

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	Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge
Adres	Campus Gent: Fratersplein 9, 9000 Gent Campus Sleidinge: Weststraat 135, 9940 Sleidinge-Evergem
Telefoon	Gent: 09 / 225 82 96 Sleidinge: 09 / 358 04 11
E-mail	Directiesecretariaat: sara.wuyts@pcgs.be
Dossiernummer	E 992

INRICHTENDE MACHT

Naam	Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge
Juridische vorm	vzw
Adres	Fratersplein 9, 9000 Gent
Telefoon	09 / 225 82 96
E-mail	info@pcgs.be

UITBATINGSPLAATS

Naam	Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge
Adres	Campus Gent: Fratersplein 9, 9000 Gent Campus Sleidinge: Weststraat 135, 9940 Sleidinge-Evergem

OPDRACHT

Nummer	O-2015-MAPU-0670
Datum	15-10-2015
Inspecteurs	Anja Claeys Koenraad Fierens Veerle Meeus Lindsay Vissenaekens

VERSLAG

Nummer	V-2015-KOFI-0021
Datum	27/11/2015

INSPECTIEBEZOEK

Soort	Aangekondigd bezoek op 20/11/2015 en op 26/11/2015
Gesprekspartners	zie 1.2

INHOUD

1	Inleiding	3
1.1	Toepassingsgebieden en definities.....	3
1.2	Auditproces.....	4
1.3	Samenstelling van het auditteam	5
1.4	Auditplan	5
2	Situering van de voorziening	6
2.1	Managementcomité	6
2.2	Directieraad	6
2.3	Arts - diensthoofd per dienst.....	6
2.4	Gemachtigd arts voor toezicht op gedwongen opname	6
2.5	Erkenningssituatie	7
2.6	Historische en geografische situering.....	7
3	Leiderschap	9
3.1	Beleidsorganen	9
3.2	Organisatiestructuur.....	12
4	Beleid en strategie.....	13
4.1	Algemeen, kwaliteits-, medisch en therapeutisch beleid.....	13
4.2	Lerende omgeving	17
4.3	samenwerkingsovereenkomsten.....	21
5	Middelen	22
5.1	Infrastructuur.....	22
5.2	Patiëntendossier	23
6	Medewerkers	25
6.1	Personeelsbeleid.....	25
6.2	Vorming, training en opleiding (VTO)	27
6.3	Vrijwilligers	29
6.4	Bestaffing.....	29
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.....	43
7.6	Patiëntenrechten, ombudsfunctie en klachtenmanagement.....	45
8	Resultaten	48
8.1	Toegankelijkheid.....	48
8.2	Tevredenheid patiënten en medewerkers	49
8.3	Patiënt-/familiegeoriënteerde zorg.....	50
8.4	Cijfergegevens 2014	52

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 is een periode van 25 kalenderdagen voorzien om opmerkingen en bedenkingen bij de bevindingen in het auditrapport d.m.v. een gemotiveerde reactienota te formuleren.

Facultatief bieden we de mogelijkheid tot een slotbespreking waar de opmerkingen die doorgegeven werden in de reactienota, kunnen toegelicht worden. Deze vond plaats op 25/01/2016 in het Ellipsgebouw te Brussel.

1.1 TOEPASSINGSGBIEDEN EN DEFINITIES

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

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

Algemene vaststellingen (AV)

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

Non-Conformiteiten (NC) en Tekortkomingen (TK)

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

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

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

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

Sterke Punten (SP)

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

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

Aanbevelingen (Aanb)

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

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

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

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

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

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

1.2 AUDITPROCES

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

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

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

Tijdens de auditgesprekken werd dieper ingegaan op de informatie die tijdens de voorbereidende fase verkregen werd. Deze informatie was niet enkel afkomstig uit de zelfevaluaties, de aangeleverde documenten en de voorstelling door het ziekenhuis, maar ook bv. uit vorige auditverslagen, de website van het ziekenhuis, ...

Er werden 32 uren interview en rondgang georganiseerd. Tijdens de interviews waren er gesprekken met 4 directeurs, 2 stafmedewerkers, 1 diensthoofd zorg, 3 patiënten, 6 artsen, 20 verpleegkundigen waarvan 10 hoofdverpleegkundigen, de apotheker, een apotheekassistent en een logistiek medewerker van de apotheek, 6 psychologen, 1 maatschappelijk werker, de externe ombudspersoon.

Volgende afdelingen werden tijdens de audit bezocht:

- Feniks
- Yidam
- Dubbeldiagnose
- De Bron
- Crisistoxicomanie
- Algemene rehabilitatie
- Seniorenkliniek
- De Stroom
- De Steiger
- Crisis en urgentiepsychiatrie
- De Kering

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

Anja Claeys	Auditor
Koenraad Fierens	Hoofdauditor
Veerle Meeus	Auditor
Lindsay Vissenaekens	Auditor

1.4 AUDITPLAN

Vrijdag 20 november 2015				
	Anja Claeys	Koenraad Fierens	Lindsay Vissenaekens	Veerle Meeus
9u - 10u	Toelichting over de audit door het auditteam en voorstelling van en door het ziekenhuis			
10u - 12u	Medicatiebeleid	Afdelingsbezoeken	Ombudsfunctie en patiëntenrechten	Afdelingsbezoeken
12u - 13u	Middagmaal + overleg auditoren			
13u - 15u	Afdelingsbezoeken	Afdelingsbezoeken	Afdelingsbezoeken	Vrijheidsbeperkende maatregelen, suïcidebeleid, agressiebeleid

Donderdag 26 november 2015				
	Anja Claeys	Koenraad Fierens	Lindsay Vissenaekens	Veerle Meeus
9u - 11u	Therapeutisch beleid	Algemeen beleid	Afdelingsbezoeken	Personeelsbeleid
		Medisch beleid		
11u - 13u	Afdelingsbezoeken	Kwaliteitsbeleid + resultaten van klanten en medewerkers	Afdelingsbezoeken	Afdelingsbezoeken

13u - 14u30	Middagmaal + overleg auditoren (auditoren alleen)
14u30 - 15u15	Afrondend gesprek

2 SITUERING VAN DE VOORZIENING

2.1 MANAGEMENTCOMITÉ

Algemeen directeur	Roel De Cuyper
Medisch directeur	Jan Coessens
Directeur patiëntenzorg	Rik Rigolle
Personeelsdirecteur	Jo Van Nieuwenhuysse
Administratief-facilitair directeur	Ilse Machtelinckx

2.2 DIRECTIERAAD

Algemeen directeur	Roel De Cuyper
Medisch directeur	Jan Coessens
Directeur patiëntenzorg	Rik Rigolle
Personeelsdirecteur	Jo Van Nieuwenhuysse
Administratief-facilitair directeur	Ilse Machtelinckx
Stafmedewerker klinisch therapeutische zorg	Els Therssen
Stafmedewerker klinisch therapeutische zorg	Gert De Leener
Kwaliteitscoördinator	Anneleen Schollaert
Diensthofd zorg	Filip Meersschaut
Diensthofd zorg	Dries Himpens
Diensthofd zorg	Jan Vanhoutte

2.3 ARTS - DIENSTHOOFD PER DIENST

Het PCGS werkt niet met medische diensthofden volgens kenletter, maar met afdelingsbeleidsartsen.

2.4 GEMACHTIGD ARTS VOOR TOEZICHT OP GEDWONGEN OPNAME

Dr. Dirk Meesen, Dr. Kirsten Verbeeck en Dr. Helen Verstryngge

2.5 ERKENNINGSSITUATIE

- Momenteel heeft het ziekenhuis een erkenning voor 320 bedden:

	A + ad + an	T + td + tn	Tg (d+n)	Totaal
Sleidinge	90 + 5 + 10	45 + 5 + 5	35	195
Gent	30	65 + 25 + 5		125

- De jongerencluster Yidam bevindt zich in campus Sleidinge en voorziet in een gespecialiseerd aanbod voor jongeren :
 - o Residentieel (intensieve behandelunit 7 bedden + 1 hervalbed/bed op recept)
 - o Mobiel (outreach +cross over)
- Erkenning functie ziekenhuisapotheek
- In het kader van Artikel 107 zijn 10 Tg-bedden en 11 T-bedden buiten gebruik gesteld (nog opgenomen in bovenstaande erkenningsgegevens).

2.6 HISTORISCHE EN GEOGRAFISCHE SITUERING

Historische situering

Het Psychiatrische Centrum Gent - Sleidinge is op 1 januari 2012 ontstaan uit de fusie van het Psychiatrisch Centrum Sleidinge te Sleidinge en het Psychiatrisch Centrum Sint-Jan de Deo te Gent. Het Psychiatrische Centrum Sleidinge is zelf ontstaan uit de fusie van de twee 'geneeskundige instituten' Mater Dei en Sint-Jozef. Mater Dei werd opgericht door de Dochters van het kind Jezus, uit Rijsel.

Het huidige fusieziekenhuis behoort tot de initiatieven van de Broeders Hiëronymieten, die reeds meer dan honderdvijftig jaar actief zijn in het onderwijs en de geestelijke gezondheidszorg.

Netwerk Hiëronymus VZW is de schakel tussen de Stichting Hiëronymus (stichting van openbaar nut) en de directe en indirecte partnerorganisaties (PC Sint-Hiëronymus Sint-Niklaas, PC Gent-Sleidinge, Emiliani Lokeren, Broederscholen Hiëronymus Sint-Niklaas, Lokeren en Stekene, Delta Wonen, Pro Mente, Domos).

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

<http://www.pcgs.be/home/historiek>

Regionale situering

De patiënten van het PCGS komen vooral uit het stedelijk gebied Gent en uit de regio ten Noorden van Gent, richting Eeklo. Nochtans is de aantrekkingspool heel wat breder voor enkele specifieke initiatieven waarvoor het ziekenhuis een bijzondere expertise kan aanbieden (bv. dubbeldiagnose en de aanpak van jongeren met een psychiatrisch-forensische problematiek).

In deze regio kunnen psychiatrische patiënten ook opgenomen worden op PAAZ-afdelingen van Gentse algemene ziekenhuizen (Jan Palfijn, AZ St.-Lucas, Maria Middelaes) en het UZ Gent. Andere psychiatrische

ziekenhuizen in de buurt bevinden zich in Melle, Zelzate en Eeklo en daarnaast ook het Guislainziekenhuis en St.-Camillus in Gent zelf.

Het PCGS neemt deel aan het lokale project PAKT, in het kader van Artikel 107, als antwoord op de vraag naar vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg. Dit project wordt verder beschreven in hoofdstukken 4.3 en 6.3 van het auditverslag.

3 LEIDERSCHAP

3.1 BELEIDSORGANEN

Bestuur en overleg tussen directie en RvB

- De Stichting Hiëronymus (stichting van openbaar nut) en de Stichting Broeders Hiëronymieten (privaat) vormen samen met onderstaande organisaties een netwerk. De vzw Netwerk Hiëronymus is actief sedert 1984 onder de naam Dibrosi, in mei 2010 werd de benaming gewijzigd. Netwerk Hiëronymus vzw biedt ondersteuning aan de directe en indirecte partnerorganisaties (naast het PC Gent-Sleidinge ook PC Sint-Hiëronymus Sint-Niklaas, Emiliani Lokeren, Broederscholen Hiëronymus Sint-Niklaas, Lokeren en Stekene, Delta Wonen, Pro Mente, Domos). Het Netwerk Hiëronymus levert dienstverlening en ondersteuning van de verschillende initiatieven, o.a. op het vlak van patrimoniumbeheer, ICT-beheer, financieel beheer, personeelsbeheer en algemene organisatie. Het PCGS is een 'partnerorganisatie' van de Stichting Hiëronymus. Stichting Hiëronymus stelt onroerend patrimonium ter beschikking onder de voorwaarden van erfpacht, vaardigt een aantal bestuursleden af in de RvB, maar neemt niet deel aan het operationele beleid van de vzw PCGS. **(AV)**

Zowel het Netwerk als het PCGS hebben een eigen Algemene Vergadering (AV) en een eigen Raad van Bestuur (RvB), zodat het ziekenhuis toch een duidelijk eigen management heeft. De beide RvB vergaderen minstens zes maal per jaar. Voor beide vzw's zijn delegaties wederzijds aanwezig op de vergaderingen van de RvB en de AV. Beide besturen kunnen ook afzonderlijke of gezamenlijke comités inrichten om bepaalde wederkerende 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 zulk uitgebreid samenwerkingsverband. **(SP)**

De RvB van het PCGS bestaat uit 12 leden, waarvan 7 vanuit een mandaat van Stichting Hiëronymus. Directieleden nemen, zonder stemrecht, deel aan de vergaderingen van de RvB. Er is daarnaast geen apart overlegorgaan tussen RvB en ziekenhuisdirectie.

De verslagen van de RvB geven blijk van inhoudelijk engagement en professioneel management, met naast financiële elementen o.a. ook aandacht voor de zorgstrategie van het PCGS en de continuïteit van de psychiatrische zorg in de regio Gent-Eeklo. **(AV)**

- Er is een instellingsoverschrijdend Ethisch Comité „Spes et fides“, dat 8 psychiatrische ziekenhuizen in de regio verenigt. De afdelingspsychiater die in dit adviesorgaan het PCGS vertegenwoordigt, is voorzitter van de lokale ethische werkgroep van het ziekenhuis. **(AV)**

Ziekenhuisniveau

- Het operationele beleid van het PCGS wordt bepaald op drie echelons: **(AV)**
Het managementcomité bepaalt het strategische beleid en vergadert tweewekelijks. Dit comité is samengesteld uit de algemeen directeur, de hoofddarts, de directeur patiëntenzorg, de administratief-logistiek directeur en de personeelsdirecteur.
De directieraad heeft als opdrachten: het operationeel beleid, kwaliteit en patiëntveiligheid, samenwerking en de onderlinge afstemming tussen de afdelingen van het ziekenhuis. Naast een

afvaardiging van het managementcomité, maken ook de diensthoofden zorg, de kwaliteitscoördinator en de stafmedewerkers klinisch therapeutische zorg deel uit van dit overlegorgaan.

De directie patiëntenzorg staat in voor het omschrijven van de strategische visie van het zorgdepartement en de evaluatie van de coherentie van deze visie met de algemene strategie van het ziekenhuis, meer bepaald inzake de verbetering van de kwaliteit van zorg. De directie patiëntenzorg moet de opvolging van de ontwikkeling en de implementatie ervan verzekeren. De leden van dit beleidsorgaan zijn de directeur patiëntenzorg, de verpleegkundige diensthoofden, de verpleegkundige-ziekenhuishygiënist en de hoofdarts.

- De directieraad vergadert gemiddeld 2-wekelijks. De frequentie kan aangepast worden volgens de noodzaak. Van deze vergaderingen wordt verslag gemaakt. **(AV)**
- We bevelen aan om de terminologie betreffende de beleidsorganen en werkgroepen eenvormig te maken, omdat op het moment van de audit verschillende benamingen door elkaar gebruikt worden waarbij niet steeds duidelijk is welk overlegorgaan precies bedoeld wordt. **(Aanb)**
- Voor alle beleidsorganen en voor de directieleden is er een functieomschrijving. **(AV)**
- Alle 13 psychiaters van het PCGS, met inbegrip van de hoofdarts, zijn lid van de medische raad (MR) die maandelijks vergadert. **(AV)** Ook beide vaste huisartsen (1 per campus) nemen deel aan de vergaderingen. **(SP)**

De verslagen worden verstuurd naar alle leden van de MR en naar de directie. **(AV)**

Er zijn aparte medische diensthoofdenvergaderingen (stafvergaderingen) per campus, steeds onder voorzitterschap van de hoofdarts. De medische staf van Gent vergadert wekelijks, terwijl die van Sleidinge tweewekelijks samenkomt. Van al deze vergaderingen wordt verslaggeving verzorgd.

De algemeen directeur wordt regelmatig uitgenodigd op vergaderingen van de Medische Raad of Medische Staf. **(AV)**

Er zijn argumenten om de medische stafvergaderingen, ook in overeenstemming met de logica van de fusie, gezamenlijk over de campussen heen te organiseren.

- Volgens de agenda's en verslagen van de MR worden reeds heel wat elementen samen besproken die te maken hebben met de organisatie en de kwaliteit van de zorg.
- De aanwezigheid in een medisch stafoverlegorgaan van bijkomende actoren die, volgens de agendapunten, expertise kunnen inbrengen betreffende de zorgkwaliteit kan dan overwogen worden (bv. kwaliteitscoördinator, therapeutisch verantwoordelijke, algemeen directeur, ziekenhuishygiënist, consulterend internist of neuroloog,...).
- Een inbreng van de apotheker moet een belangrijke plaats krijgen, onder meer omdat in het ziekenhuis quasi geen projecten van klinische farmacie bestaan.

