



JAARVERSLAG 2019



Sint-Annendael
GRAUWZUSTERS

VOORWOORD



Beste lezer

Graag neem ik met jullie de tijd om stil te staan bij het afgelopen jaar. We hanteren daarbij een nieuwe stijl, beknopt en overzichtelijk. Het jaarverslag krijgt ook een meer toegankelijke plaats via onze website: www.sad.be/over-ons/rapporten.

Met de gebeurtenissen die de eerste helft van 2020 hebben getekend, mogen we zeker de mooie realisaties van 2019 niet vergeten. De tijd vliegt immers nog sneller in tijden van crisis. Het is dankzij de inzet van al onze medewerkers, artsen en heel wat vrijwilligers dat we de crisis goed hebben doorstaan.

De beide sectoren waarin de vzw Sint-Annendael Grauwzusters Diest actief is, komen uiteraard aan bod: de geestelijke gezondheidszorg en de ouderenzorg. Voor beide sectoren lichten we er enkele thema's uit alsook het personeelsbeleid, accreditatie en enkele cijfers.

Zo zijn er voor de geestelijke gezondheidszorg de bevrozing van een extra aantal bedden, de oprichting van de intensieve dienst en de verdere

uitbouw van de prikkelarme omgeving. Ook werd het elektronisch patiëntendossier uitgerold over vier clusters waarbij vooral ingezet wordt op medicatiebeheer. Een uniek initiatief is de multi-disciplinaire adviesraadpleging voor een snel eerste behandel- en verwijzadvies van een psychiater en psycholoog. Dit alles past in de volle inzet op de kwaliteitswerking, waarover je ook meer zal vernemen in het verslag.

In de ouderenzorg werd gestart met het incidentmeldsysteem als belangrijke pijler van het kwaliteitsmanagementsysteem dat in 2019 op punt werd gesteld. Het aspect wonen en leven kreeg een duidelijkere plaats en is een opdracht van elke medewerker, waarbij de basisvisie en -houding van presentie en herstel een voorwaarde is.

Koen De Meester
Algemeen directeur

TWEEDE GOLF ARTIKEL 107

In het kader van de tweede golf van artikel 107 kozen we eind 2018 voor intensifiëring van de zorg (dezelfde handen aan minder bedden).

De laatste jaren stellen we enkele tendensen vast:

- Meer en kortere opnames, en de prestatie van minder ligdagen
- Een veranderde verwachting bij patiënten met een complexer profiel en meer co-morbiditeit
- Een verhoogde werkdruk
- Een versnipperde inzet van de psychologische en medisch-psychiatrische expertise

Deze argumenten en de financiering via artikel 107 zijn onze drijfveren geweest om in 2019 enkele strategische wijzigingen door te voeren.

De overheid gaf haar goedkeuring om vanaf 1 juli 2019 in totaal 18 extra bedden te bevriezen. Dat maakte het mogelijk om afdeling Sint-Jan te transformeren in een kleinere ID-dienst met 24 bedden (geïnspireerd door HIC-principes).



Hiervoor werkten we in 2018 en 2019 een plan uit om de nodige interne, architecturale aanpassingen te doen: met name het creëren van een EID (extra intensieve dienst) bestaande uit vier prikkelarme kamers.

Tegelijkertijd is het aantal bedden op afdeling Sint-Godelieve gedaald naar 21 en kent het Herstelcentrum een nieuwe plaats buiten de afdeling.

Ook de uitbouw van een Prikkelarme Omgeving op de dienst ouderen-psychiatrie, Sint-Elisabeth, is gerealiseerd. Op deze afdeling is het aantal bedden gedaald naar 26.

De longstay-afdeling Sint-Andries kende een stijging van het aantal bedden van 28 naar 31.

NIEUW ELEKTRONISCH PATIENTEN- DOSSIER

In januari 2019 hebben we samen met Obasi het nieuw elektronisch patiëntendossier (EPD) uitgerold in het ziekenhuis. In het najaar is onze extramurale zorg (IBW De Linde, Ak'cent en Mobiel Team) gevolgd.



De vier clusters zijn in 2019 opgestart met één gemeenschappelijk patiëntendossier, dat toegang verleent voor meer dan 200 gebruikers uit circa dertig verschillende disciplines.

