



Auditverslag

PTC Rustenburg

Brugge

oktober 2014

Inhoud

1	Inleiding	3
1.1	Toepassingsgebieden	3
1.2	Definities	3
1.3	Auditproces	4
1.4	Samenstelling van het auditteam.....	5
2	Situering van de voorziening.....	6
2.1	Contactgegevens	6
2.2	Organogram	6
2.3	Arts – diensthoofd per dienst	6
2.4	Gemachtigd arts voor toezicht op gedwongen opname	6
2.5	Erkenningssituatie.....	6
3	Leiderschap	7
3.1	Beleidsorganen	7
3.2	Organisatiestructuur.....	10
4	Beleid en strategie	12
4.1	Beleid	12
4.2	Lerende omgeving	17
5	Middelen	22
5.1	Infrastructuur	22
5.2	Patiëntendossier	22
6	Medewerkers	24
6.1	Personeelsbeleid	24
6.2	Vorming, training en opleiding (VTO)	28
6.3	Vrijwilligers, jobstudenten en zelfstandigen.....	29
6.4	Bestaffing	29
7	Processen	31
7.1	Organisatie van zorg.....	31
7.2	Medicatiebeleid.....	32
7.3	Dwangmaatregelen.....	35
7.4	Agressiebeleid	36
7.5	Suïcidepreventiebeleid	38
7.6	Patiëntenrechten.....	40
8	Resultaten.....	43
8.1	Toegankelijkheid.....	43
8.2	Informatieverstrekking	44
8.3	Tevredenheid medewerkers en patiënten	44
8.4	Patiënt/familiegeoriënteerde zorg	45
8.5	Continuïteit van zorg	47
8.6	Samenwerking	47
8.7	Cijfergegevens (2013)	48

1 Inleiding

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

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

Facultatief boden we de mogelijkheid tot een slotbespreking waar de opmerkingen die doorgegeven werden in de reactienota, konden toegelicht worden. Deze slotbespreking vond plaats op 12 december 2014 van 10u00 tot 12u00, in het Ellipsgebouw (Koning Albert-II laan 35 te 1030 Brussel).

1.1 Toepassingsgebieden

Tijdens de audit wordt gefocust op kwaliteit van zorg:

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

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

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

1.2 Definities

In het auditverslag wordt gebruik gemaakt van vijf soorten vaststellingen:

Algemene vaststellingen (AV)

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

Sterke punten (SP)

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

Aanbevelingen (Aanb)

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

Non-conformiteiten (NC)

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

Tekortkomingen (TK)

Dit zijn net als de non-conformiteiten aspecten waarvoor het ziekenhuis onvoldoende scoort, maar de auditoren baseren zich hiervoor niet op erkenningsnormen. Omdat het agentschap Zorg en Gezondheid bevoegd is voor deze regelgeving en de interpretatie ervan, moeten ook deze tekortkomingen worden gelezen als een "voorstel van tekortkoming". Het agentschap Zorg en Gezondheid kan deze kwalificatie wijzigen.

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

Non-conformiteiten en tekortkomingen zullen steeds opgevolgd worden.

1.3 Auditproces

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

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

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

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

Er werden 23 uren interview en rondgang georganiseerd. Tijdens de interviews waren er gesprekken met 3 directieleden, 3 psychiaters, 3 stafmedewerkers, het diensthoofd administratie, 5 verpleegkundigen waarvan 3 hoofdverpleegkundigen, 1 creatief therapeute, 1 psychomotorisch therapeute, 1 apotheker, 3 psychologen, 1 (externe) ombudspersoon en 1 patiënt.

Volgende verblijfsafdelingen werden tijdens de audit bezocht:

- Paviljoen 1
- Paviljoen 2
- Paviljoen 3.1
- Paviljoen 3.2

De vaststellingen in het auditverslag zijn gebaseerd op informatie uit de geraadpleegde documenten, op informatie verkregen tijdens de interviews, op observaties tijdens de rondgang van diensten en op steekproeven (inzage in 6 patiëntendossiers, 3 medicatiefiches, een nachtnota-boekje, registratiegegevens, ...).

1.4 Samenstelling van het auditteam

Kurt Lievens	Hoofdauditor
Veerle Meeus	Auditor
Koenraad Fierens	Auditor
Lindsay Vissenaekens	Observator

Auditplan

Dinsdag 7 oktober 2014			
	Kurt Lievens	Koenraad Fierens	Veerle Meeus
9 - 10u	toelichting bij het auditproces door de auditoren en korte voorstelling van en door het ziekenhuis		
10 - 12u	afdelingsbezoek	afdelingsbezoek	afdelingsbezoek
12 - 13u	middagmaal + overleg auditoren (auditoren alleen)		
13 - 14u	ombudsfunctie en patiëntenrechten	medisch beleid	personeelsbeleid
14 - 15u	afdelingsbezoek i.f.v. ombudsfunctie en patiëntenrechten	afdelingsbezoek i.f.v. medicatiebeleid	

maandag 13 oktober 2014			
	Kurt Lievens	Koenraad Fierens Lindsay Vissenaekens	Veerle Meeus
9 - 11u	therapeutisch beleid	kwaliteitsbeleid + resultaten van klanten en medewerkers	afdelingsbezoek
11 - 12u	algemeen beleid	medicatiebeleid	dwangmaatregelen, suïcidebeleid, agressiebeleid
12 - 13u	middagmaal + overleg auditoren (auditoren alleen)		
13 - 14u	afroendend gesprek		

2 Situering van de voorziening

2.1 Contactgegevens

Naam	Psychotherapeutisch Centrum Rustenburg
Adres	Waggelwaterstraat 2
Gemeente	8000 Brugge
Telefoon	050 31 81 65
E-mail	rustenburg@rb.gzgj.be
Websites	www.ptcrustenburg.be
Inrichtende macht	Gezondheidszorg Bermhertigheid Jesu vzw
Voorzitter Raad van Bestuur	Stan Beernaert

2.2 Organogram

Algemeen directeur	Joost Vanhaecke
Directeur patiëntenzorg	Riet Marcus
Hoofddarts	Dr. Sara De Vos
Voorzitter medische raad	Dr. Caroline Vandenbroucke

2.3 Arts – diensthoofd per dienst

A-dienst	Dr. Sara De Vos
----------	-----------------

2.4 Gemachtigd arts voor toezicht op gedwongen opname

Niet van toepassing: het ziekenhuis heeft geen erkenning voor gedwongen opname.

2.5 Erkenningssituatie

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

- 72 A-bedden.
- Associatie ziekenhuisapotheek tussen het PZ Onze-Lieve-Vrouw (Brugge) en PTC Rustenburg met betrekking tot de gezamenlijke exploitatie van de functie ziekenhuisapotheek.

3 Leiderschap

PTC Rustenburg werd opgericht in 1965 door de Zusters van de Barmhertigheid Jesu. Begin 2000 werd de exploitatie overgedragen aan de in 1999 opgerichte vzw Gezondheidszorg Barmhertigheid Jesu. Deze groep baat ook nog een aantal andere GGZ-voorzieningen uit:

- PZ Heilig Hart, Ieper (www.hhartieper.be)
- PVT Het Tempelhof, Ieper
- PZ Onze-Lieve-Vrouw, Brugge (www.pzolv.be)
- PVT Sint-Augustinus, Brugge
- Centrum voor psychische revalidatie Inghelburch, Brugge (www.inghelburch.be)

Binnenkort komt er nog een Centrum voor psychische revalidatie bij, in het kader van de uitbouw van het Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg Ieper-Diksmuide (project i.k.v. artikel 107).

3.1 Beleidsorganen

- De voorbije jaren ging veel aandacht naar het optimaliseren van de beleidsstructuur op vzw-niveau. **(AV)**
 - De **Algemene Vergadering** is het hoogste beslissingsorgaan. Tussen de twee auditdagen in kwam deze vergadering bijeen, waarbij de samenstelling werd gewijzigd. Daarbij werden onder meer drie medici (een huisarts, een professor-psychiater en een professor-geriater) aangesteld.
 - Tijdens diezelfde vergadering werd ook de samenstelling van de **Raad van Bestuur** gewijzigd. Deze telt voortaan 11 leden en komt 10 keer per jaar bijeen. De vergaderingen worden (met uitzondering van korte voorvergaderingen) bijgewoond door de algemeen coördinator van de vzw en door de drie algemeen directeurs:
 - de algemeen directeur van PTC Rustenburg en Inghelburch;
 - de algemeen directeur van PZ Heilig Hart, PVT Tempelhof en het nieuwe centrum voor psychosociale revalidatie;
 - de algemeen directeur van PZ Onze-Lieve-Vrouw en PVT Sint-Augustinus.

De voorbije jaren kreeg de optimalisatie van de samenstelling van de Raad van Bestuur behoorlijk wat aandacht, waarbij naast de nodige evenwichten (zoals man-vrouw, regionale vertegenwoordiging) vooral de nodige diversiteit inzake competenties werd gezocht. **(AV)**

Veel van de bestuurders hebben uitgebreide leidinggevende en bestuurservaring en/of een bijzondere expertise in een specifiek bestuursdomein. **(SP)** Bij de recente wijzigingen werd door de benoeming van een huisarts en een professor-geriater ook medische expertise op bestuursniveau binnengebracht.

- Sinds 2012 is er een **bestuurscomité**, bestaande uit twee bestuurders, de drie algemeen directeurs en (sinds zijn aanstelling in 2014) de coördinator van de vzw. Het bestuurscomité bereidt de agenda van de Raad van Bestuur voor. Binnen de gedelegeerde bevoegdheden kan het comité beslissingen nemen en laten bekrachtigen door de Raad van Bestuur. De algemeen coördinator faciliteert een aantal cellen die verschillen inzake beslissingsbevoegdheid en aan wie er wordt gerapporteerd: het centraal bouwcomité, de stuurploeg informatica, de boekhouding, personeel.

Door de installatie van deze structuur kan de agenda van de Raad van Bestuur ontlast worden van operationele aspecten, terwijl wel de nodige transparantie ten aanzien van het bestuur behouden blijft. **(AV)**

- De **vzw directiegroep** vergadert maandelijks en bestaat uit alle niet-medische directieleden van de verschillende voorzieningen en de algemeen coördinator van de vzw. Deze groep heeft geen formele beslissingsbevoegdheid, maar dient vooral ter uitwisseling van informatie en ter voorbereiding van dossiers op vzw- en/of bestuursniveau.
- Minstens twee keer per jaar komt het **strategisch comité** bijeen dat advies geeft over de belangrijkste keuzes met een strategische impact; dit comité bestaat uit drie leden van de algemene vergadering, de drie algemeen directeurs, de drie hoofdartsen en de algemeen coördinator van de vzw.
- Op vzw-niveau is er tenslotte nog een **reflectiegroep ethiek**. Het vzw-organogram voorziet verder nog in een **comité interne audit**, maar dit werd vooralsnog niet geoperationaliseerd. Ad hoc komt ook nog een **remuneratiecomité** bijeen, maar dit staat niet in het organogram vermeld.
- Om de verschillende structuren op dit niveau te coördineren werd halfweg 2014 een algemeen coördinator van de vzw aangesteld. Deze heeft geen hiërarchische rol ten aanzien van de voorzieningen of de directieleden, maar heeft eerder het faciliteren van de werking op vzw-niveau als opdracht. **(AV)**

De gelaagde bestuursstructuur combineert op doordachte wijze de voordelen van gemeenschappelijkheid terwijl de nodige aandacht voor de specificiteit van de verschillende voorzieningen gewaarborgd wordt. **(SP)**

Er lijken wel nog kwaliteitswinsten te halen door de beschikbare expertise in de groep beter te benutten ten voordele van de individuele voorzieningen. **(Aanb)**

- Op ziekenhuisniveau is een groot aantal beleids- en overlegorganen actief. **(AV)**
 - Het **directiecomité** bestaat uit drie directieleden (algemeen directeur, directeur patiëntenzorg en hoofdarts) en komt wekelijks bijeen.
 - De **medische raad** verenigt de vijf ziekenhuisgeneesheren (drie psychiaters en twee huisartsen), en komt maandelijks bijeen.
 - Wekelijks vergadert de **medische staf**, bestaande uit de drie psychiaters.
 - Acht à tien keer per jaar is er een **overleg directie-psychiaters**.
 - Er is geen financiële commissie of POC of een ander overlegorgaan waarin de medische raad de raad van bestuur ontmoet over de financiële stromen binnen de organisatie. **(NC)** Jaarlijks presenteert de algemeen directeur, na goedkeuring door de algemene vergadering, de jaarrekening aan de medische raad, met bijzondere aandacht voor de honoraria en de kostenplaatsen medisch-technische diensten en apotheek.
 - De **sturgroep kwaliteit en patiëntveiligheid** komt minimum vier keer per jaar bijeen.
 - Twee keer per jaar overleggen de **directie, de (afdelings)trio's, de therapeutisch coördinator en de kwaliteitscoördinator**.
 - Minstens maandelijks overleggen de **therapeutisch coördinator, de kwaliteitscoördinator en de directeur patiëntenzorg**.

- Een wekelijkse **briefing** met een vertegenwoordiging van de directie, de drie hoofdverpleegkundigen, de leidinggevendenden van de ondersteunende diensten en de stafmedewerkers.
- Overleg van het **trio** per paviljoen (psychiater, psycholoog, hoofdverpleegkundige) en per postkuur (psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker), waarvan de frequentie door elk trio kan bepaald worden. Ad hoc sluiten de therapeutisch coördinator, de kwaliteitscoördinator en/of de directeur patiëntenzorg aan.
- **Teamoverleg i.f.v. beleid** (waarvan de frequentie te bepalen is door elk trio).
- Verschillende disciplines (psychotherapie, verpleegkunde, creatieve therapie, maatschappelijk werk, psychomotorische therapie) komen volgens een door hen-zelf te kiezen frequentie bijeen in (monodisciplinaire) **vakgroepvergaderingen**.
- Vier tot zes keer per jaar is er een overleg van **alle trio's met de therapeutisch coördinator**. Ook de **vakgroepcoördinatoren en de therapeutisch coördinator** komen af en toe samen.
- Maandelijks vergaderen de **hoofdverpleegkundigen met de directie patiëntenzorg**.
- In het facilitair domein is er ook een (ad hoc) overleg rond **personeelsbeleid en de organisatie van de ondersteunende diensten**.
- Om de twee maanden vergadert de **commissie medische ethiek PZ Onze-Lieve-Vrouw – PTC Rustenburg**. De **werkgroep ethiek** komt drie à vier keer per jaar bijeen, en het **consultatieforum ethiek** doet dat ad hoc.
- Het **medisch-farmaceutisch comité** vergadert vier keer per jaar, net als het **comité voor ziekenhuishygiëne**, waarbij aansluitend één keer per jaar het **comité voor medisch materiaal** bijeenkomt.
- Volgens noodzaak komen het **associatiecomité functie apotheek** en het **medisch comité functie apotheek** samen.
- Ten slotte is er ook nog het **Permanent comité Rampenplan**, dat op afroep bijeen komt.

Er is een overzicht beschikbaar van de verschillende beleidsorganen, van de communicatiekanalen en van de vergaderingen, telkens met een beschrijving van de doelstellingen, bevoegdheden, samenstelling en frequentie. **(AV)**

Onder meer door de ontwikkeling van bijkomende niveaus (de gekantelde structuur binnen het departement patiëntenzorg met daarin de trio's, het vzw-niveau boven het ziekenhuisniveau en daarboven ook nog eens het netwerkniveau in het kader van artikel 107) met inherent hieraan de noodzaak tot overleg, is de lijst van vergaderingen zeer uitgebreid geworden.

