er worden supplementen gevraagd (6,35 €) voor een eenpersoonskamer. Er worden geen supplementen aangerekend in een tweepersoonskamer.
  - Er zijn honorariasupplementen voor eenpersoonskamers (max 50 %).
  - Het totale bedrag aan supplementen bedraagt ongeveer 20.000 € op jaarbasis. Verdere informatie die het ziekenhuis doorgaf: supplement honorarium op eenpersoonskamers 2011: 33 % op lopend toezicht.
- Geografische toegankelijkheid

- Het ziekenhuis ligt in het hart van het grensstadje Menen, is met het openbaar vervoer goed bereikbaar vanuit een aantal centrumsteden (Kortrijk en Roeselare) Het ziekenhuis ligt ongeveer op 1000 m van het station.
- Door de ligging in de stad is er wel een parkeerprobleem. Het ziekenhuis heeft een parking voor 96 auto's, voor 100 fietsen en 10 moto's en gaat de parking nog beperkt uitbreiden (met 10 plaatsen).
- Organisatorische toegankelijkheid:
  - Het ziekenhuis hanteert een aantal exclusiecriteria: primaire drugproblematiek., seksuele delinquentie. Ook de toegankelijkheid voor dementen is beperkt: in casu tot korte crisisopnames en bij gedragsproblemen. Er is geen echt zwarte lijst van patiënten die onder geen beding heropgenomen kunnen worden, men werkt met codes, waarbij er voorwaarden gesteld worden (zoals overleg met behandelend geneesheer). De lijst wordt niet actief beheerd. Mentaal gehandicapten met psychiatrische problematiek worden wel behandeld.
  - Er is een beperkte wachtlijst voor het ziekenhuis die goed opgevolgd wordt. Meestal is de wachtduur ook beperkt.

#### **Sterk punt**

- Het gebruiken van informaticatools in de beleidsvoering is zeker een pluspunt.

#### **Tekortkomingen**

- Het niet hebben van een strategisch beleidsplan wordt toch als een gemis beschouwd hoewel de argumenten hiervoor als redelijk ervaren worden.
- In de uitrol van het beleidsplan 2011 ontbreekt het aan doorvertaling naar afdelingsniveau zoals conceptueel voorzien lijkt te zijn. Dit is jammer omdat het beleidsplan er op papier behoorlijk aantrekkelijk uitziet en het auditteam zich toch niet van de indruk kan ontdoen dat aan meerdere van deze actiepunten wel degelijk gewerkt is, ook op afdelingsniveau. De indruk bestaat dat men te veel hooi op zijn vork genomen heeft, omgekeerd dat het beleidsplan 2011 eigenlijk beter een meerjarenplan was geweest.
- Het vragen van ereloonsupplementen bij een zeer zwakke bezetting aan psychiaters is minder gepast.

#### **Aanbeveling**

- Het verdient aanbeveling om een meer realistisch tijdspad te hanteren voor de beleidsplanning en tegelijk de cyclus in de uitvoering (en opvolging) beter te sluiten. In het bijzonder dient de aansluiting tussen staf/directie en lijn (uitvoering) beter geregeld te worden.

## 5.2 Medisch beleid

### Algemene vaststellingen

- Er is geen medisch departement in enge zin.
- Er zijn geen geneesheren-diensthouders voor de diensten A, T, Tg. Er is een organisatie in divisies en men hanteert wel een systeem van coördinerend geneesheren.
- Het betreft dus een klein in hoofdzaak lokaal ziekenhuis wat georganiseerd is in elders vermelde overzichtelijke divisies. De vier psychiaters hospitaliseren op de opnameafdeling.
- Hoewel de Tg-afdeling zich niet richt tot de wettelijk voorziene doelgroep is er wel een gerontopsychiatrische werking op een andere afdeling (De Kering), dit voor een subgroep van tien patiënten. Verder is er het gegeven dat wel een aantal 65+ patiënten opgenomen worden in het ziekenhuis.
- Er zijn een aantal zorgprogramma's uitgeschreven: middelenmisbruik (de Steiger), depressie, zorgprogramma voor de borderline patiënt ( 'Het Vizier'), psychosenzorg (afdelingsbeleidsplan Vliet). De zorgprogramma's zijn van wisselende kwaliteit. Aan de laatste twee zorgprogramma's dient nog verder gewerkt te worden.
- De artsen stellen zich in de behandeling te laten leiden door de richtlijnen van het Trimbosinstituut en de NICE-guidelines.
- Er is geen medicatieprotocol, er zijn wel een aantal afspraken over somatische opvolging (metabool syndroom, anti-epileptische middelen, Clozapine, Lithium, EKG). Voor verslaving hanteert men een aantal opvolgschema's waaronder bloeddruk en polscontrole en een ontwenningsopvolgschema (Clinical Inventory Withdrawal). Er is geen delierprotocol.
- Het ziekenhuis doet geen neurofysiologie.
- Er worden hand- en spandiensten geleverd aan het algemeen ziekenhuis in Menen (H. Hart ziekenhuis Roeselare-Menen, campus Menen) en het St. Jozefziekenhuis te Izegem: de psychiaters vervullen er de wachtdienst ten behoeve van de dienst spoedgevallen van het algemeen ziekenhuis. Het algemeen ziekenhuis H. Hart voert de bloedanalyses uit en levert een geneesheer-ziekenhuishygiënist.
- Het ziekenhuis heeft naast een medische permanentie van psychiaters ook een wachtdienst omnipracticus.
- Er is ook een samenwerkingsakkoord met het CGG Mandel en Leie dd. 26 maart 1976, wat op 17 oktober 2011 verder integraal onderschreven werd. Er is een gelijkaardig akkoord met het PZ Heilige Familie te Kortrijk dd. 28 mei 1985 wat op identiek dezelfde manier verlengd werd.
- Het aantal opnames is behoorlijk en is de laatste jaren gestegen (van ongeveer 400 in 2002 – 2004) naar ongeveer 800 (2009 – 2010), maar het aantal heropnames is erg hoog (aantal eerste opnames: voorbije jaren ongeveer 30 %, in 2011 42 %).

- De gemiddelde verblijfsduur in het ziekenhuis is aan de hoge kant (A dienst: 46,47 dagen).
- Belangrijke diagnosegroepen in volgorde van belangrijkheid: stemmingsstoornissen (34%), middelengebruik (23%), psychotische stoornissen (13 %), persoonlijkheidsstoornissen (9,8 %), angststoornissen (2,6%) en dementie en cognitieve stoornissen (1%).
- Het aantal onvrijwillige opnames evolueert in de tijd (in 2001 -2003: ongeveer 15 %) de laatste jaren 9 – 10 %. In 2010 is het aantal gedwongen opnames weer gestegen.
- Het aantal ontslagbrieven dat binnen de week verstuurd wordt daalt met de jaren.
- De hoofdgeneesheer vervult de meeste taken die wettelijk voorzien zijn. Hij doet geen klinische audit, wel is er tijdens de medische staf ruimte voor casuïstiekbespreking en peer review (vb. over medicamenteuze behandeling, geïnterneerden, juridische problemen). Er worden medische jaarverslagen gemaakt (2010, 2011).
- Het ziekenhuis heeft een polikliniek die zich genesteld heeft aan de inkom van het ziekenhuis. Er worden cijfers bijgehouden die aantonen dat er meerdere disciplines poliklinisch actief zijn. Een niet onbelangrijke activiteit is de infuusbehandeling.
- Er is ook nazorg, die gespreid wordt over verschillende modaliteiten (Trazo, psychiatrische zorg thuis, op een afdeling, Contact, Puente). Het totaal aantal cliënten is de voorbije jaren behoorlijk gestegen: van 74 patiënten in 2001 naar 338 in 2010.
- Er is een somatisch geneesheer als toegelaten geneesheer en er is een protocol somatische opvolging.
- De medische personeelsformatie voldoet absoluut niet. Waar er 132,42 uur psychiatertijd noodzakelijk zijn wordt er slechts voorzien in 84 uur per week. Dit cijfer kan wel nog gecorrigeerd worden voor de aanwezigheid van somatische artsen, maar hun VTE werd niet opgegeven in het dossier wat ingediend werd voor de erkenning.

	Effectief	Wettelijke norm	Referentiekader
Hoofdgeneesheer	6 uur	Aanwezigheid en taken	9,32 uur
Geneesheer-diensthofd	0	Aanwezigheid en taken	8 uur per week (A en T)
Dienst A en T	78	96 uur	
Dienst Tg		Aanwezigheid en taken	12 uur (geneesheer-diensthofdschap inbegrepen)
Geneesheer-hoofd van dienst voor gedwongen opname	Geen uren (*)	Aanwezigheid en taken	7,1 uur
Totaal	84	96 uur plus aanwezigheid en taken	36,42 uur (**)

		(**)	
--	--	------	--

- (\*) In de uren die opgegeven werd voor het geneesheer-hoofd van dienst werden enkel de uren vermeld die bestemd waren voor de klinische zorg.
- (\*\*) voor de niet in uren omschreven opdrachten die wel voorzien zijn in de wetgeving gebeurt in het referentiekader een kwantificering. Ten aanzien van wat in het referentiekader beschreven is wordt omwille van de kleinschaligheid van de Tg dienst de vereiste psychiatertijd gehalveerd.
- Er wordt geen rekening gehouden met tijden die aan polikliniek besteed worden, omdat deze niet ter beschikking staan van de gehospitaliseerde patiënten.

### **ECT:**

- Het ziekenhuis voert zelf geen ECT's uit maar heeft voor de uitvoering ervan een mondeling akkoord met het AZ Groeninghe te Kortrijk. Gemiddeld zijn er een 6-tal patiënten per week die in aanmerking komen voor een ECT.
- Er is een protocol/procedure m.b.t. ECT die duidelijk omschrijft wat voorafgaat aan de uitvoering van het ECT t.e.m. de nazorg van de patiënt. Er zijn een aantal punten in de eigen procedure van het ziekenhuis die nog om verduidelijking vragen.
- Documenten die onderdeel zijn van de ECT- procedure zijn:
  - een informatiefiche van het AZ Groeninghe voor de patiënt waarin duiding wordt gegeven rond het ECT
  - toestemmingsverklaring in te vullen door de patiënt of door zijn vertegenwoordiger
  - een ECT-dossier 'Patiëntenboekje voor chirurgie en interventionele onderzoeken' waarin een aantal te ondertekenen/in te vullen documenten door o.a. de specialist aan de huisarts of de thuisverpleegkundige of de verpleegafdeling, informatie voor de patiënt, vragen van de patiënt voor het multidisciplinaire team, vragenlijst voor de dienst anesthesie, checklist preoperatieve voorbereiding, informatie voor de huisarts, enz.
- Een patiënt die op het moment van een ECT verblijft in het ziekenhuis wordt begeleid naar en van het AZ door een teamlid (taxi).

### **Agressiebeleid en vrijheidsbeperkende maatregelen**

- In eerste instantie voert het ziekenhuis een preventief beleid om agressie en afzondering te voorkomen. Dit resulteert in een daling van het aantal afzonderingen.
- De visie en richtlijnen m.b.t. vrijheidsbeperkende maatregelen zijn duidelijk en transparant, de te gebruiken terminologie door de teamleden wordt duidelijk gesteld. Het toepassen van een vrijheidsbeperkende maatregel wordt beslist in het team maar de behandelende arts/ arts van wacht is de eindverantwoordelijke in de beslissing en voor de opheffing van de beslissing. De verpleegkundige stelt de handeling.

- Er wordt geen gebruik gemaakt van een afzonderingsregister maar van genummerde losbladige fiches die jaarlijks gebundeld worden op ziekenhuisniveau. Op afdelingsniveau heeft men wel zicht op het aantal toepassingen.  
Het tijdstip van toezicht is te verifiëren aan de hand van een afzonderlijk fiche die ophangt aan de isolatiekamer waar de patiënt verblijft. Deze fiche wordt na opheffing van de isolatie aan het patiëntendossier toegevoegd. De observaties worden één- à tweemaal daags genoteerd in het patiëntendossier.  
Toegediende medicatie wordt genoteerd op de afzonderingsfiche, de toediening is terug te vinden op de medicatiefiche.
- In de procedure wordt duidelijk gesteld dat:
  - bij toepassing van fixatie altijd gebruik gemaakt wordt van een 5-puntssysteem
  - elke hulpverlener die instaat voor de 24-uurszorg dient de principes van de DDG (Dreigend Destructief Gedrag) opleiding te volgen
  - het toezicht wordt normaliter uitgevoerd om het uur, tenzij de arts anders bepaalt (casusgebonden)
  - het betreden van de afzonderingskamer gebeurt steeds door twee hulpverleners.
- Een aantal medewerkers van het ziekenhuis volgden externe specifieke vormingen rond agressie, met als positief gevolg de totstandkoming van een werkgroep DDG. De werkgroep (=de kern) DDG is:
  - verantwoordelijk voor het geven van vorming. Een stuurgroep kan advies geven aan de werkgroep
  - een werkgroeplid is aanspreekpersoon na een agressie-incident
  - de leden zijn referentiepersoon voor het ganse ziekenhuis.
- Vorming rond agressie:
  - is onderdeel van het inlooptraject van nieuwe medewerkers
  - wordt 2x per jaar georganiseerd
  - 2<sup>de</sup> jaarsstudenten verpleging volgden een sessie agressie
  - rusthuismedewerkers kunnen aansluiten bij deze specifieke vorming (project wissellere).
- In bijlage bij de procedure agressie zijn volgende documenten:
  - Een begripsomschrijving en grensbepalingen
  - Werkinstructies Agressie volgens het Circulaire-Crisisontwikkelings-Model.
- In het ziekenhuis zijn 4isolatiekamers: 2 in een unit op de opname-eenheid de Waag en 2 in een unit aan de Oever, afdelingoverschrijdend gebruikt. De afdeling die een patiënt in afzondering heeft, volgt de patiënt in de afzonderingskamer verder op.
- Er is een rapport vrijheidsbeperkende maatregelen 2010, waarbij er besluiten zijn per afdeling.

### **Suicidepreventiebeleid:**

- Zorgdivisie De Kering werkte in 2006 als eerste een visietekst uit rond suicidepreventie. Aanvullend is een document waarin een opdeling van suicide in 3 niveaus en de daaraan gekoppelde interventies voor verpleegkundigen en therapeuten



en sociale dienst. Als bijlagen zijn er vragenlijsten en checklists, signaal lijst, en 2 toezichtsdocumenten, o.a.

- Checklist bij opname of transfer over suïcidepreventie
  - Screeningsfiche voor het inschatten van het risico op suïcide
  - Punten na te gaan bij een suïcidepoging
  - Beck H-schaal
  - Suïcide intentie schaal.
- Daarnaast is een visietekst 'Zelfmoordpreventieplan' met procedure en een stroomschema. Planning van nazorg en overdracht maken daar deel van uit. Hierbij wordt verwezen naar het 'Stappenplan opvang suïcidepogers' van de werkgroep suïcidepreventie Zuid-West Vlaanderen waarbij de huisarts een grote rol is toebedeeld.
  - In het stroomschema is ook aandacht voor de bespreking in het team en de evaluatie, bijkomende onderzoeken, behandelingsstrategie en behandelingsplan.
  - Het aantal suïcides is beperkt: op jaarbasis gemiddeld 1.
  - Het aantal suïcidepogingen wordt gemonitord (ook diegene die buiten PCM gebeuren).
  - In het suïcidepreventiebeleid zijn ook behandelstrategieën opgenomen

#### **Sterke punten**

- In verband met het medisch beleid is de aanwezigheid van somatische artsen, alsook het hebben van een somatische wachtdienst als positief te beschouwen.
- De samenwerking tussen het psychiatrisch ziekenhuis en de twee algemene ziekenhuizen (H. Hart campus Menen, St. Jozefziekenhuis Izegem) is intrinsiek een positief gegeven.
- Er is een interne en externe benchmarking van de afzonderingen.
- De politie volgt vorming in het ziekenhuis over "hoe omgaan met agressief gedrag".

#### **Non-conformiteiten**

- De omzendbrief d.d. 24.10.1990 van Minister Weckx m.b.t. het afzonderen stelt expliciet dat de verantwoordelijkheid van het nemen van een dwangmaatregel bij de behandelende arts ligt.

*Tijdens de terugkomdag werd verduidelijkt dat deze omzendbrief niets afdoet aan de verpleegkundige handelingen die bepaald zijn in het K.B. Een verpleegkundige kan de handelingen zelfstandig uitvoeren maar dient hiervoor wel de goedkeuring te vragen aan de arts.*

- De erkende gerontopsychiatrische afdeling (Tg dienst) behandelt geen gerontopsychiatrische patiënten.
- De ter beschikking gestelde psychiatertijd is niet conform de wetgeving en is veel te laag.

