

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

T 02 553 34 34

F 02 553 34 35

contact@zorginspectie.be

////////////////////////////////////
AUDITVERSLAG
////////////////////////////////////

INSPECTIEPUNT

Naam	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Geel
Adres	Dr. Sanodreef 4, 2440 Geel
Telefoon	014 57 91 11
E-mail	info@opzgeel.be
Website	www.opzgeel.be
Erkenningsnummer	939

INRICHTENDE MACHT

Naam	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Geel
Juridische vorm	Extern Verzelfstandigd Agentschap (naar publiek recht) van de Vlaamse overheid
Adres	Dr. Sanodreef 4, 2440 Geel
Telefoon	014 57 91 11
Voorzitter	Eric Nysmans
E-mail	info@opzgeel.be

UITBATINGSPLAATS

Naam	OPZ Geel
Adres	Dr. Sanodreef 4, 2440 Geel

OPDRACHT

Nummer	O-2016-MAPU-0795
Datum	8/12/2016
Inspecteurs	Kurt Lievens (hoofdauditor) Nele Van Cauteren (auditor) Koenraad Fierens (auditor)

VERSLAG

Nummer	V-2017-KULI-001
Datum	24/05/2017

INSPECTIEBEZOEK

Soort	Aangekondigd bezoek op 8/5/2017, op 11/5/2017 en op 12/5/2017 (zie 1.4)
Gesprekspartners	Zie 1.2

INHOUD

1	Inleiding	3
1.1	Toepassingsgebieden en definities	3
1.2	Auditproces	4
1.3	Samenstelling van het auditteam	5
1.4	Auditplan	5
2	Situering van de voorziening	7
2.1	Directiecomité	7
2.2	Erkenningsituatie en machtiging gedwongen opname	7
2.3	Organisatie van de zorg	8
2.4	Historische en geografische situering	9
3	Leiderschap	11
3.1	Beleidsorganen	11
3.2	Organisatiestructuur	14
4	Beleid en strategie	16
4.1	Algemeen en kwaliteitsbeleid	16
4.2	Medisch en therapeutisch beleid	18
4.3	Lerende omgeving	21
5	Middelen	23
5.1	Infrastructuur	23
5.2	Patiëntendossier	23
6	Medewerkers	25
6.1	Personeelsbeleid	25
6.2	Vorming, training en opleiding (VTO)	27
6.3	Vrijwilligers	28
6.4	Bestaffing	29
7	Processen	30
7.1	Procedurebeheer	30
7.2	Medicatie distributie	30
7.3	Agressiebeleid en vrijheidsbeperkende maatregelen	34
7.4	Suicidebeleid	40
7.5	Patiëntenrechten, ombudsfunctie en klachtenmanagement	41
8	Resultaten	43
8.1	Toegankelijkheid	43
8.2	Tevredenheid patiënten en medewerkers	43
8.3	Patiënt-/familiegeoriënteerde zorg	44
8.4	Samenwerking	45
8.5	Cijfers	46

1 INLEIDING

In het auditverslag worden de bezochte 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.

Tijdens een slotbespreking (op 29/06/2017 om 10u, in het Ellipsgebouw te Brussel) werden de opmerkingen uit de reactienota besproken in aanwezigheid van de administrateur-generaal, de algemeen directeur en de hoofdarts van OPZ Geel.

1.1 TOEPASSINGSGBIEDEN EN DEFINITIES

Tijdens de audit wordt gefocust op de kwaliteit en veiligheid van zorg. Hierbij baseren de auditoren zich enerzijds op een aantal juridische basisteksten (erkenningnormen, kwaliteitsdecreet), maar anderzijds ook op evidence based richtlijnen of andere (inter)nationale richtlijnen m.b.t. het betreffende zorgdomein.

In het auditverslag worden alle vaststellingen van de auditoren geclassificeerd. Daarbij wordt gebruik gemaakt van volgende classificaties:

Algemene vaststellingen (AV)

Deze elementen scoren niet negatief en niet positief. Het is neutrale informatie, bv. om de context te schetsen.

Non-conformiteiten (NC) en tekortkomingen (TK)

Non-conformiteiten en tekortkomingen zijn knelpunten in de kwaliteit van zorg of risico's op het vlak van patiëntveiligheid, die door het ziekenhuis moeten aangepakt worden en waarop vooruitgang moet geboekt worden.

Non-conformiteiten hebben steeds een juridische basis. Het zijn elementen die niet aan normen voldoen zoals geformuleerd in o.a. wetten, decreten, uitvoeringsbesluiten en ministeriële omzendbrieven.

Tekortkomingen zijn niet gebaseerd op een juridisch vastgelegde norm, maar bv. op (evidence based) richtlijnen, standaarden en internationaal aanvaarde kwaliteitsnormen. Redenen om een element als een tekortkoming te classificeren kunnen bv. ook zijn:

- opvallend zwakker scoren dan andere PZ zonder voldoende objectiveerbare verklaring;
- weliswaar enigszins maar in onvoldoende mate voldoen aan een norm met een juridische basis; strikt gezien is er in dergelijk geval geen sprake van een non-conformiteit, anderzijds haalt het ziekenhuis niet de nodige kwaliteit m.b.t. de betreffende norm (men voldoet bv. vormelijk aan een juridische norm, maar de inhoud voldoet niet).

Sterke Punten (SP)

Dit zijn punten die worden beoordeeld als opvallend beter dan andere PZ of dan de rest van het ziekenhuis. Het minimaal voldoen aan de normen of verwachtingen wordt niet als een sterk punt aanzien.

Aanbevelingen (Aanb)

Een aanbeveling is een vrijblijvend advies ter verbetering van de kwaliteit van de zorg.

Een aanbeveling wordt enkel geformuleerd als ze ook een kwaliteitsverbetering kan betekenen voor het betreffende ziekenhuis.

De auditoren baseren zich hierbij op het referentiekader voor psychiatrische ziekenhuizen, dat bekend gemaakt werd aan het ziekenhuis en te vinden is op <https://www.zorg-en-gezondheid.be/referentiekader-voor-psychiatrische-ziekenhuizen>. Dit referentiekader geeft ook een indicatie voor de manier waarop de vaststellingen kunnen ingedeeld worden in non-conformiteiten en tekortkomingen.

Dit betekent niet dat alle mogelijke non-conformiteiten en tekortkomingen uit het referentiekader systematisch in elk auditverslag worden vermeld. In het verslag worden de verbeterpunten opgenomen die, rekening houdend met de plaatselijke context, een risico inhouden op het vlak van patiëntveiligheid of belangrijk zijn om de kwaliteit van zorg te verbeteren.

Het referentiekader is anderzijds ook niet exhaustief. Zo kan het dat in het auditverslag elementen als een non-conformiteit of tekortkoming worden geformuleerd, ondanks het feit dat ze niet als dusdanig in het referentiekader staan opgenomen. Dit kan bv. gebeuren:

- in afwachting van de aanpassing van het referentiekader (dat altijd enige vertraging kent ten opzichte van de evolutie van de sector en/of van de wetenschap);
- als het een element betreft dat dermate zelden voorkomt dat het niet is opgenomen in het referentiekader;
- als het een element betreft dat buiten de focus van het referentiekader valt maar dat toch voldoende belangrijk is (bv. het onvoldoende respecteren van de menselijke waardigheid).

1.2 AUDITPROCES

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

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

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

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

Er werden 26 uren interview en rondgang georganiseerd. Tijdens de interviews waren er gesprekken met 6 directieleden (waaronder de hoofdarts), 1 afdelingspsychiater, de kwaliteitscoördinator, het diensthoofd van de personeelsdienst, één verpleegkundig stafmedewerker, 8 verpleegkundigen waarvan 6 hoofdverpleegkundigen (teamcoördinatoren), 1 apotheker, 3 psychologen, 1 maatschappelijk werker, en met de interne en de externe ombudspersoon.

Volgende afdelingen werden tijdens de audit bezocht:

- divisie Jongeren – Reguliere K-dienst;
- divisie Volwassenen – Gesloten Opname;
- divisie Volwassenen – Open opname;
- divisie Ouderen – Behandeleenheid;
- divisie Ouderen – Gezinsverpleging;
- divisie Ouderen – Sp-leefeenheid.

De vaststellingen in het auditverslag zijn gebaseerd op informatie uit de geraadpleegde documenten, op informatie verkregen tijdens de interviews, op observaties tijdens de rondgang van diensten en op steekproeven (van bv. patiëntendossiers, medicatievoorschriften, registratiegegevens).

1.3 SAMENSTELLING VAN HET AUDITTEAM

Kurt Lievens	Hoofdauditor
Nele Van Cauteren	Auditor
Koenraad Fierens	Auditor

1.4 AUDITPLAN

Maandag 8/5/2017		
	Kurt Lievens	Koenraad Fierens
9u – 10u15	toelichting bij het auditproces door de auditoren en korte voorstelling van en door het ziekenhuis	
10u15 – 11u30	ombudsfunctie en patiëntenrechten	medicatiebeleid
11u30 – 12u30	afdelingsbezoek	afdelingsbezoek
12u30 – 13u15	middagmaal + overleg auditoren (auditoren alleen)	
13u15 – 15u15	algemeen beleid	personeelsbeleid

Donderdag 11/5/2017	
	Nele Van Cauteren
9u30 – 12u	kwaliteitsbeleid + resultaten van klanten en medewerkers
12u – 14u30	vrijheidsbeperkende maatregelen, suïcidebeleid, agressiebeleid
14u30 – 17u00	afdelingsbezoeken

Vrijdag 12/5/2017		
	Kurt Lievens	Koenraad Fierens
9u – 10u	therapeutisch beleid	medisch beleid
10u – 11u		afdelingsbezoeken
11u – 13u		
13u – 14u30	middagmaal + overleg auditoren (auditoren alleen)	
14u30 – 15u	afroendend gesprek met de directie	

2 SITUERING VAN DE VOORZIENING

2.1 DIRECTIECOMITÉ

Administrateur-generaal	Pieter Jans
Algemeen directeur / directeur patiëntenzorg	Hans Verbiest
Directeur divisie Jongeren en paramedisch directeur	Gina Lipkens
Directeur divisie Ouderen en verpleegkundig directeur	Mieke Mondelaers
Directeur divisie Volwassenen	Anita Van den Plas
Hoofddarts, directeur medisch departement	dr. Tom Geuens
Adjunct-hoofddarts Jongeren	dr. Caroline Debruyne
Adjunct-hoofddarts Volwassenen	dr. Tim Moons
Adjunct-hoofddarts Ouderen	dr. Steven Van Den Bosch
Directeur Financiële en Technische diensten	Jan Vanreusel
Directeur Administratieve en Facilitaire diensten	Ann Schoeters

2.2 ERKENNINGSSITUATIE EN MACHTIGING GEDWONGEN OPNAME

- Momenteel heeft het ziekenhuis vanuit de Vlaamse overheid een erkenning voor:

A	a(d)	a(n)	T	t(d)	t(n)	Sp psych	Tg	K	k(d)	k(n)	Tf(bed)	Tf(pl)	totaal
88	30	0	117 (*)	10	0	21	30	16	4	0	81 (*)	350	747

+ functie ziekenhuisapotheek.

(*) In het kader van het plaatselijke project ter hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen ("Netwerk GGZ Kempen") werden recent 94 T-bedden (gecreëerd via reconversie van 188 niet-inge-vulde Tf-plaatsen) gedeactiveerd. Eerder werden al 15 Tf-bedden buiten gebruik gesteld.

De erkenning van deze gedeactiveerde bedden blijft evenwel opgenomen in de hierboven vermelde cijfers.

- Bovenop de erkende bedden baat het ziekenhuis ook een aantal bedden uit met projectfinanciering:

For-K	Justitieel crisisbed	totaal
8	2	10

- Het ziekenhuis heeft een machtiging voor gedwongen opname, met dr. Thalia Willems als arts hoofd van dienst. Ook dr. Tom Geuens en dr. Mieke Celen zijn gemachtigd arts voor toezicht. In de praktijk nemen alle psychiaters een toezichttaak op.

2.3 ORGANISATIE VAN DE ZORG

- Er zijn drie divisies (Jongeren, Volwassenen, Ouderen), die elk worden aangestuurd door een divisie-directeur en een adjunct-hoofdarts. Elke divisie bestaat dan weer uit verschillende afdelingen, zoals hieronder weergegeven. **(AV)**

divisie Jongeren		divisiedirecteur: Gina Lipkens adjunct-hoofdarts: dr. Caroline Debruyne	
Ambulante zorg:			
- Kinderen in Zorggezinnen (gezinsverpleging Kinderen en Jongeren)			
- outreach Mol			
- mobiel care team (netwerkteam)			
- referentiecentrum autisme			
For-K			
Crisisunit			
Reguliere K-dienst		leefgroep Kids	
		leefgroep Tieners	
divisie Volwassenen		divisiedirecteur: Anita Van den Plas adjunct-hoofdarts: dr. Tim Moons	
Angst en depressie			
Dagkliniek Volwassenen		Poorthuis	
		Knooppunt	
Gesloten Opname			
Gezinsverpleging volwassenen			
(mobiel) CKB-team (team functie 2A Netwerk GGZ Kempen)			
(mobiel) LZ-team (team functie 2B Netwerk GGZ Kempen)			
Open Opname			
Psychosezorg			
Structurerende zorg			
Observatiehuis			
divisie ouderen		divisiedirecteur: Mieke Mondelaers adjunct-hoofdarts: dr. Steven Van den Bosch	
Behandeleenheid			
Dagkliniek			
Gezinsverpleging Ouderen & Mobiel team ouderen			
Hygiënisch Centrum			
Opname-eenheid			
Somatische eenheid			
Sp-leefeenheid			

- Aan elke afdeling zijn één of twee behandelende artsen verbonden.

- Enkele van deze afdelingen werken louter in functie van de gezinsverpleging:
 - het Hygiënisch Centrum

dit centrum (dat zich buiten de campus bevindt, en aangestuurd wordt vanuit het team Gezinsverpleging Ouderen) voorziet in de algemene verzorging van de gezinsverplegingspatiënten (wegen, bloeddrukmeting, eventuele inspuitingen of wondverzorging, baden, haar-, voet- en nagelverzorging);
 - de Somatische eenheid (en een deel van de “Structurerende eenheid”)

deze eenheid is bestemd voor ouderen uit de gezinsverpleging met (tijdelijke) somatische aandoeningen waarvoor niet voldoende hulp in de eigen woonsituatie kan worden geboden, bv. tijdens een herstelperiode na een medische ingreep of bij een ernstige lichamelijke aandoening;

ook 8 bedden van de “Structurerende eenheid” worden voor dit doel ingezet, als oplossing voor het capaciteitstekort op de Somatische eenheid;
 - het Observatiehuis

in het Observatiehuis leven een aantal begeleiders gedurende enkele weken (overdag op werkdagen) samen met een aantal patiënten die in aanmerking komen voor gezinsverpleging of een andere woonvorm (bv. beschut wonen, PVT); dit samenleven in een kleine groep levert de nodige informatie op om de goede vervolgkeuzes te kunnen maken.

- De mobiele teams voor jongeren en voor volwassenen – hierboven weergegeven als deel van de divisies – worden in mindere of meerdere mate aangestuurd door het netwerk waarin ze opereren. Het mobiel team ouderen is vooralsnog geen aparte equipe; voor dergelijke werking is van overheidswege nog geen financiering voorzien, maar er wordt in het OPZ Geel wel “geoefend” door met het team “Gezinsverpleging ouderen” 10 patiënten te begeleiden die niet in de gezinsverpleging zijn opgenomen.

- Naast de drie hierboven beschreven divisies wordt een deel van het zorgaanbod georganiseerd vanuit diensten die rechtstreeks onder het paramedisch departement vallen: Dagactiviteitencentra (De Pas en De Statie), Arbeidszorg, Dienst Vrije Tijd, Sport en Vrijwilligerswerk (inclusief ontmoetingscentrum 't Vooruitzicht), het Kunsthuis en de kinesitherapeuten.

2.4 HISTORISCHE EN GEOGRAFISCHE SITUERING

Historische situering

- Halfweg de twaalfde eeuw werd de Heilige Dimpna door bedevaarders aangeroepen voor de genezing van allerlei ziekten, in het bijzonder voor krankzinnigheid. Geesteszieken werden door familieleden in groten getale naar Geel gebracht om er boete te doen. Na hun verblijf keerden niet alle zieken terug naar hun plaats van herkomst: een deel van hen werd in Geelse gezinnen ondergebracht. Dit was het begin van de psychiatrische gezinsverpleging in Geel.

