

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	PZ Sint-Hiëronymus
Adres	Dalstraat 84, 9100 Sint-Niklaas
Telefoon	03 776 00 41
Fax	03 776 44 99
E-mail	post@hieronymus.be
Erkenningsnummer	E 918

INRICHTENDE MACHT

Naam	PC Sint-Hiëronymus
Juridische vorm	vzw
Adres	Dalstraat 84, 9100 Sint-Niklaas
Telefoon	03 776 00 41
Fax	03 776 44 99
E-mail	post@hieronymus.be

UITBATINGSPLAATS

Naam	PZ Sint-Hiëronymus
Adres	Dalstraat 84, 9100 Sint-Niklaas

OPDRACHT

Numer	O-2016-MAPU-0523
Datum	12/07/2016
Inspecteurs	Kurt Lievens (hoofdauditor) Anja Claeys (auditor) Veerle Meeus (auditor) Veerle De Waele (observator)

VERSLAG

Numer	V-2016-KULI-0008
Datum	03/10/2016

INSPECTIEBEZOEK

Soort	Aangekondigd bezoek op 23/09/2016 en op 29/09/2016
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	6
2	Situering van de voorziening	7
2.1	Organisatiestructuur	7
2.2	Directie	7
2.3	Arts - diensthoofd per dienst	7
2.4	Gemachtigde artsen voor toezicht op gedwongen opname	8
2.5	Erkenningssituatie	8
2.6	Historische en geografische situering	8
3	Leiderschap	10
3.1	Beleidsorganen	10
3.2	Organisatiestructuur	13
4	Beleid en strategie	14
4.1	Beleid	14
4.2	Lerende omgeving	20
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)	29
6.3	Vrijwilligers	29
6.4	Bestaffing	30
7	Processen	31
7.1	Organisatie van zorg	31
7.2	Procedurebeheer	32
7.3	Medicatie distributie	33
7.4	Agressiebeleid en vrijheidsbeperkende maatregelen	37
7.5	Suicidebeleid	40
7.6	Patientenrechten, ombudsfunctie en klachtenmanagement	42
8	Resultaten	45
8.1	Toegankelijkheid	45
8.2	Tevredenheid patiënten en medewerkers	46
8.3	Patiënt- en familiegeoriënteerde zorg	48
8.4	Continuïteit van zorg	51

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.

Gezien de beperkte omvang van deze reactienota werd er in wederzijds overleg voor geopteerd om geen gebruik te maken van de mogelijkheid tot een slotbespreking. De opmerkingen van het ziekenhuis werden verwerkt in de definitieve versie van dit verslag.

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 andere PZ 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 andere PZ 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 <https://www.zorg-en-gezondheid.be/referentiekader-voor-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 zelfevaluatie-instrumenten die door Zorginspectie werden ontwikkeld. Het ziekenhuis heeft zelfevaluaties gemaakt voor volgende thema's: algemeen beleid, medisch beleid, therapeutisch beleid, personeelsbeleid, kwaliteit, vrijheidsbeperkende maatregelen, agressie- en suïcidebeleid, 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 beleids- 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, van de website van het ziekenhuis, ...

Er werden 26 uren interview en rondgang georganiseerd. Daarbij waren er gesprekken met 4 directieleden (waaronder de hoofddarts), 2 andere artsen, 1 stafmedewerker, 9 verpleegkundigen waarvan 6 hoofdverpleegkundigen, 2 apothekers, een vrijwilliger/ervaringsdeskundige, een psychologe, een ergotherapeute en de externe ombudspersoon.

Volgende afdelingen werden tijdens de audit bezocht:

Portato	Da Capo	A tempo
Largo	Moderato	Legato

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 Claeyns	Auditor
Veerle Meeus	Auditor
Veerle De Waele	Observator

1.4 AUDITPLAN

VRIJDAG 23 SEPTEMBER 2016			
	Kurt Lievens	Anja Claeys	Veerle Meeus (observator: Veerle De Waele)
9u – 10u	Voorstelling door het auditteam (15') en voorstelling door het ziekenhuis (45')		
10u – 11u	Afdelingsbezoek	Ombudsfunctie en patiëntenrechten	Afdelingsbezoeken i.f.v. vrijheidsbeperkende maatregelen, suïcidebeleid en agressiebeleid
11u – 12u		Medicatiebeleid	
12u – 13u	Middagmaal + overleg auditoren (auditoren alleen)		
13u – 15u	Kwaliteitsbeleid + resultaten van klanten en medewerkers	Afdelingsbezoek	Vrijheidsbeperkende maatregelen, suïcidebeleid, agressiebeleid

DONDERDAG 29 SEPTEMBER 2016			
	Kurt Lievens	Anja Claeys (observator: Veerle De Waele)	Veerle Meeus
9u – 10u	Therapeutisch beleid	Medisch beleid	Afdelingsbezoek
10u – 11u		Afdelingsbezoeken i.f.v. medicatiebeleid	
11u – 13u	Algemeen beleid	Afdelingsbezoek	Personeelsbeleid
13u – 14u30	Middagmaal + overleg auditoren (auditoren alleen)		
14u30 – 15u30	Afrondend gesprek (met algemeen directeur, hoofdarts, verpleegkundig directeur en therapeutisch directeur)		

2 SITUERING VAN DE VOORZIENING

2.1 ORGANISATIESTRUCTUUR

PC Sint-Hiëronymus bestaat uit het PZ Sint-Hiëronymus, PVT Het Hooghuis, twee mobiele teams langdurige zorg (in Sint-Niklaas en Dendermonde), een uitgebreid aanbod inzake arbeidszorg en activering (De Witte Hoeve in Belsele en De Loft in Dendermonde) en het ontmoetingshuis ZigZag.

Beschut Wonen Pro Mente Sint-Niklaas en Pro Mente Dendermonde zijn formeel niet in het organogram opgenomen, maar maken in de praktijk ook deel uit van de organisatie.

2.2 DIRECTIE

Algemeen directeur	Stefaan Baeten
Verpleegkundig directeur	Dirk De Lille
Therapeutisch directeur	Kim Steeman
Hoofddarts	Dr. Stephan De Bruyne

Het directiecomité (DC) van PC Sint-Hiëronymus bestaat – naast deze directieleden – ook uit:

Voorzitter medische raad	Dr. Jeroen Kleinen
Coördinator activering	Alda Verbeek
Coördinator BW Pro Mente	Peter Van Stappen
Hoofd facilitair departement	Werner Van Poecke
Communicatieverantwoordelijke	Katlijne Hanssens
Continuïteitsmanager / diensthooft sociale dienst	Krist Goyvaerts

2.3 ARTS - DIENSTHOOFD PER DIENST

PZ Sint-Hiëronymus werkt niet met medische diensthooften volgens kenletter. Het zorgaanbod is georganiseerd aan de hand van zorgprogramma's per doelgroep, telkens aangeboden vanuit één of twee afdelingen.

Zorgprogramma	Afdelingen	Artsen
Verslavingsstoornissen	Da Capo en Moderato	Dr. Brigitte Serbruyns en Dr. Machteld Claes
Persoonlijkheidsstoornissen	Da Capo en Moderato	Dr. Brigitte Serbruyns en Dr. Machteld Claes
Psychotische kwetsbaarheid	Legato en Largo ACT	Dr. Stephan De Bruyne Dr. Jeroen Kleinen Dr. Catherine Vanderhenst
Ernstige en langdurige zorg	Largo en Portato	Dr. Catherine Vanderhenst
Psycho-organische stoornissen	A Tempo	Dr. Jeroen Kleinen

2.4 GEMACHTIGDE ARTSEN VOOR TOEZICHT OP GEDWONGEN OPNAME

Dr. Stephan De Bruyne, Dr. Jeroen Kleinen, Dr. Brigitte Serbruyns en Dr. Machteld Claes.

2.5 ERKENNINGSSITUATIE

- Momenteel heeft het ziekenhuis vanuit de Vlaamse overheid een erkenning voor:

A	a(d)	a(n)	T	t(d)	t(n)	Tg	totaal
30	25	5	100	25	5	30	220

+ functie ziekenhuisapotheek.

- In het kader van het plaatselijke project “Artikel 107” (Netwerk GG Aalst-Dendermonde-Sint-Niklaas), dat pas sinds 1/1/2016 een projectsubsidie ontvangt, worden gaandeweg 25 T-bedden (inbegrepen in bovenstaande cijfers) gedeactiveerd: 10 in 2016 (deze deactivering werd voltooid tijdens de audit), 10 in 2017 en 5 in 2018.
- Daarnaast worden ook nog een aantal plaatsen uitgebaat in het kader van de Vlaamse “Proeftuinen woonzorg” (aangevraagd vanuit het Netwerk GG ADS):
 - Het Korsakovhuis (“de Studio’s”), dat voor vier bewoners een brug wil vormen tussen opname en een terugkeer naar wooncontext; het gebouw bevindt zich op de rand van het ziekenhuisdomein.
 - Het project “Kortverblijf” wil mensen maximaal 3 maanden per jaar een veilige woonomgeving bieden op vraag van de patiënt of zijn mantelzorgers, om de context tijdelijk te ontlasten. Dit project sluit evenwel vooral aan bij beschut wonen en PVT, niet zozeer bij de ziekenhuiswerking.
- Het ziekenhuis heeft een machtiging voor gedwongen opname.

2.6 HISTORISCHE EN GEOGRAFISCHE SITUERING

2.6.1 Historische situering

- Het ziekenhuis werd geopend in 1852, met een capaciteit van 100 psychiatrische patiënten. In die tijd lag het ziekenhuis aan de rand van de stad.
In 1907 volgde een erkenning door de overheid als “krankzinnigengesticht” voor 450 mannen.
Tot 1925 verbleven er gemiddeld 450 patiënten. Tussen 1925 en 1935 steeg het aantal patiënten tot 650; tussen 1935 en 1964 varieerde de bezetting tussen 625 en 660 patiënten.
- Tussen 1964 en 1974 werden via vrijwillige reconversie 100 bedden afgebouwd. De ontwikkeling en de uitbouw van de daghospitalisatie versnelden deze afbouw van bedden: tegen 1984 bleven er nog 382 over.

Bij de grote GGZ-hervormingen van 1990 werden BW Pro Mente en het PVT opgericht, en werd het aantal bedden verder afgebouwd.

- Voor een uitgebreidere beschrijving van de historiek verwijzen we naar de website van PC Sint-Hiëronymus: <http://www.hieronymus.be/over-sint-hieronymus/historiek/>

2.6.2 Geografische situering

- Sint-Niklaas is de hoofdstad van het Waasland. Dat omvat het noord-oosten van de provincie Oost-Vlaanderen en het gebied van de provincie Antwerpen op de linker Schelde-oever. In het noorden wordt het Waasland afgebakend door de Nederlandse grens.
- In Sint-Niklaas is het aanbod inzake residentiële GGZ van oudsher behoorlijk uitgebreid, met twee psychiatrische ziekenhuizen (oorspronkelijk één voor mannen – PZ Sint-Hiëronymus – en één voor vrouwen – APZ Sint-Lucia) en daarnaast ook een PAAZ en een K-dienst in AZ Nikolaas. Er is ook een groot aantal plaatsen beschut wonen in Sint-Niklaas en omgeving. Dit aanbod moet ook wel de omliggende gemeentes (Stekene, Sint-Gillis-Waas, Beveren, Kruibeke, Temse, Waasmunster, Lokeren) en verder ook Zele, Hamme en Dendermonde (waar weliswaar ook een PAAZ en een BW actief zijn) bedienen. In het werkgebied zijn ook twee CGG actief: CGG Waas en Dender (met twee vestigingen in Sint-Niklaas, één in Lokeren en één in Dendermonde) en CGG De Drie Stromen (met vestigingen in Dendermonde, Lokeren en Wetteren).
- In het kader van de hervorming van de GGZ (artikel 107) maakt PC Sint-Hiëronymus deel uit van het Netwerk GG Aalst-Dendermonde-Sint-Niklaas. Dit project kan pas sinds 2016 van een projectsubsidie genieten. Na uitgebreid overleg met de actoren van het PAKT (Gent – Meetjesland – Zuid-Oost-Vlaanderen) is een verdeling van het werkgebied afgesproken, waarbij het Netwerk GG ADS een gebied bedient dat grofweg overeenkomt met de oostelijke helft van de provincie Oost-Vlaanderen en iets minder dan 600.000 inwoners telt.

3 LEIDERSCHAP

3.1 BELEIDSORGANEN

Ziekenhuisoverstijgend

- PC Sint-Hiëronymus is een partnerorganisatie van het Netwerk Hiëronymus vzw. Deze netwerk-vzw is de schakel tussen de Stichting Hiëronymus (stichting van openbaar nut) en de Stichting Broeders Hiëronymieten (private stichting) enerzijds en de partnerorganisaties van de groep anderzijds (met als directe partners – naast het PC Sint-Hiëronymus – ook PC Gent-Sleidinge, Emiliani Lokeren (VAPH) en de Broederscholen Hiëronymus in Sint-Niklaas, Lokeren en Stekene, en met als indirecte partners BW Pro Mente Sint-Niklaas en Dendermonde, Delta Wonen en BW Domos). **(AV)**
- De vzw Netwerk Hiëronymus (tot 2010 “Dibrosi”) speelt vooral een faciliterende rol t.a.v. de partnerorganisaties, o.a. op het vlak van patrimoniumbeheer, ICT-beheer, financieel beheer en algemene organisatie.
De Stichting Hiëronymus stelt het patrimonium ter beschikking aan het PZ onder de voorwaarden van erfpacht. **(AV)**
- Zowel het Netwerk als het PC Sint-Hiëronymus hebben een eigen Algemene Vergadering en een eigen Raad van Bestuur (RvB), zodat het ziekenhuis toch een duidelijk eigen bestuur en management heeft. Beide RvB vergaderen minstens zes maal per jaar. Voor beide vzw’s zijn delegaties wederzijds aanwezig op de vergaderingen van de RvB en de Algemene Vergadering. Beide besturen kunnen ook afzonderlijke of gezamenlijke comités inrichten om bepaalde thema's voor te bereiden of uit te diepen. Hierdoor verzekert men, naast vertrouwen en transparantie, ook een goede afstemming en communicatie, wat niet onbelangrijk is voor dergelijk uitgebreid samenwerkingsverband. **(SP)**
- Sinds kort hebben de Raden van Bestuur van PC Sint-Hiëronymus en PC Gent-Sleidinge een identieke samenstelling, al blijven ze als aparte organen (die aaneensluitend vergaderen) functioneren. **(AV)**

Bestuur van het ziekenhuis en overleg bestuur – directie/artsen

- De Raad van Bestuur komt tweemaandelijks bijeen en verenigt expertise op diverse terreinen. **(AV)**
Met slechts 2 vrouwelijke leden op een totaal van 12 beantwoordt de samenstelling van de Raad van Bestuur niet aan wat anno 2016 verwacht wordt op het vlak van geslachtelijk evenwicht. **(Aanb)**
- Ter voorbereiding van de vergaderingen ontvangen de bestuurders uitgebreide documentatie vanuit de directie. De financiële topics worden extra voorbereid door een kerngroep financiën, voorafgaand aan de bestuursvergadering. **(SP)**
De verslagen van de RvB geven blijk van professioneel management, met nadruk op strategische, financiële en logistieke-bouwtechnische aspecten. **(AV)** Daarnaast worden af en toe ook cijfers m.b.t. de inhoudelijke werking besproken, maar we bevelen aan dat de Raad van Bestuur meer invulling geeft aan zijn verantwoordelijkheid inzake kwaliteit van zorg, en in dat verband nauwer en systematischer de uitvoering van het strategisch en kwaliteitsbeleid opvolgt. **(Aanb)**

- Er is geen formele overlegstructuur tussen Raad van Bestuur en directie. De communicatie wordt hoofdzakelijk via twee wegen verzekerd: **(AV)**
 - De algemeen directeur en de hoofdarts wonen de vergaderingen van de RvB bij, net als de coördinerend directeur van het Netwerk Hiëronymus vzw.
 - Er is een maandelijks overleg (zonder verslag) tussen de voorzitter en de algemeen directeur.

Operationeel en zorginhoudelijk niveau

- Het **directiecomité** is zeer uitgebreid (zie 2.2) en vergadert wekelijks gedurende 1,5 uur. Met de uitgebreide samenstelling wil de directie:
 - afstemming tussen het algemeen en medisch beleid bevorderen (door naast de hoofdarts ook de voorzitter van de medische raad op te nemen in het DC);
 - een vertegenwoordiging verzekeren van de 5 functies die voorzien zijn in de nieuwe organisatie van de GGZ;
 - optimale betrokkenheid creëren van alle geledingen met het oog op de talrijke veranderingen die in en rond het psychiatrisch centrum plaats vinden. **(AV)**
- Daarnaast is er ook een **managementteam** dat wekelijks gedurende 1u15 samenkomt. Het bestaat uit de algemeen directeur, de therapeutisch directeur, de verpleegkundig directeur, het hoofd van het facilitair departement en de communicatieverantwoordelijke. Het managementteam behandelt vooral praktische zaken, die niet met het volledige directiecomité moeten besproken worden.

