



Auditverslag

Kliniek De Pelgrim

Oosterzele

13 juni 2014

Inhoud

1	Inleiding	3
1.1	Toepassingsgebieden.....	3
1.2	Definities	3
1.3	Auditproces	4
1.4	Samenstelling van het auditteam.....	5
1.5	Auditplan	5
2	Situering van de voorziening.....	6
2.1	Contactgegevens	6
2.2	Organogram	6
2.3	Geneesheer – diensthoofd per dienst.....	6
2.4	Gedwongen opname	6
2.5	Erkenningssituatie.....	7
2.6	Historische en geografische situering.....	7
3	Leiderschap	8
3.1	Beleidsorganen	8
3.2	Organisatiestructuur.....	10
4	Beleid en strategie	12
4.1	Algemeen, kwaliteits- en medisch therapeutisch beleid en strategie	12
4.2	Lerende omgeving	15
5	Middelen	17
5.1	Infrastructuur.....	17
5.2	Patiëntendossier	17
6	Medewerkers	19
6.1	Personeelsbeleid	19
6.2	Artsen.....	20
6.3	Vorming, training en opleiding (VTO)	21
6.4	Bestaffing	21
7	Processen	22
7.1	Organisatie van zorg.....	22
7.2	Medicatie distributie	22
7.3	Vrijheidsbeperkende maatregelen	23
7.4	Agressiebeleid	25
7.5	Suïcidepreventiebeleid	26
7.6	Klachtenmanagement / patiëntenrechten.....	28
8	Resultaten.....	29
8.1	Toegankelijkheid.....	29
8.2	Tevredenheid patiënten en medewerkers	29
8.3	Patiënt/familiegeoriënteerde zorg	29
8.4	Samenwerkingsverbanden	30
8.5	Cijfergegevens	31

1 Inleiding

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

Het ontwerpverslag wordt per e-mail bezorgd aan het ziekenhuis. Vervolgens is een periode van 15 kalenderdagen voorzien om opmerkingen en bedenkingen bij de bevindingen in het verslag d.m.v. een gemotiveerde reactienota te formuleren.

Het ziekenhuis maakte van deze mogelijkheid gebruik. Op basis hiervan werden een aantal aanpassingen aangebracht, na (schriftelijk) overleg met de directie van het ziekenhuis.

1.1 Toepassingsgebieden

Tijdens de inspectie wordt gefocust op kwaliteit van zorg:

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

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

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

1.2 Definities

In het verslag wordt gebruik gemaakt van vijf soorten vaststellingen:

Algemene vaststellingen (AV)

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

Sterke punten (SP)

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

Aanbevelingen (Aanb)

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

Non-conformiteiten (NC)

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

Tekortkomingen (TK)

Dit zijn net als de non-conformiteiten aspecten waarvoor het ziekenhuis onvoldoende scoort, maar de auditoren baseren zich hiervoor niet op erkenningsnormen. Omdat het agentschap

Zorg en Gezondheid bevoegd is voor deze regelgeving en de interpretatie ervan, moeten ook deze tekortkomingen worden gelezen als een "voorstel van tekortkoming". Het agentschap Zorg en Gezondheid kan deze kwalificatie wijzigen.

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

Non-conformiteiten en tekortkomingen zullen steeds opgevolgd worden.

1.3 Auditproces

De inspectie houdt het midden tussen een klassieke audit en een eendaags inspectiebezoek. Ten opzichte van een klassieke audit werd dit bezoek veel minder lang op voorhand aangekondigd (een tweetal weken), werden er geen zelfevaluatiedocumenten opgestuurd naar het ziekenhuis en het bezoek zelf bestond maar uit 1 dag. In tegenstelling tot een gewone inspectie werd een risico-analyse op voorhand opgemaakt en werd een auditplan op voorhand aan de instelling overgemaakt. Ook inhoudelijk werd er voor gekozen om een zo volledig mogelijk beeld van de instelling te bekomen en niet enkel te focussen op de verbeterpunten die aangehaald werden in de vorige twee auditverslagen.

Ter voorbereiding van deze 'mini'-audit werden een aantal documenten opgevraagd. Het ziekenhuis heeft hierop zijn beleidsplan, het kwaliteitshandboek, de documenten die bij opname aan de patiënt worden overhandigd, verslagen van overlegvergaderingen met extreme partners, verslagen van de beleidsteams en de IKZ-stuurgroep en de documenten over het agressie- en afzonderingsbeleid, evenals het suïcidepreventiebeleid, opgestuurd. Daarnaast werden nog een aantal documenten ter plaatse overhandigd (bv. jaarverslag, onthaalbrochure...) of elektronisch nagestuurd (bv. reorganisatie psychologische dienst, afspraken over de taken van de nachtdienst...).

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

Er werden 12 uren interview en rondgang georganiseerd. Tijdens de interviews waren er gesprekken met de 3 directieleden (waaronder de hoofdgeneesheer), 1 middenkaderlid, 1 verpleegkundige, 1 ergotherapeute, 1 bewegingstherapeute en 6 patiënten.

De verblijfseenheden van beide patiëntengroepen werden tijdens de audit bezocht. Het gaat om volgende groepen:

- Fase Voorzorg, Observatie, Oriëntatie en Nazorg 1
- Fase Behandeling en Nazorg 2

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

1.4 Samenstelling van het auditteam

Tom Wylín	Hoofdauditor
Veerle Meeus	Auditor

1.5 Auditplan

Vrijdag, 13 juni 2014		
	Tom Wylín	Veerle Meeus
9u00 – 9u30	Voorstelling auditteam en voorstelling ziekenhuis	
9u30 – 10u30	Afdelingsbezoek (beide afdelingen) / Dossier / Medicatiedistributie / Afzondering	
10u30 – 11u30	Algemeen beleid	Verpleegkundig/Personeelsbeleid
11u30 – 12u30	Medisch beleid	Dwangmaatregelen, suïcidebeleid, agressie
12u30 – 13u30	Middagmaal + overleg auditoren (auditoren alleen)	
13u30 – 14u30	Patiënt en familiebetrokkenheid Patiëntenrechten	
14u30 – 16u00	Kwaliteitsbeleid	-
16u00 – 16u30	Terugkoppeling eerste bevindingen	-
16u30 – 17u30	Bezoek therapiegebouw	-

2 Situering van de voorziening

2.1 Contactgegevens

Naam	Kliniek De Pelgrim
Adres	Spiegel 15
Gemeente	9860 Oosterzele-Scheldewindeke
Telefoon	09 / 362 69 11
Fax	09 / 362 05 41
E-mail	info@kliniekdepelgrim.be
Website	www.kliniekdepelgrim.be
Inrichtende macht	vzw De Pelgrim
Voorzitter Raad van Bestuur	Dhr. Marc Vanhauwenhuysse

2.2 Organogram

Directiecomité	
Algemeen directeur	Dhr. Hugo Van Den Berge
Hoofdgeneesheer	Dr. Dany Motte
Hoofd departement patiëntenzorg	Mevr. Inge De Smet

Voorzitter medische raad	Dr. Ingrid Van De Velde
--------------------------	-------------------------

2.3 Geneesheer – diensthoofd per dienst

A	Dr. Dany Motte
---	----------------

2.4 Gedwongen opname

Het ziekenhuis beschikt niet over een machtiging voor gedwongen opnames.

2.5 Erkenningssituatie

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

Type	A	a (d)	a(n)	T	t (d)	t (n)	K	k (d)	k (n)	Sp-psy	TOTAAL
Aantal	60	-	-	-	-	-	-	-	-	-	60 bedden

en een functie ziekenhuisapotheek. Deze erkenningen zijn toegekend tot en met 31/12/2013, en werden sindsdien van rechtswege verlengd.

Daarnaast is er een erkenning voor een associatie tussen de vzw De Pelgrim en vzw Psychiatrisch Centrum St. Jan. Deze associatie is erkend van 1/1/2012 tot en met 31/12/2016 en exploiteert de functie ziekenhuisapotheek gelokaliseerd in het PC St. Jan te Eeklo en Kliniek De Pelgrim.

2.6 Historische en geografische situering

Het ziekenhuis werd opgericht in 1973 en was tot 2002-2003 gehuisvest in een oud kliniekgebouw. Van deze oude gebouwen blijft alleen een woning "nummer 13" over, waar de ombudspersoon een bureau heeft. Verder bestaat het ziekenhuis uit 2 nieuwe gebouwen. Het grootste gebouw bevat de verblijfsafdelingen en telt 2 bouwlagen. Daarvoor staat aan de straatkant het therapiehuis. Dit omvat een lokaal voor houtbewerking, ergotherapie, relaxatietherapie/fitness, kooktherapie... naast burelen, vergaderzalen en een sporthal.

In het noorden liggen er 3 psychiatrische ziekenhuizen te Gent (PZ Sint-Camillus met 184 bedden, het Fusieziekenhuis Psychiatrisch Centrum Dr. Guislain met 313 bedden en het Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge met 320 bedden) en 1 te Melle (het Psychiatrisch Centrum Caritas met 305 bedden). In het oosten, te Lede ligt het Psychiatrisch Ziekenhuis Zoete Nood Gods (191 bedden) en in het zuiden, te Velzeke ligt het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Franciscus (163 bedden).

De psychiatrische afdelingen binnen algemene ziekenhuizen (PAAZ) vertonen een andere spreiding: deze zijn te vinden te Gent (Universitair Ziekenhuis, AZ Sint-Lucas, AZ Jan Palfijn en AZ Maria Middelaes), te Dendermonde (AZ Sint-Blasius), te Aalst (Algemeen Stedelijk Ziekenhuis en Onze-Lieve-Vrouw-ziekenhuis) en te Zottegem (Sint-Elisabeth).

Op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg is in de streek het CGG Zuid-Oost-Vlaanderen actief.

