



# **Auditverslag**

**PC Sint-Amandus**

**Beernem**

**November 2014**

# Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding .....</b>	<b>3</b>
1.1	Toepassingsgebieden.....	3
1.2	Definities .....	3
1.3	Auditproces .....	4
1.4	Samenstelling van het auditteam.....	5
1.5	Auditplan .....	5
<b>2</b>	<b>Situering van de voorziening.....</b>	<b>7</b>
2.1	Contactgegevens .....	7
2.2	Organogram .....	7
2.3	Gemachtigd geneesheer voor toezicht op gedwongen opname .....	7
2.4	Erkenningssituatie.....	8
2.5	Historische en geografische situering.....	8
<b>3</b>	<b>Leiderschap .....</b>	<b>10</b>
3.1	Beleidsorganen .....	10
3.2	Organisatiestructuur.....	13
<b>4</b>	<b>Beleid en strategie .....</b>	<b>15</b>
4.1	Algemeen, kwaliteits- en medisch therapeutisch beleid en strategie .....	15
4.2	Lerende omgeving .....	18
<b>5</b>	<b>Middelen .....</b>	<b>22</b>
5.1	Infrastructuur .....	22
5.2	Patiëntendossier .....	24
<b>6</b>	<b>Medewerkers .....</b>	<b>26</b>
6.1	Personeelsbeleid .....	26
6.2	Artsen.....	29
6.3	Vorming, training en opleiding (VTO) .....	30
6.4	Vrijwilligers .....	30
6.5	Bestaffing .....	31
<b>7</b>	<b>Processen .....</b>	<b>32</b>
7.1	Organisatie van zorg.....	32
7.2	Medicatie distributie .....	33
7.3	Vrijheidsbeperkende maatregelen .....	36
7.4	Suïcidepreventiebeleid .....	42
7.5	Klachtenmanagement / patiëntenrechten .....	44
<b>8</b>	<b>Resultaten.....</b>	<b>47</b>
8.1	Patiënt/familiegeoriënteerde zorg .....	47
8.2	Samenwerkingsverbanden .....	48
8.3	Cijfergegevens .....	49

# 1 Inleiding

---

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

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

Facultatief boden we de mogelijkheid tot een slotbespreking waarbij de opmerkingen die doorgegeven werden in de reactienota, toegelicht konden worden. Het ziekenhuis wenste van deze mogelijkheid gebruik te maken. Deze slotbespreking ging door op 21 januari 2015, in zaal 00.01 (A-toren) om 10 u in het Ellipsgebouw (Koning Albert-II laan 35 te 1030 Brussel).

## 1.1 Toepassingsgebieden

Tijdens de audit wordt gefocust op kwaliteit van zorg:

- Toetsing van de erkenningsnormen;
- Evaluatie van het kwaliteitsbeleid i.f.v. het kwaliteitsdecreet.

De auditoren hanteren een referentiekader dat bekend gemaakt werd aan het ziekenhuis en te vinden is op volgende weblink:

<http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Procedures/Ziekenhuizen/Inspectie-en-audit-van-psihiatrische-ziekenhuizen/>

## 1.2 Definities

In het auditverslag wordt gebruik gemaakt van vijf soorten vaststellingen:

### **Algemene vaststellingen (AV)**

Deze elementen scoren niet negatief of positief. Ze worden beschouwd als nuttige achtergrondinformatie, bv. om de context te schetsen.

### **Sterke punten (SP)**

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

### **Aanbevelingen (Aanb)**

De aanbevelingen zijn niet dwingend en niet gebonden aan normering. Het zijn de adviezen die de auditoren wensen mee te geven om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

### **Non-conformiteiten (NC)**

Dit zijn de elementen die volgens het auditteam niet aan de wettelijk bepaalde norm voldoen. Omdat het agentschap Zorg en Gezondheid bevoegd is voor deze regelgeving en de interpretatie ervan, moeten deze non-conformiteiten worden gelezen als een "voorstel van non-conformiteit". Het agentschap Zorg en Gezondheid kan deze kwalificatie wijzigen.

## Tekortkomingen (TK)

Dit zijn net als de non-conformiteiten aspecten waarvoor het ziekenhuis onvoldoende scoort, maar de auditoren baseren zich hiervoor niet op erkenningsnormen. Omdat het agentschap Zorg en Gezondheid bevoegd is voor deze regelgeving en de interpretatie ervan, moeten ook deze tekortkomingen worden gelezen als een "voorstel van tekortkoming". Het agentschap Zorg en Gezondheid kan deze kwalificatie wijzigen.

Het agentschap Zorg en Gezondheid zal op basis van deze informatie de definitieve kwalificatie van de vaststellingen alsook, voor sommige non-conformiteiten, de uiterlijke termijnen bepalen tegen wanneer de instelling gevolg moet gegeven hebben aan de opmerkingen. Als er geen termijn aan gekoppeld werd, moet de non-conformiteit weggewerkt worden tegen de volgende audit.

Non-conformiteiten en tekortkomingen zullen steeds opgevolgd worden.

## 1.3 Auditproces

Ter voorbereiding van de audit werd door het ziekenhuis een zelfevaluatie gemaakt aan de hand van zelfevaluatie-instrumenten die door Zorginspectie werden ontwikkeld. Het ziekenhuis heeft zelfevaluaties gemaakt voor volgende thema's: algemeen beleid, medisch beleid, therapeutisch beleid, cijfergegevens, personeelsbeleid, kwaliteitsbeleid - lerende omgeving, patiëntenrechten en ombudsfunctie, apotheek en 16 PZ-afdelingen.

Daarnaast werden heel wat documenten opgevraagd, bv. als bijlage van de zelfevaluaties. Enkele voorbeelden hiervan zijn visieteksten, vergaderverslagen van beleid- en overlegorganen, procedures, interne reglementen en het kwaliteitshandboek.

Aan de hand van deze zelfevaluaties vond een risicoanalyse plaats door het auditteam van Zorginspectie.

Tijdens de auditgesprekken werd dieper ingegaan op de informatie die tijdens de voorbereidende fase verkregen werd. Deze informatie was niet enkel afkomstig uit de zelfevaluaties, de aangeleverde documenten en de voorstelling door het ziekenhuis, maar ook bv. uit vorige audit en/of inspectieverslagen, uit het bij de overheid ingediende opvolgingsverslag, de website van het ziekenhuis...

Er werden 28 uren interview en rondgang georganiseerd. Tijdens de interviews waren er gesprekken met 4 directieleden (waaronder de hoofdgeneesheer), 3 stafleden, 1 dienstverantwoordelijke (personeelsdienst), 9 psychologen, 3 artsen, 16 verpleegkundigen waarvan 9 hoofdverpleegkundigen, 1 apotheker en de externe ombudspersoon.

Een aantal verpleegafdelingen werden tijdens de audit bezocht. Het gaat om volgende eenheden:

- Pariz (Persoonlijkheidsstoornis, afhankelijkheidsproblematiek, residentiële intensieve zorg)
- plZa (psychiatrische Intensieve Zorgafdeling)
- De Bron (cluster psychosenzorg)
- De Stroom (cluster psychosenzorg)
- Wegwijs 1 (psycho-organische zorg)
- De Link (sociaal psychiatrische zorg)
- Oase 1 (gerontopsychiatrische zorg)
- FIDES (Forensisch Initiatief voor DEviantie Seksualiteit)
- Crisisinterventie (crisiszorg)

De afdeling 'De Palissant' kreeg recent een voorlopige erkenning binnen een project voor dubbeldiagnose. Voor deze afdeling zal een apart erkenningsbezoek voorzien worden.

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

## 1.4 Samenstelling van het auditteam

Tom Wylin	Hoofdauditor
Anja Claeys	Auditor
Veerle Meeus	Auditor
Nele Van Cauteren	Auditor
Lindsay Vissenaekens	Observator

## 1.5 Auditplan

Donderdag, 20 november 2014				
	Tom Wylin	Nele Van Cauteren / Lindsay Vissenaekens	Katleen De Ceulaer	Anja Claeys
9u00 – 10u00	Voorstelling auditteam en voorstelling ziekenhuis			
10u00 – 12u00	Afdelingsbezoek	Afdelingsbezoek	Afdelingsbezoek	Afdelingsbezoek
12u00 – 13u00	Middagmaal + overleg auditoren (auditoren alleen)			
13u00 – 14u00	Algemeen beleid	Ombudsfunctie en patiëntenrechten	Dwangmaatregel en, suïcidebeleid, agressiebeleid	Medicatiebeleid
14u00 – 15u00	Medisch beleid	Afdelingsbezoeken (m.b.t. ombudsfunctie en patiëntenrechten)		Afdelingsbezoeken i.f.v. medicatiebeleid

<b>Woensdag, 26 november 2014</b>			
	<b>Tom Wylin Anja Claeys</b>	<b>Nele Van Cauteren</b>	<b>Veerle Meeus</b>
9u00 – 11u00	Therapeutisch beleid	Kwaliteitsbeleid + resultaten van klanten en medewerkers	Afdelingsbezoeken i.f.v. agressie- en suicidebeleid
11u00 – 13u00	Afdelingsbezoeken i.f.v. therapeutisch beleid	Afdelingsbezoek	Personeelsbeleid
13u00 – 14u00	Middagmaal + overleg auditoren (auditoren alleen)		
14u00 – 14u30	Middagmaal / Afrondend gesprek		

## 2 Situering van de voorziening

---

### 2.1 Contactgegevens

Naam	Psychiatrisch Centrum Sint-Amandus
Adres	Reigerlostraat 10
Gemeente	8730 Beernem
Telefoon	050 / 79 95 00
Fax	050 / 79 95 11
E-mail	<b>sint.amandus@fracarita.org</b>
Website	<b>www.amandus.be</b>
Inrichtende macht	vzw Provinciaalder Broeders van Liefde
Voorzitter Raad van Bestuur	Ridder Raf De Rycke
Gedelegeerd bestuurder	Dhr. Koen Oosterlinck

### 2.2 Organogram

Directiecomité	
Algemeen directeur	Dhr. Patrick Penders
Hoofdgeneesheer	Dr. Geert Bosma
Directeur patiëntenzorg	Mevr. Els Vancoëllie
Facilitair directeur	Dhr. Luc Debruyckere
Administratief directeur	Dhr. Bram Verheye

Voorzitter medische raad	Dr. Dieter De Maeyer
--------------------------	----------------------

### 2.3 Gemachtigd geneesheer voor toezicht op gedwongen opname

Dr. Nils Verbeeck

## 2.4 Erkenningssituatie

Momenteel heeft het ziekenhuis vanwege de Vlaamse overheid een erkenning voor:

Erkenningstype	A (d+n)	a (d)	a (n)	T (d+n)	t (d)	t (n)	IB	Sp-psy	TOTAAL
Aantal erkend	110	20	1	233	24	1	16	54	459 bedden

- een functie ziekenhuisapotheek

Met ingang van 1 oktober 2014 werden 29 T-bedden gereconverteerd tot 20 A-bedden en erkend binnen een proefproject i.s.m. het VAPH voor de opvang van (jong)volwassenen met een dubbeldiagnose. Aangezien deze afdeling (De Palissant) vlak voor de audit een (voorlopige) erkenning kreeg en moet voldoen aan specifieke bijkomende normen, werd besloten hiervoor een apart erkenningsbezoek af te leggen eens de werking verder vorm gekregen heeft, en dit in eenzelfde periode te plannen als de bezoeken aan de andere twee gelijkaardige proefprojecten (PZ Caritas te Melle en PZ Asster te Sint-Truiden).

## 2.5 Historische en geografische situering

Het ziekenhuis werd opgericht door de Broeders van Liefde in 1928 als een 'Gesticht voor Krankzinnigen', in het gebouw van een voormalige hervormingsschool voor meisjes (De Rode Rokjes), dat overgekocht werd, samen met het domein van 64 hectare, van het ministerie van justitie. Het gebouw uit 1853 werd bewaard (huidig gebouw Sint-Vincentius) en op het domein werden vanaf 1928 verschillende nieuwe paviljoenen opgetrokken.

Tot 1969 bleef de instelling als een gesloten psychiatrisch instelling werken, met meer dan 1200 mannelijke patiënten, allen opgenomen op basis van het regime van collocatie. In 1969 werden, met de opening van het gebouw Reigerlo de eerste 'vrije' patiënten opgenomen. Op basis van de ziekenhuiswet van 1963 werden naast de broeders, de oppassers en enkele knechten ook verpleegkundigen aangeworven en konden de oppassers zich omscholen tot psychiatrisch verpleegkundigen. Ook deden de eerste vrouwelijke medewerkers hun intrede.

Naast de ziekenhuiszorg biedt Sint-Amandus ook zorg in psychiatrische verzorgingstehuizen (162 plaatsen), is er een rust- en verzorgingstehuis en wordt samengewerkt met de vzw Beschut Wonen Beernem.

Via het project ("artikel 107") stelde het ziekenhuis de financiële middelen van 30 T-bedden ten dienste van het netwerk GGZ Noord-West-Vlaanderen, dat actief is in Brugge, Zuienkerke, Jabbeke, Zedelgem, Oostkamp, Beerden en Torhout. De organiserende partners zijn, naast Sint-Amandus, het PZ Onze-Lieve Vrouw, psychotherapeutisch centrum Rustenburg, het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende AV en het AZ Sint-Lucas Brugge.

Samen met het *PZ Onze-Lieve-Vrouw* (412 bedden) te Brugge en het *Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg* (72 bedden) biedt het PC Sint-Amandus psychiatrische zorg aan in het noorden van West-Vlaanderen. Zuidelijker, in Pittem, ligt de *Kliniek Sint-Jozef, Centrum voor Psychiatrie en psychotherapie* (197 bedden) en ten zuid-westen, in Ieper, het *PZ Heilig Hart* (347 bedden). Naar het oosten toe situeert zich het *Psychiatrisch Centrum Sint-Jan* (201 bedden) te Eeklo.

Qua algemene ziekenhuizen met een psychiatrische afdeling zijn in het Brugse het *AZ Sint-Jan Brugge-Oostende* (campussen Sint-Jan en Sint-Franciscus-Xaverius) en het *AZ Sint-Lucas* (met naast een afdeling voor volwassenen ook een K-dienst) te vermelden. Noordwaarts is er een afdeling in het *AZ Zeno* (campus O.L.V. ter Linden te Knokke). In het zuiden hebben we te



Roeselare het *H.-Hartziekenhuis Roeselare-Menen* (campus Weststraat) en het *Stedelijk Ziekenhuis Roeselare* (die momenteel aan het fusioneren zijn tot AZ Delta), en te Tielt het *Sint-Andriesziekenhuis* een psychiatrische afdeling. In het westen zijn er geen psychiatrische ziekenhuizen, wel zijn er psychiatrische afdelingen te Oostende in het *AZ Damiaan* en op de campus Henri Serruys van het *AZ Sint-Jan Brugge-Oostende*, en te Veurne, in het *AZ Sint-Augustinus*.

Op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg ligt het ziekenhuis in het werkingsgebied van zowel het *CGG Noord-West-Vlaanderen* (Brugge – Oostende – Torhout) als van het *CGG Prisma* (Beernem – Oostende – Torhout – Blankenberge).

## 3 Leiderschap

---

Het PC Sint-Amandus te Beernem komt uit deze audit als een ziekenhuis met een aantal goede kanten (gerichtheid op doelgroepen met een complexe problematiek, groot domein met veel mogelijkheden, enkele afdelingen, zoals Oase 1 en Fides, met een vooruitstrevende werking) maar met ook een aantal (soms ernstige) tekorten.

De instelling is vanuit de traditie van een - tot eind de jaren '60 quasi volledig gesloten 'gesticht voor mannen' gericht op complexe en hierdoor soms langer durende pathologie. Dit gebeurt voor een groot deel in een aantal afdelingen of leefgroepen die gesloten of deels gesloten zijn. Naast deze algemene vrijheidsbeperkende maatregelen, waarvan de noodzaak in een paar gevallen in vraag wordt gesteld, blijken ook individuele vrijheidsbeperkingen, zoals afzondering en fixatie in een van de vele isoleerkamers of op een gewone kamer veel te frequent toegepast te worden, en dit zonder dat hiervoor steeds een gegronde aanleiding toe is. Het auditteam wil benadrukken dat dit als het belangrijkste en meest urgente verbeterpunt gezien wordt: zowel op zorginhoudelijk, organisatorisch en infrastructuur vlak zijn gerichte, samenhangende acties op korte en middellange termijn aangewezen, teneinde de huidige mentaliteit en praktijk ten aanzien van vrijheidsberoving drastisch te veranderen. Een tweede belangrijk werkpunt betreft de quasi afwezigheid van een modern (transmuraal) suïcidepreventiebeleid, en dit in een provincie met de hoogste zelfmoordcijfers van het land.

Voor de rest zijn er infrastructuur, organisatorisch en inhoudelijk ook sterke kanten en mogelijkheden. De inzet van het personeel is groot, maar door gebrek aan (vooral externe) vorming lijken de medewerkers onvoldoende op de hoogte van nieuwe en betere concepten in de zorg of druppelen nieuwe ideeën te traag binnen.

De organisatie van het ziekenhuis lijkt ons in belangrijke mate bij te dragen aan het tekort aan efficiëntie van het aanwezige potentieel: het gebrek vanuit de bestuursorganen van de Broeders van Liefde aan leiding, controle en sturing van de individuele ziekenhuizen op het vlak van zorginhoud en de kwaliteit van zorg, een grote concentratie van functies bij een beperkt aantal leidinggevend, en de grote autonomie die de afdelingen hebben bij het uitwerken van het beleid, in combinatie met weinig zorginhoudelijke samenwerking tussen de afdelingen. Alhoewel er voldoende overlegorganen bestaan, worden deze onvoldoende benut om de positieve elementen die aanwezig zijn organisatiebreed te benutten. Veel tijd gaat verloren door het apart uitwerken van elementen die beter centraal ontwikkeld worden, en door het naast elkaar werken van afdelingen. Door niet bruuskerend te willen optreden en een te voorzichtig timing gaat veel daadkracht verloren. Mede hierdoor moesten we vaststellen, dat het verschil tussen de afdelingen extreem groot is, zowel qua concept (herstelgericht versus niet revaliderend, al dan niet wetenschappelijk onderbouwde werking), organisatiewijze (zeer beperkte betrokkenheid van de afdelingsarts versus groepstherapie door de afdelingsarts, al dan niet gebruik maken van afdelingsoverschrijdend therapeutisch aanbod...), als praktische uitwerking (verschillen qua vrijheidsregels, familiebetrokkenheid, patiëntgerichtheid, attitude van de equipe...).

### 3.1 Beleidsorganen

- Het Psychiatrisch Centrum Sint-Amandus bestaat uit 1 ziekenhuis, 1 RVT en 4 PVT's (De Knop, De Stek, De Loot, De Ent), maakt deel uit van de zorginstellingen van de vzw Provinciaal van de Broeders van Liefde en is werkzaam op 2 campussen (Beernem en Torhout).

