

DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

T 02 553 34 34

F 02 553 34 35

contact@zorginspectie.be

AUDITVERSLAG

INSPECTIEPUNT

Naam	PC Caritas
Adres	Caritasstraat 76, 9090 Melle
Telefoon	09 252 16 45
E-mail	info@pccaritas.be
Dossiernummer	E 959

INRICHTENDE MACHT

Naam	Psychiatrisch Centrum Caritas
Juridische vorm	vzw
Adres	Caritasstraat 76, 9090 Melle
Telefoon	09 252 16 45
E-mail	info@pccaritas.be

UITBATINGSPLAATS

Naam	PC Caritas
Adres	Caritasstraat 76, 9090 Melle

OPDRACHT

Nummer	O-2015-MAPU-0108
Datum	10/02/2015
Inspecteurs	Anja Claeys Kurt Lievens Lindsay Vissenaekens Tom Wylin

VERSLAG

Nummer	V-2015-LIKU-001
Datum	10/02/2015

INSPECTIEBEZOEK

Soort	aangekondigd bezoek op 04/02/2015 en op 09/02/2015
Gesprekspartners	zie 1.2

INHOUD

1	Inleiding	3
1.1	Toepassingsgebieden en definities.....	3
1.2	Auditproces.....	4
1.3	Samenstelling van het auditteam	5
1.4	Auditplan	5
2	Situering van de voorziening	7
2.1	Organogram.....	7
2.2	Arts - diensthoofd per dienst.....	7
2.3	Gemachtigd arts voor toezicht op gedwongen opname	7
2.4	Erkenningsituatie	7
2.5	Historische en geografische situering.....	9
3	Leiderschap	10
3.1	Beleidsorganen	10
3.2	Organisatiestructuur.....	12
4	Beleid en strategie.....	14
4.1	Algemeen, kwaliteits-, medisch en therapeutisch beleid.....	14
4.2	Lerende omgeving	19
4.3	Formele samenwerkingsovereenkomsten	21
5	Middelen.....	23
5.1	Infrastructuur.....	23
5.2	Patiëntendossier	24
6	Medewerkers	26
6.1	Personeelsbeleid.....	26
6.2	Vorming, training en opleiding (VTO)	28
6.3	Vrijwilligers	28
6.4	Bestaffing.....	28
7	Processen	30
7.1	Organisatie van zorg	30
7.2	Procedurebeheer	31
7.3	Medicatie distributie	31
7.4	Agressiebeleid en vrijheidsbeperkende maatregelen	34
7.5	Suïcidebeleid.....	39
7.6	Patiëntenrechten, ombudsfunctie en klachtenmanagement.....	40
8	Resultaten	42
8.1	Toegankelijkheid.....	42
8.2	Tevredenheid patiënten en medewerkers	42
8.3	Patiënt-/familiegeoriënteerde zorg.....	44
8.4	Samenwerking	45
8.5	Cijfergegevens	46

1 INLEIDING

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

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

De opmerkingen uit de reactienota werden na overleg via e-mail en telefoon verwerkt in de definitieve versie van het verslag, waardoor de facultatief voorziene slotbespreking niet doorging.

1.1 TOEPASSINGSGBIEDEN EN DEFINITIES

Tijdens de audit wordt gefocust op de kwaliteit en veiligheid van zorg. Hierbij baseren de auditoren zich enerzijds op een aantal juridische basisteksten (erkenningnormen, kwaliteitsdecreet), maar anderzijds ook op evidence based richtlijnen of andere (inter)nationale richtlijnen m.b.t. het betreffende zorgdomein.

In het auditverslag worden alle vaststellingen van de auditoren geclassificeerd. Daarbij wordt gebruik gemaakt van volgende classificaties:

Algemene vaststellingen (AV)

Deze elementen scoren niet negatief en niet positief. Het is neutrale informatie, bv. om de context te schetsen.

Non-conformiteiten (NC) en tekortkomingen (TK)

Non-conformiteiten en tekortkomingen zijn knelpunten in de kwaliteit van zorg of risico's op het vlak van patiëntveiligheid, die door het ziekenhuis moeten aangepakt worden en waarop vooruitgang moet geboekt worden.

Non-conformiteiten hebben steeds een juridische basis. Het zijn elementen die niet aan normen voldoen zoals geformuleerd in o.a. wetten, decreten, uitvoeringsbesluiten en ministeriële omzendbrieven.

Tekortkomingen zijn niet gebaseerd op een juridisch vastgelegde norm, maar bv. op (evidence based) richtlijnen, standaarden en internationaal aanvaarde kwaliteitsnormen. Redenen om een element als een tekortkoming te classificeren kunnen bv. ook zijn:

- opvallend zwakker scoren dan het sectorgemiddelde zonder voldoende objectieveerbare verklaring;
- weliswaar enigszins maar in onvoldoende mate voldoen aan een norm met een juridische basis; strikt gezien is er in dergelijk geval geen sprake van een non-conformiteit, anderzijds haalt het ziekenhuis niet de nodige kwaliteit m.b.t. de betreffende norm (men voldoet bv. vormelijk aan een juridische norm, maar de inhoud voldoet niet).

Sterke Punten (SP)

Dit zijn punten die worden beoordeeld als opvallend beter dan het gemiddelde van de sector of dan de rest van het ziekenhuis.

Het minimaal voldoen aan de normen of verwachtingen wordt niet als een sterk punt aanzien.

Aanbevelingen (Aanb)

Een aanbeveling is een vrijblijvend advies ter verbetering van de kwaliteit van de zorg.

Een aanbeveling wordt enkel geformuleerd als ze ook een kwaliteitsverbetering kan betekenen voor het betreffende ziekenhuis.

De auditoren baseren zich hierbij op het referentiekader voor psychiatrische ziekenhuizen, dat bekend gemaakt werd aan het ziekenhuis en te vinden is op <http://www.zorg-en-gezondheid.be/Beleid/Procedures/Ziekenhuizen/Inspectie-en-audit-van-psychiatrische-ziekenhuizen>. Dit referentiekader geeft ook een indicatie voor de manier waarop de vaststellingen kunnen ingedeeld worden in non-conformiteiten en tekortkomingen.

Dit betekent niet dat alle mogelijke non-conformiteiten en tekortkomingen uit het referentiekader systematisch in elk auditverslag worden vermeld. In het verslag worden de verbeterpunten opgenomen die, rekening houdend met de plaatselijke context, een risico inhouden op het vlak van patiëntveiligheid of belangrijk zijn om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Het referentiekader is anderzijds ook niet exhaustief. Zo kan het dat in het auditverslag elementen als een non-conformiteit of tekortkoming worden geformuleerd, ondanks het feit dat ze niet als dusdanig in het referentiekader staan opgenomen. Dit kan bv. gebeuren:

- in afwachting van de aanpassing van het referentiekader (dat altijd enige vertraging kent ten opzichte van de evolutie van de sector en/of van de wetenschap);
- als het een element betreft dat dermate zelden voorkomt dat het niet is opgenomen in het referentiekader;
- als het een element betreft dat buiten de focus van het referentiekader valt maar dat toch voldoende belangrijk is (bv. het onvoldoende respecteren van de menselijke waardigheid).

1.2 AUDITPROCES

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

Er werden 31 uren interview en rondgang georganiseerd. Tijdens de interviews waren er gesprekken met 4 directieleden, de manager kwaliteitszorg en databeheer, een verpleegkundig stafmedewerker, 2 artsen, 12 verpleegkundigen waarvan 9 hoofdverpleegkundigen, de apotheker en een apothekassistente, 7 psychologen, 2 patiënten, een ombudspersoon en een ombudspersoon in opleiding.

Volgende afdelingen werden tijdens de audit bezocht:

- De Kaap
- De Branding
- Sint-Elisabeth 1
- Sint-Elisabeth 2
- Dageraad
- De Klimop
- Vlonder
- Jericho
- De Getijden

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).

1.3 SAMENSTELLING VAN HET AUDITTEAM

Kurt Lievens	Hoofdauditor
Anja Claeys	Auditor
Lindsay Vissenaekens	Auditor
Tom Wylin	Auditor
Nele Van Cauteren	Observator

1.4 AUDITPLAN

woensdag 4 februari 2015				
	Kurt Lievens	Tom Wylin	Anja Claeys	Lindsay Vissenaekens
9u - 10u	toelichting bij het auditproces door de auditoren en korte voorstelling van en door het ziekenhuis			
10u - 11u	afdelingsbezoek	ombudsfunctie en patiëntenrechten	afdelingsbezoek	afdelingsbezoek
11u - 12u		medisch beleid		
12u - 13u	middagmaal + overleg auditoren (auditoren alleen)			
	Kurt Lievens + Anja Claeys (observator)	Tom Wylin		Lindsay Vissenaekens
13u - 15u	kwaliteitsbeleid + resultaten van klanten en medewerkers	afdelingsbezoek		personeelsbeleid

maandag 9 februari 2015				
	Kurt Lievens	Tom Wylin	Anja Claeys	Lindsay Vissenaekens + Nele Van Cauteren (observator)
9u - 10u	afdelingsbezoek	therapeutisch beleid	medicatiebeleid	afdelingsbezoeken i.f.v. dwangmaatregelen, suïcidebeleid en agressiebeleid
10u - 11u			afdelingsbezoeken i.f.v. medicatiebeleid	

maandag 9 februari 2015 (vervolg)				
	Kurt Lievens + Anja Claeys (observator)	Tom Wylin		Lindsay Vissenaekens + Nele Van Cauteren (observator)
11u - 13u	algemeen beleid	afdelingsbezoeken i.f.v. therapeutische benaderingen		dwangmaatregelen, suïcidebeleid, agressiebeleid
13u - 14u30	middagmaal + overleg auditoren (auditoren alleen)			
14u30 - 15u	afroendend gesprek			

2 SITUERING VAN DE VOORZIENING

2.1 ORGANOGRAM

Algemeen directeur	Herman Roose
Verpleegkundig-paramedisch directeur	Jan Steel
Financieel-logistiek directeur	Véronique Van der heyden
Hoofddarts	Dr. Philippe Van Petegem
Voorzitter medische raad	Dr. Céline Matton

2.2 ARTS - DIENSTHOOFD PER DIENST

Er wordt niet gewerkt met artsen-diensthoofd per kenletter, maar met een beleidsarts per afdeling.

De Kaap	Dr. Philippe Van Petegem
De Branding	Dr. Frederik Bellens
Jovo	Dr. Miet Suy
Sint-Elisabeth 1	Dr. Luk Beelaert
Sint-Elisabeth 2	Dr. Céline Matton
De Klimop	Dr. Luk Beelaert
Dageraad	Dr. Céline Matton
Jericho	Dr. Gratiana Van Staen
De Meander	Dr. Miet Suy
Vlonder	Dr. Stefanie Desmyter
De Getijden	Dr. Yolente Roelens

Het organogram vermeldt ook nog verantwoordelijke artsen voor PVT De Wadi (Dr. Gratiana Van Staen) en het Mobiel Team (Dr. Yolente Roelens).

2.3 GEMACHTIGD ARTS VOOR TOEZICHT OP GEDWONGEN OPNAME

Dr. Céline Matton

2.4 ERKENNINGSSITUATIE

Momenteel heeft het ziekenhuis een erkenning voor:

A	a(d)	K	k(n)	T	t(d)	t(n)	Tg	Sp Psych.	Totaal
60	20	24	8	124	40	3	6	20	305

+ functie ziekenhuisapotheek

Hierbij dienen een aantal aanvullingen en nuanceringen te worden gemaakt:

- In het kader van het plaatselijke project artikel 107 Het PAKT (netwerk GGZ Gent – Eeklo – Vlaamse Ardennen, zie www.pakt.be) werden in PC Caritas 25 T-bedden en 5 t(d)-plaatsen gedeactiveerd, en dit sinds 2012. Deze bedden en plaatsen zitten evenwel nog vervat in bovenstaande erkenningsgegevens.
- Sinds 2009 zijn er in het kader van een federaal proefproject ook nog 8 FOR-K-bedden (waarvan 1 hervelbed) voor kinderen en jongeren met een MOF-statuut in exploitatie, aangevuld met 2 crisisbedden voor kinderen en jongeren met een POS- of MOF-statuut. Vermits het een proefproject betreft, maken deze bedden geen voorwerp van erkenning uit.
- Enkele jaren geleden werden de uitdovende PVT-bedden grotendeels overgebracht van de campus in Melle naar PVT Sint-Jan-Baptist (Het Anker) in Zelzate. Drie bewoners bleven in Melle; deze drie uitdovende PVT-bedden werden toegevoegd aan afdeling Jericho.
- Recent kreeg het ziekenhuis een voorlopige erkenning voor het reconverteren van 29 T- naar 20 A-bedden, en dit in het kader van een projectoproep vanuit het VAPH dd. 27/02/2014 inzake “het ontwikkelen van een intersectoraal aanbod van zorg en ondersteuning voor (jong)volwassenen met een dubbeldiagnose verstandelijke handicap en psychiatrische en/of gedragsstoornissen” (afdeling De Meander). Deze voorlopige erkenning loopt van 1/9/2014 tot 28/2/2015.
Op 5 september 2014 heeft de Vlaamse Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin aan het PZ bevestigd dat deze reconversie permanent is, en dus niet wordt teruggedraaid bij stopzetting van het project.
In het kader van de eerste erkenning van deze dienst vond op 9/2/2015 een aparte inspectie plaats, waarvan de bevindingen in een apart verslag worden beschreven.
Op het ogenblik van de audit zijn 7 van de 9 bedden die in het kader van deze reconversie dienen te worden afgebouwd, nog in exploitatie.

Gezien het bovenstaande, worden volgende bedden en plaatsen op het moment van de audit geëxploiteerd:

A	a(d)	K	k(n)	T	t(d)	t(n)	Tg	Sp Psych.	FOR-K	PVT uitd.	Totaal
80	20	24	8	70	35	3	6	20	10	3	279

Naast de FOR-K-bedden (die voorlopig hun statuut van federaal pilootproject behouden) en de resterende PVT-bedden, is het de bedoeling om na de definitieve erkenning van de 20 gereconverteerde A-bedden te komen tot volgende erkennings situatie:

A	a(d)	K	k(n)	T	t(d)	t(n)	Tg	Sp Psych.	Totaal
80	20	24	8	95	40	3	6	20	296

Met dien verstande dat 25 van de in deze tabel vermelde T-bedden en 5 van de vermelde t(d)-plaatsen gedeactiveerd zijn in het kader van het project artikel 107.

2.5 HISTORISCHE EN GEOGRAFISCHE SITUERING

Historische situering

Petrus Jozef Triest stuurde in 1808 een aantal Zusters van Liefde van Jezus en Maria naar het krankzinnigen-gesticht voor vrouwen te Gent (Hospice n° 8). Zo ontstond het Sint-Jozefshuis (80 patiënten), later uitgebreid met het Maison de Santé.

In 1828 (190 patiënten) werd dr. Joseph Guislain er benoemd als hoofdgeneesheer (en ook van PC Dr. Guislain, het mannenziekenhuis).

In 1908 werd deze instelling opgeheven voor het nieuw gebouwde Caritas te Melle, het eerste dat gebouwd werd als paviljoenencomplex met losstaande gebouwen, waarbinnen de patiënten per categorie werden ondergebracht (o.m. “rustig”, “half onrustig”, “onrustig”, maar ook met onderscheid “betalend” en “behoef-tig”). De plannen werden later ook gebruikt in Venray en in Namen (Saint-Servais).

Op een zeker moment verbleven er meer dan 1.000 patiënten. Het “asiel” Caritas gold als modelinstelling, waarbij onder meer een groot belang gehecht werd aan “arbeidstherapie”.

Vanaf de jaren 1970 ontstonden ingrijpende veranderingen: niet-religieuzen kregen beleidsfuncties en het personeelsbestand werd gevoelig uitgebreid.

