



# **Auditverslag**

**Psychiatrische Kliniek Sint-  
Annendael**

**Diest**

**September 2014**

# Inhoud

<b>1</b>	<b>Inleiding .....</b>	<b>3</b>
1.1	Toepassingsgebieden.....	3
1.2	Definities .....	3
1.3	Auditproces .....	4
1.4	Samenstelling van het auditteam.....	5
1.5	Auditplan .....	5
<b>2</b>	<b>Situering van de voorziening.....</b>	<b>6</b>
2.1	Contactgegevens .....	6
2.2	Organogram .....	6
2.3	Geneesheer – diensthoofd per dienst.....	6
2.4	Gemachtigd geneesheer voor toezicht op gedwongen opname .....	7
2.5	Erkenningssituatie.....	7
2.6	Historische en geografische situering.....	7
<b>3</b>	<b>Leiderschap .....</b>	<b>9</b>
3.1	Beleidsorganen .....	9
3.2	Organisatiestructuur.....	10
<b>4</b>	<b>Beleid en strategie .....</b>	<b>12</b>
4.1	Algemeen, kwaliteits- en therapeutisch beleid .....	12
4.2	Lerende omgeving .....	16
<b>5</b>	<b>Middelen .....</b>	<b>19</b>
5.1	Infrastructuur.....	19
5.2	Patiëntendossier .....	20
<b>6</b>	<b>Medewerkers .....</b>	<b>22</b>
6.1	Personeelsbeleid .....	22
6.2	Artsen.....	23
6.3	Vorming, training en opleiding (VTO) .....	23
6.4	Vrijwilligers .....	23
6.5	Bestaffing .....	23
<b>7</b>	<b>Processen .....</b>	<b>24</b>
7.1	Organisatie van zorg.....	24
7.2	Procedurebeheer .....	25
7.3	Medicatie distributie .....	25
7.4	Vrijheidsbeperkende maatregelen .....	28
7.5	Agressiebeleid .....	31
7.6	Suïcidepreventiebeleid .....	32
7.7	Klachtenmanagement / patiëntenrechten .....	32
<b>8</b>	<b>Resultaten.....</b>	<b>34</b>
8.1	Patiënt/familiegeoriënteerde zorg .....	34
8.2	Samenwerkingsverbanden .....	34
8.3	Cijfergegevens .....	35

# 1 Inleiding

---

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

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

Facultatief boden we de mogelijkheid tot een slotbespreking waar de opmerkingen die doorgegeven worden in de reactienota, kunnen toegelicht worden. Het ziekenhuis maakte van deze mogelijkheid geen gebruik.

## 1.1 Toepassingsgebieden

Tijdens de audit 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 auditverslag 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**

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

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

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

Tijdens de auditgesprekken werd dieper ingegaan op de informatie die tijdens de voorbereidende fase verkregen werd. Deze informatie was niet enkel afkomstig uit de zelfevaluaties, de aangeleverde documenten en de voorstelling door het ziekenhuis, maar ook bv. uit vorige audit en/of inspectieverslagen, uit het bij de overheid ingediende opvolgingsverslag, de website van het ziekenhuis...

Er werden 24 uren interview en rondgang georganiseerd. Tijdens de interviews waren er gesprekken met 4 directieleden (waaronder de hoofdgeneesheer), 3 stafleden, 3 psychologen, 1 ergotherapeut, 1 bewegingstherapeut, 2 artsen, 7 verpleegkundigen waarvan 4 hoofdverpleegkundigen, 1 apotheker en 1 ombudspersoon.

Alle verblijfsafdelingen werden tijdens de audit bezocht. Het gaat om volgende afdelingen:

- Afdeling Sint-Andries
- Afdeling Sint-Elisabeth
- Afdeling Sint-Godelieve
- Afdeling Sint-Jan

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 Wylin	Hoofdauditor
Katleen De Ceulaer	Auditor
Kurt Lievens	Auditor
Anja Claeys	Observator

## 1.5 Auditplan

Vrijdag, 12 september 2014			
	Tom Wylin Anja Claeys	Kurt Lievens	Katleen De Ceulaer
9u00 – 10u00	Voorstelling auditteam en voorstelling ziekenhuis		
10u00 – 11u00	Medicatiebeleid	Afdelingsbezoek (Sint-Elisabeth)	Afdelingsbezoeken i.f.v. agressie- en suïcidebeleid
11u00 – 12u00	Afdelingsbezoeken i.f.v. medicatie distributie		
12u00 – 13u00	Middagmaal + overleg auditoren (auditoren alleen)		
13u00 – 14u00	Afdelingsbezoek (Sint-Godelieve)	Afdelingsbezoek (m.b.t. patiëntenrechten en ombudsfunctie)	Dwangmaatregelen, suïcidebeleid, agressiebeleid
14u00 – 15u00			

Vrijdag, 19 september 2014			
	Tom Wylin	Kurt Lievens Anja Claeys	Katleen De Ceulaer
9u00 – 11u00	Kwaliteitsbeleid	Therapeutisch beleid	Afdelingsbezoek (Sint- Jan)
11u00 – 12u00	Algemeen beleid	Afdelingsbezoeken i.f.v. therapeutische benadering	Personeelsbeleid
12u00 – 13u00	Medisch beleid		
13u00 – 14u00	Middagmaal + overleg auditoren (auditoren alleen)		
14u00 – 14u30	Afrondend gesprek	-	-

## 2 Situering van de voorziening

---

### 2.1 Contactgegevens

Naam	Psychiatrische Kliniek Sint-Annendael
Adres	Vestenstraat 1
Gemeente	3290 Diest
Telefoon	013 / 38 05 11
Fax	013 / 38 09 90
E-mail	<b>info@sad.be</b>
Website	<b>www.sad.be</b>
Inrichtende macht	vzw Sint-Annendael Grauwzusters,
Voorzitter Raad van Bestuur	VOF Kempeneers Nicole, vertegenwoordigd door Mevr. Nicole Kempeneers

### 2.2 Organogram

Directiecomité	
Algemeen directeur	Dhr. Chris Muys
Hoofdgeneesheer	Dr. Erik Verhaeghen
Directeur patiëntenzorg	Mevr. Ann Hendrickx
Directeur administratie-financiën	Dhr. Steven Pauwels
Manager HR-communicatie	Dhr. Peter Debroyer
Facilitair manager	Mevr. Stefanie Gielen

Voorzitter medische raad	Dr. Wim Simons
--------------------------	----------------

### 2.3 Geneesheer – diensthoofd per dienst

A	Dr. Erik Verhaeghen
T	Dr. Firmin Janssen

## 2.4 Gemachtigd geneesheer voor toezicht op gedwongen opname

Dr. Erik Verhaeghen

## 2.5 Erkenningssituatie

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

Erkenningstype	A (d+n)	a (d)	T (d+n)	t (d)	t (n)	Tg	TOTAAL
Aantal erkend	40	5	40	28+15	20	30	178 bedden

- een functie ziekenhuisapotheek

Met ingang van 24 januari 2012 ging de erkenning van 10 A-bedden afkomstig van het UPC Kortenbergh over naar de vzw Sint-Annendael Grauwzusters, als antwoord op een jarenlange overbezetting van de A-bedden. Hiervoor gebeurde een inspectiebezoek in januari 2013.

## 2.6 Historische en geografische situering

Het ziekenhuis werd opgericht door de Grauwzusters, die in 1348 bij het uitbreken van de zwarte pest door de stadsmagistraat van Diest ter hulp werden geroepen. Een deel van de zusters trok in 1391 naar Tienen (met o.a. de stichting Mariëndal), een ander deel naar Sint-Truiden (1530, met een latere stichting in Tongeren), een deel naar Aarschot (1655) en een deel naar Hasselt (1626), waar zij vanuit hun klooster (Sint-Barbaradal) ziekenzorg leverden in het Virga Jessaziekenhuis. In 1796, tijdens de Franse Revolutie, moesten de zusters, zoals overal, hun kloosters verlaten. Later keerden de meeste zusters terug. Vanuit Hasselt werden nieuwe kloosters gesticht in Antwerpen (1862), in Hasselt zelf (Sint-Elisabeth, 1888), en in Lanaken (Sint-Barbara, 1959-1986). In de jaren 60 van de vorige eeuw werden verschillende takken van de organisatie weer samengevoegd (1964: Tongeren - Hasselt en 1968: Diest - Hasselt).

In 1974 werd een aparte vzw Sint-Annendael Grauwzusters opgericht, die aanvankelijk enkel het ziekenhuis Sint-Annendael exploiteerde. In 1983 werden de rusthuizen van de congregatie ondergebracht in de vzw Bejaardenzorg Grauwzusters Limburg. In 1999 nam de vzw Sint-Annendael Grauwzusters het woonzorgcentrum Huize Sint-Augustinus in Diest over van de congregatie van de Gasthuiszusters en eind 2001 werd de exploitatie van O.L.V. Ster der Zee te Scherpenheuvel overgenomen van de kerkfabriek. Recent (eind 2010) werd de lokale werking van het initiatief Beschut Wonen De Linde (46 plaatsen, waarvan 9 te Aarschot) als 4<sup>de</sup> onderdeel geïntegreerd in de vzw Sint-Annendael Grauwzusters.

Diest ligt in het oosten van Vlaams-Brabant, in een hoek tussen Limburg en Antwerpen. Het grenst aan Scherpenheuvel-Zichem en Bekkevoort, en aan de Limburgse gemeenten Tessenderlo, Beringen, Lummen en Halen. De Antwerpse gemeenten Laakdal en Herselt grenzen aan Scherpenheuvel-Zichem.

In het zuid-westen liggen verschillende psychiatrische ziekenhuizen. Het gaat om het Universitair Psychiatrisch Centrum Sint-Kamillus (Bierbeek, 335 bedden), het Universitair Centrum Sint-Jozef (Kortenbergh en Leuven, 596 bedden), en het Psycho-sociaal Centrum (Leuven, 110 dagplaatsen). In het zuiden van de provincie ligt de Psychiatrische Kliniek Broeders Alexianen te Tienen (240 bedden) en in het zuid-oosten PZ Asster te Sint-Truiden (598 bedden). In het noorden valt het Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Geel (230 plaatsen) te vernoemen.

De psychiatrische afdelingen binnen algemene ziekenhuizen (PAAZ) vertonen een andere spreiding: RZ Tienen heeft een afdeling (30 bedden), het Sint-Franciscusziekenhuis te Heusden-Zolder (35 bedden en 10 dagplaatsen) en het Jessaziekenhuis (30 bedden en 10 dagplaatsen). Dit laatste ziekenhuis beschikt ook over een revalidatieafdeling psychogeriatric met 20 bedden. Het AZ Diest heeft geen PAAZ, het ziekenhuis Sint-Annendael staat daar in voor de opvang van psychiatrische patiënten via een liaisonfunctie.

Afdelingen kinderpsychiatrie zijn te vinden in Kortenberg (Universitair Centrum Sint-Jozef, 30 plaatsen), Leuven (UZ Leuven, 47 plaatsen), Hasselt (Jessaziekenhuis, 20 plaatsen), Sint-Truiden (Asster, 20 plaatsen) en Tienen (PZ Broeders Alexianen, 20 plaatsen). In Genk is er een aparte instelling (Kinderpsychiatrisch Centrum Genk, 27 plaatsen).

Op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg is in de streek het CGG Vlaams-Brabant Oost actief (met onder andere een locatie in Diest).