*Het ziekenhuis stelde in haar reactienota het volgende:*

*“In de tabel op pagina 22 worden de uren, prestaties geleverd buiten de normale werkuren, en de gepresteerde wacht dienst (= 12u per week per psychiater) niet opgenomen. Bovendien zijn de prestatie uren somatische zorg van Dr Demeulder (6u /w) en Dr Vantieghem (3u) eveneens niet opgenomen in de tabel. Bovendien is het ons niet duidelijk welke wet het gestelde aantal uren uit de kolom wettelijke norm en het referentiekader omschrijft.”*

*Het antwoord van het auditteam is wat betreft het eerste punt: de gepresteerde wacht dienst is tweevoudig. Ten eerste is er in het referentiekader wel degelijk rekening gehouden met het feit dat er noodzaak is aan het bemannen van een wacht dienst, reden onder meer waarom het aantal uren om een voltijdse functie te bemannen gerekend wordt aan 24 uur per week. Een tweede punt betreft de geloofwaardigheid van de argumentatie: deze artsenequipe bedient drie psychiatrische wacht diensten. Indien we de redenering doortrekken vervullen ze alleen aan wacht diensten 36 uur per week.*

*Wat de prestatie-uren somatische zorg betreft: deze uren kunnen gedeeltelijk inderdaad meegenomen worden in de berekening van het aantal uren artsentijd, in de mate dat zij geen betrekking hebben op het verrichten van medisch technische prestaties die op een andere manier verloond worden, en in de mate dat de kwalificatie van de arts in kwestie beantwoordt aan hetgeen in de normen beschreven staat. Probleem bij de audit was dat het ziekenhuis deze uren niet opgegeven had, als gevolg waarvan het auditteam niet in staat was om hier rekening mee te houden. Wat betreft kwalificaties heeft de wetgever voorzien dat voor een A dienst een geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde en voor een T dienst zowel een geneesheer-specialist in de inwendige geneeskunde als een omnipracticus kunnen meegenomen worden. Concreet betekent zulks dat de uren van Dr. De Meulder zonder problemen kunnen meegerekend worden aangezien hij algemeen geneeskundige is. Wat Dr. Van Tiegem betreft stelt zich wel het probleem dat hij fysiotherapeut is, waarbij het auditteam ervan uitgaat dat hij bijgevolg geneesheer-specialist in de fysische geneeskunde is. In de mate dat deze geneesheer zorg levert dat beantwoordt aan hetgeen de wetgever vereist zullen deze uren mede in rekening gebracht worden. Dit impliceert ten aanzien van Dr. Van Tiegem dat er een afwijking aanvaardt wordt ten aanzien van de wetgeving waarbij gesteld moet worden dat dit een uitdovend karakter heeft ten aanzien van zijn persoon. Bij vervanging dient voorzien te worden hetzij in een psychiater, hetzij in een omnipracticus, hetzij in een internist.*

*Concreet betekent zulks dat er i.p.v. 78 uren nu 88 klinische uren ter beschikking zijn waardoor men niet voldoet aan de strikt minimum bemanning van de A en T dienst alleen al, zonder rekening te houden met het feit dat er ook psychiatertijd moet voorzien worden voor de Tg dienst, voor het hoofdgeneesheerschap, het geneesheer-diensthooftschap en de functie geneesheer-hoofd van dienst voor gedwongen opname. Dat impliceert dat het psychiatertekort op het niveau van non-conformiteit blijft.*

*Ten aanzien van de vragen die het ziekenhuis stelt in verband met de afdwingbaarheid en de wettelijkheid kan het auditteam antwoorden dat het referentiekader precies aangeeft wat kwantitatief gezien rechtstreeks afgeleid is van wetgeving (non – conformiteiten) en wat onrechtstreeks afgeleid is van wetgeving (tekortkomingen).*

*Wat het eerste betreft is er lezing gegeven en dus interpretatie: deze interpretatie is zowel in min als in meer: bij voorbeeld waar de wetgever "een" schrijft werd dit gelezen als 1 VTE en werd hier zoals aangegeven 24 uur voor in rekening gebracht.*

*Wat het tweede betreft werden wettelijke bepalingen (ziekenhuiswetgeving, KB 15.12.1987, ) die er zijn maar waarbij vooral kwalitatieve eisen gesteld werden (hoofdgeneesheerschap, geneesheer-diensthooftschap alsook het Koninklijk besluit van 18 juli 1991 ter uitvoering van artikel 36 van de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke. (B.S.26.VII.1991)1 ) en/of waar er afzonderlijke financiering (psychiatertijd voor Tg-dienst, geneesheer-hoofd van dienstschap) voorzien is gekwantificeerd. Vaststellingen die hier niet mede in overeenstemming te brengen zijn worden als tekortkomingen benoemd, met dien verstande dat wanneer er niet alleen een kwantitatief maar ook een kwalitatief probleem is, een dergelijke vaststelling als non-conformiteit kan benoemd worden. Een concreet voorbeeld hiervan is het geneesheer-diensthooftschap: het niet hebben van en het niet vervullen van de taken van een geneesheer-diensthooft is dus een non-conformiteit, die van aard kan zijn dat in voorkomend geval beschouwd kan worden dat de dienst waar erkenning voor gevraagd wordt niet beantwoordt aan de normen.*

*Het referentiekader werd door het Agentschap Zorg en Gezondheid, bevoegde instantie aan de directies van de ziekenhuizen bekend gemaakt en is op de website van dit agentschap terug te vinden.*

- De vier psychiaters verrichten naast de psychiaterpermanentie van het eigen ziekenhuis ook deze (ten behoeve van de spoedgevallendiensten) van de Algemene Ziekenhuizen H. Hart campus Menen en St. Jozefziekenhuis te Izegem. Dit is normaal gezien geen activiteit van een geneesheer-consulent, eerder van een ziekenhuisgeneesheer; waardoor zij niet in regel zijn met de vereisten van geneesheer-diensthooft en hoofdgeneesheer wat betreft het exclusiviteitscriterium. Overigens is het fysiek en mathematisch niet mogelijk om met 4 artsen 3 aparte permanenties te bedienen.

*Het ziekenhuis stelde in haar reactienota het volgende:*

*"We betwijfelen dat het verzorgen van permanentie inhoudt dat de arts automatisch ziekenhuisgeneesheer wordt. We zouden bovendien een beperking terzake betreuren in het perspectief van de in ontwikkeling zijnde netwerken in het kader van art 107."*

*Tevens zond de hoofdgeneesheer een kopij van zijn overeenkomst met de St. Jozefkliniek ter ondersteuning van het argument dat een liaisonpsychiater geen ziekenhuisgeneesheer is.*

*Dit contract bevat evenwel talrijke bepalingen die een bevestiging zijn van een statuut van ziekenhuisgeneesheer. De meest opvallende bepaling hierbij is artikel 2 waarin de geneesheer zich verbindt om zich te Izegem of omliggende gemeenten te vestigen en zijn patiënten uitsluitend en alleen in de Sint-Jozefskliniek v.z.w. te onderzoeken, te behandelen en te hospitaliseren, voor zover de technische mogelijkheden van dit ziekenhuis dit toelaten. Verder zijn er nog bepalingen omtrent opname en ontslag van patiënten in dit ziekenhuis (art. 4), financiële (art. 5 en 7,..) en praktische afspraken vb. over te werk stellen van personeel, e.d.m. (art. 6).*

*Besluit is dat de non-conformiteit weerhouden blijft, waarbij evenwel vooral gezocht moet worden naar een meer realistische oplossing, waarbij de goede samenwerking tussen de verschillende ziekenhuizen maar ook een goede organisatie van de zorg mede uitgangspunten kunnen zijn.*

- Er wordt geen klinische audit gevoerd.

*In de reactienota stelt de hoofdgeneesheer dat er wel een klinische audit werd gevoerd overeenkomstig de richtlijnen van de orde van de geneesheren.*

*Bij de bespreking van dit punt tijdens de terugkomdag werd hierbij verder gesteld dat de wetgever nagelaten heeft om dit verder te beschrijven, waarbij het auditteam omgekeerd stelt het te betreuren dat de hoofdgeneesheren zelf er op heden niet in geslaagd zijn een uitvoering aan deze vereiste van de ziekenhuiswetgeving voor te stellen.*

*Teven stelt het auditteam dat hetgeen dan wel gebeurt, met name een medische stafwerking en peer review niet in overeenstemming zijn met wat hierover in de medisch wetenschappelijke literatuur beschreven is. Het auditteam verwijst ter onderbouwing van haar stelling onder meer naar de handboeken "clinical audit in mental health" van John Riordan en Darren Mockler, uitgeverij Wiley en "The audit handbook, Improving health care through clinical audit" van Crombey, Davies, Abraham en Florey, eveneens uitgeverij Wiley.*

- Op de fiches m.b.t. het in afzondering brengen van de patiënt wordt aangegeven wie de opdrachtgevende arts is en de betrokken verpleegkundige, doch zij tekenen niet af voor de uitvoering van de opdracht. Bij de opheffing van de maatregelen daarentegen tekenen beiden wel af.

*De documenten m.b.t. de afzondering werden inmiddels aangepast. Zowel voor de arts als de verpleegkundigen is de mogelijkheid voorzien voor het aftekenen voor de uitvoering van de opdracht. De aangepaste documenten werden voorgelegd op de terugkomdag.*

### **Tekortkomingen**

- De cijfers over de snelheid van het versturen van ontslagbrieven zijn al jaren in dalende lijn.
- Er is te weinig aandacht voor het preventieve luik in agressiebeleid.
- Het aantal afzonderingen was erg hoog.
- Er is geen schriftelijke samenwerkingsovereenkomst met het ziekenhuis dat ECT's uitvoert voor het PZ.
- In de procedure vrijheidsbeperkende maatregelen wordt gesteld dat er om het uur toezicht dient te gebeuren. Anderzijds is het toezicht casus gebonden. In de procedure dienen de verschillende vormen van toezicht te worden beschreven (bij de patiënt in de kamer, via raam of camera) met hun respectievelijke doelstellingen en frequentie. De procedure dient meer uitgewerkt te worden qua verpleegkundige observaties en zorgen tijdens een isolatie (zoals bewustzijnscontrole en vochttoediening).

- Er wordt bij elk toezichtsmoment een fiche afgetekend die opgehangen wordt aan de deur van de isolatiekamer waar de patiënt verblijft. De observaties worden genoteerd in het patiëntendossier maar zijn beperkt tot één- maximaal tweeregistraties per dag en niet per toezichtsmoment. Het aftekenen voor toezicht en de observaties bij toezicht zijn niet geïntegreerd in één fiche en zijn geen onderdeel van de opdrachtfiche. Om tegemoet te komen aan de gebrekkige communicatie naar de patiënt betreffende het toepassen van isolatie kan het toezichtsmoment een gepaste gelegenheid zijn om duiding te geven bij de beslissing.

### **Aanbevelingen**

- Het verder uitwerken en actualiseren van de zorgprogramma's.
- Nagaan wat de nood in de regio is aan een goedwerkende gerontopsychiatrie
- Nagaan wat de reden is waarom er relatief minder psychotische patiënten opgenomen worden dan in vergelijkbare ziekenhuizen.
- De procedure ECT vraagt op een aantal punten om verduidelijking o.a. materialen verzamelen, nazorg van de patiënt (in AZ of PZ?), vervoer (soort, terugkomst, ). In de procedure wordt ook verwezen naar één uitvoerder (met naam) terwijl in de procedure staat dat een ECT ook kan uitgevoerd worden in een ander ziekenhuis, rekening houdend met de voorkeur van de patiënt.
- Het strekt tot aanbeveling alle documenten (incl. de procedure) betreffende suïcide en preventie op elkaar af te stemmen en te bundelen in één document. Dit basisdocument kan dan gebruikt worden bij vormingsmomenten en bij introductie van nieuwe medewerkers.

## **5.3 Verpleegkundig beleid**

### **Algemene vaststellingen**

- Het organogram van het verpleegkundig departement ziet er als volgt uit:
  - Het verpleegkundig/paramedisch departement maakt samen met het departement Administratie & Logistiek en het departement Zorg- en Informatie deel uit van het managementcomité. Dit comité legt verantwoording af aan het directiecomité van algemeen directeur, adjunct algemeen directeur en hoofdgeneesheer.
  - Het hoofd van het verpleegkundig/paramedische departement (intern manager patiëntenzorg genaamd) beschikt over 2 stafmedewerkers. Er is een formele taakverdeling voor deze beide medewerkers. Zij coachen elk 3 zorgdivisies. De manager patiëntenzorg is naast de zorgdivisies ook verantwoordelijk voor de onderscheiden vakgroepen: psychologische dienst, sociale dienst, bewegingstherapeuten/kiné en de ergo. Elke vakgroep wordt aangestuurd door een vakverantwoordelijke. De manager van de 7<sup>de</sup> zorgdivisie, ambulante en transmurale diensten/ art 107, is de adjunct algemeen directeur.

- Elke zorgdivisie wordt aangestuurd door een kernteam dat bestaat uit de coördinerende geneesheer, een organisatorisch coördinator (hoofdverpleegkundige) en een inhoudelijke coördinator (in de praktijk zijn dit vooral ergotherapeuten).
- Het hoofd van het verpleegkundig/paramedisch departement behaalde het diploma van gebrevetteerd psychiatrische verpleegkundige, volgde een opleiding OSP (toelating tot master) en vervolgens een masteropleiding.
- De opleiding van de stafmedewerkers betreft:
  - één stafmedewerker (0,80 vte) behaalde het diploma gegradueerd psychiatrisch verpleegkundige en volgde kaderopleiding
  - één stafmedewerker (1,00 vte) is gegradueerd psychiatrisch verpleegkundige en beëindigt binnen een aantal maanden de opleiding master in de verpleeg- en vroedkunde.
- Voor de 3 bovenvermelde functies is een functieomschrijving waarin zijn opgenomen: de organisatorische positionering, opdrachten en verantwoordelijkheden, competentievereisten en mandaten. De manager patiëntenzorg hoort in het organogram tot het hoger kader, de stafmedewerker tot het middenkader en de hoofdverpleegkundige tot het lager kader.
- Alle zorgdivisies worden aangestuurd door een kernteam bestaande uit:
  - coördinerend geneesheer: zorgt samen met de OC en de IC dat het divisiebeleid geïmplementeerd wordt en geëvalueerd.
  - een organisatorisch coördinator (OC) of hoofdverpleegkundige is verantwoordelijk voor:
    - de organisatie van het verpleegkundig team én dit binnen het geheel van het multidisciplinair team
    - het leiden van werkoverleg verpleegkundigen
    - contactpersoon met het beleid in verband met disciplinegebonden zaken
    - voorbereiden en uitvoeren van functioneringsgesprekken bij de verpleegkundigen
    - het opname- en transferbeleid van de eigen afdeling
    - de communicatie tussen beleid en afdeling betreffende materiële middelen
    - de bijscholing van verpleegkundigen
    - staat in hiërarchische lijn.
  - Een inhoudelijk coördinator (IC) is verantwoordelijk voor:
    - de inhoud van de zorg en de zorgprogramma's op teamniveau, vertrekkende van de noden van de doelgroep en in overeenstemming met de missie van de organisatie
    - de organisatie van de patiëntenbespreking
    - supervisie van het team op inhoudelijk vlak
    - het vormingsbeleid van het eigen team
    - om functionerings- en evaluatiegesprekken uit te voeren in overleg met de hoofdverpleegkundige
    - contactpersoon met het beleid in verband met teamgebonden zaken.

- Daarnaast zijn er nog de vakverantwoordelijken die optreden als tussenpersoon tussen het team en het beleid en die toezicht houden op het professioneel handelen van hun disciplinaire collega's. Zij treden bij om resultaatgerichte doelstellingen te formuleren, normen te bepalen of verantwoording af te leggen.
- Het ziekenhuis beschikt over een mobiele equipe van 7,76 vte. Met uitzondering van 0,30 vte ergotherapeut zijn allen verpleegkundigen. 2,00 vte. verpleegkundigen (= 4 personen) worden uitsluitend ingezet voor de nachtdienst.
- Meerdere hoofverpleegkundigen volgden een kaderopleiding waarbij hen de titel werd verleend van gegradueerde in de agogische bijscholing orthopedagogie. Volgens hun diploma volgden zij het cursuspakket (320 u.) van 'Kaderopleiding hoofverpleegkundige, optie ziekenhuizen'.
- Tijdens de nacht zijn minimaal 5 verpleegkundigen aanwezig, maximaal 6. Voor de cluster de Waag (opnameafdeling) en de Steiger zijn er minstens 2 nachtdiensten, de Waag beschikt over een bijkomende nachtdienst uit de mobiele equipe, in zover er geen afwezige nachtdiensten zijn. Op de onderscheiden zorgdivisie de Kering, de Vliet en de Oever is er per nacht één verpleegkundige. Door het ziekteverzuim bij de nachtdiensten kan gesteld worden dat er meerdere nachten zijn dat er slechts 5 verpleegkundigen aanwezig zijn. Bij afwezigheid van de 6<sup>de</sup> nachtdienst wordt op de Waag assistentie geboden door de Steiger i.v.m. GO. Bij andere problemen wordt de Vliet gecontacteerd. De nachtdienst van de Waag heeft ook een receptiefunctie (tss.20u30 – 6 u.).

In de afsprakennota van de mobiele nachtequipe staat het volgende:

- De leden van de mobiele equipe krijgen een vast uurrooster op de Waag
- Bij ziekte van een nachtverpleegkundige nemen zij de plaats in van de laatste en dit minimum de eerste 2 nachten van ziekte.

Op bepaalde tijdstippen oefenen de nachtdiensten hun toezichtsfunctie uit vanuit een nachtpost.

In de infomap voor de nachtdienst is ook een afsprakennota m.b.t. algemeen geldende afspraken voor de nachtdienst, de contactpersoon en de directie van wacht.

### **Non-conformiteiten**

- In het organogram van het verpleegkundig departement zijn volgende diensten niet vermeld: de begeleider (her)intreders, de mobiele equipe.
- Een middenkaderlid dient in een psychiatrisch ziekenhuis een gegradueerd verpleegkundige of een bachelor in de verpleegkunde te zijn, die bovendien een bijkomende opleiding heeft gevolgd van universitair niveau, master in de verpleegkunde en/of master in de gezondheidsvoorlichting en bevordering.

*Op het moment van de terugkomdag werd aangegeven dat één middenkaderlid inmiddels geslaagd is voor de masteropleiding.*

- Tijdens de nacht mag de afdeling nooit alleen gelaten worden: op alle afdelingen dient steeds één verpleegkundige aanwezig te zijn. Bovendien moet de verpleegkundige nachtpermanentie georganiseerd worden in functie van de grootte van het ziekenhuis, het aantal afdelingen, de aard van de doelgroep, ... . Waar acute opnames gebeuren dienen steeds 2 personen (waarvan 1 verpleegkundige), tijdens de nacht aanwezig te zijn. Een onmiddellijk inzetbare ploeg moet crisissituaties kunnen opvangen. In principe dient de nachtdienst gedurende de nacht aanwezig te zijn op de afdeling.
- De hoofdverpleegkundige wordt ondermeer belast met het opvolgen, het ondersteunen, het toezicht en de evaluatie van de leden van zijn equipe. Het voeren van evaluatie/functioneringsgesprekken gebeurt niet altijd door de hoofdverpleegkundige.
- In het functieprofiel van de manager patiëntenzorg, stafmedewerker patiëntenzorg en de hoofdverpleegkundigen zijn de kwalificatie, de opdrachten en verantwoordelijkheden onvoldoende duidelijk uitgeschreven en bijgevolg niet in overeenstemming met wat de wetgever ervan verwacht. In het functieprofiel gaat meer aandacht naar de competentievereisten.

#### **Tekortkoming**

- In de functieomschrijvingen van de manager patiëntenzorg, stafmedewerker en hoofdverpleegkundige is onvoldoende duidelijkheid over het profiel voor de functie. Het profiel dient in overeenstemming te zijn met de bepalingen in de normen.

#### **Aanbeveling**

- De vaste nachtdiensten sluiten 2 à 3 maal per jaar aan op de afdeling bij de teamvergadering en worden uitgenodigd op het werkoverleg, maar vrijblijvend. Zij hebben teambuildingsdagen waarbij vorming onderdeel van is. Het strekt tot aanbeveling de verpleegkundigen in vast nachtdienstverband op regelmatige basis in dagdienst in te schakelen. Dit laat betrokkene toe om bij te blijven inzake afspraken in het ziekenhuis en technieken op afdelingsniveau. Een gestructureerd programma voor deze dagen kan hierbij een meerwaarde zijn.