3 Leiderschap

3.1 Beleidsorganen

- Kliniek De Pelgrim wordt beheerd door de vzw De Pelgrim. Deze vzw maakt deel uit van een groep van vzw's die onderling nauw verbonden zijn en die bestuursmatig grote gelijkenissen vertonen. Het gaat om:
 - vzw Congregatie der Zwartzusters van de H. Philippus Neri;
 - vzw Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Lucia (rechtspersoon van het gelijknamige ziekenhuis te Sint-Niklaas): gesticht door de vzw van de congregatie en 2 aparte leden. Deze vzw duidt 2 van de 7 leden aan in de algemene vergadering (AV) van de vzw PZ Sint-Franciscus.
 - vzw Philippus Neri: de Raad van Bestuur (RvB) bestaat uit twee leden van de congregatie en de twee stichtende leden van de vzw PZ Sint-Lucia. Deze vzw duidt:
 - 2/3 van de leden van de RvB aan in de vzw PZ Sint-Lucia;
 - Alle leden van de RvB van de vzw Philippus Neri Meetjesland;
 - 2/3 van de leden van de RvB van de vzw Ouderenzorg Philippus Neri;
 - 3 van de 7 leden van de AV van de vzw PZ Sint-Franciscus.
 - vzw Philippus Neri Meetjesland. Deze vzw duidt 2/3 van de leden aan in de RvB van de vzw Psychiatrisch Centrum St. Jan (= rechtspersoon van het gelijknamige ziekenhuis te Eeklo).
 - vzw Ouderenzorg Philippus Neri (tot 2004 vzw Sint-Jozef) die de rust- en verzorgingstehuizen Sint-Jozef in Sint-Gillis-Waas en Huize Den Dries in Sinaai-Waas exploiteert.
 - vzw Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Franciscus (= rechtspersoon van het gelijknamige ziekenhuis te Velzeke). Niet alleen worden 5 van de 7 leden van de AV aangeduid door de vzw's PZ Sint-Lucia en Philippus Neri, ook meer dan de helft van de leden van de RvB worden door deze beide vzw's aangeduid.
 - vzw De Pelgrim. Minstens 1/3 + 1 van de leden van de AV worden door de vzw's PZ Sint-Lucia en PC St. Jan aangeduid en beide vzw's hebben elk 1 lid in de RvB. Deze beide leden beschikken samen over een blokkeringsminderheid

De afgevaardigd bestuurder (en voormalig algemeen directeur) van het ziekenhuis Sint-Lucia is ook afgevaardigd bestuurder van de vzw's Philippus Neri, Philippus Neri Meetjesland en PC St. Jan (daar in combinatie met de functies van penningmeester en ondervoorzitter), is voorzitter van de RvB van de vzw's Ouderenzorg Philippus Neri en PZ Sint-Franciscus, is secretaris van de vzw Congregatie der Zwartzusters van de H. Philippus Neri en is bestuurder in vzw De Pelgrim.

De algemeen directeur van het PC Sint Jan is afgevaardigd bestuurder van de vzw Philippus Neri Meetjesland, voorzitter van de AV en RvB van de vzw De Pelgrim, secretaris van vzw PZ Sint-Lucia en bestuurlid in de vzw's PC St. Jan en PZ Sint-Franciscus.

Met uitzondering van de RvB van vzw De Pelgrim vertonen deze RvB's een zeer beperkt aantal leden en gaat het om een zeer beperkt aantal verschillende personen. Hierdoor is de expertise op dit niveau eveneens beperkt. De samenstelling van de algemene vergadering en de raad van bestuur van vzw De Pelgrim vertoont daarentegen een beperkte mate van diversiteit (boekhoudkundige, justitiële expertise, naast mensen met ziekenhuisexpertise en expertise in de geestelijke gezondheidszorg). **(AV)** Toch is er nog op een paar vlakken nood aan bijkomende expertise. **(TK)** De leden van de RvB zijn idealiter nauw betrokken bij de verschillende deelgebieden waarbinnen men actief is of

kan zijn en geven waar nodig de nodige impulsen om de evoluties in deze verschillende sectoren bij te houden. We vinden dat dit op het vlak van de patiëntenzorg te weinig aan bod kwam voor wat betreft patiëntbetrokkenheid, familiebetrokkenheid en nazorg. Verder is er het ICT-beleid (waarvoor met PZ Sint-Franciscus Velzeke wordt samengewerkt), waarbij de klemtoon sterk ligt op afscherming en beveiliging. Dit wordt, door de manier waarop deze aspecten in de praktijk gebracht worden, op een aantal vlakken als meer remmend dan faciliterend ervaren door de medewerkers. Een grondige evaluatie en bijsturing op beleidsniveau dringt zich op. Tenslotte is er een duidelijk gebrek aan kennis op het vlak van veranderingsmanagement. De wijze waarop de RvB nu fusiebesprekingen voert, met uitsluiting van de directieleden en zo goed als geen communicatie betreffende de gevoerde besprekingen, zorgt voor veel onduidelijkheid en onzekerheid op de werkvloer. Dit fnuikt het enthousiasme van de medewerkers om nu te kiezen voor grote veranderingen en laat niet toe de opportuniteiten van een fusie te onderzoeken (bv. kansen om samen belangrijke toekomstprojecten op te zetten die tot een fundamentele wijziging van het zorglandschap in de regio kunnen zorgen, waarbij preventie en nazorg tot een nieuwe invulling kunnen zorgen voor de taakinfilling van het (fusie)ziekenhuis).

Zoals alle RvB van deze vzw's komt de RvB van Kliniek De Pelgrim slechts 4 keer per jaar samen (hetgeen weinig is in vergelijking met andere ziekenhuizen), maar is deze de laatste jaren een actievere rol gaan spelen bij de werking van het ziekenhuis. Er is immers een stuurgroep voor Integrale KwaliteitsZorg (IKZ) gevormd waarin naast de directieleden, het middenkaderlid, en de leden van het beleidsteam ook 3 bestuursleden zetelen. Deze stuurgroep evalueert en stuurt het kwaliteitsbeleid driemaandelijks bij. **(SP)**

- Tussen de RvB en het directiecomité (DC) is er een Bureau van de Raad van Bestuur dat bestaat uit voorzitter en de secretaris van de RvB enerzijds, en de algemeen directeur en de hoofdgeneesheer uit het DC anderzijds. Dit bureau komt tweemaandelijks samen. **(AV)**
- Het directiecomité bestaat uit 3 leden. De algemeen directeur en de hoofdgeneesheer maken al lange tijd deel uit van het DC, het hoofd van het departement patiëntenzorg heeft het DC in 2011 vervoegd. Dit comité komt wekelijks samen. **(AV)**
- Beide artsen vormen met de consulterend internist de medische raad. **(AV)**
- Op beleidsvlak is het maandelijks beleidsteam nog te vermelden. Dit beleidsteam omvat de leidinggevende trio's van beide behandelgroepen (de zorgadviseurs (psychologen), de hoofdverpleegkundigen en de beide artsen), aangevuld met het hoofd van het verpleegkundig departement. **(AV)**
- Er is een apart associatieoverleg voor de samenwerking met het PC St. Jan (apothekfunctie). **(AV)**
- Voor het ethisch comité wordt geparticipeerd met een extern ethisch comité "Spes et Fides". Bij dit ethisch comité zijn ook het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Camillus van Sint-Denijs-Westrem, PC Caritas van Melle, PZ Sint-Hiëronymus en PZ Sint-Lucia van Sint-Niklaas, PZ Sint-Franciscus van Velzeke, PC Sint-Jan van Eeklo en het PC Gent-Sleidinge aangesloten. Een arts van Sint-Camillus zit het comité voor. Het ziekenhuis was via het hoofd van het verpleegkundig departement, en is sinds kort via het middenkader (kwaliteitscoördinator) vertegenwoordigd op het ethisch comité. Het ethisch comité heeft het voorbije jaar aandacht besteed aan een visietekst over euthanasie bij psychisch lijden, maar euthanasievragen zelf kwamen in dit ziekenhuis nog nooit voor. Het opstarten van een ethische reflectiegroep werd enkele maanden geleden toegewezen aan het middenkaderlid. **(AV)** Dit kan helpen om het comité beter bekend te maken op de werkvloer. Verder kunnen ook vanuit het comité stappen gezet worden om de communicatie tussen het comité en het ziekenhuis te verbeteren (aparte pagina met informatie over het comité op de website, publicatie van de verslagen op intranet..). Daarnaast zou men ook kunnen onderzoeken of alle beroepsgroepen (verplegend en

verzorgend personeel, apotheker...) zich in voldoende mate betrokken voelen bij het ethische discours binnen het ziekenhuis. **(Aanb)**

- Naast de hierboven genoemde beleidsorganen zijn er nog enkele andere adviesorganen, comités en werkgroepen actief. Op instellingsniveau gaat het om: **(AV)**
 - Overleg artsen – sociale dienst (dagelijks);
 - Teamvergadering Observatie/Oriëntatie
 - Teamvergadering Behandeling
 - Dienstoverleg keuken, administratie en onderhoud;
 - Vakgroep psychologen;
 - Vakgroep paramedici;
 - Het Comité Ziekenhuishygiëne, het medisch farmaceutisch comité en het comité medisch materiaal;
 - De Ondernemingsraad;
 - Het Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk;
 - 2 werkgroepen (agressie en medicatieveiligheid).

