Auditverslag

UC Sint-Jozef

Kortenberg

adres Koning Albert II-laan 35 bus 31 1030 Brussel telefoon 02 553 34 34 fax 02 553 34 35 mail contact@zorginspectie.be web www.zorginspectie.be

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 6
1.6.5 Geslaagden in het examen voor functie van geneesheer – hoofd van dienst 7

2 Administratieve gegevens 8

2.1 Laatste erkenning 8
2.2 Bemerkingen 8

3 Architectuur 10

3.1 Veranderingen sinds laatste verslag + data brandweerattest en brandweerverslag. 10

4 Module leiderschap 11

4.1 Opdrachtsverklaring 11
4.2 Organisatiestructuur 12
4.3 Beleids- en adviesorganen 16
4.3.1 Raad van Bestuur – Directiecomité – Medische Raad 16
4.3.2 Ethisch Comité 18
4.3.3 Comité voor Ziekenhuishygiëne (CZH) 19
4.4 Leiderschapsstijl en opleiding 22

5 Module Beleid en Strategie 23

5.1 Algemeen beleid – Strategisch management 23
5.2 Medisch beleid 26
5.3 Verpleegkundig beleid 37
5.4 Therapeutisch beleid 39
5.5 Kwaliteitsbeleid – Risicomanagement 41

6 Module Medewerkers 46

6.1 Personeelsbeleid 46
6.2 Personeelsomkadering 47

7 Module Partnerschap en Middelen 54

7.1 Ombudsfunctie 54

8 Module Processen 57

8.1 Organisatie van zorg 57

8.2 Apotheek en medicatiedistributie ... 60
8.3 Werking van diensten ... 63
8.3.1 Afdeling St.-Lodewijk ... 63
8.3.2 Afdeling De Kade ... 66
8.3.3 Dienst ouderenpsychiatrie, afdeling Sint Elisabeth ... 69
8.3.4 Afdeling Sint-Joris, afdeling structurerende therapie. ... 75
8.3.5 Afdeling Sint-Franciskus ... 79

9 Module Resultaten ... 82

9.1 Resultaten bij klanten ... 82
9.2 Resultaten bij medewerkers ... 83
9.3 Resultaten in de samenleving ... 84
9.4 Resultaten sleutelactiviteiten ... 87

10 Bespreking ... 89

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 gegeven hebben 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; dinsdag 29 maart, donderdag 31 maart, dinsdag 5 april en donderdag 7 april 2011.

Op datum van dinsdag 31 mei 2011 vond er een terugkomdag plaatsvinden in Brussel. Opmerkingen of toevoegingen n.a.v. deze terugkomdag werden in het definitief verslag opgenomen in cursieve vorm.

1.4 Samenstelling van het auditteam

XXXX	Hoofdauditor, psychiater
XXXX	Auditor, verpleegkundige
XXXX	Auditor, psychologe
XXXX	Auditor, psycholoog
XXXX	Coördinerend auditor, verpleegkundige
XXXX	Observator

1.5 Auditplan

	Dag 1				
	XXXX	**XXXX**	**XXXX**	**XXXX**	**XXXX**
9u30 – 10u00	Inleiding - voorstelling Zorginspectie en directie/staf				
10u00 – 12u30		Afdelingsbezoek Ouderen	Afdelingsbezoek Volwassenen	Kwaliteitsbeleid	Verpleegkundig Beleid
12u30 – 14u00	Middagmaal				
14u00 – 14u30		Resultaten Samenleving	Therapeutisch Beleid	Afdelingsbezoek Opname-afdeling	
14u30 – 16u00	Medisch Beleid	Resultaten Klanten en Medewerkers			

	Dag 2	
	XXXX	**XXXX**
9u30 – 10u45	Ethisch Comité	Suïcidepreventie en Veiligheidsbeleid
10u45 – 12u00	Zorgprocessen	
12u00 – 13u00	Comité Ziekenhuishygiëne	Medicatiedistributie
13u00 – 14u00	Middagmaal	

	Dag 3	
	XXXX	**XXXX**
9u30 – 10u30	Sociale en herstelgerichte zorg en zorg naar familie	Ombudsfunctie
10u30 – 12u00	Afdelingsbezoek Jongeren	Afdelingsbezoek K-dienst
12u00 – 13u00		
13u00 – 14u00	Middagmaal	

Dag 4	
	XXXX
13u30 – 14u00	Medische Raad
14u00 – 16u00	Algemeen Beleid & Strategisch Management

1.6 Identificatie van de instelling

1.6.1 Contactgegevens

Naam	UC Kortenberg
Adres	Leuvensesteenweg 517
Gemeente	3071 Kortenberg
Telefoon	02/758.05.11
Fax	02/759.53.80
E-mail	**directiesecretariaat@uc-kortenberg.be**
Website	**www.uc-kortenberg.be**
Voorzitter Raad van Bestuur	XXXX

1.6.2 Organogram

Algemeen Directeur	XXXX
Hoofdgeneesheer	XXXX
Adjunct-hoofdgeneesheer	XXXX
Verpleegkundig Directeur	XXXX
Directeur Algemene en Ondersteunende Diensten	XXXX
Directeur Personeelszaken	XXXX
Voorzitter medische raad	XXXX

1.6.3 Geneesheer - diensthoofd per dienst

- A-dienst: XXXX
- K- dienst: XXXX
- T-dienst: XXXX
- Sp-dienst: XXXX

1.6.4 Gemachtigd geneesheer voor toezicht op gedwongen opname

- XXXX

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

- XXXX
- XXXX
- XXXX
- XXXX
- XXXX
- XXXX
- XXXX

2 Administratieve gegevens

2.1 Laatste erkenning

- Aan Universitair Centrum Sint-Jozef, Leuvensesteenweg 517 te 3070 Kortenberg werd onder erkenningsnummer 943 een verlenging van erkenning verleend in Universitair Centrum Sint-Jozef, Leuvensesteenweg 517 te 3070 Kortenberg voor 400 bedden/plaatsen zijnde:
    - 143 A-bedden (dag- en nachthospitalisatie) van 1 januari 2006 tot en met 31 oktober 2011
    - 15 a-plaatsen (daghospitalisatie) van 1 januari 2006 tot en met 31 oktober 2011
    - 10 a-bedden (nachthospitalisatie) van 1 januari 2006 tot en met 31 oktober 2011
    - 151 T-bedden (dag- en nachthospitalisatie) van 1 januari 2006 tot en met 31 oktober 2011
    - 33 t-plaatsen (daghospitalisatie) van 1 januari 2006 tot en met 31 oktober 2011
    - 27 t-bedden (nachthospitalisatie) van 1 januari 2006 tot en met 31 oktober 2011
    - 21 Sp-psychogeriatrische bedden voor behandeling en revalidatie van patiënten met een psychogeriatrische aandoening van 1 januari 2006 tot en met 31 oktober 2011

- Aan Universitair Centrum Sint-Jozef, Leuvensesteenweg 517 te 3070 Kortenberg werd onder erkenningsnummer 943 een erkenning verleend in Universitair Centrum Sint-Jozef, Leuvensesteenweg 517 te 3070 Kortenberg voor 60 bedden/plaatsen zijnde:
    - 30 A-bedden (dag- en nachthospitalisatie) van 1 november 2005 tot en met 31 oktober 2011
    - 20 K-bedden (dag- en nachthospitalisatie) van 1 juli 2006 tot en met 31 oktober 2011
    - 10 k-bedden (nachthospitalisatie) van 1 juli 2006 tot en met 31 oktober 2011

- Erkenning voor 5 PVT-bedden met uitdovend karakter van 1 juli 2009 tot en met 30 juni 2014.

- Daarnaast heeft het ziekenhuis ook nog 8 bedden IB (intensieve behandeling) SGA-volwassenen (sterk gedragsgestoorde en/of agressieve patiënten ouder dan 18 jaar). Deze bedden heeft men via een FOD-project .

2.2 Bemerkingen

- Op datum van 01/01/2010 waren, de bedden/plaatsen als volgt toegewezen aan de verschillende divisies:

Afdeling	A	A(n)	A(d)	K	K(n)	T	T(d)	T(n)	SP	Tot.
St. Agnes	30									**30**
St. Anna	22	2	2							**26**
St. Lodewijk	32	2	3							**37**
St. Rita	29	4								**33**
St. Lucas	18	2				10				**30**

St. Kamillus						27		5		**32**
St. Joris	10					20	5	4		**39**
St. Monica						22	2	8		**32**
St. Franciskus						26	6	6		**38**
Klipp-V						26		4		**30**
De Kade				20	10					**30**
St. Goedele	32									**32**
St. Lutgardis						20				**20**
St. Elisabeth									21	**21**
Klipp-D			10							**10**
St. Hadewijch							15			**15**
St. Maarten							5			**5**
Totaal	173	10	15	20	10	151	33	27	21	**460**

3 Architectuur

3.1 Veranderingen sinds laatste verslag + data brandweerattest en brandweerverslag

Algemene vaststelling

- Op 22 december 2010 werd een controlebezoek afgelegd door de bevoegde brandweerdienst. Hiervan werd op 6 januari 2011 een brandweerverslag overgemaakt aan de burgemeester.

- Het UC Sint-Jozef heeft op 10 februari 2011 een attest ontvangen van de burgemeester waarin hij verklaart dat het ziekenhuis beantwoordt aan de brandveiligheidsvoorschriften zoals die werden opgenomen in bijlage aan het koninklijk besluit van 6 november 1979 tot vaststelling van de normen betreffende de brandveiligheid en de voorkoming van paniek waaraan de ziekenhuizen moeten voldoen, op voorwaarde dat rekening wordt gehouden met het advies en het besluit van de brandweer van Zaventem zoals vermeld in hun verslag.

Aanbeveling

- Het openspannen van branddeuren, met behulp van een houten spie, dient voorgelegd te worden aan de brandweer. In het geval van brand kunnen de branddeuren hun werk niet doen in het kader van de compartimentering.

4 Module leiderschap

4.1 Opdrachtsverklaring

Algemene vaststellingen

- Het ziekenhuis heeft een eigen opdrachtsverklaring (UC St.-Jozef) welke vertrekt vanuit de christelijke waarden, met respect voor iedere overtuiging en levensbeschouwing en dit in de traditie van de Zusters van de Bermhertigheid Jesu, congregatie die aan de basis lag van dit ziekenhuis.

- De opdrachtsverklaring dateert van 2002 en is opgebouwd aan de hand van een Kwadrant-oefening (rond kwaliteitszorg en –beleid) waarbij zowel artsen, personeel als raad van bestuur hun bijdrage geleverd hebben.

- In deze opdrachtsverklaring komen aan bod:

    - Het gespecialiseerd zijn van het centrum voor een breed spectrum van psychiatrische aandoeningen, het doel van de behandeling: optimale levenskwaliteit en snelle reïntegratie van de patiënt in de maatschappij
    - Opleidingscentrum.
    - Centrum voor wetenschappelijk onderzoek, met focus op nieuwe behandelmethoden.
    - Een organisatiecultuur waarin medewerkers zich kunnen ontplooien en loyaal samenwerken.

- De opdrachtsverklaring is als geactualiseerd te beschouwen door de documenten die de samenwerking binnen het UPC KULeuven vormgeven omdat zij mee een gemeenschappelijke zorgstrategische visie uitdragen die gehanteerd wordt voor de strategische beleidsvoering.

- In de opdrachtsverklaring van het UPC KULeuven worden volgende concrete strategieën en doelen voorop gesteld:

    - Missie: zorg, opleiding, onderzoek
    - Nieuwe schaalgrootte op maat van academisch centrum
    - Topreferente zorg: bestaande uit gespecialiseerde acute en langdurige regionale GGZ en uitbouw van supraregionale gespecialiseerde zorg voor selectieve doelgroepen
    - Academisch teaching center
    - Versterking wetenschappelijk onderzoek
    - Ontwikkeling naar “kenniscentrum” en “netwerkziekenhuis”.

- De opdrachtsverklaring hangt uit, wordt gehanteerd bij de uitbouw van de werking (in het bijzonder ook de wetenschappelijke), en wordt aan nieuwe medewerkers bekend gemaakt.

- Een deel van de opdrachtsverklaring is terug te vinden op de website van het ziekenhuis.

4.2 Organisatiestructuur

Algemene vaststellingen

- De organisatiestructuur vertoont een grote verwevenheid met de psychiatrische diensten van de KUL: zowel met de psychiatrische diensten en afdelingen van UZ Gasthuisberg (GHB) als het UPC Salve Mater.

- Het geheel wordt omvat door het samenwerkingsverband UPC KULeuven, wat dateert van 2006.
.
- Naast een psychiatrisch ziekenhuis is er ook een klein uitdovend PVT (5 bedden). Het ziekenhuis participeert in een samenwerkingsverband voor Beschut Wonen (de Hulster) en heeft een uitgebreid netwerk (waaronder CGG VBO, het Psychosociaal Centrum Elsene)

- Het organogram van het samenwerkingsverband met de universiteit/universitair ziekenhuis dat de naam UPC KULeuven draagt, kent volgende lagen:

    - Bestuurslaag: directiecomité UZ Leuven (bestuurscomité UZ Leuven) en Raad van Bestuur UC St.-Jozef Kortenberg (met personele unie tussen bestuurscomité UZ Leuven en Raad van Bestuur Kortenberg)
    - Dagelijks bestuur : directiecomité UPC KULeuven (verantwoordelijk voor strategie en beleid) (en directiecomité UZ Leuven)
    - Ter ondersteuning van directiecomité UPC KULeuven: zijn er
        - Operationele bureau's van Leuven en Kortenberg
        - Het beleidsondersteunend comité (met clusterverantwoordelijken, vertegenwoordigers van de geledingen medici, verpleegkundigen, psychologen en paramedici van de verschillende campi)
        - De medische diensten Leuven en Kortenberg
    - De clusters: Kinderen en Jongeren, Volwassenen en Ouderen.

Het organogram van het UC St.-Jozef zelf verhoudt zich op het organogram UPC KULeuven als volgt:

- Er is nog steeds een intacte organisatie van het ziekenhuis UC St.-Jozef zoals voor deze samenwerking: dit komt in het bijzonder tot uiting in de organisatie van de verschillende diensten.

- Er zijn adaptaties op het vlak van aansturing, dit op twee niveau's:

    - Operationeel bureau/directie: de administratief manager van UPC KULeuven is uitgenodigd op deze vergadering

    - Advies en beleidsorganen die campusoverschrijdend werken: reeds vermelde directiecomité UPC KULeuven, beleidsondersteunend comité, clustervergaderingen, maar ook: medische staf, wetenschappelijk comité, patiëntveiligheidscomité, zorgprogramma-team.

  Op te merken valt:

    - Dat er van een aantal van de campusoverschrijdende advies- en beleidsorganen ook nog gelijkaardige vergaderingen bestaan enkel voor het UC St.-Jozef (vb. wetenschappelijk comité, patiëntveiligheidscomité).

- Dat er op niveau van het UC St.-Jozef ook een managementteam actief is voorgezeten door de hoofdgeneesheer, waarbij uitgenodigd worden: XXXX, XXXX en XXXX (UPC Salve Mater).

  Dit managementteam is als dusdanig niet vermeld in het organogram (wel in de taakverdeling) en heeft de opdracht de brugfunctie te vervullen tussen directie en medewerkers. Het volgt een aantal kwaliteitsthema's op.

- Ten aanzien van de clusterwerking en zorgprogramma's:

  - Zijn de betreffende klinische diensten ondergebracht in de verschillende clusters:
    - Volwassenen: polikliniek (libero), transmurale psychiatrie, opnamediensten, dienst psychoanalytische psychotherapie, dienst gedragstherapie, dienst structurerende therapie, sociale psychiatrie, wetenschappelijk onderzoek
    - Ouderen: dienst ouderenpsychiatrie (opname en langer verblijf)
    - Jongeren: dienst jeugdpsychiatrie, for K

  - Zijn er nog geen aanknopingspunten in het organogram m.b.t. de zorgprogramma's: in de beschrijving van de verschillende bevoegdheden is er wel sprake van gespecialiseerde ZP-projectteams: die het directiecomité UPC KULeuven ondersteunen via het beleidsondersteunend comité.

  Nochtans is er wel een aansturing van de zorgprogramma's beschreven: aanspreekpersonen, multidisciplinair samengestelde vergadering met telkens 2 artsen, psychologen, afdelingshoofdverpleegkundigen en een afvaardiging van de dienst maatschappelijk werk.

- Ten aanzien van de afdelingswerking/activiteitencentra:

  - Is er aansturing door een zeswekelijks vergaderende stuurgroep: arts, hoofdverpleegkundige en psycholoog, wat een belangrijk orgaan is vermits er een hoge mate van delegatie is in het bijzonder wat de inhoudelijke werking betreft. Er is wel op geregelde tijdstippen terugkoppeling met het managementteam.

  - Verder is er ook een driemaandelijkse beleidsvergadering.

  - En is er wel wat variatie tussen de verschillende afdelingen.

- De Zorgprogramma's: spreiden zich uit over de verschillende deelgeledingen van het UPC KULeuven:

As is: KULeuven (UPC Salve Mater en UZ Gasthuisberg) (exclusief UC. Kortenberg)			**To be: zorgprogramma's UPC KULeuven (UC St.-Jozef Kortenberg incluis)**	
Cluster Ouderen UPC Salve Mater			**Cluster ouderen**	
672	Ouderen dementie	XXXX	Cognitieve stoornissen en dementie	XXXX
	Ouderen dementie	XXXX, XXXX, XXXX		
	Oudere depressie	XXXX	Functionele stoornissen	XXXX
	Dagprogramma	XXXX		

	ouderen			
	Ouderen stemming en cognitie	XXXX		
Volwassenen: UPC Salve Mater en EPSI UZ Gasthuisberg			**Volwassenen**	
	Volwassenen angst en depressie	XXXX + XXXX	afhankelijkheidsstoornissen	XXXX
			Angststoornissen	XXXX
	Volwassenen crisisinterventie	XXXX	Eetstoornissen	XXXX
	Therapeutisch centrum context	XXXX	Fam.relationele en seksuele problematiek	XXXX, psycholoog
	Dagprogramma depressie volwassenen	XXXX	Persoonlijkheidsstoornissen	XXXX
			Psychotische stoornissen	XXXX
	Middelen volwassenen	XXXX	Somatoforme stoornissen	XXXX
			Stemmingsstoornissen	XXXX
			Ontwikkelingsstoornissen volwassenen	XXXX
Kinderen en jongeren: UZ Gasthuisberg			**Kinderen en jongeren**	
	Kinderen behandeling	XXXX	Ontwikkelingsstoornissen	XXXX
	Kinderen observatie	XXXX	ADHD	XXXX
			Stemmingsstoornissen (angst en depressie)	XXXX
			Forensische kinderen	XXXX
			Infantpsychiatrie	XXXX
			Algemene kinderpsychiatrie	XXX en XXXX

- Ten aanzien van voorgaande informatie is er een verdere uitwerking:
    - Wat het zorgprogramma psychotische stoornissen betreft : een opdeling in subdoelgroepen: at risk, eerste episode psychose, relapse psychose, therapieresistente psychose.
    - Wat het zorgprogramma functionele stoornissen (gerontopsychiatrie) betreft: subdoelgroepen: stemmingsstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, psychotische stoornissen.

  Principieel is er een matrixaansturing voorzien: inhoudelijk en ondersteunend.

- De betekenis van de kenniscentra/competentiecentra is nog niet helemaal duidelijk, net zomin als hun relatie met de zorgprogramma's, wetenschappelijk onderzoek en opleiding.

  Sterk punt

- De keuze voor het organiseren van de zorg in zorgprogramma's is een goede zaak, ook voor onderwijs en onderzoek.

  Tekortkomingen

- Het organogram is in zijn grafische weergave niet correct (bv. managementteam ontbreekt, …).

- Er is geen gezamenlijke vergadering van de cluster volwassenen, wat als een ernstige tekortkoming beschouwd wordt, ervan uitgaande dat het de bedoeling is dat de clusters de zorgprogramma's zullen aansturen.
  Aanbevelingen

- UC Kortenberg maakt integraal deel uit van het UPC K.U. Leuven.

  Het ziekenhuis geeft aan dat de meerwaarde ligt in de schaalgrootte en in de integratie van zowel het medisch beleid als het operationeel, financieel, logistiek en HR beleid, zoals bepaald in de samenwerkingsovereenkomst. Ook op vlak van onderzoek en onderwijs is er een verregaande integratiebeweging aan de gang. Dit zijn erg positieve resultaten.

  Opbouw van zo'n intensief samenwerkingsverband vergt veel overleg. Er is veel aandacht besteed aan de mogelijkheid om de verschillende geledingen een plaats te geven in de ontwikkeling van de structuur. Naarmate de mensen de structuur beter kennen, passen ze zicht beter in het geheel in.

  Vorig jaar nog (voorjaar 2010) werd door de partners in het samenwerkingsverband een evaluatie gemaakt van de samenwerking, a.d.h.v. van alle dimensies in de samenwerkingsovereenkomst. Deze evaluatie was overwegend positief en is als zodanig ook bekrachtigd door de raad van bestuur van het UC Kortenberg en door het bestuurscomité van UZ K.U. Leuven.
  Besluit was om ervoor te kiezen om op de ingeslagen weg verder te gaan. Er werd bovendien opdracht gegeven om de clusterwerking volwassenen verder te implementeren en om een project art 107 met alle netwerkpartners voor de regio uit te werken.

  Aanbeveling is om te compenseren voor de nadelen o.m. de complexiteit van de structuur, meer bepaald: zoeken naar mogelijkheden om nog meer mensen te mobiliseren in het samenwerkingsverband: zodat het werken aan het ene project (vb. art 107) het andere (de uitrol van de zorgprogramma's) niet vertraagt (omdat hier nu vaak dezelfde mensen rond actief zijn is er sprake van competitieve inhibitie), zorgen voor een goede communicatie zodat het voorgenomen beleid ook op de werkvloer goed bekend is, zorgen voor zowel een werkbaar werkingsmodel zodat, wanneer de zorgprogramma's toch geen leidend gegeven in de organisatie (zowel van zorg als onderzoek) zouden worden, de zorg van de patiënt toch voldoende conform deze interne standaarden kan verstrekt worden. De keuze om zorgprogramma's niet te structureel te verankeren zal vermoedelijk met behulp van ICT moeten gecompenseerd worden (waarbij de vraag of de patiënt de juiste zorg krijgt of gekregen heeft op een andere manier zal moeten beantwoord worden). De verdere ontwikkeling van de zorgprogramma's wordt door het auditteam als een te bewaken punt beschouwd.

- Het ziekenhuis functioneert in een breder netwerk dat duidelijk geen virtuele realiteit is. Dit netwerk concretiseert zich op 3 niveaus in reële samenwerkingsprojecten: het netwerk UPC K.U. Leuven, het netwerk geestelijke gezondheidszorg, het netwerk gezondheidszorg en welzijn. Het netwerk heeft geen expliciet zwaartepunt : het netwerk is een gezamenlijk initiatief van ziekenhuisdiensten en extramurale diensten die gecoördineerd zijn op niveau van het UPC K.U. Leuven. De verantwoordelijke voor de coördinatie van het netwerk van UPC K.U. Leuven is lid van het DC UPC. Het netwerk van het UPC K.U. Leuven is op zich een voorafname op het globaal kader dat de overheden als model voorhouden in het kader van art 107

  De bezorgdheid van het auditteam is dat, hoewel de afspraken die binnen het netwerk gemaakt worden de zorg voor de patiënt in een bepaalde regio wel ten goede kunnen komen, zulks toch niet gegarandeerd is: het netwerk krijgt door zijn grootschaligheid immers het karakter van een monopolist met de erbij horende risico's en mogelijke nadelen, kleinere medespelers lopen het risico minder gehoord te worden, kleinere doelgroepen kunnen uit de boot vallen.

  Aanbeveling is om te compenseren voor de grootschaligheid en te blijven onderzoeken of de zorgvraag ook in de periferie en voor de mindere doelgroepen voldoende

beantwoord wordt, te blijven luisteren naar de stem van de kleinere partners in het samenwerkingsverband.

- De zorgprogramma's dekken niet de hele (klinische, onderzoeks-, en onderwijs-) werkelijkheid. Conceptueel dient hier verder over nagedacht te worden.

- Wat de zorgprogramma's betreft: zijn er nog een pak flankerende maatregelen te nemen. In het bijzonder geldt dat het aantal bekende en onbekende variabelen in de besluitvorming niet zodanig groot mag zijn of worden dat de opgave wiskundig niet meer oplosbaar wordt. Er zal behoorlijk gesaneerd moeten worden in de besluitvormings- en communicatiewegen. Er zal heel wat flexibiliteit aan de dag moeten gelegd worden i.v.m. een goede capaciteitsplanning (en het bijkomend beheer van wachtlijsten edm.). Verder zal er regelmatig getoetst moeten worden of de organisatie van het zorgaanbod nog steeds in overeenstemming is met de zorgvraag: meer bepaald hoe zullen de zorgprogramma's een toekomstige organisatie van de zorg meer in de maatschappij ondersteunen (cfr. onderwijs en onderzoeksopdracht).

- Onderzoeken of de aansturing, de opvolging en bijsturing van het wetenschappelijk onderzoek en het onderwijs dat hieraan vast hangt op voldoende adequate wijze gebeurt. Output indicatoren roepen een aantal vraagtekens op en hetzelfde geldt voor de weinig frequente bijeenkomst van het overkoepelend wetenschappelijk comité.

- Het ziekenhuis wil zich in de toekomst ook als netwerkziekenhuis ontwikkelen, wat impliceert dat ook een aantal zorgcircuits nog verder in beeld gebracht moeten worden. De concepten hieromtrent zijn nog niet duidelijk, maar in elk geval zal hiermede een belangrijk deel van de provincie Vlaams-Brabant bestreken worden. De verzamelde ziekenhuizen zullen ervoor moeten zorgen dat de quasi-monopoliepositie geen negatieve connotaties krijgt: vb. de problematiek van de beperkingen die er zijn voor gedwongen opname van kinderen en jongeren.

4.3 Beleids- en adviesorganen

4.3.1 Raad van Bestuur – Directiecomité – Medische Raad

Algemene vaststellingen

- Raad van bestuur: bestaat uit een aantal leden van de congregatie Zusters van Bermhertigheid Jesu en enkele personen die door deze congregatie aangezocht werden en vertegenwoordigers van de Universiteit en het universitair ziekenhuis.

  De raad van bestuur vergadert 4 maal per jaar.

  De raad van bestuur heeft een intern reglement waarin onder meer de leeftijdsbegrenzing vermeld is en de wijze waarop hiermede omgegaan wordt.

  Directie van het ziekenhuis wordt uitgenodigd op deze vergadering.

- De werking van de raad van bestuur wordt aangevuld met een bureau (wat niet voorkomt in het organogram).

  Aan het dagelijks bureau nemen deel de voorzitter, de hoofdgeneesheer (secretaris van de raad van bestuur), de algemeen directeur (uitgenodigd), en de ondervoorzitter (welke enige tijd geleden ontslag genomen heeft en nog niet vervangen werd).

  Het bureau vergadert 4 tot 5 maal per jaar, en staat meer in voor de dagdagelijkse werking.

- Directiecomité: UPC KULeuven en managementcomité: elders beschreven.

Medische Raad

- Voorzitter van de medische raad is dr. XXXX. Er zijn 7 leden.
  Laatste verkiezing vond plaats in 2008, waarbij de mandaten voor een periode van 4 jaar toegewezen werden. De hoofdgeneesheer wordt permanent uitgenodigd

- De medische raad vergadert tien maal per jaar. Er wordt een verslag van de vergadering gemaakt dat aan alle ziekenhuisgeneesheren overgemaakt wordt. Adviesvragen verlopen zowel formeel als informeel. De besproken thema's zijn deze welke tot de bevoegdheid van de medische raad behoren.
  Eens per jaar wordt er een algemene vergadering gehouden.

- Jaarlijks is er een symposium ethiek en economie.

- De medische raad vergadert afzonderlijk van de medische staf.

- Er is een permanent overlegcomité, dat samengesteld is uit een delegatie van de medische raad en de directie en wat slechts eenmaal per jaar vergadert. Hier worden de financiële resultaten besproken.

- Tijdens de audit kon de gesprekspartner (ondervoorzitter van de medische raad) geen nadere informatie geven omtrent de centrale inning welke door het ziekenhuis gebeurt.

- Er zijn geen initiatieven om de algemene regeling te herbekijken, dit terwijl er belangrijke verschillen zijn tussen de statuten van de artsen die in de verschillende deelgeledingen van het UPC KU Leuven tewerkgesteld zijn (UC St.-Jozef: zelfstandigenstatuut, UPC Salve Mater: specifiek bediendenstatuut), en dit element meegewogen heeft bij de afwijzing van het FWO om aan het UC St.-Jozef onderzoeksmiddelen ter beschikking te stellen.

- De bepalingen van de algemene regeling worden doorvertaald in de individuele regelingen (de contracten met de geneesheren). In de remuneratie wordt een getrapt systeem gehanteerd.

- In de algemene regeling van het ziekenhuis is vermeld dat ziekenhuisartsen kunnen gedetacheerd worden, een gegeven wat niet helemaal in overeenstemming is met arbeidswetgeving noch ziekenhuiswetgeving, maar wat de samenwerking binnen het netwerk gestalte helpt te geven. Ook de praktijk van centrale inning door dit ziekenhuis voor een ander ziekenhuis is niet conform de wetgeving.

- Eens per jaar is er ook een vergadering samen met de artsen van UPC Salve Mater (niet met de medische raad van UZ Gasthuisberg die de taak van de medische raad van dit ziekenhuis overgenomen heeft).

Non-conformiteit

- Detachering naar een ander ziekenhuis is een tewerkstellingsvorm die niet voorzien is in de ziekenhuiswetgeving.
  Het ziekenhuis heeft in zijn reactienota een verklarende toelichting gegeven, waarbij het ontstaan van de formule en de gemaakte woordkeuze verduidelijkt werden.
  Het besluit na deze toelichting is dat men zijn algemene regeling op dit vlak zal herschrijven.
  Hierbij zal men een nieuwe toets doen aan de vereisten (inclusief bewoording) van de ziekenhuiswetgeving en arbeidswetgeving

Aanbeveling

- De medische raad zou er goed aan doen om de verschillende statuten en de verschillende algemene regelingen te bestuderen om te kijken op welke wijze aan de voorwaarden kan vervuld worden om de verdere academisering mogelijk te maken.

