



PSYCHIATRISCH CENTRUM ST.-FRANCISCUS-DE PELGRIM



JAARVERSLAG 2017 Departement patiëntenzorg medisch-verpleegkundig-therapeutisch



PSYCHIATRISCH CENTRUM ST.-FRANCISCUS-DE PELGRIM VZW

Campus Sint-Franciscus

Penitentenlaan 7
9620 Zottegem
09/364 46 46
info@pzsfsz.be

Campus De Pelgrim

Spiegel 15
9860 Oosterzele
09/362 69 11
info@klinikdepelgrim.be
www.pzsfsz.be

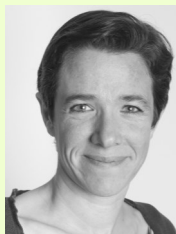
Inleiding

2017 was voor het departement patiëntenzorg en alle afdelingen een hectisch jaar. Het Zorgstrategisch Plan 2018-2028 was immers de aanzet voor een structurele reorganisatie. Tevens was de voorbereiding tot de oprichting van een mobiel team in het kader van artikel 107 aanleiding tot de afbouw van de residentiële afdeling Herstelgerichte Zorg. Het herstelgericht werken werd in de verschillende zorgprogramma's geïncorporeerd. Daarnaast stond ook de cluster Verslavingszorg voor een heuse opdracht: niet alleen alle werkwijzen, procedures en werkgroepen moesten afgestemd geraken in de fusiecontext en campusoverschrijdend gemaakt worden, ook de inhoudelijke verslavingszorgbenadering werd gewijzigd. Daarenboven werd in de loop van 2017 ook nog werk gemaakt van een verhoging van de kwalificatiemix om zo beter garant te kunnen staan voor een kwaliteitsvolle zorg.

Een jaar vol beweging en verandering zoals u zal lezen in dit jaarverslag. De veelheid aan veranderprocessen maakte ook dat we nog niet in al onze doelstellingen slaagden, maar waar we niet in slaagden, nemen we uiteraard mee in het beleidsplan voor 2018.



Dr. Chris Eeckhout
Hoofdgenesheer



Ann Oosterlinck
Directeur patiëntenzorg

Terugblik realisatie zorgbeleidsplan 2017

SOD 1

PC Sint-Franciscus - De Pelgrim (PCSFDP) zet een **kwaliteits- en verbetercultuur** op en bouwt verder aan **aantoonbaar kwaliteitsvolle zorg** met bijzondere aandacht voor **patiëntveiligheid** en **patient empowerment**.

OOD 1.1

PC Sint-Franciscus - De Pelgrim streeft permanent naar het verhogen van zijn kwaliteit en patiëntveiligheid. In functie hiervan geeft het uitvoering aan de vereisten vanuit het kwaliteitsdecreet en de vereisten zoals overeengekomen in het contract met de FOD Volksgezondheid, betreffende de coördinatie van kwaliteit en patiëntveiligheid.

Actie

Medicatiereconciliatie bij opname werd in 2017 geïntegreerd in de werking op beide campussen, dit in een gradueel proces. In een eerste fase werd het ingevoerd bij opname op campus SF, later ook op campus DP. De laatste stap bij de medicatiereconciliatie was de invoering in het najaar van een aantal processtappen bij ontslag op beide campussen. We stellen vast dat er al een grote vooruitgang geboekt is en het proces loopt, doch nog voor verbetering vatbaar is. Het borgen van de medicatiereconciliatie zal dan ook een nieuwe doelstelling worden in het beleidsplan 2018.

OOD 1.3

PC Sint-Franciscus - De Pelgrim zet een **veiligheidsmanagementsysteem** op, waar laagdrempelig melden deel van uit maakt.

Actie

We slaagden er in het klinisch veiligheidsmanagement in 2017 te installeren. Er werd zowel op campus Sint-Franciscus als op campus De Pelgrim een systematische risicotaxatie agressie en suicide ingevoerd, gekoppeld aan de invoering van een signaleringsplan bij een ingeschat ernstig verhoogd agressie- of suiciderisico.

OOD 1.4

PC Sint-Franciscus-De Pelgrim werkt een **intern controlesysteem** uit (waar de introductie van veiligheidsrondes deel van uitmaakt).

Actie

Er werd in 2017 op beide campussen actief verder ingezet op het managen van de afdelingswerking op verschillende domeinen door de referentiepersonen. Het éénmaken en campusoverschrijdend maken van tal van comités, ontwikkel- en referentiegroepen was geen evidentie. Ondanks het feit dat we af en toe nog botsen op het operationeel afstemmen van de werking, zijn deze gemengde structuren al een grote realisatie. Het invoeren van de veiligheidsrondes op campus DP is in 2017 nog niet gelukt en staat dan ook op de agenda voor 2018.

OOD 1.7

PC Sint-Franciscus - De Pelgrim zet in op **patient empowerment** en geeft de patiënt actief inspraak in zijn of haar behandeling. Daarnaast wordt ook actief ingezet op family empowerment.

Actie

Er is in 2017 actief ingezet op het verstrekken van aangepaste informatie aan de patiënt rond vrijheidsbepalende maatregelen (VBM) en Hoog Risico Medicatie (HRM) d.m.v. ontwikkelde brochures en psycho-educatie.

Terugblik realisatie zorgbeleidsplan 2017

OOD 1.8

PC Sint-Franciscus - De Pelgrim biedt zorg op maat en werkt voor iedere patiënt een geïndividualiseerd behandelplan uit.