- Begin jaren 1980 werd de Sanokliniek opgericht omdat er in de regio Kempen nood was aan een algemeen psychiatrisch ziekenhuis. De Sanokliniek en de Gezinsverpleging vormen sindsdien de twee grote entiteiten van het OPZ Geel.

- In 2003 werd gestart met kinder- en jeugdpsychiatrie, en werd het OPZ Geel gereorganiseerd tot vier divisies: Jongeren, Volwassenen, Ouderen en Rehabilitatie. In 2013 werd de divisie Rehabilitatie opgeheven en ingebed in de divisies Volwassenen en Ouderen.

Geografische situering

- In de regio zijn weinig andere psychiatrische ziekenhuizen. PC Bethanië (Zoersel), PZ Duffel en beide campussen van PC Multiversum (Mortsel en Boechout) liggen op telkens +/- 40 km afstand.
- OPZ Geel maakt als enig psychiatrisch ziekenhuis deel uit van het artikel-107-project “Netwerk GGZ Kempen” (dat het arrondissement Turnhout als werkingsgebied heeft). Daar maken – naast een aantal niet-GGZ-partners – verder ook het AZ Turnhout, CGG Kempen, BW Kempen en PVT Salto deel van uit. Rond functie 4 is er ook wel overleg met andere psychiatrische ziekenhuizen op provinciaal niveau.
- Naast AZ Turnhout (waar een PAAZ deel van uitmaakt) zijn er in de regio nog drie andere algemene ziekenhuizen actief (Sint-Dimpna Ziekenhuis Geel, het AZ Herentals en het Heilig Hartziekenhuis Mol); die hebben geen PAAZ, maar er wordt desondanks gezocht naar samenwerkingsopportuniteiten.

3 LEIDERSCHAP

OPZ Geel is een Extern Verzelfstandigd Agentschap (naar publiek recht) van de Vlaamse overheid. Dit agentschap maakt deel uit van het Beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Dit specifieke statuut heeft implicaties waar de organisatie weinig vat op heeft.

In het regeerakkoord van de Vlaamse Regering 2014-2019 staat de verzelfstandiging van het OPZ Geel aangekondigd. Hierrond werden verkennende werkzaamheden ondernomen, maar het blijft vooralsnog onduidelijk of, wanneer en desgevallend hoe dergelijke verzelfstandiging al dan niet zal gebeuren.

3.1 BELEIDSORGANEN

Bestuursniveau

- Het OPZ Geel heeft een eigen Raad van Bestuur, die volledig wordt samengesteld door de Vlaamse Regering, telkens voor 5 jaar. Krachtens het oprichtingsdecreet (voluit “decreet tot oprichting van de publiekrechtelijk vormgegeven agentschappen Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Geel en Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Rekem” dd. 30/4/2004, BS 28/5/2004), worden hierbij personen aangesteld met deskundigheid op het vlak van geestelijke gezondheidszorg, deskundigheid op juridisch vlak of op het vlak van management. Het mandaat van de huidige bestuurders startte op 1/1/2015.

Naast een voorzitter en een ondervoorzitter bestaat de Raad van Bestuur uit nog 10 stemgerechtigde leden, aangevuld met twee regeringsafgevaardigden (één verantwoordelijk voor de financiële aspecten en één voor de inhoudelijke) en één gecoöpteerd lid (vertegenwoordiger van Stad Geel) zonder stemrecht.

OPZ Geel ressorteert ook onder het decreet deugdelijk bestuur, waardoor in principe een derde van de Raad van Bestuur uit onafhankelijke bestuurders moet bestaan. OPZ Geel kreeg evenwel een tijdelijke uitzondering op deze maatregel, in het licht van de hierboven vermelde verzelfstandiging. **(AV)**

- De vergaderingen van de Raad van Bestuur worden bijgewoond door de administrateur-generaal, de directeur patiëntenzorg (ook algemeen directeur genoemd), de hoofdarts, de financieel en technisch directeur en de administratief en facilitair directeur (deze laatste als secretaris). **(AV)**
- In 2016 kwam het bestuur 9 keer bijeen. Op de agenda van de ingekeken vergaderverslagen stonden (zorg)strategische aspecten, deugdelijk bestuur, financiën, patrimonium/infrastructuur/aanbestedingen, evenals de bespreking van kerncijfers (bezetting, agressie, VBM, VTE). **(AV)**
- Kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid maken slechts in zeer beperkte mate deel uit van de besprekingen van de Raad van Bestuur. **(TK)** De opvolging van deze topics staat ook niet als één van bevoegdheden vermeld in de beschrijvende fiche op intranet. De Raad van Bestuur is nochtans juridisch eindverantwoordelijk op dit vlak; bovendien is er toenemende evidentie dat de betrokkenheid en het engagement van het bestuursniveau van een ziekenhuis essentieel is in het uitbouwen van een performant kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid.

Om deze thema's een prominentere plaats te bezorgen op het bestuursniveau, werd enkele jaren geleden het voornemen geuit om een “Comité Quality & Safety” op te richten, bestaande uit vertegenwoordigers van de Raad van Bestuur enerzijds, en uit diverse geledingen van de organisatie anderzijds. Vooralsnog blijft

het wachten op de operationalisering hiervan. **(AV)** Er is nochtans grondig voorbereidend studiewerk gebeurd, in de vorm van een integratieproef (in 2016 opgesteld door de kwaliteitscoördinator in het kader van het postgraduaat Patient Safety aan de Universiteit Hasselt). Daarin werd gezocht naar een conceptueel kader voor bestuurders van het OPZ Geel bij het uitbouwen van een veiligheidsmanagementsysteem, en werden ook concrete aanbevelingen beschreven. **(SP)**

Overleg tussen bestuur en directie

- Op het niveau tussen bestuur en directie vinden verschillende vormen van overleg plaats: **(AV)**
 - Wekelijks is er een overleg tussen de voorzitter van de Raad van Bestuur en de administrateur-generaal (“voorzittersoverleg”).
 - Tweemaandelijks (en vaker indien nodig) wordt dit overleg uitgebreid met de directeur patiëntenzorg (algemeen directeur) en de hoofdarts (“voorzittersoverleg met dagelijks bestuur”).
 - 6 keer per jaar komt de “Stuurgroep Zorgstrategisch plan” bijeen; deze bestaat uit de deelnemers aan het “voorzittersoverleg met dagelijks bestuur”, uitgebreid met de voorzitter van de Medische Raad. Deze stuurgroep heeft de opmaak van het zorgstrategisch plan begeleid, en zal ook de uitvoering ervan opvolgen.
 - 4 à 6 keer per jaar vergadert de “Stuurgroep Organisatiestructuur”, bestaande uit de voorzitter en de ondervoorzitter van de Raad van Bestuur, de inhoudelijke regeringscommissaris, de administrateur-generaal, de directeur patiëntenzorg en de hoofdarts.

Van deze overlegmomenten worden geen formele verslagen gemaakt: men beperkt zich tot het (bv. in een e-mail) noteren van de acties die de verschillende betrokkenen verondersteld worden te ondernemen.

Daarnaast wordt ook mondeling aan de Raad van Bestuur gerapporteerd. **(TK)**

Naast de informele overleg- en discussiemomenten wordt de belangrijkste informatie (beleidsbeslissingen, knelpunten, verbetervoorstellen, ...) best formeel genotuleerd om de opvolging en de communicatie hiervan de optimaliseren.

Operationeel niveau

- Centraal in de aansturing van de operationele werking staat het Dagelijks Bestuur, bestaande uit de administrateur-generaal (intern ook CEO genoemd), de directeur patiëntenzorg (ook algemeen directeur genoemd), en de hoofdarts. Zij komen in de regel wekelijks bijeen, zonder dat hiervan verslaggeving wordt opgemaakt. **(AV)**
- De volledige directie is vrij uitgebreid (zie 2.1).
De directie komt onder twee noemers bijeen: enerzijds als Directieraad (die zich in eerste instantie over personeelsgebonden aangelegenheden uitsprekt), anderzijds als Directiecomité (waar alle andere aspecten aan bod komen). Deze organen hebben dezelfde samenstelling, en vergaderden in 2016 respectievelijk 8 en 11 keer. Dat maakt dat de directie – buiten de vakantieperiodes – ongeveer tweewekelijks vergadert. In weken waarin Directieraad noch Directiecomité gepland staat, vinden soms nog strategische verdiepingssessies plaats. **(AV)**

- Het beleid binnen de verschillende divisies krijgt vooral vorm vanuit het “divisieoverleg”, respectievelijk voor Jongeren, Volwassenen en Ouderen.
Volgens de (weliswaar minimale) formele beschrijving, komt elk divisieoverleg in principe maandelijks bijeen, en bestaat het uit de divisiedirecteur, de adjunct-hoofdarts, alle teamcoördinatoren van de leefeenheden, een afgevaardigde van de vakgroep Psychologie en één van de vakgroep Maatschappelijk werk.
In de praktijk zijn er heel wat verschillen tussen de verschillende divisies, zowel qua samenstelling als qua vergaderfrequentie: **(AV)**
 - Het divisieoverleg Jongeren komt jaarlijks slechts 3 keer bijeen (soms iets meer); naast de divisiedirecteur nemen alle kinderpsychiaters deel, alle teamcoördinatoren, alle psychologen en alle pedagogen, drie maatschappelijk werkers en drie medewerkers uit de leefgroepen.
 - Het divisieoverleg Volwassenen komt maandelijks bijeen; naast de divisiedirecteur, de adjunct-hoofdarts en alle teamcoördinatoren, is er een vertegenwoordiging van de verschillende disciplines (behalve de ergotherapeuten);
 - Ook het divisieoverleg ouderen vergadert maandelijks ; naast de divisiedirecteur, de adjunct-hoofdarts, alle teamcoördinatoren en alle psychologen, is er een vertegenwoordiging van de maatschappelijk werkers, van de bewegingstherapeuten en van de ergotherapeuten.
 - De teamcoördinatoren komen een paar keer per jaar ziekenhuisbreed bijeen (in het “OTC”), maar meestal gebeurt dat per divisie: bij de Jongeren (KTC) maandelijks, bij de volwassenen (VTC) maandelijks, en bij de ouderen (OTC) wekelijks. **(AV)**
De coördinatoren van de teams “Gezinsverpleging Volwassenen” en “Gezinsverpleging Ouderen” komen maandelijks ook samen met de respectieve divisiedirecteurs in het “Gezinsverplegingsoverleg” (zonder verslag). Soms wordt dit overleg ook uitgebreid met de divisie Jongeren.
 - Het “klinisch overleg” (soms ook “klinische directie” genoemd) bestaat uit de directeur patiëntenzorg, de hoofdarts, de verpleegkundig directeur/divisiedirecteur ouderen, de paramedisch directeur / divisiedirecteur jongeren, en de divisiedirecteur volwassenen. Dit overleg werkt voorbereidend aan het directiecomité (heeft dus geen beslissingsmandaat), en komt maandelijks bijeen (zonder verslaggeving). **(AV)**
 - Het kwaliteitsbeleid komt in onderstaande overlegstructuren specifiek aan bod:
 - De Stuurgroep Kwaliteit is de motor van het strategische kwaliteitsbeleid/patiëntenbeleid.
 - Het tweemaandelijks Kwaliteitsforum kent een heel brede samenstelling, en stimuleert een permanente verbetercultuur top-down en bottom-up.
 - Het Comité Patiëntveiligheid operationaliseert de strategische patiëntveiligheid.
- Bovenstaande overlegstructuren hebben een vaste samenstelling. **(AV)** Uit de ingekeken verslaggeving van de stuurgroep kwaliteit en uit gesprek blijkt dat het artsenkorps hierbij zelden vertegenwoordigd is. **(TK)** Het is belangrijk dat alle directieleden en het medisch departement doordrongen zijn van het belang van een strategisch kwaliteitsbeleid. De aanwezigheid op vergaderingen en de betrokkenheid van alle directieleden en van artsen is een belangrijk en stimulerend signaal in een zichzelf voortdurend verbeterende organisatie.

- Het beleid krijgt verder vorm in een aantal reglementair voorziene fora (Medisch-farmaceutisch comité, Comité voor ziekenhuishygiëne, het Ethisch comité, Comité voor medisch materiaal, ...), en daarnaast in een zeer groot aantal overlegfora, waarbij een aantal opmerkingen kunnen gemaakt worden: **(AV)**
 - De samenstelling, het mandaat en de onderlinge verhouding van de verschillende comités, stuurgroepen, adviesgroepen, overleggroepen, trekkersgroepen, werkgroepen en vakgroepen is niet altijd even duidelijk.
Slechts van een beperkt aantal fora is een beschrijving beschikbaar; daarin staat minimaal de samenstelling vermeld, maar diverse andere elementen zijn de ene keer wel en de andere keer niet opgenomen: de vergaderfrequentie (die ook niet altijd overeenkomt met de praktijk), de vorm van verslaggeving, de bevoegdheden, de oprichtingsdatum, de vermelding van de functie van de deelnemers.
 - Veel fora vertonen een gelijkaardige of slechts zeer licht afwijkende samenstelling, wat misschien mogelijkheden biedt voor integratie.
 - De kwaliteit van de verslaggeving van de verschillende vergaderingen in het ziekenhuis verschilt sterk. Van een aanzienlijk aantal fora wordt zelfs geen verslag gemaakt (wel altijd een aantal werkafspraken, bv. per e-mail), vaak omwille van tijdsgebrek, gezien de veelheid aan vergaderingen. Dit komt de transparantie, opvolgbaarheid en systematiek niet ten goede.

We bevelen dan ook aan een kritische analyse te maken van het geheel aan overlegstructuren in de organisatie (bv. door een beschrijving te maken van de samenstelling, de vergaderfrequentie, de doelstellingen, opdracht en mandaat, verslaggeving, onderlinge verhouding tussen de verschillende fora), en vervolgens na te gaan waar eventuele verbeteringen, mogelijkheden voor integratie of andere efficiëntiewinsten te vinden zijn. **(Aanb)**

3.2 ORGANISATIESTRUCTUUR

- Zoals hoger vermeld, wordt de zorg hoofdzakelijk volgens het principe van de drie leeftijddivisies georganiseerd (zie 2.3 voor een gedetailleerde beschrijving).
De drie divisiedirecteurs worden aangestuurd door de administrateur-generaal, die daarnaast ook nog de andere directieleden aanstuurt: **(AV)**
 - de hoofddarts (die leiding geeft aan het medisch departement, met naast het artsenkorps ook de apotheek);
 - de directeur patiëntenzorg (ook algemeen directeur genoemd), die op zijn beurt weer leiding geeft aan:
 - de verpleegkundig directeur, die onder meer de teamcoördinatoren van de ziekenhuisafdelingen inhoudelijk aanstuurt;
 - de paramedisch directeur, die (de teamcoördinatoren van) de diensten voor arbeidszorg, de dagactiviteitencentra (De Pas en de Statie), de kinesitherapie, het Kunsthuis en de dienst Vrije Tijd, sport en vrijwilligerswerk onder haar hoede heeft (zie ook 2.3).
 - de financieel en technisch directeur, die binnen zijn departement de boekhouding & facturatie, de aankoopdienst, de informaticadienst en de technische dienst aanstuurt;
 - de administratief en facilitair directeur, die leiding geeft aan de personeelsdienst, de communicatiedienst, de bibliotheek en het archief, de secretariaten en onthalen, en de hoteldiensten.

- De drie divisiedirecteurs sturen op hun beurt de teamcoördinatoren (hoofdverpleegkundigen/master paramedici) van de ziekenhuisafdelingen aan, die op hun beurt weer de therapeutische en paramedische leden van hun team aansturen.

Door de specificiteit van het Vlaams Personeelsstatuut (dat van toepassing is op het OPZ Geel), kan de teamcoördinator (vaak een bachelor) de teamleden met een hoger diploma evenwel niet officieel aansturen. In dat geval staat de divisiedirecteur hiervoor in.