4.3.2 Ethisch Comité

Algemene vaststellingen

- Het UPC KULeuven beschikt over een eigen Ethisch Comité (E.C.). Het werd opgericht in 1996 in uitvoering van het K.B. van 12 augustus 1994.
  Het comité is als volgt samengesteld:
  - XXXX, psychiater – voorzitter
  - XXXX, internist
  - XXXX, psychiater (wordt vervangen in 2011)
  - XXXX, psychiater
  - XXXX, extern huisarts
  - XXXX, intern huisarts (wordt vervangen in 2011)
  - XXXX, jurist
  - XXXX, moraaltheologe
  - XXXX, verpleegkundige – secretaris
  - XXXX, verpleegkundige van het PSC. St. Alexius te Elsene. Met dit laatste ziekenhuis werd een samenwerkingsovereenkomst getekend (met ingang januari 2009).

  Aan de Medische Raad werd gevraagd om 2 vervangende artsen aan te duiden.

- Het E.C. omschrijft haar doelstellingen als volgt:

  - Het is begeleidend en raadgevend met betrekking tot de ethische en morele aspecten van de ziekenhuiszorgen
  - Het is een denkorgaan; het zal op vraag adviezen formuleren aan eenieder die schriftelijk een ethische vraag formuleert. Elk advies is vertrouwelijk en niet bindend

  Vanuit het E.C. wordt sterk benadrukt dat het een autonoom orgaan is, dat niet aan de directie gekoppeld is.

- De werking van het E.C. is uitgeschreven in een huishoudelijk reglement.
  Het E.C. komt minstens 4 x per jaar samen, achter gesloten deuren.
  Het aantal aanwezige leden op de vergadering is wisselend.
  De afgevaardigde van het PSC. St. Alexius te Elsene wordt op de vergaderingen uitgenodigd.
  Voorafgaand aan de vergadering wordt de agenda overgemaakt aan elk teamlid. Elk teamlid ontvangt een verslag van de vergadering.

- Een vraag voor het E.C. kan gericht worden aan één van de leden en wordt vertrouwelijk behandeld. Zowel de voorzitter als de moraaltheologe (pastor in het UC) zijn altijd aanspreekbaar en gemakkelijk toegankelijk..
  Anonieme vragen worden niet behandeld door het comité.
  Indien toelichting wenselijk is bij een ingediende casus/vraag kan de indiener en/of een teamlid/teamleden uitgenodigd worden op de vergadering.
  Elke vraag wordt beantwoord met een schriftelijk advies en wordt vertrouwelijk meegedeeld.

  Informatie over het E.C. en de adviezen zijn beschikbaar op intranet.

Bij introductie van nieuwe medewerkers is er duiding over het E.C..

- De activiteiten van 2010 zijn als volgt samen te vatten:

    - 5 x werd een advies gevraagd i.v.m. ethische thema's
    - 8 protocollen werden nagezien die vallen onder de wet "experimenten bij mensen", en
    - 5 protocollen werden gezien die niet vallen onder wet.

  Een afgewerkt stappenplan m.b.t. euthanasie in de GGZ, werd ter bespreking aangeboden bij een commissie van psychiaters van Campus Kortenberg en Campus Gasthuisberg.

  Het E.C. werkte ook een advies uit m.b.t. fixatie. Momenteel zijn hierover geen vragen meer.

- Jaarlijks wordt een avondsymposium georganiseerd i.k.v. ethiek en economie. In 2009 was het thema "Informatieuitwisseling in de GGZ: grenzen aan het beroepsgeheim".
  In 2010 kwam het thema: "De euthanasie voorbij: euthanasie bij niet terminalen" aan bod.

- Voor wetenschappelijk onderzoek wordt een samenwerking met onderzoeksgroepen van zowel de KUL als andere universiteiten nagestreefd.

  Aanbeveling

- Het huidige E.C. telt 10 leden en mag nog uitgebreid worden. Het strekt tot aanbeveling om na te gaan of het zinvol kan zijn om andere belangstellenden, niet medische disciplines, op te nemen in het E.C..

4.3.3 Comité voor Ziekenhuishygiëne (CZH)

Algemene vaststellingen

- In het UC St.-Jozef wordt ziekenhuishygiëne sinds jaren opgevolgd. De hoofdgeneesheer en het hoofd van het verpleegkundig departement nemen samen met het team ziekenhuishygiëne en het comité voor ziekenhuishygiëne deze taak op.

  Het UC St.-Jozef wordt ondersteund vanuit het UZ Leuven. Binnen het algemeen team ziekenhuishygiëne UZ Leuven is er een geneesheer-ziekenhuishygiënist en een verpleegkundig-ziekenhuishygiënist gedeeltelijk vrijgesteld voor de opvolging van ziekenhuishygiëne in de psychiatrie.

- Sinds begin 2010 is het team ziekenhuishygiëne als volgt samengesteld:

    - XXXX (omnipracticus), waarnemend geneesheer-ziekenhuishygiënist (onder supervisie van de geneesheer-ziekenhuishygiënist van GHB in afwachting van zijn opleiding)
    - XXXX, verpleegkundig-ziekenhuishygiënist,
    - XXXX, verpleegkundig-ziekenhuishygiënist van het PSC. St. Alexius – Elsene (sluit ook aan bij het comité)

  Een aantal leden van het comité geven ondersteuning aan het team.

- Het Comité Ziekenhuishygiëne is als volgt samengesteld:

- de 3 leden van het team ziekenhuishygiëne (+ 2 ondersteunende leden van GHB)
- de algemeen directeur
- de hoofdgeneesheer, voorzitter
- 3 artsen afgevaardigd door de Medische Raad
- de ziekenhuisapotheker
- een microbioloog
- het hoofd van het verpleegkundig departement
- 3 verpleegkundigen aangewezen door het hoofd van het verpleegkundig departement (verpleegkundig coördinator ouderenpsychiatrie, een hoofdverpleegkundige, een afdelingsverpleegkundige)
- de verantwoordelijke preventie en milieu
- op uitnodiging:
  - de facilitaire dienst keuken
  - facilitaire dienst linnenvoorziening,
  - de aankoopdienst
  - een verpleegkundig coördinator
  - de arbeidsgeneesheer (IDEWE).

- In 2010 vonden 4 vergaderingen plaats van het comité. Het maximaal aantal aanwezigen was 9 leden, ondanks de vergaderdata op jaarbasis gepland worden. Het team komt maandelijks samen.
  De verslagen en de procedures zijn op het intranet ter beschikking.
  Er is een reglement van inwendige orde dat gebaseerd is op het K.B. van 26 april 2007.

- Het ziekenhuis heeft 4 permanente werkgroepen:

  - Werkgroep HACCP (2 vergaderingen in 2010)
  - Werkgroep ziekenhuisinfecties FOD project patiëntenveiligheid en kwaliteitsbeleid (2 vergaderingen in 2010)
  - (werkgroep) Waterkwaliteit i.s.w. met een labo, met wie op regelmatige basis telefonische overlegmomenten doorgaan
  - Werkgroep wondzorg (4 vergaderingen in 2010)

  Het ziekenhuis participeert ook aan een werkgroep wondzorg opgericht voor geronto-psychiatrie UPC KULeuven.

  Er werd een HACCP-werkgroep opgericht die momenteel richtlijnen aan het uitwerken is m.b.t. de keukens op afdelingsniveau, gebruikt voor ergotherapieactiviteiten.

- Het team ziekenhuishygiëne is ook afgevaardigd in ziekenhuiswerkgroepen, m.n.

  - de werkgroep ergonomie (3 vergaderingen in 2010)
  - werkgroep IDD (4 vergaderingen in 2010: met betrekking tot het inpassen van infectieziektes)

- In 2010 werd 2x deelgenomen aan het overleg van het regionaal platform ziekenhuishygiëne.

- De activiteiten van het team en het comité zijn gebundeld in een jaarlijks activiteitenverslag. Naast de wettelijke bepaalde activiteiten, waren er in 2010 nog volgende initiatieven:

  - een aantal nieuwe procedures werden opgesteld (o.a. onderhoud van waterbestendige computerklavieren en algemene hygiënisch richtlijnen voor personeelsleden die een direct patiëntencontact hebben)

- schriftelijke adviezen werden uitgebracht (o.a. systematische en dagelijkse controle en staalafname van de ganse dagmenu voor het verlaten van de keuken, de aankoop nieuwe koelkasten voor het bewaren van medicatie, met slotbeveiliging en afleesbaarheid van de temperatuur aan de buitenkant van de koelkast, richtlijnen i.v.m. persoonlijke hygiëne, …)
- aandacht voor de nationale handhygiënecampagne waarbij extra aandacht voor het sensibiliseren van artsen en patiënten
- er gebeurde een evaluatie van de bestaande procedures UZ Gasthuisberg – UC St.-Jozef en het nieuwe priksysteem op de ouderenpsychiatrie ter voorkoming van prikongevallen
- er was opleiding en bijscholing van het personeel m.b.t. ergonomie (door IDEWE) voor nieuwe medewerkers, een opvolging voor referentiepersonen ergonomie en opleiding op onderscheiden afdelingen en een opleiding HACCP voor keukenpersoneel en andere disciplines,
- implementatie van richtlijnen o.a. rookbeleid en opstart rookstopbeleid, het reinigen van een endoscoop
- jaarlijks gratis griepvaccin voor personeelsleden en preventiebeleid m.b.t. (Mexicaanse) griep

- N.a.v. een gemelde TBC was er aandacht voor de algemene en bijkomende voorzorgsmaatregelen ter preventie van de overdracht van besmettelijke kiemen, het opzetten van een screeningsbeleid voor personeel en patiënten en een bronopsporing.

  Binnen het U.C. ligt de focus voor wat ziekenhuishygiëne betreft vooral op afdelingen waar de populatie veel fysieke zorgen vraagt.

- In 2010 werd een nieuw ZSP 2010-2015 opgemaakt, met daaraan gekoppeld een jaarlijks beleidsplan.
  Alle besmettelijke ziektes met aangifte plicht worden opgelijst. MRSA maakt hier geen deel van uit. Hierover is registratie terug de vinden in het IDD.

- Ondanks de beperkte financiële middelen vanuit het FOD kan het comité ziekenhuishygiëne voldoende haar beleid ontplooien. De tijd die ter beschikking gesteld wordt is niet afgemeten maar wordt afgestemd op de noodwendigheid.

- Er is een schriftelijk samenwerkingsverband met GHB, die de sterilisatie op zich neemt van het materiaal vanuit UC St.-Jozef. In het ziekenhuis worden de materialen gereinigd en klaargemaakt voor sterilisatie.

Sterk punt

- Al wie belangstelling heeft voor het jaarverslag van het ziekenhuis kan de activiteiten van het team/comité ziekenhuishygiëne er uitvoerig in terugvinden. Hiermee geeft het ziekenhuis aan dat ziekenhuishygiëne een belangrijk aandachtspunt is binnen haar werking.

Aanbevelingen

- Het ziekenhuis participeert aan het FOD-project handhygiëne. Om een correcte handhygiëne ingang te laten vinden in het ganse ziekenhuis is het aangewezen bijkomende initiatieven te overwegen, o.a. het sensibiliseren van patiënten/bezoekers voor een correcte handhygiëne door het ophangen van flyers in de gemeenschappelijke sanitaire ruimtes van het ziekenhuis.

- Er zijn richtlijnen in ontwikkeling m.b.t. gebruik van de thermometer bij de koelkasten voor medicatie. Advies om deze zo snel mogelijk te implementeren.

- Het uitwerken van procedures en richtlijnen, het geven van vorming aan de medewerkers is de basis voor een goed hygiënebeleid. Om dit beleid te bestendigen is een dagelijkse opvolging niet onbelangrijk. Het werken met een referentiepersoon op afdelingsniveau kan hier een meerwaarde zijn.

- De aanwezigheid van de vaste leden van het comité op de vergadering is eerder laag. Het is wenselijk te onderzoeken wat de reden is van de hoge afwezigheid en op zoek te gaan naar een passende oplossing voor dit probleem.

4.4 Leiderschapsstijl en opleiding

Algemene vaststellingen

- De leiderschapstijl van de meest bepalende figuur in het ziekenhuis, de afscheidnemende hoofdgeneesheer, wordt door hemzelf als evoluerend omschreven: vertrokken van een directief-controlerende attitude naar een participatief-delegerend leiderschap.

- De aansturing is hierbij meer gefocust op een aantal punten die als belangrijk beschouwd worden: verkorting van ligduren, meer dan enkel goede klinische zorg leveren (de academische functie), evidence based werken en uitbouw van specialisatie.

- Er is een gedifferentieerde aanpak tussen de aansturing van de samenwerking in het UPC-KU Leuven, de artsen en de afdelingen van het UC St.-Jozef en het andere personeel van het UC. St.-Jozef.

- De afdelingen hebben een vrij hoge graad van zelfstandigheid zolang ze het maar goed doen in hun verschillende opdrachten.

- De hoofdgeneesheer heeft ten behoeve van de audit gepoogd om zijn leiderschapsstijl te objectiveren aan de hand van een specifieke tool. Accenten die hierbij wat naar voor kwamen waren: vernieuwing, bemiddelen, de producentenrol (doelen).

- De leiderschapsstijl van de andere belangrijke leiders in het ziekenhuis wordt als complementair beschouwd.

- Specifieke initiatieven die genomen werden om aan de topic leiderschap te werken situeren zich in het werken rond personeelstevredenheid (bevraagd door middel van het instrument Delta), en communicatie. In dit domein zijn er een aantal initiatieven genomen.

- De specifieke initiatieven ten aanzien van het middenkader zijn minder duidelijk: er wordt een verbinding gemaakt tussen het managementteam en de afdelingen bij de besprekingen omtrent de inhoudelijke werking, diensthoofden worden betrokken in overleg.

- Wat opleiding betreft is er de laatste jaren geïnvesteerd in een opleiding leiderschap voor ASO (artsen-specialisten in opleiding). Ook de ziekenhuisartsen hebben een cursus coachend leiderschap gekregen.
- Er is gebruik gemaakt van opleidingen hieromtrent door VOCA en door XXXX en prof. XXXX.

- Hoofdverpleegkundigen krijgen in master- of kaderopleiding verpleging specifieke vormingen omtrent leiderschap.
  Recent kregen een aantal hoofdverpleegkundigen nog een 4- daagse opleiding bij Zorgnet Vlaanderen ter behoud van hun functiecomplement waarin leiderschap een topic was.

- Voor opleidingen was er in 2010 een budget van 442.328,71€ (of 1,62% t.o.v. de totale personeelskost € 27.265.805). Dit globale bedrag is op te splitsen in volgende rubrieken:

  - € 116.328,41 terugbetaling opleiding & congressen
  - € 8.265 opleiding brandbeveiliging
  - € 67.250 opleiding IDD
  - € 94.217,30 kosten medische bibliotheek
  - € 156.268 aan opleidingsuren.

Sterk punt

- Het ook investeren in aspecten zoals leiderschap in de opleiding van Artsen-specialisten in opleiding is een goede zaak voor de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen**.**

5 Module Beleid en Strategie

5.1 Algemeen beleid – Strategisch management

Algemene vaststellingen

- Het ziekenhuis stelde tijdens de audit geen algemeen beleidsplan voor. Het auditteam gaat ervan uit dat het UC St.-Jozef hetzelfde plan hanteert dat geldig is voor het UPC KU Leuven en waar het UC St.-Jozef deel van uitmaakt. Het betreft een uitgebreid beleidsplan 2008 – 2011, wat nu stilaan aan een evaluatie toe is.
  Tijdens de audit werd een presentatie door het ziekenhuis gedaan, waarbij vooral de focus lag op het weergeven van de realisaties. In zekere zin past deze informatie wel bij de fase waarin dit plan zich bevindt.
  Bij de verslaglegging en bespreking zal er bijgevolg ook door het auditteam gebruik gemaakt worden zowel van de informatie die reeds verstrekt werd (het beleidsplan) als van de powerpointpresentatie van het ziekenhuis.

- Het vermelde beleidsplan (UPC KU Leuven) is niet opgemaakt vanuit een bepaalde systematiek, wel vanuit een aantal perspectieven. (management, zorginhoudelijk, …). Het grootste deel van het beleidsplan heeft betrekking op het later uitrollen van individuele zorgprogramma's. Toch is er ook expliciete aandacht voor onderzoek en onderwijs.

- Het beleidsplan is tot stand gekomen met medewerking van het beleidsondersteunend comité. Er werd per cluster gewerkt.

- Het beleidsplan is zeer uitvoerig in zijn beschrijving, bevat heel wat SWOT- informatie, maar er ontbreekt een synthese, en gaat uit van bestaande denkwijzen (en keuzes). In de informatie die naar aanleiding van deze audit ter beschikking gesteld werd is er wel meer gedetailleerde informatie over deze SWOT-analyse: zowel omtrent de zorg, het onderzoeks- als opleidingsgebeuren (algemeen, onderzoek, opleiding).

In het beleidsplan ontbreekt het patiëntenperspectief.

In wezen is een belangrijke insteek het afstemmen van de verschillende zorgprogramma's van de beide constituanten en ervoor zorgen dat er een geheel tot stand komt, waarbij mogelijke verbeteringen meegenomen worden.

De verschillende topics van het beleidsplan (en zijn uitvoering):

- Algemene SWOT-analyse UPC KULeuven
- Managementanalyse
- Klinische zorg:
    - Zorgprogramma's en clusters: met een beleidsplan voor kinderen, volwassenen en ouderen
        - zorgprogramma afhankelijkheidsstoornissen, angststoornissen, eetstoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, psychotische stoornissen, relatie- gezins en seksuele problemen (prof. XXXX, psycholoog), somatoforme stoornissen, stemmingsstoornissen,
        - Cluster kinderen en jongeren: poli plus expertisecentrum autisme, kinderpsychiatrisch thuisteam, medisch psychologische kliniek, liaison, De Kade (adolescenten)
        - Cluster volwassenen: poli angst en depressie, EPSI, CIC, angst en depressie, context, liaison, poli ADHD en ASS, expertisecentrum psychodiagnostiek, expertisecentrum ECT, opnameafdeling met verhoogd toezicht (St.-Agnes), opnameafdeling stemmingsstoornissen, opnameafdeling middelenmisbruik, opnameafdeling St.-Rita, crisisinterventie, diagnostiek en therapeutische indicatiestelling (St.-Lodewijk), rehab (St.-Monika), persoonlijkheidsstoornissen en angst (St.-Kamillus), Klipp (persoonlijkheid), eetstoornissen (St.-Lukas), rehab (St.-Monika), psychotherapeutisch dagcentrum (St.-Hadewych), dagactiviteitencentrum (St.-Maarten),
        - Cluster ouderen: raadpleging geheugen, stemming en cognitie, depressie bij ouderen, dementiecentrum, liaison gerontopsychiatrie, dienst ouderenpsychiatrie,
    - Competentiecentra en varianten:
        - Competentiecentrum psychologen
        - Dienst ergotherapie: creatieve therapie,
        - Dienst kinesitherapie en psychomotore therapie
        - Dienst maatschappelijk werk
        - Dienst muziektherapie
        - Dienst vrije tijd
    - Medisch ondersteunende diensten:
        - Medisch somatisch centrum (Kortenberg)
        - Neurologie en neurofysiologie (Kortenberg)
        - Radiologie (Kortenberg)
- Beleidsplan onderzoek en beleidsplan opleiding
  Onderzoek en opleiding:
    - Departementsplan Leuven en Kortenberg, publicaties (medline),

    - Opleiding: enkel SWOT-analyse: geen beleidsplan, wel tijdens auditbezoek informatie ontvangen (ASO, postgraduaat, artsenopleiding, manama, studiedagen,…)

- Beleidsplan HRM: HRM: SWOT-analyse en langetermijnplanning medische staf, geen ander plan

- Externe relaties: beleidsplan netwerking: enkel beschrijvend, geen plan.

- Projecten: project operationalisering zorgprogramma's (19 of 17).

Te vermelden is dat een aantal elementen die klassiek in beleidsplannen opgenomen worden: zoals het voorzien van de nodige middelen en organisatie van de processen e.d.m. opgenomen zijn in een basisstramien dat handelt over het inrichten van de zorgprogramma's.

Verder is er ook vanuit communicatie een inspanning gebeurd om het UPC KULeuven op de kaart te zetten d.m.v. logo, email, K-mail, het maken van een jaarverslag. De website loopt wat vertraging op.

Wat betreft kwaliteit wenst men te scoren via een federaal project en JCI-accreditering.

<u>In de presentatie van het ziekenhuis naar aanleiding van deze audit</u>

werden een aantal resultaten aangereikt: globaal sluiten zij evenwel beter aan bij de opdrachtsverklaring zelf dan bij de beleidsplanning zoals ze bij het auditteam bekend is.

Een belangrijke verklaring hiervoor is dat de realisatie van het beleidsplan gedeeltelijk ondergeschikt is geraakt aan de inspanningen die gebeurden om de projecten in het kader van artikel 107 vorm te geven.

- Gespecialiseerde zorg: hier werd er gewerkt rond:

    - Toegankelijkheid (laagdrempeligheid, betaalbaarheid, permanentie, continuïteit binnen een stepped care model)
    - (Supra-) regionale zorg: uitbouw van zorg rond een aantal doelgroepen, uitbouw van transmurale zorg, het voorzien van een aantal consultatiemogelijkheden (enkele uren per week) aan conventietarieven, inschakelen van expertisepsychologen, voorkomen van institutionalisering
    - Innovatie: VRINT, KOPP, Tender, dagprogramma boelimie, thuiszorg, demo-it, zorgprogramma's, artikel 107, aansluiting bij zorgprogrammas UZL: ADHD en autisme bij volwassenen, jongeren: outreach, crisisinterventie, forensische K, aandacht voor somatiek
    - Kwaliteit: kwadrant, met beleidsplannen per afdeling, meten, zorgprogrammaprojecten, kwaliteitsproject FOD Volksgezondheid, outcome-onderzoek
    - Evidence based medicine: wetenschappelijk onderzoek, psychopathologisch onderzoek

- Opleiding

    - ASO: manama, truncus communis KULeuven, interuniversitaire opleiding, inleiding psychotherapie, seminaries, management/teamcoachopleiding, individuele supervisie, wetenschappelijk onderzoek, postgraduaat
    - Verpleging, psychologen, studiedagen

De uitdagingen die het ziekenhuis op dit moment ziet houden in belangrijke mate verband met keuzes die gemaakt moeten worden om artikel 107 te kunnen realiseren (afstemming, samenwerking, afbouw bedcapaciteit, patiëntenstroming), manpowerplanning, waarbij

belangrijkste problemen zich situeren in aanwerving van nieuwe psychiaters en psychiatrische verpleegkundigen en het realiseren van bijkomende PVT-capaciteit.

Toegankelijkheid

- Financiële toegankelijkheid

  Supplementen

  Er zijn zowel kamer- als honorariumsupplementen, die geïntegreerd worden tot 1 prijs. Er worden enkel supplementen gehanteerd voor eenpersoonskamers. Er zijn geen supplementen op de afdeling De Kade (kinder- en jeugdpsychiatrie) en St. Agnes A (waar gedwongen opgenomen patiënten opgenomen worden). Voor het overige zijn de bedragen variërend naargelang van afdeling en grootte van de kamer tussen 4,96€ en 5,45€ honorariumsupplement en 4,59€ en 10,41€ kamersupplement, zodat een maximum supplement per dag 16,11€ bedraagt.

  Het totaal bedrag aan supplementen is de laatste jaren stabiel gebleven (tendens tot daling): schommelt rond een bedrag van 150.000 à 170.000€.

  Het totaal aantal patiënten wat een supplement betaalt schommelt rond de 10 – 11 %.

- Geografische toegankelijkheid

  Het ziekenhuis is gelegen langs de drukke baan Leuven-Brussel, langs dewelke ook de Lijn actief is en die een redelijke oost-west verbinding oplevert. De noord-zuid verbindingen zijn hier minder goed: de as loopt hier over Mechelen- Tervuren.

  In Kortenberg is ook een station van de NMBS wat op een anderhalve kilometer van het ziekenhuis gelegen is.

  Het ziekenhuis is goed toegankelijk met de auto. Er is een ruime parking aan het ziekenhuis die gratis is en druk gebruikt wordt.

- Organisatorische toegankelijkheid

  Het ziekenhuis hanteert geen zwarte lijsten. Voor geïnterneerden verloopt de indicatiestelling via de hoofdgeneesheer. Hij bekijkt of het ziekenhuis een specifiek therapeutisch aanbod heeft.

5.2 Medisch beleid

Algemene vaststellingen

- Het profiel van het ziekenhuis is dat van een universitair psychiatrisch centrum.

  Er is een regionale en supraregionale werking (volwassenen: eetstoornissen, ECT, persoonlijkheidsstoornis, bipolaire stoornissen, kinderen: beginnende persoonlijkheidsstoornissen, psychotische stoornissen).

- Het medisch beleid wordt gedragen door de hoofdgeneesheer, adjunct-hoofdgeneesheer en de verschillende diensthoofden/psychiaters die de zorgprogramma's zullen leiden.

- Naast de klinische afdelingen (klinisch/dagklinisch/poliklinisch) zijn er ook een aantal meer somatische diensten : mini-medisch centrum, tandarts, radiografie en activiteitencentrum van het labo van het H.Hartziekenhuis van Leuven inbegrepen.

- Het ziekenhuis omvat meerdere afdelingen, met op dit moment nog vooral de focus op het soort activiteit: crisisafdeling, behandelafdeling (type behandeling: gedragstherapeutisch (o.m. Linehan), psychoanalytisch, structurerende behandeling, resocialisatie,…) Dit maakt dat patiënten met eenzelfde diagnose over heel wat verschillende afdelingen verspreid zijn. Er zijn ook afdelingen voor gerontopsychiatrie als kinderpsychiatrie (inclusief 8 bedden forensische kinderpsychiatrie en 3 bedden forensische crisis). Deze afdeling is gemengd (gewone crisissen/forensisch).

- Belangrijkste (kwantitatief) diagnostische doelgroepen zijn: psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen, middelenmisbruik, persoonlijkheidsstoornissen. Er zijn minder impulscontrolestoornissen.

- Het aantal opnames is behoorlijk: ruim 1600 medische opnames per jaar, maar daar staat tegenover dat dit ziekenhuis een belangrijke opnamecapaciteit heeft, zodat de ratio: opnames per bed, toch niet zo performant is. Vermoedelijk is de aanwezigheid van nogal wat therapeutische afdelingen hiertoe contributief.

- Wat verwijzing betreft is er een majeure input van de algemene ziekenhuizen (in het bijzonder UZ Gasthuisberg: goed voor ¼ van de opnames) uit de buurt: 500 opnames per jaar.

- Het ziekenhuis doet een bijzondere inspanning om de toegankelijkheid te verbeteren: driemaal per week is er een vrije raadpleging (libero), die gehouden wordt door 2 ASO met 1 supervisor. Er is een belangrijke poliklinische activiteit die de laatste jaren gegroeid is (16.000 – 17.000 consultaties per jaar). Hierbij valt op dat er ook een groei is in het aantal psychologische consultaties (bijna 5.000 per jaar).

- Ook wordt er een inspanning gedaan om de zorg zo ambulant mogelijk te maken/houden: kortere opnameduur, meer postkuur en meer thuiszorg. Men heeft twee woningen gelegen aan de zelfde straat als het ziekenhuis ingericht ter voorbereiding van beschut wonen. Er is wel geen mogelijkheid voor dagbehandeling in de kinderpsychiatrie.

- De permanentie wordt verzorgd door een inslapende ASO. Supervisor is van achterwacht. De wachtdienst kan ook aangesproken worden door het PSC. St. Alexius.

- Er is uitgebreid aandacht voor de somatische zorg: richtlijnen metabole bijwerkingen neuroleptica, cardiovasculaire risico's. Er zijn twee psychologen als tabacoloog opgeleid. In het medisch centrum wordt ook reguliere somatische zorg aangeboden (o.m. radiologie, vb. mammografieën). In het ziekenhuis wordt ook psychofysiologie gedaan, maar de activiteit hierrond lijkt wat afgekalfd. EEG gebeurt bij een eerste opname. Geëvokeerde potentialen zijn, mogelijk onder invloed van de discussie in de Technisch Geneeskundige Raad waar deze onderzoekstechnieken in vraag gesteld worden verminderd, en worden nu nog gebruikt als (gerichte) hulp in de diagnostiek, daar waar deze onderzoeken vroeger meer systematisch plaats vonden. Het ziekenhuis onderzoekt ook de mogelijkheden van rTMS (transcraniële magnetische stimulatie). Er is wat betreft de behandeling van boulimie samenwerking met UZ Gasthuisberg (psychologen – dienst endocrinologie).

- Het ziekenhuis heeft een inmiddels in Vlaanderen gereputeerd ECT-centrum, met zowel een belangrijke interne activiteit (230 patiënten) als extern (80 patiënten ambulant). In totaal worden er 975 behandelingen uitgevoerd. De artsenequipe van dit ziekenhuis is auteur van de Vlaamse richtlijnen.

- Het ziekenhuis wenst zich ook JCI te laten accrediteren en neemt hier de nodige voorbereidingen toe.

- Het ziekenhuis doet aan outcomemonitoring en heeft hiervoor XXXX in dienst. Deze outcomemonitoring, waarbij het de bedoeling is om via continue feedback door de patiënt tot een betere zorg te komen zal voorwerp uitmaken van een doctoraatsonderzoek.

Akademisch karakter:

- Het ziekenhuis heeft duidelijk geïnvesteerd in wetenschappelijk onderzoek.

- Er is hierbij ook aandacht aan elementen die maatschappelijk relevant zijn (stigmabestrijding, activering en werken, aandacht voor jongeren, ontslagmanagement).

- Er lopen meerdere doctoraten, waarvan 2 door ASO.

- Wat middelen betreft heeft het ziekenhuis een mislukte poging ondernomen om een mandaat te verwerven via het FWO, dit op gronden die wanneer zij strikt toegepast worden elke toegang tot dit fonds onmogelijk maken voor de universitaire psychiatrische centra in Vlaanderen. Andere financieringsbronnen zijn de farmaceutische industrie (in grootorde van tienduizenden euro's) en het kunnen deelnemen aan internationale onderzoeken (het 7th framework-fonds van de Europese Commissie). Onderzoeksdomeinen die van deze middelen kunnen genieten zijn: genetica, protocollaire behandelingen, ECT (in samenwerking met de universiteiten van Amsterdam en Den Haag). Verder gebeuren er ook nog clinical trials. Het aantal trials is de laatste tijd wel wat afgenomen. Een aanvraag voor middelen bij het KCE werd afgewezen.

