



Auditverslag

Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg

Aangepast verslag

Inhoud

1	Inleiding	4
1.1	Toepassingsgebieden	4
1.2	Definities	4
1.2.1	Algemene vaststellingen	4
1.2.2	Sterke punten.....	4
1.2.3	Non-conformiteiten.....	4
1.2.4	Tekortkomingen	4
1.2.5	Aanbevelingen	4
1.3	Auditdata	5
1.4	Samenstelling van het auditteam.....	5
1.5	Auditplan	5
1.6	Identificatie van de instelling	6
1.6.1	Contactgegevens	6
1.6.2	Organogram	6
1.6.3	Geneesheer - diensthoofd per dienst	6
1.6.4	Gemachtigd geneesheer voor toezicht op gedwongen opname	7
2	Administratieve gegevens	8
2.1	Laatste erkenning	8
2.2	Bemerkingen.....	8
3	Architectuur.....	9
3.1	Veranderingen sinds laatste verslag + data brandweerattest en brandweerverslag....	9
4	Module leiderschap	10
4.1	Opdrachtverklaring.....	10
4.2	Organisatiestructuur.....	11
4.3	Beleids- en adviesorganen	12
4.3.1	Raad van Bestuur – Directiecomité – Medische Raad	12
4.3.2	Ethisch Comité	13
4.3.3	Comité voor Ziekenhuishygiëne	15
4.4	Leiderschapsstijl en opleiding	17
5	Module Beleid en Strategie	19
5.1	Algemeen beleid – Strategisch management	19
5.2	Medisch beleid	21
5.3	Verpleegkundig beleid	29
5.4	Therapeutisch beleid	31
5.5	Kwaliteitsbeleid – Risicomanagement	33
6	Module Medewerkers	37
6.1	Personeelsbeleid	37
6.2	Personeelsomkadering	40
7	Module Partnerschap en Middelen	43
7.1	Ombudsfunctie	43
8	Module Processen	47
8.1	Organisatie van zorg.....	47
8.2	Intern rampenplan.....	52

8.3	Apotheek en medicatiedistributie	52
8.4	Werking van diensten	55
8.4.1	Dienst EPSI.....	55
8.4.2	Dienst X0 – kinderpsychiatrie 't Spoor.....	59
8.4.3	Dienst Z2 De Feniks	60
9	Module Resultaten	64
9.1	Resultaten bij klanten	64
9.2	Resultaten bij medewerkers	65
9.3	Resultaten in de samenleving.....	66
9.4	Resultaten sleutelactiviteiten	67
10	Bespreking	69

1 Inleiding

1.1 Toepassingsgebieden

Kwaliteit van zorg.

Toetsing van de federale erkenningsnormen.

Evaluatie van het kwaliteitsbeleid i.f.v. het kwaliteitsdecreet.

1.2 Definities

In het auditverslag wordt gebruik gemaakt van 5 soorten vaststellingen:

1.2.1 Algemene vaststellingen

Deze elementen scoren niet negatief en niet positief. Ze worden beschouwd als nuttige achtergrondinformatie.

1.2.2 Sterke punten

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

1.2.3 Non-conformiteiten

Dit zijn de elementen die niet conform de norm zijn. Hiervoor zullen de auditoren zich baseren op de wetgeving. Gezien het agentschap Zorg en Gezondheid bevoegd is voor deze regelgeving en de interpretatie ervan dienen deze non-conformiteiten te worden gelezen als een "voorstel van non-conformiteit". Het agentschap Zorg en Gezondheid kan deze kwalificatie wijzigen.

1.2.4 Tekortkomingen

Hierbij gaat het om aspecten waarvoor het ziekenhuis volgens de auditoren onvoldoende scoort, maar waarvoor geen wettelijke basis kan worden gevonden in de erkenningsnormen. Gezien het agentschap Zorg en Gezondheid bevoegd is voor deze regelgeving en de interpretatie ervan dienen ook deze tekortkomingen te worden gelezen als een "voorstel van tekortkoming". Het agentschap Zorg en Gezondheid kan deze kwalificatie wijzigen.

1.2.5 Aanbevelingen

De auditoren kunnen ook aanbevelingen doen, namelijk adviezen (niet dwingend en niet gebonden aan normering) ter verbetering van de kwaliteit van zorg.

Het agentschap Zorg en Gezondheid zal op basis van deze informatie de definitieve kwalificatie van de vaststellingen alsook, met betrekking tot sommige non-conformiteiten, de uiterlijke termijnen bepalen tegen wanneer de instelling gevolg moet geven aan de opmerkingen. Indien er geen termijn aan gekoppeld werd, dient de non-conformiteit weggewerkt te worden tegen de volgende audit. Non-conformiteiten en tekortkomingen zullen steeds het voorwerp uitmaken van een opvolging.

1.3 Auditdata

De audit vond plaats op volgende data:

14 februari 2012	Audit
16 februari 2012	Audit
21 februari 2012	Audit

Op datum van 26/04/2012 was er een terugkomdag in Brussel. Opmerkingen of toevoegingen van deze terugkomdag zijn in het definitief verslag opgenomen in *cursieve* vorm.

1.4 Samenstelling van het auditteam

XXXX	Hoofdauditor, psychiater
XXXX	Auditor, verpleegkundige
XXXX	Auditor, psycholoog
XXXX	Observator
XXXX	Observator
XXXX	Observator

1.5 Auditplan

	Dag 1		
	XXXX	XXXX	XXXX
9u00 – 10u00	Inleiding – voorstelling Zorginspectie en directie/staf		
10u00 – 12u30	Algemeen beleid en strategisch management	Verpleegkundig beleid	Kwaliteitsbeleid
12u30 – 13u45	lunch		
13u45 – 14u00	Kort overleg auditoren		
14u00 – 15u00	Medische Raad	Suïcidepreventie- en veiligheidsbeleid	Therapeutische beleid
15u00 – 16u00	Medisch Beleid	Medicatie distributie	

	Dag 2	
	XXXX	XXXX
9u30 – 10u30	Ethisch Comité	Afdelingsbezoek
10u30 – 11u30	Ombudsfunctie	
11u30-12u30	Afzondering en registratie	
12u30 – 13u30	Lunch	
13u30 – 15u00	Zorgprocessen	
15u00 – 16u00	Comité Ziekenhuishygiëne	

	Dag 3
	XXXX
9u00 – 10u00	Sociale en herstelgerichte zorg en zorg naar familie
10u00 – 12u00	Afdelingsbezoek
12u00 – 13u00	Lunch

1.6 Identificatie van de instelling

1.6.1 Contactgegevens

Naam	ZNA Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg
Adres	Lange Beeldekenstraat 267
Gemeente	2060 Antwerpen
Telefoon	03/217 71 11
Fax	03/217 71 01
E-mail	wvg@zna.be
Website	www.zna.be
Inrichtende macht	Vzw. ZNA Antwerpen
Voorzitter Raad van beheer	XXXX

1.6.2 Organogram

Algemeen directeur	Tot 1/2/2012: XXXX Vanaf 1/3/2012: XXXX Van 1/2/2012 tot 1/3/2012 neemt de heer XXXX de functie waar
Directeur patiëntenzorg	XXXX
Hoofdgeneesheer	XXXX
Voorzitter medische raad	XXXX
Administratief verantwoordelijke	XXXX

1.6.3 Geneesheer - diensthoofd per dienst

A	Geen
T	Geen
K	XXXXXX

Er zijn geen geneesheren-diensthouders aangesteld. Er zijn wel verantwoordelijke geneesheren per afdeling.

EPSI	XXXX
X0-adolescenten, 't Spoor	XXXX
X1-psychosezorg, De Mozaïek	XXXX
X2-psychosezorg, De Branding	XXXX
X4-psychosezorg, De Tandem	XXXX
X3-verslavingszorg, ...	XXXX
Z2 - depressie, De Feniks	XXXX
Daghospitaal, Het Keerpunt	XXXX
Daghospitaal, De Foyer	XXXX

1.6.4 Gemachtigd geneesheer voor toezicht op gedwongen opname

Dr. XXXX werd aangesteld als geneesheer- hoofd van dienst

1.6.5 Geslaagden in het examen voor functie van geneesheer – hoofd van dienst

Dr. XXXX, dr. XXXX, dr. XXXX, dr. XXXX en dr. XXXX

2 Administratieve gegevens

2.1 Laatste erkenning

- Aan Het Ziekenhuisnetwerk Antwerpen, Lange Beeldekensstraat 267, 2060 Antwerpen, werd onder het erkenningsnummer 998 een verlenging van erkenning verleend in Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg, Lange Beeldekensstraat 267, 2060 Antwerpen voor 243 bedden/plaatsen, zijnde:
 - 150 A-bedden (dag- en nachthospitalisatie) vanaf 1 januari 2008 tot en met 31 december 2011
 - 30 a-plaatsen (daghospitalisatie) vanaf 1 januari 2008 tot en met 31 december 2011
 - 18 K-bedden (dag- en nachthospitalisatie) vanaf 1 januari 2008 tot en met 31 december 2011
 - 35 t-plaatsen (daghospitalisatie) vanaf 1 januari 2008 tot en met 31 december 2011
 - 10 t-bedden (nachthospitalisatie) vanaf 1 januari 2008 tot en met 31 december 2011en een erkenning van 4 k-plaatsen (daghospitalisatie) vanaf 1/10/2006 tot en met 31 december 2011.
- Aan Het Ziekenhuisnetwerk Antwerpen, Lange Beeldekensstraat 267, 2060 Antwerpen, werd onder het erkenningsnummer 998 een voorlopige erkenning verleend in Psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg, Lange Beeldekensstraat 267, 2060 Antwerpen voor 18 a(dag)plaatsen vanaf 1 juli 2011 tot en met 31 december 2011.

2.2 Bemerkingen

Op datum van 14/02/2012 waren, de bedden/plaatsen als volgt toegewezen aan de verschillende afdelingen:

Afdeling	Kenletter
EPSI	8 A
Adolescenten Psychose	18 K, 4 k(d)
Psychosezorg X 1, first episode volwassenen, gesloten afdeling	28 A
Psychosezorg X 2, acuut, gesloten afdeling	28 A, 2 t(n)
Psychosezorg X 4, open vervolgafdeling	28 A, 2 t(n)
X 3, Verslavingszorg alcohol/medicatie	30 A, 2 t(n)
Z 2: Angst/depressie/verslavingszorg	28 A
Het Keerpunt, acute dagbehandeling psychose/verslaving	48 a (d)
De Foyer, chronische dagbehandeling psychose/verslaving	30 t(d)

3 Architectuur

3.1 Veranderingen sinds laatste verslag + data brandweerattest en brandweerverslag

- Op 30 maart 2011 werd door de brandweer van Antwerpen een onderzoek uitgevoerd inzake brandveiligheid op de campus Stuivenberg Psychiatrie. Het verslag van dit bezoek dateert van 2 september 2011.
- Er is een gunstig attest brandveiligheid ZNA Stuivenberg Psychiatrie met datum 9 september 2011, ondertekend door de burgemeester van de stad Antwerpen.

Tekortkoming

- In het verslag van de brandweer is sprake van aangevraagde afwijkingen, van nooduitgangen die slotvast waren en de aanwezigheid van (foutief) geparkeerde voertuigen die de bereikbaarheid van de instelling verhinderen voor de brandweer. Aan de opmerkingen van de brandweer dient onverwijld gevolg gegeven te worden en het agentschap Zorg en Gezondheid dient ervan op de hoogte gebracht te worden of de aangevraagde afwijkingen ook effectief bekomen werden.

4 Module leiderschap

4.1 Opdrachtverklaring

Algemene vaststellingen

- Er is een opdrachtverklaring ZNA psychiatrisch ziekenhuis Stuivenberg. Deze is vermeld in het kwaliteitshandboek en bestaat uit een algemene visie, een mensvisie, is geënt op een aantal waarden (respect en verantwoordelijkheid) zoals die ook voor de moederorganisatie ZNA beschreven zijn. Visie en waarden zijn vertaald in een specifieke opdrachtverklaring voor het ziekenhuis.
- De punten die vermeld werden in de opdrachtverklaring zijn
 1. Hulpverlening voor elke patiënt met psychiatrische klachten, vanuit een bio-psycho-sociaal model
 2. De verschillende functies en activiteiten: crisisinterventie, observatie, diagnose, acute, kortdurende en voortgezette behandeling, rehabilitatie en resocialisatie
 3. Accent op sociale psychiatrie
 4. Organisatie in een transmuraal concept
 5. Kwaliteit van zorg
 6. Aandacht voor deskundigheid, motivatie en welzijn van het personeel
 7. Open voor nieuwe tendensen in de psychiatrische zorg
 8. Aandacht voor veiligheid van patiënten.
- Deze opdrachtverklaring werd uitgewerkt in concrete punten.
- Een vaststelling die hierbij gemaakt kan worden is dat het ziekenhuis de voorbije jaren haar ambities teruggeschroefd heeft:
 - Het is nog steeds een belangrijk opleidingscentrum, maar heeft geen “universitaire” ambities meer, onder meer door een gebrek aan middelen en het niet tot stand komen van een voldoende samenwerking met de universitaire gemeenschap.
 - De deelname aan de initiatieven op forensisch psychiatrisch vlak staat ter discussie (meer bepaald: de forensisch psychiatrische unit voor high security zorg).
- De opdrachtverklaring is uitgewerkt door een kwaliteitswerkgroep waaraan “lokale” medewerkers geparticipeerd hebben.

Sterk punt

- De uitwerking van de opdrachtverklaring maakt ze wel heel concreet.

Tekortkoming

- Op basis van het engagement om een universitaire psychiatrie uit te bouwen die gebaseerd was op een samenwerkingsovereenkomst tussen universiteit Antwerpen, het UZA en de partnerziekenhuizen (w.o. ZNA) werd de psychiatrische afdeling (PAAZ) van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen gesloten, waardoor dit ziekenhuis niet meer over een volwaardige psychiatrische afdeling beschikt.
De doelstelling om te trachten om voor de PAAZ ZNA Stuivenberg die uit de overdracht van deze bedden ontstaan is een erkenning als universitaire dienst, functie of

zorgprogramma te bekomen volgens de modaliteiten van KB van 13 juni 2005 is niet gehaald.

Aanbevelingen

- Het ziekenhuis is een opleidingsziekenhuis en had zich mee geëngageerd om een universitaire psychiatrie uit te bouwen. In de opdrachtverklaring zijn heel wat elementen die hiertoe kunnen bijdragen wat in verspreide orde en onder het hoofdstuk “een organisatie die openstaat voor nieuwe tendensen in de psychiatrische zorgverlening” vermeld. Het zou goed zijn om duidelijk te stellen waar men precies voor staat en waar men voor gaat.
- Tegelijk is het aangewezen om de plooiën met de universiteit/het universitair ziekenhuis glad te strijken, anders gesteld om de opportuniteiten voor samenwerking die er in de grootste stad van Vlaanderen ongetwijfeld zijn optimaal te benutten, dit in het algemeen belang van de bevolking.
- Het zou goed zijn om de verhouding algemeen beleid versus kwaliteitsbeleid verder te verhelderen. Een verdere integratie zou vermoedelijk een meerwaarde kunnen betekenen.

4.2 Organisatiestructuur

Algemene vaststellingen

- Het ziekenhuis maakt deel uit van de ZNA-groep. Dit is een VZW die de vroegere OCMW-ziekenhuizen van Antwerpen exploiteert.
- Er is ook een samenwerkingsverband voor Beschut Wonen en een PVT. Het ziekenhuis is lid van het Overlegplatform GGZ van de provincie Antwerpen.
- Intern is de zorg georganiseerd over een aantal afdelingen die een dubbele naam hebben (enerzijds de naam van het gebouw, anderzijds een functionele naam).
- De bedoeling is om deze eenheden in een trajectvorming te betrekken. Meest gevorderd hierbij zijn de trajecten psychose en verslaving.

Non-conformiteiten

- Er zijn geen diensten georganiseerd per kenletter, met uitzondering van de K-dienst.
- De K-dienst wordt niet aangestuurd door het PZ.
- Er zijn geen geneesheren-diensthouders op basis van de kenletters. Er zijn wel geneesheren verantwoordelijk per afdeling.
- Het organogram is eenvoudig en hierdoor wat misleidend: zo is niet duidelijk gemaakt wie er hoofd van het verpleegkundig departement is, dat er geen eigen apotheek is,...
- Het PVT dient afzonderlijk van andere diensten te worden georganiseerd. PVT is tot op heden teveel verweven met het ziekenhuis. Voorbeelden hiervan zijn o.a. de

hoofdverpleegkundige PVT sluit aan bij overleg hoofdverpleegkundigen, nachtdienstoverleg van het PZ. Een en ander neemt niet weg dat een goede samenwerking als zinvol ervaren wordt. PVT dient wel in overeenstemming met de regelgeving beheerd en geëxploiteerd te worden.

Tekortkoming

- Er is geen communicatieorganogram, waarin de verschillende overleg-, advies-, en besluitvormende organen van het PZ beschreven staan.

4.3 Beleids- en adviesorganen

4.3.1 Raad van Bestuur – Directiecomité – Medische Raad

Algemene vaststellingen

- De aansturing van het ziekenhuis gebeurt in volgende cascade: algemene vergadering, raad van bestuur, managementcomité, lokale directie van het PZ.

De raad van bestuur neemt de strategische beslissingen. De raad van bestuur vergadert eens per maand. De leden van de raad van bestuur hebben een uitgebreide expertise. Er is een document ZNA corporate governance handvest dd. 21 december 2006.

De bevoegdheden van het managementcomité zijn: het uitwerken van strategie, bepalen van budget, operationele beslissingen. De lokale directie kan zich laten uitnodigen op deze vergadering. De directeur patiëntenzorg is lid van het managementcomité, de algemene directeur van het psychiatrisch ziekenhuis niet. Het managementcomité vergadert eens per week.

Er zijn een aantal ondersteunende en coördinerende organen (waarvan een aantal ook beschreven zijn in de algemene regeling van de rechtsverhoudingen tussen het ziekenhuis en de ziekenhuisgeneesheren) en reglement inzake organisatie en coördinatie van de medische activiteit.

- Op het niveau van het ziekenhuis is er een directieoverleg psychiatrie.
- Verder zijn er afdelingsbeleidsteams (arts-hoofdverpleegkundige-psycholoog) die eens per maand vergaderen, zijn er zorgcircuits/trajecten (met een zorgcoördinator) en een stuurgroep kwaliteit.
- Er is ook een medische staf die eens per week vergadert, er is eens per week een gelijkaardig overleg op niveau van de hoofdverpleegkundigen met het hoofd van het verpleegkundig departement. Ook de psychologen hebben regelmatig een overleg (eens per maand).
- Verder bestaat er ook een forum (op intranet, geen formeel organisatie-element) waarbij medewerkers kunnen meedenken over aangelegenheden die de organisatie aangaan: trajecten/werkgroepen psychose en verslaving, rond het renovatiedossier.

Medische Raad

Algemene vaststellingen

- Alle artsen zijn lid van de medische raad, met uitzondering van de hoofdgeneesheer. Er zijn 5 leden. Er werd in 2010 een verkiezing georganiseerd. De medische raad vergadert 10 keer per jaar. Er is geen algemene vergadering van ziekenhuisgeneesheren.
- Er is een algemene regeling op niveau ZNA en er is een financiële regeling. Er zijn nog twee statutaire artsen (OCMW).
- Centrale inning gebeurt door het ziekenhuis en bedraagt 3 %. Voor de raadplegingen is er een forfaitair bedrag dat gevraagd werd door de beheerder van het ziekenhuis. In het verleden was de afhouding 30 of 36 %, maar door de omzetting naar een forfaitair bedrag is er nu een incentive om het aantal raadplegingen uit te breiden. Er zijn geen afhoudingen voor Medisch Technische diensten omdat het psychiatrisch ziekenhuis hier niet over beschikt.
- Er is nog geen financiële commissie. Men heeft wel de intentie om deze op te starten. Er is geen POC (permanent overlegcomité).
- De verhouding artsen en directie wordt als goed omschreven.

Non-conformiteiten

- Het managementcomité is een figuur welke in de ziekenhuiswetgeving niet voorkomt.
- De algemene directeur van het PZ is geen lid van het managementcomité: hierdoor kan hij zijn bevoegdheden (operationele beslissingen) niet uitvoeren zoals voorzien in de wetgeving (de algemene directeur is verantwoordelijk voor de algemene gang van zaken in het ziekenhuis).
- Tevens ontstaat hierdoor een wijze van verantwoording die niet conform de wetgeving is (de algemene directeur is rechtstreeks verantwoording verschuldigd ten aanzien van de raad van bestuur).
- De hoofdgeneesheer heeft haar hoofdactiviteiten in een ander ziekenhuis, is hierdoor niet voltijds en exclusief verbonden aan het PZ.
- Er is geen financiële commissie.