In de praktijk worden hierrond weinig problemen vastgesteld: in de dagelijkse werking gebeurt de aansturing wel degelijk door de teamcoördinator. Enkel de formele en officiële aspecten, zoals het voeren van het jaarlijkse functioneringsgesprek, worden opgenomen door de divisiedirecteur. **(AV)**

Ook de diensten die rechtstreeks onder het paramedisch departement (en dus niet onder een divisiedirecteur maar onder de paramedisch directeur) ressorteren, hebben elk een teamcoördinator (die niet altijd een verpleegkundige is). **(AV)**

- Het inhoudelijke afdelingsbeleid is de verantwoordelijkheid van de “kernteams”, die in principe telkens bestaan uit de teamcoördinator, de verantwoordelijke arts, een psycholoog en een maatschappelijk werker. Afdelingen hebben de vrijheid om hier van af te wijken, wat op sommige afdelingen ook gebeurt (door bv. meerdere artsen of meerdere psychologen in het kernteam op te nemen). **(AV)**
- Naast deze hiërarchische lijn van aansturing is er vanuit het paramedisch en verpleegkundig departement inhoudelijke ondersteuning van de multidisciplinaire teams (o.a. via vakgroepwerking, themawerkgroepen), bv. op het vlak van deskundigheidsontwikkeling, herstelgerichte zorg en KOPP. **(AV)**
- Naast het algemene en het vereenvoudigde organogram (die in de communicatie – bv. op de website van OPZ Geel – de meest gebruikte organogrammen zijn) zijn er nog diverse functionele organogrammen, met name voor de administratie-generaal, het medisch departement, het departement patiëntenzorg, de administratieve en facilitaire diensten, de financiële en technische diensten; er zijn ook drie organogrammen voor de divisies Jongeren, Volwassenen en Ouderen. Daarnaast is er ook nog een organogram dat een (beperkt) aantal overlegfora relateert aan de hoofddarts, de administrateur-generaal en de algemeen directeur. Dit alles vormt een vrij complex geheel, onder meer doordat enerzijds de divisiestructuur en anderzijds de departement-structuur wordt vermengd, waarbij bepaalde directieleden meerdere functies bekleden (de divisiedirecteur Jongeren is ook paramedisch directeur, de divisiedirecteur Ouderen is ook verpleegkundig directeur; zij rapporteren voor de verschillende luiken van hun functie respectievelijk aan de administrateur-generaal en aan de directeur patiëntenzorg). **(AV)**

Het algemene organogram van het ziekenhuis reflecteert de feitelijke toestand niet duidelijk. **(TK)** Diverse directiefuncties ontbreken, en ook de leidinggevende rol die de artsen opnemen (divisie, afdeling), vindt geen weerslag in het organogram. De multidisciplinaire beleidsstructuur die aanwezig is, moet beter gevisualiseerd worden in het algemene organogram, te meer omdat belanghebbenden (patiënten, externen) zich steeds vaker via het internet informeren.

4 BELEID EN STRATEGIE

4.1 ALGEMEEN EN KWALITEITSBELEID

- De vorige beleidscyclus, vertrekkend van een strategisch beleidsplan, liep van 2011-2015. Dit werd – met behulp van een extern consultant – uiteindelijk een jaar verlengd, om de nieuwe beleidscyclus volledig in samenspraak met een ingewerkte nieuwe Raad van Bestuur (aangesteld begin 2015) te kunnen opstarten. **(AV)** Men opteerde er daarbij expliciet voor om tot een *zorg*strategisch plan te komen, in overleg met de regionale partners. **(SP)**
- Op basis van gesprekken met interne en externe stakeholders en met de Raad van Bestuur werd in 2015 en begin 2016 gewerkt aan een visie- en positioneringsnota, met als belangrijkste elementen: **(AV)**
 - de centrale positie van de patiënt (meer vraaggestuurde zorg, meer maatwerk);
 - residentiële zorg als uitzondering, ambulante zorg als de regel;
 - vermaatschappelijking en intensifiëring van de zorg;
 - samenwerking (netwerking) en regio.

Dit alles impliceert ook een evolutie naar meer gespecialiseerde residentiële behandelprogramma's, bredere en diversere inzet van de expertise (bv. consultaties, dagbehandeling, thuisbegeleiding). Deze toekomstvisie werd dan ook vertaald in volgende strategische doelstellingen, die in de visie- en positioneringsnota worden uitgewerkt:

1. verzekeren van een gespecialiseerd, toegankelijk ziekenhuisaanbod;
2. differentiëren van de zorg vanuit het oogpunt “vermaatschappelijking”;
3. samenwerking met partners binnen prioritaire zorgtrajecten (verslavingszorg, crisiszorg, samenwerking met algemene ziekenhuizen, bijkomende woon- en zorgbegeleidingsvormen);
4. een ondernemende cultuur als motor van de verandering.

De nota eindigt met een beschrijving van de nodige vervolgttrajecten (“werven”), waarmee een aanvang werd genomen in de loop van 2016 en 2017:

1. het werken aan een draagvlak binnen en buiten de organisatie en het verder verdiepen en verfijnen van de visie (een communicatieplan hiertoe werd gestart in mei 2017);
 2. het omzetten van de visie in concrete doelstellingen, actieplannen en realisaties (cfr. infra);
 3. het organiseren van het veranderingstraject op overkoepelend niveau en op niveau van de verschillende projecten en acties (de voorziene projectstructuur met bijhorende veranderingsteams moet nog worden opgezet).
- Een jaar na het afwerken van de visie- en positioneringsnota werd in februari 2017 het “zorgstrategisch plan OPZ Geel 2017-2021” gefinaliseerd. Daarin worden de strategische doelstellingen (ondertussen uitgebreid met een vijfde doelstelling, nl. “Duurzaam financieel beleid en beheer”) vertaald in 25 operationele doelstellingen (soms voor de periode 2017-2018, soms voor 2017-2021). **(AV)**
 - In het Ondernemingsplan 2017 worden de operationele doelstellingen verder doorvertaald in actiepunten, waaraan ook een streefdatum en een eigenaar (soms ook een mede-eigenaar) is gekoppeld. **(AV)** Dit doelstellingskader geeft duidelijk de link weer met de betrokken managementgebieden uit Kwadrant

(het kwaliteitsmodel dat binnen het ziekenhuis gehanteerd wordt) en de achterliggende hogere doelstelling. Het is een voorbeeld van een handig en bruikbaar instrument dat kerninformatie verzamelt en toch een zeer duidelijk intern overzicht bewaart. **(SP)**

Het ondernemingsplan bevat ook nog een aantal actiepunten uit het ondernemingsplan 2016 die verder worden opgenomen, naast heel wat kerncijfers (evenwel zonder verdere interpretatie), en een jaaractieplan van de interne dienst voor preventie bescherming en welzijn. **(AV)**

- Het duidelijke doelstellingenkader uit het ondernemingsplan wordt systematisch opgevolgd vanuit de directie. Vier keer per jaar wordt het centrale beleidsdocument (“doelstellingentabel A3”) bijgewerkt; aan de hand van oranje en rode knipperlichten wordt bepaald waar extra moet op ingezet worden. **(AV)**

- De verschillende doelstellingen zijn telkens toegewezen aan het organisatieniveau of aan een bepaalde divisie of departement. Het beleidsplan van elke divisie of departement wordt de facto gevormd door de selectie van doelstellingen die aan de betreffende divisie zijn toegewezen.

De verantwoordelijkheid tot het uitwerken van deze doelstellingen komt vervolgens te liggen bij de verantwoordelijken van de betrokken divisies/departementen. **(AV)**

- De directie heeft de intentie om de uitvoering en opvolging van het beleidsplan te ontsluiten tot op medewerkersniveau. **(AV)**

De doorvertaling van de beleidsvoering van het divisie- naar het afdelingsniveau (of dienstniveau) kent nog een groot verbeterpotentieel. **(TK)** Er zijn op dit vlak geen expliciete verwachtingen t.a.v. de afdelingen, wat maakt dat de kwaliteit, inhoud en structuur van afdelingsbeleidsplannen sterk varieert. Op sommige afdelingen zijn zeer goede beleidsplannen te vinden (acties gerelateerd aan de doelstellingen op divisie- en organisatieniveau, met per actie de eigenaars, timing en indicatoren); op andere afdelingen staan wel enkele doelstellingen genoteerd, maar zijn deze niet gelinkt aan het organisatiebeleid en/of zijn ze niet verder geoperationaliseerd; op nog andere afdelingen is er geen enkele vorm van beleidsplan.

Dit betekent niet dat er op afdelingsniveau niet aan kwaliteit van zorg en verbetering gewerkt wordt. Het is integendeel opvallend hoeveel verbeterbereidheid en -dynamiek er heerst op de verschillende niveaus van de organisatie. Alleen gebeurt de uitvoering van de verbeteracties (hoe, wat, wie, bijgesteld/aangepast, verlengd, ...) en het uiteindelijke resultaat ervan soms teveel geïsoleerd binnen de eigen divisie of op de eigen afdeling. Het proces en het eindresultaat is daardoor onvoldoende zichtbaar voor het hogere beleidsniveau.

Het ontbreekt met andere woorden aan een systematiek in de opmaak van projectplannen (hoe en wat) en aan systematiek aan projectopvolging (evaluatie van de behaalde resultaten). Deze systematiek dient geïntegreerd te worden in de ziekenhuisbrede kwaliteits- en beleidsopvolging. Op deze manier is het vertrekpunt (het zorgstrategisch plan) en de gehele weg van strategische doelstelling over operationele doelstelling tot verbeteractie op afdelingsniveau duidelijk zichtbaar, kan de coherentie bewaakt worden en kan de evaluatie op het niveau van de leefeenheden ook formeler geborgd/gecheckt worden.

Op die manier kan de duidelijk aanwezige verbeterbereidheid bij de medewerkers efficiënter worden gevaloriseerd, en kan een betere harmonie bereikt worden tussen afdelings- en organisatiebeleid.

- De afdelingen moeten hierbij de nodige ondersteuning krijgen (wat ook bevestigd werd in de gesprekken op de werkvloer). **(Aanb)** Dit kan verschillende vormen aannemen:

- Men kan de afdelingsbeleidsplannen upgraden naar een volwaardig beleidssturend werkinstrument, door er expliciete verwachtingen aan te koppelen, aan te leveren in een ondersteunend sjabloon, geënt op het organisatiebeleid. Dergelijke manier van werken heeft verschillende voordelen:
 - Men kan de divisies en afdelingen explicieter sturen om binnen bepaalde domeinen acties te ondernemen. Naast de verwachtingen die gekoppeld worden aan de strategische en operationele (jaar)doelstellingen, kunnen desgewenst ook andere worden toegevoegd (o.a. therapeutische keuzes, ...). Tevens kunnen bepaalde afdelingsspecifieke acties of projecten worden toegevoegd of blijven bestaan (o.a. keuzes op basis van bepaalde afdelingscijfers, proefprojecten, valorisatie van bepaalde lokale initiatieven...).
 - Een gestructureerd sjabloon voor de opmaak van beleidsplannen bevordert het overzicht over de verschillende divisies/afdelingen. De zichtbaarheid en opvolgbaarheid van verbeteracties op divisie- en afdelingsniveau wordt verhoogd doordat beleidsplannen samen een totale oplijsting van alle verbeteracties weergeven, terwijl dit nu een sterk gefragmenteerd gegeven is.
 - De betrokkenheid en de verantwoordelijkheid op de werkvloer wordt verhoogd.
 - Een formele evaluatie van de uitgevoerde verbeteracties kan geïntegreerd worden in de ziekenhuisbrede kwaliteitsscyclus.
- Beleids- en projectplanning vraagt de nodige deskundigheid van de betrokken medewerkers, welke het OPZ Geel nog onvoldoende kan garanderen. Het ziekenhuis kan best bekijken of er specifieke medewerkers kunnen ingezet worden met de competentie om teams te ondersteunen bij het vertalen van het organisatiebeleid naar het beleid op de eigen afdeling, en om hen bij te staan in het operationaliseren, evalueren en bijsturen van de verbeteracties op de afdeling. **(Aanb)**

4.2 MEDISCH EN THERAPEUTISCH BELEID

- In het OPZ Geel zijn op het moment van de audit 13 psychiaters aan de slag en 5 algemeen geneeskundigen (1 statutair en 4 zelfstandigen). **(AV)**
- De hoofdarts is benoemd voor onbepaalde duur als statutair ambtenaar sinds 2008. Hij volgde verschillende opleidingen betreffende management. Formeel kan hij 5 halve dagen per week besteden aan managementtaken verbonden aan deze directiefunctie. Daarnaast werkt hij halftijds als psychiater in het ziekenhuis. **(AV)**
- De hoofdarts is sterk betrokken bij het algemene beleid van het ziekenhuis (zie beschrijving van de beleidsorganen onder 3.1). **(AV)**
Er zijn geen specifieke overlegmomenten tussen de hoofdarts en de hoofdapotheker om het medische beleid te helpen sturen. **(TK)** Wel is er frequent informeel contact.
- Per divisie is een adjunct-hoofdarts aangesteld die voor de respectieve doelgroepen het medisch beleid aanstuurt: jongeren, volwassenen en ouderen. De adjunct-hoofdartsen zijn benoemd voor 3 jaar en hebben geen hiërarchische verhouding met de andere artsen. Ze rapporteren rechtstreeks aan de hoofdarts, met wie ze maandelijks overleggen, en worden uitgenodigd naar de directievergaderingen. **(AV)**
De adjunct-hoofdartsen volgden nog geen managementopleiding, hoewel het ziekenhuis dit tracht te stimuleren. **(Aanb)**

Elke leefgroep (afdeling) kan beroep doen op minstens 1 afdelingspsychiater. **(AV)**

- De medische raad (MR) telt 5 leden, waaronder de hoofdarts (gewoon lid). Hun mandaat startte in oktober 2015. In 2016 vergaderde de MR 10 keer. Alle artsen en de directie hebben toegang tot de verslagen. **(AV)**
De verslaggeving is bondig en toont niet aan dat onderwerpen betreffende de kwaliteit van de zorg in dit overleg voldoende aan bod komen. **(TK)**
- Het medisch reglement dateert van 2011, de algemene regeling van 2012.
De MR exploreert pistes om het medisch reglement te actualiseren. **(AV)**
- De artsen overleggen vaak onderling, via verschillende fora: **(AV)**
 - Maandelijks MR met 5 psychiaters.
 - De psychiaters houden maandelijks een “wetenschappelijke stafvergadering”, waar ook de vast benoemde somatische arts aanwezig is.
 - Daarnaast is er nog een maandelijks “medische stafvergadering”.
 - Elke werkdag is er ’s morgens een briefing met alle psychiaters.
 - Op maandag is er een uitgebreide multidisciplinaire wachtbriefing.
 - Er is apart overleg van de hoofdarts met alle somatische artsen, naast het overleg dat doorgaat met de psychiaters.

We bevelen aan om aantal, vergaderfrequentie en samenstelling van de medische overlegorganen te herbekijken en indien mogelijk efficiënter te organiseren. **(Aanb)** Het is onder meer van belang om de expertise en de inspanningen betreffende (evaluatie en acties van) kwaliteit van zorg te concentreren. Hierbij kan ook overwogen worden om de somatische en geestelijke zorg op medisch vlak maximaal te integreren. We merken tevens op dat het betrekken van de apotheker bij het medisch overleg een meerwaarde kan betekenen.