## 3 Leiderschap

---

### 3.1 Beleidsorganen

- De Psychiatrische Kliniek Sint-Annendael is een van de vier technische bedrijfseenheden van de vzw Sint-Annendael Grauwzusters. Het organogram wordt opgemaakt op groepsniveau, waarbij er een aantal diensten gemeenschappelijk worden georganiseerd (de stafdiensten algemeen directeur waaronder de personeelsdienst, het financieel-administratief departement en het facilitair departement). Er is vanuit de congregatie een aparte vzw 'Te Gek?' gesticht, die activiteiten rond maatschappelijke beeldvorming organiseert en coördineert.  
De raad van bestuur komt 6 keer per jaar samen en telt 11 leden. De algemeen directeur woont de vergaderingen bij van de RvB. Er is veel expertise over ziekenhuismanagement, juridische en technisch-bouwkundige aspecten. **(SP)**
- Tussen de RvB en het directiecomité (DC) is er een Bureau van de Raad van Bestuur dat bestaat uit 4 leden van de RvB enerzijds, en de algemeen directeur (raadgevend) uit het DC anderzijds. Dit bureau komt even frequent samen als de RvB. De bevoegdheden van het audit-comité en het HR-comité werden toegewezen aan dit bureau, zodat geen aparte adviescomités moesten opgericht worden binnen de RvB. Er is wel een apart bouwcomité. **(AV)**
- Het directiecomité bestaat uit 6 leden. Dit comité komt tweewekelijks samen, maar wordt maandelijks uitgebreid met de verpleegkundig zorgcoördinator, de paramedisch/therapeutisch coördinator en de coördinator extramurale werking tot 'zorgmanagementcomité technische bedrijfseenheid Sint-Annendael'. Hier worden de besluiten van het DC concreet uitgewerkt. Ook de kwaliteitscoördinator woont regelmatig dit overleg bij. **(AV)**
- Buiten de 4 vergaderingen van het medisch-farmaceutisch comité / comité medisch materiaal / comité ziekenhuishygiëne waarvan de hoofdgeneesheer deel uitmaakt, is er in dit ziekenhuis geen overleg op structurele basis tussen directie en ziekenhuisapotheker. Door het gebrek aan overleg wordt de apotheek te weinig of te laat beleidsmatig betrokken om te kunnen inspelen op alle beleidsbeslissingen die van belang waren of konden zijn voor de apotheek en de medicatiedistributie (bv. ze wordt slechts zijdelings betrokken bij gesprekken over samenwerking met UPC Sint-Jozef of AZ Diest, er is geen betrokkenheid bij de MIP-registratie en -analyse). **(NC)**
- Er is een specifiek overlegorgaan tussen de RvB, het DC en de artsen: "het Overleg Comité (OC) technische bedrijfseenheid PZ St.-Annendael", dat 4 keer per jaar samenkomt. Het bestaat uit 10 leden: de algemeen directeur, 3 leden van de RvB en de 6 artsen (inclusief de hoofdgeneesheer) van de medische raad. Via dit overlegorgaan hebben alle artsen een inbreng in het beleid van het ziekenhuis. Alhoewel ook financiële aspecten aan bod kunnen komen, wordt er jaarlijks een aparte terugkoppeling gegeven over de financiële stromen tijdens de medische raad, samen met de algemeen directeur en de bedrijfsrevisor. **(AV)**
- Behalve een verpleegkundig directeur beschikt dit ziekenhuis ook over een hoofd van het verpleegkundig departement (1,0 VTE) en een verpleegkundig en paramedisch (samen 1,0 VTE) middenkader. **(AV)**
- Beleidsmatig worden de afdelingen aangestuurd door een afdelingsstaf, bestaande uit de afdelingspsychiater, de psycholoog en de hoofdverpleegkundige. **(AV)**
- De medische raad wordt gevormd door de 6 psychiaters. **(AV)**

- Voor het ethisch comité wordt geparticipeerd met het comité van het AZ Diest. Het beleid rond het levenseinde dat in het psychiatrisch ziekenhuis door een werkgroep werd ontwikkeld, werd voorgelegd aan dit comité. **(AV)**
- Naast de hierboven genoemde beleidsorganen zijn er nog heel wat andere adviesorganen, commissies, comités en werkgroepen actief. Op instellingsniveau gaat het om: **(AV)**
  - Medische staf (wekelijks op maandag);
  - Medische diensthoofdenoverleg;
  - Comité en werkgroep kwaliteit en patiëntveiligheid;
  - Het Comité Ziekenhuishygiëne, het medisch farmaceutisch comité en het comité medisch materiaal;
  - De Ondernemingsraad;
  - Het Comité voor Preventie en Bescherming op het Werk;
  - Verschillende werkgroepen (zorgprogramma's, casuïstiekbespreking levenseinde, REGAS, agressie...).

Alhoewel het voor de betrokken leden duidelijk is welk overleg ze bedoelen en waarvoor het dient, is er een gebrek aan een goede inventaris van alle overlegmomenten, een eenduidige benaming (voor sommige overlegstructuren worden meerdere gelijkaardige benamingen door elkaar gebruikt, het medisch diensthoofdenoverleg is geen overleg van de medische diensthoofden, maar wel van de medische diensthoofden met diverse leidinggevenden en verantwoordelijken van het departement patiëntenzorg en van het medisch departement...), samen met een beschrijving er van (doel, samenstelling, aantal bijeenkomsten, wijze van verslaggeving, plaats in organogram, bevoegdheden...). Dergelijk overzicht zou een duidelijker beeld geven van de werking van het ziekenhuis. Dit kan nuttig zijn bij de evaluatie en bijsturing van de organisatiestructuur. **(Aanb)**

### 3.2 Organisatiestructuur

- Het ziekenhuis wordt gekenmerkt door een centraal bestuur (RvB, Bureau, DC / zorgmanagementcomité) met daaronder de verschillende afdelingen die aangestuurd worden door hun afdelingsstaf. Tussen de afdelingen onderling is er gestructureerd overleg via de 'medische diensthoofdvergadering'. Tussen het paramedisch en verpleegkundig departement verloopt het beleidsmatig overleg ondermeer via het coördinatorenoverleg (de 3 zorgcoördinatoren (waaronder het hoofd van het verpleegkundig departement), de verpleegkundig directeur en vaak ook de kwaliteitscoördinator). **(AV)**
- De 4 afdelingen vertonen een mix qua pathologie, en heel wat patiënten vertonen een complexe problematiek. De zorg voor patiënten wordt georganiseerd vanuit afdelingsoverschrijdende "zorgprogramma's", waarbij het aanbod, de doelgroep, de wetenschappelijke onderbouw, het therapeutisch kader... per zorgprogramma is uitgewerkt door telkenmale een werkgroep met participatie vanuit alle afdelingen en een stuurgroep. Op afdelingsniveau wordt gewerkt met verschillende leefgroepen, bv. volgens functioneel niveau. Ondanks dit structureel kader is er ruimte voor individuele aanpassingen, waarbij patiënten afdelingsoverschrijdend sessies kunnen volgen. **(SP)** Er zijn geruchten over een herschikking van het zorgdepartement en algemene reorganisatie. Of dit veel toegevoegde waarde zal hebben voor het patiënteel in dit ziekenhuis, wordt best eerst grondig geëvalueerd. **(Aanb)**
- De leden van het directiecomité werken als college. De leden kunnen bogen op een gedegen ervaring en/of managementopleiding. **(AV)**
- Anderzijds is het al lange tijd geleden dat de raadsleden / directieleden gezamenlijk een opleiding volgden inzake kwaliteitsbeleid (model en implementatie). Kwaliteit komt bovendien te weinig structureel aan bod op de vergaderingen van de RvB (terwijl bouwkundige items oververtegenwoordigd zijn). We bevelen daarom aan om te voorzien

in een(zelfde) opfrissingscursus omtrent het kwaliteitsmodel en de implementatie van een beleidscyclus voor alle directie- en bestuursleden. **(Aanb)**

- Vanuit het ziekenhuis wordt een financiële tegemoetkoming voorzien voor artsen die een uitgebreide managementsopleiding volgen. Dergelijke opleidingen worden ondersteund door het artsencorps. **(SP)**
  
- Op medisch vlak gebeurt de onderlinge afstemming via: **(SP)**
  - de wekelijkse stafvergadering op maandag. Hier wordt overlegd over de aanmeldingen tijdens de wachtdienst, nieuwe opnames, vervangingen, verlofperiodes...
  - de maandelijkse casuïstiek. Hierbij worden op voorhand aangebrachte casussen diepgaand besproken. Deze vergaderingen zijn toegankelijk voor alle medewerkers.
  - de bijeenkomsten van de medische raad.

## 4 Beleid en strategie

---

### 4.1 Algemeen, kwaliteits- en therapeutisch beleid en strategie

- Kwaliteitsbeleid is nog onvoldoende verweven met het organisatiebeleid in dit ziekenhuis. Er is vooral gebrek aan een duidelijke cyclus van evaluatie, keuze en uitvoering van verbetertrajecten en herevaluatie. Dergelijke cyclus dient bewaakt en gedragen te worden door de hoogste beleidsorganen en dient zich te vertalen op alle geledingen van de organisatie. **(TK)**
  - Het werken met jaarverslagen en beleidsplannen, ingebed in een beleidscyclus, is maar zeer beperkt ingevoerd. Geen enkele afdeling beschikt over een jaarverslag of beleidsplan. Er is alleen een algemeen en eerder narratief jaarverslag op niveau van de organisatie, en enkele algemeen geformuleerde en niet eens verder (SMART-) uitgewerkte beleidsdoelstellingen van de verschillende directieleden voor het jaar 2014. Deze doelstellingen werden overigens pas halfweg 2014 geformuleerd. Het werken met 5-jarenplannen met tussentijdse evaluaties werd ruim 3 jaar geleden verlaten. Sommige jaren wordt een beleidsdag / brainstormdag georganiseerd, maar zonder vaste periodiciteit.
  - Het ziekenhuis heeft nooit gekozen voor een specifiek kwaliteitsmodel (bv. EFQM, Kwadrant, INK, BSC) of voor de bekendmaking van een algemeen kwaliteitskader aan alle medewerkers.
  - Op het niveau van de Raad van Bestuur en het directiecomité gaat de aandacht vooral naar financiële parameters en de bouw- en verbouwwerken in de verschillende technische bedrijfseenheden. Het kwaliteitsbeleid in de verschillende eenheden en specifiek binnen het ziekenhuis komt er zo goed als niet ter sprake.
  - De laatste medewerkerstevredenheidsmeting dateert van 2007 en in 2010 was er een studie naar de werkbelasting. Daarnaast bekwam men alleen indirecte informatie (bv. via functioneringsgesprekken, exitgesprekken, informele contacten...), maar werd deze informatie niet op structurele wijze verzameld om te gebruiken als evaluatieinstrument. De laatste 4 jaar werd de informatie hierdoor onvoldoende benut om specifieke verbeteracties op te starten. **(TK)** Op het vlak van de gebruiker gebeurt er driejaarlijks een tevredenheidsenquête bij de patiënten. Deze informatie werd op afdelingsniveau teruggekoppeld en gaf aanleiding tot een aantal verbeteracties. Daarnaast is er ook een jaarlijks overleg tussen kwaliteitscoördinator en ombudspersoon met oog op de aanpak van regelmatig terugkerende problemen. **(AV)** Naast patiënten bestaan nog verschillende groepen gebruikers waarover nog nooit informatie werd verzameld (bv. huisartsen, verwijzers, netwerkpartners). **(Aanb)**
  - Er worden verschillende gegevens verzameld en teruggekoppeld tot op afdelingsniveau, maar medewerkers missen een algemeen kader waarbinnen ze deze informatie moeten situeren. Verschillende initiatieven worden opgestart, maar worden te vaak gezien als eenmalige of kortdurende initiatieven, zonder samenhang.
  - De communicatie over de verbeterprojecten is niet altijd eenduidig. Naargelang de informatiebron (kwaliteitshandboek, spiegel lerende omgeving) verschillen de beschreven verbeteracties.

Dit betekent echter niet dat er de laatste jaren geen waardevolle realisaties waren. We stippen er enkele aan: **(SP)**

- Met inbreng van alle afdelingen en disciplines werden de voorbije jaren in werk- en stuurgroepen 6 zorgprogramma's uitgewerkt. Het resultaat hiervan is ondermeer een visie, een formele omschrijving van de doelgroep, een evaluatie en bijsturing van het algemene en individuele aanbod in de instelling versus de wetenschappelijke richtlijnen, alsook de uitbouw van voor- en nazorgtrajecten.
- Er gebeurde een inventarisatie en jaarlijkse wetenschappelijke evaluatie van het aanwezige psychodiagnostisch materiaal (psychologische testen).
- Het VTO-beleid vertoont een duidelijke systematiek.

Kwaliteitsbeleid heeft maar een echte meerwaarde voor een organisatie als het ingebed is in alle aspecten van de werking. Kwaliteit moet in eerste instantie stevig verankerd worden op beleidsniveau. Dit kan bijvoorbeeld door kwaliteit tot een vast punt te maken op de vergaderingen van RvB en DC, door missie en visie om te zetten tot strategische doelstellingen specifiek voor RvB en DC en door toezicht te houden op de effectieve realisatie van deze strategische doelstellingen tot op de werkvloer (algemene en afdelingsspecifieke doelstellingen, gekoppeld aan SMART-geformuleerde actieplannen en de opvolging er van).