Er zijn functiekaarten gemaakt van de belangrijkste overlegmomenten (met hierin telkens samenstelling, vergaderfrequentie, opdracht, communicatievorm, en communicatielijnen). **(SP)**

3.2 Organisatiestructuur

- Het ziekenhuis heeft lange tijd moeite gehad met het invullen van leidinggevende functies. Zo ontbrak lange tijd een hoofd van het verpleegkundig departement, een middenkader en een hoofdverpleegkundige. De taken werden dan doorgeschoven naar vooral de algemeen directeur en de wel aanwezige hoofdverpleegkundige, die door de te grote cumulatie van taken deze niet ten volle konden waarmaken. De laatste 2-3 jaren is men er in geslaagd extra personeel aan te trekken. Het middenkader vervult voornamelijk een staffunctie (kwaliteitscoördinator, implementatie elektronisch patiëntendossier). **(AV)** Dit heeft duidelijk effect gehad op de werking van de instelling. Zo is er, onder externe begeleiding, gekozen voor een duidelijk kwaliteitsmodel (EFQM) en is het algemeen en kwaliteitsbeleid van de instelling zeer gestructureerd uitgewerkt: missie-visie-waarden werden geëxpliciteerd, en aangevuld met 4 strategische doelstellingen, die op hun beurt vertaald werden in kritische succesfactoren. Hieraan zijn duidelijke SMART-geformuleerde actieplannen met indicatoren gekoppeld die onder de vorm van een balanced score card (BSC) periodiek worden opgevolgd. Bovendien is werk gemaakt van een evaluatie door de medewerkers en door de patiënten, en worden de verbeterpunten systematisch aangepakt. Op klinisch vlak werd het agressiebeleid uitgewerkt (inclusief afzondering en fixatie), en werd een incidentmeldingssysteem opgezet, met analyse van incidenten (o.a. medicatie). **(SP)**
- Momenteel bestaat het directiecomité uit 3 leden, maar in de toekomst zullen verschillende personen dit comité verlaten: de algemeen directeur gaat volgend jaar op pensioen, het hoofd van het departement patiëntenzorg is in opzeg (wegens het niet voldoen aan de diplomavereiste) en zal dit najaar wellicht de instelling verlaten. Als de fusie realiteit wordt, dan kan dit een antwoord bieden op dit personeelsverloop, zoniet moet tijdig gezocht worden naar geschikte kandidaten om de leiding over te nemen. Of de pensionering van de algemeen directeur, die als 'leidinggevende A' aan het hoofd staat van de interne bewakingsdienst (I.B.D.), problemen kan opleveren voor het personeel van de I.B.D. werd tijdens deze inspectie niet onderzocht. **(AV)** We bevelen aan dat alle (nieuwe) directieleden een (liefst gelijklopende) opleiding zouden volgen inzake kwaliteitsbeleid (model en implementatie) indien dit in het verleden geen deel uitmaakte van hun vorming. **(Aanb)**
- De geruchten over de fusie zorgen bij veel personeelsleden voor ongerustheid. In dergelijk klimaat stijgt gewoonlijk het verloop van mensen. Zo heeft bv. de diëtiste recent haar ontslag aangeboden. Wellicht zullen anderen volgen als er niet snel duidelijkheid komt over de toekomst van de instelling, en meer specifiek, de positionering ten opzichte van de

afdeling verslaafdenzorg in het PC Sint-Franciscus. Het kan een idee zijn om de fusie (van de erkenningen) uit te stellen en voorlopig als twee aparte instellingen verder te werken met een gemeenschappelijke RvB en DC, terwijl intussen in beide betrokken instellingen gewerkt wordt aan een duidelijke profilering (zie hiervoor ook volgend hoofdstuk) en toekomstvisie. **(Aanb)**

- Gezien de schaalgrootte vertoont het ziekenhuis een vrij eenvoudige organisatiestructuur. Er is een klein medisch departement, bestaande uit de twee hospitaliserende artsen-psychiaters en een apotheker, aangevuld met een consulterend internist. Ook deze laatste heeft de pensioengerechtigde leeftijd bereikt, maar heeft een verlenging van zijn contract gekregen voor de periode van 1 jaar. Het departement patiëntenzorg omvat de verpleegkundigen en therapeutische disciplines, terwijl er een derde algemeen departement is met administratie, onderhoud, keuken en interne bewakingsdienst. Het departement patiëntenzorg bestaat verder uit twee groepen verpleegkundigen. De ene groep met de ene hoofdverpleegkundige vormt hoofdzakelijk een team rond de patiënten van de ene arts, de andere groep rond die van de andere arts. Daarnaast is er een vakgroep van psychologen en een vakgroep van de andere paramedici. **(AV)**

4 Beleid en strategie

4.1 Algemeen, kwaliteits- en medisch therapeutisch beleid en strategie

- De Pelgrim presenteert zich naar buiten uit als een instelling die beoogt “een duurzame en vooraanstaande rol te spelen binnen de verslavingszorg in Vlaanderen.” (visietekst 2010) Er wordt met (terechte) trots verwezen naar de pioniers die in 1973 het lef hadden om een kliniek op te starten, specifiek voor verslaafdenzorg. De keuze om op dat moment met gedragstherapie en het motivationeel model te werken, waren op dat moment eveneens vooruitstrevend. **(AV)**

In De Pelgrim ziet de aanpak er momenteel als volgt uit:

- Bij opname komt een patiënt meestal op de observatie-afdeling. Dit is een gesloten afdeling, waarbij de patiënt letterlijk alle bagage afgenomen wordt en op een kale kamer dient te detoxifiëren. Patiënten met een alcoholverslaving verblijven hier gewoonlijk 1 nacht, patiënten met een opiaatverslaving tot 14 dagen. Deze laatste groep kan er immers voor kiezen om een methadon-afbouwschema te hanteren, dat steeds over 14 dagen loopt. Deze substitutiemedicatie wordt echter “op vraag” gegeven, zodat patiënten die sneller naar de open afdeling wensen te gaan, op ieder moment dit afbouwschema kunnen inkorten of afbreken.
- Daarna start de “oriëntatiefase”. Deze bestaat zelf uit twee onderdelen: een motivatieverkennde subfase en een motivatieversterkende subfase. Beide groepen worden nog eens ont dubbeld in een groep voor alcohol / “legale middelen” en een groep van patiënten die “illegale middelen” gebruiken. Patiënten uit de groep illegale middelen kunnen op gelijk welk moment doorschuiven naar de motivatieversterkende groep, die uit de groep alcohol kunnen dit alleen wanneer een vorige groep het programma van 6 weken heeft afgerond. Daarnaast is er ook een “basis”groep mogelijk, voor patiënten die mentaal niet in staat zijn een specifieke groep te volgen.
- Dan start de zogenaamde “behandelingsfase”. Hierin worden 3 groepen onderscheiden (B1, B2 en B3), waarbij de B1-groep het minst psychotherapeutisch gericht is en het meest praktisch, terwijl de B3-groep juist het tegenovergestelde profiel vertoont. In deze groepen worden patiënten met een alcoholverslaving samen met patiënten met een illegaal drugprobleem opgenomen. **(AV)**

Het motivationeel model is in De Pelgrim op deze manier uitgekristalleerd in een complex schema van sessies, verspreid over de verschillende groepen en subgroepen. Deze organisatie wijze, die op zich maar 1 van de vele honderden manieren is waarbinnen het motivationeel model kan toegepast worden, vertoont nu toch enkele negatieve nevenaspecten waar aan kan gewerkt worden: **(TK)**

- Door het ontbreken van een duidelijk groepsklimaat en een zeer beperkt therapieprogramma (voornamelijk consulten bij arts, psycholoog en verpleegkundige, naast enkele uren ergotherapie, vorming en relaxatie per week) op de observatie, in combinatie met het verbod op het bij zich hebben van de eigen bagage en vrij telefoonverkeer, is de druk op opiaatverslaafden om door te schuiven naar de open afdeling groot. Niet eens wetende hoeveel methadon ze krijgen, kunnen ze deze medicatie snel afbouwen tot onmiddellijk stopzetten, wellicht niet goed beseffende dat de ontwenningssymptomen van methadon pas enkele dagen later zullen optreden. Ook verslaafden aan alcohol schuiven door naar de oriëntatie of –behandelingsgroep, vooraleer er echt sprake kan zijn van fysieke ontwenning.

- Gebruik van middelen binnen de instelling wordt steeds gesanctioneerd met een verplicht vertrek uit de instelling, gebruik buiten de instelling wordt dan weer wel tot 3 keer toe getolereerd. Gezien bovenstaande werkwijze lijkt de grootste kans op craving op te treden tijdens het begin van de oriëntatiefase, op een moment dat middelen terug bereikbaar zijn. Een groot aantal patiënten blijkt binnen (en buiten) de instelling toch te gebruiken. Omdat gebruik tijdens de opname op haast dogmatische wijze beschouwd wordt als het gebrek aan motivatie bij de patiënt, wordt een groot aantal patiënten om deze reden voortijdig ontslagen (VKV = verzocht de kliniek te verlaten).
- Het aantal ontslagen “type MOMO” (met onderlinge overeenkomst en met overleg) is van dezelfde grootorde (1/3) als het aantal ontslagen “VKV” (verzocht de kliniek te verlaten), zeker als daar ook de “ZOZO”-ontslagen bijgeteld worden (zonder overleg en zonder overeenkomst). Nochtans wordt een maximaal aantal MOMO’s genoemd als hét streefdoel van het ziekenhuis.
- Doordat patiënten met een alcoholverslaving soms lange tijd moeten wachten vooraleer ze kunnen starten in de motivatieversterkende groep, haakt een deel van deze patiënten vroegtijdig af.
- Teneinde alle deelgroepen te kunnen organiseren met voldoende deelnemers, moet de instroom van patiënten strikt bewaakt worden, om zo ongeveer evenveel patiënten met een alcohol als met een illegale middelenproblematiek te behouden.

Door het gehele kader en manier van het organiseren van de zorg (bv. intramurale zorg versus transmurale voorzorg en nazorg, versterken en betrekken van het regionale eerstelijnsnetwerk, het al dan niet vasthouden aan een indeling in groepen en subgroepen of aan een duidelijke scheiding tussen de verschillende disciplines van zorgverleners) niet fundamenteel in vraag te stellen of te veranderen in de voorbije jaren, moeten we op vandaag vaststellen dat De Pelgrim zijn pioniersrol wat verloren heeft. Naast grote gelijkenissen met afdelingen verslaafdenzorg in andere Vlaamse ziekenhuizen, zien we dat op veel andere plaatsen initiatieven werden opgestart en bestendig die tegemoet proberen te komen aan de snel veranderende maatschappelijke context buiten de muren van het ziekenhuis en binnen de sector geestelijke gezondheidszorg.