De vzw Provinciaal van de Broeders van Liefde beheert tal van instellingen, zowel binnen als buiten de gezondheidszorg: orthopedagogische centra, een instelling voor jongerenwelzijn, kinderdagverblijven, scholen voor buitengewoon basis- en/of secundair onderwijs, scholen voor gewoon basis- en secundair onderwijs, 3 internaten, instellingen in de sector van de sociale economie, rusthuizen, een centrum voor drughulpverlening, en 13 psychiatrische ziekenhuizen, al dan niet in combinatie met psychiatrische verzorgingstehuizen. Binnen de Raad van Bestuur wordt er gewerkt met verschillende

sectorverantwoordelijken. Zo is er een sectorverantwoordelijke welzijn – buitengewoon onderwijs – sociale economie, een sectorverantwoordelijke gewoon onderwijs en een sectorverantwoordelijke verzorgingsinstellingen. De psychiatrische ziekenhuizen worden door deze laatste sectorverantwoordelijke opgevolgd. **(AV)**

- De Raad van Bestuur (RvB) komt wekelijks samen (behalve in de schoolvakanties) en telt 9 leden met een diversiteit aan expertise. **(SP)**
- Naast de RvB is er ook een bestuursraad GGZ Broeders van Liefde waarop alle algemeen directeurs van de psychiatrische centra samenkomen met de bestuurder-sectorverantwoordelijke. Op de bestuursraad komen de gemeenschappelijke beleidsaangelegenheden van alle psychiatrische centra aan bod. **(AV)**
- De aansturing van het ziekenhuis binnen een grote groep van organisaties heeft op sommige vlakken duidelijk haar meerwaarde: **(SP)**
  - De directie van het ziekenhuis kan, wanneer ondersteuning op een of ander vlak gewenst is, beroep doen op de centrale coördinatie-staf van de Broeders van Liefde, die uit verschillende diensten bestaat (de vormingsdienst, patiënten- en bewonerszorg, juridische zaken, financieel-economische zaken, identiteit, gebouwen, informatica en communicatie, samenaankoopdienst).
  - Binnen de vzw Provinciaal-laat der Broeders van Liefde zijn er verschillende overleggroepen actief, waarop bepaalde functies in contact gebracht worden en ervaringen kunnen uitwisselen. Naar analogie met de bestuursraad GGZ bestaat er ook een overlegorgaan voor de hoofdgeneesheren van de psychiatrische centra van de Broeders van Liefde, voor de kwaliteitscoördinatoren, voor de apothekers, voor de directeurs patiëntenzorg, voor de administratief directeurs, voor de facilitaire directeurs, voor de hoofdboekhouders, voor de MPG-verantwoordelijken, voor de keukenverantwoordelijken, voor de preventieadviseurs en voor de werkgroepen ethiek/identiteit.

Op andere vlakken leidt deze vorm van multi-unit management volgens het auditteam tot knelpunten voor het PC Sint-Amandus. **(TK)** Er is een grote afstand tussen het directie- en het bestuursniveau. Hierdoor is er onvoldoende aandacht voor de individuele belangenbehartiging en voor de specifieke strategische aansturing van het PC Sint-Amandus door de Raad van Bestuur.

- Het contact van de directie met de RvB verloopt via de sectorverantwoordelijke. Er is geen rechtstreeks contact tussen de rest van de RvB en het directiecomité (DC).
- Er is geen structureel overleg tussen de sectorverantwoordelijke en het DC: dit overleg gebeurt ad hoc en op vraag.
- Uit de uittreksels van de vergaderverslagen van de RvB blijkt dat specifieke onderwerpen van het PC Sint-Amandus maar in beperkte mate aan bod komen op de overkoepelende Raad van Bestuur.
- De stand van zaken m.b.t. kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid in de individuele ziekenhuizen komt zo goed als niet aan bod op de Raad van Bestuur.

Momenteel wordt een reorganisatie doorgevoerd van de beleidsorganen, met de bedoeling aan bovengenoemde opmerkingen tegemoet te komen. Zo is voorzien in de oprichting van een beheerscomité, met daarin, naast een vertegenwoordiger van de RvB (de gedelegeerd bestuurder en de sectorverantwoordelijke), een vertegenwoordiging van zowel de algemene directeurs (2 personen) als van de hoofdgeneesheren (2 artsen) en een aantal onafhankelijke experts. Een aantal mandaten van de RvB zullen overgenomen worden door dit nieuwe bestuursniveau dat vanaf januari 2015 operationeel wordt. **(AV)**

- Er is een centrale commissie ethiek GGZ op het niveau van de vzw Provinciaal-laat van de Broeders van Liefde. Tot voor kort huldigde de vzw het standpunt dat deze centrale commissie de enige was die moest voldoen aan de wetgeving over de samenstelling van ethische commissies. In de praktijk komt deze commissie niet als dusdanig samen, maar

delegeert ze haar opdrachten aan twee subcommissies: de Begeleidingscommissie en de Toetsingscommissie.

De Begeleidingscommissie wordt gevormd door twee vertegenwoordigers van ieder ziekenhuis en bestaat op die manier uit psychiaters, psychologen, verpleegkundigen... Er zijn een viertal bijeenkomsten per jaar. Naast individuele casusbesprekingen werkt men regelmatig aan algemene ethische adviezen (objectivering van de zorg, euthanasie, informatie delen...), hetzij op vraag van de Raad van Bestuur van de Broeders van Liefde, hetzij op basis van de problematiek die via casussen aan bod kwam. De Toetsingscommissie staat in voor het goedkeuren van allerhande onderzoeksaanvragen. De voorbije jaren werd besloten om naast de centrale werking op ethisch vlak, ook een decentrale structuur te voorzien om de lokale voorzieningen te responsabiliseren in hun ethisch beleid. Op 14 oktober 2014 werd met het agentschap Zorg en Gezondheid afgesproken dat deze lokale comités ook zouden voldoen aan de wettelijke samenstelling, zonder participatie van directieleden. Ook dit punt is momenteel in ontwikkeling. **(AV)**

- Er is een Permanent OverlegComité directie-geneesheren (POC) dat maandelijks samenkomt. Binnen het medisch departement zijn er de wekelijkse vergaderingen van medische raad / medische staf. Hierop worden ook de patiënten besproken waarvoor een opnameaanvraag is ingediend en de patiënten waarmee men op behandelingsvlak problemen ondervindt. **(SP)**
- Het ziekenhuis kiest voor een “platte” organisatie van het departement patiëntenzorg, zonder klassiek hiërarchisch middenkader. Er zijn in het zorgdepartement 5 staffuncties (4,75 VTE) die de afdelingen ondersteunen en bijstaan in hun beleid en projecten:
  - coördinator kwaliteit, patiëntveiligheid en begeleider projecten patiëntenzorg
  - coördinator vrijheidsbeperkende maatregelen, kwaliteitsprojecten patiëntveiligheid, projectopvolging infrastructuurwerken
  - de introductiebegeleider,
  - VTO-coördinator en begeleider projecten patiëntenzorg
  - coördinator transmurale en interdisciplinaire samenwerking

De keuze om te werken met een “platte organisatie” impliceert ook dat er in het ziekenhuis niet gewerkt wordt met een personeelsdirecteur maar met een ondersteunende geïntegreerde personeelsdienst. **(AV)**

- Beleidsmatig wordt de zorg op de 16 afdelingen aangestuurd door een kernteam, bestaande uit de afdelingspsychiater, de therapeutisch coördinator (meestal een psycholoog) en het (verpleegkundig) afdelingshoofd. **(AV)**  
Alhoewel aan de ene kant duidelijk gesteld wordt dat de kernteams uitermate belangrijke overlegorganen vormen op therapeutisch en organisatorisch vlak, werd vastgesteld dat sommige kernteams enkel ad hoc en in de praktijk slechts zelden bijeenkomen, en bovendien soms ook zonder verslaggeving. **(TK)**
- Volgens het organogram vormen een aantal afdelingen een cluster. **(AV)** In de praktijk zijn cluster vooral een papieren aangelegenheid. Enkel voor psychosenzorg en gerontopsychiatrie is er enige samenwerking tussen de afdelingen, vooral projectmatig. Voor psychosenzorg zou er binnenkort een eerste clusteroverleg georganiseerd worden. Men denkt er aan om in de toekomst te werken met clusterkernteams, waarbij een stafmedewerker voor ondersteuning kan zorgen.
- Naast de hierboven genoemde beleidsorganen zijn er nog heel wat andere adviesorganen, commissies, comités en werkgroepen actief. Op instellingsniveau gaat het om: **(AV)**
  - Beleidsgroep
  - Comité patiëntveiligheid
  - Comité voor preventie en bescherming op het werk
  - Medisch Farmaceutisch Comité / comité medische materialen
  - Comité ziekenhuishygiëne
  - Dialorum / Uitgebreid Dialorum
  - Afdelings- en diensthoofdenvergadering

- HACCP-comité
- Interne interventieploeg
- Kerngroep identiteit
- Lokaal Adviescomité PVT
- Lokale Toezichtscommissie PVT
- Ondernemingsraad
- Opname-overleg
- Overleg facilitaire diensthoofden
- Projectgroepen ABP (algemeen beleidsplan)
- Projectgroep agressiebeheersing
- Projectgroep interdisciplinaire samenwerking
- Projectgroep somatiek
- Projectgroepen art. 107 (stuurgroep, medisch college, werkgroep functie 2A)
- Stuurgroep centraal behandel- en activeringsaanbod
- Stuurgroep ICT (informatie - & communicatie technologie)
- Stuurgroep Medewerkersbeleid
- Vakgroepvergaderingen
- Vakgroepvoorzittersoverleg
- Werkgroep TIEH (thuis in eigen huis)
- Overleg hoofdgeneesheer – geneesheer hoofd van dienst met justitie

Tussen de afdelingen bleken er grote verschillen te bestaan in vergaderfrequentie en inhoudelijke werking van gelijkaardige overlegstructuren. Ook worden verschillende namen door elkaar gebruikt voor dezelfde vergadering. Waar op de ene afdeling een bepaald overleg volgens een vaste regelmaat samenkomt, gebeurt dit op andere afdelingen bv. enkel ad hoc. Op sommige afdelingen is er gestructureerde verslaggeving van een bepaald type overleg, op andere is van hetzelfde overleg af en toe een soort verslag, op andere geen.

Het lijkt ons niet alleen nodig, zoals het algemeen beleidsplan voorziet, om een goede inventaris van alle overlegmomenten op te stellen, samen met een beschrijving er van (doel, samenstelling, aantal bijeenkomsten, wijze van verslaggeving, plaats in organogram, bevoegdheden, verwachtingen...), maar ook om meer uniformiteit te bewerkstelligen. Een duidelijke functieomschrijving en meer uniforme werkwijze voor elk van de afdelings- of vakgroepgebonden overlegvergaderingen zou een duidelijker beeld geven van de werking van het ziekenhuis. Dit kan nuttig zijn bij de evaluatie en bijsturing van de organisatiestructuur. Het huidige beleidsproject moet dan wel verder gaan dan het louter inventariseren en formaliseren van wat momenteel bestaat. **(Aanb)**

### 3.2 Organisatiestructuur

- Het ziekenhuis wordt gekenmerkt door een centraal bestuur (DC, POC...) met daaronder de verschillende afdelingen die aangestuurd worden door hun kernteam. Tussen de afdelingen onderling is er gestructureerd overleg (dialorum en diensthoofden- en stafvergadering). **(AV)**
- De leden van het directiecomité werken als college. De leden hebben een gedegen ervaring en/of managementopleiding. **(AV)**
- Het departement patiëntenzorg wordt aangestuurd door de directeur patiëntenzorg (1 VTE). De directeur patiëntenzorg bekleedt deze functie sinds eind 2006. De directeur patiëntenzorg is de hiërarchisch verantwoordelijke voor de verpleegkundigen, de psychologen, en alle andere therapeuten. **(AV)**
- Behalve de hoofdgeneesheer heeft geen van de andere artsen een uitgebreide opleiding doorlopen over management of kwaliteitszorg. We bevelen aan om geïnteresseerde artsen te stimuleren om een opleiding inzake ziekenhuismanagement te volgen. **(Aanb)**
- Bij de dagelijkse werking kunnen de afdelingen beroep doen op de ondersteuning door de 5 stafmedewerkers en de medewerkers van het centraal behandel- en activeringsaanbod

(o.a. ergotherapie, hippotherapie, kinesitherapie, logopedie, psychotherapie, psychodiagnostiek, vrije tijd...). **(AV)**

- Binnen elke afdeling worden belangrijke processen of thema's mede ondersteund door tal van referentiemedewerkers. Referentiemedewerkers zijn actief op volgende domeinen:
  - Agressiebeheersing
  - Geneesmiddeldistributie
  - ICT en EPD
  - Incontinentieverzorging
  - Mentorschap studenten
  - Zinzorg en Pastoraal
  - Somatische zorg
  - Voeding
  - Vrijetijd
  - Was&Linnen

Per referentie is er een centrale referentiemedewerker (een stafmedewerker) aangesteld. Volgens de minimale verwachtingen zou feedback uit het overleg van referentieverpleegkundigen een vaste rubriek moeten vormen op het werkoverleg/teamvergadering op de afdelingen en soms ook op een kernteamvergadering aan bod komen. **(AV)**

Op zich kan dit systeem zeer waardevol zijn, maar in de praktijkuitwerking gaan de meeste pluspunten van het systeem verloren. Het geven van feedback blijkt sterk afdelingsgebonden te zijn en afhankelijk van de tijd die er voor al dan niet wordt vrijgemaakt. Er wordt geen tijd vrijgesteld specifiek voor de taken van referentiemedewerkers. Uit gesprek blijkt dat het de verantwoordelijkheid is van iedere referentieverpleegkundige dat nieuwe medewerkers ingeschoold worden over hun referentiegebied. Deze taak is niet opgenomen in alle functieomschrijvingen en is niet gekend op alle afdelingen. **(TK)**

- Voor de verschillende referentiemedewerkers (binnen 10 domeinen) heeft men een functieomschrijving uitgewerkt. Toch zijn er in het psychiatrisch ziekenhuis niet voor alle functies functiebeschrijvingen en/of competentieprofielen aanwezig. Talloze ontwerpen van functieomschrijvingen circuleren al vele jaren (soms meer dan 8 jaar) en raken maar niet afgewerkt. Het gebrek aan functieomschrijvingen was reeds een opmerking in het vorige auditverslag. **(TK)** Ondertussen werd het opmaken van functiebeschrijvingen in samenwerking met functiehouders, kernteams en vakgroepen als actiepunt nogmaals opgenomen in het beleidsplan 2013-2018. Naast integratie, evaluatie en opvolging van medewerkers wil men de functiebeschrijvingen gebruiken als insteek voor teamsamenstelling, selectie, rekrutering, introductie en loopbaangesprekken en formele gesprekken. Voor de opmaak maakt men o.a. gebruik van de beperkte beschrijvingen van functies die werden opgemaakt na interviews met functiehouders in het kader van een IFIC (Instituut voor Functieclassificaties) -studie een vijftal jaar geleden. **(AV)** Er wordt gewerkt, binnen de wettelijke bepalingen, met functiedifferentiatie. Ook hiervoor zouden best de taken en verantwoordelijkheden van verpleegkundig, verzorgend en logistiek personeel duidelijk bepaald en vastgelegd moeten worden in functiebeschrijvingen. **(TK)** Dit was eveneens een opmerking in het vorige auditverslag.
- Door de talrijke, al dan niet ad hoc, overlegmomenten, het gebruik van verschillende namen voor eenzelfde overleg, het bestaan van niet formele clusters en clusterkernteams, de wisselende betrokkenheid van afdelingspsychiaters bij hun afdeling, is een goede uitwisseling van informatie tussen de zorgverleners onderling en tussen de zorgverleners en de directie moeilijk. **(TK)**

## 4      **Beleid en strategie**

---

### 4.1    **Algemeen, kwaliteits- en medisch therapeutisch beleid en strategie**

- In de instelling wordt het beleid uitgestippeld door middel van meerjarenplannen ('algemeen beleidsplan'). Om de twee jaar worden 'marathonzittingen' georganiseerd die alle afdelingen aan de hand van een invulformulier met suggesties, de zogenaamde 'minimale verwachtingen' moeten voorbereiden. Het verslag van deze marathonzitting geldt als beleidslijn voor de afdelingen, en moet dan verder uitgewerkt worden door de kernteams.

Voor een aantal afdelingen (met nieuwe leidinggevenden, speciale projecten of bij duidelijk disfunctioneren) worden tussentijds 'halve marathonzittingen' gehouden.

Met uitzondering van 1 afdeling (Fides) stellen de afdelingen geen jaarverslag op en evalueren ze hun werking niet jaarlijks: de voorbereiding van de marathonzitting wordt beschouwd als een evaluatie, het verslag van de zitting als jaarverslag, terwijl dit eigenlijk gaat over de manier waarop het algemeen beleidsplan wordt bijgestuurd en niets afdelingsspecifiek bevat. Het is aan de kernteams om te bepalen welke punten op afdelingsniveau verder uitgewerkt kunnen worden.

Nochtans wordt er op niveau van het centrum een narratief jaarverslag opgesteld: dit bevat de neerslag van enkele belangrijke kwaliteitsprojecten, beleidskeuzes voor patiënten- en bewonerszorg en de daaraan gekoppelde praktijkbegeleiding/vormingstrajecten, pilootprojecten... **(AV)**

- Er is binnen het ziekenhuis geen therapeutisch directeur. Het therapeutisch beleid wordt bepaald door het kernteam van de afdeling. Elke afdeling heeft een eigen therapeutische aanpak en een eigen therapeutisch aanbod, afhankelijk van de doelgroep, de werking en de therapeutische achtergrond van het kernteam. Elke afdeling kan daarnaast beroep doen op een centraal therapeutisch aanbod, maar ook op dat vlak varen de afdelingen een autonome koers. **(AV)**
- De verschillende therapeutische disciplines binnen een afdeling worden aangestuurd door het kernteam van de afdeling. Het afdelingshoofd is verantwoordelijk voor de organisatie, de arts en de therapeutisch coördinator van de afdeling zijn verantwoordelijk voor het inhoudelijke. De hoofdarts, de directeur patiëntenzorg en de algemeen directeur hebben als taak de kernteams op te volgen en doen dit o.a. via de 2-jaarlijkse marathonzitting en eventuele halve marathonzittingen. **(AV)**
- Na een periode waarin de zorg geconcentreerd werd op afdelingsniveau met als belangrijkste element de oprichting van multidisciplinaire teams per afdeling, zien we nu dat afdelingen eerder te autonoom functioneren en het zorgaanbod soms beperken tot wat in het eigen aanbod zit. Wil men de zorg explicieter op de patiënt oriënteren, dan dient de organisatie van het ziekenhuis zich meer te richten naar de zorgprocessen en naar de behoeften en vragen van de patiënt. **(Aanb)**

Onder andere volgende vaststellingen ondersteunen deze stelling:

- Er is een centraal behandelaanbod gecreëerd, maar niet alle patiënten kunnen hierop beroep doen. Zo stelt de ene intensieve behandel eenheid (Pariz) dat bepaalde patiënten op indicatie hiernaartoe georiënteerd worden, terwijl dit op de andere intensieve eenheid (plZa) door de equipe helemaal niet toegelaten wordt. De ene afdeling heeft geen weet van het beleid op dit vlak van de andere afdeling, ook al liggen deze afdelingen naast elkaar, delen ze een stuk van de infrastructuur, en hebben ze allebei een populatie met agressief gedrag.