## **5.4 Therapeutisch beleid**

#### **Algemene vaststellingen**

- Er is verduidelijkt dat het therapeutisch beleid dat in deze module bevestigd wordt betrekking heeft op de activiteiten van de verschillende vaktherapeuten, waaronder ook de gehanteerde psychotherapeutische modellen. Dit laatste is vanzelfsprekend een keuze die op elke afdeling in samenspraak met de afdelingspsychiater tot stand komt en in een multidisciplinaire context wordt uitgeoefend.
- Het PC Mene heeft in zijn organogram geen specifieke functie Therapeutisch Directeur, of manager-verantwoordelijke. Bijgevolg wordt het therapeutisch beleid toezicht door:



- de manager patiëntenzorg ( hoofd van het verpleegkundige en paramedisch departement)
  - de vakverantwoordelijke voor de psychologen
  - de vakverantwoordelijke voor de psychomotorische therapeuten en de kinesitherapeuten
  - de vakverantwoordelijke voor de ergotherapeuten en de creatieve therapeuten.
- De functieomschrijvingen van de verschillende bevroegde verantwoordelijken bevatten geen directe verwijzingen naar de implementatie op ziekenhuisniveau van een therapeutisch beleid (in overleg met de hoofdgeneesheer en de geneesheren-diensthouders) en de toetsing daarvan aan wetenschappelijke richtlijnen. Bij de vereiste vaardigheden staat wel vermeld: de permanente evaluatie van de kwaliteit van het therapeutisch handelen, de resultaten van het therapeutisch proces en desgevallend het bijsturen van de interventies, naast de actieve inbreng in het mee helpen bepalen van behandelstrategieën op disciplineniveau. Er is ook een functieprofiel zorgcoördinator, waarvan de opdracht is om in te staan voor de praktische coördinatie van het zorgaanbod.
  - Het PC Meneer heeft pas in 2010 een reorganisatie doorgevoerd waarbij de verschillende vaktherapeuten in eerste instantie lid geworden zijn van een afdelingsteam en in tweede instantie behoren tot een vakgroep.
  - Er zijn geen algemene visieteksten beschikbaar die betrekking hebben op de uitgangspunten van het psychotherapeutisch handelen in het ziekenhuis. In de verschillende afdelingsdocumenten en beleidsplannen wordt aandacht besteed aan de zorgvisie en aan het behandelaanbod. De mate van profilering verschilt tussen de verschillende afdelingen:
    - De Kering: “het aanwenden van het cognitief gedragstherapeutisch model en het kwetsbaarheid-stress-coping model vormen de rode draad tijdens het uitstippelen van een behandeling”
    - De Waag: “de aanpak steunt onder andere op sociotherapeutische en psychotherapeutische pijlers”
    - De Pendel: “we streven naar een integratie van therapeutische visies en werkwijzen, zoals gedragstherapie, systeemtherapie, psychoanalyse enz.”
    - De Oever: “het inspirerend model is het rehabilitatiemodel, maar er is onvoldoende kennis aanwezig van in het ziekenhuis beschikbare overkoepelende therapieën waarvan bij onze doelgroep gebruik kan gemaakt worden”
    - De Vliet: “er is gestart met het uitwerken van een contextueel referentiekader ter ondersteuning van het inhoudelijk werken op de afdeling”
    - De Steiger: “de inspiratie bij het ontwikkelen van het behandelaanbod wordt ontleend aan verschillende theoretische modellen. Het implementeren van mentalisatiebevorderende strategieën en technieken binnen de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen is een optie”
  - Er bestaat een IDO overleg dat kan beschouwd worden als een therapeutische raad en dat is samengesteld uit de manager patiëntenzorg, alle vakverantwoordelijken, de geneesheren, de organisatorische en de inhoudelijk verantwoordelijken en de stafmedewerkers. Er kan evenwel enige twijfel bestaan of een dergelijke uitgebreide vergadering aangewezen is om het therapeutisch beleid op ziekenhuisniveau te profileren, mede gelet op de beperkte aanwezigheid van de artsen op het IDO.

- Op afdelingsniveau gebeurt de aansturing door een driemanschap dat bestaat uit de afdelingsarts, de organisatorische coördinator en de inhoudelijke coördinator. De organisatorische coördinator is de hoofdverpleegkundige. De inhoudelijke coördinator heeft als opdracht om het teamoverleg te leiden, om de teamleden te superviseren, om functionerings- en evaluatiegesprekken uit te voeren in overleg met de hoofdverpleegkundige en om contactpersoon te zijn met het beleid in verband met teamgebonden zaken. Een specifieke opdracht in verband met het behandelaanbod en de therapeutische visie is niet vermeld. De meeste inhoudelijk coördinatoren zijn ergotherapeuten. Voor het invullen van de functie inhoudelijk coördinator is volgens de beleidsverantwoordelijke gezocht naar kandidaten met vaardigheden betreffende leidinggeven en waarvan het mandaat op aanvaarding kon rekenen in de personeelsgroep van de afdeling.
- Uit de bevraging zijn twee aandachtspunten gebleken:
  - Er doet zich in het hele ziekenhuis een historisch gegroeide moeilijkheid voor rond de mate waarin de verpleegkundigen en de vaktherapeuten er in slagen om de samenwerking in het behandelteam ook inhoudelijk via intervisiemomenten uit te diepen. Dit gegeven wordt in verschillende afdelingsbeleidsplannen bevestigd.
  - In een aantal afdelingen is de doelgroep in de praktijk heterogener dan wat wenselijk is om een coherent therapeutisch klimaat tot stand te brengen.

### **Tekortkomingen**

- Het therapeutisch beleid van het PC Menen is op ziekenhuisniveau en binnen een aantal afdelingen niet sterk geprofileerd. Er is ook onduidelijkheid over de verantwoordelijkheid om dit verder uit te werken.
- Er is prioritaire aandacht van het beleid nodig om in de behandelteams de inhoudelijke samenhang tussen de verschillende zorgdisciplines te verbeteren.

### **Aanbeveling**

- Vanuit de wenselijkheid om het therapeutisch klimaat wat coherente te maken is het aangewezen om de oorzaken te onderzoeken die er toe leiden dat de doelgroepen op de afdelingen in de praktijk soms te heteroog zijn.

## **5.5 Kwaliteitsbeleid – Risicomanagement**

### **Algemene vaststellingen**

- Het kwaliteitsbeleid werd voorgesteld door de kwaliteitscoördinator. Hij is eerst werkzaam geweest als psychomotorisch therapeut en muziektherapeut in het ziekenhuis, en is nadien stafmedewerker kwaliteitszorg en ook intern ombudspersoon geworden. Hij heeft diverse opleidingen betreffende kwaliteitsmanagement gevolgd.

- Het kwaliteitshandboek (KWHB) 2011 zoals het in de voorbereiding van de audit werd overgemaakt bevat in het hoofdstuk zelfevaluatie enkel een lijst met indicatormetingen, zonder verdere informatie en duiding. Er is echter tijdens de audit ook een document overhandigd met als titel Zelfevaluatie 2010 waarin dezelfde indicatormetingen voorkomen, maar dan wel met uitleg over de werkwijze en met duiding van de resultaten.
- Uit de bevraging is bovendien gebleken dat het kwaliteitsbeleid van PC Menen meer omvat dan blijkt uit het KWHB 2011. Veel materiaal is echter gevat in geïnformatiseerde processen die niet meer in een klassiek KWHB kunnen weergegeven worden.
- Het werken aan kwaliteit in PC Menen omvat een aantal componenten:
  - Er is gewerkt met het zelfevaluatie-instrument Kwadrant om een SWOT analyse te maken. Dit is in 2005 gebeurd op het niveau van directie en staf, en in 2009-2010 door alle diensten en zorgdivisies. Er werd in methodische ondersteuning voorzien. Bij wijze van voorbeeld werden de resultaten voor één bepaald behandelteam beschikbaar gesteld, maar het ontbreekt aan een nota die een synthese tracht te maken voor het ziekenhuis.
  - Er wordt veel werk gemaakt van het uittekenen van processen en procedures met behulp van geavanceerde management-instrumenten zoals BPM (Business Process Management) en QPR-Process Guide. Daarnaast wordt ook de Balanced Scorecard in stelling gebracht om een en ander te evalueren aan de hand van indicatoren. Tenslotte is er vorming georganiseerd betreffende Projectmanagement. Er wordt zelfs getracht om al die methodieken samen te brengen in een geïntegreerd verband, maar dat leidt tot schema's met een niveau van complexiteit, dat enkel nog toegankelijk is voor gevorderden.
- Er wordt vanuit het kwaliteitsbeleid wel ondersteuning gegeven aan de afdelingen (zorgdivisies), niet alleen door het beschikbaar stellen van cijfermateriaal over het patiëntenverloop, maar ook door het helpen uittekenen van processen in stroomdiagrammen, zoals de suïcidepreventie. De ervaring daarbij is dat dit tot bruikbare resultaten kan leiden en dat medewerkers bereid zijn om hieraan te participeren. Toch blijkt het niet gegarandeerd dat dit steeds tot een duurzame opwaardering van de processen in het ziekenhuis leidt.
- Naast het uittekenen van processen wordt in het PC Menen ook veel belang gehecht aan het opvolgen van een aantal thema's aan de hand van metingen, waarbij ook gebruik is gemaakt van de lijst met indicatoren die op initiatief van de bevoegde administratie door een groep van experts is opgesteld. In het KWHB worden de resultaten voor volgende indicatoren weergegeven (inclusief een kwalitatieve interpretatie):
  1. *De procentuele verhouding van het aantal aanvaarde aanmeldingen ten opzichte van het totaal aantal aanmeldingen.*  
Het aantal aanmeldingen is van 2005 tot 2010 sterk gestegen (deels ook door betere registratie), maar lijkt de laatste jaren wat gestabiliseerd. Ongeveer 75 tot 80% leidt tot opname.

2. *De procentuele verdeling van de criteria voor het niet ontvankelijk verklaren van de opnameaanvraag ten opzichte van het totaal aantal niet-ontvankelijk verklaarde opname aanvragen in 2010.*

In 72% van de gevallen werd een weigering gescoord als een niet te beantwoorden hulpvraag.

3. *Het gemiddeld aantal ligdagen per patiënt binnen de diagnosegroepen van DSM-IV*

Er worden gegevens vergeleken van 2007 tot 2010 en er blijkt veel variatie in de cijfers te bestaan, waarbij wordt opgemerkt dat ook de wijze van registreren en het al dan niet bestaan van doorverwijzingsmogelijkheden van invloed is op de verblijfsduur.

4. *De verhouding van het aantal zorgverstrekkende eenheden met een doorvertaalde therapeutische visie te opzichte van het totaal aantal zorgverstrekkende eenheden van het ziekenhuis.*

Sinds 2004 hebben alle behandelafdelingen een uitgeschreven zorgvisie en worden regelmatig actualisering aangebracht.

5. *Het percentage interdisciplinaire dossiers die ingevuld zijn volgens het systematisch handelen.*

In 2010 werd een meting uitgevoerd waaruit bleek dat slechts 56% van de dossiers volledig was ingevuld en dat er dus vragen gesteld konden worden bij het gebruik van het multidisciplinair patiëntendossier. In 63% van de dossiers was een al dan niet volledig ingevuld behandelplan terug te vinden. Er bleek ook onvrede te bestaan over het PDP. In de nabije toekomst wordt overgestapt op een ander product.

6. *Het percentage ontslagbrieven die verstuurd zijn binnen de 7 dagen na het ontslag.*

Alhoewel de norm is bijgesteld van de oorspronkelijke 2 naar 7 dagen zijn de resultaten in dalende lijn en wordt het streefdoel in het geheel niet meer gehaald. De grotere turnover en de toegenomen administratieve druk wordt hiervoor als oorzaak vermeld.

7. *De proportie patiënten die in de therapie vertegenwoordigd zijn volgens disciplinele vakgroep en per behandelafdeling.*

De ergotherapie scoort hier het hoogst, gevolgd door de bewegingstherapie, de psychologische dienst en de creatieve therapie. De uitkomsten blijken in de lijn van de verwachtingen te liggen, maar er is verdere analyse mogelijk van de verschillen per afdeling.

8. *De proportie patiënten die op het therapieaanbod een beroep hebben gedaan.*

Hier scoort de psychologische dienst het hoogst, gevolgd door de creatieve therapie, de bewegingstherapie en de ergotherapie. De variatie die tussen de verschillende afdelingen bestaat is te verklaren door de aard van het therapeutisch aanbod en de kenmerken van de patiëntenpopulatie.

9. *Het percentage onvolledige medicatieschema's en het percentage medicatie die is klaargezet en die niet overeenkomt met de gegevens op het medicatieschema.*

Deze indicatoren worden niet verder opgevolgd omdat door de informatisering het percentage fouten minimaal geworden zou zijn.

10. *Het percentage ontslagen met wederzijds akkoord ten opzichte van het totaal aantal ontslagen, en het percentage medische ontslagen met geplande nazorg.*

In 2010 bedroeg het aantal ontslagen met wederzijds akkoord ruim 90%, en er werd bij 91,2% van de medische verslagen een of andere vorm van nazorg voorzien, waarbij evenwel niet zeker is of die ook wel is doorgegaan.

*11. In het kader van het project ontslagmanagement worden een vijftal eerder technische indicatoren opgevolgd.*

*12. De wachttijd tussen de datum van aanmelding en de wachttijd tussen de datum van de beslissing tot aanvaarding en de datum van de effectieve medische opname.*

Er is onderscheid gemaakt tussen aanmeldingen met of zonder een dringend karakter. Er doet zich de laatste jaren een lichte achteruitgang voor in het realiseren van de doelstelling, maar men blijft wel dicht bij de streefnorm.

*13. Het aantal informatiedragers voor een zorgverstrekkende eenheid werd na 2007 niet meer opgevolgd.*

*14. Het aantal uren VTO per voltijdse medewerker per jaar.*

In 2010 bedroeg het aantal uren interne en externe VTO samen 27 uur per jaar per VTE, hetgeen veel hoger ligt dan de algemene norm van 8u per jaar. Deze meting verheldert op zich niet de impact op kwaliteit van de zorgverlening.

*15. De kwalificatiegraad van de medewerkers in de categorieën: master, A1, A2 en lager.*

In 2010 bedroeg het aantal A1 medewerkers 49,3% en het aantal A2 36,7%. Het percentage licentiaten/masters bedroeg 9,3% hetgeen minder is dan in 2007 toen het 11,4% bedroeg.

*16. De verhouding directe/indirecte patiëntentijd versus andere werktijdbesteding, uitgedrukt per discipline en per zorgverstrekkende eenheid.*

In 2010 werd vastgesteld dat het percentage directe patiëntentijd 48% bedroeg, hetgeen een sterke stijging inhield ten opzichte van de nulmeting in 2003. Dit werd vooral bereikt door een reorganisatie van het overleg. In 2010 is er geen meting bij de verpleegkundigen gebeurd, en er is geen norm voor werktijdbesteding afgesproken.

*17. De maaltijddistributie werd via twee metingen opgevolgd.*

- Ten aanzien van deze metingen kunnen volgende vaststellingen gedaan worden:
  - ✓ PC Meneer heeft met deze lijst met indicatoren een representatieve groep van relevante thema's in kaart gebracht, en daar een kwalitatieve interpretatie aan toegevoegd.
  - ✓ Voor de meeste indicatoren worden enkel de meetresultaten vermeld over een aantal jaren, zonder dat er informatie wordt toegevoegd over de wijze waarop men, eventueel met een PDCA methodiek, gewerkt heeft aan de verbetering van de resultaten. Voor het belangrijke thema van de directe patiëntentijd wordt wel een ondernomen actie benoemd: het reorganiseren van het overleg.
  - ✓ Het is opmerkelijk dat hoewel er af en toe verwezen wordt naar een benchmarking met andere ziekenhuizen er verder geen vergelijkende informatie vermeld wordt in het kwaliteitshandboek.
- De conclusies die hieruit kunnen getrokken worden sluiten nauw aan bij de SWOT analyse die door de kwaliteitsverantwoordelijke zelf is gemaakt en die getuigt van een genuanceerde benadering:

- ✓ De kwaliteitsstructuur en het systeem, het methodisch werken met geavanceerde instrumenten, het evenwicht tussen top-down en bottom-up, en het valoriseren van het Human Capital zijn de sterktes.
- ✓ De verzameling van de brondata, het gebruiken van de meetresultaten, het prioriteren van de projecten, het toepassen van evidence based werken en van uitkomstenmanagement zijn de zwaktes.

### **Sterk punt**

- Het kwaliteitsbeleid van PC Mene is sterk gestructureerd en maakt volop gebruik van actuele instrumenten zoals proces- en projectmanagement. Deze focus heeft wel als gevolg dat het wat meer aansluiting vindt bij zorgorganisatorische processen dan bij zorginhoudelijke.

### **Tekortkomingen**

- Een groot deel van het indicatorenverhaal berust op registratiegegevens waarvan de betrouwbaarheid afhankelijk is van de zorgvuldigheid en de gelijkvormigheid waarmee door betrokken medewerkers met registratie wordt omgegaan . In die zin ontbreekt het aan een gerichte inspanning om de bruikbaarheid van het materiaal te optimaliseren door eventueel een sterkere selectie en prioritering te maken van de thema's, en door de betrouwbaarheid van de registratie als expliciet aandachtspunt te voorzien.
- Het ontbreekt in de weergave van het werken met indicatoren enigszins aan informatie over de acties die zijn ondernomen of zullen ondernomen worden om behaalde resultaten te verbeteren.
- Over het algemeen dient het kwaliteitsbeleid erover te waken om zich niet zo sterk te profileren in zorgorganisatorische processen en terminologie dat de afstand tot de activiteiten van de afdelingsmedewerkers te groot wordt.

### **Aanbeveling**

- De in de eigen SWOT analyse gewenste aandacht voor het toepassen van EBM kan zich concretiseren in het stimuleren van de afdelingen om de eigen werking verder te toetsen aan de richtlijnen van een kenniscentrum zoals het Trimbos-instituut, en aan het deelnemen aan de projecten die zich ontwikkelen rond uitkomstenmeting.

## 6 Module Medewerkers

### 6.1 Personeelsbeleid

#### Algemene vaststellingen

- Een stafmedewerker-verpleging is verantwoordelijk voor het onthaal van nieuwe collega's. Er is een onthaalbrochure met algemene informatie omtrent de organisatie en specifieke informatie die de medewerker nodig heeft voor het correct uitvoeren van zijn job.

Een nieuwe medewerker volgt een inlooptraject. Onderdeel van het inlooptraject zijn een aantal bijscholingen m.n. voorstelling van de pastorale dienst, uitleg rond gedwongen opnames, uitleg syndicale werking, personeelsdienst, ... en informatie rond (brand-)veiligheid.

Tijdens het inlooptraject wordt ook verwacht van de nieuwe medewerker inzicht te verwerven in de afdelingsspecifieke werking en de patiëntgebonden materie. Vooraf wordt op afdelingsniveau hierover afspraken gemaakt, wordt een checklist gebruikt voor de opvolging van het inlooptraject en is er toewijzing van peter-/meterschap. Na 3 maand van tewerkstelling is er een feedbackmoment. Na één jaar volgt een evaluatiegesprek en indien nodig is er een bijsturingsgesprek.

Ook voor andere disciplines is een onthaalbrochure beschikbaar.

- Er is een driejaarlijkse perceptiemeting bij alle medewerkers van het PC Menen door een extern bureau die ook andere ziekenhuizen meeneemt in dit onderzoek. De resultaten bij benchmarking geven aan dat de tevredenheidsindex van het ziekenhuis een score haalt van 80% (gemiddelde score voor 10 ziekenhuizen 79%). Het ziekenhuis voerde in 2010 samen met 6 andere PZ een onderzoek rond HR domeinen. Voor de item afwezigheden staat het ziekenhuis op de 4<sup>de</sup> plaats. Het ziekteverzuim situeert zich vooral voor bij de nachtdiensten. Momenteel werden nog geen stappen ondernomen om dit ziekteverzuim te toetsen.