- Er is geen apart medisch beleidsplan; medische elementen zitten verweven in het algemeen zorgstrategisch plan 2017-2021. **(AV)** Het ontbreekt daarin wel quasi volledig aan klinische performantiedoelen. **(TK)**
- Er zijn geen medische jaarverslagen, noch centraal, noch voor de afdelingen. In het ziekenhuis werd de keuze gemaakt voor een meer continue systematische monitoring van de werking, binnen een vijfjaarlijkse beleidscyclus (zoals hoger beschreven). **(AV)**
Er is geen jaarlijkse structurele terugblik over de medisch-therapeutische aspecten op basis van geaggregeerde gegevens. Dit kan nochtans bijdragen tot een efficiëntere sturing van de klinische werking. **(TK)**
In de periodieke verslaggeving over het medisch beleid (al dan niet geïntegreerd in ruimere verslaggeving over het ziekenhuisbeleid) moet aandacht zijn voor o.a. organisatorische aspecten (bv. rond in- en uit-treden van artsen, samenwerkingsovereenkomsten, activiteitgegevens), kwaliteitsprojecten, wetenschappelijk werk, outcome-metingen,... Hierbij is de inbreng van alle artsen verbonden aan het ziekenhuis van belang, onder verantwoordelijkheid van de hoofdarts.
- Een aantal onderwerpen betreffende kwaliteit van zorg komt aan bod tijdens de maandelijks medische stafvergaderingen. **(AV)**

De rechtstreekse betrokkenheid van de artsen bij het kwaliteitsbeleid gebeurt ongestructureerd. **(TK)** Bij alle thema's met een medische component die binnen de kwaliteitsfora aan bod komen kunnen artsen, op basis van hun interesse, deelnemen. De hoofdarts moet bewaken dat er voldoende input van de artsen is. Op enkele belangrijke overlegorganen zijn artsen systematisch afwezig (bv. MFC, Comité medisch materiaal, comité patiëntveiligheid). **(NC)**

- Er is geen Financiële Commissie in de zin van een overleg tussen de Raad van Bestuur en de MR over de financiële stromen binnen het ziekenhuis. **(NC)** Nochtans wordt een deel van de prestaties van de artsen centraal geïnd en zijn er afhoudingen op hun honoraria. Daarnaast heeft het ziekenhuis ook (medisch-therapeutische) investeringsplannen.
Wel worden de finances besproken tijdens de jaarlijkse algemene vergadering van de artsen, waar directie-leden aanwezig zijn en waar een bedrijfsrevisor duiding geeft.
Het meest recente verslag dat kon aangetroffen worden dateert van 2015. Er moet minstens jaarlijks een algemene vergadering voor de artsen zijn. **(NC)**
Uit de gesprekken blijkt dat deze manier van werken gebaseerd is op wederzijds vertrouwen en dat het een efficiënt beleid niet belemmert. **(AV)**
- In het OPZ Geel zelf gebeuren geen ECT-behandelingen. Hiervoor wordt verwezen naar het UPC Kortenberg waarmee een formeel samenwerkingsakkoord bestaat. **(AV)**
- Voor het therapeutisch handelen geldt de herstelgerichte benadering als ziekenhuisbrede leidraad. Hierover is een visietekst op organisatieniveau beschikbaar. **(AV)** De mate waarin deze is doorvertaald naar divisie- en afdelingsniveau verschilt nogal sterk van divisie tot divisie en van afdeling tot afdeling. **(Aanb)**
- Zowel voor de divisie Volwassenen als voor de divisie Ouderen is er een Stuurgroep Herstel, die de verdere uitwerking (op de afdelingen en in verschillende werkgroepen) overziet. ROPI-metingen op alle afdelingen van deze divisies gaven een zicht op de gebieden waar verbetering te halen valt. Deze metingen zullen regelmatig herhaald worden. **(AV)**
- Net als voor het algemene beleid is ook de invulling van het therapeutisch beleid uiteindelijk de verantwoordelijkheid van de kernteams. Naar analogie met het algemene beleid worden aan de afdelingen evenwel geen expliciete verwachtingen gesteld inzake het systematisch plannen of zichtbaar maken van de operationalisering hiervan op afdelingsniveau. **(AV)**
Mutatis mutandis kunnen hierbij dan ook dezelfde opmerkingen gemaakt worden: enerzijds gebeurt er op divisie- en afdelingsniveau bijzonder veel om de herstelgerichte benadering te operationaliseren, maar het gebrek aan systematiek hierbij, evenals de overvloed aan initiatieven, maakt dat de efficiëntie, de coherentie, het overzicht en de opvolging soms in het gedrang dreigen te komen. **(TK)**
- Alle medewerkers krijgen een basisvorming in herstelgericht werken. Leden van de stuurgroepen hebben een uitgebreidere vorming gevolgd. **(SP)**
- De inhoudelijke werking van de verschillende paramedische disciplines wordt ondersteund door verschillende vakgroepen:
 - de ergotherapeuten komen een aantal keer per jaar ziekenhuisbreed bijeen, met daarnaast nog een aantal bijeenkomsten per divisie;

- de psychologen komen vooral per divisie bijeen (telkens 4 à 5 keer per jaar);
- de vakgroep maatschappelijk werk is opgesplitst in een bijeenkomst voor de divisie jongeren enerzijds, en één voor volwassenen en ouderen anderzijds;
- verder komen de bewegingstherapeuten regelmatig bijeen (om de 2 à 3 maanden) en zijn er ad hoc bijeenkomsten van de muziektherapeuten, de onderwijsploeg, en van een gedeelte van de creatieve therapeuten.

De vakgroepwerking wordt opgevolgd door de paramedisch directeur (die ook vaak het voorzitterschap opneemt) en haar stafmedewerker. **(AV)**

De opdrachten van de vakgroepen zijn beschreven in een nota aan de directieraad uit 2011; het statuut van dit document (dat eigenlijk een voorstel was) is niet geheel duidelijk, net zomin als de mate waarin de daarin beschreven vakgroepen en hun manier van bijeenkomen nog beantwoordt aan de realiteit. **(Aanb)**

- Naast de algemene herstelbenadering blijft men ook de nodige aandacht hebben voor het bewaken van de deskundigheid op het vlak van klinisch herstel. Veel psychologen en artsen hebben dan ook een langdurige psychotherapeutische opleiding gevolgd, of worden aangemoedigd dat te doen. Hierbij gaat de voorkeur naar gedrags- en systeemtherapeutische benaderingen. **(AV)**
- Binnen het ziekenhuis worden veel wetenschappelijk gevalideerde psychodiagnostische instrumenten gebruikt. Er zijn werkgroepen psychodiagnostiek, enerzijds voor jongeren, anderzijds voor volwassenen en ouderen. **(AV)** De taakstelling hiervan is niet erg duidelijk. **(Aanb)**
- Na enkele proefervaringen met QIT online werd recent beslist om dit systeem voor systematische cliëntenfeedback en uitkomstenmonitoring aan te kopen. Een aantal ouderenafdelingen gaan er – na bijsturingen op basis van proefdraaien – mee aan de slag, alsook met Qualidem, een meetinstrument voor de kwaliteit van leven van mensen met dementie; **(AV)** men verzamelt ook systematisch feedback van familie over de werkzaamheid van de interventies. **(SP)** De psychologen van de K-dienst werken mee aan de ontwikkeling van de QIT voor kinderen van Prof. Nele Stinckens. Er wordt ook gewerkt met SRS/ORS en Feedbackgericht behandelen (Rober en Van Tricht). In de divisie Volwassenen is het enthousiasme vooralsnog minder groot. **(AV)**

De resultaten van de metingen worden op het moment van de audit enkel op individueel-klinisch niveau gebruikt; aanwending voor de evaluatie van de aangeboden behandelingen staat pas later gepland.

4.3 LERENDE OMGEVING

- Het kwaliteitshandboek en de procedures zijn terug te vinden op het intranet van het ziekenhuis (documentenbeheer). Het kwaliteitsbeleid is zeer ruim gedocumenteerd. **(SP)** Niettegenstaande de handige zoekfunctie in het documentenbeheersysteem, blijft de massa aan informatie zowel in als buiten het documentenbeheer overweldigend. Het overzicht raakt zo wat zoek en staat een heldere rechtlijnige deductie soms in de weg. We bevelen aan om na te gaan welke methodieken kunnen bijdragen tot een LEAN-aanpak van deze massa aan informatie (o.a. wat is ballast, wat kan helderder, wat integreren, wat uitlichten, moet meer op de voorgrond komen, ...). Ook het verwijderen van soms sterke verouderde informatie (bv. divisiebeleidsplannen uit 2007, een oude blauwdruk van de organisatiestructuur die niet meer overeenstemt met de realiteit, ...) kan hierbij helpen. **(Aanb)**

- Men beschikt over zeer veel cijfers over allerlei aspecten van de organisatie en van de zorg. **(SP)** Ook hier dreigt de veelheid evenwel de efficiëntie in de weg te staan. Slechts enkelingen vinden nog de weg in de massa aan gegevens, en niet alle data worden effectief aangewend. Dit alles dreigt ook tot registratiemoeheid op de werkvloer te leiden.

We bevelen dan ook aan om beargumenteerde keuzes te maken van gegevens die wel en niet (blijven) verzameld en verwerkt worden, gerelateerd aan de evaluaties die men wil kunnen maken. Voor bepaalde gegevens die nu continu verzameld worden, kan men eventueel overwegen om over te stappen op periodieke controles (voor zover de gegevensverzameling extra inspanningen vereist). **(Aanb)**

- Sinds 2016 behoort “kwaliteitsbeleid & patiëntveiligheid” opnieuw tot de verplichte interne vormingen voor de personeelsleden en dit zowel voor de nieuwkomers als voor de bestaande personeelsgroep. De vorming voor de nieuwkomers is in voege vanaf 2016. De vorming voor de bestaande personeelsgroep is gepland in juni en oktober van 2017. **(AV)**

Uit gesprekken tijdens de inspectie en uit cijfers m.b.t. vroegere vormingen rond kwaliteit en patiëntveiligheid blijkt dat artsen daar, hoewel uitgenodigd, niet aan hebben deelgenomen. **(TK)**

Het uitdragen van een kwaliteitsbeleid is een opdracht voor alle zorgverstrekkers. We bevelen aan om een vorming op maat van de artsen te organiseren en deze meer praktijkgericht uit te werken (o.a. het opmaken en uitvoeren van projectplannen/verbeterplannen op hun respectieve afdelingen, ...). **(Aanb)** Uit gesprek op beleidsniveau en op afdelingsniveau blijkt dat de betrokkenheid van de artsen in verbeterprojecten wisselend is (van zeer betrokken tot minder/weinig betrokken). **(AV)**

- Veiligheidsrondes Kwaliteit en Patiëntveiligheid zijn ingeburgerd in het OPZ Geel. Via deze werkwijze worden kernthema’s systematisch opgevolgd op de leefeenheden. De onderwerpen van de veiligheidsrondes werden in 2016 uitgebreid en geoptimaliseerd met de eigenaars en de medewerkers. De focus komt ruimer te liggen dan louter veiligheid en ook kwaliteitsissues zoals de PDSA-cyclus worden voortaan meegenomen. **(SP)**

- Het ziekenhuis beschikt over een elektronisch meldsysteem op alle afdelingen. Er zijn 4 categorieën van meldingen mogelijk:

- incidenten patiënten;
- incidenten personeel;
- incidenten derden;
- technische risicosituaties.

Binnen de categorie “melding incidenten patiënten” zijn er 5 onderverdelingen: medicatie, suïcidepogingen, agressie, grensoverschrijdend gedrag en andere.

In 2016 werden 74 medicatie-incidenten gemeld, 1.087 agressie-incidenten (inclusief suïcidepoging en grensoverschrijdend gedrag) en 664 andere incidenten. Bij 276 meldingen werd aangegeven om verdere analyses / teambesprekingen te doen (zie ook 7.3). **(AV)**

- Alle teamcoördinatoren en enkele referentiepersonen hebben een opleiding “Prisma-analyse” gevolgd. **(SP)**

5 MIDDELEN

5.1 INFRASTRUCTUUR

- Volgende attesten van de burgemeester m.b.t. de brandveiligheid werden voorgelegd: **(AV)**
 - voor het Poorthuis (onderdeel van de divisie volwassenen): attest dd. 28/3/2017, met uitzondering van de opmerkingen zoals geformuleerd in het verslag van de brandweer dd. 8/1/2016;
 - voor de rest van de divisie volwassenen: attest dd. 11/5/2015, met uitzondering van de opmerkingen zoals geformuleerd in het verslag van de brandweer dd. 9/5/2015;
 - voor de Sp-leefeenheid: attest dd. 19/1/2015, gebaseerd op een verslag van de brandweer dd. 17/1/2015;
 - voor de rest van de divisie ouderen: attest dd. 28/03/2017, met uitzondering van de opmerkingen zoals geformuleerd in het verslag van de brandweer dd. 8/1/2016.
- Voor de (recente) gebouwen van de divisie Jongeren was op het moment van de audit enkel het brandweerverslag dd. 23/02/2017 beschikbaar. Tijdens de slotbespreking werd ook het attest van de burgemeester (dd. 27/6/2017) voorgelegd. **(AV)**
- De divisie Jongeren en de residentiële afdelingen van de divisie Volwassenen huizen in zeer recente gebouwen.
De infrastructuur van de divisie Ouderen is een stuk ouder. **(AV)** Ondanks de vrij recente opfrissing zien de residentiële afdelingen er erg gedateerd uit. **(TK)** De leef- en werkruimte is beperkt. De verpleegpost is dermate klein dat veilig en kwaliteitsvol werken belemmerd wordt (bv. medicatiebedeling). Het sanitair is verouderd en de patiënten beschikken niet over individuele douchefaciliteiten.
- De gebouwen van OPZ Geel zijn voornamelijk eigendom van de Vlaamse Gemeenschap. Om het OPZ de mogelijkheid te geven zelf volledig in te staan voor de investeringen (en op die manier ook bankfinanciering mogelijk te maken), besliste de Vlaamse Regering in 2015 de gebouwen in erfpacht te geven. Het blijft evenwel nog wachten op de bekrachtiging daarvan middels de nodige officiële akte. **(Aanb)**

5.2 PATIËNTENDOSSIER

- Op alle afdelingen van het ziekenhuis is een multidisciplinair elektronisch patiëntendossier (EPD) in gebruik (OBASI®). Ook het medicatievoorschrift en toedieningsproces verloopt geheel elektronisch en is gelinkt aan het EPD.
Alle disciplines noteren in het EPD, waar ook het behandelplan van de patiënt, screeningresultaten en de verslagen van interdisciplinaire besprekingen en evaluaties een plaats vinden.
Bij controle van het dossiergebruik werden enkele knelpunten opgemerkt: **(TK)**
 - De apotheker heeft geen toegang tot het patiëntendossier.
 - Sommige dossierdelen bestaan nog op papier, zodat niet alle relevante gegevens steeds vlot toegankelijk zijn voor de betrokken zorgverleners. Zo wordt de intake op papier genoteerd, met onder meer de eerste anamnese en de thuismedicatie. Er bestaat een risico op het missen van belangrijke informatie als deze verspreid bewaard wordt.

- Alhoewel de voorbije jaren duidelijk grote vooruitgang werd geboekt inzake dossiervorming in de Gezinsverpleging, bleken er in enkele dossiers toch gedurende meer dan 5 jaar geen psychiaternotities terug te vinden. In de regel worden gezinsverplegingspatiënten nochtans minstens jaarlijks door hun psychiater gezien, in aanloop naar de (eveneens jaarlijkse) teambespreking.
- Afhankelijk van de functie en de werkplaats zijn inzage- en schrijfrechten in het EPD toegekend aan de verschillende zorgverleners. Elke inzage in het dossier wordt automatisch gelogd en regelmatig worden daar steekproeven op gedaan. **(AV)**

6 MEDEWERKERS

6.1 PERSENEELSBELEID

- De personeelsdienst staat in voor de aansturing van het personeelsbeleid van OPZ Geel. Het diensthoofd personeel wordt genodigd voor de vergaderingen van de directieraad (bij de bespreking van personeelsgerelateerde items). Het diensthoofd personeel werkt nauw samen met de administratief en facilitair directeur (als direct leidinggevende), de verpleegkundig directeur, de paramedisch directeur en de administrateur-generaal. **(AV)**
- Er is een overzicht van het personeelsbeleid beschikbaar met de kerncijfers en belangrijkste realisaties in het voorbije jaar. **(AV)**
Er is geen beleidsplan voor het HR-departement. Wel zijn talrijke aspecten van het personeelsbeleid beschreven in verspreide documenten. Het verdient aanbeveling om alle informatie te verzamelen en uit te schrijven tot een coherent beleidsplan, in lijn met het zorgstrategisch plan van het ziekenhuis. **(Aanb)**
- Op het moment van de audit zijn er 233,1 VTE verpleegkundigen actief in het departement patiëntenzorg. Er zijn 129,95 VTE bachelors, 103,15 VTE gegradueerde verpleegkundigen, 6,2 VTE verpleegassistenten en 36,1 VTE ziekenhuishelpers (verzorgenden en begeleiders). **(AV)**
- De teamcoördinator stuurt alle medewerkers van een afdeling aan, met inbegrip van de therapeuten. Er zijn evaluatie- en planningsgesprekken via PLOEG en daarnaast ook nog meer informele functioneringsgesprekken met de medewerkers. Masters (bv. psychologen) krijgen functioneringsgesprekken met de divisiedirecteur (ook soms divisiecoördinator genoemd). De gegevens betreffende de gerealiseerde functioneringsgesprekken worden opgevolgd door de personeelsdienst. **(AV)**
Alle psychiaters, en de somatische arts die vast in dienst is, krijgen jaarlijks een functioneringsgesprek bij de hoofdarts. **(AV)** We bevelen aan om ook voor de somatische artsen-consulenten structureel functioneringsgesprekken te voorzien. **(Aanb)**
- De artsen werken in het OPZ Geel in loondienst als contractueel of statutair werknemer, met uitzondering van de 4 consulterende algemeen geneeskundigen. Een voltijdse betrekking betekent 38 uren per week, waarvan 24 uren aanwezig in het ziekenhuis. Ze kunnen daarnaast ook nog als zelfstandig arts activiteiten uitoefenen.
Voor alle functies van artsen binnen het ziekenhuis bestaat een beschrijving van het functieprofiel. **(AV)**
2 psychologen en 1 logopedist zijn in dienst als zelfstandige. Hoewel ze niet rechtsreeks kunnen aangestuurd worden door de leidinggevendenden van het ziekenhuis, blijkt dit in de praktijk geen problemen op te leveren (volgen vorming, uurroosters, overlegmomenten). **(AV)**
- In het OPZ Geel wordt niet met interims gewerkt. **(AV)**
- Het ziekenhuis heeft ervoor gekozen om sommige medewerkers te laten specialiseren binnen bepaalde domeinen.
Er zijn gespecialiseerde medewerkers voor onder meer: **(AV)**
 - diabetes: binnen werktijd – geen extra tijd voorzien (1 medewerker);

- wondzorg: 0,1 VTE (2 medewerkers);
- agressie: 0,2 VTE per persoon (3 medewerkers);
- palliatieve zorg: binnen werktijd – geen extra tijd voorzien (5 medewerkers);
- suïcidepreventie: 0,1 VTE per persoon (3 medewerkers);
- LEAN: 0,1 VTE (1 medewerker);
- KOPP: binnen werktijd – geen extra tijd voorzien (voorlopig) (2 medewerkers);
- coaching ervaringsdeskundigheid bezoekerscentrum: 0,05 VTE.