- Alhoewel men stelt een afzonderings- en fixatiearm beleid te willen voeren, zien we in de praktijk eerder het tegenovergestelde: bijna 1% (meer dan 2500 kalenderdagen, overeenkomend met 30603 uur of ongeveer 1275 etmalen) van het aantal ligdagen wordt gerealiseerd in afzonderingskamers. Dit is een zeer hoog cijfer, dat slechts voor een deel kan verklaard worden door de specifieke morbiditeit. Ook het aantal uren fixatie in afzonderingskamers is bijzonder hoog: bijna 15000 uren per jaar. Daarbij komen nog een onbekend aantal niet geregistreerde vrijheidsberovingen: afzonderingen op de patiëntenkamer, verblijf in gesloten, half-open afdelingen en gesloten leefgroepen. Alhoewel er een algemene visie is, krijgen alle afdelingen veel ruimte om het afzonderings- en fixatiebeleid naar eigen believen in te vullen. We zien dat in de praktijk een aantal pseudo-indicaties gebruikt worden waarbij er van een gevaarsituatie geen sprake is: afzondering en fixatie als strafmaatregel (bv. bij niet volgen van therapie, bij verbale agressie...), als preventie van vallen, omwille van lage personeelsbestaffing..., hetgeen op zich al een deel van deze extreem hoge cijfers betreffende vrijheidsberoving verklaart.  
Bovendien is de praktijkuitvoering van afzondering en fixatie in dit ziekenhuis ronduit slecht / slecht gedocumenteerd (soms geen enkele observatie terug te vinden gedurende de volledige afzonderingsperiode).
- Er wordt beweerd dat het crisisontwikkelingsmodel wordt toegepast, maar dit blijkt in de praktijk meestal niet het geval te zijn. Ook deze toepassing verschilt sterk van afdeling tot afdeling. Op sommige afdelingen wordt gewerkt met signaleringskaarten voor patiënten en verpleging, op andere afdelingen is hiervan noch op patiënteniveau, noch op dossierniveau, noch bij de verpleging iets van signaaldetectie te merken.
- De dienstspecifieke inscholing verschilt sterk van afdeling tot afdeling. De dienstspecifieke inscholing verschilt sterk van afdeling tot afdeling, net als de participatie van nieuwe medewerkers aan de (nochtans verplichte) ziekenhuisbrede inscholing. Sinds begin 2014 wordt de inplanning van nieuwe medewerkers aan de ziekenhuisbrede inscholingssessies door de begeleider (her)intreder gedaan en opgevolgd, waardoor de participatiegraad beduidend is gestegen.
- Alhoewel het ziekenhuis het in zijn identiteitsverklaring heeft over 5 cruciale sleutels tot kwaliteit van zorg is er in de realiteit nog veel werk om deze visie ook daadwerkelijk in de praktijk te brengen. Zo is een van deze sleutels bijvoorbeeld 'deskundigheid' waarbij expliciet gesteld wordt dat men zorg biedt gebaseerd op een zorgpraktijk 'telkens opnieuw getoetst aan de inzichten die de wetenschappelijke wereld ons bijbrengt'. Op zowat geen enkele afdeling werd de zorgpraktijk ooit getoetst aan wetenschappelijke inzichten. Ook qua 'mensgerichtheid' kan er nog grote vooruitgang geboekt worden, vooral in het beschouwen van de patiënt als volwaardige partner in de zorg.
- Dossiersystemen verschillen van afdeling tot afdeling.  
Op de afdeling Oase 1 werd bv. d.m.v. een werkgroep een beleid ontwikkeld rond probleemgedrag en valpreventie in samenwerking met Oase 2. De aangepaste werking werd geïntegreerd in het patiëntendossier REGAS. Dit beleid wordt echter enkel gebruikt op Oase 1 en 2, maar hoe andere afdelingen werken en of andere afdelingen op de hoogte zijn van het bestaan van dit beleid, weet men niet. Een beleid rond fixatie en valpreventie is van die aard dat dit beter op ziekenhuisniveau uniform uitgewerkt wordt. **(Aanb)**

De huidige organisatiestructuur van het ziekenhuis lijkt op dit moment ontoereikend om noodzakelijke en dringende veranderingen vlug en algemeen door te voeren.

Vanuit de directie wil men zeer sterk vasthouden aan de horizontale structuur en de eigenheid en autonomie van elke afdeling. Dit brengt met zich mee dat elke afdeling eigen richtlijnen, weliswaar met een leidraad aangeboden door de directie, dient uit te werken. Dit is zeer tijdrovend en brengt met zich mee dat een globaal overzicht moeilijk wordt. Elke afdeling afzonderlijk controleren is een immens werk binnen een ziekenhuis van dergelijke omvang. Ook naar meten van out-come is dit moeilijk omdat niet iedereen dezelfde aanpak heeft rond bepaalde topics die uiteindelijk toch in het volledige ziekenhuis



moeten toegepast worden (dwangmaatregelen, suïcidebeleid...) De laatste tijd worden allerlei overlegstructuren opgestart om toch afdelingsoverschrijdend te kunnen werken. De vraag stelt zich als de organisatie van al deze overlegstructuren niet meer tijdrovend is dan wanneer men de keuze zou maken om toch een miniem middenkader te installeren die alles kan coördineren en controleren, waardoor er efficiënter kan gewerkt worden en men een duidelijker overzicht krijgt door centralisatie van enkele taken. De stafmedewerkers hebben binnen dit ziekenhuis ook geen lijnmandaat binnen het huidige organogram. Misschien is een lijnmandaat te overwegen, waardoor geen bijkomende aanwervingen dienen te gebeuren. Op die manier zou de controlerende en coördinerende functie van de directie, die zeer tijdrovend en arbeidsintensief is, extra ondersteund kunnen worden. **(Aanb)**

- Sinds dit jaar is er gestart met een overleg tussen de verschillende afdelings- en diensthoofden en de verschillende therapeutische coördinatoren, met de bedoeling zo te kunnen werken rond gezamenlijke thema's. Dergelijk overleg is momenteel 2 keer per jaar gepland. **(AV)**
- Het centrale therapieaanbod vormt een aparte entiteit binnen het ziekenhuis met een eigen diensthoofd en inhoudelijk verantwoordelijke. Deze vormen samen met de hoofdgeneesheer en de directeur patiëntenzorg het kernteam, dat een 4-tal keer per jaar samenkomt. **(AV)**
- Recent werd een programmatiecommissie opgestart die om de 2 maanden samen komt om het therapieaanbod (van het centrale aanbod) onder de loep te nemen en af te stemmen met de afdelingen. In het ziekenhuis is het zo dat er centraal vooral een arbeidsmatig therapieaanbod is en er daarnaast een aantal andere therapieën bestonden die onafhankelijk van elkaar werkten. Sinds een jaar is er een fusie gebeurd van al deze centrale diensten en werd op inhoudelijk vlak een 'coördinator centraal' aangesteld. Deze verzorgt nu de connectie naar de interdisciplinaire teams (o.a. via het therapeutisch coördinatorenoverleg) en naar de programmatiecommissie. **(AV)**
- Sinds vorig jaar komt elke therapeutische discipline ongeveer maandelijks samen in een vakgroepvergadering. Alle vakgroepen proberen te komen tot een inhoudelijk verdieping van het eigen functioneren als discipline, een aantal hebben eveneens de opdracht te komen tot organisatorische afstemming (kinesithérapie, maatschappelijk werk, psychologen). **(AV)**  
Er werd sinds kort ook een overleg geïnstalleerd tussen de voorzitters van de verschillende vakgroepen. Op die manier wil de directie onder meer een input krijgen voor het uitstippelen van een algemeen beleid en het maken van algemene afspraken rond bepaalde aspecten van het therapeutisch beleid. Dit overleg fungeert als een inhoudelijke denktank om op termijn een aantal standaarden en een algemeen therapeutisch kader uit te werken. **(AV)**
- De meeste artsen en een deel van de psychologen volgden een bijkomende psychotherapeutische opleiding. Bij aanwerving van psychologen en artsen wordt de laatste jaren, meer dan vroeger, de psychotherapeutische achtergrond in rekening gebracht. Hierbij wordt advies gevraagd aan het kernteam en wordt aan de vakgroep psychotherapie gevraagd naar specifieke richtlijnen hieromtrent, rekening houdend met de toekomstige functie op de betreffende afdeling en het al dan niet passen van de persoon binnen het team op de afdeling. Wanneer dit relevant geacht wordt voor de doelgroep en de werking van de afdeling, wordt een financiële tegemoetkoming voorzien voor het volgen van een psychotherapeutische opleiding. **(AV)**
- Er is geen specifieke therapeutische aanpak uitgewerkt voor de belangrijkste psychopathologieën waarvoor geen specifieke afdelingswerking is uitgebouwd. **(TK)** Zo is er bijvoorbeeld in het ziekenhuis geen afdeling die zich specifiek richt op stemmingsstoornissen en springt elke afdeling die hier nu mee geconfronteerd wordt wat naar eigen goeddunken om met deze patiënten. Een therapeutisch kader wordt best per

doelgroep (bv. psychose, persoonlijkheidsstoornissen...) uitgewerkt, met aandacht voor de wetenschappelijke onderbouw. **(Aanb)**

- Het therapieaanbod op de crisisafdeling is nu erg beperkt en eenzijdig. Naast het diagnosegesprek is er enkel een "eerder observatieve" ergotherapie die halftijds wordt georganiseerd. Soms wordt een patiënt georiënteerd naar het centrale therapie aanbod en naar verluidt zouden patiënten in principe kunnen aansluiten bij het therapieaanbod van de afdeling waarnaartoe ze georiënteerd worden. **(AV)** In de praktijk gebeurt dit maar in beperkte mate. De gemiddelde verblijfsduur op deze afdeling is nochtans 18 dagen, met uitschieters van een paar maanden tot een jaar. Rust inschakelen, als vorm van therapie, kan zeker nuttig zijn in een beginfase van een opname, maar het belang van vroegtijdige stimulatie bij psychiatrische patiënten dient ook in rekenschap te worden gebracht. Zelfs voor patiënten die aanvankelijk niet de wens hebben om langer te blijven, is het belangrijk om hen kennis te laten maken met het therapeutisch aanbod op vervolgfafdelingen, om de drempel voor latere vrijwillige opname te verminderen. Dit is op deze afdeling onvoldoende in de werking verankerd. **(Aanb)**
- Zorg voor familie is in dit ziekenhuis geregeld per afdeling met een zeer verschillende aanpak per afdeling. Familiewerking is onvoldoende structureel ingebouwd in de werking van alle afdelingen en heeft nog onvoldoende een formele plaats op verschillende plaatsen en momenten in de zorgtrajecten die de patiënten volgen. **(TK)** De familie moet dan wel als een volwaardige partner beschouwd worden, met aandacht voor hun noden, wensen en behoeften. Zo zal ook voor patiënten zelf het belang van familie bij het persoonlijk herstelproces (tijdens en na opname) duidelijker worden wat een attitudewijziging kan bewerkstelligen bij patiënten die aanvankelijk weigerachtig staan tegenover het betrekken van hun naasten. Binnen psychosezorg wordt hier nu al veel aandacht aan besteed, op andere afdelingen beperkt het contact met de familie zich tot een gesprek met de maatschappelijk werker bij opname. Op sommige afdelingen heeft dit opnamegesprek louter een hetero-anamnestic doel. De familiebetrokkenheid gebeurt bijgevolg op weinig systematische basis wat wil zeggen dat ze sterk afhankelijk is van de werkwijze van afdelingen en personen. Sommige afdelingen die een zeer familie betrokken beleid voeren zouden hun know-how kunnen delen met afdelingen waar de familiebetrokkenheid nog niet echt ingeburgerd is. **(Aanb)**
- Een ziekenhuis van deze omvang kan een belangrijke rol spelen in de vermaatschappelijking van de psychiatrie en het doorbreken van taboes. Dit vraagt een extra inspanning zowel organisatorisch als financieel, maar misschien kan dit overbrugd worden door samen te werken met omliggende psychiatrische ziekenhuizen en partners uit het netwerk GGZ Noord-West-Vlaanderen. We denken hierbij aan KOPP werking, info en opvang van familie bij crisisopname, infosessies naar professionelen en scholen ter preventie van seksuele misdrijven... **(Aanb)**
- Routine Outcome Monitoring (i.e. een methodiek waarbij regelmatig metingen gedaan worden van de toestand van de cliënten met het oog op evaluatie en eventueel bijsturing van de behandeling, en dit zowel op individueel-klinisch als op programmaniveau) maakt geen deel uit van de werking. **(Aanb)** Er werd recent wel een studie gestart op FIDES naar outcome metingen in het kader van een doctoraatsstudie van een van de medewerkers. **(SP)**

## 4.2 Lerende omgeving

- Kwadrant structureert zowel het kwaliteitshandboek als het referentiekader dat afdelingen gebruiken voor hun zelfevaluatie ('Minimale Verwachtingen t.a.v. het afdelingsbeleid'), op basis waarvan hun afdelingsbeleidsplan wordt uitgewerkt. De indeling in de 5 klassieke management gebieden van Kwadrant werd teruggebracht naar 3. De 3 weerhouden management gebieden zijn: **(AV)**

- Leiderschap,
- Beleid & Strategie,
- Middelenmanagement.

De outcomegebieden werden bij 'beleid en strategie' gevoegd. Nochtans gaat het om belangrijke gebieden die ook een volwaardige aandacht verdienen. **(Aanb)**

- Het kwaliteitsdenken en –handelen krijgt in dit ziekenhuis vorm op verschillende niveaus: **(AV)**
  - Algemeen niveau:
    - Het Algemeen Beleidsplan (ABP) met momenteel 34 centrale projecten. De “Beleidsgroep” (vroeger gekend als “stuurgroep kwaliteit”) bepaalt het instellingsbrede algemeen beleidsplan.
    - Een vaste (6-jarige)beleidscyclus geeft weer hoe op de verschillende beleidsniveaus het beleid gevormd en geëvalueerd wordt (o.a. d.m.v. beleidsdagen, (halve)marathonzittingen, beleidsplannen)
    - Het kwaliteitshandboek als informatiebron en verzameling van structuurelementen en werkwijzen.
  - Verpleegafdelingen en centrale diensten/vakgroepen werken met een vastgelegd referentiekader ‘Minimale Verwachtingen’, op basis waarvan ze periodiek hun zelfevaluatie uitvoeren, die gevisualiseerd wordt in een bordtabel en op basis waarvan het afdelings-/dienst-beleidsplan wordt opgesteld.
  - Het werken met project-, werk- en stuurgroepen
  - Het werken met referentiemedewerkers (centraal + op afdelingsniveau) en vakgroepen.
- Een ziekenhuisbrede visie omtrent kwaliteit en continue verbetering dringt zich op. **(TK)** Dergelijke ziekenhuisbrede visie moet als basishouding en -principe uitgedragen worden en concreter vorm krijgen. Gedragenheid en communicatie vanuit de voltallige directie moet voldoende zichtbaar en tastbaar worden in de organisatie.
- Doordat er heel wat vrijheid toegekend wordt om het beleid (therapeutisch en kwaliteitsbeleid) op de afdelingen zelf expliciet verder vorm te geven, zou het kernteam de drijvende motor moeten zijn voor deze verander- en optimaliseringstrajecten binnen het ziekenhuis. De beleidsartsen binnen het kernteam zijn dan ook een belangrijke taak toebedeeld. In dit opzicht is het belangrijk dat alle artsen volledig doordrongen worden van de leer- en verbetercultuur en de basisprincipes rond kwaliteits- en planmatig gericht werken (o.a. PDCA). Een specifieke rol naar inbreng en opvolging is hierbij weggelegd voor de hoofdgeneesheer als officiële beleidsmaker en opdrachtgever binnen het ziekenhuis. **(AV)**  
Niet alle beleidsteams blijken even goed te werken hetgeen het uitstippelen en uitwerken van concrete kwaliteitsprojecten kan belemmeren. **(TK)**  
  
Er dient een ander evenwicht gezocht te worden tussen enerzijds de vrijheid om zelf accenten in het gevoerde kwaliteitsbeleid te leggen en anderzijds de integratie van meer verplichte thema’s en verbeterprojecten op afdelingsniveau. Het is noodzakelijk om met meer slagkracht projecten en focusverschuivingen ziekenhuisbreed door te voeren (invoeren ROPI, familiebetrokkenheid, patiëntbetrokkenheid, visie afzondering, ...), weliswaar met voldoende aandacht voor weerstanden die gedurende deze cultuurverandering de kop op zullen steken. **(TK)**
- Er zijn heel wat standaarddocumenten vooraf goed en grondig uitgewerkt door de kwaliteitscoördinator en stafmedewerkers (o.a. het document minimale verwachtingen van de afdelingen, toelichting bij beleidscyclus, projectsjablonen, ...). Deze documenten dienen als leidraad voor de effectieve uitwerking (o.a. van het kwaliteitsbeleid en de verbeterprojecten) ervan op de afdelingen. **(SP)**  
Er worden wel grote verschillen vastgesteld bij de vertaalslag naar de afdelingen. We bevelen aan om een aantal spelregels op te maken voor het gebruik van de sjablonen en

leidraden. De invulling van de minimale verwachtingen is te omvangrijk en herhaalt te vaak de 'oorspronkelijke insteek'. Het is de bedoeling dat de vertaling en invulling op de afdeling zelf zichtbaar en helder weergeeft waar de afdeling voor gaat en zal aan werken. Dergelijke 'afgeslankte' versies geven een beter overzicht voor de beleidmakers en zullen meer werkbaar zijn op de afdeling. **(Aanb)**