Actie Er werden in 2017 flink wat inspanningen hieromtrent geleverd. Helaas op heden nog niet altijd met een volledig bevredigend resultaat. De overgang naar de nieuwe Regasomgeving was hierin ook een bemoeilijkende factor. Een aantal zaken werden gerealiseerd (bv. het signaleringsplan en bijhorende crisiskaartje, meer aandacht voor de ontslagvoorbereiding met een expliciete module in de nieuwe Regasomgeving, focus op de herstelgerichte benadering met specifieke aandacht voor krachten en wensen van de patiënt, ...). De directie stelt -samen met de beleidsteams- vast dat hier nog verder moet op ingezet worden, wat uiteraard zal gebeuren in 2018.

OOD 1.10

PC Sint-Franciscus - De Pelgrim gebruikt een indicatorenset, zowel voor de klinische als voor de ondersteunende processen, evalueert de resultaten, vergelijkt de resultaten waar mogelijk met andere psychiatrische zorgcentra en stuurt bij waar nodig.

Actie Het pilootproject rond outcome werd in 2017 nog verder uitgerold. Er stapte nog een zorgprogramma in, doch blijft het een zoektocht naar de incorporatie van het werken met functionele outcome-indicatoren in het behandelproces. Ook de verwerking binnen de nieuwe Regasomgeving is nog voor verdere verfijning vatbaar.

SOD 2

PC Sint-Franciscus - De Pelgrim zorgt ervoor dat er **betrokken, gemotiveerde en deskundige medewerkers** aanwezig zijn in de organisatie, die zich als persoon kunnen ontplooiën en zich verbonden voelen met de organisatie.

Actie In 2017 werd werk gemaakt van campusoverschrijdende functiebeschrijvingen voor alle functies binnen de zorg.

OOD 2.2

PC Sint-Franciscus - De Pelgrim realiseert een professioneel vormingsbeleid.

Actie Tegen eind januari 2017 beschikten alle beleidsteams over een vormingsplan geënt op het herwerkte vormingsbeleid en was er een ziekenhuisbrede interne vormingscatalogus beschikbaar.

OOD 2.3 en 2.9

PC Sint-Franciscus - De Pelgrim meet de tevredenheid van zijn medewerkers en beschikt over een uitgewerkt en geïmplementeerd welzijns- en veiligheidsbeleid.

Actie Er werd in 2017 ziekenhuisbreed ingezet op het realiseren van het actieplan bevlogenheid (voor 2 jaar opgemaakt), ontwikkeld op basis van de uitgevoerde tevredenheids- en bevlogenheidsmetingen.

OOD 2.6

PC Sint-Franciscus - De Pelgrim werkt actief met de beoordelingscyclus en komt op deze wijze tot een kwalitatief competentie management.

Actie In de zorg werd in 2017 de beoordelings- en ontwikkelingscyclus op campus SF uitgevoerd zoals vooropgesteld. Dit was nog niet volledig het geval op campus DP door de vele ingevoerde veranderingen en een wissel in afdelingshoofd.

Terugblik realisatie zorgbeleidsplan 2017

OOD 2.7

PC Sint-Franciscus - De Pelgrim introduceert intervisiemomenten op alle afdelingen.

Actie Intervisiemomenten op campus SF en op vakgroepniveau werden gerealiseerd in 2017. Intervisies op teamniveau op campus DP was nog niet aan de orde wegens het simultaan installeren van vele veranderingen (uitvoering ZSP, installatie nieuwe clusterwerking, wissel afdelingshoofd, wissel beleidspsychologen, invoering referentierollen en campusoverstijgende werking, ...).

OOD 2.10

PC Sint-Franciscus - De Pelgrim investeert in een open communicatie

Actie De vooropgestelde rondgang op afdelingsniveau is in 2017 niet gerealiseerd. Er werd vooral gefocust op een verhoogde aanwezigheid op campus DP omwille van de hierboven geschetste veranderingen, wat een simultane verhoogde aanwezigheid op campus SF i.c.m. de vele ontwikkel- en referentiegroepen en het geïnstalleerde, frequente werkoverleg bemoeilijkte.

Er werd in 2017 ook een nieuwe werkvorm geïnstalleerd voor een bondige communicatiestroom: het weekoverzicht van de vergaderingen Ad Valvas.

SOD 3

PC Sint-Franciscus - De Pelgrim zorgt voor een optimaal beheer van zijn ondersteunende processen en voor een infrastructuur die aangepast is aan de zorgbehoeften.

Actie De vergaderkalender werd dermate aangepast dat het therapie-aanbod minimaal gehypothekeerd werd door overlegmomenten of intervisies. Dit met een matig bevredigend resultaat. Het is een continue evenwichtsoefening tussen het therapieprogramma, het welzijn van de medewerkers en de praktische organisatie.

OOD 3.1

PC Sint-Franciscus - De Pelgrim zorgt ervoor dat zijn infrastructuur aangepast is aan de zorgbehoeften.

Actie Er werd een suïcideveilige kamer ontworpen voor de afdeling AZPZ en de afzonderingsruimte op SP werd buiten gebruik gesteld ten voordele van de realisatie van een toezichtskamer en een comfortroom.

SOD 5

PC Sint-Franciscus - De Pelgrim is een voortrekker in het realiseren van **vermaatschappelijking** van zorg.

Actie Het mobiel 2B-team werd geselecteerd en stond startklaar in 2017. Helaas konden zij niet van start gaan gezien er geen startschot werd gegeven vanuit de federale overheid.

SOD 6

PC Sint-Franciscus - De Pelgrim bouwt **centres of excellence** uit.