De competenties van deze andere disciplines zal de coherentie en de kwaliteit van het ziekenhuisbrede zorgbeleid ten goede komen. De MR, die enkel uit de artsen-stafleden en de vaste huisartsen bestaat, zou zich dan meer kunnen toespitsen op de aspecten die het medisch korps als beroepsgroep aanbelangen, indien nodig deels zonder aanwezigheid van de medisch directeur. **(Aanb)**

- De aansturing van elke afdeling gebeurt door een kernteam minstens bestaande uit de afdelingspsychiater, het afdelingshoofd (hoofdverpleegkundige) en een psycholoog, op sommige afdelingen aangevuld met maatschappelijk werkers en/of therapeuten. **(AV)**
De leiding van deze afdelingen speelt een belangrijke rol, niet alleen voor de medewerkers die er zijn tewerkgesteld, maar ook het medisch-therapeutisch beleid t.a.v. de patiënten wordt door hen bepaald. De facto werken de afdelingen vrij autonoom: ze richten zich tot een specifieke doelgroep en ontwikkelen eigen behandelvisies. Vanuit het centrale niveau bewaakt men de onderlinge verbindingen in functie van een consistent ziekenhuisbreed zorgbeleid (bv. afdelingshoofdenvergadering, medische staf, aanwezigheid van de hoofdarts, stafmedewerkers klinisch therapeutische zorg en kwaliteitscoördinator op verschillende overlegplatforms, ...). **(AV)**
- De algemene regeling en het medisch reglement werden geactualiseerd en bekrachtigd ter gelegenheid van de fusie in 2012. **(AV)**
- De verplichte comités (Medisch Farmaceutisch Comité, Comité Medisch Materiaal en het Comité Ziekenhuishygiëne) vergaderen 4 keer per jaar. **(AV)**
- Elk jaar wordt een POC (permanent overleg comité) georganiseerd, waarin de financiële stromen binnen het ziekenhuis besproken worden tussen de RvB en de MR, in aanwezigheid van een bedrijfsrevisor. **(AV)**

3.2 ORGANISATIESTRUCTUUR

- In het PCGS werkt men volgens een integraal organisatiemodel, waarbij het onderscheid tussen zorgafdelingen en facilitaire afdelingen niet relevant geacht wordt. Ze worden eerder beschouwd als complementair (directe en indirecte zorg) en streven als partners het gezamenlijk doel van de organisatie na, namelijk optimale patiëntenzorg. **(AV)**
- Er zijn nog verschillende organogrammen in omloop. **(TK)**
Het organogram dat opgenomen is in het kwaliteitshandboek reflecteert wellicht het best de huidige organisatiestructuur: op gelijk niveau en verbonden met elkaar vinden we de zorgafdelingen, de zorgondersteunende diensten en de organisatieondersteunende diensten. De afdelingen werden gegroepeerd in clusters die verwante pathologiegroepen verenigen. Er is ook een cluster voor het afdelingsoverschrijdend zorgaanbod, waar o.a. de psychodiagnostiek en de DVZ (Dienst voor Zorgvragen) in terug te vinden zijn.

In het organogram ontbreken nog enkele elementen:

- De paramedici en de psychologen worden niet vermeld in het organogram.
- De mobiele equipe.
- In het organogram staat een adjunct-directeur vermeld, terwijl die functie in het ziekenhuis niet is ingevuld.
- De begeleider herintreders.
- De verantwoordelijke voor de vrijwilligers.

We bevelen aan om het uiteindelijke (vervolledigde en geactualiseerde) organogram ook op de ziekenhuiswebsite te publiceren. **(Aanb)**

4 BELEID EN STRATEGIE

4.1 ALGEMEEN, KWALITEITS-, MEDISCH EN THERAPEUTISCH BELEID

Algemeen en kwaliteitsbeleid

- In het eerste jaar van de fusie leidde een brede reflectie over missie en visie van het PCGS in november 2012 tot een basisdocument “PCGS: een pleidooi voor een waardengedreven en gekantelde organisatie”. Tijdens de daaropvolgende jaren werden verschillende SWOT-analyses, denkdagen en andere overlegsessies georganiseerd, zowel centraal als op niveau van de afdelingen, hetgeen uitmondde in de geïntegreerde nota “Zorgbeleid 2015 – On the move” die het ethische fundament en de missie en visie van het fusieziekenhuis omschrijft. Ook de strategische doelstellingen van het PCGS werden geëxpliciteerd. Dit document heeft een breed draagvlak wegens de participatie van zowel de managementorganen als van de kernactoren uit de afdelingen. **(AV)**
- In de organisatie wordt het managementmodel Kwadrant gebruikt. **(AV)**

Er werd voor gekozen om het beleid inzake kwaliteit en veiligheid te laten samenvallen met het algemene ziekenhuisbeleid. **(SP)** De strategische doelstellingen van het PCGS zijn opgebouwd volgens de Kwadrant-logica en maken deel uit van het kwaliteitshandboek. De stuurgroep kwaliteit heeft dezelfde samenstelling als de directieraad. De middenkaders-stafmedewerkers klinisch therapeutische zorg en de kwaliteitscoördinator hebben in dit overleg een belangrijke taak met betrekking tot kwaliteit.

We bevelen aan om meer artsen en de apotheker te laten deelnemen aan de vergaderingen van de directieraad. Het belang van de medische insteek op vlak van kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid kan zo meer aan bod komen. **(Aanb)**

De verslagen van de directieraad worden gepubliceerd op het intranet. **(SP)**

- Met het opmaken van afdelingsbeleidsplannen werd op Campus Sleidinge van start gegaan in 2010-2011. Op de campus Gent is deze traditie reeds langer ingeburgerd. Sinds 2014 is de opmaak van een afdelingsbeleidsplan minder vrijblijvend en verloopt dit volgens een vooropgesteld stramien. Het is nu de bedoeling om vanuit de “On the move”-nota te vertrekken om de afdelingsbeleidsplannen uit te schrijven. Hierbij wil men de strategische ziekenhuisdoelstellingen moeten vertaald worden naar concrete operationele afdelingsdoelstellingen. **(AV)**
De nota over de visie-zorgstrategie heeft een voorlopig-definitief karakter. Uiteraard blijft zulk document onderhevig aan een zekere dynamiek, toch menen we dat nu een periode van consolidatie aangewezen is om efficiënt aan de concretisering van de beleidscycli op de afdelingen te kunnen werken. **(Aanb)**
- In het kader van het “integraal management” en het delegeren van beleidsbevoegdheden naar de werkvloer, ligt een belangrijke verantwoordelijkheid bij de kernteams van de afdelingen. Er moet dan ook over gewaakt worden dat het beleid voldoende onderlinge coherentie blijft vertonen en dat de medewerkers, en dan vooral de leidinggevenden op de afdelingen, voldoende kennis hebben van de basisprincipes van een kwaliteits- en verbeterbeleid. **(AV)**

De in gebruik zijnde beleidsplannen en jaarverslagen zijn op het moment van de audit op dat vlak weinig overtuigend. **(TK)**

- Gezien de recente finalisering van het missie-visie-basisdocument, staan de afdelingsbeleidsplannen 2016 op het moment van de audit immers nog aan de startlijn. Het is belangrijk om de beleidsplannen vervolgens (snel) uit te schrijven om voor het komende werkjaar tot een duidelijke sturing (o.a. SMART-geformuleerde doelstellingen) en concrete operationele structuur (actieplannen, timing, verantwoordelijkheden en taken, monitoring en evaluatietools) te kunnen komen op de verschillende afdelingen, coherent met de afgesproken algemene zorgstrategie. De lopende en toekomstige afdelingsgebonden verbeterplannen moeten geïntegreerd worden in de respectieve beleidsplannen.
- We menen dat het centraal ontwikkelen (volgens dezelfde concrete beleidsprincipes m.b.t. doelen, timing, opvolging) van een ziekenhuisbreed jaaractieplan, gebaseerd op de nota betreffende het zorgbeleid waarin reeds telkens per afdeling de doelpopulaties en het therapeutisch kader beschreven zijn, de kernteams hierbij zou kunnen ondersteunen. Ook het aanbieden, of opleggen, van een gestandaardiseerd sjabloon kan de uitwerking van beleidsplannen (en jaarverslagen) bevorderen en biedt als bijkomend voordeel dat aggregatie op centraal niveau efficiënt kan gebeuren.
- In het ziekenhuis bestaan geen jaarverslagen die een gestructureerde globale evaluatie zijn van de voorbije werking. De jaarverslagen zijn over het algemeen beperkt tot een opsomming van activiteitencijfers, MPG-data in tabelvorm, zonder verdere analyse of duiding. Dit geldt zowel voor de evaluaties op afdelingsniveau als voor de centrale (bv. medisch jaarverslag) en indirecte zorgdiensten (bv. apotheek).
Nochtans is een uitgewerkt jaarverslag een nuttig instrument om mee de keuzes (objectiveren van knelpunten, bepalen van prioriteiten) te bepalen voor onderbouwde beleidsopties in het volgende werkjaar. Een nuttig jaarverslag moet zijn plaats krijgen binnen de beleidscyclus. Behalve de niet onbelangrijke analyse van activiteitencijfers, kan bv. ook gereflecteerd worden over al dan niet gerealiseerde doelstellingen, resultaten van verbeterprojecten en initiatieven betreffende kwaliteit van zorg, patiëntenbevragingen, outcome-metingen, enz...
- De opmaak van de afdelings specifieke beleidsplannen en jaarverslagen is geen taak van de kwaliteitscoördinator, maar wel van de kernteams. Het is belangrijk hierbij voldoende ondersteuning te bieden aan de beleidsverantwoordelijken (bv. door het aanbieden van een gemeenschappelijk sjabloon, hulp bij het analyseren van data, bijstand voor het uitwerken van PDCA-cirkels, ...), zodat de sterk aanwezige verbeterbereidheid bij de medewerkers efficiënt en maximaal geoperationaliseerd kan worden.

In de strategische doelstellingen van het PCGS, wordt de implementatie van de beleidscyclus, gebaseerd op de Kwadrantprincipes, gepland in alle afdelingen vanaf 2016. **(AV)**

- Tijdens de afdelingshoofdenvergaderingen (HOSTA) is kwaliteit een vast agendapunt. De kwaliteitscoördinator en de hoofddarts en de stafmedewerkers klinisch therapeutische zorg zijn systematisch op het overleg aanwezig. De afdelingshoofden krijgen feedback over kerncijfers m.b.t. hun werking (bv. bedbezetting, personeelseffectieven,...) en er is ook een reflectie op deze cijfers. Op dit overleg worden ook agendapunten uit de directieraad teruggekoppeld. **(AV)**

Medisch-therapeutisch beleid

- Het medische beleid wordt aangestuurd door de hoofdarts, als directielid en als voorzitter van de medische stafvergaderingen. De hoofdarts is ook lid van de MR waar alle artsen-stafleden samen overleggen. De hoofdarts kan voor de coherentie van het medisch-therapeutisch beleid afstemmen met de andere disciplines (verpleegkundigen, therapeuten) binnen de directieraad. **(AV)**
- Het medisch beleid is niet uitgeschreven in een apart medisch beleidsplan. De medisch-therapeutische aspecten maken deel uit van het algemeen beleidsplan van het ziekenhuis, waar ze hun plaats vinden binnen de uitgeschreven afdelingsspecifieke therapeutische visies. **(AV)**
Het medisch jaarverslag bevat voornamelijk een olijsting van het verloop van artsen en de beschrijving van enkele protocollen. Deze summier evaluatie maakt van het medisch jaarverslag slechts een beperkt bruikbaar beleidsinstrument. **(TK)** Om efficiënt een bijdrage te kunnen leveren aan het toekomstige beleid, moet de terugblik op de medische elementen van de voorbije periode uitgebreid worden, bv. met outcome-metingen, en moet dieper gefocust worden op resultaten betreffende de kwaliteit van de zorg, bv. verbeterprojecten. De insteek van de verschillende afdelingspsychiaters is daarbij onontbeerlijk.
- Er is binnen het ziekenhuis geen therapeutisch directeur. Het therapeutisch beleid wordt gezien als een gedeelde verantwoordelijkheid van de afdelingen en de directie. Elke afdeling krijgt de nodige vrijheid om via een gefundeerde onderbouwde visie in overeenstemming met de opdracht die men krijgt en rekening houdend met de cliënten waar men zorg voor draagt, een therapeutisch beleid uit te werken. Daarnaast dient het therapeutisch afdelingsbeleid afgestemd te worden binnen het grotere geheel van het ziekenhuis (rekening houdend met de missie, visie en ethiek van het ziekenhuis). De afstemming gebeurt door de overlegstructuren waar directie, middenkader en afdeling elkaar ontmoeten (jaarlijkse beleidsvergaderingen). **(AV)**
- Sinds begin 2014 werd geopteerd om twee stafmedewerkers klinisch therapeutische zorg aan te stellen die een brug vormen tussen de directie enerzijds en de afdelingen anderzijds. Zij volgen de therapeutische werking op binnen het afdelingsteam en brengen dit in overeenstemming met het grotere ziekenhuisbreed zorgbeleid. Zij hebben een ondersteunende rol naar de directeur patiëntenzorg en de diensthoofden. Ze werken ook rechtstreeks samen met de kernactoren van een afdeling, waarbij ze nagaan of de adviezen van de directie worden opgevolgd en of er gedragenheid is van het beleid op de werkvloer. **(AV)**
Bij hun aanstelling wisselden de stafmedewerkers van campus en liepen zij stage op de verschillende afdelingen van het ziekenhuis. Op die manier kregen zij een duidelijker beeld op zowel de verschillen als de overeenkomsten tussen de twee campussen en kon een betere afstemming, in het recent uitgetekende ziekenhuisbreed zorgbeleid, bekomen worden. Hierdoor worden de verschillen tussen de twee campussen door de meeste medewerkers geleidelijk aan niet langer ervaren als zwaktes, maar eerder als sterktes. **(AV)**
- Op elke afdeling wordt het gevolgde behandelmodel multidisciplinair uitgewerkt. Hierbij dient rekening gehouden te worden met het beleid op de andere afdelingen en de veranderingen binnen de maatschappij. Elke afdeling heeft een duidelijke visietekst en in- en exclusiecriteria opgesteld (afdelingen die recent een nieuwe opdracht kregen vanuit de directie, zijn hier volop mee bezig, o.a. De Bron, App OC en App 1B). De visietekst wordt opgemaakt door de kernactoren van een afdeling en wordt regelmatig

teruggekoppeld naar het volledige team. Op die manier wordt het therapeutisch beleid gedragen door alle medewerkers binnen het team en krijgt elke therapeutische discipline inspraak in het therapeutische beleid van de afdeling. Op regelmatige basis gebeurt er een herevaluatie van het therapeutisch beleid o.a. via intervisie , werkvergaderingen... **(AV)**

De therapeutische visies wordt opgesteld mede op basis van wetenschappelijke richtlijnen (o.a. Trimbosrichtlijnen). **(SP)**

- De intensieve behandleenheid van de jongerencluster Yidam beschikt over een uitgebreid jaarverslag (activiteitenverslag) 2014, dat ook de therapeutische visie, het takenpakket en de organisatie van de unit omvat. **(AV)**
- De therapeutische en paramedische disciplines worden aangestuurd door de afdelingshoofden. De afdelingshoofden van de verschillende afdelingen komen op regelmatige basis samen om informatie uit te wisselen.
Er zijn geen vakgroepen voor de verschillende therapeutische en paramedische disciplines. Uitwisseling van kennis en afdelingsspecifieke praktijkervaring kan sinds kort via werkpleklers, waarbij over de campussen heen, de medewerkers tijdelijk op een andere afdeling kunnen ingezet worden. Ook de organisatie van de maandelijkse klinische seminars, waar casussen door afdelingen worden voorgesteld en besproken, maakt de uitwisseling van therapiekennis mogelijk.
Deze fora zijn een start om de verschillende therapeutische stromingen tussen de campussen en de afdelingen met elkaar kennis te laten maken, om te zien wat hen onderling bindt en om open te staan voor het verschil in werking. **(AV)**
Het lijkt ons op termijn zinvol om daarnaast ook vakgroepen op te richten voor de verschillende therapeutische en paramedische disciplines zodat meer inhoudelijke verdieping binnen de eigen discipline mogelijk is. **(Aanb)** Op die manier kunnen ook gemakkelijker, mogelijks nuttige, afdelingsoverschrijdende therapieën worden uitgewerkt of samenwerkingen tot stand komen. Om die reden werd op campus Gent, de vakgroep psychologen recent terug opgestart.
- Patiënten volgen het therapieschema van de afdeling waar ze zijn opgenomen. Op de meeste afdelingen is hierin ook ruimte voor individuele therapie, op maat van de patiënt en in functie van de individuele doelstellingen van de patiënt.
Er is ook een afdelingsoverschrijdend therapieaanbod (o.a. muziekatelier, bewegingstherapie, dansavond, sportaanbod, arbeidstherapie- en begeleiding...). **(AV)**
- Patiënten worden op regelmatige basis in team besproken. Het behandelplan met doelstellingen (zowel vanuit het team als vanuit de patiënt) wordt op de behandelafdelingen, zo kort mogelijk na opname, opgemaakt. Er gebeurt op regelmatige basis een herevaluatie van het behandelplan en de doelstellingen. Na elke teambespreking wordt er teruggekoppeld naar de patiënt. **(AV)**
Op sommige afdelingen (o.a. via orgelpunt op Dubbele Diagnose, via mini-team op De Bron) wordt de patiënt op regelmatige basis uitgenodigd op de teambespreking. **(SP)**
- Het beleid rond het afnemen van psychodiagnostische tests is afdelingsspecifiek vastgelegd. Er kan daarnaast beroep gedaan worden op de ziekenhuisoverkoepelende afdeling psychodiagnostiek, waar 2 testdiagnostici werkzaam zijn. **(AV)**

4.2 LERENDE OMGEVING

- In principe worden doelstellingen bepaald voor bepaalde termijnen. De strategische doelstellingen van de organisatie worden tijdens de directieraad bepaald voor een cyclus van 5 jaar. De afdelingsdoelstellingen worden door de afdeling, in afstemming met de directie, bepaald tijdens de opmaak van het afdelingsbeleidsplan. Deze doelstellingen gelden voor een termijn van 2-3 jaar. **(AV)**

De systematiek en integratie van het algemeen en kwaliteitsbeleid op afdelingsniveau, en de afstemming daarvan op het zorgstrategische ziekenhuisbeleid, gebeurt nog onvoldoende. **(TK)**

Het werken met SWOT's, gestructureerde jaarverslagen en beleidsplannen als drijvende kracht voor het afdelingsbeleid en de toepassing van PDCA-cycli bij verbetertrajecten, is nog niet overal geïmplementeerd.