4.3.2 Ethisch Comité

Algemene vaststellingen

- In 2008 werd in het PZ Stuivenberg een Ethisch Comité (E.C.) opgestart. De samenstelling is als volgt:
 - Arts: Dr. XXXX
Dr. XXXX
Dr. XXXX
Dr. XXXX

Dr. XXXX

- Huisarts (extern): Dr. XXXX
 - Meester XXXX
 - XXXX, hoofdverpleegkundige, voorzitter
- De werking van het E.C. is vastgelegd in het 'huishoudelijk reglement van het Ethisch Comité psychiatrisch ziekenhuis ziekenhuisnetwerk Antwerpen'. In art. 16 wordt de functie van het Comité als volgt omschreven:
 - Een begeleidende en raadgevende functie met betrekking tot de ethische aspecten van de ziekenhuiszorg
 - Een ondersteunende functie bij beslissingen over de individuele gevallen betreffende ethiek
 - Een adviserende functie met betrekking tot alle protocollen betreffende experimenten op de menselijke persoon.Onderzoeksvragen gericht aan het E.C. worden doorverwezen naar het E.C. van het Algemeen Ziekenhuis. Dit sluit echter niet uit dat het E.C. van het PZ advies kan geven.
 - De leden hebben een mandaat van 4 jaar dat hernieuwbaar is. In art. 14 van het huishoudelijk reglement worden de voorwaarden bepaald om lid te kunnen blijven van het Comité.
 - Van de vergaderingen wordt een verslag opgemaakt waaruit is af te leiden dat de hoofdgeneesheer en de voorzitter van de medische raad uitgenodigd worden op elke vergadering.
 - De voorzitter is verantwoordelijk voor:
 - het opmaken van de agenda
 - het overmaken van de agenda aan de leden (een 2^{de} maal een tweetal weken voor de vergadering als herinnering)
 - het overmaken van een schriftelijk antwoord aan de verzoeker, na betekening door alle leden.
 - Alle personeelsleden kunnen op intranet alle informatie terugvinden over de samenstelling van het E.C., het huishoudelijk reglement, en de protocollen. Ook de coördinaten van de secretaris en de voorzitter zijn vermeld, wat tegemoet komt aan de toegankelijkheid door het personeel.
 - Het jaaractiviteitenverslag van 2011 is een korte samenvatting van de onderwerpen die aan bod kwamen, m.n.:
 - communicatie op de afdelingen m.b.t. het 'Euthanasieprotocol' (staat ook op intranet)
 - de toegangsbeveiliging van het P-EPD (Psychiatrisch Elektronisch PatiëntenDossier)
 - 'Niet in de wet expliciet beschreven dwangmaatregelen'
 - overhandigen van medische gegevens (thema voor 2012).
 - In 2010 werd een 'Euthanasieprotocol' uitgewerkt dat op alle afdelingen in 2011 met het personeel werd besproken (uitzondering Dagbehandeling), onder begeleiding van een lid van het E.C.

Volgende onderwerpen staan op de agenda van het Ethisch Comité voor 2012:

- Een officiële euthanasievraag van een patiënt
- Overhandigen van medische gegevens
- De toegangsbeveiliging van het P-EPD.
- Gedwongen behandeling.

Non-conformiteit

- De hoofdgeneesheer en de voorzitter van de Medische Raad kunnen geen lid zijn of aansluiten bij de vergaderingen van het Ethisch Comité, net zomin als de directeur en het hoofd van het verpleegkundig departement.

Aanbevelingen

- Het E.C. bestaat momenteel uit 8 leden. Het in overweging nemen om het Comité uit te breiden met belangstellende niet-medische disciplines, wordt sterk aanbevolen.
- Het volgen van een cursus m.b.t. ethische kwesties door een teamlid kan een meerwaarde zijn voor het E.C.
- In het huishoudelijk reglement staan een paar artikels die niet van toepassing zijn voor het E.C. voor het PZ Stuivenberg. Het is dan ook aangewezen deze artikels in het huishoudelijk reglement te schrappen. Anderzijds wordt de samenstelling van het E.C. niet vermeld in het huishoudelijk reglement.

4.3.3 Comité voor Ziekenhuishygiëne

Algemene vaststellingen

- Door de fusie van de 3 ZNA-ziekenhuizen, gespreid over 7 sites en de onafhankelijkheid van het PZ bleek de aanhechting van het PZ aan het Comité Ziekenhuishygiëne van het grote fusieziekenhuis niet langer haalbaar. Een afzonderlijk Comité werd opgestart in januari 2008.
- Het team ziekenhuishygiëne bestaat uit:
 - Dr. XXXX, geneesheer-ziekenhuishygiënist en voorzitter van het comité voor het PZ Stuivenberg
 - Mevr. XXXX, verpleegkundig-ziekenhuishygiënist in opleiding (opleiding afgerond juni 2012).

De beide leden van het team zijn tewerkgesteld in ZNA en oefenen de functie van respectievelijk geneesheer-ziekenhuishygiënist en verpleegkundig-ziekenhuishygiënist uit in het PZ Stuivenberg en in het AZ Stuivenberg en Sint-Erasmus.

- Het comité is voor PZ Stuivenberg dd. als volgt samengesteld:
 - De directeur van het ziekenhuis
 - Het team voor ziekenhuishygiëne
 - De ziekenhuisapotheker, aanspreekpersoon voor het PZ
 - De hoofdgeneesheer
 - Microbioloog van ZNA
 - Het hoofd van het verpleegkundig departement (van ZNA)
 - 3 artsen van het PZ aangeduid door de Medische Raad

- 3 verpleegkundigen w.o. de directeur patiëntenzorg

Het Comité vergadert 4x per jaar.

De samenstelling van het Comité wordt herzien bij de eerstvolgende vergadering in maart 2012.

- In een beleidsplan, opgemaakt naar aanleiding van de opstart van het Comité, zijn o.a. missie, werking van het team en werking van het comité, samenwerking met het Regionaal Platform vastgelegd.
- De aanwezigheid in het ziekenhuis van het team ziekenhuishygiëne bedraagt ongeveer 2 u./week. Deze tijdsbesteding kan flexibel en volgens noodzaak worden ingevuld. Omdat het budget dat door de overheid ter beschikking wordt gesteld eerder klein is in verhouding met de activiteiten die verwacht worden verhoogt ZNA het budget om de werkingskosten te kunnen dekken.
- Het jaarverslag van 2010 werd voorgelegd omdat het jaarverslag van 2011 nog niet is opgemaakt. De jaarplanning is onderdeel van het jaarverslag.
- Naast de opvolging van de renovatiewerken in het ziekenhuis is de vooropgestelde jaarplanning voor 2012 de volgende:
 - Maart: beleid in PZ rond dragen van juwelen/handhygiëne
 - Juni: planning vorming/audits m.b.t. handhygiëne, voorkomen van prikaccidenten
 - September: griepvaccinatie, resultaten audit handhygiëne
 - December: griepvaccinatie, housekeeping/afvalbeleid
 - Stand van zaken renovatie.

Volgens noodwendigheid kunnen onderwerpen toegevoegd worden.

- M.b.t. (ziekenhuis)hygiëne kan het ziekenhuis beroep doen op procedures die gangbaar zijn in het ZNA.
Wat handhygiëne betreft is er een procedure die toepasbaar is in een psychiatrisch ziekenhuis. De procedure is sinds kort onderdeel van het arbeidsreglement. De Nationale campagne handhygiëne werd in 2010 toegelicht aan de afdelingshoofden met de opdracht deze toe te lichten op de afdeling. De nodige infrastructuur en het materiaal zijn ter beschikking waar nodig. Flyers/reminders worden opnieuw voorzien (geplastificeerd) bij de ingebruikname van de gebouwen na renovatie/nieuwbouw. Medewerkers die in contact komen met risicogroepen (bv. TBC) krijgen de nodige opvolging. Patiënten bekend in het AZ met MRSA worden bij opname in het PZ niet verder opgevolgd.

Non-conformiteiten

- Er is geen contract afgesloten met de organisatie dat de geneesheer-ziekenhuishygiënist en de verpleegkundig –ziekenhuishygiënist levert. Deze werkwijze wordt aanvaard op voorwaarde dat:
 - De geneesheer-ziekenhuishygiënist de wettelijke taken naar behoren uitvoert
 - De verpleegkundig-ziekenhuishygiënist deelneemt aan het comité voor ziekenhuishygiëne
 - De verpleegkundig-ziekenhuishygiënist op alle afdelingen aanwezig is en nagaat of de maatregelen m.b.t. ziekenhuishygiëne uitgevoerd worden.

- In het organogram van het PZ Stuivenberg wordt het team ziekenhuishygiëne vermeld. Uit het organogram is niet af te leiden dat de geneesheer-ziekenhuishygiënist aangestuurd wordt door de hoofdgeneesheer en de verpleegkundig-ziekenhuishygiënist door het hoofd van het verpleegkundig departement.

Aanbeveling

- De aanwezigheid van de verpleegkundig-ziekenhuishygiënist in het ziekenhuis is eerder beperkt. Omdat het opgezet beleid op een voldoende wijze zou geïmplementeerd en gedragen worden binnen het PZ is het aangewezen het werken met referentiepersonen ziekenhuishygiëne in overweging te nemen. Het volgen van een kortdurende opleiding is hierbij een pluspunt.

4.4 Leiderschapsstijl en opleiding

Algemene vaststellingen

- Tijdens de audit gaf het ziekenhuis een omschrijving van haar leiderschap die suggestief was voor een vlakke organisatie, maar in *haar reactienota verduidelijkte het ziekenhuis dat er toch een duidelijke verticale organisatie is: meer bepaald is er een duidelijk hiërarchisch onderscheid in de organisatie, die zich vertaalt in een directie en afdelingsbeleidsteams.*
De directie stuurt de afdelingen aan. Binnen de directie is er een overlegcultuur en de beslissingen worden zoveel mogelijk in consensus genomen, rekening gehouden met de te volgen strategie.
De afdelingsbeleidsteams (geneesheer, psycholoog en hoofdverpleegkundige) beslissen in overleg en zoveel mogelijk in consensus.
- De directie ziet haar leiderschapsstijl zowel sturend, coachend en als steunend.
- Bij de bespreking van dit onderwerp tijdens de audit viel verder op dat op directieniveau er een klemtoon lag op de gezamenlijkheid, op het gezamenlijk ontwikkelen, op het streven naar een gezamenlijke visie, waarbij men de eigen terreinen van bevoegdheid samen legt, men over elkaars terreinen heen vragen durft stellen. Dit heeft als gevolg dat er een grotere openheid is, dat er een democratischer werking is, evenwel niet op een naïeve manier.
- Een andere klemtoon die tijdens de audit naar voor kwam is ontwikkeling. Men wenst het talent op alle niveaus de kans te geven om zich te ontwikkelen. Er is een programma voor leidinggevend (via de vormingsdienst), onder meer voor afdelingshoofden om in orde te zijn met de vereisten i.v.m. functiecomplementen.
- In de verschillende zelfevaluaties met het oog op de audit, wat een mooie oefening is geweest, wordt het leiderschap, afdeling per afdeling besproken. Verschillende stijlen zijn in gebruik: zelfsturend, democratisch, coachend, delegerend, geëmancipeerd, participatief, situationeel. De variatie in stijlen is een interessant gegeven. Wellicht zou het boeiend kunnen zijn om hieromtrent een cultuurmeting te doen.
- Wat vorming en opleiding betreffen: dit werd verder niet afzonderlijk bevestigd. Sommige afdelingen signaleren in hun zelfevaluaties een aantal beperkingen: zowel

budgettair (35 euro opleidingsbudget per persoon), als organisatorisch (procedure vooral voor externe vormingen), als op het vlak van aandacht van de vormingscel van ZNA voor de specifieke noden. Langs de andere kant zijn er andere afdelingen die melding maken van verplichte bijscholingen, van seminars,...

Aanbeveling

- Het verdient aanbeveling om het hoger leidinggevend kader een degelijke managementopleiding aan te bieden.

5 Module Beleid en Strategie

5.1 Algemeen beleid – Strategisch management

Algemene vaststellingen

- Er is een discontinuïteit in de documentatie en presentatie van de beleidsvoering, waarbij een belangrijke verklaring lijkt te zijn dat de beleidsvoering van een meer operationeel naar een meer strategisch niveau gebracht werd.

Het laatste, degelijk uitgewerkte beleidsplan (actieplan 2010) dateert van 2010 en is vervat in het jaarverslag 2010.

- In het actieplan 2010 kwamen volgende topics aan bod
 1. Aandacht voor kwaliteit
 2. Aandacht voor patiëntveiligheid
 3. Samenwerking optimaliseren
 4. Competente en tevreden medewerkers
 5. Communicatie
 6. Het beleid neemt beslissingen betreffende financiële optimalisatie
 7. Een modern en goed onderhouden PZ
 8. Inbreng van cliënten

Dit beleidsplan was vergezeld van een erg beperkte SWOT-analyse. Het was wel evenwichtig en zorgvuldig opgesteld, met concrete doelen, duidelijke acties en eigenaren en opvolging.

- De beleidsplanning 2011 en 2012 vertoont niet meer dezelfde karakteristieken vanuit bestuurskundig perspectief: is meer strategisch/op hoofdlijnen. Dit valt samen en houdt dus vermoedelijk verband met een aantal gebeurtenissen. Zo is er een wissel geweest in de aansturing op directieniveau (nieuwe hoofdgeneesheer). Ook het uitwerken van een renovatiedossier lijkt een belangrijk gegeven geweest te zijn. Er was hierbij noodzaak om het beleid naar een meer strategisch niveau te trekken: men is opnieuw gaan stilstaan bij een aantal grote lijnen. Tegelijk lijkt er ook een wijziging te zijn in de cultuur van het ziekenhuis (er wordt meer openheid, betrokkenheid en samenhang gesignaleerd). Het auditteam vermoedt dat ook de evolutie van de financiële situatie van het ziekenhuis en het getroffen hebben van een financiële regeling met de artsen (die groei van de ambulante zorg mogelijk maakt), mee elementen geweest zijn die het zoeken naar kansen bevorderd hebben.
- Het vernieuwde strategisch beleid werd naar aanleiding van de audit gepresenteerd door de hoofdgeneesheer aan de hand van een document met als titel “visie, organisatie en infrastructuur”.
- In het onderdeel visie worden een aantal uitgangspunten over de toekomst geformuleerd.
 - Noodzaak aan afstemming van de GGZ organisatie op maatschappelijke behoeften, met klemtonen op de noodzakelijkheid van een evenwicht tussen zorgbehoefte en beschikbaar budget, een grotere vermaatschappelijking en een balanced care model.

- De rol van de psychiatrie als evidence based medische discipline, met het benadrukken van de rol van het ziekenhuis als opleidingscentrum en zijn participatie aan CAPRI met vermelding van het (doctoraats)onderzoek wat er loopt. Een en ander is nog niet voldoende doorvertaald naar de zorg zelf.
- Wat organisatie betreft de rol van het ziekenhuis
 - Als aanbieder van zorg voor volwassenen, als hoofdrolspeler in GGZ Antwerpen
 - Met zijn uitdagingen
 - Het uitbouwen van een netwerk van gerationaliseerd en modern zorgaanbod
 - De rol van psychiatrie binnen de zorgnetwerken in Antwerpen versterken
 - Zorgvernieuwing: ZNA hoofdpartner Antwerpse getrapte GGZ
 - Met als planning: instroom en uitstroom aanpassen
 - Herallocatie en versterking ambulante EPSI in PZ
 - Herschikking open aanbod met extra aanbod acute verslaving residentieel
 - Uitbouw dagbehandeling binnen zorgtrajecten psychose en verslaving
 - Uitbouw beschut wonen met doorgangshuizen
 - Uitbreiding care-functie: extra PVT
 - Uitbreiding consultatie psychiatrie met coaching als consultatieve service naar zorgpartners
 - Samenwerkingsverbanden met ADIC-crisisdienst en Free clinic via SODA
 - Participatie artikel 107 met een engagement voor realisatie van 2A en FACT Zuid en Kiel, participatie van functie 3,4 en 5
- Wat het luik infrastructuur betreft
 - Renovatie van het PZ Stuivenberg: met middelen van FOD volksgezondheid (realisatie 2014), ter waarde van 30 miljoen euro en af te schrijven over 33 jaar.
 - Met hieraan gebonden de verhuis van een aantal afdelingen: Z2 naar Sint-Erasmus, K-dienst naar Middelheim, administratie, directie en reva naar ZNA PZ, verhuis van PAAZ en verhuis van EPSI.
 - Op lange termijn: masterplan psychiatrie na verhuis van het Algemeen Ziekenhuis Stuivenberg 2020.
- Er werd geen overkoepelend beleidsplan 2012 gepresenteerd. Wel zijn er per afdeling beleidsplannen die gebouwd zijn rond een gemeenschappelijk stramien. In dit stramien is er aandacht voor kwalitatieve zorg, (samenwerking en communicatie), financiën, klinische kwaliteit, academie voor talent en sociale mix en groei. . Zij zijn wisselend van kwaliteit en bevatten soms rare uitspraken (vb. beleidsplan Z0: vermeldt onder de rubriek klinische kwaliteit: diefstalpreventie).

Toegankelijkheid

- *Financiële toegankelijkheid*

Er worden enkel kamersupplementen gevraagd op de privékamers (eenpersoonskamers) van afdeling Z2.

- *Geografische toegankelijkheid*

Het ziekenhuis bevindt zich in de binnenstad, binnen de Antwerpse ring. Er zijn degelijke verbindingen met het openbaar vervoer (ook premetro). Met de auto is het ziekenhuis zo goed als onbereikbaar. Er is wel een parking met capaciteit van 100 plaatsen in de Somméstraat.

- *Organisatorische toegankelijkheid*

Er is een in principe laagdrempelige toegang, door de aanwezigheid van EPSI. Er zijn geen exclusiecriteria voor EPSI en PZ specialiseert zich in psychose en verslavingszorg. Men verwijst naar de website voor bekendmaking van het zorgaanbod. Er is geen zwarte lijst.

Sterk punt

- Met de heroriëntatie van het beleid worden een aantal fundamentele problemen eindelijk aangepakt.

Tekortkoming

- De beleidsvoering vertoont vanuit bestuurskundig perspectief belangrijke hiaten: er is geen schriftelijk globaal beleidsplan meer sinds 2011.

5.2 Medisch beleid

Algemene vaststellingen

- Het ziekenhuis is een opleidingscentrum.
- Een opvallende vaststelling is dat er een grote verwevenheid en complementariteit is tussen de PAAZ van het AZ Stuivenberg en het PZ Stuivenberg.
- Er is in de context van opleiding een samenwerking met de Universiteit Antwerpen. Er zijn 8 opleidingsplaatsen, waarvan er 5 bezet zijn. In het UZA zijn er nog 2 assistenten in opleiding (artsen specialist in opleiding).
- Ook zijn er artsen in opleiding die een stage komen doen op de psychiatrische afdeling.
- Stagemeeester is Dr. Van Hecke. Hij heeft een doctoraat behaald en doet onderzoek rond functionele beeldvorming (fMRI). De stagemeeester zetelt in COPA (commissie opleidingen Antwerpen), een samenwerking tussen het PZ Stuivenberg, UZA, PZ Broeders Alexianen Boechout en PZ St. Norbertus Duffel. De stagemeeester is betrokken bij het academisch onderwijs (functionele beeldvorming, gesprekst rainingen).
- Wat wetenschappelijk onderzoek betreft lopen er momenteel twee grotere projecten, dit in samenwerking met Nederlandse onderzoeksgroepen (Vrije Universiteit Amsterdam, Groningen): rond cognitieve processen bij verslaving, apathie en cognitie bij schizofrenie.

Ook met de Antwerpse Hogescholen is er samenwerking, o.m. rond eindwerken (Lessius, Karel De Grote).

- Men richt zich wat doelgroepen betreft op patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis.
De diagnostische categorieën zijn: verslaving 34%, psychose 33 %, depressie en aanpassingsstoornissen 23 %, andere 6 %, persoonlijkheidsstoornissen 3 %, psychosomatiek 1 %. Men probeert lang verblijf te weren, mentaal gehandicapten worden uitgesloten. Er is een aparte procedure voor geïnterneerden. Patiënten met een depressie worden vooral naar de PAAZ afgeleid. Wat verslaving betreft probeert men zich te beperken tot alcoholverslaving, medicatieverslaving en gokken. Patiënten met illegale drugs worden naar ADIC verwezen, patiënten met een dubbele diagnose gaan naar Boechout of Sleidinge.
- De klinische zorgorganisatie is als volgt

Unit	Kenletter	Doelgroep	Psychiater
EPSI	8 A	Psychiatrische spoedopnames	Dr. XXXX
X 0, 't Spoor	18 K 4 k (d)	Adolescenten psychose	Dr. XXXX
X 1, De Mozaïek	28 A	Psychose first episode volwassene	Dr. XXXX
X 2, De Branding	28 A 2 t (n)	Psychose: acuut	Dr. XXXX
X 3,...	30 A 2 t (n)	Verslaving alcohol/medicatie	Dr. XXXX
X 4, De Tandem: 4 behandelgroepen	28 A 2 t (n)	Psychose vervolg	Dr. XXXX
Z 2, De Feniks	28 A	Angst/depressie/verslaving	Dr. XXXX
Dagziekenhuis Keerpunt	48 a (d)	Psychose/verslaving	Dr. XXXX
Dagziekenhuis Foyer	39 t (d)	Psychose/verslaving Chronisch	Dr. XXXX

Het ziekenhuis corrigeerde 39 t(n) naar 39 t(d).

Voor somatische zorg zijn er twee huisartsen: dr. XXXX en dr. XXXX (voor elk 4u. per week). Deze zien de patiënten niet systematisch, wel op aanvraag (bij somatische klachten).

Op de PAAZ zijn twee psychiaters actief: dr. XXXX en dr. XXXX.

Er is een polikliniek waar de meeste psychiaters aan deelnemen. Er is ook een beperkte activiteit van de psychologen, vooral in het kader van follow up en ter overbrugging van overname van de zorg door CGG.