- Aansturing gebeurt door het lokaal Wetenschappelijk Comité. Er bestaat ook een overkoepelend Wetenschappelijk Comité (op het niveau van het UPC KULeuven) maar dit is niet zo actief. Nochtans is er een manifeste meerwaarde in deze samenwerking, deze situeert zich in een makkelijkere samenwerking, onder meer op het vlak van genetica en beeldvormend onderzoek. Ook is er een verbeterde samenwerking met de faculteit psychologie, niet zozeer omwille van structurele redenen, eerder via personen (brugfiguren).

- Zap-mandaten: XXXX, XXXX, XXXX, XXXX, XXXX, XXXX, XXXX.

- Publicatie output (medline): is gestegen ten aanzien van 2007: volwassenen: 278 publicaties, kinderen: 0,ouderen: 10. Ook de H-index van een aantal auteurs is de laatste jaren gestegen.

- Het ziekenhuis gaf de publicatieoutput van het hele UPC KULeuven op:

    - LAuRes (leuvens autisme research)
    - ADHD
    - Temperament als kwetsbaarheid bij jongeren
    - Outcomeonderzoek vanuit het cliëntenperspectief
    - Project Toverbos: ADHD toolkit
    - Psychopathologisch onderzoek
    - Neurobiologisch onderzoek
    - Epidemiologisch onderzoek
    - Onderzoek op internationale databases
    - Neuro- en pathofysiologie van taal, emoties, sociaal functioneren (ouderen)
    - Multimodale beeldvorming (ouderen)
    - Psychopathologisch onderzoek (ouderen)

Onderzoeksprojecten

- Psychotische stoornissen
- Stemmingsstoornissen
- Eetstoornissen
- ADHD,
- Borderline persoonlijkheidsstoornissen
- Gerontopsychiatrie
- Cluster kinderen
- Anderen

- Wat opleiding betreft is er samenwerking met Hogescholen: sociale hogeschool, verpleegkundige opleidingen, muziektherapie. Verder is er ook de manama- opleiding, samenwerking met het Centrum voor Ziekenhuis- en verplegingswetenschappen.

  Er is samenwerking met de faculteit psychologie van de KULeuven: een aantal stagiaires krijgen tijdens hun stage in het UC St.-Jozef supervisie (o.m. door XXXX). Er is begeleiding van thesissen door XXXX. XXXX wordt gedeeld met de faculteit psychologie.

  Verder zijn er een aantal postgraduaat opleidingen. Te vermelden hierbij is de opleiding voor begeleiding van mentaal gehandicapten.

Zorgprogramma's

- Het ziekenhuis hoopt de zorg verder te kunnen uitbouwen rond zorgprogramma's, maar deze ontwikkeling heeft wat achterstand opgelopen doordat er de voorbije twee jaar erg geïnvesteerd werd in de ontwikkelingen op basis van artikel 107 van de ziekenhuiswetgeving, wat als voorlopig resultaat heeft opgeleverd dat dit project goedgekeurd werd.

- Wat de ontplooiing van de zorgprogramma's betreft werd door het ziekenhuis tijdens de audit gesteld dat deze concreet waren voor het zorgprogramma psychotische stoornissen en ouderenpsychiatrie.

- Wat psychosezorg betreft is er inhoudelijk rekening gehouden met de fase waarin de ziekte zich bevindt enerzijds, een procesmatige aanpak van de zorg, maar anderzijds is er toch ook een belangrijke aandacht aan de distributie van de middelen: de toewijzing ervan aan een aantal activiteitencentra. Op dit moment zijn er nog 14 activiteitencentra bij deze zorg betrokken. Verder is er te vermelden dat er op dit moment meer aandacht is voor de vroegere fasen in de behandeling (VRINT, afdeling St.-Joris: eerste opname).

  Bij het zorgprogramma gerontopsychiatrie valt vooral op dat men probeert voor elke patiënt de afdeling te zoeken die het best aansluit op de noden van de patiënt, zijn er ontwikkelingen ten aanzien van de samenwerking met de reguliere geriatrische zorg (liaison), het participeren aan specifieke programma's (geheugenkliniek).

- Er is geen zorgprogramma dubbele diagnose. Men wacht hier wat op initiatieven van het RIZIV.

- Inhoudelijk zijn er meerdere ontwikkelingen te vermelden

- I.v.m. poliklinische zorg
    - Kinderen en jongeren: nieuw: outreach , gespecialiseerde polikliniek
    - Volwassenen: nieuw: autisme, ADHD, psychodiagnostisch onderzoek bij forensische problematiek, VRINT, boulimie, gespecialiseerde polikliniek: psychose, affectieve stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, gedragstherapie, eetstoornissen, familietherapie
    - Ouderen: nieuw: neuropsychiatrisch en neuropsychologisch geïntegreerd onderzoek, gespecialiseerde polikliniek: functionele en degeneratieve aandoeningen
- i.v.m. residentiële zorg
    - Affectieve stoornissen: ECT
    - Schizofrenie: VRINT, somatische comorbiditeit
    - Persoonlijkheidsstoornissen: EBM, Psychodynamische therapie, Linehan
    - Eetstoornissen: boulimie dagprogramma, samenwerking UZ Gasthuisberg, wetenschappelijk onderzoek
    - Toxicomanie: afspraken netwerk
    - Ouderenpsychiatrie: ideaal zorgprogramma, verwachtingengesprek, wetenschappelijk onderzoek, systematisch werken, specifieke thema's
- I.v.m. activiteitencentrum overschrijdend aanbod:
    - Fitness
    - Lifestyle
    - Rookstop
    - Metabole opvolging
    - KOPP
    - Mindfullness
    - Begeleiding familie

- Wat kinder- en jeugdpsychiatrie betreft is er de opstart van de forensische K-dienst en outreach te vermelden.

  De reguliere zorg is verspreid over drie behandelprogramma's (angst, depressie, persoonlijkheid – psychosen – behandelgroep impulscontrolestoornissen).

  Verder heeft men gewerkt aan een inhoudelijke verbetering van de zorg voor patiënten met ADHD, probeert men hospitalisatieduur te beperken, en men voorziet in deze context overgangstrajecten :beperking van de klinische zorg tot 1 à 2 dagen per week.

- Het ziekenhuis heeft een machtiging voor gedwongen opnames. Het aantal gedwongen opnames situeert zich in de orde van 130 opnames per jaar, waarbij het ziekenhuis zich beneden het gemiddelde situeert.

<u>Medische staf en de werking van het medisch departement</u>.

- Er is een medische stafwerking, die een aantal particulariteiten vertoont: zo is er een "vijf minuten speech": waar telkens 1 arts een onderwerp in een kort tijdsbestek toelicht voor zijn collega's: vb. bloednames leponex. Dit is een onderdeel van de dagelijkse briefing. Daarnaast is er ook een maandelijkse medische staf, een overleg ad hoc, en een maandelijkse vergadering ASO. Er is ook een gemeenschappelijke medische staf geneesheren UZ Leuven, UPC Salve Mater, UC St. Jozef.
  Verder is er ook nog een clusteroverleg.

- Het organisatieprincipe van de medische staf is nog op basis van de vroegere organisatie. Per sector is er een voltijds arts en een deeltijds arts die mee instaat voor residentiële en/of poliklinische zorg:

    - Psychotherapeutische dienst: volgende artsen: XXXX, XXXX, XXXX, XXXX, XXXX, XXXX
    - Gedragstherapeutische dienst: de artsen: XXXX, XXXX, XXXX, XXXX
    - Psychosenzorg: XXXX, XXXX, XXXX, XXXX, XXXX, XXXX, XXXX, XXXX, XXXX
    - Affectieve stoornissen: XXXX, XXXX, XXXX
    - Ouderenpsychiatrie: XXXX, XXXX, XXXX, XXXX, XXXX
    - Middelenmisbruik: XXXX, XXXX
    - Jongeren: XXXX, XXXX, XXXX
    - Opnamediensten: XXXX, XXXX, XXXX, XXXX, XXXX
    - Gespecialiseerde raadplegingen: autisme: XXXX, ADHD: XXXX, forensische psychiatrie: XXXX
    - Somatische dienst: XXXX, XXXX, XXXX, XXXX, XXXX, XXXX, XXXX, XXXX

- Evidence based medicine is een strategische beleidslijn die verder ontwikkeld wordt.

- Er zijn protocollen, die nu nog op intranet terug te vinden zijn, maar die bij de verdere ontwikkelingen van het EPD als dwingend zullen geïntegreerd worden.

- Er is geen crisisprotocol psychofarmaca.

Hoofdgeneesheer, adjunct-hoofdgeneesheer, geneesheren-diensthoofd

- De hoofdgeneesheer vervult de taken die voorzien zijn door de wetgever en delegeert een aantal hiervan aan de adjunct-hoofdgeneesheer: de taken van de hoofdgeneesheer situeren zich in de algemene aansturing, het overleg rond de therapeutische programma's, de externe vertegenwoordiging, de samenwerking in het UPC KULeuven, maar dan in een andere rol (voorzitter), het directiecomité UPC KULeuven, kwaliteitsbeleid. De adjunct-hoofdgeneesheer stuurt de ASO aan, verricht de functie van geneesheer hoofd van dienst (gedwongen opnames), is actief rond de verdere informatisering van het medisch dossier (EPD), heeft gewerkt rond suïcidepreventie, afzonderingsbeleid, vervangt de hoofdgeneesheer bij afwezigheid. Hij zetelt ook in een aantal vergaderingen (operationele directie), OMA, zit een aantal werkgroepen voor.

- Er vindt geen klinische audit plaats. Wel is er op geregelde tijdstippen overleg tussen de afdelingen en het managementteam, waarbij aandacht is voor de werking.

- Een aantal zaken die betrekking hebben op de kwaliteit van zorg worden opgevolgd: zowel de concrete dossiervorming: dossier wordt bij bespreking geprojecteerd, als aan de hand van cijfermateriaal (vb. voorschrijfprofiel), als met indicatoren (suïcidaliteit, afzonderingen, bezettingsgraad, verblijfsduren, ...). Tweemaal per jaar worden de MPG- cijfers van nabij bekeken. Ontslagbrieven en hun ritme worden opgevolgd. De supervisoren spelen hier een belangrijke rol.

Medische bestaffing

	Effectief	Wettelijke norm	Referentiekader (**)
Hoofdgeneesheer	XXXX	Aanwezigheid en taken	18,40 uur
Geneesheer-diensthoofd	XXXX	Aanwezigheid en taken	12 uur per week (A,K en T)

Dienst A,T en K	XXXX	278,4 uur	
Dienst Sp		Aanwezigheid en taken	24 uur (geneesheer-diensthoofdschap inbegrepen)
Geneesheer-hoofd van dienst voor gedwongen opname	XXXX	Aanwezigheid en taken	14,9 uur
Totaal	XXXX	278,4uur plus aanwezigheid en taken	69,3 uur

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

- De medische bestaffing volstaat ruimschoots. In de berekening zijn de poliklinische uren en de uren die ter beschikking staan voor medisch technische diensten niet inbegrepen.

- Er werd in de personeelsbestaffing zoals ze voorgesteld werd geen specifieke opgave gedaan van het aantal uren hoofdgeneesheerschap (werd berekend), noch van het aantal uren geneesheer-diensthoofdschap (werd niet berekend).

- Akademische opdrachten en alternatieve financiering (vb. outreach) werden niet apart berekend.

- Voor de berekening van het aantal uren nodig voor het toezicht op de gedwongen opname werd rekening gehouden met het gemiddeld aantal opnames in dit statuut gedurende de laatste drie jaar.

ECT

- Het ziekenhuis is modelcentrum wat ECT betreft voor Vlaanderen. Hier werden de Vlaamse richtlijnen ontwikkeld. Meerdere psychiatrische ziekenhuizen werken samen met het UC St.-Jozef Kortenberg voor ECT-behandeling. Meest recente cijfers: aantal behandelsessies: 2745, ambulant: 966, patiënten totaal: 177, patiënten ambulant: 6.

Agressiebeleid

- Binnen het UC St.-Jozef bestaat er een werkgroep OMA (Omgaan Met Agressie), deze werkgroep bestaat uit een 12-tal personeelsleden onder supervisie van een psychiater en een middenkaderlid.

- Er bestaan een aantal procedures omtrent OMA:

  - Patiëntgebonden agressiehantering
  - Hulpverlener slachtoffer van agressie-incident
  - Politie-interventie bij agressie-incident
  - …

- Deze werkgroep komt maandelijks samen en naast de verschillende items omtrent agressiepreventie en beheersing is een standaard item de bespreking van de voorbije agressie-incidenten.

- Vanuit de werkgroep wordt er jaarlijks minimaal 1x centraal een les gegeven. Deze les omvat de uitleg van de procedures i.v.m. OMA, het crisisontwikkelingsmodel, de wikkeltechniek en fixatietechnieken.

- Bij de introductie van nieuwe medewerkers is er steeds aandacht voor het gegeven OMA. Men zal hier niet zozeer gewoon les geven maar op een meer interactieve manier het personeelslid bevragen.

- Naar de vorming in de toekomst is men momenteel een les aan het voorbereiden waarin men meer via rollenspelen zou gaan werken om zo alles meer tastbaar te maken.

- Qua registratie heeft men sinds geruime tijd de MOAS-registratie (Modified Overt Aggression Scale). Deze wordt op regelmatige basis besproken binnen de werkgroep OMA en nadien teruggekoppeld aan de grote personeelsgroep.

- Meer en meer denkt men er aan om, als leermoment voor de patiënt, de patiënt te laten opdraaien voor de gemaakte kosten. Dit kan zelfs betekenen dat er soms zou overgaan worden tot het nemen van gerechtelijke stappen.

- Sinds 2 jaar neemt het ziekenhuis deel aan het 'European Leonardo Project'. Het thema van dit project is 'Europese praktijkvoering betreffende het gebruik van vrijheidsbeperkende middelen t.a.v. patiënten in psychiatrische voorzieningen'. Hierbij wil men komen tot een vergelijkende analyse tussen de verschillende Europese landen om nadien aanbevelingen te publiceren op dit gebied.

- Tijdens de nachtdienst is de nachtverpleegkundige met algemene waak de eindverantwoordelijke (statuut van hoofdverpleegkundige). Deze persoon mag autonoom beslissen om over te gaan tot politionele ondersteuning.

Suïcidepreventiebeleid

- Binnen het UPC KU Leuven heeft men, sinds december 2009, een overkoepelende werkgroep 'suïcide'. Deze werkgroep heeft tot doel het uitwerken van een suïcidebeleid:

    - Standpunten van directie en van werkgroep tav. suïcide
    - Doelstellingen/actieplannen op lange en korte termijn met aandacht voor:
        - Procedures
        - Meldsysteem
        - Indicatoren voor meten van processen
        - Preventiebeleid
        - Opleiding.

- Momenteel heeft men de verschillende stroomdiagrammen omtrent suïcide klaar:

    - Nieuwe aanmelding ambulant / residentieel
    - Suïcidepoging bij aanmelding
    - Suïcidepoging tijdens de opname.

  De belangrijke transitiemomenten zijn beschreven, men heeft een specifieke bevragingslijst en er is beschreven hoe de informatieoverdracht dient te gebeuren, men bespreekt de opleiding (verzorgend personeel & artsen), en men benoemt de registraties, …

- Dit is reeds allemaal theoretisch uitgewerkt. Als basistekst verwijst men naar de visietekst rond suïcide die verschenen is vanuit het overlegplatform Vlaams-Brabant (Vlabo). Nu volgt de implementatiefase nog.

- Op het moment van de audit is men de werkwijze van systematisch een MINI(suïcidaliteit)-bevraging te doen bij opname, aan het implementeren. Via een 6-tal vragen komt men zo tot een risico-inschatting.
  Bij een risicopatiënt (score matig of hoog) gaat men dan verder exploreren aan de hand van BECK (hopeloosheid) en MINI (depressie) en CAGE.

  Op belangrijke transitiemomenten zal men opnieuw een MINI-suïcidaliteit afnemen om een nieuwe inschatting te maken.

- Voor de toekomst zou men ook willen gaan werken met specifieke schalen voor de registratie bij kinderen.

- In het kader van suïcidepreventie en mogelijke hotspots binnen de NMBS heeft men met de NMBS een samenwerkingsakkoord afgesloten.

- In 2009 had men 3 suïcides en in 2010 was er 1. Deze casussen werden allemaal besproken en geëvalueerd.

Afzonderingsbeleid

- Op het vlak van afzonderingsbeleid heeft men een afzonderingsbeleidsplan opgesteld. Binnen dit beleidsplan is er aandacht voor de bejegening, algemene afspraken, inrichting isolatiekamers, begeleiding, informeren van familie, observatie, hygiëne, bezoek, individueel begeleidingsplan, …

- Binnen het afzonderen is het grote aandachtpunt om zo weinig mogelijk te fixeren. Uit de registraties is er ook een duidelijke afname merkbaar van het aantal fixaties (-30%).

- Daarnaast heeft men ook 4 verschillende veiligheidsniveau's beschreven:

  - Niveau 1 : situatie is relatief veilig voor hulpverleners / patiënt wordt niet gefixeerd.
  - Niveau 2 : situatie is onveilig voor hulpverleners / patiënt wordt in eerste instantie niet gefixeerd.
  - Niveau 3 : situatie blijft onveilig voor hulpverleners / patiënt wordt 3 of 5-punts gefixeerd
  - Niveau 4 : situatie is zonder fixatie onveilig voor de patiënt / patiënt wordt 3 of 5-punts gefixeerd.

  Binnen deze verschillende veiligheidsniveaus bespreekt men steeds de situatie, welke maatregelen men dient te treffen en wat de verpleegkundige interventies zijn.

- Ondanks het feit dat men heel duidelijk heeft omschreven hoe een afzonderingskamer er moet uitzien voldoen nog niet alle isolatiekamers aan deze beschrijving. Tijdens de audit werd een bezoek gebracht aan verschillende isolatiekamers (oud, nieuw en in renovatie).

- Met de invoering van het IDD beschikt men niet meer over een afzonderingsregister op papier. De administratieve gegevens omtrent een isolatie worden weergegeven in het geïnformatiseerd register. Hieruit kan men afleiden wanneer, waarom en door wie iemand is overgebracht naar de isolatiekamer. Men kan snel zien of iemand gefixeerd is of niet. Per dagdeel dient men een samenvatting te maken van de observaties. De concrete observaties (per half uur) worden schriftelijk bijgehouden op een formulier 'voortgangsaantekeningen' (bij het opheffen van de isolatie wordt dit formulier bij het papieren medisch dossier gevoegd).

- In de situaties van een gedwongen opname wordt het aanvangsrapport uitgeprint en ondertekend door de behandelende arts (of de ASO). Nadien wordt dit voorgelegd op de medische staf. Bij het einde van de afzondering wordt het eindrapport afgeprint en ondertekend. Het toezichtsrapport met de voortgangsaantekening wordt door de verpleegkundigen overgemaakt aan de ASO of de behandelende arts. Het volledige afzonderingsrapport wordt overgemaakt aan dr. XXXX.

- De afzonderingsregistratie wordt minimaal 1x per jaar verwerkt op afdelingsniveau. Deze resultaten worden dan besproken op de medische staf, het managementteam, de werkgroep OMA. De ziekenhuisbrede resultaten worden eveneens besproken op het overleg van de verpleegkundige diensthoofden.

- Bij het afzonderen gebruikt men de wikkelmethode waarbij patiënt in een deken wordt gewikkeld waarbij de personeelsleden de tijd hebben om de isolatiekamer te verlaten. Patiënt kan zich nadien vrij gemakkelijk uit deze wikkel bevrijden en vrij bewegen in de isolatiekamer.

Sterke punten

- Op het intranet kan men consulteren welke personeelsleden in huis zijn. In dit overzicht is als extra aangeduid wie in de werkgroep OMA zit en welke de mannelijke personeelsleden zijn.
  Op momenten dat personeelsleden aanvoelen dat er mogelijks een situatie zou escaleren, en men nog tijd heeft, kan men via het intranet gericht mensen oproepen uit de werkgroep OMA. In gevallen van acute crisis heeft men de noodknop ter beschikking.

- In de procedure ‘hulpverlener, slachtoffer van een agressie-incident’ staat expliciet vermeld dat een eventuele voortzetting van het werk gebeurt in overleg met betrokkene maar dat dit volledig onafhankelijk moet zijn van de personeelsbezetting. Het is de directie nursing of de verpleegkundig coördinator die instaat voor de verpleegkundige continuïteit op de afdeling.

Non-conformiteit

- Voor het toezicht op de gedwongen opname werd geen opgave gedaan voor het aantal uren dat ter beschikking gesteld wordt. Dit moet aangepast worden conform de wetgeving (KB en referentiekader).

Tekortkomingen

- De beleidsvoering lijkt de voorbije jaren toch wat afgeweken te zijn van de beleidsplanning. In het bijzonder is de vertraging in de dynamiek naar omvorming tot zorgprogramma’s te betreuren. Anderzijds zal het misschien beter mogelijk zijn om deze oefening beter te laten aansluiten op de gevolgen die de oprichting van bijvoorbeeld FACT-teams kunnen hebben.

- Ondanks het feit dat men een aantal isolatiekamers reeds gerenoveerd heeft voldoen deze nog niet allemaal aan de voorschriften. Het sas is niet overal voldoende ruim en sommige kamers hebben geen oproepsysteem. Indien er een oproepsysteem aanwezig is, is dit niet steeds bereikbaar voor een gefixeerde patiënt.
  Het ziekenhuis stelt in zijn reactienota dat het oproepsysteem zal aangepast worden zodat ook patiënten in gefixeerde toestand dit systeem kunnen gebruiken. Daarnaast wil men in samenspraak met UZ Leuven de mogelijkheid voor een draadloos systeem bekijken.

- Soms werkt men met extra beveiligde kamers. Ook hier is geen oproepsysteem bereikbaar op de momenten dat men patiënten zou fixeren.

Het ziekenhuis stelt in zijn reactienota dat het oproepsysteem zal aangepast worden zodat ook patiënten in gefixeerde toestand dit systeem kunnen gebruiken. Daarnaast wil men in samenspraak met UZ Leuven de mogelijkheid voor een draadloos systeem bekijken.

- Binnen de procedure afzondering is er een luik voorzien omtrent het informeren van de familie. Dit is voornamelijk van toepassing op volwassen patiënten. Voor de isolaties op de K-dienst dient men hier aan toe te voegen dat men sowieso de ouders moet verwittigen bij een isolatie.
  In haar reactienota stelt het ziekenhuis dat dit zal toegevoegd worden aan de voornoemde procedure.

- Uit de procedure veiligheidsniveau 3 kan men lezen dat men overgaat tot niveau 3 (fixeren van de patiënt) omdat men niet de beschikbare personeelsmiddelen heeft om in een lager niveau te blijven. Een tekort aan personeelsmiddelen mag nooit een aanleiding zijn om patiënten te fixeren of te isoleren.
  In haar reactienota stelt het ziekenhuis dat men in eerste instantie een fixatiearme werking vooropstelt en dat het aangehaalde probleem geen probleem is van personeelsmiddelen maar een veiligheidsprobleem. Men zal dit dan ook meer expliciteren in de procedure veiligheidsniveau 3.

- Uit teksten en gesprekken blijkt dat men soms toch nog over gaat tot het fixeren enkel met de lendeband. Gezien de onveiligheid en een mogelijks risico op kwetsuren/letaliteit dient men deze werkwijze te verlaten.
  In haar reactienota stelt het ziekenhuis dat zijn deze wijze van fixatie ook zien als een ontoelaatbare maatregel en dit zal dan ook zo geëxpliciteerd worden in de procedure omtrent fixatie.

- Het beleid omtrent afzonderen van patiënten kan men best nog uitbreiden met volgende items:

  - Definities van time-out, prikkelarme kamer, fixeren
  - Hanteren van sederende psychofarmaca
  - Fixatiemateriaal en fixatietechnieken beschrijven

- In het kader van suïcidepreventie is het gebruik van doucheslangen en oproepsystemen (gummislang met drukpeer) niet aangewezen.
  Het ziekenhuis stelt in haar reactienota dat de doucheslangen reeds verwijderd zijn en de oproepsystemen werden aangepast.

Aanbevelingen

- Binnen het ziekenhuis maakt men gebruik van bewakingscamera's, dit zowel in de afzonderingskamers als op verschillende afdelingen. Aan de verschillende ingangen van het ziekenhuis hangt hiervan een aankondiging aan de toegangsdeuren. Advies om ook een vermelding te maken in de informatiebrochure van de patiënten en/of familieleden.

- Advies om ook in het kader van agressiebeheersing de nachtelijke permanentie mee in beeld te houden. Uit de registratiecijfers blijkt dat 25% van de geregistreerde incidenten tijdens de nachtdienst plaatsvonden.

- Aanbeveling om bij de voortgangsaantekeningen iets gedetailleerder te zijn in de observaties. Een hele nacht 'slaapt' invullen is niet voldoende. Hier dient men meer te specifiëren (li-zijde, rug, wakker, onrustig, ….).

- Advies om binnen het IDD standaard het item 'geen fixatie' aan te duiden in plaats van 1-puntsfixatie. Anders dient elk half uur dit item aangepast te worden.

- Advies om binnen de teksten omtrent suïcide de term ‘zelfmoord’ niet meer te gebruiken.

5.3 Verpleegkundig beleid

Algemene vaststellingen

- De opbouw van het verpleegkundig departement kent een vrij klassieke structuur waarbij er een hiërarchische lijnstructuur is waarbij middenkaderleden in lijnfunctie staan met bijkomende bevoegdheden.

- De directeur van het verpleegkundig departement is sinds 2 jaar in dienst. Onder haar staan 4 middenkaderleden (coördinatoren) voor 2,1 Vte. Elk verpleegkundig middenkaderlid heeft een aantal verpleegafdelingen en bijkomende bevoegdheden:

  1) 1 Vte: MPG / OMA / CPR / Centraal Vervoer / Brandveiligheid / Isolatie- en fixatiemateriaal / Informatica / Stageregelingen
  2) 0,6 Vte: Inscholing en bijscholing / Verpleegkundige procedures / Referentieverpleegkundigen / Nachtverpleegkundigen
  3) 0,5 Vte: Inscholing en opvolging huishoudelijk personeel / Procedures mbt. Onderhoud / Ziekenhuishygiëne / Patiëntenvervoer / Communicatie met keuken
  4) 0,0 Vte: Medisch- en verpleegmateriaal / Bijscholing Psychogeriatrie / Linnen / Naaiatelier / Kapsalon

  Middenkaderlid 3 heeft haar ontslag gegeven en dit gaat in op 1/6/2011. De functie 4 is sinds juni 2010 al niet meer ingevuld omwille van een langdurige ziekte.

  Men overweegt op dit moment om de hoofdverpleegkundige van St.-Lodewijk halftime te laten werken als stafmedewerker.
  Daarnaast heeft men nog een 0,5 Vte IDD/applicatieverantwoordelijke om verpleegkundigen in te scholen binnen het IDD. Daarnaast is deze verpleegkundige nog 0,5 Vte werkzaam op de afdeling St.-Kamilus.

  Binnen het grote UPC verhaal is men de werking van het verpleegkundig departement UC Kortenberg / UZ Leuven & Salve Mater aan het bekijken. Binnen het UPC wil men de 2 directeurs verpleging complementair maken. Daarnaast zijn er denkpistes waarbij men niet alleen wil werken met een campusoverschrijdende doelgroepwerking maar eveneens een campusoverschrijdend middenkader.

- Naar aansturing op afdelingsniveau werkt men met een stuurgroep:

  - Psychiater
  - Hoofdverpleegkundig (inhoudelijke aansturing verpleegkundigen)
  - Psycholoog (therapeutische aansturing)

- Qua verpleegkundige werking verwijst men naar de boeken:

  - Patiëntentoewijzing in de psychiatrische verpleegkunde. Concept en Methodiek.
  - De psychiatrisch verpleegkundige: vakkundig in balans.
  - Patiëntentoewijzing in de psychiatrische verpleegkunde. In welke mate is patiëntentoewijzing geïmplementeerd in uw werksituatie ?

Vanuit het ziekenhuis is er actief meegewerkt bij het tot stand komen van deze boeken. Deze boeken zijn dan ook gekend bij de verpleegkundigen op de werkvloer. Er is dan ook een sterke werking van patiëntentoewijzing.

- Uit een eigen evaluatie heeft men een aantal hot items gedefinieerd, punten die men zeker op korte termijn wil aanpakken:
    - Verpleegkundige permanentie steeds proberen rond te krijgen
    - Communicatie verbeteren
    - Correcte aanpak van vervangingen tijdens afwezigheid.

- Op het niveau van het verpleegkundig departement zijn er een aantal overlegmomenten:
    - Vergadering Diensthoofden Verpleging
        - 1x per maand
        - Directeur Verpleegkundig Departement, verpleegkundig coördinatoren en hoofdverpleegkundigen
        - Items: sleutelplan, vormings- en opleidingsbeleid, automatisering patiëntendossier, implementatie planningsinstrument uurroosters, …
    - Personeelsconferentie
        - 1 à 2x per jaar
        - Alle personeelsleden worden hierop uitgenodigd
        - Items: financiële informatie, bouwplannen, personeelszaken, patiëntenzorg, personeelsafvaardiging
    - Sectoroverleg
        - 1x per maand
        - Coördinator van de cluster, hoofdverpleegkundigen binnen deze cluster
        - Items : dienstoverschrijdende items binnen de cluster

  Daarnaast is er nog een diensthoofdenoverleg wat uitgebreider is dan de diensthoofden verpleging. Deze vergadering komt om de 2 maanden samen en hierin zetelen alle diensthoofden en verantwoordelijken van het ziekenhuis. Items die hier besproken worden zijn ook ruimer dan enkel verpleegkundige aangelegenheden (samenwerking UZ Leuven, ZP-projecten, bouwprojecten, project 107, kwaliteitsbeleid, uitgangskaart, aspecten van personeelsbeleid, …).