Het is de bedoeling dat in de nabije toekomst alle afdelingen met een gestructureerd beleidsplan gaan werken, waarin de afdelingsgebonden verbeterplannen zijn geïntegreerd. Deze verbeterplannen kunnen de uitvoering zijn van een element uit het ziekenhuisbreed zorgstrategisch jaaractieplan, toegepast op een nood op afdelingsniveau. Het ziekenhuis wil dit doorvoeren in 2016 volgens het Kwadrantformat. **(AV)**

- Het ziekenhuis hanteert verschillende kanalen om zicht te krijgen op de geleverde kwaliteit. Men verzamelt o.a. gegevens via: **(AV)**

- Maandelijks kwaliteitsronde van de kwaliteitscoördinator aan de afdelingen.
- Regelmatig overleg tussen de werkgroepen van de afdelingen directieleden of stafmedewerkers.
- Het afdelingshoofdenoverleg.
- Uitdiepen van onderwerpen op de directieraad.
- Het jaarverslag van de externe ombudsfunctie.
- Functioneringsgesprekken met medewerkers.
- Denkdagen.
- Tevredenheidsbevragingen (bij medewerkers en patiënten).
- Het meld- en leersysteem.
- Registraties (bv. DIS, MPG).

Men kan deze informatie vervolledigen, onder meer door verder in te zetten op het gestructureerd meten van resultaten (outcome), een accreditatietraject te overwegen, een centrale patiëntenraad te installeren, wetenschappelijk onderzoek en samenwerking met hogescholen en universiteiten te intensifiëren,... **(Aanb)**

- De kwaliteitscoördinator is apotheker van basisopleiding en volgde de Kwadrantopleiding en diverse andere vormen betreffende kwaliteit. De kwaliteitscoördinator speelde sinds de fusie een belangrijke rol bij het faciliteren en stimuleren van het kwaliteitsdenken en het uitschrijven van een kwaliteitsbeleid dat ingebed zit in de organisatie. De kwaliteitscoördinator werkt nauw samen met de stafmedewerkers klinisch therapeutische zorg. **(AV)**
- Het "Comité kwaliteit en patiëntveiligheid" vergadert minimaal 3-maandelijks, maar in de praktijk is dit frequenter. Het Comité wordt gevormd door de leden van de stuurgroep kwaliteit, aangevuld met de

referentieverpleegkundige agressiebejegening, de preventieadviseur en verpleegkundigen van de kritieke diensten. **(AV)**

Het takenpakket van dit Comité omvat:

- Bewustwording, coördinatie en inhoudelijke opvolging van thema's m.b.t. patiëntveiligheid
- Opvolging incidentmeld- en leersysteem (FONA)
- Bewaken van de kwaliteit van de procedures m.b.t. patiëntveiligheid
- Coördinatie van de werkgroepen "humaan risicobeleid" en "noodplan"
- Coördinatie van de interne opleiding m.b.t. agressiebejegening

- Van de artsen wordt expliciet verwacht dat ze intensief meewerken aan het kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis, wat ook in de huidige werking kan opgemerkt worden. **(SP)**
 - De psychiaters hebben een inbreng in de opmaak van de afdelingsbeleidsplannen als lid van het kernteam.
 - Zowel in de MR als in de medische stafvergaderingen worden onderwerpen betreffende kwaliteit besproken.
 - In alle werkgroepen en comités betreffende kwaliteit, en in meerdere verbeterprojecten, zetelt minstens één arts.
 - Uit verslagen en interviews blijkt de betrokkenheid van artsen bij het organiseren van kwaliteitsvolle behandelingen op maat van de doelgroepen (onderbouwde behandelvisies, state-of-the-art kwaliteitsvolle behandelprogramma's, aandacht voor patiëntveiligheid, aandacht voor algemene gezondheidsaspecten, empowerment van de patiënt, organisatie van medische permanentie, ...)
 - Artsen zijn actief op vlak van een kwaliteitsvolle samenwerking met andere actoren uit de GGZ (bv. vermaatschappelijking, netwerken, deelname aan het Vlaams indicatorenproject, ontwikkeling van een kenniscentrum,...)
 - Artsen nemen het voortouw bij de ontwikkeling van hoogspecialistische zorg in bepaalde expertisedomeinen (bv. jongerencluster, urgente psychiatrie en crisisopvang, ...)

We bevelen aan om deze waardevolle medische activiteiten traceerbaar te maken, bv. door een gestructureerde neerslag in de respectieve afdelingsbeleidsplannen. **(Aanb)**

- Er is nood aan bijkomende vorming inzake managementvaardigheden en ondersteuning bij het uitwerken van de beleidscyclus (vooral voor de opmaak van beleidsplannen en jaarverslagen). Hoewel binnen het ziekenhuis op centraal niveau zeker knowhow aanwezig is, kan ook overwogen worden om een aantal sleutelfiguren een externe opleiding te laten genieten. Het is belangrijk dat binnen het ziekenhuis daarbij dezelfde taal gehanteerd wordt, d.w.z. dat iedereen volgens hetzelfde beleidsmodel werkt en hetzelfde jargon begrijpt en gebruikt. **(Aanb)**
- Er zijn momenteel, buiten projecten in onderzoek of testfase, geen outcome-metingen lopende. **(TK)**
Enkele pistes om de resultaten te objectiveren en evalueren zijn al bekend: **(AV)**
 - Binnen het PCGS wil men een kenniscentrum ontwikkelen. Dit initiatief zal zich onder meer bezig houden met de wetenschappelijk verantwoorde opvolging van resultaten van de behandelingen binnen het ziekenhuis.
 - Binnenkort zal op de afdeling "dubbele diagnose" en op de afdeling "De Kering" het HONOS-instrument (Health Of the Nation Outcome Scales) uitgetest worden.

- De stafmedewerkers klinisch therapeutische zorg doen verkennend onderzoek m.b.t. outcome-metingen in psychoanalytische settings.
- Er is interesse voor PROM's (patient reported outcome measures). De kwaliteitscoördinator volgde recent een studiedag over dit onderwerp.
- Men wil specifieke indicatoren opvolgen om de werking binnen de jongerencluster Yidam te objectiveren.
- Het ziekenhuis neemt deel aan het Vlaams indicatorenproject GGZ van de Vlaamse overheid.

We raden aan om alvast op korte termijn op alle afdelingen enkele outcome-metingen als deel van de evaluatie van het therapeutisch beleid te implementeren. **(Aanb)**

- Afdelingen kunnen beschikken over een ruime set aan cijfermateriaal, meestal boordtabellen gegenereerd uit MPG-data en registraties uit het EPD. Deze gegevens worden toegelicht en besproken op de afdelingshoofdenvergaderingen. **(AV)** We bevelen aan om te evalueren of alle leden van de kernteams over voldoende vaardigheden beschikken om dit cijfermateriaal doelmatig aan te wenden voor hun beleidsvoering- en evaluatie, en hier indien nodig bijkomende vorming of ondersteuning rond te voorzien. **(Aanb)**
- Het huidige incidentmeldingssysteem, met afspraken over de behandeling en opvolging van de incidenten, is in voege sinds 2007. Incidenten en bijna-incidenten kunnen gemeld worden in het elektronisch patiëntendossier DIS. Binnen het ziekenhuis wordt dit het FONA-loket genoemd. Er kan in rubrieken gemeld worden volgens de aard van het incident (bv. agressie, suïcidepoging, medicatiefout, diefstal, brand, ongeval,...). Elk gemeld incident wordt op de daaropvolgende ochtendbijeenkomst met de afdelingshoofden besproken i.f.v. te plannen interventies, opvang van medewerkers enz. Bij ernstige incidenten kan beslist worden om een debriefing te organiseren en/of wordt een incidentanalyse gepland. De inschatting van de ernst van een incident gebeurt door de afdelingshoofden. Incidenten kunnen vervolgens worden geanalyseerd met behulp van het visgraatdiagram (RCA) of het Bow Tie model (vlinderdasmodel). **(AV)**
- Het aantal meldingen voor sommige incidenten lijkt aan de lage kant, zeker voor medicatie-incidenten, zodat een zekere onderrapportering kan vermoed worden. **(TK)** Men moet onderzoeken wat hiervoor de redenen zijn en trachten het aantal meldingen op te drijven om van het FONA-loket een krachtig leer- en verbeterinstrument te maken. Tijdens steekproeven en gesprekken konden een aantal elementen die een bijdrage kunnen leveren tot onderrapportage benoemd worden:
 - Hoewel men via een aanvinkvakje anoniem kan melden, leeft bij meerdere medewerkers de idee dat ze altijd traceerbaar zijn omdat de melding gebeurt terwijl ze ingelogd zijn in het EPD.
 - De criteria die gebruikt worden om een incident als ernstig te beschouwen zijn onduidelijk voor de medewerkers.
 - Men vermoedt dat enkel verpleegkundigen melden, maar het onderscheid van de meldingen per beroepsgroep is niet objectiveerbaar.
 - Conclusies van analyse van incidenten worden vaak niet gedocumenteerd, laat staan gecommuniceerd naar de werkvloer. Het is voor de medewerkers niet steeds duidelijk wat er met de meldingen gebeurt.

- Een aantal incidenten vinden snel een “ad hoc”-oplossing op de afdeling en worden niet meer gemeld in het FONA-loket.
- Een aantal medewerkers is niet overtuigd van de zekerheid dat melden blamefree is.

De vermoede onderrapportering heeft dus, minstens deels, te maken met de perceptie van de zorgverleners.

Specifieke vorming en transparante communicatie zou voor deze aspecten een oplossing kunnen bieden. **(Aanb)**

- De afdelingshoofden staan in voor de opvolging en voor feedback van de individuele meldingen. Ze bekijken ook onderling welke meldingen verdere bespreking vergen en of de procedure “critical incident” moet opgestart worden. **(AV)**
Het Comité kwaliteit en patiëntveiligheid, met o.a. de kwaliteitscoördinator en de preventieadviseur, zijn verantwoordelijk voor de ziekenhuisbrede analyse en voor de opvolging van de werkgroepen of verbeterteams die voor een afdeling, of afdelingsoverschrijdend, verbeteracties ondernemen.
- De verschillende kwaliteitsinitiatieven zijn niet altijd duidelijk te onderscheiden of overlappen elkaar soms gedeeltelijk. De structuur lijkt nogal complex (stuurgroep Q, Comité, werkgroepen, verbeterteams, afdelingsgebonden verbeteracties, ad hoc oplossingen die niet steeds gedocumenteerd worden, ...) waardoor resultaten niet steeds zichtbaar zijn, de coherentie tussen verschillende acties onvoldoende lijkt en een versnippering van realisaties en resultaten dreigt. Tot op heden kon geen globale gesystematiseerde analyse van incidenten plaatsvinden.
We bevelen aan om dit centraal meer overzichtelijk en coherent te bundelen. **(Aanb)**
Door gestructureerde analyses van bepaalde ernstige (clusters van) incidenten kunnen de leermogelijkheden van het meld- en leersysteem beter benut te worden. Ook proactieve risicoanalyses kunnen nuttig zijn.
- Gezien het grote belang van voldoende opvolging en feedback, dient bewaakt te worden dat hier voldoende personeelscapaciteit voor beschikbaar is en blijft wanneer het aantal meldingen (305 in 2014) zou stijgen door een verbeterend gebruik van het systeem. **(Aanb)**
- Voor een evaluatie van het meten en verbeteren van patiënten- en medewerkerstevredenheid verwijzen we naar 8.2.

4.3 SAMENWERKINGSOVEREENKOMSTEN

- Het PCGS levert, in het kader van artikel 107, een bijdrage aan het PAKT-project in de Gentse regio. Het ziekenhuis stelde hiervoor in totaal 21 bedden buiten gebruik. **(AV)**
De nadruk ligt op de inzet van personeel naar de mobiele teams. Dit betekent ook dat de expertise van deze medewerkers niet meer rechtstreeks ten gunste van het eigen ziekenhuis kan benut worden. Binnen de grote PAKT-structuur ligt bovendien de aansturing van de mobiele teams niet meer exclusief bij het ziekenhuis. Vermits het PCGS gespecialiseerd is in urgente en crisispsychiatrie, bevelen we aan om de verbondenheid van de extramurale werking met het ziekenhuis te bewaken. **(Aanb)**
- In het PCGS zelf gebeuren geen ECT-behandelingen. Hiervoor kan verwezen worden naar het APZ Sint-Lucia te Sint-Niklaas waarmee een formeel samenwerkingsakkoord bestaat. **(AV)**
- Het PCGS participeert via samenwerkingsovereenkomsten aan verschillende trajecten van GGZ in de regio. **(AV)**
 - Zorgtrajectovereenkomst Dubbele Diagnose (psychose en toxicomanie)
 - Partners: PC Gent-Sleidinge, MSOC Gent, PZ Sint-Camillus, Upsie UZ Gent, Spoedopnamediensten AZ's en UZ's
 - Overeenkomst Cliëntoverleg Drugs
 - Partners: PopovGGZ (inclusief PC Sleidinge) en Provincie Oost-Vlaanderen
 - Zorgtrajectovereenkomst spoed- en crisisopvang van drugsverslaafden in de regio groot-Gent
 - Partners: PC Gent-Sleidinge, AZ St.-Lucas Gent, UZ Gent, Upsie UZ Gent, crisisinterventiecentrum De Sleutel, CAW Artevelde, MSOC Gent, PZ Sint-Camillus
 - Functionele samenwerkingsovereenkomst voor dringende psychiatrische hulpverlening (uitbouw van een zorgtraject voor spoedopvang van psychiatrische crisissen voor de regio Gent-Eeklo)
 - Partners: AZ St.-Lucas, PC Gent-Sleidinge
 - Aanloophuis Poco Loco, Gent
 - Ontslagmanagement (met verschillende psychiatrische ziekenhuizen)
 - Netwerk Psychiatrische Thuiszorg Groot Gent (met 24 partners in Netwerk Psychiatrische thuiszorg Groot Gent)
 - Assertieve Zorg in de Samenleving (AZIS) (voor zorgvermijders met een complexe psychiatrische problematiek)
 - Functioneel Samenwerkingsverband voor Minderjarige Gerechtscliënten (jongeren van 12 tot 18 jaar met op z'n minst een ernstig vermoeden van psychiatrische problematiek en die onderhevig zijn aan een maatregel opgelegd door de Jeugdrechtbanken van de provincies Oost- en West-Vlaanderen)
 - Partners: PC Gent-Sleidinge, PZ Heilige Familie Kortrijk, PZ Caritas Melle, AZ St. Lucas Brugge, PC Dr. Guislain Gent, Kliniek St. Jozef Pittem, PZ St. Amandus Beernem, UZ Gent, Oost- en West-Vlaamse GGZ
 - Samenwerkingsverband met de Dienst Vreemdelingenzaken (opvang crisissituaties te wijten aan psychiatrische stoornissen bij asielzoekers en illegalen)
 - Metawonen (vrijwilligersorganisatie met buddy's)
 - Gents Activeringsplatform (GAP)

5 MIDDELEN

5.1 INFRASTRUCTUUR

- Het ziekenhuis beschikt voor beide campussen over brandveiligheidsattesten afgeleverd door de respectieve burgemeesters in 2014. **(AV)**
- Het psychiatrisch centrum Gent- Sleidinge bestaat uit 2 campussen. Een campus gelegen in Sleidinge en een campus gelegen in het centrum van Gent. **(AV)**
 - Campus Sleidinge

Het ziekenhuis bestaat uit verschillende sites:

 - ✓ Site zusterhuis: hier bevindt zich de jongerencluster Yidam.
 - ✓ Site mater dei: is sinds 2013 gedeeltelijk buiten gebruik gesteld door de brandweer. Hierdoor is de afdeling actieve resocialisatie ondergebracht op de site Sint-Jozef in een klein centraal gebouw met bureaus en een aantal kamers, de andere kamers van de afdeling bevinden zich in tijdelijke containers vlak achter dit gebouw. Voor dit containergebouw is slechts financiering voorzien tot 2018.

Er zijn sinds 2008 plannen uitgewerkt om op de site van mater dei een nieuwbouw op te richten met o.a. de uitbouw van een jongensafdeling binnen de jongerencluster Yidam, maar wegens procedureproblemen zit dit ambitieuze en waardevolle project muurvast. Momenteel is het laatste dossier (autofinanciering) geblokkeerd.
 - ✓ Site Sint-Jozef: hier bevinden zich de verschillende zorgafdelingen verspreid over verschillende gebouwen op een ruim domein.
 - ✓ Stationsgebouw “De Halte” werd recent aangekocht en zal polyvalent worden ingezet o.a. als ambulante therapiecentrum voor de afdeling Feniks, als opleidingscentrum en als ankerpunt voor de uitbouw van het kenniscentrum...

Bijkomend zal hier ook een extra therapieruimte worden ingericht voor relaxatie- en bewegingstherapie.
 - Campus Gent

Het ziekenhuis omvat:

 - ✓ een kliniekgebouw voor opname met 3 zorgafdelingen.
 - ✓ een activiteitscentrum met therapielokalen.
 - ✓ de polikliniek.
 - ✓ 2 dagcentra.
- Op beide campussen zijn er kamers met extra sanitaire voorzieningen aanwezig. **(AV)**
 - Op de seniorenafdeling van Campus Sleidinge zijn dit kamers die iets ruimer zijn dan de standaardkamers en die beschikken over een douche in tegenstelling tot de andere kamers op de afdeling die enkel over een lavabo en een toilet beschikken
Deze kamers zijn beschikbaar op vraag van de patiënt mits betaling van een dagsupplement of gratis op vraag van het afdelingshoofd bij nood aan verhoogde zorg of rolstoelafhankelijkheid.

