

Vlaamse overheid



**Agentschap Audit Welzijn,
Volksgezondheid en Gezin
Afdeling Welzijn en Gezondheid**
Koning Albert II-laan 35, bus 31,
1030 BRUSSEL
Tel. 02 553 33 79 – Fax 02 553 34 35

Psychiatrisch Ziekenhuis
Sint-Camillus
Sint-Denijs-Westrem

1	Inleiding	4
1.1	<i>Toepassingsgebieden</i>	4
1.2	<i>Definities</i>	4
1.2.1	Algemene vaststellingen	4
1.2.2	Sterke punten	4
1.2.3	Non-conformiteiten	4
1.2.4	Tekortkomingen	4
1.2.5	Aanbevelingen	4
1.3	<i>Auditdata</i>	5
1.4	<i>Samenstelling van het auditteam</i>	5
1.5	<i>Auditplan</i>	5
1.6	<i>Identificatie van de instelling</i>	6
1.6.1	Contactgegevens	6
1.6.2	Organogram	6
1.6.3	Geneesheer - diensthoofd per dienst:	6
1.6.4	Gemachtigd geneesheer voor toezicht op gedwongen opnames:	6
1.6.5	Geslaagden in het examen voor functie van geneesheer - hoofd van dienst (gedwongen opname):	6
2	Administratieve gegevens	7
2.1	<i>Laatste erkenning</i>	7
2.2	<i>Bemerkingen</i>	7
3	Architectuur	8
3.1	<i>Veranderingen sinds laatste verslag + data brandweerattest en brandweerverslag</i>	8
3.2	<i>Bemerkingen</i>	8
4	Module Leiderschap	9
4.1	<i>Opdrachtsverklaring</i>	9
4.1.1	Algemene vaststelling	9
4.2	<i>Organisatiestructuur</i>	9
4.2.1	Algemene vaststelling	9
4.2.2	Non-conformiteit	9
4.3	<i>Beleidsorganen</i>	9
4.3.1	Algemene vaststellingen	9
4.3.2	Non-conformiteit	9
5	Module Beleid en Strategie	10
5.1	<i>Algemeen Beleid – Strategisch Management</i>	10
5.1.1	Algemene vaststellingen	10
5.1.2	Tekortkoming	12
5.2	<i>Medisch beleid</i>	12
5.2.1	Algemene vaststellingen	12
5.2.2	Sterk punt	12
5.2.3	Aanbeveling	12
5.3	<i>Verpleegkundig beleid</i>	13
5.3.1	Algemene vaststelling	13
5.4	<i>Kwaliteitsbeleid - Risicomanagement</i>	13
5.4.1	Algemene vaststellingen	13

6	Module Medewerkers	14
6.1	<i>Personeelsbeleid</i>	<i>14</i>
6.1.1	Algemene vaststelling	14
6.2	<i>Personeelsbezetting.....</i>	<i>14</i>
6.2.1	Algemene vaststelling	14
6.2.2.	Non-conformiteit.....	14
7	Module Partnerschap en Middelen	16
7.1	<i>Infrastructuur.....</i>	<i>16</i>
7.1.1	Algemene vaststellingen	16
7.1.2	Sterk punt	17
7.1.3	Non-conformiteiten.....	17
7.1.4	Tekortkoming.....	17
7.1.5	Aanbevelingen	18
7.2	<i>Samenwerking.....</i>	<i>18</i>
7.2.1	Aanbeveling	18
7.3	<i>Apotheek & Medicatiedistributie</i>	<i>18</i>
7.3.1	Algemene vaststellingen	18
7.4	<i>Werking van de diensten</i>	<i>18</i>
7.4.1	Ontwenningencentrum Kasteelplus.....	18
7.4.1.1	Algemene vaststellingen	18
7.4.1.2	Aanbevelingen	21

1 Inleiding

1.1 Toepassingsgebieden

Kwaliteit van zorg.

Toetsing van de federale erkenningsnormen.

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

1.2 Definities

In het auditverslag wordt gebruik gemaakt van 5 soorten vaststellingen:

1.2.1 Algemene vaststellingen

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

1.2.2 Sterke punten

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

1.2.3 Non-conformiteiten

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

1.2.4 Tekortkomingen

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

1.2.5 Aanbevelingen

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

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

1.3 Auditdata

De audit vond plaats op volgende datum:

25 augustus 2009	Audit
------------------	-------

1.4 Samenstelling van het auditteam

Dr. Marc Servaes	Hoofdauditor, psychiater
Mevr. Lucrece Laurier	Verpleegkundig Auditor

1.5 Auditplan

- De audit vond plaats in het kader van de erkenning van de nieuwbouw , het ontwenningencentrum Kasteelplus, voor 37A-bedden (dag-nacht), 3a-plaatsen (daghospitaal) en 2t-plaatsen (daghospitaal).
- Het gebouw “ Hamelinck” werd n.a.v. aanpassings- en opfrissingswerken eveneens bezocht.
- Daarnaast werd het luik gedwongen opname en de opvolging van het vorig inspectiebezoek bevraagd.