Grote logistiek-infrastructurele projecten worden opgevolgd in een maandelijks **Overleg Logistiek en Infrastructuur** (OLI), dat bestaat uit de algemeen, therapeutisch en verpleegkundig directeur en uit het hoofd van het facilitair departement, de interne preventie-adviseur en de technisch werkleider. **(AV)**
- Om de 2 à 3 maanden vergadert de “**Stuurgroep Kwaliteit en Patiëntveiligheid**”, die bestaat uit het directiecomité en de verantwoordelijke kwaliteit en patiëntveiligheid. Tussentijds vergadert de “**Kerngroep Kwaliteit en Patiëntveiligheid**” (zijnde de verpleegkundig directeur en de verantwoordelijke kwaliteit en patiëntveiligheid) maandelijks. **(AV)**
- Er is een hoogfrequent (wekelijks 1u45) **Human Resources Management overleg**. Dit bestaat uit de algemeen directeur, de therapeutisch en de verpleegkundig directeur, drie medewerkers van de personeelsdienst, het hoofd van het facilitair departement en de coördinator activering. **(AV)**
- Maandelijks komen de **hoofdverpleegkundigen en de verpleegkundig directeur** samen. **(AV)**
- Driemaandelijks vergadert het **directiecomité met de voltallige medische staf**. Maandelijks overleggen de **verpleegkundig en therapeutisch directeur ook met de medische staf**. Driemaandelijks komen de **verpleegkundig, medisch en therapeutisch directeur** apart bijeen. **(AV)**
- Vier à vijf keer per jaar vergadert het **Comité Ziekenhuishygiëne**; het **Medisch Farmaceutisch Comité** komt vijf à zes keer bijeen. **(AV)**

- We vermelden ook nog de **Ondernemingsraad** (10 keer per jaar), het **Comité voor Preventie en Bescherming op het werk** (10 keer per jaar), vergaderingen met de **syndicale delegatie** (4 keer per jaar) en de **werkgroep cao 104** (6 keer per jaar). **(AV)**
- Op zorginhoudelijk vlak is er een **triade-overleg per zorgprogramma**, telkens bestaande uit een arts, een psycholoog en een hoofdverpleegkundige. De frequentie van bijeenkomen varieert van zorgprogramma tot zorgprogramma. De triade is verantwoordelijk voor de uitbouw van het zorgprogramma voor de betreffende doelgroep. **(AV)**
- Vijf keer per jaar komt het **Overkoepelend Overleg Zorgprogramma's** (OOZ) bijeen, met als bedoeling de communicatie en de informatie-uitwisseling tussen de triades onderling, en tussen de triades en de directie te optimaliseren en het inhoudelijk aanbod onderling af te stemmen. Het overleg bestaat uit de algemeen, de therapeutisch en de verpleegkundig directeur, het hoofd van de sociale dienst, alle zorgprogrammaverantwoordelijken, de coördinator activering en de communicatieverantwoordelijke.
- Maandelijks is er een **Centrumbeleidsvergadering langdurige zorg** (bestaande uit de therapeutisch directeur, een vaktherapeut, een psycholoog, een hoofdverpleegkundige, een psychiater en de sociale dienst) en een analoge **Centrumbeleidsvergadering psychosezorg**. Het is niet duidelijk of dergelijke Centrumbeleidsvergadering ook bestaat voor de andere zorgprogramma's. Per zorgprogramma is er op regelmatige basis een **Zorggroepoverleg**. De samenstelling, frequentie en invulling hiervan verschilt bij de verschillende zorgprogramma's. **(AV)**
- Sommige afdelingen hebben ook nog een **afdelingsbeleidsvergadering**, al heeft die niet altijd expliciet die naam. **(AV)**
- Er is een maandelijks **psychologenoverleg**, een maandelijks **vaktherapeutenoverleg**, een maandelijks overleg van de **sociale dienst** en een trimestrieel **overleg met alle stafleden**, telkens in aanwezigheid van de therapeutisch directeur. **(AV)**
- Rond tal van inhoudelijke thema's zijn er ook nog stuur- en werkgroepen. We vermelden onder meer: **(AV)**
 - de stuurgroep Continuïteitsmanagement;
 - de stuurgroep Stroom;
 - de werkgroep Zingeving;
 - de werkgroep Ethiek;
 - de werkgroep Palliatief Support Team;
 - de werkgroep SWILL;
 - de werkgroep Familiewerking (zowel op ziekenhuisniveau als op de afdelingen) en een bijhorende Kerngroep;
 - de werkgroep Herstelgerichte zorg;
 - de werkgroep DDG (Dreigend Destructief Gedrag);
 - de werkgroep Kwaliteitszorg Vrijheidsbeperkende Maatregelen;

- de werkgroep KOPP (werking voor Kinderen en jongeren van Ouders met Psychische Problemen);
 - de werkgroep Suïcidepreventiebeleid;
 - de werkgroep Systematisch Rehabiliterend Handelen (SRH);
 - de werkgroep Ervaringsinzet en Participatie (WEP);
 - de werkgroep Referentiepersonen Herstel;
 - de werkgroep Therapieplanning;
 - de werkgroep Uitgerookt.
- Van een aantal overlegfora bestaat een fiche met omschrijving van de samenstelling, de doelstellingen, de vergaderfrequentie, het voorzitterschap, enz ... **(AV)**
We bevelen aan dit voor alle fora op te maken, en op die manier ook kritisch na te gaan waar efficiëntiewinsten kunnen gemaakt worden in de interne vergaderstructuur en –tijd, ten gunste van het directe contact tussen zorgverlener en patiënten. **(Aanb)**

3.2 ORGANISATIESTRUCTUUR

- In het organogram, waarin (zoals hoger beschreven) ook het PVT en arbeidszorg/activering zijn opgenomen, worden op ziekenhuisniveau (naast de apotheek) drie departementen onderscheiden: **(AV)**
 - het departement Administratie (o.l.v. de algemeen directeur);
 - het departement Patiëntenzorg, met daaronder
 - een verpleegkundig (sub)departement o.l.v. de verpleegkundig directeur;
 - een therapeutisch (sub)departement o.l.v. de therapeutisch directeur;
 - het departement Facilitaire diensten.
- Onder het therapeutisch (sub)departement vallen: **(AV)**
 - de psychologen (rechtstreeks aangestuurd door de therapeutisch directeur);
 - de sociale dienst (met een eigen diensthoofd);
 - de vaktherapeuten (met een eigen hoofd vanaf september 2016);
 - Zorg in de Samenleving (Zigzag).
- Dit alles valt onder algemene aansturing en verantwoordelijkheid van de algemeen directeur, die verder aan de Raad van Bestuur rapporteert, net als de medisch directeur, die op zijn beurt het medisch korps aanstuurt. **(AV)**
- Het departement Patiëntenzorg wordt beleidsmatig ondersteund door een aantal medewerkers: een verpleegkundig stafmedewerker (tevens verantwoordelijke kwaliteit en patiëntveiligheid, maar in die hoedanigheid in het organogram rechtstreeks onder de algemeen directeur gesitueerd), een stafmedewerker zingeving, een opnamecoördinator, een stafmedewerker herstelondersteunende zorg en nog twee stafondersteunende medewerkers.
De staf- en stafondersteunende medewerkers rapporteren zowel aan de verpleegkundig als therapeutisch directeur; in de praktijk worden zij vooral aangestuurd door één van beiden, afhankelijk van het thema waar ze rond werken. **(AV)**

4 BELEID EN STRATEGIE

4.1 BELEID

Algemeen en kwaliteitsbeleid

- Op het moment van de audit staat PC Sint-Hiëronymus aan het begin van een nieuwe beleidscyclus (2016-2020). De vorige liep van 2011 tot 2015. In tegenstelling tot bij de vorige twee cycli werden de missie en visie deze keer geactualiseerd. Op basis daarvan werden strategische doelstellingen opgesteld. **(AV)**
- Het psychiatrisch centrum geeft in zijn keuze van strategische doelstellingen blijk van een grote ambitie, van grote veranderbereidheid en van vooruitstrevende ideeën, wat onder meer blijkt uit: **(SP)**
 - Sterke inzet op vermaatschappelijking van de zorg, waarin een psychiatrisch ziekenhuis (slechts één van de partners is, en eerder een centrum van expertise dan het centrum van de geestelijke gezondheidszorg;
 - Focus op herstelondersteunende zorg, waarin cliënt en hulpverlener als gelijkwaardig worden beschouwd;
 - Inzet op het destigmatiseren van de geestelijke gezondheidszorg en haar cliënten;
 - Grote aandacht voor het creëren van een familievriendelijk klimaat en het betrekken van familie.
- Centraal in de missie, de visie en het geplande beleid is “partnerschap”: samengevat wil PC Sint-Hiëronymus een partner zijn in herstelgerichte zorg. Met “partners” wordt daarbij zowel verwezen naar de cliënt, zijn familie en naastbetrokkenen, ervaringsdeskundigen, medewerkers en vrijwilligers, het zorgnetwerk als de brede samenleving. **(AV)**
- Dit werd bij de voorbereiding van de beleidscyclus reeds in de praktijk gebracht: meer dan bij vorige cycli werd het strategisch beleidsplan 2016-2020 bottom-up en in dialoog met de verschillende geledingen van de organisatie uitgewerkt: **(AV)**
 - In een eerste “voorrunde” werd op een overleg van directie en alle leidinggevenden het aflopende beleidsplan besproken, evenals voorstellen voor het nieuwe beleidsplan.
 - Vervolgens werd door de leden van het directiecomité in de diverse formele overlegorganen feedback verzameld over het oude beleidsplan, evenals suggesties voor nieuwe doelstellingen.
 - Alle feedback en voorstellen werden door een uitgebreid directiecomité tijdens een driedaagse strategische planning vertaald naar een ontwerp van visie, missie en strategische doelstellingen.
 - Tijdens een opvolgingsdag en enkele vergaderingen van het directiecomité werd het ontwerp verder uitgewerkt tot een eerste ontwerp van beleidsplan.
 - Dit ontwerp werd voorgelegd aan alle leidinggevenden in een apart overlegmoment, en aangepast op basis van de daarbij geformuleerde opmerkingen.
 - Vervolgens werd een ziekenhuisbrede feedbackronde georganiseerd via “ronde tafels”. Elke ronde tafel bestond uit medewerkers van verschillende diensten en afdelingen, leden van de Werkgroep Ervaringsinzet en Participatie, en familieleden.

- De strategische doelstellingen zijn op het moment van de audit nog maar gedeeltelijk doorvertaald naar operationele doelstellingen en naar acties met bijhorende indicatoren en streefwaarden. **(TK)**
Dit maakt deel uit van de verdere planning:
 - Op basis van de feedback van de ronde tafels, en rekening houdend met de opmerkingen uit dit auditverslag, zal het strategisch beleidsplan gefinaliseerd worden in het najaar van 2016.
 - Vervolgens zal de finale versie worden voorgesteld aan de medewerkers. De verschillende operationele doelstellingen zullen eigenaars toegewezen krijgen (altijd een lid van het directiecomité, eventueel geflankeerd door een co-eigenaar), die vervolgens acties, een bijhorende timing alsook streefdoelen en indicatoren moeten uitwerken.

- Als managementmodel worden sinds enkele jaren Kwadrant en Balanced Score Card (BSC) gebruikt. Eind 2015 kregen de leden van het directiecomité een externe opleiding over het BSC-model, ter voorbereiding van het opmaken van het nieuwe beleidsplan 2016-2020. In het najaar van 2016 is hieruit ook opleiding gepland voor de afdelingshoofden, als onderdeel van de jaarlijkse driedaagse voor leidinggevendenden. **(AV)**

- Het ziekenhuisbeleid is op het moment van de audit nog onvoldoende doorvertaald naar departements-, zorgprogramma- en afdelingsniveau. **(TK)**
Dit staat nog gepland, maar sowieso dient het beleid in de verschillende zorgprogramma's en op de verschillende afdelingen meer dan vroeger in te haken op het ziekenhuisbrede beleid. Aan de triades van de zorgprogramma's en aan de afdelingen is de voorbije jaren een grote autonomie gegeven; deze manier van werken heeft ongetwijfeld een aantal belangrijke voordelen, maar een te ruime autonomie dreigt tot een gebrek aan coherentie in de beleidsvoering te leiden, en aldus tot een verlies aan efficiëntie en kwaliteit.
Er moet ook over gewaakt worden dat de leidinggevendenden op de afdelingen, evenals de artsen en de andere medewerkers, voldoende opleiding krijgen over de basisprincipes van een kwaliteits- en verbeterbeleid.

Tot op heden werken niet alle afdelingen met een beleidsplan, en de kwaliteit van de voorgelegde afdelingsbeleidsplannen is sterk wisselend. De meeste beleidsplannen zijn niet meer dan de opsomming van een aantal werkpunten, zonder bijhorende planning of concrete doelstellingen, laat staan evaluatiecriteria of streefwaarden. Er is vaak ook geen link tussen het afdelingsbeleid en het ziekenhuisbeleid. **(TK)**

- Het is de intentie van de directie om de nieuwe afdelingsbeleidsplannen inderdaad minder vrijblijvend te maken, en deze meer te laten inhaken op het ziekenhuisbrede beleid. Hierrond is opleiding voorzien voor de afdelingshoofden tijdens de driedaagse voor leidinggevendenden in het najaar van 2016. **(AV)**
We bevelen aan om ook na deze opleiding de nodige ondersteuning te voorzien bij het opmaken en opvolgen van de afdelingsbeleidsplannen, bv. door: **(Aanb)**
 - Het aanbieden (of opleggen) van een gestandaardiseerd sjabloon dat vertrekt van de ziekenhuisbrede doelstellingen, waaraan vervolgens concrete en SMART-geformuleerde operationele afdelingsdoelstellingen kunnen gekoppeld worden; dit maakt opvolging vanuit staf en directie

makkelijker en biedt als bijkomend voordeel dat de aggregatie op organisatieniveau vlot kan gebeuren.

Dit sluit niet uit dat aanvullend nog eigen afdelingsdoelstellingen kunnen geformuleerd worden, zodat de sterke dynamiek op afdelingsniveau niet verloren gaat en de (door de medewerkers sterk gewaardeerde) autonomie voor een groot stuk behouden blijft.

- Opvolging en periodieke evaluatie (bijvoorbeeld maar niet noodzakelijk in de vorm van jaarverslagen) van de voorbije werking te systematiseren en structureel in te bouwen, als basis voor eventuele bijsturing.

Het verzamelen, analyseren én duiden van de verzamelde gegevens is een noodzakelijke methode om mee de keuzes (objectiveren van knelpunten, bepalen van prioriteiten) te bepalen voor de volgende periode. In die zin is een nuttig periodiek verslag (in eender welke vorm) met evaluatie van de doelstellingen een noodzakelijk onderdeel van eender welke beleidscyclus.

- Ondersteuning vanuit de staf bij het concreet uitwerken, opvolgen, evalueren en bijsturen van het afdelingsbeleidsplan.

Het opmaken, opvolgen en bijsturen van beleidsplannen vereist bijzondere competenties. Het is belangrijk hierbij voldoende ondersteuning te bieden, niet alleen door de leidinggevenden op te leiden, maar ook hulp te bieden bij het analyseren van data, bij het uitwerken van PDCA-cirkels, enz...

Op die manier kan de sterk aanwezige verbeterbereidheid bij de medewerkers efficiënt en maximaal geoperationaliseerd worden.

Zoals we hieronder zullen argumenteren, valt ook te overwegen het uitwerken en uitvoeren van beleidsplannen eerder op zorgprogramma- dan op afdelingsniveau te laten gebeuren, evenwel mits aanpassing van de samenstelling en het mandaat van de triades.

- Het vorige beleidsplan (2011-2015) werd opgevolgd aan de hand van een strategiekaart (een visuele voorstelling van de verschillende factoren die bepalen of de doelstellingen bereikt worden), projectfiches en een opvolgtabel. Eén en ander werd ondersteund door het programma Bizscore (software gebaseerd op het BSC-model, die het mogelijk maakt om alle doelstellingen op te volgen, waarbij met dashboards wordt weergegeven of de beoogde resultaten al dan niet gehaald worden), en er was vooropgesteld om de vooruitgang van de strategische doelstellingen jaarlijks te bekijken aan de hand van een projectoverzicht (overzicht van doelstellingen en eigenaars), projectfiches (voor de opvolging van acties) en indicatorfiches. **(AV)**

Om tal van redenen (o.m. te verregaande opdeling in subdoelstellingen en verdere onderverdelingen waardoor het overzicht verloren ging, een wissel op directieniveau, een nieuwe verantwoordelijke kwaliteit en patiëntveiligheid, het vertrek van een ICT-medewerker, registratiemoeheid bij de medewerkers) is de opvolging van het beleidsplan 2011-2015 suboptimaal verlopen. **(TK)**

De opvolgingsinstrumenten voor het nieuwe beleidsplan (projectfiches, indicatorfiches, software) moeten nog worden ontwikkeld.

- Er is een zeer uitgebreid en ruim gedocumenteerd kwaliteitshandboek beschikbaar. **(SP)** waarin onder meer talrijke verbeteracties in de vier verplichte domeinen van het kwaliteitsdecreet beschreven staan.