We bevelen aan om de huidige vergaderstructuur te evalueren op het vlak van aantal en frequentie. **(Aanb)**

3.2 Organisatiestructuur

- Het Directiecomité bestaat uit de algemeen directeur, de hoofdarts en de directeur patiëntenzorg. Zij vergaderen wekelijks. **(AV)**
- De algemeen directeur bekleedt deze functie sinds 2011, na het pensioen van zijn voorganger, en is (sinds 2000) ook directeur van het Centrum voor psychosociale revalidatie Inghelburch. Hij is orthopedagoog en psychotherapeut van opleiding. Hij volgde een post-graduaat management in de gezondheids- en welzijnszorg (Ehsal), evenals het International Professional Development Programme – leading meaningful change (Professional Development International). **(AV)**
- De directeur patiëntenzorg is in deze hoedanigheid actief sinds 1999. Zij behaalde na haar opleiding als verpleegkundige een diploma ziekenhuismanagement aan de Universiteit Gent. **(AV)**
- De hoofdarts werd in april 2014 aangesteld. Ze is ook afdelingsarts op paviljoen 3.1. **(AV)**
- De organisatiestructuur van het ziekenhuis werd recent hertekend (zie verder). Er zijn twee organogrammen: een algemeen en een therapeutisch organogram. **(AV)**
- Het algemeen organogram maakt onderscheid tussen: **(AV)**
 - Het medisch departement (inclusief de medische aspecten van het verpleegkundig-therapeutisch departement), geleid door de hoofdarts.
 - Het verpleegkundig-therapeutisch departement.
Dit departement wordt geleid door de directeur patiëntenzorg, die de verpleegafdelingen en de therapeutische diensten aanstuurt. Ook de verpleegkundige ziekenhuishygiënist, de therapeutisch coördinator (1 VTE) en de coördinator van de ondersteunende processen zorg (1 VTE) vallen onder dit departement.
 - Het financieel-administratief-logistiek departement, geleid door de algemeen directeur. Onder meer de ondersteunende diensten, de kwaliteitscoördinator (0,63 VTE) en de medewerker zinzorg en pastoraal vallen hieronder.

De stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid staat als verbindend element tussen het Directiecomité en de drie departementen.

- Het therapeutisch organogram maakt duidelijk dat de zorg aangeboden wordt vanuit 4 paviljoenen (1, 2, 3.1 en 3.2), postkuur 1 en postkuur 3. Deze 6 zorgeenheden worden sinds begin 2014 telkens geleid door een trio (psychiater, psycholoog en hoofdverpleegkundige in de paviljoenen; psychiater, psycholoog en maatschappelijk werker in de postkuurprogramma's).
Ook een aantal (maar niet alle) overlegorganen staan in dit organogram vermeld, evenals een aantal functies. Het geheel is niet zo overzichtelijk. **(AV)**
- We bevelen aan om na een stabilisatie van de nieuwe structuur de afstemming van de organisatorische en inhoudelijke elementen te verankeren in een geïntegreerd organogram en zo meteen ook de nodige duidelijkheid te creëren. **(Aanb)**
- De trio's van de paviljoenen bestaan telkens uit een arts, een psycholoog en de hoofdverpleegkundige. Postkuur-trio's bestaan uit een arts, een psycholoog en een maatschap-

pelijk werker. Onder meer via zogenaamde “werkvergaderingen” wordt de rest van het team bij het afdelingsbeleid betrokken. **(AV)**

- Er is voorzien dat de trio's minstens één keer per jaar hun afdelingsbeleid bespreken met de directie. **(AV)**
- In 2015 wordt de nieuwe organisatiestructuur geëvalueerd. Ook de medewerkerstevredenheidsmeting (tevens voorzien in 2015) wordt als een belangrijke indicator gezien in dit verband. **(AV)**

4 Beleid en strategie

4.1 Beleid

- De voorbije jaren kende het ziekenhuis een groot aantal personeelwissels: naast een volledig nieuw medisch korps kwam er ook een nieuwe algemeen directeur en een aantal nieuwe stafmedewerkers. Naar aanleiding van deze wissels, van de resultaten van een medewerkerstevredenheidsmeting en van de veranderende ggz-context werd in 2011 beslist om organisatiebreed (d.w.z. over alle disciplines heen) én bottom-up te reflecteren over de huidige en toekomstige kernopdracht van PTC Rustenburg.

Hiertoe gingen in 2012, onder begeleiding van een extern consultant, twee parallelle en complementaire trajecten van start rond de identiteit van de organisatie en de zorginhoudelijke visie:

- Identiteit van de organisatie / waarden / kernopdracht:
In workshops – waartoe alle medewerkers werden uitgenodigd en waaraan 78 % van de medewerkers participeerde – werden de waarden binnen Rustenburg geëxpliciteerd, en geclusterd in de baseline “stilstaan is vooruitgaan”:
 - Stilstaan: gedragenheid, vertrouwen, respect, veiligheid,
 - Vooruitgaan: authenticiteit, tijd en ruimte, bezieling en verbondenheid.Deze waarden vormden de ruggengraat van de missie die vervolgens – in het najaar van 2012 – geactualiseerd werd, en die actief wordt uitgedragen in de verschillende interne en externe communicatiekanalen.
- Visie:
De therapeutische visie werd geactualiseerd door alle psychiaters en psychologen, en begin 2013 voorgesteld aan alle medewerkers. **(AV)**
- Vervolgens maakten directie en psychiaters in het najaar van 2012 een omgevingsanalyse (met specifieke aandacht voor de veranderende GGZ-context), die in februari 2013 verder werd uitgewerkt tijdens een strategische tweedaagse waar alle leidinggevendenden (zowel uit het departement zorg als uit de ondersteunende diensten), psychiaters, directie en staf aanwezig waren. Daarbij werd ook een SWOT-analyse opgemaakt. **(AV)**
- Op basis van – onder meer – al deze elementen, en rekening houdend met de thema's die werden aangegeven in de medewerkerstevredenheidsmeting in 2011, werden de strategische doelstellingen geformuleerd onder de noemer “Rustenburg in 2018”:
 1. Het residentieel aanbod blijft ook in 2018 de core-business.
 2. Het semi-residentiële aanbod wordt primair ingezet ten dienste van het residentieel aanbod.
 3. De ambulante werking is structureel ingebed in een extern netwerk.

Deze strategische doelstellingen werden vertaald in vijf operationele doelstellingen:

1. Het garanderen van een kwalitatief zorgproces ondersteund door een performante organisatiestructuur.
2. Het werken in een optimale infrastructuur met performante ondersteunende diensten.
3. Een aantrekkelijke en toonaangevende werkgever zijn, met helder en gedeeld leiderschap.

4. Rustenburg positioneert zich regionaal en supraregionaal met een specifieke expertise en in partnerschap.
5. Rustenburg beheert middelen efficiënt en effectief.

Op het moment van de audit is PTC Rustenburg deze operationele doelen aan het concretiseren, wat betekent dat ze in een beleidsplan – inclusief acties en timing – worden vertaald. Voor operationele doelstelling 1 is deze oefening ongeveer rond, voor de andere doelstellingen is een aanzet beschikbaar. **(AV)**

- Bij de uitvoering werd tot nu toe prioriteit gegeven aan de eerste operationele doelstelling. In het kader daarvan werd er voor geopteerd om meer procesgericht te gaan werken dan via de van oudsher bestaande discipline-georiënteerde werking. Daartoe werd de organisatie “gekanteld” vanaf 1 januari 2014. Belangrijkste veranderingen daarbij waren het ontstaan van “trio’s” ter aansturing van de paviljoenen (psychiater, psycholoog, hoofdverpleegkundige) en de postkuurprogramma’s (psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker), het opstarten van vakgroepen (elk met een vakgroepcoördinator) en het aanpassen van de vergaderstructuur. **(AV)**
- Er wordt jaarlijks een jaarverslag opgemaakt van het ziekenhuis. Tot en met 2013 gebeurde dat door de verschillende diensten binnen het ziekenhuis. Gezien de kanteling zal het jaarverslag vanaf 2014 opgemaakt worden vanuit de verschillende teams, en daarnaast vanuit de ondersteunende diensten als administratie, onderhoud, keuken, technische dienst. Het jaarverslag zal daarbij worden opgevat als een evaluatie van de beleidsplannen. **(AV)**
- Voor de opmaak van een afdelingsbeleidsplan kregen de trio’s een Word-sjabloon en ondersteuning van de therapeutisch coördinator en de kwaliteitscoördinator. **(AV)** Op het vlak van het opstellen, uitvoeren en evalueren van beleidsplannen op team- en diensten-niveau dient evenwel nog een weg te worden afgelegd. **(TK)** Verdere ondersteuning blijft daarbij duidelijk een noodzaak. Tijdens verschillende gesprekken kon worden vastgesteld dat het op die niveaus aan systematiek, vaardigheden en ondersteuning ontbreekt om het algemene beleid te vertalen naar de praktijk op de werkvloer, met aandacht voor het stellen van prioriteiten, het SMART formuleren van doelstellingen, het kiezen van indicatoren voor opvolging en het bepalen van tijdspaden met tussentijdse evaluatie- bijsturingsmomenten. Hier dient de komende periode ernstig werk van te worden gemaakt, om het zeer verdienstelijke werk dat de voorbije tijd is gebeurd, te laten uitmonden in een sluitende beleids-cyclus.
- Ingevolge de kanteling van de organisatie begin 2014 (zie verder) werden bij de trio’s de behoeften verkend inzake managementvaardigheden voor leidinggevendenden. Als gevolg daarvan wordt binnenkort ondersteuning door een externe supervisor voorzien in het leidend coachen en worden voor de afdelingspsychologen opleidingen voorzien over het voeren van functioneringsgesprekken. **(AV)**

Medisch beleid

- Er is een inhoudelijk sterk medisch jaarverslag 2013, opgemaakt door de hoofdarts, de kwaliteitscoördinator, de andere artsen en de directie. Vanaf 2014 wil men ook de therapeutisch coördinator bij de opmaak betrekken. Dit jaarverslag is ter inzage voor alle medewerkers via intranet. **(SP)**

- Het medisch beleidsplan voor 2014 is onvoldoende concreet uitgeschreven. **(TK)** Het omvat zeven hoofdlijnen die de medische visie van het PTC weergeven. Er zijn geen SMART-geformuleerde doelstellingen, geen actieplannen, geen concrete projecten, geen systeem voor kwaliteitsmanagement in opgenomen.
- Het medisch reglement dateert van 2004 en geldt voor de drie psychiatrische ziekenhuizen van de vzw Gezondheidszorg Bermhertigheid Jesu. Het reglement werd enkel uitgewerkt voor de A-dienst (dus voor het PTC op ziekenhuisniveau). **(AV)** In het kader van de vernieuwde missie, visie en de kanteling van de zorgorganisatie lijkt het zinvol om het medisch reglement te actualiseren en specifiek uit te schrijven voor het eigen ziekenhuis. **(Aanb)**
- De hoofdarts bekleedt die functie sinds 1 april 2014. Daarnaast is ze nog als psychiater actief in het eigen ziekenhuis en daarbuiten in haar privépraktijk. Formeel kreeg zij een halve dag per week toegewezen om alle taken verbonden aan haar functie als hoofdarts te vervullen, maar in de praktijk besteedt ze daar een ganse dag aan. De tijdsbesteding voor het klinische werk in het PTC bedraagt 3 dagen per week. **(AV)** We bevelen aan dat de hoofdarts kan genieten van een specifieke opleiding over ziekenhuismanagement en kwaliteitsbeleid. **(Aanb)**
- Er is een grote betrokkenheid van de hoofdarts bij het beleid van het ziekenhuis, en dit op alle beleidsniveaus. **(SP)** De hoofdarts is aanwezig op talloze overlegmomenten wat een zeer grote tijdsinvestering vergt. We bevelen aan om de huidige vergaderstructuur te herbekeken op vlak van aantal en frequentie. **(Aanb)**
- Er zijn 5 artsen als staflid verbonden aan het ziekenhuis: 3 psychiaters en 2 omnipracticici. De psychiaters staan in voor de psychisch-therapeutische behandeling van de patiënten van hun respectieve afdelingen, terwijl de huisartsen de somatische zorg van alle patiënten van het ziekenhuis voor hun rekening nemen. Hiervoor zijn vaste consultatie-uren voorzien, op 2 dagen in de week. **(AV)**
- Tijdens de kantooruren (09u00 – 17u00) is er steeds één psychiater in het centrum aanwezig. Zowel de aanwezigheid van psychiaters als die van de huisartsen is formeel geregeld via uurroosters. De continuïteit van de medische zorg werd vastgelegd in een tekst die werd onderschreven door alle psychiaters. De aanwezigheid van de psychiaters in het centrum is door alle medewerkers te consulteren via het intranet (nominatieve wachtlijst). Er was voor de gecontroleerde periode (1 maand) steeds (24/24 en 7/7) een oproepbare psychiater. **(SP)**
- De vijf artsen-stafleden zijn allen lid van de medische raad. Dit orgaan vergadert maandelijks met agenda en verslaggeving. Hier worden ook kwaliteitsitems geagendeerd, bv. probleemcasusbesprekingen. **(AV)**
- Alle medische dossiers worden bewaard in een centraal archief. **(AV)**
- In het PTC wordt geen ECT toegepast. Uitzonderlijk (2 keer in 2013) wordt een patiënt hiervoor verwezen naar het naastgelegen AZ Sint-Jan. **(AV)** Dit werd niet geformaliseerd in een samenwerkingsakkoord. **(Aanb)**

Therapeutisch beleid

- Zoals hoger beschreven werd de ziekenhuisbrede therapeutische visie recent geactualiseerd. Dat gebeurde door de ondertussen opgeheven medisch-therapeutische raad, bestaande uit psychiaters en psychologen.
In de therapeutische visie kiest men heel expliciet en consequent voor een psychoanalytische benadering, waarmee Rustenburg zich onderscheidt van de meeste andere (semi-)residentiële behandelvormen in Vlaanderen. Een ander centraal (en onderscheidend) element in de behandelvisie is de sterk doorgedreven groepsgerichte benadering: ervan uitgaande dat problemen, verbonden aan de voorgeschiedenis van de patiënt, zich herhalen in relatie tot andere personen (overdracht), ziet men de oplossing mede vervat in de relatie tussen de patiënt, de hulpverlener en de medepatiënten. De groep wordt daarom heel consequent als middel gebruikt om tot therapeutische verandering te komen. **(AV)**
- De psychoanalytische benadering in de vorm van groepstherapie vormt dus de kern. Andere therapeutische oriëntaties of methodieken worden hoofdzakelijk in functie daarvan ingezet. Zo is een gedragstherapeutische individuele therapie mogelijk, maar dan bv. met als finaliteit het dempen van de veelheid aan symptomen, om aldus het functioneren in groep (opnieuw) mogelijk te maken. Ook de inzet van de begeleider afhankelijkheidsproblematiek (0,13 VTE voor het hele ziekenhuis) gebeurt in eerste instantie om de noodzakelijke randvoorwaarden te creëren voor het therapeutische proces in de groep; dat geldt ook grotendeels voor de gezinsbegeleider (0,39 VTE voor het hele ziekenhuis), al kan “gezinstherapie” ook als aanvullende therapie worden ingezet. **(AV)**
We bevelen aan om na te gaan (bv. aan de hand van evidence, ROM en/of tevredenheidsmetingen) of het inzetten van meer specifieke individuele of context-therapie een meerwaarde kan betekenen, ook aanvullend bij (en dus niet louter in functie van) het groepsaanbod. **(Aanb)**
- Het is de bedoeling dat elk team de ziekenhuisbrede visie vertaalt naar de eigen teamwerking. Dit gebeurt in eerste instantie door het trio, dat evenwel ook de andere teamleden betreft.
De mate waarin deze vertaling al is gebeurd, varieert van afdeling tot afdeling. **(AV)**
- Er is voorzien dat deze visie vervolgens vertaald wordt in onderbouwde behandelprogramma's, wat beschreven wordt als “een continu gegeven dat in verschillende overlegmomenten aan bod komt”. **(AV)** Deze stap, die precies de meerwaarde van een visie als sturende leidraad kan vormen, werd evenwel nog nergens expliciet teruggevonden. **(TK)**
- Alle non-verbale therapeuten en maatschappelijk werkers worden in eerste instantie aangestuurd door het trio (psychiater, psycholoog en hoofdverpleegkundige) van het team waartoe ze behoren. Concreet stuurt en evalueert de psycholoog hun functioneren. De psychologen zelf, net als de hoofdverpleegkundigen, vallen hiërarchisch onder de directeur patiëntenzorg (die bv. ook met hen een functioneringsgesprek houdt). **(AV)**
- Sinds het voorjaar van 2014 is een (voltijdse) therapeutisch coördinator in dienst. Het betreft een niet-hiërarchische, verbindende functie. Deze coördinator biedt enerzijds ondersteuning aan de teams inzake het ontwikkelen, implementeren en afstemmen van het therapeutisch beleid, en ondersteunt anderzijds het selectiebeleid binnen het zorgdepartement. Zij werkt in nauwe samenwerking met de directeur patiëntenzorg en de hoofddarts, die eindverantwoordelijk zijn voor het therapeutisch beleid. **(AV)**