	Dr. Marc Servaes	Mevr. Lucrece Laurier
9u 00– 11u00	<ul style="list-style-type: none">• Erkenning 37A-bedden, 3a- plaatsen en 2t- plaatsen.• Opvolging vorig inspectiebezoek	<ul style="list-style-type: none">• Erkenning 37A-bedden, 3a- plaatsen en 2t- plaatsen.• Opvolging vorig inspectiebezoek
11u00-12.u30	<ul style="list-style-type: none">• Bezoek aan het Ontwenningencentrum Kasteelplus	<ul style="list-style-type: none">• Bezoek aan het Ontwenningencentrum Kasteelplus
12u30 -14u00	<ul style="list-style-type: none">• Lunch met directie	<ul style="list-style-type: none">• Lunch met directie
14u00-16 u00	<ul style="list-style-type: none">• Inspectie Gedwongen Opname	<ul style="list-style-type: none">• Bezoek aan het gerenoveerd gebouw Hamelinck

1.6 Identificatie van de instelling

1.6.1 Contactgegevens

Naam:	Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Camillus
Adres :	Beukenlaan 20
Gemeente:	9051 Sint-Denijs-Westrem
Telefoon :	09/222 58 94
Fax:	09/221 10 47
E-mail:	mail@sint.camillus.be
Website :	www.sint.camillus.be
Inrichtende macht:	PZ Sint Camillus VZW
Voorzitter Raad van beheer :	E. Keirse

1.6.2 Organogram

Algemeen directeur:	Dhr M. Vermeire
Medisch directeur: (hoofdgeneesheer)	Dr. C. Mertens
Verpleegkundig-paramedisch directeur:	Mevr. Ch. De Vrieze
Voorzitter medische raad:	Dr. Spiers

1.6.3 Geneesheer - diensthoofd per dienst:

A:	Dr. Mertens
T	Dr. Spiers
Sp-psychogeriatrie:	Dr. Verdée

1.6.4 Gemachtigd geneesheer voor toezicht op gedwongen opnames:

- Dr. J. Verbeke (sinds 1/10/2005)

1.6.5 Geslaagden in het examen voor functie van geneesheer - hoofd van dienst (gedwongen opname):

- Dr. Vogels, Dr. Verbeke.

2 Administratieve gegevens

2.1 Laatste erkenning

- Aan het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Camillus, Beukenlaan 20, 9051 Sint-Denijs-Westrem wordt onder het erkenningsnummer 930, op datum van 20 maart 2009, een voorlopige erkenning verleend in Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Camillus, Ontwenningscentrum Kasteelplus, Beukenlaan 20, 9051 Sint-Denijs-Westrem voor 42 bedden/plaatsen, zijnde:
 - 37 A-bedden (dag-nachthospitalisatie) vanaf 17 februari 2009 tot en met 16 augustus 2009
 - 3a-plaatsen (daghospitaal) vanaf 17 februari 2009 tot en met 16 augustus 2009.
 - 2 t-plaatsen (daghospitaal) vanaf 17 februari 2009 tot en met 16 augustus 2009.

2.2 Bemerkingen

- Op datum van 25/08/2009 waren de bedden in het Ontwenningscentrum Kasteelplus als volgt opgedeeld:

Ontwenningscentrum Kasteelplus	Kenletter
KA3: Crisisunit	5 A-bedden
KA1: Alcohol en medicatie-unit	20 A-bedden 3 a-dag, 2 t-dag
KA2: Drugunit	12 A-bedden

3 Architectuur

3.1 Veranderingen sinds laatste verslag + data brandweerafbeelding en brandweerverslag

- Ontwenningscentrum Kasteelplus:
 - Op 13 februari 2009 heeft de brandweer een gunstig brandweerverslag overgemaakt aan de burgemeester over het Ontwenningscentrum/ kliniek voor verslavingszorg, van Psychiatrisch Ziekenhuis Sint Camillus – Kasteelplus (ingang via J.B. De Gellincklaan) en dit voor de 37 bedden en 5 dagbehandelingplaatsen.
 - In februari 2009 heeft de burgemeester van Gent een attest van brandveiligheid verstuurd (gunstig met voorwaardelijke opmerking) dat verband houdt met het Ontwenningscentrum Kasteelplus van het PZ Sint-Camillus, Beukenlaan 20 te 9051 Sint-Denijs-Westrem.
- Gebouw Hamelinck: (in het verleden “ de nieuwe kliniek” genaamd)
 - Tijdens het inspectiebezoek van 14 november 2007 werd toen aangegeven dat er verbouwingswerken gepland werden in de “nieuwe kliniek” of gebouw Hamelinck (met federale middelen) met het oog op het realiseren van meer een- en tweepersoonskamers.
In het brandweerverslag, n.a.v. bovenvermeld inspectiebezoek, werd het gebouw “Hamelinck” gunstig bevonden.
 - Op 29 juli 2009 heeft de brandweer een bezoek gebracht aan het gerenoveerd gebouw Hamelinck gelegen Beukenlaan 20 te 9051 Sint-Denijs-Westrem. De brandweer geeft in haar verslag aan “geen bezwaar te hebben tegen de geleidelijke in gebruik name van de verschillende verdiepingen voor zover de vermelde tekortkomingen die hierop betrekking hebben, zijn weggewerkt”. Het ziekenhuis geeft op datum van het bezoek van 25 augustus 2009 aan dat enkel op kelderniveau nog een brandwerend sas dient aangebracht te worden. Een opvolgingsbezoek van de brandweer van het gebouw Hamelinck wordt voorzien eind oktober.