Deze douches zijn echter niet rolstoeltoegankelijk wegens de aanwezigheid van een opstapje (niet conform de patiëntendoelgroep van deze afdeling). **(TK)**

- Op campus Gent zijn er per opnameafdeling 2 comfortkamers voorzien in een recentere aanbouw. Deze kamers zijn ruimer, hebben een bredere deur, automatisch licht en rolstoeltoegankelijk sanitair.

Deze kamers kunnen ook ingezet worden in het kader van zorg op maat: **(SP)**

- ✓ op afdeling De Stroom worden deze kamers ook gebruikt voor patiënten die nood hebben aan een rustiger gelegen kamer (minder prikkels).
- ✓ op afdeling De Bron werden er 2 comfortkamers ingericht op de afdeling zelf en worden de 2 kamers in de aanbouw gebruikt als tussenstap naar zelfstandig wonen.

- Volgende knelpunten op het vlak van infrastructuur werden vastgesteld: **(TK)**

- Sommige afdelingen beschikken over te weinig eenpersoonskamers, dit geeft aanleiding tot:
 - ✓ Organisatorische problemen: beurtrossystemen bij hogere vraag dan aanbod aan eenpersoonskamers.
 - ✓ Extra spanning op de afdeling door te weinig privéruimte voor de patiënten.
 - ✓ Geen mogelijkheid tot ontvangen van bezoek op 2-persoonskamer.
- Op de campus Sleidinge is er geen WIFI beschikbaar op de verblijfsafdelingen. Recent is er wel WIFI ter beschikking gesteld in de cafetaria. Op campus Gent is er wel WIFI op alle zorgafdelingen.

- We bevelen aan om een algemene risicoanalyse uit te voeren van de veiligheid van de infrastructuur in het bijzonder van de badkamers en douches, vooral met het oog op suïcidepreventie (bv. aanwezigheid van: niet-afbreekbare handgrepen, kettingen aan de waterafsluitdoppen, niet-afbreekbare doucheslangen...). **(Aanb)**

- De afzonderingskamers worden beschreven in het hoofdstuk vrijheidsbeperkende maatregelen 7.4

5.2 PATIËNTENDOSSIER

- In het ziekenhuis gebruikt men het elektronisch patiëntendossier DIS (Dibrosi Information System), inclusief het daaraan gekoppelde medicatiepakket. **(AV)**
Vanuit het DIS kunnen heel wat nuttige gegevens verzameld worden ter evaluatie van de werking.
- Alle zorgverstrekkers die betrokken zijn bij de zorg van een patiënt hebben toegang tot alle delen van diens EPD. Nagenoeg alle notities worden interdisciplinair gedeeld en zijn door alle behandelaars van de patiënt te consulteren. Ook de neerslag van de wekelijkse multidisciplinaire patiëntenbespreking (het behandelplan) is terug te vinden in het EPD. Persoonlijke notities van een zorgverlener kunnen indien gewenst afgeschermd worden van inzage door andere medewerkers. **(AV)**
- Daarnaast bestaan er nog papieren delen (bv. brieven van externe consulten die pas na verloop van tijd worden ingescand, labo-uitslagen, medische beeldvorming) die in afzonderlijke patiëntendossiers worden bijgehouden. **(AV)**

- Medicatie wordt op elektronische wijze voorgeschreven door de artsen. Met deze gegevens wordt door het EPD automatisch een medicatieschema gegenereerd, dat als basis dient voor het klaarzetten, controleren van klaargezette medicatie en toedienen van medicatie (zie 7.3). **(AV)**
- Het EPD bevat een sjabloon voor het behandelplan. Dit sjabloon wordt ingevuld tijdens de wekelijkse patiëntenbesprekingen. Het sjabloon bestaat uit de gegevensverzameling (op de meeste afdelingen wordt dit door de toewijsverpleegkundige ingevuld ter voorbereiding van het multidisciplinair overleg), de probleemstelling en de doelstellingen met bijbehorende acties. Voor alle gecontroleerde patiënten werd een recent behandelplan teruggevonden. Bij het opmaken van de acties bestaat de mogelijkheid om deze actie aan een welbepaalde medewerker toe te wijzen of aan het ganse team. **(AV)**
- Het patiëntendossier is gelinkt met andere applicaties (bv. afzonderingsregistratie), en al deze informatie is geïntegreerd op patiëntniveau. **(AV)**
- Het luik over fixatie wordt niet steeds ingevuld in het EPD. **(TK)**
- Het suïciderisico en de uitgangscodes zijn niet duidelijk zichtbaar in het dossier. **(TK)**

6 MEDEWERKERS

6.1 PERSONEELSBELEID

- Dat het ziekenhuis een integrale organisatie is komt onder meer ook tot uiting in het personeelsbeleid. Immers alle disciplines hebben dezelfde doelstellingen. **(SP)** Enkele voorbeelden illustreren dit:
 - Schoonmaaksters worden gezocht die passen in de zorgwereld en bij het omgaan met patiënten.
 - Logistiek medewerkers kunnen rapporteren in dossiers.
 - De aanwerving van een nieuwe medewerker op een afdeling gebeurt na een beslissing door de teamleden van de afdeling.
 - De personeelsdirecteur organiseert driemaandelijks een infomoment over “personeel en beleid” voor alle afdelingshoofden.
- Op het moment van de audit zijn er 167,75 VTE verpleegkundigen/verzorgenden actief in het departement patiëntenzorg.
Er zijn 88,8 VTE bachelors, 5,5 VTE masters, 67,65 VTE gegradueerde verpleegkundigen en 5,8 VTE zorgkundigen. **(AV)**
- Het jaarverslag van het personeelsbeleid bestaat uit twee delen en wordt enkel teruggekoppeld aan de afdelingshoofden omwille van de privacy van de gegevens en de nood aan nuancering. Naast het overzicht opgemaakt van het personeelseffectief van het voorbije werkjaar bevat het jaarverslag ook een overzicht van ziekteverzuim a.d.h.v. de Bradford factor (geeft aan op individueel medewerkersniveau hoe "problematisch" het verzuim is voor de organisatie). **(AV)**
- Individuele consulten en groepsactiviteiten door een diëtist gebeuren niet in het ziekenhuis. **(Aanb)**
De dieetmaaltijden werden op punt gesteld in overleg met de omnipracticus en uit gesprek blijkt dat de koks over de nodige expertise beschikken. **(AV)**
- Het ziekenhuis kiest ervoor om alle verpleegkundige expertfuncties binnen de organisatie te benoemen als referentieverpleegkundigen. Zo is er momenteel een referentieverpleegkundige ziekenhuishygiëne, palliatieve zorg en euthanasie, CPR en eerste hulp en zijn er drie referentieverpleegkundigen agressie. Deze hebben een apart competentieprofiel en functieomschrijving. Daarnaast werkt men op de afdelingen met mentoren voor het begeleiden van nieuwe medewerkers en studenten. **(AV)**
Aanbeveling om op alle afdelingen te voorzien in referentiemedewerkers in de noodzakelijke specialisatie domeinen (eventueel overeenkomstig met de bestaande werkgroepen) ter ondersteuning van het afdelingshoofd en zodat ze een aanspreekpunt zijn voor hun collega's bij bv. nieuwe procedures. Bovendien kan bekeken worden of een opleiding voor het geven van feedback (bv. op een team/visievergadering) kan gevolgd worden door deze medewerkers. **(Aanb)**
- Er wordt verwacht van alle functies dat er jaarlijks een functioneringsgesprek gebeurt met hun rechtstreeks leidinggevende. De afdelingshoofden voeren gesprekken met de verpleegkundigen, psychologen en therapeuten. Voor de gesprekken met de psychologen en de therapeuten kunnen de afdelingshoofden op de technische expertise rekenen van de stafmedewerkers klinisch therapeutische

zorg. De functioneringsgesprekken met de afdelingshoofden worden gevoerd door de directeur patiëntenzorg samen met een diensthoofd patiëntenzorg. **(AV)**

Het vooropgestelde streefcijfer voor de afdelingen bedraagt 100%. In 2014 slaagde hier slechts één afdeling in. **(TK)** Afdelingshoofden worden hier tijdens hun functioneringsgesprek en de hosta-vergaderingen op aangesproken. Als reden voor het niet voeren van gesprekken worden volgende oorzaken weergegeven:

- te weinig tijd voor de afdelingshoofden om deze gesprekken in de planning op te nemen
- te veel medewerkers moeten geëvalueerd worden door een beperkt aantal afdelingshoofden
- implementatie van te veel andere projecten
- te groot leeftijdsverschil en/of anciënniteitsverschil tussen het afdelingshoofd en de medewerker
- grote terughoudendheid van medewerkers

Uit gesprekken op verschillende afdelingen blijkt wel dat er kort op de bal wordt gespeeld i.v.m. het functioneren en er ook coaching gesprekken zijn. **(AV)**

- Er gebeuren geen systematische functioneringsgesprekken met de artsen. **(TK)** De hoofdarts en de algemeen directeur zijn wel bereikbaar voor de afdelingspsychiaters, maar dat gebeurt dan op het moment dat de nood gevoeld wordt, meestal beperkt tot oplossingsgericht overleg betreffende een specifieke problematiek.

We bevelen aan om structureel functioneringsgesprekken in te bouwen voor de artsen. Deze kunnen efficiënter georganiseerd worden op basis van een uitgeschreven functieprofiel waar de verwachtingen, verantwoordelijkheden en taken duidelijk in beschreven zijn. **(Aanb)**

- Een verpleegkundige (0,8 VTE) van de Campus Sleidinge voorziet in de functie van begeleider-(her)intreders. Daarnaast neemt een verpleegkundige van de mobiele equipe van de Campus Gent deze taak bijkomend op zich (o.a. rondleiden van nieuwe medewerkers) en wordt er op de afdelingen gewerkt met mentoren, die de taak hebben de nieuwe medewerker wegwijs te maken in specifieke taken en afspraken op de afdeling. De ziekenhuisbrede inwerking gebeurt per discipline en werd intern geëvalueerd, waardoor men in januari 2016 start met een nieuw ziekenhuisbreed concept. **(AV)**
Niet op alle afdelingen beschikt men over een uitgewerkt afdelings specifiek inscholingstraject met stappenplan. **(TK)**
Aanbeveling om ook een gestructureerd inscholingstraject uit te werken voor de afdelingshoofden, therapeuten, de mobiele equipe en de artsen. **(Aanb)**

- Op basis van het aantal bedden dient men te beschikken over een mobiele equipe van 10,66 VTE, waarvan 7,46 VTE verpleegkundigen. Men beschikt over een mobiele equipe van 12,1 VTE, waarvan 6,1 VTE gegradueerde verpleegkundigen, 5 VTE bachelor verpleegkundigen en 1 VTE zorgkundige. De werking van de mobiele equipe werd uitgeschreven in het document “ondernemingsakkoord met betrekking tot de onmiddellijke vervanging en het bekendmaken van uurroosters”. Uit gesprek blijkt dat de mobiele equipe ook wordt ingezet bij vervanging van een medewerker die vorming volgt. De uurregeling betreft vroege en late diensten en sporadisch ook nachtdiensten, zowel tijdens de week als in het weekend. De coördinatie gebeurt per campus door 2 diensthoofden patiëntenzorg. Deze maken de uurroosters op (met inzagemoogelijkheid op elke afdeling) en voeren de functioneringsgesprekken met deze medewerkers, met back up van de afdelingshoofden van de nestafdeling van de betrokken

medewerker van de mobiele equipe. De mobiele equipe wordt niet ingezet voor het vervangen van therapeuten. **(AV)**

- Op alle afdelingen wordt gewerkt met vaste nachtverpleegkundigen. De nachtverpleegkundigen van de campus Gent werken in principe niet overdag. Bij afwezigheden vervangen zij elkaar. Op de campus Sleidinge heerst wel de cultuur van af en toe overdag te werken. De “dag”verpleegkundigen springen daar ook soms tijdens de nacht in. **(AV)**

We bevelen aan om de vaste nachtmedewerkers systematisch een periode per jaar tijdens de dagdiensten in te schakelen. **(Aanb)**

Overlegmomenten (samen met de afdelingshoofden en de diensthoofden patiëntenzorg) gebeuren per campus en gaan 3 keer per jaar door. **(AV)**

- Tijdens de weekends en vakantieperioden wordt er een beroep gedaan op jobstudenten ter vervanging van een vaste werkracht. Het gaat hier o.a. over stagiairs psychologen, verpleegkundigen of zorgkundigen die voordien stage deden in het ziekenhuis. Zij worden op afdelingen (bv. Dubbele Diagnose, De Bron, Rehabilitatie) ingeschakeld, soms ook tijdens de nacht (campus Sleidinge). Telkens wordt afgetoetst of er aan de verpleegkundige permanentie (zichtbaar in het personeelsplanningssysteem) voldaan wordt. **(AV)**

Het is niet duidelijk omschreven welke verantwoordelijkheden jobstudenten krijgen. **(TK)**

- Het ziekenhuis beschikt over een “procedure critical incident”. Volgens de procedure kan men na een critical incident of traumatische ervaring terecht bij 5 interne begeleiders of kan men doorverwezen worden naar externe hulp. De procedure voorziet dat bij de dagelijkse evaluatie van de binnengekomen FONA meldingen (afdelingshoofden) telkens wordt ingeschat of doorverwijzing naar interne of eventueel naar een externe begeleider noodzakelijk is (de inschatting kan ook gebeuren nadat er nog meer informatie werd verzameld).

In de procedure staat vermeld: ‘de verzekering voorziet een tussenkomst indien externe begeleiding noodzakelijk zou zijn’.

Uit gesprek blijkt dat rechtstreeks externe hulp raadplegen ook mogelijk is. **(AV)**

Aanbeveling om het actief aanbieden van externe hulp aan te vullen in de procedure zodat, indien de drempel (bv. schaamte) om intern hulp te zoeken te groot is, men ook vlot rechtstreeks op deze mogelijkheid beroep kan doen. **(Aanb)**

Het aantal keren dat in 2014 een beroep gedaan werd op de procedure of op één van de interne begeleiders is onduidelijk en het is niet duidelijk of deze procedure ook gekend is bij alle artsen. **(TK)**

Een aantal artsen functioneert wel als intern begeleider.

Geen enkele arts deed beroep op de “procedure critical incident” in 2014 en 2015. **(AV)**

6.2 VORMING, TRAINING EN OPLEIDING (VTO)

- Volgens het organogram zijn de stafmedewerkers klinisch therapeutische zorg tevens VTO-coördinatoren. Zij werkten een strategisch vormingsbeleidsplan uit. **(AV)**

- Naast interne vormingsmomenten, maandelijkse klinische seminaries en de tweejaarlijkse wetenschappelijke commissies, zijn er ook een aantal verplichte opleidingen per jaar zoals “omgaan met agressie”, “TVT”, “CPR”. **(AV)**
- Tijdens functioneringsgesprekken peilen afdelingshoofden naar de noden van de medewerkers en bekijken de VTO-coördinatoren of de voorgestelde vorming voldoende aansluit bij de doelstellingen en kernopdracht van de eigen afdeling. **(AV)**
- Uit gesprekken op de afdelingen blijkt dat: **(AV)**
 - het volgen van langdurige opleidingen mogelijk is
 - sinds de start van de bijzondere beroepstitels en bijzonder beroepsbekwaamheid de mogelijkheden om vorming te volgen toegenomen zijn
 - men eerder het volgen van vorming moet afremmen dan aanmoedigen
- De afdelingshoofden beoordelen vooraf de vormingsaanvragen. **(AV)**
 In de praktijk werden betreffende het vormingsbeleid een aantal knelpunten vastgesteld: **(TK)**
 - De registratie gebeurt door de personeelsdienst en verloopt voorlopig nog stroef, wat het overzicht voor de afdelingshoofden van de individueel gevolgde vormingen van de medewerkers bemoeilijkt. Afdelingshoofden hebben onvoldoende zicht op de individuele gevolgde vormingen van de medewerkers.
 Er is enkel jaarlijks een systematische terugkoppeling van de gevolgde vorming. Men is op zoek naar geschikte software.
 - Er zijn medewerkers die veel vorming volgen en er zijn er die zelden vorming volgen.
 - Medewerkers die weinig of geen vorming volgen, worden hier niet steeds op aangesproken.
 - Er is geen vormingsplanning voor de artsen. Men kan ad hoc deelnemen aan een ziekenhuisbrede opleiding (bv. CPR, non-violent resistance,...) of een vakspecifieke externe vorming aanvragen die op dat ogenblik interessant lijkt.
 - De vorming gevolgd door artsen wordt niet centraal geregistreerd, zodat de hoofdarts geen overzicht heeft.
- Op een aantal afdelingen wordt vaak intern vorming gegeven door artsen (bv. over nieuwe medicatie), verpleegkundigen en psychologen. **(AV)**
- De meeste artsen en psychologen hebben een langdurige therapeutische opleiding gevolgd . Dit wordt ondersteund door het ziekenhuis (zowel financiële tegemoetkoming in kosten van de opleiding als het verlenen van educatief verlof). **(SP)**
- We bevelen aan om intervisies systematisch op alle afdelingen te organiseren. **(Aanb)**
- Een nood aan verdere ondersteuning bij het opmaken van verbeterplannen, beleidsplannen en jaarrapporten op afdelingsniveau wordt vastgesteld, zoals hoger beschreven. Voor de leidinggevenden uit de kernteams kan een aanbod voorzien worden voor opleiding rond managementvaardigheden en data-analyse. **(Aanb)**