Voor volgende gespecialiseerde functies is een functiebeschrijving uitgeschreven: **(AV)**

- verpleegkundig specialist: bieden van (wetenschappelijke) ondersteuning bij complexe zorgsituaties;
- referentiepersoon: hebben specifieke kennis of verworven deskundigheid m.b.t. een welomschreven thema; daarnaast hebben ze hun reguliere opdracht als verpleegkundige;
- stafmedewerker verpleegkundig departement: beleidsmatige verpleegkundige thema's (bv. LEAN, werkomgeving,...).

Voor de volgende gespecialiseerde medewerkersfunctie is er geen functiebeschrijving: **(Aanb)**

- antennepersoon: opdracht op niveau leefeenheid waarbij de medewerker thema's mee vertaalt naar de collega's (bv. suïcide, EPD).

Niet voor al deze gespecialiseerde medewerkers wordt voor de expertfunctie tijd vrijgemaakt binnen de gewone werkuren. **(Aanb)**

- Er is geen procedure die de gevolgde werkwijze bij disfunctioneren, bestaande naast de formele PLOEG-evaluaties, beschrijft. **(Aanb)**
- Exitgesprekken gebeuren systematisch door het diensthoofd personeel. Deze informatie wordt benut voor het personeelsbeleid. **(AV)**
- De verpleegkundige ziekenhuishygiënist neemt ook de functie van begeleider herintreders waar. **(AV)** Dit staat zo niet aangegeven in het organogram. **(Aanb)**
De vorming voor de (her)intreders staat beschreven onder 6.2.
- Op basis van het aantal bedden moet de mobiele equipe minstens kunnen beschikken over 17,6 VTE medewerkers, waarvan 12,32 VTE verpleegkundigen. Men beschikt over een mobiele equipe van 15,1 VTE, waarvan 5,2 VTE bachelor verpleegkundigen, 6,1 VTE gegradueerde verpleegkundigen, 1,8 VTE verzorgenden en 2 VTE bachelor therapeuten.
Er is dus een normatief tekort, zowel voor het totaal aantal VTE als voor de beschikbare verpleegkundigen. **(NC)**
De mobiele equipe van verpleegkundigen en therapeuten is toegewezen per divisie, zodat steeds medewerkers met voldoende kennis en expertise van de doelgroep afwezig kunnen vervangen op de afdelingen. Hiërarchisch worden ze aangestuurd door de divisiedirecteurs. In de dagelijkse werking worden ze aangestuurd door de teamcoördinatoren.
De algemene afspraken over de werking, uurregeling en inzet van de mobiele equipe zijn formeel uitgeschreven.

De criteria voor toewijzing en de effectieve toewijzing van de mobiele equipe zijn transparant voor de leidinggevenden. **(AV)**

- Op alle afdelingen wordt gewerkt met vaste nachtverpleegkundigen, die aangestuurd worden door de teamcoördinatoren. Ze werken niet overdag, maar als hun werkrooster het toelaat, kunnen ze wel deelnemen aan de dienstvergaderingen.
Deze verpleegkundigen volgen alle verplichte vormingen, en meerdere medewerkers volgen daarnaast nog bijkomende (externe) opleidingen. **(AV)**
Op sommige afdelingen en in de divisie volwassenen bestaat systematisch overleg met de nachtverpleegkundigen. We bevelen aan om overall, minstens op divisieniveau, een gestructureerd nachtverpleegkundigenoverleg te organiseren. **(Aanb)**
- In het ziekenhuis werken regelmatig jobstudenten. Op de afdeling worden ze aangestuurd en begeleid door de teamcoördinatoren/mentoren, terwijl het diensthoofd personeel hiërarchisch de verantwoordelijkheid draagt. **(AV)**
- OPZ Geel heeft een multidisciplinair samengesteld ECHO-team voor de opvang van personeelsleden na een ingrijpende gebeurtenis. De leden (intern) van het ECHO-team nemen deze taak op vrijwillige basis op en hebben een opleiding genoten. Daarnaast kunnen personeelsleden ook beroep doen op de hulp van een externe partner voor psychologische opvang en begeleiding na werkgerelateerde traumatische ervaringen. Ook artsen kunnen gebruik maken van de diensten van het ECHO-team, maar tot op het moment van de audit was dit nog nooit gebeurd. **(AV)**

6.2 VORMING, TRAINING EN OPLEIDING (VTO)

- In het vormingsbeleid wordt er geen streefdoel gehanteerd voor het aantal uren vorming per individuele medewerker per jaar. Er is wel een lijst met verplicht te volgen vormingen (> 8 uur per jaar per medewerker), die ook voor de nachtverpleegkundigen geldt. De vormingsplannen zijn voorts geïndividualiseerd en behoeftegestuurd.
Op centraal niveau beschikt men over een databank waarin alle vormingen per medewerker worden bewaard. Zo kunnen leidinggevenden een (ziekenhuisbreed, per divisie, per afdeling) overzicht krijgen van deze gegevens en ze ook opvolgen en terugkoppelen naar de afdelingen/respectieve medewerkers. Tijdens de functioneringsgesprekken komen de gevolgde en de gewenste opleidingen aan bod; indien er lacunes vastgesteld zijn, wordt de medewerker hierop aangesproken.
Elke medewerker kan via het intranet zijn eigen vormingsdossier raadplegen. **(AV)**
- Er wordt maximaal ingezet op interne vormingstrajecten. Daartoe worden interne lesgevers (experten) opgeleid en (deels) vrijgesteld voor het geven van deze vormingen. De directie bepaalt de interne lesgevers. Indien er te weinig interne kennis voorhanden is, wordt beroep gedaan op externe lesgevers. Er zijn ook doelgroepgerichte of individuele vormingstrajecten voor medewerkers. Het betreft vormingsactiviteiten die betrekking hebben op onderwerpen die specifiek nuttig zijn voor één (of enkele) lefeenheid, één dienst, een bepaalde beroepsgroep, een divisie, een individueel personeelslid,... .

Er wordt systematisch gepeild naar vormingsbehoefte tijdens de functioneringsgesprekken en in de werkvergaderingen op de afdelingen. Elk directielid bepaalt in samenspraak met de leidinggevenden van de afdelingen of diensten welke vormingsbehoefte er zijn voor de betrokken afdelingen en medewerkers, mede op basis van de afdelingsdoelstellingen. Op basis daarvan worden specifieke vormingen georganiseerd die worden gefinancierd vanuit de eigen vormingsbudgetten per divisie.

Uit de gesprekken blijkt dat een aangevraagde vorming bijna nooit geweigerd wordt. **(AV)**

- Personeelsleden kunnen van afdeling veranderen door het volgen van een interne selectieprocedure. Alle nieuwe medewerkers volgen, afhankelijk van hun functie, een gericht inhoudelijk vormingsprogramma met een organisatiebrede focus.
De leidinggevenden op afdelingsniveau zijn vervolgens verantwoordelijk om medewerkers die van dienst veranderen of een nieuwe functie uitoefenen de gepaste opvang en inscholing aan te bieden. Reeds in dienst zijnde medewerkers volgen, afhankelijk van hun functie, een gericht inhoudelijk thematisch vormingsprogramma waarbij een link is met de strategische doelstellingen van OPZ Geel. **(AV)**
- Er worden verschillende opleidingen over managementvaardigheden voor leidinggevenden georganiseerd. Er was de voorbije jaren o.a. aandacht voor veranderingsmanagement en aspecten binnen het strategisch plan. Binnen het Clinical Leadership Project worden meermaals per jaar opleidingsprogramma's ingericht. Hierin komt zowel de individuele ontwikkeling als de verbetering van de zorg aan bod. **(AV)**
Afgeleid hiervan biedt het ziekenhuis ook een CLP-light aan, die bedoeld is om potentiële leidinggevenden te laten kennismaken met basisaspecten van het leidinggeven. OPZ Geel wil eigen medewerkers een loopbaanperspectief bieden om door te groeien naar leidinggevende functies in het zorgcentrum. Daarom werd een pool van potentiële leidinggevenden aangelegd voor geïnteresseerde en talentvolle medewerkers. **(SP)**
- Het ziekenhuis verwacht dat alle teamcoördinatoren een masterdiploma of kaderopleiding bezitten of dit behalen. Het ziekenhuis stimuleert dit op vlak van tijdsbesteding en ook financieel. **(AV)**
- Het volgen van een langdurige psychotherapeutische opleiding wordt gefaciliteerd door een gedeeltelijke vrijstelling van werktijd en door het betalen van 30 % van het inschrijvingsgeld. **(AV)**
- We bevelen aan om een specifiek inscholings- en vormingsaanbod voor artsen te voorzien (bv. opleiding rond kwaliteitsbeleid/Kwadrant, managementvaardigheden, agressiebeheersing, suïcidepreventie, vrijheidsbeperkende maatregelen, ...). **(Aanb)**

6.3 VRIJWILLIGERS

- In 2016 waren er 135 vrijwilligers actief die samen 11.000 uren presteerden. Er wordt gewerkt met een expliciete missie, een vrijwilligerscontract, een afsprakennota en een vrijwilligersverzekering. Het takenpakket van de vrijwilligers is duidelijk omschreven. **(AV)** De vrijwilligers worden aangestuurd door de coördinator Vrije Tijd en Sport. **(AV)** Dit staat niet zo vermeld in het organogram. **(Aanb)**
- De rekrutering en begeleiding van vrijwilligers is sterk uitgewerkt. **(SP)**

De screening van de vrijwilligers gebeurt door de coördinator aan de hand van een screeningsformulier. Na dit gesprek, met algemene info over vrijwilligerswerk en de mogelijkheden van OPZ gelegd naast de vraag van de vrijwilliger, volgt een tweede gesprek wanneer alles wat concreter wordt. Men doet ook beroep op vrijwilligers vanuit de doelgroep van de organisatie, namelijk mensen met een psychische kwetsbaarheid. Zij worden extra opgevolgd en ingezet als vrijwilliger of ervaringsdeskundige. Afhankelijk van het soort werk krijgen zij een persoonlijke volgpersoon (bv. bij het Bezoekerscentrum is dit de psycholoog van dagkliniek Poorthuis, rond Herstel is dit de stafmedewerker ervaringsdeskundigheid, rond Herstelacademie is dat de coördinator zelf, ...).

De vrijwilligers worden bij problemen opgevangen door hun persoonlijke coach, aangewezen op de afdeling waar ze werken. Het opvangen door het Echo-team is eveneens een mogelijkheid, maar dit was nog niet nodig.

6.4 BESTAFFING

- In het OPZ Geel zijn op het moment van de audit 13 psychiaters aan de slag. Aanwervingen voor bijkomende psychiaters zijn lopende, zodat in november 2017 naar verwachting 16 psychiaters actief zullen zijn. Voor de somatische zorgen is er daarnaast 1 statutaire algemeen geneeskundige en 4 bijkomende “vaste” consulterende algemeen geneeskundigen die onder zelfstandig statuut werken. Er is 1 ASO jeugdpsychiater in het ziekenhuis. Er worden inspanningen geleverd om het aantal stageplaatsen voor assistenten in de psychiatrie op te drijven. **(AV)**
- Er zijn twee medische wachtdiensten voor het ziekenhuis. Alle psychiaters nemen deel aan de wachtdienst psychiatrie en daarnaast verzekeren de 5 algemene artsen een somatische permanentie. **(AV)** Uit gesprekken op de werkvloer blijkt dat de somatische artsen bij oproep tijdens de wachtdienst regelmatig telefonische instructies geven zonder ter plaatse te komen bij de patiënt. **(TK)**
- Op elke afdeling wordt steeds minimaal 1 nachtverpleegkundige ingeroosterd. Voor de afdelingen met afzonderingskamers of bij belangrijke zorgzwaarte kan de hulp van 1,8 VTE lopende vaak ingeroepen worden (ouderen) of wordt een tweede medewerker 's nachts ingeroosterd (jongeren en volwassenen). **(SP)** Er worden 's nachts geen zorgkundigen ingezet om de permanentie te verzekeren. **(AV)**
- Afwezigheden van therapeuten worden binnen de divisie geregeld, maar de gebruikte organisatie kan niet steeds de continuïteit van de therapie garanderen, met name bij plotse nood. **(TK)**
Bij verlof zijn er afspraken om binnen de beroepsgroep (vakgroep) de therapeutische zorg te verzekeren, wat vlot blijkt te lukken.
Bij plotse afwezigheid van een therapeut (bv. ziekte) stelt zich soms een probleem om de continuïteit te blijven verzekeren, omdat er slecht 1 VTE mobiele bewegingstherapeut is voor de divisies Ouderen / Volwassenen en 1 VTE mobiele ergotherapeut voor de divisie Jongeren. Op sommige afdelingen moeten andere medewerkers in bepaalde gevallen alternatieven voor de therapie improviseren, zoals een wandeling. Tijdens gesprekken op afdelingen werd trouwens enkele malen geopperd dat ook voor het dagelijkse behandelaanbod de beschikbaarheid van therapeuten eerder aan de krappe kant was.

7 PROCESSEN

7.1 PROCEDUREBEHEER

- De procedures bevatten telkens een identificatie (titel/onderwerp), een omschrijving van het type document, een eigenaar, een datum van publicatie, een datum van revisie en de versie. Daarnaast vermeldt het sjabloon eveneens de gerelateerde processen en documenten. **(AV)**
- De procedure voor het opstellen van procedures, werkinstructies, richtlijnen en procesbeschrijvingen zet aan tot de opmaak van stroomdiagrammen. Deze grafische voorstellingen visualiseren een (vaak complex) geheel van handelingen en beslissingsmomenten, en blijken handig in gebruik op afdelingsniveau. **(SP)**
- Alle procedures zijn via een efficiënte zoekfunctie raadpleegbaar op het intranet. **(AV)**
- Bij de inscholing van nieuwe medewerkers wordt uitleg gegeven omtrent de bestaande procedures en waar deze terug te vinden zijn. **(AV)**
- De procedure “informatiebeheer via het documentenbeheersysteem” voorziet in een werkwijze waarbij de eigenaars van documenten van meer dan 2 jaar oud om de 2 weken een automatische vraag krijgen om hun documenten te actualiseren of te reviseren. **(AV)**
- Diverse documenten die in omloop zijn (bv. Huishoudelijk Reglement Ombudsfunctie, klachtenprocedure, bepaalde visieteksten, ...), vermelden weinig tot geen basisinformatie (zoals versiedatum, autorisatie, auteur, eigenaar, ...), waardoor ze moeilijk te situeren vallen en waardoor hun geldigheid onduidelijk is. **(TK)**

7.2 MEDICATIEDISTRIBUTIE

Situering

- De apotheek levert aan alle afdelingen van het ziekenhuis, met inbegrip van de gezinsverpleging, en aan het eigen PVT.
- De apotheek is elke werkdag geopend van 8u30 tot 12u en van 13u tot 16u36.

Beleid en strategie

- De hoofdapotheeker rapporteert rechtstreeks aan de hoofdarts. **(AV)**
Het overleg tussen beiden is frequent, maar enkel informeel.
- De slagkracht van de apotheek binnen OPZ Geel is te beperkt. **(TK)**
 - De apotheker maakt geen deel uit van het directiecomité en er is geen regelmatig formeel beleidsmatig overleg met de algemeen directeur, de hoofdarts en het hoofd van het verpleegkundig departement. Hierdoor heeft de apotheker weinig zicht op het gevoerde ziekenhuisbeleid en is er ook geen inbreng van de apotheker in het beleid mogelijk.
 - Er wordt geen apart beleidsplan of jaarverslag voor de apotheek opgemaakt.

- De apotheker neemt ook niet deel aan de overlegmomenten tussen de artsen, zodat de specifieke farmaceutische expertise in het medisch-therapeutische beleid onvoldoende aan bod kan komen (bv. klinische farmacie, aanwezigheid op de afdelingen).
- De apotheker heeft geen toegang tot het EPD.