3.2 Bemerkingen

- Van zodra de brandweer een gunstig brandweerverslag heeft overgemaakt aan de burgemeester en de burgemeester een attest van brandveiligheid heeft overgemaakt aan het ziekenhuis van het gebouw Hamelinck, dienen deze beide documenten overgemaakt te worden aan het Agentschap Zorg en Gezondheid.

4 Module Leiderschap

4.1 Opdrachtsverklaring

4.1.1 Algemene vaststelling

- Geen aanpassingen.

4.2 Organisatiestructuur

4.2.1 Algemene vaststelling

- Naar aanleiding van de opdeling van het ziekenhuis in 4 sectoren werd het organogram aangepast.

4.2.2 Non-conformiteit

- In het organogram ontbreken nog een aantal diensten o.a. het Ethisch Comité, begeleiding herintreders, mobiele equipe, ...

4.3 Beleidsorganen

4.3.1 Algemene vaststellingen

- Het ziekenhuis is voor het Ethisch Comité aangesloten bij het samenwerkingsverband "Spes et Fides".
- Er is een samenwerkingsovereenkomst in ontwerp waarbij het ziekenhuis gevolg geeft aan wat het Agentschap Zorg en Gezondheid in haar opvolging gevraagd heeft.

4.3.2 Non-conformiteit

- Het ziekenhuis ondertekende nog geen samenwerkingsovereenkomst met het Ethische Comité "Spes et Fides".

5 Module Beleid en Strategie

5.1 Algemeen Beleid – Strategisch Management

5.1.1 Algemene vaststellingen

- Sinds vorig audit bezoek (november 2007) werd een reorganisatie doorgevoerd in het ziekenhuis.
- De verdeling van de bedden over sectoren en afdelingen is met ingang van 3 augustus 2009 als volgt:
 - Op 3 augustus 2009 werd de nieuwbouw Ontwenningscentrum Kasteelplus in gebruik genomen. Het gebouw omvat volgende 3 units:

K 1	Afdeling alcohol- en medicatieverslaving	20 bedden
K 2	Drugsafdeling	12 bedden
K 3	Observatieafdeling	5 bedden

- Het gebouw Hamelinck (vroegere benaming “nieuwe kliniek”) huisvest de psychosezorg, ouderenzorg en Moeder & Kind en is als volgt ingedeeld:

3 ^{de} verdieping	Crisisafdeling + isolatie unit (3 afzonderingskamers)	16 bedden
2 ^{de} verdieping	Psychosezorg incl. dagbehandeling, Moeder & Kind	21 bedden+ 4bedden
1 ^{ste} verdieping	Ouderenzorg	28 bedden
Gelijkvloers	Apotheek en polikliniek	

- Het gebouw De Vennen (nieuwbouw 2000) huisvest de SAP-sector. Het gebouw heeft 2 afdelingen:
 - De afdeling persoonlijkheidsvorming met 34 bedden
 - De afdeling stemmingsstoornissen met 24 bedden
 - In het oude kasteel is het dagcentrum ondergebracht.
- Sinds de verbouwingen en herlocalisatie van de bedden is er één afdeling minder. Het ziekenhuis beschikt nu effectief over de 162 erkende bedden. De overtollige bedden zijn weggewerkt door de afbouw van de meerpersoonskamers naar één- en tweepersoonskamers.
- Het ziekenhuis werkt met ingang van 3 augustus 2009 met 4 sectoren m.n.
 - Sector SAP (stemmings-,angst- en persoonlijkheidstoornissen),
 - Sector psychose zorg
 - Sector verslavingszorg
 - Sector ouderenzorg.