- Het beleid inzake kwaliteit en patiëntveiligheid krijgt vorm op verschillende niveaus: **(AV)**
 - De uitwerking van de verschillende verbeterprojecten gebeurt door (in principe tijdelijke) thema-gerelateerde werkgroepen (bv. familiewerking, Dreigend Destructief Gedrag, KOPP, ...). Deze worden aangestuurd door een directielid of stafmedewerker.
 - Deze werkgroepen koppelen terug aan de “Kerngroep Kwaliteit en patiëntveiligheid” (bestaande uit de verpleegkundig directeur en de verantwoordelijke kwaliteit en patiëntveiligheid), die maandelijks bijeenkomt.
 - Deze kerngroep rapporteert op zijn beurt aan de Stuurgroep Kwaliteit en Patiëntveiligheid (zijnde het directiecomité, uitgebreid met de verantwoordelijke Kwaliteit en Patiëntveiligheid) die 2- of 3-maandelijks samenkomt.

- We bevelen aan om het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid en het verbeterbeleid in het algemeen meer te laten samenvallen met het algemene ziekenhuisbeleid, bv. door alle verbeterprojecten, werkgroepen en vormen van gegevensverzameling te kaderen binnen de strategische doelstellingen, operationele doelstellingen en acties en door het thema kwaliteit en de systematiek van verbetercycli meer in te brengen in de verschillende overlegfora. **(Aanb)**

- Bij het uitwerken van het beleidsplan 2011-2015 was de uitbouw van interne en externe communicatie één van de belangrijke doelstellingen. Ondertussen werd een communicatieverantwoordelijke aangeworven en betrokken bij de uitbouw van het beleid. Dit resulteerde in de uitwerking van een apart communicatieplan 2014-2016. De communicatieverantwoordelijke is sinds 2016 ook lid van het directiecomité. **(AV)**

- Daarbij aansluitend werd vanaf eind 2014 een interne infocampagne opgezet, ondersteund door een “playmobil-mascotte” Gino (“Ggz IN Ontwikkeling”). Via ziekenhuisbrede infosessies, infographic-posters, intranetberichten, worden medewerkers regelmatig geïnformeerd over de evoluties in de GGZ, over de vertaling daarvan in het Netwerk GG ADS en over de impact daarvan op het PC Sint-Hiëronymus. **(SP)**

Medisch en therapeutisch beleid

- Er is een therapeutisch directeur, die leiding geeft aan de psychologen, de sociale dienst en de vaktherapeuten. Die laatste twee groepen hebben ook een eigen diensthoofd. **(AV)**

- De uitgetekende organisatiestructuur voorziet dat elk van de vijf zorgprogramma’s inhoudelijk wordt gestuurd door een triade bestaande uit een psychiater, een psycholoog en een hoofdverpleegkundige. De psycholoog heeft daarbij de functie van zorgprogrammaverantwoordelijke, de arts is medisch verantwoordelijk en de hoofdverpleegkundige is verantwoordelijk voor de afdelings- en organisatorische aspecten. Zowel de inhoud van de functie “zorgprogrammaverantwoordelijke” als de opdracht en het mandaat van de triade zijn uitgeschreven. De triade heeft daarbij uitdrukkelijk geen hiërarchische maar enkel een zorginhoudelijke bevoegdheid (naast een adviserende bevoegdheid over personeels- en vormingsbeleid). **(AV)**

Deze structuur blijkt een aantal (potentiële) problemen te vertonen, zowel conceptueel als bij de praktische vertaling ervan: **(TK)**

- De meeste zorgprogramma's worden aangeboden vanuit twee afdelingen (een verblijfsafdeling en een dagcentrum). Theoretisch bestaat een triade van een zorgprogramma evenwel maar uit één arts, één psycholoog en één hoofdverpleegkundige. Het is niet duidelijk hoe deze "afvaardiging" vanuit de verschillende afdelingen dient te gebeuren.
- Op de meeste afdelingen (alook in de zelfevaluatie die de afdelingen maakten ter voorbereiding van de audit) wordt met "triade" de afdelingsleiding bedoeld; soms spreekt men zelfs expliciet van de "afdelingstriade". Er lijkt verwarring over de term en het bijhorende mandaat te bestaan.
- Soms blijkt een triade uit 5 of 6 mensen te bestaan, met ruimere vertegenwoordiging van de betrokken afdelingen dan op papier bedoeld.
- Sommige triades beperken zich niet tot het puur zorginhoudelijke, wat tot spanningen leidt met leden van de afdelingsleiding die niet tot de triade behoren. Anderzijds kan men zich de vraag stellen of een zorginhoudelijk beleid kan uitgetekend en geïmplementeerd worden zonder impact te hebben op het afdelingsbeleid.
- Van de zorgprogrammaverantwoordelijke (ZPV) wordt – volgens de functiebeschrijving – heel wat verwacht (bv.: *"De ZPV hanteert een methodische werkwijze bij het continu aanbrengen van verbeteringen aan het zorgprogramma. De ZPV ontwikkelt hiervoor bij zichzelf de noodzakelijke competenties op het vlak van verandermanagement. Op basis van de vier kwaliteitsgebieden (klinische resultaten, cliëntwaardering, kwaliteit van leven, kosten en baten) is de ZPV eveneens verantwoordelijk voor het proces van het bepalen van verbeterdoelen in de zorggroep. Hij/zij staat in voor het formuleren van indicatoren voor het zichtbaar maken van veranderingen."*). Dit lijken ons vaardigheden die niet tot de basisopleiding van een psycholoog behoren. De ondersteuning die de zorgprogrammaverantwoordelijken op dit moment krijgen (bv. vorming inzake verandermanagement of verbeterbeleid) is onvoldoende in verhouding tot de van hen verwachte taken.

We bevelen aan om grondig te onderzoeken of het niet beter zou zijn om het afdelings- en zorgprogrammabeleid te laten samenvallen in een leidinggevende structuur op zorgprogrammiveau, die dan bv. zou kunnen bestaan uit de betrokken artsen, aangevuld met telkens een psycholoog en een hoofdverpleegkundige van elke betrokken afdeling. Mogelijk vormt dit ook een eenduidiger structuur om het ziekenhuisbeleid door te vertalen naar de werkvloer, zoals hoger beschreven.

(Aanb) Dit sluit uiteraard niet uit dat er nog altijd afdelingsspecifieke accenten gelegd kunnen worden, zij het steeds afgestemd op het zorgprogrammabeleid.

- Rond tal van thema's zijn visieteksten uitgewerkt. Sommige daarvan zijn ziekenhuisbreed, andere zorgprogrammagerelateerd. De ziekenhuisbrede thema's krijgen inhoudelijk vorm via de stafmedewerkers en het hoofd van de sociale dienst (continuïteitsmanagement), via het organiseren van verschillende werkgroepen, met afvaardiging van alle afdelingen en disciplines. De therapeutisch directeur sluit aan bij verschillende werkgroepen. De ziekenhuisbrede thema's zijn: **(AV)**
 - Herstelgerichte zorg, met focus op verschillende pijlers:
 - sensibiliseren van de verschillende relevante partners rond herstelgerichte zorg;
 - vorming met betrekking tot herstel;
 - participatie van de patiënt;

- werken met ervaringswerkers (zie 8.3.1);
- inzet op vermaatschappelijking;
- belang van een herstelgerichte bejegening van cliënten.
- Familiewerking (zie 8.3.2)
- Zingeving en ethiek (o.m. ondersteund door verschillende werkgroepen en door een stafmedewerker die enkel rond deze thema's werkt)
- Continuïteitsmanagement (zie 8.5)
- Vaktherapeutisch aanbod, zowel inzichtelijk (o.m. beeldende therapie, expressie, muziektherapie, psychomotorische therapie) als via een open aanbod waarbij de cliënt dagelijks activiteiten kan kiezen die aansluiten bij zijn interesses en mogelijkheden (muziekatelier, artistiek atelier, creatief atelier, sport- of fitnessatelier, cultuuratelier, ...).

Andere thema's van de behandelvisie worden uitgewerkt op zorgprogrammaniveau: **(AV)**

- Het zorgprogramma verslavingsstoornissen en het zorgprogramma persoonlijkheidsstoornissen (beide aangeboden door de verblijfsafdeling Da Capo en dagcentrum Moderato) zijn gebaseerd op de principes van de dialectische gedragstherapie.
 - Het zorgprogramma psychotische kwetsbaarheid (aangeboden door verblijfsafdeling Legato en dagcentrum Largo) steunt op twee belangrijke pijlers: herstelgerichte zorg en Acceptance and Commitment Therapy (ACT).
 - Ook in het zorgprogramma ernstige en langdurige zorg (aangeboden door verblijfsafdeling Portato en dagcentrum Largo) staat herstelondersteunende zorg centraal. Vertrekkend vanuit de resterende mogelijkheden van de patiënten zoekt men naar een zinvol en bevredigend bestaan. Met patiënten wordt een dubbel pad bewandeld: dat van de gedragen zorg (geïnspireerd door de institutionele psychotherapie), en dat van de brede zorg (gestoeld op de principes van de herstelondersteunende zorg).
 - Het zorgprogramma psycho-organische stoornissen (aangeboden vanuit de verblijfsafdeling A Tempo) hanteert naast SRH-principes ook de principes van herstelgerichte zorg, maar – gezien de populatie – worden deze aangevuld met de empathisch-directieve benadering (EDB).
- Er is niet geëxpliciteerd hoeveel tijd zorgprogrammaverantwoordelijken geacht worden te besteden aan dit deel van hun functie. Het is ook niet duidelijk op basis van welke criteria de VTE psychologische functie zijn verdeeld over de verschillende afdelingen. Mede in het licht van de op til zijnde verschuivingen in het kader van de afbouw van bedden en de uitbouw van de mobiele teams, bevelen we aan deze aspecten in onderling overleg te expliciteren. **(Aanb)**
 - Bij ziekte of verlof van therapeuten kan beroep gedaan worden op 1,5 VTE therapeutische mobiele equipe. **(AV)**
 - De artsen hebben hun inbreng in het medisch, therapeutisch en algemeen beleid via een aantal overlegstructuren waar één of meerdere artsen deel van uitmaken: **(AV)**
 - het directiecomité, waarin de hoofdarts en de voorzitter van de medische raad zetelen;
 - de medische raad, samengesteld uit alle stafleden;

- medische stafvergaderingen (3 keer per maand) en de medische staf+ (1 keer per maand); bij deze laatste zijn naast de medische staf ook de apotheker, de internist, de arts van de polikliniek, de algemeen directeur en de verpleegkundig directeur aanwezig.
- de triades van de zorgprogramma's;
- het overkoepelend overleg zorgprogramma's;
- werkgroepen.

De hoofdarts neemt ook deel aan de vergaderingen van de Raad van Bestuur.

- De hoofdarts is in functie sinds april 2015. Hij besteedt minstens 16u per week aan deze taak. Daarnaast werkt hij 24 u in het ziekenhuis en 12u in de polikliniek. **(AV)** In het arbeidscontract tussen de hoofdarts en het ziekenhuis staat niet gespecificeerd hoeveel uur hij officieel dient te besteden aan zijn taak als hoofdarts. **(TK)**
- Er is geen apart medisch beleidsplan; dit zit verweven in het algemeen beleidsplan. **(AV)**
- Er is een medisch jaarverslag dat vooral gegevens bevat rond in- en uittreden van artsen en de beschrijving van een aantal samenwerkingsovereenkomsten. **(AV)** Hierdoor is het medisch jaarverslag slechts beperkt bruikbaar voor het uitstippelen van een toekomstig medisch beleid. **(TK)** In de periodieke verslaggeving over het medisch beleid (al dan niet geïntegreerd in ruimere verslaggeving over het ziekenhuisbeleid) dient aandacht te zijn voor o.a. organisatorische aspecten, activiteitsgegevens, kwaliteitsprojecten, wetenschappelijk werk, outcome-metingen,... Hierbij is de inbreng van alle artsen verbonden aan het ziekenhuis van belang, onder verantwoordelijkheid van de hoofdarts.
- De rechtstreekse betrokkenheid van de artsen bij het kwaliteitsbeleid is te gering. **(TK)** Zij worden op de hoogte gebracht van het kwaliteitsbeleid via hun vertegenwoordigers in het directiecomité, waar de verantwoordelijk kwaliteit en patiëntveiligheid regelmatig verslag komt uitbrengen en nemen slechts in geringe mate deel aan verbeterprojecten.
- In PZ Sint-Hiëronymus zelf gebeuren geen ECT-behandelingen. Hiervoor kan verwezen worden naar het APZ Sint-Lucia waarmee een formeel samenwerkingsakkoord bestaat. **(AV)**

4.2 LERENDE OMGEVING

- Het ziekenhuis houdt op verschillende manieren zicht op de kwaliteit van zorg: **(AV)**
 - Opvolging van het contract "patient safety" van de federale overheid (waaraan men sinds 2007 participeert);
 - Sinds januari 2016 neemt men ook deel aan het Vlaams indicatorenproject (VIP²), met opvolging van volgende indicatoren: tijdige ambulante opvolging na ontslag, volledigheid van het geneesmiddelenvoorschrift, implementatie van een suïcidepreventiebeleid en de inschakeling van ervaringsdeskundigen.
 - Men participeert aan de benchmarkinggroep van Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen, meer bepaald rond de thema's directe patiëntentijd, MPG-data en arbeidsongevallen.

- Registratie m.b.t. de Treatment Demand Indicator;
- Bijkomend worden op verschillende manieren gegevens verzameld:
 - tevredenheidsonderzoek maaltijden;
 - elektronisch meldingsloket/incidentmeldingssysteem;
 - registraties van afzonderingen en fixaties;
 - tevredenheidsmeting bij ontslag;
 - tevredenheidsmeting bij geplande intramurale patiëntentransfer;
 - KOPP-registratie;
 - behandeltevredenheid bij patiënten en medewerkers van de afdelingen Da Capo/Moderato;
 - tijdig versturen van opname- en ontslagbrieven aan de medische verwijzer;
 - medewerkerstevredenheid en arbeidsongevallen;
- Men neemt deel aan het provinciaal overleg van kwaliteitscoördinatoren.

Verder beschikt men over nog een aantal bronnen om het gevoerde beleid te evalueren:

- De vierjaarlijkse medewerkerstevredenheidsmeting i.s.m. BING (zie 8.2.2);
 - Veiligheidscultuurmeting i.s.m. de FOD Volksgezondheid en de Universiteit Hasselt;
 - Een SWOT-analyse van het verpleegkundig beleidsplan;
 - Een SWOT-analyse in het kader van het opmaken van een communicatieplan;
 - Vergaderverslagen;
 - Klachten en het jaarverslag van de ombudspersoon.
- Men heeft zeer veel zicht op wat er leeft op afdelingsniveau, door de hoge participatiegraad van staf en directie aan de verschillende overlegfora op de verschillende niveaus, en door de vele informele contacten die er binnen de organisatie zijn. **(SP)**

Er worden ook vrij veel cijfers bijgehouden over verschillende onderwerpen en deze worden ook regelmatig teruggekoppeld naar afdelingen en directie.

Dit alles mag evenwel niet verhullen dat het soms ontbreekt aan systematiek in het verzamelen en aanwenden van de beschikbare informatie: **(TK)**

- het is soms onvoldoende duidelijk waarom bepaalde informatie wordt verzameld en vooral welke waarden men nastreeft; hierbij aansluitend worden veel van de cijfers teruggekoppeld zonder verdere analyse en duiding;
 - veel van de talrijke doelstellingen zijn onvoldoende geoperationaliseerd aan de hand van concrete streefdoelen en bijhorende informatieverzameling. Vooral op een aantal essentiële zaken m.b.t. de patiëntenzorg heeft men nauwelijks zicht. We denken bv. aan de kwaliteit van de dossiervorming (als ondersteuning van de behandeling), de frequentie van teambesprekingen, de mate waarin patiënten en familie betrokken worden in de behandeling, de mate waarin met behandelplannen gewerkt wordt, de outcome van de behandeling.
- Eventueel kan een deel van deze gegevens verzameld worden aan de hand van periodieke interne audits, zoals die reeds voor logistieke processen bestaan, **(Aanb)** zodat de medewerkers op de werkvloer hier niet mee belast worden.

- Het elektronisch incidentmeldingssysteem heeft 6 categorieën: **(AV)**
 1. agressie/automutilatie
 2. incident(andere)/bijna-incident/onveilige situatie
 3. ontvluchting/onrustwekkende verdwijning
 4. suicide(poging)
 5. valincident
 6. medicatiefout.

Elke melding komt terecht bij alle directieleden en wordt door hen bekeken. Afhankelijk van de soort en de ernst van het incident worden ook anderen (bv. afdelingsverantwoordelijke, leden nazorgploeg,...) 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 opgevolgd door o.a. de verpleegkundig directeur en de verantwoordelijke kwaliteit en patiëntveiligheid tijdens hun maandelijks overlegmoment als Kerngroep Kwaliteit en Patiëntveiligheid.

- Maandelijks maakt de kwaliteitsverantwoordelijke een overzicht van de gemelde incidenten per afdeling. Dit wordt aan de afdelingen bezorgd en op het intranet geplaatst. Jaarlijks wordt het overzicht van alle incidentmeldingen besproken tijdens de kerngroep en de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid. **(AV)**
- In 2015 waren er 192 incidentmeldingen; er kan duidelijk aangetoond worden dat hier verbeteracties uit voortvloeien. **(AV)**
- Het methodisch en multidisciplinair retroactief analyseren van bepaalde (ernstige) incidenten gebeurt niet. hierdoor gaan leermogelijkheden verloren. **(TK)** Aan de hand van de SAFER-methodiek, waarbij een proces geheel in kaart wordt gebracht, met aandacht voor faalrisico's, hun potentiële effect en preventieve of schadebeperkende maatregelen, wordt jaarlijks wel minstens één proactieve risicoanalyse uitgevoerd. **(AV)**
- Voor een evaluatie van het meten en verbeteren van patiënten- en medewerkerstevredenheid verwijzen we naar 8.2.