Medische permanentie is geregeld. Er is geen inslapende medische permanentie voor psychiatrie. Er is een senior van wacht.

- Ten aanzien van richtlijnen en protocols is het volgende vastgesteld.

Het ziekenhuis volgt zijn eigen "richtlijnen". Deze werden opgesteld in het kader van zijn rol als opleidingscentrum en voor een deel vastgelegd in het medisch reglement.

De instructies zijn onder leiding van de hoofdgeneesheer en de stagemeeester tot stand gekomen.

- Het medisch reglement omvat:
 - Procedure opnamebeleid
 - Richtlijnen opname-indicatie
 - Algemene “richtlijnen” rond medicatiebeleid (noot: *tijdens de terugkomdag werden een aantal correcties aangebracht ten opzichte van het document wat aan het auditteam gepresenteerd werd en die in dit verslag cursief verwerkt worden*)
 - Heroïneverslaving: Suboxone voor opiaat Detox
 - Alcoholabusus: Valiumschema + Neurobion/Befact forte
 - Delier: Valiumschema evtl Haldol, bij dehydratie infuus (kan niet op EPSI)
 - Depressie: geen AD opstarten *op EPSI wel op afdeling*
 - Psychose: geen neuroleptica opstarten *op EPSI wel op afdeling*
 - Agitatie: Temesta/Etumine/TemestaIM/Haldol IM
 - Slaapproblemen: Loramet/Trazolan
 - Gedwongen opnames: er zijn praktische instructies
 - Er zijn ook instructies i.v.m. crisisinterventie bij minderjarigen
 - Waarbij in de mogelijkheid voorzien is om adolescenten tussen 16 en 18 jaar op de volwassenen psychiatrie gedwongen op te nemen (op X1)

Er zijn geen protocols rond stemmingsstabilisatoren, Clozapine.

Verder zijn er inhoudelijk nog beperkt aantal procedures: pijn, koorts, epilepsie.

Wat de bestrijding van het metabool syndroom betreft, is er systematische opvolging op afdelingsniveau en hanteert men een energieprogramma bij psychosenzorg.

- Puenteproject: hier wordt depotmedicatie toegediend, wordt een aangename omgeving gecreëerd, wordt psycho-educatie gegeven. Ondersteuning gebeurt door EPSI.
- Het aantal opnames is gedaald van 1753 in 2009 naar 1592 in 2010, ongeveer 55 – 60 % eerste opnames. Gemiddelde ligduur voor een acute psychiatrie is lang: 48,63 dagen, bezettingsgraad: ongeveer 90 % is goed.
- Op vlak van kwaliteit vallen op
 - dat er enkele benchmark-projecten zijn: in verslavingszorg is (op basis van MATE, met UGent), Leonardoproject (intensieve psychiatrische zorg)
 - dat in het kwaliteitshandboek onder de rubriek klinische performantie: het uitwerken van een therapeutische visie (die onder leiding van de vroegere hoofdgeneesheer stond) on hold gezet is.
- Aantal gedwongen opnames: in 2009: 138, in 2010: 124
Aantal afzonderingen ongeveer 150 < 24 u en 250 > 24 u op volwassenen. In kinder en jeugd: is er een majeure shift: 2009 naar 2010 van kortdurende afzonderingen (<24 u) van 274 naar 38 naar langdurige afzonderingen: van 18 naar 137, dit heeft te maken met één patiënt.
- Aantal suïcide(pogingen) is beperkt: 2009: 1, 2010: 2

- De hoofdgeneesheer is nog recent in functie.
- Er is geen medisch jaarverslag in enge zin, wel zijn een aantal medische gegevens opgenomen in het algemene jaarverslag.
- Er is eveneens geen klinische audit strictu sensu, wel worden er een aantal activiteiten ondernomen die hierbij zouden kunnen aansluiten: zoals een kritische bevraging van de werking, opmaken van een plan van aanpak bij specifieke problemen. De hoofdgeneesheer speelt hierbij een dynamiserende en sturende rol. Er is dus wel een zeker proces, er wordt gezocht naar een draagvlak. Wat nog ontbreekt, is de systematiek.
- Medische bestaffing

PZ Stuivenberg	Effectief	Wettelijke norm	Referentiekader
Hoofdgeneesheer	12 uren	Aanwezigheid en taken	9,88 uren
Geneesheer-diensthofd	0	Aanwezigheid en taken	12 uren per week (A, T en K)
Dienst A en T <i>Psychiaters</i> <i>Huisartsen</i>	187 uren 7 uren <hr/> 195 uren totaal	192 uren 6 VT A-dienst 2 VT T-dienst	
Dienst K	16 uren	48	
Geneesheer-hoofd van dienst voor gedwongen opname	12 uren	Aanwezigheid en taken	13,1 uren
Totaal	234 uren	240 uren plus aanwezigheid en taken (**)	34,98 uren (**)

(**) voor de niet in uren omschreven opdrachten die wel voorzien zijn in de wetgeving gebeurt in het referentiekader een kwantificering.

Er wordt geen rekening gehouden met tijden die aan polikliniek besteed worden, aangezien deze niet ter beschikking staan van de gehospitaliseerde patiënten.

Het resultaat van deze berekening leert dat er een ernstig tekort is in psychiatertijd, wat in belangrijke mate verklaard wordt door het niet voorzien in uren voor geneesheren-diensthofd en het niet normatief invullen van de medische bestaffing van de K-dienst.

ECT

- Het ziekenhuis doet geen ECT en heeft ook geen procedure. Patiënten worden meestal doorverwezen naar UPC KUL (campus Kortenberg), uitzonderlijk naar KLINA (Brasschaat) of UZ Gent.

Agressiebeleid

- In het ziekenhuis is een multidisciplinaire werkgroep ‘agressie’ die om de 2 à 3 maand samenkomt. De werkgroep organiseert:
 - 2 x per jaar vorming rond ‘conflicthantering’ waar elke medewerker kan bij aansluiten
 - nieuwe medewerkers volgen een vorming van 3,5 dag
 - vorming rond o.a. preventie, non-verbale communicatie
 - een vervolgcyclus voor alle personeelsleden.

Op het niveau van ZNA is een draaiboek ter beschikking voor het PZ. Aan de hand van een flow-chart wordt verduidelijkt hoe agressie wordt aangepakt. Het crisisonwikkelingsmodel is onderdeel van het draaiboek. Het aanbod van nazorg wordt eveneens in een flow-chart weergegeven.

- Tijdens een agressie-incident is de procedure “Groot Alarm” van toepassing. D.w.z. dat alle personeelsleden die niet verbonden zijn aan een afdeling en aanwezig zijn in het ziekenhuis zich ter plaatse begeven (8 à 9 personen: o.a. de loopwachters, de steward van ZNA, de hoofdverpleegkundige van (nacht)dienst, de technische dienst, 1 medewerker van EPSI). Indien nodig kan beroep gedaan worden op de politie, met wie een nauwe samenwerking is.
- Na een agressie-incident is er opvolging door de hoofdverpleegkundige van de dienst. Een 5-tal medewerkers volgden een specifieke opleiding “debriefing” en kunnen aangesproken worden voor een debriefing of er kan een gesprek aangevraagd worden buiten ZNA, bij de bedrijfsgeneeskundige dienst van de Stad Antwerpen.
- Na een gunstige evaluatie van een ingebruikname van een incident-meld-leersysteem in het najaar 2009 werd het systeem uitgerold naar alle afdelingen van het PZ. Medio 2010 kan iedereen in het PZ incidenten melden. Achter de melding zit een workflow waarmee decentrale en centrale actienemers automatisch verwittigd worden.

Het Comité Patiëntveiligheid volgt al de meldingen op en formuleert aanbevelingen naar het directiecomité. In 2010 waren er 234 aanmeldingen.

Suïcidepreventiebeleid:

- Het ziekenhuis stelt dat er zeer uitzonderlijk suïcide gepleegd wordt in het ziekenhuis.

De psychiater heeft een signaalfunctie naar de afdeling indien er zich een patiënt aanbiedt met deze problematiek. Er wordt altijd contact opgenomen met de psychiater. De opvolging van de patiënt gebeurt op basis van 2 beschikbare procedures. Normaliter wordt de patiënt om het half uur ter plaatse gecontroleerd. Indien mogelijk krijgt de patiënt een kamer toegewezen dicht bij de verpleegpost. Op de EPSI-eenheid is een vragenlijst ter beschikking om de ernst van suïcidaliteit in te kunnen schatten.
- Er is een procedure (datum 11/2011) met een definitie van suïcide en suïcidepoging, het doel (hoe reageren op de afdeling) en de werkwijze. Deze laatste wordt opgedeeld volgens de ernst:
 - wat bij een lichte suïcidepoging
 - wat bij een ernstige suïcidepoging

- wat bij suïcide.

Vervolgens volgt een korte toelichting over de opvolging.

- In een 2^{de} procedure 'Suïcidale ideatie' is er aandacht voor de definitie, het doel en de werkwijze bij beginfase en verloop acuut suïcidegevaar en latent/chronisch suïcidegevaar.
- Tot op heden wordt in het ziekenhuis niet expliciet vorming voorzien rond suïcide. Op het afdelingsteam wordt vorming gegeven a.d.h.v. casuïstiek. Het ziekenhuis stelt dat in de toekomst de patiënten zullen gemonitord worden bij opname.
- Patiënten met een latent of chronisch suïciderisico kunnen, naargelang het toestandbeeld, toestemming krijgen tot verlof. De eindverantwoordelijkheid ligt bij de afdelingsarts. Het verlof/ontslag gebeurt in overleg met de partner en netwerk.
- Er is een procedure i.v.m. onrustwekkende verdwijning. Directie en behandelende arts maken hierbij onderling afspraken. De procedure 'onrustwekkende verdwijning' is ontwikkeld met betrokkenheid van de politie. Er is ook een procedure ontseining (niet nagezien).

Afzonderingsbeleid

- In het ziekenhuis worden afzonderingen nauwkeurig geregistreerd. Het aantal afzonderingen op de A-diensten is licht gedaald in 2010 t.o.v. 2009. Op de K-dienst is het aantal afzonderingen < 24 u. zeer sterk gedaald in 2010 t.o.v. 2009. Het aantal afzonderingen > 24 u. is zeer sterk toegenomen. Deze toename wordt verklaard door 1 adolescent die frequent naar de afzonderingskamer werd verwezen.
- In het ziekenhuis zijn 6 afzonderingskamers, waarvan:
 - 2 op X0 (adolescenten afdeling): hier wordt geen gebruik gemaakt van fixatiemateriaal maar wel van een wikkellaken dat de patiënt zelf kan losmaken. Er is ook geen bed voorzien.
 - 2 op X1
 - 2 op X2 (psychosezorg)
 Op X1 en X2 is de afzonderingskamer uitgerust met een bed dat in de vloer verankerd is.
- Time-out kamers zijn momenteel niet aanwezig in het ziekenhuis. Dit wordt voorzien in het vernieuwde gebouw
- Op de afdeling X0 gebeurt de opvolging op basis van vooraf genummerde afzonderingsfiches. Alle noodzakelijke items zijn op de fiche terug te vinden. Zowel de arts als de verantwoordelijke verpleegkundige tekenen af voor start en stop van de afzondering. Bij elke observatie (ook cameratoezicht) is een beperkte registratie. Er wordt ook aangegeven wie werd verwittigd (ouders, verantwoordelijken). Op de afdelingen X1 en X2 wordt gebruik gemaakt van een losbladig systeem dat niet vooraf genummerd is. Op de fiche zijn volgende items terug te vinden:

- Start en stopdatum van de afzonderingsmaatregelen
- Handtekening van de verantwoordelijke arts en verpleegkundige bij start en stop
- Reden van afzondering
- Reden van fixatie
- Genomen maatregelen voorafgaand aan afzondering/fixatie
- Reden van afzondering > 24 u, met handtekening van de arts en verpleegkundige.
- Opvolging van de toegepaste fixatie (code fix. 5 – fix. 0)

Aanvullend bij de registratiefiche wordt een opvolgingsfiche bijgehouden waarop de naam van de patiënt wordt genoteerd met het volgnummer van de fiche.

Maandelijks worden alle afzonderingen ingevuld in een Excelbestand (afzonderingen IPAG) op een beveiligde gemeenschappelijke schijf psychiatrie.

- Er is geen formeel beleid m.b.t. de toepassing van dwangmedicatie. De verantwoordelijkheid ligt hier bij de afdelingsgeneesheer. Individuele stand orders worden zo weinig mogelijk toegepast, doch indien die aanwezig is voor een individuele patiënt wordt de arts altijd gecontacteerd vóór de uitvoering.
- Er is een procedure 'Afzondering/time-out/fixatie' waarin duidelijk wordt gesteld dat de verantwoordelijke verpleegkundige van de afdeling de leiding neemt, beslist welke maatregelen van toepassing zijn en overlegt met de arts. In de procedure wordt ook duidelijk gesteld dat de afzonderingskamer altijd met 2 personeelsleden wordt betreden. De procedure is voldoende duidelijk, ze bevat ook een INZO beslissingsschaal. Visuele controle en binnengaan in de afzonderingskamer gebeurt minimum om de 30 min.

Sterke punten

- Op het niveau van ZNA is een draaiboek rond agressie, waar het Crisisontwikkelingsmodel deel van uit maakt. Het PZ maakt hier ook gebruik van. Op elke afdeling is een coach agressie-verpleegkundige, die op regelmatige basis aansluit bij opleidingen en de materie levend houdt op de afdeling.
- Er lopen twee benchmarkprojecten die een bijdrage moeten leveren tot de kwaliteit van zorg.
- De somatische opvolging van de patiënten is goed geregeld.

Non-conformiteiten

- De hoofdgeneesheer is ziekenhuisarts van het algemeen ziekenhuis.
- Het aantal plaatsen/bedden dienen in overeenstemming te zijn met het aantal erkende plaatsen/bedden.
- In het verslag van het ethisch comité van 8/12/2011 is melding van de vraag van een procureur des konings te Antwerpen om minderjarigen op de afdeling psychiatrie gedurende 5 dagen vast te houden, zonder gedwongen opname (dringende procedure). Ten aanzien van een dergelijke praktijk wordt de directie van het ziekenhuis gewezen op de verplichting om de wet na te leven. Deze bepaalt dat geen enkele patiënt mag gedwongen opgenomen worden tenzij volgens de bepalingen van de wet.

- Een afzonderingskamer werd bezocht op afdeling X1 (2^{de} in gebruik). De kamer is voorzien van een sas met lavabo en toilet. In de kamer is een bed verankerd in de vloer, voorzien van scheurvrijlinnen en 5-puntsfixatie. Inkijk vanuit de deur is mogelijk. Er is een uurwerk en camerabewaking (aandacht voor privacy). Er is een oproepsysteem in de kamer. Het bed is niet voorzien van een oproepsysteem wat het voor de patiënt, gefixeerd op bed, onmogelijk maakt om een oproep te richten aan het personeel.
- Voor wat de registratie van afzonderingen betreft wordt nog steeds gewerkt met een losbladig systeem en niet genummerde fiche.
- De medische equipe van de K-dienst is niet normatief.

Tekortkomingen

- Er is geen samenwerkingsovereenkomst met een centrum dat ECT beoefent.
- Er worden geen uren voorzien voor het geneesheer-diensthoofdschap.
- Wanneer de EPSI-functie verhuist van het PZ naar het AZ, ontstaat er een situatie in het Antwerpse (de agglomeratie Antwerpen: meer dan 400.000 inwoners) waarbij er slechts 1 gespecialiseerde spoedgevallendienst is die op structurele wijze kan voldoen aan de eis voor continue beschikbaarheid van psychiaters op de spoedgevallendienst van een algemeen ziekenhuis. In hoofde van het PZ wordt zulks niet als non-conformiteit omschreven omdat de psychiaters van dit ziekenhuis er enkel toe gehouden zijn om in een eigen permanentie te voorzien, wat ze doen.
- Medisch jaarverslag en klinische audit dienen verder uitgewerkt te worden naar wat hiervan kan verwacht worden.

- Het ziekenhuis beschikt niet over een volledig uitgeschreven beleid omtrent suïcidepreventie, maar slechts een onderdeel ervan.

Een suïcidepreventiebeleid behandelt minimaal:

- Het te volgen stroomdiagram bij opname van een suïcidale patiënt
- De inschatting van het suïciderisico
- De te nemen beschermende maatregelen
- Het vormingsbeleid van medewerkers omtrent omgaan en werken met een suïcidale patiënt
- Het registratiesysteem van suïcides
- Het voorliggende veiligheidsplan
- De begripsomschrijvingen (suïcide, suïcidepoging, suïcide-ideatie, suïcidant)
- De afspraken om te handelen bij een onrustwekkende verdwijning van een suïcidale patiënt.

Aangezien het ziekenhuis een opleidingscentrum is wordt er verwacht dat hier dringend werk van gemaakt wordt.

- Er ontbreekt een veiligheidsplan per afdeling waarin de risico's beschreven zijn net als de beveiligingsmaatregelen.
- De isolatieprocedure dient verder uitgewerkt en aangepast te worden inzake volgende aandachtspunten:

- het gebruik van fixatiemateriaal en de fixatietechnieken
 - men dient de verschillende vormen van toezicht (bij de patiënt in de kamer, via raam of camera) te beschrijven met hun respectievelijke doelstellingen
 - de procedure dient meer uitgewerkt te worden qua verpleegkundige observaties en zorgen tijdens de isolatie (zoals bewustzijnscontrole en vochttoediening)
 - er ontbreken richtlijnen voor evaluatie (frequentie, betrokken personen,...).
- Minstens op de afdelingen waar op regelmatige basis fixatie en isolatie wordt toegepast dienen de nodige vormingsmomenten voorzien te worden, liefst met een verplicht karakter.

Aanbevelingen

- Het ziekenhuis geeft aan zelf geen ECT uit te voeren. Omdat er ongetwijfeld soms indicatie gesteld wordt voor dergelijke behandeling, is het aangewezen een protocol hierover uit te werken.
- Het zou goed zijn mocht er in de Antwerpse regio een centrum zijn wat ECT aanbiedt die op een kwalitatief hoogstaande wijze uitgevoerd wordt.
- Het verder afstemmen van de zorg op wat in richtlijnen beschreven is en het verder uitwerken van een aantal protocollen is aangewezen.
- Tevens verdient het aanbeveling om een therapeutische raad op te richten.

5.3 Verpleegkundig beleid

Algemene vaststellingen

- De bedrijfseenheid ZNA PZ Stuivenberg wordt aangestuurd door een directeur, een hoofdgeneesheer, de algemeen directeur patiëntenzorg ZNA en een verpleegkundig middenkader dat bestaat uit 2 deeltijds verpleegkundigen.
De directeur patiëntenzorg van PZ Stuivenberg is verantwoordelijk voor én het departement patiëntenzorg van het ZNA én het PZ Stuivenberg en is daarnaast ook campusdirecteur ZNA Stuivenberg/ Sint- Erasmus.
- Het verpleegkundig middenkader (intern Verpleegkundige Leiding Bedrijfseenheid genaamd) bestaat uit 2 medewerkers, samen goed voor 1 vte.
 - De ene medewerker is A1 psychiatisch verpleegkundige en volgde een opleiding Licentie Biomedische Wetenschappen. Hij wordt voor 0,8 vte ingezet in het PZ Stuivenberg en is voor 0,2 vte coördinator voor het PVT Hoge Beuken.
 - De andere medewerker behaalde het diploma van A1 ziekenhuisverpleegkunde en psychiatisch verpleegkundige en volgde een bijkomende kaderopleiding. Hij wordt voor 0,2 vte ingezet in het PZ Stuivenberg als verpleegkundig middenkader en voor 0,8 vte voor UCKJA (Universitair Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie Antwerpen).
De beide middenkaderleden rapporteren aan de Algemeen Directeur Patiëntenzorg voor wat het functioneren van de verpleegkundigen en de zorgkundigen betreft, en rapporteren aan de Medische Leiding van de bedrijfseenheid wat betreft het

afstemmen van de verpleegkundige en medische activiteiten binnen de bedrijfseenheid of tussen bedrijfseenheden.

Taken en verantwoordelijkheden zijn deels vastgelegd in de functieomschrijving.

- Elke afdeling wordt aangestuurd door een hoofdverpleegkundige, intern verpleegkundig afdelingshoofd genaamd. Allen beschikken over een diploma A1 ziekenhuisverpleegkunde en het diploma van psychiatisch verpleegkundige met bijkomend een kaderopleiding. In de totaliteit zijn er 9 hoofdverpleegkundigen. Taken en verantwoordelijkheden zijn deels vastgelegd in een functieomschrijving. Het verpleegkundig afdelingshoofd rapporteert aan de Verpleegkundige Leiding Bedrijfseenheid, het middenkader.
- Wekelijks is er overleg tussen de algemeen directeur patiëntenzorg en het middenkader ZNA en verder tussen middenkader PZ en hoofdverpleegkundigen PZ en PVT. Er is een schriftelijke weerslag van de vergaderingen.
- De Verpleegkundige Leiding Bedrijfseenheid is verantwoordelijk voor de personeelsleden van de mobiele equipe, de begeleiding (her)intreders, de nachtequipe. Deze taken en verantwoordelijkheden maken geen deel uit van de functieomschrijving.
- Voor de nachtdienst wordt gestreefd naar een verpleegkundige aanwezigheid per dienst. De nachtdienst wordt opgenomen door verpleegkundigen in vaste nachtdienst en door medewerkers van de dagequipe. Uit gesprekken blijkt dat ook niet verpleegkundigen ingeschakeld worden voor de nachtdienst, wat niet altijd tegemoet komt aan de te stellen verpleegkundige handelingen.