- Binnen het verpleegkundig departement heeft men een aantal verschillende niveau's van functioneren als verpleegkundige:
    - Verantwoordelijk verpleegkundige door individuele patiëntentoewijzing
        - Opname en onthaal van patiënt en familie, opnamegesprek, verpleegkundige anamnese
        - Vertrouwensband, integrale benadering van patiënt en familie
        - Responsabiliseren van de patiënt
        - Informele contacten en formele individuele gesprekken: therapeutisch milieu creëren in individuele interacties
        - Observatie, verslaggeving, disciplinair en multidisciplinair overleg
        - Samenwerking intra- en extramurale diensten bij overplaatsing of ontslag
    - Afdelingsverpleegkundige
        - Onthaalfunctie (patiënten, familie, bezoekers, hulpverleners, ook telefonisch)
        - Toezichtsfunctie (veiligheid, observatie omgangsvormen)
        - Positief leefklimaat / therapeutisch milieu creëren.

        - Medicatie (nazicht, toediening, effect en nevenwerking, houding van patiënt)
    - Groepsverpleegkundige
        - Begeleiden groepsvergaderingen en –activiteiten
        - Therapeutisch milieu creëren: aangepast aan de patiëntenpopulatie het therapeutisch denkkader van de afdeling vertalen in concrete interacties in de groep
        - Samenwerken met collega groepsverpleegkundigen
    - Ziekenhuisverpleegkundige
        - Participatie aan werkgroepen OMA – CPR – TIP – IDD – verpleegplannen
        - Begeleiding van studenten verpleegkunde
        - WE Reservelijst voor verpleegkundigen
        - Representatie verpleegkundige werking:
            - Bij bezoekers geven van toelichting bij afdelingswerking
            - Externe werkgroepen
            - Extern geven van presentaties

Tekortkoming

- Op de werkvloer is er een onderbestaffing van verpleegkundige middenkaderleden. Contractueel heeft men voldoende maar door de afwezigheid van één van de middenkaderleden (sinds juni 2010) is er slechts een invulling van 2,1 Vte terwijl er voor een ziekenhuis van deze grootte er minimaal 3,06 Vte zouden moeten zijn. Het niet vervangen van een middenkaderlid bij een langdurige afwezigheid is niet aangewezen.
  Het ziekenhuis stelt in haar reactienota dat deze vervanging niet vanzelfsprekend was gezien de maandelijkse verleningen van de afwezigheid. Anderzijds wordt er nog halftijds manager (verpleegkundige) toegewezen aan het middenkader.

5.4 Therapeutisch beleid

Algemene vaststellingen

- Het therapeutisch beleid werd voorgesteld door volgende gesprekspartners: diensthoofd maatschappelijk werk, diensthoofd vrije tijd, diensthoofd ergo en creatieve therapie, diensthoofd muziektherapie, diensthoofd kinesitherapie en psychomotore therapie, diensthoofd psychodiagnostiek, diensthoofd klinische diagnostiek, de voormalige coördinator van het competentiecentrum psychologie en paramedische diensten, een vertegenwoordiger voor de psychotherapeuten, een vertegenwoordiger van de transmurale zorg en twee psychiaters.

Algemene situering:

Verticaal:

- Een doelgroep bestaat uit verschillende afdelingen. Elke afdeling wordt aangestuurd door een stuurgroep meestal bestaande uit een vaste kern, nl. een geneesheer, een hoofdverpleegkundige en de psycholoog, en soms nog aangevuld met andere teamleden i.f.v. de werking van het betreffende team .

- De communicatielijnen tussen de stuurgroep van een afdeling en de directie zijn niet duidelijk uitgetekend. Medewerkers geven aan dat elk lid van de stuurgroep via de eigen dienst of vakgroepvergadering thema's van de afdeling kan aanbrengen naar

een hoger hiërarchisch niveau. Er wordt aangegeven dat afdelingen vrij autonoom het eigen (therapeutisch) beleid kunnen uittekenen. Elke afdeling moet zich wel op regelmatige tijdstippen verantwoorden t.o.v. de directie.

Horizontaal:

- De verschillende disciplines over alle afdelingen en doelgroepen heen zijn verenigd in diensten. Aan het hoofd van elke dienst staat een diensthoofd.

- De paramedische diensthoofden hebben een maandelijks overleg.

- Psychologen van de campus Kortenberg zijn vertegenwoordigd in een adviesraad. Campusoverschrijdend zijn de psychologen verenigd in een competentiecentrum psychologie.

- Deze horizontale organisatie werkt voornamelijk inhoudelijk ondersteunend.

- Paramedici en psychologen zijn vertegenwoordigd in managementteam en beleidsondersteunend comité (BOC).

- Binnen het competentiecentrum psychologie wil men de kwaliteit op het vlak van zorg, onderzoek en opleiding bestendigen en verder uitbouwen.
  Het competentiecentrum heeft volgende doelstellingen:

  - aanwezige competenties optimaliseren & inzetbaarheid
  - expliciteren van de rol en activiteit van psychologen
  - dynamiek en zichtbaarheid van psychologen als groep versterken, goede jobsatisfactie creëren
  - decentrale aansturing, hoge bereikbaarheid van verantwoordelijken, goede coaching medewerkers

  Het competentiecentrum heeft vier expertisedomeinen uitgebouwd, namelijk psychodiagnostiek, psychotherapie, wetenschappelijk onderzoek en opleiding.

  De dienst klinische psychodiagnostiek is een samenwerking tussen de verschillende psychologen (16) met een diagnostische opdracht. Zij leveren een functionele bijdrage aan opname- en behandelteams die hun patiënten verwijzen met een diagnostische vraagstelling. Er is ook mogelijkheid om mensen ambulant te onderzoeken. Deze mensen moeten wel rekening houden met een wachttijd van ongeveer 6 maanden en een kostprijs tussen 150 (minimaal onderzoek) en 600€.

  De stuurgroep van het competentiecentrum heeft zowel taken binnen het klinisch als het operationeel management (activiteitenregistratie, begeleiding stages, …) alsook binnen people management (functioneringsgesprekken, selectie, …).
  Op inhoudelijk vlak zijn er enkele nieuwe projecten aan de gang: multidisciplinair ADHD-team, multidisciplinair autismeteam voor volwassenen, samenwerking forensische geneeskunde, ….

- Psychomotorische therapie wordt voornamelijk toegepast bij mensen met eetstoornissen, depressie, psychose en schizofrenie.
  De dienst kinesitherapie en psychomotoriek heeft een steunpunt ‘gezondheid en bewegen’ opgestart, waardoor patiënten op verschillende momenten tijdens de week vrij kunnen gebruik maken van het fitnessmateriaal.

  Vanuit deze dienst worden inspanningen geleverd om de patiententevredenheid over de geboden therapie in kaart te brengen.

- Naast het afdelingsgebonden aanbod, is er ook een afdelingsoverschrijdend aanbod van de ergotherapie en de creatieve therapie, zoals het internet- en computeratelier,

de interne jobbeurs, …. Nieuwe initiatieven zijn ‘beeldende therapie in groep’, gebaseerd op de dialectische therapie van Linehan en ‘kunst in de steigers’, een open atelier, waar zowel patiënten, bewoners uit de omgeving als personeelsleden beeldend kunnen werken.

- De dienst muziektherapie telt 7 muziektherapeuten (3,8 Vte), allen geregistreerd bij de beroepsvereniging voor muziektherapeuten. Binnen de dienst wordt zowel interne als externe supervisie georganiseerd. Men profileert zich duidelijk naar buiten toe, onder meer via het organiseren van studiedagen en via lidmaatschap van redactieraden van nationale en internationale tijdschriften.

- De diensthoofden blijken weinig betrokken geweest te zijn bij de reorganisatie naar doelgroepen door middel van zorgprogramma’s.

Sterke punten

- Er wordt vanuit de therapeutische diensten inhoudelijk innoverend en met hoge kwaliteitseisen gewerkt.

- Het psychodiagnostische luik is goed uitgebouwd. De expertise wordt centraal vanuit het competentiecentrum aangestuurd, maar kan op een flexibele manier ingezet worden op de verschillende afdelingen.

Tekortkoming

- De indruk ontstaat dat de verschillende diensten inhoudelijk hoogstaande zorg nastreven, maar er is geen overkoepelend forum voor de aansturing van het globaal therapeutisch beleid.

Aanbeveling

- Advies om de communicatielijnen tussen de stuurgroepen van de afdelingen en de directie duidelijker in kaart brengen.

5.5 Kwaliteitsbeleid – Risicomanagement

Algemene vaststellingen

- Het kwaliteitsbeleid werd voorgesteld door :
    - De kwaliteitscoördinator, die een psychologische opleiding heeft en deeltijds in deze functie werkzaam is sinds 2007.
    - De adjunct-hoofdgeneesheer en de toekomstige hoofdgeneesheer
    - De personeelsdirecteur
    - De voorzitter van de werkgroep omgaan met agressie
    - De voorzitter van de werkgroep valpreventie
    - De stafmedewerker kwaliteit van UZ Gasthuisberg
    - De hoofdverpleegkundige van de afdeling Sint-Lodewijk waar gewerkt wordt met de HONOS-vragenlijst.

- Het kwaliteitshandboek (KWHB) is geactualiseerd tot 2010-2011. Het beschrijft als inleiding de drie lijnen waarop het kwaliteitsbeleid van UPC KU Leuven campus Kortenberg werd ontwikkeld:
    - Het gebruiken van Kwadrant als managementmodel dat de organisatie helpt om

zichzelf systematisch te evalueren. Dit impliceert ook het gebruik van het Kwadrant Kompas instrument, van de Navigator indicatoren en van de Delta vragenlijsten voor meting van de medewerkers- en de patiënttevredenheid. Er werd van alle afdelingen gevraagd om een beleidsplan op te stellen volgens een vastgelegd stramien en om dit voor te leggen aan een managementteam van directie, middenkader en artsen. In 2008 was de Delta bevraging van de patiënten de basis voor een actualisering van de beleidsplannen.
  - Het UPC KU Leuven wil een organisatiemodel invoeren dat gebaseerd is op zorgprogramma's die rekening houden met de specifieke doelgroepen en opdrachten binnen de gezondheidszorg.
  - Het UPC KU Leuven neemt deel aan het FOD contract patiëntveiligheid en kwaliteit dat een cultuurwijziging tot stand wil brengen door het introduceren van vrijwillige en betrouwbare incidentmelding.

- De opdrachtsverklaring van UPC KU Leuven campus Kortenberg bevat 4 elementen:
  - Er wordt gestreefd naar het aanbieden van de best mogelijke psychiatrische zorg, wat zich moet vertalen in een aantal doelstellingen, waaronder:
    - Netwerkontwikkeling.
    - Verschillende modaliteiten van zorgverstrekking qua structuur en inhoud.
    - Gekwalificeerde hulpverleners die interdisciplinair samenwerken.
    - Het realiseren van regionale en supraregionale functies.
    - Systematische en wetenschappelijk onderbouwde zorg, waarvan de resultaten zichtbaar gemaakt worden.
    - Gebruik van een individueel onderhandeld en opgevolgd behandelplan.
    - Zo kort mogelijke verblijfsduur met aandacht voor familie en omgeving.
  - Het uitbouwen van een opleidingscentrum van hoog niveau voor geneesherenspecialisten in opleiding, voor psychologen, paramedici en verpleegkundigen.
  - Het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek op het vlak van psychiatrische stoornissen, zorgvormen en onderzoeksmethodes.
  - Het organiseren van een aangenaam en stimulerend werkklimaat voor de medewerkers.

- Door de oprichting van het geïntegreerd Universitair Psychiatrisch Centrum KULeuven in 2006 maakt de campus Kortenberg deel uit van een organisatiestructuur die onvermijdelijk een hoog niveau van complexiteit heeft. Er is geen geëigend organogram voor het kwaliteitsbeleid, maar de verschillende besluitvorming- en overlegorganen hebben daarin een verantwoordelijkheid. Op het niveau van het UPC KULeuven zijn dat het Directiecomité, het Beleidsondersteunend Comité en het Patiëntveiligheidscomité. Op het niveau van de campus Kortenberg is dat het Managementteam dat is samengesteld uit de directieleden, de representatieve artsen, de kwaliteitscoördinator en een vertegenwoordiger van de psychologische dienst. Daarnaast zijn er werkgroepen over specifieke thema's zoals afzondering en agressie.

- In het KWHB worden ook een aantal elementen weergegeven die van betekenis waren in de historiek van het kwaliteitsbeleid. Toen in de context van het eerste kwaliteitsbeleid aan de medewerkers werd gevraagd om voorstellen te doen voor de twee vrije thema's, werden onder andere volgende items geformuleerd:
  - Infantilisering van de patiënt versus veiligheid
  - De systematische evaluatie van therapeutisch proces en effect op de psychoanalytische afdeling Sint-Augustinus
  - De bevorderende en belemmerende factoren van hospitalisme
  - Systematisch evaluatief therapieonderzoek
  - Hoe de verschillende therapievormen beter integreren in een globaal therapieplan?

Uiteindelijk werd geopteerd voor thema's die wat eenvoudiger uit te werken waren, met name het verbeteren van het comfort van de patiënt tijdens het verblijf in het ziekenhuis en het optimaliseren van de bejegening van de familieleden van de patiënt. Het is een positieve vaststelling dat een aantal aspecten van de hoger geformuleerde items in 2010 terug opgenomen worden, onder andere in de aandacht voor outcomemonitoring en in de zorgprogramma's.

In 2003 werd door de directie, samen met de artsen en de afdelingscoördinatoren een kritische zelfevaluatie en SWOT analyse gemaakt voor alle EFQM domeinen, aan de hand van Kwadrant Kompas. Over de resultaten van deze zelfevaluatie wordt uitvoerig gerapporteerd. De gesignaleerde verbeterpunten werden voor een deel opgenomen in het beleidsplan 2005. Daarnaast werden een aantal verwachtingen opgesteld waaraan de eigen beleidsplannen van de verschillende afdelingen dienden te voldoen.

Mede als gevolg van de oprichting van het UPC KULeuven kwam vanaf 2008 de focus van het kwaliteitsbeleid te liggen op de uitbouw van 17 afdelings- en campusoverschrijdende Zorgprogramma's. Een ZP is een geheel van zorgprocessen gericht op een homogene doelgroep van patiënten met als finaliteit kwaliteit van zorg.

- In het KWHB wordt de werkwijze voor de ontwikkeling van zorgprogramma's uitvoerig gedocumenteerd. Per zorgprogramma werd een werkgroep samengesteld met vertegenwoordigers van alle relevante disciplines. In het draaiboek zijn 4 stappen voorzien:

    - De definiëring van het zorgprogramma: de patiëntenkarakteristieken, het klinisch beeld bij opname, de toegangspoorten, de inclusie en de exclusiecriteria.
    - De beschrijving van het ideaal traject voor de beoogde patiëntengroep, met onderbouwing vanuit de bestaande vakliteratuur en de evidence based guidelines.
    - De beschrijving van de huidige werkwijze, gedocumenteerd met operationele gegevens (aantallen en capaciteitsbenutting) en enquêtegegevens (de perceptie van de medewerkers op het huidige verloop).
    - De prioritaire projecten om het zorgprogramma in de richting van het ideale traject te sturen.

      Daarnaast worden een groot aantal generieke (zorgprogramma-overschrijdende) projecten voorzien, verdeeld over drie thema's:

    - Projecten naar ondersteunende systemen:
        - Het brede publiek wordt geïnformeerd over de programma's op de website.
        - De labeling van de patiënt in het informaticasysteem.
        - De evolutie naar 1 geïntegreerd patiëntendossier.
        - Het opzetten van specifieke registratie en het rapporteren van de klinische en operationele aspecten van het ZP, voor residentiële en voor ambulante patiënten.
    - Projecten naar de organisatie van zorg:
        - Evolutie naar kortdurende programma's met vervolg in daghospitalisatie, ambulante consultatie of outreach.
        - Voor de chronische patiënten in het kader van artikel 107 voorzien in opvang, begeleiding en behandeling thuis of in een thuisvervangende omgeving.
        - Het hertekenen van de patiëntenstromen binnen elke campus en campusoverschrijdend.
    - Projecten naar inhoud en kwaliteit van zorg:
        - Het stroomlijnen van de psychodiagnostische basisevaluatie voor patiënten uit een zelfde doelgroep op de verschillende campussen.
        - Het voorzien in mogelijkheden van outcome monitoring.

- Het aansluiten bij bestaande richtlijnen, bijvoorbeeld van Trimbos of NICE.
- Het afstemmen met de zorgprogramma's van de somatische geneeskunde.

- Als illustratie en voorbeeld werden voor het ZP persoonlijkheidsstoornissen volwassenen een aantal documenten ter beschikking gesteld:

  - Een samenvatting van de NICE richtlijn voor borderline en antisociale persoonlijkheidsstoornis
  - De volledige Trimbos richtlijn persoonlijkheidsstoornissen
  - Een zeer uitgebreide dataset met MPG gegevens over de doelgroep
  - Een beknopte omschrijving van de doelgroep
  - Een document met als titel "Onderbouwing ZP persoonlijkheidsstoornissen(PS)" waarin een aantal gegevens zijn vermeld over het voorkomen van PS en over de therapievormen. Het gaat blijkbaar om een ZP in ontwikkeling want het besluit vermeldt dat "het mogelijk is om een evidence based ideaal traject uit te tekenen, rekening houdend met ernst en karakteristieken". Ook wordt "verder gecoördineerd outcome en proces-outcome onderzoek noodzakelijk geacht".
  - In lijn met de Trimbos richtlijn wordt "een coherent psychotherapiemodel van vitaal belang geacht", maar er zijn geen aanwijzingen in welke mate hieraan in de praktijk ook voldaan wordt.

- In het KWHB wordt ook aandacht besteed aan de uitwerking van het contract 2007-2012 met de Federale Overheid over patiëntveiligheid. Op het niveau van het UPC is een patiëntveiligheidscomité samengesteld en er zijn werkgroepen met vertegenwoordigers van de beide campussen voor de 5 thema's die relevant zijn voor patiëntveiligheid:

  1. Agressie
  2. Suïcide
  3. Medicatie
  4. Valincidenten
  5. Ziekenhuisinfecties

  Over het omgaan met de thema's valpreventie en agressie wordt in het KWHB uitvoerig gerapporteerd, evenals over het afzonderingsbeleid.

  Voor het thema medicatie is in 2009 door de werkgroep medicatiebeleid een SWOT analyse gemaakt van het elektronisch medicatievoorschrift en medicatiedossier. Daar zijn een aantal verbeterpunten uit gebleken, maar er wordt geen verdere melding gemaakt van ondernomen acties om hieraan te verhelpen. Wel is ook in 2009 een assessment gebeurd van het medicatiebeleid van UPC campus Kortenberg door JCI, waarna de dubbele identificatie van de patiënt bij toediening van de medicatie als centraal aandachtspunt werd weerhouden.

- In 2009 is ook een evaluatie gemaakt van de automatisering van het verpleegkundig dossier. Er is een aanzienlijke inspanning gebeurd om voor de verpleegkundigen de nodige opleiding te voorzien om de verschillende modules (patiëntenbewegingen, medicatievoorschrift, observatiegegevens, afzondering…) aan te leren. Er wordt evenwel niet nader ingegaan op de vraag in welke mate het IDD ertoe bijdraagt dat er een degelijke interdisciplinaire zorgcommunicatie tot stand gekomen is.

- Onder de noemer klinische performantie worden een groot aantal indicatoren vermeld die in 2009 in het kader van het Navigatorproject van het Centrum voor Ziekenhuiswetenschappen werden geregistreerd en verwerkt. In de cijfers voor 2009 is er voor de meeste thema's weinig fluctuatie over de maanden heen, behalve voor auto-agressie. In de bespreking worden een aantal bedenkingen geformuleerd bij de interpretatie van het cijfermateriaal. Voor een aantal thema's die te maken hebben met

incidenten kan er sprake zijn van onderregistratie als het gaat om een continue registratie die deel uitmaakt van een grote set die een hoge werkbelasting met zich mee brengt. Daarnaast geven de indicatoren ook geen beeld van de omstandigheden van de incidenten, waardoor conclusies over de kwaliteit van zorg niet zomaar te trekken vallen. Overigens is bij het bij benchmarking ook niet steeds “duidelijk of er tussen de ziekenhuizen die met Navigator werken voldoende overeenstemming is wat betreft de doelpopulatie en de uniformiteit van meten”.

- Tenslotte worden een aantal projecten vermeld waar UPC campus Kortenberg bij betrokken is. Opvallend daarbij zijn:

    - Het gebruik van de HONOS vragenlijst op de afdeling Sint-Lodewijk. Met deze vragenlijst wordt beoogd om op een eenvoudige en valide wijze de geestelijke gezondheidstoestand en het sociale functioneren van psychiatrische patiënten in kaart te brengen. Eind 2010 werd hiermee gestart. De eerste bevraging gebeurt binnen een week na opname en de tweede meting vlak voor het ontslag. Er zijn nog geen geaggregeerde resultaten beschikbaar.
    - Het gebruik van het Leuvens Systematisch Case-study Protocol in het kader van proces-en outcomemonitoring in een residentiële setting op twee afdelingen van het ziekenhuis. Aan de hand van een aantal meetinstrumenten is het de bedoeling om zowel de algemene therapie-outcome, het therapieproces als relevante achtergrondgegevens bij cliënt en therapeut te monitoren.
    - Onderzoek naar de kwaliteit van de werkalliantie bij hulpverleners in opleiding.

- Uit een toetsing van het kwaliteitsbeleid aan de lijst met thema’s en performantie-indicatoren die is opgesteld door een werkgroep van experten op het niveau van de Vlaamse Gemeenschap blijkt dat aan de meeste thema’s aandacht wordt besteed, zij het niet via een strikte meting met de voorgestelde indicatoren.

- Er is in het KWHB ook een lijst opgenomen met de procedures die via het intranet consulteerbaar zijn.

Sterke punten

- Het Kwaliteitsbeleid van UPC campus Kortenberg heeft aandacht voor een ruime variatie van thema’s en beperkt zich daarbij niet tot de zorgorganisatorische aspecten.

- De zorgprogramma’s zijn een “work in progress” maar de ambitie reikt verder dan een minimaal noodzakelijke afsprakenregeling tussen de beide campussen over patiëntenstromen.

Aanbeveling

- Uit de bespreking van de resultaten van de Navigator indicatoren blijkt dat men zich bewust is van de moeilijkheden die de betrouwbaarheid van een continue registratie en benchmarking van een groot aantal indicatoren hypothekeert. Het is aangewezen om duidelijker aan te geven welke inspanningen men doet om de betrouwbaarheid van de resultaten te vergroten.

6 Module Medewerkers

6.1 Personeelsbeleid

Algemene vaststellingen

- Het personeelsdepartement van het UC Sint-Jozef doet naast de personeelsadministratie van de eigen instelling eveneens de administratie van De Hulster en Heemdal, Mandragora, Festina Lente, Het Psychosociaal Centrum te Elsene en Vlabo (overlegplatform Vlaams Brabant).

- Binnen het personeelsdepartement wordt gewerkt met een personeelsdirecteur, een halftijdse juriste en 1,6 Vte administratieve medewerkers .

- In 2010 had men volgende verdeling per personeelscategorie:

    - 8,01 Vte medisch personeel
    - 60,25 Vte arbeiders
    - 39,16 Vte administratieve medewerkers
    - 222,25 Vte verpleegkundigen
    - 42,350 Vte paramedici
    - 72,01 Vte anderen.

  In vergelijking met 2009 wil dit zeggen:

    - Geen stijging bij het medisch personeel
    - Stijging van 3,03 Vte bij de arbeiders
    - Stijging van 1,16 Vte bij de administratieve medewerkers
    - Stijging van 13,26 Vte bij de verpleegkundigen
    - Stijging van 6,07 Vte bij de categorie anderen

- In verband met tijdskrediet bleef de grens op 13%.
    - 5 personeelsleden volledige loopbaanonderbreking
    - 5 personeelsleden loopbaanhalvering
    - 48 personeelsleden loopbaanvermindering met 20%
    - 16 personeelsleden met ouderschapsverlof
    - 14 personeelsleden met zwangerschapsverlof

- Het personeelsbeleid is competentiegestuurd: werving, vorming, functioneringsbegeleiding, loopbaanbeleid, … zijn er op gericht om overal het gepaste niveau van deskundigheid in zorg te kunnen aanbieden. Het personeelsverloop in UC is erg laag.
  Er zijn voldoende momenten van supervisie en intervisie voorzien, dagelijks in de ochtendstaf (multidisciplinair), meermaals per week in de teambesprekingen op de afdelingen, binnen de eigen discipline in het overleg per dienst, in de medische staf, in het managementteam, in de diensthoofdenvergadering, in de hoofdverpleegkundigenvergadering, ….

- Binnen het verpleegkundig departement kiest men er voor om het tekort aan verpleegkundigen op te vangen door andere zorgverstrekkers. Zo werken er meer dan 10 Vte psychologen in de afdelingsequipes. Zij werken hier dan niet als psycholoog maar werken mee in de zorgequipe. Zij hebben hier dan een toezichtsfunctie en zijn laagdrempelig aanwezig.

- Het ziekenhuis voert een actieve rol in de promotie van het verpleegkundig beroep. Daarnaast heeft men jaarlijks meerdere groepen van middelbare scholen die deelnemen aan inleefdagen.

- In deze tijden, waarin het niet makkelijk is om steeds voldoende personeelsleden te vinden, wil men iets doen aan het retentiebeleid. Zo was er recentelijk de ontwikkeling van een pensioenspaarplan en heeft men geïnvesteerd in infrastructuur voor personeelsleden die met de fiets komen werken (douche & kleedkamer).

  Daarnaast zijn er nog een aantal items die nog ter bespreking en uitbreiding voorliggen:

  - Kinderopvang
  - Tijdskredieten
  - Afbouw jobtime
  - Ontplooiingsmogelijkheden

- Er bestaat een uitgewerkt systeem voor personeelsleden die slachtoffer zijn van een incident / ingrijpende gebeurtenis. Er is bijstand door collega's / hoofdverpleegkundige. Het verpleegkundig management zorgt op deze momenten voor vervanging. Indien nodig kan en mag er doorverwezen worden naar een externe psycholoog.

- Het vormingsbeleid is uitgeschreven in een 'beleidsplan opleiding en bijscholing'. Binnen dit beleidsplan bepaald men de doelgroep, doelstellingen, rol van de verschillende actoren en graad van tussenkomst.

  Omtrent de vormingsaanvragen heeft de hoofdverpleegkundige een adviserende rol. De beslissingsbevoegdheid ligt in eerste instantie op het niveau van het middenkader. Indien het over langdurige opleidingen of zeer dure opleidingen zou gaan dan wordt de beslissing genomen op het directieniveau (operationeel bureau).

  Een aantal vormingen dienen jaarlijks verplicht gevolgd te worden (OMA / CPR / Brandpreventie).

- Binnen de organisatie wordt er ook gewerkt met vrijwilligers. Deze worden opgevolgd door de begeleider (her)intreders. Zij werken allemaal onder een vrijwilligerscontract.