5 MIDDELEN

5.1 INFRASTRUCTUUR

- Er is een attest van de burgemeester dd. 15/12/2014 dat stelt dat het ziekenhuis aan de veiligheidsvoorschriften betreffende brandveiligheid voldoet mits het in regel brengen van de bemerkingen zoals geformuleerd in het brandweerverslag dd. 10/10/2014.
Voor de recent geïnstalleerde modulaire bouw is er een voorafgaand gunstig advies van de brandweer, **(AV)** maar nog geen verslag op basis van het uitgevoerde bezoek, noch een bijhorend attest van de burgemeester. **(NC)**

 - Over het algemeen is de infrastructuur zeer netjes en goed onderhouden. De meeste gebouwen werden maximaal enkele decennia geleden gebouwd of verbouwd. Dat maakt dat ze puur materieel nog niet verouderd zijn, maar ze sluiten qua indeling vaak niet optimaal aan bij de doelgroepen waar het ziekenhuis zich nu op richt of bij hedendaagse manieren van hulpverlening en verwachtingen inzake privacy: **(TK)**
 - Er zijn nog veel twee- en zelfs een aantal vierpersoonskamers. Dit maakt soms ook (bv. op afdeling A Tempo) dat patiënten hun familie niet privé kunnen ontmoeten.
 - De medewerkers van de afdelingen kaarten het gebrek aan huiselijkheid aan, net als het gebrek aan ruimtes voor individuele gesprekken, voor vergaderingen en voor groepsactiviteiten of -therapieën.
Op sommige afdelingen leidt dit tot praktisch-organisatorische problemen, bv. als veel van de patiënten gedesoriënteerd zijn in tijd en ruimte, waardoor bij activiteiten buiten de afdeling steeds begeleiding dient voorzien te worden.
 - Op afdeling Portato en A Tempo is er per bouwlaag maar één gemeenschappelijke sanitaire ruimte (met bad en douche), waar zowel mannen als vrouwen gebruik moeten van maken.
Op de vernieuwde eenpersoonskamers (zie hieronder) is wel individueel sanitair voorzien, maar ook na de verbouwingen zal dit maar voor een minderheid van de kamers het geval zijn.
 - De badkamer op afdeling A Tempo (met hoog-lag-bad) dient wegens plaatsgebrek tevens als kapsalon, strijkruijnte en standplaats voor de elektrische rolstoelen.
- De afbouw van bedden in het kader van de reorganisatie van de geestelijke gezondheidszorg biedt wel mogelijkheden waar de directie gebruik van maakt. Zo verblijven sinds kort geen patiënten meer in een vierpersoonskamer op afdeling Portato, en er is een start gemaakt om deze vierpersoonskamers om te bouwen tot zeer verzorgde eenpersoonskamers. **(AV)**

5.2 PATIËNTENDOSSIER

- In het ziekenhuis gebruikt men het elektronisch patiëntendossier (EPD) DIS (Dibrosi Information System), inclusief het daaraan gekoppelde medicatiepakket. **(AV)**
- Alle zorgverleners die betrokken zijn bij de zorg van een patiënt hebben toegang tot het EPD. Afhankelijk van de functie zijn inzage- en schrijfrechten toegekend aan de verschillende zorgverleners. Zo heeft een psycholoog bv. geen toegang tot het medicatieschema en de laboresultaten. De notities van de verschillende disciplines zijn terug te vinden in de dagelijkse rapportages. **(AV)**
- Medicatie wordt elektronisch voorgeschreven door de artsen. Met deze gegevens wordt door het EPD automatisch een medicatieschema gegenereerd, dat als basis dient voor het afleveren van medicatie door de apotheek, het klaarzetten van medicatie, het controleren en het toedienen van klaargezette medicatie. **(AV)** Artsen kunnen ook van thuis uit medicatie voorschrijven. **(SP)**
- Het EPD – of toch zeker de manier waarop het wordt aangewend – presenteert de verzamelde informatie onvoldoende overzichtelijk. **(TK)** Voor het opzoeken van bepaalde gegevens dient men de volledige rapportage door te nemen, wat zeer arbeidsintensief en tijdrovend is. Enkele voorbeelden:
 - Artsen kunnen via een filter de nota's zoeken volgens discipline, maar de andere disciplines kunnen dit niet. We bevelen aan om deze filter voor alle zorgverleners te activeren, zodat efficiënter kan gewerkt worden. **(Aanb)**
 - Notities m.b.t. familiegesprekken zijn enkel terug te vinden in de dagelijkse rapportage, wat het zeer moeilijk maakt om deze informatie terug te vinden, laat staan op een overzichtelijke manier, zeker bij patiënten die langere tijd zijn opgenomen. Voor een centrum dat sterk wil inzetten op familiebetrokkenheid lijkt ons dit een belangrijk verbeterpunt. Misschien valt in overweging te nemen om familiegerelateerde informatie te centraliseren in het dossier, bv. door een tabblad familie toe te voegen. **(Aanb)**
- Bij nazicht van dossiers op verschillende afdelingen blijkt dat de plaats voor de neerslag van de multidisciplinaire teamvergaderingen, de behandeldoelstellingen en evaluaties niet éénduidig zijn voor de verschillende afdelingen. Bovendien is binnen elke afdeling de informatie in het dossier sterk versnipperd of niet terug te vinden. **(TK)**
Het uniformiseren van de gegevensverzameling en dossiervorming is belangrijk met het oog op het optimaliseren van de intra- en transmurale communicatie, en dus binnen het transmurale zorgproces en de zorgcontinuïteit voor cliënten.
Enkele vastgestelde knelpunten in dit verband:
 - Op sommige afdelingen zijn de individuele therapieschema's niet terug te vinden in het EPD, op andere afdelingen zijn deze wel terug te vinden, maar zijn ze niet gelinkt aan DIS. Ze worden bijgehouden in een Word-document (al dan niet in een apart verpleegkundig dossier). Hierdoor zijn ze ook niet vlot raadpleegbaar voor andere disciplines.
 - De crisisplannen van de patiënten, die beschouwd worden als een belangrijk therapeutisch werkdocument binnen het ziekenhuis, zijn niet terug te vinden in het dossier van de patiënt. Dit lijkt ons zeer belangrijke informatie voor opvang van patiënten in crisis, o.a. voor verpleegkundigen op

Da Capo die zorgen voor de telefonische crisisopvang (24/24u) van de patiënten van Moderato (die niet door hen gekend zijn).

Eén van de aangebrachte redenen waarom de crisisplannen niet terug te vinden zijn in het dossier is dat deze zeer dynamisch zijn en het zeer arbeidsintensief is om deze up-to-date te houden in het EPD. In dit kader, en mede gezien het sterk inzetten op patiëntparticipatie binnen het ziekenhuis, lijkt het ons zinvol om na te gaan of het mogelijk is om de patiënt gedeeltelijk toegang te verlenen tot het eigen dossier, met een luik om zelf notities te kunnen neerschrijven. Dit met inachtnaam van de nodige beveiligingsmaatregelen en het duidelijk bepalen van de toegekende lees- en/of schrijfrechten. **(Aanb)**

- Het suïciderisico is niet duidelijk zichtbaar in het dossier; het is vaak ook niet duidelijk of er al dan niet een inschatting is gemaakt. (zie ook 7.5)
 - De vrijheidsgraden van de patiënten worden bijgehouden in een aparte map in de verpleegpost, en zijn niet terug te vinden in het patiëntendossier.
 - De intakeformulieren die opgemaakt worden door de opnamecoördinator zijn niet gekoppeld aan het EPD, waardoor deze informatie niet altijd onmiddellijk ter beschikking is van de afdeling. Hierdoor dienen er bij opname vaak opnieuw dezelfde vragen gesteld te worden aan de patiënt. Dit is niet efficiënt en niet bevorderlijk voor het opbouwen van een vertrouwensrelatie tussen patiënt en hulpverlener.
 - Op sommige afdelingen is het behandelplan (bv. KOP-plan) van de patiënt terug te vinden tussen de syntheses in het dossier, op andere afdelingen is dit terug te vinden bij acties onder het luik teambespreking.
- Uit de dossiercontroles blijkt dat cruciale informatie soms ontbreekt: **(TK)**
 - Afdelingen die specifiek werken volgens het SRH-model, werken in die optiek met een persoonlijk plan en een persoonlijk profiel van de patiënt volgens de uitgeschreven afdelingswerking. Bij nazicht in het tabblad SRH in het dossier kon dit persoonlijk plan en persoonlijk profiel niet teruggevonden worden in 5 van de 6 gecontroleerde dossiers. In het dossier waar dit wel werd teruggevonden dateerden de gegevens van een vorige opname (anderhalf jaar voor de audit). Een systematiek bij het invullen en opvolgen van deze werkinstrumenten lijkt aangewezen indien men binnen de vooropgestelde SRH visie wil werken. **(Aanb)**
 - In het dossier werd nagekeken of patiënten op regelmatige basis werden besproken op een teamvergadering ter evaluatie. Voor de meeste dossiers werden de vooropgestelde termijnen voor multidisciplinaire bespreking behaald. Toch werden een aantal dossiers gevonden waar dat niet het geval was:
 - in één dossier was er meer dan 4 maanden na opname nog geen eerste multidisciplinaire evaluatie gebeurd;
 - in een ander dossier was meer dan een jaar verlopen tussen twee evaluaties;
 - op een afdeling waar de afspraken voorzien dat er 3 weken na opname een eerste evaluatie gebeurt, bleek deze in 2/3 van de gevallen pas na 2 maanden te gebeuren, zonder dat hiervoor een reden terug te vinden was in het dossier;
 - evaluaties van afgesproken acties worden slechts uitzonderlijk ingevuld.

6 MEDEWERKERS

6.1 PERSENEELSBELEID

- De personeelsdienst (deel van het departement Administratie) staat in voor de aansturing van het personeelsbeleid van PC Sint-Hiëronymus. Recent werd een derde HR-medewerker (een arbeidspsycholoog) aangeworven. Wekelijks is er overleg over personeelsaangelegenheden tussen het HR-team (personeelsdienst) en de verpleegkundig directeur, de therapeutisch directeur, de algemeen directeur, het hoofd van het facilitair departement en de coördinator van De Witte Hoeve. **(AV)**
- Het jaarverslag van het personeelsbeleid geeft een overzicht van de belangrijkste realisaties in het voorbije jaar, waarbij enkele kerncijfers toegelicht worden. **(AV)**
- Op het moment van de audit zijn er 80,16 VTE verpleegkundigen actief in het departement patiëntenzorg (totaal 151,09 VTE).
Er zijn 51,36 VTE bachelors, 1,9 VTE masters, 26,9 VTE gegradueerde verpleegkundigen, 6,42 VTE zorgkundigen en 1 VTE ziekenhuisassistent. **(AV)**
- De diëtist valt onder de verantwoordelijkheid van het facilitair departement. Individuele consulten en afdelingsgebonden groepsactiviteiten door een diëtist gebeuren in het ziekenhuis respectievelijk op vraag van een cliënt of van een team. Twee pedicures en een kapster werken in het PC op zelfstandige basis. **(AV)**
- Er bestaan in het PC heel wat functieomschrijvingen met competentieprofielen. Momenteel worden ze allemaal kritisch bekeken en herwerkt in overleg met de directie en afdelingsverantwoordelijken, en gecentraliseerd op HRM-niveau. De functieomschrijvingen met competentieprofiel worden gebruikt bij de aanwerving, bij het opstellen van vacatures, evenals bij evaluatiegesprekken en bijsturingsgesprekken. **(AV)**
- Het ziekenhuis kiest ervoor om te werken met referentiemedewerkers om medewerkers te laten profileren binnen hun afdeling. Zo zijn er referentiemedewerkers DIS, familie, agressie, KOPP (kinderen van ouders met psychiatrische problemen), ethiek en zingeving op sommige afdelingen. Daarnaast zijn er in het ziekenhuis twee referentiemedewerkers wondzorg, en zullen er in de toekomst (voorjaar 2017) 6 referentiemedewerkers ziekenhuishygiëne gevormd worden via externe bijscholing. Referentiemedewerkers worden ingeschakeld als “back up”-medewerker, waarbij andere medewerkers terecht kunnen met vragen over het thema. **(AV)**
We bevelen aan om duidelijk te expliciteren wat van referentiemedewerkers verwacht wordt, voornamelijk op het vlak van informatiedoorstroming; afhankelijk van de competenties van de referentiemedewerker kan er opleiding worden voorzien voor het geven van feedback op een teamvergadering. **(Aanb)**
- Er wordt verwacht van alle functies (zorgpersoneel, therapeuten, artsen, stafmedewerkers en directie) dat er minstens 1 keer om de 2 jaar een formeel gesprek met de leidinggevende gevoerd wordt waarin de kerncompetenties besproken worden. Dit lukte de voorbije jaren op 3 van de 6

afdelingen. Afdelingshoofden worden hier tijdens hun functioneringsgesprek en het afdelingshoofdenoverleg op aangesproken.

Artsen krijgen functioneringsgesprekken bij de hoofddarts. **(AV)**

- Exitgesprekken gebeurden tot begin september 2016 op een informele manier door de direct leidinggevende of het departementshoofd. **(AV)** Sindsdien gebeuren de exitgesprekken formeel a.d.h.v. een vragenlijst door een HR-medewerker als neutrale partner. **(SP)** Het voeren van exitgesprekken is een onderdeel van een strategische doelstelling binnen het strategisch beleidsplan HRM 2016-2020. **(AV)**
- In 2010 gebeurde er een rondvraag in het verpleegkundig departement naar bereidwilligheid tot en interesse voor mutatie. In het voorjaar 2016 gebeurde dit bij de vaktherapeuten. Op deze bevestigingen was veel respons, met als belangrijkste besluit dat de overgrote meerderheid geen vraag tot mutatie heeft. In het najaar 2016 zal er opnieuw een rondvraag georganiseerd worden naar aanleiding van de afbouw van bedden en het uitbouwen van de mobiele teams. **(AV)**
- Een stafmedewerker (1 VTE) voorziet in de functie van begeleider (her)intreder. Daarnaast wordt er op de afdelingen gewerkt met een peter-meter-functie, met als bedoeling de nieuwe medewerker wegwijs te maken in specifieke taken en afspraken op de afdeling. Ook voor nieuwe leidinggevendenden wordt voorzien in een meter of peter.
Sinds kort beschikt men op de afdelingen over een afdelingsspecifiek inscholingstraject met stappenplan. **(AV)** We bevelen aan om dit ook uit te werken tot een checklist om concreet te gebruiken bij de inwerking van een nieuwe medewerker conform de algemene inscholings-checklist op ziekenhuisniveau. **(Aanb)** Het algemene inscholingstraject werd in 2013 uitgewerkt in een fasenmodel, met een sollicitatiefase, een aanwervingsfase, een inwerkingsfase, een socialisatiefase en een fase van wederzijdse acceptatie. **(AV)** We bevelen aan om voor de inscholing van afdelingshoofden, therapeuten en artsen een specifiek inscholingstraject met stappenplan en checklist uit te werken. **(Aanb)**
Voor nieuwe medewerkers van de mobiele equipe worden inlooptdagen voorzien op alle afdelingen met kennisname van de verschillende infrastructuren en zorgprocessen. **(AV)**
- Op basis van het aantal bedden dient men te beschikken over een mobiele equipe van 7,3 VTE, waarvan 5,6 VTE verpleegkundigen. Men beschikt over een mobiele equipe van 8 VTE, waarvan 3,5 VTE psychiatrisch verpleegkundigen, 2 VTE bachelor verpleegkundigen en 1,5 VTE bachelor ergotherapeuten.
De algemene afspraken over de werking en inzet van de mobiele equipe werden uitgeschreven. Uit gesprek blijkt dat de mobiele equipe ook ingezet wordt bij vervanging van een medewerker die vorming of een teamdag volgt. **(AV)** Dit staat niet in de algemene afspraken. **(TK)** De uurregeling voor de mobiele equipe betreft vroege en late diensten, zowel tijdens de week als in het weekend. Eén verpleegkundige wordt ook ingezet tijdens de nachtdienst. De coördinatie van de mobiele equipe gebeurt door de verpleegkundig directeur. Volgens de algemene afspraken bestaan er samenwerkingsafspraken met de therapeutisch directeur voor de dagdagelijkse aansturing van de ergotherapeuten en verpleegkundigen bij afwezigheid van de verpleegkundig directeur. **(AV)** Deze samenwerkingsafspraken konden niet worden voorgelegd tijdens de audit.
De criteria voor toewijzing en de effectieve toewijzing van de mobiele equipe zijn niet transparant voor de leidinggevendenden. **(TK)**

- Op alle afdelingen wordt gewerkt met vaste nachtverpleegkundigen (totaal 18,75 VTE). Op de afdelingen Da Capo en Legato zijn er elke nacht 2 verpleegkundigen, op de afdeling A Tempo één of twee en op de afdeling Portato is er telkens één verpleegkundige. Zij worden aangestuurd door een hoofdverpleegkundige nachtequipe, die bij noodwendigheid ook inspringt op een afdeling. De nachtverpleegkundigen doen soms een beroep op elkaar (bv. gedurende 30 minuten) i.f.v. het bieden van de noodzakelijke zorg. De nachtverpleegkundigen werken in principe niet overdag. Bij afwezigheden vervangen zij elkaar; indien nodig wordt een verpleegkundige van de (mobiele) dagdienst gevraagd om tijdens de nacht te werken. **(AV)** We bevelen aan om de vaste nachtmedewerkers systematisch een periode per jaar tijdens de dagdiensten in te schakelen zodat zij voldoende vertrouwd blijven met gehanteerde werkwijzes. **(Aanb)**

- Tweemaal per jaar (maart en oktober) is er een algemene nachtvergadering, geleid door de hoofdverpleegkundige nachtequipe en in aanwezigheid van de verpleegkundig directeur. Deze vergadering heeft als doel om het verpleegkundig beleid en werk te bespreken, te optimaliseren en af te stemmen op de zorgnoden.