- De opvolging van de centrale en vooral de afdelingsverbeterprojecten vraagt een duidelijker en meer gestructureerd overzicht, waardoor opvolging, voortgang en controle eenvoudiger uit te voeren zijn. **(TK)** Het engagement van de afdelingen en projecten zal minder vrijblijvend worden en verantwoording over de behaalde resultaten moet ingeburgerd worden.  
We bevelen aan ook hier projectfiche-matig te werken, zodat duidelijke doelstellingen (SMART-geformuleerd) en timing richtinggevend kunnen werken. **(Aanb)**
- We bevelen aan om de communicatie tussen de afdelingen en kwaliteitscoördinator en stafmedewerkers rond kwaliteit meer te systematiseren en te structureren (o.a. forum installeren waar zowel gepresenteerd (o.a. succesverhalen) als gediscussieerd kan worden). Dit zou de cultuuromslag te goede kunnen komen evenals de facilitatie van de uitwerking van verbeterprojecten. **(Aanb)**
- 4 pilootafdelingen gingen in juni 2013 (Crisisinterventie – Isiz – Pariz – Piza) met Vimels (Veilig Incident Meld- En Leersysteem) aan de slag, een systeem waarin de nodige softwareondersteuning aanwezig is voor (decentraal, op naam of geanonimiseerd) melden, classificeren en opvolgen van incidenten en bijna-incidenten in de zorg. Naast 'patiëntveiligheidsincidenten' kunnen medewerkers van die afdelingen in hetzelfde systeem ook medewerkersveiligheidsincidenten melden, en andere veiligheidsincidenten zoals brand, vernielingen, diefstal.  
Vanuit het elektronische systeem kunnen cijfers en statistieken getrokken worden. Het leren leren en analyseren van de incidenten op de werkvloer zelf vormen de focus van het gehele meldsysteem, samen met transparantie over wie betrokken wordt bij de opvolging en het verbeteren van de veiligheidscultuur.  
Op alle andere afdelingen en de centrale diensten is nog het papieren 'incidentenregistratieformulier' in gebruik, dat tekorten vertoont op vlak van doorsturing, opvolging, archivering, feedback en het behalen van daadwerkelijke resultaten, maar normaal gezien zal dit systeem op alle afdelingen en in twee centrale diensten vervangen worden door Vimels tegen eind 2015.  
In 2013 waren er in de centrale registratie (papieren systeem) 340 meldingen opgenomen. In de decentrale registratie (elektronisch systeem, 4 pilootafdelingen) waren er (vanaf juni t.e.m. december) 84 meldingen. **(AV)**
- De oplijsting van de verbeterprojecten onder de verplichte domeinen van de klinische performantie en de operationele performantie zijn uitgewerkt binnen het algemeen beleidsplan. **(AV)**
- Evaluatie door de medewerkers gebeurd o.a. door: **(AV)**
  - De vierjaarlijkse medewerkersbevraging van de Broeders Van Liefde. Het volgende zal plaatsvinden in het najaar 2014.
  - In 2008 en 2012 werd deelgenomen aan de Veiligheidscultuurmetingen naar aanleiding van de contracten Q&S van de federale overheid.
  - de formele overlegmomenten (bijv. afdelings-/diensthoofdenoverleg, POC, overleg therapeutisch coördinatoren, afdelings-/dienstvergadering ...) die op vaste tijdstippen plaatsvinden
  - de tweejaarlijkse 'marathonzittingen' (overleg kernteam afdeling – directie) vormen eveneens formele ijkpunten op dit vlak
  - de individuele functioneringsgesprekken

We bevelen aan de resultaten uit deze informatiekanalen gestructureerder te bundelen en de verbeteracties hier meer zichtbaar aan te linken. **(Aanb)**

- Evaluatie door de patiënten gebeurd o.a. door: **(AV)**
  - De vierjaarlijkse patiëntenbevraging van de Broeders Van Liefde. De volgende zal plaatsvinden in het najaar van 2016.  
Deze patiëntentevredenheidsmeting is niet steeds even zinvol. Op afdelingen met een kleine patiëntenpopulatie, zoals Pariz en plZa kunnen de resultaten niet gebruikt worden voor verbeterprojecten. Ook op Oase 1 was de meting niet op maat van de doelgroep van deze afdeling: slechts 6 patiënten van de 24 konden deelnemen en ook uit deze antwoorden kon logischerwijze geen conclusie getrokken worden. Een aangepaste patiëntenpeiling op maat van het ziekenhuis enerzijds en op maat van de afdeling anderzijds is nodig om bruikbare en nuttige gegevens te kunnen verzamelen en analyseren. **(Aanb)**
  - Op verschillende afdelingen zijn er vormen van 'patiëntenvergaderingen'
  - Verschillende afdelingen, die ROPI gebruiken,
  - Op een aantal afdelingen is men in een verkennende fase voor het toepassen van instrumenten voor 'uitkomstenmetingen' of 'patiëntenfeedback'.
  - In de toekomst zal ook het bevraginginstrument dat het Vlaams Patiëntenplatform (VPP) voorbereidt voor de GGZ-sector, en kadert binnen het Quality Indicator Project (QIP), gebruikt worden.

We bevelen aan de resultaten uit deze informatiekanalen gestructureerder te bundelen en de verbeteracties hier meer zichtbaar aan te linken. **(Aanb)**

## 5 Middelen

---

### 5.1 Infrastructuur

- Qua brandveiligheid beschikt het PC Sint-Amandus over een brandveiligheidsverslag van de brandweer en een **gunstig** attest van de burgemeester voor volgende gebouwen: **(AV)**

- Gebouw 3 "Sint-Juliaan": verslag dd. 15/6/2013, attest dd. 21/06/2013;
- Gebouw 4 "Sint-Jozef": verslag dd. 07/6/2013, attest dd. 21/06/2013;
- Gebouw 6 "Sint-Vincentius": verslag dd. 07/6/2013, attest dd. 21/06/2013;
- Gebouw 12 "Sint-Cornelius": verslag dd. 07/6/2013, attest dd. 21/06/2013;
- Gebouw 14 "Sint-Aloïsius": verslag dd. 18/6/2013, attest dd. 21/06/2013;
- Gebouw 15 "De Wellinghe": verslag dd. 13/6/2013, attest dd. 21/06/2013;
- Gebouw 17 "Reigerlo": verslag dd. 15/6/2013, attest dd. 21/06/2013;
- Gebouw 19 "Hulstlo": verslag dd. 13/6/2013, attest dd. 21/06/2013;
- Gebouw 20 "Sint-Dymphna": verslag dd. 15/6/2013, attest dd. 21/06/2013;
- Gebouw 21 "Sint-Marie": verslag dd. 07/6/2013, attest dd. 21/06/2013;
- Gebouw 23 "Sint-Paulus": verslag dd. 07/6/2013, attest dd. 21/06/2013;
- Gebouw 37 "Bakensgoed": verslag dd. 07/6/2013, attest dd. 21/06/2013;
- Gebouw 38 "De Zouter": verslag dd. 13/6/2013, attest dd. 21/06/2013;

Qua brandveiligheid beschikt het PC Sint-Amandus over een brandveiligheidsverslag van de brandweer en een **ongunstig** attest van de burgemeester voor volgend gebouw: **(NC)**

- Gebouw 33 "Lindeveld": verslag dd. 07/6/2013, attest dd. 21/06/2013.  
Aan dit gebouw zijn aanpassingswerken bezig. Eind februari zullen de belangrijkste werken i.f.v. brandveiligheid gedaan zijn waarna een nieuw brandveiligheids-onderzoek zal gevraagd worden.

Qua brandveiligheid beschikt het PC Sint-Amandus **noch** over een brandveiligheidsverslag van de brandweer **noch over** een gunstig attest van de burgemeester voor volgende gebouwen waarin ziekenhuisgebonden activiteiten in doorgaan: **(NC)**

- Gebouw 1 "Sint-Amandus";
- Gebouw 5 "Feestzaal";
- Gebouw 7 "Sporthal";
- Gebouw 9 "De Smidse";
- Gebouw 11 "Restaurant";
- Gebouw 18 "Ergo Reigerlo";
- Gebouw 27 "Werkplaats C";
- Gebouw 28 "De Boerderij A";
- Gebouw 29 "De Boerderij B";
- Gebouw 31 "Reva";
- Gebouw 34 "Het Villaatje".

We bevelen aan in de toekomst een brandveiligheidsattest te vragen op niveau van het ziekenhuis als geheel, en niet langer per afzonderlijk gebouw. **(Aanb)**

- Het ziekenhuis bevindt zich aan de rand van Beernem, tussen het provinciaal domein Lippensgoed - Bulskampveld en de E40, op een domein van ongeveer 64 hectare, waarvan bijna 2,5 ha bos (met bewegwijzerde wandelpaden). Er is ook een visvijver voor patiënten en externe vissers.  
Het domein telt 37 gebouwen. In het gebouw 30 (Sint-Arnoldus) bevindt zich een woon- en zorgcentrum, terwijl zich in het gebouw 22 (Sint-Pieter) enkel een deel van het PVT bevindt, met name "De Knop". De 16 ziekenhuisafdelingen zijn: **(AV)**
  - **Crisisinterventie:** 15 A-bedden. Gelegen in gebouw 17 C (Reigerlo) biedt crisiszorg aan zowel mannen als vrouwen.

- **De Oever:** 34 A-bedden. Gelegen in gebouw 17 B (Reigerlo) biedt zorg aan verslaafde mannen en vrouwen.
  - **Wegwijs 1** is een opnameafdeling in het gebouw 17 (Bakensgoed) voor mannen met een NAH-problematiek en bestaat uit 3 leefgroepen.
  - **Wegwijs 2** richt zich eveneens op mannen met een NAH-problematiek, maar gerelateerd aan langdurig alcoholgebruik. Deze afdeling zit in gebouw 23 (Sint-Paulus).
  - **Pariz en plZa** bevinden zich in het gebouw 38 (De Zouter). Beide eenheden bestaan uit 8 eenpersoonskamers. Deze plaatsen zijn erkend als IB-bedden voor personen met een agressieve gedragsproblematiek. Pariz (Persoonlijkheidsstoornissen, Afhankelijkheidsproblematiek, residentiële intensieve zorg) richt zich op personen met de dubbeldiagnose persoonlijkheidsstoornis en middelenmisbruik, terwijl plZa (psychiatrische Intensieve Zorgafdeling) zich richt op de dubbeldiagnose psychose en middelenmisbruik.
  - **ISIZ (Institutionele Structurerende Integreernde Zorg)** is een crisis- en behandelafdeling voor mannen met een sterk ontwrichtende problematiek. De leefgroepen bevinden zich in gebouw 19 (Hulstlo).
  - **Fides-R (Forensisch Initiatief voor Deviante Seksualiteit – Residentiële afdeling)** is een afdeling voor patiënten die daarnaast door justitie gevolgd worden i.v.m. grensoverschrijdende feiten. Deze afdeling bevindt zich in gebouw 14 (Sint-Aloïis).
  - **Oase 1** en **Oase 2** zijn twee gerontopsychiatrische afdelingen (Sp-bedden), waarbij oase 2 zich richt op middellange tot lange begeleidingen. Oase 1 bevindt zich in gebouw 15 (De Wellinghe), Oase 2 in gebouw 33 (Lindeveld).
  - **De Palissant** maakt samen met de PVT's De Knop en De Stek deel uit van de cluster psychomentele zorg. De Palissant richt zich tot volwassen mannen met een dubbeldiagnose verstandelijke problematiek (licht tot matig) en een psychiatrische gedragsproblematiek. Deze afdeling telt 20 A-bedden en bevindt zich in gebouw 20 (Sint-Dymphna).
  - **De Bron, De Delta, De Stroom en de Monding (campuswonen)** vormen de cluster psychosezorg. De Bron bestaat uit 2 leefeenheden met in totaal 30 bedden en enkele plaatsen dagtherapie en is gericht op opname en behandeling. De Delta telt 18 bedden en is meer voor langduriger behandelingen. Deze beide afdelingen zijn gelegen in gebouw 4 (Sint-Jozef). De Stroom richt zich op langdurige ondersteuning bij het herstelproces. Deze 34 plaatsen zijn te vinden in gebouw 12 (Sint-Cornelius), het campuswonen gebeurt in het gebouw 3 (Sint-Juliaan).
  - **Het dagcentrum** in gebouw 21 (Sint-Marie) en **De Link**, een afdeling voor 29 patiënten met een uiteenlopende pathologie in gebouw 6 (Sint-Vincentius) maken samen met de PVT's De Loot en De Ent (gelegen op de campus in Torhout) en het campuswonen Lindeveld deel uit van de cluster 'Sociaal psychiatrische zorg'.
- Op infrastructureel vlak werden een aantal afdelingen en gebouwen gerenoveerd, en die maken over het algemeen een mooie en moderne indruk. De aanwezigheid van bossen, velden en een boerderij bieden bijkomende mogelijkheden. Dit laat onder andere toe om hippotherapie aan te bieden aan de patiënten. **(SP)** Toch worden de mogelijkheden van het domein nog sterk onderbenut, doordat de meeste patiënten de afdeling niet zelfstandig mogen verlaten. **(Aanb)**
  - Eventueel opmerkingen over de afzonderingskamers worden beschreven in het hoofdstuk vrijheidsbeperkende maatregelen.

## 5.2 Patiëntendossier

- Er werden 15 patiëntendossiers ingekeken en 50 afzonderingsfiches. **(AV)**
- In het ziekenhuis gebruikt men verschillende elektronische toepassingen in de zorg. IZOPROC® (Informatica-ondersteuning van de ZOrgPROCessen) is het toegangscontroleplatform dat in het centraal beheer voorziet van de toegangsrechten van de verschillende zorgactoren binnen de Broeders van Liefde. Via dit platform raakt men in het elektronisch medisch-verpleegkundig-paramedisch dossiersysteem REGAS® (van de gelijknamige firma) en in het elektronische medicatievoorschrift – en beheersysteem (Infomedic® van RealDolmen). Ook op de zorgondersteunende diensten zijn er verschillende softwarepakketten (bv. Ultimo® voor het magazijnbeheer, Cegeka® voor de opmaak van uurroosters...). **(AV)**  
Er worden momenteel 2 elektronische verpleegkundige dossiers gebruikt: het (oudere) Elektronisch PatiëntenDossier (EPD), dat op termijn verlaten wordt, en (een nieuwe versie van) REGAS®, waarnaartoe overgeschakeld wordt. De opbouw en functionaliteiten van deze beide dossiersystemen verschillen duidelijk, terwijl daarenboven binnen het EPD verschillen zijn van afdeling tot afdeling (andere invulbladen, andere toegangsrechten...). Daarnaast zijn ook nog een aantal luiken van het patiëntendossier enkel op papier: er is een apart medisch psychiatrisch dossier, een apart medisch somatische dossier (van de algemeen geneeskundige) en een apart medisch neurologisch dossier (van de 2 consultant neurologen), waarbij een deel van deze informatie achteraf ingescand en toegevoegd wordt aan het elektronisch dossier. Tenslotte zijn er zorgverleners die deels in het elektronisch dossier noteren en deels in een eigen papieren dossier. Eigen nota's (ter voorbereiding van een patiëntenbespreking) worden soms wel, soms niet gedeeld. Vaak worden die apart opgesteld (in Word) en afzonderlijk geklasseerd.

De informatie over de patiënt is door de huidige manier van werken zo verspreid en versnipperd dat het quasi onmogelijk is om tijdens de opname snel en eenvoudig een totaalbeeld te krijgen van een specifieke patiënt. Wanneer patiënten van afdeling veranderen, komt de informatie die verzameld werd in het EPD op de afdeling waar de patiënt vertrekt niet automatisch terecht bij de informatie (in het EPD) die op de nieuwe afdeling wordt verzameld. Dergelijke gegevens kunnen enkel door middel van bijkomende stappen uitgewisseld worden (o.a. via de centrale diensten).

Bovendien houden de onderlinge verschillen tussen de dossiersystemen en tussen de afdelingen onderling een risico op fouten in: uit de gesprekken blijkt dat zorgverleners die op verschillende afdelingen werken (bv. medewerkers van de mobiele equipe, artsen...) niet voldoende vertrouwd zijn met alle lokale bijzonderheden, waardoor zij soms informatie hetzij niet kunnen vinden, hetzij op een verkeerde plaats noteren. **(TK)**

Het veralgemeend gebruik van REGAS® zou een oplossing zijn voor de meeste van de hierboven aangehaalde problemen. Het is de bedoeling om dit systeem tegen eind 2016 op alle afdelingen te gebruiken.

- In Infomedic®, het elektronische voorschrijfprogramma en medicatieschema, zijn automatische controles ingebouwd: interacties en ongewenste effecten tussen medicaties worden weergegeven. **(SP)** Men heeft via een link in REGAS®, het elektronisch patiëntendossier, toegang tot Infomedic®. De zorgverstrekkers (bv. diegene die het EPD gebruiken) kunnen ook rechtstreeks in Infomedic® werken. **(AV)**
- De items in de afzonderingsregisters bleken vrij correct ingevuld te zijn. **(AV)** Er is echter geen informatie terug te vinden over de multidisciplinaire evaluatie van de maatregel, de redenen die geleid hebben tot afbouw van fixatie, tot stopzetting van de maatregel, bespreking met team, patiënt of familie betreffende de start van de maatregel, de opvang van de patiënt of de familie tijdens of na de afzondering etc. **(TK)**
- Van een patiënt die gedurende enkele uren afgezonderd en gefixeerd werd, kon geen enkele observatie over deze periode in het dossier worden teruggevonden. **(NC)**



- Op verschillende afdelingen is er geen behandel- of begeleidingsplan voor alle patiënten. Er zijn geen doelstellingen opgemaakt, welke gericht zijn op het benutten en versterken van de mogelijkheden en kwaliteiten van de patiënten. **(NC)**

## 6 Medewerkers

---

### 6.1 Personeelsbeleid

- In het algemeen beleidsplan 2013-2018 van het PC Sint-Amandus werd het medewerkersbeleid voor een tweede keer als project opgenomen. Met dit project wil het psychiatrisch centrum een visie uitwerken op het medewerkersbeleid en daarbij enkele grote strategische doelstellingen realiseren. Met de visienota willen ze een referentiekader bieden voor het omgaan met medewerkers. Alle toekomstige personeelsinstrumenten die men wil ontwikkelen (bv. actualiseren functieomschrijvingen, opstellen competentieprofielen, handleiding voor formele gesprekken, verzuimbeleid, VTO-gids, verbetering van begeleiding (her)intreders, opvolging vorming...), moeten in deze visie passen. De centralisatie van alle HR-actoren, de integratie van de personeelsadministratie en HR in 1 personeelsdienst en een procesgerichte benadering van de personeelsactiviteiten in 2013, vormde een eerste belangrijke stap hierbij. Op het moment van de audit is de visietekst zo goed als klaar. **(AV)**
- Op het moment van de audit waren er 330,94 VTE, waarvan 245,89 VTE verpleegkundigen en verzorgenden, actief in het departement patiëntenzorg (verpleegkundig en paramedisch).
- Het psychiatrisch centrum Sint Amandus heeft 8,3 VTE logistieke medewerkers in dienst, verdeeld over 8 afdelingen. **(AV)**
- Het ziekenhuis doet momenteel beroep op één zelfstandige pedicure. Ze wordt aangestuurd door de centrale referentiemedewerker somatische zorg en ziekenhuishygiëne. Voor de aanvraag van een consultatie beschikt het ziekenhuis over een procedure. **(AV)**  
De diëtisten (2,3 VTE) worden aangestuurd door de voedingsdienst. Verpleegkundigen kunnen in overleg met de patiënten een consult aanvragen. Zij werken mee aan het project Metabool Syndroom op de afdelingen. **(AV)**
- Op het moment van de audit hadden in het departement patiëntenzorg 163 (42,12%) van de 387 medewerkers recht op de ELB (einde loopbaan)-dagen. Hiervan kozen 5,52% van de medewerkers voor de premie, 7,36% voor de premie en vrijstelling van arbeidsprestaties, en 87,12% voor de vrijstelling. **(AV)**
- Afwezigheden door ziekte of verlof van therapeuten worden door de afdelingen zelf geregeld. Er worden geen normen opgelegd vanuit de directie naar minimum aantal therapie-uren die moeten verzekerd worden. Er wordt wel gesteld dat continuïteit van behandeling noodzakelijk is. De directie heeft wel zicht op de verlofregeling. Er is voor het volledige ziekenhuis wel ten allen tijde continuïteit verzekerd voor maatschappelijk werk, kiné en psychologie. **(AV)** Binnen dit grote ziekenhuis zijn veel therapeuten werkzaam, de vraag stelt zich dan ook als tijdens verlofperioden een minimum aan therapie-aanbod op de afdeling niet gemakkelijker te organiseren en te garanderen is, indien er tussen gelijkaardige afdelingen en tussen afdeling en ergo centraal wordt samengewerkt om een verlofregeling uit te werken. Dit zou een meerwaarde voor de kwaliteit van zorg voor de patiënt kunnen betekenen. **(Aanb)**
- Volgens de interne afspraken van het PC Sint Amandus gaan voor alle functies binnen het departement patiëntenzorg tweejaarlijkse individuele 'voortgangsgesprekken' door tussen de medewerker en zijn/haar leidinggevende. Er werd een brochure 'voortgangsgesprek' opgesteld met een aantal afspraken betreffende het doel, het verloop, de timing en de afspraken. Er is ook een typedocument ' sjabloon voortgangsgesprek' dat door een aantal afdelingshoofden wordt gebruikt.  
De directeur patiëntenzorg voert functioneringsgesprekken met de afdelingshoofden,

therapeutisch coördinatoren, de staf- en projectmedewerkers.  
De afdelingshoofden voeren (in overleg met de therapeutisch coördinator) functioneringsgesprekken met alle medewerkers van hun afdeling. De verslagen moeten niet doorgegeven worden aan de directie, maar worden wel ondertekend door de gesprekspartners.