Hierbij beperkt men zich best niet meer tot het ziekenhuis zelf, maar, gezien het belang van de zorgcontinuïteit, breidt men de kwaliteitsbeleidscyclus van bij aanvang best uit tot het 107-netwerk. **(Aanb)**

- Het kwaliteitshandboek ('zelfevaluatie 2013') wordt jaarlijks opgesteld en volgt de indeling zoals voorzien door het Vlaams kwaliteitsdecreet. **(AV)**  
We bevelen aan om dit handboek verder te ontwikkelen zodat het nog meer bijdraagt aan de terugkoppeling van gegevens en informatie over de lopende (en gedane) projecten naar de betrokken medewerkers. We raden daarom aan het handboek verder uit te bouwen op het intranet als feedback-instrument door: **(Aanb)**
  - Duidelijker te verantwoorden waarom deze projecten gekozen werden (welk knelpunt wou men aanpakken).
  - De projecten beter 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 (zie vroegere aanbeveling bij het luik organisatiestructuur) en/of naar vergaderverslagen van werkgroepen.
  - Aan de hand van het actieplan op de gekozen tijdstippen evalueren of de doelstellingen behaald werden en welke niet, en evalueren of het nodig is nieuwe doelstellingen voor te stellen.
  - Bij gelegenheid bepaalde punten uit het handboek te lichten en via andere kanalen onder de aandacht te brengen, met een verwijzing naar het handboek voor meer uitleg. De 'Zorginfo' is hiervoor zeker een geschikt kanaal.
- Er is binnen het ziekenhuis geen therapeutisch directeur. De gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het therapeutisch beleid ligt bij de hoofdarts en de directeur patiëntenzorg. Het organogram voorziet onder de directeur patiëntenzorg drie clusters, elk met een eigen coördinator: de therapeutisch-paramedische cluster, de verpleegkundige cluster, en een extramurale cluster. **(AV)** Ten tijde van de audit wordt op vraag van de Raad van Bestuur wel een hertekening van het organogram – inclusief de aansturing van de paramedische disciplines – voorbereid. Het is nog onduidelijk hoe het nieuwe organogram er zal uit zien.
- Voor de functie "therapeutisch-paramedisch coördinator" is 0,2 VTE voorzien; de betreffende coördinator is daarnaast ook afdelingspsychologe (0,7 VTE).  
Als coördinator staat zij in voor de inhoudelijke aansturing van drie diensten:
  - De psychologische dienst

- De revatherapeutische dienst (inclusief dienst vrije tijd): ergotherapeuten, bewegingstherapeuten, huishoudelijk therapeuten, muziek- en creatief therapeuten
- De Veste (gerontopsychiatrisch diagnosecentrum).

De psychologische dienst en de bewegingstherapeuten hebben voorlopig ook nog een inhoudelijk verantwoordelijke, die beiden in nauw (formeel en informeel) overleg met de therapeutisch-paramedisch coördinator werken.

De praktisch-organisatorische aansturing van de verschillende therapeutische en paramedische disciplines gebeurt in eerste instantie door de hoofdverpleegkundige van de afdeling. **(AV)**

- Er zijn binnen het ziekenhuis een aantal fora waar de verschillende disciplines elkaar ontmoeten: **(AV)**
  - De inhoudelijke invulling van het zorgaanbod voor de verschillende doelgroepen komt vooral aan bod in de werk- en stuurgroepen van de respectieve zorgprogramma's (cfr. infra).
  - Tweewekelijks komt het "coördinatorenoverleg" bijeen, bestaande uit de coördinatoren van de drie clusters (waaronder het hoofd van het verpleegkundig departement), de directeur patiëntenzorg en vaak ook de kwaliteitscoördinator. Op de agenda staan vooral zorgprogramma-overstijgende zaken (cfr. infra), vaak van praktische en beleidsmatige aard (bv. opvolging van de jaarplanning).
  - Één keer per maand is er een medisch diensthooftoverleg. Dit forum staat open voor alle artsen, de hoofdverpleegkundigen, psychologen die lid zijn van de afdelingsstaf, en de leden van het coördinatorenoverleg. Uit de verslagen blijken ook de hier besproken topics voornamelijk organisatorisch van aard.
  - Daarnaast vergadert ook het Zorgmanagementcomité één keer per maand. Dit bestaat uit het directiecomité, uitgebreid met de drie coördinatoren.
- Het zorgaanbod wordt opgebouwd, geordend en bijgestuurd via zes grondig uitgewerkte "zorgprogramma's". **(SP)** De keuze voor deze specifieke zorgprogramma's werd bepaald op basis van de vaakst voorkomende pathologieën in PK Sint-Annendael:
  - stemmingsstoornissen
  - psychotische stoornissen
  - middelenmisbruik
  - persoonlijkheidsstoornissen
  - cognitieve stoornissen en dementie
  - algemene psychiatrie.

Per zorgprogramma is een soort "handboek" ter beschikking van de medewerkers.

De structuur hiervan bestaat uit:

- afbakening van de doelgroep
- visie
- het intra- en transmuraal aanbod
- het ambulante aanbod
- evidence based benadering (een overzicht van de gebruikte richtlijnen en andere teksten bij de uitwerking van het zorgprogramma)
- uitgebreide cijfergegevens over de doelgroep waarvoor het zorgprogramma bedoeld is.

"Ambulante zorg" en "intra- en transmurale zorg" worden per zorgprogramma in twee aparte flowcharts weergegeven, die telkens uit een aantal modules bestaan. Per module

worden de processen visueel voorgesteld. Soms zit hier een chronologische logica in, bij andere modules is dit minder van belang. **(AV)**

- Zorgprogramma's vormen het algemene kader waarbinnen alle aangeboden activiteiten moeten passen. Nieuwe initiatieven, vragen tot investeringen of vormingen, enz... worden afgemeten aan de mate waarin ze een bijdrage leveren tot één of meerdere zorgprogramma's. De wetenschappelijke evidentie voor de bestaande of voorgestelde initiatieven wordt hier meteen mee in rekening gebracht. **(SP)** Elk zorgprogramma bevat ook een aantal elementen die in het groen staan aangeduid, wat erop wijst dat dit een wenselijk, in de toekomst te realiseren item is. Soms staan elementen ook in het rood aangeduid, wat aangeeft dat de opportuniteit daarvan in twijfel wordt getrokken, wat meteen ook impliceert dat daar niet verder in geïnvesteerd wordt. **(AV)**
- Voor de methodiek ter ontwikkeling van de verschillende zorgprogramma's heeft men zich – onder impuls van de Raad van Bestuur – geïnspireerd op een gelijkaardige evolutie in UPC KULeuven. De initiële uitwerking gebeurde in eerste instantie door tijdelijke werkgroepen (één voor elk zorgprogramma), bestaande uit (voornamelijk basis-)medewerkers van verschillende disciplines en verschillende afdelingen, en een stuurgroep (bestaande uit artsen, directieleden en stafmedewerkers) die de uiteindelijke beslissingen neemt. Na het afwerken van een zorgprogramma blijft telkens zowel een stuurgroep als een werkgroep – zij het mogelijks in een andere samenstelling – van basismedewerkers actief (enkel voor het zorgprogramma “algemene psychiatrie” dient deze nog te worden samengesteld). Gemiddeld komen beide groepen twee à drie keer per jaar bijeen om het zorgprogramma – onder meer op basis van opmerkingen binnen het ziekenhuis of op basis van wetenschappelijke evoluties – te evalueren of bij te sturen, voorstellen uit te werken...  
Elk zorgprogramma heeft een verantwoordelijke arts en een referentiepsycholoog, die er – samen met de directie – moeten over waken dat de betrokken werk- en stuurgroepen voldoende actief blijven om het zorgprogramma blijvend te actualiseren en bij te sturen. **(AV)**
- De afdelingen staan in voor het operationaliseren van de verschillende elementen uit het zorgprogramma, en dit onder leiding van de afdelingsstaf, bestaande uit de afdelingsarts, de afdelingspsycholoog en de hoofdverpleegkundige. **(AV)**
- Doordat elke werkgroep uit basismedewerkers van verschillende afdelingen bestaat, en doordat elke afdeling ook delen uit de verschillende zorgprogramma's operationaliseert, is een zekere betrokkenheid bij en kennis van de zorgprogramma's op afdelingsniveau verzekerd. **(SP)** Toch is men nog zoekend naar een goede methodiek om de kennis over en de betrokkenheid van de afdelingen en van de basismedewerkers bij de zorgprogramma's te bevorderen.
- De matrix van de hierboven inhoudelijke en organisatorische aansturing is ook weergegeven in het organogram. **(AV)**
- De zorgprogramma's vormen een leidraad voor de organisatie van de therapeutische activiteiten binnen het ziekenhuis; op basis daarvan wordt voor elke patiënt een individueel therapieplan opgesteld. Vertrekkend van een basisprogramma wordt voor iedere patiënt zoveel mogelijk op maat een behandelingsplan uitgewerkt. **(SP)** De keuzes die binnen een zorgprogramma gemaakt worden, gebeuren door het behandelend team, in samenspraak met de patiënt, op basis van diens behandeldoelstellingen en noden.
- De indicaties om een specifiek aanbod te linken aan specifieke patiënten zijn niet geëxpliciteerd; dit gebeurt vooral op basis van de klinische ervaring van de betrokken artsen en andere hulpverleners. **(AV)** Zonder hierin te overdrijven valt te overwegen of het meerwaarde zou kunnen betekenen om de opportuniteit van het toewijzen van patiënten aan bepaalde therapeutische activiteiten te objectiveren. **(Aanb)**

- Artsen en psychologen hebben bij voorkeur een bijkomende langdurende psychotherapeutische opleiding gevolgd, of worden gevraagd dit te doen. Om het volgen van dergelijke opleiding te faciliteren, voorziet het ziekenhuis een tegemoetkoming op het vlak van kostprijs en te presteren uren, telkens gerelateerd aan de arbeidstijd in het ziekenhuis. **(AV)**
- Voor de psychologen, ergotherapeuten, bewegingstherapeuten, alsook voor de sociale dienst, bestaat een monodisciplinair overleg. Naast het vertalen van de algemene benadering naar een vakspecifieke invulling dient dit overleg ook voor deskundigheidsbevordering en intervisie. Daarnaast is er één keer per maand op ziekenhuisniveau ook een interdisciplinaire casuïstiekbespreking, waar elke geïnteresseerde welkom is; soms wordt dit forum ook gebruikt om een project of een deel van de werking voor te stellen. **(AV)**
- Binnen de psychologische dienst is een werkgroep diagnostiek actief, die maandelijks overlegt. Deze werkgroep staat o.a. stil bij nieuwe tendensen en hoe psychodiagnostiek in de toekomst verder uitgebouwd kan worden. Jaarlijks wordt er gekeken dat er voldoende bijscholingen worden aangevraagd die betrekking hebben op psychodiagnostiek. Vooral de leden van de werkgroep psychodiagnostiek nemen hier aan deel. Sommige leden van de werkgroep nemen ook deel aan externe intervisie m.b.t. psychodiagnostiek. Ook de beschikbaarheid van voldoende psychodiagnostisch materiaal wordt jaarlijks geëvalueerd, en er wordt een budget gereserveerd voor de aankoop van nieuw of bijkomend materiaal. **(AV)**
- We stellen vast dat het ziekenhuis zich formeel en structureel nog verder dient toe te leggen op het uitwerken van een aantal items. **(TK)**
  - De invulling van de items patiënt- en familiebetrokkenheid gebeurt, hoewel als heel belangrijk bestempeld, op weinig systematische wijze, wat wil zeggen dat ze sterk afhankelijk is van de werkwijze van afdelingen en personen. De werkzaamheden rond het implementeren van een zorgprogramma-overkoepelende herstelvisie (zie onderdeel “lerende omgeving”) biedt mogelijkheden om hierrond tot een meer systematische benadering te komen.
  - Routine Outcome Monitoring (i.e. een methodiek waarbij regelmatig metingen gedaan worden van de toestand van de cliënten met het oog op evaluatie en eventueel bijsturing van de behandeling, en dit zowel op individueel-klinisch als programmaniveau) maakt geen deel uit van de werking. Soms gebeuren er wel bijsturingen van bepaalde onderdelen van het therapieprogramma (bv. groepstherapieën) op basis van tevredenheids- of andere vragenlijsten, maar dit is altijd partieel, en ook niet gebaseerd op objectieve metingen van de progressie van de betrokken cliënten.