- Het werken met sectoren had ook zijn impact op de organisatie:
 - een patiënt in deeltijdse/volgtijdse behandeling wordt nu gedurende zijn ganse traject begeleid door zijn zelfde arts, blijft in zijn zelfde behandelgroep en wordt verder begeleid door zijn/haar therapeut.
 - per sector is een sectorverantwoordelijke benoemd,
 - het beleid van een sector wordt bepaald door een beleidsteam bestaande uit de artsen, psychologen en hoofdverpleegkundigen van deze sector,
 - iedere afdeling binnen een sector heeft een hoofdverpleegkundige.
 - paramedisch en therapeutisch personeel vallen nu onder de verantwoordelijkheid van de hoofdverpleegkundige. De werking met vakgroepverantwoordelijken blijft behouden.
- De ECT-behandeling is in het ziekenhuis definitief gestopt. Er zijn afspraken gemaakt met het U.Z. Gent die vanaf oktober 2009 de ECT- behandelingen van het ziekenhuis zal overnemen. Het U.Z. Gent wordt door PZ Sint Camillus bijgestaan door de nodige opleiding van het personeel (een 3-tal verpleegkundigen gespecialiseerd in de ECT-behandeling).
- Het ziekenhuis geeft aan dat het voor de patiënten toch veiliger is een dergelijke behandeling te ondergaan in een algemeen ziekenhuis omdat deze beter uitgerust zijn in geval zich een incident voordoet.
- Gedurende de periode dat het ziekenhuis Sint-Camillus geen ECT-behandelingen uitvoerde was er een afspraak met een psychiatrisch ziekenhuis in Sint-Niklaas en Brugge om de ECT- behandelingen uit te voeren.
- Infrabel bracht in de regio Gent de risicoplaatsen voor suïcide in kaart. Het ziekenhuis Sint-Camillus wordt genoemd als een risicoplaats en komt in aanmerking voor het plaatsen van een afsluiting. Het PZ Sint Camillus was reeds jaren vragende partij om een afsluiting te plaatsen tussen het ziekenhuis en de spoorweg. (cfr verslag vorige audit).

Het ziekenhuis geeft in haar reactienota aan dat het op datum van 28/09/2009 een brief heeft ontvangen van Infrabel als antwoord op het schrijven van 29/02/2008 waarbij meegedeeld wordt dat er een volwandige afsluiting over een afstand van 1000 meter zal geplaatst worden in de loop van 2010.

- Het ziekenhuis hanteert een lijst van opname onder voorwaarden. Deze lijst is behoorlijk lang: op datum van de audit zijn er 725 patiënten die op deze lijst voorkomen, waarvan er 279 enkel opgenomen kunnen worden na een intake bij een arts. Voor 386 patiënten betekent dit dat zij niet meer opgenomen zullen worden. Een belangrijke verklaring is dat het ziekenhuis geen patiënten wenst op te nemen waarvoor het geen behandelaanbod heeft: chronische patiënten, dementerenden, Korsakoff's, ... Een verklaring die het ziekenhuis geeft wat de geronto-psychiatrische patiënten betreft is dat oudere patiënten met een psychiatrische problematiek een zodanig lage score op de KATZ-schaal halen dat zij door de rusthuizen geweerd worden (deze praktijk die een financiële achtergrond heeft houdt een discriminatie in van de geronto-psychiatrische patiënt). De inspectie GGZ stelt zich bijgevolg ernstige vragen omtrent het gebruik van dit instrument, meer bepaald omwille van het eenzijdige karakter: houdt geen rekening met psychische noch sociale factoren.

5.1.2. Tekortkoming

- Het ziekenhuis beschikt niet over een procedure m.b.t. het uitvoeren van een ECT in een ander ziekenhuis, waarin o.m. de verantwoordelijkheden en het vervoer geregeld zijn, waarin er concrete afspraken gemaakt worden wie wat doet (vb. voorafgaande onderzoeken, informed consent,...).

5.2 Medisch beleid

5.2.1 Algemene vaststellingen

- Tijdens dit auditbezoek meldt de directie van het ziekenhuis dat er overleg gestart is met het PZ Caritas te Melle rond een intensieve samenwerking. Het uitgangspunt is een maximale complementariteit aan zorg te kunnen aanbieden op termijn en om samen mogelijke opportuniteiten op het vlak van zorgvernieuwing te kunnen benutten. Er waren ook reeds verkennende gesprekken op het niveau van de Raad van Bestuur en de directie teams van de beide ziekenhuizen. De artsen worden bij deze gesprekken betrokken.
- In het laatste auditverslag geeft de inspectie aan dat de registratie m.b.t. afzondering losbladig is. De gebruikte fiches zijn onderdeel van het IDD (Interdisciplinair patiëntendossier) maar iedere fiche is genummerd. Per jaar worden de fiches per afdeling ingebonden. De fiches bevatten alle noodzakelijke gegevens. In het patiëntendossier wordt uitgebreid genoteerd wat de aanleiding was tot afzonderen.

5.2.2 Sterk punt

- Het ziekenhuis beschikt over een Tatami-ruimte. Dit is een afzonderingsruimte waar de muur- en wandbekleding met zachte materialen zijn bekleed en enkel een matras op de vloer beschikbaar is; wat voorkomt dat de patiënt zich kan bezeren en niet moet gefixeerd worden.