6.2 Personeelsomkadering

Algemene vaststellingen

- Op datum van 25/10/2010 waren volgende personeelseffectieven, exclusief nachtdienst, van toepassing:

  - St.-Agnes (30 A):
    - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 — 8,80 Vte
    - Psychiatrisch Verpleegkundige A2 — 3,55 Vte
    - Algemeen Verpleegkundige A1 — 0,80 Vte
    - Sociaal Verpleegkundige A1 — 1,00 Vte

    Ander personeel
    - IBF / Sociale Maribel / T1T2 / Mobiele Equipe
      - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 — 1,00 Vte

  - St.-Anna (22 A / 2 A(n) / 2 A(d)):
    - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 — 4,80 Vte
    - Psychiatrisch Verpleegkundige A2 — 2,00 Vte
    - Zorgkundige — 1,00 Vte

Ander personeel
- IBF / Sociale Maribel / T1T2 / Mobiele Equipe
  - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 1,00 Vte

- St.-Lodewijk (32 A / 2 A(n) / 3 A(d)):
  - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 4,00 Vte
  - Psychiatrisch Verpleegkundige A2 1,50 Vte
  - Algemeen Verpleegkundige A1 1,00 Vte
  - Sociaal Verpleegkundige A1 1,00 Vte
  - Psycholoog 1,00 Vte

  Ander personeel
  - IBF / Sociale Maribel / T1T2 / Mobiele Equipe
    - Psychiatrisch Verpleegkunidge A2 1,00 Vte
    - Maatschappelijk Werk 0,80 Vte

- St.-Rita (29 A / 4 A(n)):
  - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 5,75 Vte
  - Psychiatrisch Verpleegkundige A2 1,50 Vte
  - Algemeen Verpleegkundige A1 1,00 Vte

  Ander personeel
  - IBF / Sociale Maribel / T1T2 / Mobiele Equipe
    - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 2,00 Vte
    - Ergotherapeut 0,10 Vte

- St.-Franciskus (26 T / 6 T(d) / 6 T(n)):
  - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 4,60 Vte
  - Psychiatrisch Verpleegkundige A2 2,25 Vte
  - Algemeen Verpleegkundige A2 0,50 Vte
  - Psycholoog 1,00 Vte

  Ander personeel
  - IBF / Sociale Maribel / T1T2 / Mobiele Equipe
    - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 1,00 Vte
    - Psychiatrisch Verpleegkunidge A2 0,75 Vte
    - Maatschappelijk Werk 0,80 Vte

- De Kade (20 K / 10 K(n)):
  - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 9,20 Vte
  - Psychiatrisch Verpleegkundige A2 1,00 Vte
  - Sociaal Verpleegkundige A1 1,80 Vte
  - Psychologisch Assistent 0,50 Vte
  - Orthopedagoog A1 2,00 Vte

- Fordulas:
  - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 1,00 Vte
  - Algemeen Verpleegkundige A1 1,00 Vte
  - Pediatrischl Verpleegkundige A1 1,00 Vte
  - Psycholoog 1,80 Vte
  - Opvoedkundige 3,50 Vte

- KLIPP (V 26 T / 4 T(n)):
  - Psychiatrische Verpleegkundige A1 3,05 Vte
  - Psychiatrisch Verpleegkundige A2 1,43 Vte
  - Sociaal Verpleegkundige A1 1,00 Vte
  - Psycholoog 2,00 Vte

Ander personeel
- IBF / Sociale Maribel / T1T2 / Mobiele Equipe
  - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 2,10 Vte
  - Psychiatrisch Verpleegkunidge A2 1,43 Vte

- KLIPP D (10 A(d)):
  - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 1,13 Vte

- St.-Hadewijch (15 T(d)):
  - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 3,50 Vte

- St.-Maarten (5 T(d)):
  - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 1,65 Vte
  - Psychiatrisch Verpleegkundige A2 0,75 Vte
  - Orthopedagoog A1 1,00 Vte
  - Psycho-Motorisch Therapeut 1,00 Vte

- St.-Lukas (18 A / 2 A(n) / 10 T):
  - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 4,85 Vte
  - Psychiatrisch Verpleegkundige A2 0,25 Vte
  - Pediatrisch Verpleegkundige A1 1,00 Vte
  - Algemeen Verpleegkundige A2 1,00 Vte
  - Sociaal Verpleegkundige A1 0,75 Vte

  Ander personeel
  - IBF / Sociale Maribel / T1T2 / Mobiele Equipe
    - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 1,00 Vte
    - Pediatrisch Verpleegkundige A1 1,00 Vte
    - Maatschappelijk Werk 1,00 Vte

- St.-Kamillus (27 T / 5 T(n)):
  - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 3,35 Vte
  - Psychiatrisch Verpleegkundige A2 2,00 Vte
  - Psycholoog 2,35 Vte

  Ander personeel
  - IBF / Sociale Maribel / T1T2 / Mobiele Equipe
    - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 1,30 Vte
    - Psychiatrisch Verpleegkunidge A2 2,00 Vte

- St.-Joris (10 A / 20 T / 5 T(d) / 4 T(n)):
  - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 3,55 Vte
  - Psychiatrisch Verpleegkundige A2 2,00 Vte
  - Psycholoog 1,00 Vte
  - Zorgkundige 1,00 Vte

  Ander personeel
  - IBF / Sociale Maribel / T1T2 / Mobiele Equipe
    - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 1,80 Vte
    - Verzorgend personeel 1,00 Vte

- St.-Monika (22 T / 2 T(d) / 8 T(n)):
  - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 2,30 Vte
  - Psychiatrisch Verpleegkundige A2 2,60 Vte
  - Sociaal Verpleegkundige A1 0,75 Vte
  - Psycholoog 2,00 Vte

  Ander personeel

        - IBF / Sociale Maribel / T1T2 / Mobiele Equipe
            - Psychiatrisch Verpleegkunidge A2 0,80 Vte

    - St.-Lutgardis (20 T):
        - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 2,25 Vte
        - Psychiatrisch Verpleegkundige A2 1,00 Vte
        - Algemeen Verpleegkundige A1 1,55 Vte
        - Algemeen Verpleegkundige A2 3,55 Vte
        - Orthopedagoog A1 1,00 Vte
        - Zorgkundige 5,46 Vte
        -

        Ander personeel
        - Steward 1,00 Vte
        - IBF / Sociale Maribel / T1T2 / Mobiele Equipe
            - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 1,00 Vte
            - Psychiatrisch Verpleegkunidge A2 1,00 Vte
            - Algemeen Verpleegkundige A1 0,75 Vte
            - Algemeen Verpleegkundige A2 1,60 Vte
            - Verzorgend Personeel 3,10 Vte

    - St.-Elisabeth (21 SP + 5 PVT):
        - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 2,85 Vte
        - Psychiatrisch Verpleegkundige A2 1,55 Vte
        - Algemeen Verpleegkundige A2 3,00 Vte
        - Zorgkundige 2,00 Vte

        Ander personeel
        - Steward 2,50 Vte
        - IBF / Sociale Maribel / T1T2 / Mobiele Equipe
            - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 0,80 Vte
            - Algemeen Verpleegkundige A2 2,00 Vte
            - Verzorgend Personeel 0,75 Vte

    - St.-Goedele (32 A):
        - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 3,00 Vte
        - Psychiatrisch Verpleegkundige A2 5,10 Vte
        - Algemeen Verpleegkundige A1 0,75 Vte
        - Algemeen Verpleegkundige A2 0,75 Vte
        - Verpleegassistente 0,70 Vte
        - Zorgkundige 1,75 Vte

        Ander personeel
        - IBF / Sociale Maribel / T1T2 / Mobiele Equipe
            - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 1,00 Vte
            - Psychiatrisch Verpleegkunidge A2 1,00 Vte
            - Verzorgend Personeel 1,25 Vte

- Binnen de nachtdienst werkt men ook met personeelsleden uit andere statuten (IBF, Sociale Maribel en T1T2) en vanuit de mobiele equipe.

    - St.-Agnes
        - 2,50 Vte Psychiatrisch Verpleegkundige A1
        - 0,50 Vte Verpleegassistent
    - St.-Anna
        - 0,75 Vte Psychiatrisch Verpleegkundige A1
        - 1,00 Vte Algemeen Verpleegkundige A2

- St.-Lutgardis
    - 1,00 Vte Verzorgend Personeel
- St.-Elisabeth
    - 1,00 Vte Psychiatrisch Verpleegkundige A1
- St.-Kamillus
    - 1,00 Vte Psychiatrisch Verpleegkundige A1
- St.-Rita
    - 0,75 Vte Psychiatrisch Verpleegkundige A2
- St.-Franciskus
    - 0,80 Vte Verpleegassistent
- Algemene nachtdienst
    - 2,75 Vte Algemeen Verpleegkundige A2

- Binnen 3 afdelingen werkt men met een voornacht. Hierbij werkt men met personeelsleden niet in vaste dienst maar op afroep.

    - De Kade (19u30 – 21u15) = 0,27 Vte
        - Psycholoog
        - Readaptatiewetenschappen
        - 2x Student Psychologie

    - St.-Monika (21u00 – 23u30) = 0,46 Vte
        - Psychiatrisch Verpleegkundige A1
        - 3x Student Geneeskunde
        - 2x Student Verpleegkunde

    - St.-Lukas

    Deze 'personeelsleden' staan dan soms alleen op de respectievelijke afdeling.

- De bezetting tijdens de nacht is als volgt georganiseerd met een nachtploeg die enkel 's nachts wordt ingeroosterd. Voor inscholing, bijscholing en overleg worden op regelmatige basis uren tijdens de dag gepland.

    - Van zondag t/m vrijdag:

        - Per nacht is er 1 centrale nachtverpleegkundige. De centrale nachtverpleegkundige begint haar/zijn taak om 21.00 u. Hij/zij staat niet ingepland op een afdeling tot 23u30; nadien neemt hij/zij de dienst over van een voornacht (i.c. op St.-Monica – zie verder). De functie wordt ingevuld door een team van 5 personen. Zij nemen een leidinggevende verantwoordelijkheid in de organisatie tijdens de nacht.
        - Op 10 van de 15 afdelingen waar patiënten overnachten werkt 1 nachtverpleegkundige van 21u tot 7u. Er is een overlapping van een kwartier met de avonddienst/vroegdienst aan het begin en het einde van de nachtdienst (21u-21u30/6u45-7u00) voor de overdracht van de dienst. Het betreft de afdelingen: St.-Kamillus, St.-Franciscus, St.-Rita, St.-Anna, St.-Lodewijk, Klipp, St.-Joris, St-Elisabeth, St.-Goedele, St.-Lutgardis.
        - Binnen de Driesprong (afdelingen Goedele, Elisabeth en Lutgardis) bestaat de nachtploeg steeds uit 1 verpleegkundige en 2 andere personeelsleden (zorgkundige, opvoeder, …).
        - De overige afdelingen zijn als volgt bezet:
            - St.-Agnes: 2 nachtverpleegkundigen van 21u-7u00 inclusief 2 overlappingen van een kwartier met de avondverpleegkundige/ochtendverpleegkundige
            - Fordulas: 1 nachtverpleegkundige van 21u-7u00 inclusief een overlapping van 1u15' met 1 leefgroepbegeleider die werkt tot

22u15 en een overlapping van een kwartier met de ochtendverpleegkundige
- De Kade: 1 nachtverpleegkundige van 21u-7u00 inclusief 2 overlappingen van een kwartier met de avondverpleegkundige/ochtendverpleegkundige.
  Deze nachtverpleegkundige wordt bijgestaan door 1 voornacht van 19u30-23u. De voornachten zijn overwegend niet-verpleegkundigen (e.g. afgestudeerde psychologen, afgestudeerde maatschappelijk werkers, studenten verpleegkunde/geneeskunde/ psychologie in hun laatste studiejaren)
- St.-Lukas: 1 voornacht van 21u-24u. Deze voornachten zijn bij voorkeur bachelors in de verpleegkunde. Om deze dienst ingevuld te krijgen dienen we beroep te doen op bachelors in de verpleegkunde die werken in een contract van 33% en een tewerkstelling combineren met een masteropleiding. In een derde optie kunnen niet-verpleegkundigen (e.g. afgestudeerde psychologen, afgestudeerde maatschappelijk werkers of studenten verpleegkunde/geneeskunde/psychologie) ingeschakeld worden. De voornachten van St.-Lukas overlappen 15' (21u-21u15) met de avondverpleegkundigen. Vervolgens kunnen zij ten alle tijden beroep doen op de centrale waak of op de nachtverpleegkundige van St.-Kamillus. Deze afdeling is met open binnendeuren verbonden met St.-Lukas. Voor het verlaten van de dienst voorziet de voornacht in een overdracht aan de nachtverpleegkundige van St.-Kamillus die vanaf middernacht het toezicht waarneemt over de aangrenzende slaapgedeelten van beide afdelingen (de daggedeelten worden afgesloten).
- St.-Monica: ook hier wordt 1 voornacht ingepland van 21u-24u zoals hierboven beschreven voor St-lukas. Even voor 24u wordt de dienst overgedragen aan de centrale nachtverpleegkundige (die tot dan vrij stond en niet verbonden was aan een afdeling). Enkel in het geval dat de centrale nachtverpleegkundige elders dient te interveniëren wordt de dienst waargenomen door de nachtverpleegkundige van St.-Joris. Ook St.-Joris en St.-Monica worden met een open binnendeur in verbinding gesteld; de daggedeelten worden afgesloten; de slaapgedeelten zijn eveneens aangrenzend.

- Op zaterdagnacht of een verlengd WE:

  - Op deze nachten staat 1 centrale nachtverpleegkundige vrij gedurende de hele nacht.
  - Met uitzonderdering van 3 afdelingen is de bezetting zoals hierboven beschreven:
    - Klipp: daar de meeste patiënten elders overnachten wordt de afdeling gesloten. De enkele patiënten die in het ziekenhuis overnachten krijgen een bed op st-lodewijk.
    - St.-Monica: er is geen voornacht; om 21u wordt het daggedeelte van St.-Joris afgesloten en is 1 nachtverpleegkundige verantwoordelijk voor de zeer beperkte patiëntengroep van St.-Joris en St.-Monica. Daar de slaapgedeelten van deze afdelingen aangrenzend zijn kunnen de patiënten in hun eigen bed slapen.
    - St.-Lukas: idem; er is ook 1 nachtverpleegkundige voor een zeer beperkt aantal patiënten van St.-Kamillus en St.-Lukas.

Non-conformiteiten

- Het systeem van voornacht waarbij niet-verpleegkundigen de permanentie waarnemen op een afdeling kan niet worden toegestaan.
  In haar reactienota stelt het ziekenhuis dat binnen een eenheid (maximaal 60 T-bedden of 30 A- bedden) wordt de permanentie bij nacht steeds waargenomen door één verpleegkundige. Op verschillende T-afdelingen is er zelfs één verpleegkundige per 30 T-bedden. Indien in uitzonderlijke omstandigheden het verpleegkundig kader niet voldoende kan ingevuld worden, wordt er beroep gedaan op een zorgkundige die steeds met een verpleegkundige samenwerkt. De medewerkers die hiervoor worden ingeschakeld voldoen aan de voorwaarden opgenomen in de lijst opleidingen, vermeld als bijlage I bij het KB van 12/01/2006 en gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 14/12/2006.
  Op de terugkomdag werd afgesproken dat het ziekenhuis de nodige stavingsdocumenten zal overmaken aan het agentschap Zorg en Gezondheid.

- Niet elke afdeling heeft een 24uurs permanentie van verpleegkundigen. Nochtans dient er permanent op elke afdeling een verpleegkundige aanwezig te zijn (bv. de Driesprong).
  In de reactienota van het ziekenhuis stelt men dat er wordt gestreefd naar een verpleegkundige permanentie. Indien in uitzonderlijke omstandigheden het verpleegkundig kader niet voldoende kan ingevuld worden, wordt er beroep gedaan op een zorgkundige die steeds met een verpleegkundige samenwerkt. De medewerkers die hiervoor worden ingeschakeld voldoen aan de voorwaarden opgenomen in de lijst opleidingen, vermeld als bijlage I bij het KB van 12/01/2006 en gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 14/12/2006.
  Ook voor deze problematiek zal het ziekenhuis de nodige documenten ter staving voorleggen aan het agentschap Zorg en Gezondheid.

7 Module Partnerschap en Middelen

7.1 Ombudsfunctie

Algemene vaststellingen

- Het UC Kortenberg heeft er voor gekozen te werken met zowel een interne als externe ombudsdienst. In het kader van de audit werd met beide ombudspersonen een gesprek gevoerd.

- De externe ombudsfunctie wordt ingevuld door een medewerkster van het overlegplatform Vlaams-Brabant (Vlabo). Zij is op volgende manieren te bereiken:

  - Mevr. XXXX
  - Spreekuur : elke maandag van 12u30 – 13u30
  - Telefonisch : XXXX of XXXX (vervanging)
  - Via brief : Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg Vlaams-Brabant, tav. Mevr. XXXX, XXXX, XXXX
  - Brievenbussen op de campus
  - Via email : **vlabo@ombudsfunctieggz.be**

- De interne ombudspersoon is een personeelslid van het UC Kortenberg, reeds dertig jaar verbonden aan het ziekenhuis als klinisch psycholoog. Sedert september 2004 vult zij eveneens de functie van intern ombudspersoon in. Zij is als volgt te bereiken:

  - Mevr. XXXX
  - Spreekuur : elke dinsdag & donderdag van 13u00 tot 14u00
  - Telefonisch : XXXX of binnenlijn 809 (gratis)
  - Via brief : U.C. St.-Jozef tav. Mevr. XXXX, Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg
  - Brievenbussen op de campus
  - Email : **ombudsfunctie.patienten@uc-kortenberg.be**

- De externe ombudsfunctie is pas sedert september 2010 aan het werk als ombudsfunctie in het ziekenhuis. Bij haar intrede in het ziekenhuis is zij op alle afdelingen rondgegaan samen met de interne ombudspersoon. Deze rondgang wordt jaarlijks gedaan door beide ombudspersonen samen. Op deze momenten is er tijd om uitleg te geven omtrent de patiëntenwet, over de functie in het algemeen. Het is de afdeling die aangeeft op welke manier men dit wil doen (infomoment, teamvergadering, patiëntenraad, …).

- Beide ombudspersonen delen hetzelfde lokaal voor het ontvangen van patiënten en/of familie. In dit lokaal heeft elke ombudspersoon haar persoonlijke, afsluitbare kast. Beide hebben hun eigen flyer met hun gegevens en wat uitleg omtrent klachtenbemiddeling.

- De ombudspersonen werken beide met een bijna identiek huishoudelijk reglement en gebruiken ook hetzelfde programma om de klachten te registreren. Vanuit de privacy is het wel niet mogelijk om onmiddellijk te detecteren of een klacht is ingediend bij één van de ombudspersonen dan wel bij beide.

  Tweemaal per jaar worden de ombudsfunctie in zijn geheel (intern en extern) voorgesteld op de introductienamiddag van nieuwe medewerkers. Nieuwe medewerkers worden dan effectief uitgenodigd in het lokaal van de ombudspersonen. Ook worden zij kenbaar gemaakt op een assistentenlunch (1x/jaar).

- De externe ombudspersoon heeft toegang tot het intranet van het ziekenhuis en kan zo aan alle beschikbare gegevens. Zij heeft tevens een loper van het gehele ziekenhuis en kan zich op deze manier vrij bewegen op alle afdelingen (eveneens de gesloten).

- Op regelmatige basis is er een overleg tussen de interne en de externe ombudspersoon. Hierbij worden geen individuele casussen besproken maar gaat het over algemene vragen, kennis van het ziekenhuis, informatie uitwisselen, doorgeven van informatie uit Vlabo, ….

- De externe ombudsfunctie had in 2010 een 50-tal klachten, rekening houdende met het feit dat er gedurende een 4-tal maanden geen spreekuur was en de vervanging enkel telefonisch bereikbaar was.

- Beide ombudspersonen geven aan dat er geen dwarsliggers zijn binnen het ziekenhuis, dat men vrij en vrank in contact mag komen met betrokkenen en dat hiërarchische medewerkers geen vragen stellen over individuele dossiers.

- Anonieme klachten kunnen behandeld worden indien het over algemene klachten gaat. Individuele klachten zijn moeilijk te behandelen indien men geen persoonlijke gegevens heeft of men op het niveau van de klacht vrij snel zou kunnen achterhalen van waar de klacht komt (terwijl dit meestal niet de bedoeling is van de anonieme klager).

- In het verleden waren er 2 aanspreekpunten voor klachten van personeelsleden. In het kader van de verplichte functie rond pesten op het werk werkt het ziekenhuis nu samen met een externe firma (IDEWE). Het is niet duidelijk bij wie personeelsleden nu kunnen aankloppen met klachten die niet passen binnen de rubriek pesten op het werk.

- De interne ombudsfunctie maakt er bij elke aanmelding en elke voorstelling van haar functie er een punt van om duidelijk te stellen dat zij ook een andere job opneemt binnen het UC Kortenberg. Dit moet duidelijk zijn voor de patiënt en op elk moment kan deze de samenwerking stopzetten en overstappen naar de externe ombudsfunctie.

- De interne ombudsvrouw beschikt over twee afzonderlijke mailboxen waarbij de mails van de verschillende functies effectief in een andere mailbox terechtkomen.

- Bij de interne functie is een lichte stijging merkbaar van het aantal klachten. Vooral de klachten via mail en van familieleden stijgen.

    - 2010: 124 aanmeldingen (2009 = 78)
    - 54 aanmelding via rechtstreeks contact, 41 schriftelijk of via mail
    - Er is een stijgende vraag naar een luisterend oor (31,5%)

- Het blijft een moeilijk gegeven om op een spontane manier feedback te krijgen over de afhandeling van een dossier. Het systematisch opvragen van een gsm-nummer en klagers nadien terug contacteren kan hier mogelijks aan verhelpen.

Sterke punten

- Beide ombudspersonen staan samen op één affiche vermeld, waarbij melding gemaakt wordt dat men ongestoord naar één van beide ombudsfuncties kan stappen en dat bij beide de bemiddeling gratis is.

- De ombudspersonen proberen hun vakantieregeling samen te plannen zodat ze niet beide op hetzelfde moment afwezig zouden zijn.

Aanbevelingen

- De bevinding van de interne ombudspersoon dat het inrichten van een spreekuur op afdelingsniveau, door eigen personeel, als luisterend oor kan een manier zijn dat patiënt weet dat op een duidelijk vastliggend moment naar hem geluisterd wordt. Aanbeveling om dan mee te onderzoeken of op deze wijze geen kostbare informatie voor de ombudspersoon niet door de afdelingsfilter geraakt en blijft hangen op het niveau van de afdeling.

- Aanbeveling om samen (intern en extern) te zoeken naar een manier om vanuit een helicopterview de structurele problemen naar boven te halen zonder hierbij de privacy van de individuele klager te schenden.

- Advies om voor de interne ombudsvrouw een formele vervanging te voorzien naast de eventuele verwijzing naar de externe ombudspersoon. In het kader van de samenwerking binnen de Leuvense ziekenhuizen zou dit mogelijk moeten zijn.

8 Module Processen

8.1 Organisatie van zorg

Algemene vaststellingen

Onthaal, intake en indicatiestelling

- Het ziekenhuis is fysiek en organisatorisch gemakkelijk toegankelijk. Op haar website wordt duiding gegeven over het aanbod van de raadplegingen: vrije raadplegingen (+ 18 jaar), raadplegingen voor specifieke doelgroepen en consultaties in het medisch centrum (met verwijsbrief).

- De beslissing tot het opnemen van een patiënt ligt bij de supervisor van de afdeling. Een opname kan gepland of niet gepland zijn.

  Een geplande opname:

  - via een verwijzende arts en na consultatie in het UC St-Jozef
  - de patiënt meldt zich aan op het afgesproken uur op het medisch secretariaat
  - de onthaalverantwoordelijke verstrekt de nodige info en staat in voor de begeleiding naar de afdeling
  - het ziekenhuis acht het wenselijk dat de begeleidende personen een kennismakingsgesprek hebben met de behandelende geneesheer en een verpleegkundige.

  Een niet geplande opname: buiten de kantooruren,

  - wordt gezien door de psychiater van wacht
  - een urgente situatie gaat gepaard met een opname of wordt doorverwezen naar een meer geschikte opvangplaats. Het ziekenhuis onderneemt hiervoor de nodige stappen.
  - een niet urgente situatie: de psychiater overlegt met de patiënt over welke de meest aangewezen opvolging is.

- Komt een patiënt op de wachtlijst dan is er, indien nodig, een voorstel voor verdere opvolging; hetzij door het ziekenhuis, door de verwijzer, door een (externe) psycholoog, ….

- Elke morgen is er stafoverleg aanwezig: hoofdgeneesheer, alle artsen, diensthoofden, coördinerend verpleegkundigen en directeur patiëntenzorg) waar aanvragen tot opname aan bod komen, opvolging van de wachtlijsten, verschuiving van patiënten en incidenten. De hoofdgeneesheer, verantwoordelijk voor het opnamebeleid en de doorstroming, volgt nauwkeurig op.

- Door de goede samenwerking met het UC Kortenberg, GHB en het regionale GGZ aanbod is een uitsluiting tot opname zo goed als niet bestaande. Exclusiecriteria hanteert het ziekenhuis zelf niet, met uitzondering van patiënten met een handicap. Forensische aanvragen komen bij de hoofdgeneesheer terecht. Aanvragen tot opname waarvoor het ziekenhuis geen therapeutisch aanbod heeft worden doorverwezen. Het ziekenhuis legt hiervoor de nodige contacten.

- Bij opname wordt iedere patiënt door de somaticus van de afdeling of een internist gezien voor een grondig somatisch onderzoek om zicht te krijgen op de actuele gezondheidstoestand van de patiënt en de somatische voorgeschiedenis. Lichamelijke problemen worden tijdens de opnameduur verder opgevolgd en/of aangepast.

- Een opname wordt opgedeeld in 3 fases:
    - de opnamefase: gebeurt meestal op één van de 5 opnameafdelingen. De klemtoon ligt op crisisinterventie, onderzoek, exploratie van de problematiek en kortdurende behandeling
    - de behandelfase: gericht op een gespecialiseerde en grondige behandeling
    - de ontslagfase: een advies tot ontslag wordt geformuleerd op voorstel van de behandelende geneesheer in overleg met het multidisciplinaire team, de patiënt en de familie.

  De fases kunnen naar duurtijd en invulling verschillen per afdeling en per doelgroep.

- Bij een opname wordt de patiënt zo snel mogelijk gezien door de arts-psychiater in opleiding, de toewijsverpleegkundige en de psychologe. Kort na de opname volgt er familiegesprek (onder leiding van de verantwoordelijke psychotherapeut, samen met de arts-supervisor, de afdelingsarts, en de toewijsverpleegkundige). De patiënt wordt ingeschakeld in een therapieprogramma, indien zijn toestand dit toelaat.
  Elk lid van het multidisciplinaire afdelingsteam heeft hierbij zijn specifieke opdracht.
  Alle gegevens worden gebundeld in het IDD.

- Eén week na opname is er een eerste multidisciplinair overleg in aanwezigheid van de arts-supervisor. In overleg, en indien mogelijk in aanwezigheid van de patiënt, wordt een eerste behandelplan opgesteld. Dit behandelplan wordt op regelmatige basis geëvalueerd en bijgestuurd, tenzij de toestand van de patiënt anders bepaalt.

Sociale zorg, herstelgerichte zorg en zorg aan familie

- De dienst maatschappelijk werk wordt aangestuurd door een vakgroepverantwoordelijke. De dienst richt zich tot de patiënt, opgenomen in het ziekenhuis maar ook tot patiënten in nabehandeling. De medewerkers zijn in duo toegewezen aan de afdelingen . De dienst is verzekerd tijdens de bureeluren. De maatschappelijk werker is ook soms na de diensturen beschikbaar voor de familie.
  De taakinvulling is afhankelijk van de doelgroep, soort afdeling en het therapeutisch model van de afdeling. Een deel van de dienstverlening is afdelingsoverschrijdend (bv. onthaal, geldbeheer, ontslagmanagement, …) en ziekenhuisoverschrijdend (project VRINT en Atmosfeer).

  In 2010 werd er extra aandacht besteed aan het onthaal van familieleden en patiënten. De patiënt wordt minstens eenmaal tijdens zijn verblijf gezien door de maatschappelijk werker, ook bij een korte opname om te toetsen of er nood is aan ondersteuning en als uit het multidisciplinair overleg blijkt dat er problemen zijn.

- Tijdens de eerste week van de opname wordt een sociale anamnese (vertrekbasis van het hulpverleningsproces) opgemaakt en wordt een inschatting gemaakt van de (complexe) sociale problematiek. Bij het begin van de opname, na de diagnosestelling, wordt een ontslagplanning uitgewerkt. Hierbij wordt gekeken naar wat haalbaar is voor de patiënt en er wordt volgens noodzaak beroep gedaan op extramurale diensten ter ondersteuning. Vanuit deze rehabiliterende werkwijze wordt herval voorkomen.
  De maatschappelijk werker is een volwaardig teamlid, en sluit aan bij alle overlegmomenten m.b.t. de patiënten.

- Vanuit het gegeven dat de familie beschouwd wordt als een belangrijke partner in de zorg, vindt er altijd een familiegesprek plaats kort na de opname. Op het moment van de diagnosestelling is er een terugkoppeling naar de familie. De familie kan ook altijd terecht bij de arts van de afdeling en/of één van de medewerkers. De toewijsverpleegkundige is ook een aanspreekpunt.
  Indien de patiënt aangeeft dat de familie niet mag betrokken worden zal er met de patiënt onderhandeld worden en het belang van familiecontacten geduid worden.

- Op de afdelingen van jongeren werken gezinstherapeuten intensief met de ouders. Voor de volwassen beschikt elke afdeling over een familietherapeut en zijn er vele informele momenten tussen verpleegkundigen en familie. Op de ouderenafdelingen wordt de familie intensief betrokken en is er een uitgebreid netwerk vooral voor de dementerenden, wat maakt dat de doorverwijzingen vlot lopen.

- Vanaf het moment van de opname zal er naar herstel en het voorkomen van herval toe gewerkt worden door alle betrokken disciplines. Het op maat uitgewerkt therapieprogramma is daar onderdeel van.
  Ter ondersteuning van de familie van patiënten met een bepaalde problematiek worden ook psycho-educatie momenten georganiseerd voor familie en patiënt.
  Er is een “gamma” aan infobrochures t.e.m. stripverhalen (geschreven door artsen) die in een ruim aantal talen vertaald zijn. Het ziekenhuis heeft ruim aandacht voor de kinderen/kleinkinderen van opgenomen patiënten via de werkgroep KOPP.

- Het UC heeft een coördinator Interculturele Bemiddeling sinds 2000, die de nodige contacten legt met GHB, Babel-telefoon en Pasta (tolkenlijst van provincie) om tolken te vinden. Voor de meest relevante allochtone patiëntengroepen zijn er brochures ter beschikking o.a. in het Arabisch, Turks, Marokkaans.

Ontslag

- Advies tot ontslag betekent niet altijd het einde van de behandeling. De behandelende arts bespreekt met de patiënt welke opvolging het meest aangewezen is, zoals dagbehandeling, postkuur, nachthospitaal, poliklinische opvolging, ….
  Andere nazorgmogelijkheden zijn een residentiële opvang (WZC, BW, PVT, …), ambulante zorg, consultaties in het ziekenhuis, opvolging door psychologen die het proces verder opvolgen, het inloophuis.

- De mogelijkheden om de afdeling en het ziekenhuis te verlaten zijn uitvoerig toegelicht in afdelingsbrochures. In voorbereiding op een ontslag kan de patiënt aangezet worden om op regelmatige basis buiten het ziekenhuis te verblijven. De verantwoordelijke verpleegkundige volgt het verloop op. Het UC biedt ook de mogelijkheid tot postkuur, of een partiële hospitalisatie.
  In de directe omgeving van het ziekenhuis is een inloophuis waar de patiënt 3 maand kan verblijven (met een eenmalige verlenging van 3 maanden) en waar hij de kans krijgt zijn dagen zelf te organiseren.

- Bij ontslag uit het ziekenhuis worden verschillende diensten ingeschakeld op vlak van verschillende levensdomeinen; op maat van de patiënt en met respect voor de individuele vraag van de cliënt.
  Er wordt een opvolgplan opgemaakt (soort crisiskaart) in samenspraak met de patiënt die bij ontslag wordt meegegeven.

- In het ziekenhuis zijn 2 ontslagmanagers (FOD-project). Ontslagmanagement loopt op 4 opname afdelingen, exclusief kinderen.

Sterke punten

- Het ziekenhuis heeft bijzondere aandacht voor de huisarts. Er is een goede samenwerking die als positief wordt ervaren door de beide partijen. De verwijzer/huisarts ontvangt een opnamebrief over zijn patiënt binnen de week na opname, krijgt een briefing tijdens de opname over het verloop van een (langdurige) behandeling, en wordt betrokken bij het zorgoverleg in voorbereiding van het ontslag.

- Vanuit het KOPP-project, een samenwerking tussen CGG Vlaams-Brabant Oost, CGG Ahasverus en CGG PassAnt werden infobrochures uitgewerkt voor 3 leeftijdsgroepen (jongeren tussen 7 en 18 jaar), en voor de ouders met een psychiatrisch zieke in hun gezin., dit met financiële steun van het OP Vlabo.

Her en der zijn in het ziekenhuis ook kinderhoekjes ingericht.

- De dienst maatschappelijk werk ontwikkelde ter ondersteuning van haar dienst, medewerkers en stagiaires o.a. een informatiemap 'Dienst Maatschappelijk Werk', een informatiemap 'Onthaal' en een 'introductiemap personeelsleden'. Deze werkwijze biedt de mogelijkheid om op een eenduidige manier te werken en de regelgeving vlot up-to-date te houden. Al infomappen zijn vlot toegankelijk op intranet.