Voor een uitgebreide beschrijving van de historiek verwijzen we naar de website van PC Caritas:

<http://www.pccaritas.be/algemeen/historiek/lees-meer>

Regionale situering

PC Caritas ligt op de grens van Melle en Merelbeke, aan de zuidrand van Gent. Deze regio wordt gekenmerkt door een zeer rijk aanbod inzake geestelijke gezondheidszorg:

- In Gent en onmiddellijke omgeving zijn er nog verschillende andere psychiatrische ziekenhuizen: PZ Sint-Camillus (Sint-Denijs-Westrem), PC Gent-Sleidinge en PC Dr. Guislain (Gent); op iets grotere afstand vinden we ook nog Kliniek De Pelgrim (Scheldewindeke), PC Zoete Nood Gods (Lede) en PZ Sint-Franciscus (Velzeke).
- In Gent zijn er vier PAAZ, namelijk in AZ Maria Middelaars, AZ Jan Palfijn, AZ Sint-Lucas en in het UZ Gent.
- Zowel PC Dr. Guislain (weliswaar specifiek voor kinderen met een verstandelijke beperking) als het UZ Gent hebben een kinderpsychiatrische dienst. PC Gent-Sleidinge heeft een forensisch-kinderpsychiatrische unit.
- Er zijn verschillende Initiatieven Beschut Wonen (De Nieuwe Horizon, Zagan, Delta Wonen, Domos, IPSO Gent, Centrum Onderweg) en psychiatrische verzorgingstehuizen (Dr. Guislain, De Wadi, Gent-Sleidinge (Hortus), Sint-Jan-Baptist).
- De belangrijkste partners inzake ambulant GGZ-aanbod zijn RCGG Deinze-Eeklo-Gent en CGG Zuid-Oost-Vlaanderen.
- Daarnaast zijn er in het Gentse heel wat initiatieven inzake arbeidszorg, arbeidstrajectbegeleiding, dag-besteding en ontmoeting voor mensen met psychiatrische of psychosociale problemen.
- Er is ook gespecialiseerde drughulpverlening beschikbaar in de regio, en dit zowel ambulant (CGG Eclips, Ambulant Centrum De Kiem, Dagcentrum De Sleutel, Medisch-Sociaal OpvangCentrum stad Gent) als residentieel (gespecialiseerde afdelingen binnen psychiatrische ziekenhuizen, gespecialiseerde crisiseenheid in het UZ Gent, CIC De Sleutel, twee therapeutische gemeenschappen van De Sleutel en een van De Kiem).

3 LEIDERSCHAP

Situering

- PC Caritas maakt deel uit van de Taborgroep, een netwerk van 58 autonome organisaties uit Oost- en West-Vlaanderen. De inrichtende macht van PC Caritas is evenwel een aparte vzw, en omvat naast het psychiatrisch ziekenhuis ook een psychiatrisch verzorgingstehuis (De Wadi), een centrum voor arbeidszorg (De Kei-berg) en een activiteitencentrum (De Klik).
- De Taborgroep is ontstaan uit een netwerk van dienstverlenende organisaties in Oost- en West-Vlaanderen, opgericht en bestuurd door de Congregatie Zusters van Liefde van Jezus en Maria. Door de sterke afname van het aantal zusters droeg de Congregatie in 2003 het bestuur over aan professionele leken, en de Taborgroep werd opgericht om de stichtende instellingen en de instellingen die aanleunen bij de werking te blijven ondersteunen. Anno 2015 wil de Taborgroep (www.tabor.be) waardegericht ondernemen versterken in de sectoren welzijn, gezondheid en onderwijs.

Naast PC Caritas zijn IBW De Nieuwe Horizon en AZ Alma (Eeklo) de enige organisaties van de Taborgroep die tot de sector “gezondheid” behoren.

- De Taborgroep heeft geen bestuurlijk zeggenschap in de leden-voorzieningen. De groep biedt de partnerorganisaties ondersteuning aan op het vlak van communicatie, financiën-aankoop, ICT, infrastructuur en personeel & organisatie.
De meerwaarde van het lidmaatschap voor PC Caritas zit vooral in de samenaankoop en de ondersteuning m.b.t. infrastructurele aspecten. Op andere gebieden wordt er gezocht naar manieren om de meerwaarde beter in verhouding te brengen tot de lidmaatschapsbijdrage.

3.1 BELEIDSORGANEN

Bestuur en overleg bestuur – directie/artsen

- De Raad van Bestuur (RvB) van PC Caritas komt maandelijks samen en telt 7 leden met een diversiteit aan expertise. **(SP)**
De RvB is actief betrokken bij het ziekenhuis, en volgt de zaken nauw en kritisch op, zonder al te zeer in te grijpen op de operationele aspecten. Vooral onderwerpen m.b.t. strategie, algemeen beleid en personeelsbeleid komen aan bod. **(AV)** De voorbije periode werden ook alle artsen één voor één uitgenodigd om een inhoudelijke presentatie te brengen (bv. over bepaalde aandoeningen). **(SP)**
- De algemeen directeur woont de vergaderingen van de RvB bij, en ook de hoofdarts is op de meeste vergaderingen aanwezig. Andere directieleden kunnen in functie van specifieke onderwerpen uitgenodigd worden. **(AV)**
We bevelen aan om te onderzoeken of het niet beter zou zijn om het volledige directiecomité systematisch te laten aansluiten bij de vergaderingen van de RvB (uiteraard met mogelijke uitzonderingen voor bepaalde onderwerpen), om op die manier de communicatiestromen zo kort en ruisvrij mogelijk te houden, om de afstemming van de visie tussen bestuur en management te bevorderen en om de gedragenheid van de beslissingen in de verschillende geledingen van de organisatie te vergroten. **(Aanb)**
- Vier tot zes keer per jaar vergadert het Zorgstrategisch Comité, bestaande uit de voorzitter van de RvB, twee andere bestuursleden, de algemeen directeur, de verpleegkundig-paramedisch directeur, de voorzitter van de medische raad, de hoofdarts en nog een derde arts. **(AV)**

- Eind 2014 werd een Comité Masterplan opgericht (zie verder), waar ook de voorzitter en de onder-voorzitter van de RvB deel van uit maken. **(AV)**
- Twee keer per maand overleggen de voorzitter van de RvB en de algemeen directeur (zonder verslaggeving). Ad hoc worden ook andere directieleden uitgenodigd. **(AV)**
- Maandelijks is er een overleg (ook zonder verslaggeving) tussen de voorzitter van de RvB, de algemeen directeur, de voorzitter van de medische raad en de hoofdarts. **(AV)**
- We bevelen aan de doelstelling, de samenstelling, de vergaderfrequentie, het mandaat en de vereisten inzake verslaggeving van alle hierboven beschreven overlegfora te expliciteren (zoals bv. voor het Comité Masterplan is gebeurd), en dit regelmatig te evalueren. **(Aanb)**

Ziekenhuisniveau

- Het Directiecomité komt in principe wekelijks bijeen, en telt 4 leden: de algemeen directeur, de hoofdarts, de verpleegkundig-paramedisch directeur (intern ook zorgdirecteur genoemd) en de financieel-logistiek directeur. Geen van deze leden maakt al langer dan 5 jaar deel uit van het directiecomité. Van deze vergadering wordt een beperkte verslaggeving met taakafspraken gemaakt. **(AV)**
- Maandelijks komt het Managementteam (MT) bijeen. Dit is het verantwoordelijke orgaan voor het kwaliteitsbeleid, en werd in augustus 2014 hersamengesteld. Het bestaat uit het voltallige directiecomité, aangevuld met de twee managers zorg en met de manager kwaliteitszorg en databeheer. De taakstelling van dit team, en dan vooral de rol en de onderlinge taakverdeling van de zorgmanagers moet nog inhoudelijk uitgezuiverd worden. **(AV)**
- Binnen het medisch departement komen alle artsen wekelijks op vrijdagmiddag samen. Deze medische stafvergaderingen zijn voor een deel “medische raden”, “medische stafvergaderingen” of “overnoo-meetings”. Naast elementen betreffende het ziekenhuisbeleid worden hier ook patiëntgebonden proble-matieken besproken (bv. onderlinge doorverwijzing, onduidelijkheden rond opnamevragen...). **(SP)**
- Om de twee maanden is er een Overleg directie-artsen (ODA). Dit orgaan bestaat uit alle directieleden, alle artsen en de apotheker; ad hoc worden ook de twee huisartsen uitgenodigd. **(AV)**
- Het Medisch farmaceutisch comité komt 1 keer per jaar bijeen. Verder zijn er ook nog het Comité genees-middelen en medisch materiaal, het Comité ziekenhuishygiëne, het Comité patiëntveiligheid en het CPBW. **(AV)**
- Beleidsmatig worden de ziekenhuisafdelingen aangestuurd door het beleidsteam van de afdeling, dat bestaat uit de afdelingsverantwoordelijke (AV, zijnde de hoofdverpleegkundige), één of twee therapeutisch verantwoordelijken (TV, meestal psychologen) en de beleidsarts. Sommige beleidsteams betrekken – hetzij ad hoc, hetzij structureel – ook andere medewerkers. De vergaderfrequentie van deze beleidsteams varieert van afdeling tot afdeling (van 1 keer per week tot 1 keer per maand). Elk beleidsteam (zij het meestal zonder de beleidsarts) vergadert maandelijks met de verpleegkundig-paramedisch directeur en een zorgmanager. **(AV)**
- Afdelingsoverschrijdend zijn een aantal zorgtraject-stuurgroepen actief, met name voor de zorgtrajecten kinderen en jongeren, psychose en ASAP (angst-, stemmings-, aanpassings- en persoonlijkheidsstoornis-sen). Zij komen zo’n 5 à 6 keer per jaar bijeen. **(AV)**

- Er zijn verschillende soorten “Disciplinair overleg”. Dit is bv. het geval voor de afdelingsverantwoordelijken (al dan niet samen met de disciplinecoördinatoren), de psychologen (soms met en soms zonder de andere therapeuten) en het overleg maatschappelijk werk. **(AV)**
- Er zijn ook nog werkgroepen, bv. rond medicatie, wonen, absenteïsme, het elektronisch patiëntendossier, het opnameproces, vrijheidsbeperking en herstelgerichte zorg. **(AV)**
- Op het moment van de audit is de vergaderstructuur al deels hervormd, maar is men nog bezig met een oefening om deze verder te optimaliseren. **(AV)** De auditoren zijn van mening dat er nog winsten te halen zijn in de vergader- en communicatiestructuur, om enerzijds de redundantie te verminderen en anderzijds de efficiëntie en de duidelijkheid te verhogen. **(Aanb)**
Belangrijke elementen hierbij lijken ons:
 - het expliciteren van de doelstelling, de samenstelling, de vergaderfrequentie, het mandaat en de vereisten inzake communicatie en verslaggeving van alle overlegfora (zoals voor een deel al is gebeurd, bv. voor het MT, voor ODA en voor een aantal projectgroepen);
 - het kiezen en consequent gebruiken van goede namen voor elk overleg; momenteel worden voor bepaalde fora veel verschillende benamingen of oude benamingen gebruikt, wat verwarring en verkeerde verwachtingen in de hand werkt;
 - het verzorgen en uniformiseren van de communicatie en verslaggeving, zodat ook medewerkers die niet aan de overlegfora participeren kunnen volgen wat er werd besproken; op het moment van de audit is de kwaliteit van de verslaggeving van veel overlegfora voor verbetering vatbaar.

3.2 ORGANISATIESTRUCTUUR

- Het organogram werd recent enigszins hertekend, waarbij onder meer de verantwoordelijkheden van de directieleden wat herschikt werden: **(AV)**
 - Onder de algemeen directeur staan de hoofdarts, de verpleegkundig directeur en de financieel-logistiek directeur.
 - De algemeen directeur geeft verder rechtstreeks aansturing aan de manager kwaliteitszorg en data-beheer, de preventiemedewerker, de apotheker, de pastorale medewerkers, het directie-assistentie-team / PR-communicatiedienst, en aan de dienstverantwoordelijke infrastructuur en masterplan, tevens milieucoördinator.
 - Onder het financieel-logistiek departement vallen de onthaalmedewerkers, en verder de diensten ICT, personeel, voeding, financiën, evenals de technische dienst en de huishoudelijke dienst.
De vroegere stafmedewerkers zijn sinds kort zorgmanagers (één van de twee treedt pas in februari 2015 in dienst); ze ressorteren rechtstreeks onder de verpleegkundig-paramedisch directeur. Die geeft verder aansturing aan de beleidsteams van de verschillende afdelingen; ook de beleidsteams van PVT De Wadi en van De Keiberg en De Klik staan in het ziekenhuisorganogram vermeld. **(AV)**
Het organogram maakt verder duidelijk dat ook de disciplinecoördinatoren (van de psychologen, het maatschappelijk werk, ergo/PMT en onderwijs) aan de verpleegkundig-paramedisch directeur rapporteren. Onder zijn bevoegdheid staan tot slot ook nog twee medewerkers apart vermeld: de begeleider (her)intreders / referentieverpleegkundige en de advanced nurse practitioner SRH /ziekenhuishygiëne.
- Centraal in het organogram staat het Managementteam, als orgaan waarin de verschillende geledingen van de organisatie samenkomen en van waaruit de beleidsvoering wordt opgevolgd. **(AV)**

- De manier waarop de zorgmanagers gepositioneerd zijn in het organogram klopt niet met het feit dat deze functie elders als een lijnfunctie wordt omschreven. Ook tijdens gesprekken op verschillende niveaus in de organisatie bleek dat de rol, het mandaat en de taakverdeling van de zorgmanagers nog onduidelijk is. Ook de rol en het mandaat van de disciplinecoördinatoren is onvoldoende helder. **(TK)**
- De zorgtrajecten ontbreken (voorlopig?) in het organogram, alhoewel het wel de bedoeling lijkt dat op termijn minstens een deel van de beleidsvoering van het afdelings- naar het zorgtraject niveau zal verhuizen. Zie ook 4.1. **(AV)**

4 BELEID EN STRATEGIE

4.1 ALGEMEEN, KWALITEITS-, MEDISCH EN THERAPEUTISCH BELEID

Algemeen en kwaliteitsbeleid

- De missie en visie werd eind 2014 geüpdated, wat resulteerde in een “Kompasnota” voor het PZ, PVT, arbeidszorgcentrum (De Keiberg) en activiteitencentrum (De Klik). Het opstellen van deze nota vormde het begin van een nieuwe beleidscyclus. **(AV)**
- Vanuit de missie en visie worden periodiek strategische keuzes gemaakt. Voor de periode 2014-2017 zijn dat: **(AV)**
 - **Dienstverlening:**
Evolueren naar een multifunctioneel psychiatrisch centrum met een hedendaags aanbod van therapie en begeleiding en horizontale zorgcontinua als organiserend principe.
 - **Medewerkersbeleid:**
Investeren in vakinhoudelijke competente medewerkers met gepaste sociale, emotionele en mentale lenigheid en vaardigheid.
 - **Materiële middelen:**
Optimaal gebruik maken van de beschikbare middelen → efficiënt en effectief gebruik maken van arbeidsmiddelen (werktijd, centen) vanuit een lean-benadering.
 - **Organiseren:**
Bouwen aan een organisatie met een overlegstructuur met competente vertegenwoordiging, een cultuur van openheid en directe communicatie, en regelruimte rekening houdend met het subsidiariteitsbeginsel.
- Deze strategische keuzes werden verder doorvertaald in een operationeel beleidsplan met projecten en concrete acties, telkens met een bepaling van de projecteigenaar, prioriteitsklasse en bijhorende deadline. **(AV)**
- Het kwaliteitsbeleid maakt deel uit van het algemene beleid. Het Managementteam (MT), bestaande uit de leden van het directiecomité, de zorgmanagers en de manager kwaliteitszorg en databeheer, is het verantwoordelijke orgaan voor de opvolging van het kwaliteitsbeleid (dat deel uitmaakt van het algemene ziekenhuisbeleid). Binnen dit overleg wordt het kwaliteitsbeleid (en het algemene beleidsplan) uitgestippeld, opgevolgd en geëvalueerd.
Dit orgaan werkt pas sinds het najaar van 2014 in zijn huidige samenstelling. Door deze nieuwe constellatie wil men kwaliteitsbeleid centraler in de organisatie stellen en ruimer gedragen maken. **(AV)**
- De beleidsdomeinen patiënt- en personeelsveiligheid vallen onder het kwaliteitsbeleid; de specifieke overlegorganen in dit verband (Comité patiëntveiligheid, CPBW en Comité ziekenhuishygiëne) zijn met het MT verbonden door de individuele MT-leden, die deze organen aansturen of er lid van zijn, en erover rapporteren aan het MT.
Daarnaast geeft het MT aansturing aan project-/stuurgroepen en (meer tijdelijke) werkgroepen. Deze stuur- en werkgroepen zijn samengesteld uit directieleden, managers en/of zorgmedewerkers, en worden in functie van het onderwerp aangevuld met mensen uit de ondersteunende diensten. **(AV)**
- Op afdelingsniveau moet het (kwaliteits)beleid verder invulling krijgen. De beleidsteams van de afdelingen (zie hoger) worden geacht een eigen beleidsplan te maken, dat, op basis van een periodieke sterkte/zwakke-analyse, inhaakt op het ziekenhuisbeleidsplan en dat daarnaast een aantal afdelings specifieke

verbeterpunten kan bevatten. Om de afdelingsgebonden verbetertrajecten verder uit te werken worden soms werkgroepen opgestart. **(AV)**