5.2.3 Aanbeveling

- Bij afzondering wordt op de observatiefiche de naam van de verpleegkundige vermeld, de paraaf ontbreekt nog. Het strekt tot aanbeveling op de afzonderingsfiche te verwijzen naar de notities in het IDD die aanleiding gaven tot afzondering.

5.3 Verpleegkundig beleid

5.3.1 Algemene vaststelling

- Na de doorgevoerde wijzigingen vindt het ziekenhuis het goed in het najaar te peilen naar de tevredenheid van de medewerkers.

5.4 Kwaliteitsbeleid - Risicomanagement

5.4.1 Algemene vaststellingen

- De voorbije maanden heeft het ziekenhuis bijna uitsluitend gewerkt rond de reorganisatie van de therapieprogramma's binnen het ziekenhuis, van waaruit een inhoudelijke kwaliteitsverbetering te verwachten is.
- Het nieuwe kwaliteitshandboek is aanvaard door het Agentschap Zorg en Gezondheid
- Uit de tevredenheidsmetingen van de patiënten meent het ziekenhuis af te kunnen leiden dat de verwachtingen van de patiënten steeds toenemen op alle vlakken (o.a. voeding, therapie, accommodatie, ..., maar ook dat ontslag en nazorg beter kunnen volgens de patiënt). Het ziekenhuis hecht hier veel belang aan en zal in de komende jaren daar rond werken en verbeteracties opstarten.

6 Module Medewerkers

6.1 Personeelsbeleid

6.1.1 Algemene vaststelling

- Om tegemoet te komen aan de normatief bepaalde permanente opleiding voor het hoofd van het verpleegkundig departement, de verpleegkundige diensthoofden en de hoofdverpleegkundigen zal het ziekenhuis aansluiten bij het aanbod die op het niveau van de provincie Oost-Vlaanderen vanuit de sector aangeboden wordt.

6.2 Personeelsbezetting

6.2.1 Algemene vaststelling

- De huidige personeelsbezetting van het Ontwenningscentrum Kasteelplus is als volgt voor 37-A bedden, 2t-dag en 3a-dag:
 - 2,00 VTE Lic. in de psychologie,
 - 1,90 VTE sociaal assistent
 - 7,32 VTE A1-psychiatrisch verpleegkundige (waarvan de hfdvp. 1 VTE)
 - 4,68 VTE gediplomeerde verpleegkundigen (waarvan 1,6 VTE alg.vpk.)
 - 0,5 VTE verpleegassistent
 - 0,53 VTE niet gekwalificeerd personeel
 - 2,76 VTE paramedisch personeel (PMT,ergo)
 - 2,00 VTE psychologisch assistente
 - 0,50 VTE GSO
 - 0,10 VTE pastoraal werker

Het personeel in sociale maribel (1 en 2), IBF en startbanen zijn in de personeelsbezetting niet meegerekend.

6.2.2. Non-conformiteit

- Het ziekenhuis geeft nog steeds artsen-specialisten-in opleiding op in zijn personeelsequipe. Deze artsen dienen niet ten laste van het ziekenhuis te vallen maar vergoed te worden vanuit de honoraria.

Het ziekenhuis stelt ten aanzien van deze non-conformiteit:

“De erkenningsnormen voor de A-dienst laat toe om per 30 bedden 3 medewerkers in te zetten met een diploma dat “aangepast is aan de noodwendigheid van de dienst”. Voor de T-dienst geldt dit ook op een bestand van 60 bedden.”

Het ziekenhuis is van oordeel dat de 0,5 vte. arts op een bestand van 42 bedden en plaatsen een belangrijke bijdrage levert aan een kwalitatieve psychiatrische patiëntenzorg.

Het antwoord van de inspectie is dat deze bijdrage ongetwijfeld kwalitatief belangrijk is, evenwel is het punt wat gemaakt wordt dit van zowel de financiering ervan alsook van de bestaffing zelf. De normen zowel van de A- als van de T-diensten zijn overduidelijk in de omschrijving van de personeelsequipe: er is aan de ene kant expliciet sprake van een geneeskundige equipe waar artsen assistent in opleiding met zekerheid onder vallen en die niet ten laste van de verpleegdagprijs vallen, en langs de andere kant een equipe waarin zowel de kwalificaties als de taken expliciet beschreven zijn, en waar in de lijst van de diploma's het diploma van arts niet voorkomt. Concreet betekent dit dat de artsen-assistent in opleiding niet meegenomen kunnen worden in de berekening van de personeelsbestaffing en dient de equipe aangevuld te worden met personeel dat wel aan de eisen gesteld in de normen voldoet. Wat de financiering betreft, dit is een aangelegenheid die onder de federale bevoegdheid valt. Indien het ziekenhuis dit wenst kan dit luik van het dossier voor beoordeling en voor verder gevolg overgemaakt worden aan de dienst boekhouding van de ziekenhuizen van de FOD Volksgezondheid