- Er is regelmatig overleg tussen alle leden van de verschillende trio's en de therapeutisch coördinator. Op de agenda van dit overleg staan zorg- en therapeutische paviljoen-overstijgende thema's. Dit forum komt 4 à 6 keer per jaar bijeen, en vergadert daarnaast ook nog eens twee keer met aanwezigheid van de voltallige directie. **(AV)**
- Binnen de therapeutische programma's nemen de non-verbale therapieën een belangrijke plaats in. Deze prominente plek wordt niet gereflecteerd in een evenredige betrokkenheid van de non-verbale therapeuten bij het ontwikkelen van de therapeutische visies, noch in hun vertegenwoordiging op beleidsniveau. Hetzelfde geldt voor de maatschappelijk werkers. Deze disciplines hebben – behalve op teamniveau – ook geen structureel overleg met de medische of andere disciplines. Aan dat laatste wordt binnenkort deels verholpen door de installatie van het overleg tussen de vakgroepcoördinatoren en de therapeutisch coördinator, en diezelfde therapeutisch coördinator kan ook een belangrijke rol spelen in het vertolken en bewaken van het perspectief van de verschillende disciplines. **(AV)** Toch bevelen we aan om aandacht te hebben voor de vraag of alle disciplines zich voldoende vertegenwoordigd voelen op beslissingnemende niveaus en vooral of de genomen beslissingen bij die disciplines het nodige draagvlak vinden. **(Aanb)**
- Alle psychiaters en psychologen hebben een langdurende psychotherapeutische opleiding gevolgd. Wanneer deze nog niet gevolgd is bij indiensttreding, wordt individueel onderhandeld in hoeverre het ziekenhuis (een deel van) de te maken kosten en te investeren tijd kan compenseren. De mate waarin de gekozen opleiding past in de vormingsnoden van de organisatie wordt daarbij als richtinggevend gezien. **(AV)**
- In mei 2014 werd – onder meer naar aanleiding van het in dienst treden van een nieuwe medewerker psychodiagnostiek – een paviljoenoverschrijdende visie omtrent psychodiagnostiek uitgeschreven. Er wordt momenteel gezocht naar manieren om die visie – met accentverschillen per paviljoen – ook in de praktijk te brengen. De nieuwe medewerker psychodiagnostiek start in dit kader ook met een postgraduaat in de materie aan de hogeschool Thomas More in Antwerpen. **(AV)**
- Na het kantelen van een dienstenstructuur naar een meer procesgerichte organisatie, werd een monodisciplinaire vakgroepwerking opgestart voor vijf disciplines: verpleegkunde, creatieve therapie (waarbij ook de muziek- en dramatherapeuten aansluiten), psychomotorische therapie, maatschappelijk werk en psychotherapie. In de "Inlichtingennota vakcoördinatie in PTC Rustenburg" staat beschreven dat deze vakgroepen er toe moeten leiden dat de deskundigheid en professionaliteit binnen de disciplines gewaarborgd wordt en dat de identiteit van die verschillende disciplines voldoende tot haar recht kan komen. De vakgroepen hebben een informerende, adviserende, reflecterende, ondersteunende, toetsende en stimulerende bevoegdheid en geen hiërarchische of beslissingsbevoegdheid. Elke vakgroep heeft een vakgroepcoördinator, die hiervoor twee uur per week wordt vrijgesteld. De vergaderfrequentie van de meeste vakgroepen is hoog, en het is nog wat zoeken naar de optimale invulling van zowel de vergaderingen als het coördinatorschap. De therapeutisch coördinator speelt hierbij een ondersteunende en verbindende rol. **(AV)**
- Werken vanuit een psychoanalytisch kader vereist een zekere kennis die (vanuit de basisopleiding) niet vanzelfsprekend is bij veel van de ingezette disciplines. Om die kennis te vergroten, worden verschillende initiatieven genomen:

- Aandacht voor de nodige voorkennis bij het aanwervingsbeleid, indien mogelijk.
- Het organiseren van interne vormingen; zo werd in 2013 een reeks van 6 interne vormingsavonden “inleiding in de psychoanalyse” georganiseerd.
- Permanente aandacht binnen de teams voor het uitleggen en illustreren van de psychoanalytische concepten. **(AV)**

4.2 Lerende omgeving

- Kwaliteitsbeleid wordt gezien als deel uitmakend van het organisatiebeleid in dit ziekenhuis.
De voorbije jaren kwam kwaliteit veel duidelijker op het voorplan, vooral op management-niveau (directie en staf). Dit wordt gereflecteerd in de missie- en visieteksten van het ziekenhuis. Men drukt onder meer in de visieteksten de intentie uit om kwalitatieve zorg op een systematische en wetenschappelijk onderbouwde manier vorm te geven. Dit werd recent nog vertaald in operationele doelstellingen. Ook op de afdelingen werden reeds heel wat verbeteracties gerealiseerd. **(SP)**
Door recente ontwikkelingen die veel energie vergden (bv. bouwproject, kanteling van disciplinaire naar procesgerichte zorgorganisatie sinds januari 2014) bleven formele aspecten van het kwaliteitsbeleid op de achtergrond. Het aanwezige kwaliteitspotentieel kan niet steeds duidelijk zichtbaar gemaakt worden. In deze hectische periode werd de aandacht voor het multidisciplinair en patiëntgericht werken als prioriteit gezien. **(AV)**
- Het ziekenhuis beschikt over een stafmedewerker-kwaliteitscoördinator die naast een basisvorming als psycholoog nog verschillende andere relevante opleidingen kan voorleggen betreffende management en kwaliteit. **(AV)**
- De “stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid”, samengesteld uit de leden van het directiecomité, de kwaliteitscoördinator en de therapeutisch coördinator, is het orgaan dat instaat voor de opvolging van het kwaliteitsbeleid. Binnen deze stuurgroep wordt het kwaliteitsbeleid uitgestippeld en geëvalueerd. Er worden voorwaarden gecreëerd m.b.t. opdrachten vanuit het kwaliteitsdecreet, thema’s worden gekozen, projectgroepen worden samengesteld en de werking ervan wordt opgevolgd, bijgestuurd en geëvalueerd. **(AV)**
- Naast de bijeenkomsten van de stuurgroep, hebben de directeur patiëntenzorg, de kwaliteits- en therapeutisch coördinator zeer frequent overleg ter opvolging van kwaliteitsaspecten en –werkgroepen, en houden zo de vinger aan de pols. **(AV)**
- Binnen het ziekenhuis zijn er verschillende kwaliteitswerkgroepen actief rond thema’s als indicatoren, tevredenheidsmeting bij medewerkers en patiënten, suïcidepreventie, preventie van en omgaan met agressie, elektronisch patiëntendossier. Deze kwaliteitswerkgroepen zijn samengesteld uit zorgmedewerkers en worden ad hoc verder aangevuld met medewerkers of leidinggevenden uit de ondersteunende diensten. De groepen worden begeleid (zowel qua methodiek als proces) door de kwaliteits- of therapeutisch coördinator. Deze werkgroepen zijn adviserend aan de stuurgroep. **(AV)**
- Het kwaliteitsbeleid gebeurt nog op een onvoldoende gestructureerde manier, waardoor enerzijds niet alle personeelsleden mee zijn met het verhaal en anderzijds ook een heel aantal elementen in verband met het kwaliteitsbeleid niet aantoonbaar zijn. **(TK)**
 - Binnen het ziekenhuis is er voor gekozen om niet met een specifiek kwaliteitsmodel (bv. EFQM, Kwadrant, INK, BSC) te werken. Dit bemoeilijkt de communi-

- catie en de vertaling van kwaliteitsdenken en -handelen op de verschillende niveaus (management, middenkader, paviljoenen, individuele medewerkers).
- Niet alle acties worden bottom-up gecommuniceerd. De kwaliteitscoördinator en de stuurgroep kwaliteit hebben geen volledig overzicht van alle kwaliteitsinitiatieven binnen het ziekenhuis.
 - Een duidelijke cyclus van (her)evaluatie, keuze en uitvoering van (verbeter)trajecten wordt onvoldoende toegepast binnen de organisatie.
 - Vooral op afdelingsniveau worden basisbegrippen als “SMART” en “PDCA” niet of slechts deels begrepen.
 - Kwaliteitsprojecten worden meestal onvolledig beschreven en verschillen onderling sterk qua vorm. Hier zou de toepassing van een sjabloon voor een projectfiche soelaas kunnen brengen. **(Aanb)**
 - Het werken met jaarverslagen en beleidsplannen, ingebed in een beleids-cyclus, is maar zeer beperkt ingevoerd. Geen enkele afdeling beschikt over een jaarverslag en de afdelingsbeleidsplannen zijn nog onvoldoende uitgewerkt.
 - Het algemeen jaarverslag geeft een gedetailleerde weergave van de organisatorische aspecten van de voorziening (infrastructureel, personeelsbeleid, ...) maar evalueert daarnaast geen duidelijke doelstellingen noch worden resultaten weergegeven van het therapeutische werk of van kwaliteitsinitiatieven.
Er is wel een afzonderlijk medisch jaarverslag dat voor een belangrijk deel toch zulke elementen reflecteert. **(SP)**
 - In beleidsdocumenten en verbeterprojecten worden doelstellingen vaak onvoldoende SMART geformuleerd, zodat het ontwikkelen en toetsen van concrete actieplannen en de opvolging van resultaten moeilijk tot onmogelijk zijn.
 - Nergens zijn standaard tussentijdse evaluaties ingebouwd. Zo ontbreekt bv. in het sjabloon voor de afdelingsbeleidsplannen de ruimte om tijdens de actie resultaten te monitoren en eventuele bijsturing te noteren.
 - Er is vaak (nog) geen duidelijke link tussen de strategische/operationele doelstellingen van het ziekenhuis en de doelstellingen van de verbeterprojecten op afdelingsniveau.
 - Data over de werking (bv. resultaten van patiëntentevredenheidsmetingen) zijn enkel beschikbaar voor het ganse ziekenhuis en kunnen niet opgesplitst weergegeven worden (bv. per paviljoen). Hierdoor kunnen ze niet optimaal benut worden voor het beleid. Verschillende ziekenhuisgegevens worden teruggekoppeld naar de afdelingen, maar medewerkers missen een algemeen kader waarbinnen ze deze informatie moeten situeren. Verschillende initiatieven worden opgestart, maar die worden vaak gezien als eenmalige of kortdurende projecten, zonder samenhang.
 - Sommige indicatoren in het kader van verbeterprojecten worden niet of maar deels gemeten. Men kijkt bv. wel de nazorgplanning in alle dossiers maar over de vereiste om binnen de twee weken na ontslag een ontslagbrief naar de huisarts of verwijzer te sturen zijn geen gegevens beschikbaar.
- Het kwaliteitshandboek bestaat niet als dusdanig. Men beschouwt binnen het ziekenhuis de portaalsite (intranet) als kwaliteitshandboek. Deze portaalsite volgt niet de indeling die voorzien is door het Vlaams kwaliteitsdecreet, maar toch is alle nodige informatie terug te vinden. Zo zijn de klinische en de operationele performantie niet als afzonderlijke hoofd-

stukken opgenomen, maar deze elementen kunnen wel teruggevonden worden onder andere rubrieken. **(AV)**

De portaalsite is goed gestructureerd en gebruiksvriendelijk. Via handige links geraken de medewerkers vlot aan informatie zoals kerncijfers, procedures, meetresultaten, afspraken, verslaggeving van overleg, enz. De portaalsite wordt tevens benut als een belangrijk intern communicatiemiddel. **(SP)**

We bevelen aan om de portaalsite verder te ontwikkelen zodat hij nog meer bijdraagt aan de terugkoppeling van gegevens en informatie over de lopende (en afgewerkte) projecten naar de medewerkers. Het intranet kan nog verder uitgebouwd worden als feedback-instrument, bv. door: **(Aanb)**

- Beleidsplannen en jaarverslagen toe te voegen.
 - Projecten te kaderen binnen de missie en visie (aangeven van de link tussen de visie, strategische doelstellingen, operationele doelstellingen en acties).
 - Duidelijk te verantwoorden waarom deze projecten gekozen werden: welk knelpunt wou men aanpakken en waarop (objectieve criteria) is deze keuze gebaseerd.
 - Aan de hand van het actieplan op de gekozen tijdstippen (tussentijds) evalueren of de doelstellingen behaald werden en of het nodig is deze te herformuleren of nieuwe doelstellingen voor te stellen.
 - De gegevens specifieker te presenteren (bv. afdelingsgebonden, zorgtrajectgericht, volgens discipline, ...)
- Het ziekenhuis hanteert verschillende kanalen om zicht te krijgen op de geleverde kwaliteit. Men verzamelt o.a. gegevens via: **(AV)**
 - SWOT-analyse op beleidsniveau (2013).
 - Patiëntveiligheidsmeting (2011).
 - Opvolging van een aantal indicatoren, zoals controle van klaargezette medicatie, nazorgplanning, intakeregistratie. Van deze resultaten kan men afdelings specifieke feedback geven.
 - Halfjaarlijks thematisch overleg (= patiëntenfeedback).
 - Het incidentmeldingssysteem.
 - Klachten bij de externe ombudspersoon.
 - Functioneringsgesprekken met de medewerkers.
 - Meting van de medewerkerstevredenheid.
 - Meting van de patiëntentevredenheid.
 - Elk kwartaal wordt de kwaliteitsmethodiek afgetoetst tijdens een samenkomst van de kwaliteitscoördinatoren van de West-Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen.
 - Interne vergadermomenten waar kwaliteit op de agenda staat.
 - Publicatie op de portaalsite van de MPG-gegevens, cijfers over opname en ontslag, bedbezetting, ligduur.
 - Outcome-metingen (ROM).
 - Begin 2012 werd gestart met een vorm van routine outcome monitoring (ROM): bij elke nieuw opgenomen patiënt wordt een reeks testen afgenomen. Diezelfde batterij wordt voorgelegd bij ontslag en, waar voorkomend, na 6 maanden opname. **(AV)**
Voor deze vorm van ROM werd ingetekend op een onderzoek van de KULeuven, dat ook

instond voor de samenstelling van de testbatterij. In 2013 kreeg PTC Rustenburg de eerste resultaten, die begin 2014 werden verspreid en besproken. De resultaten waren enerzijds positief doordat de behandeling wel degelijk effect blijkt te hebben, maar de bruikbaarheid van de resultaten was anderzijds teleurstellend, onder meer omdat er geen differentiatie kan gemaakt worden per paviljoen.