Op de campus is ook een loopwacht van 2 medewerkers, waarvan loopwacht A altijd een verpleegkundige is, loopwacht B soms een niet verpleegkundige is. Uit het schema van december 2011 is af te leiden dat:

- er 3 vaste personeelsleden zijn voor de loopwacht en men bij afwezigheid beroep doet op medewerkers van X1, X2, X3, X4, X0 en PAAZ
- er minstens 1 loopwacht een verpleegkundige is.

Op regelmatige basis is er ook overleg met de loopwachten.

Taken en verantwoordelijkheden van de loopwachten zijn formeel vastgelegd.

- Het ziekenhuis beschikt over een mobiele equipe van 3,75 vte verpleegkundigen. Zij zijn niet vast toegewezen aan een afdeling maar worden ingezet op de afdelingen bij ziektemelding. Door een zeer laag ziekteverzuim gebeurt het dat zij tijdelijk worden ingezet op een afdeling met een hoge zorgnood.

Sterk punt

- De procedure loopwachten ZNA PZ Stuivenberg is duidelijk en transparant, ook wat de taken van de niet-verpleegkundige-loopwacht betreft. Dit geldt ook voor de procedure 'Groot Alarm' die ook van toepassing is voor de PAAZ.

Non-conformiteiten

- De directeur patiëntenzorg van PZ Stuivenberg is verantwoordelijk voor én het departement patiëntenzorg van het ZNA én het PZ Stuivenberg en is daarnaast ook campusdirecteur ZNA Stuivenberg/ Sint- Erasmus.

Ieder ziekenhuis heeft een hoofd voor het verpleegkundig departement, dat verantwoordelijk is voor de organisatie en de coördinatie van de verpleegkundige verzorging in het kader van het verpleegkundig departement en de dagelijkse leiding heeft over de ziekenhuisverpleegkundigen, de zorgkundigen en het verzorgend personeel van de gehele inrichting. In PZ Stuivenberg wordt de functie opgenomen door de Algemeen Directeur Patiëntenzorg voor ZNA, tevens ook campusdirecteur ZNA Stuivenberg / St- Erasmus.

- In elk psychiatrisch ziekenhuis dient een middenkader voorzien te worden. In de psychiatrische ziekenhuizen met 150 bedden of meer, wordt het aantal middenkaders verhoudingsgewijs bepaald per 150 bedden. Het ziekenhuis is erkend voor 265 bedden/plaatsen en heeft slechts één voltijdse functie middenkader, waarvan slechts 0,8 vte beschikt over een diploma op universitair niveau.
- Op het niveau van het ziekenhuis dient een organogram van het verpleegkundig departement te bestaan waarin de verantwoordelijken van het departement en van de onderscheiden diensten en verpleegeenheden worden aangeduid. In het organogram ontbreekt duidelijkheid omtrent de functie van directeur patiëntenzorg en middenkader. Volgende functies ontbreken ook in het organogram: mobiele equipe, begeleider (her)intreders, coördinatie van de nachtdienst.

Tekortkomingen

- De verpleegkundige supervisie 24 u op 24 u. wordt verzekerd op ZNA campusniveau, AZ en PZ.
- De functieomschrijvingen van de leidinggevenden zijn inhoudelijk eerder beperkt tot het meest evidente. Het is geen vertaling van wat de wetgever verwacht van de leidinggevende functies.

5.4 Therapeutisch beleid

Algemene vaststellingen

- Het therapeutisch beleid van het ziekenhuis wordt bevraagd bij de hoofdgeneesheer en een psychologe, een psychiatrisch verpleegkundige (coördinator psychosecircuit) , een psychomotorische therapeut en een ergotherapeute uit de beide zorgtrajecten. Er is in het organogram van ZNA PZ naast de hoofdgeneesheer geen specifieke verantwoordelijke voor het therapeutisch beleid.
- Er wordt verduidelijkt dat onder therapeutisch beleid in algemene zin de aansturing bedoeld wordt van de verschillende disciplines vaktherapeuten die op de afdelingen en in de zorgtrajecten werkzaam zijn. In meer specifieke zin handelt het ook over de wijze waarop het (psycho)therapeutisch handelen op de verschillende afdelingen en in het ziekenhuis in zijn geheel gestalte krijgt en gecoördineerd wordt.
- Binnen het kwaliteitsbeleid is de beschikbaarheid in de zorgverstrekkende eenheden van een “therapeutische visie die vertaald is in onderbouwde behandelprogramma’s” reeds in 2007 als thema voor de klinische performantie aangeduid, maar in 2011 heeft de stuurgroep beslist om het thema on hold te plaatsen wegens de veranderingen in

de zorgvisie. Toch is er een document aanwezig onder de benaming 'draaiboek psychosetraject' dat sterk in de buurt komt van een therapeutische visie. Voor het zorgtraject verslaving (en stemmingsstoornissen) is een dergelijk draaiboek er nog niet.

- Het draaiboek voor het psychosetraject bestaat uit twee delen. Het eerste deel gaat over het behandelprogramma Prisma waarin met twee parallelle groepen gewerkt wordt aan de rehabilitatie van volgende doelgroep: “ alle mensen die met psychose te maken krijgen in hun leven ongeacht de graad van psychose, de leeftijd van de mensen, de evolutie van hun ziekteproces, hoever ze zijn in het accepteren van hun ziekte, hun mate van intelligentie, hun mogelijkheid tot verbaliseren”. Het document geeft uitvoerige informatie over het behandelaanbod op de afdeling, zowel de individuele begeleiding (volgens het stress-kwetsbaarheidsmodel) als de groepswerkingen. Voor de psychomotorische therapie, de ergotherapie, het REVA aanbod, de kooktherapie en nog een aantal optionele mogelijkheden worden de doelstellingen en de werkwijze omschreven.

Het tweede deel beschrijft op een vergelijkbare wijze het behandelaanbod in de behandelprogramma's De Gondel en De Trampoline. Over het algemeen ligt in beide documenten de klemtoon meer op het groepswerk en minder op individuele psychotherapeutische ondersteuning.

- In de verschillende zelfevaluaties die op afdelingsniveau voor de audit gemaakt zijn worden gevarieerde antwoorden gegeven op de vragen: welke (psycho)therapeutische visies worden er gehanteerd op de afdeling? En is er een toetsing geweest van de hulpverleningsmethodieken aan de hand van de richtlijnen die voor een aantal doelgroepen zijn opgesteld door een kennisinstituut zoals Trimbos?
 - X0 stelt hierbij het volgende: Er wordt gewerkt vanuit een integratief psychopathologisch, bio-psycho-sociaal probleemmodel waarbij psycho staat voor de psychiatrische en neuro-psychologische aspecten, bio voor de onderliggende pathofysiologische aspecten en het belang van farmacologische ondersteuning van de behandeling en sociaal voor het werken met de context waarin de jongere evolueert. (Semi-)residentieel hanteren wij als therapeutisch kader een integratieve, cognitief-gedragstherapeutische aanpak. Wij toetsen de behandelingsmethoden aan EBM richtlijnen zoals opgesteld door AACAP, IACAPA, ESCAP, VVK en Trimbos.
 - X1 stelt: We werken met het bio-psycho-sociaal model binnen het stress-kwetsbaarheidsmodel voor psychose. Op indicatie worden er inzichten gehanteerd vanuit de cognitieve gedragstherapie, de systeemtherapie en de psychoanalyse. We baseren ons op de multidisciplinaire richtlijnen die voor diverse pathologieën zijn ontwikkeld. De multidisciplinaire richtlijn betreffende schizofrenie is voor onze afdeling het meest van toepassing.
 - X2 stelt: Er wordt hoofdzakelijk vanuit het cognitief-gedragsmatig model gewerkt, naast aandacht voor de systeemgerichte en de psychodynamische invalshoek. Er is geen toetsing aan richtlijnen gebeurd.
 - X3 stelt: Er wordt gewerkt vanuit een eclectische benadering en vanuit een empathische, transparante en ondersteunende grondhouding. Wij hanteren motiverende gespreksvoering, cognitieve herstructurering, systeemdenken,

sociale vaardigheidstraining, psycho-educatie, hervulpreventie, bewegingsleer en arbeidsintegratie. Er is geen toetsing aan richtlijnen gebeurd.

- X4 geeft geen specifieke informatie over het psychotherapeutisch kader. Wel de melding dat de behandeling voornamelijk gesteund is op de GGZ richtlijn Schizofrenie en aanvullend wetenschappelijk onderzoek.
- Z0 stelt: Het team hanteert de visie die het best past bij de patiënt. Wij kunnen binnen de personeelsgroep verschillende visies combineren en door de goede overlegstructuur kunnen we een zo aangepast mogelijke methodiek toepassen. Er is geen toetsing aan richtlijnen gebeurd.
- Z2 stelt: De psychologen hebben een psychoanalytische en een client-centered achtergrond. Er is geen toetsing aan richtlijnen gebeurd, omdat specifieke elementen in de begeleiding het meest werkzaam zijn.

Sterk punt

- Voor de psychosewerking is de globale visie goed gedocumenteerd, zij het dat niet alle afdelingen er zijn in opgenomen en dat het psychotherapeutische luik nog wat meer geëxpliciteerd kan worden.

Tekortkoming

- De informatie die door de verschillende afdelingen verstrekt wordt over de psychotherapeutische modellen waarmee zij werken is nog te algemeen en toont dat er progressieruimte is inzake coherentie indien het ziekenhuis de doelstelling om nog meer met zorgtrajecten te werken wil realiseren. Bovendien is de informatie niet steeds in overeenstemming met de richtlijnen.

Aanbevelingen

- Het is wenselijk om ook voor het verslavingstraject een visietekst te ontwikkelen.
- Het organiseren van een therapeutische raad zou een goed forum kunnen zijn om meer coherentie te beogen in het (psycho)therapeutisch gebeuren.
- Toetsing van afdelingspraktijken aan beschikbare richtlijnen is wenselijk.
- Er zou in het therapeutisch beleid ook aandacht kunnen zijn voor de zich ontwikkelende vormen van outcome-monitoring.

5.5 Kwaliteitsbeleid – Risicomanagement

Algemene vaststellingen

- Het kwaliteitsbeleid werd voorgesteld door de kwaliteitscoördinator. Hij was voorheen werkzaam als psycholoog op de afdeling ontwenning. Hij is sinds 1998 als kwaliteitscoördinator en sinds 2004 als stafmedewerker verbonden aan het PZ. Hij heeft diverse opleidingen in het kader van kwaliteitszorg gevolgd.

- Het kwaliteitshandboek (KWHB) draagt als versiedatum: oktober 2011. Het bevat de formele elementen die vereist worden door het kwaliteitsdecreet. Er worden geen wezenlijk nieuwe ontwikkelingen vermeld met betrekking tot de verplichte en de vrije thema's van de vorige periode. Er is uitvoerige documentatie over de theoretische verantwoordelijkheden met betrekking tot kwaliteit. Er is een beleidsgroep en een stuurgroep kwaliteit, er zijn centrale en afdelingsgebonden werkgroepen.
- De opdrachtverklaring van het psychiatrisch ziekenhuis formuleert acht aspecten die duidelijk worden geconcretiseerd:
 1. De organisatie verstrekt hulpverlening aan elke patiënt met psychiatrische klachten en handelt vanuit een omvattend bio-psycho-sociaal model.
 - Binnen de multidisciplinaire aanpak heeft elke beroepsgroep een gelijkwaardige therapeutische inbreng.
 - De behandelmodules maken deel uit van specifieke zorgcircuits, hetgeen een soepele samenwerking tussen de afdelingen vereist.
 - Voor elke patiënt is één hulpverlener de centrale aanspreekpersoon doorheen het ganse verblijf.
 2. De hulpverlening is toegespitst op crisisinterventie, observatie en diagnosestelling, acute, kortdurende en voortgezette behandeling, rehabilitatie en resocialisatie. Daartoe beschikt het ziekenhuis over:
 - Poliklinische consultaties
 - Een eenheid voor psychiatrische spoedinterventie
 - 5 residentiële afdelingen en 2 dagziekenhuizen
 - Een PVT
 3. De hulpverlening legt een bijzonder accent op sociale psychiatrie
 - De hulpverlening is laagdrempelig en er is ook extra aandacht voor de sociale context van de patiënt
 - Er wordt getracht om de familie zo snel mogelijk te laten participeren aan het hulpverleningsproces
 4. De organisatie situeert zich expliciet in een transmuraal concept rond geestelijke gezondheidszorg
 - Er wordt gewerkt met een zorgcircuit psychosen en een zorgcircuit verslavingszorg, met residentiële, semi-residentiële en ambulante componenten.
 5. De organisatie is voortdurend bekommerd over de kwaliteit van de aangeboden zorg.
 - Er wordt van uitgegaan dat de kwaliteit van de aangeboden zorg in de eerste plaats afhangt van wat het personeel op het moment zelf biedt aan zorg, gebaseerd op hun kennis en vaardigheden.
 - Door gebruik te maken van werkgroepen op de afdelingen wordt beoogd om het personeel te betrekken bij kwaliteit als systeem.
 6. De organisatie heeft aandacht voor de deskundigheid, de motivatie en het welzijn van zijn personeel
 - In het kader van de veiligheid binnen de werkomgeving worden cursussen "omgaan met agressie" en opleidingen "groot alarm" georganiseerd.

- In het kader van de persoonlijke groei en ontwikkeling binnen het beroepsvlak worden functionering- en evaluatiegesprekken, verpleegkundige supervisie en opvang nieuwe personeelsleden voorzien.
7. De organisatie staat open voor nieuwe tendensen in de psychiatrische zorgverlening.
- Het ziekenhuis neemt deel aan een reeks “community-oriented” initiatieven, zoals dagactiviteitencentra en het vrijwilligersproject ‘Somebuddy’.
 - Er zijn opleiding- en stageplaatsen voor de verschillende beroepsgroepen in de GGZ
 - Er is participatie aan het wetenschappelijk onderzoekscentrum CAPRI.
8. De organisatie heeft aandacht voor de veiligheid van de patiënten
- Er wordt een veiligheidsmanagementsysteem opgebouwd, met een veilige meldcultuur en een elektronisch meldsysteem
 - Er zijn specifieke maatregelen rond patiëntveiligheid op het vlak van medicatie, suïcidepreventie, isolatie en agressie.
- Vanaf 2010 is een vernieuwing gestart in het ziekenhuis, die zich manifesteert in de renovatie van de gebouwen en de verdere ontwikkeling van het zorgaanbod. In dat kader zal ook de opdrachtverklaring aangepast worden. Een aantal nieuwe klemtonen zijn:
 - Een nog duidelijkere profilering in de trajectwerkingen psychosezorg en verslavingszorg. Het residentiële aanbod verslavingszorg wordt groter, evenals de daghospitalisatiemogelijkheden.
 - Een vernieuwde infrastructuur voorziet in een grotere scheiding tussen de hotelfunctie en de therapieruimtes.
 - Er dienen gebruiksvriendelijke verwijzingsafspraken tot stand te komen met ambulante zorgpartners.
 - De patiënt mag geen breuk meer ervaren in het eigen zorgtraject bij overgangen tussen verschillende zorgmodules.
 - Er wordt een elektronisch patiëntendossier ingevoerd
 - De vermaatschappelijking van de psychiatrische zorg wordt nog meer nagestreefd.
 - In de periode 2006-2007 werden in uitvoering van het kwaliteitsdecreet van de Vlaamse Overheid door een stuurgroep een aantal thema’s geselecteerd. Daarbij werd inspiratie gezocht in de lijst met performantie-indicatoren die door de Vlaamse Gemeenschap werd aangereikt. Bijkomende motieven waren: een voorkeur voor thema’s die al langere tijd als noodwendig werden ervaren, en een bezorgdheid om de werkdruk op de afdelingen niet zwaarder te maken dan nodig. Per thema werd een werkgroep gevormd en een timing opgesteld.

Volgende thema’s werden geselecteerd:

 - Elke afdeling (of zorgcircuit) beschikt over een therapeutische visie en zij is vertaald in onderbouwde behandelprogramma’s.
 - Er zijn informatiedragers beschikbaar voor patiënt en familie.
 - Het patiënt- en personeelsveiligheidsbeleid wordt verder uitgewerkt.

Daarnaast zijn er uiteraard de verplichte thema’s:

 - Het meten van de patiëntentevredenheid

- Het meten van de medewerkerstevredenheid.
- In het KWHB wordt gesteld dat “niet elke werkgroep er in geslaagd is om zijn opdracht succesvol te beëindigen”. Het blijkt dat behalve voor het thema veiligheid er nauwelijks een methodische uitwerking van de thema’s is gerealiseerd, die ook tot zichtbare resultaten heeft geleid. Daarvoor worden volgende redenen opgegeven:
 - Het engagement van ZNA PZ met de Federale Overheid rond het uitvoeren van het contract patiëntveiligheid heeft prioriteit gekregen inzake tijdsbesteding
 - De start van de vernieuwing van de infrastructuur en het zorgaanbod hebben een verandering in context en gedachtengoed teweeggebracht die de prioriteit van de eerder gekozen thema’s heeft verminderd
 - Er zijn personeelswijzigingen gebeurd in de verschillende werkgroepen en in de leidinggevende functies.
- Voor het belangrijke thema binnen de klinische performantie : “de ontwikkeling van een therapeutische visie en van onderbouwde behandelprogramma’s” is in het KWHB vermeld dat dit in 2011 voorlopig stopgezet is wegens de veranderingen in de zorgvisie die samen gaan met het in functie treden van de nieuwe hoofdarts. Toch zijn, los van het kwaliteitsbeleid, documenten beschikbaar gesteld onder de noemer : draaiboek voor het psychosecircuit, die reeds een behoorlijke invulling geven aan het begrip therapeutische visie. Zij omvatten wel niet alle behandelgroepen in dit zorgtraject. Voor het zorgtraject verslaving is een dergelijk document nog niet voorhanden.
- In vergelijking met andere zorgvoorzieningen legt ZNA PZ geen resultaten voor van een ziekenhuisbrede SWOT-analyse, waarbij gebruik gemaakt is van een zelfevaluatie instrument.
- Er is een uitvoerige documentatie voorhanden over het veiligheidsmanagementsysteem, waarvan het doel wordt omschreven als : het vermijden van risico’s of het bewust omgaan met risico’s. In dit project zijn drie fasen voorzien:
 - Het operationeel maken van een laagdrempelig en geautomatiseerd elektronisch meldsysteem, dat volledig losgekoppeld is van de mogelijke juridische aspecten van fouten en incidenten. Dit is vanaf medio 2010 in alle afdelingen mogelijk.
 - De retroactieve analyse van incidenten, aan de hand van de PRISMA methode
 - De proactieve analyse van incidenten (vanaf 2012)
- In het KWHB is verder een lijst opgenomen van de initiatieven rond kwaliteit en patiëntveiligheid die op de verschillende afdelingen werden genomen. Een groot aantal daarvan betreffen eerder praktische regelingen en afspraken. Een aantal andere kunnen beschouwd worden als (onderdelen van) herkenbare kwaliteitsthema’s uit de sector van de psychiatrische ziekenhuizen, die hier evenwel op een zeer gedecentraliseerde en weinig methodische wijze worden uitgewerkt. Het thema : updaten van de informatiebrochures komt op veel afdelingen terug.

Non-conformiteit

- Het kwaliteitsbeleid van ZNA PZ Stuivenberg voldoet niet aan de vereisten van het kwaliteitsdecreet. Het is begrijpelijk dat wijzigingen die zich hebben voorgedaan in de bestuurlijke organisatie, in de invulling van een aantal leidinggevende functies en vooral in het uitwerken van een nieuwe zorgvisie niet het meest aangewezen kader zijn voor een stabiel kwaliteitsbeleid, maar dit is geen voldoende reden voor het feit dat de er in vergelijking met 2007 weinig vooruitgang is geboekt. Er zijn te weinig aanwijzingen dat er werk is gemaakt van een grondige zelfevaluatie, al was het maar een gesystematiseerde SWOT-analyse. Er zijn behalve het veiligheidsbeleid geen andere thema's die op een methodische manier over een langere periode worden uitgewerkt. Uit het overzicht van de eigen initiatieven op afdelingsniveau blijkt nochtans dat het niet aan materiaal ontbreekt.

6 Module Medewerkers

6.1 Personeelsbeleid

Algemene vaststellingen

- Binnen ZNA is er een afdeling HRM waar ook het PZ Stuivenberg mee samenwerkt voor haar personeelsbeleid. Het middenkader van het PZ wordt betrokken bij de rekrutering voor zover het verplegend personeel is.
- De begeleiding van nieuwe medewerkers verloopt volgens een getrappt systeem.