- Elke patiënt ontvangt bij opname een degelijk uitgewerkte algemene informatiebrochure over het ziekenhuis en een afdelingsspecifieke brochure. In deze laatste brochure worden o.a. de werking, de visie, de doelstellingen, het behandelopzet en de therapieën uitvoerig toegelicht.

Tekortkomingen

- Het proces van zorgvraag tot zorgeffectuering is niet in kaart gebracht.
  Het ziekenhuis gaf in haar reactienota aan dat dit proces wel uitgeschreven is van opname tot ontslag.
  In haar reactie stelt het auditteam dat er voorafgaandelijk aan een opname ook een heel proces dient doorlopen te worden. Indien het ziekenhuis alsnog over deze info beschikt zullen zij deze overmaken aan het agentschap Zorg en Gezondheid.

- Er ontbreekt een procedure over opname, observatie – diagnosestelling/oriëntatie en ontslag/doorverwijzing. Het is belangrijk in dergelijke documenten aan te geven wie welke taken op zich neemt met het tijdspad. Het gebruiken van een checklijst geldt niet als alternatief, een checklijst is vrijblijvend.

8.2 Apotheek en medicatiedistributie

Algemene vaststellingen

- De apotheek heeft een personeelsbestaffing van 3 personeelsleden. Een hoofdapotheker (ziekenhuisapotheek) voor 0,75 Vte, een adjunct-apotheker (15u/week) en een apotheekassistent voor 0,90 Vte.

- Apotheek is geopend tijdens de weekdagen en dit van 9u00 tot 12u00 en van 13u30 tot 17u00.

- Het ziekenhuis voorziet niet in een eigen wachtdienst. Hiervoor is er een contract afgesloten met Gasthuisberg (GHB) Leuven. Indien men iets nodig heeft buiten de openingsuren zal men eerst trachten de hoofdapotheker te contacteren en indien zij niet bereikbaar is dient men contact te nemen met GHB.

- Naast het systeem van de wachtdienst beschikt men over een spoedkast. Deze is gesitueerd op de afdeling St.-Anna. Via IDD is oproepbaar welke medicamenten zich in de spoedkast bevinden.
  Ook het gebruik van de spoedkast wordt geregistreerd in het IDD. Vanuit de apotheek wordt deze spoedkast aangevuld via een automatisch systeem. Controle op vervaldata (in de spoedkast) is opvolgbaar door de apotheek op basis van een excellbestand.

- Alle medicatie binnen UC St.-Jozef wordt elektronisch voorgeschreven met uitzondering van de verdoving. Deze zit nog steeds op het manuele voorschrift.

- Er wordt medicatie uitgeleverd volgens een vast patroon qua verschillende afdelingen. Opname-afdeling krijgt elke week een levering, therapeutische afdelingen krijgen 1x om de 14 dagen hun levering.

- Binnen het elektronisch dossier dient iedereen te werken met een individuele log-in. Op basis van deze persoonlijke toegang heeft men ook verschillende niveaus van toegang en gebruikersrechten. Personeelsleden dienen zich manueel uit het systeem te loggen.

- Sinds enkele jaren is men gestopt met het zelf steriliseren van instrumentarium. Hiervoor heeft men een samenwerkingsakkoord afgesloten met GHB.

- Qua procedures wordt verwezen naar de 'spelregels' uit IDD en werden een aantal documenten (procedure behandelen voorschriften in de apotheek, dagelijkse bedeling / wekelijkse bedeling en elektronisch voorschrijven van medicatie) voorgelegd.

- Medicatiefouten worden momenteel geregistreerd bij een middenkaderlid. Deze worden ook steeds gemeld aan de dr. van wacht en via deze weg besproken op de medische staf. Vanuit het middenkaderlid is er steeds contact en terugkoppeling met de afdeling of het betrokken personeelslid. Men zoekt momenteel nog achter een goed incidentmeldinssysteem waarin de medicatiefouten mee opgenomen zouden worden.

Sterke punten

- De 'indien nodig'-medicatie is onmiddellijk herkenbaar op het scherm. Na 28 dagen stoppen deze voorschriften automatisch. Vier dagen voor het vervallen wordt de arts automatisch hiervan verwittigd. De arts kan dit dan zo laten of opnieuw een verlenging voor deze medicatie ingeven.

- Eén van de psychiaters is betrokken in een Europees project aangaande neveneffecten van medicatie. Alle vastgestelde neveneffecten worden dan ook centraal doorgegeven.

Non-conformiteiten

- Tijdens de rondgang werden op verschillende afdelingen klaargezette medicatie aangetroffen die reeds uit de blister was. De vervaldata en identificatie zijn dan niet meer mogelijk op het moment van de toediening. Om mogelijks aan dit probleem tegemoet te komen werden er reeds gesprekken opgestart met GHB om gebruik te maken van hun herverpakkingstoestel.
  Het ziekenhuis stelt in haar reactienota dat volgens de algemene richtlijn in het ziekenhuis de medicatie in de blister moet blijven tot net voor toediening. Men geeft eveneens aan dat alle inspanningen en bestaande controles door het ziekenhuis zullen worden aangehouden en waar nodig worden verscherpt.

- Binnen het elektronisch systeem is duidelijk welke medicatie niet genomen of toegediend is. Indien medicatie niet is gegevens wordt hiervan niet steeds een melding / verantwoording opgenomen in de observaties.
  Het ziekenhuis stelt in haar reactienota dat deze procedure op het moment van de audit reeds grotendeels bestond maar dat deze ondertussen ook verder uitgewerkt en ingevoerd is.

- Het gebruik van medicatie, uit een huisapotheek, voor toediening aan personeelsleden zonder medisch voorschrift is niet toegelaten. Het nadien aanvullen op basis van een naschrift is eveneens niet conform. Voor elke medicatietoediening dient er ergens een medisch order voorhanden te zijn. Het werken met standing orders in de strikte zin van het woord zou een oplossing kunnen bieden.
  In haar reactienota geeft het ziekenhuis aan dat er niet langer voorzien zal worden in een huisapotheek voor personeelsleden. En dat de medewerker die, door onverwachte omstandigheden, nood heeft aan medicamenteuze ondersteuning, zich hiervoor zal

richten tot één van de artsen van het medisch centrum verantwoordelijk voor de somatische evaluatie en opvolging in het UC Kortenberg.

Tekortkomingen

- Men beschikt niet over een intern reglement dat het gehele distributiesysteem regelt: bewaking, beoordeling, bijkomende opleiding van betrokken personeel, opsporen en rapporteren van medicatiefouten. Men voorziet eveneens niet in een procedure die de medicatiedistributie beschrijft.
  In haar reactienota stelt het ziekenhuis dat deze procedure nog niet werd uitgeschreven. Dit zal eerstdaags gebeuren door de verpleegkundig directeur in samenspraak met de apotheker.

- Het elektronisch systeem laat op dit moment niet toe om op eenvoudige wijze, op afdelingsniveau, te controleren wie welke medicatie heeft klaargezet en wie eventueel heeft toegediend. Op dit moment kan enkel de hoofdapotheker dit zien.
  Het ziekenhuis geeft in haar reactienota aan dat de nodige aanpassingen reeds werden uitgevoerd in het elektronisch systeem.

- Op afdelingsniveau staat er in de apotheekruimte een pc om de medicatiedistributie te volgen. Dit is een pc die gekoppeld is aan een andere pc binnen het verpleegstation. Op het moment dat iemand met de registratie bezig is van medicatie en iemand logt af of in op het ander toestel valt alles van apotheek weg. In het kader van de veiligheid zou de pc in de medicatieruimte ook een volwaardige pc moeten zijn.
  In haar reactienota stelt het ziekenhuis dat men onderzoekt welke mogelijke oplossingen er zijn om het gestelde probleem op te lossen.

- Men zou op afdelingsniveau recentelijk gestart moeten zijn met het registreren van de temperatuur van de koelkasten waar medicatie in bewaard wordt. Bij controle op sommige afdelingen had men hier geen weet van en wist men ook niet wat de referentiewaarden zouden zijn.
  Het ziekenhuis geeft in haar reactienota aan dat dit een nieuwe regeling is, welke sinds kort in voege is. Deze regeling werd reeds meermaals gesignaleerd aan de verpleegkundigen, maar er is herhaling nodig om iedereen hieromtrent op éénzelfde lijn te krijgen.

- De voorgelegde documenten kunnen niet als een procedure opgenomen worden. Dit zijn enkele uitgetypte documenten met een werkwijze. Als procedure zouden deze in het sjabloon van een procedure moeten worden opgemaakt, een eigenaar hebben, …
  In haar reactienota geeft het ziekenhuis aan dat de procedure zal worden uitgeschreven door de verpleegkundig directeur en dat deze zal gepubliceerd worden op het intranet.

Aanbevelingen

- Indien men een procedure omtrent medicatiedistributie wil opzetten verdient het aanbeveling om volgende items hierin een plaats te geven:

  - Opstellen medicatieschema
  - Opmaak voorschrift
  - Bestelling apotheek
  - Klaarzetten medicatie
  - Controle tov. medicatieschema
  - Bedeling
  - Controle van interacties
  - Toezicht op thuismedicatie
  - Ontslagmedicatie
  - Bewaringsrichtlijnen
  - Richtlijnen bij temperatuursoverschrijding

- Bewaring van retourmedicatie
- Controle vervaldata
- Stockcontrole retours
- Omgaan met onvolledige tabletten
- Organisatie wachtdienst

- Het verdient aanbeveling om te onderzoeken of het niet mogelijk is om het manueel afloggen te vervangen door een systeem van automatisch afloggen na een bepaalde tijdspanne. Deze tijdspanne kan afhankelijk zijn van de gebruiker maar ook van de locatie van het gebruik (bv. dokterskabinet versus verpleegpost).

- Advies om blijvend waakzaam te zijn met de afhaalkastjes aan de apotheek. Langs de achterzijde zijn deze open richting apotheek. Bij afwezigheid van personeel in de apotheek is hier intern alles nog extra afgesloten. Eveneens het systeem van de reservesleutel dient men kritisch te herevalueren. Het toekennen van toegang op basis van de individuele badge zou mogelijks een meer sluitend systeem garanderen.

- Medicatie wordt idealiter klaargezet door diegene die de medicatie ook effectief zal toedienen aan de patiënt.

- Aanbeveling om, bij aankoop van een incidentmeldingssysteem, rekening te houden met de opmerking van het personeel om via hun hiërarchische overste een melding te kunnen doen. Vanuit een veiligheidsgevoel bij de personeelsleden is dit een pertinente vraag.

8.3 Werking van diensten

8.3.1 Afdeling St.-Lodewijk

Algemene vaststellingen

- Sint-Lodewijk is een open opnameafdeling voor volwassenen voor observatie/diagnostiek en kortdurende behandeling. Het accent ligt op crisisinterventie, psychodiagnostiek en geïndividualiseerde behandeling. De doelgroep zijn patiënten van 18 tot 60 jaar met een algemene psychiatrische problematiek.

- De afdeling heeft 34 bedden en 3 plaatsen dagverblijf. Er worden ongeveer 350 opnames per jaar gerealiseerd en de gemiddelde verblijfsduur schommelt rond de 35 dagen, met uitersten van 1 week en 4 maanden.

- De patiënt doorloopt eerst een onthaalfase met het accent op crisisinterventie, en dan een oriëntatiefase met grondige diagnostiek en het opstellen van een behandelplan. In de derde fase wordt het ontslag voorbereid of wordt een pré-therapie aangeboden, met het oog op verwijzing naar een meer gespecialiseerde behandelafdeling. Naast een sterk accent op diagnostiek is er ook een inhoudelijke focus op persoonlijkheidsstoornissen.

- In aansluiting bij de Delta bevraging van de patiënten werd in 2008 een afdelingsbeleidsplan opgesteld, waarin naast een algemeen stramien ook extra aandacht werd besteed aan de werkpunten uit de Delta bevraging, met name : het betrekken van de familie, het bespreken van het behandelplan met de patiënt, het voorkomen van zelfverwonding, en het door de patiënt ervaren van de groepsbesprekingen. In 2009 en 2010 is er een actualisatie van het beleidsplan gemaakt en in 2011 wordt er opnieuw een volledige versie gepland. Dit plan wordt

opgemaakt door de stuurgroep die is samengesteld uit de afdelingspsychiater, de hoofdverpleegkundige, de psychologen en de maatschappelijk werker.

- Het afdelingsbeleidsplan bevat een aantal cijfergegevens over opname, leeftijd, herkomst, verblijfsduur en diagnose. Er is informatie beschikbaar over volgende onderwerpen:

    - De wijze waarop werd omgegaan met de resultaten van de Deltabevragingen
    - De verschillende aspecten van het patiëntveiligheidsbeleid
    - De wijze waarop de afdeling zich situeert in de verschillende zorgprogramma's die in ontwikkeling zijn, en meer specifiek als diagnostische unit in het zorgprogramma persoonlijkheidsstoornissen.
    - De uitdrukkelijke aandacht voor het KOPP preventieproject, waarbij ook gerapporteerd wordt over de mate waarin men er in slaagt om het aantal patiënten met kinderen waarbij over KOPP had moeten gesproken worden maar dit toch niet gebeurde, te verminderen.
    - De ontwikkeling van het psychodiagnostisch instrumentarium en de activiteiten van de Dienst Klinische Psychodiagnostiek
    - De deelname van de afdeling aan een aantal onderzoeksprojecten
    - Het invoeren van de HONOS vragenlijst om de geestelijke gezondheidstoestand en het sociaal functioneren van de patiënten in kaart te brengen.

In vergelijking met het Stramien voor Afdelingsbeleidsplan dat door de directie is voorgesteld wordt er in het document van Sint-Lodewijk wel aandacht besteed aan aspecten van goede psychiatrische zorg, maar minder aan de uitbouw van een bevredigende organisatiecultuur. Toch wordt door de verantwoordelijken aangegeven dat er een duidelijke aflijning van bevoegdheden bestaat en dat eventueel voorkomende problemen van disfunctioneren bij medewerkers goed kunnen worden opgelost. Er worden ook jaarlijks functioneringsgesprekken georganiseerd. Binnen UC St.-Jozef zijn steeds veel mogelijkheden voor VTO beschikbaar geweest.

- Door een herschikking van de lokalen is het vroeger bestaande gebrek aan gespreksruimtes opgelost. Er zijn nog wel 2 driepersoonskamers op de afdeling. Het beschikbare materiaal voor de psychodiagnostiek wordt als zeer degelijk beoordeeld. Er is ook geen gebrek aan informaticamateriaal.

- Als exclusiecriteria worden gehanteerd: zwakbegaafdheid, ernstige afhankelijkheid en floride psychose. Dat betekent dat er nog therapeutische mogelijkheden bij de patiënt aanwezig moeten zijn. De wachtlijst voor opname is door de sterke uitstroom nooit lang.

- Op donderdagvoormiddag gaat een teamvergadering door met alle teamleden. Op alle andere weekdagen is er een briefing.

- Er wordt op de afdeling gewerkt met crisisinterventiemethoden en met cognitieve gedragstherapie. Er is ook een aanbod van creatieve, ergotherapeutische en psychomotorische therapie. Het weekschema verschilt al naargelang de fase.

- De richtlijnen voor psychiatrische doelgroepen zijn bij de afdelingsverantwoordelijken bekend. De meest toepassing daarvan is het meest zichtbaar in de zorgprogramma's. Via het gebruik van de HONOS vragenlijst doet de afdeling ook inspanningen om aan outcomemonitoring te doen.

- Qua architecturaal gegeven zijn er verschillende kamers:

    - 1-persoonkamer: TV, sanitaire blok (douche / lavabo)

- 2-persoonskamer: sanitaire ruimte (douche, toilet, 2 lavabo's)
- 3-persoonskamer: sanitaire ruimte (2 lavabo's, inloopdouche)

Een aantal kamers is men op het moment van de audit aan het renoveren. Hierdoor maakt men gebruik van een aantal kamers van een aanliggende afdeling (oud PVT-afdeling). Men kan op deze manier ook blijven werken op volledige capaciteit.

- De afdeling beschikt over 1 isolatiekamer. De isolatiekamer is recentelijk gerenoveerd. De beddenblok staat in het midden van de kamer, er is scheurvrij en brandvertragend linnen, er hangt een klok, men heeft cameratoezicht, er is buitenlicht, men kan muziek opzetten, ….

- Uit het uurrooster van de maand februari blijkt dat de minimale verpleegkundige permanentie te allen tijde gegarandeerd is.

- De personeelsbestaffing op St.-Lodewijk (32 A / 2 A(n) / 3 A(d)):

  - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 4,00 Vte
  - Psychiatrisch Verpleegkundige A2 1,50 Vte
  - Algemeen Verpleegkundige A1 1,00 Vte
  - Sociaal Verpleegkundige A1 1,00 Vte
  - Psycholoog 1,00 Vte

  Ander personeel
  - IBF / Sociale Maribel / T1T2 / Mobiele Equipe
    - Psychiatrisch Verpleegkunidge A2 1,00 Vte
    - Maatschappelijk Werk 0,80 Vte

Non-conformiteit

- Tussen de klaargezette medicatie (voor 24u door de nachtverpleegkundige) bevonden zich halve pillen en pillen uit de verpakking. Op deze wijze is het medicament niet meer te identificeren op het moment van toediening.
  In haar reactienota stelt het ziekenhuis dat medicatie normaliter in de blister moet blijven tot net voor de toediening. Alle inspanningen en bestaande controles zullen door het ziekenhuis worden aangehouden en verscherpt waar nodig.

- De personeelsbestaffing van de afdeling voldoet noch kwalitatief noch kwantitatief aan de wettelijke normen.
  Op de terugkomdag werd door het ziekenhuis een andere personeelslijst overhandigd. Deze opmerking en de nieuwe lijst worden meegenomen in de verdere opvolging door het agentschap Zorg en Gezondheid.

Tekortkomingen

- De gefixeerde patiënt kan in de isolatiekamer geen beloproep doen.
  Er is tevens geen afdoende verluchting voorzien waarbij de temperatuur kan oplopen in de isolatiekamer.
  Het ziekenhuis stelt in zijn reactienota dat het oproepsysteem zal aangepast worden zodat ook patiënten in gefixeerde toestand dit systeem kunnen gebruiken. Daarnaast wil men in samenspraak met UZ Leuven de mogelijkheid voor een draadloos systeem bekijken.

- Indien een patiënt bepaalde medicatie niet zou genomen hebben, blijft deze medicatie in de verdeeldoos, de nachtverpleegkundige registreert deze medicatie als niet genomen. Eigenlijk dient de persoon, bij wie de patiënt medicatie niet inneemt, hiervan een verantwoording te noteren in het systeem.

In haar reactienota geeft het ziekenhuis aan dat deze opmerking correct is en dat hiervoor een procedure zal worden uitgeschreven zodanig dat de verpleegkundige het niet innemen van de medicatie direct kan registreren in het IDD.

- In verschillende sanitaire ruimtes werd vastgesteld dat er schimmelvorming was in de douches.
  Het ziekenhuis geeft aan in haar reactienota dat dit ondertussen reeds werd bekeken. Hierna werd beslist dat er een betere ventilatie zal worden voorzien, naast andere andere aangepaste maatregelen door de onderhoudsploeg.

8.3.2 Afdeling De Kade

Algemene vaststellingen

- Afdeling De Kade is de jongerenafdeling binnen het UC St.-Jozef. Binnen de afdeling bestaan er 2 grote trajecten:
  - Crisis en kortdurende opvang
  - Traject observatie en behandeling

Voor de gehele afdeling beschikt men over 33 bedden (hiervan zijn 3 bedden voor de For-K).

Tijdens de audit werd voornamelijk het traject observatie en behandeling besproken.

<u>Traject Crisis</u>

- De Crisisinterventie Jongeren richt zich tot normaalbegaafde jongeren tussen 14 en 18 jaar, met acute psychische problematiek, én richt zich eveneens op hun onmiddellijke omgeving. Psychiatrische crisissituaties bij jongeren, waarvoor een kortdurende opname nodig is, gaan over een ernstige adolescentaire crisis, meestal in combinatie met een gezinscrisis (ook ruimer netwerkcrisis, bv leefgroep, school, …).

- De jongere wordt opgenomen in een kleine groep van 4 à 6 jongeren. De opnameduur omvat twee weken, enkel op indicatie en in overleg met de jongere en zijn/haar context kan de opname met één extra week verlengd worden. Gezien de korte duur is er een intensief therapeutisch aanbod voor de jongere en de betrokkenen.
  Indien nodig kan er na de opname een volledige of partiële dag- of nachthospitalisatie volgen, dit gedurende 4 tot maximaal 6 weken. Dit kan zinvol zijn om de overgang naar en re-integratie in de eigen omgeving gunstiger te laten verlopen.
  Er is na opname ook de mogelijkheid tot tijdelijke ambulante opvolging (max 3 maanden) door hetzelfde team als tijdens de opname. Deze opvolging richt zich zowel naar de jongere als naar het gezin.

<u>Traject Observatie en Behandeling</u>

- Bij een normale opname wordt de jongere opgenomen binnen de oriëntatiegroep en dit voor 4 tot 6 weken. In deze periode zullen er psychodiagnostische onderzoeken worden afgenomen, doet men een reeks gesprekken en worden psychologische testen afgenomen.
  Op het einde van deze periode zal men, op basis van de testresultaten en de observaties, de jongere verder oriënteren, ofwel naar een behandelgroep (residentieel) of naar de ambulante sector.

  Een opname in één van de drie behandelingsgroepen kan enkele maanden tot één jaar duren. Hierbij tracht men jongeren met gelijkaardige problematieken in dezelfde groep onder te brengen.

- Exclusiecriteria voor de afdeling zijn:

    - Dubbeldiagnose
    - Verslavingsproblematiek
    - Zwaar mentale handicap
    - Forensische opnames (doorverwijzing naar Fordulas als For-K-afdeling)

- In onderling overleg met GHB Leuven worden hier enkel adolescenten opgenomen in de leeftijdsgroep van 14 tot 18 jaar. Kinderen van jongere leeftijd (<14 jaar) worden opgenomen in GHB.

- Men heeft heel wat aandacht voor de samenwerking met school en CLB. Er wordt onderwijs gegeven Indien de leerkrachten bepaalde items niet of moeilijk kunnen geven aan de jongere, wordt er beroep gedaan op de vrijwilligers van Auxila (gepensioneerde leerkrachten).

- Vanuit therapeutische hoek tracht men op een positieve manier de persoonlijkheidsontwikkeling te benaderen, werkt men vanuit klinische psychotherapie, en tracht men zoveel als mogelijk zorg op maat aan te bieden aan de jongere.

  Er bestaat een vast basisschema maar hier kan de jongere naar eigen goeddunken een aantal items aan toe voegen of laten vallen.
  Volgende therapieën/activiteiten kunnen gevolgd worden:

    - Psychotherapie
    - Creatieve therapie
    - Muziektherapie
    - Psychomotorische therapie
    - Onderwijs
    - Maatschappelijk werk
    - Gezinscontacten en –begeleiding

  Daarnaast zijn er een aantal momenten dat men als groep samenwerkt of samen dingen bespreekt:

    - Koken
    - Livingonderhoud
    - Kameronderhoud
    - Startvergadering / sluitvergadering
    - Afdelingsvergadering
    - Avondactiviteit
    - Vergadering groepschefs
    - Therapeutisch groepsvergadering

- Bij elke intake wordt de jongere en zijn ouders gezien door de psychiater samen met een verpleegkundige uit de oriëntatiegroep. De gegevens van deze intake, samen met de opgevraagde gegevens bij de verwijzer, worden besproken op het beslissingsteam (maatschappelijk werk, hoofdverpleegkundige, psychiater, assistent). Bij een positief advies komt de jongere op de (beperkte) wachtlijst voor de oriëntatiegroep of wordt rechtstreeks opgenomen in een behandelgroep.
  In het geval dat de jongere rechtstreeks naar een behandelgroep kan wordt hij/zij ook nog gezien door de behandelcoördinator (voor de 3 behandelgroepen).

- Samen met de jongere en zijn ouders gaat men het eigenlijke behandelplan opstellen. Hierbij gaat men op zoek naar problemen, doelstellingen, werkwijze en een evaluatie. Op regelmatige basis gaat men deze items bespreken in een evolutiebespreking. De jongere zelf maakt een evaluatie, maar ook zijn ouders, de hulpverleners maar ook de andere jongeren in de groep.

De informatie komt allemaal samen op een integratiemoment en wordt nadien teruggekoppeld naar de jongere en zijn ouders.

- Op het moment van een ontslag gaat men dit ontslag en de nazorg grondig voorbereiden. Hierbij gaat men de contacten met de school terug opnemen, zoekt men samen naar nazorg binnen de ambulante sector.

- Afdeling De Kade ligt in een uithoek van het gebouw, in een nieuwbouw. De afdeling kan beschikken over een heel ruim aanbod aan lokalen. Zo zijn er heel wat individuele burelen voor de therapeuten, een beamerlokaal, een atelier, een grote sporthal (met squashruimte), fitnesslokaal. Het is daarentegen wel jammer dat men bij deze nieuwbouw een aantal burelen heeft ondergebracht in de kelderruimte waarbij het enige daglicht een keldergat is.

- Elke kamer heeft afzonderlijk sanitair (lavabo & toilet), een kast met individuele kluis. Er bestaat tevens de mogelijkheid dat patiënt de sleutel van zijn kamer kan krijgen (10€ waarborg).

- De 2-persoonskamers hebben voldoende mogelijkheid tot privacy, de sanitaire ruimte heeft 2 lavabo's en een afzonderlijk toilet.

- Binnen de afdeling beschikt men over een wasmachine, droogkast en strijkplank.

- Qua personeel is er één groot team met één hoofdverpleegkundige en dit voor de beide trajecten. Het personeel voor De Kade (20 K / 10 K(n)) bestaat uit:

  - Psychiatrisch Verpleegkundige A1 9,20 Vte
  - Psychiatrisch Verpleegkundige A2 1,00 Vte
  - Sociaal Verpleegkundige A1 1,80 Vte
  - Psychologisch Assistent 0,50 Vte
  - Orthopedagoog A1 2,00 Vte

  Deze ploeg wordt nog aangevuld met 2,15 Vte nachtverpleegkundigen, 0,5 Vte voornacht en 9,9 Vte therapeuten.
  Uit het voorgelegde uurrooster van de maand maart kon men aantonen dat de verpleegkundige permanentie steeds gegarandeerd is.

- De afdeling beschikt over een afdelingsbeleidsplan (uit 2008). In de volgende jaren is er geen specifiek afdelingsbeleidsplan gemaakt maar heeft men gewerkt met jaarlijkse opvolgingsplannen.

Sterk punt

- De afdeling heeft een eigen wachtsysteem opgesteld waarbij de verpleegkundigen maar 1 op 4 weekends moeten werken. Indien het druk is of er wordt iemand opgenomen in de isolatiekamer kan men steeds beroep doen op de wachtdienst.

Non-conformiteit

- Bij het verzorgingsmateriaal lag gesteriliseerd materiaal dat reeds vervallen was van in de jaren 2007-2008.

Tekortkoming

- Het gebruik van een oproeppeer met lang snoer, is in het kader van suïcidepreventie niet aangewezen. In een andere douche was dit snoer reeds van de muur getrokken. Ook het gebruik van een doucheslang dient vermeden te worden.

Het ziekenhuis geeft in haar reactienota aan dat beide problemen reeds werden aangepast door de technische dienst.

8.3.3 Dienst ouderenpsychiatrie, afdeling Sint Elisabeth

Algemene vaststellingen

De dienst ouderenpsychiatrie, campus Kortenberg, De Driesprong genaamd, omvat de 3 volgende afdelingen:

- Sint-Goedele is een opname-afdeling voor oudere patiënten met een functionele psychiatrische aandoening (angst, depressie, bipolaire stoornissen, psychose, persoonlijkheidsproblemen, aanpassingsproblemen, afhankelijkheid aan alcohol en medicatie, …). Personen met dementie of andere psycho-organische ziektebeelden behoren niet tot deze doelgroep.
  Op deze afdeling zijn 32 A -bedden

- Sint-Elisabeth is een afdeling voor ouderen met ernstige lichamelijke aandoeningen en psychiatrische problematiek, voor wie een iets langere behandeling en/of revalidatie aangewezen is.
  Op deze afdeling zijn 21 Sp-bedden en 5 PVT-bedden uitdovend (erkenning tot 30/06/2014)

- Sint-Lutgardis is de afdeling die zich richt op personen met een dementeringsproces waar de gedragsmatige en psychiatrische symptomen (zoals depressie, apathie, agressie, agitatie, wanen, hallucinaties, valse herkenningen) op de voorgrond staan.
  Op deze afdeling zijn 20 T-bedden.

N.a.v. de audit werd de afdeling Sint Elisabeth bezocht. De werking werd bevraagd in aanwezigheid van :

- de verantwoordelijke psychiater
- de hoofdverpleegkundige
- de afdelingspsychologe

- In het beleidsplan (2008-2011) wordt de doelgroep als volgt omschreven:

  - langdurige psychiatrische problematiek met lichamelijke co-morbiditeit
  - laat ontstane psychiatrische problematiek met lichamelijke co-morbiditeit
  - ernstige lichamelijke aandoeningen (CVA, Parkinson, …) met psychiatrische problematiek
  - psychiatrische problematiek (vroeg of laat ontstaan) die op de wachtlijst staan voor RVT of PVT en die niet in staat zijn om thuis te wachten
  - PVT-patiënten.
  - Patiënten jonger dan 60 jaar met psychiatrische problematiek vanuit andere afdelingen binnen campus Kortenberg kunnen ook op deze afdeling terecht als het gaat over ernstige lichamelijke co-morbide aandoeningen en/of quarantaine maatregel vereist zijn.

Op 31/03/2011 verblijft er een patiënte jonger dan 60 jaar die reeds gedurende lange tijd is opgenomen. Er kon tot op heden geen gepaste oplossing gevonden worden voor ontslag om reden van de complexe problematiek.

Sinds 2009 werd gestart met een afzonderlijke unit voor patiënten met de ziekte van Parkinson en een psychiatrische problematiek (zoals depressie en psychose).

De 5 PVT-bewoners zijn ondergebracht in een afzonderlijke unit, wat niet uitsluit dat zij zich begeven tussen de andere patiënten. Voor deze doelgroep is een afzonderlijke living en eetruimte ter beschikking. Uit het uurrooster is niet af te leiden of medewerkers expliciet aan deze unit zijn toegewezen.