Om aan deze en andere tekorten te voldoen, wordt momenteel een nieuwe vorm van ROM voorbereid in samenwerking met de UGent. Daarbij wil men onder meer:

- Een nieuwe reeks testen samenstellen, aangepast aan de lokale realiteit;
- De resultaten kunnen differentiëren per paviljoen;
- Niet alleen een antwoord krijgen op de vraag of de behandeling effect heeft, maar ook op de vraag welke elementen een effect hebben en welke niet, in functie van het bijsturen van behandelprogramma's;
- Zicht krijgen op de langetermijneffecten door ook 6 tot 12 maanden na ontslag metingen te doen **(SP)**

We bevelen aan om er naar te streven om de ROM ook op individueel-klinisch niveau te kunnen hanteren, in functie van het tussentijds evalueren en bijsturen van de lopende behandeling van patiënten. Verder kan het verkrijgen van aanwijzingen omtrent de specifieke kenmerken van de doelgroep die het meest gebaat is bij de specifieke therapeutische benadering helpen bij het profileren van het supraregionale aanbod van PTC Rustenburg. **(Aanb)**

- Het ziekenhuis neemt deel aan het QIP-initiatief voor de ontwikkeling van een indicatorenset voor de geestelijke gezondheidszorg. Er is ook deelname aan verschillende FOD-contracten betreffende patiëntveiligheid. **(AV)**
- Het vormingsbeleid is te algemeen en vrijblijvend beschreven, eerder als visie op vorming. Dit heeft een weerslag op de concrete uitvoering van de opleidingsstrategie voor de medewerkers. **(TK)**

*Tijdens de terugkomdag geeft het ziekenhuis aan dat er een nieuw vormingsbeleidsplan in ontwerp is. Dit beleidskader omschrijft enerzijds de bevoegdheden van de betrokkenen bij het uitwerken van vormingsplannen en -projecten. Anderzijds zal dit beleidskader concrete richtlijnen bevatten m.b.t. de te besteden uren en budgetten, en dit zowel voor de ondersteunende diensten als voor het zorgdepartement. Binnen de zorg zal er specifieke aandacht besteed worden aan het toekennen van middelen en mogelijkheden, volgens het beslissingsniveau. **(AV)***

- In 2011 vond een opleidingsdag "kwaliteit en patiëntveiligheid" plaats voor directieleden, stafmedewerkers, hoofdverpleegkundigen en disciplineverantwoordelijken. Sindsdien werd er geen gestructureerde vorming meer georganiseerd rond kwaliteit. Zeker na de kanteling is er een sterkere behoefte ontstaan aan specifieke opleiding rond kwaliteitsbeleid voor de medewerkers en vooral voor de beleidstrio's op de afdelingen. Een recente cultuurmeting bij de medewerkers toont ook de nood aan het meer concreet invullen van het kwaliteitsbeleid. Vorming over kwaliteit is de komende maanden wel voorzien voor de beleidstrio's. **(AV)** Indien men kiest voor een gestandaardiseerd en duidelijk kwaliteitsmodel, zal de vorming wellicht efficiënter kunnen verlopen. **(Aanb)**

- Er is een moederprocedure die beschrijft hoe procedures in het ziekenhuis moeten worden opgemaakt, bijgestuurd en gereviseerd. Nieuwe of aangepaste procedures worden na een briefing met de leidinggevenden ook steeds gepubliceerd op de portaalsite zodat alle medewerkers snel op de hoogte zijn. **(AV)**
- Fouten, ongevallen en (bijna-)incidenten m.b.t. patiëntveiligheid worden in principe gemeld via het elektronisch meld- en leerinstrument in het EPD (ZIS-Obasi). De analyse (PRISMA-methodiek) van deze gegevens kan aanleiding geven tot verbeteracties. **(AV)**

Het incidentmeldsysteem wordt niet optimaal gebruikt. **(TK)**

- niet alle beroepsgroepen melden systematisch (bv. psychologen)
- niet alle incidenten worden ingegeven in het systeem
- niet alle meldingen worden systematisch geanalyseerd zodat ze kunnen leiden tot verbeteracties
- sommige incidenten worden lokaal ad hoc aangepakt zodat de verbeteracties niet geregistreerd worden
- er is geen gsystematiseerd beleid voor het managen van de verbeteracties
- opvolgacties worden niet genoteerd in ZIS-Obasi, waardoor de mogelijkheid tot geautomatiseerde feedback over de voortgang van de acties betreffende het incident niet gebruikt wordt.

De meldcultuur is de laatste tijd wel duidelijk aan het verbeteren: terwijl in heel 2013 slechts 55 incidenten werden gemeld, bedroeg dit cijfer al 85 voor de eerste helft van 2014. **(AV)**

5 Middelen

5.1 Infrastructuur

- Er is een attest van de burgemeester, gebaseerd op een brandpreventieverslag dd. 18/11/2013, waarin een aantal adviezen worden geformuleerd. **(AV)**
- Het terrein waarop PTC Rustenburg gevestigd is, wordt grotendeels omgeven door terreinen van het OCMW (De Vliedberg), van het AZ Sint-Jan en van het klooster van de hospitaalzusters van Sint-Jan. De verschillende gebouwen liggen tussen het groen verspreid over het – overigens zeer fraai verzorgde – terrein:
 - Dicht bij de ingang en de parking staat een zeer recent gebouw dat het onthaal en de polikliniek huisvest, en waar de directie, de administratie, de artsen, de psychologen en de maatschappelijk werkers hun kantoren hebben.
 - Het “beddenhuis” omvat alle leef- en verblijfruimtes. Ingedeeld in vier paviljoenen (1, 2, 3.1 en 3.2) zijn er slaapkamers voor 72 mensen, onderverdeeld in 60 eenpersoons- en 6 tweepersoonskamers.
 - In een apart gebouwtje dicht bij het onthaal (“De Villa”) worden de patiënten uit de twee postkuurgroepen ontvangen.
 - In het gloednieuwe keuken- en restaurantgebouw gebruiken de patiënten hun middag- en avondmaal. In dit gebouw zijn ook de ruimtes voor technische en onderhoudsdiensten voorzien.
 - In een aantal wat oudere gebouwen worden de meeste therapieën georganiseerd: er is een gebouw voor de psychomotorische en kinesithérapie (waarin ook sportfaciliteiten zijn voorzien), één voor de creatieve en muziektherapie, en een gebouw met een recent gerenoveerd lokaal voor kooktherapie en een polyvalente ruimte.
 - Verder is er nog een (voor patiënten altijd toegankelijke) kapel, en een residentie, voor de zusters, die momenteel gerenoveerd wordt.

Met de ingebruikname van het keuken- en restaurantgebouw werd in 2013 het masterplan inzake verbouwingen en nieuwbouw afgerond. **(AV)**

- Er zijn geen afzonderingskamers in PTC Rustenburg. Het ziekenhuis kreeg hiervoor van een afwijking op de norm toegestaan door Zorg en Gezondheid. **(AV)**

5.2 Patiëntendossier

- PTC Rustenburg gebruikt het Obasi-systeem als multidisciplinair elektronisch patiëntendossier. Voor alle disciplines zijn invulluiken voorzien en ook het medicatievoorschrift is gelinkt. Labo-uitslagen komen automatisch elektronisch binnen, de essentie van de protocollen van de medische beeldvorming wordt door de psychiater in het dossier genoteerd en externe consulten worden door de huisarts neergeschreven in het EPD. **(AV)**
- In augustus en september 2013 werden dossiers van 100 ontslagen patiënten (de recentste 25 ontslagen per paviljoen) onderworpen aan een audit door de hoofdarts, een hoofdverpleegkundige, de muziektherapeut en de kwaliteitscoördinator. **(SP)** Daarbij werd

vastgesteld dat niet alle rubrieken even consequent werden ingevuld, waarschijnlijk door het bestaan van parallelle papieren dossiers. Met ingang van 2014 werden deze papieren dossiers dan ook afgeschaft (met uitzondering van medische verslagen die op papier worden ontvangen). **(AV)**

In twee nagekeken dossiers waren de hulpvraag en de behandel doelstellingen duidelijk en in detail omschreven. **(AV)** Tijdens de audit stelde Zorginspectie evenwel vast dat de dossiervorming in de praktijk nog steeds versnipperd verloopt en niet altijd volledig is: **(TK)**

- In het elektronisch dossier zijn de notities van de verpleegkundige intake-gesprekken en de verpleegplannen niet terug te vinden. Deze worden gemaakt op papier en apart bijgehouden.
 - Nachhverpleegkundigen noteren zowel in een nachtboekje als in het elektronisch dossier.
 - Verpleegkundigen maken gebruik van een papieren verpleegkundig overzicht met afspraken en aandachtspunten om snel een overzicht te hebben op de aanwezige patiënten van hun afdeling.
 - De individuele patiëntencontacten van psychologen blijken niet altijd te worden ingegeven.
 - In meerdere dossiers was niet te achterhalen door wie en wanneer de doelstellingen of het behandelplan (voor en/of na een multidisciplinaire bespreking) besproken werden met de patiënt.
- Het ziekenhuis beoordeelt het dossier in zijn huidige vorm als suboptimaal, voornamelijk omdat het onvoldoende is afgestemd op de vernieuwde manier van werken: het vertrekt te veel vanuit een disciplinegerichte werking en te weinig vanuit de patiënt, en faciliteert in onvoldoende mate een multidisciplinaire werking, ondersteund door het doorstromen van informatie ter voorbereiding van intercollegiale bespreking. **(TK)** Er is een traject opgestart om aan deze problemen te verhelpen, en ondertussen doen de medewerkers de nodige inspanningen om het bestaande systeem zo goed mogelijk te hanteren in functie van de multidisciplinaire werking. **(AV)**

6 Medewerkers

6.1 Personeelsbeleid

- Op het moment van de audit waren 49,33 VTE medewerkers actief in het verpleegkundig-therapeutisch departement. Er waren: **(AV)**
 - 15,6 VTE bachelor verpleegkundigen
 - 11,23 VTE graduaat verpleegkundigen
 - 2 VTE master verpleegkundigen
 - 0,08 VTE verpleegkundig assistenten
 - 0,5 VTE diëtiste
 - 3,55 VTE creatief therapeut bachelors toegepaste psychologie,
 - 0,5 VTE kinesitherapeut creatief medewerker en 1 VTE creatief therapeut,
 - 3,93 VTE maatschappelijk werker en gezinstherapeut
 - 0,75 VTE muziektherapeut
 - 0,63 VTE psychodiagnostiek
 - 4,21 VTE psycholoog
 - 2,92 VTE psychomotorisch therapeut
 - 3,43 VTE directie nursing en middenkader
- In PTC Rustenburg worden geen logistieke medewerkers ingezet in de patiëntenzorg. **(AV)**
- In het ziekenhuis zijn functieomschrijvingen uitgewerkt, met als doel deze te gebruiken bij functioneringsgesprekken, evaluatiegesprekken en bij het uitschrijven van vacatures. **(AV)** Aanbeveling om ook voor nachtverpleegkundigen een functieomschrijving met competentieprofiel op te maken. **(Aanb)**
- In het ziekenhuis is een diëtiste (0,5 VTE) werkzaam. Zij wordt aangestuurd door het diensthoofd van de keuken, **(AV)** wat evenwel niet duidelijk is in het organogram. **(Aanb)** De diëtiste en het diensthoofd van de keuken komen twee keer per jaar naar het hoofdverpleegkundigenoverleg waar o.a. specifieke noden en nieuwe diëten worden besproken. In februari 2014 was er ook een overleg met de artsen, de hoofdverpleegkundigen en de diëtiste over de impact van medicatie op voeding. De huisartsen en verpleegkundigen kunnen in overleg met de patiënten een consult aanvragen. Zoals vermeld in de onthaalbrochure van het ziekenhuis kan ook de patiënt zelf het initiatief nemen. **(AV)** De diëtiste komt niet systematisch naar multidisciplinaire patiëntenbesprekingen; **(Aanb)** ze heeft wel individueel overleg met verpleegkundigen, de psychiater en huisartsen. **(AV)** In twee van de drie ingekeken dossiers van patiënten waarbij er individueel voedingsadvies werd gegeven of het dieet werd besproken waren er notities van de diëtiste terug te vinden. **(AV)** In het najaar plant de diëtiste psycho-educatieve sessies voor patiënten.

Het opvolgen van de middag- en avondmaaltijden in het patiëntenrestaurant gebeurt door de medewerkers van de keuken. **(AV)**

- Op het moment van de audit had in het departement patiëntenzorg 43% van de verpleegkundige medewerkers recht op ADV-dagen. 21% van deze medewerkers koos voor de vrijstelling van arbeidsprestaties en 79% voor de premie. 42% van de paramedische medewerkers in het ziekenhuis heeft recht op vrijstelling van arbeidsprestaties. **(AV)**
- Het ziekenhuis werkt niet met referentieverpleegkundigen omdat men alle medewerkers op de werkvloer wil responsabiliseren. Wel zijn er op alle afdelingen medewerkers die deel uitmaken van de vakgroepen en van kwaliteitswerkgroepen (bv. agressie, suïcide). **(AV)** Voor deze rollen is er geen aparte taakomschrijving. **(Aanb)**
- Maandelijks vergadert de vakgroep verpleegkunde gedurende 1u à 1u30. Deze vakgroep is samengesteld uit verpleegkundigen vanuit elk paviljoen en heeft als doel de kennis van de verpleegkundigen te bundelen door te werken rond een aantal thema's, bv. zelfverwondend gedrag of profilering van de verpleegkundige. Er zijn ook een aantal werkgroepen actief die thematisch werken.
De vakgroep wordt sinds kort niet meer voorgezeten door een hoofdverpleegkundige maar door een verpleegkundige. De voorzitter wordt 2u per week vrijgesteld om deze taak op te nemen. **(AV)**
- Volgens de interne afspraken van PTC Rustenburg heeft elke medewerker recht op minstens één functioneringsgesprek om de 2 jaar. De hoofdverpleegkundigen voeren (in overleg met de afdelingspsycholoog) functioneringsgesprekken met alle verpleegkundigen van hun afdeling. Zij kregen hiervoor een opleiding in 2005.
De afdelingspsycholoog voert (in overleg met de hoofdverpleegkundige) functioneringsgesprekken met alle therapeuten van de afdeling. Omdat functioneringsgesprekken voeren voor de afdelingspsychologen nieuw is (sinds de kanteling van het organogram), krijgen zij hiervoor ondersteuning van de therapeutisch coördinator. In de nabije toekomst kunnen zij hiervoor een opleiding volgen.
De directeur patiëntenzorg voert functioneringsgesprekken met de hoofdverpleegkundigen, de afdelingspsychologen, de psycholoog/diagnosticus en de psycholoog/begeleider afhankelijkheidsproblemen. De hoofdarts voert functioneringsgesprekken met de andere psychiaters.
Eén afdeling behaalt de vooropgestelde norm (100%) i.v.m. functioneringsgesprekken. Trio's van afdelingen die de norm niet behalen worden hier op aangesproken. **(AV)**
- Ook de exitgesprekken worden gevoerd door de hoofdverpleegkundige, de afdelingspsycholoog of de directeur patiëntenzorg. **(AV)** Aanbeveling om deze gesprekken te registreren en verbeterpunten systematisch uit te werken en op te volgen. **(Aanb)**
- Alle hoofdverpleegkundigen zijn belast met het begeleiden van nieuwe medewerkers van het departement patiëntenzorg. Per nieuwe medewerker wordt er een peter/meter aangesteld die het inscholingstraject mee bewaakt. Het onthaal en de inwerking voor deze medewerkers gebeurt volgens een specifieke procedure en een checklist (met tijdsindicatie). Door de coördinator ondersteunende diensten wordt er op regelmatige tijdstippen toelichting gegeven aan nieuwe medewerkers, bv. het dossier. Per afdeling is er een uitgebreide introductiemap met informatie over de specifieke werking van de afdeling. **(AV)** Een specifiek stappenplan met tijdsindicatie per afdeling is er niet. Aanbeveling om dit ook uit te werken en dit ook te doen voor de inscholing van hoofdverpleegkundigen, de mobiele equipe, de nachtploeg, therapeuten en psychologen. **(Aanb)**

- Het is niet duidelijk wie er in het ziekenhuis eindverantwoordelijk is voor de coördinatie van de begeleiding van de (her)intreders en bij wie de hoofdverpleegkundigen terecht kunnen voor ondersteuning in dit verband. **(TK)**

Tijdens de terugkomdag geeft het ziekenhuis aan dat in de zorgdepartement de hoofdverpleegkundigen, die hiërarchisch onder de bevoegdheid van de directeur patiëntenzorg vallen, belast zijn met het begeleiden van nieuwe medewerkers in hun team. Voor medewerkers die voor verschillende teams werken, wordt de introductie verzorgd door hun leidinggevende (i.c. de directeur patiëntenzorg), bijgestaan door de therapeutisch coördinator voor deelfacetten of door een vakgroepcoördinator.

Dit bleek tijdens de auditgesprekken evenwel onvoldoende gekend bij de gesprekspartners.

Het ziekenhuis vult verder nog aan dat per nieuwe medewerker een peter/meter aangesteld wordt die het inscholingstraject mee bewaakt. Het onthaal en de inwerking voor deze medewerkers gebeurt volgens een specifieke procedure en een checklist (met tijdsindicator). Door de coördinator ondersteunende diensten zorg wordt er op regelmatige tijdstippen toelichting gegeven aan nieuwe medewerkers, bv. het patiëntendossier. Per afdeling is er een uitgebreide introductiemap met informatie over de specifieke werking van de afdeling.