- Ondanks het feit dat vele psychiatrische ziekenhuizen een gelijkaardig aanbod hebben, is men zich niet gaan toeleggen of specialiseren op specifieke subgroepen. Wie een complexere problematiek heeft, zoals ‘dubbel diagnose’, psychotische opstoten... blijft uitgesloten van opname. Als enige specifieke subgroep worden ‘verslaafde koppels’ opgenomen. Het krijgen van een VKV als antwoord op het opstarten van een relatie tijdens de opname, staat hiermee dan weer in schril contrast.
- Het ziekenhuis heeft in de voorbije 40 jaar weinig geïnvesteerd in nazorg. Slecht een beperkt aantal patiënten wordt na ontslag verder gevolgd door het ziekenhuis, via een tijdelijke financiering voor ontslagmanagement en een eveneens tijdelijke financiering voor intensive case management. Poliklinische contacten met artsen of andere therapeuten, nazorggroepen, terugkommomenten... worden niet georganiseerd. De patiënten krijgen wel de raad om nazorg te volgen, maar moeten dit zelfstandig organiseren op het moment dat ze terug thuis komen, wat vaak een te grote stap blijkt te zijn op dat moment. Momenteel investeert de sector sterk in het opnamevermijdend werken en in (voor- en na)zorg buiten de ziekenhuismuren, via het project 107 en het investeren in een netwerk van eerstelijnspartners. In Zuid-Oost-Vlaanderen werd begin dit jaar een netwerkcoördinator aangesteld, maar een concreet project met terreinwerking is er nog niet.
- Waar De Pelgrim gestart is vanuit het Centrum voor Alcoholisten en Toxicomanen, samen met de therapeutische gemeenschap De Kiem, zijn deze nauwe banden in de loop van de jaren om verschillende redenen geleidelijk

aan verwaterd en verloren gegaan. Momeneel bestaan de transmurale contacten bijna uitsluitend uit het overleg inzake Intensive Case Management (ICM) en illegale drugs met PZ Sint-Camillus en PC Sint-Ghuislain, maar het is onduidelijk hoe lang dit nog zal duren eens de projectfinanciering wegvalt (wellicht vanaf volgend jaar). Wellicht mede als gevolg van deze historische banden bleef men sterk gericht op de regio Gent, en veel minder op Aalst of Zottegem. We bevelen aan nauwere banden en ook structurele samenwerkingsverbanden te ontwikkelen met verschillende zorgverleners uit de omgeving, in functie van het netwerk geestelijke gezondheidszorg (artikel 107). **(Aanb)**

- Het is belangrijk om (binnen en buiten de geestelijke gezondheidszorg) voldoende informele contacten te onderhouden, zowel op beleids- als operationeel niveau. We hebben de indruk dat dit ten opzichte van vroeger wat op de achtergrond is geraakt. Dergelijke contacten kunnen het netwerk versterken of op termijn leiden tot nieuwe opportuniteiten. **(Aanb)**
- Patiëntbetrokkenheid en familiebetrokkenheid zijn de sleutelwoorden in de hedendaagse psychiatrie. Terwijl er in De Pelgrim, volgens de patiënten, vroeger vaak maar tegenwoordig minder gevraagd wordt om met een familielid op gesprek te komen. Familiegesprekken kunnen enkel en alleen mits toestemming van de patiënt en verlopen quasi uitsluitend via tussenkomst van de artsen. Psychologen en verpleegkundigen spelen hierin een beperkte rol. Het toestaan en promoten van gesprekken zonder directe betrokkenheid van de artsen, kan hierbij faciliterend werken. **(Aanb)**
- Vele andere psychiatrische ziekenhuizen zijn momenteel op zoek naar totaal nieuwe concepten, waarbij ze de klassieke vaste therapieschema's vaak verlaten ten gunste van behandelingschema op individueel niveau, en waarbij interdisciplinaire interacties op de voorgrond komen. **(Aanb)**

Ondanks het feit dat alle noodzakelijke elementen (gestructureerde werking, invulling personeelskader, noodzaak - identiteitscrisis) aanwezig zijn, bespeuren we nog steeds geen duidelijke verander- en verbetercultuur, noch op beleidsniveau, noch op afdelingsniveau. Terwijl lef en innovatie nu net het handelskenmerk en de bestaansreden bij uitstek zou kunnen zijn om van De Pelgrim, nu en in de toekomst, fusie of geen fusie, een toonaangevend centrum te maken. De fusie kan een opportuniteit zijn om terug een duidelijke profilering te bewerkstelligen van beide afdelingen verslaafdenzorg en ruimte scheppen voor meer creativiteit. **(Aanb)**

- Het gestructureerd werken aan kwaliteit heeft vaste voet aan de grond gekregen in deze instelling. Er werd de voorbije 3 jaar systematische aandacht besteed aan het gradueel aanpakken en uitwerken van zowel beleidsmatige items (missie-visie, strategiekaart), als concrete meet- en verbeteracties, en dit zowel op het niveau DC-RvB (via de I.K.Z.-stuurgroep) als op afdelingsniveau (meting psychosociale arbeidsbelasting, patiëntenbevraging over het therapeutisch aanbod, reorganisatie psychologische dienst...). **(SP)** We stippen hierbij graag enkele waardevolle realisaties aan:
 - Er is een jaarverslag, waarin eigen registratiegegevens aan bod komen en besproken worden.
 - De psychodiagnostiek werd geëvalueerd op basis van relevante literatuur, herwerkt en voor een groot deel geïntegreerd in het elektronisch patiëntendossier.
 - Er werd gestart met gezondheids promotie op het vlak van roken, hierbij werd een tabacologe aangetrokken.
 - 4 strategische doelstellingen werden geformuleerd en uitgewerkt in 10 kritische succesfactoren. Deze succesfactoren worden per strategische doelstelling verder uitgewerkt in concrete acties die toegewezen zijn aan verantwoordelijken, een duidelijke deadline hebben en continu opgevolgd worden.

- Er wordt geparticipeerd aan het contract patiëntveiligheid. Een incidentmeldingssysteem werd opgezet en jaarlijks worden minstens 3 meldingen grondig geanalyseerd.
- Het kwaliteitshandboek, opgebouwd volgens de wettelijk voorziene structuur, groepeert een aantal doelstellingen, projecten en realisaties. Dit handboek vormt een goede basis om verder te werken, bv. bij de terugkoppeling van de projecten naar de betrokken medewerkers. We raden daarom aan het handboek verder uit te bouwen op het intranet als feedback-instrument (naast de huidige nieuwsbrief) door: **(Aanb)**
 - Duidelijk te verantwoorden waarom deze projecten gekozen werden (welk knelpunt wou men aanpakken).
 - De projecten telkens te kaderen binnen de missie en visie (link tussen acties en strategische doelstellingen / visie / missie)
 - Linken te voorzien bij lopende projecten naar de functiebeschrijving van de werkgroep en/of naar vergaderverslagen van werkgroepen.
 - Aan de hand van het actieplan op de gekozen tijdstippen te evalueren of de doelstellingen behaald werden en welke niet, en te evalueren of het nodig is nieuwe doelstellingen voor te stellen.
 - Bij gelegenheid bepaalde punten uit het handboek te lichten en via andere kanalen (bv. Kompas, website) onder de aandacht te brengen, met een verwijzing naar het handboek voor meer uitleg.
- Dagelijks is één persoon van de sociale dienst verantwoordelijk voor alle aanmeldingen en dit wordt 's anderendaags besproken met de artsen. Zij beslissen dan of een intakegesprek moet gepland worden. Het zijn de artsen die uiteindelijk beslissen wie opgenomen wordt, wie een intakegesprek moet krijgen en wie op welke wachtlijst wordt gezet. Momenteel is er een wachtlijst voor de intakegesprekken, niet voor rechtstreekse opname. **(AV)**
- Het (psycho-)therapeutisch handelen wordt vergeleken met internationale richtlijnen (Trimbos, NICE ...). De richtlijnen worden getoetst en vergeleken met de eigen werking. **(AV)**
- Het ziekenhuis ondersteunt een paar zorgprojecten gericht op een gelijkaardige doelgroep op het Afrikaanse continent. Het gaat om het project 'Hope and beyond' in Kampala (Oeganda) en het Ngozi-project in Burundi van Artsen zonder Vakantie. **(SP)**

4.2 Lerende omgeving

- Het ziekenhuis hanteert een verscheidenheid aan informatiebronnen om zicht te krijgen op de geleverde kwaliteit:
 - Er gebeurde een patiëntenbevraging door de stafmedewerker kwaliteit. Zowel inhoudelijk als qua methodiek vond er recent een herwerking plaats. De nieuwe enquête, bedoeld voor een continue bevraging van patiënten die op ontslag gaan, zou vanaf september 2014 in gebruik genomen worden. **(AV)**
 - Het jaarlijkse rapport van de ombudspersoon levert een beeld op de vragen en klachten die daar worden ontvangen en bevat eveneens verbetervoorstellen; **(AV)**
 - Patiënten kunnen via de weekplanning informatie geven over de werking. **(AV)**
 - In 2013 was er een specifieke bevraging over het therapieaanbod. **(AV)**
 - Functiekaarten werden opgesteld voor de verschillende personeelsgroepen, maar de functioneringsgesprekken, die, mits geanonimiseerde terugkoppeling, nochtans een bron van informatie zouden kunnen zijn, zijn nog steeds niet opgestart. **(TK)**

- Een incidentmeldingsysteem werd ingevoerd en de voorbije jaren verder uitgebouwd. Deze meldingen komen terecht bij de stafmedewerker, die instaat voor de codering en keuze van meldingen voor verdere analyse. De analyses waren aanleiding tot verschillende verbetervoorstellen.
In 2013 waren er 9 agressie-incidenten, 2 incidenten m.b.t. medicatieveiligheid en 1 incident m.b.t. een ongeval van een patiënt. **(AV)**
We missen een algemene visie op het werken met (bijna-)incident-meldingen, met een beschrijving van hoe het no-blame principe in het ziekenhuis wordt toegepast (zodat iedereen op voldoende veilige wijze kan en durft melden), met een beschrijving van de samenstelling van de werkgroep die de analyse doet en de hierbij gehanteerde werkwijze, de bescherming van de gegevens (bv. anonimiteit van de melder bij feedback naar directie, manier van contactname met de melder indien meer gegevens nodig zijn...), de terugkoppeling naar de individuele melder en naar de afdelingen...
(Aanb)

5 Middelen

5.1 Infrastructuur

- Qua brandveiligheid beschikt de Pelgrim over een brandveiligheidsverslag van de brandweer (20/11/2009) en een attest van de burgemeester (20/11/2009). **(AV)**
- Het ziekenhuis bevindt zich in het centrum van Scheldewindeke, een deelgemeente van Oosterzele.
- Op infrastructuureel vlak gaat het bijna uitsluitend om gebouwen uit 2002-2003, en twee rooklokalen van 2009, waardoor het geheel een mooie en moderne indruk maakt. **(SP)**
- De manier waarop het ICT-beleid uitgewerkt wordt in het ziekenhuis, wordt meer als remmend dan als faciliterend ervaren: **(TK)**
 - Nergens in het ziekenhuis is er Wifi;
 - Er is maar 1 laptop, aan de receptie te reserveren, zowel voor directie als medewerkers. Deze laptop is bovendien zo beveiligd dat het zo goed als onmogelijk is om externe bestanden binnen te halen en te kopiëren, en omgekeerd.
 - Niemand (noch medewerkers, noch directieleden, noch patiënten) heeft volledige toegang tot het internet. Medewerkers die iets willen opzoeken op internet om tijdens hun werk te gebruiken, moeten dat thuis op hun privé-computer doen, moeten dit afdrukken en meebrengen naar het ziekenhuis (aangezien zij het niet op USB-stick of dergelijke kunnen meebrengen, en bijlages bij mails niet of zeer moeilijk te openen zijn). Dit werkt bijzonder frustrerend en ontmoedigend.
 - Laptops voor alle therapeuten, stafleden en directieleden, deze naar huis meenemen en via een beveiligde verbinding inbellen, en plaats- en tijdsafhankelijk werken (bv. van buiten het ziekenhuis aanpassen van het medicatieschema, verwittigen van de apotheek, aanpassen van het patiëntendossier, lezen van verslagen van werkgroepen...), of thuis werkmails te kunnen lezen en beantwoorden..., is in dit ziekenhuis niet mogelijk.
 - Patiënten kunnen in tegenstelling tot sommige andere ziekenhuizen geen informatie elektronisch rechtstreeks aanleveren vanuit hun privé-laptop op hun kamer, of zelf werken in hun eigen dossier. Dit zou een onderdeel van "patient empowerment" kunnen vormen.
- Eventuele opmerkingen over de afzonderingskamer worden beschreven in het hoofdstuk vrijheidsbepalende maatregelen.