6.3 VRIJWILLIGERS

- In 2014 waren in het ziekenhuis 8 vrijwilligers actief. De procedure rond werken met vrijwilligers wordt momenteel herwerkt. De aansturing gebeurt door de directeur patiëntenzorg en de diensthoofden patiëntenzorg. **(AV)**
Voor de taakomschrijving van vrijwilligers wordt verwezen naar de functieprofielen van de functie die vrijwilligers uitvoeren, maar er bestaat geen specifieke functieomschrijving voor vrijwilligers. **(TK)**
- Bij het Mobiel 2b team zijn momenteel 2 vrijwillige ervaringswerkers (één ervaringswerker is ex-patiënt en één iemand als familielid) werkzaam. Hun taakomschrijving is door het PAKT (netwerk van zorgverleners en zorgverlenende voorzieningen werkzaam in regio Gent - Eeklo - Vlaamse Ardennen met als doel de geestelijke gezondheidszorg in de regio te verbeteren) omschreven en wordt bij hun contract gevoegd. Zij volgden een opleiding bij het PAKT. Begin 2016 wil men op de dienst rehabilitatie ook starten met een ervaringswerker op de afdeling. Hiervoor werd een vacature uitgeschreven. **(AV)**

6.4 BESTAFFING

- De personeelsbezetting voor de afdelingen crisistoxicomanie en urgentie/crisisinterventie van de Campus Sleidinge is hoog. Voor de fusie maakte men op Campus Sleidinge de keuze om alle bijkomende financiële middelen die men kreeg (via o.a. Sociale Maribel) preferentieel toe te wijzen aan de acute afdelingen. Ook voor de intensieve behandelunit van de jongerencluster heeft men relatief veel medewerkers, in functie van de doelgroep en de zorgvisie. **(AV)**
Op de campus Gent gaat men er van uit dat men zowel op de acute als op de chronische afdelingen het zelfde aantal medewerkers nodig heeft. We bevelen aan om ook hier de bestaffing van de afdelingen in evenwicht te brengen met de zorgzwaarte en behoeften van de betrokken patiëntenpopulatie. **(Aanb)**
- Het residentiële luik (opnameafdeling) van Yidam (zie 7.1) is ruim bestaft. **(AV)**
Naast een halftijdse jeugdpsychiater, worden de opgenomen jongeren omkaderd door:
 - 5 verpleegkundigen (4,8 VTE), waarvan 3 psychiatrisch verpleegkundigen en 1 pediatrisch verpleegkundige
 - 3 psychologen (2,8 VTE)
 - 2 sociotherapeuten (2 VTE)
 - 1 muziektherapeut (1 VTE)
 - 2 therapeuten met een didactisch-pedagogische bachelor (2 VTE)
 - 1 bewegingstherapeut (0,7 VTE)
 - 2 bachelors orthopedagogie (1,8 VTE)4 verpleegkundigen vormen de vaste nachtequipe (2,5 VTE)
Voor het outreachgedeelte en de crossover zijn daarenboven nog 6,09 VTE medewerkers beschikbaar (psychologen, criminoloog, sociotherapeut, pedagoog, orthopedagogie).
- Op alle afdelingen is een nachtpermanentie van minstens 1 verpleegkundige voorzien. Op de afdelingen voor kritieke en urgente psychiatrische zorg is deze nachtequipe uitgebreid met minstens 1 verpleegkundige. **(AV)**

- De hoofdarts, met een opleiding in Human Dynamics, is benoemd sinds 1/1/2012 voor een periode van 3 jaar. Hij kan formeel 13u/week besteden aan deze functie, maar in de praktijk is dat meestal meer. Daarnaast is de hoofdarts als psychiater klinisch actief in eigen ziekenhuis. Ondersteuning wordt geboden door administratieve medewerkers en stafmedewerkers. **(AV)**
- Er zijn 13 psychiaters-stafleden voor het ziekenhuis plus voor elke campus een huisarts als vaste consulent. Er is een 24u/24 permanentie(werkuren) en wachtregeling (nacht en weekend) van de psychiaters. **(AV)**

7 PROCESSEN

7.1 ORGANISATIE VAN ZORG

- De Dienst voor Zorgvragen (DVZ) is in Campus Sleidinge in 2010 ontstaan vanuit de nood aan management als gevolg van de groei en verdere differentiatie bij zowel de zorgvragen als het zorgaanbod. De DVZ houdt het globaal overzicht inzake vraag en aanbod voor zorg en behandeling naar en van het PCGS en treedt hierin coördinerend op. Tevens heeft de DVZ een faciliterende functie t.a.v. de verwijs- en schakelmogelijkheden, zowel deze die het PCGS biedt als deze bij externe zorgverleners. Op 1 oktober 2014 is ook de implementatie gestart op Campus Gent. De ambitie is om de DVZ uit te bouwen tot een centraal aanmeldingsloket voor geheel het PCGS waarbij alle telefonische aanvragen bij de DVZ terechtkomen, of waar vragen die via andere wegen binnenkomen naar de DVZ kenbaar gemaakt en/of verwezen worden. **(AV)**

- De zorg wordt aangeboden vanuit de volgende afdelingen: **(AV)**

Campus Sleidinge:

- Jongerencluster Yidam:
 - Residentiële intensieve behandel eenheid voor meisjes met een VOS-statuut
 - Een mobiel aanbod voor jongeren met een VOS- en/of MOF-statuut
 - Wachtpoli: aanbod van consulten voor jongeren die verblijven in een instelling.
- De afdeling voor Urgentiepsychiatrie en Crisisbehandeling:
 - Gesloten unit voor urgentiepsychiatrie: high-care afdeling voor intensieve zorgen (o.a. voor gedwongen opnames)
 - Beveiligde midcare-unit voor crisisbehandeling
- De afdeling voor Crisistoxicomanie: beveiligde afdeling voor de opvang van patiënten met ernstige toxicomane problematiek
- De afdeling voor psychiatrie en psychotherapie
- De afdeling voor Dubbele Diagnose:
 - Opname- afdeling
 - Woonproject @14(Sleidinge) en ontmoetingshuis Villa Voortman (centrum Gent): 2 projecten opgestart en opgevolgd door de afdeling die werken binnen dezelfde logica, visie en methodiek als de afdeling.
- De afdeling Feniks: fenomenologisch-psychodynamische behandel eenheid voor persoonlijkheidsstoornissen.
- Afdeling voor rehabilitatie en dagverblijf:
 - Unit voor actieve resocialisatie
 - Unit voor algemene rehabilitatie
 - Dagziekenhuis/ aanloopwerking
- De Seniorenkliniek

Campus Gent:

- Afdeling De Kering: afdeling voor opname en kortdurende behandeling
- Afdeling De Bron: afdeling voor persoonlijkheidsstoornissen
- Afdeling De Stroom: behandelafdeling voor mensen met autisme en/of psychotische kwetsbaarheid

- Dagziekenhuis De Steiger
 - Dagcentrum De Weverij
 - Afdelingsoverstijgend aanbod: arbeidstherapie en arbeidsbegeleiding
- Na de fusie werden twee stafmedewerkers klinisch therapeutische zorg aangesteld die o.a. als taak hebben de 2 campussen en de afdelingen beter met elkaar te verbinden en ervoor te zorgen dat relevante informatie tussen afdelingen met eenzelfde doelgroep vlotter en efficiënter wordt uitgewisseld. **(AV)** We raden aan deze aanpak verder te zetten om op die manier bij te dragen tot een verdere uitwerking van ziekenhuisbrede projecten, zonder daarom de eigenheid van de afdeling te verliezen. **(Aanb)**
 - Het ziekenhuis voorziet zowel in ambulante als in residentiële therapie en daarnaast ook in allerlei tussenvormen afhankelijk van de therapeutische evolutie van de patiënt (nachtopname, dagbehandeling op de verblijfsafdeling, mogelijkheid tot deeltijds werk tijdens de opname...). **(AV)**
Het uitgangsprogramme kan soepel aangepast worden aan de hand van onderbouwde motivatie en therapeutische evolutie van de patiënt. Dit draagt bij tot een geïndividualiseerde patiëntgerichte zorg. **(SP)**
 - Continuïteit van therapie tijdens verlofperiodes wordt door de afdelingen zelf geregeld. De afdelingswerking is in de meeste gevallen zo specifiek dat men verkiest om het verlof binnen het team op te vangen. Dit wordt ruim vooraf gepland en besproken binnen het team en waar nodig ook met de patiënten. Bij langdurige ziektes of verlofopnames (meer dan een maand) wordt altijd vervanging geregeld vanuit de directie. **(AV)**

7.2 PROCEDUREBEHEER

- Het beheer van procedures in het fusieziekenhuis verloopt gestructureerd.
 - Men beschikt over een moederprocedure die beschrijft hoe een procedure voor het PCGS moet worden opgesteld, gecommuniceerd en geïmplementeerd.
 - Bijna alle procedures en protocollen van voormalig Sint-Jan de Deo en PC Sleidinge werden campusoverschrijdend gemaakt (waar mogelijk) en gereviseerd na de fusie. Dit werk is gebeurd door de proceseigenaars van de voormalige procedures, of door het aanstellen van een kwaliteitswerkgroep daar waar het proces complexer was.
 - Alle procedures volgen hetzelfde stramien.
 - Alle procedures en protocollen van PCGS zijn raadpleegbaar op het intranet.
 De revisie/fusering van een beperkt aantal procedures is nog niet afgerond, deze opdracht is toegekend aan de huidige kwaliteitswerkgroepen. **(AV)**
- Procedures worden pas verspreid na goedkeuring door de afdelingshoofden, zodat ook zij de implementatie ervan kunnen bewaken. Nieuwe procedures worden verspreid via mailing naar alle afdelingen en via een aankondiging op het intranet. Ook tijdens de kwaliteitsrondes door de kwaliteitscoördinator op de afdelingen komen de nieuwe procedures aan bod. **(AV)**
- De klachtenprocedure is zeer algemeen en bevat geen duidelijke flowchart. **(Aanb)**

- Er zijn geen uitgeschreven procedures over ‘second opinion’ en over ‘(seksueel) grensoverschrijdend gedrag’ voor patiënten. **(TK)**
Er is wel een procedure “grensoverschrijdend gedrag” voor de medewerkers. **(AV)**
- Afdelingen beschikken niet over eigen procedures voor opname. De opnames worden gecoördineerd door de DVZ waarvoor de procedure duidelijk is uitgeschreven. **(AV)**
De meeste afdelingen hebben geen ontslagprocedure en er is evenmin een gestructureerde afdelingsoverschrijdende procedure voor ontslag. **(TK)**

7.3 MEDICATIEDISTRIBUTIE

Situering

- De apotheek levert aan alle afdelingen van het ziekenhuis en aan het PVT.
- De apotheek is elke werkdag geopend van 8u30-12u30 en van 13u00-16u36.
- Tijdens de audit werd gesproken met de hoofdapotheker, de apotheekassistent en de logistieke medewerker van de apotheek.

Beleid en strategie

- De slagkracht en de inbreng van de apotheek op het beleid van het ziekenhuis is beperkt. **(TK)**
De apotheker maakt geen deel uit van de directieraad. Het enige beleidsmatig overleg met de directie, buiten de wettelijke comités, is ad hoc. Een zeldzame keer werd de apotheker uitgenodigd op het managementcomité (1 maal sinds de fusie).
De apotheker heeft vooral zicht op het ziekenhuisbeleid via de verslagen van de directieraad die op het intranet verschijnen.
- Er wordt geen apart beleidsplan voor de apotheek opgemaakt. Er is wel een jaarverslag ter beschikking voor het jaar 2014. Het vorige jaarverslag dateert van 2011. Door de grote werklast omwille van de fusie werd er geen jaarverslag opgemaakt voor 2012 en 2013. De nadruk in het meest recente jaarverslag ligt op de economische aspecten van de werking van de apotheek (verbruikscijfers, financieel,...). **(AV)**
We bevelen aan om het jaarverslag breder uit te schrijven met meer aandacht voor kwaliteitsprojecten, klinische farmacie, verbetertrajecten, resultaten van incidentanalyses, ... **(Aanb)**
- De terugkoppeling van de resultaten van het jaarverslag gebeurt op het MFC of op de medische raad. **(AV)**
Deze terugkoppeling gebeurde tot op heden nog niet voor het jaarverslag 2014. **(Aanb)**
- De apotheek verwerkt de voorschriften van de psychiaters en van beide vaste huisartsen. Er gebeurt een analyse van het voorschrijfgedrag per arts per medicatiecategorie **(AV)**, maar niet per medicatieklasse. **(TK)**
Dit laatste betekent nochtans een meerwaarde als basis van zelfevaluatie van het voorschrijfgedrag van de artsen en als mogelijk deel van een therapiebeleid voor een bepaalde patiëntenpopulatie of voor een bepaalde pathologie.

Hierbij moeten de artsen die de actuele voorschriften valideren opgenomen worden in de analyse, terwijl tijdens de audit werd vastgesteld dat de arts die ooit begon met een voorschrift in de statistieken blijft voorkomen als voorschrijver, zelfs als die arts niet meer verbonden is aan het ziekenhuis. **(TK)**

- De apotheker neemt deel aan het Medisch Farmaceutisch Comité (4/jaar), het Comité Medisch Materiaal (4/jaar) en het Comité voor Ziekenhuishygiëne (4/jaar). **(AV)** We bevelen aan om de verslagen van deze comités centraal te archiveren zodat ze door de betrokken actoren gemakkelijk kunnen geconsulteerd worden, bv. via het intranet. **(Aanb)**
- De apotheker maakt zelf geen deel uit van het Comité voor Patiëntveiligheid.
De hoofdapotheker ontvangt noch verslagen, noch uitgebreide feedback van dit overleg en heeft bijgevolg zeer beperkt tot geen zicht op de besproken items rond en de hiermee verband houdende analyses. Gezien deze werkwijze, zijn de mogelijkheden tot inspraak in de genomen beleidsbeslissingen, die betrekking hebben op de werking van de apotheek en het medicatiedistributieproces onvoldoende.
Daardoor worden er in het Comité voor Patiëntveiligheid ook geen analyses gemaakt die verband houden met medicatiefouten. **(TK)**

Middelen

- De apotheek bestaat uit 1 ruimte. Hier gebeurt zowel de administratie, het klaarzetten en het bereiden van de medicatie als het bewaren van de (medicatie)voorraad. Na de fusie van het ziekenhuis en het overbrengen van de volledige apotheek naar campus Sleidinge is de ruimte noch uitgebreid noch aangepast. Bij rondgang merken we een aantal knelpunten op: **(TK)**
 - Bereidingszone is zeer beperkt en kan niet afgesloten worden, zoals wettelijk voorgeschreven wordt, wat kans geeft op contaminatie tijdens medicatiebereiding.
 - De doorgeefkastjes voor de levering aan afdelingen, ook buiten de openingsuren van de apotheek, zijn niet afgesloten van de rest van de apotheek.
- De medicatie op de zorgafdelingen bestaat uit: **(AV)**
 - de patiëntvoorraad: deze wordt bewaard in genaamtekende bakjes met achteraan een gemarkeerd vakje voor noodmedicatie op naam van de patiënt.
 - de naamnotatie gebeurt niet eenduidig op alle afdelingen: soms naam en voornaam, soms enkel voornaam, soms enkel naam en eerste letter voornaam. Om te zorgen voor uniformiteit tussen de afdelingen en om fouten te voorkomen bevelen we aan om steeds naam en voornaam te noteren op alle medicatiebakjes. **(Aanb)**
 - een kleine huisapotheek
 - de thuismedicatie van sommige patiënten.
- De medicatie bevindt zich, op de bezochte afdelingen, in een afgesloten kast in het verpleeglokaal. In deze kast is een apart afgesloten kastje voor de narcotica op campus Sleidinge. Op campus Gent is er geen voorraad narcotica. **(AV)**
- Er zijn spoedkasten op volgende afdelingen: De Kering, Yidam, de afdeling voor urgentiepsychiatrie en crisisbehandeling, de afdeling voor opname en crisistoxicomanie en in het PVT. Deze worden dagelijks nagekeken en indien nodig aangevuld door de apotheker. **(AV)**

Medewerkers

- Er zijn 2 apothekers (1,3 VTE), 2 apotheekassistenten (1,5 VTE) en een logistiek medewerker (1 VTE) werkzaam in de apotheek.
De tweede apotheker (0,3 VTE) wordt enkel ingezet om verlofperiodes in de apotheek op te vangen. Het resterende en grootste deel van haar tijd besteedt ze aan haar taak als kwaliteitscoördinator binnen het ziekenhuis. **(AV)**
- De wachtregeling van de apotheek is vastgelegd in een procedure. Buiten de openingsuren van de apotheek kan men voor dringende geneesmiddelen een aantal stappen doorlopen volgens een opgesteld stroomdiagram (spoedkast, thuismedicatie, patiëntenvoorraad, ...). Daarnaast kan men beroep doen op de wachtdienst van de apotheek van het AZ Sint-Lucas te Gent, waarmee een formeel samenwerkingsakkoord werd afgesloten. **(AV)**