- Het maandelijks overleg tussen de beleidsteams enerzijds en de verpleegkundig-paramedisch directeur en een zorgmanager anderzijds, biedt veel mogelijkheden voor het nauw opvolgen van de uitvoering van de beleidsplannen. **(AV)**
- De hierboven beschreven beleidscyclus is ingebed in een model van integraal management, wat impliceert dat veel verantwoordelijkheid en bevoegdheid bij de afdelingen en diensten wordt gelegd. Deze “kanteling” werd lang voorbereid, en werd uiteindelijk geïmplementeerd in 2012. Van begin 2011 tot halfweg 2013 liep in dit kader een ESF-ondersteuningsproject voor leidinggevenden. Sinds het voorjaar van 2012 draagt PC Caritas het ESF-kwaliteitslabel. **(AV)**
- Vanuit de vaststelling dat deze kanteling nog onvoldoende is doorgevoerd, ging de voorbije periode (en gaat nog altijd) veel aandacht naar het investeren in leiderschaps- en managementontwikkeling, naar aanpassing van de organisatiestructuur (organogram) en naar aanpassing van de overleg- en communicatiestructuren. **(AV)**
- Er kunnen sterke voorbeelden worden voorgelegd van voorbije of lopende verbetertrajecten in de verschillende domeinen die vereist zijn door het kwaliteitsdecreet, met duidelijk aantoonbare cycli bestaande uit het kiezen van doelstellingen en bijhorende indicatoren, (her)evaluatie en bijsturing. **(SP)**
- Met de opmaak van de Kompasnota, de vertaling ervan in een strategisch en operationeel beleidsplan, de recente aanpassingen in het organogram en de installatie van het MT in zijn nieuwe vorm, is een goede basis gelegd voor een gerichte beleidsvoering gedurende de komende jaren. **(SP)** We zien evenwel twee belangrijke aandachtsdomeinen, zoals hieronder beschreven.
- In het kader van de verdere operationalisering van het “integraal management” komt een belangrijke verantwoordelijkheid en bevoegdheid bij de beleidsteams van de afdelingen te liggen. Er moet dan ook overgemaakt worden dat het beleid voldoende coherentie blijft vertonen, en dat de medewerkers, en dan vooral de beleidsteams op de afdelingen, voldoende kennis hebben van de basisprincipes van een kwaliteits- en verbeterbeleid. **(AV)**

In dit kader werden al heel wat inspanningen geleverd: **(SP)**

- Rond de Kompasnota en het nieuwe beleidsplan gaat de algemeen directeur individueel in gesprek met elke medewerker die dat wil;
- Er veel zorg besteed aan consistente communicatie hieromtrent, o.m. via de nieuwsbrief, op de nieuwjaarsreceptie voor de medewerkers, ... ;
- Alle leidinggevenden (inclusief artsen) kregen een vorming rond vernieuwend leiderschap, er werden vormingen rond lean management gevolgd, en er zijn ook nog bijkomende vormingen gepland (zie elders);

Op het moment van de audit gebeurt de vertaling van het ziekenhuisbeleid en het kwaliteitsbeleid op afdelingsniveau evenwel nog op een onvoldoende gestructureerde en systematische manier. **(TK)**

- Sommige afdelingen hebben geen beleidsplan, andere een zeer uitgebreid.
- Er is vaak (nog) geen duidelijke link tussen de strategische/operationele doelstellingen van het ziekenhuis en de doelstellingen van de verbeterprojecten op afdelingsniveau.
- Het format van de beleidsplannen varieert sterk, wat opvolging door de directie bemoeilijkt.
- De periode waarop de afdelingsbeleidsplannen betrekking hebben, verschilt van afdeling tot afdeling (bv. 2015-2017, 2014-2016) en is niet steeds afgestemd op de ziekenhuisbeleidscyclus.
- Een duidelijke cyclus van (her)evaluatie, keuze en uitvoering van (verbeter)trajecten wordt op afdelingsniveau onvoldoende toegepast.

- De voorgelegde beleidsplannen bevatten heel wat materiaal, maar er is nog verbeterpotentieel in het concretiseren van de doelstellingen en acties (SMART) en in het kiezen van opvolgbare evaluatiecriteria en in het operationaliseren van een PDCA-cyclus. Dit bemoeilijkt het opvolgen en beoordelen van de resultaten.
- Met uitzondering van De Branding (dat daartoe een contractuele verplichting heeft) beschikt geen enkele afdeling over een jaarverslag of andere systematische vorm van verslaggeving die als een geobjectiveerde evaluatie van de doelstellingen kan beschouwd worden.
- Verbeterprojecten worden vaak onvolledig beschreven en verschillen onderling sterk qua vorm en kwaliteit. Pogingen om met een gestandaardiseerde projectfiche te werken bleken in het verleden niet te werken, vooral omwille van de drempeligheid en complexiteit. **(AV)** We bevelen aan toch naar een manier van werken te gaan die een evenwicht vindt tussen enerzijds voldoende gebruiksvriendelijkheid en anderzijds voldoende systematiek in planning, opvolging, evaluatie en bijsturing. **(Aanb)**

De directie is zich hiervan bewust, en plant kort na de audit een communicatieronde met de beleidsteams om de verwachtingen ten aanzien van de afdelingsbeleidsplannen, onder meer inzake het inhaken op het nieuwe ziekenhuisbeleidsplan, te expliciteren, als volgende fase van de in 2014 op gang gebrachte beleids-cyclus. **(AV)**

We bevelen aan om bij de opmaak van de beleidsplannen voldoende ondersteuning te bieden aan de beleidsteams, zodat de sterk aanwezige verbeterbereidheid bij de medewerkers efficiënt en maximaal geoperationaliseerd kan worden. **(Aanb)**

In de reactienota vult het ziekenhuis aan dat de afdelingen reeds gestart zijn met teamdenkdagen, met het voltallige team en met aanwezigheid van zorgdirectie en -managers i.f.v. de link met het ziekenhuisbeleid. Van hieruit moet elke afdeling haar afdelingsbeleidsplan opstellen tegen juni 2015. Vanuit staf en directie zal hierbij de nodige ondersteuning voorzien worden, o.m. in de vorm van een gemeenschappelijk sjabloon en ondersteuning bij het uitwerken van PDCA-cirkels.

- De voorbije maanden en jaren werden verkennende oefeningen gedaan rond het invoeren van een nieuw zorgorganiserend principe, zoals voorzien in de strategische doelstellingen. Recent werd de keuze gemaakt om dit te doen aan de hand van zorgtrajecten, en op directieniveau werden ondertussen ook de verschillende zorgtrajecten gekozen die de ruggengraat zullen vormen van de toekomstige organisatie van de zorg:
 - Kinder- en jongeren
Hieronder ressorteren de huidige afdelingen De Kaap en De Branding.
 - ASAP (angst-, stemmings-, aanpassings- en persoonlijkheidsstoornissen)
Dit omhelst onder meer het aanbod van de huidige afdelingen Sint-Elisabeth 1 en De Klimop (die op termijn in één gebouw worden samengebracht).
 - Gerontopsychiatrie
Dit is het aanbod van de huidige afdeling Jericho, en een outreachende werking die nog in voorbereiding is.
 - Psychosezorg
 - Herstelondersteunende zorg
 - Bijzondere doelgroepen
Aanbod voor mensen met een verstandelijke beperking of NAH.
 - Wonen
Dit omhelst PVT De Wadi, het woonproject De Schorre en IBW De Nieuwe Horizon

Het is hierbij voornamelijk onduidelijk bij welk zorgtraject afdeling JOVO zal aansluiten: de aard van de problematiek sluit eerder aan bij de jeugdpsychiatrische zorg, maar de leeftijd van de doelgroep (18-23 jaar) is dan weer minder compatibel, vooral met kinderpsychiatrie. Binnenkort wordt hieromtrent een beslissing genomen.

Op de afdelingen leeft het idee van de zorgtrajecten (alhoewel vaak benoemd als “clusters” en “zorgprogramma’s”) duidelijk, maar de keuze voor en de samenstelling van de hierboven opgelijste zorgtrajecten is nog niet helemaal bekend. **(AV)**

Daarnaast is het, ook op het niveau van het management, nog onduidelijk welke organisatorische en beleidsmatige consequenties de invoering van deze zorgtrajecten zal hebben. Zullen de zorgtrajecten een vrijblijvende samenwerking zijn tussen afdelingen of worden de zorgtrajecten een tussenliggend hiërarchisch niveau tussen de afdelingen en de directie? Indien dat laatste: kunnen of moeten taken en verantwoordelijkheden inzake beleidsvoering opgesplitst worden tussen afdelings- en zorgtrajectniveau of verschuift de beleidsvoering (met beleidsteam en beleidsplan) volledig van het afdelings- naar het zorgtrajectniveau? Binnen welk tijdspad zal dit alles verlopen?

Dit alles wordt best duidelijk geëxpliciteerd en vervolgens ook gecommuniceerd naar alle medewerkers. **(Aanb)** Zo nodig dient het organogram hierop te worden afgestemd.

Medisch-therapeutisch beleid

- Er is binnen het ziekenhuis geen therapeutisch directeur. De keuze werd gemaakt om het therapeutisch beleid toe te vertrouwen aan de verpleegkundig-paramedisch directeur in samenspraak met de hoofdarts, met ondersteuning van twee zorgmanagers. Het therapeutisch beleid wordt bepaald door de beleidsteams van de afdelingen, in samenspraak met de directie. Elke afdeling heeft een eigen therapeutische aanpak, en een eigen therapeutisch team met specifiek aanbod, afhankelijk van de doelgroep. **(AV)**
- Om beleidsmatig overleg te faciliteren worden sinds kort alle beleidsmatige overlegvergaderingen op dinsdag georganiseerd, waarbij van de sleutelfiguren verwacht wordt dat ze op die dag allemaal in het ziekenhuis aanwezig zijn. Beleidsteams komen wekelijks tot maandelijks samen, stuurgroepen van zorgtrajecten met vertegenwoordigers van verschillende afdelingen komen 4 tot 6 keer per jaar samen. Op ziekenhuisniveau is er om de twee maanden overleg tussen artsen en directie (ODA). **(AV)**
- Er zijn 4 disciplinecoördinatoren: voor de psychologen, de maatschappelijk werkers, de therapeuten en de ziekenhuisschool. Onder leiding van deze coördinatoren komen de bijhorende groepen in hun discipline-overleg tot een inhoudelijke verdieping van het eigen functioneren (bv. organisatie permanentie, subspecialisatie, ...). **(AV)** In de vrij diverse groep van therapeuten loopt dit iets moeizamer. Misschien is een werking rond specifieke doelgroepen hier meer aangewezen. **(Aanb)**
De artsen overleggen met de groep van disciplinecoördinatoren en nodigen soms ook mensen uit de discipline-groepen uit voor een toelichting (bv. schakelteams, info over nieuwe wet op de wilsonbekwaamheid, psychodiagnostiek). Ook de artsengroep heeft een soort van vakgroepwerking ontwikkeld, via de wekelijkse overnoonmeetings waarin rond medische thema’s afstemming gezocht wordt. **(AV)**
- Verschillende medewerkers nemen naast een taak in het ziekenhuis ook taken op in het onderwijs (psychologie i.s.m. UGent, ergo- en creatieve therapie i.s.m. Artevelde Hogeschool) of op het vlak van wetenschappelijk onderzoek. **(AV)** Het toetsen van het gevolgde beleid aan wetenschappelijke richtlijnen is echter niet structureel ingebed in de werking van de afdelingen of zorgtrajecten. **(TK)**
- Er werd al enige ervaring opgedaan met outcomemetingen (bv. ROPI op De Klimop, observatieschalen op andere afdelingen), **(AV)** maar routine outcome monitoring is zeker nog geen veralgemeende praktijk binnen het ziekenhuis. **(TK)** Het implementeren van de TUM of een andere vorm van outcome-meting is wel een beleidsdoelstelling op ziekenhuisniveau, zij het niet met de hoogste prioriteit. **(AV)**
Bij het uitwerken daarvan wordt best gezocht naar een manier van outcomemeting die: **(Aanb)**
 - voldoende is aangepast aan elke afdeling;

- niet alleen een antwoord geeft op de vraag of de behandeling van de betreffende afdeling effect heeft, maar ook op de vraag welke elementen een effect hebben en welke niet, in functie van het bijsturen van behandelprogramma's;
 - voor welke subdoelgroep(en) de behandeling het meest effect heeft, en voor welke het minst; dit kan helpen bij het optimaliseren van het instroombeleid;
 - ook op individueel-klinisch niveau hanteerbaar is, in functie van het tussentijds evalueren en bijsturen van de lopende behandeling van patiënten;
 - idealiter zelfs toelaat om zicht te krijgen op de langetermijneffecten door ook na ontslag metingen te doen.
- Verschillende aspecten van het therapeutisch beleid worden op ziekenhuisniveau grondig uitgewerkt via werkgroepen (bv. suïcidepreventiebeleid, systematisch rehabiliterend handelen, patiëntveiligheid, vrijheidsbeperking, ...). **(SP)**
 - Het ziekenhuis investeert sterk in psychotherapeutische opleiding: 15 van de 17 psychologen en alle psychiaters hebben een langdurige opleiding gevolgd. Het gaat om gezins- en relatietherapie, traumatherapie, psychoanalyse, oplossingsgerichte systeemtherapie, cognitieve gedragstherapie, klinische neuropsychologie... **(SP)**
 - Naast een therapeutisch aanbod op afdelingsniveau, kunnen patiënten participeren aan centraal georganiseerde activiteiten (bv. hippotherapie, muziektherapie, dramatherapie, relaxatie- en bewegingstherapie, logopedie...). **(AV)** Ook patiënten van gesloten afdelingen (zoals De Branding) participeren hieraan. **(SP)** Daarnaast hebben afdelingen naast hun reguliere aanbod ook specifieke therapeutische sessies die van tijd tot tijd op indicatie kunnen aangeboden worden. We bevelen aan dit te inventariseren en zichtbaarder te maken voor collega-afdelingen. **(Aanb)**
 - Er is geen specifieke afdeling verslavingszorg, maar er bestaat wel een afdelingsoverschrijdend aanbod onder de vorm van een psychomotivationale groep. **(AV)**
 - We bevelen aan te onderzoeken of verschillende zorgverleners (bv. af en toe) elkaars sessies kunnen bijwonen of gezamenlijk organiseren. Patiënten in een andere therapeutische omgeving zien functioneren, kan immers bijdragen tot nieuwe inzichten. **(Aanb)**
 - Bij ziekte of verlof van therapeuten kan beroep gedaan worden op 1,5 VTE therapeutische mobiele equipe. Deze therapeuten worden bij voorkeur ingezet voor de sessies van patiënten in dagtherapie. Voor verlofperiodes wordt ook beroep gedaan op jobstudenten (bv. ergotherapie, PMT). **(AV)**
 - Voor kinderen en jongeren is er een aanbod van onderwijs op de campus, via de Ziekenhuisschool Stad Gent. Deze school bedient 4 campussen: naast PC Caritas is er ook een aanbod in het UZ Gent, in AZ Sint-Lucas (Gent) en in RKJ De Sleutel (Eeklo). Kinderen volgen zo tot 10 uur per week onderwijs, en via de school wordt ook de link met de klas onderhouden. Van zodra mogelijk, en na de nodige voorbereiding, gaat de jongere terug naar zijn thuishoofdschool. **(SP)**
In vakantieperiodes wordt een vervangingsprogramma op de afdelingen voorzien. **(AV)**
 - Bij kinderen worden standaard psychodiagnostische testen nodig geacht. Bij volwassenen gebeurt dit op indicatie. Hiervoor kan men bij de centrale dienst psychodiagnostiek terecht, die bestaat uit twee halftijdse psychologen, die zich in deze materie gespecialiseerd hebben. Daarnaast is ook een neuropsycholoog aan het ziekenhuis verbonden, die vooral taken bij de NAH-populatie opneemt. **(AV)**

- Er zijn geen specifieke opnameprocedures voor de verschillende afdelingen. Meerdere afdelingen beschikken wel over een checklist om op te volgen wie wat wanneer doet. **(AV)**
- De verschillende therapeutische disciplines worden inhoudelijk aangestuurd op afdelingsniveau, praktische zaken worden aangestuurd door de disciplinecoördinator. **(AV)**

4.2 LERENDE OMGEVING

- De manager kwaliteitszorg en databeheer bekleedt de functie van kwaliteitsverantwoordelijke al bijna 20 jaar; naast zijn basisvorming als psycholoog volgde hij eind de jaren '90 een aanvullende opleiding bij het Centrum voor Ziekenhuis- en Verpleegwetenschappen. In het najaar van 2015 zal hij ook de opleiding "Lean procesmanagement in de zorg" volgen bij Zorgondersteuning vzw. Ook de financieel-logistiek directeur en een afdelingsverantwoordelijke hebben deze lean-opleiding al gevolgd. **(AV)**
- Om kwaliteitsdenken nog meer in te bedden in het ziekenhuisbeleid en om nog meer bewustwording te krijgen rond de nood aan systematiek in kwaliteitsbeleid kan het nuttig zijn om ook directieleden en artsen een opleiding rond kwaliteitsmanagement te laten volgen. **(Aanb)** De artsen zijn momenteel wel betrokken in het kwaliteitsbeleid via deelname aan stuur- en werkgroepen en via hun deelname aan de afdelingsbeleidsteams. **(AV)**
- Leidinggevenden en verpleegkundigen zullen intern ook informatiesessies en vorming krijgen rond het werken met beleidsplanning, rond de principes van leanmanagement, uitkomstenbeleid en het werken met boordtabellen. **(AV)**
- Het ziekenhuis hanteert verschillende kanalen om zicht te krijgen op de geleverde kwaliteit. Men verzamelt o.a. gegevens via: **(AV)**
 - opvolging van een aantal indicatoren;
 - het incidentmeldingssysteem;
 - meting van de patiëntentevredenheid;
 - patiëntenraden;
 - klachten bij de externe ombudspersoon;
 - SWOT-analyses op afdelingsniveau;
 - veiligheidscultuurmeting (2011);
 - functioneringsgesprekken met de medewerkers;
 - meting van de medewerkerstevredenheid (BING-enquête in 2014);
 - overlegorganen binnen het ziekenhuis;
 - interne audits (bv. rond gebruik van het patiëntendossier in 2014);
 - participatie door staf of directie aan de afdelingswerking.
- Er worden heel wat data verzameld (aantal opnames, aantal ontslagen, bezettingsgraad, afzonderingen en preventieve maatregelen, incidentmeldingen, afwezigheden door ziekte, arbeidsongevallen...); deze cijfers worden zowel op ziekenhuis- als op afdelingsniveau opgemaakt, geanalyseerd en besproken. Op die manier kunnen werkpunten geïdentificeerd worden of kunnen verbetertrajecten opgevolgd worden. **(SP)**
Er zijn dus veel data beschikbaar, en afdelingen krijgen zeer regelmatig (voor sommige cijfers op maand-, voor andere op kwartaal-, semester- of jaarbasis) bundels met cijfers over bezetting, het aantal opnames, personeelsinformatie, afzonderingen en preventieve maatregelen, incidentmeldingen, ...