- Intern doet het ziekenhuis voor de onderscheiden disciplines, met uitzondering van de arts, op regelmatige basis onderzoek rond patiëntentijd.
- Het ziekenhuis werkt samen met Present (de vroegere Caritas Gemeenschapdienst) voor de vrijwilligerswerking. De vrijwilligers hebben een contract met Present. In 2010 waren er 3 vrijwilligers die op regelmatige basis hun toegewezen patiënt kwamen bezoeken. De vrijwilligers worden verder niet ingezet in het ziekenhuis.
- Er zijn 2 vertrouwenspersonen aangesteld waarbij de personeelsleden steeds terecht kunnen. Eén van deze vertrouwenspersonen is de pastorale werker. Het personeel kan ook altijd terecht bij de arbeidsgeneeskundige dienst. Het is de manager patiëntenzorg niet bekend of er zich problemen stellen.
- Met uitzondering van DDG en suïcide zijn er in het ziekenhuis nog geen referentiepersonen GGZ. Een aantal medewerkers startten de opleiding Banaba specialisatie GGZ, doch deze opleiding is momenteel niet erkend. Het is de bedoeling van het ziekenhuis op elke afdeling één personeelslid te hebben die deze opleiding volgde.
- Het ziekenhuis beschikt nog niet over een uitgeschreven VTO-beleid. Dit wil echter niet zeggen dat er onvoldoende aandacht is voor het volgen van vorming. Zowel de directie als de personeelsleden/afdelingen kunnen voorstellen doen rond vorming. De arts heeft hierbij ook zijn inbreng. Vormingsbehoefte is een thema dat aan bod komt tijdens het functioneringsgesprek. Het vormingsbudget voor het volgen van externe vormingen (enkel kostprijs vorming) was voor 2011 begroot op 29.000 euro. Het bedrag is vastgelegd per discipline wat niet uitsluit dat er kan geschoven worden met de middelen. Personeelsleden die wensen een langdurige opleiding te volgen krijgen hiertoe de kans (o.a. kaderopleiding, masteropleiding).
- Hoofdverpleegkundigen/ middenkaderleden en kaderleden sluiten aan bij specifieke vormingen aan om tegemoet te komen aan de normatief gestelde verwachtingen. Men sluit hiervoor aan bij het aanbod van de psychiatrisch ziekenhuizen in West-Vlaanderen (kwaliteitszorg), of bij de beroepsorganisatie VBVK (Vlaamse Beroepsvereniging voor Verpleegkundig Kaderpersoneel).
- In 2005 volgden alle leidinggevenden een opleiding bij VOCA rond het voeren van functioneringsgesprekken. Tweejaarlijks krijgt elke medewerkers een functioneringsgesprek. Aanvullend kunnen sturingsgesprekken of evaluatiegesprekken gevoerd worden. Zowel de medewerker als de leidinggevenden bereiden het gesprek voor. De hoofdverpleegkundige, de inhoudelijke coördinator en de vakverantwoordelijke doen dit soms in onderling overleg.
- Het ziekenhuis werkt samen met scholen en is stageplaats voor meerdere disciplines. Een stafmedewerker is verantwoordelijk voor de disciplines die betrokken zijn bij de directe patiëntenzorg. Voor de andere disciplines is dit de vakverantwoordelijke. Zij zijn de contactpersoon voor de stagemonitoren en de scholen en sluiten aan bij overleg/studiemomenten.
- In het ziekenhuis zijn veel overlegorganen. Ze worden als volgt opgedeeld:
  - Beslissingsorganen:
    - Algemene vergadering



- Raad van Bestuur
  - Bureau Raad van Bestuur
  - Directiecomité
  - Managementcomité
  - Permanent Overlegcomité
  - Overleg stafopdrachten
  - Interdivisieoverleg (IDO)
  - Briefing organisatorisch coördinatoren en vakverantwoordelijken
  - Overleg organisatorisch coördinatoren
  - Zorginhoudelijk overleg
  - Overleg vakverantwoordelijken
  - Thematisch overleg
  - Teamoverleg per zorgdivisie (toelichting zie zorgdivisie de WAAG)
    - ✓ Divisiebeleid
    - ✓ Organisatorisch
    - ✓ Overleg verpleging
    - ✓ Patiëntenbespreking
  - Functieoverleg:
    - ✓ Overleg pastoraal
    - ✓ Overleg veiligheid
    - ✓ Overleg administratie
      - Afdelingssecretariaat en receptie
      - Medisch secretariaat
      - Overleg andere administratieve functies
    - ✓ Overleg technisch onderhoud
    - ✓ Overleg huishoudelijk onderhoud
    - ✓ Overleg keuken
    - ✓ Overleg leidinggevenden logistieke diensten
    - ✓ Overleg coördinatoren administratieve diensten
    - ✓ Overleg afzonderlijk per vakgroep: maatschappelijk werkers, ergotherapeuten, psychologen, bewegingstherapeuten, logistieke assistente, nachtverpleegkundigen, Medische staf en ZISdiensten
  - Adviserend overleg wordt georganiseerd voor:
    - Pastorale stuurgroep
    - Commissie integrale kwaliteitszorg
    - Commissie voeding
    - Geneesheren-directie
  - Wettelijk overleg:
    - Ondernemingsraad
    - Commissie medisch materiaal
    - Commissie ethiek
    - Werkgroep HACCP
    - Comité preventie en bescherming op het werk
    - Medische raad
    - Comité ziekenhuishygiëne
    - Medisch farmaceutisch comité
- Per overlegorgaan is duidelijk wie de leden zijn van de vergadering, welke de taken en bevoegdheden zijn en welke de frequentie van vergaderen is.

## Tekortkomingen

- Er ontbreekt een transparante uitgeschreven procedure inzake het aanwervingsbeleid.
- Bij het disfunctioneren van medewerkers worden een aantal stappen gezet vooraleer het personeelslid wordt ontslagen. De onderscheiden stappen zijn niet vastgelegd in een procedure. Kaderpersoneel wordt niet geschoold om functioneringsproblemen op adequate wijze aan te pakken.
- Het Vormings-, trainings- en opleidingsbeleid is nog niet formeel uitgewerkt. In een VTO-beleid komen volgende elementen aan bod: behoeftepeiling, planning, uitvoering, registratie en evaluatie.
- De overlegstructuur en –cultuur kan beter georganiseerd worden. Ondanks er al een aantal overlegmomenten geschrapt werden is het aangewezen eens kritisch na te denken over de zinvolheid van al die overlegmomenten. De tijd die aan overleg besteed wordt is immers ten koste van de patiëntentijd. Een belangrijk aandachts-/werkpunt hierbij is de multidisciplinaire werking.

## Aanbevelingen

- Advies om in het vormingsbeleid rekening te houden met de specialisaties van bepaalde personeelsleden. Deze kunnen preferentieel vormingen volgen binnen hun deeldomein om zich verder te bekwamen in de materie.
- Het strekt tot aanbeveling om per overlegmoment een fiche uit te werken waarin o.a. duidelijk wordt omschreven wat de doelstelling is van de vergadering, de frequentie van vergaderen, wie deelneemt, het tijdstip (en duurtijd), verantwoordelijkheden (agenda opstellen, verslag maken, ...). De fiches zijn een handig instrument bij het inwerken van nieuwe medewerkers en om de overlegmomenten bij te stellen en te evalueren.

## 6.2 Personeelsomkadering

### Algemene vaststellingen

- Op datum van 6 december 2011 is de personeelsbezetting op de onderscheiden afdelingen/zorgdivisies als volgt:

- <b>Afdeling WAAG= 30 A bedden, 1a(n) bed</b>	
○ Grad. Psych. verpl.	7,34 vte
○ Gebrev. psych. verpl. (incl HV)	7,80 vte
○ Ergotherapeut	4,56 vte
○ Master kinesitherapie	0,75 vte
○ Psycholoog	2,50 vte

#### Andere statuten

○ Logistiek medew. (S.M.)	2,00 vte
○ Ergotherapeut (startbaan)	0,89 vte

- **Afdeling PENDEL = 75 t(d) plaatsen, 4 a(d) plaatsen**
  - o Bachelor psych. verpl. 3,30 vte
  - o Gebrev. psych. verpl. (HV incl.) 4,40 vte
  - o Master kinesitherapie 0,75 vte
  - o Master psychologie 1,80 vte
  - o Ergotherapeut 1,66 vte
  - o Art. 54 bis 0,80 vte

Andere statuten

  - o Ergotherapeut (S.M.) 0,80 vte
  
- **Afdeling STEIGER= 30 T bedden, 1 t(n) bed**
  - o Bachelor psych. verpl. (incl. HV) 10,71 vte
  - o Gebrev. psych. verpl. 3,79 vte
  - o Master kinesitherapie 0,90 vte
  - o Ergotherapeut 2,50 vte
  - o Master psychologie 0,90 vte

Andere statuten

  - o Ergotherapeut (startbaan) 0,75 vte
  - o Log. Assistent (S.M.) 0,75 vte
  
- **Afdeling VLIET= 30 T bedden, 1 t(n)bed**
  - o Gegrad. Psych. verpl. 2,50 vte
  - o Gebrev. Psych. verpl.(incl. HV) 8,40 vte
  - o Verzorgende (art. 54 bis) 0,75 vte
  - o Kinesitherapeut 1,83 vte
  - o Ergotherapeut 0,80 vte
  - o Orthopedagoog A1 0,80 vte
  - o Bachelor onderwijs (activering) 1,00 vte
  - o Master psychologie 1,66 vte

Andere statuten

  - o Verzorgende (IBF) 1,30 vte
  - o Log. Assistent (SM) 0,75 vte
  
- **Afdeling KERING= 30 T bedden, 1 t(n)bed**
  - o Bachelor psych. verpl. 4,75 vte
  - o Bachelor ZH. verpl. 1,00 vte
  - o Gebrev. psych. verpl (incl. HV). 5,80 vte
  - o Gebrev. ZH verpl. 0,75 vte
  - o ZH assistente 1,25 vte
  - o Master psychologie 0,75 vte
  - o Ergotherapeut 2,64 vte
  - o Master kinesitherapie 0,65 vte

Andere statuten

  - o Logistiek assistente (S.M.) 0,75 vte

- **Afdeling OEVER= 30Tg bedden**
  - o Grad. Psych. verpl. (HV incl.) 5,80 vte
  - o Gebrev. psych. verpl. 6,80 vte
  - o Gebrev. ZH. verpl. 1,63 vte
  - o Opvoeder A2 1,00 vte
  - o Kinesitherapeut 0,75 vte
  - o Ergotherapeut 2,35 vte
  - o Master psychologie 0,42 vte
  - o Verzorgende 0,75 vte

Andere statuten

  - o Ergotherapeut (SM) 1,00 vte
  - o Logistieke diensten 1,25 vte
  
- **Mobiele equipe**
  - o Bachelor psych. verpl. 3,57 vte
  - o Gebrev. psych. verpl. 3,98 vte
  - o Ergotherapeut 0,30 vte
  
- **Andere disciplines (overkoepelend)**
  - o Bachelor ergotherapie 1,00 vte
  - o Psycholoog 1,50 vte
  - o Maatschappelijk werkers 4,75 vte

Andere statuten

  - o Bachelor kinesitherapie (SM) 0,80 vte
  - o Maatschappelijk werker (startbaan) 1,75 vte
  - o Maatschappelijk werker (SM) 0,80 vte
  
- **Staffunctie**
  - o Directie 1,00 vte
  - o Adjunct directeur 1,00 vte
  - o Manager patiëntenzorg 1,00 vte
  - o Apotheker 0,58 vte
  - o Apotheekhulp 0,45 vte
  - o Stafmedewerkers patiëntenzorg 1,80 vte
  - o Kwaliteitscoördinator . 1,00 vte
  - o Pastorale dienst 1,00 vte
  
- De medewerkers van de zorgdivisie 7 (extramurale en ambulante zorg) zijn niet opgenomen in deze personeelslijst.
  
- Het aantal dagen eindloopbaanmaatregelen (ADV-dagen) zijn in de personeelsopgave niet in mindering gebracht. Voor de hierboven vermelde diensten is dit goed voor 3,75 vte.
  
- De leden van de mobiele equipe zijn toegewezen aan een afdeling. Deze personeelsleden zijn niet opgenomen in de personeelsbezetting van de afdeling maar zijn terug te vinden onder 'mobiele equipe'.

- Op 4 van de 6 zorgdivisies is de hoofdverpleegkundige een gebrevetteerd verpleegkundige met een bijkomende opleiding.

<b>zorgdivisie</b>	<b>naam</b>	<b>diploma</b>	<b>Bijkomende opleiding</b>	<b>jobtime</b>	<b>In functie sinds</b>
Kering	P.A.	Gebrev. Vp.	Agogische bijscholing orthopedagogie	1 vte	1/07/1999
Waag	D.B.A.	Idem	Idem	1 vte	17/05/2004
Pendel	V.M-Chr.	Idem	Idem	1 vte	1/01/2000
Vliet	V.I.J.	Idem	Kaderopleiding Nursing	0,80 vte	1/01/2000

De hoofdverpleegkundigen voldoen aan volgende overgangsbepalingen.

- De gebrevetteerde verpleegkundige die voor 31 december 2010 een bijkomende kaderopleiding in de verpleegkunde heeft bekomen komt eveneens in aanmerking voor de functie van hoofdverpleegkundige
- de verpleegkundige die op 28/08/2006 de functie van hoofverpleegkundige reeds uitoefenen, mogen hun functie verder blijven uitoefenen.

### **Aanbevelingen**

- Het frequent wisselen van OC komt niet ten goede aan de werking van de zorgdivisie, net zoals een frequente personeelwissel. Het is aangewezen om hierover een beleid uit te werken.
- Bij de aanstelling van nieuwe hoofdverpleegkundigen moet rekening gehouden worden met het volgende:  
De ziekenhuiswetgeving bepaalt dat er per verpleegafdeling een hoofdverpleegkundige aangeduid wordt. Zij/hij is gegradueerd verpleegkundige of beschikt over een bachelor in de verpleegkunde, die bovendien een bijkomende kaderopleiding in de verpleegkunde, of een bijkomende opleiding op universitair niveau, master in de verpleegkunde of master in de gezondheidsvoorlichting en bevordering heeft gevolgd. Deze scholing dient betrekking te hebben op het geven van leiding aan een verpleegkundige equipe.

## 7 Module Partnerschap en Middelen

### 7.1 ICT

#### **Algemene vaststellingen**

- Uit de zelfevaluatie van de afdelingen is m.b.t. het informatica materiaal het volgende af te leiden:
  - Sommige PC's zijn verouderd, werken traag en worden niet frequent vernieuwd.
  - Soms beschikt men over te weinig PC's en nog niet overal zijn flatscreens
  - Het gezamenlijk printerbeleid is arbeidsintensief
  - De toegang tot internet is soms omslachtig en soms onmogelijk.

#### **Aanbeveling**

- Ondanks het ter beschikking zijn van een aantal beamers in het ziekenhuis worden deze nog niet gebruikt bij de patiëntenbespreking/teamvergadering. Dit geeft de mogelijkheid aan alle teamleden om actief mee te volgen in het dossier van de patiënt.

### 7.2 Ombudsfunctie

#### **Algemene vaststellingen**

- In de onthaalbrochure van het ziekenhuis wordt er aandacht besteed aan de klachtenprocedure. Sinds 2008 werd de klachtenprocedure van de patiënt uitgebreid naar de familie van de patiënt.  
In de infobrochure wordt ook verwezen naar de federale ombudspersoon.
- In de infobrochure voor de patiënt is een uitgebreide klachtenprocedure opgenomen. Uit de verkorte versie van de brochure blijkt dat een klacht kan worden ingediend volgens een getrapt systeem:

- In eerste instantie in principe bij elke medewerker van het ziekenhuis hetzij schriftelijk, hetzij mondeling
- Indien geen oplossing voor de klacht kan de persoonlijke begeleider of de hoofdverpleegkundige van de afdeling worden aangesproken
- Indien nog steeds geen oplossing kan de klacht worden opgenomen door de interne ombudspersoon
- Indien ook hier tot geen oplossing wordt gekomen kan de externe ombudspersoon worden aangesproken.

Tijdens het gezamenlijk gesprek met de interne en de externe ombudspersoon blijkt dat de klager ook rechtstreeks bij de externe ombudspersoon terecht kan.

- De interne ombudspersoon is de kwaliteitscoördinator. Hij is steeds op afspraak bereikbaar en heeft zijn bureel in de dagkliniek de Pendel.
- De externe ombudspersoon heeft een bachelor psychiatrisch verpleegkundige, een bijkomende masteropleiding en volgde ook bijkomende opleidingen betreffende bemiddeling.  
Hij heeft in het ziekenhuis geen vaste zitdag maar is op afroep beschikbaar en bereikbaar via verschillende kanalen:  
Adres: Christophe Demeestere  
Overlegplatform GGZ  
Annuntiatenstraat 92  
8000 Brugge  
GSM: 0476/94 27 24  
E-mail: **christophe.demeestere@ombudsfunctieggz.be**  
Website: [www. Ombudsfunctieggz.be](http://www.Ombudsfunctieggz.be)  
Op alle afdelingen hangt een affiche van de externe ombudspersoon. In het ziekenhuis is geen brievenbus ter beschikking.
- Op de website van het ziekenhuis is informatie terug te vinden over de ombudsfunctie. Jaarlijks gaan de beide ombudspersonen samen naar alle afdelingen in het ziekenhuis om zich voor te stellen.
- De beide ombudspersonen maken jaarlijks een verslag op, gaan vergelijken of de klachten ongeveer gelijklopend zijn en doen samen een voorstel op het directiecomité over verbeteracties.  
Het aantal klachten bij de interne ombudspersoon is merkkelijk hoger dan de klachten bij de externe ombudspersoon. Het afschaffen van een zitdag in het ziekenhuis heeft het aantal klachten niet beïnvloed.
- Het jaarverslag van de externe ombudspersoon besluit met een bondige samenvatting van de belangrijkste gegevens. Hieruit blijkt dat er in 2010 slechts 13 meldingen waren afkomstig van 4 aanmelders.  
Uit het jaarverslag van de interne ombudspersoon blijkt dat er 61 nieuwe meldingen waren waarvan 58 van de patiënt zelf en 3 van de familie.  
Voor de interne en externe ombudsfunctie zijn het aantal klachten voor 2010 op hetzelfde niveau als de voorbije jaren.  
Voor de interne ombudsfunctie waren er meer klachten in 2007 en 2008, waarvan de reden niet duidelijk is.  
Voor de beide functies is er het doorslaggevend element van een kwaliteitsvolle zorg door artsen en het behandelteam, waarin de communicatie een cruciaal gegeven is.