## 4.2 Lerende omgeving

- Het ziekenhuis beschikt over een stafmedewerker kwaliteit. Zij bekleedt sedert een 4-tal jaren deze functie. De eerste paar jaar ging het om een combinatie met die van kwaliteitscoördinator van de WZC, de laatste jaren werkt ze exclusief voor het ziekenhuis. **(AV)**
- Via het comité kwaliteit en patiëntveiligheid, waarin 1 van de artsen vertegenwoordigd is, is er een betrokkenheid van de artsengroep met het kwaliteitsbeleid. De acties rond het implementeren van de herstelvisie en verschillende metingen in dat verband kregen ondermeer vorm via dit comité. Voor de rest verloopt het overleg voornamelijk via het overleg van de zorgcoördinatoren. **(AV)**
- Het ziekenhuis hanteert een verscheidenheid aan informatiebronnen om zicht te krijgen op de geleverde kwaliteit:



- Cijfers over aantal deelnemers per intern en extern georganiseerde vorming, inclusief evaluatiegegevens over de interne vormingen;
  - Opvolging van de competentieprofielen van de psychotherapeuten;
  - Aantal somatische screenings per afdeling;
  - Steekproef betreffende de volledigheid van de medicatieschema's en de overeenstemming tussen medicatieschema en klaargezette medicatie;
  - De resultaten van de ROPI-audits;
  - Aantal incidenten en incidentanalyses (contract FOD)
  - Registratiegegevens afzonderingen en fixaties
  - Het jaarlijkse rapport van de ombudspersoon;
  - Functioneringsgesprekken zijn er op alle afdelingen en binnen alle disciplines en kunnen een bron van informatie worden, mits geanonimiseerde terugkoppeling.
  - Via de Melding-Incidenten-Patiëntveiligheid probeert de MIP-commissie proactief en retrospectief risico's op te sporen en weg te werken.
  - Op basis van het interne en externe overleg (bv. huisartsen, justitie) krijgt men ook informatie over het eigen functioneren;
- Een elektronisch incidentmeldingsysteem werd ingevoerd en de voorbije jaren verder uitgebouwd. Sinds het voorjaar van 2011 kunnen incidenten via het intranet gemeld worden. Er waren vorig jaar ruim 100 meldingen. Meldingen kunnen zowel op naam als anoniem gebeuren. De stafmedewerker kwaliteit heeft zich vertrouwd gemaakt met verschillende analysemethodieken (SIRE, HFMEA, PRISMA, visgraatmethode) maar gebruikte tot op heden enkel de visgraatmethode voor retrospectieve analyses. Ook medicatiefouten kunnen gemeld worden. **(AV)** Blijkbaar werd op een gegeven moment beslist om de bijna-incidenten (bv. verkeerd klaargezette medicatie waarbij dit bij controle werd rechtgezet) niet meer te melden (vanuit de idee dat door de invoering van het controlesysteem dit type fouten zijn opgevangen). Hierdoor heeft men geen zicht meer op de fouten die een bepaald onderdeel van het medicatiedistributiesysteem oplevert. Bovendien blijken de medewerkers op de afdelingen deze richtlijn op verschillende manieren te interpreteren. **(TK)**  
Er is aandacht voor de feedback van een aantal gegevens uit het MIP-systeem, onder andere via het personeelsblad Zorginfo. **(AV)** We kunnen alleen aanbevelen om meer aandacht te besteden aan de onmiddellijke feedback naar de melder van incidenten en bij uitbreiding naar alle potentiële melders. **(Aanb)** Een terugkoppeling van het aantal gemelde incidenten per afdeling of per beroepscategorie, ludieke beloningen voor de zoveelste melder en dergelijke meer, kunnen bijdragen tot de bekendheid en de bereidheid om incidenten te (blijven) melden. Rechtstreekse feedback over het gemelde incident aan de melder is eveneens een krachtig middel, of het betrekken van de (afdeling van de) melder bij de analyse.
  - Ondanks het feit dat er medicatiefouten gemeld worden en er een steekproef gebeurt op de medicatiedistributie, wordt de apotheek zo goed als niet betrokken bij het kwaliteitsbeleid in het ziekenhuis. **(TK)** Een vertegenwoordiging van de apotheek minstens bij de analyse van incidenten (zelfs op het eerste zicht niet medicatiegebonden incidenten) lijkt ons aangewezen.
  - Betreffende het levenseinde werd een visie geformuleerd en uitgewerkt. Deze visie werd voorgelegd aan het ethisch comité. **(AV)**
  - In het kader van het optimaliseren en evalueren van "het therapeutisch beleid in functie van de patiënt" loopt er binnen het ziekenhuis een project herstelvisie op afdelingsniveau. Elke afdeling is betrokken in het vormingsprogramma "herstelvisie binnen Sint-Annendael 2013"; daarnaast vinden er in het kader van dit vormingsprogramma specifieke projecten

plaats die kunnen verschillen van afdeling tot afdeling. Het betreft onder meer een ROPI-procesmeting op Sint-Godelieve, workshops rond herstelvisie met ervaringsdeskundigen op Sint-Andries en Sint-Godelieve, trainingen rond communicatie met patiënt en familie op Sint-Elisabeth en Sint-Jan. **(AV)**

- Er gebeurt op ziekenhuisniveau een 3-jaarlijkse patiëntentevredenheidsmeting. De meest recente meting gebeurde in het voorjaar van 2014. De kwaliteitscoördinator licht de resultaten toe op de verschillende afdelingen, zowel aan de medewerkers als aan de patiënten. Op basis daarvan wordt aan de medewerkers gevraagd om verbeteracties uit te werken. Op afdeling Sint-Godelieve gebeuren er regelmatig bijkomende evaluaties op afdelingsniveau, waardoor er een grotere betrokkenheid is van de patiënt en waardoor er binnen de afdeling vlotter kan ingespeeld worden op problemen en noden van de patiënt. **(AV)**
- Er is onvoldoende zicht op de medewerkerstevredenheid. **(TK)** De laatste medewerkerstevredenheidsmeting dateert van 2007 en in 2010 was er een studie naar de werkbelasting. Feedback van personeel bekomt men de laatste jaren alleen op indirecte wijze (bv. via functioneringsgesprekken, exitgesprekken, informele contacten...), maar deze informatie werd niet op structurele wijze samengebracht om te kunnen gebruiken als evaluatieinstrument. De laatste 4 jaar werd de informatie hierdoor onvoldoende benut om specifieke verbeteracties op te starten.
- De artsen hebben geen functioneringsgesprekken. Dit wordt best structureel voorzien. **(Aanb)**

## 5 Middelen

---

### 5.1 Infrastructuur

- Qua brandveiligheid beschikt de PK Sint-Annendael over een brandveiligheidsverslag van de brandweer (20/03/2012) en een attest van de burgemeester (03/03/2012). Voor de nieuwe afdeling Sint-Godelieve en de geherlocaliseerde afdeling Sint-Andries is er een brandweerverslag van 21 februari 2014, **(AV)** maar ontbreekt nog een gedateerd attest van de burgemeester over deze afdeling. **(NC)**
- Het ziekenhuis is volop bezig met de vernieuwing en renovatie van de infrastructuur op basis van het bij de Vlaamse overheid ingediende technisch-financieel plan. Het vernieuwen van de gebouwen is geen evidente opdracht, gezien de aard van de gebouwen (deels beschermd erfgoed) en de ligging (vlak aan het begijnhof en omgeven door nauwe straten, historisch erfgoed en scholen). Desalniettemin zal er voor 3 afdelingen een nieuwbouw opgetrokken worden en zal de 4<sup>de</sup> afdeling gerenoveerd worden.  
Aangezien er op de ziekenhuissite geen plaats is om tijdelijke constructies op te trekken, en een aanzienlijk deel van het patiënteel niet op korte tijd naar een ander onderkomen kan, moeten de afdelingen open blijven. Hierdoor moet er in fases gebouwd worden en moeten sommige afdelingen tijdelijk in de historische gebouwen een plaats krijgen. Deze situatie is verre van ideaal, maar gelukkig beperkt in de tijd. **(AV)**
  - **Sint-Andries** (verhuis naar nieuwbouw voorzien in 2016) is momenteel gelegen op de 1<sup>ste</sup> en 2<sup>de</sup> (zolder)verdieping in een oude vleugel.
    - Een deel van de kamers ligt op de 1<sup>ste</sup> verdieping, een ander deel met een 6-tal kamers op een hoger gelegen deel van de zolderverdieping. Dit deel van de bovenverdieping is enkel bereikbaar met trappen of een traplift.
    - De afzonderingskamer ligt op de 1<sup>ste</sup> verdieping, terwijl de verpleeglokalen op de zolderverdieping gelegen zijn.
    - Op de bovenste verdieping is het dakgebinte overal prominent aanwezig. Hierdoor zijn sommige doorgangen zeer laag.
    - Er is geen overzicht over de hele afdeling. Overdag worden de kamers van de patiënten gesloten, zodat ze verplicht gebruik moeten maken van de leefruimten op de bovenverdieping, maar ook hier is het overzicht op de ruimten door de gescheiden ligging en de L-vorm van het gebouw beperkt.
    - De lokalen van de verpleging zijn verspreid over de afdeling: er is op de bovenverdieping een permanentielokaal nabij de traphal en lift, een bureau – vergaderruimte op het einde van de afdeling en een medicatielokaal op het hoogst gelegen gedeelte (met de 6 kamers). Daar bevinden zich ook de lockers van de verpleegkundigen, een omkleedruimte is er niet.
    - De kamers zijn zeer klein.
  - **Sint-Jan** is een afdeling die deels gerenoveerd werd. Er wordt gewerkt met 5 leefgroepen die duidelijk van elkaar gescheiden zijn. Bij de overheveling van de 10 A-bedden zijn hier een aantal kamers uitgebreid, waardoor er hetzij 1 hetzij 2 extra bedden konden geplaatst worden. Het is de bedoeling dat in een latere fase de lokalen boven de afdeling omgevormd kunnen worden tot patiëntenkamers.
  - **Sint-Elisabeth** is de psychogeriatrische afdeling en bevindt zich op de gelijkvloerse en 1<sup>ste</sup> verdieping. De afdeling beschikt over enkele

therapieruimten.

In het gedeelte dat is bedoeld voor de meest zorgbehoevende (deels incontinenten) patiënten hangt een onaangename geur, zowel op de kamers, toiletten als in de gangen. **(TK)**

- **De reva-afdeling** bevindt zich aan de achterzijde van het complex in het vroegere kloostergedeelte en heeft een aparte ingang en receptie, waar dagpatiënten zich kunnen aanmelden. Hier bevinden zich de meeste therapieruimten.
- Tussen het ziekenhuisgebouw en het vroegere klooster bevindt zich een verbindingsgang. Aan de ene zijde van deze gang ligt de cafetaria, aan de andere kant een sporthal. Deze ruimte is te laag en te klein om vlot te kunnen sporten. Daarachter bevindt zich een kleine fitness-ruimte. De verbindingsgang vertoont op verschillende plaatsen sporen van vochtinsijpeling. Dit deel van het ziekenhuis zal in een latere fase afgebroken worden.
- **Sint-Godelieve** bevindt zich in een nieuwbouw. Opvallend is het grote verschil qua sfeer, voor een groot deel veroorzaakt door de vele en grotere raampartijen. De kamers zijn comfortabel ingericht zonder hierbij toe te geven aan de vereisten qua patiëntveiligheid (sanitaire cel met toilet / inloopdouche / lavabo / automatische verlichting / afwezigheid van scherpe randen en hoeken / suicideveilige kapstokken en oproepsysteem / extra toegankelijkheid van de sanitaire cel door middel van openklapbare wand, al is die niet zonder hulp van derden te openen voor rolstoelpatiënten...). De verpleegpost strekt zich uit over twee bouwlagen. Beneden is een apart medicatielokaal en een verpleegpost. Door middel van een wenteltrap hiermee verbonden is er boven een vergaderruimte en een tweede verpleegpost. Tenslotte is er een verbindingsgang gemaakt met de naastgelegen afdeling Sint-Jan die over afzonderingskamers beschikt. In deze verbindingsgang zijn twee prikkelarme kamers gelegen, met een gemeenschappelijke zitruimte en badkamer, evenals een klein terras met tuintje. **(SP)**
- Op meerdere afdelingen werd aangegeven dat men veel inspraak kreeg in de conceptualisatie van de nieuwbouw, weliswaar binnen de gegeven beperkingen qua oppervlakte. **(AV)**  
We bevelen aan om ook bij de inrichting en bemeubeling het belang van patiënten en medewerkers als uitgangspunt te nemen (bv. opvallende kleurzetting ter ondersteuning van de oriëntatie voor dementerende patiënten). **(Aanb)**
- Er is veel aandacht voor het creëren van aangename buitenruimtes, die bovendien optimaal gebruikt worden voor ontspannende, trainings- en therapeutische activiteiten. Zo zijn er bv. ook in het reeds gerenoveerde gedeelte moestuintjes voorzien, er is een petanquebaan, fruitbomen waarvan het fruit door patiënten verwerkt wordt, enz... **(SP)**
- De patiënten kunnen kosteloos gebruik maken van draadloos internet. **(SP)**