- De centrale intake dag wordt georganiseerd door de centrale vormingscel HRM. Structuur van de organisatie en overkoepelende diensten komen aan bod.
 - Een 2^{de} dag wordt georganiseerd op de campus PZ (voorstelling van het ziekenhuis en verantwoordelijken, vormingsmoment o.a. agressie)
 - Het vervolgtraject gebeurt op de afdeling van tewerkstelling, met toewijzing van peter/meter. De verdere opvolging en sturing gebeurt aan de hand van driemaandelijke evaluatiegesprekken en/of verder volgens noodzaak.
- Alle statutaire personeelsleden hebben een overeenkomst met de inrichtende macht, voorheen het OCMW. Enkel contractuele personeelsleden hebben een overeenkomst met het ziekenhuis.
 - De werving van verpleegkundigen is op vandaag een probleem. Het ziekenhuis stelt dat het werken met stagiaires, inleefdagen en het les geven in de verpleegopleidingen een positief effect heeft op de werving. Anderzijds leverde het ziekenhuis ook inspanningen om tegemoet te komen aan de problemen die zich stellen door de inplanting van het ziekenhuis. Het voorziet vergoeding voor fietsverkeer, komt tegemoet bij verplaatsing met tram en bus en voorziet in de directe omgeving parking voor wagens (huren terrein op de privémarkt), nachtdiensten kunnen hun wagen parkeren op de campus.
 - In het verleden was er benchmarking voor het ziekteverzuim. N.a.v. de resultaten werden acties opgezet maar werd de benchmarking stopgezet. Deze verbeteracties resulteerden in een sterke daling van het absentieïsme voor het PZ. Tijdens het bezoek kon men aantonen dat het absentieïsme voor PZ slechts 3% is. De hoofdverpleegkundige volgt het ziekteverzuim op. Het is een vast agendapunt op de hoofdenvergadering. Medewerkers worden erover aangesproken tijdens functionerings- en evaluatiegesprekken. Bij langdurige ziekte wordt contact gehouden met de medewerker. Bij telefonisch contact wordt geïnformeerd naar de gezondheidstoestand van de medewerker. Opeenvolgende kortdurende afwezigheden worden opgevolgd door de hoofdverpleegkundige die op die manier ruimte probeert te bieden voor een gesprek. Indien de hoofdverpleegkundige hierin vastloopt heeft hij/zij een aanspreekpunt (psycholoog) binnen HRM.
 - Bij klachten wordt uitgegaan van het subsidiariteitsprincipe. Men tracht de klacht te borgen op de afdeling. Een volgende stap kan het aanspreken zijn van het middenkader of als laatste wordt de casus voorgelegd op directieniveau. De kwaliteitscoördinator kan als vertrouwenspersoon worden aangesproken. Indien er geen directe consensus wordt gevonden door de leidinggevenden wordt de casus voorgelegd aan de HRM-partner, een psycholoog.
 - In een document 'VTO-beleid PZ Stuivenberg 2012' worden een 5-tal uitgangspunten opgesomd voor het geven van vorming. Verder wordt het vormingsaanbod opgedeeld in:
 1. Opleidingen met een verplicht karakter:
 - Brandbestrijding/ rampenplan
 - CPR-beleid
 - Inscholingsdag nieuwe personeelsleden (centraal/lokaal)
 - Conflicthantering personeel PZ Stuivenberg (verplicht na 6 maanden in dienst)
 - Zorgkundigen: jaarlijks 8 u. bijscholing (wettelijk karakter)

- Hoofdverpleegkundigen/middenkader: opleiding in kader van functiecomplement (welzijn op het werk, arbeidsreglement, loopbaanbeleid,...)
- 2. Algemene opleidingen (al of niet verplicht): centraal aanbod vormingscel ZNA
- 3. Specifiek aanbod PZ Stuivenberg
 - Algemeen: deelname werkgroepen, jaarlijkse teamdag hoofdverpleegkundigen, jaarlijkse teamdag afdelingen
 - Aanbod PZ: uitrol P-EPD, medicatiebeleid, conflicthantering, technieken (coach per afdeling), procedures
 - Aanbod per afdeling: studiebezoeken, algemene informatica, ...
 - Individueel: gepeild tijdens functioneringsgesprekken, aanbreng leidinggevenden, deelname aan externe studiedagen/opleiding na goedkeuring door de leidinggevende.

Per medewerker wordt een jaarlijks vormingsbudget voorzien van 35 €. Voor het organiseren van een teamdag (met vormingsmoment) krijgt elke afdeling 1000 €.

Op de dienst HRM wordt een individuele vormingsfiche bijgehouden i.k.v. de functionele loopbaan. Deze kan opgevraagd worden door de leidinggevenden.

- Er is de afspraak met de leidinggevenden dat er jaarlijks een functioneringsgesprek plaats vindt per medewerker (statutair personeel) en verder volgens noodzaak (= sturingsgesprekken).
Evaluatiegesprekken (contractueel personeel) vinden plaats
 - tweejaarlijks
 - n.a.v. einde proefperiode
 - mutatie naar een andere afdeling binnen ZNA
 - overgang contract bepaalde naar onbepaalde duur
 - n.a.v. een verbetertraject.
 Het afdelingshoofd is hiervoor verantwoordelijk. Het gesprek wordt voorbereid met betrokkenheid van eventueel de afdelingsarts, de afdelingspsycholoog en/of peter/meter.
- Vanuit HRM worden een aantal instrumenten ter beschikking gesteld ter ondersteuning van functionerings- en evaluatiegesprekken. Voorbeeld hiervan zijn:
 - Waarderingschalen voor evaluaties
 - Vergelijking tussen het jaarlijks proces taakafspraken en evaluatie voor contractuele medewerkers en het verloop van de periodieke waardering voor statutaire medewerkers
 - Evaluatieverslag (in 3-voud op te maken) (leidraad)
 - Verslag planningsgesprek taakafspraken (leidraad)
 - Verslag tussentijdse opvolging en feedback
 - Schriftelijke neerslag verbetertraject
 - Leidraad voor het voeren van een exit-gesprek
- Om tegemoet te komen aan de tevredenheid van de medewerkers m.b.t. het doorstromen van informatie vanuit het beleid werd er geopteerd om 3 x per jaar een overleg te organiseren tussen directie en medewerkers. Verder wordt informatie ter beschikking gesteld op intranet voor PZ met chatmogelijkheid.
- Met uitzondering van het buddy-project wordt in het ziekenhuis niet gewerkt met vrijwilligers.

- Het middenkader is verantwoordelijk voor de opvolging van de stagiaires op ziekenhuisniveau. Per discipline is op elke afdeling een mentor. Zij zijn de contactpersoon voor de stagiair, de stagebegeleider en wonen overleg- en vormingsmomenten bij in scholen.
- Het ziekenhuis werkte mee aan een studie in 2009 m.b.t. het competentieprofiel van verantwoordelijke verpleegkundigen in de GGZ. Het competentieprofiel is dd. nog geen onderdeel van de functieomschrijving maar zal op termijn daar onderdeel van uitmaken.

Non-conformiteit

- Alhoewel het middenkader verantwoordelijk is voor het onthaal en de vorming van nieuwe medewerkers/ herintreders, stagiaires komt dit niet tot uiting in het organogram (functie is niet benoemd) en ontbreekt duiding in de functieomschrijving.

Tekortkomingen

- Er is geen inscholingsprogramma voor nieuwe medewerkers in het PZ. In dit inscholingsprogramma komen volgende items aan bod:
 - algemene informatie op ziekenhuisniveau
 - een dienst-/afdelingsspecifieke inscholing
 - naast mondelinge informatie is in ieder luik voorzien in een schriftelijk naslagwerk
 - de specifieke inscholing verloopt volgens een stappenplan die als leidraad wordt gehanteerd tijdens inscholingsgesprekken.

Tijdens de inscholing van nieuwe personeelsleden wordt extra personeel ter ondersteuning voorzien.

- In het PZ is geen procedure aanwezig in geval van disfunctioneren van personeel.
- Op HRM ZNA is een procedure met betrekking tot de werving van personeel. Het PZ heeft in deze materie ook een aantal verantwoordelijkheden maar deze zijn niet formeel vastgelegd.
- Er is geen functieomschrijving voor de begeleider (her)intreders.

Aanbeveling

- In een goed uitgewerkt VTO-beleid (voorgelegde tekst te summier) komt naast de duidelijk uitgeschreven visie ook behoeftepeiling, planning, uitvoering, registratie en evaluatie aan bod.

6.2 Personeelsomkadering

Algemene vaststellingen

- De huidige (dd. aanvraagdossier) personeelsbezetting per afdeling is als volgt:
 - Afdeling EPSI (8 A-bedden)
 - A1 psych. vk. 5,55 vte
 - A2 psych. vk. 1,55 vte
 - Psychologisch. ass. 3,80 vte

- Lic. Psychologie 2,50 vte
- Andere statuten: Sociale Maribel
 - A1 psych. vk. 1,00 vte
- Afdeling X 0, kinderpsychiatrie (18 K bedden, 4 k(d))
 - A1 psych. vk. (incl. HV) 6,55 vte
 - A2 ZH vk. 0,80 vte
 - A2 psych. vk. 6,10 vte
 - Psychol. ass. 1,00 vte
 - Opvoeder A1 2,80 vte
 - Lic. Psychologie 3,00 vte
 - Ergotherapeut 0,75 vte
 - Lic. Kinesithérapie 1,00 vte
 - Maatschappelijk werker 1,00 vte
- Afdeling X 1: De Mozaïek, psychosezorg (28 A bedden)
 - A1 psych. vk. (incl. HV) 5,80 vte
 - A2 psych. vk. 4,75 vte
 - A1 ZH vk. 0,80 vte
 - Psychol. ass. 1,80 vte
 - Lic. Kinesithérapie 0,80 vte
 - Ergotherapeut 1,00 vte
 - Lic. Psychologie 1,00 vte
- Afdeling X 2: De Branding, psychosezorg (28 A bedden, 2 t(n))
 - A1 psych. vk. (incl. HV) 6,60 vte
 - A2 psych. vk. 3,80 vte
 - Psychol. ass. 1,80 vte
 - Opvoeder A1 1,00 vte
 - Lic. Psychologie 1,80 vte
 - Kinesist 1,00 vte
 - Ergotherapeut 0,75 vte
- Afdeling X 4: De Tandem, psychosezorg (28 A bedden, 2 t(n))
 - A1 psych. vk. (incl. HV) 6,30 vte
 - A2 psych. vk. 3,35 vte
 - Psychol. ass. 1,00 vte
 - Opvoedkundige A2 1,00 vte
 - Kinesist 1,00 vte
 - Ergotherapeut 0,75 vte
 - Lic. Psychologie 1,00 vte
- Afdeling X 3, verslavingszorg (30 A bedden, 2 t(n))
 - A1 psych. vk. (incl. HV) 6,05 vte
 - A2 psych. vk. 2,00 vte
 - Psychol. ass. 2,75 vte
 - A1 ZH vk. 1,00 vte
 - Ergotherapeut 1,60 vte
 - Kinesithérapeut 1,00 vte
 - Lic. Psychologie 0,80 vte

- Afdeling Z 2: De Feniks, depressie (28 A bedden)
 - o A1 psych. vk. (incl. HV) 5,60 vte
 - o A2 psych. vk. 4,15 vte
 - o Psychol. ass. 2,30 vte
 - o Ergotherapeut 0,80 vte
 - o Lic. Psychologie 1,50 vte
 - o Kinesithérapie 1,00 vte

- Dagziekenhuis Het Keerpunt, psychose zorg/verslaving (48 a (d))
 - o A1 psych. vk. (incl. HV) 2,75 vte
 - o A2 ZH vk. 1,00 vte
 - o Psychol. ass. 1,00 vte
 - o Zorgkundige 0,80 vte
 - o Lic. Psychologie 3,25 vte
 - o Ergotherapeut 2,30 vte
 - o Kinesithérapie 0,50 vte
 - o A1 huishoudkunde 1,00 vte
 - o Opvoedkundige A2 0,80 vte

 - Andere statuten: IBF
 - o Bewegingstherapeute 0,50 vte
 - o Opvoeder A2 0,50 vte
 - o Ergotherapeut 0,50 vte

 - Sociale Maribel
 - o Ergotherapeut 0,50 vte

- Dagziekenhuis De Foyer, chronische zorg (38 t(d))
 - o A1 psych. vk. (incl. HV) 2,75 vte
 - o A2 psych. vk. 1,00 vte
 - o Ergotherapeut 1,42 vte
 - o Animator 1,00 vte
 - o Lic. Psychologie 0,80 vte

- Sociale dienst
 - o Maatschappelijk werkers 5,05 vte
 - o Sociaal verpleegkundige 1,00 vte

 - Andere statuten: Sociale Maribel
 - o Maatschappelijk werkers 0,25 vte

- Stafmedewerkers
 - o Directie: dd niet aanwezig
 - o Directeur patiëntenzorg: overkoepelend voor ZNA
 - o Middenkader: 1,00 vte

- Mobiele equipe:
 - o A1 psychiatrisch vk. 2,75 vte
 - o A2 psychiatrisch vk. 1,00 vte

- Nachtequipe (versterking/loopwachten)

- A1 psychiatisch vk. 0,80 vte
- Kinesist 1,00 vte
- Afdeling overschrijdend personeel
 - Administratief medewerker MPG 0,50 vte
 - Ergotherapeute (centrale reva) 0,80 vte
- Opmerkingen:
 - Het aantal ADV dagen (in PZ uitgedrukt in uren = 265,65 u./maand) zijn niet in mindering gebracht.
 - 16 medewerkers volgden een opleiding tot zorgkundige (georganiseerd binnen het netwerk ZNA) en zijn als zorgkundige geregistreerd
4 medewerkers volgden een opleiding maar de aanvraag tot registratie als zorgkundige bleef tot op vandaag uit.

Non-conformiteit

- Bij nazicht van het uurrooster van de afdeling Z2 (depressie en verslaving) van de maand februari 2012 wordt vastgesteld dat de nachtdienst niet altijd wordt waargenomen door een verpleegkundige (9 tem 12/2 en 27 tem 29/2). Dit geldt ook voor de e.k. maand maart 2012 (20 tem 22/3 en 30-31/3). De nachtdiensten voor de vermelde data waargenomen door psychologisch assistenten.

Tekortkoming

- Het ziekenhuis geeft aan multidisciplinair te werken op de afdelingen, legt een multidisciplinaire afdelingspersoneelslijst voor maar deze werk-/zienswijze is niet volledig doorvertaald naar het uurrooster. O.a. kinesist, maatschappelijk werker, ergotherapeut komen niet voor op het uurrooster.

Aanbeveling

- Het uurrooster is overzichtelijk en transparant. Om een vlotte controle van de bestaffing op afdelingsniveau mogelijk te maken op basis van het uurrooster is het aangewezen naast de jobtime van de medewerker ook de discipline/functie te vermelden. Momenteel zijn de uurroosters van de afdelingen niet eenduidig opgemaakt.

7 Module Partnerschap en Middelen

7.1 Ombudsfunctie

Algemene vaststellingen

- De externe ombudsfunctie in het PZ Stuivenberg wordt ingevuld vanuit het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Provincie Antwerpen (OGGPA). Eind 2010 werd de functie van interne ombudspersoon opgeheven.
- De externe ombudspersoon, in functie in het PZ sinds één jaar, is maatschappelijk werker van opleiding en volgde een postgraduaatsopleiding 'Bemiddeling'.

De ombudspersoon is te bereiken:

Postadres: XXXX

XXXX

E-mail: **XXXX**

Brievenbus: witte brievenbus aan het algemeen secretariaat van het PZ

GSM: XXXX (alle werkdagen van 9u00 tot 17u00)

Aanwezigheid in het ziekenhuis: dinsdagvoormiddag van 9u00 tot 12u00 wat niet in overeenstemming is met de uren vermeld op de website (9u30 tot 12u00).

Tussen 9u00 en 10u00 is er vrij spreekuur. De overige tijd wordt besteed aan gesprekken met aanmelders en eventueel beroepsbeoefenaars. De aanmelder kan een persoonlijk gesprek krijgen binnen de 7 dagen.

- Volgens de ombudspersoon is het een keuze van het overlegplatform om geen afdelingsbezoeken af te leggen. Wie als patiënt op een gesloten afdeling verblijft, kan vragen aan de verpleegkundigen om de ombudspersoon te spreken. Bij melding gaat de ombudspersoon ter plaatse.

In de reactienota wordt volgende aanvullende informatie gegevens.

Patiënten op gesloten afdelingen beschikken zoals alle andere patiënten over de contactgegevens van de ombudspersoon en kunnen op schriftelijke (per mail, gewone post of via interne post onder gesloten omslag) of telefonische wijze (gsm, patiëntentelefoon) contact opnemen. Afspraken voor een persoonlijk gesprek vinden plaats tijdens de eerstvolgende passage van de ombudspersoon (eerstvolgende permanentie na de oproep). Patiënten zijn niet verplicht om hun vraag naar contact met de ombudspersoon te melden aan tussenpersonen (bv. verpleging). Tijdens het eerste contact met de aanmelder wordt steeds gevraagd of de aanmelder zich kan/mag verplaatsen en/of de aanmelder er een probleem mee heeft of de ombudspersoon ter plaatse komt op de afdeling. Gesprekken gaan indien mogelijk bij voorkeur door in de neutrale gespreksruimte.

Indien nodig kan beroep gedaan worden op de tolkendienst. Anderstalige brochures m.b.t. de ombudsfunctie zijn niet beschikbaar, maar er wordt gesteld dat al wie opgenomen wordt in het ziekenhuis enige notie heeft van de Nederlandse taal.

- Door de keuze van het overlegplatform om de externe ombudsfunctie voor de hele provincie Antwerpen te laten invullen door één persoon in een voltijdse functie is de continuïteit van de ombudsfunctie niet verzekerd bij afwezigheid. Afwezigheden worden geafficheerd (aan het ombudslokaal), gemeld aan de contactpersoon, het secretariaat en de afdelingshoofden. De ombudspersoon stelt op vrijwillige basis altijd telefonisch bereikbaar te zijn, ook tijdens periodes van verlof.

In de reactienota wordt nog meegegeven dat oproepen tijdens verlof of afwezigheid de dag van de oproep beantwoord worden. De aanmelder krijgt een afspraak en er wordt nog niet ingegaan op de inhoud van de melding.

Na toelichting door de ombudspersoon reageren alle aanmelders positief op deze aanpak.

Deze regeling is van toepassing voor alle PZ met een samenwerkingsovereenkomst.

- Om reden van verbouwwerken in het PZ kreeg de ombudspersoon voor de derde maal een nieuw bureel toegewezen, dat door de omslachtige architectuur moeilijk te vinden is. De bewegwijzering is summier aangegeven. De brievenbus aan het secretariaat van het PZ is dd. ook niet meer aanwezig, evenmin als een affiche en foldertjes. Wie wenst kan op het secretariaat onder gesloten omslag een boodschap afgeven.
- De organisatie van de ombudsfunctie is formeel vastgelegd in een huishoudelijk reglement.
Van dit huishoudelijk reglement maken deel uit:
 - Overeenkomst ombudsfunctie (dd. 05/01/2011)
 - Wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002
 - K.B. 10 juli 1990 houdende de vaststellingen van de normen voor de erkenning van samenwerkingsverbanden met psychiatrische instellingen en diensten van 8 juli 2003.
 - Visietekst Ombudsfunctie in de GGZ dd. 9 maart 2004
 - Gedragscode Ombudsfunctie in de GGZ dd. 9 maart 2004
 - Praktische organisatie (o.a. bereikbaarheid, afspraken rond bekendmaking in het PZ).
- Affiches m.b.t. de ombudspersoon zijn niet of nauwelijks zichtbaar opgehangen in het ziekenhuis. Op de afdelingen is het de verantwoordelijkheid van de leidinggevende om de affiche met de coördinaten van de ombudspersoon op te hangen. Het personeel wordt gesensibiliseerd om informatie en toelichting te geven wanneer patiënten erom vragen. De ombudspersoon komt niet op de afdelingen (heeft wel toegang) tenzij om zich jaarlijks opnieuw voor te stellen aan het personeel en/of aan te sluiten op de dagopening.
- Voor het jaar 2010 werd geen jaarverslag voorgelegd. Het jaarverslag van 2011 volgt binnen een paar maanden.
- In 2011 waren er 53 meldingen (in 2009: 32), wat iets hoger is dan de voorbije jaren wat vermoedelijk het gevolg is van het opheffen van de functie van interne ombudspersoon.
Een aanmelder maakt meestal een telefonische afspraak voor een gesprek. Het aantal schriftelijke meldingen is eerder beperkt. Het aantal persoonlijke meldingen is slechts 10%.
De klachten in 2011 hadden vooral betrekking op de (complexe) facturatie van het ziekenhuis, waar in 2009 de klachten vooral betrekking hadden op de zorgverstrekkers.
- De kwaliteitscoördinator (aanspreekpersoon) kan de ombudspersoon uitnodigen op het directiecomité. In 2011 was er tweemaal een overleg.
Verbeteracties kunnen voorgelegd worden maar het directiecomité bepaalt de keuze. Er is geen terugkoppeling naar de ombudspersoon.

Wie opgenomen wordt in het ziekenhuis ontvangt een brochure over de wet "rechten van de patiënt".

Non-conformiteiten

- Er ontbreekt een klachtenprocedure in het ziekenhuis die nauwkeurig uitgeschreven en vertaald is in een overzichtelijke en gebruiksvriendelijke flowchart.

In haar reactienota stelt het ziekenhuis dat de interne klachtenprocedure (van toepassing tot eind 2010) werd vervangen door de externe klachtenprocedure. De bijhorende flowchart werd opgemaakt via IPSOF (InterPlatformSteunpuntOmbudsFunctie) en ter beschikking gesteld aan de voorziening.