Hoewel zeer volledig, zijn deze gegevens niet altijd even bruikbaar, of is het moeilijk om de essentie eruit te destilleren. Men werkt nu aan een compactere en meer visuele terugkoppeling via het intranet (volgens het KISS-principe: keep it short and simple), zodat de cijfers bruikbaarder worden voor de beleidsvoering. Details blijven beschikbaar, maar enkel op vraag.

Eerst wordt dergelijk “dashboard” ontwikkeld voor het MT en de RvB, later ook voor de afdelingen. **(AV)**

We bevelen aan om het intranet nog verder uit te bouwen als feedback- en communicatie-instrument, bv. door alle verbeterprojecten te kaderen binnen de missie en visie (aangeven van de link tussen de visie, strategische doelstellingen, operationele doelstellingen en acties), door de samenstelling van de werk- en stuurgroepen evenals de bijhorende projectfiches en verslaggeving ter beschikking te stellen, enz. **(Aanb)**

- Er is een elektronisch incidentmeldings- en volgsysteem dat toelaat om fouten, ongevallen en (bijna-) incidenten te registreren, te classificeren, te analyseren en op te volgen. Er zijn vier klassen van incidenten: agressie, valincidenten, suïcide(poging) en allerlei (medicatie, administratie, ...). **(AV)**
- Voor het beheren en opvolgen van het incidentmeldingssysteem en voor het uitwerken en geven van de vorming die daar mee samenhangt is een referentieverpleegkundige halftijds beschikbaar. **(AV)**
- Er is een procedure die het melden van een incident beschrijft.
Een melding kan hetzij patiëntgebonden gebeuren (via het elektronisch patiëntendossier), hetzij niet-patiëntgebonden of anoniem (via een meldformulier dat elektronisch of op papier via een daartoe bestemde postbus kan bezorgd worden).
Elke melding komt terecht bij de referentieverpleegkundige en wordt door hem bekeken. Afhankelijk van de soort en de ernst van het incident worden ook anderen (bv. afdelingsverantwoordelijke, hoofdarts, preventieadviseur, ...) automatisch verwittigd.
Opvolging gebeurt in functie van de graad van ernst, die in eerste instantie door de melder zelf wordt bepaald. Incidenten (zeker de ernstige) worden van zeer dichtbij opgevolgd en zo nodig wordt een analyse gemaakt. Daarbij wordt gebruik gemaakt van de vlinderdasmethode. Het aantal doorgedreven analyses blijft evenwel beperkt (2 à 3 per jaar). **(AV)**
- Elke medewerker kan een incident melden. De overgrote meerderheid van de meldingen gebeurt evenwel door verpleegkundigen. **(AV)** Hoewel binnen de setting van een psychiatrisch ziekenhuis ongetwijfeld ook artsen, psychologen en andere therapeuten geconfronteerd worden met incidenten, zijn er zelden (van psychologen en andere therapeuten) of geen (van artsen) meldingen door deze beroepsgroepen. Om een duidelijk zicht te krijgen op alle incidenten binnen het ziekenhuis is het van belang dat ook deze beroepsgroepen de nodige meldingen doen. **(Aanb)**
- Elke maand wordt een rapport gemaakt van de gemelde incidenten per afdeling; de referentieverpleegkundige bezorgt dit aan de afdelingen, en bespreekt dit ook met de verpleegkundig-paramedisch directeur. Er wordt ook een jaaroverzicht en bijhorende analyse van alle incidentmeldingen gemaakt; dit wordt voorgesteld op het Comité patiëntveiligheid, waar ook de verbeteracties worden geëvalueerd. **(AV)**
- Suïcides en suïcidepogingen leiden in eerste instantie tot debriefing en intervisie in het team. Deze incidenten worden ook gemeld via het meldsysteem, **(AV)** maar ze worden niet systematisch onderworpen aan een gestructureerde analyse. Daardoor gaan leeromgevingen verloren. **(TK)** Zorg voor de medewerkers en medepatiënten is uiteraard belangrijk, maar een gesystematiseerde analyse (met ook mensen die niet direct bij het incident betrokken waren, bv. aan de hand van SIRE, PRISMA of de in het ziekenhuis gebruikelijke vlinderdasmethode), kan verhelderend en verbeterend werken, zonder culpabiliserend te zijn en zonder te interfereren met de emotionele verwerking door het team.
Ook een proactieve risicoanalyse zou op dit vlak nuttig kunnen zijn (bv. met HMFEA). **(Aanb)**

- Er is een uitgebreid rapport rond agressie, afzonderingen en preventieve maatregelen; het ziekenhuis heeft hier de voorbije jaren veel energie in geïnvesteerd, met aandacht voor het aantal afzonderingen, de mate waarin preventieve maatregelen worden genomen vooraleer tot afzondering wordt overgegaan, maar ook voor de beleving door de medewerkers en door de patiënten. Ook rond andere aspecten (bv. valincidenten) kunnen concrete verbeteracties worden voorgelegd (bv. installatie van nachtverlichting, aanpassingen in het medicatiebeleid).

Analyses worden op korte termijn aangepakt, en verbeteringen kunnen aangetoond worden door cijfers, waardoor medewerkers overtuigd worden van het belang van het melden van incidenten. **(SP)**

- De meld- en verbetercultuur inzake medicatiedistributie is daarentegen nog voor verbetering vatbaar, zoals onder 7.3 wordt geargumenteed. **(TK)**
- In 2013 waren er 489 meldingen van agressie, 140 meldingen van valincidenten en 43 meldingen van suïcidale intenties. **(AV)**
- Voor een verdere evaluatie van het meten en verbeteren van patiënten- en medewerkerstevredenheid verwijzen we naar 8.2. **(AV)**

4.3 FORMELE SAMENWERKINGSOVEREENKOMSTEN

- PC Caritas heeft een uitgebreide lijst met samenwerkingsakkoorden: **(AV)**
 - overeenkomst tussen de diensten T, A, Tg, K en Sp en de dienst D van AZ Sint-Lucas (Gent);
 - overeenkomst met het Psychiatrisch Verzorgingstehuis Caritas;
 - overeenkomst met het Rust- en Verzorgingstehuis Sint-Jozef;
 - overeenkomst met de vzw Zusters van Liefde van J.M. te Lokeren – Sociaal Orthopedagogisch Centrum De Hagewinde;
 - overeenkomst met vzw Regionaal Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Deinze-Eeklo-Gent;
 - raamakkoord UZ Gent;
 - overeenkomst met PopovGGZ vzw m.b.t. externe ombudsfunctie;
 - overeenkomst inzake activering – arbeidszorgcentrum;
 - overeenkomst m.b.t. kwaliteit en patiëntveiligheid in de ziekenhuizen;
 - samenwerkingsverband For-K: uitbouw zorgtraject minderjarigen Oost- en West-Vlaanderen;
 - samenwerkingsverband op niveau van het Hof van Beroep te Gent voor de uitbouw van een zorgtraject voor justitiële jongeren met een psychiatrische problematiek;
 - samenwerkingsakkoord FOD met PC Dr. Guislain voor psychiatrische patiënten met mentale handicap (mobiele interventiecel);
 - samenwerkingsovereenkomst met DVC De Triangel in Lovendegem in het kader van het project intersectoraal aanbod van zorg en ondersteuning voor (jong)volwassenen met een dubbeldiagnose verstandelijke handicap en psychiatrische en/of gedragsstoornissen;
 - samenwerkingsverband Netwerk Psychiatrische Thuiszorg Regio Groot-Gent (vervat in project artikel 107 sinds april 2011);
 - hervorming van de geestelijke gezondheidszorg in het kader van artikel 107: Project kernactoren regio Gent-Eeklo (cfr. overeenkomst met PC Dr. Guislain als contractueel ziekenhuis in 2012);
 - buitengebruikstelling van bedden in het kader van de deelname aan het hierboven vermelde project artikel 107;

- overeenkomst tussen de netwerkpartners “Zorgvernieuwend project GGZ – artikel 107 – regio Gent-Eeklo” (december 2014);
- commissie voor medische ethiek Spes et Fides;
- samenwerkingsovereenkomst met de stad Gent betreffende de oprichting van een vestigingsplaats in PC Caritas inzake ziekenhuisonderricht;
- samenwerkingsovereenkomst met AZ Sint-Lucas (Gent) m.b.t. apotheekwerking en wachtdienst apotheek;
- Provikmo arts-ziekenhuishygiënist;
- samenwerkingsverband Ryhove BW – De Keiberg;
- samenwerkingsplatform ziekenhuishygiëne Oost-Vlaanderen;
- netwerk Intercasa Oost-Vlaanderen;
- netwerk palliatieve zorgen Groot Gent;
- opvang patiënten met NAH in Oost-Vlaanderen;
- samenwerkingsovereenkomst ten bate van uitbouw zorgcircuit en netwerk GGZ voor kinderen en jongeren in Oost- Vlaanderen;
- projectgroep zorgcircuit langdurige en complexe psychiatrische problematiek Oost-Vlaanderen;
- samenwerkingsverband psychiatrische ziekenhuizen gerechtelijk arrondissement Gent voor permanentie gedwongen opname;
- overeenkomst tot oprichting van een netwerk met als doel de organisatie van een zorgcircuit geestelijke gezondheidszorg voor ouderen in de regio Gent;
- samenwerkingsverband Sociale Psychiatrie regio Deinze;
- samenwerkingsverband met betrekking tot de ondersteuning in dagbesteding ;
- samenwerkingsverband platform Arbeidszorg Provincie Oost-Vlaanderen;
- Job & Co werkervaringsproject Handlanger;
- samenwerking met winkel De Gouden Otter van Ortho-Agogisch Centrum Broeder Ebergiste;
- kapitaalsinbreng cvba Duet;
- partner in het project ontwikkeling van een voedselbos (Erfgoedcel Viersprong Land van Rode, Oosterzele).

5 MIDDELEN

5.1 INFRASTRUCTUUR

- De campus van het ziekenhuis ligt deels op het grondgebied Melle en deels op grondgebied Merelbeke. Voor De Kaap, De Meander, Dageraad en Klimop is er een brandveiligheidsattest van de burgemeester van Merelbeke dd 28/11/2013, op basis van een brandweerverslag dd 25/11/2013. Voor de Vlonder, Jericho, Sint-Elisabeth 1 en 2, Lente, De Branding en De Schorre is er een attest van de burgemeester van Melle dd 9/9/2013 op basis van een brandweerverslag dd 28/7/2013. **(AV)**
- Het ruime ziekenhuisdomein ligt vlak bij het op- en afrittencomplex van de R4 en de E40, net naast het APB Provinciaal Zorgcentrum Lemberge.

Over het domein verspreid liggen, naast een leefgemeenschap van de Zusters van Jezus en Maria, de verschillende gebouwen waar het ziekenhuis gebruik van maakt: **(AV)**

 - Het **hoofdgebouw**, met onder meer het onthaal, kantoren (van directie, administratieve en ondersteunende diensten) en een kapel.
 - Een **cafetaria** met refter, zowel voor personeel als patiënten.
 - De **oude wasserij** die te bouwvallig is om nog te gebruiken, en die minstens deels zal afgebroken worden.
 - De nieuwe wasserij en de **feestzaal**, die waarschijnlijk plaats zal maken voor de technische dienst.
 - Een gebouw dat onderdak biedt aan de wooneenheden van **De Schorre**.
 - Een gebouw net naast de autosnelweg, waarin afdeling **Vlonder** is ondergebracht.
 - Afdeling **Jericho** (ook inclusief 3 PVT-patiënten), met in hetzelfde gebouw nog een aantal lokalen die voor vorming gebruikt worden.
 - Het gebouw **Sint-Jozef** staat al enige tijd leeg is en is al deels ontmanteld; bepaalde delen ervan (vloerplaat, enkele muren) zullen behouden worden als landschapselement.
 - Twee gebouwen die gebruikt worden door dagcentrum **De Getijden**.
 - Het gebouw dat momenteel nog gebruikt wordt door de **technische dienst**, maar dat via renovatie en aanbouw omgevormd zal worden tot nieuwe feestzaal.
 - Een gebouw dat de afdelingen **Sint-Elisabeth 1 en 2**, evenals afdeling **JOVO** huisvest.
 - **De Branding**, inclusief een tijdelijke aanbouw bestaande uit containers.
 - Het gebouw van de vroegere afdeling **Lente**; dit gebouw wordt nog tot april 2015 verhuurd aan een externe organisatie (voor de duur van hun eigen verbouwingen), en zal na renovatie de **Caritas-academie** huisvesten.
 - De vroegere **conciërgewoning**, die momenteel aan particulieren verhuurd wordt.
 - Het **revagebouw** ligt aan de overkant van de Caritasstraat en omvat verschillende lokalen en ateliers voor nonverbale therapieën, inclusief een sportzaal.
 - De gebouwen van **De Meander**, **De Klimop**, **Dageraad** en **De Kaap** (inclusief een nieuw gebouwtje dat dienst doet als ziekenhuisschool) liggen op het grondgebied Merelbeke, aan de andere kant van de Heidestraat.
 - Het ziekenhuis heeft hier sinds enkele jaren ook een **manège** in eigendom, die gebruikt wordt in het kader van de hippotherapie. De paarden kunnen grazen op het ziekenhuisdomein, waarvan verder een deel als landbouwgrond verhuurd wordt, en dat ook nog een aantal stukken bos omvat.