## 5.2 Patiëntendossier

- Er werden 9 patiëntendossiers ingekeken en 5 afzonderingsfiches. **(AV)**
- Het elektronisch dossier REGAS® wordt sinds eind 2012 op alle afdelingen gebruikt. De opbouw van het dossier is identiek op alle afdelingen.  
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)**  
Het dossiersysteem wordt ondermaats benut, waardoor de patiëntengegevens versnipperd en niet vlot toegankelijk zijn: **(TK)**

- Er is geen (link met een) geïnformatiseerde medicatiemodule. Zowel medicatieschema als medicatievoorschrift zijn papieren documenten. Het overschrijven van de medicatieschema's is een bron van fouten en tijdverlies. Via een ander systeem (Excel) worden lijsten gemaakt met de medicatie per patiënt, die als voorschrift dienen voor de apotheek. Na aflevering worden dan vanuit de apotheek brieven teruggestuurd met de vraag de medicatie op een klassiek voorschriftje te zetten.
- Alle artsen (incl. consulterende) werken met een papieren dossier. Medisch-psychische en somatische gegevens zijn hierdoor niet vlot toegankelijk.
- Psychologen en paramedische disciplines noteren beknopt hun bevindingen in het elektronisch dossier maar werken daarnaast voor een deel met een eigen, papieren dossier. Resultaten van psychodiagnostische testen worden enkel in het papieren dossier bewaard.
- Op teamvergaderingen zitten de verschillende disciplines nota te nemen in hun dossiersystemen.
- Wanneer een patiënt een afschrift van zijn dossier vraagt, duurt het tot 2 weken vooraleer alle onderdelen verzameld en gekopieerd zijn.
- Het zorgaanbod in het algemeen en de zorgprogramma's in het bijzonder zijn niet geïntegreerd in het patiëntendossier, waardoor het overzicht van de therapeutische activiteiten die de patiënt volgt (bv. in weekoverzichten) noodzakelijkerwijze op een andere manier (soms op papier, soms met een tekstverwerkingsprogramma) worden aangemaakt. In het dossier valt in het beste geval enkel op een zeer omslachtige wijze (i.e. door het overlopen van de verslagen van de verschillende teambesprekingen) te achterhalen aan welke therapeutische activiteiten een patiënt deelneemt.
- Het bijhouden van de afzonderingsregisters bleek van wisselende kwaliteit. Op de ene afdeling waren er minstens om het half uur observaties terug te vinden, op de andere niet. Ook is het niet altijd duidelijk of de observaties aan bed dan wel van op afstand gebeurden. **(TK)**

## 6 Medewerkers

---

### 6.1 Personeelsbeleid

- Er is een HR-manager op vzw-niveau sinds april 2012. De eerste jaren zou de meeste aandacht naar de beide WZC's gegaan zijn.  
Een apart jaarverslag / beleidsplan HR op niveau van het ziekenhuis is er momenteel niet. De HR-manager, die samen met een bewegingstherapeut verantwoordelijk is voor de vrijwilligers, heeft zicht op de belangrijkste HR-elementen (cijfers over de lonen, absentieïsme, opleidingskosten, in- en uitstroom). Hij doet exitgesprekken en heeft recent een nieuw sjabloon voor de functioneringsgesprekken uitgewerkt. **(AV)**
- Het ziekenhuis werkt met verschillende referentieverpleegkundigen (o.a. somatische zorg, agressie, KOPP, REGAS) waardoor de betrokkenheid bij tal van projecten gedragen is op de werkvloer en medewerkers zich gewaardeerd voelen. **(AV)**
- De 4 hoofdverpleegkundigen en de verpleegkundig coördinator zijn om de 5 weken een week van wacht. Hierbij kunnen ze opgeroepen worden tijdens de avonduren, weekend en nacht. **(AV)**
- Er wordt naar gestreefd dat alle medewerkers minstens één functioneringsgesprek om de 2 jaar krijgen. Het aantal gevoerde functioneringsgesprekken wordt geregistreerd. **(AV)** In 2013 haalden bijna alle afdelingen de norm, één afdeling scoorde minder ten gevolge van personeelwissels en de werkdruk, waardoor een inhaalbeweging zich nu opdringt. **(Aanb)**  
In het kader van een goed en alomvattend HR-beleid is het aangewezen om functieomschrijvingen op te stellen voor de medische (sub)functies en referentieverpleegkundigen, en functioneringsgesprekken te organiseren in het medisch departement. **(Aanb)**
- Op basis van het aantal bedden dient men te beschikken over een mobiele equipe van 5,00 VTE, waarvan minstens 3,50 VTE verpleegkundigen. Men beschikt over een mobiele equipe van 5,50 VTE, waarvan 4,50 VTE verpleegkundigen.  
De mobiele equipe wordt verdeeld over de 4 afdelingen en wordt in eerste instantie ingepland op de drukste zorgmomenten 's morgens en 's avonds, op weekdays. Op die manier ontlasten ze de afdelingen op de drukste momenten en hoeft er bij afwezigheid van een medewerker op dergelijk moment niemand opgeroepen te worden. Voor vervangingen 's nachts en in het weekend wordt via de wacht van hoofdverpleegkundigen/verpleegkundig coördinator een oplossing gezocht. **(AV)**
- We bevelen aan om de vaste nachtmedewerkers systematisch een periode per jaar tijdens de dagdiensten in te schakelen. **(Aanb)**
- Er wordt geen beroep gedaan op jobstudenten of interimkrachten voor zorggerelateerde taken. Sporadisch worden wel jobstudenten ingezet voor facilitaire taken (bv. in de keuken of in het onderhoud). **(AV)**
- In het kader van 'zorg voor zorgenden' beschikt het ziekenhuis over een procedure 'opvang van personeelsleden na een suïcide of agressie'.  
Volgens de procedure gebeurt de eerste opvang bij voorkeur door de naaste collega's. De hoofdverpleegkundige is verantwoordelijk voor het eventueel opstarten van extra opvang voor de betrokkene(n) en het melden van het incident via het meld- en leersysteem. **(AV)**
- Er is een procedure voor disfunctionerende medewerkers. **(AV)** Een procedure voor disfunctionerende artsen is niet uitgewerkt. **(Aanb)**

## 6.2 Artsen

- Er werken 6 psychiaters. Deze werken allemaal voltijds, maar een deel van hen vervult ook taken binnen BW De Linde en AZ Diest (liaisonpsychiatrie).  
Er zijn 3 consultants: een algemeen geneeskundige, een internist-geriater en een neuroloog. Deze laatste werkt hoofdzakelijk in "De Veste", een centrum voor de ambulante diagnostiek van geheugenproblemen. **(AV)**

## 6.3 Vorming, training en opleiding (VTO)

- Het VTO-beleid van het ziekenhuis omvat volgende elementen: **(AV)**
  - Er is een intern vormingsaanbod, met een deel verplichte vorming bestaande uit:
    - Praktische overnametechnieken (wordt maandelijks aangeboden)
    - Reanimatietechnieken (in samenwerking met AZ Diest, 1 x / 2 jaar te volgen)
    - Suïcidepreventie (1 x / 3 jaar te volgen)
    - Aggressiebeheersing (1 x / 3 jaar te volgen)
  - Maandelijks is er gedurende een uur een vrij vormingsmoment georganiseerd door de hoofdgeneesheer waar vaak een casus uitgebreid besproken wordt.
  - Het aantal gevolgde uren vorming wordt geregistreerd door de hoofdverpleegkundigen van de afdelingen.
  - Tijdens intervisies wordt aandacht besteed aan casusbesprekingen. De intervisie gaat maandelijks door en wordt geleid door de afdelingspsycholoog.

Volgende elementen kunnen het beleid vervolledigen: **(Aanb)**

- Een uitgeschreven visie op VTO.
- Er wordt jaarlijks een vormingsbudget bepaald voor het hele ziekenhuis, maar de modaliteiten qua verdeling per discipline of afdeling zijn niet gespecificeerd.
- Een minimum aantal uren vorming per beroepscategorie.

## 6.4 Vrijwilligers

- Het ziekenhuis heeft een uitgebouwde vrijwilligerswerking met: **(AV)**
  - een duidelijke visie
  - een overeenkomst tussen ziekenhuis en vrijwilliger
  - een taakomschrijving
  - extra aandacht voor de screening en motivatie van de vrijwilliger
- De aansturing van de vrijwilligers gebeurt door de HR-manager samen met een bewegingstherapeut, die hiervoor deels is vrijgesteld. **(AV)**
- Op het ogenblik van de audit zijn er 5 vrijwilligers actief in het PK Sint-Annendael. **(AV)**

## 6.5 Bestaffing

- Per afdeling is er 's nachts minstens één verpleegkundige, op de opnameafdeling zijn er 2 of 1 verpleegkundige, samen met een zorgkundige.  
De hoofdverpleegkundige van Sint-Andries is verantwoordelijk voor het opmaken van de uurroosters van de (vaste) nachtdiensten.  
Functionerings- en evaluatiegesprekken met een personeelslid uit de nachtequipe worden gevoerd door deze hoofdverpleegkundige, samen met de hoofdverpleegkundige van de afdeling waarop de nacht werkt en de verpleegkundige coördinator. **(AV)**

## 7 Processen

---

### 7.1 Organisatie van zorg

- Er zijn vier verblijfsafdelingen:
  - Sint-Jan: opname en klinische behandeling voor volwassenen (34 bedden)
  - Sint-Godelieve: klinische behandeling en rehabilitatie voor volwassenen (32 bedden)
  - Sint-Andries: langverblijf en rehabilitatie voor volwassenen (32 bedden)
  - Sint-Elisabeth: gerontopsychiatrie: opname en klinische behandeling voor ouderen (32 bedden)
- Vanuit alle afdelingen is er een dagtherapeutisch aanbod. Dagpatiënten volgen er een programma dat vergelijkbaar is met dat van opgenomen patiënten. Enkel op afdeling Sint-Jan is er een aparte groep (van 7 tot 12) dagpatiënten, die ook in een apart gebouwtje wordt opgevangen. **(AV)**
- Er is een doorloopwoning met 8 studio's, waar ontslagklare patiënten zonder woning of met onvoldoende vaardigheden gedurende 6 of 12 maanden (of in bepaalde omstandigheden 9 of 18 maanden) kunnen wonen tijdens het zoeken naar een woning of terwijl ze de nodige vaardigheden proberen te verwerven. **(AV)** Deze patiënten volgen tijdens hun verblijf in de doorloopwoning ook allemaal een postkuurbegeleiding vanuit het ziekenhuis.
- De inclusie- en exclusiecriteria zijn geformuleerd op het niveau van de verschillende zorgprogramma's. Samen vormen ze de in- en exclusiecriteria op het niveau van het ziekenhuis. **(AV)**
- Gezien de kleinschaligheid is de patiëntenpopulatie op de verblijfsafdelingen vrij heterogeen. De afdelingen werken over het algemeen met meerdere basis-therapie-schema's, aangepast aan hun deelpopulaties. In functie van de specifieke noden en behoeften van elke patiënt, wordt elk therapieschema evenwel nog in geruime mate verder gepersonaliseerd. Het feit dat veel van de activiteiten afdelings- en zorgprogramma-overstijgend worden aangeboden, maakt dat een groot aantal modules inzetbaar zijn voor veel patiënten, waardoor heel sterk op maat kan worden gewerkt. **(SP)** Het multidisciplinaire team kiest – in samenspraak met de patiënt – welke therapeutische activiteiten aangewezen zijn in functie van de doelstellingen van de patiënt.
- Multidisciplinaire teambesprekingen gebeuren meestal enkel met de hulpverleners die het dichtst bij de zorg voor de patiënt in kwestie betrokken zijn: de arts, psycholoog, de hoofdverpleegkundige, de individueel begeleidende verpleegkundige. **(AV)**
- Om de continuïteit van het behandelaanbod bij afwezigheden van therapeuten te waarborgen, stelt de directie voorop dat er binnen elk basistherapie-schema altijd minstens drie betekenisvolle blokken moeten kunnen aangeboden worden, hetzij door een vervanging van medewerkers, hetzij door aangeboden therapieblokken te verschuiven of om te wisselen. **(AV)** Tijdens de gesprekken op de afdelingen bleek evenwel dat deze afspraken niet gekend zijn. Desondanks worden op elke afdeling inspanningen geleverd om op elk moment een zinvol aanbod te kunnen aanbieden.
- Het gerontopsychiatrisch diagnosecentrum De Veste is een ambulante consultatiedienst: een multidisciplinair team (psychiater, neuroloog en klinisch psycholoog) evalueert en diagnosticeert personen met een gerontopsychiatrisch probleem van cognitieve of functionele aard. De diagnostische handelingen omvatten consultaties bij de vernoemde specialisten, een neuropsychologisch testonderzoek en technische onderzoeken



(bloedonderzoek, CT, NMR, ...). Bundeling van deze gegevens tijdens het multidisciplinair overleg leidt tot een diagnose, een advies rond behandeling, ondersteuning en eventuele follow-up.