Op vraag van een nachtverpleegkundige zijn er individuele gesprekken mogelijk met de hoofdverpleegkundige van de nachtequipe.

Functioneringsgesprekken (inclusief bespreking van bijscholingsbehoeften) vinden minstens om de 2 jaar plaats. In functie van de werkbegeleiding zijn ook andere gesprekken mogelijk, zoals beoordelingsgesprekken, bijsturingsgesprekken, gesprekken m.b.t. de loopbaanplanning. Bij noodzaak en na toestemming van de hoofdverpleegkundige nachtequipe kunnen nachtdiensten aansluiten bij afdelingsspecifieke vergadermomenten overdag. **(AV)**

Op ziekenhuisniveau is er een nazorgploeg, met als voornaamste aandachtspunt de zorg voor medewerkers (inclusief artsen) na een schokkende gebeurtenis. Er worden nazorggesprekken aangeboden (kan ook op vraag van een medewerker) waarbij alle medewerkers, betrokken bij het incident, worden uitgenodigd om hun verhaal te brengen. De gesprekken worden geleid door twee leden van de nazorgploeg. Bij extreme situaties wordt een verslag opgemaakt dat aan de Stuurgroep Kwaliteit en Patiëntveiligheid wordt overgemaakt. Indien nodig worden ziekenhuisbrede verbeterpunten uitgewerkt. Deze nazorgploeg wordt aangestuurd door de verpleegkundig directeur. Over de werking van deze nazorgploeg bestaat een procedure en een folder. In 2015 werd 3 keer een beroep gedaan op de nazorgploeg na een incident. Aanvullend kunnen medewerkers ook terecht voor consultaties bij de psycholoog van de externe preventiedienst IDEWE. **(AV)**

- Ook artsen kunnen beroep doen op de nazorgploeg, maar hebben dit tot nu toe niet gedaan, ondanks het feit dat ook zij ongetwijfeld geconfronteerd worden met incidenten. **(AV)** Het lijkt ons zinvol om na te gaan of het toevoegen van een (externe) arts aan de nazorgploeg drempelverlagend zou kunnen werken voor de artsen. **(Aanb)**

- Daarnaast bestaat er sinds anderhalf jaar op de afdeling Da Capo ook een Dynamoteam (consultatieteam) waarbij a.d.h.v. een leidraad een nabespreking gebeurt na een zwaar crisismoment. **(SP)** Doordat de opvang van patiënten in het gesloten circuit enkel door een verpleegkundige en een arts gebeurt, wordt deze multidisciplinaire bespreking als een meerwaarde ervaren. Indien men onvoldoende terecht kan bij dit Dynamoteam kan men een beroep doen op de nazorgploeg. Op andere afdelingen is er na een schokkende gebeurtenis mogelijkheid tot debriefing. **(AV)**

6.2 VORMING, TRAINING EN OPLEIDING (VTO)

- Het geïntegreerd vormingsbeleid werd in 2016 door het HR-team herbekeken. Het PC beschouwt vorming als één van de belangrijkste middelen om de organisatiedoelstellingen enerzijds en de individuele doelstellingen van medewerkers anderzijds zo goed mogelijk op elkaar af te stemmen. Verder kan volgens het PC vorming niet los staan van de ziekenhuisbrede strategische en operationele doelstellingen, van het personeelsbeleid en van het kwaliteitsbeleid in het algemeen. **(AV)**
- In het vormingsbeleid wordt er tot op heden geen streefdoel gehanteerd voor het aantal uren vorming per jaar, **(Aanb)** behalve voor bepaalde beroepscategorieën waarbij het opgelegd wordt vanuit de overheid.
- Het ziekenhuis investeert sterk in (psycho)therapeutische opleiding: **(SP)**
 - zowat alle psychologen en psychiaters hebben een langdurige opleiding gevolgd, in diverse theoretische oriëntaties;
 - alle zorgmedewerkers volgen een SRH-opleiding;
 - op de afdelingen Da Capo en Moderato krijgen alle medewerkers vorming in dialectische gedragstherapie.
- De brandblus oefening en de opleiding CPR en AED zijn verplichte opleidingen voor de medewerkers van het departement patiëntenzorg. **(AV)**
- In de praktijk werden op de werkvloer een aantal knelpunten vastgesteld: **(TK)**
 - Afdelingshoofden hebben onvoldoende zicht op de individuele gevolgde vormingen van de medewerkers. Er is geen systematische terugkoppeling van de gevolgde vorming. De registratie gebeurt door de personeelsdienst en verloopt voorlopig nog stroef. In 2017 zou men overstappen naar een digitale tool voor bijscholingsaanvragen en verwerkingen.
 - Er zijn medewerkers die veel vorming volgen terwijl anderen dat zelden doen.
 - Medewerkers die weinig of geen vorming volgen, worden hier niet steeds op aangesproken.
 - De vorming die artsen geven (bv. op teamdagen) wordt niet geregistreerd.
 - De vorming gevolgd door artsen wordt niet centraal geregistreerd.
 - Bij navraag op de afdelingen en uit de opgemaakte zelfevaluaties blijkt dat per opleidingsreeks (3 keer per jaar) vaak slechts één medewerker van de afdeling de opleiding “omgaan met agressie” volgt en niet het ganse team; daardoor duurt het lang vooraleer iedereen aan bod is gekomen.

6.3 VRIJWILLIGERS

- Sinds 2013 worden in PC Sint-Hiëronymus leden van de Werkgroep Ervaringsinzet en Participatie (WEP) ingezet als vrijwilliger (zie 8.3.1). Momenteel zijn dit er een 20-tal. Zij worden aangestuurd door de stafmedewerker herstelondersteunende zorg. **(AV)** Dit is niet vermeld in het organogram. **(TK)** We bevelen aan om ook voor hen een functieprofiel, inscholings- en opleidingstraject uit te werken. **(Aanb)**

6.4 BESTAFFING

- Niettegenstaande de keuze van de directie voor “full employment” (= wettelijke personeelsnorm wordt maximaal gerealiseerd) wordt er in het PC Sint-Hiëronymus een relatief personeelstekort (t.o.v. de werklust) in het departement patiëntenzorg ervaren, zoals blijkt uit onderstaande voorbeelden: **(TK)**
 - er is op sommige afdelingen onvoldoende ruimte voor (permanente) vorming omwille van bestaafingsproblemen;
 - er zijn afdelingen met een groot aantal bedden en afzonderingskamers;
 - soms staan hoofdverpleegkundigen mee in voor de zorg van de patiënten;
 - er zijn afdelingen met medewerkers met veel ADV-dagen (41,11% van de medewerkers van het departement patiëntenzorg zijn ADV-gerechtigden, waarvan 97,18% kiest voor de dagen);
 - hoge werkdruk kwam als belangrijk knelpunt naar boven in verschillende gesprekken, zowel op de werkvloer als op beleidsniveau.

We bevelen aan om de werkdruk te objectiveren, bv. door gebruik van een gevalideerd instrument dat zorgzwaarte meet. **(Aanb)**

7 PROCESSEN

7.1 ORGANISATIE VAN ZORG

- Sinds 2010 vormen zorgprogramma's het leidende organisatieprincipe van de zorg. **(AV)**
Rond de keuze van doelgroepen was er de voorbije jaren intensief overleg tussen PC Sint-Hiëronymus en APZ Sint-Lucia. Dit leidde recent tot het maken van afspraken inzake het uitbouwen van een complementair zorgaanbod. **(SP)** Zo worden patiënten met angst- en stemmingsstoornissen zoveel mogelijk naar APZ Sint-Lucia georiënteerd, terwijl mensen met een psychotische kwetsbaarheid vooral in PC Sint-Hiëronymus worden opgevangen.
- Na implementatie van deze afspraken zijn er in het ziekenhuis vijf zorgprogramma's. Deze worden telkens aangeboden vanuit 1 of 2 afdelingen. In totaal zijn er 6 afdelingen, waarvan 2 voor dagbehandeling (Moderato en Largo).

Zorgprogramma	Afdelingen
Verslavingsstoornissen	Da Capo en Moderato
Persoonlijkheidsstoornissen	Da Capo en Moderato
Psychotische kwetsbaarheid	Legato en Largo ACT
Ernstige en langdurige zorg	Largo en Portato
Psycho-organische stoornissen	A Tempo

- Dagelijks bekijkt een Opnamecomité kort (+/- 20 minuten) alle aanvragen tot opname of tot interne mutatie in relatie tot de bedbezetting. Dit comité bestaat uit de opnamecoördinator, de artsen, de hoofdverpleegkundigen, de therapeutisch en de verpleegkundig directeur. **(AV)**
- De opnamecoördinator heeft wekelijks een overleg met de PAAZ van AZ Nikolaas met het oog op het wederzijds oriënteren van patiënten. **(SP)**
- Psychologen zijn aan de afdelingen verbonden en hebben er ook hun bureau. Leden van de sociale dienst zijn ook toegewezen aan een specifieke afdeling, maar hebben hun kantoor elders in het ziekenhuis. **(AV)**
- Tijdens de week is er een rijk aanbod aan therapieën en activiteiten: **(SP)**
 - een deel van het therapie-aanbod wordt aangeboden op de afdeling, hetzij door afdelingsgebonden personeel, hetzij in de vorm van een inzichtelijk aanbod aangeboden door vaktherapeuten en psychologen;
 - een groot deel van het therapieschema wordt ingevuld via het zogenaamde "open aanbod", georganiseerd in het centraal vaktherapeutengebouw "Mikado"; ook patiënten die vrije uren in hun schema willen invullen, of wier therapie is weggevallen door afwezigheid van een therapeut, kunnen een beroep doen op dit rijkge vulde open aanbod;

- een deel van het therapieschema van sommige patiënten bestaat uit participatie aan één van de zeer diverse activiteiten in het nabijgelegen activiteitencentrum De Witte Hoeve (bereikbaar met de fiets, te voet of met een shuttlebus);
 - in hun vrije tijd kunnen patiënten ook naar het nabijgelegen ontmoetingshuis ZigZag, dat dicht bij het ziekenhuis ligt, en waar men vanuit een zeer verzorgde accommodatie heel laagdrempelig activiteiten aanbiedt voor (opgenomen en niet-opgenomen) patiënten en hun naasten.
- Patiënten worden sterk gestimuleerd om de weekends zoveel mogelijk buiten het ziekenhuis door te brengen. **(SP)** Patiënten voor wie dit niet mogelijk is, kunnen (tijdens de openingsuren) terecht in ZigZag of bij andere organisaties in de buurt. **(AV)**
Voor patiënten die genoodzaakt zijn om in het ziekenhuis te blijven is het activiteiten aanbod erg beperkt. **(TK)**

7.2 PROCEDUREBEHEER

- De procedures bevatten telkens een onderwerp, een identificatienummer, de proceseigenaar, de ingangsdatum, de frequentie van updaten, de output, de datum van goedkeuring door het directiecomité en uiteraard de verschillende processtappen. **(AV)**
Veel procedures zijn uitgewerkt in de vorm van stroomdiagrammen, zodat het proces snel overzien kan worden. **(SP)**
- Alle procedures zijn via een indexeringsmethodiek raadpleegbaar op het intranet. Nieuwe of gewijzigde procedures worden besproken op het maandelijks overleg met de hoofdverpleegkundigen, die dit mededelen op hun maandelijks afdelingsvergadering. Het wordt bovendien gemeld op intranet met een link waar deze procedure terug te vinden is. Tevens wordt dit meegenomen op het Overkoepelend Overleg Zorgprogramma's (OOZ), waarin de belangrijkste actoren zetelen die met zorg bezig zijn. **(AV)**
- Bij de inscholing van nieuwe medewerkers wordt uitleg gegeven omtrent de bestaande procedures en waar deze terug te vinden zijn. **(AV)**
- Tweejaarlijks worden alle bestaande procedures geëvalueerd door de proceseigenaars. Ook tussendoor zijn uiteraard wijzigingen mogelijk. In beide gevallen worden de procedures aan het directiecomité voorgelegd ter goedkeuring en nadien via de hierboven beschreven kanalen bekend gemaakt aan alle medewerkers. **(AV)**

7.3 MEDICATIEDISTRIBUTIE

Situering

- De apotheek levert aan alle afdelingen van het ziekenhuis en aan het PVT.
- De apotheek is elke werkdag geopend van 8u30 tot 16u36.

Beleid en strategie

- De apotheker maakt geen deel uit van het directiecomité en er is geen regelmatig (minstens 3 keer per jaar) formeel beleidsmatig overleg met de algemeen directeur, de hoofdarts en het hoofd van het verpleegkundig en therapeutisch departement. Hierdoor heeft de apotheker weinig tot geen zicht op het gevoerde ziekenhuisbeleid en is er ook geen inbreng van de apotheker in het beleid mogelijk. **(NC)**
- Er wordt geen apart beleidsplan voor de apotheek opgemaakt. Er is wel een uitgebreid jaarverslag ter beschikking, waarin de apotheker een aantal werkpunten voor het komende werkjaar formuleert. Deze werkpunten worden opgesteld in overleg met het Medisch Farmaceutisch Comité, maar deze maken geen deel uit van het ziekenhuisbreed beleidsplan. **(AV)** Het lijkt ons aanbevolen om deze werkpunten mee op te nemen in het ziekenhuisbrede beleidsplan zodat deze op regelmatige basis geëvalueerd kunnen worden en indien nodig bijgestuurd kunnen worden. **(Aanb)**
- De werkpunten worden opgevolgd door de kwaliteitscoördinator. De terugkoppeling van de resultaten van het jaarverslag gebeurt op het MFC en de medische staf+ (= overleg van alle psychiaters met de internist, de arts van de polikliniek, de apotheker, de algemeen directeur en de verpleegkundig directeur). **(AV)**
- De apotheker neemt 1 keer per maand deel aan de medische staf+, hier komen vooral somatische onderwerpen aan bod. **(AV)**
- De apotheker gaat dagelijks langs op alle afdelingen. Dit werkt drempelverlagend en bevorderend voor de informatie-uitwisseling tussen apotheker en afdelingen. **(SP)**
- De incidentmeldingen met betrekking tot medicatiedistributie worden niet automatisch doorgegeven aan de apotheker. Hij heeft enkel weet van incidenten indien deze rechtstreeks telefonisch worden gemeld of indien deze worden doorgegeven door de kwaliteitscoördinator, die alle incidentmeldingen betreffende medicatie ontvangt. Hierdoor heeft de apotheker geen zicht op deze incidentmeldingen en kan hij, vanuit zijn expertise, geen risicoanalyse uitvoeren op deze meldingen op eigen initiatief, waardoor belangrijke leermomenten kunnen verloren gaan. **(TK)**
- De samenstelling van het Comité voor Ziekenhuishygiëne (CZH) is niet conform de regelgeving. Naast de algemeen directeur, het team ziekenhuishygiëne, de ziekenhuisapotheker, de hoofdarts, het hoofd van het verpleegkundig departement en een arts gemandateerd uit de medische raad, dienen ook 3 verpleegkundigen, die aangesteld zijn door het hoofd van het verpleegkundig departement,

deel uit te maken van het CZH. In PZ Sint-Hiëronymus maken deze verpleegkundigen geen vast deel uit van het CZH, maar zijn ze enkel aanwezig op afroep. **(NC)**

Middelen

- De apotheek bestaat uit 3 ruimtes: **(AV)**
 - Een administratief deel dat van de andere ruimten gescheiden is door een gang.
 - De voorraad- en bereidingsruimte met afsluitbare doorgeefkasten voor de bevoorrading van de afdelingen.
 - De stockageruimte.
- De omgevingstemperatuur binnen de apotheek, meer specifiek in de bereidings- en stockageruimte, kan onvoldoende beheerd worden wegens het ontbreken van een automatische temperatuurregeling in deze ruimten, waardoor de temperatuur in de zomer sterk kan oplopen. **(TK)**
- Elke afdeling heeft een medicatiekast die kan afgesloten worden. In deze kast bevindt zich de patiëntenvoorraad, op naam van de patiënt, en de huisapotheek. **(AV)**
- Het gebruik van medicatie uit de huisapotheek wordt geregeld via staande orders die opgemaakt zijn in samenspraak tussen de apothekers en de behandelende artsen. **(AV)** Bij navraag naar deze staande orders aan een aantal verpleegkundigen bleken deze niet gekend. Het is raadzaam om na te gaan of een vorming hieromtrent aangewezen is. Dit zou eventueel kunnen gecombineerd worden met andere onderwerpen / aanpassingen van het medicatiebeleid (bv. hoogrisicomedicatie, melden van medicatiefouten, medicatiedistributieproces,...). **(Aanb)**
- Op de acute opnameafdeling Da Capo bevindt zich een spoedkast. Hierin bevindt zich ook een beperkte hoeveelheid verdovende middelen, die in een afzonderlijke lade en achter slot wordt bewaard. Er zijn een aantal veiligheidsmaatregelen bij gebruik van verdovende middelen uit de spoedkast: **(AV)**
 - afleveren van deze medicatie gebeurt steeds op voorschrift;
 - de apotheker dient steeds persoonlijk verwittigd te worden bij afleveren van deze medicatie;
 - de sleutel van de verdovingskast zit in een verzegelde enveloppe.