5.2 Patiëntendossier

- Er werden een 5-tal patiëntendossiers ingekeken en afzonderingsfiches van een drietal patiënten. **(AV)**
- Het elektronisch medisch en verpleegkundig dossier REGAS® wordt sinds een jaar gebruikt. De instelling maakt deel uit van een groep van 7 psychiatrische ziekenhuizen die dit elektronisch dossiersysteem recent aankochten, en Kliniek De Pelgrim functioneerde hierbij als pionier. Het dossiersysteem is gekoppeld aan een apotheekmodule met o.a. een elektronisch voorschrift en een medicatiefiche van Partezis®. Het dossiersysteem laat toe om vertrekkend vanuit een overzicht van de aanwezige

patiënten onderdelen van het dossier te openen en in te vullen (observaties, psychodiagnostiek, teambesprekingen, sociale situatie, contactpersonen...). **(AV)**

- De ingekeken dossiers waren goed bijgehouden. Van alle patiënten was op regelmatige basis een multidisciplinaire bespreking terug te vinden. **(SP)**
- Het afzonderingsregister bleek vrij correct ingevuld te zijn. Observaties werden goed bijgehouden. **(SP)** Het aantal afzonderingen is laag (<1 patiënt/jaar).

6 Medewerkers

6.1 Personeelsbeleid

- In juni 2014 zijn er 34,15 VTE medewerkers actief in het departement patiëntenzorg waarvan: **(AV)**
 - 2,1 VTE gegradueerde ziekenhuisverpleegkundigen
 - 11,2 VTE gegradueerde psychiatrische verpleegkundigen
 - 5,3 VTE bachelor psychiatrische verpleegkundigen
 - 2,55 VTE opvoedkundigen
 - 1,8 VTE logistiek assistenten
 - 3,8 VTE maatschappelijk medewerkers
 - 2,6 VTE masters in de psychologie
 - 1 VTE vormingsmedewerker
 - 1 VTE bewegingstherapeut
 - 1,8 VTE ergotherapeut
 - 1 VTE diëtist
- Overdag zijn er stewards aanwezig, zij staan onder leiding van de algemeen directeur die hiervoor een specifieke opleiding volgde tot "Leidinggevende A". **(SP)**
- Een van de strategische doelstellingen: we werken met deskundige, gemotiveerde en flexibele medewerkers en voeren een gericht medewerkersbeleid werd in het algemeen beleid van het ziekenhuis vertaald naar twee kritische succesfactoren. Hieruit werden operationele doelstellingen bepaald. **(AV)**
- Het hoofd van het departement patiëntenzorg behaalde een diploma in de ziekenhuisverpleging en een bachelor psychiatrische verpleegkundige. Vervolgens volgde zij een masteropleiding waarvoor zij geslaagd is voor het theoretische gedeelte, maar waarvoor ze nog geen eindwerk heeft ingediend. Dit blijkt al enkele jaren de stand van zaken te zijn. **(AV)** Het hoofd van het departement patiëntenzorg beschikt hierdoor niet over het vereiste diploma op universitair niveau. **(NC)** Intussen werd besloten om het contract stop te zetten.
Het hoofd van het departement patiëntenzorg wa goed vertrouwd met de werking van het ziekenhuis in al zijn aspecten, en nam daarenboven regelmatig deel aan volgende externe overlegmomenten: Clusteroverleg Alcohol, Netwerkcomité Middelen, sporadisch het overleg i.v.m. ICM en het transmuraal zorgoverleg. **(AV)**
- Er werd in het ziekenhuis in 2011 een volledig draaiboek (met informatiebrochure en invulformulieren) uitgewerkt i.v.m. het voeren van systematische functioneringsgesprekken. Dit kadert binnen het strategisch beleidsplan i.v.m. de kritische succesfactor: continue aandacht voor verbetering van de medewerkers. **(AV)** Er werd nog geen aanvang genomen met het systematisch voeren van functioneringsgesprekken. **(TK)**
- In het arbeidsreglement is een procedure opgenomen voor disfunctionerende medewerkers. **(AV)** We bevelen aan een aanvullende procedure te ontwikkelen met aandacht voor hulpverlening en ondersteuning van disfunctionerende medewerkers, zodat maatregelen die evenzeer een belangrijk impact hebben op het hele team (bv. tuchtmaatregelen of ontslag) vermeden kunnen worden. **(Aanb)**
- Het ziekenhuis werkt met een aantal referentiemedewerkers (o.a. omgaan met agressie, KOAP, handhygiëne, wondzorg, tabacologie). **(AV)**
- Een verpleegkundige met bijzondere opdrachten is verantwoordelijk voor de technische onderzoeken (o.a. bloed- en urinecontroles, ECG,...), de verpleegkundige permanentie onder de middag en de medicatiebedeling onder de middag. In 2010 volgde zij een 5-

daagse opleiding 'referentie verpleegkundige-(ziekenhuis)hygiëne'. Zij is lid van het team ziekenhuishygiëne. In het organogram staat zij vermeld als verpleegkundige ziekenhuishygiënist. Zij kan ook worden ingeschakeld in het roulement om de verpleegkundige permanentie te waarborgen. **(AV)**

- Naast een uitgewerkt takkenpakket voor de sociale dienst werden er functiekaarten uitgewerkt voor het hoofd van het departement patiëntenzorg, zorgadviseurs en hoofdverpleegkundigen. Aanbeveling om functieomschrijvingen voor alle medewerkers van het ziekenhuis (ook voor alle gespecialiseerde subfuncties (bv. stewards, mensen tewerkgesteld in de mobiele equipe, begeleider (her)intreder en referentieverpleegkundigen)) uit te werken. **(Aanb)**
- De werking rond de begeleiding van nieuwe medewerkers wordt momenteel hervormd. Per 1 juli zullen 2 medewerkers deze taken invullen in de plaats van iemand die intussen nachtdiensten doet. **(AV)** Alhoewel er een vaste manier van werken bestaat, beschikt men niet over een uitgeschreven procedure en een duidelijke beschrijving van de taken voor de begeleiders (her)intreders. **(TK)** Dergelijke omschrijving kan bv. deel uitmaken van het vormingsbeleid.
- Op basis van het aantal bedden dient men (vanaf 1 januari 2011) te beschikken over een mobiele equipe van 2 VTE, waarvan 1,4 VTE verpleegkundigen en 0,6 VTE niet-verpleegkundigen. Men beschikt over een mobiele equipe van 2 VTE gegradueerde verpleegkundigen. **(AV)** De mobiele equipe wordt ingezet voor de onmiddellijke vervanging van onverwachte afwezigheden en voor bij bestaffing indien buitengewone werklust. De mobiele equipe wordt toegewezen per fase en werkt naast vroege - en late shiften ook weekend- en nachtschiften. De inzet is transparant via het uurrooster. **(AV)** Hoe de buitengewone werklust wordt gemeten is niet duidelijk. **(Aanb)**
- In het ziekenhuis zijn zowel verpleegkundigen die enkel nachtdiensten werken als verpleegkundigen die dag- en nachtdiensten werken. **(AV)** Minstens één maal per jaar is er overleg met het hoofd van het departement patiëntenzorg, de hoofdverpleegkundigen en de verpleegkundigen die tijdens de nacht werken. **(AV)** We bevelen aan om de vaste nachtmedewerkers systematisch een periode per jaar tijdens de dagdiensten in te schakelen. **(Aanb)** Er werd een algemene takenlijst en afsprakenlijst opgesteld. De nachtverpleegkundigen zetten de medicatie klaar voor de volgende dag en op vrijdagnacht voor gans het weekend. **(AV)**
- In het ziekenhuis wordt geen beroep gedaan op jobstudenten en vrijwilligers. **(AV)**
- In de beleidstekst suïcidepreventie 2010 is er aandacht voor de hulpverlener na suïcide van een patiënt, waarbij beschreven staat wie de hulpverlener kan verder helpen. **(SP)** In de beleidstekst i.v.m. agressie staat hierover niets vermeld. Ook bleek het niet voor alle medewerkers even duidelijk met wie contact kan opgenomen worden indien zich een verwerkingsprobleem voordoet. Het zou goed zijn dit op regelmatige basis te herhalen (bv. bij vormingen waarin opvang van medewerkers aan bod komt) en hiervoor een procedure te voorzien. Dit laat ook beter toe de contactgegevens up-to-date aan te bieden aan alle medewerkers. **(Aanb)**

6.2 Artsen

- In het ziekenhuis zijn er 2 psychiaters actief. Er komt 1 internist op consult, dit gedurende 1 uur per week. **(AV)**