- Tijdens de audit werd geen jaarverslag voorgelegd voor 2010 m.b.t. de werking van de externe ombudspersoon.

Het ziekenhuis geeft aan dat er voor 2010 een verslag opgemaakt werd door de toenmalige interne ombudspersoon, aangevuld met de minimale gegevens aangeleverd door de externe ombudspersoon, XXXX.

- Het reglement m.b.t. de ombudsfunctie is niet ter beschikking van patiënten, medewerkers en ieder ander belangstellende. In de algemene infobrochure van het ziekenhuis komt de ombudsfunctie nauwelijks aan bod en ontbreekt de klachtenprocedure.

In de reactienota wordt aangegeven dat het huishoudelijk reglement van de ombudsfunctie raadpleegbaar is via de site van de voorziening (document beschikbaar in pdf-formaat).

Een link naar de site van de ombudsfunctie is beschikbaar via 'informatie voor patiënten' (www.ombudsfunctieggz.be).

Tekortkomingen

- Bij afwezigheid van de ombudspersoon is er geen vervanging; wel blijft de ombudspersoon telefonisch bereikbaar, wat op zich niet kan/mag verwacht worden van de ombudspersoon. Er dient minstens een aanspreekpunt te zijn in het ziekenhuis, indien op provinciaal niveau niet voorzien wordt in vervanging.
- De bekendmaking van de externe ombudsfunctie in het ziekenhuis verdient meer aandacht o.a. het zichtbaar ophangen van affiches en een brievenbus, bewijzering naar het lokaal van de ombudspersoon.

Aanbevelingen

- Het verdient aanbeveling om foldertjes met uitleg over en contactgegevens van de externe ombudspersoon toe te voegen aan de basisinformatie/onthaalbrochure voor nieuwe patiënten.
- Een regelmatige rondgang van de externe ombudspersoon op de verschillende afdelingen heeft een aantal voordelen: zo is de ombudspersoon bv. gemakkelijker aanspreekbaar, kan hij nagaan of de afdeling nog over geactualiseerde affiches en folders beschikt,...

8 Module Processen

8.1 Organisatie van zorg

Algemene vaststellingen

Onthaal, intake en indicatiestelling

- Het ziekenhuis voorziet in ambulante behandeling, dagopname en residentiële behandeling voor psychotische, neurotische en verslavingsproblematiek. Voor dringende hulpverlening is er een psychiatrische spoedgevallendienst EPSI.
- Het ziekenhuis is 24 u. op 24 u. en 7 dagen op 7 dagen toegankelijk.
 - Patiënten die zich aanmelden in PZ Stuivenberg tijdens de dag worden op EPSI gezien door een arts-psychiater of arts-assistent in opleiding.
 - Indien de toestand van de patiënt om somatische redenen geen rechtstreekse opname op EPSI toelaat en zeker na 20 u. wordt de patiënt gezien op de spoeddienst van ZNA, gelegen in de directe omgeving van EPSI.

- GO patiënten gaan rechtstreeks naar X1 of X2, tenzij bij plaatsgebrek waar EPSI dan meestal een alternatief biedt
- Patiënten met een gekende problematiek in het ziekenhuis of verwezen na een consult worden doorverwezen naar de meest aangewezen afdeling.

De administratieve opname gebeurt steeds op EPSI.

- Over een opname op spoed zijn volgende afspraken:
 - Patiënten die zich aanmelden op spoed met een verwijfsbrief, een duidelijke vraag voor een opname in psychiatrie hetzij door de patiënt of zijn naaste omgeving worden begeleid naar EPSI en worden gezien door de arts van EPSI. Indien nodig zal de psychiater de urgentiearts aanspreken voor een lichamelijke oppuntstelling.
 - Patiënten zonder verwijzing naar psychiatrie worden gezien door de spoedarts die vervolgens bij een psychiatrische problematiek overlegt met de psychiater over het verder verloop.
 - In hoogdringende situaties wordt de aanmelder steeds gezien door een urgentiearts.

- Indien bij een aanmelding tijdens de nacht een opname de meest aangewezen optie is wordt de patiënt op spoed opgehaald door één van de nachtdiensten op EPSI. Na een gesprek met de nachtverpleegkundige, die de situatie inschat, wordt telefonisch contact opgenomen met de arts-specialist in opleiding. Indien nodig komt de arts naar het ziekenhuis. Indien ook dan de toestand onduidelijk is kan steeds contact opgenomen worden met de psychiater van wacht.

- Na een 1^{ste} consult het zij door een ASO of psychiater van wacht of de arts van EPSI zijn er volgende mogelijkheden voor de patiënt:
 - De patiënt gaat terug naar huis met de nodige ondersteuning (contactgegevens EPSI, advies tot een consult of ambulante hulpverlening of onthaalsector, medicatievoorschrift)
 - De patiënt wordt opgenomen op EPSI voor maximaal 3 dagen en maximaal 5 dagen bij een verslavingsproblematiek
 - Opname op een andere psychiatrische afdeling in PZ Stuivenberg
 - Doorverwijzing buiten het PZ
 - Doorverwijzing naar de PAAZ van het ZNA Stuivenberg bv. bij een wachtlijst.

- Exclusiecriteria zijn enkel van toepassing op afdelingsniveau. Na een eerste consult wordt in overleg gezocht naar de meest aangewezen behandeling/begeleiding van de patiënt, welke zich ook kan situeren buiten het psychiatrisch ziekenhuis. Wekelijks is er overleg tussen de artsen waar casuïstiek deel van uit maakt.

- Op EPSI is een lijst opgehangen met de bedbezetting van de afdelingen. Wachttijden worden zoveel mogelijk vermeden. Een patiënt bij wie geen dringende opname noodzakelijk is en die op de wachtlijst komt wordt gevraagd zelf contact op te nemen met het ziekenhuis voor een opnamedatum. Op EPSI wordt dit gezien als indicatie van de motivatie voor een behandeling.

- Tijdens het eerste consult op EPSI is er een 1^{ste} indicatiestelling, voor zover dit voorheen nog niet gebeurde. Het is de verantwoordelijkheid van de ASO om de nog ontbrekende/noodzakelijke bijkomende informatie op te vragen bij de verwijzer.

Tenzij op uitdrukkelijk verzoek van de patiënt om de familie niet te betrekken wordt de familie beschouwd als een belangrijke partner in het ganse behandelingsproces.

- Bij een opname op EPSI wordt een patiëntendossier opgemaakt met een weerslag van het 1^{ste} assessment. De briefing die driemaal per dag op EPSI plaats vindt is het moment waarop de toestand van de patiënt met de betrokken hulpverleners geëvalueerd wordt.
Eens de patiënt op een afdeling is, is er binnen de 24 u. een multidisciplinaire briefing. Er volgt een multidisciplinaire observatieperiode van 14 dagen waarna een multidisciplinair overleg met opmaak van een behandeltraject voor de patiënt. De frequentie van de daaropvolgende multidisciplinaire overlegmomenten verschilt per afdeling (tweewekelijks/maandelijks) en wordt bepaald door de opnameduur en de toestand van de patiënt.
De behandelende psychiater/afdelingsarts en de ASO sluiten bij het overleg aan. Het besluit is een gedragen besluit dat door de arts bevestigd en ondertekend wordt. De toewijsverpleegkundige is verantwoordelijk voor de terugkoppeling naar de patiënt, tenzij in overleg beslist wordt dat een andere discipline de meest aangewezen persoon is.
- Normaliter komt elke arts dagelijks op zijn toegewezen afdeling en sluit aan bij de briefing. De arts ziet wekelijks de patiënt (soms 2 x per week) en de patiënt kan ook een bijkomend gesprek vragen. Patiënten die hun voorkeur uitdrukken voor een andere behandelende arts of een 2^{de} opinie wensen kunnen dit bespreken met hun behandelende arts.

Sociale zorg, herstelgerichte zorg en zorg aan familie

- In het PZ Stuivenberg zijn 5,8 vte maatschappelijk werkers/ sociaal verpleegkundigen tewerkgesteld. Zij worden aangestuurd door het diensthoofd Patiëntenbegeleiding van het ZNA, dat onder de bevoegdheid valt van de Algemeen Directeur Patiëntenzorg van ZNA.
Zij zijn toegewezen aan één of meerdere verpleegafdelingen. De continuïteit wordt verzekerd door de clusterwerking.
Omdat de eindverantwoordelijkheid en de daaraan gekoppelde taken een bijkomende tijdsinvestering is werd door deze medewerkers geopteerd in een 6-maandelijkse beurtrol 'aanspreekpersoon' te zijn. Eenmaal per maand overlegt de 'aanspreekpersoon' met het diensthoofd Patiëntenbegeleiding van het ZNA. Daarnaast is er maandelijks overleg met de medewerkers en het diensthoofd.
- Bij een opname ontvangt een (toewijs)verpleegkundige de patiënt op de afdeling. Er is een eerste contact met de patiënt dat verschilt per afdeling. De patiënt wordt aangemoedigd op eigen initiatief contact op te nemen met de maatschappelijk werker.
- Zoals voor alle disciplines wordt van de maatschappelijk werker verwacht de nodige informatie te verzamelen tijdens de vooropgestelde observatieperiode. D.w.z. het in kaart brengen van o.a. de sociale situatie, het opstellen van de socio-hetero-anamnese, oppuntstelling sociale en financiële voorzieningen, contact met de familie afhankelijk van de wensen en de problemen, aansluiten bij het gesprek van de arts en psycholoog met de patiënt.
De maatschappelijk werker is een volwaardig lid van het multidisciplinaire team, sluit aan bij elk multidisciplinair overleg en briefingmomenten en heeft eigen inbreng.

In voorbereiding op het ontslag is hij/ zij verantwoordelijk voor het opzetten van een netwerk voor de patiënt.

- Het ziekenhuis heeft een multiculturele patiëntengroep. Men houdt zoveel als mogelijk rekening met de leefwereld van de onderscheiden culturen. Interculturele bemiddelaars zijn ter beschikking in het ziekenhuis en kunnen ter ondersteuning worden aangesproken. Verder kan het ziekenhuis zich beroepen op een externe tolkdienst.
- Er is samenwerking met patiënten- en familieorganisaties en KOPP. Een psycholoog van X 4 (resocialisatie afdeling psychosezorg) geeft eenmaal per maand vorming voor patiënten en familie rond de KOPP-werking.

Eenmaal per jaar is een psycho-educatiemoment voorzien rond psychose vanuit het psychosecircuit (overkoepelend behandelprogramma in psychosezorg) waarbij Similes participant is.

Verder is psycho-educatie een opdracht van alle disciplines. Artsen nemen het medisch luik en medicatie voor hun rekening en dit tijdens de individuele gesprekken.

- Tot voor kort was een medewerker van het PZ verantwoordelijk voor ontslagmanagement. Deze principes zijn inmiddels voldoende ingeburgerd om er verder mee aan de slag te gaan in het ziekenhuis.

Ontslag

- Vanaf het moment van opname en gedurende de opnameperiode zal naar herstel en ontslag toe gewerkt worden door alle betrokken disciplines. Individuele gesprekken met arts, psycholoog, individuele begeleider en een weekschema met activiteiten en vaardigheidstrainingen, psycho-educatiemomenten voor familie en individuele patiënt maken daar deel van uit. Ook het buiten het ziekenhuis verblijven, in overleg met de arts, is een voorbereiding op ontslag.
- De beslissing tot ontslag is een multidisciplinaire beslissing. Veelal wordt een zorgoverleg gepland waar het (opgezet) netwerk van de patiënt, samen met de huisarts en familie wordt op uitgenodigd. Het nazorgoverleg verloopt gestructureerd op basis van een standaard document. Ter voorkoming van hervall worden voorstellen geformuleerd voor nazorg op maat van de patiënt. Het aanbod vanuit het ziekenhuis is zeer ruim.
 - Binnen het ziekenhuis:
 - Het dagziekenhuis Het Keerpunt: biedt intensieve zorgprogramma's aan
 - Het dagziekenhuis De Foyer biedt behandelingen aan personen met langdurige psychische problemen
 - Nachtopvang
 - Buiten het ziekenhuis:
 - Raadplegingen en ambulante zorg in ZNA Stuivenberg, ZNA Sint-Erasmus en ZNA Middelheim

- Psychosociaal Centrum De Wilg (OCMW) biedt administratieve en dagelijkse ondersteuning aan personen met langdurige psychiatrische problemen
 - Herstel- en Trainingscentrum De Grooff (BW)
 - ADAPT psychiatrische thuiszorg
 - Het Somebuddy project
 - De dagactiviteitencentra De Vinken en De Ridder (OCMW)
 - Het PVT Hoge Beuken.
 - Het aanbod Puente, VDIP,
- Bij opname kan de patiënt zijn huisarts schriftelijk de toelating geven om zijn dossier in te kijken. Bij ontslag ontvangt de huisarts een medisch verslag met daarin de gegevens van de behandeling en de informatie over eventuele nazorg.
 - Voor wie op ontslag gaat op X1 wordt een ontslagformulier ingevuld en meegegeven aan de patiënt waarop het medicatieschema, preventieve maatregelen en wat te doen bij dreigende terugval. Het telefoonnummer van EPSI wordt er uitdrukkelijk op vermeld.

Tekortkomingen

- Het proces van zorgvraag tot zorgeffectuering is niet aantoonbaar. O.a. volgende aspecten ontbreken:
 - toegankelijkheid (bekendmaking intakeprocedure zowel naar patiënten als verwijzers, vast aanspreekpunt, hoe contact gehouden wordt en wachttijden overbrugd worden,...)
 - communicatie (met de verwijzers, afdeling, familie)
 - capaciteitsplanning (beheer vrije bedden)
 -
- In de voorgelegde opnameprocedure van EPSI is vooral aandacht voor de taken/verantwoordelijkheden van de ASO. Welke zorgverlener wat doet en wanneer komt in de procedure niet aan bod. Het doorverwijzen naar andere diensten, wat bij overbezetting, wachttijd, het opstarten van geschikte medicatie, enz. evenmin. De flowchart residentiële module psychose en opnameverloop X3 vertonen dezelfde tekortkomingen. Enkel de cliëntenstroom is weergegeven. Wie welke taken/verantwoordelijkheden heeft en binnen welk tijdspad dit dient te gebeuren ontbreekt in de flowchart.
- De behandelingsfase kan dan wel verschillen vertonen per afdeling, het verloop van de behandelingsfase is niet uitgewerkt in een procedure (o.a. observatieperiode, behandelingsfase met voortgangstoetsing, ontslagvoorbereiding) waarin duidelijk wordt gesteld wie wat doet en wanneer.
- In het PZ Stuivenberg is geen ontslagprotocol.
- Elke patiënt ontvangt bij opname een algemene onthaalbrochure. De voorgelegde brochure dient bijgesteld te worden voor o.a. volgende items:
 - niet meer up-to-date voor wat de ombudsfunctie betreft
 - klachtenprocedure wordt niet vermeld
 - contactgegevens van patiënten-/familieorganisatie en andere samenwerkingsverbanden zijn niet opgenomen.

- Op elke afdeling is een specifieke brochure die bij opname wordt voorgelegd en doorgenomen met de patiënt. Inhoudelijk zijn de folders voor de onderscheiden afdelingen niet op elkaar afgestemd, komt het zorgprogramma niet aan bod en ontbreekt duiding bij het therapeutisch aanbod.
Informatie die momenteel ook ontbreekt in de folders is: het werken met een individueel behandelplan, het werken vanuit het gedeeld beroepsgeheim, toelichting bij het werken met toewijsverpleegkundigen, het verloop van een opname, voorbereiding van ontslag en het ontslag, duiding bij de multidisciplinaire equipe.
- Bij opname van een patiënt wordt een standaard formulier hetero-sociale-anamnese (intake bundel sociale dienst) gebruikt. Zowel uit de papieren versie als uit de geïnformatiseerde versie is af te leiden dat niet alle levensdomeinen er voldoende aan bod komen. Een volwaardige hetero-sociale-anamnese is dermate opgesteld dat ze over de disciplines en over de afdelingen heen kan gebruikt worden.
Opdat een volwaardig samengesteld instrument voldoende gedragen wordt door alle disciplines is het aangewezen om bij de uitwerking ervan een multidisciplinair samengestelde werkgroep te betrekken.
- Individuele gesprekken met de psychiater, psycholoog maken momenteel (formeel) geen deel uit van het behandelplan van de patiënt. Deze gesprekken gebeuren op momenten die vooraf kenbaar gemaakt worden aan de patiënt.

Aanbevelingen

- De huidige website is niet duidelijk voor wie contact zoekt met het ziekenhuis. O.a. rond toegankelijkheid ontbreken: bekendmaking intakeprocedure zowel naar de patiënt als verwijzer, het vast aanspreekpunt, exclusie- en inclusiecriteria.
- Het voorzien van een 'ontslagformulier' op alle afdelingen, naar analogie van X 1, wordt sterk aanbevolen. Misschien kan in dit formulier nog meer aandacht zijn voor signalen die de patiënt zelf aangeeft i.k.v. herval.

8.2 Intern rampenplan

Algemene vaststellingen

- Het rampenplan Stuivenberg omvat de hele campus Stuivenberg nl. het algemeen ziekenhuis en het psychiatrisch ziekenhuis. Het rampenplan van het PZ zit dus mee geïntegreerd in het rampenplan Stuivenberg.
- Het rampenplan is te raadplegen op Intranet Stuivenberg.
- Het rampenplan werd naar aanleiding van de audit in PZ Stuivenberg niet aangeleverd en niet bevraagd.

8.3 Apotheek en medicatiedistributie

Algemene vaststellingen

- N.a.v. vorig inspectiebezoek werd vastgesteld dat het PZ niet beschikt over een eigen apotheek met bijhorende wachtdienst.

Momenteel doet het PZ nog altijd beroep op de toelevering vanuit de apotheek van het op dezelfde campus gelegen ZNA AZ Stuivenberg. De toelevering gebeurt onder de verantwoordelijkheid van de apotheker (aanspreekpunt) van het PZ Stuivenberg. Bij afwezigheid neemt een collega apotheker deze taak over.

De apotheek is niet geopend op zondag. Indien het PZ nood heeft aan bepaalde medicatie wordt op zoek gegaan naar een patiënt die dergelijke medicatie neemt. De medicatie wordt daarna teruggegeven vanuit de apotheek. Er kan uitzonderlijk beroep gedaan worden op een spoedkast, ter beschikking van alle afdelingen op de campus.

- De apotheker, verantwoordelijk voor het PZ, sluit aan bij het Comité ziekenhuishygiëne en is vertegenwoordigd in het MFC van ZNA. Daar neemt zowel een arts van PZ als de apotheker aan deel.
- De bevoorrading van de diensten vanuit de apotheek gebeurt 1 x per week d.m.v. verzegelde bakken. Dagelijks gebeuren nog individuele leveringen, tegen voorschrift van de arts.
Op de afdelingen wordt gebruik gemaakt van af te sluiten medicatiewagens (in gebruik sinds 2010) voor het toedienen van dagmedicatie. Daarnaast is een kast voor de stockmedicatie die beperkt toegankelijk is.
- Op elke afdeling is stockmedicatie (per product) die manueel wordt opgevolgd en uitgeteld op basis van een standaardlijst. Na controle wordt deze lijst overgemaakt aan de apotheek die de nodige medicatie aanlevert om terug een optimale stock te hebben.
- Er was nood aan uniformiteit binnen de psychiatrische diensten rond zowel het invullen van een medicatieschema alsook de medicatietoediening. Er werd een werkgroep opgericht met als opdracht de medicatieprocedure bij te sturen. De verantwoordelijke apotheker voor het PZ, een 5-tal hoofdverpleegkundigen en basisverpleegkundigen participeerden aan de werkgroep.
- De opvolging van de narcotische analgetica gebeurt conform de wettelijke normen. Vanuit de apotheek wordt bij de toelevering van de medicatie op een afdeling het nodige formulier meegegeven voor de opvolging.
- Op elke afdeling is een afzonderlijke koelkast voor medicatie. Temperatuurcontrole gebeurt conform een uitgeschreven procedure. De temperatuurcontrole wordt genoteerd in een logboek. Het logboek wordt teruggebracht en bewaard in de apotheek.
- Alhoewel er nood is aan vorming rond nieuwe medicatie wordt de apotheker hierover niet aangesproken. Het is een taak die de afdelingsarts zal opnemen.
- De apotheker komt slechts eenmaal per jaar op een afdeling voor een stockinventaris en de controle van de medicatie op vervaldatum. Omdat alle medicatie momenteel manueel wordt voorgeschreven heeft men in de apotheek ook geen overzicht van de medicatie die de patiënt neemt.
- Normaliter wordt de medicatie op de afdelingen klaargezet tijdens de nacht en is dit een opdracht voor de nachtverpleegkundige. Omdat de verpleegkundige nachtpermanentie niet elke nacht kan gerealiseerd worden op elke afdeling gebeurt het dat niet verpleegkundigen de medicatie klaarzetten.
De verpleegkundige die de medicatie bedeeft controleert de medicatie.