Bij de interne ombudsfunctie is er het bijkomend element van de betrokkenheid van de familie bij het beëindigen van de opname.

- Voor personen voor wie een wettelijke beschermingsmaatregel (Gedwongen Opname) wordt genomen is een huishoudelijk reglement.

#### **Sterke punten**

- Er is een goede samenwerking tussen de interne en externe ombudspersoon, wat resulteert in het samen kunnen voorleggen van verbeteracties. De externe ombudspersoon wordt ook uitgenodigd door sommige artsen bij een bemiddelingsgesprek tussen arts en patiënt.
- De functie van ombudspersoon wordt gewaardeerd in het ziekenhuis, wat tegemoet komt aan de toegankelijkheid ervan.

#### **Tekortkoming**

- Er is een huishoudelijk reglement m.b.t. de functie van de externe ombudspersoon, doch het voorgelegde document is niet ondertekend.

#### **Aanbevelingen**

- Te overwegen of het zinvol kan zijn om de besluitvorming van de beide ombudsfuncties te verwerken in een gezamenlijk eindrapport. Vanuit dit rapport kunnen voorstellen van verbeteracties worden voorgesteld aan het directiecomité/ raad van bestuur.
- Advies om in de klachtenprocedure te stipuleren dat de externe ombudspersoon ook rechtstreeks kan aangesproken worden.
- Omdat de externe ombudspersoon geen zitdag heeft in het ziekenhuis is het aangewezen minstens een brievenbus te voorzien in het ziekenhuis om klachten in te deponeren.



## 8 Module Processen

### 8.1 Organisatie van zorg

#### Algemene vaststellingen

##### *Onthaal, intake en indicatiestelling*

- Een opname via een externe aanmelding kan na telefonisch contact of per fax, na afspraak met de behandelaar (tijdens een consult), of aanmelding aan de balie. De aanvraag wordt ontvangen door een medewerker van het medisch secretariaat. De aanmelding wordt doorgegeven aan de betrokken arts of de arts van wacht.

De arts neemt een gemotiveerde beslissing op basis van de ontvangen informatie van het moment en rekening houdend met de inclusie- en exclusiecriteria van het ziekenhuis. Er zijn 4 mogelijkheden:

- de kandidaat kan onmiddellijk worden opgenomen= een dringende opname binnen de 24 u, zonder bijkomende en voorafgaandelijke schriftelijke vereisten
- de kandidaat komt op de wachtlijst en/of opname is niet dringend= vraag tot het opsturen van schriftelijke informatie naar de hoofdgeneesheer of gekende arts  
Indien de wachttijd 3 maanden overschrijdt neemt de opnamecoördinator contact op met de aanvrager en toetst of de opnamevraag nog van toepassing is. Bepalend bij de wachtlijst zijn het interne opnamebeleid van afdelingsprofielen en doelgroepen.
- de aanvraag wordt geweigerd; er wordt gezocht naar een geschikte doorverwijzing of alternatief
- de beslissing tot opname wordt in beraad gehouden: de arts heeft meer informatie nodig om tot een besluitvorming te komen en/of overlegt op donderdagmiddag tijdens de vergadering van de medische staf.

Indien de aanvrager een externe arts is of het medisch secretariaat niet bemand is wordt direct doorverbonden met de arts van wacht.

Het medisch secretariaat noteert de algemene informatie, geeft de beslissing van de arts door aan de opnamecoördinator en stuurt een standaardbrief met de beslissing van de arts naar de aanmelder.

De opnamecoördinator is de organisatorische coördinator/hoofdverpleegkundige van de zorgdivisie de Waag (opnameafdeling). Bij afwezigheid is het de organisatorische coördinator van de Pendel (daghospitaal) of de andere organisatorische coördinatoren.

- Het basisstroomschema van het aanmeldingsproces geeft aan dat de opnamecoördinator de registratie vervolledigt en telefonisch terugkoppelt naar de aanmelder.
- Aanvullend op de “procedure aanmelding” is de beschrijving van de rollen van de medewerkers die een aandeel hebben in het aanmeldingsproces.
- Het ziekenhuis hanteert een aantal exclusiecriteria, m.n.
  - personen met een mentale handicap
  - seksuele delinquenten
  - primair druggebruik
  - dementie diagnose

Dit sluit echter niet uit dat de patiënt de nodige (eerste) zorgen kan krijgen. In bepaalde gevallen wordt een schriftelijke garantie gevraagd voor een terugkeer naar de verblijfplaats.

- Tijdens het eerste gesprek met de arts wordt de indicatie gesteld, wat een bijstelling niet uitsluit. Men heeft ook aandacht voor het inschatten van de duur van de behandeling, maar de problematiek laat dit niet altijd toe. Patiënten kunnen zelf ook beslissen om het ziekenhuis te verlaten en de behandeling stop te zetten.
- Van zodra de patiënt aan een afdeling is toegewezen wordt hij/zij aangemoedigd deel te nemen aan het therapieaanbod tenzij dit om medische redenen niet aangewezen is. De patiënt wordt zoveel mogelijk betrokken bij de opmaak van zijn behandelplan. De termijn waarbinnen een eerste behandelplan wordt opgemaakt kan verschillen per afdeling en kan beïnvloed worden door een aantal factoren (bv. testings, ontbreken van aanvullende informatie). Gesprekken met de behandelende arts, de psychologe, sociale dienst maken deel uit van het behandelplan.
- Een evaluatie van het behandelplan gebeurt op regelmatige basis, maar de frequentie verschilt per afdeling. Op de zorgdivisies met chronische zorg gebeurt dit om de 6 maand, op de opnameafdeling eenmaal per maand, op de andere afdelingen gemiddeld eenmaal om de drie maand. Een evaluatie kan ook op indicatie en op vraag van de arts, een medewerker en eventueel de patiënt zelf.
- Bij opname wordt de patiënt toegewezen aan de arts met wie hij een eerste gesprek heeft, tenzij er voorheen een opname was in het ziekenhuis en de patiënt bekend is met een arts.  
Indien een patiënt opteert voor een andere arts dan wordt de vraag overlegd op de medische raad. Wie een 2<sup>de</sup> opinie wenst kan/mag dit en zal hierbij eventueel geadviseerd worden, maar hierover bestaan geen vaste richtlijnen. De vraag kwam tot op heden nog niet voor.

- De familie of het netwerk van de patiënt kunnen betrokken worden bij de behandeling, tenzij de patiënt dit uitdrukkelijk niet wenst. Toch zal de sociale dienst altijd een eerste contact hebben met het doel bijkomende informatie in te winnen, nog voor de eerste teamvergadering.
- In het ziekenhuis wordt gewerkt met een individuele begeleider per patiënt. Gedurende de opname op een afdeling is dit de aanspreekpersoon, heeft een eerste hulpvraaggesprek met de patiënt, onderhandelt voor de patiënt en is zijn motivator, is ook verantwoordelijk voor de voorbereiding met en terugkoppeling van het geëvalueerde behandelplan naar de patiënt, tenzij een terugkoppeling door een andere discipline aangewezen is.

### ***Sociale zorg, herstelgerichte zorg en zorg aan familie***

- De maatschappelijke werker is normaliter bereikbaar tijdens de kantooruren, maar er wordt een zekere flexibiliteit verwacht. Van zodra de patiënt is opgenomen verwittigt de (hoofd)verpleegkundige de maatschappelijk werker en volgt een eerste gesprek. Een uitvoerig gesprek, voor het opstellen van de socio-hetero-anamnese, volgt in overleg met de patiënt.  
Bij afwezigheid van de maatschappelijk werken van de afdeling, neemt een collega over.
- De maatschappelijke werker is toegewezen, als volwaardig teamlid aan een afdeling, en geeft naast de arts als eerste informatie door aan het team.  
Vervolgens sluit zij aan bij elke patiëntenbespreking en is sterk betrokken bij de ontslagregeling. In de informatiebrochure van het ziekenhuis wordt verduidelijkt waarvoor de sociale dienst kan aangesproken worden.
- Met ingang van 1 januari 2012 worden een aantal wijzigingen doorgevoerd. De maatschappelijke werker wordt niet langer toegewezen aan één arts, voeren geen basisopdrachten meer uit en zullen geen therapeutische sessies meer geven. Zij worden toegewezen aan een afdeling en worden bij afwezigheid vervangen door de collega van de cluster.
- Ondanks de ligging van het ziekenhuis worden zelden tot nooit anderstalige patiënten opgenomen, met uitzondering van Franssprekende, die door het Rode Kruis verwezen worden vanuit het omvangcentrum. Indien nodig kan men beroep doen op de tolkdienst van de provincie. Er is een goede samenwerking met Similes, die ook anderstalige brochures ter beschikking stelt.
- Psycho-educatie wordt opgenomen door onderscheiden disciplines en de arts. Er is een 10-delige sessie (ook voor de familie) voor de groep psychose. Er was een programma rond depressie maar deze gaat momenteel niet meer door. Er zijn ook sessies rond verslaving. De apotheker wenst een aantal psycho-educatiefiches ter beschikking te stellen rond medicatie. Similes wordt ook aangesproken voor het geven van psycho-educatie en stelt folders ter beschikking. Er wordt ook verwezen naar de KOPP-werking in Kortrijk; in het ziekenhuis zijn er boeken beschikbaar rond deze werking en op 2 afdelingen is een speelhoekje voor kinderen (de Waag en de Steiger).
- Herstelgerichte zorg wordt geëxpliciteerd in het maximaal ondersteunen van de patiënt tijdens zijn verblijf en na ontslag door het opzetten van een ondersteunend netwerk in overleg met de patiënt en/of familie. Indien nodig gaat een ergotherapeut aan huis.

De ondersteuning van de patiënt wordt, voor familiale hulp, opgestart nog voor de patiënt het ziekenhuis verlaat. De maatschappelijke werker komt mee naar huis op de eerste dag dat de hulp wordt ingeschakeld.

- Zoals eerder gesteld wordt de familie van bij de opname betrokken. Er wordt niet gewerkt met één contactpersoon, maar wel met de belangrijkste contactpersonen voor de patiënt. Ook tijdens de behandelfase wordt de familie betrokken, vooral bij de psychiater die contextueel werkt.

### **Ontslag**

- Het ontslag van de patiënt wordt voorbereid en beslist op het multidisciplinair overleg in aanwezigheid van de behandelende arts. Het ziekenhuis doet inspanningen om zowel de patiënt als familie hierbij te betrekken. Indien nodig wordt in overleg een netwerk opgezet.
- Het verblijf van de patiënt buiten het ziekenhuis is van bij de opname een aandachtspunt. Dit gebeurt niet altijd volgens een getrappt systeem doch is ook sterk afhankelijk van de omstandigheden/toestand van de patiënt en de familiale situatie. Er wordt gewerkt met een kleurencodesysteem.
- Het nazorgaanbod wordt bepaald op basis van de noden van de ex-patiënt. Als nazorg aanbod zijn er:
  - Activiteitscentrum “Huis 16-18”: voor ex- patiënten die minstens 14 dagen opgenomen zijn geweest in het PZ. De kandidaten wonen zelfstandig of binnen begeleid wonen.  
Per dagdeel zijn er ongeveer 30 aanwezigen. In 2010 kwamen 60 cliënten in nazorg. Het multidisciplinaire team bestaat uit 3,23 vte.
  - Het PZT heeft vooral ondersteunende, psycho-educatieve en/of zorgcoördinerende opdrachten voor de patiënt, zijn naaste omgeving en/of andere hulpverleningsinstanties in zijn thuissituatie.  
Er is een team van 2,60 vte. Gemiddeld zijn er een 70-tal cliënten in begeleiding.
  - Postkuur gebeurt door één lid van het behandelende team voor een korte termijn (max. 6 maanden) voor enkele therapeutische aspecten om herval te voorkomen.  
Er zijn een 25-tal cliënten die beroep doen op dit aanbod.
  - Verdere opvolging door de behandelende psychiater of de verwijzer.
- Bij ontslag uit het ziekenhuis wordt er naar gestreefd om zo snel mogelijk een ontslagbrief over te maken aan de verwijzer. Doch tot op heden slaagt men er niet in. Mogelijks zal het nieuwe EPD Obasi een alternatief bieden. Men stelt dat de ontslagen patiënt meestal verder in nazorg wordt opgevolgd.

### **Sterke punten**

- In een document “plaats van de maatschappelijke werker binnen het PC Menen, binnen het team” wordt verwezen naar de missie en stil gestaan bij de rol van de maatschappelijke werker maar ook bij de specifieke vaardigheden en de disciplinaire kennis per zorgdivisie.

- Het ziekenhuis nam deel aan het onderzoeksproject ontslagmanagement maar ontving hiervoor geen financiering. De functie werd opgestart op 1 september 2004 met vrijgemaakte middelen van het ziekenhuis. ¾ vte maatschappelijk werker werd vrijgesteld voor deze aparte functie. Dd. is dit nog 0,50 vte. Elke patiënt wordt gescreend volgens de methodiek van ontslagmanagement op basis van het inclusieformulier, met uitzondering van de patiënten in de dagkliniek.
- Jaarlijks is er een evaluatiemoment in het ziekenhuis met alle thuiszorgdiensten, met als doelstelling na te gaan waar de samenwerking kan worden bijgesteld.
- Kinderen worden op een gepaste wijze ontvangen en opgevangen in het ziekenhuis. Voor 2 afdelingen is een kinderhoekje ter beschikking.

### **Tekortkomingen**

- Het proces van zorgvraag tot zorgeffectuering is niet uitgeschreven. Er is geen cliëntenstroomschema.
- In de afdelingsbrochures wordt het opnamebeleid onvoldoende duidelijk gesteld, opname- en exclusiecriteria worden niet vermeld.
- Er is een procedure aanmelding maar er ontbreekt een procedure voor opname, behandelingsfase en ontslagfase.
- De huisarts en/of verwijzende instantie worden niet altijd of te laat op de hoogte gesteld van de opname, het ontslag en de geplande vervolgzorg.

### **Aanbevelingen**

- Voor wie informatie over het ziekenhuis opzoekt via de huidige website ontbreekt belangrijke informatie (o.a. opnameprocedure, doelgroepwerking, exclusiecriteria). Er is een nieuwe website maar deze is nog niet online.
- De patiënten worden nog niet in de mogelijkheid gesteld om gebruik te maken van een crisiskaart. In een crisiskaart is vastgelegd welke afspraken er gemaakt worden om een crisis te voorkomen en/of aan te pakken.
- Het is aangewezen in de procedures m.b.t. opname, behandeling en ontslag niet te vrijblijvend te zijn qua timing, maar duidelijk vast te leggen binnen welke termijn elke stap dient gerealiseerd te zijn.
- Op het niveau van het ziekenhuis is een algemene informatiebrochure en per afdeling een afdelingsspecifieke brochure. Het is aangewezen beide documenten op elkaar af te stemmen.

Van een goede informatiebrochure wordt verwacht dat volgende elementen, met toelichting, er onderdeel van zijn:

- Bereikbaarheid van het ziekenhuis
- De zorgvisie/zorgprogramma ( per afdeling)
- Teamsamenstelling 'per afdeling'

- Verloop van een opname (opname, behandelfase, ontslagfase en nazorg)
- Dagindeling in het weekend
- Therapieschema (+ duiding bij het aanbod)
- Taken van de disciplines en wat de zorg inhoudt
- Sociale dienst (bereikbaarheid, verantwoordelijkheden)
- Bereikbaarheid en beschikbaarheid van de psychiater en psycholoog
- Maaltijdgebeuren (op afdelingsniveau)
- Huisreglement en 'toelichting'
- Klachtenbemiddeling en toelichting bij de externe en (interne)procedure (folder ter informatie).

## 8.2 Intern rampenplan

### Algemene vaststellingen

- Het ziekenhuis geeft aan te beschikken over een geautomatiseerd detectie- en bewakingssysteem.
- Elke personeelslid beschikt over een brochure met een, naargelang zijn taak, aangepaste brandprocedure. Regelmatig zijn opleidings- en oefensessies voorzien.
- In het kader van het globaal rampenplan (waarvan de brandprocedure slechts een onderdeel is, en waarvoor een uitgebreid permanentiesysteem is ontworpen) beschikt elk personeelslid tevens over een gepersonaliseerde instructiekaart. Deze vermeldt de te volgen stappen, alle essentiële informatie bij een ramp, en een groep waaraan hij is toegewezen.
- Sinds 2008 werken 2 personeelsleden als ziekenhuisstewards, in het kader van ziekenhuiscriminaliteit. Naast een aantal specifieke logistieke taken binnen deze dienst worden zij verder ingezet als steward met controlerondes in en rond de gebouwen. Andere opdrachten zijn bijstand bij interventies door verpleegkundigen, controlerondes in de avonddiensten, alarm apotheek ed. Zij registreren eveneens onveilige situaties. Sinds 2010 werden zij ook betrokken in de contacten met de lokale politie, i.k.v. het samenwerkingsproject tussen de politie en het ziekenhuis.

## 8.3 Apotheek en medicatiedistributie

### Algemene vaststellingen

- De apotheek bevindt zich sinds het begin van 2011 in een nieuw ingerichte apotheek in het geherconditioneerd kloostergebouw. De inrichting is sober maar héél efficiënt. De beschikbare ruimtes voldoen aan de verwachtingen: ruime apotheekruimte, een bureel en een reserveruimte. In de apotheekruimte is een afzonderlijke kleine ruimte met een spoedkast, beperkt toegankelijk via de gang met een gecodeerde sleutel. De kasten zijn ook rechtstreeks toegankelijk vanuit de apotheek.
- De bestaafing van de apotheek is als volgt:
  - 0,58 vte apotheker

- 0,45 vte apotheekhulp (art. 54 bis).
- Een verpleegkundige/informaticus ondersteunt de implementatie van een medicatiefiche uit het nieuwe EPD. Een verpleegkundige volgt momenteel een opleiding apotheekassistent en zal zodra de opleiding beëindigd is ingezet worden in de apotheek.
- De apotheek is elke dag geopend van 8.45 tot 12.30 u, met uitzondering op vrijdag van 13 tot 17 u.  
Een ad interim apotheker vervangt tijdens verlofperiodes.
- Er is een schriftelijke samenwerkingsovereenkomst met het AZ H. Hart Roeselare-Menen voor de organisatie van de wachtdienst apotheek (dd. 1/07/2008).
- Bij afwezigheid van de apotheker kan men in het ziekenhuis terecht:
  - in de spoedkast (afzonderlijke ruimte) in de apotheek (toegang is te verifiëren)
  - in de spoedkast op de T-dienst
  - in de spoedkast op de opname-afdeling
 Indien de noodzakelijke medicatie niet aanwezig is wordt er door de arts contact opgenomen met de apotheek van het AZ en kan men met het voorschrift zich aanmelden voor het ophalen van de nodige medicatie.  
De inhoud van de spoedkasten wordt opgevolgd door de apotheker.
- De toelevering van de medicatie gebeurt:
  - wekelijks voor de A-dienst
  - om de 14 dagen voor de T-diensten
  - om de 28 dagen voor het daghospitaal
 De grote levering gebeurt d.m.v. een medicatiwagen. De tussentijdse leveringen (bv. bij wijzigingen voorschrift) in een afgesloten curverbox met aftekening bij ontvangst.
- De apotheker zet de medicatie klaar op basis van de individuele medicatiefiche en de eventuele reserve van de patiënt (bv. niet ingenomen medicatie).  
De behandelende arts geeft zelf de medicatie in op de fiche en valideert ( daarna afprint en handtekening). Elke arts heeft ook een individuele inlogcode.
- Er wordt gewerkt met individuele staand orders voor somatische medicatie waarbij de uitdrukkelijke vraag van de apotheker is om te werken met een stopdatum.
- Op elke afdeling is een kleine koelkast voor het bewaren van medicatie. Dagelijks is er opvolging van de temperatuur (met registratie). Na één maand komt de opvolgfiche terug naar de apotheek. Bij afwijkende waarden wordt de medicatie verwijderd.
- In de apotheek wordt niet gesteriliseerd. Het ziekenhuis werkt met wegwerpmateriaal.
- Er is een werkgroep medicatie die voorgezeten wordt door de apotheker en die om de 3 maand samenkomt. Op elke afdeling zijn 2 referentiepersonen medicatie. Eén persoon per afdeling sluit aan bij de vergadering. Het verslag van de vergadering wordt overgemaakt aan alle afdelingen en is verplicht te lezen.