- De gebouwen van de administratieve en facilitaire diensten worden momenteel grondig opgefrist, zowel aan de binnen- als aan de buitenkant, met hiervoor specifiek gereserveerde subsidies. Hetzelfde geldt voor de cafetaria. **(AV)** De infrastructurele noden op veel verblijfsafdelingen zijn nochtans minstens even groot. Heel wat gebouwen (bv. Jericho, Vlonder, De Getijden, De Branding) zijn compleet uitgeleefd, vertonen brandveiligheidsproblemen (het gebouw van de Branding werd partieel afgekeurd), geurproblemen, andere problemen (vaak gebrekkige geluids- en andere isolatie, niet aanpasbaar aan de doelgroep, problemen op het vlak van toezicht, gebrek aan bureau- en gespreksruimte, geen aparte medicatieruimte, te weinig therapieruimte, verouderde sanitaire voorzieningen, verluchting en verlichting, ...). Bovendien zijn de oude paviljoengebouwen veel te klein. Ook in veel van de recentere afdelingen (Dageraad, De Klimop, De Meander) zijn er talrijke infrastructurele tekorten (gebrek aan bureau-, gespreks- en therapieruimte, sanitaire voorzieningen die dringend dienen opgefrist te worden, ...). **(TK)**
- Het terrein ligt naast de E40. Dit biedt voordelen qua bereikbaarheid voor personeel, patiënten en bezoekers, maar vormt vooral een groot veiligheidsrisico in het kader van vlucht- en suïcidepogingen; bovendien zorgt deze nabijheid ook voor geluidsoverlast op sommige afdelingen (vooral Vlonder). **(AV)**
- 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. **(Aanb)**
- De opmerkingen over de afzonderingskamers worden beschreven onder 7.4. **(AV)**
- In de maanden voor de audit werd een uitgebreid parcours gelopen in het kader van de opmaak van een nieuw masterplan voor PC Caritas. Onder de noemer "Project ToekomstBouwen" werden medewerkers en patiënten – onder externe begeleiding – op verschillende manieren gevraagd naar hun ideeën over de toekomstige invulling van de campus, rekening houdend met wenselijke evoluties van het zorgaanbod. Tegelijkertijd werden lopende afbraakwerken tegengehouden (gebouw Sint-Jozef) om tegemoet te komen aan voorstellen en wensen die uit deze denkoefeningen kwamen.
Het project ToekomstBouwen resulteerde in een overkoepelende en gedragen visie over de campus en zijn diverse, momenteel grotendeels verouderde infrastructuur, over het benutten van de open ruimtes en de groene omgeving, in combinatie met de nodige mobiliteitsoplossingen. **(SP)** Het structuurplan is zo goed als af. De komende maanden wil men een aantal zaken verder conceptueel uitdenken en de planning concretiseren, om vervolgens te kunnen overgaan tot aanbesteding en gunning. **(AV)**

5.2 PATIËNTENDOSSIER

- In het ziekenhuis gebruikt men het elektronisch patiëntendossier ontwikkeld door OBASI vzw, inclusief het daaraan gekoppelde medicatiepakket. Dit EPD bevat de notities van de verschillende disciplines, die (met uitzondering van confidentiële gegevens), wederzijds raadpleegbaar zijn. **(AV)**
De dossiervorming vertoont enkele problemen die de zorg bemoeilijken: **(TK)**
 - Buiten het EPD worden per patiënt mapjes bijgehouden met werkdocumenten (bv. tekstverwerkingsdocumenten) die op maat worden aangepast; dit zorgt voor een versnippering van het dossier.
 - Op sommige afdelingen (bv. Dageraad, Jericho) wordt het medisch dossier op papier bijgehouden, wat verder bijdraagt tot de versnippering van de gegevens.
 - Op afdelingen waar het medisch dossier wel geheel of gedeeltelijk in het EPD wordt geïntegreerd, hebben verpleegkundigen en paramedici geen inzage in de notities van de afdelingsarts, wat de multidisciplinaire samenwerking negatief kan beïnvloeden.

- Medicatie wordt op elektronische wijze voorgeschreven door de artsen. Met deze gegevens wordt door het EPD automatisch een medicatieschema gegenereerd, dat als basis dient voor het klaarzetten, controleren van klaargezette medicatie en toedienen (zie 7.3). **(AV)**
- Het suïciderisico en de uitgangscodes zijn duidelijk zichtbaar in elk dossier. **(AV)**
- Recent werd – na een pilootfase – ziekenhuisbreed gestart met een gelijkvormig sjabloon voor het behandelplan. **(AV)** Het is de bedoeling om in de komende maanden ook op andere vlakken tot een eenvormiger gebruik van het elektronisch dossier te komen. Hierrond is een werkgroep actief. **(AV)**

6 MEDEWERKERS

6.1 PERSONEELSBELEID

- Het beleidsplan HR zit vervat in het algemeen ziekenhuisbeleidsplan 2014-2017. Uit dit beleidsplan blijkt dat men blijvend wil investeren in professionele en vakinhoudelijke kennis en vaardigheden (o.a. door vormingssessies), in een communicatiecultuur en in samenwerkingsvaardigheden en leiderschapsontwikkeling. Het ziekenhuisbeleidsplan en alle krachtlijnen ervan zijn verder uitgewerkt in een operationeel beleidsplan 2014-2017, dat per beleidsdoel een aantal projecten met bijhorende acties, projecteigenaar, prioriteit, deadline en stand van zaken beschrijft. **(AV)**
Wat betreft medewerkersbeleid kan de formele beschrijving van de projecten beter: de projecten zijn vrij summier beschreven, de link met de doelen in het ziekenhuisbeleidsplan kan duidelijker en de opvolgingsdocumenten zijn niet up-to-date op de dag van de audit. **(Aanb)**
- Het ziekenhuis heeft een jaarverslag inzake human resources. Dit jaarverslag bevat onder meer de cijfers wat betreft instroom, uitstroom en ziekteverzuim. **(AV)**
- Het ziekenhuis heeft te kampen met een hoog cijfer inzake ziekteverzuim (> 6 %). Dit cijfer wordt per kwartaal teruggekoppeld naar de afdelingen en hierrond werden verschillende acties opgestart (bv. werkgroep absentieïsme, gesprekken met afdelingsverantwoordelijke). **(AV)**
- Voor de meeste medewerkersgroepen zijn er recent functiekaarten aangemaakt. Deze functieomschrijvingen werden opgemaakt door de zorgmanager in samenspraak met de medewerkers. **(AV)**
Er zijn geen functieomschrijvingen voor gespecialiseerde subfuncties (bv. jobstudenten, mensen tewerkgesteld in de mobiele equipe, begeleider (her)intreder). **(Aanb)**
- In PC Caritas heeft elke medewerker jaarlijks recht op een functioneringsgesprek. Dit wordt gevoerd door de afdelingsverantwoordelijke of de betreffende disciplinecoördinator. Afdelings- en therapeutisch verantwoordelijken hebben een functioneringsgesprek met de verpleegkundig-paramedisch directeur.
Het aantal gevoerde functioneringsgesprekken wordt geregistreerd en het afdelingshoofd houdt een kopie van het verslag bij; de medewerker krijgt het originele verslag.
Op het moment van de audit is er een groot verschil in de cijfers van de verschillende afdelingen. Afdelingsverantwoordelijken van afdelingen die de norm niet halen worden hierop aangesproken door de verpleegkundig-paramedisch directeur. **(AV)**
Jaarlijks ziet de hoofdarts ook alle artsen voor een functioneringsgesprek. **(SP)**
- Het personeel van de afdelingen zetelt in verschillende comités en werkgroepen, waardoor de betrokkenheid bij tal van projecten wordt verhoogd en waardoor medewerkers waardering ervaren. **(AV)**
- Er is een begeleider (her)intreders. **(AV)** Het inscholingstraject is heel verzorgd uitgewerkt. **(SP)**
Voor de introductie van nieuwe medewerkers is er een stroomdiagram en een “checklist nieuwe medewerkers in de zorg”. Vijf maal per jaar is er een onthaaldag voor alle nieuwe medewerkers, met een rondleiding, de voorstelling van het beleidsplan, kennismaking met de directieleden en met de ondersteunende diensten. Volgens het stroomdiagram dient elke nieuwe medewerker in het eerste werkjaar een aantal verplichte vormen te volgen: EHBO, brandveiligheid en agressiehantering (visie en PTV-technieken).
Elke nieuwe medewerker krijgt na drie maanden en na zes maanden een evaluatiegesprek.
Op de afdelingen worden nieuwe medewerkers tijdens de eerste werkweken dubbel ingeroosterd en krijgen zij de nodige uitleg van de afdelingsverantwoordelijke, de psycholoog en andere verpleegkundigen.

- Op basis van het aantal erkende bedden moet men beschikken over een mobiele equipe van 9,1 VTE, waarvan minimaal 6,37 VTE verpleegkundigen. Er is een mobiele equipe van 9,08 VTE, waarvan 7,29 VTE gegradueerde verpleegkundigen, 0,25 VTE zorgkundige, 0,89 VTE ergotherapeut en 0,65 VTE bewegingstherapeut. De werking van de mobiele equipe werd in januari 2015 uitgeschreven in het document “Werking mobiele equipe verpleegkunde”. De mobiele equipe (dag en nacht) wordt prioritair toegewezen voor onverwachte afwezigheden tot 72 uur; daarnaast kan men eveneens beroep doen op de mobiele equipe voor verwachte, kortdurende afwezigheid en voor verhoogde werkdruk.

Indien de medewerkers van de mobiele equipe niet worden ingezet voor ziekte zijn ze toegewezen aan een “moederafdeling”. De afdelingsverantwoordelijke van de moederafdeling is de leidinggevende van de medewerker en volgt het functioneren op.

De ergotherapeuten uit de mobiele equipe vervangen bij voorkeur de therapieën/activiteiten gegeven door andere ergotherapeuten, de bewegingstherapeut vervangt bij voorkeur andere bewegingstherapeuten. Afdelingen met dagtherapie krijgen voorrang, behandelafdelingen krijgen voorrang op vervolgzorg.

Ook de mobiele therapeuten zijn een aantal uren toegewezen aan een moederafdeling, zodat zij een uitvalsbasis hebben.

Alle afdelingsverantwoordelijken kunnen iemand van de mobiele equipe inroosteren. De afdelingsverantwoordelijke van De Klimop maakt het (vast) uurrooster op voor de medewerkers van de mobiele equipe en organiseert vergadermomenten. De zorgmanager doet supervisie op de inzet van de mobiele equipe (voorkomen van misbruik). **(AV)**

- De nachtdiensten hebben een vaste afdeling. De afdelingsverantwoordelijke stuurt de nachtequipe aan, voert functioneringsgesprekken en volgt hun VTO-activiteiten. De vaste nachtdiensten volgen vorming, nemen deel aan de dienstvergaderingen en hebben daarnaast ook een aparte overlegstructuur. Recent is men gestart met een verantwoordelijke verpleegkundige in de nacht. Deze is de contactpersoon voor de verschillende verpleegkundigen van de nacht. Hij ondersteunt de verpleegkundige bij problemen en neemt indien nodig contact op met de directie van wacht. **(AV)**
- In het kader van “zorg voor zorgenden” beschikt het ziekenhuis over een nota “opvang en nazorg personeel na kritisch incident op het werk” en over een folder “zorg voor nazorg”. Naast de onmiddellijke opvang door de direct leidinggevende en collega’s voorziet PC Caritas ook in de mogelijkheid tot verdere nazorg door één of meerdere medewerkers van het nazorgteam. Indien nodig verwijst men door naar externe begeleiding. **(AV)**
- Bij disfunctioneren voert men een correctiegesprek; dit geldt ook voor artsen. Het correctiegesprek gebeurt door de leidinggevende of door een directielid. Dit kan indien nodig gevolgd worden door een mondelinge vermaning door een directielid. Bij herhaling volgt een schriftelijke vermaning; wanneer dit niet tot de gewenste verandering leidt, volgt een ontslaggesprek en ontslag. **(AV)**
- De zorgmanager voert exitgesprekken met medewerkers tijdens de opzegperiode. **(AV)**
- In het kader van de opstart van zorgtrajecten en om meer zicht te krijgen op de werking van andere afdelingen, start men binnenkort met het (tijdelijke) uitwisselen van personeel tussen de afdelingen. **(SP)**
- Uit gesprek blijkt dat het grote aantal gedwongen opnames en het onvoorspelbare karakter daarvan voor een relatief hoge werkdruk zorgt op de crisisafdeling. **(AV)** We bevelen aan om – mogelijk ook op andere afdelingen – de werkdruk te objectiveren, bv. door middel van een gevalideerd instrument dat de zorgzwaarte meet. **(Aanb)**

6.2 VORMING, TRAINING EN OPLEIDING (VTO)

- Het ziekenhuis beschikt over een recent herwerkte tekst “Vormingsbeleid in PCC”. Deze bevat de algemene principes, het proces voor het opstellen en goedkeuren van het vormingsplan en de registratie en rapportage van interne vormingen. **(AV)**
- Men hanteert geen streefdoel voor het aantal uren vorming per jaar. Afdelingsverantwoordelijken volgen het aantal gevolgde uren per personeelslid op en spreken hen hierop aan indien nodig. **(AV)** We bevelen aan om na te gaan of het formuleren en opvolgen van een duidelijk streefdoel per medewerker een meerwaarde kan betekenen. **(Aanb)**
- Vormingsbehoeften worden in kaart gebracht aan de hand van bevraging tijdens de functioneringsgesprekken en op de personeelsvergaderingen van de afdelingen. Jaarlijks wordt aan de hand hiervan een vormingsplan per afdeling opgesteld door de beleidsteams. De vormingsverantwoordelijke bundelt de vragen en keurt samen met de departementaal directeur de vormingen goed. Er wordt gestreefd naar 80% geplande vormingen en 20% folderbeleid. **(AV)**
- Er gaat in PC Caritas veel aandacht naar vorming. **(SP)**
 - Het budget wordt jaarlijks aangepast en is tussen 2012 en 2015 verdubbeld.
 - Ongeveer 2 % van de arbeidstijd gaat naar vorming.
 - Op de afdelingen is het beleidsteam verantwoordelijk voor het vormingsbeleid.
 - Het aantal gevolgde uren vorming per medewerker wordt geregistreerd door de verantwoordelijke vorming. Jaarlijks krijgt elke afdeling een overzicht met de gevolgde uren per medewerker in het voorbije jaar. De cijfers kunnen ook steeds geraadpleegd worden via intranet.
 - Er is mogelijkheid tot het volgen van langdurige opleidingen.
 - Tijdens overlegmomenten voor artsen (bv. overnoonmeetings) wordt sporadisch vorming gegeven.

6.3 VRIJWILLIGERS

- Op de moment van de audit zijn er in het ziekenhuis 21 vrijwilligers actief op de afdelingen. **(AV)**
- Het vrijwilligersbeleid is uitgeschreven in een organisatienota. Deze bevat het belang en de omschrijving van vrijwilligerswerk, de afspraken en de plaats waar vrijwilligers kunnen ingezet worden. **(AV)**
- De advanced nurse practitioner is verantwoordelijk voor de begeleiding en ondersteuning van de vrijwilligers. **(AV)**
- Jaarlijks is er een vormingsnamiddag en een vrijwilligersfeest. **(AV)**

6.4 BESTAFFING

- In PC Caritas zijn er 11 artsen actief: 7 psychiaters, 1 neurologe, 1 tandarts en 2 algemeen geneeskundigen. Op het moment van de audit zijn er ook 2 arts-specialisten in opleiding (waarvan 1 voor kinder- en jeugdpsychiatrie). **(AV)**

- Van de meeste artsen is de beschikbaarheid groot: **(AV)**
 - Veel artsen zijn 's avonds, 's nachts en in de weekends vlot telefonisch bereikbaar.
 - Slechts zelden moet men een beroep doen op de arts van wacht.
 - Op De Branding is een voltijdse arts actief.
- Per afdeling is er 's nachts minstens één verpleegkundige. Op afdelingen De Kaap en Sint-Elisabeth 2 staan standaard twee nachtverpleegkundigen. Sint-Elisabeth 2 is ook de moederafdeling van de mobiele nachtwak. **(AV)**
- We bevelen aan om na te gaan of het niet beter is om een bijkomende nachtverpleegkundige in te zetten op De Meander, gezien de populatie op deze afdeling (30 patiënten, waarvan 10 NAH), met op dit moment een hoog aantal afzonderingen. **(Aanb)**
- Ook op De Branding, waar de kamerdeuren 's nachts gesloten worden, is er 's nachts maar 1 verpleegkundige. Bij een gebeurlijke oproep (bv. wanneer één van de jongeren naar het toilet wil gaan) worden lichten en deursloten zoveel mogelijk vanop afstand bediend. De nachtverpleegkundige kan enkel persoonlijk naar een kamer gaan na het oproepen van assistentie vanuit de nabij gelegen afdeling Sint-Elisabeth 2. Indien de mobiele nachtwak inspringt voor ziekte op een afdeling, dient men voor assistentie een beroep te doen op één van de twee vaste nachtdiensten van afdeling Sint-Elisabeth 2. **(AV)**
- Tot 23 uur en vanaf 06.30u is er een steward aanwezig op het domein. **(AV)**

7 PROCESSEN

7.1 ORGANISATIE VAN ZORG

- Het zorgaanbod wordt aangeboden vanuit volgende afdelingen: **(AV)**
 1. **De Kaap** (kinderen en jongeren van 6 tot 18 jaar).
 2. **De Branding** (forensische psychiatrie voor jongens en meisjes van 12 tot 18 jaar met een MOF- of (voor crisisopvang en outreach) POS-statuuut).
 3. **Sint-Elisabeth 1** (opnamedienst: kortdurende intensieve behandeling van stemmings-, angst- en persoonlijkheidsstoornissen).
 4. **De Klimop** (vervolgbehandeling gericht op symptoomstabilisatie en resocialisatie voor stemmings-, angst- en persoonlijkheidsstoornissen).
 5. **Sint-Elisabeth 2** (gesloten dienst voor crisiszorg en intensieve zorgen voor personen met een algemene psychiatrische problematiek).
 6. **Jovo** (jongvolwassenen die zijn vastgelopen in de overgang tussen adolescentie en volwassenheid op weg naar zelfontplooiing en identiteitsvorming).
 7. **Dageraad** (behandeling van psychotische problematiek voor mensen vanaf 16 jaar).
 8. **Jericho** (ouderen).
 9. **De Meander** (voor mensen met een niet aangeboren hersenletsel of een lichte verstandelijke beperking).
 10. **Vlonder** (rehabilitatieafdeling voor personen met ernstige en langdurende psychiatrische problemen).
 11. **De Getijden** (dagbegeleiding en herstel).