7 Module Partnerschap en Middelen

7.1 Infrastructuur

7.1.1 Algemene vaststellingen

- Het gebouw Hamelinck:
 - In een tijdspanne van enkele maanden werden de meerpersoonskamers omgebouwd tot een- en tweepersoonskamers en werden de afdelingen opgefrist.
 - De indeling is als volgt:
 - 3de verdieping: 16 éénpersoonskamers, en een afzonderingsunit van 3 kamers
 - 2de verdieping: 5-tweepersoonskamers, 11 éénpersoonskamers, 10 plaatsen dagtherapie.
 - 1ste verdieping: 5-tweepersoonskamers en 18 éénpersoonskamers.
 - gelijkvloers: polikliniek, apotheek.
 - Op de derde verdieping werd een afzonderlijke unit met 2 afzonderingskamers en 1 tatami-ruimte (zie verder in dit verslag) gerealiseerd. Er is een afzonderlijke douche, een ruimte waar patiënten bezoek kunnen ontvangen, samen kunnen eten of roken (er is een rookafzuigstelsel voorzien).
 - Alle afdelingen beschikken over een ruime living in combinatie met de eetruimte. Volgens noodzaak kan de ruimte nog uitgebreid worden of wordt de nog aanpalende living gebruikt als rustplaats voor patiënten die in dagbehandeling komen (2de verdieping).
 - Er is per afdeling een verpleeglokaal, een medicatielokaal (met de nodige infrastructuur), gemeenschappelijke toiletten, badkamer en douches. Er zijn nog beperkte aanpassingen uit te voeren in de douchegroep (hechtingspunten wegwerken boven de toegangsdeur) en de badkamers.
 - Op de afdeling psycho-geriatrie (1ste verdieping) werd een buitenterras aangebouwd.
 - Op alle afdelingen zijn de muren opgefrist maar nog niet aangekleed. Dit wordt voorzien.
- Kasteelplus – Ontwenningscentrum:
 - Het gebouw oogt modern en gezellig, is huiselijk met veel lichtinval, en is eigentijds aangekleed met comfortabel meubilair.
 - Op het gelijkvloers bevinden zich de dienst- en therapieruimtes, de livings, gemeenschappelijk sanitair, was- en strijkruiimte, gesprekslokalen (arts en

therapeuten), bureel hoofdverpleegkundige, verpleegpost en medicatielokaal, bezoekersruimte, rookruimte, patio's... en 3 individuele kamers van K3.

- De afdelingen zijn op het gelijkvloers en op de eerste verdieping van elkaar gescheiden. 's Avonds worden de afdelingen gesloten.
- Op de 1^{ste} verdieping bevinden zijn de slaapgelegenheden voor K 1 en 2, en 2 bedden voor K 3 die kunnen toegevoegd worden aan K2 en 2 gemeenschappelijke badkamers.
- Elke kamer beschikt over een sanitaire ruimte met lavabo en douche. In de tweepersoonskamers is een lavabo per persoon en is het toilet afgescheiden van de sanitaire ruimte.
- Op K2 is een toxico-kamer waarbij toilet door een schuifwand wordt afgescheiden van lavabo en observatieruimte voor de verpleegkundige om de patiënt toch enig gevoel van privacy te bezorgen op het moment dat hij gecontroleerd wordt op drugs.
- In dit gebouw is geen strikte isolatiekamer wel een kamer die als afzonderingskamer wordt gebruikt. De kamer beschikt over een sas, inkijk in de toegangsdeur van de kamer, er is geen camerabewaking en het bed staat los.

7.1.2 Sterk punt

- De nieuwbouw werd genomineerd voor een architecturale prijs

7.1.3 Non-conformiteiten

- Zowel op de afdeling Kasteelplus als de gerenoveerde afdeling Hamelinck zijn op meerdere locaties trekkoordjes aanwezig voor het bedienen van het oproepsysteem. De gebruikte koordjes op de laatst vernoemde afdeling zijn wel onvoldoende sterk om te gebruiken bij suïcidepoging.
- De afzonderingskamer kan enkel in de functie gebruikt worden zoals vandaag voorzien is: wanneer de kamer toch als afzonderingskamer gebruikt wordt, m.a.w. wanneer de deur gesloten wordt, dienen er aanpassingen te gebeuren die maken dat deze kamer absoluut veilig is. In principe kan er ook niet in een dergelijke kamer gefixeerd worden.

7.1.4 Tekortkoming

- In de isolatiekamer is een oproepsysteem voorzien, doch de gefixeerde patiënt kan het niet bedienen vanuit het bed.

7.1.5 Aanbevelingen

- Vermits de afzonderingskamer als een soort van rustkamer gebruikt wordt, en de inspectie ervan uitgaat dat zulks o.m. het geval zou kunnen zijn wanneer iemand moet ontuchtend worden, stelt zich de vraag of er geen monitoring (eventueel cardiale monitoring: bv. telemetrie, of andere bv. visuele monitoring) zou moeten voorzien worden, dit ter continue observatie van de patiënt.
- De deuren van de “afzonderingskamer” hebben een Rf van 30 minuten. De inspectie vraagt dat het ziekenhuis met de brandweer overlegt of dit voldoende is.