We bevelen aan om het takenpakket en de verantwoordelijkheden van de (hoofd)apotheker(s) te herbe-
kijken en de daaraan gekoppelde workload te objectiveren, zodat desgevallend de bestaffing van de apo-
theek kan aangepast worden. **(Aanb)**

- Er gebeurt een analyse van het geneesmiddelenverbruik per klasse en ook per afdeling/doelgroep. **(AV)**
Er gebeurt geen analyse per arts. **(NC)**
In principe moet deze analyse teruggekoppeld worden in het MFC, maar in de praktijk is dat in het jaar
voorafgaand aan de audit niet gebeurd. Aan de hand van deze analyses werden nog geen verbeteracties
opgestart.
- Binnen het ziekenhuis werd met een eigen indicator de volledigheid van de medicatievoorschriften gemoni-
tord. Recent werd de deelname bevestigd voor deze indicator in VIP². **(SP)**
- Incidenten met betrekking tot het medicatiegebeuren kunnen gemeld worden in het algemene incident-
meldingssysteem i-Prova, zowel voor gebeurtenissen in als buiten de apotheek. **(AV)**
Uit gesprek blijkt dat niet alle medicatie-incidenten via het meldsysteem een neerslag krijgen: soms wordt
een probleem ad hoc opgelost zonder formele registratie, soms wordt een incident als niet ernstig genoeg
beschouwd. Uit gesprek blijkt ook dat er enige argwaan bestaat over de mate waarin anonieme meldingen
(die in i-Prova voorzien zijn) daadwerkelijk anoniem zijn. Hierdoor riskeert het ziekenhuis belangrijke infor-
matie te verliezen die de veiligheid van de patiënten zou kunnen bevorderen. We bevelen aan om te bekij-
ken wat de oorzaken kunnen zijn van de onderrapportering en hoe de meldingsbereidheid van de mede-
werkers kan gestimuleerd worden. **(Aanb)**
Analyses van de meldingen gebeuren vooral binnen het Comité Patiëntveiligheid. Ze vinden een neerslag in
het kwaliteitshandboek. **(AV)** Bij deze analyse was geen arts betrokken. **(TK)**
De apotheek participeert onvoldoende actief aan het leer- en verbeterbeleid met betrekking tot het medi-
catiegebeuren. **(TK)** De apotheker heeft – gezien de onderrapportering van incidenten – geen volledig zicht
op de incidenten en kan, vanuit haar expertise, geen risicoanalyse uitvoeren of gerichte verbeteracties
opzetten, waardoor belangrijke leermomenten kunnen verloren gaan.
- Het Medisch Farmaceutisch Comité vergadert 4 keer per jaar en is conform samengesteld. **(AV)** Uit de
verslagen van de laatste 4 bijeenkomsten bleek dat geen enkele keer een arts aanwezig was. **(TK)**

Middelen

- De architectuur en infrastructuur van de apotheek voldoet aan de voorwaarden voor een kwaliteitsvolle en
veilige werking. **(AV)**
- De omgevingstemperatuur binnen de apotheek wordt beheerst met een automatische klimaatregeling.
(AV)

- Elke afdeling heeft afsluitbare medicatiekasten waar de geneesmiddelen, op naam van de patiënt, bewaard worden. In deze kast bevindt zich ook een beperkte huisapotheek, maar geen eigen medicatievoorraad. Narcotische medicatie, steeds op naam van patiënt, wordt afzonderlijk bewaard in een gesloten kastje. Hiervoor is een specifiek registratie- en stockcontrolesysteem in voege. **(AV)**
- Er zijn 4 noodkasten met medicatie in het ziekenhuis: elke divisie beschikt over een noodkast, net als het PVT. De inhoud verschilt telkens en is aangepast aan de doelgroep. **(AV)** De narcotica in de noodkast zijn beperkt tot 2 producten (divisie ouderen) en 1 product (divisie jongeren).

Medewerkers

- Er zijn 2 apothekers (2 VTE), 2 apotheekassistenten (1,4 VTE) en 2 administratieve medewerkers (1,6 VTE). De hoofdapotheker bekleedt deze functie sinds een jaar; de tweede apotheker kwam 8 maanden voor de audit in dienst bij het OPZ Geel. **(AV)**
- De apotheker verzorgde recent een vorming over hoogrisicomedicatie in het ziekenhuis. **(AV)**
- Er is geen formele wachtregeling voor de apotheek. **(NC)** Zorgverleners moeten buiten de openingsuren van de apotheek medicatie uit de noodkasten nemen. Bij problemen mogen ze naar de apotheker bellen. Er is een mondelinge overeenkomst met de apotheek van AZ Sint-Dimpna te Geel, maar daar wordt zeer zelden gebruik van gemaakt.

Processen

- De distributie van alle geneesmiddelen en verzorgingsproducten verloopt via het elektronisch voorschrijfsysteem (OBASI®), dat een hele reeks ingebouwde veiligheidselementen bevat. In principe kunnen enkel de artsen en de apotheker medicatie inbrengen, stoppen of wijzigen via hun login. **(AV)** Bij mondeling order kan een verpleegkundige uitzonderlijk een tijdelijke verlenging van een bestaand voorschrift invoeren, dat door de arts nadien moet gevalideerd worden. Hoewel uit gesprek blijkt dat de artsen meestal snel valideren, blijft er een hypothetisch risico op aflevering en toediening van een geneesmiddel zonder validatie. Dit lijkt onnodig omdat artsen ook van op afstand (bv. andere afdeling, thuis, polikliniek) kunnen aanloggen in OBASI. **(Aanb)**
- Een procedure beschrijft het gebruik van de noodkasten. Wegnames, steeds op voorschrift, worden onmiddellijk elektronisch geregistreerd en de volgende werkdag aangevuld vanuit de apotheek. Twee keer per jaar doet de apotheek een controle van de stock in de noodkasten en van de vervaldata. **(AV)** Er zijn ongeveer 2 % naschriften, bijna allemaal door medicatiegebruik uit de noodkasten. Ook dit aandeel kan verder gereduceerd worden als artsen van op afstand willen voorschrijven. **(Aanb)**
- Het gebruik van medicatie uit de huisapotheek wordt geregeld via staande orders die opgemaakt zijn door de artsen. **(AV)**
- De afleverperiodes van medicatie aan de afdelingen variëren van 2 à 4 weken voor de verblijfsafdelingen en PVT tot 2 maanden voor de thuisverpleging. **(NC)** Er gebeurde geen risicoanalyse van deze werkwijze voor de betrokken afdelingen.

- De apotheker heeft via het elektronisch medicatiebeheersysteem zicht op het volledige medicatieschema van de patiënt tijdens de opname. **(AV)**
OBASI biedt ook de mogelijkheid om de thuismedicatie in te brengen, maar deze toepassing is nog niet in gebruik. De thuismedicatie wordt momenteel genoteerd in een papieren dossierdeel, bij opname. Hierdoor kunnen de apothekers en de andere zorgverleners relevante informatie missen in het kader van patiëntveiligheid. **(TK)**
- De medicatie wordt door de nachtverpleegkundige klaargezet voor de volgende 24 uur in een bakje met eenduidige patiëntidentificatie in de medicatiekast. Zowel de controle van de klaargezette medicatie als de (registratie bij) toediening gebeurt door een verpleegkundige. **(AV)**
- De medicatie wordt op de afdelingen zo veel mogelijk in de blister gelaten tot op moment van toediening. Bij steekproefcontroles op enkele afdelingen werden geen losse of onvolledige tabletten, noch vervallen medicatie teruggevonden in de klaargezette medicatie of in de patiëntenvoorraden. **(AV)**
Volgende knelpunten werden vastgesteld op afdelingen: **(TK)**
 - hoogrisicomedicatie wordt soms samen met andere medicatie bewaard, zonder een specifiek HRM-label;
 - bij controle van de klaargezette medicatie door de verpleegkundige, werden alle pillen geruime tijd op voorhand ontblisterd, waardoor bij effectieve toediening geen identificatie van de medicatie meer mogelijk was.
- Het volledige medicatiegebeuren is beschreven in een "Procedure medicatiedistributie". Deze bevat o.a. duidelijke instructies voor controle van de vervaldata van medicatie en voor de controle van de temperatuur van de medicatiekoelkasten in de apotheek en op de afdelingen. De temperatuur van de medicatiekoelkasten op de afdelingen wordt dagelijks manueel geregistreerd. Op het betreffende formulier staan duidelijke instructies voor acties die nodig zijn bij afwijkende temperaturen.
De apotheek volgt op systematische wijze de vervaldata en de registraties van de koelkasttemperaturen op. **(AV)**
We bevelen aan om over te schakelen op een automatisch temperatuurlogstelsel met alarm. **(Aanb)**
- In de steekproef van medicatieschema's die gecontroleerd werden op de afdelingen, waren alle gezochte aspecten (volledig voorschrift, validatie, toegankelijkheid voor betrokken zorgverleners, toediening, reden voor niet-inname, gebruik van "zo nodig"-medicatie, stoppen of wijzigen van medicatie) steeds aantoonbaar. **(AV)**

Resultaten

- Er is een geneesmiddelenformularium opgesteld voor het ziekenhuis. Bij voorschrift buiten het formularium suggereert het elektronisch voorschrijfsysteem een substituut. De arts kan dit negeren, mits expliciete motivatie in het patiëntendossier. Wanneer deze motivatie ontbreekt, kan de apotheker alsnog een evenwaardig formulariumproduct afleveren.
Ongeveer 10 % van de medicamenten wordt buiten het formularium afgeleverd, meestal thuismedicatie of voedingssupplementen. **(AV)**

- Ongeveer 70 % van de geneesmiddelen wordt aan de afdelingen in unitdosis afgeleverd. **(AV)** We bevelen aan om te bekijken hoe dit aandeel kan opgedreven worden (bv. belang van dit criterium bij de inkoop, herverpakking in de apotheek, samenwerking met andere ziekenhuizen, ...). **(Aanb)**

7.3 AGRESSIEBELEID EN VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

Situering

- Er werden 4 afzonderingskamers bezocht (binnen de divisie Volwassenen - afdeling Gesloten Opname (2) en binnen de divisie Ouderen de Opname-eenheid (1) en de Sp-leefeenheid (1)).
Er werden 3 comfortrooms bezocht (1 binnen de divisie Volwassenen en 2 binnen de divisie Ouderen).
- Er gebeuren in het OPZ Geel afzonderingen in een gewone kamer, evenwel enkel binnen de divisie Jongeren. Zie verdere uitleg onder situationele en structurele separaties.
- Gedwongen opnames worden grotendeels uitgevoerd op de afdeling Gesloten Opname voor volwassenen (156 in 2016, 266 indien men de opnames met verder verblijf meerekent) en in mindere mate op de afdelingen Open Opname voor volwassenen (1) , Psychosezorg voor volwassenen (1), de Opname-eenheid voor ouderen (6) en de Sp-leefeenheid voor ouderen (3).
- Op de afdelingen (Gesloten Opname en Sp-leefeenheid) werden 7 patiëntendossiers gecontroleerd; 5 van patiënten die in afzondering verbleven en 2 van patiënten met verhoogde aandacht in het kader van suïcidepreventie.
- Zorginspectie bracht kort voor de audit (m.b. in april 2017) een thematisch inspectiebezoek aan de divisie Jongeren rond vrijheidsbeperkende maatregelen bij minderjarigen. De opmerkingen van beide verslagen dienen samen geanalyseerd en aangepakt te worden.

Beleid

- Het beleid inzake vrijheidsbeperving en agressiebeheersing is in dit het ziekenhuis uitgewerkt in verschillende documenten: **(AV)**
 - Veiligheidsmanagement OPZ Geel: beleid en strategie – crisispreventie en crisishantering.
 - Visie crisispreventie OPZ Geel.
 - Visie zorgzaam loslaten.

Naast de beleidsteksten zijn er tal van procedures, richtlijnen en werkinstructies, die de visie naar de praktijk vertalen. Het betreft o.m.: **(AV)**

- Procedure afzondering en fixatie.
- Actieplanning vrijheidsbeperkende maatregelen.
- Procedure vrijheidsbeperkende maatregelen bij ouderen.
- Verschillende werkinstructies: behandelplan i.k.v. VBM, alternatieven, fixatiebanden, verpleegdeken, elektronische hulpmiddelen, OPZ comfortkoffer.

- Procedure agressie.
- Richtlijn agressiepreventie.
- Alarmoproepen.
- Comfortroom.

Het beleid rond vrijheidsbeperkende maatregelen werd verder doelgroep-georiënteerd uitgewerkt. Het algemene beleid en de algemene procedures werden aangepast voor de doelgroepen jongeren en ouderen in de respectieve visieteksten “Geweldloos verzet” en “Zorgzaam loslaten”. **(SP)**

- In de ziekenhuisbrede visieteksten en de procedures komt de focus op preventie en het belang van een integrale aanpak sterk naar voren. **(SP)**
 - Een verdeling van primaire, secundaire en tertiaire preventie geeft de verschillende aspecten in de preventieve aanpak weer (o.a. het werken met signaleringsplannen en crisisplannen, de-escalatiemogelijkheden, vorming en training, comfortrooms, nabesprekingen met patiënten, zorgverleners en omstanders, ...).
 - Het belang van een integrale aanpak werd gebaseerd op het Safewards-model. Dit model linkt 6 interagerende domeinen met elkaar: het teamfunctioneren, de fysieke omgeving, contacten tussen patiënten, externe factoren, individuele patiëntkenmerken en de wet- en regelgeving. Voorbeelden hiervan vinden we o.a. terug in de samenwerking tussen afdelingen en hulpverleners waarbij een consultfunctie verpleegkundig specialist VBM en uitwisseling van de zorgverlener ingeburgerd zijn, in de grote aandacht voor patiëntparticipatie bij de teambespreking, in het betrekken van de naasten bij de opmaak van de signaleringsplannen, in de 1-op-1-begeleiding in crisissituaties, ...
 - Sinds 2009 is een traject lopende om het perspectief van patiënten en familie meer te betrekken in het beleid en de zorg. De voorbije jaren heeft dit reeds geleid tot allerhande promotie- en campagnematerialen (zoals o.a. afzondering gefilmd alsof je het zelf meemaakt, ...). Sinds 2015 worden familie en patiënten ingezet als een actieve partner in verschillende focusgroepen en worden verbeteracties in het beleid doorgevoerd. Participatie gebeurt momenteel rond 4 thema's: gedwongen opname, alternatieven, afzondering en fixatie en leefregels/bezoekregeling. Volgend overleg is gepland in september, waarbij ook familievereniging Similes en patiëntenvereniging Ups & Downs zullen aanwezig zijn.
- In de ziekenhuisbrede visieteksten en de procedures komt het streven naar een fixatie-arm en afzonderings-arm beleid (en de gefaseerde opbouw) duidelijk naar voren. **(AV)**
 - Het ziekenhuis beschikt over tal van elektronische hulpmiddelen en andere materialen in functie van spanningsreductie en als alternatieven voor fysieke vrijheidsbeperking.
 - Sinds 2013 wordt een jaarlijks onderzoek (Zorgzaam loslaten) uitgevoerd omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen (en alternatieven) bij ouderen. Sinds de start van dit project is de intensiteit en het aantal van de toegepaste VBM sterk gedaald (van 114 in 2013 naar 46 in 2016). Er worden cijfergegevens bijgehouden over aantallen, VBM opgenomen in behandelplan, alternatieven opgenomen in behandelplan, aandeel alternatieve maatregelen, gemiddelde leeftijd ouderen met VBM, ... De registraties geven een goed zicht op de praktijk van het VBM-beleid bij ouderen. **(SP)**
- De inzet van een verpleegkundig specialist is een kritische succesfactor; dit blijkt uit de beleidsgesprekken, uit de gesprekken op de afdelingen en uit de VBM-cijfers.