Actie In het ziekenhuis werd hard ingezet op het suïcidepreventiebeleid in 2017. Onze expertise in deze materie werd ook extern uitgedragen bij de ontwikkeling van het zorgpad suïcide.

OOD 6.2

Sint-Franciscus stelt evidence-based werken centraal binnen de patiëntenzorg. Dit vertaalt zich in een afdelings-eigen evidence-based richtlijn.

Actie Tegen eind 2017 beschikten alle zorgprogramma's op campus SF over een uitgeschreven evidence-based richtlijn, vertrekkend vanuit het nieuwe zorgstrategisch plan. Daarenboven werd er ziekenhuisbreed geïnvesteerd in een CEBAM toegang voor elke medewerker directie patiëntenzorg voor toegang wetenschappelijke literatuur

Mevr. Veronique Van Gansbeke
Afdelingshoofd

Mevr. Evelyne De Bruycker
Beleidspsycholoog

Dr. Chris Eeckhout
Beleidsarts

Het beleidsteam SP formuleerde voor 2017 volgende doelen, met bijhorende evaluatie m.b.t. de realisatie van hun geformuleerde doelen:

- **De toewijs vormt de brugfunctie tussen patiënt en multidisciplinair team en zorgt dat de patiënt op de hoogte is van zijn behandeldoelen** (gekoppeld aan SD 1 - OOD 1.7):
 - * Mede om dit te realiseren werd vanuit de directie in een eerste fase sterk ingezet op versterking van de verpleegkundige equipe. Door de gerealiseerde stijging aan verpleegkundigen werd in 2017 de caseload per verpleegkundige gereduceerd (van 6 à 7 toewijspatiënten per verpleegkundige naar 3 à 4) ten voordele van de kwaliteit van de begeleiding.
 - * De toewijslijst wordt sindsdien constant up-to-date gehouden en opgevolgd door de beleidspsycholoog en het afdelingshoofd. De patiënt wordt op indicatie ook uitgenodigd op de multidisciplinaire patiëntenbespreking, wat een stimulans is voor het beter opnemen van de voorbereidende geformaliseerde gesprekken.
 - * Er wordt meer aandacht besteed aan het gezamenlijk voorbereiden van de multidisciplinaire patiëntenbespreking tussen toewijsverpleegkundige en patiënt, doch dit is voor verdere verbetering vatbaar. Vandaar ook de nieuwe doelstelling hieromtrent in het beleidsplan van 2018.
 - * Er werd ook ingezet op het borgen van de patiëntenraden in leefgroep 1. Zo vonden er in het najaar twee raden plaats. Telkenmale vindt een terugkoppeling naar het team plaats en gebeurt de opvolging door de hoofdverpleegkundige (de gerichte opvolging vanuit referentierollen kan nog beter).
- **Elke individuele medewerker werkt vanuit eenzelfde kader** (gekoppeld aan SD 2 - OOD 2.2):
 - * Er werden - naast het doornemen van het boek 'Verpleegkunde en presentie' door het beleidsteam - in de loop van het voorjaar verschillende initiatieven genomen om een externe opleider te vinden die het volledige team in het najaar wou en kon vormen in de presentietheorie (zo werden bv. Ann Lammens en Odissee gecontacteerd). Helaas zonder het gewenste resultaat. Gezien de ziekenhuisbrede focusverschuiving naar de installatie van het herstelgericht werken binnen de verschillende zorgprogramma's werd beslist de zoektocht te staken en zich hierop verder te focussen. Dit vormt dan ook een wezenlijk onderdeel van het beleidsplan voor 2018.
- **De intervisie richt zich voornamelijk op het opnemen van verantwoordelijkheid en het zelf-zeker worden in het vakgebied van elke individuele medewerker** (gekoppeld aan SD 2—OOD 2.7):
 - * Intervisies werden in 2017 4x georganiseerd met een minimum deelname van 10 teamleden. Elk teamlid nam minimaal 2x deel aan een intervisie. De intervisies gingen o.a. over de ingevoerde veranderingen (nieuwe aansturing, open beleid, ...).

Mevr. Veronique Van Gansbeke
Afdelingshoofd

Mevr. Evelyne De Bruycker
Beleidspsycholoog

Dr. Chris Eeckhout
Beleidsarts

- **De afdeling evolueert naar een halfopen beleid en biedt alternatieven voor afzondering** (gekoppeld aan SD 3 - OOD 3.1):
 - * Het invoeren van een open beleid voor leefgroep 1 was geen evidentie. We botsten niet alleen op infrastructurele moeilijkheden, maar ook op het installeren van een mentaliteitswijziging binnen het team. Om dit te realiseren werd een stapsgewijze aanpak ontwikkeld: er werd een intervisie rond het thema georganiseerd, er werd een tekstvoorstel ontwikkeld, extra infomomenten én afdelingsvergaderingen werden in het leven geroepen.
 - * De nodige infrastructurele aanpassingen werden gedaan zodat in november 2017 een open beleid kon ingevoerd worden voor leefgroep 1. Daarnaast werd ook een aan-en afmeldsysteem voor patiënten en familie geïnstalleerd en een communicatiebeleid gevoerd. Sinds de invoering van het open beleid is er bezoek mogelijk in de vernieuwde bezoekszaal en ook op de kamer.
 - * In november 2017 werd ook de isolatiekamer buiten gebruik gesteld na het beëindigen van de denkoefening m.b.t. de inrichting van de alternatieve ruimtes op afzondering (de toezichtkamer en de comfortroom). Deze denkoefening werd mede gebaseerd op de werkbezoeken die plaatsvonden in PC Caritas Melle en Pittem (door de directie, leden van het beleidsteam en de referentiepersonen suïcide en agressie) in het voorjaar van 2017. De eerste materialen voor de inrichting van de toezichtkamer en comfortroom werden ook aangekocht.
 - * Verder werden door de directie de nodige aannemers gecontacteerd om ook voor leefgroep 2 naar een semi-open beleid te kunnen evolueren in 2018.
- **De afdeling ontwikkelt een eigen folder gericht op aanmelders** (gekoppeld aan SD 6 - OOD 6.1):
 - * Deze doelstelling werd in 2017 niet gerealiseerd. Er werd wel werk gemaakt van een afdelingsspecifieke opnamefolder zowel voor de patiënt als voor de familie.