We leren omgaan met nieuwigheden zoals:

- Een overzichtsscherm waarop, naast patiënteninfo, uiterst belangrijke info in het oog springt
- Overlegmomenten met uitnodigingen, voorbereidingen, besluiten,...
- Somatisch luik: van aanvraag tot resultaat
- Aandachtspunten
- Behandelteams, taken
- Formulieren en vragenlijsten
- Registraties van verschillende vrijheidsbeperkende maatregelen
- Brievenmodule met elektronische communicatie naar huisartsen
- Mappenstructuur op maat van de discipline in combinatie met een interdisciplinair luik
- Therapieschema's

Afzonderlijke pakketten worden vervangen door registraties in het patiëntendossier. Zo zijn er de tweejaarlijkse verplichte MPG-registraties (= inclusief diagnoses) voor PZ en een module 'Gedwongen Opnames'. Verder is ook het gehele administratieve luik vervat, gaande van inschrijving tot uitschrijving en facturatie.



Medicatiebeheer

Een nieuw luik medicatiebeheer deed zijn intrede in februari 2019. Het voorschrijven van ziekenhuismedicatie gebeurt voortaan niet meer op papier. Dit luik is ingedeeld in drie modules: elektronisch ziekenhuisvoorschrift, klaarzetten/toedienen en de apotheekmodule. Het systeem voorziet ook waarschuwingen bij interacties tussen medicatievoorschriften. Recip-e kent ook zijn integratie in ons EPD: deze dienst voorziet in de elektronische communicatie van medicatievoorschriften naar openbare apotheken. Medicijnen die toekomen in het ziekenhuis ondergaan een verplichte controle op hun authenticiteit aan de hand van scanning.

In het najaar van 2019 en na enkele maanden van gezamenlijke voorbereiding maken het Mobiel Team 2B, het Initiatief Beschut Wonen De Linde en Dagactiviteitencentrum Ak'cent de overstap naar ditzelfde

EPD van Obasi. Naast de voorbereiding om het dossier af te stemmen op ieders dagdagelijkse werking, voorzien de afgevaardigden ook opleidingen voor alle teams in deze cluster.

De ambulante consultatiedienst voor ouderenpsychiatrie De Veste sluit eveneens aan in dit nieuwe EPD, met meer mogelijkheden die hun werking ten goede komen. De agendamodule van het dossier staat centraal in het dossiergebruik voor deze consultatiedienst.

Een team van key-users uit verschillende afdelingen en disciplines werkt mee aan de verdere optimalisatie van het patiëntendossier op allerlei gebieden.

MULTIDISCIPLINAIRE ADVIES- RAADPLEGING

De Multidisciplinaire Adviesraadpleging (MAR) is een gecombineerde consultatie van psycholoog en psychiater, na verwijzing door de huisarts. De patiënt krijgt onmiddellijk een eerste advies. Uitgebreid behandelings- en eventueel verwijzingsadvies wordt doorgestuurd naar de huisarts. De wachttijd proberen we te beperken tot maximaal 3 weken, zodat patiënten minstens voor een eerste grondige inschatting en advies snel bij ons terecht kunnen en samen met de huisarts al aan de slag kunnen.

Met de MAR willen we inspelen op de toenemende wachtlijsten voor geestelijke gezondheidsproblemen die gesignaleerd worden door instanties voor ambulante consultatie in de regio. Het voornaamste doel is het verbeteren van de toegankelijkheid van ambulante hulpverlening door gericht en dus meer kwalitatief te werk te gaan, in nauwe interactie met de eerste lijn. Het verwijzingsadvies ondersteunt huisartsen om de regie, samen met de patiënt en zijn/haar familie, volledig in handen te nemen.

In dit eerste jaar van activiteit slaagden we er niet helemaal in om de wachttijd zo kort te houden, omdat



de toegewezen psychiater door onvoorziene omstandigheden niet beschikbaar was tijdens bepaalde periodes. In periodes dat we wel twee keer per week een MAR konden organiseren (8 consultaties per week), verdween de wachtlijst nagenoeg. Sinds januari 2020 kunnen we naast dr. Scheepers gelukkig ook dr. De Baerdemaeker hiervoor aanwerven, zodat de beschikbaarheid in 2020 is toegenomen. De continuïteit tijdens vakanties wordt nu ook mee opgevangen door psychiaters in opleiding, onder supervisie van dr. Simons.