Processen

- De voorschriften kunnen enkel door de arts zelf, met een persoonlijke login, worden ingebracht in het elektronisch medicatieprogramma (DIS). Enkel de voorschriften voor methadon gebeuren, om praktische redenen, nog schriftelijk.
Na inbrengen van het voorschrift door de arts, wordt elk nieuw voorschrift door de apotheker gecontroleerd op juistheid, dubbele voorschriften, mogelijke interacties,... en gevalideerd, waarna de medicatie wordt afgeleverd. **(AV)**
- Er zijn ongeveer 10% naschriften en dit enkel voor het afleveren van medicatie uit de spoedkast. **(AV)**
Aangezien de artsen ook van thuis uit kunnen voorschrijven lijkt het ons mogelijk om het percentage naschriften nog sterk te kunnen reduceren. **(Aanb)**
- De apotheker heeft in het elektronisch medicatiebeheersysteem zicht op het volledige medicatieschema van de patiënt tijdens opname. **(AV)** De thuismedicatie kan ingebracht worden in DIS maar dit gebeurt niet routinematig bij intake van de patiënt, waardoor de apotheker en de andere zorgverleners relevante informatie kunnen missen. **(TK)**
- Het klaarzetten van de medicatie gebeurt op alle zorgafdelingen door de nachtverpleegkundige, en dit voor de volgende 24 uur. Zowel de controle van de klaargezette medicatie als de registratie bij toediening gebeurt door een verpleegkundige. **(AV)**
- De patiënten worden op sommige afdelingen gemotiveerd tot eigen medicatiebeheer: **(SP)**
 - Op de afdeling Feniks krijgen patiënten zelf de verantwoordelijkheid voor hun medicatie-inname en wordt de medicatie niet op een vast uur bedeed. Hierdoor wordt de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt aangesproken en verhoogt de betrokkenheid bij zijn behandeling. Bij niet nakomen van afspraken treedt men hierrond met de patiënt in dialoog.
 - Op afdeling De Bron wordt in het kader van rehabilitatie door sommige patiënten de medicatie zelf klaar gezet in medicatiebakjes per dag.
Hier is het wel aangewezen om ook deze bakjes te naamtekenen en de medicatie in de blister te laten om fouten te vermijden. **(Aanb)**

- De medicatie wordt op de gecontroleerde afdelingen tot op het moment van toediening zo veel mogelijk in de blister gelaten. Bij halve pillen wordt de blister met halve pil herverpakt in een potje, waarop de gegevens van de medicatie worden genoteerd. **(AV)**
Op de afdelingen Dubbele Diagnose en De Bron vonden de auditoren meerdere potjes met telkens een halve losse pil (zonder blister), met vermelding van naam en sterkte van het geneesmiddel, maar zonder vermelding van de vervaldatum op het potje. **(TK)**
- Er is een duidelijke procedure voor controle van de vervaldata van medicatie en voor de controle van de temperatuur van de medicatiekoelkasten op de afdelingen en in de apotheek. **(AV)**
- Er is een mogelijkheid tot het melden van medicatiefouten in het elektronisch patiëntdossier (FONA-registratie). Bij een registratie van een medicatiefout in het FONA-loket wordt er automatisch een mail verstuurd naar de ziekenhuisapotheker, de hoofdarts en de kwaliteitscoördinator. **(AV)**
Deze meldingen blijken, bij navraag op de afdelingen, niet altijd systematisch te gebeuren. **(TK)** Dit kan deels de onderregistratie verklaren (slechts 8 meldingen in 2014). Daarnaast kan het lage aantal meldingen ook te maken hebben met het feit dat enkel meldingen gebeuren van fouten bij medicatietoediening en alle andere fouten m.b.t. medicatiedistributie niet worden gemeld (verkeerde levering, verkeerde dosis, niet-geleverde geneesmiddelen,...).
De fouten m.b.t. de werking binnen de apotheek worden niet geregistreerd. **(TK)**
- Er gebeurt geen systematische analyse van de foutregistraties. **(TK)** Door onvolledige registratie, geen of beperkte analyse, en het niet betrekken van de apotheker bij analyses betreffende medicatiefouten in het Comité voor patiëntveiligheid, gaan leermogelijkheden verloren en blijven mogelijke risico's onnodig lang bestaan.
- Narcotische medicatie (in het bijzonder methadon en Suboxone®) worden zeer strikt opgevolgd via een specifiek voorschrift- en toedieningsregistratieformulier. Zo kan de afgeleverde hoeveelheid ten opzichte van de toegediende dosis gecontroleerd worden en de resterende voorraad opgevolgd. Ook de narcotica in de spoedkasten worden dagelijks gecontroleerd. **(SP)**

Resultaten

- Er is een geneesmiddelenformularium opgesteld. De voorschrijver wordt bij het opstellen van het elektronisch voorschrift door het computerprogramma (DIS) automatisch voorgesteld om een formulariumproduct te kiezen. Er gebeurt op molecuulniveau, ook voor niet-formulariumproducten, een automatische substitutie door de apotheker. Ongeveer 20% van de medicamenten wordt buiten het formularium voorgeschreven. Het betreft hier voornamelijk somatische medicatie die opgestart wordt door een externe arts-specialist. **(AV)**
- Ongeveer 95% van de geneesmiddelen wordt geleverd in unitdosis. 15% van de medicamenten wordt intern in de apotheek herverpakt en gelabeld. Dit proces is zeer arbeidsintensief en wordt aanzien als een knelpunt binnen de werking van de apotheek. **(AV)**
Overleg met andere apothekers in de regio (o.a. AZ Sint-Lucas Gent) wordt aangeraden om op die manier te zoeken naar verdere opportuniteiten: bv. over het herverpakken van medicatie of het participeren in de aankoop van een medicatieverdeelrobot... **(Aanb)**

7.4 AGRESSIEBELEID EN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELN

Situering

- De toepassing van het beleid over agressiebeheersing en vrijheidsbeperkende maatregelen werd op verschillende afdelingen getoetst. De afzonderingskamers op de volgende afdelingen werden bezocht:
 - Crisis- en urgentieafdeling
 - Yidam
 - De Kering

Er werden 6 afzonderingsfiches en patiëntendossiers van patiënten die in afzondering verbleven gecontroleerd. **(AV)**

Beleid

- Naar aanleiding van zowel kwalitatieve als kwantitatieve (het stijgend aantal incidenten) overwegingen werd door het Comité voor patiëntveiligheid als verbeteractie de werkgroep “Humaan risicopreventiebeleid” opgestart. De doelstellingen van deze werkgroep zijn gericht op het primair, secundair en tertiair agressiepreventiebeleid van het ziekenhuis. De rode draad is het principe dat de patiënt “geen schade” mag ondervinden tijdens of door de opname/behandeling. De werkgroep “humaan risicopreventiebeleid” is geen beslissend orgaan, maar heeft een adviserende/evaluerende functie rond alle thema’s gelinkt aan het agressiebeleid. De werkgroep heeft een ziekenhuisbrede visie opgesteld over het omgaan met mogelijks agressief gedrag. Om binnen de visie, thema’s zoals therapeutisch klimaat, risicoscreening, risicotaxatie, automutilatie, alternatieven voor vrijheidsbeperkende maatregelen,... concreet uit te werken werden subwerkgroepen opgericht. **(AV)**

Hoe het staat met de werking van al deze subwerkgroepen is weinig overzichtelijk en niet gekend. **(TK)**
- Er zijn in het ziekenhuis verschillende documenten op het gebied van omgaan met agressie en vrijheidsbeperkende maatregelen: **(AV)**
 - een visietekst, omgaan met agressie en agressiebeheersing opgesteld door de werkgroep humaan risicopreventiebeleid (2014)
 - drie verschillende procedures i.v.m. afzondering:
 - Campus Sleidinge: algemeen protocol afzondering en separatie (in revisie)
 - Campus Sleidinge: specifieke afzonderingsprocedure van de intensieve behandel eenheid van de jongerencluster Yidam
 - Campus Gent: algemene procedure afzonderen (in revisie)
 - een handleiding gebruik fixatiemateriaal
 - een protocol toezicht en zorgafspraken-campus Gent
 - aanzet tot een procedure transfert naar een kritische dienst
 - procedures risicoscreening en –taxatie

- procedure alarmoproep omwille van (auto-)agressie
 - procedure lichaamsfouille
 - document herstelgesprekken voeren
- Hoe het ziekenhuisbrede beleid en de visie op de afdelingen verder vorm moet krijgen is onduidelijk, waardoor de praktijkvoering knelpunten kent: **(TK)**
 - In de afdelingsbeleidsplannen is er voor geen enkele afdeling een doelstelling i.v.m. agressie/vrijheidsbepurende maatregelen opgenomen. Enkel de urgentieafdeling (Campus Sleidinge) heeft in hun beleidsplan een verbeterdoelstelling opgenomen binnen deze thema's, nl. revisie van het afzonderingsbeleid en inrichting van afzonderingsruimten.
 - Men werkt niet met referentieverpleegkundigen op de afdelingen. Deze medewerkers kunnen dan het mandaat hebben om het onderwerp ter bespreking te brengen op hun afdeling.
 - Wat de afdelingen moeten doen met hun jaarlijks teruggekoppelde cijfers i.v.m. incidentmeldingen is niet duidelijk.
 - Tal van procedures worden momenteel herwerkt en verschillende gesprekspartners hadden geen overzicht op de bestaande procedures.
 - De termen: comfortruimte, PAR, time out ruimte en kamer verhoogd toezicht zijn niet gedefinieerd en worden door elkaar gebruikt op de afdelingen.
 - Op een aantal afdelingen (crisistoxicomanie, afdeling urgentie en crisisinterventie, Feniks) worden vormen van vrijheidsberoving toegepast (communicatiebeperking bv. verbod op GSM, verbod op relatievorming op de afdeling, tijdelijk in beslag nemen van persoonlijke goederen bv. autosleutels, lichaamscontrole bij elke opname) waarover er noch een ziekenhuisbreed beleid en visie is uitgewerkt, noch een afdelingsvisie. Dit zijn algemeen geldende vrijheidsbepurende maatregelen, maar deze maatregelen moeten per patiënt op maat en op indicatie zijn.
Uit gesprek blijkt dat deze regels passen in de therapeutische visie van de afdelingen (prikkelarme omgeving, leegte en terug vallen op zichzelf, nabijheid). Deze vrijheidsbepurende maatregelen staan vermeld in de onthaalbrochure die als leidraad dient voor het verblijf. **(AV)**
- In de twee algemene procedures (Campus Sleidinge en Campus Gent) rond afzondering is er aandacht voor volgende items: **(AV)**
 - preventie
 - herstelgesprekken
 - bezoek
 - nabijheid
 - comfort
 - patiëntenparticipatie en patiëntenperspectief
- In deze twee algemene procedures kunnen volgende verbeterpunten omschreven worden: **(TK)**
 - Er is geen ziekenhuisbreed beleid/visie i.v.m. vrijheidsbeperking uitgeschreven waarbij :
 - men streeft naar een beleid zonder maatregelen en het proportionaliteitsbeginsel wordt gehanteerd (de grondhouding staat wel vermeld in de procedure van Campus Gent: minst restrictief en zo kort mogelijk)

- alle vormen van vrijheidsbeperkende maatregelen die in het ziekenhuis van toepassing zijn worden opgesomd
 - De definities, het beleid en het gebruik van de PAR, de time-out ruimte en de kamer met verhoogd toezicht worden niet beschreven.
 - De procedure vermeldt niets rond vorming personeel.
Aanbeveling om het belang van vorming i.v.m. vrijheidsbeperkende maatregelen aan te halen in de beleidstekst. **(Aanb)**
 - De indicaties voor het gebruik van afzonderingskledij zijn niet duidelijk omschreven.
 - De indicaties en contra-indicaties voor de verschillende technieken zijn niet omschreven.
 - Alternatieven worden niet opgesomd.
 - Er is de mogelijkheid voorzien om met een staand order van de arts te werken in het behandelingsplan van een patiënt (Campus Gent). De arts is dan niet betrokken bij de beslissing op het moment zelf, maar pas bij zijn eerstvolgende bezoek, ten laatste de volgende dag.
We bevelen aan om een onderscheid te maken bij de registraties tussen de afzonderingen waarbij de arts wel en niet direct betrokken was. **(Aanb)**
- In de specifieke afzonderingsprocedure van de intensieve behandel eenheid van de jongerencluster Yidam hanteert men vier mogelijkheden (eigen kamer, prikkelarme ruimte, time out, isolatie met of zonder fixatie) om een jongere af te zonderen van de leefgroep, wat kan ofwel op vraag van het team ofwel op vraag van de jongere zelf. **(AV)**
Er wordt gekozen voor de minst ingrijpende maatregelen die noodzakelijk zijn en er wordt steeds snel tot een herevaluatie overgegaan met betrokkenheid van de jongere zelf, onder meer door inbreng van het individuele crisisplan. **(SP)**
In de procedure ontbreken een aantal elementen: **(TK)**
 - de verantwoordelijkheid en de taken van de arts moeten expliciet omschreven worden.
 - onder andere volgende details over het toezicht ontbreken: frequentie, welke elementen controleren, waar noteren.
- We bevelen aan om de verschillende procedures voor afzondering te integreren in een ziekenhuisbreed afzonderingsbeleid met diversiteit voor de afdelingen en dit als geheel te autoriseren door de bevoegde organen. **(Aanb)**
- Naast de geplande verbouwwerken die kaderen binnen het heractiveringsproject (bv. open balie) is de afdeling urgentie en crisisinterventie sinds januari 2015 gestart om het weloverwogen HIC model (High & Intensive Care afdeling waar men uitgaat van uitgangspunten die hoogwaardige klinische behandeling mogelijk maken) te implementeren op de afdeling. Vanaf januari 2016 wil men hiermee officieel van start gaan. **(AV)**

Middelen

- Er zijn 3 gesloten afdelingen in het ziekenhuis: de afdeling “crisistoxicomanie”, jongerencluster Yidam en de afdeling “urgentie en crisisinterventie”. **(AV)**
Er zijn 8 afzonderingskamers, verspreid over de volgende afdelingen:

- De Kering (Campus Gent): 3
- Afdeling urgentiepsychiatrie (Campus Sleidinge): 2
- De intensieve behandel eenheid van de jongerencluster Yidam (Campus Sleidinge): 3

Er zijn 4 prikkelarme ruimtes (PAR), verspreid over de volgende afdelingen:

Campus Gent

- De Bron: 1 (K218)
- De Stroom:1 (K118)
- De Kering: 1 (K018)

Campus Sleidinge

- De intensieve behandel eenheid van de jongerencluster Yidam: 1

Op de afdeling urgentiepsychiatrie (Campus Sleidinge) en op de intensieve behandel eenheid van de jongerencluster Yidam is er telkens één time-outruimte .

- De infrastructuur van sommige afzonderingskamers kent enkele knelpunten: **(TK)**
 - Op de gesloten afdeling voor urgentiepsychiatrie werd één afzonderingskamer bezocht: er is geen oproepsysteem.
 - In de afzonderingskamer van de intensieve behandel eenheid Yidam is de privacy niet volledig gewaarborgd omdat een bewakingscamera het toilet in beeld brengt.
 - In de drie afzonderingskamers van afdeling De Kering:
 - is de privacy niet volledig gewaarborgd omdat een bewakingscamera telkens het toilet in beeld brengt.
 - is er een hoek van de kamer niet zichtbaar op de camera
 - beschikken patiënten indien ze gefixeerd worden (in twee van de drie kamers) niet over een oproepsysteem.
- In de prikkelarme ruimtes (PAR) kan de patiënt de deur van binnen op slot doen en ook steeds weer zelf open doen. De verpleging kan altijd binnen met een sleutel. Er zit een verklikkersysteem in de deur ingebouwd dat medewerkers kunnen opzetten of uitschakelen. Indien men het inschakelt komt er een alarm op de dect-telefoon van zodra de deur geopend wordt. Er is geen sanitair in de PAR. **(AV)**

Medewerkers

- Nieuwe medewerkers van het zorgdepartement krijgen tijdens hun inscholingstraject naast een opleiding i.v.m. agressie, risicotaxatie, werking van het alarmsysteem, opvang na het meemaken van een kritische gebeurtenis,..., de basisopleiding: Teamgerichte Veiligheid Technieken (TVT) met als doel de medewerkers in staat te stellen om te gaan met situaties waar geweld niet meer kan vermeden worden. De aangeleerde technieken (TVT, procedure alarm en hoe werkt het alarmsysteem) worden 3x per jaar herhaald. Het is de bedoeling dat iedere medewerker zeker minstens 1 maal per jaar de herhalingsles bijwoont. **(AV)** Uit gesprekken en registraties blijkt dat de opkomst voor deze trainingen hoog is. Ook de vaste nachtverpleegkundigen volgen deze opleiding. **(SP)**
- De werkgroep “humaan risicopreventiebeleid” voorziet ongeveer tweemaandelijks een interne vorming over omgaan met agressie. Dit is een verplichte vorming voor alle medewerkers van de zorgafdelingen.