6.3 Vorming, training en opleiding (VTO)

- Hoewel één van de kritische succesfactoren in het strategisch beleidsplan continue aandacht voor opleiding en verbetering is en het vormingsbeleid in de opdrachtverklaring van het ziekenhuis de volle aandacht krijgt, beschikt het ziekenhuis niet over een algemene visie i.v.m. vorming en een uitgeschreven VTO-beleid. **(TK)**
- Er werd geen minimum aantal uren vorming vastgelegd voor hoofdverpleegkundigen en andere medewerkers (verpleegkundigen, verschillende vaktherapeuten, psychologen, logistiek...). Best probeert men per beroepsgroep een streefdoel af te spreken in functie van aanbod, continuïteit en haalbaarheid. **(Aanb)** Indien het ziekenhuis kwalitatieve zorg wil blijven aanbieden, is het immers nodig dat de individuele zorgverleners zich regelmatig bijscholen om zo op de hoogte te blijven van recente ontwikkelingen. Momenteel zijn er verpleegkundigen en andere beroepsgroepen die veel vorming volgen, en andere die er zo goed als geen volgen. **(TK)**
- Er is een formeel traject dat moet gevolgd worden voor het aanvragen van vorming. Elke vormingsaanvraag wordt goedgekeurd door het directiecomité. **(AV)**
- In 2013 werden door alle medewerkers van het ziekenhuis (met uitzondering van de artsen) in totaal 560,55 uren opleiding gevolgd. Het ziekenhuis kan ook aantonen welk budget er besteed wordt aan opleidingen. **(AV)**

6.4 Bestaffing

- Tijdens de nacht zijn er 2 verpleegkundigen om de permanentie te verzekeren. Dit kan uit de ingekeken en voorgelegde uurroosters (juni en juli 2014) worden afgeleid. **(AV)**

7 Processen

7.1 Organisatie van zorg

- Zie hoger

7.2 Medicatiedistributie

Situering

- Het ziekenhuis beschikt over een depot van medicatie, dat aangevuld wordt vanuit Eeklo.
- Via een VPN-SSL verbinding kan de apotheek vanuit Eeklo vernemen welke medicatie nodig is, zodat deze kan meegebracht worden.

Middelen

- Er is een noodkast en noodkoelkast waarin de meeste medicatie die frequent gebruikt wordt aanwezig is. **(AV)**
- De temperatuur van de koelkasten waarin medicatie bewaard wordt binnen en buiten de apotheek wordt manueel geregistreerd. **(AV)**

Processen

- Wanneer medicatie niet voorradig is (bv. bij opname in de namiddag of avond, hetgeen zelden toegelaten wordt), kan, na telefonisch contact met de artsen, medicatie uit de noodkast gehaald worden. **(AV)**
- Medicatie wordt voor 24 uur klaargezet, door de nachtverpleegkundigen. Voor iedere shift is er een controle van de klaarstaande medicatie en aanvulling van ontbrekende medicatie (bv. siropen), vervolgens wordt de medicatie bij toediening gevalideerd. Bij niet toediening van medicatie wordt een reden in het dossier genoteerd. **(AV)**
In de patiëntenvoorraad werden geen losse pillen aangetroffen, of medicatie die niet meer identificeerbaar was (naam, dosis, vervaldatum, lotnummer).
- We bevelen aan na te gaan of bepaalde (groepen) patiënten, in het kader van het verzelfstandigingsproces (patient empowerment) hun medicatie in eigen beheer zouden kunnen krijgen, bv. naar het einde van de opname toe. **(Aanb)**

Resultaten

- Bij afhankelijkheid van narcotica kan methadon bij de ontwenning gebruikt worden, hiertoe is er een staand order en zijn er drie mogelijke medicatieschema's. De methadon wordt over 4 innamemomenten verdeeld, maar is steeds op vraag. **(AV)** We bevelen aan dit eens kritisch te evalueren (meer verschillende doseringen, minder op vraag, kortere periodes van substitutie). **(Aanb)**

7.3 Vrijheidsbeperkende maatregelen

Beleid en strategie

- In PZ De Pelgrim werd in 2012 het afzonderingsbeleid verder onder de loep genomen. De beleidstekst die kadert in de visie en missie van het ziekenhuis, resulteerde in een nieuwe procedure afzondering en fixeren. **(AV)**
- De beleidstekst werd opgesteld door het hoofd van het departement patiëntenzorg en werd teruggekoppeld naar het beleidsteam. **(AV)**
- De beleidstekst en de procedure zijn grondig uitgewerkt. **(AV)** Toch zijn er enkele verbeterpunten: **(TK)**
 - Patiënten worden opgenomen tijdens de observatiefase op een gesloten afdeling. Dit is al jarenlang de gewoonte, maar deze vorm van vrijheidsbeperking, puur om reden van verslaving en ontwenning, kan niet langer aanvaard worden. Bovendien gaat deze vrijheidsberoving gepaard met andere vormen van vrijheidsberoving (communicatiebeperking, tijdelijk in beslag nemen van persoonlijke goederen). **(NC)** Aangezien er geen gedwongen opnames zijn, het ziekenhuis als minimumvoorwaarde voor opname een minimum qua vrijwillig engagement aan de patiënt vraagt, en dat het ziekenhuis aangeeft zeer weinig met ernstige agressie geconfronteerd te worden, kan in onze ogen onvoldoende verantwoord worden dat een dergelijk beleid als regel voor alle patiënten gehanteerd wordt. Een ander, meer open beleid, met mogelijkheid tot differentiatie volgens de kenmerken van de individuele patiënt, dringt zich op (bv. afspraken met individuele patiënt om de eerste 24 uur niet zonder begeleiding de afdeling te verlaten, afsluiten van de afdeling in overleg met en met doorgang voor de andere aanwezige patiënten indien een gedesoriënteerde patiënt is opgenomen, de patiënt uitnodigen om spontaan meegebrachte middelen af te geven i.p.v. een bagagecontrole uit te voeren...). Een rondvraag bij collega-ziekenhuizen over welke beleidsmatige aanpassingen zij op dit vlak al geprobeerd en/of doorgevoerd hebben, kan hierbij inspirerend werken. **(Aanb)**
 - Er is niets terug te vinden in de beleidstekst en procedure i.v.m. preventie hoewel uit gesprek blijkt dat verpleegkundigen zoveel mogelijk aanwezig trachten te zijn in de leefgroep bij de patiënten.
 - Er is geen aandacht in de beleidstekst en procedure aan alternatieven voor afzondering. Toch blijkt dat kamerverpleging (patiënten zwaar onder invloed worden na overleg met de arts, geacht op hun kamer te blijven zonder dat de kamer op slot is) wordt toegepast.
 - Afzonderen van patiënten uit de oriëntatie- en behandelingsfase op een kamer op de observatie fase gebeurt na overleg met de arts. Dit staat niet beschreven in de procedure, wordt wel genoteerd in het dossier van de patiënt maar wordt niet geregistreerd. Dit kan niet anders dan beschouwd worden als een vrijheidsberovende maatregel.
 - In de beleidstekst is er melding van de titel 'hanteren van sederende psychofarmaca'. Uit gesprek blijkt dat in deze beleidstekst niet verwezen wordt naar het geven van sederende medicatie als chemische fixatie of vrijheidsberoving, maar dat het gaat over het voorschrijven van orale sederende middelen als therapeutisch onderdeel, in overleg met de arts. Dit onderscheid is nu niet duidelijk in de tekst en dit punt wordt dan ook beter aangepast.
 - Sinds 2013 beschikt de isolatiekamer over een vast bed en is fixatie mogelijk. Er is aangegeven in de procedure welke fixatietechniek gebruikt kan worden, maar wanneer verpleegkundigen kunnen overgaan tot fixeren wordt niet

beschreven. Er staat vermeld: 'indien de omstandigheden daartoe nopen'. Uit gesprek blijkt dat er nog nooit gefixeerd werd.

- De modaliteiten van het toezicht tijdens afzondering/fixatie en de frequentie van het toezicht (wanneer binnen gaan en wanneer cameratoezicht? Extra toezicht bij fixatie?) en de frequentie van de opvolging van de parameters moeten bepaald worden door de arts, maar criteria zijn niet omschreven. Nochtans kan een afzondering gestart worden in fysische afwezigheid van de arts.
- In de beleidstekst is er aandacht voor het belevingsperspectief van de patiënt. Hoe dit en de nazorg na afzondering/fixatie in de praktijk dient te gebeuren staat niet vermeld in de procedure.
- Er is geen aandacht voor de beleving van de familie rond het afzonderingsgebeuren. Nochtans worden alle patiënten in de regel afgezonderd op de observatie.
- Aanbeveling om het belang van vorming i.v.m. fixatie en afzondering aan te halen in de beleidstekst. Verder wordt ook het beleid rond time-out best verder in detail uitgewerkt. **(Aanb)**

Middelen

- Het ziekenhuis beschikt over één isolatiekamer. Hierbij wordt vastgesteld dat **(AV)**:
 - de isolatiekamer voorzien is van een sas met lavabo en toilet
 - indien er gedoucht wordt, dit gebeurt op de badkamer van de afdeling.
 - de isolatiekamer voorzien is van klimaatregeling, daglicht en verduistermogelijkheid.
 - de draairichting van de deuren naar buiten zijn en voldoende breed zijn.
 - zowel in de deur van het sas als van de isolatiekamer is een kijkoog, waarmee het grootste gedeelte van de ruimte zichtbaar is, voor het betreden er van.
 - er een uurwerk aanwezig is in de ruimte.
 - er voorzien is in een bed, verankerd in de grond.
 - centraal is een infraroodcamera ingebouwd in het plafond, waardoor er steeds zicht is op de volledige afzonderingskamer.
 - in het verpleeglokaal is een toezichtmonitor zodanig opgesteld dat het de privacy garandeert doordat het beeld enkel duidelijk is indien men recht voor het scherm staat. Uit gesprek blijkt dat in het verpleeglokaal, waar de toezichtmonitor van de camera staat, patiënten geen toegang hebben. Dit kon worden vastgesteld tijdens de inspectie.
 - noch in het sas, noch in de kamer een oproepsysteem aanwezig is. **(TK)** Patiënten dienen op de deur te kloppen indien zij iets willen meedelen en tussendeuren worden opengelaten. Gezien de afstand tot de verpleegpost is dit geen ideale werkwijze.
- Alle afzonderingen worden geregistreerd op aparte afzonderingsfiches en krijgen een uniek nummer. Het afzonderingsregister met de fiches wordt bijgehouden in het verpleeglokaal. **(AV)**

Medewerkers

- De beleidstekst en procedure zijn terug te vinden door de medewerkers op het intranet en werden toegelicht aan de verpleegkundigen in een personeelsvergadering. **(AV)**

- Aanbeveling om de procedure jaarlijks toe te lichten en dit aan alle disciplines. Aanbeveling om vorming i.v.m. afzondering en fixatie als vast item op te nemen in het vormingsbeleid van het ziekenhuis. **(Aanb)**
- In november 2014 is een vorming over agressie gepland. Afzondering en fixatie zou hierbij aan bod komen. **(AV)**

Processen

- Verschillende afzonderingsfiches werden ingekeken waarbij kon vastgesteld worden dat de meeste gegevens werden ingevuld. **(AV)** Volgende verbeterpunten zijn mogelijk: **(TK)**
 - Het is niet duidelijk uit de observaties of er al dan niet werd binnen gegaan in de afzonderingskamer. Zo staat er in de fiche voor een periode van 6 uren, per uur 'slaapt' genoteerd.
 - Het is niet duidelijk of verpleegkundigen ('s nachts) alleen binnen gaan in een afzonderingskamer of met twee (er is telkens maar één naam terug te vinden op de fiche).
 - Er is niets terug te vinden in het patiëntendossier over de dagelijkse evaluatie van de noodzakelijkheid van de fixatie en afzondering. Dit blijkt vaak enkel te bestaan uit een telefonisch overleg met de arts.
 - Uit gesprek blijkt dat er niet steeds een behandelplan bij afzondering wordt opgesteld, zoals voorop gesteld in de beleidstekst.