In 2019 werden 137 dossiers afgewerkt. Een twintigtal patiënten daagde uiteindelijk niet op voor de gemaakte afspraak. Het verslag met adviesformulering werd gemiddeld 9 dagen na de consultatie verstuurd. Het snelst verstuurd verslag werd 5 dagen na consultatie afgewerkt.



Een probleem dat we nog niet helemaal konden oplossen, is de kostprijs voor de patiënt. De consultatie bij de psychiater kostte aan de patiënt weliswaar alleen het remgeld, maar de consultatie bij de psycholoog is vooralsnog niet terugbetaald. Om de kostprijs voor de patiënt niet verder op te drijven, investeerden we zelf ook nog een deel. Met name de verantwoordelijke psycholoog werd extra vergoed, zodat voldoende tijd kon genomen worden om een kwaliteitsvol advies af te leveren. We hopen dat er op termijn een andere financiering of subsidiëring kan komen.

In ieder geval is dit consultatiesysteem een werkzaam model gebleken dat menig huisarts en patiënt tot meer tevredenheid stemt over de tijdige beschikbaarheid van specialistische expertise voor inschatting van exacte behandelnoten en -doelen bij eerstelijnsvragen omtrent patiënten met psychische problemen.

KWALITEITS- WERKING GGZ



Kwaliteitsmanagement

De kwaliteitswerking in de sector GGZ is sterk verweven met het zorgdepartement GGZ. Sinds de opstart van het accreditatietraject is het een uitdaging om die verwevenheid te behouden en haar tegelijk goed in te zetten ten voordele van dit extra referentie-kader. Het is een ware evenwichts-oefening om door de verschillende normensets te bewegen en om een gezamenlijk ritme en prioriteiten te bepalen. Om de afstemming met de dagelijkse praktijk zo goed mogelijk te behouden, hebben we ervoor gekozen om niet de cel kwaliteit extra te bemannen, maar wel om extra middelen in te zetten per cluster met een specifieke focus op accreditatie.

VIP²-indicatoren

VIP² staat voor het Vlaams Indicatorenproject voor Patiënten en Professionals in de Geestelijke Gezondheidszorg. Het meet de kwaliteit van zorg in de voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg. Die metingen leveren nuttige informatie op, zowel voor de zorgverleners en voorzieningen, de overheid als voor de patiënt. Ook in 2019 schreven we

ons in voor de meting van een aantal VIP²-indicatoren. De meest in het oog springende meting was die van het medicatievoorschrift. De implementatie van medicatiesoftware (2018) bracht een opvallende verbetering aan in de steekproef van onze medicatievoorschriften in 2019: score van 97,5 % volledige voorschriften ten opzichte van 6 % in 2019 (waar weliswaar veelal maar 1 parameter ontbrak). Naast de gekende opvolging van deze indicatoren binnen het zorgdepartement hebben we extra ingezet op relevante transparantie via onze vernieuwde website. In 2020 zullen we deze transparantie verder zetten via de voorziene website van het Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg.



Veiligheid

PZ Sint-Annendael engageerde zich opnieuw in het meerjarenplan 2018-2022 via het contract kwaliteit en patiëntveiligheid (FOD). We werkten verder met ons meldsysteem, deden de nodige analyses van gemelde incidenten en bevorderden de nodige leercultuur. De cultuurmeting van 2019 bevestigde een gezonde leercultuur waarin medewerkers niet bang zijn om fouten te melden, en het net doen om te leren en verbeteren. Zorgprocessen met betrekking tot medicatie, informatieoverdracht, suïcidepreventie en vrijheidsbeperkende maatregelen kennen binnen dit contract een gepaste opvolging door analyse en verbetercycli in functie van kwaliteit en patiëntveiligheid.

Kwaliteitsprojecten

De projectmatige aansturing van herstelgericht werken vanuit kwaliteitszorg (start 2013) liep verder in 2019. Centraal stond het verder uitbouwen van het draagvlak voor patiëntparticipatie in de werking. Onze twee ervaringswerkers (intussen vaste waarden) ondersteunen samen met negen vrijwillige ervaringsdeskundigen de zorg. Dat doen zij onder andere als aanspreekpunt voor cliënten en als voorzitters van de opgestarte cliëntenraden. Ze hebben ook een adviesfunctie naar teams en beleid vanuit hun ervaringsperspectief en opgebouwde expertise in de GGZ.