Indien de afdelingshoofden er niet in slagen de tweejaarlijkse individuele gesprekken te voeren, worden ze hierop aangesproken door de directeur patiëntenzorg. Binnen het algemeen beleidsplan werkt het ziekenhuis aan een procedure voor opvolging van medewerkers, meer bepaald het project 'formele gesprekken'. **(AV)**

- Exitgesprekken gebeuren niet systematisch en niet gestructureerd. Enkel in eerder onverwachte of bijzondere casussen voert de stafmedewerker HR exit-interviews. Dit werd opgenomen in het algemeen beleidsplan 2013-2018 met als doel de uitstroom van medewerkers te stroomlijnen. **(AV)**
- De introductiebegeleider (1 VTE bachelor psychiatrisch verpleegkundige), zorgt voor het onthaal en de organisatiebrede inscholing van alle nieuwe medewerkers. De werkpostspecifieke inscholing wordt gecoördineerd door de direct leidinggevende. De inscholingen worden voortdurend bijgestuurd om de veranderende processen zo correct mogelijk te kunnen weergeven. Dit gebeurt in samenwerking met de directeur patiëntenzorg en de werkgroep VTO.

Maandelijks is er overleg met de directeur patiëntenzorg over diverse items die tot het pakket van de introductiebegeleider horen waaronder alles om en rond de nieuwe medewerkers binnen de zorg. Elke nieuwe medewerker krijgt een individueel inscholingstraject bij aanvang van het werk door de introductiebegeleider. De organisatiebrede inscholing bestaat uit een onthaalvoormiddag waarbij de nieuwe medewerker kennismaat met de ruimere organisatie en zijn waarden, evenals een basisopleiding 'brandveiligheid en preventie' met vaardigheidstraining.

De departementale inscholing voor zorg bestaat uit een onderdeel visie op zorg met de belangrijkste accenten vanuit dit departement die aan bod komen. Daarnaast is er een inscholing preventie en omgaan met agressie en voor verpleegkundigen een specifieke opleiding rond geneesmiddelen distributie en het medicatiepakket Infomedic®.

Sinds begin 2014 wordt de inplanning van nieuwe medewerkers aan de ziekenhuisbrede inscholings sessies door de begeleider (her)intreder gedaan en opgevolgd, waardoor de participatiegraad beduidend is gestegen ten opzichte van vroeger, toen de afdelingshoofden en medewerkers hiervoor zelf verantwoordelijk waren. **(AV)**

Nog niet alle afdelingen beschikken over een **werkpost gerelateerd inscholingstraject**. **(TK)** De uitwerking van inscholing op afdelingsniveau is zeer verschillend. De referentiemedewerkers en de vakgroepen hebben een belangrijke rol te vervullen bij het inscholen van de nieuwe medewerker. Gesprekspartners op een aantal afdelingen geven aan dat een inscholingsplan een meerwaarde zou zijn. Hierdoor kan op een gestructureerde en meer controleerbare wijze informatie overgebracht en verwerkt worden. Op andere afdelingen maakt het afdelingshoofd dan weer wel gebruik van een checklist waardoor het overzicht bewaard wordt welke referentiemedewerker zijn onderwerp al heeft toegelicht aan de nieuwe medewerker.

Voor de **inscholing van leidinggevenden** is er een extra inscholingspakket waar de focus momenteel ligt op de rol van de leidinggevende bij personeelsplanning en selectie van kandidaten. Jaarlijks wordt er door de directie voor alle leidinggevenden en kernteams een 'forum' georganiseerd waarbij dieper wordt ingegaan op actuele tendensen in de zorg of het medewerkersbeleid (bv. coachend leiderschap). Op de werkvloer werd voor nieuwe afdelingshoofden en therapeutisch coördinatoren een 'peterwerking' uitgerold. Nieuwe afdelingshoofden en therapeutisch coördinatoren kunnen hierdoor als eerste

aanspreekpunt terecht bij een collega afdelingshoofd of therapeutisch coördinator. De directeur patiëntenzorg beschikt over een checklist om nieuwe afdelingshoofden en therapeutisch coördinatoren te kunnen opvolgen. **(AV)**  
Inscholing van artsen is niet structureel uitgewerkt. **(TK)**

- Op basis van het aantal bedden ( $T=233 + A=110 + IB=16 + Sp=54=413$ ) dient men te beschikken over een mobiele equipe van minstens 21,53 VTE, waarvan 15,07 VTE verpleegkundigen en 6,46 VTE zorgkundigen. Men beschikt over een mobiele equipe van 31,44 VTE gegradueerde verpleegkundigen, waarvan 14,39 VTE vast toegewezen aan een afdeling. **(AV)**

Het psychiatrisch centrum Sint-Amandus beschikt over een Mobiele Equipe (ME) bestaande uit 3 subteams: de Verpleegkundige Mobiele Dag Equipe (VMDE), de Verpleegkundige Mobiele Nacht Equipe (VMNE) en de Mobiele Ergo Equipe (MEE). De VMDE bestaat verder uit 3 clusters:

- VMDE 1 = Oase 1 en 2, Wegwijs 1 en 2 en afdeling de Link.
- VMDE 2 = de Bron, de Stroom en de Delta.
- VMDE 3 = Crisisinterventie, de Oever, Isiz en de Palissant

De 3 subteams hebben elk hun coördinator. De taken van deze coördinatoren zijn uitgeschreven. Iedere medewerker van de mobiele equipe heeft een thuisafdeling van waaruit hij kan opgeroepen worden. De criteria naar inzetbaarheid werden opgesteld door een werkgroep. Volgende aspecten werden tevens uitgewerkt door deze werkgroep: een organisatie-model, het opmaken van het profiel voor de medewerkers, afspraken rond inzet, bepalen van verantwoordelijkheden en bevoegdheden, voorbereiden implementatie, de beslissingsflow... **(AV)**

Halfjaarlijks is er een evaluatie en bijsturing. Hierbij is zowel informatie over de inzetbaarheid als de inhoud van het werk voorwerp van bespreking. Deze evaluatie wordt voorbereid door de coördinatoren en besproken met de werknemersdelegatie en de directeur patiëntenzorg. De bespreking van deze evaluaties worden teruggekoppeld naar de directievergadering, de ondernemingsraad en de groep van afdelingshoofden en naar de betrokken medewerkers zelf. **(SP)** De transparantie van de toewijzing zit vervat in de procedure. Het werkrooster van de mobiele medewerkers is toegankelijk voor iedereen. **(AV)**

Alle ziekenhuisafdelingen doen beroep op de VMNE. Een aantal ziekenhuisafdelingen maken geen gebruik van de MEE met name Isiz, Pariz en Fides. Afdelingen met een hogere personeelsbezetting (de beide IB-afdelingen en Fides) maken geen gebruik van de VMDE. Met het oog op de stabiliteit van het uurrooster staat de mobiele equipe van de dag ook in voor het opvangen van langdurige afwezigheden (bv. zwangerschap) omwille van het niet vinden van vervanging wegens o.a. krapte op de arbeidsmarkt. **(AV)**

- De vaste nachtdiensten maken deel uit van het interdisciplinair team van een afdeling. Afdeling overstijgend kunnen afdelingen een beroep doen op:

- de VMNE (vaste mobiele nachtdienst),
- de centrale nachtdienst en de
- ELB(=eindeloopbaan) nachtequipe.

De centrale nachtdienst (ingezet als 2<sup>de</sup> nachtdienst op Wegwijs1) voorziet elke nacht van het jaar bijstand aan de collega's in bijzondere situaties.

De nachtverpleegkundigen werken in principe niet overdag. **(AV)** We bevelen aan om de vaste nachtmedewerkers systematisch een periode per jaar tijdens de dagdiensten in te schakelen. **(Aanb)**

Voor de medewerkers verbonden aan een afdelingswerking is er de mogelijkheid om aan beleidsvergaderingen, werkoverleg, interdisciplinaire patiëntbesprekingen, afdelings specifieke VTO, intervisie, supervisie deel te nemen.

Verder kunnen alle nachtmedewerkers deel nemen aan VTO die ziekenhuisbreed georganiseerd wordt. Het afdelingshoofd en de medewerker zelf zijn verantwoordelijk voor de inschrijving.

Er is in het psychiatrisch centrum de verwachting dat minstens 2 maal op een jaar de nachtverpleegkundigen van de afdeling samenkomen met het afdelingshoofd. Op dit specifieke werkoverleg komen typische aspecten van het nachtwerk op de afdeling ter sprake. Tijdens rondvraag op de werkvloer blijkt dat men hierin slaagt. **(AV)**

Bij de centrale nacht, VMNE en de ELB nacht wordt deelgenomen aan de vergaderingen van de referentiedomeinen agressiebeheersing, somatiek, Infomedic, ICT en is er gemiddeld 4 maal werkoverleg/jaar. **(SP)**

- In 2014 deden een aantal afdelingen beroep op jobstudenten. Hiervoor werden verpleegkundigen of ergotherapeuten in opleiding ingezet. **(AV)**
- Voor de opvang van medewerkers na traumatiserende ervaringen in het werken met cliënten bestaat er in het psychiatrisch ziekenhuis Sint-Amandus een traumateam. **(SP)** De bedoeling hiervan is de opvang zo optimaal en geïntegreerd mogelijk te laten verlopen. Via het intranet zijn medewerkers op de hoogte van het bestaan en van de procedure om op dit traumateam een beroep te kunnen doen. Naast het traumateam (waar in 2013 drie keer beroep op gedaan werd) bestaan er op enkele afdelingen specifieke intervisie (bv. Pariz). **(AV)**
- Medewerkers kunnen voor het formuleren van klachten naar aanleiding van ongewenst grensoverschrijdend gedrag op het werk ook terecht bij 4 vertrouwenspersonen. In 2013 werd hier 6 keer een beroep op gedaan. **(AV)**

Ook de artsen kunnen na incidenten, naast intercollegiaal contact, beroep doen op dit traumateam. Dit is niet expliciet opgenomen in de huidige procedure. **(Aanb)**

## 6.2 Artsen

- In het ziekenhuis zijn er 10 psychiaters, 2 neurologen en een algemeen geneeskundige actief. **(AV)**
- Op FIDES ziet de psychiater de patiënt wekelijks tijdens de empathietraining die door hem persoonlijk wordt gegeven. Daarnaast kan de patiënt ook gezien worden op vraag van het team of op vraag van de patiënt. **(SP)**
- Op een aantal afdelingen werd de beschikbaarheid van artsen als een knelpunt ervaren. Dit bleek uit gesprekken en een aantal vaststellingen: **(TK)**
  - Sommige artsen volgen hun patiënten onvoldoende op tijdens de opname: patiënten zien hun psychiater soms enkel op eigen vraag of op vraag van het team. In bepaalde gevallen werd vastgesteld dat er gedurende meer dan een jaar geen consult gedocumenteerd was van de behandelende arts met zijn patiënt.
  - Uit de gesprekken blijkt dat sommige artsen op sommige afdelingen maar enkele minuten per week langsgaan. Tegen dat moment moet alles klaar liggen en worden voorschriften, weekenduitgangen en afzonderingsregisters in serie afgetekend.
  - Op sommige afdelingen gaan kernteamvergaderingen enkele keren na elkaar niet door wegens afwezigheid van de afdelingspsychiater of gaan kernteams door zonder de afdelingspsychiater.

### 6.3 Vorming, training en opleiding (VTO)

- Het vormingsbeleid van het PC Sint- Amandus is gestaafd op een aantal principes: het wettelijke voorziene kader op vlak van VTO wordt gevolgd. Het intern aanbod bestaat uit een inscholingstraject, een levenslang leren traject en de mogelijkheid om dit aan te vullen met initiatieven vanop de werkplek, referentiegroep of vakgroep. Op vraag van de medewerker of leidinggevende vanuit de formele gesprekken kunnen eveneens VTO initiatieven gevolgd worden. Vanuit inhoudelijke overwegingen, financiële en personele middelen kiest het centrum voornamelijk voor een intern georganiseerd aanbod, verzorgd door hetzij externe, hetzij interne lesgevers. Extern aanbod kan in functie van kleinere deelnemersgroepen of vanuit kennismaking met evoluties in de GGZ of specifiek vakgebied. **(AV)**
- Het ziekenhuis beschikt over een VTO-coördinator en een VTO-werkgroep. **(AV)**
- Op de afdelingen is het kernteam verantwoordelijk voor het vormingsbeleid. In de afdelingsbeleidsplannen wordt bepaald en vastgelegd in welke vormingsbehoeften de afdeling het komende jaar zal investeren. **(AV)**
- In de praktijk werden op de werkvloer een aantal knelpunten vastgesteld. **(TK)**
  - Bij navraag op de afdelingen naar het aantal uur vorming dat een medewerker in 2013 gevolgd had, kon dit niet vlot worden weergegeven, dit is wel centraal opvraagbaar. Afdelingshoofden hebben onvoldoende zicht op de individuele gevolgde vormingen van de medewerkers.
  - De wettelijke norm die vooropgesteld wordt voor bepaalde medewerkers, is niet gekend op al de afdelingen.
  - Medewerkers waarvoor geen specifieke wettelijke minimumnorm bestaat qua vorming, moeten ook van de instelling uit geen minimum aantal uren vorming volgen (bv. verpleegkundigen, ergotherapeuten...).
  - Medewerkers die weinig of geen vorming volgen, worden hier niet steeds op aangesproken.
  - Bij navraag op de afdelingen en uit het gesprek met de directeur patiëntenzorg blijkt dat er medewerkers zijn die veel vorming volgen en er medewerkers zijn die weinig vorming volgen.
  - De vorming gevolgd door artsen wordt niet centraal geregistreerd.
  - De frequentie van het volgen van verplichte opleidingen zoals 'preventie van agressie' is niet gekend op de afdelingen.
  - De aanwezigheid op deze verplichte vormingen is erg wisselend. De verantwoordelijkheid voor de aanwezigheid van de medewerkers ligt bij de afdelingshoofden en de medewerkers zelf en wordt niet aangestuurd van boven uit.
- Het uitwerken van een VTO-gids met nieuwe afspraken (bv. over de verplichte opleidingen) werd recent opgestart in het kader van het algemeen beleidsplan 2013-2018. **(AV)**

### 6.4 Vrijwilligers

- In 2013 waren in het ziekenhuis 4 vrijwilligers in de zorg actief. Daarnaast zijn er vrijwilligers die o.a. instaan voor de zorg voor de paarden. Alle vrijwilligers ondertekenen een interne overeenkomst. Naast de ontwerptekst 'visie op het vrijwilligerswerk' is er ook een taakomschrijving en een procedure met afspraken uitgewerkt voor de vrijwilligers **(AV)**. De aansturing van de vrijwilligers is niet vermeld in het organogram. **(TK)**

## 6.5 Bestaffing

- Op verschillende afdelingen waar er 's nachts patiënten in een afzonderingskamer verblijven is er maar 1 verpleegkundige. Nochtans moet er volgens de procedure om het uur met 2 personen binnengegaan worden in de afzonderingskamer om zich te vergewissen van de toestand van de patiënt. Doordat er moet gewacht worden op bijstand van een centrale nachtverpleegkundige, wordt er soms hetzij niet binnengegaan, hetzij alleen binnengegaan.  
Ook op de crisisinterventie is er 's nachts slechts 1 verpleegkundige. Nochtans zijn er vaak nachtelijke opnames, worden er frequent patiënten afgezonderd en gaat het om patiënten waarvan de pathologie per definitie nog niet gestabiliseerd is. Deze werkwijze houdt risico's in. **(TK)**
- We bevelen aan om de werkdruk te objectiveren, bv. door gebruik van een gevalideerd instrument dat zorgzwaarte meet. **(Aanb)**

## 7 Processen

---

### 7.1 Organisatie van zorg

- Elke afdeling heeft een eigen specifiek aanbod, verzorgd door leden van het interdisciplinaire team. Daarnaast kan een beroep gedaan worden op de activiteiten die centraal aangeboden worden (hoofdzakelijk ergotherapie en het vrijetijds- en vormingsaanbod van de Vleugel).  
Deze laatste zorgactiviteiten kunnen een vaste plaats innemen in het zorgprogramma (bv. arbeidszorg aangeboden door ergo centraal) of ad hoc worden 'ingekocht' voor bepaalde patiënten/ bewoners.  
Van deze centraal aangeboden zorgactiviteiten (o.a. trajectbegeleiding arbeidstijd & vrije tijd, persoonsgerichte contactbenadering (pgcb), pastorale dienst, begeleiding door vrijwilligers, logopedie, kinesitherapie, psychodiagnostiek) is er evaluatie en opvolging terug te vinden in het individuele zorg(behandel/begeleidings)plan van het elektronisch patiëntendossier.  
Ook de gesloten afdelingen kunnen gebruik maken van deze centrale diensten. Deze zorgactiviteiten vinden voor deze doelgroep plaats onder begeleiding of zelfstandig door de patiënten (afhankelijk van de toegekende vrijheden). Er worden extra controles uitgevoerd om zich ervan te vergewissen dat de patiënten in kwestie aankomen en terugkomen op de afgesproken plaatsen. **(AV)**

In de praktijk blijkt dat de attitude van de afdelingen ten aanzien van dit centrale aanbod wisselend is: sommige afdelingen oriënteren patiënten gemakkelijker naar de centraal georganiseerde activiteiten dan andere. De uitbouw van specifieke therapeutische activiteiten die een nuttige plaats kunnen hebben in het zorgtraject van bepaalde patiënten (en die op afdelingniveau nooit zouden worden uitgebouwd) moet nog meer gezien worden als een belangrijke opportuniteit. Misschien kunnen meer informatie over het aanbod, en praktische ondersteuning ter opvolging van patiënten die doorgestuurd worden naar het centrale aanbod, een en ander faciliteren. **(Aanb)**

Het centrale aanbod kan ook invulling geven aan zorg voor bepaalde psychiatrische (neven)aandoeningen waarvoor nu geen afdelingsoverschrijdende therapeutische zorgprogramma's zijn uitgewerkt. Daarnaast kan natuurlijk ook meer de mogelijkheid geboden worden om (onderdelen van) het therapeutisch aanbod op andere afdelingen mee te volgen in functie van de zorgbehoeften. **(Aanb)**