Medewerkers

- Er zijn 2 apothekers (100% en 50% VTE) en 1 apotheekassistente (50% VTE). **(AV)**
- De wachtregeling voor de apotheek is vastgelegd in een procedure. Beide apothekers zijn om beurt van wacht. **(AV)**

Processen

- Alle medicatievoorschriften worden ingebracht in het elektronisch medicatieprogramma (DIS) door de voorschrijvende arts. De validatie voor aflevering door de apotheker is verbonden aan een aantal

veiligheidssystemen die door de apotheker worden beheerd (interactie geneesmiddelen, controle toedieningsweg, dosis, contra-indicaties). **(AV)**

- De distributie van de geneesmiddelen vanuit de apotheek naar de afdeling verloopt volgens de wekelijkse afdelingsbevoorrading en wordt door de apotheker geïndividualiseerd op naam van de patiënt afgeleverd (gepersonaliseerde eenheidsdosisdistributie). **(SP)**
- Er zijn 2 à 5% naschriften en dit voornamelijk voor medicatie die voorgeschreven wordt tijdens de wachtdienst of omdat er nog geen vaste arts is toegewezen aan de patiënt. **(AV)** Aangezien de artsen ook van thuis uit kunnen voorschrijven lijkt het ons mogelijk om het percentage naschriften nog te verminderen. **(Aanb)**
- De apotheker heeft via het elektronisch medicatiebeheersysteem zicht op het volledige medicatieschema van de patiënt tijdens de opname. **(AV)**
DIS biedt ook de mogelijkheid om de thuismedicatie in te brengen, maar de toepassing daarvan dient nog verder uitgewerkt te worden met de werkgroep continuïteitsmanagement. De thuismedicatie wordt momenteel reeds geïnventariseerd, maar er is nog geen link naar de rapportage in het dossier. Hierdoor kunnen de apothekers en de andere zorgverleners relevante informatie missen in het kader van patiëntveiligheid. **(TK)**
- De medicatie wordt door de nachtverpleegkundige klaargezet voor de volgende 24 uur in een genaamtekend bakje in de afgesloten medicatiekar. Siropen en druppels worden niet vooraf klaargezet. Deze worden pas op het moment van toedienen klaargemaakt. Zowel de controle van de klaargezette medicatie als de registratie bij toediening gebeurt door een verpleegkundige. **(AV)**
- De medicatie wordt op de gecontroleerde afdelingen zo veel mogelijk in de blister gelaten tot op moment van toediening. Bij klaarleggen van onvolledige pillen of pillen die afgeleverd worden in bulk, wordt de pil los in het bakje van de patiënt gelegd. De rest van de onvolledige pil of de bulkmedicatie wordt bewaard in de verpakking in de patiëntenvoorraad op naam van de patiënt. **(AV)**
- Op de afdeling A tempo werden meerdere losse pillen of onvolledige pillen teruggevonden in de klaargezette medicatie in de medicatiekar. Bij controle van de resterende onvolledige pillen in de voorraad zaten deze niet in een gesloten verpakking: **(TK)**
 - Indien bulkmedicatie niet herverpakt wordt dient deze klaargezet te worden in een verpakking met duidelijke vermelding van de productnaam en dosis of niet op voorhand klaargezet en rechtstreeks uit de verpakking gehaald op het moment van toediening.
 - Het opnieuw opbergen van onvolledige pillen in de originele verpakking is enkel toegelaten wanneer men de sluiting van de resterende pil kan garanderen. In dit geval wordt de te gebruiken partiële pil klaargelegd in de medicatiebakjes voor de volgende dag. De resterende onvolledige pil wordt bewaard in de blister of apart recipiënt, waarop de productnaam, -dosis en vervaldatum zichtbaar zijn. Indien dit niet mogelijk is, wordt de resterende onvolledige pil na het klaarzetten verwijderd onder de geldende regels van medisch afval.

Bij controle van de klaargezette medicatie op andere afdelingen, tijdens de tweede dag van de audit, bleek de apotheker reeds aanpassingen te hebben doorgevoerd om te voldoen aan de eisen in het

referentiekader. Deze aanpassingen dienen uitgeschreven te worden in de procedure “medicatie-distributie” en duidelijk gecommuniceerd te worden aan alle verpleegkundigen. Dit kan bijvoorbeeld in de hierboven aangehaalde vorming rond medicatie.

- Op de afdeling Moderato krijgen de patiënten hun medicatie voor een volledige week; de patiënten beheren hun medicatie in principe vervolgens zelf. De afdeling verzamelt evenwel de Antabuse-tabletten van verschillende patiënten, om toezicht te houden op de regelmatige inname ervan. **(AV)** De verschillende tabletten worden evenwel samen bewaard, zonder dat er nog zicht is op de vervaldata en op de persoonlijke voorraad van de betrokken patiënten. **(TK)** Persoonlijke medicatie dient steeds op naam van de patiënt bewaard te worden.
- Op afdeling A Tempo zetten patiënten ter voorbereiding van ontslag zelf hun medicatie klaar in weekboxen, onder begeleiding van de verpleegkundige. Ze krijgen hierbij zelf de verantwoordelijkheid over hun medicatie-inname. **(SP)**
- Er is een duidelijke procedure voor controle van de vervaldata van medicatie en voor de controle van de temperatuur van de medicatiekoelkasten in de apotheek en op de afdelingen. De temperatuur van deze koelkasten wordt continu gelogd. De koelkast van de apotheek beschikt bovendien over een continu centraal meet- en meldingssysteem, aangesloten op het alarmsysteem aan de receptie. Voor de koelkasten op de afdeling worden de loggers visueel gecontroleerd op alarm tijdens de dagelijkse rondgang van de apothekers op de afdeling tijdens wekdagen. **(AV)** De temperatuur van de koelkasten dient evenwel dagelijks gecontroleerd te worden, ook tijdens weekends en op feestdagen. **(TK)**

Resultaten

- Er is een geneesmiddelenformularium opgesteld voor het ziekenhuis. Bij voorstel tot substitutie dient door de apotheker per mail aan de arts om toestemming te worden gevraagd. **(AV)** Ongeveer 57% van de medicamenten wordt buiten het formularium afgeleverd. **(TK)** Dit is een zeer groot aandeel in vergelijking met andere psychiatrische ziekenhuizen. De oorzaak van dit hoge cijfer dient grondig bekeken te worden om na te gaan hoe men dit aandeel in de toekomst kan verminderen.
- Ongeveer 85% van de geneesmiddelen wordt geleverd in unitdosis. Het grootste deel van de medicatie die niet geleverd wordt in unitdosis, wordt door de apotheker zelf herverpakt in unitdosis, waardoor minder dan 5% van de medicijnen niet in unitdosis kan afgeleverd worden aan de afdeling. **(SP)**
- De apothekers trachten regelmatig deel te nemen aan projecten rond klinische farmacie. Recent werd er meegewerkt aan een onderzoek rond impact van sommige geneesmiddelen bij beweging. **(AV)**

7.4 AGRESSIEBELEID EN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELN

Situering

- De toepassing van het beleid over agressiebeheersing en vrijheidsbeperkende maatregelen werd op verschillende afdelingen getoetst.
- De gesloten circuits (livingruimte, gang, tuin, afzonderingskamers en prikkelarme ruimten) van de afdelingen Da Capo en Legato werden bezocht.
- Er gebeuren in PC Sint-Hiëronymus geen afzonderingen in een gewone kamer.
- Gedwongen opnames worden uitgevoerd op de afdelingen Portato, A Tempo, Legato en Da Capo.
- Op de afdelingen Da Capo en Legato werden 3 patiëntendossiers gecontroleerd van patiënten die in afzondering verbleven.

Beleid

- Naast de Strategische doelstelling 2016-2020 : “We hebben tegen eind 2020 een gedragen en uitgebouwde visie rond kwalitatieve en patiëntveilige vrijheidsbeperkende maatregelen geïmplementeerd”, zijn er in het ziekenhuis verschillende documenten op het gebied van omgaan met dreigend destructief gedrag en vrijheidsbeperkende maatregelen: **(AV)**
 - aanzet visietekst Kwaliteitszorg vrijheidsbeperkende maatregelen;
 - ziekenhuisbrede visietekst omgaan met dreigend en destructief gedrag;
 - procedure omgaan met Dreigend Destructief Gedrag;
 - procedure afzonderen;
 - procedure fixeren;
 - omgaan agressief gedrag, Legato;
 - omgaan met geweld, Da Capo;
 - visietekst Lento.
- In de ziekenhuisbrede visieteksten en de procedures komt het streven naar een fixatie-arm en afzonderings-arm beleid (en de gefaseerde opbouw) niet duidelijk naar voren. **(TK)** Zo wordt in de procedure “fixeren van patiënten”, die ook over afzonderen gaat, pas in stap 7 aangehaald dat fixeren een beschermingsmiddel is dat slechts bij hoge uitzondering mag toegepast worden. Tevens is er in de teksten en procedures geen aandacht voor andere vrijheidsbeperkende maatregelen, bv. beperking in participatie, beperking van contact,... specifiek voor een patiënt of patiëntengroep.
- Uit gesprekken en brochures blijkt dat bij gedwongen opgenomen patiënten (in het kader van herstelgerichte zorg) bij elk individu afzonderlijk gekeken wordt wat er op dat moment aangewezen is en dat het statuut gedwongen opname de behandeling van de patiënt niet mag bepalen. **(AV)** Eventuele

afwijkingen inzake bezoeksregeling, overleg met de patiënt en de familie, worden best schriftelijk geëxpliciteerd. **(Aanb)**

- In juni 2016 was er een studiedag met als thema “familie mee op slot als sleutel tot een open deur”, waaruit het idee kwam om een denktank op te richten met familieleden en hulpverleners om familie meer te betrekken in de crisiswerking. **(SP)**
- Bij de procedures rond fixeren en afzonderen van patiënten kunnen volgende verbeterpunten omschreven worden: **(TK)**
 - De mogelijke indicaties voor afzondering zijn vaag en breed omschreven.
 - Het medisch toezicht tijdens afzondering is niet geëxpliciteerd: de tijdsspanne waarbinnen de arts de patiënt dient te onderzoeken, de frequentie van evaluatie door de arts in de afzonderingskamer, de frequentie van multidisciplinaire evaluatie samen met de arts,
 - In de afzonderingsprocedure is niet vermeld dat men uit veiligheidsoverwegingen voor de medewerkers steeds met minstens 2 personen in de afzonderingskamer dient binnen te gaan. Uit gesprekken blijkt dat dit wel verwacht wordt. Of er met twee medewerkers is binnengegaan in een afzonderingskamer is niet op te maken uit de neergeschreven observaties in de dossiers.
 - Er is geen frequentie van herevaluatie van de maatregel omschreven.
 - Patiënten worden, indien verblijf in een gesloten circuit of een afzondering nodig is, getransfereerd naar een afdeling met gesloten circuit of een vrije afzonderingskamer op een andere afdeling. Afspraken over het toezicht en het verloop van de transfer staan niet uitgewerkt in de procedure.

Middelen

- PZ Sint-Hiëronymus beschikt over een folder vrijheidsbeperkende maatregelen voor patiënten en één voor familie. Daarnaast beschikt de afdeling Legato over een folder voor patiënten i.v.m. het gesloten circuit (Lento). De brochure “Van gedwongen opname tot nazorg” wordt aan de betrokken patiënten gegeven. **(AV)**
- Op Da Capo zijn 3 prikkelarme kamers, op Legato 6 (lentokamers). **(AV)**
- In de bezochte afzonderingskamers van de afdeling Da Capo werden volgende verbeterpunten vastgesteld: **(TK)**
 - via cameratoezicht is niet alles van de kamer zichtbaar op de monitor; daarom wordt aan patiënten gevraagd om binnen het camerazicht te blijven;
 - patiënten moeten soms gefixeerd worden omdat de afzonderingskamer niet gecapitonneerd is en scherpe randen bevat (bv. van de verluchttingsrooster).
- De afdelingen Legato en Da Capo beschikken elk over twee mobiele beloproepen (knop die met velcro-hechting vastgemaakt wordt) waardoor ook gefixeerde patiënten een medewerker kunnen oproepen. **(AV)**

Medewerkers

- Er bestaat in het PC sinds jaren een werkgroep DDG (dreigend destructief gedrag) die opleidingen verzorgt voor werknemers, procedures opvolgt en agressie-incidenten (na-)bespreekt. Daarnaast werd er naar aanleiding van een nieuwe visie op vrijheidsbeperkende maatregelen in 2015 een werkgroep Kwaliteitszorg vrijheidsbeperkende maatregelen opgericht. Beide werkgroepen werden gefusioneerd tot de Stuurgroep Kwaliteitszorg vrijheidsbeperkende maatregelen, die een stevig beleid wil uitwerken omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen, waar agressiebeheersing en crisiszorg deel van uitmaken (cfr. de strategische doelstellingen van het ziekenhuis). In de toekomst zou men willen werken in subgroepen om de verschillende thema's (visie, vorming,) uit te werken. De stuurgroep Kwaliteitszorg vrijheidsbeperkende maatregelen bestaat uit hoofdverpleegkundigen, verpleegkundigen van enkele afdelingen, een arts, de therapeutisch directeur, de directeur verpleging, een vaktherapeut, de coördinator van ZigZag, de stafmedewerkster verpleging en een medewerker van de sociale dienst. **(AV)**
- Vorming over agressiebeheersing en vrijheidsbeperkende maatregelen wordt aangeboden: **(AV)**
 - voor nieuwe medewerkers, binnen de drie maanden na indiensttreding;
 - voor verpleegkundigen en zorgkundigen is er een verplichte opleiding over afzonderen en fixeren;
 - voor alle medewerkers van het departement patiëntenzorg en de veiligheidsstewards is er een verplichte driejaarlijkse opfrissingcursus (4 sessies) over de algemene kennis van DGG (omgaan met agressie);
 - op vraag van teams of afdelingen.