7.2 Samenwerking

7.2.1 Aanbeveling

- Het ziekenhuis heeft bij het dossier voor aanvraag van erkenning een samenwerkingsovereenkomst toegevoegd met het AZ M. Middelaars en het AZ Sint Lucas te Gent. Deze beide documenten zijn toe aan de nodige aanpassingen.

7.3 Apotheek & Medicatiedistributie

7.3.1 Algemene vaststellingen

- De geïnformatiseerde medicatiefiche laat niet toe op afdelingsniveau na te gaan welke verpleegkundige de medicatie toedient. Dit zou wel mogelijk zijn vanuit de apotheek.
- Op het moment van deze audit was het ziekenhuis bezig met het toekennen van een persoonlijke login voor de verpleegkundigen.

7.4 Werking van de diensten

7.4.1 Ontwenningscentrum Kasteelplus.

7.4.1.1 Algemene vaststellingen

- De afdeling verslavingszorg of “Ontwenningscentrum” richt zich tot patiënten met een ernstige afhankelijkheidsproblematiek. Zij is onderverdeeld in 3 units, zoals hoger aangegeven. Met uitzondering van de behandelunit voor (illegale) drugproblematiek richt de afdeling zich tot volwassenen. Jongeren met een drugproblematiek kunnen er terecht tussen de leeftijd van 16 en 25 jaar.
- Het zorgprogramma voor deze afdeling is per unit uitvoerig uitgeschreven in het bundel “Kasteelplus” - Centrum voor integrale verslavingszorg”. Dit programma werd inhoudelijk getoetst tijdens de audit en werd degelijk bevonden.

De noodzakelijke componenten van een goede verslavingszorg zijn aanwezig (motiverende gesprekstechnieken, vaardigheidstrainingen, informatie, hervalpreventie, familiewerking, strategieën bij comorbiditeit, specifieke diagnostische onderzoeken in verband hiermede..), men houdt rekening met de fase waarin patiënt zich bevindt. De ambities wat doelstellingen betreft zijn aan de hoge kant (keuze voor abstinentie), maar gezien de populatie zeker verantwoord. Medicatie tegen zuchtigheid wordt iets te behoedzaam ingezet, maar de afdelingsarts voerde hier wel een voldoende inhoudelijke verklaring voor aan: craving wordt benut om patiënten hiermede te leren omgaan. Er zijn huisregels. Bij overtreding is er een passend beleid: gesprek en aanpassing van vrijheden. Er wordt af en toe controle gedaan op het gebruik van drugs. Er zijn modificaties in de groepswerking: deels gericht op behandeling, deels op resocialisatie, waarbij de vroegere indeling “naar niveau”, en gericht op “inzicht” verlaten werd. Er zijn instructies hoe omgaan met patiënten die besmet zijn bvb met hepatitis C.

- De aanwezigheid van de arts zoals voorzien in het uurrooster van de afdeling is wat uren betreft te beperkt als je dit afzet ten opzichte van het aantal patiënten wat er verblijft. Door het voorzien van een bureau voor de arts en de behandelaren op de afdeling is er vermoedelijk wel een intensievere teamwerking. Informatie-uitwisseling is een deel via IDD en een deel mondeling.

Het ziekenhuis reageert hierop als volgt:

Kasteelplus heeft 37 bedden en plaatsen, wat 20% is van de erkenning van het ziekenhuis. Dr. Spiers is voltijds toegewezen aan deze sector. Vertrekkende van 6 voltijdse psychiaters betekent dit dat 17% van de beschikbare psychiatertijd is toegewezen aan deze sector. Dr. Spiers is een deel van zijn uren aanwezig op Kasteelplus en een deel van de uren in zijn bureel in de polikliniek (gebouw Hamelinck). Dit laatste is belangrijk voor contact en overleg met collega's, met administratie, directie en op opnamedienst, voor intakegesprekken, voor het ontvangen van ambulante patiënten enz.

Het antwoord van de inspectie is dat het uitgangspunt de norm is, waarin gestipuleerd is 1 voltijdse arts per 30 A bedden. Een mathematische benadering leert dat er bijgevolg meer dan 1 arts op deze afdeling actief moet zijn ($37 > 30$).

- Er zijn afspraken met het UZ Gent, waarbij het eerste deel van de behandeling start in het UZ, o.m. bij patiënten die onder invloed zijn. Patiënten kunnen meestal op korte termijn over komen van het UZ naar St. Camillus (crisisbedden).
- De 3 afdelingen van “het centrum” worden geleid door een afdelingsarts, een hoofdverpleegkundige en 2 teamcoördinatoren (psychologen). Daarnaast zijn er 2 multidisciplinaire teams (K2-K3 en K1) met verpleegkundigen, maatschappelijke werkers en therapeuten. Er zijn afspraken i.v.m. continuïteit van zorg (bij vakantie) Ieder team legt zijn eigen accenten vanuit een gemeenschappelijke visie rond verslavingszorg.