- Het ziekenhuis werkt met een opnamecoördinator welke de opname vraag voorlegt aan de hoofdgeneesheer, die een eerste triage doet a.d.h.v. het verslag. Daarna wordt de vraag naar de specifieke afdeling gestuurd en voorgelegd aan de afdelingsarts. **(AV)**  
Verbeterpunten die genoteerd werden zijn:
  - Het opnameverslag geeft niet steeds een volledig en correct beeld van de opnamevraag.
  - Er is een vraag naar meer overleg tussen de afdelingen van eenzelfde cluster bij opnamevragen.
  - Cijfers rond opname en transfer zijn beschikbaar voor de afdelingen maar hier kan meer mee gedaan worden.
  - De wachttijd om opgenomen te worden, is soms aanzienlijk (bv. 1 jaar op De Stroom).
- Er zijn geen afspraken over een minimumfrequentie voor consulten met de psychiater en de psycholoog. **(TK)**
- Voor elektroconvulsietherapie (ECT) worden patiënten verwezen naar het AZ Sint-Jan Brugge-Oostende. Voor de ECT moet de patiënt na bespreking een formeel informed consent formulier tekenen. **(AV)**



- Er zijn een aantal afdelingen binnen het ziekenhuis die de methodiek van Recovery Oriented Practices Index (ROPI) toepassen. De ROPI is een instrument waarmee kan worden nagegaan in hoeverre een organisatie op koers ligt als het gaat om herstelondersteunende zorg. De oorspronkelijke Amerikaanse versie is door het Trimbos-instituut in samenwerking met verschillende experts vertaald en bewerkt. Er zijn 5 medewerkers gevormd als ROPI coach en die de bijhorende interviews kunnen afnemen. ROPI werkt met 3 score formulieren (één voor de afdeling, één voor de medewerkers van de verblijfsafdeling, en één voor een cliëntenpanel van de verblijfsafdeling). **(SP)**  
We bevelen aan, na te gaan in hoeverre een afdelingsoverstijgende analyse kan gemaakt worden met een overzicht van algemene knel- en werkpunten die vaak voorkomen op de verschillende afdelingen en welk voordeel ROPI hierbij kan opleveren. Dergelijk afdelingsoverstijgende analyse zou als beleids- en drukkingsinstrument aangewend kunnen worden. **(Aanb)**
- Patiënttoewijzing is algemeen ingevoerd binnen het ziekenhuis. Hierbij wordt de verantwoordelijkheid voor de zorg van enkele patiënten/bewoners toegewezen aan één lid van het team dat instaat voor de 24-uurszorg. Specifieke verantwoordelijkheden binnen deze rol betreffen o.a. aandacht voor continuïteit van zorg, integrale zorg, voorbereiding op een interdisciplinaire patiënten/bewonerbespreking, systematisch betrekken van de patiënt/bewoner, de therapeutische relatie... **(AV)**

## 7.2 Medicatiedistributie

### Situering

- De apotheek levert aan alle afdelingen van het ziekenhuis en de PVT's.
- De apotheek is elke weekdag geopend van 8u tot 12u15 en van 12u45 tot 16u30. Op zaterdag is de apotheek geopend tussen 8u en 12u.
- Tijdens de audit werd gesproken met de hoofdapotheker. Hij is sinds maart 2007 actief in het PC, en sinds 1 april 2007 hoofdapotheker.

### Beleid en strategie

- Er is naast de 5 vergaderingen per jaar van het medisch farmaceutisch comité / comité medisch materiaal / comité ziekenhuishygiëne en het maandelijks comité patiëntveiligheid enkel overleg tussen apotheker en directie ter gelegenheid van de tweejaarlijkse marathonzittingen. Naast de marathonzitting is er geen overleg op structurele basis tussen apotheker en directie. De apotheker wordt via andere kanalen (o.a. wekelijks dialorum: mededelingen van de directie aan verantwoordelijken) en ad hoc vergaderingen met hoofdgeneesheer, medische staf en zo nodig met de directie op de hoogte gehouden van het gevoerde beleid met betrekking tot de apotheek. Daarnaast is er in het volgende masterplan een nieuwbouw voor de apotheek voorzien. De apothekers kregen hierbij voldoende inspraak. **(AV)**
- Het kan nuttig zijn om op regelmatige basis overlegvergaderingen te organiseren met de apotheek van het AZ Sint-Lucas en andere ziekenhuisapotheken om zo te zoeken naar verdere opportuniteiten: bv. afspraken over het herverpakken van medicatie of het participeren in de aankoop van een medicatieverdeelrobot... **(Aanb)**

### Middelen

- De apotheek bestaat uit een viertal ruimten. Naast de inkomhal is er een apart bureau voor de hoofdapotheker, een ruime medicatieruimte met administratief gedeelte, een ruimte voor het maken van bereidingen en een ruimte met doorgeefkasten waar de afdelingen hun bestellingen kunnen komen ophalen. **(AV)**

- Aan alle afdelingen wordt medicatie afgeleverd voor maximaal 7 dagen en er is een kleine afdelingsvoorraad met “indien nodig medicatie” **(SP)**
- Er is een spoedkast op de afdeling crisisinterventie waar andere afdelingen dringende medicatie kunnen ophalen, mits ze een voorschrift kunnen voorleggen. **(SP)**
- De medicatiekasten bevinden zich in een afgesloten ruimte (Oase 1, Wegwijs 1, Crisisinterventie, Fides). Alle medicatiekasten kunnen afgesloten worden. Ook de medicatiekarren zijn afsluitbaar. Medicatielokalen,- kasten en –karren kunnen enkel door verpleegkundigen geopend worden. **(SP)**
- De bewaring van medicatie die moet gekoeld worden, vertoont een aantal risico's: **(TK)**
  - Er is geen procedure uitgewerkt betreffende het meten van de temperatuur van de koelkasten op afdelingsniveau waarin medicatie wordt opgeslagen en waarin de temperatuur niet op continue, elektronische wijze wordt gemeten.
    - Op dergelijke afdelingen wordt de temperatuur in deze koelkasten meestal niet gecontroleerd.
    - Indien beweerd wordt dat de temperatuur toch wordt gemeten, dan kan dit op geen enkele wijze aangetoond worden: de gemeten temperaturen worden nergens genoteerd.
    - In de meeste koelkasten is er een digitaal meetsysteem voor de temperatuur. Op een afdeling had men de batterij van het meetsysteem op de dag van de inspectie vervangen, maar men had geen idee hoelang deze batterij al leeg was, aangezien de temperatuur er nooit gecontroleerd werd. Op een andere afdeling was de temperatuur beneden het vriespunt gezakt en was er evenmin actie ondernomen. In deze koelkast werd glucagon en insuline bewaard.
  - De meeste geziene koelkasten zijn van die aard dat een goede temperatuursbeheersing niet goed mogelijk is. Er werden tijdens de inspectie verschillende koelkasten aangetroffen waarin duidelijk dermate afwijkende temperaturen waren bekomen waardoor de medicatie schade had opgelopen: in 1 ijskast (met een defect meetsysteem) werd duidelijk ijsvorming waargenomen (een grote ijsklomp), in een andere ijskast met elektronisch meetsysteem was een minimumtemperatuur gemeten van -2 °C, in nog een andere -3 °C. Anderzijds werden ook temperaturen gezien (bv. +12 °C) die boven de maximum bewaartemperaturen lagen.
  - Bij een recente controle vanwege de apotheek werden bij 6 van de 20 koelkasten afwijkende temperaturen opgetekend.
  - Slechts op een minderheid van afdelingen (met name 2) wordt de temperatuur in de medicatiekoelkasten elektronisch gemeten en centraal opgevolgd. Er zijn voor de andere afdelingen nieuwe koelkasten voorzien, die eveneens met een elektronisch automatisch meetsysteem zullen uitgerust worden (Testo®) en die zullen in 2015 geïnstalleerd worden. **(AV)**

### **Medewerkers**

- Er zijn 2 apothekers (1,75 VTE) en 2 apotheekassistenten (2 VTE). Buiten de openingsuren van de apotheek is gewoonlijk een van beide apothekers telefonisch bereikbaar. Wanneer dringende medicatie nodig is die niet in de spoedkast aanwezig is, kan deze apotheker meestal voor een oplossing zorgen. In zeldzame gevallen (circa 2

sinds 2010), d.w.z. als de apotheker niet bereikbaar is, of een bepaald medicijn niet voorradig is, wordt beroep gedaan op de wachtdienst van de apotheek van het AZ Sint-Lucas Brugge. **(AV)**

## Processen

- De arts maakt elektronische voorschriften aan. De apotheker valideert deze en de voorschriften samen vormen het medicatieschema. De verpleegkundige beschikt over specifieke weergaven van dat medicatieschema om medicatie klaar te zetten (en dat te registreren), medicatie te controleren (en dat te registreren) en om medicatie toe te dienen (en dat te registreren). Bovendien voorziet de toepassing ook een gestandaardiseerd medicatieschema voor de patiënt. **(SP)**
- Alle afdelingen worden voor maximaal 7 dagen bevoorrad. **(SP)**
- De medicatiedistributie vertoont een aantal risico's: **(TK)**
  - De nachtverpleegkundige zet de orale vaste medicatie per patiënt klaar voor 24u.
  - Op sommige afdelingen wordt medicatie al bij 'controle voor toediening' (d.w.z. soms meer dan 3 uur voor de toediening) ontblisterd, waardoor op het moment van toediening identificatie en controle van de toegediende medicatie niet meer mogelijk is.
  - Op sommige afdelingen (bv. Crisisinterventie, Wegwijs 1) werden losse pillen aangetroffen in de patiëntenvoorraad, waardoor een eenduidige identificatie onmogelijk is.
  - Er werden op heel wat afdelingen (bv. Fides, Oase 1, Wegwijs 1) in de patiëntenvoorraden verknipte blisters aangetroffen, waarbij geen vervaldatum meer terug te vinden was.
- De voorschriften worden rechtstreeks door de arts ingebracht in het elektronisch medicatieprogramma (Infomedic®). De apotheek levert bijna uitsluitend medicatie af op voorschrift. Enkel voor de medicatie die uit de afdelingsvoorraad wordt genomen, wordt gewerkt met naschriften. **(AV)**
- De medicatiedistributie is beschreven in het document: "kwaliteitseisen in het kader van medicatiedistributie". **(AV)**

Controle op vervaldatum dient volgens deze procedure te gebeuren door de verpleegkundigen op de afdeling. Op sommige afdelingen gebeurt dit systematische door een aangewezen verpleegkundige, op andere niet. De apotheek heeft geen zicht op het al dan niet uitvoeren van een controle op de vervaldatum. **(TK)**
- Er gebeurt een jaarlijks analyse van het voorschrijfgedrag per arts. Er is zowel aandacht voor de omzet als voor het verbruik. **(AV)**

De resultaten worden niet rechtstreeks teruggekoppeld naar de desbetreffende artsen of afdelingen. De apotheek bespreekt de resultaten met de hoofdgeneesheer, op een informele vergadering, indien nodig geeft de hoofdgeneesheer dan informatie door aan zijn collega's. **(TK)**
- Er wordt op beperkte schaal aan klinische farmacologie gedaan. Door het veralgemeend gebruik van het elektronisch medicatiedossier heeft de apotheek zicht op het volledige therapieschema. Het systeem geeft onmiddellijk mogelijke interacties door aan de voorschrijver. Recent werd ook een project opgestart om zicht te krijgen op de thuismedicatie van de patiënt, dit gebeurt in samenwerking met de omliggende algemene

ziekenhuizen. In het kader van dit project werd een uniform medicatieschema opgemaakt om mee te geven aan de patiënt. **(AV)**

- We bevelen aan na te gaan of bepaalde (groepen) patiënten, in het kader van het verzelfstandigingsproces hun medicatie in eigen beheer zouden kunnen krijgen, bv. naar het einde van de opname toe. **(Aanb)**

## Resultaten

- Met uitzondering van de afdeling Crisisinterventie heeft geen enkele afdeling een afdelingsvoorraad van verdovende middelen. **(AV)**
- 75% van de voorgeschreven medicatie wordt geleverd in unit-dosissen. Dit hoge cijfer wordt bereikt door te werken met het geneesmiddelenformularium en waarbij het bestaan van een unit-dose verpakking een voorwaarde is voor opname in het formularium. **(SP)**

## 7.3 Vrijheidsbeperkende maatregelen

### Situering

- In het Psychiatrisch ziekenhuis Sint-Amandus zijn er 5 gesloten afdelingen, 4 half-open afdelingen (gesloten afdelingen waarbij bepaalde patiënten naar buiten mogen via badge of op vraag) en 3 met een open en een gesloten leefgroep.
- Er zijn in het PZ te Beernem 21 afzonderingskamers en 4 time-outkamers verspreid over de afdelingen. Volgende isolatiekamers werden bezocht:
  - Oase 1: afzonderingskamer 26
  - Wegwijs 1: twee van de drie afzonderingsruimtes en 1 van de twee time-outruimtes
  - De stroom: afzonderingsruimten 0.23, 11.2, en 11.1. en time-out ruimte 3.33.
  - Pariz /plZa: afzonderingsruimte 004, 005 en time-out 003.
  - De Bron: afzonderingskamer 04 en 05.
  - Crisisinterventie: afzonderingskamer 112 en 113

Er worden ook patiënten van de PVT's opgenomen in de afzonderingskamers van het Psychiatrisch Centrum St-Amandus.

- Er werden 50 registraties van afzonderingsmaatregelen in verschillende isolatieregisters ingekeken.

### Beleid en strategie

- Er bestaan binnen het ziekenhuis verschillende documenten op het gebied van agressie:
  - Een tekst 'Basistekst agressiebeheersing' (16/04/2009). Dit document beschrijft het veiligheidsbeleid, de begrippen, de soorten agressie en risicofactoren, de gevolgen voor patiënten, medewerkers en de organisatie, alsook de visie op omgaan met agressief gedrag met het crisisontwikkelingsmodel, vrijheidsbeperkende maatregelen met o.a. het gebruik van het personalarmsysteem en het VTO-traject.
  - De instructie 'personalarms'.
  - De 'Urgentie procedure nachtdienst'.
  - De procedure voor trauma-opvang.
- Op het gebied van afzondering en fixatie beschikt het ziekenhuis over: **(AV)**

- Tekst 'Basistekst agressiebeheersing' (16/04/2009) waarbij fase 3 verwijst naar volgende procedure en werkinstructie:
    - "Procedure voor het afzonderen van patiënten"(21/01/2009).
    - "Werkinstructie voor het fixeren van patiënten in afzondering" (08/09/2005).
  - Een "Handleiding voor het correct invullen van het afzonderingsregister."
  - Een jaaroverzicht afzonderingen PC SA, naar aanleiding van IPAG.
  - Een procedure voor het wassen en terugbrengen van het fixatiemateriaal.
  - Een jaaroverzicht afzondering PC SA, sinds 2014 halfjaarlijks beschikbaar.
- De basistekst agressiebeheersing is een algemene visietekst van het Psychiatrisch Centrum St-Amandus. Uit de basistekst blijkt dat de nadruk zo veel mogelijk ligt op preventief werken en 'vroeg' interventies. Het ziekenhuis onderscheidt 3 luiken in het agressiebeheersingsbeleid: primaire, secundaire en tertiaire preventie waarbij het preventief beleid zich richt op zowel zichtbare als onzichtbare incidenten en op zowel directe als indirecte confrontaties. Voor het omgaan met agressief gedrag hanteert men het crisisontwikkelingsmodel waarbij men bij fase 3, naast medicatie, verwijst naar de procedure afzonderen, en instructies voor fixeren in afzondering. **(AV)** In de meeste nagekeken dossiers werd vastgesteld dat men bij preventie van agressie of agressie het crisisontwikkelingsmodel niet hanteert. **(TK)**
  - De praktijk van afzondering en fixatie blijkt ver af te staan van de theoretische visies. Op dit vlak is het verbeterpotentiaal zeer groot:
    - Volgens de basistekst zou de indicatie voor afzonderen tweevoudig zijn: onvoldoende keuzevrijheid van de patiënt om het eigen gedrag te begrenzen enerzijds en de bedreiging of schending van de fysieke en psychische integriteit van de patiënt en/of anderen door dit gedrag anderzijds. **(AV)** Er wordt vastgesteld dat patiënten ook omwille van heel andere redenen, die niet steeds in verband met een gevaarsituatie kunnen gebracht worden, worden afgezonderd, en dit vaak in combinatie met 5-puntsfixatie. **(NC)** Er werden fiches gezien van patiënten die urenlang afgezonderd en gefixeerd werden enkel om redenen die, ook volgens de beslisboom die in de afzonderingsregisters is opgenomen, geen gevaar inhouden: het niet naleven van afdelingsregels, het niet bijwonen van de voorgestelde therapie, 'andere' redenen (dit kan vrij ingevuld worden), 'preventie' van agressie. Ook bij die indicaties die volgens de beslisboom wel als gevaarlijk beschouwd worden, zijn er een aantal die eerder onvoldoende lijken als reden om mensen van hun vrijheid te beroven: zelfverwaarlozing, verbaal geweld, verwardheid, intoxicatie. Uit verschillende gesprekken blijkt dat afzondering en fixatie vaker wordt toegepast op momenten waarop er weinig personeel aanwezig is.
    - Afzonderingen worden niet steeds geregistreerd. **(NC)** Uit gesprek op een afdeling bleek een nieuw opgenomen patiënt de nacht te hebben doorgebracht in de afzonderingskamer. In het register was hiervan niets terug te vinden.
    - Observaties tijdens de afzondering zijn niet steeds in het patiëntendossier terug te vinden. **(NC)** Normaal gezien zou er volgens de procedure om het uur binnengegaan moeten worden met twee personen om de toestand van de patiënt te controleren. Bij controle van het patiëntendossier van een gedurende meerdere uren afgezonderde (en gefixeerde) patiënt, bleek er over de afzonderingsperiode geen enkele observatie betreffende de klinische/psychische toestand van de patiënt terug te vinden te zijn.
    - Volgens de visieteksten en procedures is de indicatie voor fixatie in de afzonderingskamer het voorkomen dat de patiënt zichzelf of hulpverleners tijdens de afzonderingsperiode ernstige fysieke schade kan toebrengen. **(AV)** Deze omschrijving wordt in de praktijk wel heel ruim geïnterpreteerd: fixatie

wordt gedurende ongeveer 50% van de afzonderingsperiode gehanteerd. Het valt op dat gedwongen opgenomen patiënten zeer frequent bij opname naar de afzonderingskamer gebracht worden en daar aan 5 of 6 punten gefixeerd worden. **(TK)**

- Uit de bevraging, de controle van de registers en de patiëntendossiers blijkt dat afzondering, en fixatie niet steeds ingesteld worden na overleg met het team of de afdelingsarts, en dat een multidisciplinaire evaluatie van de maatregel soms lang op zich laat wachten. Artsen die verwittigd worden over het instellen van een afzondering, komen niet steeds langs om de patiënt te onderzoeken. **(TK)**
- Afzondering en fixatie worden bij het zorgpersoneel niet als een uitzonderlijke maatregel beschouwd, maar eerder als een manier van 'zorg leveren'. Deze attitude hangt uiteraard samen met de frequentie van deze maatregel: in 2013 waren er 1110 afzonderingen, waarvan 440 met fixatie.
- Er zijn geen duidelijke criteria om te bepalen wanneer er gesloten afdelingen/leefgroepen nodig zijn. Daarnaast zijn de criteria om vrijheden toe te kennen aan individuele patiënten verschillend van afdeling tot afdeling. Bij verandering van één afdeling naar een andere, kunnen patiënten plots andere vrijheidsgraden worden toegekend. Dit punt werd bij de evaluatie van het beleid rond vrijheidsberoving al door het ziekenhuis opgenomen als verbeterpunt. **(TK)**
- Er werd vastgesteld dat er allerlei vormen van vrijheidsberoving in dit ziekenhuis toegepast worden (fixatie in gewone kamer, gesloten afdeling, stepped care aanpak, retreatroom met/zonder gesloten deur, gebruik van bedsponden en voorzettafels, verpleegdekens, gebruik van een lendenband in een zorgzetel...), die niet aan bod komen in de algemene visietekst van het ziekenhuis en waarvoor er geen procedures zijn uitgewerkt of registraties worden bijgehouden. **(TK)** Ook deze elementen werden door het ziekenhuis al geformuleerd als te realiseren verbeterpunt.
- Gezien de uiteenlopende doelgroepen in het ziekenhuis geeft het ziekenhuis ieder kernteam het mandaat om passend in de algemene visietekst van het ziekenhuis, eigen keuzes en behandelingsaccenten te leggen. Hierdoor zijn er per afdeling specifieke afspraken en methodieken om met vrijheidsbeperkende maatregelen om te gaan. Dit houdt een risico in naar het naleven van de juiste basisprocedure/principes. **(TK)**

De werkgroep Valpreventie & Probleemgedrag van het clusterkernteam Gerontopsychiatrie Oase1 en Oase2 heeft bijvoorbeeld een heel uitgebreid document 'Vrijheidsbeperkende maatregelen' uitgewerkt. **(AV)**

Het is niet duidelijk in het psychiatrisch ziekenhuis hoe de opvolging op al deze verschillende afspraken gebeurt en hoe de kwaliteit hierover bewaakt wordt. **(TK)**

- Daarnaast vermeld de basistekst agressiebeheersing o.a. het gebruik van signaleringsplannen, het bevragen van de voorgeschiedenis van agressief gedrag tijdens een intake en het gebruik van een risico-taxatie-instrument. **(AV)** De projectgroep heeft geen zicht op welke afdelingen en dus bij welke doelgroep van patiënten deze preventieve hulpmiddelen al dan niet wordt gebruikt. **(TK)**
- De procedure afzonderen en de werkinstructie over fixeren bij afzonderen zijn grondig uitgewerkt. **(SP)**
  - De verantwoordelijkheid van de arts is duidelijk omschreven alsook de frequentie van het medisch toezicht tijdens afzondering.
  - De verantwoordelijkheid van het multidisciplinair team is duidelijk omschreven.
  - Er is bepaald wat er qua communicatie en dossiervorming dient te gebeuren.