- De procedure ' klaarzetten van de medicatie' is duidelijk uitgewerkt, omvat 7 instructies waarin rekening wordt gehouden met de medicatievorm.
- De arts schrijft zijn medicatieopdrachten op een opdrachtenblad en op een "medicatieschema", de verpleegkundigen maken een herbevoorradsingsblad op dat naar de apotheek wordt gestuurd. Hiervan wordt een herbevoorradsingslijst opgesteld. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen stockmedicatie (met naschrift) en niet-stockmedicatie (met voorschrift). Elke afdeling beschikt dus over een behoorlijke voorraad.
- De thuismedicatie van de patiënt wordt tijdens de opnameperiode bijgehouden (gelabeld) op de afdeling en bij ontslag terug meegegeven, voor zover de behandelende arts geen tegenadvies geeft. Enkel bij aandringen van de patiënt en indien passend binnen de behandeling, wordt thuismedicatie verder gegeven.
- In een procedure ' invullen medicatieschema's' wordt verduidelijkt hoe een medicatiefiche moet worden ingevuld, toe te dienen medicatie wordt opgevolgd, niet ingenomen medicatie wordt geregistreerd. De fiches worden wekelijks afgeprint ofwel manueel overgeschreven. Op de afdeling is een parafenlijst van de verpleegkundigen op basis waarvan men de gestelde handelingen kan controleren.

Non-conformiteiten

- De medicatie klaarzetten is een taak van de nachtdienst. Niet elke nacht is een verpleegkundige aanwezig op alle afdelingen zodat het klaarzetten van de medicatie in het gedrang komt. Er is momenteel geen eenduidig beleid m.b.t. de verpleegkundige handelingen (o.a. het klaarzetten van de medicatie) bij afwezigheid van een verpleegkundige.

Het K.B. n° 78 stelt duidelijk dat het klaarzetten van de medicatie een verpleegkundige handeling is. Zorgkundigen kunnen deze handelingen niet stellen. Het K.B. betreffende zorgkundigen stelt duidelijk dat de zorgkundige de patiënt kan helpen bij inname van geneesmiddelen via orale weg, nadat het geneesmiddel door middel van een distributiesysteem, door een verpleegkundige of een apotheker werd klaargezet en gepersonaliseerd. Bovendien kan een zorgkundige deze handeling pas stellen onder toezicht van een verpleegkundige en binnen een gestructureerde equipe.

- Het ziekenhuis dient de zinvolheid van het aanleveren van stockmedicatie op de afdelingen in vraag te stellen. Medicatie wordt per product in globo afgeleverd per afdeling i.p.v. de aanlevering per patiënt.

Tekortkomingen

- In het PZ is geen intern reglement dat het medicatiedistributiesysteem regelt: bewaking, beoordeling, bijkomende opleiding van betrokken personeel, opsporen van medicatiefouten, stockinventarisatie en controle op vervaldata.

Het rapporteren van medicatiefouten gebeurt via het elektronisch meld- en leersysteem, aldus de reactienota van het ziekenhuis.

- Het huidige medicatiegebeuren is achterhaald, geeft veel kans op medicatiefouten (o.a. manueel uittellen) en de grote stock op de afdeling is onmogelijk op een correcte manier op te volgen en kan misbruiken in de hand werken. Het auditteam vindt het spijtig dat de medicatiefiche geen deel zal uitmaken van het P-EPD dat binnen korte termijn zal uitgerold worden in het ziekenhuis. Ook het manueel opmaken van de medicatiefiches is meer dan achterhaald en geeft veel kans op fouten.

8.4 Werking van diensten

8.4.1 Dienst EPSI

Algemene vaststellingen

- De Eenheid voor Psychiatrische Spoed Interventie (EPSI) is een entiteit met 8 A-bedden. EPSI bestaat reeds 19 jaar en is/was een FOD-project. EPSI is 7 dagen op 7 dagen en 24 u. op 24 u. bereikbaar voor mensen in crisis. De patiënt kan er maximaal 3 dagen verblijven, patiënten met een verslavingsproblematiek maximaal 5 dagen. Het is een open opname-eenheid.
- Er gelden geen exclusiecriteria, wel zijn er enkele afspraken gemaakt m.b.t. specifieke aanmeldingen:
 - Gedwongen Opnames (GO) worden rechtstreeks opgenomen op X1 en X2. Bij plaatsgebrek kan een bed op EPSI of elders in het PZ ingenomen worden.
 - Ernstige intoxicaties worden behandeld op spoed voor monitoring en observatie
 - Minderjarigen worden na consult doorverwezen naar ZNA UCKJA Middelheim voor opvolging en begeleiding in overleg met een kinderpsychiater. Het gebeurt dat op X1 psychotische jongeren vanaf 16 jaar tijdelijk worden opgenomen, tot de gepaste plaats is gevonden.
- De EPSI-eenheid richt zich op psychiatrische urgenties, acute psychosociale problematiek en bijstand aan slachtoffers. De behandeling is gericht op het tot rust brengen van de patiënt (desgevallend residentieel) en op crisisbegeleiding in samenwerking met de familie/omgeving. EPSI werkt nauw samen met de dienst spoedgevallen wat betreft opvang van slachtoffers en familieleden.

Sinds 2011 werd gestart met een vrije psychiatrische urgentieconsultatie "EPSI-Ambulant".

EPSI verhuist eind 2012 naar ZNA Campus St- Erasmus samen met de PAAZ.

- De doelstellingen van de afdeling variëren naargelang het profiel van de individuele patiënt.
 - Doel 1: door de korte opvang de mensen terug de ruimte bieden om opnieuw in evenwicht te komen, de vraag naar verdere therapie inschatten en deze eventueel mee organiseren.

- Doel 2: de patiënt stapt in een behandeltraject. Via therapeutisch contact de drempel tot behandeling (t.g.v. stigmatisering en verwerking) overwinnen en een behandelproces op gang brengen.
 - Doel 3 : door een time-out de patiënt en zijn netwerk enige ruimte geven. En deze ruimte gebruiken om het gesprek tussen de verschillende actoren terug mogelijk te maken.
- Bij een opname tijdens de dag is er een eerste gesprek met een psycholoog en/of arts. Wie opgenomen wordt tijdens de nacht heeft een eerste gesprek met de nachtverpleegkundige/psychologisch assistente. Na een eerste inschatting van de problematiek is een telefonisch contact met de ASO die eventueel ter plaatse komt. Indien er onduidelijkheid is kan de ASO telefonisch contact opnemen met de psychiater van wacht. 's Morgens is er overdracht naar de afdelingspsychiater op basis van een 'wachtnota' die opgemaakt wordt door de 1^{ste} arts die de patiënt ziet. De verpleegkundige die de patiënt ziet maakt een verpleegkundig verslag op.
 - De 1^{ste} dag van de opname volgt een kennismakingsgesprek met de toewijsverpleegkundige en de toewijspsycholoog of de assistent psycholoog. De patiënt wordt gevraagd contact op te nemen met de maatschappelijk werker indien hier ondersteuning nodig is. De psycholoog is de contactpersoon met het CGG en de huisarts.
 - Dagelijks zijn op de afdeling 3 briefingmomenten bij dienstoverdracht. Op de middag worden de patiënten meer uitvoerig besproken (=teamvergadering) in aanwezigheid van alle aanwezige personeelsleden, inclusief de maatschappelijk werker, de psychiater en de ASO. De voortgangsrapportering is terug te vinden in het EPD. Elke medewerker beschikt over een individuele login.
 - Het beleidsteam van EPSI bestaat uit de afdelingsarts, de hoofdverpleegkundige en 2 psychologen.
Het team voor 8 A-bedden is als volgt samengesteld:
 - A1 psych. vk. (HV. Incl.) 5,55 vte
 - A2 psych. vk. 1,55 vte
 - Psychologisch. ass. 3,80 vte
 - Lic. Psychologie 2,50 vte
 - Andere statuten: Sociale Maribel
 - A1 psych. vk. 1,00 vte
 - Tijdens de nacht zijn 2 personeelsleden aanwezig waarvan minstens één verpleegkundige. Het 2^{de} personeelslid kan een psychologisch assistente zijn (februari 2012: 21 nachten).
 - 3 verpleegkundigen en de afdelingsarts engageren zich wekelijks in het Puente-project, waar patiënten op een vast wekelijks tijdstip komen voor toediening en opvolging van hun inspuiting (LWAP).
 - Elke patiënt heeft dagelijks 2 individuele gesprekken (voor- en namiddag) met respectievelijk zijn toegewezen verpleegkundige en psycholoog. Op basis van deze

gesprekken tracht men een zo goed mogelijk zicht te krijgen op de problemen die zich stellen en wordt er samen gezocht naar een oplossing.

Tijdens de middagbriefing wordt de patiënt besproken en wordt een verdere planning opgemaakt die vervolgens in de namiddag met de patiënt besproken wordt.

- Er is geen therapeutisch aanbod op de afdeling. De patiënt kan zijn tijd naar keuze invullen. De patiënt wordt geadviseerd om zoveel mogelijk rust te nemen en na te denken over hoe een oplossing kan gevonden worden voor de problemen. Op vraag van de patiënt wordt overwogen wat de tijdsinvulling kan zijn met begeleiding, rekening houdend met het toestandsbeeld van de patiënt. Op de afdeling beperkt het aanbod zich tot een TV en gezelschapspelen.
- Architectonisch is de afdeling erg gedateerd en voldoet niet meer inzake kwaliteit en patiëntveiligheid.

In het opnamedeel zijn volgende lokalen:

- een gemeenschappelijke living met eethoek
- 1 douche
- 1 toilet
- 6-eenpersoonskamers en één tweepersoonskamer; waarvan 2 kamers voorzien zijn van een bed vastgemaakt in de grond.
- De verpleegpost is eerder klein en moeilijk te gebruiken voor teamvergaderingen.

Er is geen bezoekersruimte, slechte geluidsisolatie en weinig mogelijkheid tot privacy.

Het consultatiedeel heeft ook zijn beperkingen o.a. een gebrek aan gespreksruimtes, te weinig berging.

Op de afdeling is geen afzonderingskamer, wat soms noopt tot het op slot doen van de kamerdeur wat uitzonderlijk gebeurt. Op dit moment wordt de afzonderingsprocedure van toepassing en is er de nodige registratie.

In oktober 2011 werden in alle kamers dubbele kettingsloten aangebracht op de houten raamkaders. De patiënt kan wel nog zijn kamer verluchten maar niet meer verlaten via het raam.

Informatiemateriaal is voldoende aanwezig (5 PC's en 1 laptop), een extra PC is in bestelling. De aanwezigheid van een beamer is aangewezen eens het P-EPD volledig is uitgerold.

- In het beleidsplan 2012 zijn volgende werkpunten geformuleerd:
 - de verhuis van EPSI naar ZNA Erasmus tegen december 2012
 - het uitwerken van een afdelingsspecifieke brochure; een werkgroep zal hiermee aan de slag gaan
 - het optimaliseren van de samenwerking met de algemene spoed
 - eenduidigheid krijgen over de inhoud van wachtnota's en in te vullen gegevens van patiënten (augustus 2012)

Sterke punten

- Om te voorkomen dat de noodzakelijke coherentie wordt gemist door een gebrek aan theoretische achtergrond worden de problemen die zich kunnen stellen en de wijze van benaderen voor 4 pathologiegroepen uitgeschreven, m.n. voor:
 - Mensen met een angst- of depressieve stoornis

- Mensen met verslavingsgedrag
 - Mensen met een psychose
 - Mensen met borderline persoonlijkheidsstoornissen
- Een van de zwakke punten uit de afdelingsanalyse was een gebrek aan richtlijnen bij de opvang van nieuwe collega's. Om tegemoet te komen aan dit probleem werd alle informatie die beschikbaar was gebundeld in een "Infobundel voor nieuwe collega's". Belangrijke procedures en richtlijnen zijn als bijlage gehecht aan deze bundel.

Tekortkomingen

- Het proces van aanmelding van een patiënt op EPSI t.e.m. indicatie voor een opname op EPSI of een indicatie voor een andere afdeling, met de andere mogelijkheden (zoals verwijzing naar andere instanties of AZ) zijn uitgewerkt in een flow-chart. In deze flow-chart wordt niet aangegeven wie wat doet en wanneer (taken en verantwoordelijkheden).
- De tijd die momenteel besteed wordt aan directe versus indirecte patiëntentijd wordt niet gemeten. Ruw weg wordt de directe patiëntentijd per personeelslid geschat op slechts 15%. Verklarende factoren zijn o.a. telefonische permanentie, onberekenbare spoedeisende hulp, administratieve taken, onderbezetting, werken op verschillende locaties, interventies op andere afdelingen, logistieke taken. De nodige acties dienen ondernomen te worden om de directe patiëntentijd, nu een absoluut minimum, te verhogen.

Aanbevelingen

- Op EPSI is er een elektronisch dossier dat volgende documenten bevat:
 - Intakeverslag: omvat reden van opname/aanmelding, anamnese/hetero-anamnese, psychiatrisch onderzoek, aanvullend psychologisch onderzoek, voorlopige diagnose, psychotherapeutisch en farmacotherapeutisch behandelplan, en algemeen behandelplan.
 - Administratieve patiënten gegevens
 - Crisissituering (o.a. crisogene factoren, aspecten draagkracht/draaglast)
 - Bio-psychosociale gegevens
 - Dagverslagen
 - Teambesluiten met teamverslagen
 - Patiënten opname parameters
 - Ontslag voorbereiding
 - Ontslagbrief (ganse verloop van de opname en richtlijnen voor verdere nazorg).

De medicatiefiche maakt geen deel van uit van het dossier.

Het is niet duidelijk waar de "zorgvraag" van de patiënt aan bod komt.

Bij het uitrollen van het P-EPD moet het de bedoeling zijn het dossier de patiënt te laten volgen over de afdelingen heen zodat men op de afdelingen niet steeds opnieuw moet starten met de opmaak van het dossier.

- Advies om per overlegmoment een fiche uit te werken waarin o.a. duidelijk wordt omschreven wat de doelstelling is van de vergadering, de frequentie van vergaderen, wie deelneemt, het tijdstip, verantwoordelijkheden (agenda opstellen, verslag maken, ...). Dit kan een handig instrument zijn bij de evaluatie van de onderscheiden overlegmomenten op efficiëntie en bij het inwerken van nieuwe medewerkers.

8.4.2 Dienst X0 – kinderpsychiatrie 't Spoor

Algemene vaststellingen

- Er wordt opgemerkt dat er op deze afdeling enkel een rondgang was met ondertussen wat uitwisseling van informatie.
- N.a.v. vorige inspectie werd de opmerking geformuleerd dat er onvoldoende scheiding was tussen volwassen-psychiatrie en de kinderpsychiatrie.
Het ziekenhuis geeft dd. aan dat met het oog op de renovatie van het PZ, waarvan de werken van start zijn gegaan in januari 2012, door het Management Comité van ZNA op 23 juni 2011 werd beslist, deze diensten – in casu 18 K-bedden en 4 k(d) – definitief te verhuizen naar de campus ZNA Middelheim.
Ten gepaste tijde zal het PZ een wijziging van erkenning aanvragen aan het Agentschap Zorg & Gezondheid. Vanaf mei 2012 zal het PZ Stuivenberg dus niet meer beschikken over een dienst Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

Verder geeft het PZ aan dat om deze verhuis mogelijk te maken, er in het UCKJA een aantal aanpassingen worden doorgevoerd. Er wordt een tijdelijke infrastructuur opgericht in de onmiddellijke nabijheid van de UCKJA die in gebruik zal genomen worden vanaf mei 2012 en dit tot de oplevering van de geplande nieuwbouw UCKJA op dezelfde campus.

De afdeling zal in UCKJA gehuisvest worden op de huidige locaties van de leefgroepen voor peuter-kleuters en eetstoornissen. Op hun beurt verhuizen deze groepen naar een nieuwe locatie aan het ZNA Middelheim/Paola Kinderziekenhuis.

- Wie op zoek gaat op internet naar informatie over deze afdeling op de campus PZ Stuivenberg zal geen informatie terugvinden.
De adolescentenafdeling situeert zich fysiek binnen het PZ Stuivenberg maar wordt aangestuurd door de leiding vanuit het UCKJA Middelheim.
In het organogram van het UCKJA maakt de afdeling (Zorgen voor de ontwikkelingstoornissen) deel uit van het adolescentendepartement. Het departement staat onder de leiding van het departementshoofd kinder- en jeugdpsychiatrie.
De afdeling staat onder leiding van een kinder- en jeugdpsychiater en een hoofdverpleegkundige (cfr. Organogram PZ Stuivenberg).
Wekelijks is er overleg tussen de leidinggevende van UCKJA en de hoofdverpleegkundige.
- De afdeling is een gespecialiseerde universitaire dienst voor kinder- en jeugdpsychiatrie. De doelgroep zijn kinderen van 12 tot 18 jaar met psychiatrische problematiek: autisme en psychose en aanverwante stoornissen. De opnameduur is gemiddeld een 6-tal maanden.
Exclusiecriteria voor een residentieel verblijf zijn:
 - een duidelijke mentale handicap (IQ<65)
 - een primaire middelenproblematiek
 - cluster B-persoonlijkheidsstoornis of primair een disruptieve stoornis
 - jongeren met op de voorgrond staande antisociale persoonlijkheidsstoornis in ontwikkeling.
- Het is een open afdeling die om reden van toegankelijkheid door volwassen patiënten, afgesloten wordt.

- De werking van de afdeling is momenteel als volgt opgedeeld:
 - Spoor 1 en 2 (2 x 8) residentiële bedden kinder- en jeugdpsychiatrie
 - Spoor 3: 4 stoelen k(d) kinder- en jeugdpsychiatrie
 - Ambulante werking (Y0) EOPS (eenheid voor ontwikkelings- en psychotische stoornissen
 - Erasmus: screening en onderzoek van alle aangemelde klanten
 - Het project VDIP (vroeg detectie van psychose)
 - Het project RCA (referentie centrum voor autisme).

- De afdeling beschikt over volgend multidisciplinair team:

○ A1 psych. vk. (incl. HV)	6,55 vte
○ A2 ZH vk.	0,80 vte
○ A2 psych. vk.	6,10 vte
○ Psychol. ass.	1,00 vte
○ Opvoeder A1	2,80 vte
○ Lic. Psychologie	3,00 vte
○ Ergotherapeut	0,75 vte
○ Lic. Kinesithérapie	1,00 vte
○ Maatschappelijk werker	1,00 vte

- De permanentie tijdens de nacht wordt verzekerd door 2 verpleegkundigen in vaste nachtdienst en verpleegkundigen uit de dagequipe. Uit noodzaak worden soms psychologisch assistenten en opvoeders ingezet voor de nacht. Tijdens de nacht is één personeelslid aanwezig. Om tegemoet te komen aan het K.B. n° 78 worden verpleegkundige handelingen (o.a. het klaarzetten van medicatie) verplaatst naar een ander tijdstip. De taken van de nachtdienst zijn uitgeschreven, maar bovenvermelde uitzonderingen maken daar geen deel van uit.

- Bij de rondgang werd vastgesteld dat de afdeling gedateerd is en de infrastructuur verouderd. Men doet toch inspanningen om de afdeling gezellig te houden. Pluspunt is dan weer de beveiligde tuin.

Sterk punt

- Op de afdeling is een afzonderingskamer die niet voorzien is van een bed. Het is een lege ruimte waar enkel een “wikkeldeken” klaar ligt voor ingeval van een crisis. Het personeel gaf een demonstratie over hoe een patiënt wikkelen en toonde hiermee aan dat de procedure zéér goed is gekend.

8.4.3 Dienst Z2 De Feniks

Algemene vaststellingen

- De afdeling Z2 beschikt over 28 bedden, waarvan 18 bestemd zijn voor de doelgroep angst en depressie en 10 voor de doelgroep verslavingsproblemen. Tot voor april 2011 was het therapeutisch aanbod volledig afgestemd op patiënten met angst en stemmingsstoornissen (aangeduid als het neuroseluik). In de toekomst zal de afdeling deel gaan uitmaken van het verslavingscircuit. De patiënten met angst en

depressieproblemen zullen dan eerder op de PAAZ opgenomen worden. Het is nog niet helemaal duidelijk in welke mate de oorspronkelijke identiteit van de afdeling binnen het verslavingscircuit nog zal bewaard blijven. Tot nu toe zijn er op de afdeling weinig allochtone patiënten en dient er niet zelden met tolken gewerkt te worden.