Waar de verpleegkundig specialist vroeger voor een periode vast ingezet werd op de afdeling, wordt nu

eerder haar expertise ingeroepen op vraag of op indicatie (bv. na een suïcidepoging). Op de afdelingen werden de ethische reflectie en de bespreking van de subsidiariteit en de proportionaliteit als grote pluspunten naar voren geschoven, samen met een sterk vermogen tot enthousiasmering van de zorgelijke. **(SP)**

- Het algemene beleid inzake VBM geldt ook voor gedwongen opgenomen patiënten. Uit gesprekken (zowel op beleids- als op afdelingsniveau) blijkt dat bij deze patiënten sterk ingezet wordt op een gastvrij onthaal (dit betekent o.a. het verwijderen van handboeien, een hand geven, koffie aanbieden, ...). Deze “eerste 5 minuten”- aanpak werpt vruchten af en weerspiegelt zich in een daling van de cijfers over het toepassen van VBM bij aanvang van de gedwongen opname. **(AV)**
- OPZ Geel is het enige ziekenhuis met een erkenning voor gedwongen opname in het arrondissement Turnhout. Door het grote aantal gedwongen opnames (156 in 2016, 266 indien men de opnames met verder verblijf meerekent) kampt het ziekenhuis met een zeer grote opnamedruk. Gedwongen opgenomen patiënten komen aanvankelijk hoofdzakelijk terecht op de afdeling gesloten opname voor volwassenen. Het vraagt intern heel wat inspanning om de gedwongen opnames georganiseerd te krijgen en dit brengt geregeld verschuivingen met zich mee. **(AV)** Ongeveer 2 nachten per maand wordt door plaatsgebrek een afzonderingsbed/kamer (met gesloten deur) gebruikt om de eerste nacht van een gedwongen opname te kunnen overbruggen. **(TK)** Af en toe dient het ziekenhuis ook een opnamestop in te laten voor gedwongen opnames omdat alle bedden (zelfs het extra bed in de afzonderingskamer) ingenomen zijn. Het parket wordt ingelicht waardoor deze de gedwongen opnames tijdelijk naar andere ziekenhuizen doorverwijzen. **(AV)**
- Fixaties met fixatiebanden gebeuren niet buiten de afzonderingskamers. De toepassing van andere vormen van fixatie (zoals verpleegdekens, bedsponden en voorzettafels) wordt vermeld in het patiëntendossier. **(AV)** Er is tot op heden geen (technische) mogelijkheid om deze fixaties systematisch en continu te registreren en te analyseren. **(TK)**
- Binnen het OPZ Geel gebeuren er separaties (= patiënt verwijderen van de openbare ruimte en onderbrengen in zijn kamer of aparte ruimte, met gesloten deur, maar niet in de afzonderingskamer).
 - Situationele separaties (n.a.v. een (dreigende) crisissituatie) gebeuren zeer uitzonderlijk en enkel binnen de divisie Jongeren. Vóór 2017 werden deze separaties niet geregistreerd. **(TK)**
Vanaf 2017 werd de afspraak gemaakt om deze separaties te registreren als separatie binnen de afzonderingsregistratie. **(AV)**
 - Structurele separaties (ingebouwd in het dagprogramma) gebeuren enkel op de forensische K-dienst en worden niet systematisch geregistreerd. **(TK)** Dit beleid is volgens de gesprekspartners wel opgenomen in het patiëntendossier van de jongere.
 - In de divisie Volwassenen en Ouderen wordt enkel gebruik gemaakt van de afzonderingskamer. Er worden geen separaties toegepast. **(AV)**
 - Momenteel is het situationeel separeren binnen de divisie Jongeren onderwerp van discussie. Deze maatregel en de invoering van “een levend slot” (begeleider staat voor de deur en houdt met de voet de deur dicht) wordt kritisch herbekeken. Zowel de perceptie van het kind als de vraag naar registratie worden meegenomen in de discussie. **(AV)**

- Bij de procedures rond fixeren en afzonderen van patiënten kunnen volgende verbeterpunten omschreven worden: **(TK)**
 - Het medisch toezicht tijdens afzondering is onvoldoende geëxpliciteerd. Momenteel vermeldt de procedure: “de verantwoordelijke psychiater bezoekt de afgezonderde patiënt van zodra dit mogelijk is, om zijn klinische toestand te beoordelen en het zorgbeleid te evalueren. Bij een afzondering van > 24 uur is er elke 24 uur medisch toezicht aan de afgezonderde patiënt.” Dit is een ruime en omzichtige invulling van wat verwacht wordt van het medisch toezicht. Een meer concrete invulling dringt zich op, zoals de tijdsspanne waarbinnen de arts de patiënt dient te onderzoeken, de frequentie van evaluatie door de arts in de afzonderingskamer, de frequentie van multidisciplinaire evaluatie samen met de arts,
 - De frequentie van herevaluatie van de maatregel is omschreven als “minimaal tijdens elke briefing”. De verwachtingen inzake registratie van de herevaluatie dienen duidelijker omschreven te worden.
 - De indicaties voor het uitzonderlijk niet gebruik maken van signaleringsplannen voor bepaalde doelgroepen zijn niet omschreven.
 - De toepassing van fysieke interventie (holding) als alternatief voor afzondering staat niet beschreven in een procedure.

- In de afzonderingsprocedure is niet vermeld dat men uit veiligheidsoverwegingen voor de medewerkers steeds met minstens 2 personen in de afzonderingskamer dient binnen te gaan. **(AV)**

De procedure vermeldt dat “de zorgverlener die naar de afzonderingskamer gaat steeds een collega dient te verwittigen, die op de monitor kan mee volgen. Bij twijfel rond de veiligheid is het aangewezen om met twee te gaan.”

De gesprekspartners geven aan dat binnengaan met 2 of alleen geen vaste regel kan zijn. Naast de veiligheid moet ook het principe van gelijkwaardigheid tussen patiënt en hulpverlener mee in overweging genomen worden.

Middelen

- Het OPZ Geel beschikt over 13 afzonderingskamers: **(AV)**
 - divisie Jongeren:
 - de leefgroep Kids (1) en de leefgroep Tieners (1) binnen de reguliere K-afdeling, de For-K/crisisunit (2);
 - divisie Volwassenen:
 - de afdeling Angst en Depressie (1), Structurerende Zorg (1), Psychosezorg (1), Gesloten Opname (2);
 - divisie Ouderen:
 - de Opname-afdeling (1), de Sp-leefeenheid (2), de Behandleenheid (1).

De afzonderingskamers verschillen qua inrichting afhankelijk van de doelgroep. **(SP)** Zo zijn er voor de ouderen afzonderingskamers met een positioneerbaar bed, is er TV en lichttherapie aanwezig, en werd algemeen ingezet op een “zachtere” sfeer (o.a. parketvloer).

In de bezochte afzonderingskamers (binnen de divisie Volwassenen - afdeling Gesloten Opname (2) en binnen de divisie Ouderen de Opname-eenheid (1) en de Behandleenheid (1)) werden geen infrastructurele knelpunten vastgesteld. **(AV)**

- Het OPZ Geel heeft de voorbije jaren sterk geïnvesteerd in het gebruik van comfortrooms en beschikt in totaal over 9 dergelijke kamers. **(SP)** Deze comfortrooms worden niet afgesloten en worden enkel gebruikt op voorstel of met instemming van de patiënt. Elke divisie beschikt over 3 comfortrooms. **(AV)**
- Men werkt momenteel aan een de-escalatie-informatiebundel; dit is een inspiratiebundel gebaseerd op interne expertise aangaande zintuigelijke beleving, aangevuld met “good practices”. **(AV)**
- Een externe firma zal een adviserende rol opnemen t.a.v. het huidige beleid, voorzien in een train-de-trainer en starten met de coaching van een team. In 2017 zijn hiervoor reeds 12 dagen voorzien. Teams zullen ondersteund worden in de vertaling van herstelgericht werken binnen het thema crisis (o.a. de praktijk van holding als methodiek op de reguliere K is onderwerp van discussie). **(AV)**

Medewerkers

- M.b.t. de agressie-thematiek en m.b.t. suicidepreventie werkt OPZ Geel sinds 2011 met een systeem van aanspreekpersonen op verschillende niveaus (“klinische ladders”): antennepersonen op afdelingsniveau, referentiepersonen op doelgroepniveau en een verpleegkundig specialist op ziekenhuisniveau. **(SP)**
- De betrokkenheid van de artsen bij de effectieve analyse van ernstige incidenten is onvoldoende en niet ziekenhuisbreed geïmplementeerd. Ook de deelname van de artsen in de werkgroepen is onvoldoende structureel ingebed. **(TK)** Het zou een meerwaarde zijn (wat werd bevestigd op de afdeling waar er reeds analyses in het bijzijn van de artsen plaats vonden) indien de artsen een actieve inbreng in de analyses van ernstige incidenten hebben. Dit draagt bij tot afstemming van het uitgevoerde beleid en geeft tegelijkertijd sturing en betrokkenheid aan de opgezette verbeteracties.
- Vorming over agressiebeheersing en vrijheidsbeperkende maatregelen wordt aangeboden. Deze vormingen zijn verplicht voor nieuwe medewerkers, en moeten na indiensttreding tweejaarlijks worden herhaald: **(AV)**
 - professioneel handelen bij escalatie;
 - tweedaagse agressietraining / zorg voor ongedwongenheid;
 - crisispreventie;
 - agressiehantering (onthaalmedewerkers / crisisunit / somatische eenheid).

Processen

- Volgende verbetermogelijkheden werden vastgesteld op het vlak van de praktische uitvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen: **(TK)**
 - meer gestructureerd gebruik maken van signaleringsplannen op alle afdelingen (of schrijven waarom de doelgroep/patiënt er niet voor in aanmerking komt);
 - uit de registraties blijkt dat er niet om het uur wordt binnen gegaan in een afzonderingskamer;
 - uit de registraties blijkt dat de reden voor afzondering niet beperkt blijft tot gevaar voor zichzelf of anderen;
 - het is uit de notities op de toezichtschema’s niet altijd uit te maken of het toezicht gebeurde door visuele controle via het raampje in de deur, via cameratoezicht of door binnen te gaan;

- het elektronisch registratiesysteem dient op volgende punten aangepast te worden:
 - de lijst met redenen voor afzondering bevat mogelijkheden die niet als indicatie voor afzondering mogen gebruikt worden;
 - niet alle vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen geregistreerd worden en bijgevolg onderwerp uitmaken van verdere analyses (o.a. verpleegdeken, bedsponden, voorzettafels, ...).

Resultaten

- In 2016 werden er 1.034 agressie-incidenten gemeld. Bij 153 meldingen werd bepaald dat een verdere analyse of teambespreking aangewezen was. **(AV)**
- De voorgelegde Prisma-analyses zijn grondig uitgewerkt en bevatten heel wat waardevolle informatie omtrent mogelijke verbeterpunten. **(SP)**
- Ondanks het feit dat er een duidelijk structureel afsprakenkader voor retrospectieve incidentanalyse voorhanden is, is het voor medewerkers niet altijd duidelijk wat de verwachtingen zijn omtrent de analyses van ernstige incidenten/meldingen (o.a. suïcidepogingen, ...). Niettegenstaande er zeer grondige Prisma-analyses werden voorgelegd en dat alle teamcoördinatoren opgeleid werden in deze methodiek, is het voor de medewerkers niet altijd duidelijk wanneer en welke analyses moeten gebeuren en op welke manier het leervermogen ziekenhuisbreed georganiseerd wordt. Wie het overzicht behoudt en wie beslissingskeuzes kan maken, moet eveneens duidelijker in kaart gebracht worden. **(TK)**
- In 2016 waren er 451 afzonderingen (115 in divisie Jongeren, 211 bij divisie Volwassenen en 125 in de divisie Ouderen), van in totaal 196 patiënten (40 in divisie Jongeren, 120 in divisie Volwassenen en 36 in divisie Ouderen).
De gemiddelde duur van een isolatie bedroeg 7,7 uren (5,3 uren in divisie Jongeren; 10,9 uren in divisie Volwassenen; 5,1 uren in divisie Ouderen). **(AV)**
- Bij 35 afzonderingen werden patiënten gefixeerd. Er gebeuren geen fixaties (met fixatiebanden) buiten de afzonderingskamers. **(AV)**
- Er werden 156 nieuwe gedwongen opnames geregistreerd In 2016, waarvan 150 met spoedprocedure. **(AV)**
- De directie krijgt op maandniveau, kwartaalniveau en op jaarniveau een statische rapportage van algemene afzonderingscijfers (o.a. aantal afzonderingen en fixaties, duur, per divisie, % afgezonderde populatie, ...). De directieleden en enkele stafmedewerkers hebben ook de mogelijkheid om de databank in een dynamische omgeving te bevragen. Er kunnen met andere woorden selecties worden gemaakt om specifieke situaties te analyseren (o.a. afdeling, doelgroep, jaartal, reden van afzondering, startuur, dag van de week, relatie met gedwongen opname, ...). **(AV)**
Als dit gebeurt, zijn dit momenteel geïsoleerde acties, zonder garantie op ziekenhuisbrede verbeteracties. Deze dynamische cijfergegevens zijn belangrijk om een grondige inhoudelijke analyse te kunnen maken van het beleid inzake vrijheidsbeperkende maatregelen. Deze inhoudelijke analyses worden momenteel onvoldoende benut in de verbetercyclus. **(TK)** Wil men op het directieniveau grondige inhoudelijke analy-

ses maken, dan dient het statische analyserapport uitgebreid te worden met deze inhoudelijke cijfergegevens, zodat de directie de juiste keuzes kan maken en prioriteiten kan leggen in de verbeteracties. Deze cijfergegevens over vrijheidsbeperkende maatregelen dienen jaarlijks besproken te worden op het Directiecomité.

7.4 SUÏCIDEBELEID

Beleid en strategie

- Het beleid inzake suïcidepreventie is uitgewerkt in volgende documenten: **(AV)**
 - Suïcidepreventie: algemene informatie en interne richtlijnen.
 - Suïcidepreventieplan OPZ Geel.
- Er is een suïcidepreventieplan 2016-2017. In 2017 wordt gestart met de uitwerking van een draaiboek. **(AV)**
- Het OPZ Geel voorziet in opleiding rond suïcidepreventie, in de vorm van een basismodule en een verdiepingsmodule. De basismodule en de verdiepingsmodule omvatten 3 uur vorming. Nieuwe medewerkers dienen de basismodule suïcidepreventie als verplichte vorming te volgen. Deze module werd georganiseerd op 3 dagen in het najaar van 2016 en 6 keer op 3 dagen in het voorjaar van 2017. Alle directe zorgverleners zijn verplicht om tweejaarlijks 1 module over suïcidepreventie te volgen. De verdiepingsmodule vond 5 keer plaats in het najaar van 2016 en 2 keer in het voorjaar van 2017. **(AV)**

Processen

- Uit gesprek en uit nazicht van patiëntendossiers blijken volgende verbeterpunten te bestaan: **(TK)**
 - het inschatten van het suïciderisico tijdens een opname en het documenteren hiervan in het patiëntendossier gebeurt onvoldoende gesystematiseerd.
 - wanneer uit de inschatting blijkt dat er geen verhoogd suïciderisico is, dit ook niet wordt genoteerd in het dossier. Op deze wijze is het niet duidelijk of de risico-inschatting al dan niet gebeurd is.

Resultaten

- In 2016 waren er 31 suïcidepogingen door 14 verschillende patiënten. Geen enkele patiënt overleed door suïcide. **(AV)**
- Ondanks het feit dat er een duidelijk structureel afsprakenkader voor retrospectieve incidentanalyse voorhanden is, is het voor medewerkers niet altijd duidelijk wat de verwachtingen zijn omtrent de analyses van ernstige incidenten/meldingen (o.a. suïcidepogingen, ...). Niettegenstaande er zeer grondige Prisma-analyses werden voorgelegd en dat alle teamcoördinatoren opgeleid werden in deze methodiek, is het voor de medewerkers niet altijd duidelijk wanneer en welke analyses moeten gebeuren en op welke manier het leervermogen ziekenhuisbreed georganiseerd wordt. Wie het overzicht behoudt en wie beslissingskeuzes kan maken, moet eveneens duidelijker in kaart gebracht worden. **(TK)**

- Een systematische analyse door een multidisciplinair team met mensen die niet direct bij het incident betrokken waren kan verhelderend en verbeterend zijn. Ook een proactieve risicoanalyse zou op dit vlak nuttig kunnen zijn. **(Aanb)**

7.5 PATIENTENRECHTEN, OMBUDSFUNCTIE EN KLACHTENMANAGEMENT

- Reeds van voor de inwerkingtreding van de Wet op de Rechten van de Patiënt (2002) is in OPZ Geel een interne ombudspersoon actief. In 2017 (officieel vanaf 1 januari, in de praktijk vanaf maart) kwam daar een externe ombudspersoon bij. Het Huishoudelijk Reglement voor de ombudsfunctie werd recent in die zin aangepast.

In dat reglement, en in de communicatie ten aanzien van patiënten, wordt duidelijk gemaakt dat patiënten altijd vrij kunnen kiezen tot welke van beide ombudspersonen zij zich wenden. **(AV)**

- De interne ombudspersoon is maatschappelijk werker van opleiding, en volgde diverse relevante bijscholingen. Per week besteedt zij ongeveer een dag aan de ombudsfunctie. De rest van haar voltijdse job vervult ze op het dagziekenhuis Poorthuis van de divisie Volwassenen, waar ze instaat voor informatiesprekken, intakes en het opvolgen van sociale dossiers.