- Wat bieden de 3 units aan:
 - Alcohol- en medicatie-unit : Als de patiënt zich aanbiedt voor een opname wordt in onderleg overleg bepaald welke de best passende hulp is voor de patiënt. De eerste stap is veelal een opname, gevolgd door dagtherapie en in een verder stadium ambulante nazorg, ambulante groepstherapie en deelname aan zelfhulpgroepen.
 - Drug-unit: De begeleiding is opgedeeld in een residentiële en ambulante fase waarbij de eerste fase bestaat uit een aantal onderdelen: de detoxificatiefase, de observatie- en motivatiefase, de behandelfase en de resocialisatiefase. De ambulante fase bestaat uit de dagbehandeling en nazorg (consultaties wekelijks of tweewekelijks bij een vaste hulpverlener van het centrum). Als tussenstap tussen de residentiële en ambulante fase kan de patiënt, indien hij dit wenst, in het “tussenhuis” tijdelijk gaan samen wonen met 3 patiënten. Tijdens die periode gaan zij werken of naar school maar worden verder begeleid. Op deze unit wordt de naaste familie gezien als een belangrijke partner.
 - Crisis-unit: Jongeren met een drugproblematiek of volwassenen met een alcohol- en medicatieverslaving kunnen op deze (open) unit terecht; ook gedwongen opnames. Deze unit past een aantal exclusiecriteria toe o.a. acute decompensatie, gedwongen opname met vluchtgedrag, agressief gedrag. Een opname kan hier maximaal 7 dagen. De begeleiding is hoofdzakelijk ondersteunend en individueel. Problemen uit de leefsituatie en/of acute problemen worden in kaart gebracht. Bij bereidheid van de patiënt wordt hij voorbereid op een behandeling in het ziekenhuis of er buiten.
- De familie wordt op elke unit nauw betrokken bij het te doorlopen traject van de patiënt, mits zijn toestemming. Maandelijks wordt een informatiebijeenkomst voorzien voor de familie en recent werd gestart met een familiegroep.
- De verpleegkundige permanentie is zowel tijdens de dag als de nacht verzekerd op de afdeling. De verpleegkundige bestaafing is beperkt 's morgens maar ruim in de namiddag. Dit is een bewuste keuze vanuit het beleid omdat de therapeuten hun dagtaak beëindigen rond 17 u. en er dan nog veel tijd rest voor de patiënt voor individuele begeleiding en/of gesprek met de toewijs verpleegkundige.
- In een overzichtelijk wekschema wordt de dagindeling en het therapieaanbod weergegeven. In de voor- en namiddag zijn 3 therapiemomenten. Naast huishoudelijke taken vormen groepstherapie een belangrijk onderdeel van het behandelprogramma. Alle disciplines hebben hun bijdrage in het therapieaanbod die zeer gediversifieerd is, gaande van psycho-educatie tot psychomotorische activiteiten, sociale vaardigheidstrainingen, diverse sportclubs en atelierwerking, gestructureerde buitenactiviteiten, De patiënt wordt wekelijks ook gezien door de arts. De patiënt wordt ook betrokken bij het reilen en het zeilen van de afdeling o.a. zelf kledij wassen, onderhoud van de kamer (zelfhulp).
- Het werken met het IDD (Interdisciplinair patiëntendossier) is volledig geïntegreerd in de werking. In het dossier is ook het medisch luik opgenomen, is elke opdracht van de arts tot de opvolging van parameters terug te vinden, is de medicatiefiche onderdeel

van het dossier en werken alle disciplines met dit instrument. Bij de verhuis naar een andere afdeling volgt het dossier de patiënt. Het medisch, psychologisch en het luik van de maatschappelijke werker zijn beperkt toegankelijk voor anderen. Verder heeft elk teamlid leesrecht maar per discipline is schrijfrecht. Het ziekenhuis is gestart met het toekennen van een persoonlijke login voor het verplegend personeel.

- Het medicatiebeleid is veilig en controleerbaar. Narcotische analgetica worden afzonderlijk bewaard in een afgesloten safe, met beperkte toegankelijkheid en heeft een correct opvolgingssysteem.

7.4.1.2 Aanbevelingen

- Bij nazicht van de onthaalbrochure wordt vastgesteld dat deze nog niet is aangepast aan de vernieuwde situatie. Zo is er nog sprake van meerpersoonskamers.
- Het IDD is in het ziekenhuis reeds uitgerold sinds 2000. Het is aangewezen het personeel goed te blijven ondersteunen bij aanpassingen van het IDD.

Brussel,

21 OKT. 2009

Dr. Marc Servaes

Mevr. Lucrèce Laurier