- Er zijn psycho-educatiefiches rond medicatie beschikbaar maar nog niet in gebruik. De hoofdgeneesheer zal de fiches doornemen, waarna besluit om ze al dan niet te gebruiken. Vormingsmomenten m.b.t. medicatie zijn in het vooruitzicht. Een stafmedewerker voert op regelmatige basis controle uit op de afdelingen op de kwantiteit per bewoner maar nog niet op fouten bij klaargezette medicatie.
- Er wordt een formularium gehanteerd waarin een bepaald percentage generieken. Bij externe consulten kan dit problemen geven. Na een extern consult moet het voorstel van medicamenteuzetherapie eerst voorgelegd worden aan de behandelende psychiater. Vervolgens geeft deze het voorschrift in. Indien medicatie wordt voorgeschreven die niet voorkomt in het formularium van het ziekenhuis wordt contact opgenomen met de voorschrijvende arts.

#### **Sterk punt**

- De geneesmiddelendistributie is vastgelegd in een procedure. In de procedure staat ook beschreven hoe de medicatiedistributie gebeurt op de afdelingen met de expliciete vermelding hoe dit verloopt op de afdeling De Pendel (dagkliniek) waar de patiënt zijn eigen medicatie onder toezicht van een verpleegkundige klaarzet.

#### **Non-conformiteit**

- Op de afdelingen worden morfine/derivaten niet afzonderlijk bewaard. De vereiste registratie en opvolging ontbreekt. In de medicatieprocedure wordt niet stilgestaan bij deze producten.

#### **Tekortkoming**

- Momenteel ontbreekt een uitgeschreven beleid rond de thuismedicatie die de patiënt meebrengt naar het ziekenhuis bij een opname.

## **8.4 Werking van diensten**

### **Zorgdivisie de Waag**

#### **Algemene vaststellingen**

- Waag is een opnameafdeling algemene psychiatrie, met 30 A-bedden en 1 a(n) bed en die architectonisch als volgt is opgedeeld:
  - een crisis-unit met verhoogde waakzaamheid van 10 bedden met
  - een afzonderlijke unit met 2 afzonderingskamers
  - een behandelunit met 20 bedden
- Iedereen kan in principe op de afdeling opgenomen worden met uitzondering van:
  - primaire gebruikers
  - parafiliën
  - – 16 jarigen (worden onmiddellijk doorverwezen naar een gepaste opvang)
  - alcoholproblematiek (volgens specifieke afspraken met AZ)



- De zorgdivisie de Waag profileert zich als een afdeling waar belangrijk zijn: een snelle en accurate diagnostische screening, onderzoeken, medicamenteuze behandelingen van manifeste symptomatologie, toezicht, een eerste aanzet tot meer fundamentele psychotherapeutische en psychosociale behandeling en afwikkeling van de noodzakelijke sociaal administratieve formaliteiten.
- Het behandelingsaanbod (zie verder) wordt zoveel mogelijk afgestemd op de individuele noden van de patiënt en vanuit een holistisch mensbeeld. Observatie en begeleiding van de patiënt zijn in hoge mate aanwezig. Waar nodig wordt permanent toezicht georganiseerd.  
De patiëntenpopulatie is heterogeen en vergt een uiteenlopende aanpak die op zich een geheel vormt en waarbij centraal staan: crisisinterventie, diagnostiek, advisering, motivering en oriëntering.  
Een testdiagnosticus, psycholoog, en de creatief therapeuten worden betrokken bij de diagnostiek. Deze laatste maken gebruik van hun Diagnostic Drawing Series (DDS). Het ontslag wordt grondig voorbereid al of niet, maar meestal, met een doorverwijzing naar een vorm van opvolging.

#### **De Crisis-unit:**

- De indicaties voor een verblijf op de crisis-unit zijn:
  - spoed Gedwongen Opname (GO)
  - suïcidale patiënten (die een gevaar betekenen voor zichzelf)
  - acute verwardheid of ernstige psychotische opstoot
  - agressiegevaar
  - fuguegevaar.

Patiënten die nood hebben aan een prikkelarme omgeving (kamer-care) worden niet op deze afdeling opgenomen, om reden van teveel prikkels.
- Om tot de besluitvorming te komen om de patiënt naar het open gedeelte te laten overgaan worden een aantal evaluatiecriteria en een evaluatiesysteem gehanteerd. Beiden zijn formeel vastgelegd.
- In het zorgaanbod 'crisis' worden twee fases onderscheiden:
  - 1<sup>ste</sup> fase: patiënt heeft nood aan rust, medicatie, het opvolgen van de vitale parameters, beveiliging, enz.  
De meest aangewezen personen om de patiënt te verzorgen en te begeleiden zijn de verpleegkundigen. Op indicatie kan een gesprek met een psycholoog worden aangevraagd.
  - 2<sup>de</sup> fase: de patiënt is meer toegankelijk, contact en communicatie zijn meer mogelijk. Het is zinvol dat de patiënt door andere disciplines wordt benaderd/begeleid.

Elke ochtend, tijdens de briefing, worden de fases geëvalueerd. Voor de teamleden wordt duidelijk gesteld welke interventies er kunnen aangeboden worden.
- De formele intentieverklaring van de crisis-unit stelt wat kan verwacht worden tijdens de eerste week van opname, na de 1<sup>ste</sup> week tot 1 maand na opname. Dit geldt voor de ergotherapeuten/creatieve therapeuten, de psychologische dienst, de bewegingstherapie, de verpleegkundige dienst en de sociale dienst.

Het aanbod van de arts wordt opgedeeld in een opname < 1 week, 1 week – 1 maand en > 1 maand.

Als bijlage van deze intentieverklaring is:

- een 'hulpvragenlijst' die door de patiënt wordt ingevuld
- een opnameblad Sociale dienst
- een kennismakingslijst ergo

Onderdeel van de crisis-unit is de **afzonderingsunit**.

- In deze unit zijn 2 afzonderingskamers voor de zorgdivisie de Waag, eventueel ook gebruikt door de zorgdivisie de Kering. De unit is rechtstreeks toegankelijk van buiten de afdeling, wat tegemoet komt aan de privacy van de patiënt.
- Eén afzonderingskamer beschikt over een sas waarin een douche, een lavabo en een toilet. Een tweede afzonderingskamer (was in gebruik en werd niet bezocht) beschikt in het sas over een lavabo, het toilet is in de kamer. Er is toegang tot een binnentuin. Het maaltijdgebeuren kan georganiseerd worden buiten de isolatiekamer.
- In een van veiligheidsglas voorziene wand tegen het plafond is een uurwerk, de interfonie, de toezichtcamera en een radio.
- Aan beide zijden van het bed is een rode bol, te gebruiken door de medewerkers bij nood aan assistentie. De gefixeerde patiënt beschikt niet over een oproepsysteem.

#### **Algemeen:**

- De zorgdivisie de Waag wordt aangestuurd door het kernteam van:
  - geneesheer-coördinator
  - organisatorisch coördinator: gebrevetteerd verpleegkundige (sinds 17/05/2004), met bijkomende kaderopleiding  
De functie wordt voltijds uitgeoefend.
  - inhoudelijk coördinator: ergotherapeut  
De functie wordt voltijds uitgeoefend
- Daarnaast zijn er nog de vakverantwoordelijken.  
Voor taken en verantwoordelijkheden wordt verwezen naar de rubriek Therapeutisch beleid.
- Het multidisciplinaire team is als volgt samengesteld:

○ Gegrad. Psych. Verpl.	7,34 vte
○ Gebrev. psych. verpl. (incl HV)	7,80 vte
○ Ergotherapeut	4,56 vte
○ Kinesitherapeut	0,75 vte
○ Psycholoog	2,50 vte

Andere statuten

○ Logistiek medew. (S.M.)	2,00 vte
○ Ergotherapeut (startbaan)	0,89 vte
- Op de afdeling werken 4 artsen. Aan elke arts is, momenteel nog een maatschappelijk werker toegewezen, die de patiënt verder opvolgt zolang hij in het ziekenhuis verblijft.

Vanaf 1 januari wordt deze werkwijze verlaten en zal de maatschappelijk werker per afdeling worden ingezet, met continuïteit vanuit de cluster.

- Het ganse team wordt betrokken bij het nemen van besluiten. De geneesheer-coördinator heeft een coachende rol. Bij problemen zijn de beide coördinatoren het aanspreekpunt. Medewerkers geven aan de kans te krijgen om zelf vorm te geven aan de gesteld afdelingsdoelstellingen. Anderzijds voelen zij zich belemmerd door de complexe organisatie met veel procedures die negatief inwerken op de flexibiliteit en snelheid van handelen.
- Op het niveau van de afdeling zijn volgende overlegmomenten:

Briefing	Bij dienstoverdracht tussen de verpleegkundigen	-korte overdracht m.b.t. gebeurtenissen patiënten	4 x per dag
Briefing	Overdracht verpleging-artsen	-overlopen van alle toegewezen patiënten per arts	Dagelijks elke voormiddag (uitz. vrije dagen en vervanging)
Briefing	Briefing verpleging naar andere teamleden	Overlopen van wijzigingen van de vorige dag, opnames en transfers	Dagelijks elke voormiddag
Divisieoverleg	-inhoudelijke en organisatorisch coördinatoren -coördinerend arts -manager patiëntenzorg	-opstellen beleidsplan en opvolgen -uitbouw dagdagelijks divisiebeleid	1x per kwartaal met voortgangrapportering
Organisatorisch	-inhoudelijk en organisatorisch coördinator -teamleden van de zorgdivisie Het geneesheer-diensthooft sluit bij deze vergadering niet aan.	-organisatie van het zorgaanbod -het afdelingsgebeuren -duiding vanuit het IDO en andere zorgoverlegorganen -adviserend t.a.v. manager patiëntenzorg	Wekelijks ¾ u. op donderdag
Overleg verpleging	Vakverantwoordelijke verpleging + verpleegkundigen van de divisie	-organisatie van het verpleegkundig aanbod -adviserend t.a.v. manager patiëntenzorg	Maandelijks
Patiëntenbespreking: team -arts	-inhoudelijke en organisatorisch coördinator -de behandelende psychiater -beschikbare teamleden	-behandeling van individuele patiënten	Wekelijks/arts (= 4 x per week)

- Het behandelaanbod is, kort samengevat, als volgt:
  - Geïndividualiseerd therapieprogrammaafgestemd op de patiënt volgens de soort opname: crisisopname, acute opname of gewone opname.
  - Gesloten afdelingsdeel: de doelgroep zijn patiënten die nood hebben aan verhoogd toezicht. Zij krijgen een prikkelarm aanbod op de kamer.
  - Afdelingsaanbod georganiseerd onder permanente begeleiding op de gesloten afdeling in de leefruimte. De patiënt krijgt de kans om deel te nemen en wordt uitgenodigd tot
  - Programma's die probleem of individugericht zijn o.a. weekprogramma voor verslaafden, voorbereiding op begeleid wonen, A.D.L.-training,...
  - Een nazorgprogramma voor de individuele patiënt als overgang naar de thuissituatie
  - Themagroepen i.k.v. de uitbouw van zorgtrajecten, afdelingsoverschrijdend o.a. zorgtraject dubbele diagnose, alcoholgroep 1 en 2,...
  - Daghospitaal op de Waag
  - Psycho-educatie aan familie o.a. voor patiënten met een psychose.
  
- Als uurrooster werd week 46 t.e.m. week 50 voorgelegd. Het uurrooster is een geïnformatiseerd instrument dat op jaarbasis wordt opgemaakt maar waarin aanpassingen mogelijk zijn. De verpleegkundige permanentie is zowel tijdens de dag als tijdens de nacht gerealiseerd. Maar tijdens de nacht wordt niet altijd voldaan aan de gestelde norm van 2 personeelsleden per nacht.
  
- Het medicatiebeleid op de afdeling werd nagezien op basis van wat in het verlengde ligt van de apotheekfunctie en van de procedure. Er werden geen tekorten vastgesteld.
  
- Bij steekproef werd één geïnformatiseerd patiëntendossier nagezien. Inhoudelijk bevat het dossier alle noodzakelijke gegevens conform de verwachtingen van een multidisciplinair dossier. Doch het dossier is op een aantal punten voor verbetering vatbaar o.a. voor wat de socio-hetero-anamnese betreft (deels herhaling over de disciplines heen), het gebruik als multidisciplinair dossier (multidisciplinaire werking niet geïntegreerd), het verifiëren van de registraties (niet altijd herkenbaar), het onvoldoende duidelijk behandelplan (met probleemstelling, doelstelling, acties, evaluatie,...).  
 Voor wat de registratie van de patiënt in isolatie betreft wordt verwezen naar de rubriek medische beleid.
  
- Uit de SWOT-analyse van 2010 werden 4 topics weerhouden voor het afdelingsbeleidsplan van 2011, m.n.
  - Toename fysische zorgnood:  
 Patiënten die opgenomen worden in het AZ H. Hart te Menen worden te snel doorverwezen naar het PZ, soms met onvoldoende informatie. De zorg wordt ook acuter. Om aan het probleem met H.Hart campus Menen tegemoet te komen zal een voorstel geformuleerd worden rond het werken met een liaisonverpleegkundige.  
 Anderzijds werd in 2011 gewerkt rond zorgfiches inzake somatische zorg. Het procedureboek m.b.t. de uitvoering van technische handelingen wordt gebruikt als basisinstrument.
  - Een overbelasting van administratieve taken door de grote turnover. De uitdaging van de afdeling bestaat erin hiervoor een efficiënte oplossing te

- vinden. Belangrijke elementen hierbij zijn de multidisciplinaire werking, de overlegstructuur en -cultuur, de functie/jobtime maatschappelijk werker.
  - o Veel herhaling op de overlegmomenten: er werd een actieplan opgezet om de overlegmomenten te optimaliseren.
  - o Gebrekkige actuele kennis en leidraad druggebruik: dit actiepunt maakt deel uit van het vormingsbeleid.
- In de zelfevaluatie van de Waag en tijdens het gesprek n.a.v. de audit wordt aangegeven dat men in de toekomst verder aandacht wenst te hebben voor o.a.:
  - o het concreter en explicieter verwoorden en noteren van doelstellingen en acties over de disciplines heen
  - o het driemansgesprek bij interne transfer van een patiënt is een goed initiatief maar voldoet momenteel niet aan de verwachtingen van alle disciplines
  - o een werkbare en haalbare manier vinden voor een bevraging rond de opnameprocedure
  - o het verder optimaliseren van de overlegmomenten
  - o het opzoek gaan naar oplossingen om aan de grote werkdruk als opname-eenheid en de grote turnover van patiënten (soms maar enkele uren opname) tegemoet te komen.
  - o een snellere evaluatie van een aantal zaken i.p.v. te wachten tot er iets fout loopt
  - o het nog huiselijker organiseren van de afdeling.

Voor 2012 bevat het jaaractieplan van de afdeling volgende topics:

- o 'Geen tijd (nemen voor)' en systematiek in ons handelen om stil te staan bij ...
  - o Gebrekkige kennis van het actuele medicatiebeleid
  - o (Snelle) doorverwijzing vanuit het AZ HH Mene
  - o het verder werken aan de topics uit 2011 die niet zijn afgerond en de punten uit de zelfevaluatie waarvoor aandacht is.
- Het gebouw en **de infrastructuur** kunnen in zijn totaliteit als geslaagd beschouwd worden. De afdeling is rechtstreeks toegankelijk via de hoofdingang. Op het open gedeelte van de afdeling zijn slechts 2 x 2persoonskamers. De afdeling oogt ruim, veel lichtinval, goed zicht over de afdeling, er is een tuintje, kleinere hoekjes bieden de nodige privacy, een afdelingskeuken (gebruikt voor kookactiviteiten op open en gesloten deel). De éénpersoonskamers beschikken over een sanitaire ruimte met douche, lavabo, toilet. In de tweepersoonskamers is geen douche, maar elke bewoner beschikt over een lavabo, er is een afzonderlijk toilet. Alle kamers beschikken over de nodige kasten. Ramen kunnen beperkt geopend worden voor verluchting, Een oproepsysteem is voorzien in alle kamers/sanitaire ruimtes. Als minpunten zijn er de vele trappen (niveau -1, tussenverdieping, gelijkvloers) indien mindermobiele patiënten worden opgenomen. Een gecodeerde lift wordt ook gebruikt door minder mobiele bezoekers wat begeleiding vraagt van het personeel. Er is weinig verluchting mogelijk, warm in de zomer door een gebrek aan zonnewering in de nok. Er is geen bezoekeruimte. De verpleegpost wordt ervaren als klein, waar deze op zich zou moeten volstaan omdat het maar een werkruimte is, tenzij deze ook gebruikt wordt als vergaderruimte.

### **Sterk punt**

- De opname afdeling beschikt over een aantal waardevolle instrumenten, zoals het instrument evaluatiecriteria en evaluatiesysteem ter ondersteuning van de besluitvorming voor het verlaten van de gesloten afdeling en de intentieverklaring van de crisis-unit met de gestelde verwachtingen voor de onderscheiden disciplines.

### **Non-conformiteiten**

- De privacy in de tweepersoonskamers is niet verzekerd. Er is geen beschot tussen de bedden.
- Zoals elders in dit verslag aangegeven zijn er tijdens de nacht niet altijd 2 personeelsleden, waarvan één verpleegkundige, aanwezig.