De Veste heeft een aparte ingang, wat een drempelverlagende werking heeft. **(AV)**

- In dit ziekenhuis wordt er elektroconvulsietherapie (ECT) aangeboden. Hierbij worden patiënten overgebracht naar het AZ Diest. **(AV)**

## 7.2 Procedurebeheer

- In het kwaliteitshandboek PK Sint-Annendael, zelfevaluatie 2013, is er een hoofdstuk waarin 'Procedure voor het opstellen en verspreiden van procedures' is uitgeschreven. Deze procedure is van toepassing op de procedures van de PK Sint-Annendael, meer bepaald van het zorgdepartement. Ze beschrijft hun opmaak, hoe en aan wie zij verdeeld worden, de wijze waarop zij bewaard en geactualiseerd worden en wie het beheer erover heeft. **(AV)**
- Het is niet duidelijk om de hoeveel tijd procedures moeten geherevalueerd worden. **(TK)**

## 7.3 Medicatiedistributie

### Situering

- De apotheek levert, behalve alle farmaceutische producten aan het ziekenhuis, ook sporadisch niet-patiëntgebonden medicatie en producten aan de beide woonzorgcentra van de vzw.
- De apotheek is van maandag tot en met woensdag en op vrijdag open van 8u30 tot 13u00. Op donderdagvoormiddag is de apotheek gesloten maar is de apotheekassistent aanwezig voor administratieve taken. Buiten deze uren kan medicatie uit een noodkast gehaald worden, en is de apotheker meestal telefonisch bereikbaar. Indien een medicijn niet voorradig is, kan er beroep gedaan worden op de apotheek van het AZ Diest. Alhoewel deze regeling al lange tijd in de praktijk bestond, werd de samenwerkingsovereenkomst pas recent getekend.
- Tijdens de audit werd gesproken met de hoofdapotheker. Zij bekleedt deze functie sedert ongeveer 3 jaar. Medicatiedistributie was ook een aandachtspunt tijdens de bezoeken aan de verschillende afdelingen.

### Beleid en strategie

- Buiten de 4 vergaderingen van het medisch-farmaceutisch comité / comité medisch materiaal / comité ziekenhuishygiëne waarvan de hoofdgeneesheer deel uitmaakt, is er in dit ziekenhuis geen overleg op structurele basis tussen directie en ziekenhuisapotheker. Door het gebrek aan overleg wordt de apotheek te weinig of te laat beleidsmatig betrokken om te kunnen inspelen op alle beleidsbeslissingen die van belang waren of konden zijn voor de apotheek en de medicatiedistributie (bv. ze wordt slechts zijdelings betrokken bij gesprekken over samenwerking met UPC Sint-Jozef of AZ Diest, er is geen betrokkenheid bij de MIP-registratie en -analyse). **(NC)**
- De medicatiedistributie tot op patiëntniveau verschilt van afdeling tot afdeling. Vanuit de apotheek is er onvoldoende zicht op deze distributievverschillen. Een procedure over de medicatiedistributie ontbreekt. **(TK)**
- Er gebeurde recent een analyse van het voorschrijfgedrag van de artsen gedurende de laatste 3 volledige jaren. Het is de bedoeling om deze analyse vanaf nu jaarlijks op te

maken. Er is zowel aandacht voor de omzet als voor het verbruik. Daarnaast zijn er de verslagen van het medisch farmaceutisch comité, en de comités medisch materiaal en ziekenhuishygiëne die een beeld geven van de kwaliteit van de werking.

Binnen de apotheek wordt er op beperkte schaal aan klinische farmacie gedaan. De apotheker heeft via de papieren voorschriften zicht op de therapieschema's van de patiënten en verwittigt de betrokken artsen indien zij mogelijke interacties vermoedt. **(AV)** Het systematisch doen van steekproeven (bv. maandelijks per afdeling een aantal medicatieschema's bekijken en grondig evalueren, of tellen hoeveel medicijnen elke patiënt neemt) zou een belangrijke stap vooruit zijn om actiever de medicatie te screenen en het medicatiebeleid te beïnvloeden. **(Aanb)**

- Een gestructureerde aanpak van het kwaliteitsbeleid is onvoldoende uitgebouwd op apotheekniveau.  
Binnen de apotheek worden geen fouten of (bijna-)incidenten geregistreerd. In de rest van het ziekenhuis is er een MIP-registratie (melding incidenten patiëntveiligheid) waarbij ook medicatiefouten kunnen gemeld worden. Niettegenstaande er soms medicatiefouten worden gemeld, heeft de apotheker geen weet van gemelde medicatiefouten of analyses van gemelde incidenten waarbij medicatie een rol kan gespeeld hebben. Een analyse betreffende het voorschrijfgedrag werd in aanloop van de audit voor het eerst opgesteld. Er wordt geen jaarverslag opgesteld over de werking van de apotheek of de gedane verbeteracties, er zijn geen beleidsplan of beleidsdoelstellingen. **(TK)**  
We bevelen aan om de recente analyse over het voorschrijfgedrag in de toekomst te herhalen en verder uit te werken tot een jaarverslag, als onderdeel van een beleidscyclus. Door hierin ook de resultaten van bv. klinische farmacie, kwaliteitsmetingen op voorschriften en andere aspecten van de medicatiedistributie op te nemen, en door zwakten en knelpunten te benoemen en die vervolgens in een beleidsplan op te nemen, kan op beter gefundeerde wijze een proactief beleid gevoerd worden. Hieruit kunnen vervolgens die elementen gedestilleerd en onderbouwd worden die in overleg met de directie verder uitgewerkt moeten worden (bv. problematiek van unit-dosissen en herverpakken, klinisch werk...). **(Aanb)**
- We raden aan om op regelmatige basis overlegvergaderingen te organiseren met de apotheker van het AZ Diest en andere collega's en zo te zoeken naar verdere opportuniteiten: bv. afspraken rond het uitwisselen van richtlijnen (handhygiëne, opslag steriele goederen en medisch materiaal...), rond het bereiden van producten (magistrale bereidingen, steriele bereidingen...), over het herverpakken van medicatie of het participeren in de aankoop van een medicatieverdeelrobot... **(Aanb)**

## Middelen

- De apotheek bestaat uit een viertal ruimten: behalve een inkomgedeelte is er de ruimte waar de medicatiekasten staan opgesteld en een administratief gedeelte. In het inkomgedeelte zijn er een aantal doorgeefkasten, waar de afdelingen klaargezette medicatie kunnen ophalen en waar de noodkast staat opgesteld. De afdeling die medicatie nodig heeft, moet hiertoe de sleutel afhalen aan het onthaal (en hiervoor tekenen) en een formulier invullen in de kast, zodat de apotheek de spoedkast achteraf terug kan aanvullen en weet voor welke patiënt er medicatie uitgehaald werd. **(AV)**
- De 4 afdelingen worden wekelijks bevoorrad. Er is een kleine stock aan afdelingsgebonden medicatie. **(SP)**
- Op de afdelingen wordt de medicatie bewaard in een apart gedeelte van de verpleegpost (Sint-Elisabeth, Sint-Jan, Sint-Godelieve) of in een aparte afsluitbare ruimte (Sint-Andries). Op elke afdeling is er een afsluitbaar kastje voor de (patiëntgebonden) stock aan speciaal gereguleerde farmaca (narcotica/amfetamines...). **(AV)**

- De temperatuur van de koelkasten waarin medicatie bewaard wordt binnen en buiten de apotheek, wordt handmatig geregistreerd. In de apotheek gebeurt dit enkel op weekdays, op de afdelingen iedere dag. Zowel de temperatuur van de koelkast als van de ruimte waarin de medicatie bewaard wordt, wordt geregistreerd. Bij afwijkende waarden moeten de medewerkers de apotheek contacteren en op het einde van de maand worden de registratiebladen naar de apotheek gebracht. Deze werkwijze bracht verschillende problemen aan het licht, waardoor zowel in de apotheek als op de afdelingen bij voorrang klimatisatietoestellen werden geïnstalleerd. **(AV)** Desalniettemin verschaft de huidige werkwijze maar een beperkt zicht op de temperatuursevolutie: maxima en minima zijn niet steeds gekend en in de apotheek heeft men geen zicht op wat er tijdens het weekend gebeurt. **(TK)**

### Medewerkers

- Er is 1 apotheker en 1 apotheekassistente. De apotheker is meestal oproepbaar. Wanneer medicatie dringend nodig is en niet in de spoedkast zit, kan de apotheker meestal voor een oplossing zorgen, zoniet kan er beroep gedaan worden op de wachtdienst van het AZ Diest. Dit is uitermate zelden nodig (ongeveer 1 keer per jaar). **(AV)**

### Processen

- De medicatiedistributie vertoont, ondanks een aantal verbeteringen, nog steeds een aantal vermijdbare risico's. **(TK)**
  - De weekvoorraad wordt per patiënt bewaard in open bakjes waarop de naam van de patiënt gekleefd wordt; de kleur van deze bakjes verschilt tussen de afdelingen. Bovendien is er soms geen verschil qua kleur met de bakjes die er naast of onder staan en waaruit medicatie gehaald wordt voor het klaarzetten van de dagmedicatie.
  - De patiëntenvoorraad waar uit geput wordt bij het klaarzetten of uitdelen van de medicatie zit op 3 van de 4 afdelingen in gelijkaardige open bakjes. Van deze bakjes zijn verschillende kleuren in gebruik, die overeenkomen met een bepaalde voorschrijvende arts, maar de kleuren verschillen per afdeling (o.a. wegens het beperkte kleurassortiment van de bakjes).
  - Vloeibare medicatie wordt apart bewaard en 1 fles wordt voor meerdere patiënten aangewend.
  - Bakjes van verschillende (dag)patiënten worden in 1 kast naast en op elkaar bewaard, waardoor ze kunnen omvallen of waardoor er medicatie vanuit het ene bakje in een ander kan raken.
  - Medicatie wordt meegegeven aan dagpatiënten in een pillendoosje, waarop geen patiëntidentificatiegegevens zijn aangebracht. De verschillende pillendoosjes (bij bezoek een tiental) liggen samen op 1 werkblad, met daarop een losliggend papiertje met de naam van de patiënt.
  - De medicatie wordt voor 24 uur klaargezet door de nachtdienst (op Sint-Godelieve wordt voor de dagpatiënten gewerkt met klaarzetting per toedieningsmoment).
  - De medicatie wordt klaargezet in open potjes, zonder (patiënt)identificatie.
  - Deze potjes worden op verdeelplateaus geplaatst, waarop patiëntidentificatiegegevens zijn aangebracht. Per toedieningsmoment zijn er 1 of meerdere toedieningsplateaus. Op de afdeling Sint-Elisabeth verschilt de schikking van de potjes naargelang het toedieningsmoment. De nachtmedicatie is anders geordend dan de medicatie voor de andere toedieningsmomenten.
  - De meeste medicatie wordt tot het toedieningsmoment in de blister gelaten, maar een deel van de medicatie wordt zonder identificatiegegevens in de potjes geplaatst. Bij gebruik van halve pillen wordt de ene keer de gehalveerde pil in de geopende blister gelaten, de andere helft wordt dan zonder identificatiegegevens in het potje gedaan.
  - Medicatieschema's worden in mappen bewaard. De schema's zitten per kamer, waardoor bij meerpersoonskamers de medicatieschema's van