*Voor alle vragen waarbij de hoofdverpleegkundigen op bijkomende noden of vragen stoten, kunnen zij terecht bij directeur patiëntenzorg, die voor opvolging moet zorgen. De therapeutisch coördinator kan ondersteunende taken opnemen. **(AV)***

- We bevelen aan om per paviljoen- of postkuurmedewerker fiches op te stellen met de geplande of begrote directe zorgtijd, de indirecte tijd en de tijd die besteed wordt aan nevenactiviteiten. Deze fiches kunnen zorgen voor ondersteuning, transparantie en duidelijkheid inzake taakinvinging en zorgzwaarte. **(Aanb)**
- Op basis van het aantal erkende bedden dient men te beschikken over een mobiele equipe van 2,4 VTE, waarvan 1,68 VTE verpleegkundigen en 0,72 VTE zorgkundigen. Men beschikt over een mobiele equipe van 2,9 VTE, allen gegradueerde psychiatrische verpleegkundigen. De mobiele verpleegkundigen werken enkel overdag en worden permanent toegewezen aan een paviljoen, om de meeste zorgcontinuïteit te bieden. De toewijzing bij afwezigheden gebeurt tussen de hoofdverpleegkundigen onderling volgens een beslissingsboom. In PTC Rustenburg is de mobiele kracht bedoeld om (plotse) uurroosterproblemen op te vangen die ontstaan door ziekte, dringende familiale redenen, nood aan een extra kracht bij een crisissituatie, en vervanging als iemand uit de dag een nachtdienst overneemt. De mobiele equipe is niet bedoeld om verlofmogelijkheden te creëren, medewerkers de gelegenheid te geven om vorming te volgen of uurroosterproblemen in de verre toekomst op te vangen. Jaarlijks wordt de inzet van de mobiele equipe geëvalueerd en geobjectiverd aan de hand van de personeelsroosters. **(AV)**
- In 2013 deden de paviljoenen 122 dagen een beroep op de mobiele equipe. **(AV)**
- De vaste nachtdiensten (5,58 VTE) worden opgedeeld in twee teams, één team voor paviljoenen 1 en 2 en één team voor paviljoenen 3.1 en 3.2. Iedere nacht is er uit elk team een nachtverpleegkundige (allen psychiatrische gegradueerde of psychiatrisch gebrevetteerde verpleegkundigen) aanwezig. Een verpleegkundige is aanwezig op paviljoen 1 en gaat toeren (+ medicatiebedeling) op vaste tijdstippen op paviljoen 2, een andere verpleegkundige is aanwezig op paviljoen 3.1. en toert op paviljoen 3.2.

Dit betekent dat er 's nachts twee verpleegkundigen zijn voor 72 patiënten in drie architectonisch onderscheiden afdelingen. Dit is niet conform de norm die stelt dat per dienst en maximum per 30 patiënten permanent de aanwezigheid van een gegradueerde / gebrevetteerde of bachelor in de verpleegkundige moet gewaarborgd zijn, zodat de kwaliteit en de continuïteit van de verzorging verzekerd is.

Er wordt een afwijking op deze norm toegestaan op basis van volgende argumentatie, aangebracht door het ziekenhuis:

- Het toezicht wordt verzekerd. Er is een duidelijk systeem van communicatie. Voor de patiënten is steeds duidelijk welke verpleegkundige de permanentie (toezicht) opneemt. Via het oproepsysteem in de kamer kan de patiënt om assistentie of gesprek vragen.
- De verpleegkundige van het paviljoen is steeds aanwezig voor het uitvoeren van verpleegkundige handelingen en bij de medicatiebedeling tot de nachtdienst aanwezig is.
- Er gebeuren nooit opnames in de nacht.
- De uitgesproken multidisciplinaire werking door de dagdienst capteert en containt maximaal de spanningen en 'bespreekbare' thema's, zodat de dag psychologisch "afgerond" wordt met het vertrek van de avonddienst en het niet de bedoeling is om in de nacht gespreksvoering te stimuleren.
- Specifiek voor paviljoen 3: het beddenhuis omvat alle kamers in 2 gangen, in elkaars verlengde, op dezelfde afdeling.
- Specifiek voor paviljoen 2 en paviljoen 1: paviljoen 2 heeft een doelgroep met grote autonomie en zelfredzaamheid, er is een zeer geringe verpleegkundige tussenkomst nodig in de nacht. De nachtverpleegkundige is verantwoordelijk voor de twee paviljoenen, en beweegt zich door de naastliggende gangen en patiëntenkamers.
- De taakverdeling is aangepast:
 - o nieuw opgenomen patiënten worden steeds specifiek door de nachtdienst begroet en gecontacteerd
 - o de briefing over de eventuele opvolgingspunten gebeurt door de verpleegkundige van het betrokken paviljoen.
- De nachtverpleegkundige bezoekt elk paviljoen verschillende malen gedurende de nacht.
- Architectonisch: de slaapgangen zijn naastliggend, goed bereikbaar en toegankelijk.
- In het weekend is ongeveer de helft van deze patiënten afwezig op zaterdagnacht.
- Een wijziging (verhoging) van de personeelsinzet in de nacht, brengt een verlies teweeg in de dag- en weekbezetting (- 2.4 FTE), die nu vooral geïnvesteerd wordt in het participeren aan de groepstherapeutische en verpleegkundige activiteiten, binnen het kader van PTC Rustenburg zeer belangrijk. **(AV)**

Beide nachtverpleegkundigen zetten de medicatie klaar voor de volgende dag en maken tijd vrij om 's avonds met nieuwe patiënten kennis te maken. Er wordt 's nachts niet binnen gegaan bij patiënten die dat niet wensen.

Uit gesprek blijkt dat de werkdruk van de nachtverpleegkundige draaglijk is omdat er tijdens de dag wordt geanticipeerd op wat er tijdens de nacht kan gebeuren. **(AV)**

Uit het incidentmeldingssysteem blijkt dat 3 van de 4 agressie-incidenten in 2013 tijdens de nacht gebeurden. **(AV)**

De subteams van nachtverpleegkundigen worden aangestuurd door de hoofdverpleegkundige van paviljoen 2 en de hoofdverpleegkundige van paviljoen 3. De eindverantwoordelijke is de directeur patiëntenzorg. **(AV)** Dit is niet duidelijk in het organogram. **(TK)**

Er is geen nominatieve lijst van verpleegkundige directiewacht opgesteld voor de supervisie tijdens de nacht. **(NC)** Nachtverpleegkundigen kunnen indien nodig gebruik maken van de rode noodknop en kunnen terecht bij de arts van wacht. Indien nodig komt de verpleegkundig stafmedewerker of de algemeen directeur ter plaatse. **(AV)**

Per jaar komen de nachtverpleegkundigen 4 à 5 keer naar een teamvergadering. Daarnaast is er per jaar 4 keer een overlegvergadering voor de vaste nachten met de hoofdverpleegkundigen en de directeur patiëntenzorg. Sinds 2013 komen de nachtverpleegkundigen per team samen voor intervisie met de hoofdverpleegkundige en afdelingspsychologen.

Nachtverpleegkundigen worden samen met de dagdienst ingepland voor de specifieke vormingen zoals preventie van agressie, EHBO... **(AV)**

De nachtverpleegkundigen werken in principe nooit overdag. **(AV)** We bevelen aan om de vaste nachtmedewerkers systematisch een periode per jaar tijdens de dagdiensten in te schakelen. **(Aanb)**

- Voor de 'ondersteuning bij ernstige/emotionele incidenten' is er geen procedure uitgeschreven. **(TK)** Uit gesprekken komen verschillende mogelijkheden voor ondersteuning naar boven:
 - Het is de verantwoordelijkheid van de hoofdverpleegkundige (en de andere leden van het trio) te zorgen voor het plannen van een gesprek onmiddellijk na de gebeurtenis. Eventueel kunnen er nog andere opvolggesprekken volgen. Opvang, debriefing en intervisie gebeuren ook op teamniveau.
 - Medewerkers kunnen ook bij de vertrouwenspersoon terecht. **(AV)**

Tijdens de gesprekken bleek het voor medewerkers onvoldoende duidelijk wat ze moeten doen indien de drempel naar hun hoofdverpleegkundige (of een ander lid van het trio) te groot is (bv. een beroep doen op de vertrouwenspersoon of de therapeutisch coördinator) en of er ook een beroep kan gedaan worden op externe hulp (bv. de externe supervisors). **(TK)**

- Er wordt voor artsen geen structurele opvang aangeboden na incidenten. **(TK)**

6.2 Vorming, training en opleiding (VTO)

- Het ziekenhuis beschikt over een procedure vormings- en bijscholingsactiviteiten en over een beleidskader vorming en bijscholing PTC Rustenburg. Gezien de recente kanteling van de organisatie wordt deze procedure herwerkt. De eindverantwoordelijkheid voor VTO ligt bij het directiecomité, maar de verschillende trio's zijn verantwoordelijk voor het opstellen van een vormingsbeleid voor hun paviljoen. Zo staan momenteel de vooraf bepaalde vormingsbudgetten per paviljoen ter discussie. Tegen 2015 wil men het nieuwe vormingsbeleid uitgewerkt hebben.
Sinds 2014 worden cijfers per discipline i.v.m. vorming systematisch teruggekoppeld naar de trioleden. **(AV)**

- Op de afdelingen is het trio dus verantwoordelijk voor de invulling van het vormingsbeleid. In de praktijk werden op de werkvloer een aantal knelpunten vastgesteld: **(TK)**
 - Bij navraag op de afdelingen kon het aantal uur vorming dat een medewerker in 2013 gevolgd had niet vlot worden weergegeven; centraal zijn deze gegevens wel beschikbaar.
 - De norm die vooropgesteld wordt (8u/jaar) is niet gekend op de afdelingen.
 - Uit gesprekken op afdelings- en directieniveau blijkt dat er medewerkers zijn die veel vorming volgen en medewerkers (bv. nachtverpleegkundigen) die weinig vorming volgen.
 - Medewerkers die weinig of geen vorming volgen, worden hier niet steeds op aangesproken.
 - In de voorgelegde afdelingsbeleidsplannen wordt er geen concreet vormingsplan voorgesteld (bv. manier van behoeftepeiling...). **(Aanb)**
- Er vinden tal van intervisies en externe supervisies plaats in het ziekenhuis. In 2013 werden 370 uren besteed aan externe supervisie, wat opvallend veel is in vergelijking met andere ziekenhuizen. **(AV)** We bevelen aan om de invulling en de frequentie van de inter- en supervisie regelmatig te evalueren. **(Aanb)**
- De psychiaters van het ziekenhuis volgen tal van externe vormingen en hebben maandelijks externe supervisie. **(SP)**
Het ziekenhuis heeft geen zicht op de vorming die door de huisartsen wordt gevolgd. **(AV)**
- De medewerkers van de creatieve therapie, kinesitherapie, psychomotorische diensten, de verpleegkundigen, psychologen en maatschappelijk werkers volgden in 2013 in totaal 1.532 uren in- en externe vorming. De directie patiëntenzorg en het middenkader volgden 182 uren vorming. **(AV)**

6.3 Vrijwilligers, jobstudenten en zelfstandigen

- PTC Rustenburg werkt slechts in zeer beperkte mate met vrijwilligers (2). Voor deze vrijwilligers is een organisatienota uitgewerkt waarin staat opgenomen wie verantwoordelijk is voor de aansturing. **(AV)**
- Jobstudenten of zelfstandigen worden niet ingezet. **(AV)**

6.4 Bestaffing

- Voor de invulling van het therapeutisch programma van postkuur 1 (op maandagvoormiddag, dinsdagvoormiddag en donderdagnamiddag) worden medewerkers van het ziekenhuis 8 u per week vrijgesteld voor directe patiëntentijd en 3,5 u voor indirecte tijd (administratie, vergadertijd, externe contacten). Voor de invulling van het therapeutisch programma voor maximum 8 patiënten van Postkuur 3 (op maandag, woensdagvoormiddag en vrijdag) worden medewerkers van het ziekenhuis 8 u per week vrijgesteld voor directe tijd en 4 u voor indirecte tijd.

Bijkomend wordt één à twee keer per maand een beroep gedaan op een verpleegkundige van paviljoen 1 om de postkuur-patiënten te begeleiden bij een sociale of informatieve activiteit, bv. gezelschapsspelen, bezoek Rozentuin, budgetshopping. **(AV)**

7 Processen

7.1 Organisatie van zorg

- Het opname- en ontslagbeleid zijn formeel uitgeschreven. **(AV)**
- Bij een eerste opname beslist alleen de psychiater of een patiënt kan behandeld worden in PTC Rustenburg. Andere disciplines kunnen in dit geval hun eigen invalshoek en expertise niet inbrengen (wat bij een heropname wel het geval is). Wellicht kan een bredere kijk op een nieuwe patiënt – bv. door een interdisciplinaire toetsing na het eerste assessment – onterechte opnames of doorverwijzingen helpen voorkomen. **(Aanb)**
- Er wordt geen informed consent formulier gebruikt voor de opname en behandeling in PTC Rustenburg. We bevelen aan om voldoende aandacht te besteden aan het vooraf volledig informeren van de patiënt over de inhoud en randvoorwaarden van de behandeling. **(Aanb)**
- De 72 A-bedden zijn verspreid over 4 paviljoenen: **(AV)**
 - Paviljoen 1 telt 20 eenpersoonskamers, en biedt zorg voor volwassenen met een psychische problematiek zoals depressie, angst, die verband houdt met een levensfase en/of een persoonlijkheidsontwikkeling (As I- en As II-problematiek).en psychosomatische problematiek: waar het symptoom zich eerder op het preverbale (het lichaam) manifesteert dan in het relationele.
 - Paviljoen 2 heeft 16 eenpersoons- en 2 tweepersoonskamers, en richt zich op 35- tot 65-jarigen met een psychische problematiek zoals depressie, angst, die verband houdt met een levensfase en/of een persoonlijkheidsontwikkeling (As I- en As II-problematiek) die over toereikende Ik-sterkte beschikken i.f.v. explorerende groepspsychotherapie.
 - Paviljoenen 3.1 en 3.2 hebben elk 12 eenpersoons- en 2 tweepersoonskamers, en zijn er voor mensen van 18 tot 40 jaar met een psychische problematiek zoals depressie, angst, die verband houdt met een levensfase en/of een persoonlijkheidsontwikkeling (As I- en As II-problematiek).
- De paviljoenen dienen hoofdzakelijk als verblijfseenheden. Het overgrote deel van de therapieën vindt plaats in andere gebouwen (zie onderdeel “infrastructuur”). Deze worden voornamelijk georganiseerd in kleinere groepen van maximaal 8 patiënten. De leden van dergelijke groep volgen bijna volledig hetzelfde therapieprogramma. In sommige paviljoenen wordt met onderscheiden fases gewerkt (bv. opname-, behandel- en ontslagfase). **(AV)**
- Het centrum biedt semi-residentiële nabehandeling. Het organiseert in dit kader twee postkuurgroepen: **(AV)**
 - Postkuur 1 bestaat al meer dan 10 jaar, en is een activerende-structurerende module gericht op resocialisatie en re-integratie in de eigen leefcontext. Het programma bestaat uit drie halve dagen per week.
 - Postkuur 3 loopt sinds ongeveer drie jaar, en is eerder een explorerende-introspectieve module gericht op persoonlijke groei en proces. Het programma bestaat uit 5 halve dagen per week (2 volledige en 1 halve dag).

Beide postkuurprogramma's moeten in hun geheel gevolgd worden, wat wil zeggen dat men steeds alle voorziene programma-onderdelen (en dus alle voorziene halve dagen) dient te volgen. Ze duren beide 3 tot 6 maanden. Ook in de postkuur blijft een gelijk-aardige groepsgerichte benadering het leitmotiv.