- In de procedure fixeren van patiënten in afzondering is aangegeven welke technieken kunnen gebruikt worden en welke niet.
  - De modaliteiten van het toezicht tijdens afzondering en hun frequentie zijn omschreven.
  - Een minimum van 2 personeelsleden om binnen te gaan in een afzonderingskamer, wordt vermeld.
  - Fixatie met alleen een lendenband en tweepuntsfixatie wordt niet toegelaten.
  - De controle en het onderhoud van het materiaal zijn duidelijk vastgelegd.
- De procedures dienen verder uitgewerkt te worden over volgende onderwerpen: **(TK)**
    - Verwante begrippen omschrijven
    - Het omschrijven van de op te volgen parameters voor het toezicht tijdens de afzondering.
    - Het toezicht bij fixatie tijdens een afzondering wordt niet apart beschreven en is dus identiek aan het toezicht bij afzondering (om het uur, behoefte aan vocht, psychische en fysieke toestand,...) We vinden het belangrijk om na te gaan welke punten meer aandacht verdienen in geval van fixatie en de frequentie waarmee deze moeten gecontroleerd worden duidelijk in de procedure op te nemen.
    - De frequentie van een multidisciplinaire evaluatie van patiënten met dwangmaatregelen.
    - De standaardfixatie is een 5-puntsfixatie. Er zijn geen indicaties uitgewerkt voor 6 punts-, 4 punts- en 3 puntsfixatie.
    - Er is (bij meerderjarige patiënten) geen aandacht voor de nazorg van de medepatiënten op de afdeling en voor de familie
    - De visie op fixatie en de procedure voor fixatie zonder afzonderingen kan uitgebreid worden met o.a.
      - een strikte omschrijving van de indicaties voor fixatie
      - een omschrijving van de medische verantwoordelijkheid bij fixatie
      - het omschrijven van alternatieven voor fixatie (zoals het feit dat fixatie geen gepaste maatregel is van valpreventie).
    - De mogelijkheid om de ombudspersoon te spreken tijdens afzondering met fixatie is niet expliciet opgenomen in de procedure zodat het voor alle medewerkers duidelijk is wat er moet gebeuren wanneer een dergelijke vraag komt.
  - Naar aanleiding van het nieuwe meerjarenplan 2013-2017 Kwaliteit en Veiligheid (FOD) werd in 2013 gestart met een zelfevaluatie rond het verplichte thema vrijheidsbeperkende maatregelen waarbij eerst de vragenlijst, opgesteld door de overheid, door de projectgroep agressiebeheersingsbeleid werd besproken en gefilterd tot een 12tal items. De werkgroep zelfevaluatie vrijheidsbeperkende middelen werd opgestart en vroeg op alle afdelingen feedback over deze 12 items. Aan de hand van deze feedback werd een ziekenhuisbreed actieplan opgesteld dat zou moeten uitgerold zijn tegen 2017. Een aantal afdelingen werden door de bevraging getriggerd waardoor er op bepaalde afdelingen al initiatieven worden genomen. **(AV)**

### **Middelen**

- De afzonderingskamers voldoen grotendeels aan de vereisten qua veiligheid, comfort en privacy. **(AV)**  
Volgende verbeterpunten werden opgemerkt: **(TK)**
  - niet in alle afzonderingskamers kan de patiënt bellen als hij gefixeerd is (Oase 1).
  - in een afzonderingskamer is er geen verduisteringsmogelijkheid (Wegwijs 1).
  - het geluidssysteem werkt slecht (de Stroom) en de radio geeft ruis (de Bron), op crisisinterventie is de radio al langere tijd stuk.

De afzonderingskamer (Wegwijs 1 + Pariz/plZa) is voorzien van een deur met magnetisch slot dat geopend wordt bij brand. **(SP)**

- Momenteel zijn er 4 retreatrooms. We bevelen aan meer retreatrooms te installeren, vertrekkende vanuit het concept van healing environment. Patiënten hebben er faciliteiten ter beschikking om spanningen of frustraties af te reageren of tot rust te komen (bv. healing light technologie, muziek, knijppopjes...). **(Aanb)**
- Op afdeling De Bron beschikt men over een rugzak met fixatiemateriaal dat kan gebruikt worden om bijstand te gaan verlenen bij het fixeren van patiënten buiten op het domein of op een andere afdeling. **(AV)**
- Vroeger werd er op Wegwijs 1 veel gewerkt met gesloten kamers 's nachts omwille van nachtelijke onrust. Dit is volledig afgebouwd, omdat door de verhuis naar de nieuwbouw de deuren van de kamers uitgerust zijn met sensoren zodat nachtverpleegkundige gewaarschuwd wordt indien een patiënt de kamer verlaat. **(SP)**

### Medewerkers

- In het ziekenhuis zijn tal van medewerkers betrokken bij het agressiebeheersingsbeleid en dit onder het motto 'agressie beheersen doe je niet alleen'. Zo is er naast het comité patiëntveiligheid, het comité voor Preventie en bescherming op het Werk en de preventieadviseur een stuurgroep agressiebeheersing (hoofdgeneesheer, afdelingsarts, directeur patiëntenzorg, stafmedewerker), dat vooral het beleid uitstippelt, ook een projectgroep agressiebeheersing die zorgt voor de praktische uitvoering en opvolging van het agressiebeheersingsbeleid (AB). **(AV)** Er is een centrale referentiemedewerker agressiebeheersing (stafmedewerker) en op iedere afdelingen een referentiemedewerker AB. **(AV)** Ook bij de vaste nachtmedewerkers is er een referentiemedewerker AB die deelneemt aan de overlegmomenten. **(SP)**
- De projectgroep (centrale referentiemedewerker agressiebeheersing en alle referentiemedewerkers AB, waaronder ook referentiemedewerkers uit de nachtploeg) komen een zestal keer per jaar samen. Zij bespreken ook de agressie-incidentmeldingen verkregen uit Vimels. Bij de stuurgroep zijn 2 artsen betrokken, **(AV)** bij de projectgroep is geen arts betrokken. **(Aanb)**
- Nieuwe medewerkers zijn verplicht om de vorming 'omgaan met & preventie van agressie' te volgen. Per afdeling wordt verder van alle teamleden verwacht 1 keer om de 2 jaar deel te nemen aan de dagopleiding 'omgaan met agressie'. Verder verwacht men dat afdelingshoofden, samen met de referentiemedewerkers agressiebeheersing, de andere medewerkers blijven informeren en ondersteunen omtrent dit onderwerp (leren op werkplek).  
De dagopleiding omvat:
  - een theoretisch luik met de focus op preventie (basiskennis van de processen die (kunnen) leiden tot conflicten/agressie, het crisisonwikkelingsmodel, organisatie van extra hulp);
  - verweertechneken: vaardigheidstraining;
  - afzonderingsbeleid (organisatie met aandacht voor briefing en debriefing, uitvoering, communicatie, ...) en fixatietechnieken. **(AV)**
- In het ziekenhuis is een zekere expertise aanwezig betreffende het vermijden van agressie. Anderzijds is er, aangezien agressie hier een belangrijke reden tot afzondering vormt, nog veel potentieel tot verbetering. Vooral een doorgedreven vorming van alle zorgverleners (bv. over het crisisonwikkelingsmodel, het werken met signaleringsplannen, positieve risk management en dergelijke meer) lijkt ons momenteel nodig om een voldoende grote mentaliteitswijziging te bewerkstelligen. Het huidige vormingsaanbod op het vlak van omgaan met agressie bereikt momenteel per jaar te weinig mensen om dit te kunnen realiseren. Ondanks het feit dat 'verwacht' wordt dat alle medewerkers minstens om de 2 jaar de opleiding over 'omgaan met agressie' zouden volgen, werden er



verschillende afdelingen gezien van waaruit het voorbije jaar geen, 1 tot 3 medewerkers de opleiding gevolgd hadden. **(TK)**

## Processen

- Er wordt in het ziekenhuis zowel gebruik gemaakt van een elektronisch afzonderingsregistratiesysteem (bv. Oase 1) als van papieren afzonderingsregisters (bv. De Stroom, Wegwijs 1). **(AV)**
- Bij nazicht van de notities in de **afzonderingsregisters** i.v.m. toezicht (effectief binnen geweest, fysiek aanwezig in isolatiekamer en contact) blijkt: **(TK)**
  - dat de 'observaties' (dit is hier een code die het aantal fixatiepunten weergeeft) niet per uur (zoals gevraagd in de algemene procedure) werden neergeschreven maar slechts om de twee uur tot om de zeven uur. Op een aantal afdelingen waren daarentegen observaties terug te vinden om het kwartier of om het half uur.
  - dat uit de neergeschreven observaties niet na te gaan is of men ook effectief binnen geweest is of niet.
  - dat de afzonderingsregisters vaak een aantal dagen na het afzonderen worden afgetekend door een arts. Zo werd vastgesteld dat de afzonderingen (een viertal) op het moment van de audit reeds meer dan 10 dagen geleden was afgetekend door een arts.
  - dat er gebruik wordt gemaakt van Tippex®.

De overige in te vullen items (datum en uur in en uit, reden, fixatie) in de afzonderingsregisters bleken op de bezochte afdelingen goed ingevuld. **(AV)**

- Hoewel de procedure afzonderen aangeeft dat tal van items onmiddellijk na het afzonderen moeten gerapporteerd worden in de **elektronische patiëntendossiers**, blijkt dat in de praktijk volgende verbeterpunten werden vastgesteld: **(TK)**
  - alternatieven: het is niet te achterhalen welke alternatieven reeds werden gehanteerd.
  - de beslissing tot afzonderen en/of fixeren gebeurt in overleg: in de nagekeken dossiers kon dit niet achterhaald worden of werd de beslissing genomen enkel door een verpleegkundige waarna de arts de volgende dag werd op de hoogte gebracht. Er werd nergens vermelding gemaakt van fase 3 van het crisisonwikkelingsmodel.
  - de doelstelling van de maatregel tot afzonderen: was niet altijd duidelijk omschreven.
  - de toestemming van de patiënt: werd in geen enkel dossier teruggevonden.
  - afspraken over toezicht, medicatie, opvolging van de somatische toestand: hierover werd niets terug gevonden in de dossiers soms enkel een summiere beschrijving van het verloop van het verblijf of het aantal punten dat gefixeerd wordt.
  - de behandelplannen niet steeds met de patiënten besproken worden.
- In de procedure afzonderen wordt gespecificeerd dat men (zowel tijdens de dag als de nacht) uit veiligheidsoverwegingen met twee verpleegkundigen moet zijn om binnen te gaan in een afzonderingskamers. **(AV)** Uit gesprekken blijkt dat dit op bepaalde afdelingen niet steeds haalbaar is op alle momenten. **(TK)** Andere gesprekspartners geven dan weer aan dat er nooit alleen wordt binnen gegaan in de afzonderingskamers **(AV)** maar dit kon niet worden aangetoond in de afzonderingsregisters of de patiëntendossiers. **(TK)**
- Het gebruik van signaleringsplannen of crisisplannen verschilt van afdeling tot afdeling en ook van patiënt tot patiënt. Zo wordt op een aantal afdelingen enkel een signaleringsplan opgemaakt 'als er problemen geweest zijn'. **(AV)** Op andere afdelingen hebben alle patiënten een papiertje met enkele aandachtspunten bij zich, op andere afdelingen wordt er geen gebruik gemaakt van signaleringplannen. **(TK)** Het ziekenhuis plant om voor het

gebruik en de opmaak van signaleringsplannen samen te werken met het Mobiel team om de continuïteit te bevorderen na ontslag. **(SP)**

- Voor de medewerkers op de crisisafdeling en de afdelingen Pariz en Piza is voorzien in intervisie na elke crisis. Deze intervisie kan gebeuren met het eigen kernteam, vertrouwenspersoon of met het traumateam. Op Fides was er intervisie onder externe begeleiding. **(SP)**

## Resultaten

- Sinds begin 2014 krijgt afdeling Oase 1 en 2 maandelijks een gedetailleerd overzicht (aantal, belangrijkste reden) van het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen (van het aantal fixaties, afzonderingen, gebruik van time-outkamer, afname communicatiemiddelen, afdeling niet mogen verlaten...). **(AV)**
- Fixatie buiten de afzonderingskamers, wordt enkel op de afdelingen Oase 1 en 2 geregistreerd. **(TK)**  
Het zou goed zijn meer gegevens te verzamelen (type fixatie, duur van de fixatie) om het beleid ter zake nauwkeuriger op te kunnen volgen, **(Aanb)** zoals gebeurt op Oase 1 en 2, i.s.m. de centrale stafmedewerker. **(SP)**
- Het aantal afzonderingen per afdeling worden teruggekoppeld op de marathonzittingen. **(SP)** In 2013 bedroeg het aantal afzonderingen per afdeling: **(AV)**

○ De Stroom	246
○ Pariz	227
○ Isiz	113
○ De Palissant	110
○ Crisis	102
○ plZa	95
○ Oase 1	67
○ De Bron	46
○ De Oever	41
○ Wegwijs 1	41
○ Oase 2	8
○ De Delta	7
○ Wegwijs 2	6
○ De Link	1

- De gemiddelde duur van een isolatie in 2013 bedroeg 27,9 uren (= 1 dag 3 uren en 54 minuten, mediaan = 10,75 uur). Het aantal dagen dat de isolatiekamer in gebruik was bedroeg 2523 kalenderdagen. Dit komt overeen met 30603 uur of 1275 etmalen. **(AV)**
- In 2013 werden 19 PV's (in 2014 al 20) opgemaakt n.a.v. agressie incidenten. **(AV)**

## 7.4 Suicidepreventiebeleid

### Beleid en strategie

- Suicidepreventiebeleid is één van de subthema's van het thema kwaliteit en veiligheid dat kadert binnen het algemeen beleidsplan 2013-2018 van het psychiatrisch centrum Sint-Amandus. **(AV)** Ook in het vorige algemeen beleidsplan was dit project opgenomen. Uit gesprek blijkt dat de uitwerking van het project faalde omdat er toen geen draagvlak was bij de artsen. **(TK)**
- In maart 2014 startte een projectteam met als doel een relevant suicidebeleid uit te werken voor de specifieke context van het psychiatrisch centrum. Er werd gekozen om

een algemeen draaiboek en drie aangepaste draaiboeken rond suïcidepreventie op te stellen (voor drie risico-groepen : psychozorg, Pariz en crisisinterventie) waar de interdisciplinaire teams op kunnen terugvallen. Daarnaast wil de werkgroep in het elektronisch patiëntendossier per patiënt een risicoanalyse en opvolgingsysteem integreren. **(AV)**

- We bevelen aan bij de uitwerking van het suïcidebeleid niet enkel te kijken naar suïcides, maar ook aandacht te hebben voor ander zelfverwondend gedrag. Ook sluit het beleid liefst aan bij het beleid aangaande vrijheidsbeperking (verschillende gradaties van toezicht die kunnen toegepast worden bij een suïciderisico) en aangaande agressie (risicotaxatie, vroegdetectie, therapeutische aanpak...). **(Aanb)**
- Aanbeveling om bij het opstellen van het beleid eventueel begeleidende diensten buiten het ziekenhuis (CGGZ, mobiele teams, thuiszorg...) te betrekken. Om zo de methodieken die gebruikt worden en de hulpstrategieën die de patiënt aangeleerd krijgt gelijk te schakelen ongeacht de plaats waar de patiënt zich bevindt. **(Aanb)**

### Middelen

- Op enkele afdelingen werden acties ondernomen om de afdeling meer suïcidproof te maken. Zo werd een douche van afdeling de Bron (gesloten gedeelte van de afdeling) als proefproject suïcide-veilig gemaakt. **(SP)** De deurknop onder de veilige klink om de douchekamer af te sluiten is niet veilig. **(TK)** Aanbeveling om van alle risico's op de afdelingen een inventaris op te maken (bv. onveilige douche aan de afzonderingskamer van de Bron). **(Aanb)**
- Het dossier biedt weinig ondersteuning op het vlak van suïcidepreventie. Het suïciderisico is niet in een oogopslag duidelijk. **(TK)**