Naast het aanreiken van enkele kaders geeft deze vorming vooral aandacht aan: “Wat doet agressie met mij en wat doe ik met agressie?”. Het gaat m.a.w. over en aanpak van agressief gedrag en de impact die dit heeft op de betrokken mensen. Uit gesprek blijkt dat 80% van de medewerkers patiëntenzorg zijn opgeleid. In de toekomst wil men het crisisontwikkelingsmodel opnieuw onder de loep nemen. **(AV)**

- Twee medewerkers van het ziekenhuis volgden een externe opleiding tot agressiecoach. Door hen werden in het ziekenhuis twee bijkomende trainers opgeleid. Eén van hen werkt tijdens de nacht en geeft 20 avonden per jaar een herhalingsles aan nachtmedewerkers van de Campus Sleidinge. **(AV)**
- Na een kritisch incident zouden medewerkers (ook artsen) volgens de procedure in eerste instantie door het team en het afdelingshoofd opgevangen worden. Indien dit nodig zou zijn, kunnen zij voor verdere ondersteuning doorverwezen worden naar één van de vijf gespecialiseerde interne medewerkers. Deze werkwijze staat uitgeschreven in de procedure opvang bij een critical incident. **(AV)**
Het aantal keren dat in 2014 een beroep gedaan werd op de procedure of op één van de interne begeleiders is onduidelijk en het is niet duidelijk of deze procedure ook gekend is bij alle artsen. **(TK)**
Een aantal artsen functioneert wel als intern begeleider. **(AV)**
- Na een ernstige gebeurtenis (bv. suïcidepoging, agressie-incident, ...) gebeurt er een technische debriefing **(SP)** waarbij de mensen die bij de gebeurtenis aanwezig waren alsook de psycholoog van de afdeling aanwezig zijn. Er gebeurt dan een mondelinge reconstructie van de feiten en er wordt onder andere stil gestaan bij een aantal elementen: “waren er alarmsignalen, welke hebben we niet gezien, wat hebben we gedaan en wat hadden we beter kunnen doen, hebben we de juiste statuten toegepast, hebben we de juiste mensen verwittigd,...?”.
Een neerslag van deze briefing gebeurt in het dossier van de patiënt en in FONA. **(AV)**
Er gebeurt geen algemene analyse van deze technische debriefings, waardoor er leermogelijkheid voor het ziekenhuis verloren gaat. **(TK)**

Processen

- Volgens de afzonderingsprocedure Sleidinge is om het half uur visuele controle nodig en moet men om het uur binnen gaan in de afzonderingskamer. Volgens de afzonderingsprocedure van campus Gent is om het half uur contact nodig met de patiënt. Van elke observatie dienen notities in het dossier gemaakt te worden. Registraties van het verhoogd toezicht dienen te gebeuren in de elektronische afzonderingsregisters. In de steekproef van patiëntendossiers (6) waren er notities om het half uur terug te vinden over het toezicht. **(AV)**
Volgens de procedure van Sleidinge moet men steeds met minstens 2 personen in de afzonderingskamer binnen gaan. **(AV)** In de procedure van Gent staat hierover niets vermeld. **(TK)**
Er werden volgende verbeterpunten opgemerkt i.v.m. de notities betreffende afzondering in DIS: **(TK)**
 - De notities in het subluik over fixatie bleek in 2 van de 6 ingekeken dossiers minder consequent ingevuld.
 - Het is uit de notities niet steeds uit te maken of het toezicht gebeurde door visuele controle door het raampje van de deur, via de cameramonitor of door binnen te gaan. Enkel als er genoteerd staat welke medicatie er gegeven werd, kan aangetoond worden dat om het uur wordt binnen gegaan.

- Uit gesprek blijkt dat niet steeds met twee teamleden wordt binnen gegaan zoals in de procedures beschreven staat.
- Op de Campus Sleidinge worden, indien afzondering nodig is, patiënten getransfereerd naar de gesloten afdeling voor urgentiepsychiatrie. De medewerkers van deze afdeling nemen dan het toezicht en het behandelplan over en beslissen of de patiënt terecht komt in een gewone kamer op de gesloten afdeling, in de time-outruimte op deze afdeling of in een afzonderingskamer. Deze werkwijze staat niet op papier. **(TK)** Er is wel registratie (sinds 2011) per afdeling van het aantal transfers naar de gesloten afdeling urgentie interventie. **(AV)**
Op de Campus Gent worden patiënten van de afdelingen De Stroom en De Bron, indien afzondering nodig is, getransfereerd naar een afzonderingskamer op de afdeling De Kering.
Praktische afspraken i.v.m. de start, de behandeling, toezicht, registratie in DIS,... staan neergeschreven in het document "Afspraken betreffende afzonderingskamers indien gebruik door afdeling De Stroom en De Bron". **(AV)**

Resultaten

- Afdelingen krijgen via hun jaarverslag cijfergegevens over het aantal gemelde incidenten (o.a. verbale agressie, fysieke agressie, automutilatie,...) alsook het aantal isolaties, en het aantal verschillende personen die een isolatie hebben meegemaakt ten opzichte van het aantal opgenomen patiënten. Cijfers over het aantal fixaties in isolatie krijgen ze niet systematisch maar zijn opvraagbaar. Daarnaast is er een overzicht per afdeling van het aantal crisistransfers (voor de laatste 4 jaar) naar de urgentie/ crisisafdeling en de afdeling crisistoxicomanie. **(AV)**
Aanbeveling om het gebruik van de PAR te registreren. **(Aanb)**
- De jongerencluster Yidam beschikt over een 'rapport afzondering Afdeling Yidam 2014 – 2015'. De registratie van afzonderingen gebeurt pas vanaf 01/08/2014 elektronisch, de registraties daarvoor gebeurden op papier. Het rapport is opgemaakt met gegevens uit het EPD (items uit het specifieke luik fixatie aangevuld met gegevens uit de notities van de observatie-registraties). **(AV)**
Op basis van vastgestelde knelpunten en complexe casussen worden verbeteracties opgestart: bv. Packing-therapie wordt grondig verkend, oefensessies in packing. De toepassing van de therapie in de praktijk is voorzien om in december 2015 of januari 2016 te starten. Het doel is dat via packing de cirkel van telkens opnieuw in afzondering terecht komen, kan worden doorbroken. **(AV)**
- We bevelen aan om volgende informatie mee te nemen bij de evaluatie van het beleid inzake vrijheidsbeperkende maatregelen. **(Aanb)**
 - het jaarlijks aantal arbeidsongevallen t.g.v. agressie.
 - het aantal klachten (in 2013 waren dit er 3, in 2014 waren dit er ook 3) over vrijheidsbeperkende maatregelen (gedwongen opname, afzondering, afdelingsregels/leefafspraken versus bewegingsvrijheid, ...).

7.5 SUÏCIDEBELEID

Situering

- De toepassing van het beleid over suïcidepreventie werd op verschillende zorgeenheden getoetst. Er werden over dit onderwerp 9 patiëntendossiers op 5 verschillende afdelingen gecontroleerd.

Beleid

- In het ziekenhuis werd een subwerkgroep risicoscreening, risicotaxatie en suïcidepreventie opgericht nadat de werkgroep humaan risicopreventiebeleid de ziekenhuisbrede visie over het omgaan met mogelijk agressief gedrag had goedgekeurd. De doelstelling van deze subwerkgroep is o.a. de update van de procedure risicoscreening, risicotaxatie en suïcidepreventie. Er werd gestart met suïcidepreventie. **(AV)**
- Er bestaan momenteel op ziekenhuisniveau volgende documenten op het gebied van suïcidepreventie: **(AV)**
 - procedure suïcideprotocol (januari 2014)
 - procedures risicoscreening en –taxatie
 - Protocol toezicht en zorgafspraken (gaat over statuten buiten met/zonder afspraken) specifiek voor campus Gent
 - Procedure onrustwekkende verdwijning
 - Procedure overlijden
 - Procedure critical incidents
- Bij de huidige ziekenhuisbrede procedure kunnen volgende bemerkingen gemaakt worden: **(TK)**
 - Er wordt in de procedure niet geëxpliciteerd wie van het team verantwoordelijk is om bij opname een inschatting (klinische inschatting en risicotaxatie) te maken van het suïciderisico.
 - Het is onduidelijk wanneer de risicotaxatie met behulp van het Ipeo-instrument en/of het formulier voor risicotaxatie moet gebeuren.
 - Het is niet duidelijk omschreven welke maatregelen men dient te nemen bij verhoogd risico of waaruit het verhoogd toezicht dient te bestaan.
 - De indicaties en contra-indicaties om patiënten af te zonderen (gesloten afdeling of afzonderingskamer) worden niet vermeld.
 - Er is geen frequentie van her-evaluatie omschreven (klinische inschatting, risicotaxatie) wel voor de evaluatie van de genomen preventiemaatregelen.
 - Er is geen aandacht voor nazorg van de patiënt na een ontslag uit het ziekenhuis i.v.m. veiligheidsafspraken met sociaal netwerk, ambulante hulp en familie.
 - Uit gesprekken blijkt dat op de gesloten afdelingen crisistoxicomanie en urgentie/ crisisinterventie alle patiënten een verhoogd risico hebben op suïcide. Dit wordt niet vermeld in de procedure.
 - Op de werkvloer blijkt het onduidelijk wanneer het document ‘checklist verhoogd toezicht’ moet ingevuld worden.

Middelen

- Het suïciderisico en de uitgangscodes zijn niet duidelijk zichtbaar in het dossier. **(TK)** Indien er suïciderisico is komt dit meestal tussen de observaties terecht, enkel indien er maatregelen genomen moeten worden kan dit in het vak 'afspraken' gezet worden zodat dit duidelijk is voor iedereen.
We bevelen aan om in DIS hiervoor een specifiek veld te voorzien, waardoor uit het elektronisch patiëntendossier cijfergegevens kunnen gegenereerd worden over dit zorgaspect. **(Aanb)**
- Verschillende afdelingen vertonen veiligheidsrisico's op het vlak van infrastructuur (bv. deurkaders in sanitaire cellen, douches, ...).
We bevelen aan om een algemene risicoanalyse uit te voeren van de veiligheid van de infrastructuur. Op deze manier is er een overzicht van risico's en kunnen prioriteiten bepaald worden inzake risicobeperking, vooral met het oog op suïcidepreventie.
Bij een dergelijke risicoanalyse kan er ook aandacht gaan naar hoog-risico-infrastructuur in de omgeving van het ziekenhuis. We denken hierbij bv. aan weginfrastructuur en spoorweginfrastructuur. **(Aanb)**

Medewerkers

- Suïcides en suïcidepogingen leiden tot debriefing en intervisie in het team. Zorg voor medepatiënten is daarbij belangrijk. Er is een procedure critical incidents (FONA-registratie) die voorziet in bijstand voor alle personeelsleden na incidenten. **(SP)**
- Het is onduidelijk wat nieuwe medewerkers momenteel aan informatie krijgen over suïcidepreventie. **(TK)** Vanaf januari 2016 start men met een nieuw concept voor nieuwe medewerkers waarbij een half dagdeel opleiding voorzien wordt rond het humaan risicopreventiebeleid waaronder het luik 'suïcidepreventie' wordt toegelicht.

Processen

- In de procedure wordt gesteld dat bij een intake of bij opname bij elke patiënt een inschatting gemaakt dient te worden van zijn suïcidaliteit en dat dit in het patiëntendossier genoteerd moet zijn met argumenten. Bij verhoogd risico dient verhoogd toezicht ingesteld te worden. **(AV)** Uit dossiercontroles op verschillende afdelingen blijkt dat de procedure in de praktijk onvoldoende wordt toegepast. Medewerkers geven aan dat het suïciderisico bevestigd wordt bij opname, maar dat dit niet systematisch wordt genoteerd. Andere medewerkers geven aan dat suïciderisico niet systematisch en specifiek bij iedereen bevestigd wordt, enkel bij vermoeden van verhoogd risico. **(TK)**
 - Niet voor elke patiënt werden tijdens de dossiercontrole notities terug gevonden over de inschatting van de suïcidaliteit
 - Voor een patiënt die een suïcidepoging pleegde (14 dagen voor de audit) stond er niets vermeld in de rubriek van de risico-inschatting. Wel bij de rapportages van de verpleegkundigen en de arts. Het belang om aandacht te schenken aan de omgang met insuline (suïcidepoging gebeurde met insuline) werd mondeling doorgegeven maar stond niet vermeld in het dossier.

Resultaten

- In 2014 werden 25 suïcidepogingen gemeld via het incidentmeldingssysteem. Uit gesprek bleek dat er één gelukte poging was. Tussen 1 januari 2015 en november 2015 werden 22 pogingen geregistreerd. Het gaat steeds om pogingen in het ziekenhuis. **(AV)**
- Er werden geen (ziekenhuisbrede) leerpunten geformuleerd uit de analyse van deze incidenten. **(TK)** Op deze manier worden incidentmeldingen binnen dit domein onvoldoende aangegrepen als leermogelijkheid. Er werden bv. geen analysegegevens terug gevonden over: de inschatting van het suïciderisico bij deze patiënten, de frequentie van evaluatie en het verhoogd toezicht, er werd niet nagegaan waar in het zorgproces risico's zaten en wat hierbij in de toekomst zou kunnen verbeteren.

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 en zonder te interfereren met de emotionele verwerking door het team.

Ook een proactieve risicoanalyse zou op dit vlak nuttig kunnen zijn. **(Aanb)**

- Van de 22 pogingen in 2015 werd een synthese opgemaakt naar aanleiding van de audit. In dit document wordt een algemene beschrijving van de registratie weergegeven (bv. inschatting van ernst, tevredenheid van verloop van de interventie, tijd nodig voor gealarmeerde bijstand ter plaatse te laten komen, opname van de debriefing van personeel), en wordt aangegeven dat het PCGS verder wenst in te zetten op secundaire preventie. **(AV)**

7.6 PATIËNTENRECHTEN, OMBUDSFUNCTIE EN KLACHTENMANAGEMENT

- Informatie aan patiënten over de patiëntenrechten en de ombudsdienst verloopt via verschillende kanalen: **(AV)**
 - Op de website staan de patiëntenrechten duidelijk beschreven en zijn ook de contactgegevens van de ombudspersoon vermeld.
 - In de onthaalbrochure staan eveneens de patiëntenrechten opgesomd, alsook de contactgegevens van de ombudspersoon. Samen met de onthaalbrochure wordt de infobrochure 'rechten van de patiënt' meegegeven aan patiënten die opgenomen worden in het ziekenhuis.
 - Op verschillende plaatsen in het ziekenhuis hangt informatie met de contactgegevens van de ombudspersoon.
 - Er zijn aparte folders van de ombudspersoon met aanvraagformulier. Deze worden meegegeven aan patiënten op de opnameafdeling.
- Patiënten kunnen beroep doen op een externe ombudspersoon, deze is in dienst van het Overlegplatform GGZ Oost-Vlaanderen (Popov). Op campus Sleidinge vervult zij deze functie reeds 12 jaar, in campus Gent sinds de fusie (2012). Wekelijks is ze 6,5 uur aanwezig in het ziekenhuis, verdeeld over de twee campussen. Tijdens haar aanwezigheid ledigt de ombudspersoon de brievenbussen die centraal en op de gesloten afdelingen beschikbaar zijn voor mensen die schriftelijk een klacht willen aankaarten. Daarnaast houdt ze in campus Sleidinge elke donderdag tussen 11u45 en 14u15 en in campus Gent elke maandag tussen 09u30

en 11u30 spreekuur in de gespreksruimte die zij hiervoor ter beschikking krijgt, en organiseert ze haar bemiddelingsgesprekken. Er is geen interne ombudspersoon. **(AV)**

- De ombudspersoon volgde diverse opleidingen inzake bemiddeling. Tijdens haar afwezigheid wordt ze vervangen door een collega van Popov. **(AV)**
- De kwaliteitscoördinator is de eerste contactpersoon voor de ombudspersoon, daarnaast heeft zij vooral contact met stafleden. **(AV)**
- Tijdens haar aanwezigheid in het ziekenhuis beschikt de ombudspersoon over een eigen gesprekslokaal. In beide campussen is deze gelegen op het gelijkvloers, dicht bij het onthaal. **(AV)**
In de inkomhal is er geen duidelijke bewegwijzering of andere affichering die het gesprekslokaal van de ombudspersoon makkelijk vindbaar maakt. **(TK)**
- Het ziekenhuis beschikt over een huishoudelijk reglement van de ombudsfunctie dat werd opgesteld door Popov. Daarnaast is er een uitgeschreven klachtenprocedure die werd opgemaakt door de kwaliteitscoördinator. **(AV)**
De klachtenprocedure is zeer algemeen en bevat geen duidelijke flowchart. **(Aanb)**
Het is belangrijk om duidelijkere stappen en verwachtingen in een klachtbemiddeling te omschrijven, zoals ontvankelijkheid, ontvangstmelding, bemiddelingsvormen, termijnen, registraties, aanbevelingen, bewaring...).
- Het is onduidelijk hoe gereageerd wordt op klachten geuit door patiënten in afzondering, of hoe patiënten in de afzonderingsruimte in contact kunnen komen met de ombudspersoon. **(TK)**
We bevelen aan om de te verwachten basishouding van medewerkers omtrent klachten en patiëntenrechten (ook bij afzondering) ziekenhuisbreed te omschrijven. **(Aanb)**
- Op vraag van het afdelingshoofd worden aan patiënten op sommige afdelingen vormingen rond patiëntenrechten en ombudsfunctie gegeven door de ombudspersoon. Om patiënten vrijuit te kunnen laten spreken worden enkel patiënten uitgenodigd voor deze infomomenten en geen medewerkers. **(SP)**
- Nieuwe medewerkers krijgen info rond ombudsfunctie en klachtenprocedure tijdens de verplichte opleidingsdagen, via de personeelsdienst en het afdelingshoofd. **(AV)**
Artsen krijgen geen vorming rond patiëntenrechten, klachtenprocedure of ombudsfunctie. **(TK)**
- Jaarlijks wordt door de ombudspersoon een verslag opgemaakt, met een geanonimiseerd overzicht van het aantal klachten, het voorwerp van de klachten, het eventuele resultaat, en aanbevelingen ter voorkoming van de herhaling van bepaalde klachten. Dit jaarverslag wordt door haar voorgesteld aan de directie op een vergadering van de directieraad. **(AV)**
- De ombudspersoon is onvoldoende geïnformeerd betreffende de mate waarin haar aanbevelingen al dan niet worden opgevolgd en wat hiervoor de motivatie is. **(TK)**

- Klachten geformuleerd aan de directie of de kwaliteitscoördinator en door hen afgehandeld, worden niet doorgegeven aan de ombudspersoon. **(TK)** Op die manier is de ombudspersoon niet in staat om de bemiddeling op te volgen en zo nodig tussen te komen.