Dat de ombudspersoon tegelijk als hulpverlener actief is in het ziekenhuis, is op zich niet conform de vereisten. Bij klachten over (medewerkers van) het Poorthuis, of bij andere klachten waarbij de interne ombudspersoon betrokken is, laat zij zich evenwel systematisch vervangen door de externe ombudspersoon. Dit, in combinatie met het feit dat patiënten zich vrij tot de interne dan wel externe ombudspersoon (die wel aan alle eisen inzake onafhankelijkheid voldoet) kunnen richten, maakt dat er zich om het niveau van de ombudsfunctie als geheel geen probleem stelt. **(AV)**

- De externe ombudspersoon is in dienst van het Overlegplatform GGZ Provincie Antwerpen (OGGPA); hij is wekelijks een halve dag aanwezig in het ziekenhuis. **(AV)**

We bevelen aan de externe ombudspersoon ook op te nemen in het organogram, waarbij de onafhankelijkheid van de organisatie duidelijk wordt gevisualiseerd. **(Aanb)**

- Informatie aan patiënten over de patiëntenrechten en over de ombudsdienst verloopt via verschillende kanalen: **(AV)**

- op de website staan de contactgegevens van de ombudspersonen vermeld;
- in de onthaalbrochure (die elke patiënt bij opname krijgt) staan de patiëntenrechten kort vermeld (met een verwijzing naar www.patiëntenrechten.be), evenals de contactgegevens van de ombudspersonen;
- de brochures “Wet rechten van de patiënt” (uitgegeven door de federale overheid) worden niet standaard uitgedeeld, maar zijn op verschillende plaatsen in het ziekenhuis ter beschikking;
- er zijn specifieke folders m.b.t. de interne en de externe ombudspersoon (inclusief aparte antwoordkaarten);
- voor kinderen en jongeren is er een aangepaste folder. **(SP)**

- De onthaalbrochure geeft aan dat men voor klachten over zelfstandige beroepsbeoefenaars binnen OPZ Geel niet bij de ombudspersonen terecht kan. **(NC)** Uit gesprek met de ombudspersonen blijkt dat dit in de

praktijk wel kan, en dat er geen onderscheid gemaakt wordt tussen zelfstandige en andere beroepsbeoefenaars.

- De ombudspersonen geven occasioneel een toelichting over patiëntenrechten en ombudsfunctie aan de medewerkers van het ziekenhuis, maar dit gebeurt niet systematisch; dergelijke toelichting is wel een vast onderdeel van de inscholing van nieuwe medewerkers. **(AV)**
- Op verschillende plaatsen in het ziekenhuis (bv. alle afdelingen voor kinderen en jongeren, bij de ouderen, in de lokalen van de Gezinsverpleging, op de afdeling Volwassenen – gesloten opname) hangen brievenbussen, waarin klachten kunnen worden gepost. De interne ombudspersoon staat in voor de (minimaal wekelijkse) lediging van deze postbussen.

Voor de externe ombudspersoon is er maar één exclusieve brievenbus, namelijk aan zijn eigen gespreksruimte. Aanmeldingen voor de externe ombudspersoon die in de andere brievenbussen worden gepost, worden desgevallend doorgegeven door de interne ombudspersoon. **(AV)**

- Elke ombudspersoon heeft een eigen gespreksruimte ter beschikking. **(AV)**
- Jaarlijks maakt de interne ombudspersoon een jaarverslag op, met een geanoniseerd overzicht van het aantal klachten, het voorwerp van de klachten, het eventuele resultaat, en aanbevelingen ter voorkoming van de herhaling van bepaalde klachten. Dit jaarverslag wordt besproken met de directie en met de Raad van Bestuur. **(AV)**
Vermits 2017 het eerste werkingsjaar is van de externe ombudsfunctie, is hiervan nog geen jaarverslag beschikbaar.
- De resultaten van de patiëntenbevragingen (bv. tevredenheidsvragenlijsten) worden doorgegeven aan de ombudspersoon. **(AV)**
- Aanvragen voor inzage in het dossier moeten schriftelijk gesteld worden aan de hoofdarts, die de afhandeling vervolgens delegeert naar de betrokken psychiater. Er is hier evenwel geen vastgelegde procedure voor. **(TK)**
Afschriften van het dossier worden kosteloos aan de patiënt bezorgd. **(SP)**
- Een aantal procedures ontbreken: **(TK)**
 - een procedure “ontslag tegen medisch advies”;
 - een procedure “second opinion / vrije keuze beroepsbeoefenaar”;
 - een procedure “weigeren behandeling”.
- Uit gesprekken blijkt dat patiënten op de meeste afdelingen voor een andere individueel begeleider of therapeut kunnen kiezen wanneer zich problemen stellen in de onderlinge relatie. **(AV)** Veranderen van arts blijkt niet te kunnen, wat in strijd is met het recht op vrije keuze van zorgverstreker. **(NC)**

8 RESULTATEN

8.1 TOEGANKELIJKHEID

- OPZ Geel heeft tal van brochures die inhoudelijk en vormelijk zeer verzorgd zijn. **(SP)** Er zijn ook drie periodieke publicaties:

- “Onder De Hooge Boomen”, een nieuwsbrief voor de pleeggezinnen;
- “Passano”, een driemaandelijke nieuwsbrief voor professionele partners;
- “De Pas”, een maandelijks personeelsblad.

De opstart van een driemaandelijks patiëntenblad is in voorbereiding.

- OPZ Geel biedt verschillende vormen van 24-uurspermanentie, zoals bv.: **(SP)**
 - Voor dringende psychiatrische hulpverlening kunnen externe artsen dag en nacht overleggen met een OPZ-psychiater van wacht, via een centraal nummer.
 - De afdeling “Angst en Depressie” (divisie Volwassenen) voorziet ook na ontslag in crisiscoaching (dag en nacht via telefonische consultatie).
 - Pleeggezinnen kunnen dag en nacht terecht bij het ziekenhuis via een centraal permanentienummer.
- De dienst Vrije Tijd, Sport en Vrijwilligerswerking organiseert naast dagactiviteiten ook verlofkampen voor gezinsverplegingspatiënten. Er is ook een ontmoetingscentrum (‘t Vooruitzicht) waar zowel (ex-)patiënten als personeelsleden, pleegouders of buitenstaanders terecht kunnen; dit ontmoetingscentrum is meer dan 360 dagen per jaar open; de werking steunt voor een groot stuk op vrijwilligers. Bezoekers kunnen er ook gebruik maken van 8 computers met internetverbinding, er kan aan sport gedaan worden, er wordt theater gemaakt, ... **(AV)**

8.2 TEVREDENHEID PATIËNTEN EN MEDEWERKERS

Patiëntentevredenheid

- Binnen het ziekenhuis wordt de patiëntentevredenheid op verschillende manieren in kaart gebracht: **(AV)**
 - Een vijfjaarlijkse algemene zelfevaluatie van het ziekenhuis met als resultaatgebieden onder meer “resultaten klanten en resultaten cliënt, bestuur en maatschappij” (laatst uitgevoerd in 2012).
 - Het project patiëntenparticipatie: een ziekenhuisbreed project om vanuit de leefeenheden aan de noden en behoeften van de patiënten tegemoet te komen (zie ook 8.3). Hier wordt vooral gefocust op verbeteringen in het zorgbeleid.
 - Via kwalitatieve gegevensverzameling zoals individueel mentorschap, patiëntenvergaderingen, ...
 - Via het opvolgen van (performantie- en perceptie-) indicatoren zoals aantal patiënten met een geëist ontslag, aantal klachten, Vlaamse patiëntenpeiling VIP² GGZ, ROPI-metingen,...
 - Met tweejaarlijkse tot jaarlijkse tevredenheidsmetingen binnen alle divisies, aangepast aan en uitgebreid naar familie of ouders al naargelang de doelgroep; er zijn ook tevredenheidsmetingen voor de patiënten van de gezinsverpleging en voor de pleeggezinnen.

- Verder worden ook de verwijzers, de professionele partners en de waardering door de maatschappij opgevolgd en bevraagd (o.a. via interne audit).
- De tevredenheidsmetingen leiden ook tot concrete verbeteracties, opgesomd in verschillende verbeterplannen per divisie of per specifiek thema (zoals “doelstellingen ROPI-meting”). **(AV)**

Medewerkerstevredenheid

- Ook de medewerkerstevredenheid wordt op verschillende manieren in kaart gebracht: **(AV)**
 - Om de vier jaar wordt een medewerkerstevredenheid uitgevoerd (DELTA). De laatste keer gebeurde dit in 2016.
 - In de vijfjaarlijkse algemene zelfevaluatie van het ziekenhuis is “waardering door medewerkers” één van de resultaatgebieden (laatst uitgevoerd in 2012).
 - De formele overlegkanalen (zoals het kwaliteitsforum, het EOC, disciplinaire overlegorganen, teamdagen, ...) worden aangewend om de behoeften en noden van de medewerkers te detecteren en te bespreken.
 - Opvolgen van (performantie- en perceptie-) indicatoren zoals cultuurmeting medewerkers (2008, 2011, 2016), uren vorming, vaccinatiegraad, ziekteverzuim, personeelsverloop, leeftijd, arbeidsongeschiktheid, ...
- Ook de medewerkerstevredenheidsmetingen leiden duidelijk aantoonbaar tot concrete verbeteracties, opgesomd in verschillende verbeterplannen per divisie en/of per afdeling. **(AV)**
- Er wordt veel tijd en energie geïnvesteerd in functioneringsgesprekken en PLOEG-evaluatiegesprekken, waarbij medewerkerstevredenheid ook actief wordt bevraagd. **(AV)**

8.3 PATIËNT-/FAMILIEGEORIËNTEERDE ZORG

- Vanuit het herstelgerichte gedachtengoed, worden in de organisatie heel veel initiatieven genomen om patiëntgericht te werken. **(SP)** Hieronder enkele voorbeelden.
 - Patiëntenparticipatie krijgt veel aandacht.
 - Op afdelingsniveau zijn er verschillende cliëntenraden.
 - Er is een ziekenhuisbrede Stuurgroep Patiëntenparticipatie (ondersteund door een stafmedewerker die de coördinatie van de initiatieven rond dit thema expliciet als opdracht heeft). Dit is een overkoepelende stuurgroep, waaraan naast vertegenwoordigers van de cliëntenraden ook ex-patiënten en personeelsleden (antennepersonen participatie) kunnen deelnemen. De stuurgroep komt om de zes weken bijeen en organiseert jaarlijks een grote Dialoogsamenkomst voor alle geïnteresseerde patiënten en medewerkers. Deze gaat over een centraal thema van participatie (in 2016 bv. “herstel en nabijheid”).
 - Vanuit de Dialoogsamenkomst wordt een uitgebreid rapport gemaakt voor het Directiecomité, met aanbevelingen en actiepunten. Het Directiecomité bespreekt dit rapport en komt met een delegatie naar een stuurgroepvergadering voor een uitwisseling.

- Op tal van plaatsen worden ervaringsdeskundigen ingeschakeld (bv. in de werking van de Dienst Vrije tijd, bij de werking rond zingeving en spiritualiteit, ontvangst van bezoekers (vaak scholen) in het Bezoekerscentrum, getuigenissen geven voor afdelingen). Er wordt ook bekeken of ervaringsdeskundigen in de toekomst ook kunnen ingezet worden voor gesprekken met opgenomen patiënten of voor het (samen met een medewerker) begeleiden van therapie sessies.
 - Tijdens de inspectie viel – zowel in allerlei (beleids)teksten als in de praktijk – op hoeveel aandacht wordt besteed aan een goede en menselijke bejegening van patiënten.
 - In opvallend veel leefeenheden zijn patiënten aanwezig bij het multidisciplinair overleg. Waar dit niet het geval is, wordt de patiënt op andere manieren nauw betrokken bij het voorbereiden van dit overleg.
 - Er zijn diverse voorbeelden te vinden van behandelplannen die sterk vertrekken van het perspectief van de patiënt, en waarbij diens doelstellingen richtinggevend zijn voor de behandeling. Soms is de patiënt dermate betrokken dat hij als eigenaar van een herstelmap wordt beschouwd en de regie van zijn eigen behandeling in handen krijgt.
 - Patiënten in de divisie Ouderen kunnen op een hometrainer fietsen in een virtuele voorstelling van straten en buurten die hen vertrouwd zijn, door een hometrainer die gekoppeld is aan beelden van Google Street View, waardoor op een scherm beelden verschijnen in functie van de snelheid van het fietsen.
- Zelf geeft het ziekenhuis aan dat er nog veel groeimarge is in het betrekken van familie; men wil daar de komende jaren ook veel aandacht aan besteden. Toch zijn er reeds diverse voorbeelden van familiegericht werken te vinden, zoals hieronder geïllustreerd. **(AV)**
 - Er is een stevig uitgebouwde KOPP-werking, met twee referentiepersonen in het ziekenhuis (die ook instaan voor het geven van vorming), een KOPP-antennepersoon per afdeling, een stuurgroep KOPP-werking die de werking coördineert, ...
 - Vroeger was er een pleeggezinnenraad, nu vervangen door de Gezinsverplegingraad. Deze bestaat uit vertegenwoordigers van de pleeggezinnen, het stadsbestuur en OPZ Geel. Ook één of twee patiënten kunnen aan de vergaderingen deelnemen.
De raad wil gezinsverpleging duurzaam verankeren en bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit ervan. De raad heeft een adviserende functie t.a.v. OPZ Geel voor veranderingen die invloed hebben op het samenleven van patiënt en pleeggezin.
 - Sinds 2015 worden familieleden en familieverenigingen betrokken in diverse focusgroepen rond VBM (gedwongen opname, alternatieven, afzondering en fixatie, leefregels en bezoeksregeling).

8.4 SAMENWERKING

- In het kader van de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen (projecten artikel 107) maakt OPZ Geel deel uit van het Netwerk GGZ Kempen (www.ggzkempen.be).
In het kader hiervan werden in een eerste beweging 15 Tf-bedden gedeactiveerd. Recent werden bijkomend middelen vrijgemaakt door de buitengebruikstelling van 94 T-bedden, die evenwel pas kort voordien gereconverteerd werden uit 108 Tf-plaatsen die reeds enige tijd niet meer werden ingevuld.
- De divisie Jongeren participeert dan weer aan het provinciaal georganiseerde netwerk PANGG 0-18 (Provincie Antwerpen Netwerk Geestelijke Gezondheid 0-18 jaar).

8.5 CIJFERS

- In 2016 realiseerde OPZ Geel 765 klassieke opnames, waarvan ongeveer de helft heropnames. Residentiële opnames starten vooral in de afdelingen “volwassenen gesloten opname”, en “Volwassenen open opname”. Daarnaast waren er ook 241 dagopnames, waarvan 60 eerste opnames. **(AV)**

- In 2016 kende het ziekenhuisgedeelte van OPZ Geel een gemiddelde bezetting van 83,9%. Wanneer daarnaast de lage bezetting van de gezinsverpleging (47,9%) wordt meegenomen, daalt de gemiddelde bezetting naar 61,7%.

Een aantal ziekenhuisafdelingen kampen met een lage bezetting.

Soms (bv. voor de Somatische eenheid van de divisie Ouderen, met een bezetting van 74,4 %) heeft dit te maken met het feit dat ze louter in functie van gezinsverpleging werken (zie 2.3). Voor de lage bezetting van bepaalde anderen afdelingen (volwassenen angst en depressie (71,6 %), Ouderen dagkliniek (74,6 %), reguliere K-dienst Kids (65,7 %) en reguliere K-dienst Tieners (70,1 %)) worden verschillende andere redenen aangedragen (zoals problemen met de artsenbezetting, een aantal kamers die een tijd buiten gebruik waren wegens onvoldoende snelle herstelling, patiënten veel tijd in de eigen context laten doorbrengen). **(AV)**

- De bezetting van de bedden en plaatsen Gezinsverpleging is veel lager dan vroeger. Ook hiervoor kunnen verschillende argumenten worden gegeven: in tegenstelling tot vroeger is er geen grote instroom meer uit andere regio's en landen, de voorbije decennia ontstonden veel alternatieve opvangvormen, de patiëntenprofielen zijn sterk veranderd (minder mensen met primair een verstandelijke beperking, meestal zwaardere psychiatrische profielen, ...). Ongeveer 10 jaar geleden voorspelde een langetermijnprognose dat het aantal patiënten dat in aanmerking komt voor gezinsverpleging zou stabiliseren op 200 à 250. Men plant binnenkort een nieuwe oefening in die zin. Men probeert binnen de gewijzigde context een antwoord te vinden door ook de invulling van de gezinsverpleging te flexibiliseren: vaker dan vroeger wordt er gewerkt met deeltijdse vormen van opvang, met tijdelijke opvang, met opvang van andere doelgroepen, enz ... **(AV)**