Naast de vooropgestelde doelstellingen uit het beleidsplan van 2017, maakte het (beleids)team ook werk van:

- * de dagdagelijkse installatie van een fixatiearm beleid;
- * een volledig hernieuwde therapiekaart voor leefgroep 1 en 2;
- * een verhoogde familiebetrokkenheid bij het behandeltraject van de patiënt.

Acute Zorg - Psychosezorg (AZPZ)

Mevr. Anja Van Hende
Afdelingshoofd

Mevr. Minne Henau
Beleidspsycholoog

Dr. Chris Eeckhout
Beleidsarts

Het beleidsteam AZPZ formuleerde voor 2017 volgende doelen:

- **In elk patiëntendossier is terug te vinden wat actuele probleemdefinitie(s), veranderwensen en –hypothesen zijn van de patiënt** (gekoppeld aan SD 1 - OOD 1.7).
- **De patiënt krijgt feedback over zijn besprekingen na de teamvergadering** (gekoppeld aan SD 1 - OOD 1.7).
- **Voor elke patiënt bestaat er een multidisciplinair, geïndividualiseerd behandelplan dat continu opgevolgd, geactualiseerd en gecommuniceerd wordt** (gekoppeld aan SD 1 - OOD 1.8).
- **We streven ernaar familie/netwerk en patiënt maximaal te (her)verbinden met elkaar, dit vanuit de systeemtherapeutische visie en vanuit de visie omtrent patiënt- en family empowerment** (gekoppeld aan SD 1 - OOD 1.7).

- * Met betrekking tot de interdisciplinaire patiëntenbespreking op AZPZ hebben we (zowel in 2016 als in 2017), heel sterk ingezet op de kwantiteit en kwaliteit van het overleg. Vooreerst werd een streefnorm bepaald voor de frequentie, zowel voor AZ als voor PZ (kwantitatieve opvolging):
 - ◆ **ACUTE ZORG:** we streven er naar om elke patiënt voor de eerste keer interdisciplinair te bespreken binnen de tien dagen. Alles wordt in het werk gesteld om dit te behalen, o.a. met de organisatie van een wekelijks interdisciplinair teammoment. Het team ervaart het vooral als moeilijk om alle vereiste informatie tijdig te verzamelen wanneer - bij een gedwongen opname - de zitting van de vrederechter zeer snel plaats vindt of er een zeer snelle turnover is. Wanneer de crisis onder controle is, wordt er immers zo snel als mogelijk doorgeschoven naar een behandelprogramma. Er werd in 2017 geprobeerd dit op te vangen met het inplannen van een extra moment voor interdisciplinair overleg, wat organisatorisch niet altijd haalbaar bleek. De kwantitatieve doelstelling wordt door bovengenoemde redenen niet altijd gehaald, doch lukt het in de praktijk wel om de vereiste informatie te bundelen en te noteren in het EPD.
 - ◆ **PSYCHOSENZORG:** hier streven we er naar om elke patiënt maandelijks te bespreken tijdens een interdisciplinair opvolgteam. Deze norm wordt meestal wel gehaald. Het team besliste dit opvolgteam telkens te laten doorgaan, ook wanneer één van de vereiste disciplines niet aanwezig kan zijn (wat voorheen niet het geval was). Er wordt dan een schriftelijke voorbereiding in het EPD gevraagd.
- * Naast de kwantitatieve doelstelling werd ook sterk ingezet op een kwalitatieve opvolging. Er werd in 2017 benadrukt dat elke discipline tijdig zijn voorbereiding maakt in het EPD voor de interdisciplinaire teambespreking. Om dit te realiseren, werd de teamagenda systematisch steeds tijdig bekend gemaakt. Door de extra aandacht in 2017 moeten we vaststellen dat deze manier van werken heel goed verloopt en zijn vruchten aflevert betreffende de efficiëntie van het overleg. Slechts bij uitzondering is een bepaalde voorbereiding niet in orde is (bij ziekte of ongeplande afwezigheid van de toewijsverpleegkundige).

Acute Zorg - Psychosezorg (AZPZ)