De komende jaren wil men evolueren naar een indeling aan de hand van zorgtrajecten. De precieze implicaties hiervan zijn nog niet duidelijk, zoals elders werd beschreven.

- Het ziekenhuis werkt met twee opnamecoördinatoren die de opname- en intakegesprekken plannen. Daarna wordt de vraag naar de specifieke afdeling gestuurd en voorgelegd aan de afdelingsarts. De arts beslist of iemand opgenomen wordt of niet; bij een heropname wordt dit soms in team overlegd. **(AV)**
- Op de crisisafdeling is er een aparte ingang waarlangs iedereen wordt opgenomen, om het leefklimaat om de afdeling niet te verstoren. **(AV)**
- Elke afdeling heeft een eigen specifiek aanbod inzake therapeutische activiteiten, verzorgd door leden van het interdisciplinair team. Daarnaast kan een beroep gedaan worden op de activiteiten die centraal aangeboden worden. **(AV)**
Ook patiënten van de gesloten afdelingen kunnen gebruik maken van deze centrale diensten. Afhankelijk van de toegekende vrijheden gebeurt dat al dan niet onder begeleiding van afdelingsmedewerkers. **(SP)**
- 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)**
- Op afdeling JOVO werd in 2014 de directe versus indirecte patiëntentijd gemeten aan de hand van een vragenlijst. **(SP)**

7.2 PROCEDUREBEHEER

- Er is een moederprocedure voor het opstellen en verspreiden van procedures. **(AV)**
- Publicatie op de procedurepagina van het intranet gebeurt door de eigenaars van de procedure, onder toezicht van de manager kwaliteitszorg en databeheer. Eventuele toelichtingen gaan via e-mail naar de betrokken leidinggevend en worden indien nodig of aangewezen ook mondeling besproken op de relevante overlegorganen. De leidinggevend staan in voor de verdere communicatie naar en toepassing door hun eigen medewerkers. **(AV)**
- Het intranet heeft een performante zoekfunctie die toelaat om snel bepaalde procedures op te zoeken. **(AV)**

7.3 MEDICATIEDISTRIBUTIE

Situering

- De apotheek levert aan alle afdelingen van het ziekenhuis en aan PVT De Wadi (Merelbeke).
- De apotheek is elke werkdag geopend van 9u-12u30 en van 13u-15u30. Op dinsdag en donderdag is de apotheek in de namiddag gesloten.
- Tijdens de audit werd gesproken met de hoofdapotheker en met de apotheekassistente; de hoofdapotheker bekleedt deze functie sinds juni 2011.

Beleid en strategie

- Het Medisch farmaceutisch comité (MFC) komt 1 à 2 keer per jaar samen; dit comité is ingebed in het overleg directie-artsen (ODA). Het Comité ziekenhuishygiëne komt 4 keer per jaar samen. De apotheker participeert ook aan het Comité geneesmiddelen en medisch materiaal, aan de werkgroep medicatie en aan het tweemaandelijks ODA. Sporadisch is er – op vraag van de apotheker – informeel overleg met de directie, maar in de nabije toekomst wordt een structureel trimestrieel overleg voorzien. **(AV)**
De algemeen directeur maakt geen deel uit van het Comité ziekenhuishygiëne. **(NC)**
- De apotheek neemt niet deel aan het Comité patiëntveiligheid. Dit is volgens de apotheker niet nodig aangezien medicatie-incidenten besproken worden binnen de werkgroep medicatie. **(AV)**
- Er is geen beleidsplan opgemaakt voor de apotheek, noch op apotheekniveau, noch geïntegreerd in het algemeen beleidsplan. **(TK)** De apotheker bepaalt het apotheekbeleid zonder voorafgaand overleg met de directie. Indien voor het apotheekbeleid beslissingen dienen te gebeuren op directieniveau dan wordt dit ad hoc met de directie besproken, op vraag van de apotheker.
- De apotheek maakt een jaarverslag met een duidelijk overzicht van het verbruik en de omzet van de verschillende geneesmiddelen per klasse op jaarbasis. Er is ook een overzicht van het verbruik per afdeling. De terugkoppeling van deze cijfers gebeurt op het ODA of op het MFC. **(AV)**
Er is geen analyse van het voorschrijfgedrag per arts. **(TK)** Analyse van deze cijfers kan nochtans een meerwaarde zijn als basis van zelfevaluatie van het voorschrijfgedrag van de arts en als een mogelijk deel van de evaluatie van een therapiebeleid voor een bepaalde patiëntenpopulatie.

- Er is een officiële samenwerkingsovereenkomst met de apotheek van AZ Sint-Lucas (Gent) voor de organisatie van de wachtdienst. **(AV)**

Sinds de indiensttreding van de huidige apotheker vond nog geen enkel overleg plaats met de apotheker van AZ Sint-Lucas, noch rond de gemaakte wachtdienstafspraken, noch rond eventuele afstemming van het geneesmiddelenformularium. We bevelen aan om op regelmatige basis de gemaakte afspraken te evalueren. Bovendien kan een overleg met deze en andere ziekenhuisapothekers nuttig zijn in het zoeken naar verdere opportuniteiten inzake expertise-uitwisseling en samenwerking (bv. afspraken m.b.t. het herverpakken van medicatie, participeren in de aankoop van een medicatierobot, ...). **(Aanb)**

Middelen

- De apotheek bestaat uit vijf ruimten. Naast de inkomhal is er een medicatieruimte, een centraal bureau voor de apotheker en zijn medewerkers met veel opbergkasten, een voorraadruimte en een ruimte voor het maken van bereidingen. **(AV)**
- De afdelingsmedicatie bevindt zich in een aparte afsluitbare ruimte of in een afsluitbare kast op de afdelingen Vlonder, Dageraad, Sint-Elisabeth 1, De Meander, De Branding en De Kaap. Op andere afdelingen (De Klimop, De Getijden, Jericho) wordt de medicatie niet in een aparte afsluitbare ruimte of kast bewaard, maar gewoon in de verpleegpost.
De patiëntenvoorraad wordt bewaard in genaamtekende bakjes. **(AV)** Niet op alle afdelingen worden zowel de voor- als familienaam gebruikt, wat de kans op fouten verhoogt. **(TK)** Afhankelijk van de keuze van de afdeling maakt men voor de klaargezette medicatie gebruik van medicatiekarren of medicatiecassettes. **(AV)**
- Er is een spoedkast op afdeling Sint-Elisabeth 2. Elke afdeling kan hier indien nodig medicatie halen. **(AV)**
- Er is noch op de afdelingen, noch in de spoedkast een voorraad verdovende middelen. **(SP)**

Medewerkers

- Er is 1 apotheker (1 VTE) en 2 apotheekassistenten (1,30 VTE) werkzaam in de apotheek. **(AV)**
- De wachtregeling van de apotheek is vastgelegd in een procedure. Buiten de openingsuren van de apotheek kan men voor dringende geneesmiddelen beroep doen op de centrale spoedkast (op afdeling Sint-Elisabeth 2). Indien de medicatie niet voorradig is in de spoedkast, kan men telefonisch contact opnemen met de apotheker. Indien de apotheker niet bereikbaar is of als de medicatie niet in de apotheek aanwezig is, kan men beroep doen op de externe wachtdienst van de apotheek van het AZ Sint-Lucas Gent. De afgelopen 4 jaar is hier geen enkele keer gebruik van gemaakt. **(AV)**

Processen

- De voorschriften worden rechtstreeks door de arts ingebracht in het elektronisch medicatieprogramma (OBASI). **(AV)** De apotheek levert bijna uitsluitend af op voorschrift; zelfs voor medicatie uit de afdelingsvoorraad of uit de spoedkast zijn er zelden naschriften, aangezien de artsen ook van thuis uit kunnen voorschrijven. **(SP)**
- Alle voorschriften samen genereren automatisch het elektronisch medicatieschema per patiënt. De verpleegkundige beschikt over specifieke weergaven van dit schema om medicatie klaar te zetten (en dat te registreren), te controleren (en dat te registreren) en toe te dienen (en dat te registreren). Bovendien voorziet de toepassing ook een gestandaardiseerd medicatieschema voor de patiënt. **(SP)**

- De medicatie wordt voor alle afdelingen voor maximaal 7 dagen afgeleverd. **(AV)**
- Het klaarzetten van de medicatie gebeurt door de nachtverpleegkundige, en dit voor de volgende 24 uur. Ook de controle gebeurt door een verpleegkundige. **(AV)**
- De medicatie wordt op de gecontroleerde afdelingen tot op het moment van toediening zoveel mogelijk in de blister gelaten **(AV)**. Toch vertoont de medicatiedistributie een aantal risico's: **(NC)**
 - Op sommige afdelingen werden losse pillen gevonden in de patiëntenvoorraad (Dageraad) of in de klaargezette medicatie (Sint-Elisabeth 1, De Meander, De Branding, De Kaap), wat identificatie en controle van de vervaldatum onmogelijk maakt.
 - Er werden op verschillende afdelingen (Dageraad, Vlonder, De Meander) verknipte blisters gevonden, waarop de vervaldatum en/of de naam van het geneesmiddel niet meer terug te vinden waren.
 - Er werd op een afdeling (Vlonder) ook vervallen medicatie terug gevonden in de koelkast. **(TK)**
- Op elke afdeling is er een kleine afdelingsvoorraad (de "huisapotheek"), waarvan de samenstelling bepaald is in samenspraak met de beleidsarts en afhankelijk is van de patiëntenpopulatie op de afdeling. Voor het grootste deel van deze medicatie zijn staande orders aanwezig op de afdelingen. Voor de medicatie zonder staand order wordt steeds contact opgenomen met de arts voor toediening. **(AV)**
- De spoedkast bevindt zich op Sint-Elisabeth 2; elke afdeling kan daar indien nodig medicatie halen. Het personeelslid dat medicatie uit de spoedkast haalt, dient dit te registreren. Aan de hand van dit formulier en aan de hand van de registratie in het elektronisch dossier wordt de spoedkast aangevuld. Naast de controle door de apotheker controleert ook een verpleegkundige van Sint-Elisabeth 2 de inventaris en de vervaldata. **(AV)**
- Er is een procedure voor de temperatuurcontrole van de koelkasten in de apotheek en op de afdelingen. **(AV)** Het systeem van temperatuurcontrole en remediërende acties bij afwijkingen garandeert de veiligheid evenwel onvoldoende: **(TK)**
 - De omgevingstemperatuur van de apotheek wordt wekelijks gemeten. Dit moet dagelijks.
 - In de koelkasten van de apotheek gebeurt de registratie van de temperatuur automatisch, maar bij afwijkingen wordt geen alarm gegeven en de gegevens worden slechts om de maand uitgelezen. Dit maakt dat in theorie de temperatuur gedurende een maand afwijkend kan zijn zonder dat er enige maatregel wordt genomen. De temperatuur dient dagelijks te worden opgevolgd.
 - Op de afdelingen gebeurt de temperatuurmeting van de koelkasten om de week. Dit moet dagelijks.
 - De procedure geeft onvoldoende duidelijk aan wat moet gebeuren bij afwijkende waarden ("de afdelingsverantwoordelijke onderneemt actie").
Op het moment van de inspectie was de temperatuur van de koelkast op De Meander reeds 5 weken boven de 9°. De procedure om hierbij onmiddellijk actie te ondernemen werd niet gevolgd.
- Het registreren van medicatieverbruik, evenals het melden en analyseren van medicatiefouten, verloopt onvoldoende systematisch en gestandaardiseerd, waardoor leermogelijkheden verloren gaan en risico's onnodig lang blijven bestaan: **(TK)**
 - De personeelsleden dienen blijvend alert te zijn en dienen regelmatig aangespoord te worden om alle medicatieverbruik te registreren en alle fouten te melden, zeker gezien het feit dat de medicatievoorraad op de afdelingen en in de spoedkast vaak niet klopt wegens registratiefouten.
Het is aangewezen om gebruik van medicatie uit de spoedkast en uit de huisapotheek onmiddellijk te registreren in het elektronisch medicatiedossier. Een nauwere opvolging en grotere aanwezigheid van de apotheek op de afdelingen kan hier ook motiverend werken.

- De melding van medicatiefouten verloopt versnipperd en is niet systematisch gelinkt aan het incidentmeldingssysteem. Meldingen gebeuren te vaak via andere kanalen en dan vooral via het elektronisch medicatievoorschrift of via rechtstreekse e-mail aan de apotheek. Het is van belang alle medicatie- en registratiefouten systematisch te melden via het incidentmeldingssysteem. Dit maakt het mogelijk om een beter overzicht te krijgen van alle medicatiefouten, om de ernst van incidenten op een meer eenvormige manier in te schatten, en om via analyse mogelijke systeemfouten op te sporen.
- In de procedure medicatiedistributie is een luik rond vervaldata terug te vinden. Binnen de apotheek is de werkwijze duidelijk beschreven. **(AV)** Rond controle van de vervaldata op de afdelingsvoorraad is er niets terug te vinden. Uit navraag blijkt dat deze controle jaarlijks gebeurt vanuit de apotheek. Toch werd op een afdeling vervallen medicatie aangetroffen. We bevelen aan om deze werkwijze te herevalueren en indien nodig aan te passen of bij te sturen. **(Aanb)**
- Er wordt door de apotheker op beperkte schaal aan klinische farmacologie gedaan. Door het veralgemeend gebruik van het elektronisch medicatiedossier heeft de apotheker zicht op het volledige medicatieschema van elke opgenomen patiënt. Dagelijks controleert de apotheker alle nieuwe voorschriften op interactie en op gebruik van identieke (dubbele) medicatie. Langlopende voorschriften van “indien nodig”-medicatie worden sinds kort systematisch gecontroleerd en ter evaluatie besproken met de voorschrijvende arts. **(AV)**

Resultaten

- Er is een geneesmiddelenformularium opgesteld. Bij het voorschrijven van een niet-formulariumproduct wordt via een pop-up in het elektronisch geneesmiddelendossier het alternatief formulariumproduct aan de voorschrijver voorgesteld. Dit alternatief wordt in de meerderheid van de gevallen gevolgd. **(AV)**
- 71,7 % van de geneesmiddelen wordt geleverd in unit-dosis. **(AV)**

7.4 AGRESSIEBELEID EN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

Beleid en strategie

- Er bestaan binnen het ziekenhuis verschillende documenten op het gebied van omgaan met agressie en dwangmaatregelen: **(AV)**
 - De visietekst “Agressie in het psychiatrisch ziekenhuis: standpunten”.
 - De procedure “Ernstige acting-out of dreigend conflict veroorzaakt door patiënt(en)”.
 - De visietekst “Fixeren binnen de ouderenzorg: standpunten”.
 - De procedure “Afzonderen van een patiënt”.
 - De procedure “Gebruik van de time-out ruimte”.
 - De procedure “Gebruik van de toezichtkamer”.
 - Het assistentieschema.
- De visieteksten en de procedures zijn grondig uitgewerkt. **(AV)**
 - De visie van het ziekenhuis is duidelijk omschreven.
 - Het gebruik van de time-out ruimte en de toezichtkamer wordt beschreven.
 - Er is aangegeven welke fixatietechnieken gebruikt kunnen worden.