In tegenstelling tot wat de nummering doet vermoeden, is er geen specifieke link tussen bepaalde paviljoenen en bepaalde postkuurprogramma's. Patiënten uit alle paviljoenen kunnen – mits de gepaste indicatie – overstappen naar beide postkuurgroepen. **(AV)**

Deze semi-residentiële nabehandeling wordt als een belangrijke tussenvorm gezien om het tijdens de residentiële opname op gang gebrachte therapeutische proces te kunnen continueren in een setting die enerzijds toelaat de overgang naar de dagelijkse realiteit geleidelijker te maken en die het anderzijds mogelijk maakt om de opnameduur te verkorten. Het feit dat dit dient te gebeuren met RIZIV-middelen voor postkuurfinanciering maakt dat de organisatie hiervan verre van evident is, en dat men voor de bestaafing een beroep doet op het personeel van het ziekenhuis. Uit gesprekken blijkt dat dit een belasting vormt voor de afdelingen. **(TK)** Het is aangewezen om hiervoor oplossingen te zoeken, bv. door de erkenning van a-dagbehandelingsplaatsen. Als er binnen de programmatie geen ruimte is voor de erkenning van bijkomende plaatsen in de regio, kunnen mogelijk oplossingen gevonden worden binnen de eigen groep.

- In het kader van nazorg zijn ook ambulante (medisch-psychiatrische) consultaties en psychotherapie mogelijk. Vaak wordt er ook verwezen naar een extern netwerk van psychosociale dienstverlening. **(AV)**
- Het ziekenhuis beschikt over een procedure verlofregeling en continuïteit. Hierin staan de uitgangspunten vermeld voor de verlofperiode per vakgroep. De verlofregeling (uurrooster) van de vakgroepen en artsen zijn duidelijk raadpleegbaar voor alle medewerkers via de portaal-site. Artsen springen soms in voor hun collega's door groeps gesprekken te voeren over een bepaald thema. **(SP)**

7.2 Medicatiebeleid

Situering

- Tot oktober 2011 beschikte PTC Rustenburg over een geneesmiddelendepot. Het depot werd gesloten en sinds 1 oktober 2011 worden alle taken uitgevoerd door de apotheek van de associatie die gelegen is in het PZ Onze-Lieve-Vrouw in Brugge. De ziekenhuis-apotheek van de associatie is ook verantwoordelijk voor levering van diensten en goederen aan het PVT Sint-Augustinus.
- De apotheek is elke werkdag open van 9u tot 12u15 en van 12u45 tot 17u. Buiten deze uren kan medicatie uit een centrale spoedkast gehaald worden. Indien een medicijn niet voorradig is, kan er beroep gedaan worden op de apotheker die de permanentie waarneemt. Medicatie kan dan aangeleverd worden vanuit de centrale apotheek van het OLV-ziekenhuis of via de wachtdienst van de apotheek van het AZ Sint-Lucas in Brugge.
- Tijdens de audit werd gesproken met de apotheker en de coördinator ondersteunende processen. Medicatiedistributie was ook een aandachtspunt tijdens de bezoeken aan de verschillende afdelingen.

Beleid en strategie

- De verschillende comités waar de apotheker deel van uitmaakt (Het medisch-farmaceutisch comité (MFC), het comité medisch materiaal (CMM) en het comité ziekenhuishygiëne (CZH)), zijn apart voor PTC Rustenburg. Ook het formularium is specifiek voor het PTC en verschilt van dat van het PZ Onze-Lieve-Vrouw. We bevelen aan om te bekijken of een schaalvergroting, bv. binnen de associatie, voor efficiëntiewinst kan zorgen. **(Aanb)**
- Buiten de vergaderingen van het MFC, het CMM en het CZH, waarvan de directieleden deel uitmaken, is er in dit ziekenhuis geen overleg op structurele basis tussen directie en ziekenhuisapotheker. Er is wel regelmatig informeel overleg tussen directieleden en apotheker en de apotheek wordt voldoende betrokken bij het beleid. **(AV)**
- De documenten die kaderen in de beleidscyclus voor de apotheek zijn onvoldoende uitgewerkt. **(TK)**
 - Het jaarverslag van de apotheek is uiterst beknopt en reflecteert enkel de concrete organisatie van de dienst. Het jaarverslag kan beter gestoffeerd worden met gegevens die al beschikbaar zijn (o.a. de beschrijving van kwaliteitsprojecten, resultaten over medicatieverbruik, gegevens uit het incidentmeldingssysteem enz.). Ook een weergave van de jaarlijkse analyse van het voorschrijfgedrag van de artsen en projecten voor klinische farmacie kunnen opgenomen worden in het jaarverslag. De verslagen van het MFC, het CMM en het comité ziekenhuishygiëne leveren ook elementen betreffende de kwaliteit van de werking (bv. vastgestelde knelpunten).
 - De apotheek beschikt niet over een dienstspecifiek beleidsplan dat van toepassing is op PTC Rustenburg.
- Binnen de apotheek wordt slechts op beperkte schaal aan klinische farmacie gedaan. De apotheker heeft via het elektronisch medicatiedistributiesysteem zicht op de medicatieschema's van de patiënten. Alle nieuwe voorschriften worden gescreend op mogelijke interacties en contra-indicaties en zo nodig wordt een rapport aan de voorschrijver bezorgd. **(AV)**

Het systematisch doen van steekproeven (bv. maandelijks per afdeling een aantal medicatieschema's analyseren, of nagaan hoeveel medicijnen elke patiënt neemt) zou een belangrijke stap vooruit zijn om actiever het medicatieverbruik te screenen en het medicatiebeleid te beïnvloeden. Daarnaast lijkt het niet onnuttig om in dit kader de apotheker toegang te verlenen tot het medisch dossier. **(Aanb)**

Middelen

- De 4 paviljoenen worden vanuit PZ Onze-Lieve-Vrouw wekelijks bevoorrad met de dienstwagen van het PTC. Het transport gebeurt in verzegelde boxen. **(AV)** Er is een kleine stock aan medicatie op de afdelingen, enkel opgeslagen als patiëntenvoorraad. **(SP)**
- Patiënten in de postkuurprogramma's moeten zelf hun medicatie extern aankopen. **(AV)**
- Op de afdelingen wordt de medicatie bewaard in een afgesloten kast van de verpleegpost. **(AV)**
- De afgesloten noodkast staat opgesteld in paviljoen 1. **(AV)**

- Het medicatiedistributiesysteem is elektronisch en gelinkt aan het patiëntendossier (Obasi). **(AV)**

Medewerkers

- De permanentie wordt verzekerd door 2 apothekers van het PZ Onze-Lieve-Vrouw en 1 apotheker van het AZ Sint-Lucas. In het PTC is het aanspreekpunt voor de apotheek de coördinator ondersteunende processen zorg. **(AV)**

Processen

- Zowel in de apotheek zelf als op de afdelingen worden medicatie-incidenten geregistreerd. Niet alle incidenten worden geregistreerd, en er gebeurt geen systematische analyse van deze incidenten. **(TK)** Meestal wordt er ad hoc gereageerd, soms op de afdeling zelf. De apotheker geeft onmiddellijke feedback bij vragen, maar is niet steeds op de hoogte van incidenten binnen de medicatiedistributie.
- Er is een uniform elektronisch voorschrift, behalve voor magistrale bereidingen en voor narcotica waarbij supplementair een handgeschreven voorschrift vereist is. **(AV)** Medicatie kan in principe alleen voorgeschreven worden door artsen, via hun login in het elektronisch medicatievoorschrift. **(SP)** Het systeem valt niet automatisch uit na bepaalde tijd, zodat de voorschrijfmogelijkheid theoretisch blijft openstaan wanneer een arts vergeet uit te loggen. We bevelen aan om te bekijken hoe dit beter kan beveiligd worden. **(Aanb)** Verpleegkundigen kunnen bij afwezigheid van een arts toch bepaalde medicatie ingeven in het elektronisch medicatiesysteem. Dit is beperkt tot de medicatie van de spoedkast na een mondeling order van een arts, die nadien zo snel mogelijk moet valideren. **(AV)**
- Alle medicatie wordt door een apotheker afgeleverd. Naast de gewone wekelijkse bevoorradings van de afdelingen, moet de pendeldienst tussentijds nog quasi dagelijks bijleveren voor nieuwe voorgeschreven medicatie. Men komt regelmatig onder tijdsdruk te staan als het voorschrift laat (na 16u15) wordt doorgegeven. **(AV)**
- De medicatiedistributie vertoont enkele vermijdbare risico's. **(TK)**
 - De medicatie wordt voor 24 uur klaargezet door de nachtdienst
 - Er werden verknijpte blisters, halve tabletten en losse gelulen aangetroffen in de patiëntenmedicatiebakjes. Hierdoor waren een aantal gegevens niet meer traceerbaar (vervaldatum, naam medicament, sterkte product, ...)
 - Niet alle medicatiefouten worden geregistreerd in het incidentmeldingssysteem.
- De medicatie van de spoedkast wordt maandelijks gecontroleerd op vervaldata door de apotheek. Gestopte medicatie op de afdelingen wordt teruggenomen door de apotheek, zodat daar geen risico bestaat op vervallen medicatie vermits er maximaal voor 1 week geleverd wordt. **(AV)**
- Er is geen sluitende werkwijze voor de opvolging van de temperatuur van afdelingskoelkasten waarin medicatie bewaard wordt. **(TK)**
 - De temperatuur van de koelkasten waarin medicatie bewaard wordt op de afdelingen, wordt handmatig geregistreerd, met het risico op foute notities.
 - Het is niet duidelijk voor alle medewerkers wat er moet gebeuren als afwijkende waarden worden vastgesteld.

- De temperaturen moeten maar wekelijks genoteerd worden, waardoor medicatie zich voor een lange periode in een slecht functionerende koelkast kan bevinden zonder dat dit wordt opgemerkt.
- Bij nazicht van de registratiebladen, werd vastgesteld dat er verschillende dagen temperaturen tot 40 (veertig) °C waren opgeschreven zonder dat er reactie was op gekomen.

Tijdens de terugkomst geeft het ziekenhuis aan dat ondertussen een geautomatiseerd dataloggersysteem werd aangekocht en geïnstalleerd op de koelkasten die gebruikt worden voor het bewaren van medicatie op de afdelingen.

Die dataloggers zijn verbonden via WIFI met een server waarop enerzijds de geregistreerde temperaturen kunnen geconsulteerd worden maar van waaruit anderzijds alarmen zullen uitgestuurd worden via SMS en/of e-mail als de ingestelde grenswaarden (tussen 2 °C en 8 °C) overschreden worden.

De nota hieromtrent zal worden aangepast, met vermelding van de maatregelen die dienen genomen te worden door diegenen die de SMS of e-mail alarmoproepen zullen ontvangen.

Resultaten

- Ongeveer 70% van de medicatie wordt afgeleverd als unitdose. **(AV)**
- Geen enkele afdeling heeft een stock verdovende medicatie. **(SP)**
- Er is een geneesmiddelenformularium dat alle geneesmiddelenklassen omvat die in het ziekenhuis gebruikt worden. Ongeveer 5% van de medicatie wordt buiten het formularium afgeleverd. **(AV)**
- Er zijn ongeveer 2% naschriften, steeds voor medicatie afkomstig uit de spoedkast. **(AV)**
- Er gebeurt een jaarlijkse analyse van het voorschrijfgedrag van de artsen. Deze gegevens worden in detail besproken tijdens een vergadering van het MFC, waar alle artsen aanwezig zijn. **(SP)**

7.3 Dwangmaatregelen

Situering

- Afzonderingen komen niet voor in PTC Rustenburg, gezien men zich richt op een specifieke doelgroep en gezien het specifieke therapeutische klimaat. Het Agentschap Zorg en Gezondheid kende in dit verband een toelating toe om af te wijken op de norm m.b.t. het beschikken over afzonderingskamers. **(AV)**

Beleid en strategie

- Afzonderingen en fixatie worden niet toegepast in het ziekenhuis. Dit wordt beschouwd als niet strokend met de principes van de gekozen residentiële therapeutische benadering. **(AV)** De keuze om te werken zonder afzondering en fixatie wordt niet expliciet onderbouwd. Het beleid en de verantwoording ervan staat nergens uitgeschreven. **(TK)**

- Uit de voorbereidende documenten en uit gesprek blijken de meest gebruikte oplossingen om crisissituaties in verband met veiligheid in het ziekenhuis op te lossen, de volgende te zijn: **(AV)**
 - (tijdelijke) overplaatsing van de patiënt, indien nodig naar EPSI van het (naastgelegen) AZ Sint-Jan, naar afdeling 51 (persoonlijkheidsstoornissen) van het PZ Onze-Lieve-Vrouw (Brugge) of naar een ander psychiatrisch ziekenhuis, steeds onder verantwoordelijkheid van een arts, zoals staat beschreven in de procedure crisisinterventie.
 - gebruik te maken van sederende psychofarmaca, weliswaar steeds na overleg en met toestemming met de patiënt. Uit gesprek blijkt dat dit gebruik de voorbije jaren daalde. **(AV)**

We bevelen aan om te onderzoeken of het uitwerken en aanbieden van bijkomende alternatieven in het omgaan met risicogedrag i.v.m. de eigen of andermans veiligheid winsten kan opleveren in het belang van de patiënt. **(Aanb)**

- In de samenwerkingsafspraken tussen PTC Rustenburg en EPSI van AZ Sint-Jan staat vermeld dat de patiënt in principe kan terugkeren naar PTC Rustenburg. Doorverwijzing naar EPSI kan in situaties waarbij een dringende medische interventie noodzakelijk is zoals bij intoxicatie, een suïcide-act, automutilatie. **(AV)**
- In documenten die werden opgesteld ter voorbereiding van deze audit is er sprake van “kamerprogramma”. Bij navraag op de werkvloer blijkt dit begrip ongekend of betekent dit dat de deur van de kamer dicht gaat maar niet op slot wordt gedaan. **(AV)**

Middelen

- In de paviljoenen 3.1 en 3.2 is een kamer met sas beschikbaar, die prikkelarm kan gemaakt worden. Dit gebeurt evenwel zeer zelden; ten tijde van de audit wordt deze kamer als gewone patiëntenkamer gebruikt. **(AV)**

Resultaten

- Het ziekenhuis doet geen registratie van het aantal patiënten, het tijdstip en de reden van overplaatsing naar de EPSI van AZ Sint-Jan, naar afdeling 51 van het PZ Onze-Lieve-Vrouw of naar andere ziekenhuizen. Dit hypothekeert een goede evaluatie en eventuele bijsturing van het gevoerde beleid. **(TK)**

7.4 Agressiebeleid

Beleid en strategie

- Er bestaan binnen het ziekenhuis verschillende “voorlopige” documenten op het gebied van agressie: **(AV)**
 - Het beleidskader preventie van agressie in PTC Rustenburg:
 - het doel en de functie van het beleidskader,
 - de theoretische situering met begripsomschrijving en theorieën, de visie op het ontstaan en ontwikkelen van agressief gedrag en oorzaken, risicofactoren, perceptie over agressie en ervaringen in PTC Rustenburg, registratie en noodzaak van objectivering
 - preventie- en interventiemogelijkheden

- beleidsondersteunende maatregelen.
 - Het protocol omgaan met agressie.
 - Het actieplan 2014 (PowerPoint-presentatie).
- In 2012 werd een bevraging “agressief gedrag in PTC Rustenburg” gedaan bij alle medewerkers. Dit gebeurde nadat dit thema verschillende keren aan bod was gekomen bij de vakgroep verpleegkunde. Vanuit die vakgroep ontstond in 2012 een werkgroep omgaan met agressie, met verpleegkundigen vanuit elk paviljoen. **(AV)**
- In 2013 ontwikkelde de werkgroep een “actieplan preventief omgaan met agressie”. Uit de perceptie en ervaring van de medewerkers bleek immers de nood aan visie op omgaan met agressie, nood aan opleiding, nood aan info en motivering voor gebruik van het IncidentMeldingsSysteem. **(AV)**
- Op het moment van de audit (oktober 2014) worden vormingen georganiseerd voor alle verpleegkundigen, onder de titel “Preventief omgaan met agressie” (o.m. op basis van het crisisontwikkelingsmodel). Dit vormingspakket werd vooraf voorgelegd aan de directie. **(AV)**
- Uit gesprek en uit de documenten blijkt dat het beleid nog verder op punt moet gesteld worden. Zo ontbreekt het in het beleidskader o.a. aan: **(TK)**
 - wat toelaatbaar is in het ziekenhuis en wat niet, wanneer er dus een overplaatsing aangewezen is van de patiënt naar een ander ziekenhuis
 - het waarom en hoe betreffende opvang van personeel (o.a. intervisie), van de betrokken patiënt, van andere patiënten en van familieleden.
 - de rol van het team
 - wat er wanneer en waar in het dossier moet genoteerd worden.