Mevr. Anja Van Hende
Afdelingshoofd

Mevr. Minne Henau
Beleidspsycholoog

Dr. Chris Eeckhout
Beleidsarts

- * Bijkomend streefdoel was ook om de stem van de patiënt en/of familie mee te nemen tijdens dit teamoverleg in 2017. Patiënten worden op voorhand verwittigd dat er een bespreking gepland staat en bevroegd m.b.t. noden/wensen/vragen. Deze info wordt meegenomen en genoteerd in de voorbereidingen. Tijdens dit gesprek met de patiënt, wordt ook telkens bewust stilgestaan bij de betrokkenheid van de familie en de mate / noodzaak om hen te betrekken in het behandelplan.
- * De gehanteerde systeemtherapeutische insteek op AZPZ brengt automatisch met zich mee dat de familiebetrokkenheid heel individueel geëxploreerd wordt.
- * In 2017 werd ook sterk ingezet op het feedback geven aan de patiënt na elke interdisciplinaire teamvergadering, wat in de praktijk goed loopt. De expliciete registratie hiervan in het EPD kan echter nog beter (wordt nog vaak genoteerd in de algemene verpleegkundige observaties). De overgang naar de nieuwe versie van het EPD eind 2017 maakte daarenboven dat de gerealiseerde vooruitgang in 2017 nog moeilijk zichtbaar was. Hier wordt in december een inhaalbeweging rond gemaakt.
- **Maandelijks organisatie van patiëntenvergadering** (gekoppeld aan SD 1 - OOD 1.7):
 - * In 2017 werd vooropgesteld om de maandelijks patiëntenvergadering nieuw leven in te blazen. Het streefdoel was voornamelijk om meer gerichte feedback te verkrijgen (ruimer dan enkel de hotelfunctie en logistiek) vanuit de patiëntengroep waar actief mee aan de slag kon gegaan worden. Het vooropgestelde doel voor 2017 werd bereikt: de patiëntenvergadering gaat maandelijks door in aanwezigheid van het afdelingshoofd met een vastgelegde agenda en verruimd naar het volledige behandelgebeuren en gelinkt aan de tevredenheidsmetingen. Doch zijn we van mening dat we nog steeds kunnen groeien en hopen we dat dit zelfs een aanzet kan zijn in de toekomst naar een meer uitgebreidere vorm van patiëntenparticipatie. Zo werd bv. in 2017 al geëxperimenteerd met de wijze van aanpak (bv. ook in kleinere groepjes gewerkt met voorbereidingstijd met een bevredigend resultaat) om ook de minder mondige patiënten hun stem te horen.
- **We streven er naar om in 2018 de herstelgerichte visie maximaal te integreren/ implementatie in het therapeutisch aanbod** (gekoppeld aan SD 1 - OOD 1.7):
 - * Er werd op de ziekenhuisbrede beweging rond herstel gewacht (ROPI, hersteldag, ...) om hier op afdelingsniveau verder concreet op in te zetten. Er werd wel veel voorbereidend werk geleverd in 2017: zo namen 4 medewerkers van de afdeling AZPZ deel aan de referentiegroep rond herstel en het afdelingshoofd aan de ontwikkelgroep herstel. Verder werd op een intervisie een eerste introductie gegeven door de afdelingspsycholoog in het hersteldenken. Ook de ROPI-opleiding werd vanuit de afdeling meegevolgd. De concrete vertaling in de zorgprogramma's, gebaseerd op de ROPI van AZPZ, zal deel uitmaken van het beleidsplan 2018.

Acute Zorg - Psychosezorg (AZPZ)

Mevr. Anja Van Hende
Afdelingshoofd

Mevr. Minne Henau
Beleidspsycholoog

Dr. Chris Eeckhout
Beleidsarts

- **AZPZ vertaalt en concretiseert het beleidsplan agressiebeheersing binnen de eigen werking** (gekoppeld aan SD 1 - OOD 1.7).
- **Het beleidsteam AZPZ streeft naar een minimale toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen, meer bepaald isolatie/ fixatie** (gekoppeld aan SD 1 - OOD 1.7).
 - * Als startpunt heeft het beleidsteam zich gebogen over de frequentie en reden van afzondering en fixatie. Uit de analyse bleek dat er 4 belangrijke redenen konden weerhouden worden waarbij er overgegaan wordt tot isolatie en/of fixatie: agressie, suicidaliteit, leefklimaat ontwrichtend gedrag en dubbeldiagnose. Om het aantal vrijheidsberovende maatregelen te kunnen reduceren werd in 2017 alles in het werk gezet om een suicideveilige kamer te installeren op het crisisgedeelte. Er werden werkbezoeken uitgevoerd (o.a. naar Pittem, PC Caritas Melle, High-Risk afdeling Zelzate, ...), er werd een oplisting gemaakt van alle potentiële risicopunten en gezocht naar infrastructurele oplossingen.
 - * Los daarvan werd ook stilgestaan bij andere vormen van vrijheidsbeperking op acute zorg. Waar voordien strenge afdelingregels gelden op de acute zorg, wordt nu meer gestreefd naar zorg op maat (zo wordt bv. de GSM en persoonlijke spullen niet meer standaard in bewaring gegeven, worden de mogelijkheden tot uitgang zorgvuldig individueel afgewongen, ...).

Mevr. Johanna Leus
Afdelingshoofd

Mevr. Amy Clarysse
Mevr. Ornelis Clarissa
Beleidspsycholoog

Dr. Benedicte Monté
Beleidsarts

Het beleidsteam A&S formuleerde voor 2017 volgende doelen:

- **Families meer bereiken en betrekken bij opname door het uitwerken van de familie-avonden als opstap naar Multi Family Therapy (gekoppeld aan SD 1 - OOD 1.7):**
 - * Binnen de therapeutische behandeling van stemmingsstoornissen is naast het individueel werken ook het betrekken van het gezin bij de behandeling van belang. Multi Family Therapy komt tegemoet aan deze noodzaak. Deze groepsbehandeling is gericht op het samenbrengen van verschillende families waarbij samen gezocht wordt naar manieren om met depressieve klachten om te gaan en deze op termijn te voorkomen. Er wordt ruimte en plaats gecreëerd voor het verhaal van de gezinsleden, hun sterktes worden aangeboord, hun veerkracht ondersteund, therapeutische processen worden besproken en handvaten voor de praktijk worden aangereikt. Dit gebeurde in 2017 onder de vorm van familie-avonden waarbij elk lid van het team een bepaald onderdeel naar voren brengt in interactie met de gezinsleden. Deze familie-avonden vonden in 2017 twee maal plaats en bestonden telkens uit een reeks van drie avonden.