Op de afdeling is een opname niet de enige behandelvorm die wordt aangeboden. Op 31/03/2011 waren er 5 patiënten in dagtherapie ter voorkoming van herval en waren 2 patiënt in postkuur.

- De doelstellingen zoals opgenomen in het beleidsplan zijn:
  - oppuntstelling diagnose via een observatie en een somatische, (neuro)psychiatrisch, neuropsychodiagnostisch en functioneel bilan
  - oppuntstelling behandeling zowel farmacologisch als niet farmacologisch
  - het betrekken van mantelzorgers/thuiszorg/CGG/RVT bij behandeling (begeleiding en psycho-educatie)
  - samen zoeken naar een oplossing op termijn (alternatieve woonvorm, dagcentrum, dagtherapie, thuisverpleging, …)

- Door het therapieaanbod af te stemmen op de individuele patiënt wil men:
  - een zo hoog mogelijke zelfredzaamheid bereiken op lichamelijk en psychosociaal vlak met het oog op ontslag naar huis, BW, PVT of een WZC.
  - de restmogelijkheden onderhouden
  - het leren aanwenden van compensatiestrategieën waarbij er gestreefd wordt naar een zo hoog mogelijke levenskwaliteit.

- Het opnamebeleid is flexibel waardoor kan ingespeeld worden op de noden van patiënten die verblijven in het thuismilieu. De afdeling biedt crisisopvang aan, een ééndags-opname, een opname van enkele dagen tot enkele maanden, daghospitalisatie bij specifieke indicaties, mogelijkheid tot nazorg en advies na de opname.

- Patiënten die op de afdeling worden opgenomen zijn bekend met het ziekenhuis (consult in libero op maandag vm., een consult op afspraak, komende van een andere afdeling, eerdere opname). Indien toch een 1ste intakegesprek moet plaats vinden, wordt de huisarts aangesproken voor bijkomende informatie (o.a. MRSA, wensen rond levenseinde, ..).
  Er wordt samengewerkt met de geheugenkliniek van het GHB. De opnametermijn wordt zo beperkt mogelijk gehouden.

Werking van de afdeling:

- De verantwoordelijke psychiater en de hoofdverpleegkundige vormen een tandem. De afdeling wordt door hen aangestuurd.
  De hoofdverpleegkundige (1vte) beschikt over een diploma psychiatrisch verpleegkundige met bijkomende opleiding criminologie.

- Er is een multidisciplinaire team dat als volgt is samengesteld:

  - Psych. verpl. A1 — 2,00 Vte (incluis HV)
  - Psych. verpl. A2 — 3,30 vte
  - Alg. verpl. A2 — 3,80 vte
  - Opvoeder A2 — 1,00 vte
  - Zorgkundigen — 3,00 vte
  - Ergotherapeut — 0,50 vte
  - Kine-PMT — 0,30 vte
  - Familietherapeut — 0,05 vte
  - Psycholoog –psychotherapeut — 0,20 vte
  - Maatschappelijk werker — 0,50 vte
  - Muziektherapeut — 0,05 vte

- Psycholoog (NPO) 0,20 vte
- GSO 0,50 vte

Hierbij wordt opgemerkt dat:

- de vaste nachtdiensten (cfr. schema maand maart) en de medewerkers die ingezet worden voor de begeleiding van de PVT-bewoners in de personeelsbestaffing zijn meegerekend
- de GSO niet in aanmerking komen in de berekening van de personeelsformatie.
- om tegemoet te komen aan de NC geformuleerd n.a.v. een vorig inspectiebezoek aan het ziekenhuis werd een deeltijds ergotherapeut en kinesist aan het team toegevoegd
- de afdeling kan volgens noodzaak beroep doen op een zelfstandige logopediste.
- de opgegeven personeelsbestaffing is gebaseerd op het uurrooster van de maand maart.

- Bij opname wordt een verpleegkundige toegewezen aan de patiënt. Samen met de ASO zal hij/zij op regelmatige basis contact hebben met de patiënt.
  De verantwoordelijke psychiater en de afdelingsarts (ASO) staan in voor de dagelijkse medische-psychiatrische zorg. Een arts – somaticus van het ziekenhuis volgt de somatische zorg op en ziet de patiënt bij de opname. Volgens noodzaak kan beroep gedaan worden op de artsen van de polikliniek van het ziekenhuis voor medisch-technische onderzoeken. Verder zal het individueel behandelplan bepalend zijn in de contacten met de andere disciplines van de afdeling.

- Binnen de 1ste week van opname wordt in overleg met de psychologe, de toewijsverpleegkundige, de afdelingsarts en de patiënt een behandelplan opgemaakt dat wordt teruggekoppeld naar het team. De betrokkenheid van de patiënt is een positief gevolg van de resultaten van de tevredenheidsmeting 2008.
  Het gebruik van het HONOS 65+ meetinstrument (gebruikt op het moment van de opname, tijdens de opname en bij het ontslag) laat toe om gerichte actiepunten op te nemen in het behandelplan.
  Op geregelde tijdstippen wordt het behandelplan geëvalueerd en bijgestuurd. De patiënt sluit hierbij niet aan maar er is een terugkoppeling door de afdelingsarts.
  De familie wordt ook nauw betrokken bij het traject dat de patiënt volgt.

- Een therapieschema, aangepast aan de individuele behoeften van de patiënt en onderdeel van het behandelplan maakt geen deel uit van het EPD op zich. De beoogde doelstellingen en de multidisciplinaire evaluatie ervan zijn daarentegen wel terug te vinden per discipline. Psychologen worden bij afwezigheid niet vervangen.

- De overlegstructuur is goed geregeld, wat maakt dat er maximaal tijd kan besteed worden aan de patiënt. Er zijn volgende overlegmomenten m.b.t. de patiënten:

  - Bij dienstoverdracht is er een briefingmoment waar alle bewoners kort worden besproken met alle aanwezige personeelsleden
  - Wekelijks is er een multidisciplinaire briefing in aanwezigheid van de arts-psychiater in opleiding, de verpleegkundigen, de psychologe, de maatschappelijk werker over (dringende) problemen bij patiënten.
  - Teamvergadering wekelijks in aanwezigheid van de superviserende arts, de ASO, psychologe, maatschappelijk werker, verpleging, en therapeuten betrokken bij het therapieplan per individuele patiënt. De hoofdverpleegkundige waakt erover dat op deze vergadering alle patiënten met hun behandelplan geregeld grondig worden besproken.
  - Informele overlegmomenten bepaald door de situatie van de patiënt.

Voor de patiënten is er wekelijks een patiëntenvergadering die ondersteund wordt door de ergotherapeut en de hoofdverpleegkundige. Deze vergadering heeft vooral betrekking op het voorstellen en toetsen van de afdelings- en ziekenhuiswerking. Wekelijks wordt een stelling uit de deltatevredenheidsmeting voorgelegd en geconcretiseerd in een aantal vragen en besproken.

Viermaal per jaar is er een beleidsvergadering waar nagedacht wordt over de werking van de afdeling en de geselecteerde prioritaire werkpunten uit het beleidsplan. Alle disciplines zijn vertegenwoordigd. De verpleegkundig coördinator voor de doelgroep sluit hier bij aan. Van deze vergadering is een terugkoppeling naar het beleid. Van de vergaderingen wordt een voortgangsrapport opgemaakt.

- Bij steekproef werd één dossier nagezien van een patiënt waar vrijheidsbeperkende maatregelen werden toegepast.
  Bij dit dossier wordt opgemerkt dat bij het toepassen van de vrijheidsbeperkende maatregelen de duiding ontbrak over het waarom van de toepassing. Het aanvinken van de reden volstaat hierbij niet. Belangrijk bij de toepassing van dergelijke maatregelen zijn o.a. het overleg hierover met de patiënt, hoe verhoudt de patiënt zich tegenover de maatregel, verpleegkundige interventies (bv. ter preventie van decubitus), … conform een goede uitgeschreven procedure.
  Het in isolatie brengen van patiënten werd de laatste jaren niet meer toegepast.

  M.b.t. het medicatiebeleid werden geen fouten vastgesteld.

- In voorbereiding op het ontslag wordt een zorgoverleg gepland. Vooraf wordt bij de patiënt en/of familie gepeild naar de behoefte aan ondersteuning bij een terugkeer naar de thuissituatie. Op basis van de behoeftepeiling wordt een netwerk samengesteld, waaronder de huisarts. Het netwerk wordt uitgenodigd op het zorgoverleg.
  Bij een terugkeer van de patiënt naar de thuissituatie, kan ter ondersteuning de ergonomische situatie thuis ingeschat worden door een ergotherapeut.

  Bij ontslag naar een residentiële setting, begeleidt de verantwoordelijke verpleegkunde de patiënt. Een verslag met aandachtpunten wordt meegegeven. Indien de patiënt vooraf niet bezocht werd in het ziekenhuis, wordt nog mondelinge toelichting gegeven bij de problematiek van de patiënt. De huisarts krijgt ook een ontslagbrief en voor zover nodig wordt de patiënt verder opgevolgd door het ziekenhuis.

- 24 u. permanentie:

  - Voor wat de psychiatrische zorg betreft zijn er naast de wachtdienst op ziekenhuisniveau ook afspraken tussen de artsen van de Driesprong.

  - De verpleegkundige permanentie tijdens de dag is verzekerd. Dit kon vastgesteld worden op basis van het uurrooster van de maand maart.

  - Tijdens de nacht is er op elk van de 3 afdelingen van de Driesprong een medewerker aanwezig. Er is minstens één verpleegkundige per shift voor de 3 afdelingen. Voor de nachtpermanentie wordt ook beroep gedaan op een opvoeder A2, een zorgkundige, een hulpverpleegkundige en een student. Bij een crisissituatie kon bijkomend beroep gedaan worden op de lopende waak.

Architecturaal:

- De patiënten zijn sinds vorig inspectiebezoek overgebracht naar een geherconditioneerde afdeling.

- Deze afdeling beschikt over 5- tweepersoonskamers en 16- eenpersoonskamers. Alle kamers beschikken over een sanitaire ruimte met lavabo(s) en toilet. Er zijn 5 ruimere kamers die gebruikt worden voor patiënten met een complexe zorgverlening bij wie ondersteunende materialen worden gebruikt (o.a. rolstoel, tillift, …).

- Ter ondersteuning van de zorg voor de zorgafhankelijke bewoners, zijn alle noodzakelijke materialen beschikbaar, o.a. hoog-laagbedden, alternatingmatras, positioneringskussens, tilliften, in de kamers zijn zuurstoftherapie- en aspiratie-installaties.

- De badkamers zijn uitgerust met een hoog-laag bad of een bad met douchebrancard. De douches zijn eerder beperkt in oppervlakte en moeilijk (niet) toegankelijk voor zorgafhankelijke bewoners.

- Waar nodig is een oproepsysteem ter beschikking; handgrepen in toiletten en in het leefgedeelte. Er zijn gemeenschappelijke toiletten, w.o. ook een rolstoeltoegankelijk toilet..

- De patiënten hebben toegang tot 2 binnentuinen.

- Rokers kunnen gebruik maken van een rooklokaal.

Sterk punt

- Reeds jaren is er een samenwerking met het PZ te Bierbeek voor de opvang van patiënten met psycho-organische ziektebeelden (NAH, Korsakoff, Huntington). Inmiddels worden er samenwerkingverbanden afgesloten met woon- en zorgcentra waarbij het niet alleen de doelstelling is voor een vlotte en adequate doorverwijzing in de beide richtingen maar ook volgende doelstellingen worden beoogd, m.n.

    - Kenbaar maken van de ouderenpsychiatrie UPC KULeuven
    - Vanuit ouderenpsychiatrie UPC KULeuven opleiding te voorzien voor verzorgend personeel
    - Het bevorderen van specialisatie binnen de instellingen en adviserende rol bij strategische keuzes van instellingen.

  De dienst geriatrie van het UZLeuven wordt hier ook bij betrokken.
  De centrale coördinator ouderenzorg beheert het netwerk.

Non-conformiteiten

- Voor de Sp-dienst (21 bedden) dient de dienst te beschikken over 5,6 Vte gegradueerd verpleegkundigen.
  Voor de PVT-bewoners dient bijkomend 0,50 Vte medewerkers over een graduaatsopleiding te beschikken.
  Aan deze personeelsnormen wordt qua kwalificatie niet voldaan.
  Daar tegenover staat dat de verpleegkundige omkadering hoger is dan de norm en binnen het multidisciplinair team een voldoende aanbod is van hoger geschoold niet-verpleegkundig personeel.

- Per verpleegafdeling wordt één hoofdverpleegkundige (gegradueerd verpleegkundige) aangeduid die bovendien een bijkomende kaderopleiding in de verpleegkunde of een bijkomende opleiding van universitair niveau, master in de verpleegkunde of master in de gezondheidsvoorlichting en bevordering heeft gevolgd. De scholing dient betrekking te hebben op het geven van leiding aan een verpleegkundig equipe.
  De verpleegkundigen die op 28/08/2006 de functie van hoofdverpleegkundige reeds uitoefenen mogen hun functie verder blijven uitoefenen.

De hoofdverpleegkundige van de afdeling beschikt niet over de nodige bijkomende opleiding met betrekking tot het leiding geven aan een verpleegkundige equipe.
In haar reactienota geeft het ziekenhuis aan dat de hoofdverpleegkundige reeds in functie was sinds 1/9/1994 en op deze wijze zou vallen onder de overgangsmaatregel. Tijdens de terugkomdag bleek uit de informatie van de inspecteur dat de betrokkene het ziekenhuis had verlaten en na 2004 opnieuw in dienst werd genomen. Hierdoor zou er dan geen sprake zijn van de overgangsmaatregel.
Het ziekenhuis zal dit personeelsdossier nakijken en de documenten ter staving overmaken aan het agentschap Zorg en Gezondheid.

- Op de eenheid ontbreken leuningen in de gangen naar het slaapgedeelte.
  In haar reactienota geeft het ziekenhuis aan dat in samenspraak met de kinesitherapeut en de technische dienst er werd bekeken hoe men dit kan oplossen. Dit gaat men samen oplossen met het plaatsen van verbeterde steunbaren in de sanitaire ruimtes.

- Tijdens de nacht mag een afdeling nooit alleen gelaten worden. Op elke afdeling dient steeds een verpleegkundige aanwezig te zijn.
  In haar reactie geeft het ziekenhuis hiervoor de volgende uitleg:
  Binnen een eenheid (maximaal 60 T-bedden of 30 A- bedden) wordt de permanentie bij nacht steeds waargenomen door één verpleegkundige. Op verschillende T-afdelingen is er zelfs één verpleegkundige per 30 T-bedden. Indien in uitzonderlijke omstandigheden het verpleegkundig kader niet voldoende kan ingevuld worden, wordt er beroep gedaan op zorgkundigen die steeds met een verpleegkundige samenwerkt. De medewerkers die hiervoor worden ingeschakeld voldoen aan de voorwaarden opgenomen in lijst opleidingen, vermeld als bijlage I bij het KB van 12/01/2006 en gepubliceerd in het Belgisch Staatsblad van 14/12/2006.
  Bij een crisissituatie,bestaat het crisisteam (2 nachtverpleegkundigen en 1 geneesheer-specialist in opleiding, hulp van Herko en hulp van Securitas). Indien zij er niet in slagen tijdig de crisis te bedwingen kan in uiterste en uitzonderlijk nood dan beroep gedaan worden op de andere verpleegkundigen. De centrale waak beslist dan hoe de nachtequipe zich moet organiseren.

Tekortkomingen

- I.k.v. suïcidepreventie is het aangewezen een alternatief te voorzien voor de trekkoordjes en de ophanging voor douchegordijnen te verwijderen (gordijnen niet aanwezig).
  In haar reactienota stelt het ziekenhuis dat de rails voor de douchegordijnen reeds verwijderd zouden zijn.

  De afdeling voldoet aan de vereiste personeelsnorm, met uitzondering van de kwalificatie, voor de 21 Sp-bedden en de 5 PVT-bedden. Hierbij wordt geen rekening gehouden met de patiënten die in postkuur en in dagbehandeling komen.
  Aan deze personeelsnormen wordt qua kwalificatie niet voldaan.
  Daar tegenover staat dat de verpleegkundige omkadering hoger is dan de norm en binnen het multidisciplinair team een voldoende aanbod is van hoger geschoold niet-verpleegkundig personeel.
  Er zijn gemiddeld maximaal 1 à 2 patiënten (dagverblijf of postkuur) enkele dagen per week op de afdeling aanwezig.

Aanbevelingen

- In de gemeenschappelijke badkamer is een nominatieve badlijst opgehangen. Dit komt niet tegemoet aan de privacy. Het is aangewezen te onderzoeken hoe de baddag op de meest gebruiksvriendelijke wijze kan opgenomen worden in het EPD.

- Het is aangewezen om bijkomende vorming te geven aan de medewerkers over het gebruik/invullen van het EPD bij toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Het aanvinken van de reden (agressie) komt niet tegemoet aan wat van een correcte registratie mag verwacht worden.

- Het gebruik van het EPD op de afdeling is sinds ruim een jaar van toepassing. Het dossier is inhoudelijk goed opgebouwd maar complex, zeker voor medewerkers die nog niet voldoende vertrouwd zijn met de toepassing van informatica. Het is aangewezen het personeel goed te blijven ondersteunen bij het gebruik van het EPD en indien nodig bijkomende vormingen te organiseren.

- Op de afdeling krijgt het individueel therapieplan bijzondere aandacht. Het strekt tot aanbeveling na te gaan hoe dit als een volwaardig document onderdeel kan worden van het individueel patiëntendossier.

8.3.4 Afdeling Sint-Joris, afdeling structurerende therapie.

Algemene vaststellingen

- De afdeling Sint-Joris richt zich tot jonge psychotische patiënten (tussen 17 en 30 jaar). Er zijn 10 A-bedden, 20 T-bedden en 4 T(n)-bedden en 5 T(d) plaatsen.
  Het is een open opname- en behandelafdeling. De zorg die er aangeboden wordt kan van voltijds met overnachting, voltijds ambulant of deeltijds, vooral tijdens de nabehandeling.

  Op de dag van de audit waren 18 patiënten ingeschreven voor postkuur en 12 patiënten in dagtherapie (minstens 3 d. /week).

- Bij de opstart van het ambulante VRINT-VDIP Leuven project in 2009, ontstaan vanuit de afdeling Sint-Joris, was er een heroriëntering van de afdeling.
  Als gevolg van deze opstart diende de afdeling een aantal aanpassingen door te voeren, m.n.:

  - De afdeling wordt meer een unit voor crisisinterventie en grondig assesment
  - De verblijfsduur wordt grondig ingekort
  - Het werken met familie moet nog intensiever dan vroeger gebeuren
  - Voor mensen van de regio wordt dagprogramma aangemoedigd in plaats van een volledige opname.

- 2010 werd voor de afdeling gezien als een overgangsjaar. In 2011 is de uitdaging om voor de twee “vroege psychose” groepen alle therapeutische activiteiten aan te passen aan deze doelgroep. Om te voorkomen dat er een breuk is in de continuïteit van zorg denkt men er op de afdeling over na om een mini intensive care van vier bedden uit te bouwen, die zo nodig kan afgesloten worden. D.d. komen jongeren in crisis op een andere afdeling terecht.

- Om tegemoet te komen aan de visie van de VRINT-werking werd de afdeling opgedeeld in 2 subgroepen patiënten (voorheen ook deels aanwezig) m.n.: ‘vroege psychose’ patiënten en patiënten die reeds een lange psychiatrische geschiedenis hebben.
  Vier parallelle leefgroepen kregen elk een eigen bestemming met per groep patiënten die niet sterk verschillen van elkaar qua duur en ernst van de problematiek.

  - <u>Groep 1</u>: richt zich tot ‘vroeg psychose’ patiënten van de regio (huidige VRINT-groep). Voor deze groep patiënten kan transmurale zorg en continuïteit worden gegarandeerd omdat de zorgverantwoordelijke, hoofdverpleegkundige,

psychotherapeut, maatschappelijk werkster en de afdelingsarts zowel deel uitmaken van het VRINT-team als van het afdelingsteam.
De verblijfsduur op de afdeling kan kort gehouden worden en vaak wordt beroep gedaan op dagtherapie.

- Groep 2: richt zich op patiënten met dezelfde problematiek als van groep 1, maar van buiten de regio. Zodra de patiënt in staat is partiële activiteiten in zijn eigen regio uit te bouwen, gaat de patiënt op ontslag. Hierbij wordt samengewerkt met VDIP-teams op andere plaatsen in Vlaanderen,

- Groep 3: is bedoeld voor jongeren/volwassenen die een langere verblijfsduur nodig hebben, en waar resocialisatie in het verleden niet zo vlot gelukt is. Het betreft patiënten van zowel binnen als buiten de regio.
Door een gebrek aan een goed uitgebouwde residentiële behandeling blijven ze gemiddeld langer dan de 2 vorige groepen in het ziekenhuis (max. 1 jaar). Partiële statuten (dagtherapie, nachthospitaal, postkuurstatuten) worden hier ook aangemoedigd.

- Groep 4: is voor patiënten die in het verlengde van een persoonlijkheidsproblematiek een psychotische episode doormaken. Het accent ligt hier bij een intensief groepstherapeutisch proces. In 2de instantie een verwijzing naar KLIPP.
Deze groep kent ook een langere opnameduur.

- De behandeling is opgedeeld in 3 fases.

  - In de onthaalfase (eerste weken) is vooral aandacht voor de opvang van de crisissen en het exploreren van problemen, is er een kennismakingsgesprek met de familie, 2x per week is er multidisciplinaire teambespreking, de patiënt wordt na 3 weken verblijf uitgenodigd op dit overleg. De onthaalfase wordt afgesloten met de opmaak van een behandelplan. De ouders of familieleden worden uitgenodigd om dit plan te bespreken.

  - De middenfase wordt vooral gebruikt om de individuele knelpunten op te lossen. Na 5 à 6 weken wordt de patiënt opnieuw uitgenodigd voor een evolutiebespreking tijdens een teamvergadering, gekoppeld aan een eventuele ontslagplanning. Indien dit nog te vroeg is wordt bij elke evolutiebespreking er verder naar ontslag toe gewerkt.

  - De ontslagfase: in overleg wordt gezocht naar de meest aangewezen vorm van nabehandeling (partiële hospitalisatie, dagstatuut, nachtstatuut of nazorgstatuut). Na een periode van max. 12 weken wordt de ondersteuning van het afdelingsteam overgenomen door een ambulant behandelingsteam.
    De ontslagfase wordt beschouwd als een periode van exploratie en voorbereiding van het leven na het ontslag (terug naar huis, een eigen woonst, studie, werk, …).

- Elke leefgroep beschikt over een eigen living, 2 groepsverpleegkundigen en een eigen programma. De cliënt blijft gedurende de ganse duur van het verblijf deel uitmaken van dezelfde groep.
Het programma is voltijds (van 9 u. tot 17 u.) en bestaat uit een gevarieerd aanbod van activiteiten. De ganse groep neemt deel aan dit programma. Indien het aansluiten bij dit programma nog te zwaar is op het moment van de opname wordt in overleg met de verantwoordelijke een haalbaar programma opgemaakt dat progressief omgezet wordt in het groepsprogramma.

- Een arts-supervisor (20 u./week) draagt de eindverantwoordelijkheid voor alle cliënten/patiënten, het programma en de medewerkers. Het verpleegkundig team

wordt aangestuurd door een hoofdverpleegkundige met opleiding psychiatrisch verpleegkundige en bijkomend opleiding master in de Gezondheidswetenschappen.

- Een arts-specialist in opleiding (0,60 vte) is verantwoordelijk voor de ”psychiatrische zorg” en de medische beslissingen, die steeds in overleg met de supervisor worden genomen. Hij volgt de psychiatrische en lichamelijke toestand van de cliënten op en is dagelijks bereikbaar.

- Ouders en andere familieleden worden zoveel mogelijk betrokken in de behandeling, tenzij de cliënt anders aangeeft.

- Het therapeutisch programma bestaat uit een aantal verbale en preverbale therapieën, onder de vorm van een vast weekschema aangepast per leefgroep, waar psychomotoriek, ergotherapie, muzieksessies, ADL en vrijetijdsbesteding deel van uit maken.
  Daarnaast zijn er in het therapieplan overlegmomenten waar de patiënten rechtstreeks bij betrokken zijn:

  - Groepsvergadering: tijdens dit moment wordt verwacht dat de cliënt over zichzelf spreekt (proces om een veilige plaats te vinden)
  - Themavergaderingen: is een groepsvergadering waar de deelnemers zelf thema’s aanbrengen uit de eigen belangstellingssfeer.
  - De vrouwengroep: een gesprekgroep over thema’s die vrouwen aanbelangen.
  - Familiegesprekken o.a. het kennismakingsgesprek n.a.v. een opname, of psycho-educatie gesprekken
  - Doktersvergaderingen: groepssessies waarin informatie wordt verstrekt over psychiatrische en farmacologische thema’s.
  - Onthaalgroep Maatschappelijk werk tijdens de eerste weken van de opname. Tijdens deze sessies wordt informatie gegeven over opnamegerelateerde vragen.
  - Afdelingsvergadering: voorgezeten door de supervisor en de hoofdverpleegkundige, met als gespreksonderwerpen de werking van de afdeling en het gemeenschapsleven. Discussiepunten, meldingen en vragen kunnen aangebracht worden door de cliënten maar ook door het team.
  - Werkgroep drugs: voor het aanvatten van een programma wordt met de supervisor afgesproken dat drugsgebruik niet kan. Patiënten kunnen deelnemen aan deze werkgroep, geleid door 2 verpleegkundigen (4 sessies met een buitenshuisactiviteit).

- Overlegmomenten van het team m.b.t. de patiënten, waarbij de doelstellingen van de behandeling van de patiënt en het algemene behandelplan op de afdeling op elkaar worden afgestemd:

  - Wekelijks maandagochtend briefing (1 u.): overlopen van de voorbije week en het weekend van elke patiënt
  - Dagelijkse briefingmomenten bij dienstoverdracht
  - Teamvergadering (2x/week 1.30 u.): voorgezeten door de supervisor met aansluiting van alle teamleden. Per teamvergadering komt één patiëntengroep aan bod. Elk teamlid bespreekt de evolutie van de patiënt in zijn therapie. Een verdere therapeutische planning wordt geformuleerd. Na 3 weken, na 8 weken opname, … wordt de patiënt op de vergadering uitgenodigd.

- Andere overlegmomenten op de afdeling zijn:

  - Stuurgroep (om de 6 weken), waar de arts- supervisor, de hoofdverpleegkundige, een vertegenwoordiger van de psychotherapeuten, een vertegenwoordiger van de préverbale therapeuten en de familietherapeute bij aansluiten. Tijdens de vergadering wordt de werking van de afdeling doorgelicht en wordt er getracht bij te sturen indien nodig.

- Om de 6 à 8 weken is er de beleidsvergadering waar de werking van de afdeling steeds opnieuw in vraag wordt gesteld. Alle teamleden sluiten aan. Van de vergadering wordt een voortgangsrapport opgemaakt.
- Intervisie voor de verpleegkundigen onder leiding van de hoofdverpleegkundige en de verpleegkundig coördinator, intervisie voor psychotherapeuten en muziektherapeuten.

- In het kader van de voorbereiding van een goed ontslag werkt de afdeling samen met o.a. scholen, opleidingscentra, vrijwilligersorganisaties, resocialisatieprogramma's (o.a. ATB, VDAB,…)
  De nazorg of verdere psychiatrische en psychotherapeutische begeleiding kan gebeuren in de polikliniek van het ziekenhuis, de verwijzende psychiater, CGG; diensten voor thuiszorg of het psychotherapeutisch centrum voor studenten te Leuven. Er is een intensieve samenwerking met het nachthospitaal Sint-Alexius te Elsene, het psychosociaal centrum voor nachthospitaal in Leuven, BW vzw Heemdal.

- Het multidisciplinaire team is als volgt samengesteld:

  - HV -Psych. vp. A1 + master 0,80 vte (+ 0,20 vte VRINT-VDIP)
  - Psych. vp. A1 5,25 vte
  - Verpl. A1 0,80 vte
  - Vp. A2 1,00 vte
  - Psychologe 2,20 vte (+ 0,50 vte VRINT-VDIP)
  - Muziektherapeut 0,30 vte
  - PMT 0,50 vte
  - Maatschappelijk werker 1,00 vte (+ 0,20 vte VRINT-VDIP)
  - Ergo 0,80 vte
  - Psychotherapeut 0,50 vte

  IBF:
  Gezinswetenschappen A1 1,00 vte

- 24-uurspermanentie:

  - Uit het uurrooster van de maand april is af te leiden dat de verpleegkundige permanentie tijdens de dag verzekerd is.
  - Het uurrooster met nachtpermanentie werd niet voorgelegd. Uit de personeelslijst is af te leiden dat 2 vte verpleegkundige werken in vast nachtdienstverband.

- Er wordt gewerkt met 4 kwaliteitsthema's: suïcide, agressie, medicatie en maximale patiëntenparticipatie in het opmaken van het behandelingsplan. De afdeling ziet het als een uitdaging voor 2011 om het zorgprogramma psychose een plaats te geven rond art. 107. De hoofdverpleegkundige en de psychotherapeute van de afdeling maakten deel uit van de werkgroep psychosezorg.
  De laatste 2 jaar werden op de afdeling ook inspanningen geleverd om een beleid uit te werken waar transmurale zorg, continuïteit van zorg en community treatment een belangrijke plaats krijgen.
  Er is ook een nauwe samenwerking met verschillende hulpverleners uit andere settings. Zij worden regelmatig uitgenodigd op de teamvergadering voor transmuraal overleg (samenwerking met o.a. EPSI, huisartsen, BW, PZT, Activering, PSC Leuven en Elsene voor nachthospitalisatie)

- Architecturaal:
  De afdeling beschikt over 16- eenpersoonskamers, 9-tweepersoonskamers. Elke kamer beschikt over een sanitaire ruimte en elke patiënt beschikt over een lavabo (met respect voor de privacy). Er zijn 2 afzonderingskamer (met centrale toegang), voldoende gespreksruimtes, living/eetruimte per leefgroep, 4 badkamers en 4 doucheruimtes.

De patiënten hebben toegang tot een afgesloten tuin.