Het protocol moet nog verder geactualiseerd worden, fase 3 en 4 moeten nog verder uitgewerkt worden en er moeten duidelijke richtlijnen komen voor medewerkers voor optreden bij agressieve uitingen van patiënten individueel of in de groep. Ook de manier waarop de opvolging van de meldingen in het incidentmeldingssysteem moet verlopen en hoe de analyses moeten gebeuren dient nog te worden uitgewerkt.

- Het is nog niet duidelijk of er opleiding zal worden gegeven aan de therapeuten en psychologen en welke inscholing er aan nieuwe medewerkers zal worden gegeven. **(AV)**

Medewerkers

- Er nemen geen artsen deel aan de werkgroep omgaan met agressie. Naar eigen zeggen komt dit doordat artsen minder geconfronteerd worden met agressie, omdat zij minder op de werkvloer aanwezig zijn. Dit bleek ook uit de enquête die in 2012 in het ziekenhuis werd afgenomen. **(AV)**
Advies om de meerwaarde van de aanwezigheid van een arts in deze werkgroep te onderzoeken. **(Aanb)**

Processen

- Het ziekenhuis maakt geen gebruik van signaleringsplannen of crisiskaarten. **(AV)**
- Uit dossiers die tijdens de audit werden ingekeken en waarin sprake was van opkomend agressief gedrag van patiënten, konden geen specifieke acties ter preventie van verdere escalatie van agressie worden teruggevonden. **(TK)**
- De verbetermogelijkheden inzake ondersteuning bij ernstige/emotionele incidenten werden hierboven reeds beschreven, en gelden ook voor deze materie. **(TK)**
- In het protocol “omgaan met agressie” wordt “kamerrust” omschreven als ‘buitendeur van de kamer afsluiten in samenspraak met de patiënt als directe patiëntenzorg bij gevaar voor controleverlies’. **(AV)** Uit gesprek blijkt dat dit gaat over de achterdeur van de kamers die naar de buitenruimtes (tuin) uitgeven. Dit is verwarrend. Aanbeveling om dit duidelijker te beschrijven. **(Aanb)**

Resultaten

- In 2013 werden er 4 meldingen van agressie geregistreerd in het IMS. Hiervan waren er drie agressie-incidenten tijdens de nacht en één tijdens de dag. Twee incidenten kregen de ernstgraad ‘geen’ en twee incidenten kregen de ernstgraad ‘licht’. Tussen 1 januari 2014 en 30 juni 2014 waren er in totaal 8 meldingen van agressie. **(AV)** We bevelen aan om de medewerkers te stimuleren om alle incidenten consequent te melden, om zo tot een volledig beeld te komen en de leermogelijkheden te maximaliseren. **(Aanb)**
- De reeds geformuleerde tekortkoming m.b.t. de registratie van doorverwijzingen naar andere ziekenhuizen is ook op het agressiebeleid van toepassing. **(TK)**

7.5 Suïcidepreventiebeleid

Beleid

- Het ziekenhuis beschikt over een uitgeschreven beleid rond suïcide: **(AV)**
 - Suïcide: begrippenkader en begeleidingsplan (stappenplan en protocol februari 2009):
 - Hulpverlening aan de suïcidale patiënt en betrokkenen
 - Hulpverlening bij confrontatie met suïcide
 - Procedure suïcide buiten Rustenburg.
 - Procedure suïcide in de kliniek.
 - Procedure onrustwekkende verdwijning.
- Omdat het op de werkvloer voor de artsen en medewerkers (bij gebrek aan criteria) niet duidelijk is wanneer er moet overgegaan worden tot een overplaatsing van de suïcidale patiënt naar een ander ziekenhuis (cfr. procedure crisisinterventie) **(TK)** en vanuit de noodzaak om het bestaande beleid, stappenplan en protocol te evalueren en te actualiseren werd in 2013, na goedkeuring door de directie, een multidisciplinaire werkgroep,

inclusief de hoofdarts, opgestart. Na evaluatie van de bestaande documenten heeft de werkgroep een inventaris opgemaakt van de zaken die moeten gebeuren in verband met suïcidepreventie. **(AV)**

Medewerkers

- De verbetermogelijkheden inzake ondersteuning bij ernstige/emotionele incidenten werden hierboven reeds beschreven, en gelden ook voor de opvang na suïcide(pogingen). **(TK)**
- De werkgroep benadrukt de noodzaak van voldoende gedragenheid bij de psychiaters rond dit thema. De hoofdgeneesheer maakt deel uit van de werkgroep. **(AV)**
- Na een suïcide is er aandacht voor debriefing en reflectie in het team. **(AV)**

Processen

- Bij elke patiënt doet de arts bij opname een inschatting van het suïciderisico. Ook verpleegkundigen en psychologen besteden tijdens het opnamegesprek aandacht aan suïcidaliteit. **(AV)**
- Er is geen systematiek op het vlak van suïcidepreventie, noch qua inschatting bij of tijdens opname, noch qua verhoogd toezicht, noch qua herevaluatie: **(TK)**
 - Het is niet duidelijk of verpleegkundigen expliciet moeten vragen naar suïcidaliteit tijdens een intakegesprek of niet, en op welke manier zij dit best doen.
 - Het is niet duidelijk of de schaal voor suïcidale intentie en de Hopeloosheids-schaal van Beck die als bijlage bij de procedure zitten nog gebruikt moeten worden of niet.
 - Er is geen systeem van verhoogd toezicht uitgewerkt dat rekening houdt met het suïciderisico. Zo werd er in een dossier van een patiënt met dreigend autodestructief gedrag na deze observatie enkele malen aangegeven dat de patiënt extra bevraagd werd maar verder niets meer.

Resultaten

- In 2013 was er één suïcide van een opgenomen patiënt buiten het ziekenhuis en vier suïcidepogingen. **(AV)** Er werd nog geen incidentanalyse gemaakt van een suïcide(poging). **(TK)** Op die manier gaan leermogelijkheden verloren.
- Sinds de start van de MPG-registraties in 1996 (d.w.z. op 18 jaar) waren er 19 suïcides van patiënten die in behandeling waren in PTC Rustenburg. **(AV)** Het is niet duidelijk of deze suïcides in het ziekenhuis gebeurden of niet. Het is ook niet duidelijk hoeveel niet-gelukte pogingen er in die periode waren. **(TK)**
- De reeds geformuleerde tekortkoming m.b.t. de registratie van doorverwijzingen naar andere ziekenhuizen bemoeilijkt ook inzake suïcidebeleid het evalueren en bijsturen van de gehanteerde werkmethodes. **(TK)**

7.6 Patiëntenrechten

7.6.1 Informatie over patiëntenrechten

- Informatie over de patiëntenrechten wordt onvoldoende actief bekendgemaakt bij patiënten en medewerkers: **(TK)**
 - Op de website staan de patiëntenrechten beschreven, en er is een link naar de brochure “Een uitnodiging tot dialoog” van de federale overheid, maar dergelijke beschrijving, evenals de brochure, ontbreekt in de onthaalmap voor patiënten.
 - De patiëntenrechten worden niet (door de ombudspersoon of door iemand anders) op regelmatige basis toegelicht aan patiënten.
 - Ook voor artsen en medewerkers werden dergelijke info-sessies nog nooit georganiseerd.
- Informatie over de externe ombudsdienst (inclusief contactgegevens) is beschikbaar via de website; er zit ook een foldertje in de onthaalmap, en er hangen affiches op de afdelingen. **(AV)**
- Zowel de formulering (in de onthaalmap en in de procedure) als de werkwijze m.b.t. de inzage van patiënten in hun dossier werken belemmerend. **(TK)**
- Het recht op de vrije keuze van zorgverstreker is onvoldoende gegarandeerd. **(NC)**

De informatie die in de onthaalbrochure is opgenomen met betrekking tot externe consulten werkt inhiberend met betrekking tot deze vrije keuze van zorgverstreker en dient te worden aangepast:

“U bent opgenomen in ons ziekenhuis. Door de mutualiteiten wordt er bijgevolg van uitgegaan dat u alle nodige zorgen binnen onze voorziening krijgt. Toch is het mogelijk dat u alsnog op extern consult dient te gaan [...]”

“Omwille van het goede samenwerkingsverband, het kwalitatief zorgaanbod en om de financiële afwikkeling zo eenvoudig en correct mogelijk te houden, is het ten eerste gewenst dat u zich voor dergelijke externe consultaties wendt naar het AZ Sint-Jan in Brugge. Slechts na overleg met de psychiater en/of de huisarts is een ander extern consult te overwegen.”

Tijdens de terugkomdag geeft het ziekenhuis aan dat de tekst in de onthaalbrochure ondertussen werd aangepast.
- Op basis van ervaringen met alternatieve vormen van zorgorganisatie wordt er sinds enige tijd voor geopteerd om te werken met één arts per paviljoen, en ook zoveel mogelijk met één psycholoog. Deze keuze is verdedigbaar vanuit therapeutisch oogpunt, maar heeft – mede door de kleinschaligheid van de organisatie – grote implicaties voor het recht op vrije keuze van zorgverstreker binnen het centrum. We bevelen aan om hier zeer zorgvuldig mee om te gaan, bv. door te expliciteren in welke gevallen of voor welke doelgroepen een eventuele verandering van afdelingen mogelijk is, door hier zeer duidelijk over te communiceren vóór de opname, door bij een gebeurlijke onwerkbaar therapeutische relatie een verzorgde doorverwijzing naar een andere voorziening aan te bieden, ... **(Aanb)**
- Er is geen procedure “second opinion”. **(TK)**

- Er is geen procedure “ontslag tegen medisch advies”. **(TK)**

7.6.2 Klachtenmanagement

- De halfwekelijkse paviljoenvergadering (in de regel voorgezeten door de arts) wordt als een belangrijk element gezien in het capteren en oplossen van ongenoegen. **(AV)**
- Er is een interne en een externe klachtenprocedure. **(AV)**
- De interne klachtenprocedure geeft aan dat klachten bij voorkeur door de direct betrokken medewerkers worden aanhoord, geanalyseerd en behandeld, liefst in samenspraak met de (mede)eigenaars van het therapeutisch proces. **(AV)**
- De op zich (vanuit de therapeutische visie) legitimeerbare intentie en voorkeur van het ziekenhuis om ongenoegen in eerste instantie in functie van het therapeutisch proces bespreekbaar te stellen en betekenis te geven, mag geen (al dan niet impliciete) belemmering genereren voor de patiënt om zijn klacht hogerop in de hiërarchie of bij de externe instantie aan te brengen, hetzij rechtstreeks, hetzij als “beroeps”mogelijkheid. Op heden is dat wel het geval, onder meer doordat in de interne klachtenprocedure herhaaldelijk zeer expliciet de voorkeur voor interne klachtenbehandeling wordt benadrukt (zonder dit voldoende te kaderen) en doordat formuleringen zo zijn gekozen dat ze inhinderend of zelfs dreigend klinken (bv.: *“het is duidelijk dat in het bovengeschetste verloop van de klachtenbehandeling de aanwezige therapeutische kwaliteit van de relatie exponentieel afneemt naargelang in de hiërarchie opgestegen wordt. In veel gevallen zal dan van een therapeutisch werkbaar relatie geen sprake meer zijn.”*). **(TK)**
- We bevelen aan om de externe ombudspersoon actief te betrekken bij het evalueren en bijsturen van procedures met betrekking tot klachtenbehandeling. **(Aanb)**
- De externe ombudspersoon is 0,25 VTE als dusdanig in dienst van het Overlegplatform Geestelijke Gezondheidszorg West-Vlaanderen. Naast PTC Rustenburg is zij ook ombudspersoon in het PZ Onze-Lieve-Vrouw (Brugge), in 3 initiatieven Beschut Wonen, 2 Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, 2 psychiatrische verzorgingstehuizen en twee mobiele behandelteams in het kader van artikel 107. Bij afwezigheid door ziekte of verlof wordt zij vervangen door een collega van het Overlegplatform (in eerste instantie van West-Vlaanderen, zoniet van Oost-Vlaanderen). **(AV)**
- De externe ombudspersoon is telefonisch, via mail en via brief bereikbaar. Zij komt enkel op afroep naar PTC Rustenburg. Er is geen systematische rondgang en ook geen regelmatige permanentie in het ziekenhuis. **(AV)**
We bevelen aan om te zoeken naar manieren om de externe ombudspersoon op regelmatige basis in het ziekenhuis aanwezig te laten zijn, om op die manier de bekendheid en de laagdrempeligheid van de ombudsfunctie te vergroten. **(Aanb)** Dit kan bv. door het organiseren van een permanentie in het ziekenhuis, of door haar af en toe aanwezig te laten zijn bij paviljoenvergaderingen, waarbij meteen de patiëntenrechten kunnen worden toegelicht.
- De voorbije jaren waren er respectievelijk 2, 4, 4 en 2 aanmeldingen bij de externe ombudspersoon. **(AV)** Gezien de hierboven beschreven elementen kunnen deze lage aan-

tallen misschien eerder als een teken van hoogdrempeligheid dan als een indicator voor patiëntentevredenheid beschouwd worden.

- Klachten die via de externe ombudspersoon worden aangemeld, worden voldoende ter harte genomen door het ziekenhuis. **(AV)**
- De ombudspersoon licht haar jaarverslag telkens toe aan de directeur patiëntenzorg. **(AV)**
- De flowchart met betrekking tot de interne klachtenprocedure impliceert dat niet alle klachten worden geregistreerd. Dit leidt niet alleen tot een onderregistratie, maar laat ook verbetermogelijkheden onderbelicht. **(TK)**
- De externe ombudspersoon ontvangt geen (jaar)verslag met betrekking tot klachten die via de interne klachtenprocedure behandeld zijn en krijgt ook de resultaten van tevredenheidsonderzoeken niet standaard. **(Aanb)**

8 Resultaten

8.1 Toegankelijkheid

- Het PTC Rustenburg ligt net naast het AZ Sint-Jan, aan de noordwestelijke rand van Brugge, vlak bij de oude Oostendesteenweg en de E403 Zeebrugge-Doornik. Het station Brugge Sint-Pieters is vlakbij, en ook met de bus is het PTC zeer goed bereikbaar. **(AV)**
- De ziekenhuisbrede exclusiecriteria zijn:
 - primaire verslavingsproblematiek
 - antisociale persoonlijkheidsstoornissen
 - ernstige psychotische stoornissen.

Op paviljoen-niveau zijn er nog een aantal bijkomende exclusiecriteria.

Het gehanteerde therapeutische kader maakt ook onder meer dat er een duidelijke hulpvraag moet aanwezig zijn, dat patiënten gemotiveerd moeten zijn tot verandering en bereid tot overleg met de teamleden en de medepatiënten. Ook Nederlandstaligheid is een vereiste. **(AV)**

Al deze criteria maken dat PTC Rustenburg zich op een vrij select publiek richt. De beschikbare alternatieven inzake residentiële geestelijke gezondheidszorg in de onmiddellijke omgeving (o.m. PZ Onze-Lieve-Vrouw, AZ Sint-Jan en AZ Sint-Lucas) maken dat deze keuze niet noodzakelijk problematisch is. Het bedienen van slechts een zeer specifieke doelgroep (en dus het uitsluiten van andere doelgroepen) vereist wel een goede dialoog met de regionale én supraregionale partners. In dat kader doet PTC Rustenburg inspanningen om zich ook formeel in te schrijven als supraregionaal centrum in verschillende regionale GGZ-netwerken in het kader van artikel 107. Er vonden reeds gesprekken plaats met het PAKT (GGZ-netwerk Gent – Eeklo – Vlaamse Ardennen) om hierover te overleggen. **(AV)**

Het geclaimde gespecialiseerde karakter van de voorziening – in de zin van “beter geschikt” voor de betrokken doelgroep – wordt ook best zo sterk mogelijk onderbouwd en aangetoond, om de gemaakte keuzes te blijven legitimeren. **(Aanb)** De op stapel staande bijgestuurde versie van de ROM biedt mogelijkheden op dit vlak.