### **Tekortkomingen**

- Uit de SWOT-analyse van 2010 bleek dat er op de afdeling veel overlegmomenten waren. Dit was een actiepunt in 2011 waar werd over nagedacht en aan gewerkt, doch dat nog een werkpunt blijft. Bij de evaluatie van de overlegmomenten dient uitdrukkelijk aandacht te zijn voor de multidisciplinaire werking en het gebruik van het multidisciplinair samengesteld dossier.
- In de isolatiekamer zijn aan beide kanten van het bed een rode bol die kan gebruikt worden door het personeel voor het oproepen van assistentie. De gefixeerde patiënt kan enkel gebruik maken van interfonie en er is camerabewaking. Dit veronderstelt een permanente aanwezigheid van een personeelslid in de verpleegpost. Aan het bed dient een oproepsysteem voorzien te zijn zodat de patiënt elk moment een oproep kan doen.
- In het kader van suïcidepreventie is het niet aangewezen om te werken met een flexibele slang voor de sproeikop in het bad. Ook de aanwezige handgrepen/handdoekdrogers in de doucheruimtes en de staaf voor de ophanging van de douchegordijnen dienen geëvalueerd te worden.

### **Aanbevelingen**

- De afdeling stelt héél wat doelstellingen/actiepunten te willen realiseren in 2012, des ondanks de hoge werkdruk. Wat toch getuigt van enthousiasme en goodwill. Misschien is het realistischer te vertrekken vanuit een formeel actieplan waarin duidelijk wordt gesteld binnen welke termijn (korte, middellange, lange) men een actiepunt wenst te realiseren, rekening houdend met de prioriteit die men er aan wenst te geven.
- Het ziekenhuis zal binnen korte termijn, overgaan tot het in gebruik nemen van een nieuw elektronisch patiëntendossier. In dit nieuwe werkinstrument dient, met het oog op een kwalitatieve patiëntenzorg en maximaal tijd voor de patiënt, de nodige aandacht te zijn voor:
  - discipline overlappingsen van gegevens/informatie
  - één socio-hetero-anamnese over de disciplines heen,
  - het meer integreren van de multidisciplinaire werking
  - voor alle levensdomeinen zijn aandachtspunten/problemen, doelstellingen, te ondernemen acties ( door wie), evaluatie en vervolg evaluaties duidelijk geformuleerd.

Het is aangewezen om met een 'multidisciplinair' samengestelde werkgroep op zoek te gaan naar de juiste inhoud van het dossier dat bij transfer ook verder kan gebruikt worden.

Een 'multidisciplinaire ontslagbrief' kan ook onderdeel zijn van een EPD.

## Zorgdivisie de Oever

### Algemene vaststellingen

- De Oever is een zorgdivisie voor langdurige behandeling en begeleiding met 30 Tg-bedden. De zorgdivisie legt zich in het bijzonder toe op het voorzien van een aangepast leefklimaat en zorgprogramma voor patiënten met:
  - organisch psychiatrische stoornissen
  - een chronische acuut psychotische problematiek
  - defectschizofrene stoornissen
  - nood aan een gesloten afdeling
  - een chronisch psychiatrische problematiek en een uitgesproken behoefte aan somatische zorg
- In 2011 was de instroom op de afdeling als volgt: 1 opname was een medische opname, 14 opnames gebeurden na interne doorverwijzing.  
De uitstroom: 14 patiënten werden medisch ontslagen en 3 patiënten kenden een intern transfer.  
Uit de afdelingstatistieken is af te leiden dat er in 2011 elke maand een overbezetting was op de Oever (> 30 patiënten). Het gemiddelde voor dit jaar komt op 32,2 verblijvende patiënten. Gemiddeld verbleven er iets meer dan 2 patiënten met een GO-statuuut.  
Over de leeftijd van de patiënten werden geen cijfers gegeven. De geneesheer-coördinator stelt dat de meeste patiënten momenteel niet in aanmerking komen voor een opname in een WZC. De doelgroep van NAH-patiënten met Korsakov stellen het meest problemen bij doorverwijzing.
- De zorgdivisie de Oever wordt aangestuurd door een kernteam van een:
  - geneesheer-coördinator
  - organisatorisch coördinator, bachelor psychiatrisch verpleegkundige met kaderopleiding, ad interim (4/07/2011 tot 1 april 2012) voor 1 vte
  - inhoudelijk coördinator, bachelor in de ergotherapie, 0,70 vte.

Op de afdeling werken 2 geneesheren- psychiaters.

- Het multidisciplinaire team van de Oever(30 Tg bedden) is als volgt:

○ Gegrad. Psys. verpl. (HV incl.)	5,80 vte
○ Gebrev. psych. verpl.	6,80 vte
○ Gebrev. ZH. verpl.	1,63 vte
○ Opvoeder A2	1,00 vte
○ Kinesitherapeut	0,75 vte
○ Ergotherapeut	2,35 vte
○ Psycholoog	0,42 vte
○ Verzorgende	0,75 vte

Andere statuten

- |                       |          |
|-----------------------|----------|
| ○ Ergotherapeut (SM)  | 1,00 vte |
| ○ Logistieke diensten | 1,25 vte |

Uit het uurrooster (week 48 tot 52) is af te leiden dat er 3 medewerkers van de mobiele equipe toegewezen zijn aan deze afdeling.

- De verpleegkundige permanentie is zowel tijdens de dag als tijdens de nacht verzekerd. Tijdens de nacht is er één verpleegkundige die de toezichtsfunctie opneemt vanuit de centrale nachtpost, samen met nog 2 collega's van 2 andere afdelingen, voor zover er geen taken zijn op de afdeling (cfr. afdelingsspecifieke taken).
- Er wordt gewerkt vanuit het rehabilitatiemodel. De patiënt wordt gezien als een individueel persoon met een eigen levensverhaal. Men gaat uit van de mogelijkheden van de patiënt, met respect voor eigen tempo en draagkracht met als doel een optimale levenskwaliteit van de patiënt.  
Er wordt gezocht naar een optimale balans tussen maximale autonomie en gepaste zorg d.m.v. activeren, stimuleren, aanmoedigen, begeleiden, ondersteuning en overname indien nodig.  
Aanvullend op de interne zorgactiviteiten is er ook aandacht voor de familie en activiteiten in de maatschappij.
- Indien een opname een transfer is van binnen het ziekenhuis wordt mondeling informatie doorgegeven. Het dossier volgt op een later tijdstip terwijl het evident zou moeten zijn dat het dossier op het moment van de overdracht gebruikt wordt. Bij een opname van buiten het ziekenhuis wordt van de disciplines verwacht binnen de week alle relevante informatie te verzamelen om tot een globaal behandelaanpak te komen. Er wordt een hulpvraaggesprek gepland met de familie en de patiënt. Op basis van dit gesprek worden de doelstellingen bepaald en wordt de gepaste begeleidingsvorm gezocht. Na één maand wordt een teambespreking georganiseerd en wordt op basis van de meer specifieke informatie het globaal behandelplan aangepast. Vervolgens is er een 6-maandelijkse evaluatie of op indicatie.
- Per functioneringsniveau van de patiënt is een zorgprogramma/activiteitenprogramma:
  - Groep A : activiteitenprogramma met een vaste structuur en het werken met een standaardprogramma
  - Groep B: deels een standaardprogramma, geïndiceerde sessies en deels vrije keuzeactiviteiten
  - Groep C: activiteiten buiten de groepswerking, meer individuele begeleiding.

In de activiteitenprogramma's wordt gestreefd naar een goed evenwicht tussen individuele activiteiten en een groepsaanbod, én een aanbod in specifieke lokalen en het aanbod op de afdeling. Patiënten kunnen ook aansluiten bij een groepsoverschrijdend aanbod (patiëntenraad, ontspanningsaanbod: deelname aan grotere overkoepelde activiteiten met inbreng van de patiënt en vrije keuze tot deelname) en een afdelingsoverschrijdend aanbod (zwemmen).

- Op de afdeling stelt men vast dat, naast een diversiteit in de populatie, de groep mensen bij wie een doorverwijzing naar zelfstandig wonen met een netwerk of met begeleiding, sterk is toegenomen. Momenteel is er voor deze groep van patiënten nog in een onvoldoende mate een gepast zorgaanbod. In het jaaractieplan van 2012 wordt



dit als werkpunt meegenomen. Er zal ook aandacht zijn voor het afstemmen van het zorgaanbod voor patiënten die de overstap maken naar een WZC of PVT. Nu reeds probeert men een opvolging te doen na de verhuis. De afdeling blijft ook aanspreekpunt bij problemen en ondersteunt waar mogelijk.

- Op de afdeling zijn volgende overlegmomenten:

Dienstoverdracht	Voor het aanwezige verzorgend team	Alle dagen	3x per dag
Briefing	Overdracht van verpleegkundigen naar therapeuten	Maandag: uitwisselen weekendobservaties Donderdag: uitwisselen van weekobservatie	Tweemaal per week van 8 tot 8.30 u
Behandeloverleg	Voor alle aanwezige disciplines (met permanentie bij de patiënten) en de behandelende arts	Evolutiebespreking, observatiebespreking, knelpunten, aandachtspunten, evaluaties en aanmeldingen en transfers	Dinsdag: afwisselend per arts (om de 2 weken)
Organisatorisch teamoverleg	-inhoudelijk en organisatorisch coördinator -teamleden van de zorgdivisie en de sociale dienst	-organisatie van het zorgaanbod -het afdelingsgebeuren -duiding vanuit het IDO en andere zorgoverlegorganen -adviserend t.a.v. manager patiëntenzorg	Wekelijks: donderdag van 11 tot 12 u.
Intervisiemoment (overlegmoment recent opgestart, vond maar eenmaal plaats in 2011)	Alle teamleden mogen aansluiten. De deelname is vrijblijvend met als gevolg dat er weinig deelname is.	Agendapunten zijn: -knelpunten in de werking -probleemoplossend -teamwerking	Maandelijks: Geleid door de psycholoog  Van 13 tot 14 u.
Divisieoverleg	-inhoudelijke en organisatorisch coördinatoren -geneesheer hoofd van dienst -manager patiëntenzorg	-opstellen beleidsplan en opvolgen -uitbouw dagdagelijks divisiebeleid	1x per kwartaal met voortgangrapportering

- Het medicatiebeleid werd in orde bevonden, met uitzondering van de morfine/derivaten die niet afzonderlijk bewaard worden in een afgesloten koffer met de vereiste registratie en opvolging. De medicatie fiche wordt correct bijgehouden.
- In 2011 werd gewerkt rond communicatie en feedback, besluitvaardigheid en turn-over. In de zelfevaluatie van de afdeling geeft het team zelf nog een aantal werkpunten/verbeterpunten op waarrond (verder) gewerkt kan worden. Communicatie en het meer betrekken van de familie maken daar deel van uit.

Daarnaast is er in het jaaractieplan 2012 één groot actiepunt m.n. het zorgprogramma aanpassen aan de veranderde doelgroep en de transfer naar externe instanties of thuis. Men wil deze doelstelling in 6 stappen realiseren, volgens een welbepaald getrappt systeem.

### **Architectuur:**

- In 2012 wordt de afdeling geherconditioneerd. Ondermeer de 4 persoonskamers worden omgevormd tot tweepersoonskamers, er komt een bezoekersruimte, het Parkerbad wordt verplaatst naar een ruimere badkamer (meer mogelijkheden: o.a. relaxatie, aromatherapie,...)
- Momenteel beschikt de afdeling over:
  - eenpersoonskamers voorzien van een sanitaire ruimte met douche, lavabo en toilet
  - tweepersoonskamers voorzien van een afzonderlijk toilet en een sanitaire ruimte met één wastafel en een douche (afgeschermd met een veiligheidsglas)
  - vierpersoonskamers met een afzonderlijk toilet, een sanitaire ruimte met 2 wastafels en een douche
  - 2 badkamers: één standaard bad en één Parkerbad
  - gemeenschappelijk sanitair (m/v), een toilet voor het personeel (niet afzonderlijk voor bezoekers, wel in de inkom van het ziekenhuis)
  - gesprekklokalen
  - een verpleegpost
  - ruime leef- eetruimte met veel lichtinval en waar het huiselijke karakter wordt nagestreefd,
  - een afdelingskeuken
  - een binnentuin
- **Isolatie-unit:**gelegen naast de nachtpost, bestaat uit:
  - 2 isolatiekamers (één niet bezocht om reden van gebruik): voorzien van een bed en een toilet, zichtbaar opgesteld voor de camera
  - een douche waarvan het vloeroppervlak best eens grondig wordt gereinigd (schimmel in de siliconevoeg). Het verluchttingsrooster dient dringend gereinigd en vervangen te worden.
  - een sas met lavabo.

De isolatiekamers worden gebruikt door 3 zorgdivisies. Bij een oproep kan op een schakelbord gezien worden op welke zorgdivisie de beloproep betrekking heeft. De patiënt in isolatie wordt verder opgevolgd door zijn afdeling.

- Momenteel heeft men op de afdeling geen nood aan specifieke materialen. Een tillift is voorhanden, anti-decubitusmatrassen kunnen gehuurd worden, patiënten worden gestimuleerd om zelf in een rolstoel te voorzien (via mutualiteit), Hoog-laagbedden zijn ter beschikking in het ziekenhuis. Op het moment men dergelijk bed nodig heeft gaat men schuiven met de bedden op de zorgdivisie en indien nodig daarbuiten.

### **Sterke punten**

- In de begeleiding van Korsakovpatiënten wordt gebruik gemaakt van het 4 K-model (staat voor kort, concreet, consequent en continu), wat staat voor een directieve benadering.
- Het zorgprogramma van de Oever is het resultaat van een werkgroep “leefklimaat en zorgprogramma de Oever”. Onderdeel van het zorgprogramma zijn het weekschema en schema individuele sessies. Waardevol zijn de disciplinaire fiche met de visie en de concrete uitwerking. Een document om ook met andere betrokkenen (externe/familie) te delen.

### **Non-conformiteiten**

- De privacy in de meerpersoonskamers is niet verzekerd.
- Indien de isolatiekamer uitgerust is met camerabewaking mag het toilet niet meegenomen worden in het gezichtsveld.

### **Tekortkomingen**

- Bij herconditionering van de afdeling dient ook de afzonderingsunit de nodige aandacht te krijgen.
- In de isolatiekamer zijn aan beide kanten van het bed een rode bol die kan gebruikt worden door het personeel voor het oproepen van assistentie. De gefixeerde patiënt kan enkel gebruik maken van interfonie en er is camerabewaking. Dit veronderstelt een permanente aanwezigheid van een personeelslid in de verpleegpost. Aan het bed dient een oproepsysteem voorzien te zijn zodat de patiënt elk moment een oproep kan doen.

### **Aanbevelingen**

- Het strekt tot aanbeveling het uitgeschreven zorgprogramma op te nemen (verkorte versie) in de afdelingsbrochure. Ook de specifiek uitgewerkte aspecten voor personen met NAH mogen daar deel van uit maken.
- In de zelfevaluatie van de afdeling staat te lezen dat er nog een zekere verwarring is tussen de IC en de OC. Om tegemoet te komen aan deze verwarring is het aangewezen om de taken en verantwoordelijkheden van de beide functies duidelijk uit te schrijven op ‘ziekenhuisniveau’ en hierover te communiceren met alle teamleden.
- Bij de herconditionering van de afdeling dient aandacht te zijn voor suïcidepreventie m.n. voor trekkoordjes, doucheslangen, ophanging van douchegordijnen, handgrepen, enz.

## **Zorgdivisie De Kering**

### **Algemene vaststellingen**

- De Kering is een behandelafdeling met 34 bedden voor volgende doelgroepen:
  - Patiënten met angst en stemmingsstoornissen
  - Patiënten met een gerontopsychiatrische problematiek

- In de praktijk zijn 20 van de 34 bedden bestemd voor angst en stemmingsstoornissen, 5 voor gerontopsychiatrie en 9 voor een variabele doelgroep. Er is een turnover van 8 tot 10 patiënten per maand. De gemiddelde verblijfsduur varieert van drie maanden tot een jaar en er zijn drie langverblijvers.
- Op de afdeling de KERING is het multidisciplinair team als volgt samengesteld:
  - Bachelor psych. verpl. 4,75 vte
  - Bachelor ZH. verpl. 1,00 vte
  - Gebrev. psych. verpl (incl. HV). 5,80 vte
  - Gebrev. ZH verpl. 0,75 vte
  - ZH assistente 1,25 vte
  - Master psychologie 0,75 vte
  - Ergotherapeut 2,64 vte
  - Master kinesithérapie 0,65 vte

#### Andere statuten

- Logistiek assistente (S.M.) 0,75 vte
- De afdeling stelt volgende documentatie beschikbaar:
  - een afdelingsprofiel met een algemene situering van de opdracht en de visie
  - een afdelingsbeleidsplan met een aantal doelstellingen voor 2011 en voor 2012.
  - een tekst voor de personeelsgroep met informatie over stemmings- en angststoornissen, over het cognitief-gedragsmatig model (uitvoerig) en over het kwetsbaarheid-stress-copingmodel (beknopt).
  - een uitvoerig document over suïcidepreventie op de afdeling met 4 niveaus.
  - de weektherapieschema's voor de verschillende leefgroepen
  - afzonderlijke fiches met het aanbod van de verschillende vakgroepen
  - een document over het fasemodel en het procesmatig handelen: de ontredderingsfase, de reorganisatiefase, de resocialisatiefase en de rehabilitatiefase.
- De zelfevaluatie die voor de audit is gemaakt levert volgende aandachtspunten op:
  - Het leiderschap van de afdeling berust bij de afdelingsgeneesheer, de organisatorisch en de inhoudelijk coördinator. De afdelingsgeneesheer is verantwoordelijk voor het opnamebeleid en bewaakt de kwaliteit van zorg. De formule met een organisatorisch coördinator (hoofdverpleegkundige) die verantwoordelijk is voor onder meer de uurroosters en de beddenbezetting, en een inhoudelijk coördinator (ergotherapeut) die instaat voor het actualiseren van de zorgvisie en het afstemmen van de inhoud van het zorgaanbod op de doelgroep is binnen de afdeling goed werkbaar. Uit de bevraging blijkt ook dat de psycholoog van de afdeling bijdraagt tot de implementatie van het psychotherapeutisch behandelmodel, in casu de cognitieve gedragstherapie.
  - Over het algemeen ervaart de afdeling een behoorlijke balans tussen de centrale aansturing en de eigen beleidsruimte. Toch is er een vraag om voldoende rekening te houden met de draagkracht van het team indien er vanuit het centrale niveau veranderingen worden doorgevoerd, zoals het toevoegen van een doelgroep.
  - Het zorgbeleid is in tal van documenten uitgeschreven. Toch wordt als een zwakte aangeduid dat het suïcidepreventieplan niet consequent opgevolgd

wordt. Met ondersteuning van de kwaliteitscoördinator wordt hieraan nu extra aandacht besteed. Daarnaast is er ook de vaststelling dat de verpleegkundigen niet goed te motiveren zijn om via intervisie deel te nemen aan de uitvoering van het zorgbeleid.