- Omwille van de verbouwwerken op de Stuivenberg campus is de afdeling sinds 1/10/2011 ondergebracht op de derde verdieping van het Sint-Erasmus ziekenhuis, en dit in principe tot begin 2014. Er is een regelmatige vervoerdienst tussen de beide campussen die patiënten, bijvoorbeeld na opname via de EPSI, naar Erasmus kan brengen. In het weekend functioneert deze “Shuttle” evenwel niet. Het tijdelijk onderkomen blijkt een aantal voor- en nadelen te hebben. Over het algemeen maakt de afdeling een aangename indruk. Er zijn 2 vierpersoonskamers, 5 tweepersoonskamers en 10 eenpersoonskamers. Er is wel een sterk tekort aan therapielokalen en ook de gemeenschappelijke ruimtes voor de patiënten zijn beperkt. Medio 2012 kan hierin een verbetering optreden omdat dan de PAAZ van ZNA ook naar Sint-Erasmus komt en door die beweging zou er mogelijks meer ruimte voor De Feniks beschikbaar komen.
- Het multidisciplinaire team van de afdeling is als volgt samengesteld:
 - A1 psych. vk. (incl. HV) 5,60 vte
 - A2 psych. vk. 4,15 vte
 - Psychol. ass. 2,30 vte
 - Ergotherapeut 0,80 vte
 - Lic. Psychologie 1,50 vte
 - Kinesithérapie 1,00 vte
- Door de afdeling werden volgende documenten beschikbaar gesteld:
 - Een afdelingsbeleidsplan voor 2012, dat op beknopte wijze een aantal aspecten rond klinische zorg en samenwerking en communicatie beschrijft.
 - Een informatiebrochure voor de patiënten
 - Een lijst met kwaliteitsinitiatieven die in 2011 op de afdeling genomen zijn
 - Een zelfevaluatie die met het oog op de audit is opgesteld
- In die zelfevaluatie komen volgende aandachtspunten naar voor:
 - De afdeling wordt aangestuurd door het afdelingsbeleidsteam bestaande uit de afdelingsarts, de afdelingspsychologe en het verpleegkundig afdelingshoofd. De leiderschapsstijl is situationeel bepaald en bevat verschillende componenten: sturen, coachen, ondersteunen en delegeren. Bij nieuwe aanwervingen ligt de uiteindelijke keuze bij het team.
 - De afdelingsverantwoordelijken zijn van mening dat er onvoldoende rekening wordt gehouden met de (niet) beschikbare kennis bij het toevoegen van een nieuwe doelgroep. Er wordt betreurd dat er in het ziekenhuis geen Therapeutische Raad bestaat, die zou samengesteld zijn uit vertegenwoordigers van alle beroepsgroepen met een therapeutische inbreng.
 - Het beknopte afdelingsbeleidsplan besteedt aandacht aan het feit dat er nu twee doelgroepen zijn en dat daarrond in de toekomst nog een verdere

evolutie te verwachten is, hetgeen inhoudt dat er nieuwe kennis en vaardigheden over verslavingsproblemen moet verworven worden. Het actuele samengaan van twee doelgroepen vereist een flexibele opstelling omdat er een verschillende grondhouding vereist wordt, afhankelijk van de pathologie.

- De deelname aan het kwaliteitsbeleid heeft tot nu weinig patiëntgericht voordeel opgeleverd.
- Gelet op de uitbreiding van het doelpubliek is een grote behoefte aan vorming, maar het beschikbare budget om externe vorming te volgen is in ZNA PZ (zeer) beperkt. Er is wel een intern aanbod dat onder meer een verplichte opleiding over omgaan met agressie bevat.
- Er is onvoldoende informaticamateriaal beschikbaar, zeker met het oog op de invoering van het elektronisch patiëntendossier in 2012.
- De psychologen van de afdeling hebben een psychoanalytische en een client-centered achtergrond. Er is geen toetsing gebeurd van de hulpverleningsmethodieken aan de richtlijnen van een kennisinstituut zoals Trimbos, vanuit de overtuiging dat specifieke elementen in de begeleiding meer werken dan protocollen. De teamvergadering wordt gezien als het beste forum om het resultaat van de aangeboden behandeling te evalueren en te objectiveren.
- De multidisciplinaire samenwerking is tot op heden niet echt een voorwerp van evaluatie geweest, terwijl de leden van het afdelingsbeleidsteam wel van oordeel zijn dat dit een wenselijke zaak is.
- Er bestaat geen bevredigende werkwijze voor de bevraging van de patiëntentevredenheid. De bestaande vragenlijst (op ZNA niveau) wordt niet systematisch gedistribueerd, onder meer omdat op de afdeling de opinie bestaat dat er niet echt gevraagd wordt hoe de patiënt de verleende zorg ervaren heeft. Er is ook geen document voor een bevraging van de verwijzers.
- Hoewel er wel regelmatig door de organisatie een bevraging van de medewerkerstevredenheid georganiseerd wordt is er onvoldoende inhoudelijke terugkoppeling. Door het team wordt 2 maal per kalenderjaar een beleidsvergadering georganiseerd waarop aan knelpunten inzake tevredenheid en motivatie van medewerkers gewerkt wordt.
- De samenwerking tussen de verschillende afdelingen op het vlak van visie, doelpubliek en functioneren is niet optimaal. In het kader van de trajectvorming is meer overbrugging noodzakelijk.
- Er is geen meting gebeurd van de directe versus de indirecte patiëntentijd, omdat er reeds een hoge administratieve druk is en er geen motivatie is om er nog een tijdsregistratie bij te nemen. Daarnaast wordt geoordeeld dat een louter kwantitatieve meting van de tijd geen beeld geeft van de kwaliteit en de intensiteit van de zorg.
- De afdeling beschikt wel over een set van kerncijfers, maar is niet overtuigd van de klinische meerwaarde die hieruit te halen valt.

- In het kwaliteitshandboek van ZNA PZ staan voor de afdeling De Feniks nog een aantal initiatieven vermeld:
 - De patiëntenbrochure wordt jaarlijks naar inhoud en lay-out geëvalueerd en naar aanleiding van de wijzigingen in de doelgroep dienen een aantal wijzigingen te worden aangebracht.
 - Naar aanleiding van een verkeerde medicatie-toediening werden de terzake geldende regels opnieuw onder de aandacht gebracht en werd het voorval als een patiëntveiligheidsincident geanalyseerd samen met de kwaliteitscoördinator.
 - Er is een werkgroep samengesteld om het therapieaanbod beter te laten aansluiten bij de specifieke hulpvraag van de patiënt.
 - Er zijn een aantal initiatieven genomen om tegemoet te komen aan eventuele vooroordelen die binnen de tijdelijke nieuwe omgeving ten aanzien van psychiatrische patiënten zouden bestaan.
 - Bij het beëindigen van een opname wordt een zorgoverleg georganiseerd met alle steunfiguren en hulpverleners die in het leven van de patiënt van betekenis zijn.

Sterk punt

- De tijdelijke overbrenging van de afdeling De Feniks naar een andere locatie, hetgeen organisatorisch een hele opgave moet geweest zijn, is blijkbaar goed voorbereid en laat de afdeling toe om haar activiteiten op een behoorlijke wijze verder uit te voeren.

Non-conformiteiten

- In de open verpleegpost van de afdeling hangen een aantal medische gegevens van de patiënten (bijvoorbeeld bloeddrukopvolging in de context van ontwenning) nogal zichtbaar voor iedereen, hetgeen niet strookt met het principe van de privacy.
- Bij nazicht van het uurrooster van de afdeling van de maand februari 2012 wordt vastgesteld dat de nachtdienst niet altijd wordt waargenomen door een verpleegkundige (data: zie personeelsomkadering).

In de reactienota geeft het ziekenhuis aan dat, indien nachtdiensten worden waargenomen door psychologisch assistente, de 'verpleegkundige loopwacht' steeds gegarandeerd is.

Tekortkomingen

- Het toevoegen van een nieuwe doelgroep en de inpassing in het verslavingscircuit vereisen voor de medewerkers van de afdeling een grote inspanning, ook op het vlak van vorming. Het theoretisch beschikbare budget daarvoor lijkt in deze omstandigheden niet te volstaan.
- De invoering van het elektronisch patiëntendossier dreigt ernstig bemoeilijkt te worden door het tekort aan informaticamateriaal.

Tijdens de terugkomdag geeft het ziekenhuis aan dat de geplaatste bestellingen op het moment van de audit inmiddels uitgevoerd zijn.

- Er bestaat op de afdeling een wat te terughoudende attitude ten aanzien van het toetsen van de eigen praktijk aan de richtlijnen van een kenniscentrum zoals het Trimbosinstituut.

Aanbeveling

- Voor de afdelingen die deel uitmaken van het verslavingscircuit is het aangewezen om een gemeenschappelijk draaiboek te ontwerpen, met explicitering van de therapeutische visie, zoals dat in het psychosecircuit al gebeurd is. Daarbij wordt best ook rekening gehouden met de aanbevelingen voor de beste kwaliteit van zorg zoals die in actuele richtlijnen terug te vinden zijn.

9 Module Resultaten

9.1 Resultaten bij klanten

Algemene vaststellingen

- In het KWHB is beknopte informatie terug te vinden over de bevraging van de patiëntentevredenheid. In principe worden de patiënten gestimuleerd om bij ontslag een enquête in te vullen die gemeenschappelijk is voor alle ZNA ziekenhuizen en die via een geautomatiseerde verwerking ook een snelle terugkoppeling mogelijk maakt. Er zijn in het verleden een aantal pogingen ondernomen om de inhoud van de enquête meer aan te passen aan de doelgroepen van het psychiatrisch ziekenhuis. In de zelfevaluatie van meerdere afdelingen wordt de wenselijkheid daarvan benadrukt. Eind 2010 werd het overleg daarover evenwel stilgelegd, omdat op het niveau van ZNA de keuze is gemaakt om te gaan werken met een nieuw instrument. Begin 2012 wordt er wel een jaarverslag opgemaakt over het voorbije jaar en krijgen alle afdelingen een eigen rapport van de kwaliteitscoördinator, maar er wordt tevens vastgesteld dat er actie ondernomen moet worden omwille van het dalende aantal enquêtes.
- Er is een rapport beschikbaar over de feedback van de patiënten en enquêtes in 2010. De belangrijkste gegevens daarin zijn :

- Er is een return van 21% ingevulde enquêtes. Dit is een daling tegenover 2009, maar wordt toch nog als een goed resultaat beschouwd, rekening houdend met de onvolkomenheden van de werkwijze (inhoud niet genoeg aangepast aan PZ doelgroep en daardoor ook een zekere onzorgvuldigheid bij afdelingsmedewerkers om de enquête te promoten en mee te geven bij ontslag).
- Het aantal ingevulde enquêtes is op EPSI ver boven het gemiddelde, en op een aantal andere afdelingen veel lager.
- 93% van de patiënten die de enquête invulden waren tevreden over het verblijf. Er was wel ongenoegen over de informatie over de dokterskosten en de verblijfskosten in het algemeen, en in mindere mate over de voeding en de bezoeksregeling.
- Er is een lijst toegevoegd met een reeks beschrijvende opmerkingen van patiënten, zowel in positieve als in negatieve zin.

Tekortkomingen

- Indien men rekening houdt met het feit dat het grootste deel van de enquêtes wordt ingevuld op de EPSI afdeling (na een kortdurend verblijf) is de vaststelling dat de return op een aantal behandel eenheden toch wel laag ligt en het ziekenhuis er dus niet goed in slaagt om de tevredenheid van minstens een groep patiënten behoorlijk op te volgen.
- De vraag of de ZNA enquête inhoudelijk beter geschikt kan gemaakt worden voor de patiënten van het PZ was in 2007 al aan de orde en blijkt in 2012 niet afdoende te zijn beantwoord.

9.2 Resultaten bij medewerkers

Algemene vaststellingen

- In het KWHB is informatie opgenomen over de bevraging, met als uitgangspunt dat in de audit van 2007 de meting van het absentieïsme als enige indicator voor medewerkerstevredenheid te beperkt is en dat het aangewezen was om via een algemene bevraging meerdere aspecten in kaart te brengen. De verantwoordelijken van het ziekenhuis hebben onderzocht hoe een dergelijke bevraging kon georganiseerd worden, maar de kostprijs voor uitbesteding aan een externe firma bleek te hoog. Ook een intern georganiseerde algemene bevraging was niet haalbaar.
- Er zijn in de periode 2008 tot 2011 wel partiële bevragingen geweest over de vernieuwing van de infrastructuur en over de perceptie van patiëntveiligheid.
- In de zelfevaluaties die door de afdelingen als voorbereiding op de audit zijn gemaakt wordt ten aanzien van dit onderwerp meermaals verwezen naar de functioneringsgesprekken als medium om hier mee om te gaan.
- Als alternatief voor het ontbreken van een globale bevraging van de medewerkerstevredenheid worden in het KWHB een aantal elementen opgelijst die de directie voorziet om deze direct te stimuleren:

- De mogelijkheid voor personeelsleden om agendapunten te plaatsen op het tweewekelijks Directie Overleg. De directie wil overigens toegankelijk zijn voor het personeel.
- Bij de vernieuwing van de infrastructuur, maar ook van de zorgvisie kunnen alle personeelsleden participeren aan de discussie.
- Via het intranet is alle belangrijke informatie beschikbaar.
- Er wordt grote zorg besteed aan het alert en snel reageren op vragen naar technische herstellingen op de afdelingen.
- Er wordt de mogelijkheid voorzien om minstens 1 maal per jaar een teamdag te organiseren.

Tekortkoming

- Het organiseren van een algemene bevraging over de medewerkerstevredenheid is een opdracht die niet vervangen kan worden door de partiële bevragingen en de alternatieven die zijn voorgesteld.

9.3 Resultaten in de samenleving

Algemene vaststellingen

De informatie die hieronder vermeld wordt werd door het ziekenhuis aan de auditoren overgemaakt en integraal overgenomen.

- Info voor de bevolking is terug te vinden op de ZNA website
- Ondersteuning:
 - Mantelzorg: info-aanbod ism Similes en KOPP
 - 1e lijn: info naar huisartsen /ZNA nieuwsbrieven /infomomenten rond reorganisatie zorg/elektronische ontslagbrief
 - Politie: samenwerking procedures ontvluchting/onrustwekkende verdwijning/agressieprocedure /gedwongen opname beleid ism procureur en vrederechter/procedure met “De Lijn” ivm ontvluchtingen/verdwijningen
 - Welzijnszorg: crisisopvangmogelijkheden EPSI/urgentieraadpleging op verwijzing zonder wachtlijst) samenwerking met forensische PVT OPZ Geel
 - inrichten studiedag rond psychose voor 1ste lijns-en welzijnscentra (2011)
 - 2de lijn: samenwerking cfr supra
 - Visie ‘stadspsychiatrie’ als toegankelijke partner in functie van vermaatschappelijking psychiatrische patiënt.
 - Puente ‘prikliniek’ gehuisvest in pand 1ste lijn
- Aanleveren kennis:
 - Intern: cfr nota VTO beleid
 - Extern: doceren aan onderwijsinstelling: verpleegkundig middenkader docent aan Artesis en SITO 7 opleiding psychiatrisch verpleegkundigen: cursus ziekenhuiseconomie/wetgeving en ecologie
 - Publiek: studiedagen: “psychose in ’t stad” najaar 2011
 - Wetenschappelijke publicaties: Dr. Van Hecke (doctoraat F-MRI) (dataverzameling en realisatie eigen campus)

- Project: EPSI + middelengerelateerde problematieken: rapporten naar overheid
- Deelname Nederlandse studie 'project krachtraining' traject verslavingszorg
- Psycho-educatieavonden rond psychose en bipolaire stoornis in samenwerking met andere GGZ centra Antwerpen.
- Psycho-educatieavonden psychose voor familie eigen patiënten.
- Spreker op gezondheidsdag OCMW voor 1ste lijnszorgers
- ZNA stagebeleid:
 - Stageplaats voor geneesheren opleiding psychiatrie ism UIA
 - Stageplaats voor studenten geneeskunde ism UIA en universiteit Gent
 - Stageplaats voor verpleegkundigen (psy/zh: Artesis, Sito 7, Lessius, St Norbertus)
 - Stageplaats voor ergotherapeuten (Artesis)
 - Stageplaats voor psy assistenten (Lessius/Artesis)
 - Stageplaats voor masters in de psychologie (UGent)
 - Stageplaats bewegingstherapeuten/ Lic Kinesithérapie (KULeuven)
 - Aanleveren van "kijkstages" studenten middelbaar onderwijs (menschwetenschappen, ASO/TSO)
 - Stageplaats voor studenten verpleegkunde (NL: school Boxmeer): langdurige stageperiode
- Destigmatisering/Imago:
 - Doctoraat in laatste fase van Dr Catthoor: "(de)stigmatisering"
 - ZNA "open bedrijvendag": participatie vanuit PZ
 - Participatie aan project VVGG "Te gek"
 - Visie 'stadpsychiatrie' in functie van vermaatschappelijking psychiatrische patiënten in nauwe samenwerking met 1ste lijnpartners. Vernieuwende (infrastructurele) ingrepen dienst psychiatrie met openheid, zichtbaarheid, comfort, veiligheid en toegankelijkheid als prioriteiten.
 - Mee oprichten sectie langdurige zorg en rehabilitatie binnen de VVP
- Vrijwilligers:
 - Participatie aan SomeBuddy project (ism CGG Andante)
- Ecologie:
 - Renovatie PZ: rekening gehouden met duurzame maatregelen. (vb adiabatische technieken)
 - E-peil/isolatiënormen i.s.m. met architectengroep OSAR.

9.4 Resultaten sleutelactiviteiten

Algemene vaststellingen

Het ziekenhuis bereidde een document voor waarin een zeer summiere bespreking van enkele domeinen.

- Karakteristieken van het ziekenhuis

Ziekenhuis met een laagdrempelige toegang dat er bewust voor kiest om in de stad te blijven. Doelgroep zijn ernstige acute psychiatrische problematieken, psychiatrische

crisissen. Het ziekenhuis beschikt over een machtiging voor gedwongen opnames. Voor de doelgroepen die het ziekenhuis niet zelf bedient heeft men een samenwerkingsovereenkomst.

Er is een tendens naar vermaatschappelijking van de zorg wat zich concretiseert in een aantal projecten (psychiatrische thuiszorg, VDIP, artikel 107) en samenwerkingsverbanden (ZOWE en VDAB).

- Verantwoording en transparantie en opvolging aan de hand van registratie en indicatoren

Het ziekenhuis volgt een aantal kerncijfers op: bezettingsgraad, ligduur, MPG gegevens, risicoanalyse, klachten en patiënttevredenheid. Cijfers worden bezorgd aan de teams.

ER zijn attesten van brandweer en bedrijfsrevisor. Er zijn jaarverslagen.

- Veilige zorg

Er is een elektronisch meldsysteem. Meldingen worden maandelijks besproken binnen comité patiëntveiligheid. Het ziekenhuis levert geen (zelf)beoordelende informatie aan op dit vlak.

Er is een systematische screening van suïcidale en agressieve patiënten. Er is ook een systematische screening van afzonderingen. Men participeert aan een Europees project (Leonardo).

- Gebruikersgerichtheid/ gepaste zorg

Snelle zorg is mogelijk via EPSI ambulante, urgentieraadpleging. Wachlijsten en bedbezetting worden beheerd.

Er is aandacht voor familie en er wordt informatie aan familie en patiënten verstrekt (infobrochures afdelingen).

Via weekprogramma's, teamvergaderingen, multidisciplinaire briefing, multidisciplinair transmurale zorgoverleg wordt zorg afgestemd op de zorgnood dit in de verschillende fases van de zorg.

Comfort van de zorg zal verbeteren met de verbouwingen.

- Toegankelijke zorg

Er is geen zwarte lijst. Afdelingen kunnen wel werken met time out.

- Continuïteit

Zie hoger.

- Doelmatige zorg

Wordt opgevolgd met het elektronische programma monitor III.

- Doeltreffende zorg

Wordt opgevolgd via GAF-score, PECC-schaal voor psychose.

- Deskundige zorg

Het ziekenhuis stelt zijn zorg af te stemmen op evidence based psychiatrie.

Non-conformiteit

- Het psychiatrisch ziekenhuis voert geen afzonderlijke boekhouding. De bedrijfsrevisor attesteerde over de jaarrekening 2010 met voorbehoud en toelichtende paragraaf voor het geheel van de vzw. Ziekenhuisnetwerk Antwerpen.

10 Bespreking

Het psychiatrisch Ziekenhuis Stuivenberg maakt deel uit van de groep ZNA ziekenhuizen, die in het verleden door het OCMW van Antwerpen uitgebaat werden.

Het ziekenhuis heeft een moderne visie, is volop bezig met het renovatiedossier.

Er zijn op strategisch vlak een aantal beslissingen genomen met belangrijke gevolgen voor de Antwerpse bevolking.

Zo is het dossier universitaire psychiatrie niet naar verwachting ingevuld. Het ziekenhuis heeft zijn rol beperkt tot dit van een opleidingsziekenhuis en participeert aan het Antwerpse onderzoeksinstituut CAPRI alsook aan internationale wetenschappelijke onderzoeksprojecten.

De geplande verhuis van de kinder- en jeugdpsychiatrische afdeling van het PZ Stuivenberg naar ZNA Middelheim (UCKJA) is voor de afdeling een goede zaak, alleen wordt het hierdoor onmogelijk om in de stad en agglomeratie Antwerpen een kind of jongere persoon met een geestesziekte te beschermen. Dichtstbijzijnde dienst met machtiging voor gedwongen opname van kinderen en jongeren wordt dan OPZ Geel.

Ook de geplande verhuis van de EPSI dienst naar Sint-Erasmus heeft majeure consequenties, ditmaal voor de dringende psychiatrische zorg in de Antwerpse agglomeratie. Er zijn weinig spoedgevallendiensten van algemene ziekenhuizen in Antwerpen die op comfortabele wijze aan de wettelijke bepalingen (permanente beschikbaarheid van psychiaters) kunnen voldoen.

De beleidsvoering is voor verbetering vatbaar. Dit neemt niet weg dat er tijdens de audit een nieuwe dynamiek kon vastgesteld worden die het beste laat verhoppen voor de toekomst. Dit dient wel ondersteund door de geëigende methoden en met voldoende personeel in staffuncties. Het kwaliteitsbeleid dient gedynamiseerd te worden en vervolgens geïntegreerd in de algemene beleidsvoering.

De renovatie verloopt gefaseerd en is een goede zaak voor het ziekenhuis.

Inhoudelijk richt de zorg zich op de doelgroep patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis, waarvoor basiszorg aangeboden wordt, in de toekomst in zorgtrajecten. Er werd vastgesteld dat er ruimte is voor verbetering. Een aantal concrete punten worden in het rapport aangegeven.