- verschillende patiënten samen zitten. Op sommige afdelingen zijn er mappen met schema's, gegroepeerd per arts, op andere afdelingen worden mappen samengesteld per groep kamers of per type patiënten (bv. dagpatiënten en postkuur, versus gehospitaliseerde).
- Medicatieschema's zijn op papier en het overschrijven van de schema's vormt een risico op overschrijffouten. De schema's worden bovendien niet gebruikt als voorschrift voor de apotheek, zodat ook tussen schema's en voorschriften verschillen kunnen ontstaan.
  - Er is geen sluitende stockcontrole op de speciaal gereguleerde medicatie (narcotica, amfetamines...).
- De narcotische medicatie van een patiënt (Durogesic® pleisters) bevond zich niet in het afsluitbare narcoticakastje, maar wel in diens bakje tussen de gewone patiëntenvoorraad. Nochtans stond in het narcoticakastje een bakje klaar met de naam van deze patiënt, maar daarin lagen de toedieningsbriefjes voor Rilatine® 10 mg en Rilatine® MR 30 mg van een andere patiënt. In het bakje van die andere patiënt werd, naast nog andere toedieningsbriefjes voor deze medicatie, effectief Rilatine® 10 mg en Rilatine® MR 30 mg aangetroffen, maar de briefjes die in dit bakje zaten waren niet correct en lieten geen stockcontrole toe. Op het ene briefje (voor Rilatine® 10 mg) werden er per dag telkens 2 comprimés afgetekend (terwijl volgens het medicatieschema deze 2 comprimés op een verschillend toedieningsmoment gepland stonden). Er was geen aanduiding van het aantal comprimés bij opstart van dit briefje, en evenmin van een subtotaal na het uithalen van medicatie. Op het andere briefje stond zowel naam als dosis van het medicijn verkeerd genoteerd (Kelatine 10 mg i.p.v. Rilatine® MR 30 mg). Volgens dit briefje waren er een 5-tal dosissen gebruikt geweest, terwijl er zich in de patiëntenvoorraad 3 doosjes bevonden met een wisselend aantal gelulen.
- Niet alle medicatiefouten worden geregistreerd in het MIP-systeem. De medewerkers maken een onderscheid tussen grote fouten en persoonlijke fouten. Hierdoor krijgt men een onvolledig en vertekend beeld van de fouten die het huidige systeem van werken met zich meebrengt.
- Daarnaast is er nog een voorraad van inspuitsbare medicatie in de 2 urgentiekoffers, en een flacon Xylocaine® in de hechtingsdoos die zich op iedere afdeling bevindt. **(AV)** Alhoewel gesteld wordt dat er 2 keer per jaar op de afdelingen een controle gebeurt van de vervaldata, konden voor de voorbije 4 jaar slechts 2 controles van de urgentiekoffer op Sint-Elisabeth aangetoond worden. **(TK)**

## Resultaten

- Geen enkele afdeling heeft een stock verdovende medicatie. **(AV)**
- Er is een geneesmiddelenformularium dat alle geneesmiddelenklassen omvat die in het ziekenhuis gebruikt worden. Wanneer van een formulariumgeneesmiddel een goedkoper alternatief beschikbaar is, dan wordt dit voorgesteld aan de voorschrijvende arts. **(AV)**
- Er wordt met verschillende psychiatrische ziekenhuizen samengewerkt voor de aankoop van medicatie. Op die manier staan de relatief kleine apotheken van deze ziekenhuizen sterker en kunnen ze kortingen verkrijgen die vergelijkbaar zijn met die van grotere ziekenhuizen. **(AV)**

## 7.4 Vrijheidsbeperkende maatregelen

### Situering

- Sint-Annendael beschikt over.
  - 4 afzonderingskamers, verspreid over 3 afdelingen

- 2 PAK's (Prikkel Arme Kamers) tussen Sint-Jan en de nieuwbouwafdeling Sint-Godelieve, waarvan de eerste kamer sinds een week in gebruik werd genomen. De andere PAK is nog niet helemaal afgewerkt.
- Tijdens de audit werden 4 afzonderingskamers bezocht en één PAK en 2 afzonderingsregisters zijn bekeken.
- Binnen het ziekenhuis bestaan volgende procedures betreffende vrijheidsbeperkingen:
  - “Vrijheidsbeperkende maatregelen” (september 2013), waarin o.a. fixatie beschreven wordt.
  - “PAK”. Deze procedure is nog niet gefinaliseerd.

### **Beleid en strategie**

- In het ziekenhuis is er een WERkgroep Bewust Beveiligen (WEBB), die de procedure rond vrijheidsbeperking heeft uitgewerkt, en nu verder toeziet op de verfijning en uitvoering er van. De werkgroep is multidisciplinair samengesteld en komt gewoonlijk 4 à 5 keer per jaar samen. Cijfergegevens over het aantal, de duur en de reden van afzonderingen, fixaties, separaties, en time-outs worden jaarlijks geëvalueerd. In de toekomst wordt ook de evaluatie van het gebruik van de PAK's een taak van deze werkgroep. **(AV)**
- Sluiten van kamers terwijl de patiënt in de kamer verblijft, wordt niet als een afzondering gezien. **(NC)**
- De procedure vrijheidsbeperkende maatregelen bevat een aantal belangrijke elementen:
  - Visie, met de wens tot het voeren van een afzonderings- en fixatiearm beleid,
  - Indicaties voor afzondering en fixatie, en tegenindicaties (bv. valpreventie).
  - Verwante begrippen zijn omschreven (bv. separeren zonder dat sprake is van een beschermingsmaatregel)
  - Arts als eindverantwoordelijke van de maatregel
  - Communicatie en dossiervorming bij afzondering en fixatie
  - Geoorloofde technieken voor fixatie

In de procedure vrijheidsbeperkende maatregelen ontbreken nog een aantal elementen: **(TK)**

- Het beleid rond kamerverpleging (o.a. indicaties), separeren en time-out
- Modaliteiten betreffende het toezicht (frequentie, al dan niet controle van parameters, toezicht via camera of ter plaatse, minimum aantal personen indien de afzonderingskamer wordt betreden...)
- Wijze van toezicht en evaluatie (o.a. frequentie) door de arts.
- Er is geen eenduidigheid over wanneer brand- en scheurvrij linnen gebruikt moet worden tijdens een afzondering.
- Onderhoud en toezicht op het gebruikte fixatiemateriaal.
- Beschrijving en indicaties voor het gebruik van bepaalde vrijheidsbeperkende materialen: blauwe lendengordels versus wit fixatiemateriaal, voorzettafels.
- Uitsluiting van bepaalde technieken (bv. lendenband in zetel zonder tussenstuk tussen de benen houdt een risico in, enkel lendengordel in bed).
- Een aparte, striktere, omschrijving van de indicaties voor fixatie.
- Alhoewel naar agressie verwezen wordt, ontbreekt in het ziekenhuis een uitgeschreven visie op en aanpak van agressie.

De procedure PAK, die nog niet gefinaliseerd is, maakt onderscheid tussen de termen separeren en time-out:

- “Separeren is een beschermingsmaatregel door tijdelijk onderbrengen van een patiënt in zijn open eigen kamer of beveiligde kamer (PAK of comfortroom) met als doel het voorkomen van verdere gedragsescalatie.  
Time-out is een beschermingsmaatregel door tijdelijk onderbrengen van een patiënt in een open prikkelarme ruimte met als doel het voorkomen van verdere gedragsescalatie.”  
Noch in theorie, noch in de praktijk is het onderscheid duidelijk. Bovendien heeft het ziekenhuis geen comfortrooms. **(TK)**
- Na elke vrijheidsbeperkende maatregel volgt er een bespreking van de toegepaste maatregelen. Bij de bespreking is er een duidelijke plaats voor de beleving van de patiënt. Op dit moment kan het team duiding geven bij bepaalde interventies. Mits toestemming van de patiënt kunnen ook familieleden deelnemen aan dit gesprek en is er ruimte voor hun beleving. Dit met als bedoeling dat het team zich bewust wordt van wat een afzondering voor een patiënt en zijn omgeving betekent. **(SP)**

### **Middelen**

- Alle afzonderingskamers zijn voorzien van camerabewaking. **(AV)**  
Er is in de afzonderingskamers geen klok voorzien op Sint-Jan, Sint-Elisabeth en Sint-Andries, ter bevordering van de oriëntatie in tijd. **(TK)**
- De PAK's zijn in feite afzonderingskamers, waarin een bed en een relaxzetel voorzien is. Er kan voor muziek gezorgd worden. Als de deuren van de kamer opengelaten worden, kan de patiënt beschikken over een kleine leefruimte, en eventueel ook de bediening van radio en TV. Er is buitenlicht en eventueel toegang tot een klein terras. Er is ook toegang tot een badkamer met inloofdouche, toilet en wastafel. Omwille van de privacy is in dit gedeelte geen camerabewaking mogelijk, maar de medewerkers ontvangen wel een signaal van zodra de badkamer betreden wordt. **(AV)**
- Het fixatiemateriaal ligt steeds klaar op het bed van de afzonderingskamers ongeacht of de patiënt gefixeerd gaat worden of niet. **(AV)**

### **Medewerkers**

- Op de afdeling Sint-Jan is een minimumpermanentie van 2 personen. Hierdoor kan de tweede persoon zo nodig hulp bieden op een andere afdeling (bv. bij het instellen van afzondering, bij noodzaak om gezamenlijk binnen te gaan). **(AV)**
- Per 3 jaar moeten verpleegkundigen en zorgkundigen minstens een vorming gevolgd hebben over vrijheidsbeperkende maatregelen. Deze vormingen worden 2 keer per jaar georganiseerd. Voor nieuwe personeelsleden beschikt elke afdeling daarenboven over een afdelingsspecifiek opleidingstraject waarin vrijheidsbeperkende maatregelen zijn opgenomen en de nieuwe medewerkers worden geacht de eerstvolgende opleiding mee te volgen. **(AV)**

### **Processen**

- Volgens de afzonderingsfiches wordt er toezicht gehouden om het half uur. Telkens moet een observatie genoteerd worden. **(AV)** De frequentie van controle aan bed is niet bepaald. Nu bestaat het toezicht voornamelijk uit visuele controle via het raampje of camera. Dit kan een controle ter plaatse onvoldoende vervangen (bv. 'patiënt slaapt' kan een verkeerde interpretatie zijn indien dit niet van nabij gecontroleerd wordt op gezette tijdstippen). **(TK)**
- 5 afzonderingsfiches werden ingekeken waarbij kon vastgesteld worden dat de meeste gegevens werden ingevuld. **(AV)** Enkele punten ontbraken eenmalig: volledige identificatie

(naam en voornaam + geboortedatum), het einduur van de afzondering, handtekening arts.

- Bij de PAK's beschikt men over een handleiding over hoe het afzonderingsregister correct moet ingevuld worden. **(AV)**
- Het geluid van de monitors kan sterk ingezoomd worden zodat de ademhaling van de patiënt hoorbaar is. De beelden van de monitors kunnen (bv. als het personeel wordt weggeroepen) overgebracht worden naar de monitors van andere afdelingen. **(AV)**

## Resultaten

- In 2013 gebeurden er 63 afzonderingen waarvan 25 (=40%) met fixatie. Er is een dalende trend merkbaar t.o.v. 2011 (80 afzonderingen). **(AV)**
- Op Sint-Elisabeth worden patiënten 's nachts soms gefixeerd (met 3- of 5-puntsfixatie). Uit de dossiercontroles bleek hiervoor een medisch order aanwezig te zijn, en elk gebruik van fixatiemateriaal werd afzonderlijk geregistreerd en gemotiveerd. **(AV)**
- Zowel binnen als buiten de isolatieruimten wordt tweepuntsfixatie of eenpuntsfixatie (enkel een lendenband) gebruikt, dit wordt niet steeds geregistreerd. **(TK)**

## 7.5 Agressiebeleid

### Beleid en strategie

- In het ziekenhuis ontbreekt een uitgeschreven visie op agressie. Dergelijke visietekst bevat idealiter: **(Aanb)**
  - Wat verstaan wordt onder agressie en geweld
  - Wat toelaatbaar is en wat niet
  - Hoe agressie tot stand komt (bv. crisisontwikkelingsmodel)
  - Hoe agressie kan voorkomen worden door preventief op te treden
  - Vormingen in verband met agressiebeheersing
  - Het waarom en hoe betreffende opvang van personeel, betrokken patiënt, andere patiënten en familieleden

### Processen

- Agressie-incidenten (verbaal en/of fysiek, van patiënt gericht naar medewerker) dienen gemeld te worden via MIP (Meldingen Incidenten Patiëntenzorg), maar dit gebeurt niet of zelden. Ook suïcides en suïcidepogingen worden meestal niet gemeld via dit systeem. **(TK)**

Op beleidsniveau is men zich hiervan bewust. Daarom worden verschillende inspanningen gedaan om medewerkers te motiveren alle incidenten in te geven.