LANCERING INCIDENT- MELD- SYSTEEM

Medio 2019 lanceerden we het incidentmeldsysteem in de ouderenzorg. Door incidenten als leer- en verbeterkansen te zien, maken we de bocht naar een lerende organisatie. Omstandigheden die we liever anders hadden gezien en menselijke foutjes: ze komen voor en we doen er wat mee.

Maar het melden van een incident is niet vanzelfsprekend. Het vraagt een veilige omgeving die medewerkers waardeert en stimuleert. Bij het invoeren van het incidentmeldsysteem was het belangrijk om zicht te krijgen op hoe collega's hun werkcontext en het melden zelf ervaren. Daarom hielden we in oktober voor de eerste keer een veiligheidscultuurmeting. Voor de bevraging gingen we in zee met Universiteit Hasselt. Alle medewerkers, van zorg tot onderhoud, administratie en sociale dienst, werden verschillende keren aangeschreven om de bevraging in te vullen. Het resulteerde slechts in 59 respondenten, waardoor meteen al een eerste groeimarge bepaald werd. Aan de hand van de bevraging werden een aantal werkpunten geformuleerd.



KWALITEITS-MANAGEMENT-SYSTEEM



Kwaliteit van wonen, leven en zorg staat of valt met een goed kwaliteitsmanagementsysteem. Dat werd in 2019 volledig op punt gesteld door de verantwoordelijkheden in een duidelijke structuur te ver-ankeren.

Kwaliteit van wonen, leven en zorg sluit aan bij de behoeften van individuele cliënten, waarbij de nadruk ligt op een continu leer- en verbeterproces. Veilige zorg is hierbij de basis. Het voortdurend verbeteren van kwaliteit in al haar facetten kan maar door een actieve participatie van iedereen. Bewoners en hun familie zijn belangrijke partners hierin.

Men kan alleen van kwaliteit spreken door het aantoonbaar te maken en daaropvolgend te verbeteren. Dit is de overkoepelende doelstelling van het kwaliteitssysteem. Weten, meten, en verbeteren: gedragen door iedereen, in een cultuur van constructieve feedback.

Het kwaliteitssysteem omvat het kader waaraan de kwaliteit van leven, wonen en zorg binnen de ouderenzorg is opgehangen. Dit systeem start vanuit kwaliteitsthema's en wordt

uitgewerkt, vormgegeven en opgevolgd binnen stuur- en werkgroepen die dit concretiseren. Ze zijn samengesteld uit medewerkers met een taakspecifieke opdracht en dus brengt dit verantwoordelijkheden met zich mee. Procedures en afspraken, uitgewerkt binnen de groepen, geven gedragen beslissingen. Waar van toepassing, linken groepen zich aan VIP WZC-indicatoren en de NIAZ QMentum-criteria. Het spreekt voor zich dat kwaliteit ook onderwerp is binnen het regulier overleg (diensthoofdenoverleg, teamvergaderingen, bewonersbesprekingen, ...).

WONEN EN LEVEN



Het aspect wonen en leven kreeg een duidelijkere plaats door het te verankeren in het organogram en het kwaliteitsmanagementsysteem. 'Wonen en leven' is een opdracht van elke medewerker waarbij de basisvisie en -houding van presentie en herstel een voorwaarde is.

Wonen en leven is een speerpunt binnen onze woonzorgcentra waar we sterk op inzetten. Om dit te verwezenlijken zijn belangrijke stappen gezet. Het aspect wonen en leven kreeg een duidelijkere plaats door het te verankeren in het organogram: het is toegevoegd aan de opdracht van het diensthoofd sociale dienst. Deze functie werd omgedoopt tot diensthoofd wonen en leven die naast de sociale dienst en de vrijwilligerswerking ook de nieuwe begeleiders wonen en leven binnen elke campus zal aansturen.

Wonen en leven is ook verankerd binnen het kwaliteitsmanagementsysteem door het installeren van een stuurgroep en werkgroepen wonen en leven. 'Wonen en leven' is echter een opdracht van elke medewerker waarbij de basisvisie en -houding van presentie en herstel een voorwaarde is.