- De intake gebeurt door een psychiater. Er worden inspanningen geleverd om dit contact binnen de twee weken na de aanmelding te laten plaats vinden. **(SP)** Per week zijn er 13 “slots” voorzien voor externe patiënten. Als de wachttijd langer is dan twee weken, worden er op korte termijn extra slots vrij gemaakt.
- Na het eerste gesprek moet meestal 1 à 6 weken gewacht worden tot opname. Tijdens de wachttijd onderhoudt de hoofdverpleegkundige telefonisch contact met de kandidaat. De rangorde van opname wordt bepaald door het tijdstip van aanmelding. Er zijn geen criteria inzake voorrang, behalve bij interne mutatie: de patiënt gaat op ‘intake’ naar het ander paviljoen en komt niet op de wachtlijst. Ook bij een heropname kan een voorrangstelling worden overwogen. **(AV)**
- Alle artsen zijn voor hun activiteiten binnen het ziekenhuis geconventioneerd. **(AV)**

8.2 Informatieverstrekking

- PTC Rustenburg heeft een attractieve, rijkgevulde en duidelijk website (www.ptcrustenburg.be). **(AV)**
- Bij opname ontvangen patiënten een onthaalmap met naast heel wat algemene informatie ook een afdelingsspecifieke onthaalbrochure, een grondplan van het ziekenhuisdomein en een folder van de externe ombudsfunctie. **(AV)**
De map bevat ook een door alle patiënten te ondertekenen “attest rijgeschiktheid”. De formulering en het doel van dit attest zijn onduidelijk en verwarrend. Er dient verduidelijkt of het een puur informatief dan wel een restrictief attest is, en restricties zijn sowieso enkel bij specifieke patiëntgebonden indicaties aangewezen. **(Aanb)**
- We bevelen aan om de externe ombudspersoon actief te betrekken bij het opmaken van informatie voor patiënten (zoals de opnamemap, afdelingsbrochures of procedures die ter inzage zijn voor patiënten). **(Aanb)**
- Voor de interne communicatie is de portaalsite een belangrijk instrument. De kwaliteiten en verbetermogelijkheden werden beschreven in het onderdeel “lerende omgeving”. **(AV)**
- Op vzw-niveau wordt tweemaandelijks het tijdschrift “Het Perron” uitgegeven. Dit tijdschrift, waar ook medewerkers van PTC Rustenburg regelmatig een bijdrage toe leveren, is voornamelijk bestemd voor West-Vlaamse huisartsen en psychiaters, en voor geestelijke gezondheidsvoorzieningen in Vlaanderen. **(AV)**

8.3 Tevredenheid medewerkers en patiënten

- In 2011 vond een tevredenheidsmeting plaats bij medewerkers (responsgraad 94%), aan de hand van een vragenlijst ontwikkeld door BING Research. De vragenlijst werd ontwikkeld specifiek voor de context van psychiatrische ziekenhuizen en hieraan namen ook 12 andere psychiatrische ziekenhuizen deel, zodat benchmarken mogelijk is. De globale resultaten van de meting werden in mei/juni 2011 tijdens verschillende overlegmomenten bekend gemaakt aan de directie en leidinggevenden en aan alle leden van de verschillende disciplines. **(AV)** De resultaten werden ook gepubliceerd op de portaalsite (intranet), zodat alle medewerkers de ziekenhuisresultaten konden inkijken. **(SP)**
- Doel van de overlegmomenten was om betekenis te geven aan de cijfers en concrete en realistische verbeteracties te formuleren die konden opgenomen worden door de discipline zelf, door de leidinggevenden en/of door de directie, en waarvan de medewerkers tevreden zouden zijn mocht daar eind 2012 al een merkbare vooruitgang kunnen worden geboekt. Uit de globale resultaten bleek dat er voornamelijk moest gewerkt worden rond de thema's leiderschap, informatieverstrekking en communicatie. **(AV)** Zoals eerder beschreven is de kanteling van een eerder discipline-georiënteerde naar een meer procesgerichte organisatie zijn onder meer een resultaat van de medewerkerstevredenheidsmeting in 2011. De kanteling werd na een omstandig uitgewerkt veranderingsproces gerealiseerd in januari 2014. **(SP)**
Een nieuwe tevredenheidsmeting is gepland in 2015; deze wordt gezien als één van de manieren om het doorgemaakte veranderingsproces te evalueren. **(AV)**

- Jaarlijks gebeurt op een gemeenschappelijk moment een tevredenheidsmeting bij opgenomen patiënten. De kwaliteitscoördinator kondigt deze meting aan tijdens de paviljoenvergaderingen. Ook de psychiater, de hoofdverpleegkundigen en alle andere teamleden motiveren patiënten tot deelname aan deze meting, wat resulteert in een hoge participatiegraad (> 80%).
De resultaten worden eerst besproken binnen de “werkgroep tevredenheidsmeting”, die vervolgens een advies formuleert t.a.v. de “stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid”. De algemene resultaten en de effectief weerhouden verbeteritems worden via de portalsite (intranet) bekendgemaakt aan alle medewerkers en worden door de kwaliteitscoördinator via de paviljoenvergaderingen teruggekoppeld naar de patiënten. Een verdere uitdieping van de relevante items gebeurt door een vergadering waarin voor elk paviljoen een aantal patiëntenvertegenwoordigers zetelen. Op basis daarvan worden – opnieuw binnen de stuurgroep kwaliteit en patiëntveiligheid – de verbeteracties geconcretiseerd. **(AV)**
De huidige meting laat enkel verwerking van de resultaten op ziekenhuisniveau toe. We bevelen aan om ook verwerking en interpretatie op afdelingsniveau mogelijk te maken, om de verbeteracties nog gericht te kunnen uitwerken. **(Aanb)**
- Naast dit formele proces wordt doorheen het jaar ook gepeild naar de mening en tevredenheid van patiënten. Dit gebeurt via de paviljoenvergaderingen en via individuele contacten of met patiëntenvertegenwoordigers, om bepaalde thema’s uit te diepen. **(AV)**

8.4 Patiënt/familiegeoriënteerde zorg

- Op een aantal vlakken schiet het ziekenhuis tekort inzake klantvriendelijkheid of patiëntgerichtheid **(TK)**, bv:
 - In een afdelingsbrochure staat: *“Indien je bij opname kiest voor een gemeenschappelijke kamer krijg je gewoonlijk een eenpersoonskamer toegewezen. Na een tijd – volgens de volgorde van de opnames – wordt wie langst opgenomen is gevraagd te verhuizen naar een gemeenschappelijke kamer. Als dit geweigerd wordt, zien we dit als het op de helling plaatsen van je behandeling. Er kan niet meer gekozen worden om het supplement voor de individuele kamer te betalen.”* Dit kan juridisch niet onderbouwd worden. **(NC)**
 - Tijdens de eerste weekends van een opname geldt een beperkte uitgangsregeling. **(AV)** Gedurende het vervolg van de behandeling kunnen patiënten – behoudens te bespreken uitzonderlijke situaties – per maand slechts twee weekends met overnachting (van zaterdagmiddag tot zondagavond) buiten het ziekenhuis worden doorgebracht. Deze algemene regel lijkt vooral ingegeven door economische motieven, en kan bezwaarlijk als klantvriendelijk beschouwd worden, temeer aangezien een groot aantal patiënten niet in de onmiddellijke omgeving van het ziekenhuis woont.
 - Er is slechts beperkt bijsturing van het therapeutisch programma mogelijk naar gelang de individuele behoeften of interesses. Dit strookt niet helemaal met de visie van het PTC waarin gesteld wordt dat er patiënt-georiënteerd gewerkt wordt en dat zorg op maat belangrijk is.

- Er zijn een aantal initiatieven die de inspraak en responsabilisering van patiënten bevorderen: **(AV)**
 - Via de minstens wekelijkse paviljoenvergaderingen kunnen dagdagelijkse problemen in de werking of in het samenleven snel worden aangebracht. De verslagen van deze vergaderingen worden door patiënten zelf gemaakt.
 - Zoals hierboven beschreven worden patiënten – al dan niet via vertegenwoordiging – actief betrokken bij het interpreteren van de patiëntentevredenheidsmetingen en bij het uitwerken van verbeteracties.
 - In sommige paviljoenen wordt gewerkt met tweewekelijks wisselende groepsverantwoordelijken.

- Toch zijn er nog heel wat verbetermogelijkheden inzake het betrekken en responsabiliseren van patiënten: **(Aanb)**
 - Patiënten zijn nooit aanwezig tijdens de bespreking van hun behandelplan en behandeldoelstellingen. Er is een terugkoppeling door de individuele verpleegkundige (Paviljoen 1) of door de psycholoog (Paviljoenen 2 en 3).
 - Er wordt slechts in beperkte mate met ervaringsdeskundigen gewerkt. Er wordt op het moment van de audit wel gezocht naar manieren om die ervaringsdeskundigheid meer te valoriseren (bv. in de KOPP-werking en in de evaluatie van de postkuurprogramma's).
 - Exitgesprekken gebeuren informeel en niet systematisch.

- In de recente visie- en beleidsteksten wordt de intentie geuit om de context en de familie nauw te betrekken. Op het moment van de audit krijgt deze context te weinig aandacht: **(TK)**
 - Er zijn geen infomomenten voor familieleden.
 - Er is weinig systematisch contact tussen context en begeleiding voorzien (o.a. na uitstap of overnachting).
 - Het aanduiden van de maatschappelijk werker als aanspreekpunt voor de context mag er niet toe leiden dat het communiceren met context en familie louter als een taak van de maatschappelijk werkers wordt gezien.
 - Voor gans het ziekenhuis is er slechts 0,39 VTE gezins- en familietherapeut, die enkel op indicatie wordt ingezet, en dan nog voornamelijk ondersteunend voor het functioneren van de patiënt in de groep.
 - Er is geen forum (of bevraging) waarmee de ervaringen van familieleden worden gecapteerd of ingebracht in het beleid.

- Hierbij dient wel te worden genuanceerd dat:
 - artsen zich laagdrempelig opstellen ten aanzien van belangrijke derden, maar dan enkel op hun expliciete vraag;
 - “familieleden en betekenisvolle anderen een geëigende plaats geven binnen het therapeutisch proces” één van de recent opgestelde operationele doelstellingen is in het ziekenhuis. **(AV)**

- Er is aandacht voor Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen: in overleg met de patiënt wordt bekeken wat voor de kinderen kan gedaan worden. In de eerste plaats gaat de aandacht naar het ondersteunen van de opgenomen ouder in diens ouderrol. De sociale dienst geeft regelmatig een KOPP-cursus voor ouders die in diens ouderrol. De sociale dienst geeft regelmatig een KOPP-cursus voor ouders die in PTC Rustenburg zijn opgenomen: tijdens drie namiddagen wordt stilgestaan bij de impact

die de problematiek van de ouder kan hebben op de kinderen; men geeft handvatten mee aan de ouders en zoekt samen naar manieren om de veerkracht van kinderen te versterken.

Er zijn ook boeken en brochures beschikbaar, op maat van de kinderen of jongeren. **(AV)**

8.5 Continuïteit van zorg

- De verwijzer ontvangt van de psychiater een verslag van het intakegesprek. Nadat de psychiater de patiënt bij het begin van de opname een eerste keer heeft gezien, wordt een opnameverslag gemaakt, dat naar de verwijzer en/of de betrokken diensten wordt gestuurd. **(SP)**
- Een opname in PTC Rustenburg wordt – meer dan vroeger – gezien als een schakel in het zorgtraject van de patiënt. Nazorgplanning krijgt dan ook veel aandacht. Elke opgenomen patiënt neemt na een verblijf van 4 maanden deel aan de exitgroep, waar de nazorgplanning vorm krijgt. Er wordt gestreefd naar een nazorg op maat volgens de persoonlijke noden van de individuele patiënt. De maatschappelijk werker verzorgt en coördineert de communicatie met de hulpverlening en het netwerk van de patiënt. Het continueren van de zorg kan onder meer door semi-residentiële en ambulante behandeling in PTC Rustenburg zelf, of via verwijzing naar een extern netwerk van psychosociale dienstverlening. **(AV)**
- Uiterlijk twee werkdagen na het ontslag van de patiënt wordt een voorlopige ontslagbrief opgemaakt. Deze brief wordt – behoudens bezwaar van de patiënt – naar de huisarts verstuurd, evenals naar de verwijzer en de verschillende actoren die bij de nazorg betrokken zijn. **(SP)** Men streeft er naar om binnen de twee weken een definitief en uitgebreid ontslagverslag te versturen, met een beschrijving van het verloop van de opname, een psychiatrisch luik, een psychologisch luik, een somatisch luik en de nazorgplanning. **(AV)** Aanbeveling om het halen van deze termijn te meten als een indicator, bv. tijdens de dossiercheck die reeds gebeurt om de nazorgplanning te evalueren. **(Aanb)**

8.6 Samenwerking

- PTC Rustenburg maakt deel uit van het Netwerk Geestelijke Gezondheidszorg Noord-West-Vlaanderen (netwerk in het kader van artikel 107). De betrokkenheid situeert zich op het moment van de audit wel bijna uitsluitend op directieniveau: **(AV)**
 - De algemeen directeur is lid van de stuurgroep en voorzitter van Functie 3.
 - De directeur patiëntenzorg is lid van de stuurgroep 2A (ontwikkeling van het mobiel crisisteam).
 - De hoofdarts en de directeur patiëntenzorg zijn lid van de stuurgroep Functie 4 (in opstart).
 - De hoofdarts is lid van het medisch college.
 - Binnen het project is ook één medewerker gedetacheerd (0,5 VTE) i.k.v. de werking van het mobiel crisisteam.

Verder is de kwaliteitscoördinator nauw betrokken bij de ontwikkelingen in het kader van functie 3, en een maatschappelijk werker maakt deel uit van het arbeidscoachingteam functie 3 regio Noord West-Vlaanderen.

- Gezien Rustenburg zich als supraregionaal centrum profileert, zijn er daarnaast gesprekken gaande met andere netwerken (bv. Gent – Eeklo – Vlaamse Ardennen) om zich ook daar in te schrijven in functie 4. **(AV)**
- Rond bepaalde topics zijn er ook andere formele en functionele samenwerkingen:
 - Apotheekassociatie: contract tussen PTC Rustenburg en APZ Onze-Lieve-Vrouw.
 - Transmurale zorg: samenwerking met CPR Inghelburch.
 - Bestuur en management van de vzw: samenwerking met APZ Heilig Hart, APZ Onze-Lieve-Vrouw, CPR Inghelburch, PVT Sint-Augustinus, PVT Tempelhof CPR GGZ-netwerk Ieper-Diksmuide.
 - Somatische onderzoeken: samenwerkingsovereenkomst met AZ Sint-Jan.
 - Commissie Medische Ethiek: samenwerkingsovereenkomst met APZ Onze-Lieve-Vrouw.
 - Verpleegkundig ziekenhuishygiënist: samenwerkingsovereenkomst met APZ Onze-Lieve-Vrouw.
 - Geneesheer-ziekenhuishygiënist: samenwerkingsovereenkomst met Provikmo.
 - Crisisopname: samenwerking met EPSI AZ Sint-Jan en afdeling 51 APZ Onze-Lieve-Vrouw.

8.7 Cijfergegevens (2013)

- Er waren 349 aanmeldingen, die resulteerden in 210 opnames, waarvan 134 eerste opnames.
Van de opgenomen patiënten kwam 41,25% uit West-Vlaanderen (+/- 15% uit Brugge), 37,78% uit Oost-Vlaanderen, 10,78% uit Vlaams-Brabant en 9,31% uit Antwerpen. Hiermee is duidelijk dat PTC Rustenburg patiënten uit een groot recruiteringsgebied aantrekt. **(AV)**
- De gemiddelde ligduur was 126 dagen, waarbij er op 31/12/2013 slechts 1 patiënt reeds langer dan een jaar was opgenomen. Er werd geen enkele minderjarige opgenomen. **(AV)**
- Met een realisatie van 23.404 ligdagen bedroeg de bezettingsgraad ruim 89%. **(AV)**
- Er gebeurde 1 suïcide en 4 pogingen. Er werden ook 5 verdwijningen en/of ontvluchtelingen genoteerd. **(AV)**
- 17 patiënten verlieten PTC Rustenburg tegen medisch advies. **(AV)**