- In oktober 2010 werd een postkuurhuis geopend in de omgeving van het ziekenhuis. Hier kunnen jonge patiënten zich voorbereiden op zelfstandig wonen. Zij krijgen de ondersteuning van de verpleegkundigen en de maatschappelijk werker. Een vroege psychose patiënt kan hier maximaal 6 maanden blijven. Tussentijds wordt de verhuis naar een andere woonvorm besproken en voorbereid.

Tekortkomingen

- In de 2 afzonderingskamers ontbreekt een klok.
  In haar reactienota geeft het ziekenhuis aan dat er reeds werd voorzien in een klok voor de afzonderingskamers.

- Uit het uurrooster is af te leiden dat er niet bij elke dienstwissel een dienstoverdracht (briefing) is voorzien (cfr. V6/L8). De nachtpermanentie maakt deel uit van de 24 u. permanentie en komt niet voor op het uurrooster.
  Tijdens de terugkomdag werd dit item besproken. Met de aanwezige documenten kon niet aangetoond worden dat de tekortkoming niet correct zou zijn. Het ziekenhuis gaat dit nu uitzoeken en zal de documenten ter staving overmaken aan het agentschap Zorg en Gezondheid.

Aanbevelingen

- Bij de herconditionering van de afdeling is het aangewezen om Ikv. suïcidepreventie aandacht te hebben voor de doucheslangen en de trekkoordjes thv. het oproepsysteem.

- Uit de verslagen van de beleidsvergadering werd nagedacht over de organisatie van de teamvergaderingen. Om tot een eenduidige werking te komen is het aangewezen 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 en bij het inwerken van nieuwe medewerkers. Er is evenwel duiding over de overlegmomenten in het beleidsplan van 2007.

8.3.5 Afdeling Sint-Franciskus

Algemene vaststellingen

- Het auditgesprek is gevoerd met de hoofdverpleegkundige, één afdelingspsychiater en een psycholoog.

- Sint Franciscus is een open opname- en behandelafdeling voor volwassen met een verslavingsproblematiek. Het betreft mensen met moeilijkheden in het gebruik van alcohol, medicatie en softdrugs. Exclusiecriteria zijn harddrugs, dubbeldiagnoses, zware cognitieve problematiek of zwaar lichamelijk hulpbehoevendheid.

- De afdeling omvat 32 bedden en 15 plaatsen voor dagbehandeling. Deze afdeling bestaat nu ongeveer 6 jaar.

- De afdeling oogt netjes en huiselijk.

- De gemiddelde opnameduur is 3 maanden.

- Er is een omstandige afdelingsbrochure gemaakt, waarin alle nuttige informatie voor patiënten beschreven is.

- Tijdens de opname worden er drie groepen onderscheiden:
    - een oriëntatiegroep,waarbij patiënten gedurende 21 dagen voltijds opgenomen zijn; gedurende die periode wordt de lichamelijke en psychische ontwenning opgevolgd en wordt het functioneren en de hulpvraag van de patiënt in kaart gebracht. Na deze drie weken volgt een evaluatiegesprek waarbij de patiënt feedback van alle disciplines ontvangt.
    - een behandelgroep A (structurerend / resocialiserend)
    - een behandelgroep B (therapeutisch / inzichtgevend)

- Men geeft aan voor elke patiënt een individueel behandelplan uit te werken.

- Volgens de gesprekspartners beschikt men niet over een eigen afdelingsbeleidsplan. Als reden hiervoor geeft men aan dat de afdeling nog niet zo heel lang bestaat en dat er de voorbije jaren geen stabiele invulling was van de psychiaterfunctie. De huidige verantwoordelijke arts is anderhalf jaar werkzaam op de afdeling.

- De therapeutische visie van de afdeling wordt omschreven als holistisch / eclectisch. Men beschikt over zowel systeem- en cliëntgerichte therapeuten als over gedragstherapeuten. Men vertrekt vanuit het bio-psycho-sociaal model.

- Er wordt veel aandacht geschonken aan motivationele aspecten, hervalpreventie en familiebegeleiding.

- Psychodiagnostiek gebeurt enkel op indicatie, na een teambeslissing. Het betreft dan vaak onderzoek naar organiciteit en persoonlijkheid.

- Psychotherapie gebeurt grotendeels in groepen. Voor elke behandelgroep is twee uur groepstherapie per week voorzien.
  Eén van de afdelingspsychologen heeft wekelijks gedurende één uur een vrij spreekmoment, waarop patiënten zonder afspraak een individueel gesprek kunnen hebben. Men geeft aan dat veel patiënten hiervan gebruik maken.

- Ook heeft één van de artsen iedere week een ‘medisch vragenuur’, waarbij alle patiënten van de behandelgroep betrokken zijn. Dit zijn dan voornamelijk psycho-educatieve sessies.

- Verder is uit de uurroosters voor patiënten af te leiden dat er een ruim aanbod activiteiten is: beweging/fitness, ergotherapie, psychomotoriek, sociale vaardigheden, familiegroep, vrije tijd, … . Er is geen muziektherapeut verbonden aan de afdeling. Wanneer het nodig / aangewezen is, kan een patiënt individuele muziektherapie volgen bij één van de muziektherapeuten binnen het ziekenhuis.

- Men tracht de patiënten zo nauw mogelijk bij de werking te betrekken via de wekelijkse afdelings- en groepsvergaderingen, onder leiding van de hoofdverpleegkundige.

- Aangezien men momenteel een lacune in de nazorgmogelijkheden ervaart, denkt men er aan om zelf een poliklinische werking op te starten voor de eigen doelgroep.

Tekortkoming

- De afdeling Sint Franciscus beschikt niet over een afdelingsbeleidsplan, waardoor de afdelingsvisie niet uniform en transparant is voor de verschillende medewerkers.
  In het jaarboek 2009 en 2010 is er, zoals de directie tijdens de terugkomdag aangeeft, wel degelijk een afdelingsbeleidsplan van de afdeling Sint Franciscus terug te vinden, maar deze is bij de leden van het kernteam niet gekend. De afdelingsvisie is dan ook niet uniform en transparant voor de verschillende medewerkers.

Aanbeveling

- Bij het uitschrijven van een (therapeutische) visie verdient het aanbeveling om onder andere ook rekening te houden met de richtlijnen zoals zij bijvoorbeeld door het Trimbosinstituut uitgeschreven zijn.

9 Module Resultaten

9.1 Resultaten bij klanten

Algemene vaststellingen

- Eind 2008 werd aan de hand van een Delta-meting (instrument van het CZV-Leuven) de patiëntentevredenheid bevraagd. Begin 2009 werden de resultaten door de kwaliteitscoördinator voorgesteld en toegelicht op de afdelingen, de diensthoofdenvergadering, het managementteam en het directiecomité.
  De tevredenheidsmeting werd niet afgenomen op de afdeling voor dementerenden (St.-Lutgardis). Er werd door Delta een instrument ontwikkeld dat bij een volgende meting aan de familieleden van deze patiënten zal worden voorgelegd.

- De Delta-meting werd in 2010 niet herhaald omdat het ziekenhuis wenst over te schakelen op een “exit-interview”. De Deltabevraging zal hiervoor als instrument gebruikt worden. De praktische voorbereiding is lopende. In het najaar van 2011 zal gestart worden met dit initiatief.

- In het belang van een grondige samenwerking tussen de verschillende afdelingen en diensten werden in 2009 5 kwaliteitsthema’s geselecteerd m.b.t. de kwaliteit van de dienstverlening en die in de psychiatrische zorgverlening als zeer belangrijk worden geacht m.n. agressiehantering, suïcidepreventie, valpreventie, ziekenhuishygiëne en medicatiebeleid.

- Op meerdere domeinen is er een samenwerking tussen het UPC-KULeuven, campus Kortenberg, met campus Lubbeek en GHB.
  Psychomotore therapie is er één van.
  In 2010 waren de eerste contacten aan de hand van een werkbezoek van de ergotherapeuten van de ouderenpsychiatrie campus Kortenberg aan de ergotherapeuten van de campus Lubbeek en de campus Leuven Sint Pieter.
  In 2010 was er ook een vergadering m.b.t. het installeren van muziektherapie in het behandelingsprogramma binnen de dienst kinderpsychiatrie.

- Het UC St.-Jozef beschikt over een interne ombudsfunctie. Jaarlijks wordt een activiteitenverslag opgemaakt. De meeste klachten hebben betrekking op de communicatie met/tussen de zorgverleners.
  Klachten worden ernstig genomen; verbeteracties worden opgezet.

- In opdracht van het FOD werd in 2010 gestart met een validatiestudie ter ontwikkeling van een screeningsinstrument voor detectie van patiënten met een hoog risico op fundamenteel herval na ontslag uit het ziekenhuis. Dit onderzoek loopt ten einde in juni 2011. Het is niet beperkt tot de afdelingen waar ontslagmanagement wordt toegepast. I.k.v. deze opdracht werd een seminarie georganiseerd om het pilootproject ontslagmanagement bekend te maken in de ganse organisatie.

- In samenwerking met de faculteit Huisartsengeneeskunde werd een bevraging gedaan bij de huisartsen, de belangrijkste doorverwijzers, naar de wijze waarop de huisartsen het best kunnen ondersteund worden in de zorg voor de patiënten met een psychotische problematiek. Huisartsen gaven aan tevreden te zijn over de liberowerking in het ziekenhuis. Momenteel wordt een vragenlijst ontwikkelt voor de bevraging van de huisartsen voor de doelgroep patiënten met “bipolaire stoornissen”.

Aanbeveling

- Het strekt tot aanbeveling om te onderzoeken hoe de tevredenheid van andere klanten (o.a. zorgpartners) kan getoetst worden.

9.2 Resultaten bij medewerkers

Algemene vaststellingen

Het UC St.-Jozef geeft aan dat de grote uitdagingen binnen het UPC KULeuven, campus Kortenberg, op vlak van medewerkers zich situeren op 5 domeinen.

1. De uitbouw van een personele unie waarbij medewerkers over campussen heen nauw moeten samenwerken en waarbij de verschillende statuten dichter bij elkaar moeten komen. In 2010 werd vanuit HRM een aantal initiatieven genomen, die moeten bijdragen aan een nauwere samenwerking over de verschillende campi heen.

    - De verschillen in arbeidsvoorwaarden van artsen, arbeiders en bedienden worden geleidelijk aan weggewerkt..

    - De uitbouw van een competentiecentrum voor psychologen ging in januari 2010 van start. Men beoogt hiermee een betere samenwerking en integratie van de medewerkers over de campussen heen. De opstart werd globaal positief onthaald bij de psychologengroep.

    - Er wordt gewerkt aan een UPC-website, die alle relevante informatie verzamelt over de psychiatrische diensten van Leuven, Kortenberg en Lubbeek. De basis van de ontwikkelingen van deze website is de uitbouw van het UPC, bestaande uit clusters en gestructureerde zorgprogramma's.
      Daarnaast is ook een K-mail die moet tegemoet komen aan de communicatie tussen alle medewerkers van de K-diensten over de campussen heen.

    - Sollicitanten voor de campus Kortenberg worden met ingang van januari 2011 ook getest, zoals voor alle overige UC.

    - De personeelsverantwoordelijken zullen elkaar op systematische wijze informeren over de mogelijke overstappen van personeelsleden van de ene campus naar de andere.

2. Rekening houden met de resultaten van de Delta-tevredenheidsmeting (personeel en cultuurmeting anno 2008) is één van de kerntaak van het UC het opzetten van een goede organisatiecultuur met een aangenaam en stimulerend werkklimaat, waarin medewerkers zich kunnen ontplooien en loyaal samenwerken.

    - Hierbij gaat aandacht naar het onderhoudspersoneel, de kansengroepen en diversiteit, het onthaal en de evaluatie van nieuwe medewerkers.
      In april 2010 werd een algemene introductienamiddag voor nieuwe medewerkers georganiseerd. Uit onderzoek bleek dat nieuwe medewerkers wel voldoende info meekregen vanuit de eigen discipline, maar niet goed op de hoogte waren van het algemeen medisch beleid van het ziekenhuis en van de activiteiten buiten hun eigen discipline. Voor nieuwe medewerkers wordt de introductie nu op een andere manier georganiseerd.

    - Het coachen van medewerkers binnen een therapeutische setting in samenwerking met de CGG.

De benchmarking van de Delta-meting laat, globaal gezien, een goede score zien voor het ziekenhuis.

3. Het vormingsbeleid wordt verder financieel ondersteund, wordt ingebed in de afdelingswerking en nauwkeurig opgevolgd (ontwikkelen van specifieke software).

4. Naar aanleiding van de uitbouw van een nieuwe afdeling (Fordulas anno 2010) voor een nieuwe doelgroep werden nieuwe medewerkers aangeworven en werd een intensieve vorming opgezet voor de 23 personeelsleden voor de opstart van de afdeling.

5. Het UC heeft aandacht voor de gezondheid van haar medewerkers waarbij het uitgangspunt is “Een gezonde geest in een gezond lichaam”. Fietsen en fitness worden aangemoedigd maar er werd ook voorzien in de nodige infrastructuur. Tijdens het medisch onderzoek van haar personeelsleden is aandacht voor cholesterol meting en het inschatten van risico op suikerziekte.

- Het UPC KULeuven tekende in op het FOD-contract patiëntveiligheid en kwaliteit 2007-2012. Hierbij wou het ziekenhuis een cultuurwijziging teweeg brengen door systematische incidentmeldingen te introduceren. Fouten worden vrijwillig gemeld, met als uitgangspunt dat een lerende organisatie een cultuur heeft die aanvaardt dat medewerkers fouten kunnen maken en dat men uit die fouten kan leren om deze in de toekomst te voorkomen.

- Het Comité voor Preventie en Bescherming op het werk had in haar jaaractieplan 2010 aandacht voor o.a. prikongevallen en welzijn van de werknemer.

- Er is een personeelscomité die om de 2 maanden samenkomt. Het werkt initiatieven uit die bijdragen tot een goede werksfeer in het ziekenhuis (bv. Oxfam-namiddag, de personeelskwis, Congo-avond, wijnproefavond, de personeelsreis, het Sinterklaasfeest, het jaarlijks personeelsfeest).
  Er wordt met Kind en Gezin samengewerkt rond de opstart van een kinderopvang. Aan dit opzet zal verder gewerkt worden in 2011.
  Vier maal per jaar verschijnt het personeelsblad.

9.3 Resultaten in de samenleving

Algemene vaststellingen

In de hierna volgende bondige samenvatting toont het UC St.-Jozef aan dat er heel wat inspanningen geleverd worden ten aanzien van de samenleving, kennisoverdracht, wetenschappelijk onderzoek, stigma en imago, zorgpartners, samenwerking,…

- M.b.t. het zorgnetwerk:

  - Ter ondersteuning van de huisartsen biedt het ziekenhuis:
    - op meerdere dagen per week voor een aantal uren, psychiatrische consult aan in het MCH – Leuven voor ouderen, volwassenen en kinderen
    - informatie m.b.t. vroege detectie en behandeling van psychose
    - de Leuvense dagen voor huisartsen (vorming).

  - Een psychiater superviseert het ouderenteam in het CGG –Leuven, en is betrokken bij de werking van het CGG Brussel. Op termijn zal in het MCH een ouderenconsult worden opgezet.

- Een kwaliteitsproject in 2010 was de samenwerking met de politie voor de zone Herent-Kortenberg. Semestrieel is er overleg met de verantwoordelijken van de politie. Er werd o.m. een nieuwe procedure uitgewerkt m.b.t. onrustwekkende verdwijningen. Er werden 2 korpsdagen georganiseerd waarbij afgevaardigden van het ziekenhuis aansloten (een wederzijds vormingsmoment).

- Recent werd een nieuwe website opgezet (www.uc-kortenberg.be) waarop alle belangstellenden ruime info kunnen terugvinden m.b.t. consultaties, opname, verblijf, ….
  Op vlak van preventie en gezondheidspromotie kan al wie belangstelling heeft voor GGZ informatie terugvinden op meerdere websites van het UZLeuven en is er een website opgezet ter bevordering van communicatie over GGZ en een website m.b.t. psycho-educatie (**www.com-ment.be**)

- In kader van de erkenningsnormen heeft het UC Sint Jozef Kortenberg voor psychiatrie samen met het UZ Leuven 13 samenwerkingsverbanden.

- Het UC St.-Jozef is ruim vertegenwoordigd in de regio Vlaams-Brabant voor de drie beleidsdoelgroepen Kinderen & Jongeren, Volwassenen en Ouderen. Er is een bestuurlijke en klinische verankering.

- Het UC St.-Jozef is betrokken bij meerdere zorgvernieuwingsprojecten. Naast PZT, ontslagmanagement en activering – ECHO is er participatie aan o.m. volgende projecten:
  - TAT (Tender Arbeidstrajectbegeleiding) en TAZ (Tender Activeringszorg) i.s.m. tewerkstelling
  - For-K (crisisbedden) en outreaching FAdO – IBE i.s.m. met justitie
  - in samenwerking met de 1ste lijn het TP PIOT (psychotherapeutische interventie bij ouderen in de thuissituatie), en KiTT (outreaching voor kinderen en jongeren
  - in samenwerking met de 1ste lijn het transversaal overleg, VRINT-VDIP Leuven
  - Het UPC St.-Jozef is betrokken bij art. 107, waar het een aantal functies zal opnemen. Er werd begin 2011 een dossier ingediend (m.b.t. de regio Vlaams-Brabant Oost) dat werd weerhouden.

- Het ziekenhuis maakt o.a. ook deel uit van volgende TP:
  - TP jongeren met persoonlijkheidsstoornissen (arr. Leuven)
  - TP COACH –volwassenen (arr. Groot Leuven)
  - TP ouderen met depressieve stoornissen (arr. Leuven)
  - VRINT: Voor het werkjaar 2010-2011 werden afspraken gemaakt betrekking tot VRINT, waardoor het verder wordt ingebed zowel binnen het UPC KULeuven als daarbuiten (vroege interventieteam voor de snelle opvang van vroege psychose)
  - Forensische Kinderpsychiatrie + Outreach

- In samenwerking met de campus Leuven werden o.m. nog volgende initiatieven genomen:
  - In 2009 werd gestart met het KOPP Preventieproject Vlaams-Brabant als vervolg op het KOPP-project, die standaard aandacht heeft voor KOPP in elke voorziening voor GGZ binnen Vlaams-Brabant. KOPP is op alle afdelingen in het ziekenhuis geïmplementeerd. Iedere afdeling heeft een afvaardiging in de KOPP werkgroep. De werkgroep wordt ondersteund door 2 psychiaters.
  - In 2009 werd een werkgroep suïcidepreventie opgericht.

- Wat het kennisnetwerk betreft zijn er o.m. volgende initiatieven.

- Naast het ruim aanbod aan interne vorming en bijscholing profileert het ziekenhuis zich als een teaching hospital. Voor alle tewerkgestelde disciplines wordt een opleidingsaanbod gerealiseerd onder de vorm van stages.
- Kennis wordt extern doorgegeven door het opnemen van lesopdrachten (aan K.U.Leuven, Hogescholen, …), het publiceren van artikels, het ingaan op uitnodigingen als gastsprekers – expert op colleges, studiedagen
- Voor ASO biedt het o.m. volgende opleidingen aan: manama opleidingsprogramma, interuniversitaire cursus psychiatrie, cursus psychotherapie, cursus teamleider, …
- Het organiseren van woensdagseminaries psychiatrie
- De samenwerking met het CZV (Centrum Ziekenhuis- en Verpleegwetenschappen) werd bestendigd (door het opnemen van opleidingsonderdelen o.a. gastcolleges en het opnemen van een opdracht als (co-)promotor of lezer voor de masterproeven).
- Voor het ruime publiek worden studiedagen georganiseerd vanuit het UC St. Jozef maar ook door externen in het UC, samen met Similes worden psycho-educatie cyclussen opgezet, wordt anderstalige informatie opgezet i.k.v. de Belgische Liga voor Schizofrenie en werden info-avonden georganiseerd,… Het UC St.-Jozef publiceert in ruime mate voor de doelgroep volwassenen. In de toekomst wil het inspanningen leveren voor wat de doelgroep kinderen betreft (0 publicaties) en voor de doelgroep ouderen (beperkt aanbod).
- Er werd in samenwerking met UPC KULeuven een werkgroep “Metaforum” opgericht voor het meer verantwoord gebruik van psychofarmaca

- Het UC St.-Jozef doet ook aan wetenschappelijk onderzoek: Hiervoor beschikt het over een wetenschappelijk comité die als taak heeft het stimuleren, ondersteunen, coördineren en opvolgen van het wetenschappelijk onderzoek. Het beschikt ook over een medische bibliotheek, die gedigitaliseerd zal worden.

- De dienst vrije tijd tracht aan beeldvorming te werken door het nemen van o.a. volgende initiatieven:
  - De dienst vrije tijd tracht een opleidingscentrum te zijn (begeleiding stagiaires) door kennis en vaardigheden rond vrijetijdsbegeleiding door te geven aan studenten en organisaties.
  - Er is een werkgroep Beeldvorming die geregeld een aantal initiatieven opzet o.a.: de jaarlijkse vrijetijdsbeurs (beeldvorming rond psychiatrie verbeteren + ex-patiënten stimuleren tot actieve vrijetijdsinvulling), een medewerker participeert aan Psylos, werkgroep sport (patiënten nemen deel aan voetbaltornooien), participatie aan contactavonden georganiseerd door de vrijetijdscoördinator van de gemeente, patiënten en medewerkers sluiten samen met de inwoners van de gemeente aan bij het sportevenement “Run for Congo”, deelname aan het GGZ-congres te Gent met een discussie rond het thema “Stigmatiserend taalgebruik”, de werelddag Geestelijke Gezondheidszorg werd onder de aandacht gebracht door het opzetten van een taboedoorbrekende en beeldvormende kunsthappening “Kunst in de Steigers”
  - In 2010 werd een patiëntenparticipatiegroep opgestart : “Hoe kunnen patiënten zelf betrokken worden bij het streven naar destigmatisering en positieve beeldvorming?”

- Zowel wat het stigma als het imago van sector betreft zijn er nog volgende initiatieven:

  - Er is het samenwerkingsproject “vrijwilligerswerking (studenten)” tussen het ziekenhuis en de faculteit geneeskunde en psychologie van de KULeuven
  - Het ziekenhuis neemt deel aan het regionaal overleg m.b.t. het project “Promotie van het verpleegkundig beroep” IQxEQ= VQ, gesubsidieerd door de provincie Vlaams-Brabant. Jongeren hebben de mogelijkheid een inleefmoment te volgen binnen het ziekenhuis.
  - De voorstelling “Te Gek” gaat opnieuw door in het UC om reden van de grote belangstelling, in 2010 werd deelgenomen aan de Open monumentendag,

- Er was de getuigenis van patiënten op de regionale radio, het UC neemt deel aan uitzendingen op de VRT (bv. ECT, algemene psychiatrie, Schizofrenie, …), het nam deel aan de jobbeurs in samenwerking met UZL, …

- In functie van het beleid en het maatschappelijk debat heeft het UC St.-Jozef een vertegenwoordiging in o.a. ledenverenigingen (VAD, overlegplatform GGZ Vlaams-Brabant, Zorgnet Vlaanderen), beleidsvertegenwoordiging (o.a. NRZV, integrale jeugdhulp, overlegplatform Vlaamse K-diensten, ….), in functionele netwerken (netwerk Halle-Vilvoorde, netwerk verstandelijke handicap), is er structureel overleg (Broeders van Liefde i.v.m. art. 107), en neemt het meerdere bestuursmandaten op o.a. in WZC, CGG, BW, MPC, geïntegreerde diensten thuiszorg, … en in beroepsorganisaties (VVP, VAS, VVAPZ,…).

9.4 Resultaten sleutelactiviteiten

Algemene vaststellingen

- *Karakteristieken van het ziekenhuis*
  Het ziekenhuis heeft zijn doelgroepen goed omschreven.
  Er is zowel een regionale als een supraregionale werking.
  Specifieke doelgroepen: forensische kinder- en jeugdpsychiatrie.

- *Verantwoording en transparantie*
  Het ziekenhuis voert een intern transparant beleid m.b.t. financiële en algemene resultaten. In het erkenningsdossier was een uitgebreid jaarverslag van 2009 en 2010.

- *Opvolging a.d.h.v. registratie en indicatoren*
  Er is een systematische bespreking van de MPG gegevens.

- *Veilige zorg*
  Het ziekenhuis gebruikt heel wat tools (suicide, bijwerkingen, somatisch, afzonderingen, valincidenten, agressie) om de zorg veiliger te maken.

- *Gebruikersgerichtheid/gepaste zorg*
  Focus van zorg: zowel in de indicatiestelling als in de evaluatie is op de zorgnoden van de patiënt. Er wordt gebruik gemaakt van evaluatieschalen.
  Patiëntentevredenheid is in kaart gebracht via Delta. Er zijn stappenplannen per afdeling (St.-Goedele) Er wordt snel ingespeeld op een hulpvraag via een wachtlijstbeheer en de liberoraadpleging. Er zijn informatiebrochures. Patiënt en familie worden betrokken bij de behandeling (behandelplan). Procedures klachtenbehandeling worden als doeltreffend beschouwd.

- *Toegankelijke zorg*
  Toegankelijkheid wordt bereikt met de liberoraadpleging, betaalbare zorg, permanentie, stepped care model.

- *Continuïteit*
  Continuïteit wordt gezocht in de samenwerking, het verstrekken van laagdrempelige zorg. Ontslagbrieven worden bewaakt en met medibridge verstuurd, er zijn heel wat nazorgfaciliteiten.

- *Doelmatige zorg*
  Er is een opvolging van de cijfers omtrent langdurig opgenomen patiënten.
  Er is een belangrijke cohorte patiënten met een lange verblijfsduur (90 langer dan 6 maand, minder dan 1 jaar, 70 langer dan 1 jaar). Het ziekenhuis vermeldt in haar

zelfevaluatie ook een aantal parameters die weinig met doelmatigheid te maken hebben.

- *Doeltreffende zorg*
  Doeltreffendheid wordt opgevolgd aan de hand van een aantal parameters (GAF scores, wijze van ontslag,..). Men gebruikt behandelplannen om voortgang in de fasen van de behandeling op te volgen. Langdurige zorg is herstelgericht, maar dit wordt niet met concrete parameters opgevolgd (vb. tewerkstelling,..). Wel zijn er activiteiten die de familie ondersteunen (vb. psycho-educatie).

- *Deskundige zorg*

  Het ziekenhuis verwijst naar het gevoerde personeelsbeleid dat competentiegestuurd is, weinig verloop kent. Wat deskundigheid betreft verwijst het ziekenhuis ook naar supervisie en intervisie. Zorgprogramma persoonlijkheidsstoornissen is getoetst aan richtlijnen.

10 Bespreking

Het UC St-Jozef te Kortenberg maakt sedert vijf jaar (2006) deel uit van het samenwerkingsverband UPC KULeuven.

Dit samenwerkingsverband levert voor de samenwerkende ziekenhuizen (UC St.-Jozef, UPC Salve Mater, en UZ KULeuven) een toegevoegde waarde die significant is voor de Vlaamse Geestelijke Gezondheidszorg, gezien hun betekenis als zorg-, onderzoeks- en opleidingscentra.

Het is de bedoeling om de zorg onder te brengen in zorgprogramma's. Dit is een proces waarin de meerwaarde van de samenwerking tot volle recht kan komen en waarbij er een geschikt en modern format aangeboden wordt voor gespecialiseerde behandeling.

Het proces heeft enige vertraging opgelopen omdat het ziekenhuis erg veel geïnvesteerd heeft in de voorbereiding van het project in het kader van artikel 107 van de ziekenhuiswetgeving, wat vooral de zorg in de gemeenschap ten goede zal komen.

Het ziekenhuis UPC KULeuven kan een mooie lijst voorleggen van publicaties (wetenschappelijk onderzoek), heeft heel wat onderzoekslijnen, dit terwijl het nauwelijks extra financiële middelen krijgt. Er is op dit vlak een fundamenteel probleem in Vlaanderen: er is geen structurele financiering voor de academische psychiatrie.

Het ziekenhuis is een opleidingscentrum en werkt hiervoor samen met Hogescholen en Universiteit Leuven. Het komt het auditteam voor dat er ruimte is voor verdere uitdieping van deze samenwerking in het bijzonder met de Hogescholen in kader van de upgrading van de hogeschoolopleidingen (Bolognaproces) en waar de Associatie Leuven bijkomende mogelijkheden biedt. Samenwerking met KULeuven heeft alvast de toegang tot de universitaire diensten van UZ Gasthuisberg/universitaire labo's vergemakkelijkt.

Het organisatiemodel van de samenwerking is complex in zijn opzet en zal in de toekomst moeten vereenvoudigd worden. Wat het UC St.-Jozef betreft is er een onderbezetting vast te stellen in de bezetting van het middenkader.

Het medisch, verpleegkundig en therapeutisch beleid is gekenmerkt door een dynamiek die aanleiding geeft tot heel wat innovaties. In het bijzonder de verbetering van de toegankelijkheid en het aanbieden van hooggespecialiseerde zorg zowel klinisch als poliklinisch is een punt wat waardering verdient.

Het ziekenhuis heeft werk gemaakt van de aanbevelingen van de inspectie die in het verleden gemaakt werden. In het bijzonder zijn er specifieke initiatieven genomen omtrent het reduceren van het aantal middelen en maatregelen (afzondering, fixatie, …), wat succesvol verloopt en het uitwerken van een suïcidepreventiebeleid.

Het kwaliteitsbeleid heeft aandacht voor een ruime variatie van thema's en onderneemt activiteiten die ook de organisatie van de zorg ten goede moeten komen. Hierbij is er ook aandacht voor de zorgprogramma's als work in progress waarbij er een toets ten aanzien van richtlijnen gebeurt. Er wordt geïnvesteerd in veiligheid. Het ziekenhuis zal in de toekomst ook mogelijk resultaten kunnen neerzetten omtrent de effectiviteit van de zorg (Outcome monitoring), hoewel het gebruikte instrument zelf (HONOS) mogelijk niet gevoelig genoeg zal blijken te zijn om de vorderingen in de behandeling te meten.

Het personeelsbeleid is competentiegestuurd. Men verwacht in de toekomst als knelpunt om te kunnen voorzien in de nodige bestaffing van psychiatrisch verpleegkundigen en psychiaters.

De werking van de zorgafdelingen wordt als degelijk beschouwd. De personeelsbestaffing is evenwel een aandachtspunt.