Om dit beleid kracht bij te zetten werden we na onze kandidatuurstelling geselecteerd om lid te worden van het Lerend Netwerk Wonen en Leven.

ACCREDITATIE

Onze vzw zet verder in op kwaliteit en kiest voor accreditatie volgens de nieuwe NIAZ-Qmentum Global-normen. Om dit kwaliteitslabel te behalen moet de vzw en al haar onderdelen slagen voor de externe audit. Het doel is om onze prioriteit van kwaliteitsvolle en veilige zorg te onderstrepen, cliënten het vertrouwen te geven dat ze bij ons in goede handen zijn en medewerkers en artsen erkenning te geven voor hun dagelijkse inspanningen om de best mogelijke zorg te leveren.

In 2018 is vzw Sint-Annendael Grauwzusters in zee gegaan met het NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg) voor de begeleiding en toetsing van haar vier zorgorganisaties: het psychiatrisch ziekenhuis Sint-Annendael, WZC Huize Sint-Augustinus, WZC OLV Ster der Zee en IBW De Linde. Dat gebeurt op basis van het normenkader Qmentum Global, dat sterk de nadruk legt op de betrokkenheid van de cliënt en familie. Hier hechten we zelf erg veel belang aan en we willen er steeds verder in groeien.

In 2019 zijn de normen(sets) van Qmentum Global verder verkend en geselecteerd om een traject op maat van onze vzw uit te werken. Vragenlijsten werden afgenomen onder de medewerkers, waaruit we leerden waar er nog acties nodig zijn.



De normen werden toegekend aan bestaande stuur- en werkgroepen en medewerkers uit alle onderdelen van onze organisatie. Het accreditatietraject vormt immers geen apart circuit maar wordt geïntegreerd in de dagelijkse werking. Kwaliteit is de verantwoordelijkheid van iedereen.

Acties en hun prioriteiten werden bepaald en opgestart waarbij veel aandacht uitging naar het maken van afspraken, zo nodig vastgelegd in procedures. Om het beheer van documenten te optimaliseren werd er geïnvesteerd in een Document Management Systeem (Infoland), dat vanaf 2021 toegankelijk zal zijn voor alle medewerkers en artsen.

In 2020 zal organisatiebreed een systematiek van interne toetsing geïnstalleerd worden om na te gaan of afspraken efficiënt en gekend zijn en nageleefd worden. Het ondersteunt een cultuur gericht op continue en zichtbare kwaliteitsverbetering. Tevens zullen we door de coronacrisis genoodzaakt zijn om de geplande externe proefaudit (23-25 februari 2021) en de externe audit (6-10 december 2021) uit te stellen met minimaal een half jaar.

REALISATIES PERSONEELS- DIENST



Eind 2019 werd een nieuw welzijnsplan uitgeschreven na een gezamenlijke zoektocht met de syndicale vertegenwoordigers. Zowel de individuele bejegening van alle medewerkers, ook in moeilijke tijden, als de meer structurele preventie inzake welzijn staan hierin voorop

Er werd hard gewerkt aan de verbetering van de attractiviteit van de vzw als werkgever. Niet alleen werden heel wat meer contracten van onbepaalde duur en met een hogere jobtime gerealiseerd, ook werd beslist om in 2020 van start te gaan met de uitbetaling van maaltijdcheques. Het resultaat is dan ook dat er niet minder dan 80 nieuwe werknemers aan de slag gingen in de vzw, ondanks de zeer concurrentiële arbeidsmarkt in de zorgsector.

De vzw heeft in 2019 heel wat mensen in de bloemetjes gezet. Door een actualisering van het attentiebeleid werd iedereen gevierd die 10 jaar, 25 jaar, 30 jaar of 35 jaar in dienst was.