### Medewerkers

- Het projectteam is samengesteld uit 2 stafmedewerkers, leden van de kernteams van de drie afdelingen, de hoofdgeneesheer, een afdelingsarts en een lid van het traumateam. **(AV)**
- Het vormingsbeleid van medewerkers omtrent omgaan en werken met een suïcidale patiënt is niet uitgewerkt. Er wordt geen vorming over zelfmoordpreventie gegeven. **(TK)**
- Voor de opvang van medewerkers na een suïcide(poging) kan er in het ziekenhuis een beroep worden gedaan op het traumateam. **(SP)**
- We bevelen aan om een algemene risicoanalyse uit te voeren van de veiligheid van de infrastructuur. Op deze manier is er een overzicht van risico's en kunnen prioriteiten bepaald worden inzake risicobeperking, vooral met het oog op suïcidepreventie (bv. handdoekstangen in de sanitaire ruimtes, deurklinken). Bij een dergelijke risicoanalyse moet er ook aandacht gaan naar hoog-risico-infrastructuur in de omgeving van het ziekenhuis. We denken hierbij in eerste instantie aan spoorweginfrastructuur. Aangezien 41% van de suïcidepogingen op het spoor zich in Oost- en West-Vlaanderen situeren en zo'n 63% van de slachtoffers op het moment van het incident psychiatrische hulp kreeg en zo'n 30% opgenomen was in een psychiatrisch ziekenhuis, is preventief overleg met Infrabel absoluut aangewezen. Infrabel kan meegeven hoeveel en waar er zogenaamde 'hotspots' zijn, en er kunnen preventieve maatregelen afgesproken worden (verwittigen van het Security Operations Center bij zorgwekkende verdwijningen, zelf uitsturen van medewerkers naar de hotspots). Omgekeerd kan het interessant zijn een aantal initiatieven van de spoorwegnetbeheerder en hun effect op te volgen (bv. plaatsen van blauwe lichten). **(Aanb)**

### Processen

- Sinds de opstart van de werkgroep in maart 2014 tot het moment van de audit kwam de werkgroep slechts 1 keer samen waarbij de projectfiche werd overlopen. **(TK)**
- Op het moment van de audit is er geen zelfmoordpreventiebeleid in het psychiatrisch centrum Sint-Amandus. **(TK)** Tijdens de audit werd de praktijk i.v.m. zelfmoordpreventie beoordeeld aan de hand van gesprekken en enkele dossiers van opgenomen patiënten:
  - Er wordt op geen enkele afdeling systematisch gewerkt rond vroegdetectie (signaalherkenning, bevraging bij intake, het te volgen stroomdiagram bij opname van een suïcidale patiënt, zelfde risicoinschattinginstrument op alle afdelingen, ondersteuning door artsen, wat en waar vermelden in dossier...). Uit gesprek blijkt dat er vooral ingezet wordt op patiëntenparticipatie waarbij de patiënt in overleg met het team beslist hoe er met de suïcidale gedachten en zelfmoordpogingen wordt omgegaan. **(SP)**  
Er werd (op één afdeling) vastgesteld dat er gebruik wordt gemaakt van signaleringsplannen bij patiënten 'waar het nodig is'. Het is niet duidelijk bij welke patiënten dit al dan niet nodig is. Op andere afdeling(en) was deze term totaal onbekend.
  - Er zijn geen afspraken i.v.m. behandeling bij suïcidaal gedrag (bv. afspraken die door team gemaakt worden, de te nemen beschermende maatregelen inclusief het belang van continuïteit van de zorg: opvolging na ontslag, toegewezen verpleegkundige, evaluatie en overlegmomenten). Suïcidale gedachten zijn een reden voor afzondering.
  - Er zijn geen procedures opgesteld i.v.m. acute dreiging (bv. wat doen we? Wie doet de inschatting van het suïciderisico? Wie neemt contact met ouders?...). Er werd vastgesteld dat er veel aandacht uit gaat naar het betrekken van de familie en de context (thuisoverleg). **(SP)**
  - Er zijn geen procedures uitgewerkt indien een patiënt een suïcidepoging onderneemt (bv. Wie coördineert de te nemen stappen, hoe worden familieleden, vertrouwenspersonen, het team opgevangen?...).
  - Er is geen procedure die omschrijft wat er moet gebeuren indien een patiënt overlijdt door suïcide (bv. Wie neemt contact met ouders, omgeving. Wie is verantwoordelijk voor opvang van het team, mogelijkheden van intervisie...).

## Resultaten

- In 2013 werd naar aanleiding van zelfdoding één keer een beroep gedaan op het traumateam. **(AV)**
- Er werden in 2013 10 suïcidepogingen en 1 suïcide geregistreerd. **(AV)** Er werd nog geen incidentanalyse gemaakt van een suïcide(poging). **(TK)** Op die manier gaan leermogelijkheden verloren.

## 7.5 Klachtenmanagement / patiëntenrechten

- Informatie aan patiënten over de patiëntenrechten en de ombudsdienst verloopt via verschillende kanalen: **(AV)**
  - In de informatiebrochure van het PC St-Amandus is informatie over de patiëntenrechten en de ombudsdienst terug te vinden.
  - Op elke afdeling hangt een affiche uit over de externe ombudspersoon en hun contactgegevens zijn vermeld op de website van het ziekenhuis.
  - Op de website PC Sint-Amandus is er een link naar de website ombudsfunctie GGZ.
  - Officiële folder en boekje 'Wet Rechten van de patiënt, een uitnodiging tot dialoog' is ter beschikking bij de ombudspersoon, de afdelingen en het directiesecretariaat.

- Er is een aanbod van de ombudspersoon om op de afdeling een toelichting te geven over patiëntenrechten en ombudsfunctie en dit voor patiënten en/of medewerkers. Een 5-tal afdelingen zijn hierop ingegaan in 2013.
- In het psychiatrisch centrum Sint-Amandus werd een externe ombudspersoon aangesteld. Er is geen interne ombudspersoon binnen het ziekenhuis. De ombudspersoon is voor 0,75 VTE in dienst van het Overlegplatform GGZ West-Vlaanderen. Hij is ook werkzaam als ombudspersoon in 4 andere psychiatrische ziekenhuizen, in een aantal Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, Initiatieven voor Beschut wonen en Psychiatrische Verzorgingstehuizen in West-Vlaanderen. De externe ombudspersoon houdt consultatiemomenten op vrijdag van 9:30 tot 12:30 uur. **(AV)**
- De interne klachtenprocedure 'procedure voor het omgaan met meldingen van ontevredenheid van patiënten' werd zeer recent opgemaakt (augustus 2014) en bekendgemaakt in het ziekenhuis. De externe ombudspersoon werd betrokken bij de opmaak van deze procedure. **(AV)** We raden aan duidelijker te omschrijven dat klachten altijd direct met de externe ombudspersoon besproken kunnen worden. **(Aanb)**
- De procedure rond klachtenbemiddeling is vrij nieuw en nog onvoldoende gekend in het ziekenhuis. We bevelen aan deze regelmatig onder de aandacht te brengen. **(Aanb)**
- Van de klachten en ontevredenheden die behandeld worden door de medewerkers en directie worden enkel op individueel niveau (verbeter)acties genomen. Er gebeurt geen globale analyse en er is geen link met de klachtenanalyse van de externe ombudspersoon. Het samen analyseren van klachten, incidenten en gegevens uit de patiëntenbevestigingen kunnen het verbeterbeleid naar een hoger en alomvattend niveau tillen. **(Aanb)**
- Klachten geformuleerd aan de directieleden en door hen afgehandeld, worden niet doorgegeven aan de ombudspersoon. Op die manier is de ombudspersoon niet in staat om de bemiddeling op te volgen en zo nodig tussen te komen. De ombudsfunctie moet nochtans zo georganiseerd worden dat de ombudspersoon vanaf het ogenblik dat de klacht wordt neergelegd tot de mededeling van het resultaat van de afhandeling, kan bemiddelen tussen de patiënt en de betrokken beroepsbeoefenaar. Door de klacht op te volgen, al is het maar van op afstand, zou de ombudspersoon er op kunnen toezien dat de procedure correct gevolgd wordt (processtappen, voldoende snel) en dat de betrokken klachtbehandelaars wel voldoende onafhankelijk en onpartijdig kunnen optreden, en tussenkomen indien dit niet het geval blijkt. Achteraf wordt aan de ombudspersoon ook niet gemeld welke klachten er ontvangen en behandeld zijn. **(Aanb)** Hierdoor gaat kostbare informatie verloren. Zo heeft men geen volledig zicht op de onderwerpen waarover patiënten klachten formuleren in het ziekenhuis (wat een vertekend beeld kan opleveren bij de opmaak van het jaarverslag) en kan men niet nagaan of klagers tevreden zijn over de manier waarop hun klacht behandeld werd.
- De algemene informatiebrochure van het ziekenhuis beschrijft vooral het recht op informatie, maar omschrijft onvoldoende duidelijk het recht om ontevredenheden en klachten te uiten. **(TK)**
- Ondanks een jaarlijkse bijscholing aan alle sleutelfiguren (kernteams, diensthoofden en technische diensthoofden) door de ombudspersoon blijken er verschillen te bestaan tussen afdelingen betreffende het omgaan en doorgeven van klachten aan de ombudspersoon. Dit wordt best nader bekeken en waar nodig bijgestuurd. **(Aanb)**
- Jaarlijks wordt door de ombudspersoon een verslag opgemaakt, met een geanonimiseerd overzicht van het aantal klachten, het voorwerp van de klachten, het eventuele resultaat, en aanbevelingen ter voorkoming van de herhaling van bepaalde klachten. **(AV)**

- De ombudspersoon krijgt geen feedback over wat er al dan niet met de aanbevelingen gebeurt. **(TK)**
- De resultaten van de patiëntenbevragingen worden doorgegeven aan de ombudspersoon, maar worden niet samen geanalyseerd met het oog op het voeren van een verbeterbeleid. **(Aanb)**
- Op sommige afdelingen worden patiëntenforums gehouden. Hier waakt men erover dat wanneer klachten of feedback te persoonlijk wordt, er een individueel gesprek gepland wordt waar de klacht of ontevredenheid diepgaander besproken kan worden. **(AV)**
- Het is onduidelijk hoe gereageerd wordt op klachten geuit door patiënten in afzondering. De ombudspersoon merkt verschillen tussen de afdelingen. Een aantal afdelingen zorgen voor een telefoon waarmee de patiënt contact kan opnemen met de externe ombudspersoon. Op andere afdelingen is dit niet het geval. We bevelen aan om de te verwachten basishouding van medewerkers omtrent klachten en patiëntenrechten (ook bij afzondering) ziekenhuisbreed te omschrijven. **(Aanb)**
- We bevelen aan om de patiëntenrechten en de werking van de ombudsfunctie frequenter onder de aandacht te brengen en hiervoor meer diverse kanalen te zoeken (bv. een tentoonstelling, de patiëntenrechten als thema gebruiken bij de ergo- of creatherapie...). Op die manier kunnen meer patiënten en medewerkers bereikt worden. **(Aanb)**
- Klachten in verband met de patiëntenrechten kunnen op de gesloten afdelingen niet steeds even vlot en zonder belemmering worden neergelegd bij de ombudspersoon. Zo beschikken de gesloten afdelingen niet over brievenbussen op de afdeling. Volgens de ombuds zijn deze bussen niet geplaatst omdat hij niet kan garanderen dat deze wekelijks leeggemaakt kunnen worden.
- Er is een procedure “weigeren behandeling” en “ontslag tegen medisch advies” en “inzage medisch dossier”. **(AV)**  
Het ziekenhuis beschikt niet over een uitgeschreven procedure inzake het geven of krijgen van een second opinion. **(Aanb)**
- Een andere arts kiezen, indien er op de afdeling maar één arts aanwezig is, kan niet. **(Aanb)**
- In 2013 werd slechts eenmaal door een patiënt inzage gevraagd in het patiëntendossier. **(AV)**

## 8 Resultaten

---

### 8.1 Patiënt/familiegeoriënteerde zorg

- Familiewerking krijgt op enkele afdelingen vorm: **(SP)**
  - Voor familieleden van psychotische patiënten wordt een praatcafé (De Stem) georganiseerd, om lotgenoten samen te brengen en te laten praten over hun ervaringen met hun psychotisch familielid.
  - Familie wordt, geheel vrijwillig, nauw betrokken gedurende het verblijf op FIDES. Dit gebeurde tot voor kort nog veel uitgebreider via IRIS (Integrale Respons op Intrafamiliaal Seksueel misbruik, i.s.m. vertrouwenscentrum kindermishandeling), maar de inperking van de financiële middelen heeft deze waardevolle werking sterk gereduceerd. Het betrekken van de familie met het zoeken naar steunfiguren blijkt een zeer grote meerwaarde te zijn ter preventie van herval bij seksueel delinquenten.
  - Mensen die op de wachtlijst voor FIDES staan, worden wekelijks in de gevangenis bezocht door één van teamleden, ter begeleiding en ter voorbereiding van de opname.
  - Op FIDES heeft elke patiënt een individueel behandelplan. De patiënt wordt in staat gesteld zelf notities te maken in het patiëntendossier, onder begeleiding van de individuele begeleider.
  - De afdeling FIDES werkt sterk reïntegratiegericht en gaat hierbij nieuwe ontwikkelingen in de huidige samenleving niet uit de weg (internet, GSM...). Patiënten worden sterk gestimuleerd tot bij- of omscholing tijdens hun verblijf. 65% van de patiënten heeft werk op het moment van ontslag.
  - Er is op Oase 1 een vast dagprogramma, maar dit wordt soms individueel aangevuld op maat van de patiënt met o.a. de mogelijkheid om te participeren aan het centrale (ergo)aanbod. Er wordt waar mogelijk ook vaak 1 op 1 therapie gegeven door zowel psycho-, ergo- als kinesitherapeut. Bij opmaak van het zorgplan worden zowel de visie van de patiënt als de visie van het team bekeken en de doelstellingen voor de patiënt worden opgesteld en geëvalueerd vertrekkende vanuit deze beide visies. **(SP)** We raden aan om dit individueel schema ook aan de patiënt te bezorgen zodat hij zelf een overzicht heeft. **(Aanb)** De patiënt wordt vanaf dag 1 ingeschakeld in de therapie. Een aangepast behandelplan wordt opgesteld na 4 à 6 weken. Een eerste evaluatie van dit plan gebeurt na 3 à 4 maanden. Dringende zaken en zaken die op te volgen zijn, worden meestal wekelijks, maar zeker maandelijks besproken tijdens het wekelijkse interdisciplinair team.
  - De patiënten worden op Oase 1 betrokken bij het afdelingsbeleid via het patiëntenforum dat 4 keer per jaar wordt georganiseerd.
  - Op Oase 1 wordt telkens in het dossier genoteerd welke patiënt bezoek kreeg en door wie. Ook van de gesprekken tussen familieleden en de verschillende therapeuten/verpleegkundigen is informatie terug te vinden in het patiëntendossier.

Een paar elementen kunnen de zorg nog meer op maat maken van de patiënt met zijn kenmerken, noden en behoeften: **(Aanb)**

- De psychiater heeft met de patiënten op Oase 1 enkel een gesprek bij opname en op vraag van de patiënt zelf. Voor patiënten met een gerontopsychiatrisch profiel lijkt dit een hoge drempel. Elders bleek uit een dossier van een patiënt dat er het laatste jaar geen consult was geweest met de 'behandelende' arts.

- Ondanks het feit dat Oase 1 een revalidatieafdeling is, gaat het om een gesloten afdeling en krijgen de patiënten bij opname aanvankelijk geen enkele 'vrijheid'. Vrijheden, bijvoorbeeld om de afdeling te verlaten worden pas later toegekend, ook als ze van een andere afdeling komen.

## 8.2 Samenwerkingsverbanden

- Het voorbije jaar heeft het ziekenhuis geïnvesteerd in het opzetten van het art. 107-netwerk GGZ Noord-West-Vlaanderen met verschillende partners (o.a. psychotherapeutisch centrum Rustenburg en PZ Onze-Lieve-Vrouw). **(AV)**
- Het ziekenhuis is lid van een projectgroep over "Brugwonen", een nieuwe woonvorm voor mensen met een psychiatrische aandoening, waarvoor momenteel een aangepaste financiering voor wordt gezocht. **(AV)**
- Naast het project 107 en het contract patiëntveiligheid participeert het ziekenhuis aan volgende gesubsidieerde projecten: **(AV)**
  - Forensische psychiatrie: intensifiëring van 8 plaatsen + FACT (Flexible Assertive Community Treatment: een soort van mobiel team voor geïnterneerden)
  - Tender activering
  - Project Peterschap
  - Treatment Demand Indicator (Europees)
  - Personen met een verstandelijke beperking en psychische problemen (VAPH-ondersteuning)
  - Gedragsproblemen, autisme en zware zorgbehoeften (GAUZZ)
- Het ziekenhuis heeft een aantal geformaliseerde en niet geformaliseerde samenwerkingsverbanden: **(AV)**
  - Overleg met de West-Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen;
  - Samenwerking met het AZ Sint-Lucas (PAAZ en neurologie) en AZ Sint-Jan Brugge-Oostende (EPSI);
  - Overleg met de psychiatrische afdelingen in Noord-West-Vlaanderen inzake het opstarten van de functie 4 (art. 107);
  - Structurele samenwerking met het eigen PVT;
  - Structurele samenwerking met Vierveld, het initiatief beschut wonen te Beernem;
  - Structurele samenwerking met O.C. Sint-Idesbald (project afdeling De Palissant);
  - Lid van Steunpunt expertise Netwerken (SEN)
  - Erkenning als Multidisciplinair team (MDT);
  - Samenwerkingsovereenkomst met penitentiaal landbouwcentrum Ruiselede;
  - Samenwerking inzake outreachende forensische zorg (FACT-team) met Vertrouwenscentrum Kindermishandeling Brugge, en in afspraak met Sint-Lucia te Sint-Niklaas en PC Sint-Jan-Baptist te Zelzate;
  - Gestructureerde samenwerking met de politiezone 'Houtsche' en overleg met justitie (Brugge en Gent) en penitentiaire inrichtingen;
  - Voorzitter van het netwerk AMPEL (West-Vlaamse intersectoraal netwerk voor personen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problemen);



- Lid netwerk NAH West-Vlaanderen;
- Lid van het overlegplatform geestelijke gezondheidszorg West-Vlaanderen;
- Overleg met WZC die zich openstellen voor de populatie van het ziekenhuis;
- Penhouder TAZbis West-Vlaanderen, een activeringsproject i.s.m. GTB-VDAB;
- Structurele samenwerking met CGG Prisma en CGG Noord-West-Vlaanderen;
- Partner in het lokaal sociaal beleid van de “zorggemeente” Beernem.

### 8.3 Cijfergegevens

- In 2014 werden er 713 opnames verricht, waarvan 163 (22,9%) gedwongen opnames. De gemiddelde ligduur (cijfers van 2013) verschilt sterk naargelang de afdeling maar bedroeg gemiddeld voor het ziekenhuis 147 dagen, in totaal werden 142946 ligdagen gerealiseerd. **(AV)**
- De bezettingsgraad van het ziekenhuis bedroeg in 2013 89,41%. **(AV)**
- De afdeling FIDES registreert heel wat gegevens en heeft hierdoor een duidelijk zicht op de werking van de afdeling en aspecten van de out-come. **(SP)** Recent werd een studie opgestart om outcome-indicatoren te linken aan de gevolgde therapie. Men heeft ook een goed zicht op het herval: het hervalpercentage bedraagt 8%, wanneer enkel gekeken wordt naar niet-exhibitionisten zakt dit percentage naar 4%.