Tijdens de eerste avond wordt het behandelprogramma van A&S besproken waarbij de verschillende disciplines zichzelf en hun therapieën voorstellen. Hierdoor kunnen de familieleden zich een beeld vormen van de afdeling en kunnen ze kennis maken met de hulpverleners. Daarnaast wordt er dieper ingegaan op de diagnostische kenmerken van depressie en angst aan de hand van DSM IV. De eerste sessie is vooral bedoeld om in bevattelijke taal uit te leggen wat een depressie/angst is, zodat mensen dit beter kunnen herkennen in al hun dimensies.

Tijdens de tweede avond wordt het belang van medicatie besproken. Er wordt eveneens ruimte gemaakt om de noodzaak van een evenwichtige tijdsinvulling te bespreken met de familieleden.

De laatste familieavond staat in het teken van hervalpreventie. Daarnaast wordt interactie bekomen tussen de familieleden onderling door stellingen te bespreken over de oorzaak van depressie, interpretaties over depressie,
- **A&S zet in op wederzijdse interactie en communicatie tussen patiënt en personeel met betrekking tot het verhogen van maximale betrokkenheid in het afdelingsgebeuren (gekoppeld aan SD 1 - OOD 1.7):**
 - * Tweemaandelijks werd in 2017 een patiëntenraad georganiseerd. Hierbij is het de bedoeling om de patiënten zoveel als mogelijk zelf aan het woord te laten. Patiënten duiden zelf een voorzitter en secretaris aan. De agendapunten worden door de patiënten opgemaakt en één week op voorhand overhandigd aan het hoofd. Er kunnen bijkomende agendapunten door het team toegevoegd worden. Er wordt vertrokken vanuit een positieve insteek: er worden oplossingen gevraagd aan de patiëntengroep indien ze problemen ervaren. Bij elke oplossing wordt afgewogen wat de voor- en nadelen hiervan zijn. Er wordt nagedacht door patiënten en hulpverleners op welke manier er samen kan gebouwd worden aan een “betere” afdeling.

Mevr. Johanna Leus
Afdelingshoofd

Mevr. Amy Clarysse
Mevr. Ornelis Clarissa
Beleidspsycholoog

Dr. Benedicte Monté
Beleidsarts

- **A&S zet in op een gestructureerde ontslagplanning** (gekoppeld aan SD 1 - OOD 1.8):
 - * In 2017 werd er ingezet op het opstarten van de voorbereiding van het ontslag vier weken voor de vooropgestelde ontslagdatum. Patiënt gaat langs bij elke discipline en werkt disciplinegebonden een aantal belangrijke items uit, nl. weekplanning, nazorg, hervalpreventie- en crisisplan. Dit alles staat in het teken van het tijdig leren herkennen van mogelijke valkuilen en hoe herval zo beperkt mogelijk te houden. Patiënt wordt zodoende ruim ondersteund in zijn ontslagmanagement.
- **A&S geeft extra aandacht aan het aantoonbaar maken van de kwaliteit van zorg door in te zetten op een klinische outcomeparameter** (gekoppeld aan SD 1 - OOD 1.10):
 - * In kader van outcomemanagement werd in 2017 gekozen voor de invoering van twee vragenlijsten: de Beck Depression Inventory en de Utrechtse Coping Lijst. Zo kunnen mensen zien hoe ze evolueren m.b.t. hun depressieve klachten en op het gebied van coping: actief aanpakken, palliatieve reactie, vermijden, sociale steun zoeken, passief reactiepatroon, expressie van emoties. Hiermee hopen we een brede range van de probleemgebieden van mensen in kaart te brengen en onze behandelaanpak te evalueren.
- **A&S wil het inzicht vergroten van het team rond depressie door handvaten te bieden voor ontstaansgrond en onderhoudende factoren van depressie door het volgen van een schema-gerichte opleiding** (gekoppeld aan SD 2 - OOD 2.2).
- **A&S zet in op het verruimen van specifieke afdelingsgebonden kennis** (gekoppeld aan SD 2 - OOD 2.2).
 - * Het volledige team volgde in 2015 een opleiding m.b.t. schematherapie. In 2017 is men gestart met een interne (herhalings-)vorming rond deze schematherapie. Daaruit voortvloeiend wordt - om het inzicht bij het team en de patiënt in zijn/haar klachten te vergroten - een ScheMaSamenhang (SMS) opgesteld. Het opstellen van dit SMS wordt gedaan in interactie tussen patiënt – toewijs – psycholoog. Op het team wordt deze SMS op indicatie besproken met de overige teamleden, zodat elk lid van het team betrokken wordt bij de behandeling en er vanuit een gemeenschappelijk denkkader gewerkt kan worden.
- **A&S werkt modules uit die evidence based zijn** (gekoppeld aan SD 6 - OOD 6.2):
 - * Er werd in 2017 een korte en concrete opleiding voor verpleegkundigen opgemaakt rond evidence based werken. Wanneer een module wordt uitgewerkt is het immers belangrijk om ook aan te tonen dat de informatie gebaseerd is op wetenschappelijke gegevens. Er werd gefocust in deze opleiding op gegevensverzameling en het verwerven van inzichten over wetenschappelijke artikels. Deze opleiding zal vervolgens gegeven worden in 2018.