De opleiding i.v.m. afzonderen en fixeren wordt nagenoeg door alle verpleegkundigen en zorgkundigen van de afdeling gevolgd. **(AV)**

Processen

- Patiënten worden niet afgezonderd in een gewone kamer. **(AV)**
- Er wordt niet geregistreerd hoeveel gedwongen opgenomen patiënten al dan niet in een afzonderingskamer worden opgenomen en al dan niet worden gefixeerd. **(Aanb)**
- Er zijn verbetermogelijkheden op het vlak van de praktische uitvoering van de afzonderingen: **(TK)**
 - Er is niet bepaald wat precies moet geobserveerd worden tijdens een afzondering, waardoor de notities erg verschillen van casus tot casus. Soms staat er enkel "slaapt" en soms is er een uitvoerige beschrijving van gedrag en fysieke elementen.
 - Het is niet duidelijk wanneer vitale parameters genoteerd moeten worden.
 - Het is uit de notities op de toezichtschema's niet uit te maken of het toezicht gebeurde door visuele controle door het raampje van de deur, via cameratoezicht of door binnen te gaan.
 - Patiënten worden niet systematisch bevraagd rond hun beleving na afzonderen (al dan niet met fixatie), wat wel in de procedure staat beschreven.
 - Uit gesprek blijkt dat elke middag, ook in het weekend, de patiënten opgenomen in het gesloten circuit gezien worden door een arts. **(AV)** Dit is niet op te maken uit het dossier. **(TK)**

Resultaten

- In 2015 werden er 128 agressie-incidenten gemeld. **(AV)**
- In 2015 gebeurden er 99 afzonderingen in de afzonderingskamers; hierbij werden 43 patiënten gefixeerd. **(AV)**
- Afdelingen krijgen cijfers i.v.m. vrijheidsbepenkende maatregelen teruggekoppeld en weten dat deze cijfers moeten dalen, maar een concreet streefdoel is er niet. **(Aanb)**

7.5 SUÏCIDEBELEID

Beleid en strategie

- Er bestaan op ziekenhuisniveau verschillende documenten op het gebied van suïcidepreventie: **(AV)**
 - Sneuveltekst juni 2016 Suïcidepreventieplan, een ziekenhuisbrede visietekst gebaseerd op de visietekst van 2009;
 - Ziekenhuisbrede procedure “Begeleiding en behandeling suïcidepoging/suïcide”;
 - Suïcidepreventiebeleid van de afdeling Da Capo;
 - Suïcidebeleid van de afdeling Legato.
- Recent werd een nieuwe werkgroep suïcidepreventiebeleid opgestart (die om de twee maanden bijeenkomt) met als doelstelling het optimaliseren van preventiestrategieën ten aanzien van suïcidali-teit en het zoeken naar de meest effectieve hulpmiddelen in de omgang met deze problematiek. **(AV)** Aanbeveling om ook een arts op te nemen in de werkgroep. **(Aanb)**
- Naar aanleiding van een gevolgde externe vorming, de aandacht van de overheid voor suïcide en de externe kwaliteitsaudit in het kader van de indicator “suïcidepreventiebeleid” van het Vlaams indica-torenproject GGZ” wordt de volgende maanden de visietekst actueel gemaakt en een ziekenhuis-breed vormingstraject uitgewerkt. **(AV)**
- Bij de procedures voor suïcidepreventie kunnen volgende bemerkingen gemaakt worden: **(TK)**
 - De ziekenhuisbrede procedure “Begeleiding en behandeling suïcidepoging/suïcide” omvat vooral richtlijnen over wie er moet verwittigd worden bij een suïcidepoging en geslaagde suïcide.
 - De procedure dient aangevuld te worden met gegevens uit de ziekenhuisbrede visietekst en:
 - de begripsomschrijving (cfr. visietekst);
 - het te volgen stroomdiagram bij opname van een suïcidale patiënt;
 - de verwachtingen inzake de inschatting van het suïciderisico (waarbij het duidelijk is wie ver-antwoordelijk is om bij opname een inschatting (subjectief dan wel aan de hand van een gestandaardiseerde vragenlijst of gevalideerd screeningsinstrument) te maken van het suïciderisico, en wat de frequentie van herevaluatie dient te zijn;

- de te nemen beschermende maatregelen en/of de elementen waaruit het verhoogd toezicht dient te bestaan in functie van het ingeschatte risico;
 - de afspraken rond dossiervorming in dit verband (plaats waar dit genoteerd wordt, hoe genoteerd wordt dat bevraging/screening is gebeurd, notities bij verhoogd toezicht, ...);
 - het vormingsbeleid van medewerkers omtrent het omgaan en werken met een suïcidale patiënt;
 - het registratiesysteem van suïcides en van suïcidepogingen;
 - de afspraken omtrent hoe te handelen bij een onrustwekkende verdwijning van een suïcidale patiënt.
- o Er dient naar gestreefd te worden om het beleid en de werkwijzen ziekenhuisbreed op elkaar af te stemmen (wat nu niet het geval is; zie bv. manieren van risico-inschatting op afdelingen Da Capo en Legato). Dit maakt de zaken duidelijker voor medewerkers die met cliënten van verschillende afdelingen werken (o.m. vaktherapeuten, medewerkers mobiele equipe, nachten, ...). Ook de toenemende communicatie met externen wordt op deze manier gefaciliteerd.

We bevelen ook aan om ander zelfverwondend gedrag in de procedure mee te nemen. **(Aanb)**

Middelen

- Er zijn geen afspraken hoe of waar in het EPD de notities over de inschatting van het suïciderisico genoteerd dienen te worden. **(TK)**

Het dient ten allen tijde voor iedereen duidelijk te zijn:

- o waar deze informatie dient ingegeven te worden en kan teruggevonden worden;
- o of dit aspect al dan niet reeds bevroegd is geweest.

We bevelen aan om hiervoor een specifiek veld te voorzien in DIS, waardoor ook op geautomatiseerde wijze cijfergegevens kunnen gegenereerd worden over dit zorgaspect. **(Aanb)**

- We bevelen aan om, naast de risicoanalyse die reeds op de afdelingen Da Capo en Legato gebeurde, een algemene risicoanalyse uit te voeren van de veiligheid van de infrastructuur. Op deze manier is er een overzicht van risico's en kunnen prioriteiten bepaald worden inzake risicobeperking, vooral met het oog op suïcidepreventie (bv. handdoekstangen in de sanitaire ruimtes, deurklinken).

Bij een dergelijke risicoanalyse moet er ook aandacht gaan naar hoog-risico-infrastructuur in de omgeving van het ziekenhuis. **(Aanb)**

Medewerkers

- Er werd nog geen interne vorming gegeven over suïcidepreventie in het PC Sint Hiëronymus. **(TK)** We bevelen aan deze vormingssessies verplicht te laten volgen voor alle nieuwe medewerkers en voor alle medewerkers van de afdelingen. **(Aanb)** Extern werd door enkele medewerkers reeds vorming gevolgd. **(AV)**

Processen

- De toepassing van het suïcidepreventiebeleid werd op verschillende afdelingen getoetst. **(AV)**
- Het inschatten van het suïciderisico tijdens een opname en het documenteren hiervan in het patiëntendossier gebeurt onvoldoende gesystemiseerd. **(TK)**
- Uit gesprek en uit nazicht van patiëntendossiers (3 van de 4) blijkt dat wanneer er geen risico is, dit ook niet wordt genoteerd in het dossier. Op deze wijze is het niet duidelijk of de risico-inschatting al dan niet gebeurd is. **(TK)**
- Wanneer een medewerker een incident (bv. een suïcidepoging) meldt via het meldingsloket DIS, kan hij aangeven welke impact het incident op hem had en of opvang door de nazorgploeg gewenst is. **(SP)**

Resultaten

- In 2015 waren er 8 suïcidepogingen op de campus; er werden geen gelukte suïcides via het incidentmeldingssysteem gemeld. **(AV)**
- Nabespreking gebeurt op teamniveau. **(AV)**
- Een systematische analyse door een multidisciplinair team met mensen die niet direct bij het incident betrokken waren kan verhelderend en verbeterend zijn, zonder culpabiliserend te zijn. Ook een proactieve risicoanalyse zou op dit vlak nuttig kunnen zijn. **(Aanb)**

7.6 PATIËNTENRECHTEN, OMBUDSFUNCTIE EN KLACHTENMANAGEMENT

- Informatie aan patiënten over patiëntenrechten en de ombudsdienst verloopt via verschillende kanalen: **(AV)**
 - Op de website van het ziekenhuis zijn, op de pagina van de ombudsdienst, de contactgegevens van de ombudspersoon terug te vinden en wordt verwezen naar de wet op de patiëntenrechten.
 - In de informatiebrochure van het ziekenhuis wordt de werking van de ombudsdienst beschreven. In deze brochure vindt men ook een beknopte verwijzing naar de wet op de patiëntenrechten terug.
 - Op alle afdelingen hangt een affiche met de contactgegevens van de ombudspersoon en liggen persoonlijke folders van de ombudsdienst ter beschikking van de patiënten. Ook de folder van de federale overheid betreffende de wet op de patiëntenrechten ligt ter beschikking op de afdelingen.
 - ⊖ Tijdens haar wekelijkse rondgang op de afdelingen stelt de ombudspersoon zich voor aan nieuwe patiënten.
 - De ombudspersoon geeft geregeld presentaties op de afdelingen voor patiënten rond de werking van de ombudsdienst en de wet op de patiëntenrechten.

- Hoewel de informatie rond de ombudsdienst goed verspreid wordt binnen het ziekenhuis en de ombudspersoon zeer laagdrempelig kan werken is er toch nog wat ruimte voor verbetering: **(Aanb)**
 - In de informatiebrochure van het ziekenhuis wordt bij het hoofdstuk rond de wet op patiëntenrechten niet verwezen naar de brochure van de federale overheid. Aangezien de focus in de ziekenhuisbrochure duidelijk op dossierinzage ligt, lijkt een verwijzing naar meer informatie over de andere patiëntenrechten ons aangewezen.
 - Op de website staat vermeld dat de patiënt zich bij klachten eerst dient te richten tot de betrokkene en indien dit geen oplossing biedt men terecht kan bij de ombudspersoon. Het lijkt ons aangewezen om dit minder sturend te formuleren naar analogie met de info in de onthaalbrochure: het moet voor patiënten duidelijk zijn dat zij ten allen tijde rechtstreeks bij de ombudspersoon terecht kunnen, zodat de drempel om contact op te nemen zo laag mogelijk wordt gehouden. Dit hoeft niet in tegenspraak te zijn met een voorkeur om eventuele ongenoegens direct met de betrokken hulpverleners te bespreken.
 - Op de websitepagina van de ombudsdienst verwijst men via een link naar de folder van de federale overheid over de patiëntenrechten. Bij het aanklikken van deze link komt men terecht op de algemene website van de FOD Volksgezondheid en is nog enig zoekwerk nodig om de brochure te vinden. Om de klantvriendelijkheid te verhogen lijkt het ons nuttig een rechtstreekse link te leggen of de brochure op de website van het ziekenhuis te plaatsen.
 - De verschillende infokanalen over de ombudsdienst (website, onthaalbrochure, persoonlijke folder, affiche) vermelden verschillende permanentie- en consultatie-uren. Om verwarring bij patiënten te vermijden is het aanbevolen om de informatie aan te passen waar nodig.
- Patiënten kunnen beroep doen op een externe ombudspersoon; deze is in dienst van het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Oost-Vlaanderen (PopovGGZ vzw). Ze vervult deze functie in het PZ Sint-Hiëronymus sinds oktober 2015. Elke maandagvoormiddag is ze 3 uur aanwezig in het ziekenhuis. Ze gaat wekelijks langs op alle afdelingen, ook op de gesloten circuits. Tijdens deze rondgang leegt ze de brievenbussen, die op elke afdeling aanwezig zijn, en maakt ze van de gelegenheid gebruik om kennis te maken met nieuwe patiënten en medewerkers. Daarnaast houdt ze elke maandagvoormiddag tussen 11u00 en 12u00 permanentie in een gesprekslokaal aan het onthaal. **(AV)**
- Bij afwezigheid wordt de ombudspersoon vervangen door een collega van het overlegplatform. **(AV)**
- De ombudspersoon staat in het organogram vermeld onder de algemeen directeur, bij de wettelijke adviesorganen. **(TK)** Het organogram dient duidelijk te maken dat de ombudspersoon niet tot de organisatie behoort en als onafhankelijke handelt.
- De ombudspersoon is van opleiding licentiate in de rechten. Gezien haar recente indiensttreding bij PopovGGZ dient zij de basisopleiding bemiddeling nog te volgen. De ombudspersoon nam wel reeds deel aan verschillende vormingen m.b.t. haar functie. **(AV)**
- Het ziekenhuis beschikt over een huishoudelijk reglement voor de ombudsfunctie dat werd opgesteld door PopovGGZ. **(AV)**

- Er is geen klachtenprocedure opgesteld door het ziekenhuis. Bij klachtbemiddeling volgt de ombudspersoon de klachtenprocedure van PopovGGZ. Deze procedure is niet beschikbaar ter inzage voor de patiënten. **(TK)**
Bij het uitschrijven van een specifieke klachtenprocedure voor het ziekenhuis is het aanbevolen om deze te beschrijven in overzichtelijke en gebruiksvriendelijke flowcharts voor alle doelgroepen (patiënten, personeel, familie, ...). **(Aanb)**
- De ombudspersoon gaf recent een vorming voor personeelsleden, patiënten en ervaringsdeskundigen rond patiëntenrechten, omgaan met klachten en inzet van vertrouwenspersonen. **(AV)** Er is geen vorming voorzien rond patiëntenrechten en klachtenprocedure voor nieuwe medewerkers. Het valt aan te bevelen om dit te integreren in de inscholing. **(Aanb)**
Artsen krijgen geen vorming rond patiëntenrechten, klachtenprocedure of ombudsfunctie. **(TK)**
- Jaarlijks maakt de ombudspersoon een verslag met een geanonimiseerd overzicht van de klachten, het voorwerp van de klachten en het eventuele resultaat. In dit verslag worden ook aanbevelingen gegeven ter voorkoming en herhaling van bepaalde klachten. Dit verslag wordt schriftelijk bezorgd aan de leden van het directiecomité en aan de hoofddarts; het verslag wordt ook mondeling toegelicht.
Deze aanbevelingen worden op regelmatige basis opgevolgd door de ombudspersoon. Een aantal aanbevelingen hebben reeds geleid tot verbeteracties en veranderingen in het beleid. **(AV)**
- Er is een procedure rond inzage in het patiëntendossier. **(AV)** Hierin kunnen een aantal aanpassingen zorgen voor verduidelijking: **(Aanb)**
 - Het is niet duidelijk wat bedoeld wordt met “stop” nadat er tussen arts en patiënt een gesprek plaats vond rond: “informatie naar de gezondheidstoestand en de vermoedelijke evolutie ervan”.
 - Uit de procedure blijkt niet dat nog steeds een inzage en/of afschrift van het dossier kan volgen, indien de vraag tot inzage betrekking had op informatie rond de gezondheidstoestand en deze vraag beantwoord werd na een gesprek met de behandelende arts.
- Er blijken mogelijkheden te zijn om, mits gegronde redenen en na gesprek, te veranderen van psychiater, maar dit staat nergens uitgeschreven. We bevelen aan het beleid hierrond te expliciteren en wanneer nodig ook aan te passen. **(Aanb)**
- Een aantal procedures dienen nog te worden uitgeschreven: **(TK)**
 - vrije keuze arts / zorgverlener;
 - het krijgen van een second opinion;
 - weigering van de behandeling;
 - ontslag tegen medisch advies.

8 RESULTATEN

8.1 TOEGANKELIJKHEID

- Het ziekenhuis richt zich op volwassenen met langdurige en ernstige psychiatrische aandoeningen, verslavingsproblematiek, psychotische problematiek, persoonlijkheidsstoornissen en psycho-organische stoornissen. Patiënten die zich aanmelden met angst- of stemmingsstoornissen worden in het kader van een samenwerkingsakkoord doorverwezen naar APZ Sint-Lucia. Minderjarigen kunnen in AZ Nikolaas terecht. **(AV)**
Voor een aantal doelgroepen is in Sint-Niklaas geen aanbod voorhanden (bv. mensen met een verstandelijke beperking en psychiatrische problemen, mensen met een autistische problematiek). Het verdient sterke aanbeveling om voor de niet-bediende doelgroepen een oplossing uit te werken, hetzij binnen het Netwerk GG ADS, hetzij via supraregionale afspraken. **(Aanb)**
- Alle aanmeldingen en (interne) transferaanvragen worden gecentraliseerd en gecoördineerd door de opnamecoördinator, die ook instaat voor het intakegesprek. Deze aanvragen worden gebundeld en elke ochtend besproken op het Opnamecomité, waar alle artsen, hoofdverpleegkundigen, de therapeutisch directeur en de verpleegkundig directeur aanwezig zijn. **(AV)**
- Bij gerichte, acute crisisvragen (bv. via een huisarts) bekijken de artsen onderling wie er een dringende raadpleging kan voorzien. **(AV)** Elke cliënt of familielid kan, indien gewenst ook een afspraak maken met de opnamecoördinator of kan, buiten de kantooruren, terecht op afdeling Da Capo of Legato (in beurtrol) voor een dringend consult. **(SP)**
- De wachtlijsten voor opname fluctueren sterk in de tijd, maar zijn meestal beperkt.
Bij acute nood aan een opname (bv. bij suïcidaliteit, psychotische decompensatie, gevaarsituatie, gedwongen opname, ...) bekijkt men in afstemming met de hoofdarts op welke afdeling de cliënt onmiddellijk kan worden opgenomen.
Bij dringende aanvragen waarvoor het ziekenhuis op korte termijn geen oplossing kan bieden wordt gericht en actief doorverwezen naar andere hulpverlening **(AV)**
- Poliklinische afspraken bij de psychiaters zijn enkel mogelijk voor gekende patiënten, en dit om de nu al niet onaanzienlijke wachtlijsten (afhankelijk van de arts van 3 weken tot meerdere maanden) niet al te lang te laten worden. **(AV)**
- Er is een 24/24u telefonische permanentie voor de patiënten van Moderato en Da Capo door verpleegkundigen van Da Capo. Op momenten dat ze het moeilijk hebben, kunnen patiënten steeds contact opnemen voor ondersteuning in het toepassen van nieuwe vaardigheden in hun persoonlijke context. **(SP)**
- Het ziekenhuis doet inspanningen om opnames betaalbaar te houden voor financieel behoeftigen. Bij afbetalingsproblemen wordt in samenspraak met de cliënt een afbetalingsvoorstel uitgewerkt, wordt gezocht naar mogelijkheden om het inkomen te doen verhogen (via sociale voordelen, uitkeringen en/of werk) en wordt bekeken hoe de kosten kunnen verlaagd worden. **(AV)**

8.2 TEVREDENHEID PATIËNTEN EN MEDEWERKERS

8.2.1 Patiëntentevredenheid

- Binnen het ziekenhuis wordt de patiëntentevredenheid op verschillende manieren in kaart gebracht: **(AV)**
 - Er is een jaarlijkse bevraging inzake behandeltevredenheid op de afdelingen Da Capo en Moderato, aan de hand van een digitale vragenlijst. Aan de hand van de resultaten wordt het zorgprogramma onder de loep genomen zodat het dichter aanleunt bij de noden van de zorgvrager.
 - Iedere patiënt die ontslagklaar is of getransfereerd wordt naar een andere afdeling, krijgt de mogelijkheid een tevredenheidsenquête in te vullen. De ontslagenquêtes worden maandelijks verwerkt in de nieuwsbrief kwaliteit en patiëntveiligheid en zowel de ontslagenquêtes als de enquêtes bij intramurale patiëntentransfer worden jaarlijks opgenomen in een jaarverslag dat wordt doorgenomen met directie en hoofdverpleegkundigen.
 - In 2014 werd een bevraging gedaan bij patiënten van alle afdelingen omtrent de kwaliteit van de maaltijden.
 - WEP-leden (zie 8.3) kunnen op vraag van de afdelingen bevragingen van cliënten organiseren. Dit gebeurde reeds voor volgende afdelingen:
 - Legato: bevraging over het afdelingsaanbod en afdelingsomgeving (maart 2016);
 - Portato: bevraging over ervaringen die bij hen leven rond thema eenzaamheid en drempels naar voorzieningen in de maatschappij (april 2016);
 - A Tempo: bevraging bij therapeuten rond aanbod van de afdeling (januari 2016); dit zal ook nog gebeuren bij cliënten.
- De tevredenheidsmetingen leiden ook tot concrete verbeteracties en –plannen. **(AV)**

Enkele voorbeelden:

 - Het voorzien van een therapeutische (en dus niet enkel verpleegkundige) mobiele equipe en een hervorming van het open aanbod om weggevallen therapieën op te vangen bij afwezigheid van een therapeut.
 - Het ombouwen van 4-persoonskamers op de afdeling Portato naar éénpersoonskamers.
 - Het voorzien van een stille ruimte op de afdeling Moderato.
 - Aankoop van extra gezelschapsspelen.
 - Beslissing tot het plaatsen van betere buitenverlichting.
 - Het voorzien van permanentie tijdens overdrachtmomenten.
 - Wifi op de afdeling.
 - Het aanbrengen van doorschijnende folie op de ramen van patiëntenkamers, gesprekskamers en badkamers met het oog op het verhogen van de privacy
 - De bevraging over de tevredenheid van de maaltijden resulteerde in de oprichting van de werkgroep “SWILL” (bestaande uit het diensthoofd keuken, 2 koks, het diensthoofd restauratieve medewerkers en 2 restauratieve medewerkers). Deze werkgroep komt 4 keer per jaar samen en

bekijkt o.m. hoe de kwaliteit van de maaltijden (portie, assortiment, aanbod, kwaliteit, afvalproductie) verhoogd kan worden. Hieruit is ook voortgevloeid dat het diensthoofd van de keuken regelmatig aansluit op overlegmomenten met patiënten die per afdeling georganiseerd worden om de kwaliteit van de maaltijden te verbeteren.