- Het verhoogd toezicht tijdens afzondering is omschreven.
- Er is bepaald wat er qua communicatie en dossiervorming dient te gebeuren.
- Er is aandacht voor de beleving van de patiënt rond het afzonderingsgebeuren.
- Bij de beleidsteksten (“Fixeren binnen de ouderenzorg: standpunten” en “Agressie in het psychiatrisch ziekenhuis”) en procedures rond afzondering kunnen volgende bemerkingen gemaakt worden: **(TK)**
 - Valpreventie wordt vernoemd als indicatie voor fixatie (in de beleidsteksten).
 - De rol, de taken en de verantwoordelijkheid van de psychiater zijn onvoldoende omschreven en eerder minimalistisch ingevuld. Het is niet duidelijk hoe vaak de arts contact dient te hebben met patiënten in afzondering.
 - Verhoogd toezicht tijdens fixatie zonder afzondering wordt niet duidelijk omschreven.
 - Chemische fixatie wordt niet vernoemd.
 - De procedure vermeldt niets rond vorming personeel, taken en samenstelling van het Comité Patiëntveiligheid (CP) en over de rol van de referentiepersoon.
 - De indicaties voor het gebruik van afzonderingskledij zijn niet duidelijk omschreven.
 - Er wordt nergens aangegeven of men met een minimum van 2 personeelsleden dient te zijn om binnen te gaan in de afzonderingskamer.
- De begeleider (her)intreders is de referentiepersoon wat betreft dwangmaatregelen, omgaan met agressie en suïcidepreventie. Hij is verantwoordelijk voor het herwerken van de procedures, voor de analyse van de cijfers en voor de (verplichte) vorming van (nieuwe) medewerkers. **(AV)**
- In het CP wordt het beleid en de praktijk rond dwangmaatregelen en suïcidepreventie besproken. Hierin zitten, naast de referentieverpleegkundige, de verpleegkundig-paramedisch directeur, de manager kwaliteitszorg en databeheer, twee psychologen, twee verpleegkundigen, twee afdelingsverantwoordelijken, een disciplinecoördinator en een arts.
Het CP komt 6 maal per jaar samen. Vanuit dit comité starten projecten waarvoor indien nodig een werkgroep wordt opgericht (bv. werkgroep suïcidepreventie en werkgroep vrijheidsbeperking). **(AV)**
- Er is een projectfiche opgemaakt met de items m.b.t. vrijheidsbeperkende maatregelen waar men in de periode 2014-2017 aan wil werken. **(AV)**
- Binnen PC Caritas wordt gewerkt met het crisisontwikkelingsmodel als referentiemodel. **(AV)**

Middelen

- Het ziekenhuis beschikt over 11 afzonderingskamers, verspreid over de afdelingen:
 - Dageraad: 1
 - De Kaap: 1
 - De Branding: 1
 - De Klimop: 1
 - De Meander: 2
 - Sint Elisabeth 1: 1
 - Sint Elisabeth 2: 3
 - Vlonder: 1
- Op afdeling Jericho is er dan weer geen afzonderingsruimte. Bejaarde patiënten waarvoor afzondering nodig blijkt te zijn (bv. in het kader van suïciderisico) dienen naar Sint-Elisabeth 2 overgebracht te worden.

Hiervoor dienen zij zich over een deel van het domein te verplaatsen. **(AV)** We bevelen aan dit tot een absoluut minimum te beperken, bv. door het creëren van de mogelijkheid tot verhoogd toezicht op afdeling Jericho. **(Aanb)**

- De infrastructuur van de afzonderingskamers voldoet grotendeels aan de vereisten inzake veiligheid, comfort en privacy, **(AV)** met uitzondering van een oproepsysteem (aan bed) voor gefixeerde patiënten. Sommige afzonderingsruimtes liggen ook ver van de verpleegpost, wat het toezicht bemoeilijkt. **(TK)**
- Alle afzonderingskamers zijn voorzien van camerabewaking. **(AV)**
- In enkele afzonderingskamers ligt het fixatiemateriaal steeds klaar op het bed ongeacht of de patiënt gefixeerd gaat worden of niet. Er wordt steeds gebruik gemaakt van minimaal 3-puntsfixatie; dit kan afhankelijk van de context opgedreven worden naar 5-puntsfixatie. **(AV)**
- Afzonderingskledij (brandvertragend en rekbaar) ligt eveneens klaar op het bed. **(AV)**
- Iedere afzondering wordt geregistreerd in het elektronisch patiëntendossier. Dit registratieformulier wordt afgedrukt ter ondertekening. De observaties worden op het uitgeprinte formulier genoteerd.

Het elektronisch registratieformulier bevat volgende elementen: **(AV)**

- Naam, voornaam, geboortedatum van de patiënt.
 - Datum en uur waarop afzondering van start ging.
 - Of de patiënt al dan niet gefixeerd werd.
 - De reden van de afzondering.
 - Datum en uur waarop afzondering gestopt is.
- Aangezien een digitale handtekening voor artsen en verpleegkundigen en de mogelijkheid om de observaties elektronisch te noteren ontbreken, dient men de registratieformulieren uit te printen. Een digitale handtekening voor artsen en verpleegkundigen zou de registratie kunnen vereenvoudigen. **(Aanb)**
 - Naast afzonderingskamers zijn er op verschillende afdelingen time-outruimtes en toezichtkamers. **(AV)**
 - Een time-out ruimte is een lege kamer (soms met losse matras of zitzak) die gebruikt wordt als prikkelarme ruimte.
 - Een toezichtkamer is een eenpersoonskamer, met behoud van het comfort ervan, die zo nodig kan afgesloten worden, met een afzonderlijk sanitair gedeelte. Indien nodig kan de kleerkast afgesloten worden.
 - Ook het gebruik van de time-outruimtes en de toezichtkamers wordt geregistreerd, wat goed is met het oog op leermogelijkheden en evaluatie van het gevoerde beleid. Indien de deur gesloten wordt, wordt dit eveneens geregistreerd als afzondering. **(AV)**
 - Onder meer in het kader van het nieuwe masterplan worden alternatieven verkend inzake inrichting van afzonderingskamers, en het creëren van meer gradaties tussen een gewone patiëntenkamer en een afzonderingskamer. **(AV)** Bepaalde mogelijkheden kunnen misschien in een voorbereidende fase gecreëerd of uitgetest worden. We denken bv. aan zogenaamde retreatrooms, vertrekkend 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)**

Medewerkers

- Er gaat veel aandacht naar vorming van het personeel en de nieuwe medewerkers rond dwangmaatregelen en omgaan met agressie: **(SP)**
 - Voor nieuwe medewerkers is er een driedaagse opleiding die alles rond dwangmaatregelen, omgaan met agressie en suïcidepreventie omvat.
 - Omgaan met agressie en PTV-trainingen (persoonlijke- en teamgerichte veiligheidstechnieken) behoren (naast handhygiëne en EHBO) tot de verplichte vormingen. Voor verpleegkundigen, zorgkundigen, therapeuten en stewards zijn de PTV-technieken verplicht. De andere medewerkers (psychologen, onderhoudspersoneel, administratief personeel, artsen) volgen de vorming preventie van agressie (uitleg visietekst en verbale en non-verbale communicatie).
 - De referentiepersoon stelt jaarlijks het vormingsplan op en geeft de PTV-technieken en de vorming rond preventie van agressie.
 - Naast deze jaarlijkse vorming kan elke afdeling (en ook elke externe organisatie) op maat vorming aanvragen. Zo vond in 2014 om de 14 dagen PTV-training plaats voor een kleine groep personeelsleden op de crisisafdeling.
- Op verschillende afdelingen vinden systematisch intervisies plaats. Daarnaast kunnen er jaarlijks tijdens de teamdenkdag thema's zoals omgaan met moeilijke patiënten aan bod komen. Artsen kunnen eveneens een intervisiemoment houden op de overnoonmeetings. **(AV)**

Processen

- Verpleegkundigen gaan vaak alleen binnen in een afzonderingskamer, afhankelijk van hoe zij het veiligheidsrisico inschatten. Dit gebeurt echter enkel mits zij een collega hiervan op de hoogte brengen. **(AV)**
- Uit een steekproef van afzonderingsfiches blijkt dat nagenoeg overal alle nodige gegevens werden ingevuld. **(AV)**
- Toch zijn er nog een aantal verbetermogelijkheden: **(TK)**
 - Observaties worden niet op alle afdelingen genoteerd volgens de frequentie die de procedure vereist; de notities maken ook niet steeds duidelijk of er al dan niet werd binnen gegaan in de afzonderingskamer.
 - Indien de patiënt slaapt wordt er niet binnengegaan in de afzonderingskamer. De procedure vereist geen minimumfrequentie voor het effectief binnengaan in de afzonderingskamer.
 - Fixatie zonder afzondering wordt genoteerd in het behandelplan maar wordt niet apart geregistreerd.
- Alle agressie-incidenten dienen elektronisch geregistreerd te worden waarbij men telkens de plaats, gebruikte middelen, doelwit, consequentie en de maatregel om de agressie te stoppen dient in te vullen. **(AV)**
- Bij melding van een zwaar agressie-incident krijgt de referentieverpleegkundige automatisch een e-mail, waarna hij contact neemt met de afdeling. Zo wordt er kort op de bal gespeeld en indien nodig en mogelijk gezocht naar oplossingen. Bij elk zwaar agressie-incident maakt men ook een kort feitenverslag, dat naar de verpleegkundig-paramedisch directeur gaat, die eveneens contact neemt met de afdeling. Vanuit dit feitenverslag kan er met het team een analyse gedaan worden van het incident. **(SP)**

Resultaten

- Er worden zeer gedetailleerde registratiecijfers bijgehouden, en deze worden grondig geanalyseerd, zowel op ziekenhuis- als op afdelingsniveau. Daarbij is er niet alleen aandacht voor het aantal afzonderingen, maar ook voor het feit of er al dan niet preventieve maatregelen aan voorafgingen, en voor de beleving van zowel de medewerkers als de patiënten.
Elke afdeling krijgt per kwartaal cijfers teruggekoppeld, en jaarlijks krijgt men een gedetailleerd rapport. Deze cijfers worden per afdeling ook geanalyseerd en besproken. Men zoekt steeds naar verbetermogelijkheden. **(SP)**
- In 2014 gebeurden er 1.000 afzonderingen waarvan 514 in een afzonderingskamer, 307 in een time-out ruimte en 179 in een toezichtkamer. Er is een dalende trend merkbaar: 20,5 % minder afzonderingen t.o.v. 2013. **(AV)**
- Er is eveneens een dalende trend in het percentage van gefixeerde patiënten tijdens afzonderingen in de afzonderingskamers: van 15,9 % in 2013 naar 8,9 % in 2014. **(AV)**
- Ondanks de grote inspanningen op ziekenhuis- en afdelingsniveau blijft het aantal afzonderingen relatief hoog. Tijdens het gesprek wordt het aantal opnames (crisisafdeling) en de zware populatie (De Meander) als mogelijke oorzaak hiervan naar voren gebracht. **(AV)**
- Het aantal afzonderingskamers, time-out ruimtes en toezichtkamers is hoog. We bevelen aan om in het kader van de geplande verbouwingen na te gaan of het aantal kamers niet kan verlaagd worden en of er alternatieven kunnen gecreëerd worden. Dit kan resulteren in minder afzonderingen. **(Aanb)**
- In 2014 is men gestart met het bevragen van patiënten die afgezonderd werden. Aan de hand van een lijst met 15 vragen, afgenomen door een stagiair, bevroegt men de beleving van de patiënt: voor, tijdens en na een afzondering. Daarnaast doet men indien nodig een nabespreking met de patiënt. **(SP)**
De vragenlijst eindigt met een algemene tevredenheidsscore. 90% van de scores ligt hoger dan 5 (op 10). De info vooraf en de techniek om iemand naar een afzonderingsruimte te brengen blijken hierin belangrijk. **(AV)**
- Uit gesprek blijkt dat 50 % van de opnames op de crisiseenheid gedwongen opnames zijn. **(AV)**
Slechts 7 % van de gedwongen opnames start in een afzonderingskamer, waar dit een vijftal jaar geleden nog 100 % was. **(SP)** Enkel bij zware agressie waarbij het onveilig is voor patiënt of personeel, start een opname met een afzondering.
- In 2014 waren er 284 meldingen van agressie. **(AV)**

7.5 SUÏCIDEBELEID

Beleid

- Suïcidepreventie werd pas recent opnieuw opgenomen binnen het ziekenhuis- en vormingsbeleid. **(AV)**
- Er bestaan op ziekenhuisniveau volgende documenten op het gebied van suïcidepreventie: **(AV)**
 - De visietekst “Suïcidepreventie in het psychiatrisch ziekenhuis: standpunten”
 - De procedure “Wat te doen bij suïcide/suïcidepoging?”Deze documenten bevatten de begripsomschrijvingen, het suïcidaal proces, de basishouding, de risico-inschatting, de omgang met dichtbetrokkenen en de opvang van het hulpverlenersteam. **(AV)**
- Bij deze documenten kunnen volgende bemerkingsen gemaakt worden: **(TK)**
 - Het is onduidelijk of bij elke patiënt die opgenomen wordt het risico moet bevestigd worden.
 - Het is onduidelijk of de bevestiging enkel een subjectieve inschatting mag zijn of steeds dient te gebeuren aan de hand van een vragenlijst.
 - De afspraken om te handelen bij een onrustwekkende verdwijning van een suïcidale patiënt worden niet vermeld.
- We bevelen aan om ook ander zelfverwendend gedrag in de procedure op te nemen. **(Aanb)**

Middelen

- Veel afdelingen vertonen talrijke risico's op het vlak van infrastructuur (bv. handdoekstangen in de sanitaire ruimtes, deurklinken, doucheslangen, douchegordijnstangen, koorden om lichten aan te schakelen, elektriciteitskabels van verwarmingselementen in badkamers, ...).
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.
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 weginfrastructuur en in tweede instantie aan de 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 aangewezen. Infrabel kan informatie geven m.b.t. de zogenaamde “hotspots”, en er kunnen preventieve maatregelen afgesproken worden (verwittigen van het Security Operations Center bij zorgwekkende verdwijningen, zelf uitsturen van medewerkers of politie 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, thermische camera's, struikelmatten). **(Aanb)**

Medewerkers

- De vormingssessies rond suïcidepreventie werden pas recent opgestart. Hierin wordt, naast de theorie, gewerkt met een actrice voor het praktijkgedeelte. Er wordt in de vorming onderscheid gemaakt tussen suïcidepreventie bij volwassenen en bij kinderen. **(AV)**
- We bevelen aan om dit onderwerp op te nemen in de cyclus van permanente vorming en hiervoor een minimumfrequentie als streefcijfer vast te leggen. **(Aanb)**

Processen

- Bij elke patiënt wordt het suïciderisico bevestigd; dit risiconiveau is onmiddellijk zichtbaar in de dossiers. **(AV)**
- Het is niet duidelijk in de dossiers of de inschatting dagelijks geëvalueerd wordt zoals aangegeven in de procedure. **(Aanb)**

Resultaten

- In 2014 werden 42 suïcidepogingen en 2 suïcides geregistreerd. **(AV)** Er werd nog geen doorgedreven incidentanalyse gemaakt van een suïcide(poging). **(TK)** Op die manier gaan leermogelijkheden verloren.
- Na elke suïcidepoging wordt de suïcide-intentieschaal ingevuld. Deze score komt terecht bij de referentieverpleegkundige dwangmaatregelen en suïcidepreventie. **(AV)**

7.6 PATIËNTENRECHTEN, OMBUDSFUNCTIE EN KLACHTENMANAGEMENT

- Informatie aan patiënten over de patiëntenrechten en de ombudsdienst verloopt via verschillende kanalen: **(AV)**
 - In de informatiebrochure van PC Caritas is informatie over de patiëntenrechten en de ombudsdienst (inclusief de contactgegevens) terug te vinden.
 - Op elke afdeling hangt een affiche uit over de externe ombudspersoon en is er een brievenbus waarin schriftelijke klachten kunnen gepost worden.
 - De folders en boekjes “Wet rechten van de patiënt, een uitnodiging tot dialoog” (uitgegeven door de federale overheid) zijn ter beschikking bij de ombudspersoon, op de afdelingen en in 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. Elk jaar gaan een aantal afdelingen hierop in.
- In PC Caritas werd een externe ombudsman aangesteld. Hij is in dienst van het Overlegplatform GGZ Oost-Vlaanderen (PopovGGZ vzw), en is een halve dag per week aanwezig in het ziekenhuis. Er is geen interne ombudspersoon. **(AV)**
- De ombudspersoon komt minstens maandelijks op alle afdelingen, en wekelijks op de gesloten opname-dienst. **(AV)**
- Sinds 2012 komt de ombudsman ook op de kinder- en jongerenafdelingen. Ook al is de bevoegdheid van een ombudspersoon hier niet altijd even duidelijk (inschatten van de beslissingsbekwaamheid van de patiënten), toch werden al enkele klachten gemeld en ging de ombudspersoon er verder mee aan de slag. **(AV)**
- De folders over de externe ombudsfunctie zijn niet aangepast aan een minderjarig publiek en hun ouders. Ook de standaard visietekst en de gedragscode van de externe ombudsfunctie zijn niet aangepast aan de patiëntenpopulatie in De Kaap en De Branding (bv. m.b.t. het indienen van klachten door derden, zoals ouders). Mutatis mutandis geldt hetzelfde voor wilsonbekwame patiënten, zoals sommige patiënten op De Meander (mensen met een verstandelijke beperking) en Jericho (ouderen). **(TK)**