- Binnen de afdeling is er vooral vraag naar vorming rond gerontopsychiatrie, suïcidepreventie en cognitieve gedragstherapie. De psychologe volgt de postgraduaat opleiding CGT. Er moet nog gewerkt worden aan het doorgeven van de inhoud van bijscholingen aan de teamgenoten.
  - Er zijn een aantal bedenkingen bij de ruimte en functionaliteit van het gebouw van de afdeling. Er zijn op dit ogenblik nog 3 vierpersoonskamers en 4 tweepersoonskamers. Er is een verbouwing gepland met start in februari 2012 waarna er vooral eenpersoonskamers en een beperkt aantal tweepersoons zullen overblijven. Verder ontbreken er gespreksruimtes, een vergaderruimte dicht bij de afdeling en de mogelijkheid om in een gesloten leefruimte te voorzien voor patiënten met een verhoogd suïcidaal risico. Er is vraag naar een aangepaste relaxatieruimte en een eigen keuken voor de afdeling. De in de hoogte verstelbare bedden voor de doelgroep gerontopsychiatrie worden in februari 2012 geleverd. Daarnaast blijken er in het team ook vragen te bestaan naar het kunnen hanteren van een laptop met beamer voor het overleg.
  - Door omstandigheden (optimaliseren beddenbezetting, druk vanuit andere ziekenhuizen, weinig mogelijkheden voor transfer naar andere afdelingen) is er volgens de teamleden soms sprake van een te heterogene patiëntenpopulatie.
  - De opnameprocedure is in een stroomdiagram uitgetekend. Ongeveer 50% van de patiënten wordt rechtstreeks op de afdeling opgenomen en 50% komt van andere afdelingen.
  - Het is een ziekenhuisbreed gegeven dat het huidige patiëntendossier niet aan de verwachtingen voldoet en dat er uitgekeken wordt naar de invoering van een ander product.
  - Bij het uittekenen van het behandelaanbod is er kennis genomen met de richtlijnen van Trimbos (voor de doelgroep depressie). Het voorop stellen van cognitieve gedragstherapie als algemeen denkkader ligt daarmee in lijn, naast de aandacht voor psycho-educatie en terugvalpreventie.
  - De samenwerking tussen de teamleden en de patiënt- en teamgerichte besprekingen blijken bij evaluatiemomenten niet steeds adequaat te verlopen. Als oorzaken worden aangegeven: het personeelsverloop, de grote turnover van patiënten, en de verstandhouding tussen de teamleden. Er worden ook verbetermogelijkheden vermeld : beter communiceren, het overleg goed voorbereiden, de verslaggeving rechtstreeks in het patiëntendossier ingeven.
- In het afdelingsbeleidsplan staan een aantal doelstellingen voor 2011 en 2012 die aansluiten bij de gegevens van de zelfevaluatie:
    1. Het implementeren van een aangepast leefklimaat. De huidige sfeer op de afdeling past eerder bij een chronische populatie, en is niet geschikt voor jongere patiënten met een acutere problematiek.
    2. Het beter hanteren van het suïcidepreventieplan, hetgeen voor de beoogde doelgroep van groot belang is.
    3. Het uitwerken van een functie-analyse die toelaat om de hulpvraag van de patiënt beter te begrijpen en om daarop duidelijkere doelstellingen te baseren.
    4. Het uitwerken van een themagroep angst- en stemmingsstoornissen, wat moet toelaten om gericht met de problematiek om te gaan.
    5. Het verwerven van een betere kennis over geronto-psychiatrische problemen.

6. Het theoretisch kader van de cognitieve gedragstherapie bij alle medewerkers bekend maken door het doornemen van casus en theorie in intervisiegroepen.
7. Het thema draagkracht van medewerkers een bespreekbare plaats geven in het team, opdat elke medewerker een redelijk zicht zou hebben op zijn eigen draagkracht en competenties.

#### **Sterk punt**

- In de verschillende documenten geeft de afdeling blijk van een behoorlijke dosis zelf-evaluerend vermogen.

#### **Tekortkomingen**

- Er blijken zich een aantal factoren voor te doen die een mogelijk risico inhouden voor de kwaliteit van zorg op de afdeling. Het gaat daarbij om de combinatie van een blijkbaar te heterogene patiëntengroep die soms de draagkracht van de personeels equipe overstijgt, omdat die niet altijd beschikt over voldoende knowhow om met de uiteenlopende problematieken om te gaan en waarvan de interne cohesie ook niet optimaal blijkt.
- Het geheel wordt daarbij ook niet geholpen door een wat verouderde infrastructuur (de vernieuwing is wel gepland) en een patiëntendossier dat op een onvoldoende wijze multidisciplinair gebruikt wordt. Ook inzake beschikbare informatica is er een optimalisering mogelijk.

#### **Aanbevelingen**

- Het is aangewezen om te onderzoeken hoe het probleem van de te grote heterogeniteit van de patiëntenpopulatie kan ondervangen worden.
- Het is noodzakelijk om vanuit het beleid van het ziekenhuis in ondersteuning te voorzien voor het probleem van het gebrek aan bereidheid en mogelijkheden bij medewerkers van de afdeling om bijvoorbeeld via intervisie het eigen functioneren in het team (en naar de patiënten) bespreekbaar te maken.

## **9 Module Resultaten**

### **9.1 Resultaten bij klanten**

#### **Algemene vaststellingen**

- Jaarlijks gebeurt bij steekproef een opiniemeting bij de patiënten. Achtereenvolgens bij opname (onthaal), bij transfer, bij verblijf en bij ontslag (exit). Deze bevraging gebeurt met een schriftelijke vragenlijst in de vorm van een gestructureerd interview door een

neutrale interviewer, lid van het projectteam “cliënteninformatie”. In 2011 gebeurde een meer gespecificeerde meting voor het onthaal van gedwongen opgenomen patiënten. De eerste meting gebeurde reeds in 1997. Vanaf 2006 gebeurt dit met een meer uitgebreide vragenlijst.

Verbeteracties die werden opgezet zijn o.m.:

- het doornemen van de onthaalbrochure met de patiënt
  - een sneller 1<sup>ste</sup> contact met arts en maatschappelijk werker met nieuw opgenomen patiënten
  - bij een intramurale transfer een betere voorbereiding van de patiënt en familie
  - de beschikbaarheid van de medewerkerstijdens het verblijf (meting werktijdbesteding),
  - inspraak van de patiënt en zorg op maat (installeren van het hulpvraaggesprek)
  - de ontslagvoorbereiding (invoeren ontslagmanagement).
- In 2010 werd een nulmeting uitgevoerd bij de familie op dezelfde wijze als dit gebeurt bij de patiënten. Het is de bedoeling om driejaarlijks een volgmeting te laten doorgaan. Voor verbetering vatbaar waren de toegankelijkheid voor minder mobiele mensen, de beschikbaarheid van de dokters en informatieverstrekking (ontwikkelen specifieke infobrochure voor de familie) en bekendheid van de ombudsdienst. De volgende meting is voorzien in 2013.
  - De PR-functionaris van het ziekenhuis deed een bevraging bij de huisartsen van Menen en de omliggende gemeenten via persoonlijk interview. Ook hier werden acties opgezet m.n. inspanningen van het ziekenhuis bij dringende opnamevragen, een brochure over de werking van het ziekenhuis, nieuwsbrief voor de huisartsen (digitaal + via post), informatieavonden voor huisartsen en communiceren via Medibridge.
  - Bij een bezoek van de magistraten en justitie aan het ziekenhuis in 2009 werd gevraagd om een evaluatieformulier in te vullen. De resultaten waren bijzonder positief.
  - In 2007 werd een infoavond georganiseerd voor het gemeentebestuur en de OCMW-raadsleden. Er zijn ontmoetings- en vormingsmomenten voor de politiezone.

## 9.2 Resultaten bij medewerkers

### Algemene vaststellingen

- In 1997 was er een onderzoek naar stressrisicofactoren in de werksituatie.
- In 2001-2003 was er een meting ' personeelszorg' waarna acties werden opgezet rond:
  - communicatie en feedback (opleiding voor alle leidinggevenden en kaderleden en interne opleiding per zorgdivisie)

- leiderschap en participatie (externe opleiding situationeel leidinggeven voor leidinggevend en kaderleden en per zorgdivisie een SWOT-analyse in 2009, 2010)

In 2004 was een evaluatie van het masterplan patiëntenzorg waarbij per afdeling getoetst werd naar de argumenten van (on)tevredenheid. Ook hier werden werkpunten en acties aan gekoppeld.

- Er was een medewerkerstevredenheidsonderzoek door ICMA 2007 – BING 2010. Na benchmarking met nog 6 andere psychiatrische ziekenhuizen voor wat HRM performantie-indicatoren betreft, kan gesteld worden dat het PC Mene voor alle indexen iets boven het gemiddelde scoort.  
Uit het onderzoek van 2010 is af te leiden dat er een personeelsgroei is van 3,95 vte, het ziekenhuis een gemiddelde score haalt voor afwezigheid wegens ziekte maar op de 3<sup>de</sup> plaats staat voor langdurige afwezigheden (<1jaar).
- Er is een visienota: “Algemene streefdoelen inzake personeelsbeleid en –zorg”, waar werkgesprekken deel van uitmaken. Zowel functioneringsgesprekken als beoordelingsgesprekken als bijsturingsgesprekken werden duidelijk uit het oog verloren in 2011 toez van 2010.
- Het personeel krijgt vele kansen voor het volgen van vorming, ook langdurige vormingen in zover ze kunnen bijdragen aan de uitbouw van de kwaliteitsvolle zorg in het ziekenhuis.  
Er is een informatiebrochure voor nieuwe medewerkers, de peter-meterfunctie is geïnstalleerd en er is een inscholingstraject.  
Er is een loopbaanbeleid en een diversiteits- en gelijke kansenbeleid  
Er zijn 2 interne ombudsfunctionarissen voor het personeel. Het personeel kan ook altijd terecht bij de arbeidsgeneeskundige dienst.
- Er worden allerlei acties ondernomen m.b.t. veiligheidsbeleid o.a. rugklachtenpreventie, risicoanalyse “geweld, pesterijen en ongewenst seksueel gedrag” door IKMO, brochure m.b.t. “preventie, bescherming en welzijn”.
- Omdat communicatie een verbeterpunt blijft kregen 3 medewerkers per zorgdivisie de kans een opleiding rond feedbackcultuur te volgen met de opdracht op hun afdeling feedback uit te bouwen en te organiseren.
- Tweemaal per jaar gebeurt een meting betreffende directe versus indirecte patiëntentijd. Het streefdoel is minimaal tot 50 % en liefst tot 60% directe patiëntentijd te komen, wat tot op heden nog niet het geval is.
- Er is een personeelskrantje “Minischakeltje” die maandelijks wordt uitgegeven.
- Als waardering voor de medewerkers worden allerlei initiatieven opgezet, o.a.:
  - Flexibiliteit betreffende werktijden (werktijd in functie van het openbaar vervoer, soepel omgaan met familiaal verlof, tijdige bekendmaking van de uurrooster)
  - Reductie van de werklast door het inzetten van vakantiejobs
  - Sterke reductie op de kostprijs van de maaltijden
  - Gratis gebruik van de sportinfrastructuur van het ziekenhuis
  - Attenties bij geboorte, huwelijk, ...
  - Elk jaar kunnen 2 zorgteams op teambuilding



- Extralegale voordelen voor mobiliteit
- Hospitalisatieverzekering ook voor de andere gezinsleden
- ...

## 9.3 Resultaten in de samenleving

### Algemene vaststellingen

De resultaten van de samenleving werden niet bevraagd tijdens de audit. Het ziekenhuis somt de hierna volgende resultaten op.

- Preventie & gezondheidspromotie:
  - Informatiesessies in middelbare scholen
  - Project “Energie”: gezonde eet- en leefgewoonten (informatieverstrekking, themagroepen “energie”, gezondheidsweek, )
- Informatie: nieuwe website (nieuwe huisstijl en logo)
- Onderwijs en opleiding:
  - Studentenbegeleiding (stages)
  - Gastcolleges in universiteiten/hogescholen
  - Publicaties in vaktijdschriften
  - Interne bijscholingsavonden
  - Bijscholingen voor woon- en zorgcentra, thuiszorgdiensten,... .
- Imago en beeldvorming:
  - Overleg met huisartsen en andere externe zorgpartners
  - Informatie- en overleginitiatieven met lokale overheden (stadbestuur, OCMW,...) magistraten, probatiecommissie, lokale politie,...
  - Evaluatie van de samenwerking met de lokale politie (o.m. met betrekking tot het samenwerkingsverband “ziekenhuiscriminaliteit”), seniorenraad,...
  - Culturele samenwerking: tentoonstelling in stedelijk cultuurcentrum, medewerking aan project “Anders gewoon”, project “Blauwe draad”, project “De figuranten”, ... , concert in onze kloosterkapel (i.s.m.; de seniorencultuurraad)
  - Medewerking aan Open Monumentendag (i.s.m. Noord-Frankrijk)
  - Huisvesting: toeleidingsproject voor patiënten naar reguliere huisvestingsmaatschappijen
  - Beleidsvertegenwoordigers: bezoek van parlementsleden
  - Ondersteuning van de mantelzorg (visietekst, informatie, contacten,...)
- Milieu: afvalsorteringsplan
- Verhuring appartementen, sociale inspectie,...

## 9.4 Resultaten sleutelactiviteiten

### Algemene vaststellingen

Het ziekenhuis hanteert een managementsysteem gebaseerd op een combinatie van de methodiek van de BSc en een business process managementsysteem, ondersteund door een specifieke IT-tool.

- **Karakteristieken van het ziekenhuis**

Geen specifieke informatie

- **Verantwoording en transparantie**

Er zijn verschillende jaarverslagen, transparantie is niet duidelijk.

Er zijn attesten van de bedrijfsrevisor, ook over de patiëntengelden.

- **Opvolging a.d.h.v. registratie en indicatoren**

Financiële resultaten worden bijgehouden: begrotingsvergelijkingen, liquiditeit, dubieuze debiteuren. De bedragen oninbare vorderingen zijn jaarlijks ongeveer 100.000 euro.

Ook wordt informatie bijgehouden omtrent "continuïteit" van de missie: patiëntgegevens (doelgroepen, opnames, ligdagen, bezettingsgraad, verblijfsduur, instroom, doorstroom en uitstroom), omtrent verwijzers,...

- **Veilige zorg**

Het ziekenhuis volgt medicatiefouten op (gebenchmarked, cijfers zijn behoorlijk) en doet een veiligheidscultuurmeting

Het aantal suïcides is beperkt (jaarlijks 1)

- **Gebruikersgerichtheid/ gepaste zorg**

Het ziekenhuis heeft resultaten i.v.m. een opinieting

Men werkt rond kwaliteitsvol wonen (hoteldiensten): men doet kwaliteitscontroles i.v.m. huishoudelijk onderhoud, in de keuken van het ziekenhuis zijn er HACCP-metingen, er is onderhoud van productieruimtes

Men houdt ook cijfers bij omtrent agressieregistratie en van afzonderingen (gebenchmarked).

Wat agressie betreft is te vermelden dat 7,9 % van de dreigingen die uitgaan van de incidenten als zeer ernstige dreiging en 5,6 % als extreem ernstige dreiging ervaren wordt. De ratio van het aantal incidenten per bed is laag (ook in de benchmark).

Het aantal afzonderingen is hoog

- 2008: bij een jaarpopulatie van 746 patiënten, waarbij het over 154 patiënten gaat: 111 < 24 u, 269 > 24 uur,
- 2009: bij jaarpopulatie van 695 patiënten: betreft het 118 patiënten, 235 < 24 u, 101 > 24 uur)

- 2010: bij jaarpopulatie van 659 patiënten: gaat het over 142 patiënten  
234 < 24 u, 123 > 24 u

De belangrijkste trends zijn dat het aantal afzonderingen hoog is, wel is er een verschuiving van langdurige naar kortdurende afzonderingen.

Het aantal afzonderingen in 2011 is wel aanzienlijk gedaald.

- **Toegankelijke zorg**

Het ziekenhuis hanteert een systeem van supplementen.

Tevens is het niet toegankelijk voor alle doelgroepen: vb. aanvragen voor geïnterneerde patiënten worden geëvalueerd en eventueel ook geweigerd.

- **Continuïteit**

Er is geplande nazorg, ontslagbrief

- **Doelmatige zorg**

De gemiddelde ligduur is de laatste jaren geleidelijk aan het dalen. Het ziekenhuis heeft cijfers omtrent werktijdbesteding directe patiëntenzorg (gebenchmarked)

- **Doeltreffende zorg**

Men volgt gegevens op i.v.m. heropnames, ontslag met wederzijdse toestemming, uitkomstenmanagement (beginfase)

Het ziekenhuis houdt ook cijfers bij waarbij het aantal medische opnames vergeleken wordt met het aantal bedden met opnamefunctie.

- **Deskundige zorg**

Er zijn streefcijfers omtrent opleidingsniveau van de medewerkers, die gehaald worden. Vormingskosten worden gebenchmarked met enkele ziekenhuizen.

## 10 Bespreking

De audit betreft een lokaal psychiatrisch ziekenhuis gelegen midden in het grensstadje Menen, waardoor het wat geprangd zit in zijn omgeving.

Het beschikt algemeen gezien over een vrij moderne infrastructuur.

Wat het algemene beleid betreft is als bijzonderheid te vermelden dat het ziekenhuis zich richt naar de maatschappij en heel wat extramurale diensten levert.

Het ziekenhuis is in afwachting van de goedkeuring van zijn artikel 107 dossier, die de verdere vermaatschappelijking van de zorg zou kunnen ten goede komen.

De beleidsvoering kwaliteitsbeleid inclusief, is gekenmerkt door het gebruik van een aantal informaticatools, het hanteren van een aantal moderne managementtools, benchmarking inclusief.

Het is wel aangewezen om in een volgende tijd meer aansluiting te zoeken bij de zorg(eenheden) zelf en om de beleidscirkels te sluiten.

Er is ondersteuning van de algemene ziekenhuizen in de regio wat betreft de (psychiatrische) crisiszorg, maar de bemanning van de verschillende medische (van psychiaters) permanenties is zo beperkt dat zulks vermoedelijk op termijn niet houdbaar is.

Er is een belangrijk tekort aan psychiater tijd, wat zich op verschillende manieren uit. Zo is er complete afwezigheid van artsen in het kwaliteitsbeleid.

Wat de organisatie van de zorg betreft: het ziekenhuis is georganiseerd in divisies. Er is een eerste inspanning gebeurd voor het uitschrijven van zorgprogramma's en afdelingsbeleidsplannen.

De werking is interdisciplinair opgevat, maar zou er vermoedelijk bij winnen om te evolueren naar een grotere multidisciplinariteit.

Er dient een oplossing gezocht te worden voor het feit dat de gerontopsychiatrische afdeling een andere patiëntengroep behandelt dan deze waar hij voor erkend is.

Met betrekking tot het personeelsbeleid is vast te stellen dat er nog een zekere weg te bewandelen is. Er is wel aandacht besteed aan opleiding van leidinggevenden, loopbaanbeleid, diversiteitsbeleid,... Een aandachtspunt is wel om blijvend ervoor te zorgen dat men toch steeds de juiste inhoudelijke kwalificaties en bijscholing neemt als uitgangspunt.

Dr. Marc Servaes

Mevr. Lucrece Laurier  
Dhr. Patrick Stevens