- Het verbeteren van intra- en extramurale communicatie werd weerhouden als strategische doelstelling omtrent continuïteitsmanagement bij het nieuwe beleidsplan 2016-2020.

8.2.2 Medewerkerstevredenheid

- Om de vier jaar wordt een medewerkerstevredenheid uitgevoerd in samenwerking met Bing Research. De laatste keer gebeurde dit in 2013; een volgende meting is voorzien in 2017. **(AV)**
- De meest recente meting kende een bijzonder hoge participatie: 85% van alle uitgenodigde medewerkers nam deel. De resultaten werden teruggekoppeld op ziekenhuisniveau en op afdelings- of dienstniveau. **(AV)** Over het algemeen zijn de medewerkers van PC Sint-Hiëronymus uitermate loyaal aan hun werkgever en sterk bovengemiddeld tevreden. Ook de reeds vermelde grote veranderbereidheid komt uit de meting naar voren. **(SP)**
- De medewerkerstevredenheidsmetingen leiden ook tot concrete verbeteracties en –plannen. **(AV)**
Enkele voorbeelden:
 - Er werd een communicatieplan opgesteld, met onder meer volgende elementen:
 - Het op punt stellen van het intranet, zodat het enerzijds een instrument is waarmee afdelingen, diensten en werkgroepen elkaar informeren, maar waarmee de directie ook beleidsinfo kan verspreiden.
 - Het opmaken van nieuwe fiches omtrent sommige overlegorganen (managementteam, directiecomité, OOZ, OLI).
 - Het opzetten van de GINO-campagne (zie ook hoger) rond de veranderingen in het zorglandschap, zodat alle medewerkers beetje bij beetje voeling krijgen met de vermaatschappelijking van de zorg.
 - Binnen de jaarlijkse 3-daagse met alle afdelingshoofden wordt 1 dag voorbehouden ter bespreking van / feedback geven over bepaalde thema's met de directie.
 - Organiseren van vaste infomomenten waar directie samen met de leidinggevenden tijd neemt om de veranderingen m.b.t. art. 107 in overschouwing te nemen.
 - CAO 104: het HRM-team heeft een ontwerptekst opgemaakt om hieraan tegemoet te komen aan de collectieve arbeidsovereenkomst over de uitvoering van een werkgelegenheidsplan voor oudere werknemers.
 - De werkgroep psychosociale risico's heeft een inventarisatie gemaakt van de bestaande initiatieven en het huidig beleid omtrent het psychosociaal welzijn, met nadien een inventarisatie van de noden en de prioritering van acties.
 - Het uitwerken van een VTO-beleid om tegemoet te komen aan de gedetecteerde noden met het uittesten van een tool om het VTO-beleid vorm te geven.

8.3 PATIËNT- EN FAMILIEGEORIËNTEERDE ZORG

8.3.1 Patiëntgeoriënteerde zorg

- Het ziekenhuis geeft op verschillende manieren blijk van een grote aandacht voor patiëntgeoriënteerd werken. **(SP)**
 - Op verschillende afdelingen zijn patiënten systematisch aanwezig bij teambesprekingen. Dit is zo op Da Capo (behalve voor patiënten die nog in crisisopname verblijven), Moderato en Largo. Op A Tempo en Legato zijn patiënten niet systematisch maar wel soms aanwezig bij de teambespreking.
 - Op afdeling A Tempo, waar men vooral werkt met Korsakov patiënten, vormt het luik “agenda-werking” de basis van de therapeutische werking. Er werd een agenda ontworpen waarin verschillende rubrieken terug te vinden zijn (o. a. persoonlijke informatie, financiële informatie, behandeling, verslagen wekelijkse overlegmomenten, afspraken rond medicatiegebruik, afspraken en contract rond alcoholgebruik, strategie,...). Er wordt aangeleerd om deze agenda consequent te gebruiken door de patiënt zelf en iedereen die met de zorg van de patiënt betrokken is (familie, vrienden, zorgverleners). Dit biedt rust en voorspelbaarheid voor de patiënt, en dient als een soort dagboek waardoor de patiënt kan terugkijken naar wat er is gebeurd; het maakt het ook mogelijk om zaken te plannen waardoor de zelfredzaamheid van de patiënt geleidelijk aan wordt bevorderd. Het streefdoel is dat de patiënt zijn agenda volledig zelfstandig kan beheren met het oog op re-integratie in de maatschappij.
 - Er is een Werkgroep Ervaringsinzet en Participatie (WEP), grotendeels bestaande uit ervaringsdeskundige vrijwillers, die een steeds belangrijkere rol krijgt in het ziekenhuis. Deze werkgroep krijgt substantiële financiële steun van het ziekenhuis.
WEP werkt rond drie pijlers:
 1. Herstelverhalen en stigma: de ervaringsdeskundigen ontwikkelen eigen herstelverhalen en delen deze met cliënten, hulpverleners en anderen;
 2. Ervaringswerken met cliënten: de ervaringsdeskundigen werken mee aan het groepsaanbod dat georganiseerd wordt vanuit afdelingen en organiseren ook zelf een groepsaanbod naar cliënten, zoals de cursus “Herstellen doe je zelf” en het begeleiden van lotgenotengroepen.
 3. Participatie: ervaringsdeskundigen participeren actief in diverse overlegfora binnen het ziekenhuis en binnen het Netwerk GG ADS. Op die manier wil men de stem van cliënten helpen vertolken en op die manier helpen bouwen aan een ggz die nog beter aansluit bij hun wensen en behoeften.
- Per pijler heeft de WEP de afgelopen jaren een aantal zaken gerealiseerd.
- Pijler herstelverhalen en stigma:
 - In 2013 werd een aparte werkgroep opgericht, begeleid door WEP-leden, die cliënten ondersteunt om hun herstelverhaal op papier te zetten. Deze werkgroep komt ongeveer maandelijks samen.
 - Deze groep ontwikkelde in 2015 ook een brochure rond het schrijven van herstelverhalen.
 - De WEP brengt herstelverhalen in hogescholen (sinds enkele jaren) en in middelbare scholen (sinds 2016), en werkt zo aan destigmatisering.

- Pijler ervaringswerken met cliënten
 - WEP-leden hebben, in samenwerking met de afdelingen, hun bijdrage aan bepaalde onderdelen van het zorgprogramma op een aantal afdelingen. Doelstelling is om hun ervaring hierin te zetten en patiënten zo te ondersteunen in hun herstel. Daarnaast organiseren WEP-leden afdelingsoverschrijdend verschillende trainingen die patiënten kunnen ondersteunen in hun herstel.
 - De WEP is bezig met het uitwerken van een permanentiesysteem om zo de mogelijkheid te bieden tot een individueel gesprek met een ervaringsdeskundig WEP-lid omtrent herstel, ervaringsdeskundigheid, lotgenotencontact...
 - De WEP werkt aan een gedragscode voor de ervaringsdeskundigen.
- Pijler participatie
 - WEP-leden hebben op een aantal afdelingen de taak om de cliëntenraad van de afdeling te ondersteunen en te coachen (op Legato sinds 2012, op A Tempo sinds 2014).
 - WEP-leden kunnen op vraag van de afdelingen bevestigingen van cliënten organiseren.
 - WEP werkt aan de voorbereiding van de installatie van een centrale cliëntenraad die de belangen van cliënten uit het netwerk rond PC Hiëronymus vertegenwoordigt (uitwerking werkdocument, huishoudelijk reglement etc..).
 - Verschillende WEP-leden participeren in overlegorganen of werkgroepen van PC Sint-Hiëronymus en van het Netwerk GG ADS.
- Op afdelingsniveau bestaan een aantal cliëntenraden die de stem van de cliënten helpen vertegenwoordigen in de verdere uitbouw van de afdeling:
 - Portato: tweewekelijks
 - A Tempo: tweewekelijks
 - Legato: tweewekelijks
 - Largo: tweewekelijks

Aan deze cliëntenraden nemen geen teamleden deel. Waar mogelijk en wenselijk ondersteunen WEP-leden de werking van deze cliëntenraden (zie hierboven).
- Daarnaast worden er op de verblijfsafdelingen ook bewonersvergaderingen (met deelname van teamleden) georganiseerd:
 - Portato: tweewekelijks; appartement: wekelijks
 - A Tempo: tweewekelijks
 - Legato: tweewekelijks
 - Da Capo: wekelijks
 - Largo: tweewekelijks
- Er werd een bevraging patiëntenparticipatie georganiseerd bij zorgverleners, in samenwerking met de FOD Volksgezondheid en UGent. In deze bevraging werd gepeild in welke mate iedere afdeling reeds bezig was met patiëntenparticipatie en welke noden werknemers ondervinden bij het verder integreren van patiëntenparticipatie.
- Er zijn verschillende zeer heldere en verzorgde brochures voor patiënten beschikbaar.

- Elke donderdag is er op afdeling Legato een “therapiemarkt”, waarbij de therapeuten de inhoud van de verschillende therapeutische activiteiten toelichten, zodat patiënten een geïnformeerde keuze kunnen maken.
- Er is zeer veel aandacht voor patiënten wier levenseinde nadert: er is een goed opgeleid Palliatief Support Team (PST), ook andere medewerkers krijgen informatie over palliatieve zorg (bv. aan de hand van een specifieke informatiebrochure voor de afdelingen) en er is een zeer uitgebreide zorgleidraad over euthanasie (uitgewerkt door de werkgroep Ethiek).
- Het creëren van een presentiegericht klimaat is één van de operationele doelstellingen van het beleidsplan 2016-2020.
- In 2014 werd tijdens 2 registratieperiodes (voor- en najaar) van 2 weken de directe patiëntentijd gemeten. Deze metingen worden de komende jaren regelmatig herhaald.

8.3.2 Familiegeoriënteerde zorg

- Het ziekenhuis geeft op verschillende manieren blijk van een grote aandacht voor familiegeoriënteerd werken. **(SP)**

Dit blijkt onder meer uit onderstaande voorbeelden.

- Sinds 2011 bestaat een Werkgroep KOPP. Het is onder meer de bedoeling dat elke ouder met schoolgaande kinderen tijdens de opname een KOPP-preventiegesprek aangeboden krijgt. Via dit gesprek wil men de cliënten met kinderen waar nodig versterken in hun ouderrol. Ook het kindvriendelijker maken van het ziekenhuis (bv. door de installatie van speelgoedboxen op elke afdeling, aan het onthaal en in de cafetaria) is een opdracht van deze werkgroep. Men wil de KOPP-werking binnenkort laten inkantelen in de werkgroep “Familiewerking”.
- In de loop van 2015 werden de afdelingen bevroegd naar het gevoerde familiebeleid. Daarbij werd door de medewerkers van het Familieplatform Geestelijke Gezondheid een onderzoek gevoerd naar de tevredenheid van familie (en naastbetrokkenen) van opgenomen patiënten over de geboden kwaliteit; het ziekenhuis werd ook beoordeeld op aspecten als duidelijkheid, familie-vriendelijkheid en ontvankelijkheid van het ziekenhuis.
Afdelingen gingen vervolgens aan de slag met de vastgestelde werkpunten. Het is de bedoeling om via de “Werkgroep familiewerking” ook ziekenhuisbreed een aantal werkpunten aan te pakken.
- Één en ander werd verwerkt in een rapport “Bouwstenen voor een familiebeleid PC Sint-Hiëronymus”.
- De samenwerking met het Familieplatform Geestelijke Gezondheid werd en wordt sindsdien verder gezet, onder meer rond volgende aspecten (die grotendeels nog in voorbereiding zijn):
 - een pilootproject rond een vertrouwenspersoon voor familie;
 - de organisatie van een studiedag rond familieparticipatie;
 - een onderzoek naar het bereiken van familie;
 - het systematisch bevragen van familie;
 - een peer-to-peer-project (Ypsilon);
 - het creëren van een neutraal platform buiten het ziekenhuis waar het ziekenhuisbeleid kan aan afgetoetst worden.

Hierrond werd een samenwerkingsovereenkomst ondertekend met het Familieplatform.

- Er is een werkgroep familiewerking (met participatie van een directielid, de communicatieverantwoordelijke, een vertegenwoordiging van alle afdelingen en vanuit de verschillende disciplines).
 - Sinds eind 2015 is er ook een “kerngroep familiewerking”. Deze wil bij een aantal nieuwe projecten (ziekenhuisbreed) kort op de bal te spelen i.s.m. het Familieplatform Geestelijke Gezondheid en externe partners. De kerngroep komt maandelijks samen en bestaat uit een beperktere delegatie leden vanuit de werkgroep (o.a. therapeutisch directeur, arts, stafmedewerker, ...).
 - Een stafmedewerker heeft de specifieke opdracht om de familiewerking uit te bouwen.
- Zoals hoger beargumenteerd denken we dat het belangrijk is om de duidelijk aanwezige intenties inzake het optimaliseren van de familiewerking ook erg concreet te operationaliseren en ook te evalueren aan de hand van objectieve indicatoren, beide tot op het niveau van de individuele patiëntenzorg. **(Aanb)** Een aantal steekproeven tijdens de audit leerden bv. dat in meerdere dossiers niets terug te vinden was rond contacten met familie.

8.4 CONTINUÏTEIT VAN ZORG

- “Continuïteitsmanagement” krijg veel aandacht in PZ Sint-Hiëronymus: **(SP)**
 - het verder uitbouwen van continuïteitsmanagement is één van de strategische doelstellingen in het Strategisch Beleidsplan 2016-2020;
 - om het beleid terzake uit te werken is een continuïteitsmanager aangesteld (tevens hoofd van de sociale dienst), die ook deel uitmaakt van het directiecomité;
 - er is een stuurgroep continuïteitsmanagement; deze groep komt zes keer per jaar samen en bestaat uit de continuïteitsmanager, de therapeutisch directeur, een vertegenwoordiging van de sociale dienst, een vertegenwoordiger van de verpleegkundigen, een vertegenwoordiger van de vaktherapeuten en een vertegenwoordiging vanuit de EPD-opvolging.

Continuïteitsmanagement wordt gezien als een verruiming van het klassieke ontslagmanagement en heeft als doel heropname of institutionalisering van hoog-risicopatiënten te vermijden, door vanaf de opname in het ziekenhuis een kwaliteitsvolle terugkeer naar huis voor te bereiden en de zorgcontinuïteit in het algemeen te bevorderen. Hiervoor wil men interdisciplinaire samenwerking binnen het ziekenhuis bevorderen, evenals samenwerking tussen het ziekenhuis en de eerstelijns. Concreet spitst men zich toe op netwerking en samenwerkingsverbanden enerzijds, en op het optimaliseren van de gegevensverzameling (bv. door het uniformiseren van het gebruik van DIS, het digitaliseren en automatiseren van intake- en ontslagbrieven, ...) anderzijds.

- Er wordt nauw samengewerkt met verschillende organisaties (o.m. arbeidszorgcentrum De Witte Hoeve, ontmoetingscentrum ZigZag, mobiele teams, thuiszorg, OCMW, BW,...) om re-integratie in de maatschappij te kunnen realiseren. **(AV)**