- De interne klachtenprocedure “klachtenbehandeling van patiënten / bewoners” werd in november 2014 aangepast. De externe ombudsman werd hierbij betrokken. **(AV)** Het stroomschema in de procedure kan de suggestie wekken dat klachten alleen door hetzij de directie, hetzij de medewerkers op de afdeling, hetzij door de ombudspersoon kunnen behandeld worden en dat er geen andere mogelijkheden zijn. We stellen voor externe verwijsmogelijkheden op te nemen in dit schema. **(Aanb)**
- Jaarlijks wordt door de ombudspersoon een verslag opgemaakt, met een geanoniseerd overzicht van het aantal klachten, het voorwerp van de klachten, het eventuele resultaat, en aanbevelingen ter voorkoming van de herhaling van bepaalde klachten. De ombudspersoon is op de hoogte van de aanbevelingen die effectief worden opgevolgd (bv. het betrekken van (ex-)patiënten bij het beleid rond vrijheidsbeperkende maatregelen). **(AV)**
- Op basis van de klachten en ontevredenheden die behandeld worden door de medewerkers en directie worden enkel op individueel niveau (verbeter)acties ondernomen. 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 patiëntenbevragingen kunnen het verbeterbeleid naar een hoger en alomvattend niveau tillen. **(Aanb)**
- De (sterke toename (+27 % in één jaar) van) gedwongen opnames zijn ook voor de ombudspersoon een belangrijk aandachtspunt. Er wordt gestreefd naar het werken met crisiskaarten bij personen die al gedwongen werden opgenomen, zodat zij op voorhand een aantal wensen kunnen kenbaar maken voor het geval zij weer in een gelijkaardige situatie terecht komen. **(SP)**
- De resultaten van de patiëntenbevragingen worden doorgegeven aan de ombudspersoon. **(AV)**
- Op sommige afdelingen worden patiëntenraden 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)**
- Er blijken mogelijkheden te zijn om – mits gegronde redenen en na gesprek – te veranderen van psychiater of huisarts, maar dit staat nergens uitgeschreven. We bevelen aan het beleid hierrond te expliciteren en wanneer nodig ook toe te passen. **(Aanb)**

8 RESULTATEN

8.1 TOEGANKELIJKHEID

- Er zijn gedetailleerde cijfers beschikbaar over de opname-aanvragen. Deze worden jaarlijks geanalyseerd. **(SP)** In 2013 waren er 1.137 opname-aanvragen (exclusief interne mutaties, gedwongen opnames, aanvragen vanuit de gevangenis en aanvragen voor De Meander die via de partnerafdeling in PC Dr. Guislain gebeurden). 640 daarvan kregen een positief antwoord, maar uiteindelijk resulteerden deze aanvragen slechts in 382 opnames (al vonden die soms pas in 2014 plaats).
Vooral De Kaap krijgt heel veel opname-aanvragen (444, zijnde 39 % van het totaal). 249 van deze aanvragen resulteerden in een negatief antwoord, en slechts 89 van de 444 aanvragen leidden tot een opname (in 106 gevallen was het antwoord wel positief, maar vond er uiteindelijk toch geen opname plaats).
Ook Sint-Elisabeth 1 (260 aanvragen, 83 niet toegestaan, 114 effectieve opnames) en Sint-Elisabeth 2 (152 aanvragen, 47 niet toegestaan, 60 opnames) krijgen veel aanvragen, waarvan slechts de helft tot een opname leidt.
Verder valt ook nog op dat De Meander veel aanvragen krijgt die niet worden toegestaan (68 weigeringen op 108 aanvragen). **(AV)**
- PC Caritas neemt verschillende initiatieven om de beeldvorming over geestelijke gezondheid (szorg) bij te sturen, om taboes te doorbreken en/of om de grenzen tussen het centrum en de rest van de maatschappij te overbruggen. **(SP)** Enkele voorbeelden in dat verband:
 - Jaarlijks wordt op het domein een gratis “Vlaamse kermis” georganiseerd voor medewerkers, patiënten, vrienden en kennissen, met optredens van tal van artiesten.
 - In 2001 werd een zijvleugel van de kapel omgebouwd tot een tentoonstellingsruimte (Transept). Werken uit de creatieve ateliers van PC Caritas (gemaakt tussen 1960 en nu) worden er getoond, maar er worden ook tentoonstellingen georganiseerd met werk van externe kunstenaars of van personeelsleden. De ruimte is ook bruikbaar voor kleine concerten, lezingen of voordrachten.
 - Het door afdeling De Klimop uitgewerkte “Voedselbos” wordt onderdeel van een fietsroute die wordt uitgestippeld door de Erfgoedcel Viersprong Land Van Rhode. Er komt een educatief bord met informatie over hoe vroeger veel van het voedsel dat door het psychiatrisch centrum werd verbruikt zelf werd verbouwd.

8.2 TEVREDENHEID PATIËNTEN EN MEDEWERKERS

Tevredenheid patiënten

- Sinds 2009 wordt op de opnameafdelingen (Sint-Elisabeth 1 en 2, Dageraad, De Kaap, Jericho) een tevredenheidsenquête afgenomen bij elke patiënt (die na een minimumverblijf van 7 dagen op de betreffende afdeling met definitief ontslag gaat of definitief muteert naar een andere afdeling). Voor De Kaap is er een aangepaste (kind)versie.
In 2013 waren er 251 bruikbare vragenlijsten. De resultaten worden halfjaarlijks teruggekoppeld en jaarlijks uitgebreid geanalyseerd door de manager kwaliteitszorg en databeheer. Hij rapporteert de relevante resultaten aan de betrokken beleidsteams, aan de disciplinecoördinatoren, aan de diensthoofden van de ondersteunende diensten en aan de directie.
De directie en de beleidsteams analyseren de resultaten en starten verbeteracties voor de items waarop geen 75 % tevredenheid gehaald wordt.

Op de verblijfsafdelingen (Vlonder, De Getijden, Klimop; niet op De Meander) wordt naar de tevredenheid gepeild via de ROPI (De Klimop) of met een eigen vragenlijst. Deze wordt tweejaarlijks gedurende 1 week afgenomen van alle aanwezige patiënten die daartoe in staat zijn en bereid zijn tot afname. **(AV)**

Er is ook een specifieke meting bij de overgang van de opname- naar de verblijfsafdeling binnen het zorgtraject psychozorg, om na te gaan hoe de patiënt deze overgang beleeft. **(SP)**

- Op sommige afdelingen werden subgroepjes opgestart om de resultaten van de tevredenheidsmeting te verhelderen. **(SP)**
- Er konden verschillende verbeteracties worden aangetoond op basis van de resultaten van de tevredenheidsenquêtes, zowel op ziekenhuis- als op afdelingsniveau (bv. aanpassing van de maaltijdistributie; gerichtere financiële informatie bij intake en geluidsisolatie van de onthaalruimte op afdeling De Getijden, informatie uit de ROPI die als input voor het beleidsplan van De Klimop wordt gebruikt). **(AV)**
- Er kon geen significant verschil gevonden worden in de resultaten van de tevredenheidsmeting bij vrijwillig en gedwongen opgenomen patiënten. **(AV)**

Tevredenheid medewerkers

- Na eerder thematische bevestigingen in de voorgaande jaren, werd in 2014 opnieuw geopteerd voor een ziekenhuisbrede medewerkerstevredenheidsbevestiging, en dit via een externe partner (BING Research). De afname van de vragenlijsten gebeurde in april 2014 (met een hoge participatiegraad: 85 %), gevolgd door de resultaatvoorstelling en actieplanning vanaf juni 2014. **(AV)**
- Samenvattend waren de belangrijkste knelpunten die naar voren kwamen: **(AV)**
 - onduidelijkheid over “wie is wie?” (organogram, taakinvulling, mandaat)
 - ontevredenheid over de beschikbare middelen / bestellingen
 - vraag naar duidelijkheid inzake communicatie en communicatiestructuren.
- De resultaten van de medewerkerstevredenheidsmeting werden uitgebreid geanalyseerd en teruggekoppeld:
 - er was een presentatie voor leidinggevenden, en er is voor hen ook een samenvatting beschikbaar op het intranet;
 - per afdeling en per dienst werd een afzonderlijk rapport met de belangrijkste werkpunten bezorgd;
 - de belangrijkste resultaten werden per afdeling voorgesteld op de personeelsvergadering;
 - leidinggevenden kregen ook individuele feedback.

Afdelingsoverschrijdende aspecten worden aangepakt door de directie, en maken deel uit van het ziekenhuisbeleidsplan; de beleidsteams dienen acties rond afdelingsspecifieke werkpunten op te nemen in hun beleidsplan.

De medewerkerstevredenheidsbevestiging “leeft” sterk binnen de organisatie; de analyses zijn grondig en gediversifieerd, en remediërende acties worden voorbereid. **(AV)**

- Ook de voorbije jaren nam het ziekenhuis initiatieven om naar de tevredenheid van medewerkers te peilen en zo nodig bijsturende acties te ondernemen. Bv.: **(AV)**
 - Via focusgroepen werd gepeild naar verbeterbehoeften bij medewerkers; dit resulteerde in een groot verbeterproject om de leidinggevenden te ondersteunen bij de kanteling van de organisatie. Verschillende verbeteracties (bv. actuele functieprofielen, engagementsverklaring leiderschap, teamleerbox, functioneringsgesprekken, ...) resulteerden in duidelijk verminderde verbeterbehoeften bij de eindmeting.

- In 2012 werd het proces van functioneringsgesprekken tussen directie en leidinggevenden herwerkt, en later ook voor alle medewerkers. Ook de systematiek van evaluatie-, correctie-, exit- en ontslaggesprekken met medewerkers werd geactualiseerd; deze gesprekken zijn nu structureel ingebed en vormen een bron van informatie inzake medewerkerstevredenheid en verbetermogelijkheden.
- Medewerkers worden tijdens de herhalingsessies PTV bevraagd over hun veiligheidsgevoel. Dit veiligheidsgevoel is de voorbije jaren gestegen tot 85%, onder meer door het implementeren van een nieuw kameroproepsysteem en een noodoproepsysteem gekoppeld aan GSM, door het verhogen van de back-up naar vier personen bij noodoproepen, ...

8.3 PATIËNT-/FAMILIEGEORIËNTEERDE ZORG

- Men schenkt in PC Caritas veel aandacht aan een correcte bejegening van patiënten, en aan het betrekken van patiënten bij het (afdelings)beleid: **(SP)**
 - Op veel afdelingen kon vastgesteld worden dat men sterk rekening probeert te houden met de context (familie, wensen patiënt, omgeving patiënt, voorgeschiedenis, ...).
 - Op sommige afdelingen (bv. Dageraad) wordt de patiënt soms uitgenodigd op een mini-team om zijn behandelplan te bespreken.
 - Op de meeste afdelingen is er een vorm van patiëntenraad, waarbij afspraken, ideeën en onvrede bespreekbaar worden gesteld. Er werden diverse voorbeelden gezien van aanpassingen die op basis hiervan werden doorgevoerd (bv. bijsturen van afdelingsregels, uitbreiden van therapieprogramma en meer leefgroepoverstijgende activiteiten op De Kaap).
 - Na een afzondering wordt de patiënt op gestructureerde wijze bevraagd over de beleving van de afzondering.
 - Op vraag van patiënten wordt gestart met een duo-slot op de crisisafdeling, waarbij de patiënt een sleutel van de kamer krijgt maar met de mogelijkheid om de deur steeds langs buiten te kunnen openen.
 - Patiënten krijgen een individuele begeleider die fungeert als vast aanspreekpunt.
 - Ex-patiënten worden uitgenodigd om voor patiënten te komen getuigen over hun opname.
 - Op de jongerenafdelingen heeft iedereen zicht op het eigen dagprogramma. Daarnaast schrijven jongeren hun eigen werkpunten uit en delen die in de leefruimte met de andere jongeren in hun leefgroep. Voor de jongsten gebeurt dit op aangepaste wijze (pictogrammen).
 - In samenwerking met een CGG wordt een crisiskaart geëvalueerd.
 - Patiënten kregen inbreng bij de uitwerking van het masterplan voor de campus.
 - Bij het uitwerken van een visie rond vrijheidsbeperkende maatregelen en bij het zoeken naar nieuwe mogelijkheden in dat verband (o.m. in het kader van het nieuwe masterplan) wordt actief gezocht naar mogelijkheden om ervaringsdeskundigen te betrekken.
 - In het beleidsplan is voorzien om een werkgroep patiëntenparticipatie en ervaringsdeskundigheid op te richten, die een visie en nieuwe voorstellen moet uitwerken.

We bevelen aan om patiënten ook rechtstreeks bij beleidsstructuren te betrekken (bv. inzake patiëntveiligheid). **(Aanb)**

- Er zijn in PC Caritas een aantal voorbeelden van familie- en contextgeoriënteerde zorg:
 - Verschillende afdelingen voorzien psycho-educatie voor familieleden. **(AV)**
 - Op enkele afdelingen wordt de familie systematisch uitgenodigd in bepaalde fases van de behandeling (bv. bij het begin van een opname of na een observatieperiode, bij ontslag). Op JOVO gebeurt dit driewekelijks. **(AV)**

- Op De Kaap en De Branding wordt de familie steeds zoveel mogelijk betrokken, ook al is dit soms moeilijk. Er zijn op De Kaap systematisch gezinsgesprekken op vrijdag, wanneer de ouders hun kind komen halen. **(SP)** In het begin van de opnameperiode is er ook systematisch een “contextgesprek”. **(AV)** We bevelen aan dergelijk gesprek ook aan het einde van de opname systematisch te voorzien. **(Aanb)**
- Ook op afdeling Dageraad wordt de familie bij opname gezien door de arts en door de therapeutisch verantwoordelijke. De behandeling, de werking van de afdeling en de methodiek van de therapie met de verschillende fasen wordt uitgelegd. Er wordt gepeild naar individuele behandelindicaties, er is een programma rond psycho-educatie en er zijn individuele gesprekken van de therapeutisch verantwoordelijke met alle gezinsleden. Er is een procedure uitgewerkt rond KOPP-werking en er wordt met alle kinderen van patiënten gepraat. **(SP)**

Toch denken we dat het betrekken van familie nog meer en systematischer aandacht kan krijgen. We denken bv. aan het systematisch expliciteren en evalueren van het aanbod van elke afdeling voor familie en context, het periodiek bevragen van de tevredenheid bij familie en het op basis hiervan bijsturen van de werking terzake, zoals dat ook met patiënten- en medewerkersbevragingen gebeurt. **(Aanb)**

8.4 SAMENWERKING

- PC Caritas vervult zijn rol op het vlak van de vermaatschappelijking van de psychiatrische zorg. Vanuit de verschillende afdelingen wordt intensief samengewerkt en expertise gedeeld met partnerorganisaties en andere ziekenhuizen. **(SP)** Enkele voorbeelden in dit verband:
 - Crisis kwadraat (C²), een crisisinterventieverleg tussen de verschillende ziekenhuizen in de buurt.
 - Gemeenschappelijke intake en andere vormen van samenwerking met PC Dr. Guislain rond de behandeling van mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problemen, onder meer via de mobiele interventiecel (MIC);
 - PC Caritas speelt een belangrijke rol in het artikel 107-project Gent – Eeklo – Vlaamse Ardennen (huisvesting van één van de 2B-teams, mede-exploitatie van het recent opgerichte psycho-sociaal revalidatiecentrum Mirabello in Gent, opstart van campuswonen De Schorre, samenwerking met sociale huisvestingsmaatschappijen voor het creëren van woongelegenheden in de buurt, ...);
 - Er worden nog andere samenwerkingen verkend, bv. met de nabijgelegen VAPH-voorziening De Heide.
- PC Caritas neemt deel aan de wachtdienstregeling gedwongen opname in het Gentse. In deze regeling staan de betrokken ziekenhuizen (verder ook PC Dr. Guislain, PC Sint-Jan-Baptist, PC Sint-Camillus en PC Gent-Sleidinge) afwisselend een halve week in voor de opvang van gedwongen opnames (wisseling van de wacht op dinsdag- en vrijdagavond om 17u). In de praktijk betekent dit dat Sint-Elisabeth 2 om de 2,5 weken een halve week van wacht is. In dat geval dient de afdeling steeds vijf a zes bedden vrij te houden. **(AV)**
- Er is een nauwe samenwerking en regelmatig overleg met de lokale politiezone. Sinds eind 2013 worden de interventies op het vlak van ontvluchting, agressie en diefstal beter op elkaar afgesteld. PC Caritas geeft ook vorming aan politiemensen rond het omgaan met psychiatrische patiënten. **(SP)**

8.5 CIJFERGEGEVENS

- In 2013 vonden 666 opnames plaats (van in totaal 590 patiënten), waarvan 382 eerste opnames (57 %). Meer dan de helft van de opgenomen patiënten (57 %) waren vrouwen. 167 patiënten waren jonger dan 19 jaar; 45 % daarvan waren meisjes.
- 31 % van de opnames eindigde binnen de maand, 58 % binnen de drie maanden.
- Er werden 80.719 ligdagen gerealiseerd, waarvan 15.459 in partiële hospitalisatie. De bezettingsgraad was 85,55 % voor de volledige hospitalisatie en 64,17 % voor de partiële, wat resulteert in een totale bezettingsgraad van 80,42 %.
- Er werden 191 ontvluchtingen geregistreerd, waarvan 137 door meerderjarigen. Alle ontvluchte patiënten kwamen terug.
- In 2014 waren er geen natuurlijke overlijdens; er waren wel 2 suicides en 42 geregistreerde pogingen.
- In 2014 waren er 123 gedwongen opnames.
- In 2014 vonden 2 ECT-behandelingen plaats, die werden uitgevoerd in het UZ Gent.