De ombudsfunctie moet nochtans zo georganiseerd worden dat de ombudspersoon vanaf het ogenblik dat de klacht wordt neergelegd tot de mededeling van het resultaat van de afhandeling, kan bemiddelen tussen de patiënt en de betrokken beroepsbeoefenaar. Door de klacht op te volgen, al is het maar van op afstand, zou de ombudspersoon er op kunnen toezien dat de procedure correct gevolgd wordt (processtappen, voldoende snel) en dat de betrokken klachtbehandelaars wel voldoende onafhankelijk en onpartijdig kunnen optreden, en tussenkomen indien dit niet het geval blijkt.

Achteraf wordt aan de ombudspersoon ook niet gemeld welke klachten er ontvangen en behandeld zijn. Hierdoor gaat kostbare informatie verloren. Zo heeft men geen volledig zicht op de onderwerpen waarover patiënten klachten formuleren in het ziekenhuis (wat een vertekend beeld kan opleveren bij de opmaak van het jaarverslag) en kan men niet nagaan of klagers tevreden zijn over de manier waarop hun klacht behandeld werd.

- De resultaten van de patiëntenbevragingen en van de incidentmeldingen worden niet systematisch doorgegeven aan de ombudspersoon. Dit zou de ontvangen klachten in een breder perspectief kunnen plaatsen. **(Aanb)**
- Er zijn geen uitgeschreven procedures over 'second opinion' en over '(seksueel) grensoverschrijdend gedrag'. **(Aanb)**

8 RESULTATEN

8.1 TOEGANKELIJKHEID

- Het ziekenhuis wil een grote toegankelijkheid bieden, elke hulpvraag terdege bekijken en steeds een antwoord geven op een gestelde zorgvraag. **(SP)**
Om dit te kunnen bewerkstelligen werd een centraal opnamebeleid met een 24uurs- wachtregeling uitgewerkt. Aanmeldingen in het ziekenhuis kunnen 24/24u, 7/7d gebeuren.
Er is op regelmatige basis (dagelijks in Sleidinge, 2x/week in Gent) overleg tussen de hoofdarts, het diensthoofd DVZ en de afdelingshoofden om het opnamebeleid op elkaar af te stemmen, een vlotte doorstroming tussen de afdelingen te verzekeren en de wachttijden tot het strikte minimum te beperken.
Er zijn in principe geen exclusiecriteria voor opname, tenzij soms bij noodzaak tot time-out. Uit gesprek blijkt dat medewerkers van de crisis- en urgentieafdeling en afdeling De Kering kunnen aangeven wanneer zij de opname van een patiënt niet zien zitten (bv. wegens overbelasting van de draagkracht van medewerkers omwille van de aanwezigheid van meerdere verschillende complexe casussen). Er wordt dan gesteld dat de opname op dat moment niet kan maar wel op een later moment. Dit wordt telkens op ziekenhuisniveau besproken.
- De leden (medewerkers van de DVZ, afdelingshoofden en artsen) van de Werkgroep Zorgprocessen komen tweemaandelijks samen en zijn een klankbord voor de Dienst Voor Zorgvragen. Zij trachten het opname- en intakeverloop voor patiënten van het PCGS te optimaliseren, om de laagdrempeligheid en toegankelijkheid te kunnen blijven garanderen. **(SP)**
- Naast geplande opnames, waarbij vooraf een intakegesprek wordt gepland, zijn er dag en nacht ook dringende opnames mogelijk. Op de crisisafdeling (Campus Sleidinge) is een aparte spoedingang voorzien, o.a. voor de patiënten onder statuut gedwongen opname. Bij een nachtelijke opname komt de psychiater van wacht steeds snel bij de patiënt. **(SP)**
- Men focust sterk op de verschillende mogelijkheden tot uitgang om de drempel met (terugkeer naar) de maatschappij zo klein mogelijk te houden. **(SP)** Vanuit weekendplanning en weekendevaluaties wordt stapsgewijs naar volledig daghospitaal en ontslag toegewerkt.
Zo hangen op afdeling De Kering tal van programma's met externe activiteiten voor de weekends en opteren zij niet voor de werking met een ziekenhuisbreed activiteitenaanbod en gaan PMT-therapeuten met patiënten extern op zoek naar een gepaste hobby of activiteit.
- Om de continuïteit van het behandelplan bij afwezigheid van therapeuten te waarborgen werden afspraken gemaakt. Deze verschillen van afdeling tot afdeling: **(AV)**
 - afdelingspsychiaters nemen altemeerend verlof.
 - therapeuten binnen een zelfde discipline zijn nooit gepland tegelijk afwezig.
 - indien toch nodig wordt gekeken welk teamlid een sessie kan overnemen of wordt beroep gedaan op een jobstudent die voordien stage heeft gelopen op de afdeling.
 - bij langdurige afwezigheid van een therapeut wordt vervanging voorzien.

- Op elke afdeling en op het dagziekenhuis is nazorg goed uitgebouwd (o.a. door contact met externen, vorming aan teams van andere instellingen (bv. rond autisme), patiënten kunnen steeds telefonisch of fysiek terecht op de afdeling). Op het dagziekenhuis is er naar ontslag toe overleg met alle betrokken instanties. Al deze initiatieven hebben natuurlijk wel een impact op de werklust op de afdelingen. **(AV)** Afdelingshoofden dienen deze werklust goed te bewaken. **(Aanb)**
- Uit de registraties vanuit het EPD blijkt dat over de laatste jaren voortdurend tussen de 35 en de 50% aanvragen tot opname, hoewel ze ontvankelijk waren, moesten geweigerd worden wegens plaatsgebrek (geen beschikbare bedden) in het ziekenhuis. **(AV)**
- De jongerencluster Yidam kampt op het moment van de audit met een aantal structurele problemen. **(TK)** Er kan bv. momenteel geen gespecialiseerde opname voorzien worden voor een aantal subpopulaties die baat zouden kunnen hebben bij de expertise van de intensieve behandelingsunit waarover Yidam beschikt.
 - Zo is er geen opnamemogelijkheid voor jongens voorzien. Nochtans worden ook jongens, sommigen jonger dan 15 jaar, met een psychisch-juridische problematiek ook verwezen naar het ziekenhuis bij gebrek aan alternatieven. Deze jongens moet men dan noodgedwongen trachten te omkaderen binnen één van de andere afdelingen die niet specifiek hierop voorbereid zijn op vlak van de therapeutische aanpak van deze specifieke doelgroep, noch op vlak van infrastructuur en bestaffing.
 - Ook de leeftijdsgrenzen beperken sterk de continuïteit en het patiënt-georiënteerde aspect van de zorg, o.a. omdat er geen aanbod kan voorzien worden beneden 12 jaar en omdat voor de jongeren vanaf de leeftijd van 18 jaar geen structurele opvolging bestaat, behalve als ze verder via outreach kunnen gevolgd worden.
- Laagdrempeligheid staat als eerste doelstelling vermeld in de procedure “Van zorgvraag tot zorgeffectuering” van de DVZ. Om patiënten met financiële moeilijkheden te ondersteunen, zoekt het ziekenhuis verschillende pistes om een oplossing te bieden. **(SP)** Verschillende initiatieven trachten een oplossing te bieden aan onvermogene patiënten, bv.:
 - De maatschappelijk werkers worden snel bij de patiënt of de familie geroepen om de socio-economische situatie van de patiënt correct te kunnen inschatten en desgevallend deze zaken op orde helpen te zetten.
 - Er kunnen afbetalingsplannen opgesteld worden.
 - Een opname kan niet geweigerd worden louter omwille van financieel onvermogen. Ook bij heropname met uitstaande schuld wordt hier op een kwalitatieve en patiëntvriendelijke manier mee omgesprongen.

8.2 TEVREDENHEID PATIËNTEN EN MEDEWERKERS

Tevredenheid patiënten

- Om een zicht te krijgen op de tevredenheid van patiënten en om die te verhogen werkt het ziekenhuis met verschillende kanalen en methodieken: **(AV)**

- Afhankelijk van de afdelingswerking, worden patiëntennoden formeel en informeel bevestigd .
- Er wordt 3-jaarlijks een patiëntentevredenheidsmeting georganiseerd waarin gepeild wordt naar de behoeften van patiënten in opname.
- Ervaringsdeskundigen geven informatie over knelpunten en behoeften van psychiatrische patiënten. (Het is echter niet duidelijk of dit op systematische en gestructureerde wijze gebeurt.)
- De jaarlijkse voorstelling van de resultaten van de externe ombudsfunctie.

We bevelen aan om te bestuderen of een patiëntenraad, bv. maandelijks en samengesteld uit patiënten van verschillende afdelingen, een meerwaarde zou kunnen zijn als complementaire informatiebron.

(Aanb)

- Er kunnen een aantal verbeterdoelen en -plannen aangetoond worden die hun oorsprong vinden in één van deze informatiekanaalen (bv. voeding, psycho-educatieve sessies, functioneren van de DVZ, netwerking i.f.v. doorverwijzing, transparantie over de onkosten,...), maar deze plannen leiden in de praktijk niet steeds tot concrete volgehouden verbeteracties. **(TK)**

Tevredenheid medewerkers

- Voor het monitoren en optimaliseren van de medewerkerstevredenheid is een tweejaarlijkse gestructureerde tevredenheidsmeting het belangrijkste kanaal. De meest recente meting werd uitgevoerd in 2014 en omvatte een uitgebreide lijst van vragen die anoniem konden worden beantwoord. De bevraging werd per afdeling georganiseerd en de resultaten werd voorgesteld als een SWOT-analyse. Daarnaast verkrijgt men ook informatie via de individuele functioneringsgesprekken, maar het is niet duidelijk hoe al deze informele “ad hoc”-gegevens dan op centraal niveau kunnen verzameld en benut worden. **(AV)**

(Intervisie is een derde informatiebron, maar dit is niet steeds even sterk uitgebouwd.)

- Heel wat verbeterdoelen werden geformuleerd door bevraging in het verleden (bv. meer transparante communicatie van de directie naar de medewerkers, betere communicatie m.b.t. de ontwikkelingen van het ziekenhuis naar de toekomst, opvolging van functioneringsgesprekken en feedback over het functioneren, optimaliseren van de kansen tot professionele groei, optimaliseren van het vormingsbeleid, optimalisatie van de kennis van procedures en opvolging van afspraken, optimalisatie van de samenwerking tussen verschillende afdelingen. **(AV)**

Deze doelen werden niet steeds gerealiseerd (ontbreken van concrete actieplannen, opvolging van resultaten, borging). **(TK)**

8.3 PATIËNT-/FAMILIEGEORIËNTEERDE ZORG

- Op veel afdelingen krijgen de patiënten zorg op maat, wat vertaald wordt in een individueel therapieschema. **(SP)** Enkele voorbeelden ter illustratie:

- Patiënten van alle afdelingen, waar dit tijdens de audit bevraagd werd, krijgen wekelijks een afdruck van hun individueel therapieschema en het weekoverzicht van het therapieaanbod staat op het bord in de leefruimte.
 - Op afdeling APPT werkt men met een weekinschrijving die telkens doorgaat op maandagvoormiddag. Daar schrijft de patiënt, samen met een verpleegkundige, zijn behandeling voor de komende week uit.
 - Tijdens een wekelijkse “parlementaire bijeenkomst” op Dubbele Diagnose worden patiënten betrokken bij het afdelingsbeleid.
 - Op De Bron bestaat een PSO (Patiënten Staf Overleg).
- De visie en de verwachtingen i.v.m. de plaats van familie, vrienden en belangrijke derden aan alle afdelingen werd bekend via het algemeen Zorgbeleid 2015. **(AV)**
 - De werkgroep “Family matters” werd opgestart. Twee afdelingen die reeds vertrouwd zijn met familiewerking, hebben een casus uitgewerkt waarin de familie zeer nauw betrokken werd. Deze casussen worden voorgesteld aan de andere afdelingen om het belang van familiewerking aan te tonen en zo ook andere afdelingen vertrouwd te maken met familiewerking. Van hieruit zullen dan verdere ziekenhuis brede afspraken worden uitgewerkt. **(AV)**
 - Alle meisjes in Yidam werden geplaatst door de jeugdrechter wegens een verontrustende opvoedingssituatie. Op deze afdeling wordt veel belang gehecht aan de wensen, mogelijkheden en omgeving van elke patiënt. **(SP)**
 - Een behandelplan wordt opgesteld van bij de intake: bij het formuleren van de globale behandel doelstellingen zijn de jongeren, ouders en andere belangrijke actoren op aanwezig.
 - Het behandelplan wordt er telkens bijgenomen wanneer er een maatwerkvergadering of evolutievergadering gepland is, met actieve inbreng van de patiënt. Daar worden de volgende stappen gezet voor het verdere traject van de jongere.
 - Elke jongere krijgt een persoonlijk weekoverzicht op maandag.
 - Men werkt in deze intensieve behandelunit nadrukkelijk met de context, bv. school, zinvolle dagelijkse activiteiten (was, koken, opruimen, hygiëne,...), eventuele vrijetijdmogelijkheden binnen hun leefomgeving (sport, hobby,...).
 - Binnen het programma wordt er aandacht besteed aan thema’s die eigen zijn aan de leefomgeving van jongeren (liefde, seksualiteit, voeding, drugs,...).
 - De contextbegeleiding is een belangrijke pijler in het behandelingsplan van de jongere. Daarnaast wordt er ook aandacht besteed aan alle familieleden, mensen die opvoedingsondersteunend aanwezig (kunnen) zijn, aan vrienden en belangrijke anderen voor de jongere of aan de voorziening van Bijzondere Jeugdzorg waar zij vandaan komen en/of terug heen gaan na opname.
 - Op de crisisafdeling zijn er een aantal verpleegkundigen die een opleiding gevolgd hebben rond familiewerking waardoor er eerst gedragenheid op de werkvloer wordt bewerkstelligd om daarna afdelingsoverschrijdend te gaan werken. **(AV)**

- Familieleden, of belangrijke derden, worden in het PSGC steeds betrokken in samenspraak met de patiënt: **(AV)**
 - Op de website van het ziekenhuis is voor familie informatie te vinden over de verschillende afdelingen.
 - Op de afdeling Dubbele Diagnose (systeemtherapie) worden bij een opnamegesprek, indien de familie of derden niet zijn meegekomen, de familie of belangrijke anderen opgebeld om te laten weten dat de patiënt is opgenomen, hen in te lichten over gangbare afspraken en om mee te geven dat zij binnenkort uitgenodigd zullen worden tot gesprek. Op basis van deze eerste gesprekken en in samenspraak met de context wordt een aanbod gedaan voor verdere context gesprekken. Dit varieert van het op geijkte momenten brieven van het behandelverloop tot het opstarten van familietherapie. Dit is afhankelijk van de hulpvraag van het systeem.
Er is ook mogelijkheid tot nabehandeling indien dit wenselijk is, in contextverband, na de residentiële behandeling van de patiënt.
Op afdeling Feniks neemt de systeemtherapeut van de afdeling in de eerste zes weken van de opname contact op met de familie. Mocht er blijken dat de familie zelf nood heeft aan hulp of dat er nood is aan relatietherapie dan gebeurt er een verwijzing naar een andere hulpverlening: bv. poli of outreaching.
 - Op verschillende afdelingen (De Kering, De Bron) werkt men met heterogepreken en/of familietherapeutische gesprekken, dit uiteraard telkens in overleg met de patiënt.
 - De aanwezigheid van de artsen (uurrooster) staat vermeld in de familiebrochure (bv. afdeling De Kering) en hangt ook uit op sommige afdelingen (bv. Crisisafdeling Campus Sleidinge).

8.4 CIJFERGEGEVENS 2014

- Aantal opnames = 1327, waarvan 477 eerste opnames (36 %).
- Aantal opnames op de dagkliniek = 51 (De Steiger en De Weverij)
- Gemiddelde verblijfsduur bij ontslag = 93,5 dagen
- Totaal aantal ligdagen = 97055 (45116 in A-dienst, 51939 in T-dienst, 5408 in nabehandeling)
- Bezettingsgraad = 88,93 % (91,56 % in A-dienst, 86,77 % in T-dienst)
- Aantal gedwongen opnames = 116
- Aantal suïcidepogingen bij patiënten tijdens een opname = 25 (aantal gelukke = 1)
- Aantal natuurlijke overlijdens = 1
- Aantal ontvluchtingen/verdwijningen = 7
- Aantal ontslagen tegen medisch advies = 49

- Er werden 22 minderjarigen opgenomen in het PCGS
- In 2014 werden 18 jongeren aangemeld voor opname op Yidam. Alle patiënten komen uit Oost- of West-Vlaanderen.
 - 7 jongeren kwamen effectief in opname - deze jongeren waren reeds aangemeld in 2013
 - 12 jongeren zijn geweigerd om diverse redenen (leeftijd, zwangerschap, geen psychiatrisch probleem, ander advies, vervallen opnamevraag)
 - 6 aanmeldingen zijn nog lopende.
 - 8 maal is er gebruik gemaakt van het hervulbed
 - 9 jongeren werden ontslagen

Gezien het feit dat jongeren hier gemiddeld 8 maand tot een jaar blijven, is de turnover van patiënten niet zo groot.

Er waren 20 aanvragen voor "bed op recept" waarvan er slechts 10 konden ingevuld worden omwille van plaatsgebrek.