  - Maandelijks verschijnt in het ziekenhuis een personeelsblad, 'ZorgInfo', waarin de noodzaak en het belang regelmatig wordt aangehaald en waarbij dan een oproep wordt gedaan om MIP meer te gebruiken.
  - Het belang van de MIP registraties wordt herhaaldelijk benadrukt naar de hoofdverpleegkundigen.
  - De vorming agressiebeheersing bestaat uit een theoretisch deel en een praktijkdeel. Recent werd beslist om MIP als onderdeel van deze vorming mee te nemen, en het belang hiervan nog eens te duiden. **(AV)**
- Grote agressie-incidenten worden eerst besproken binnen de WEBB, met een analyse met de verpleegkundig zorgcoördinator. **(AV)**

- Via een intern alarmsysteem kan er steeds hulp ingeroepen worden van collega's op andere afdelingen. **(AV)**

## Resultaten

- Agressie-incidenten worden niet gemeld via MIP. **(TK)**

## 7.6 Suïcidepreventiebeleid

- Het ziekenhuis beschikt over een procedure 'preventie van zelfdoding'. Verder is er de flowchart 'Opvang personeelsleden na suïcide of agressie' en de flowchart 'aanpak van suïcidepreventie'. **(AV)**
- De suïcidepogingen worden niet bijgehouden of ingegeven in MIP. **(TK)**
- De procedure 'preventie van zelfdoding' beschrijft hoe personeelsleden op een uniforme manier te werk kunnen gaan. De procedure beschrijft 4 stappen voor het kunnen inschatten van het suïciderisico. Als er sprake is van een suïciderisico wordt er gewerkt met een kleurensysteem.  
In deze procedure is er ook aandacht voor: **(AV)**
  - Hoe omgaan met de dichtbetrokkenen
  - Informatieoverdracht aan dichtbetrokkenen en beroepsgeheim
  - Teamzorg
- In 2013 werden er 3 suïcides geregistreerd in het ziekenhuis, al deze suïcides gebeurden extramuraal. **(AV)** Van deze suïcides is er geen visgraat analyse. **(TK)**
- De risico-inschatting suïcide gebeurt niet systematisch bij elke opname. Pas als signalen worden opgemerkt door de medewerkers, wordt er een verdere inschatting gemaakt zoals beschreven in de procedure 'preventie van zelfdoding'. **(TK)**
- Sommige verpleegkundigen van afdeling St. Jan vervullen de liaisonfunctie in het AZ Diest. Zij gaan bij elke persoon die na een suïcidepoging op spoed AZ Diest terecht komt een risico-inschatting afnemen a.d.h.v. de IPEO schaal. **(AV)**

## 7.7 Klachtenmanagement / patiëntenrechten

### 7.7.1 Informatie over ombudsfunctie en patiëntenrechten

- Patiënten krijgen op verschillende manieren informatie over de ombudsdienst: op de website en in de algemene onthaalbrochure van PK Sint-Annendael staan de contactgegevens van de externe ombudspersoon vermeld. Op de bezochte afdelingen hangen ook posters met haar contactgegevens uit, en er zijn op alle afdelingen (en aan het onthaal) ook foldertjes over de externe ombudsfunctie beschikbaar. **(AV)**
- Informatie over de patiëntenrechten wordt minder systematisch aangeboden. **(Aanb)**  
Noch de website, noch de onthaalbrochure bevat een beschrijving van of verwijzing naar de patiëntenrechten.  
Heel af en toe (minimaal om de twee jaar, of ad hoc naar aanleiding van bepaalde gebeurtenissen) geeft de ombudspersoon een informatiesessie voor patiënten waarop de patiëntenrechten worden toegelicht. Op minstens één afdeling doet de sociale dienst dit ook regelmatig, maar het is zeker geen veralgemeende praktijk binnen het ziekenhuis.



- Medewerkers (inclusief artsen) kregen de voorbije jaren geen vorming over patiëntenrechten, over klachtenmanagement en/of over manieren om op hun afdeling activiteiten te ontplooiën ter operationalisering van patiëntenrechten. **(TK)**
- Er is een procedure rond inzage van het patiëntendossier; er is een versie voor teamleden, één voor artsen en één voor patiënten. **(AV)** De procedure vermeldt niet wat de maximale totale kost is van een (papieren of elektronisch) afschrift van het dossier. **(NC)**
- Er is geen procedure rond het geven of krijgen van een “second opinion”. **(TK)**
- Er is geen procedure “weigeren behandeling”. **(TK)**

### 7.7.2 Klachtenmanagement

- Er is een klachtenprocedure (inclusief duidelijke flowchart), waar ook in de onthaalbrochure naar verwezen wordt. Patiënten kunnen hun ongenoegen in eerste instantie bespreken met het betrokken personeelslid of met één van diens oversten, maar kunnen ook steeds rechtstreeks bij de externe ombudspersoon terecht. **(AV)**
- Deze externe ombudspersoon is werknemer van het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant (Vlabo), en is ook werkzaam in BW De Linde en enkele andere GGZ-voorzieningen in Vlaams-Brabant. Bij afwezigheid door ziekte of verlof wordt zij vervangen door een collega van het overlegplatform. **(AV)**
- De externe ombudspersoon is telefonisch, via mail en via brief bereikbaar. Elke donderdagmiddag is ze in het ziekenhuis aanwezig (in een lokaal dicht bij het onthaal) en persoonlijk aanspreekbaar.  
Op elke afdeling en aan het onthaal hangt ook een brievenbus (met foldertjes van de ombudsfunctie), die door de ombudspersoon wordt geleidigd tijdens haar wekelijkse rondgang. Tijdens die rondgang is zij ook aanspreekbaar voor mensen met een beperkt uitgaansregime en voor patiënten in afzondering wanneer zij daar naar vragen. **(AV)**
- De ombudspersoon kan doorgaans op constructieve medewerking rekenen bij het afhandelen van meldingen. **(AV)**
- De ombudspersoon krijgt de gelegenheid om het jaarverslag intern toe te lichten aan de directeur patiëntenzorg. Daarnaast is er soms een overleg met de kwaliteitscoördinator. **(AV)**
- De ombudspersoon kan systematischer betrokken worden bij het verbeterbeleid: **(Aanb)**
  - Het is voor de ombudspersoon niet altijd duidelijk of en waarom het ziekenhuis al dan niet verbeteracties plant op basis van de geformuleerde aanbevelingen.
  - De externe ombudspersoon krijgt de resultaten (en eventuele commentaren) van de patiëntentevredenheidsvragenlijsten niet standaard; ze werd wel betrokken bij het opstellen van de vragen.

## 8 Resultaten

---

### 8.1 Patiënt/familiegeoriënteerde zorg

- De familie van de patiënt wordt op diverse manieren betrokken bij de zorg van patiënt:
  - Op afdeling Sint-Godelieve hebben de verpleging en de psychologe altijd een gesprek met de familie van de patiënt in de eerste fase van de opname; de resultaten hiervan worden genoteerd in REGAS en worden besproken tijdens het multidisciplinair overleg. De arts heeft enkel contact met de familie op hun expliciete vraag. **(AV)**
  - Vaak is er telefonisch of informeel (bv. tijdens bezoek) contact met de familie, maar dit wordt niet genoteerd in het dossier (soms wel in het toerboek). **(AV)** Het zou handiger zijn mocht een korte neerslag terug te vinden zijn in het elektronische patiëntendossier zodat elke hulpverlener op elk moment gemakkelijk de notities kan terugvinden wat de communicatie bevordert tussen familie, patiënt en hulpverlener. **(Aanb)**
  - Binnen de zorgprogramma's zijn er specifieke psycho-educatieprogramma's voor familie. Bij de start van een reeks psycho-educatiesessies wordt in team bekeken welke families hier baat kunnen bij hebben, waarna deze worden uitgenodigd. **(AV)**  
Men heeft geen zicht op wie de psycho-educatieprogramma's ook effectief volgt. Het lijkt ons raadzaam om dit toch op te volgen en dit te laten evalueren, zodat dit kan gelinkt worden aan de evaluatie van de zorgprogramma's. **(Aanb)**
- Op afdeling Sint-Andries heeft de individuele begeleider ter voorbereiding van de teambespreking een gesprek met de patiënt; nadien wordt ook feedback gegeven door diezelfde begeleider (of door een andere verpleegkundige).  
Op afdeling Sint-Godelieve zijn patiënten soms ook zelf aanwezig bij de teamvergadering. Op deze afdeling wordt ook gewerkt met een zogenaamd "spoorboekje", waarin patiënten zelf hun doelstellingen op verschillende gebieden formuleren, die vervolgens de kapstok vormen voor de therapeutische activiteiten. Op die manier wil men de patiënt als gelijkwaardige partner responsabiliseren, en niet louter een "ontvanger van zorg" laten zijn. **(AV)**
- Er wordt veel belang gehecht aan het behouden of herintroduceren van "het normale" tijdens een opname. **(SP)** Op afdeling Sint-Elisabeth bv. zetten patiënten zelf de tafels, ze doen de afwas, helpen bij het koken en het tuinieren, de was en strijk worden – indien opportuun – door patiënten gedaan...

### 8.2 Samenwerkingsverbanden

- Het ziekenhuis maakt deel uit van het artikel 107-project "Transmurale zorg Leuven en Tervuren", maar heeft geen bedden buiten dienst gesteld. Wel zet men verschillende personeelsleden in (bv. mobiel team, coördinator extramurale zorg, doorloopwoning) binnen het gevormde netwerk. **(AV)**
- Met de ziekenhuizen van het UZ Leuven zijn er volgende formele overeenkomsten gesloten: **(AV)**
  - Overeenkomst van (2003) inzake de overdracht van 3 C/D bedden van UZ Leuven naar vzw De Linde voor de creatie van plaatsen beschut wonen voor de regio Diest en Aarschot.

- Overeenkomst (2008) tussen vzw Vereniging Diestse Ziekenhuizen, vzw St-Annendael Grauwzusters, UPC KU Leuven en KU Leuven / UZ Leuven, betreffende samenwerking. Deze samenwerking wordt momenteel verder geconcretiseerd.
- Intentieverklaring “Campus Lubbeek” (2011) tussen vzw Universitair Centrum St-Jozef, vzw St-Annendael Grauwzusters, UPC KU Leuven en KU Leuven / UZ Leuven, die een juridisch kader schetst voor gezamenlijke exploitatie van ouderenzorg- en geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen.
- Overeenkomst (2012) tussen UC St-Jozef en St-Annendael Grauwzusters betreffende de overdracht van 10 A-bedden naar St-Annendael.
- Met andere partners zijn er volgende overeenkomsten: **(AV)**
  - Intentieverklaring (2001) en samenwerkingsovereenkomst (2003) met de Vereniging van Diestse Ziekenhuizen
  - Overeenkomst met de D-dienst (2002) en met de commissie medische ethiek (2010) van het AZ Diest
  - Principieel samenwerkingsakkoord met de GDT vzw Goal gezondheidsoverleg arrondissement Leuven en vzw De Linde, initiatief beschut wonen regio Diest-Aarschot (2010)
  - Overeenkomst met CGG Vlaams-Brabant Oost (2000).
  - Overeenkomst tot oprichting van het samenwerkingsverband overlegplatform geestelijke gezondheidszorg Vlaams-Brabant (2007)
  - Overeenkomst met AV Virga Jesseziekenhuis betreffende het multidisciplinair referentiecentrum voor chronische pijn (2003)
- Vanuit de vzw Sint-Annendael Grauwzusters ontstonden initiatieven betreffende maatschappelijke beeldvorming over geestelijke gezondheid. Deze initiatieven, die sinds 2004 ook buiten de muren van het ziekenhuis komen onder de noemer “TE GEK” werden intussen ondergebracht in een aparte vzw. Er gebeurden optredens in de Ancienne Belgique, fietstochten (Te Gek!? Tour de France / Te Gek op pedalen), toneelvoorstellingen (o.a. De Diepte van het Dal)... Het peter- en meterschap wordt opgenomen door bekende mediafiguren. **(SP)**

### 8.3 Cijfergegevens

- In 2013 werden er 517 opnames (zonder intermediair ontslag) verricht, waarvan 271 (52%) eerste opnames. Het ging om 426 volledige hospitalisaties en 91 partiële opnames (dag of nacht). De gemiddelde ligduur verschilt sterk naargelang de afdeling maar bedroeg gemiddeld voor het ziekenhuis ongeveer 332 dagen, in totaal werden 49762 ligdagen gerealiseerd. **(AV)**
- De bezettingsgraad van het ziekenhuis bedroeg in 2013 (exclusief daghospitalisatie) 82,32%. Voor daghospitalisatie lag de bezetting op 88,82%. Per afdeling geeft dit volgend beeld: **(AV)**

	Sint-Jan	Sint-Godelieve	Sint-Andries	Sint-Elisabeth
Volledige hospitalisatie (A / T / Tg)	76,36 %	72,59 %	98,32 %	82,39 %
Partiële hospitalisatie (a(d) / t(d) / t(n))	120,52 %	87,39 %	120,24 %	24,82 %