Angst en Stemming (A&S)

Mevr. Johanna Leus
Afdelingshoofd

Mevr. Amy Clarysse
Mevr. Ornelis Clarissa
Beleidspsycholoog

Dr. Benedicte Monté
Beleidsarts

- **A&S optimaliseert verschillende modules afhankelijk van de zorgnood** (gekoppeld aan SD 6 - OOD 6.2):
 - * In 2017 werden diverse nieuwe modules uitgewerkt: een module 'rouw' dat stilstaat bij het omgaan met het andere leven na verlies, een module 'lichaam en geest' welke aan de hand van oefeningen en huiswerkopdrachten patiënten leert stil te staan bij spanning die ze ervaren en hoe hiermee om te gaan, een module rond 'angst' binnen Inzicht en actie, een module 'Be you' dat stilstaat bij zelfbeeldopbouwend werken (gebaseerd op COMET) en een module 'progressieve relaxatie'.

Mevr. Geertrui Uvyn
Afdelingshoofd

Mevr. Sofie Vyncke
Beleidspsycholoog

Dr. Benedicte Monté en Dr. Chris Eeckhout
Beleidsartsen

2017 was voor herstelgerichte zorg een kanteljaar. De (residentiële) afdeling Herstelgerichte zorg+ werd gesloten in de uitvoering van het Zorgstrategisch Plan 2018-2028, mede ingegeven door de doelstelling om een mobiel 2B-team op te richten in het kader van artikel 107. Gezien de verweven werkingen van de afdelingen Herstelgerichte zorg+ en Herstelgerichte zorg, stond het team voor een kanteljaar. Er werd sterk gefocust op de installatie van een volledig vernieuwde werking, met een twee-stromenbeleid (een zorgstroom en een herstelstroom) die in november succesvol in voege trad. Daarnaast was het beleidsteam ook drijvende kracht in de ziekenhuisbrede ontwikkel- en referentiegroep Herstel die de herstelgedachte wil incorporeren in de verschillende zorgprogramma's. Hiervoor werd een intensieve ROPI-opleiding op poten gezet en een inspirerende hersteldag georganiseerd.

Verder formuleerde het beleidsteam HZ voor 2017 volgende doelen:

- **Uitwerking van een eigen, persoonlijk profiel + implementatie ervan binnen de werking** (gekoppeld aan SOD 1 - OOD 1.8):
 - * In 2017 werd door het beleidsteam sterk ingezet op het uitwerken van het persoonlijk profiel (gebaseerd op SRH) en de implementatie ervan in de werking van het herstelcentrum. Het werd ook als instrument aangereikt op de hersteldag voor alle beleidsteams van de verschillende zorgprogramma's. Het persoonlijk profiel is immers een leidraad gedurende het ganse traject. Tijdens de intake wordt deze al samen met de cliënt opgemaakt waarna die verder met de trajectcoach uitgewerkt wordt. De structuur van de teamvergadering en het persoonlijk profiel op zich werden ook geëvalueerd tijdens een vergadering. De incorporatie in de nieuwe Regas dient nog te gebeuren. De trajectcoach neemt de structuur mee in zijn of haar voorbereiding.
- **Gestructureerde intervies, onder leiding van verschillende disciplines (niet alleen psycholoog)** (gekoppeld aan SOD 2 - OOD 2.10):
 - * Er werd blijvend ingezet op intervisie in 2017, waarbij gevraagd werd aan verschillende disciplines om hierin het voortouw te nemen. Verschillende teamleden werkten vanuit hun eigen invalshoek aan een intervisie.
- **Uitbouw en realisatie van een ontmoetingscentrum en Terra Nova.** (gekoppeld aan SOD 5 - OOD 5.1):
 - * Er werd een visie uitgewerkt op de uitbouw van een ontmoetingscentrum, in samenwerking met het afdelingshoofd van Psychogeriatric en het team van Beschut Wonen. De nodige voorbereidingen werden getroffen zodat het ontmoetingscentrum van start kan gaan op 1/1/2018 in een voorlopige locatie.
 - * Daarnaast werd ook blijvend ingezet op de begeleiding binnen Terra Nova. Er werd ook actief gecommuniceerd rond de werking van Terra Nova binnen het eigen ziekenhuis en extern.
- **Herstelgerichte zorg beschikt tegen eind 2017 over een uitgeschreven evidence-based richtlijn.** (gekoppeld aan SOD 6 - OOD 6.2).
 - * Het beleidsteam schreef in najaar 2017 een multidisciplinaire evidence-richtlijn uit voor de vernieuwde werking en het tweestromenbeleid binnen het herstelcentrum.

CAMPUS SINT FRANCISCUS—VERSLAVINGSZORG OLEA

Mevr. Anja Scherlippens
Afdelingshoofd

Mevr. Valerie Hertegonne
Beleidspsycholoog

Dr. Sofie De Munck
Beleidsarts

CAMPUS DE PELGRIM —VERSLAVINGSZORG TILIA

Mevr. Silvie Nauts
Afdelingshoofd

Mevr. Anneli Loterman
Beleidspsycholoog

Dr. Helen Verstrynge
Beleidsarts

CAMPUS DE PELGRIM —VERSLAVINGSZORG GINKGO

Mevr. Veronique Coppin
Afdelingshoofd

Mevr. Babette Vanbesien
Beleidspsycholoog

Dr. Sofie De Munck
Beleidsarts

Zoals in de inleiding reeds geschetst was 2017 een overgangsjaar voor de volledige cluster Verslavingszorg. In de loop van 2017 was er een grote wissel binnen de desbetreffende beleidsteams: de 2 verslavingsartsen verbonden aan campus De Pelgrim verlieten de organisatie en werden vervangen door dr. De Munck en dr. Verstrynge. Ook de beide beleidspsychologen van campus De Pelgrim verlieten de organisatie en werden vervangen door mevr. Loterman en mevr. Vanbesien. Tot slot ging ook één van de hoofdverpleegkundigen van campus De Pelgrim op pensioen. Zij werd vervangen door mevr. Nauts. Deze wissels in de beleidsteams (voornamelijk ingegeven voor de vooropgestelde doelgroepwijziging die lag in het Zorgstrategisch Plan 2018-2028) hadden uiteraard een grote impact op het afdelingsgebeuren maar droegen ook opportuniteiten in zich.