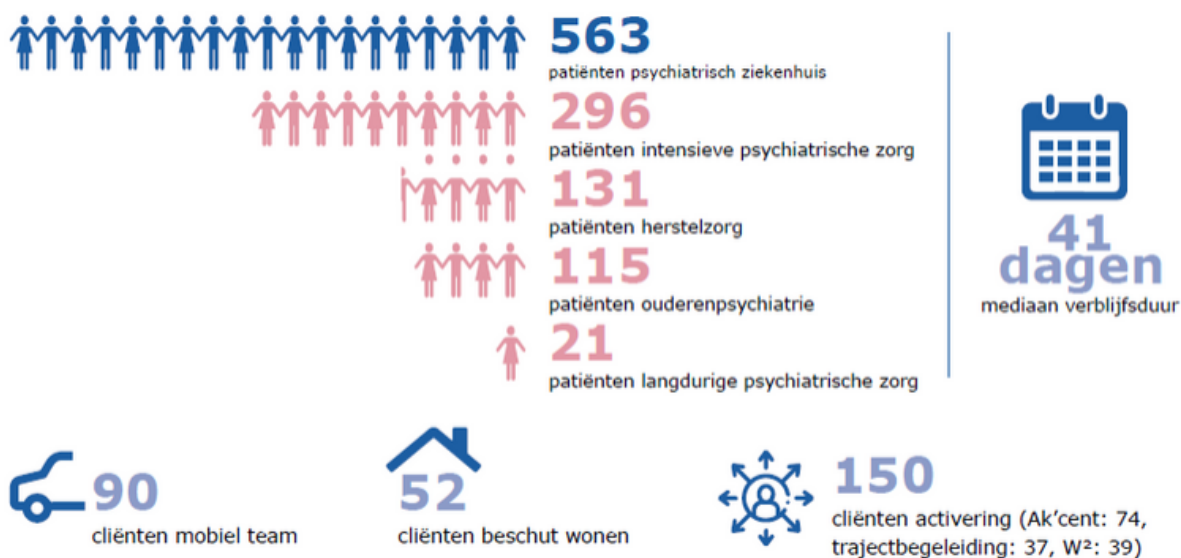
Anderzijds blijft de vzw kampen met een hoog absentisme. In het najaar werd het beleid opgefrist en geïntensifieerd.

De personeelsdienst werd versterkt: op 3 juni 2019 startte Kathleen Broekx als nieuwe verantwoordelijke voor de personeelsadministratie.

In 2019 stapten 109 medewerkers van de woonzorgcentra en IBW De Linde over naar IFIC. De implementatie leverde geen problemen op.

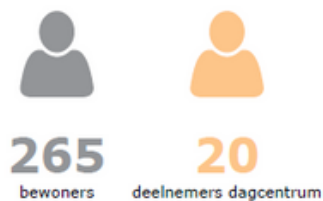
EEN JAAR ZORG IN CIJFERS

GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

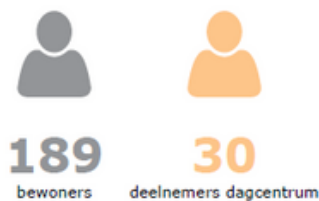


OUDERENZORG

HUIZE SINT-AUGUSTINUS



OLV STER DER ZEE





ONS TEAM

PZ
SINT-ANNENDAEL



244
medewerkers

 **45**
vrijwilligers

IBW
DE LINDE



19
medewerkers

HUIZE
SINT-AUGUSTINUS



163
medewerkers

 **58**
vrijwilligers

OLV
STER DER ZEE



98
medewerkers

 **50**
vrijwilligers



70 jobstudenten/stagiairs



7 assistenten specialist in opleiding

OVER ONS

Vzw Sint-Annendael Grauwzusters is actief in de geestelijke gezondheidszorg en de ouderenzorg. De vzw overkoepelt vier zorgorganisaties die elk diverse initiatieven nemen:

- psychiatrisch ziekenhuis Sint-Annendael in Diest, met een eigen intra- en extramuraal zorgaanbod
- woonzorgcentrum Huize Sint-Augustinus in Diest
- woonzorgcentrum OLV Ster der Zee in Scherpenheuvel-Zichem
- initiatief voor beschut wonen De Linde, met woningen in Diest en Aarschot

Een gedreven team van ruim 500 medewerkers en artsen biedt jaarlijks zorg aan meer dan 1 000 cliënten. De vzw is werkzaam in een provinciegrensoverschrijdende zorgregio van 410 000 inwoners.

Vzw Sint-Annendael Grauwzusters
Maatschappelijke zetel
Vestenstraat 1 - 3290 Diest
Tel. 013 38 05 11
info@sad.be

Ondernemingsnummer: 0414.604.526
RPR Leuven