Resultaten

- In de voorbije jaren was er telkens 1 afzondering zonder fixatie en geen enkele afzondering met fixatie. Het aantal afzonderingen blijft laag. **(AV)**

7.4 Agressiebeleid

Beleid en strategie

- Er is een tekst agressiebeleid november 2011 met aandacht voor preventieve en curatieve maatregelen. Binnen het PZ De Pelgrim wordt gewerkt met het crisisonwikkelingsmodel als referentiemodel. **(AV)** Een uitgeschreven visie m.b.t. omgang met agressie en geweld binnen het ziekenhuis ontbreekt nog steeds. **(TK)** Zoals al aangegeven in vorige auditverslagen staat in de visietekst minimaal vermeld:
 - definitie van agressie en geweld (niet enkel fysieke en psychische feitelijke agressie maar eveneens over gevoelens van onveiligheid en de angst voor agressie).
 - hoe agressie en geweld aangepakt moet worden.
 - vaststellen van (on)gewenst en (on)toelaatbaar gedrag.
 - huisregels voor patiënten en gedragsregels voor medewerkers.
 - Verder ontbreken nog duidelijke en gedeelde normen over welk gedrag acceptabel is en welke niet en is er nog geen gedragscode voor zowel patiënt als medewerkers. In de huisregels worden alleen de consequenties van het 'overtreden van de normen' aangegeven.
- Wegens het beperkt aantal incidentmeldingen, is het aantal voorgestelde verbeteracties relatief beperkt. **(AV)** De beleidsmatige aanpak inzake risico-analyse verloopt niet zoals beschreven in de beleidstekst. Deze taak wordt opgenomen door het comité kwaliteit en patiëntveiligheid (CKP). De beleidstekst moet nog aangepast worden. **(Aanb)**.

Medewerkers

- De Werkgroep Agressie is een subgroep van het comité kwaliteit en patiëntveiligheid. In 2014 kwam deze werkgroep al een viertal keer samen. **(AV)**
- Volgens de beleidstekst is er tweejaarlijkse vorming i.v.m. agressie-preventie. **(AV)** In november 2014 plant men een vorming door een externe lesgever i.v.m. agressie waarbij theorie en casussen aan bod zullen komen. Als voorbereiding op deze vorming werden door alle disciplines casussen doorgegeven aan de lesgever. **(AV)**
Aanbeveling om ook interventietechnieken regelmatig aan bod te laten komen. **(Aanb)**

Processen

- Elk agressie-incident dient gemeld te worden volgens de procedure melding van incidenten en bijna-incidenten. Opvolging gebeurt door de hoofdverpleegkundigen en het hoofd departement patiëntenzorg eventueel met terugkoppeling op een personeelsvergadering met de medewerkers. Melden kan ook anoniem. **(AV)**
- In het kader van 'zorg voor zorgenden' beschikt het ziekenhuis niet over een uitgeschreven procedure 'opvang na kritieke incidenten'. **(TK)** Er zijn wel een aantal informele afspraken, zowel voor de verpleegkundige als paramedische equipe, maar deze zijn niet eenduidig neergeschreven. Ook bleek het niet voor alle medewerkers even duidelijk met wie contact kan opgenomen worden indien zich een verwerkingsprobleem voordoet. Het zou goed zijn dit op regelmatige basis te herhalen (bv. bij vormingen waarin opvang van medewerkers aan bod komt) en hiervoor een procedure te voorzien. Dit laat ook beter toe de contactgegevens up-to-date aan te bieden aan alle medewerkers. **(Aanb)**

Resultaten

- In 2013 werden er 9 agressie-incidenten gemeld. Deze werden besproken in de werkgroep agressie en er werden verbeteracties uitgevoerd. **(AV)**

7.5 Suïcidepreventiebeleid

Beleid en strategie

- Het document omtrent het gevoerde suïcidepreventiebeleid daterend van 2010 is nog van kracht in het ziekenhuis. Deze tekst bevat begripsomschrijvingen, mogelijke signalen die een patiënt kan geven waardoor een hulpverlener een eventuele inschatting kan maken over mogelijke suïciderisico's en de ernst ervan. **(AV)**
- Bij de beleidstekst voor suïcidepreventie kunnen volgende bemerkingen gemaakt worden: **(TK)**
 - Er wordt nergens aangehaald waarom het ziekenhuis als exclusiecriteria suïcidale patiënten vooropstelt of hoe men het gevoerde suïcidepreventiebeleid in deze visie moet situeren.
 - Er wordt enkel melding gemaakt in de procedure van een subjectieve inschatting van het risico.
 - In de beleidstekst wordt bij de omgang met suïcidale patiënten aangehaald dat er naast de bestaande richtlijnen voornamelijk beroep wordt gedaan op de 'good practices' van de hulpverlener. Wat de bestaande richtlijnen zijn en voorbeelden van good practices over dit onderwerp worden niet aangehaald.

Uit gesprek blijkt dat patiënten met een inschatting op suïcide:

- extra ondersteuning krijgen van de psycholoog d.m.v. individuele gesprekken, waarna er feedback wordt gegeven de artsen.
 - Eventueel kunnen opgenomen worden op de observatie waar het toezicht frequenter is, indien ze in de oriëntatie- of behandelingsfase zijn opgenomen.
 - worden doorverwezen naar een ander ziekenhuis. Maar hoe deze doorverwijzing dan juist moet gebeuren (met extra aandacht voor uitlokkende factoren van suïcide bij transferts en aandacht voor het belang van continuïteit van zorg) staat nergens beschreven.
- Er is geen procedure i.v.m. wat er moet gebeuren bij een acute dreiging en na een geslaagde suïcide. Een procedure over 'wat doen na een overlijden' is er wel.
 - In de beleidstekst staat beschreven dat uit onderzoek blijkt dat patiënten die na een suïcidepoging op psychologisch en sociaal vlak opgevangen en geëvalueerd worden, minder geneigd zijn later een nieuwe poging te ondernemen. Hoe deze opvang en evaluatie dient te gebeuren staat niet beschreven.
 - In de beleidstekst is er geen aandacht voor familie.
 - Ondanks men af en toe geconfronteerd wordt met ander zelfverwondend gedrag, wordt er hierover niets in de beleidstekst opgenomen. We bevelen aan om ook ander zelfverwondend gedrag proceduraal uit te werken. **(Aanb)**

Medewerkers

- Er is geen vormingsbeleid i.v.m. suïcidepreventie. Er werd nog geen vorming gegeven i.v.m. suïcide. **(TK)** Een medewerker heeft uit eigen interesse externe vorming gevolgd over dit onderwerp. **(AV)**
- In de beleidstekst is er aandacht voor de hulpverlener na suïcide van een patiënt, waarbij beschreven staat wie de hulpverlener kan verder helpen. **(SP)**
- Er is geen uitgewerkt veiligheidsplan per fase/afdeling m.b.t. de suïcidale patiënt. We bevelen aan om een algemene risicoanalyse uit te voeren van de veiligheid van de infrastructuur. Op deze manier is er een overzicht van risico's en kunnen prioriteiten bepaald worden inzake risicobeperking, vooral met het oog op suïcidepreventie (bv. handdoekstangen in de sanitaire ruimtes, deurklinken).
Bij een dergelijke risicoanalyse moet er ook aandacht gaan naar hoog-risico-infrastructuur in de omgeving van het ziekenhuis. We denken hierbij in eerste instantie aan spoorweginfrastructuur (op 1 km van het ziekenhuis). Aangezien 41% van de suïcidepogingen op het spoor zich in Oost- en West-Vlaanderen situeren en zo'n 63% van de slachtoffers op het moment van het incident psychiatrische hulp kreeg en zo'n 30% opgenomen was in een psychiatrisch ziekenhuis, is preventief overleg met Infrabel absoluut aangewezen. Infrabel kan meegeven hoeveel en waar er zogenaamde 'hotspots' zijn, en er kunnen preventieve maatregelen afgesproken worden (verwittigen van het Security Operations Center bij zorgwekkende verdwijningen, zelf uitsturen van medewerkers naar de hotspots). Omgekeerd kan het interessant zijn een aantal initiatieven van de spoorwegnetbeheerder en hun effect op te volgen (bv. plaatsen van blauwe lichten). **(Aanb)**

Processen

- Het is niet duidelijk wanneer (bv. bij opname, bij overgang van een fase naar een andere fase) een hulpverlener het suïciderisico moet inschatten en wanneer mogelijke signalen moeten worden doorgegeven in het dossier aan andere teamleden, waardoor het niet op elk moment duidelijk is of er al dan niet een risico is. **(TK)** Ook het ontslag van een patiënt

zou pas mogelijk moeten worden indien ook hiervoor nazorg (op korte termijn) op een goede manier is afgesproken:

- er is een afspraak gemaakt met de ambulante hulpverlening;
 - goede informatieoverdracht aan de huisarts en andere verwijzers (aanwezige problematiek, de ingestelde medicatie, opgestarte nazorgbehandeling, medicatiebeleid, ...);
 - zo nodig het maken van veiligheidsafspraken met het sociale netwerk (familie...).
- Uit gesprek blijkt dat er familie werd uitgenodigd voor gesprek na een geslaagde suïcidepoging van een patiënt na ontslag uit het ziekenhuis. **(AV)**

Resultaten

- In 2013 waren er geen suïcidepogingen en geen gelukte suïcides. **(AV)**
- Melding van suïcidepogingen gebeurt via de procedure meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten. **(AV)**

7.6 Klachtenmanagement / patiëntenrechten

- Het ziekenhuis beschikt over een externe ombudspersoon, die in dienst is van het Overlegplatform GGZ (POPOV) waarbij het psychiatrisch ziekenhuis is aangesloten. De ombudspersoon is op wekelijkse basis aanwezig in De Pelgrim. Op het ogenblik van de inspectie kon geen gesprek aangegaan worden met de externe ombudspersoon. Het naleven van de patiëntenrechten en het klachtenmanagement werden op afdelingsniveau nagegaan en via gesprekken met patiënten. **(AV)**
- De ombudsfunctie beschikt over een bureel, gelegen net voorbij het therapiecentrum, en over alle nodige werkingmiddelen. Het bureel is vlot bereikbaar en biedt voldoende garantie op privacy. **(AV)**
- Op de afdeling hangt een affiche met de contactgegevens van de ombudspersoon zichtbaar uit. **(AV)**
- Het beleid op de observatiefase (gesloten afdeling, tijdelijk afnemen van bagage en GSM, verbod op het dragen van gewone kledij...) kan niet langer verantwoord worden als zijnde 'om therapeutische redenen'. **(NC)** Aangezien er geen gedwongen opnames zijn, het ziekenhuis als minimumvoorwaarde voor opname een minimum qua vrijwillig engagement aan de patiënt vraagt, en dat het ziekenhuis aangeeft zeer weinig met ernstige agressie geconfronteerd te worden, kan in onze ogen onvoldoende verantwoord worden dat een dergelijk beleid als regel voor alle patiënten gehanteerd wordt. Een ander, meer open beleid, met mogelijkheid tot differentiatie volgens de kenmerken van de individuele patiënt, dringt zich op (bv. afspraken met individuele patiënt om de eerste 24 uur niet zonder begeleiding de afdeling te verlaten, afsluiten van de afdeling in overleg met en met doorgang voor de andere aanwezige patiënten indien een gedesoriënteerde patiënt is opgenomen, de patiënt uitnodigen om spontaan meegebrachte middelen af te geven i.p.v. een bagagecontrole uit te voeren...). Een rondvraag bij collega-ziekenhuizen over welke beleidsmatige aanpassingen zij op dit vlak al geprobeerd en/of doorgevoerd hebben, kan hierbij inspirerend werken. **(Aanb)**

8 Resultaten

8.1 Toegankelijkheid

- Het ziekenhuis is vlot toegankelijk met de wagen. Met het openbaar vervoer is het op wandelafstand gelegen van het station van Scheldewindeke. **(AV)**
- Van zodra er een vraag is van de patiënt zelf, wordt opname overwogen. **(AV)**
Elke hulpvraag wordt geregistreerd door de sociale dienst en voorgelegd aan de artsen wanneer die aanwezig zijn.
 - Er wordt overwogen of een 'voorzorg'gesprek nodig is of aangewezen. Bij heropnames wordt er vaak rechtstreeks opgenomen. Bij illegale middelengebruikers worden er vaker voorzorgsgesprekken voorgesteld. Er kan niet steeds snel een voorzorgsgesprek aangeboden worden.
 - Patiënten met een complexe psychiatrische problematiek en patiënten met onvoldoende financiële middelen of zonder vast adres worden niet opgenomen.

8.2 Tevredenheid patiënten en medewerkers

- Patiëntentevredenheid betreffende de opname en het therapieaanbod werd eenmalig gemeten. Er konden 50 enquêtes ingezameld worden. Om een beter beeld te krijgen wil men nu de patiëntentevredenheid continu meten. **(AV)** De enquête moest voorgelegd worden op het directiecomité en is er – om vormelijke redenen – nog niet goedgekeurd.
- Bij de medewerkers werd in februari 2012 door Securex een enquête afgenomen m.b.t. de psycho-sociale arbeidsbelasting. Deze enquête bestond uit 4 domeinen: arbeidsinhoud, arbeidsvoorwaarden, arbeidsverhoudingen en arbeidsomstandigheden. Om de resultaten van deze enquête te duiden, werd met elke discipline een overleg gepland. Op basis van deze informatie werd door de kwaliteitscoördinator een syntheserapport opgesteld. A.d.h.v. dit rapport werd vervolgens een actieplan opgesteld voor de directe en de niet-directe patiëntenzorg, deze zijn opgenomen in het Algemeen Beleid – Strategisch management. **(AV)**

8.3 Patiënt/familiegeoriënteerde zorg

- We bevelen aan het multidisciplinaire overleg (soms) te organiseren in aanwezigheid van de patiënt. Er kan dan samen met de patiënt naar behandeldoelstellingen en bijhorende actiepunten gezocht worden. Dit kan bijvoorbeeld door de patiënt uit te nodigen op de teamvergadering of door bepaalde sessies (waarop de patiënt zijn evolutie bespreekt in zijn therapeutische groep) te organiseren in aanwezigheid van verschillende therapeuten. **(Aanb)**
- Het groepsoverschrijdend aanbod bestaat momenteel uit een aantal losstaande infosessies (over de nazorg binnen de groep motivatieversterking, over stoppen met roken, over gezonde voeding). We bevelen aan om na te gaan hoe ook therapeutische sessies of deelsessies die nu enkel toegankelijk zijn vanuit bepaalde groepen, breder bekend en toegankelijker kunnen gemaakt worden. Er zou kunnen nagegaan worden hoe, mits enige begeleiding en ondersteuning, patiënten een keuze kunnen maken uit een voor hem of haar persoonlijk verrijkend aanbod (bv. losstaande sessies of korte modules die regelmatig herhaald worden). **(Aanb)**

- In het ziekenhuis wordt om het kwartaal een tijdschrift ('Kompas') gemaakt door enkele vaste medewerkers, samen met een aantal patiënten. Intussen zijn er ruim 150 nummers verschenen. **(SP)**
- Er is te weinig aandacht voor de familiewerking: **(TK)**
 - Of familie of belangrijke derden betrokken mogen worden, wordt hoofdzakelijk bij opname bevestigd door de artsen. Indien een patiënt op dat moment niet open staat voor het meedelen van informatie over de opname, dan wordt de familie op geen enkele manier geïnformeerd of gecontacteerd.
 - Er worden geen informatieve sessies georganiseerd voor familieleden.
 - Familiegesprekken kunnen enkel en alleen mits toestemming van de patiënt en verlopen quasi uitsluitend via tussenkomst van de artsen. Psychologen en verpleegkundigen spelen hierin een te beperkte rol. Het toestaan en promoten van gesprekken zonder directe betrokkenheid van de artsen, kan hierbij faciliterend werken.
 - We raden aan om op structurele basis veel regelmatig bij de patiënten aan te dringen op het betrekken van familieleden of belangrijke derden. **(Aanb)**
- Voor kinderen van patiënten is er voorzien in een beperkte KOAP-werking (Kinderen van Ouders met een Alcohol Problematiek). Dit staat vermeld in het opnameformulier en het reglement. **(AV)**
 - Er zijn twee KOAP medewerkers (referentieverpleegkundigen);
 - In de bezoekersruimte is een speelhoekje;
 - Er kan een speelbox gehaald worden naargelang de leeftijd;
 - Voor oudere kinderen zijn er strips en boeken over psychische aandoeningen.
- We raden ook aan om na te denken hoe (ex-)patiënten meer kunnen participeren in de behandeling en preventie van psychiatrische aandoeningen. We denken hierbij aan: **(Aanb)**
 - Het inzetten van ex-patiënten bij gesprekken met opgenomen patiënten, als onderdeel van de nazorg.
 - Getuigenissen van patiënten voor een ruimer publiek (bv. scholen), eventueel onder de vorm van een filmproject.
 - Inzet van ex-patiënten bij de opleiding en bijscholing van de diverse zorgverleners.
 - Inschakelen van ex-patiënten bij de opvang en het eerste onthaal van patiënten en bij het geven van psycho-educatie.
 - Betrekken van patiënten of familie van patiënten in de stuurgroepen van het project 107.

8.4 Samenwerkingsverbanden

- We bevelen aan, naast samenwerking of fusie met PZ Sint-Franciscus verder te zoeken naar samenwerkingsmogelijkheden, met AZ Sint-Elisabeth, O.L.V. of A.S.Z. Aalst, maar ook met allerhande partners die een aanbod hebben of kunnen hebben voor psychiatrische patiënten. Op die manier zou het ziekenhuis een veel ruimere waaier van activiteiten kunnen aanbieden, zonder die daarom zelf te moeten organiseren, om tegemoet te komen aan de grote diversiteit van behoeften die patiënten hebben, zowel voor, tijdens, als na een residentiële opname. **(Aanb)**
Het voorbije jaar heeft het ziekenhuis alvast veel energie geïnvesteerd in het opzetten van een netwerk met verschillende partners, als voorbereiding op een projectvoorstel in het kader van "artikel 107". Een netwerkcoördinator werd intussen aangeduid voor een periode van 2 jaar. Het netwerk zou eind 2014 een projectvoorstel willen indienen. **(AV)**
- Het ziekenhuis heeft een aantal geformaliseerde samenwerkingsakkoorden: **(AV)**
Het ziekenhuis neemt deel aan volgende gesubsidieerde projecten:
 - Contract met de FOD Volksgezondheid 'Patiëntveiligheid 2013';
 - Pilotproject 'Intensive Case Management';
 - Pilotproject 'Ontslagmanagement in de psychiatrische ziekenhuizen'.

8.5 Cijfergegevens

- In 2013 werden er 329 opnames verricht, waarvan 171 (52%) eerste opnames. 56% van de eerste opnames en 60% van de heropnames hebben te maken met illegale middelen. **(AV)**
- De bezettingsgraad van het ziekenhuis ligt gewoonlijk rond de 80%. **(AV)**