De nieuwe beleidsteams bogen zich (naast het operationeel maken van de fusie) over een nieuw doelgroepenbeleid. Dit leidde tot een nieuw therapieprogramma dat invoege ging 18 december 2017:

- * voor Verslavingszorg Ginkgo (campus DP tweede verdieping):
 - ◇ een zorgprogramma voor mensen met een cognitieve beperking ten gevolge van een verslaving aan legale middelen;
 - ◇ een zorgprogramma voor mensen met een cognitieve beperking in combinatie met een verslaving aan legale middelen;
- * voor Verslavingszorg Tilia (campus DP eerste verdieping):
 - ◇ een zorgprogramma voor mensen met een verslaving aan illegale middelen;
 - ◇ een zorgprogramma voor mensen met een cognitieve beperking in combinatie met een verslaving aan illegale middelen;
- * voor Verslavingszorg Olea (campus SF):
 - ◇ een zorgprogramma voor mensen met een verslaving aan legale middelen;
 - ◇ een zorgprogramma voor mensen met een verslaving m.b.t. gokken en gamen (welke inhoudelijk in 2018 nog moet uitgewerkt worden).

CAMPUS SINT FRANCISCUS—VERSLAVINGSZORG OLEA

Mevr. Anja Scherlippens
Afdelingshoofd

Mevr. Valerie Hertegonne
Beleidspsycholoog

Dr. Sofie De Munck
Beleidsarts

CAMPUS DE PELGRIM —VERSLAVINGSZORG TILIA

Mevr. Silvie Nauts
Afdelingshoofd

Mevr. Anneli Loterman
Beleidspsycholoog

Dr. Helen Verstrynge
Beleidsarts

CAMPUS DE PELGRIM —VERSLAVINGSZORG GINKGO

Mevr. Veronique Coppin
Afdelingshoofd

Mevr. Babette Vanbesien
Beleidspsycholoog

Dr. Sofie De Munck
Beleidsarts

Daarnaast formuleerde beleidsteam VZ-SF voor 2017 in haar beleidsplan nog het volgende doel, met bijhorende evaluatie m.b.t. de realisatie van hun geformuleerde doelen:

- **Uiterlijk eind december 2017 beschikken alle patiënten over een geïndividualiseerd, multidisciplinair behandelplan dat beantwoordt aan de gedefinieerde kwaliteitseisen. Centraal punt hierbij is het verder werken op de door pt opgemaakte trajectbespreking met duidelijke haalbare doelstellingen die ook na de opname door pt kunnen behaald worden en die hem voorbereiden op zijn ontslag.** (gekoppeld aan SD 1 - OOD 1.8):
 - * Het beleidsteam omschreef de vereisten waaraan het behandelplan moest voldoen. Om het proces te faciliteren werden enkele vaak voorkomende problemen, doelen en acties uitgeschreven (als 'standaard behandelplan') om inspirerend / faciliterend te kunnen werken. Er werd aandacht besteed aan de wijze van omschrijven, evenals aan het toewijzen van verantwoordelijken en er werd opgevolgd of alle disciplines tijdig hun voorbereidingen voor de multidisciplinaire patiëntenbespreking inbrachten in het EPD. Men stelt vast dat door deze verhoogde aandacht medewerkers spontaan om feedback vragen m.b.t. hun teamvoorbereiding. Het blijft echter een aandachtspunt waar ook nog in 2018 verder actief zal moeten op ingezet worden. Hiernaast werd het document voor trajectbespreking nog oplossingsgerichter gemaakt en verduidelijkt voor de patiënt.
- **De cluster Verslavingszorg implementeert binnen hun team een oplossingsgerichte visie.** (gekoppeld aan SD 1 - OOD 1.8):
 - * Het beleidsteam organiseerde in 2017 een studiedag rond oplossingsgericht werken met als gastspreker Louis Cauffman voor alle medewerkers van de cluster. Ook de psychologen en een hoofdverpleegkundige zullen in 2018 een opleiding starten rond oplossingsgericht werken. Medewerkers werden gevraagd om het boek 'Simpel' van Louis Cauffman te lezen. Op die manier trachten we de visie en de oplossingsgerichte taal te verspreiden in het team.

En verder...

- * Deelname aan de werkgroep KOPP/KOAP met directe implementatie van deze gedachte door de installatie van een kinderhoekje op de afdeling en de beschikbaarheid van folders hieromtrent voor de context van de patiënten;
- * blijft VZ zijn intervisies borgen, om elkaar beter te leren kennen;
- * en tenslotte heeft het kernteam steeds deelgenomen aan de Clustervergaderingen na de fusie met Campus De Pelgrim. Daar werd op constructieve manier op zoek gegaan naar een gezamenlijke visie.

JAARVERSLAG 2017 Departement patiëntenzorg PC Sint-Franciscus - De Pelgrim

Campus Sint-Franciscus Campus de Pelgrim
Penitentenlaan 7 Spiegel 15
9620 Zottegem 9860 Oosterzele

