



Zelzate, 27 januari 2017

Betreft: Reactie De Standaard/inspectieverslag

Geachte

Het Psychiatrisch Centrum Sint-Jan-Baptist is geëvolueerd van een algemeen psychiatrisch ziekenhuis naar een gespecialiseerd psychiatrisch ziekenhuis met drie doelgroepen: verslavingszorg, ouderenpsychiatrie en forensische psychiatrie. Deze evolutie werd ingezet in 2011 en wordt eind 2017 afgerond. Op het ogenblik van die inspectie bevond ons ziekenhuis zich in een intensieve fase van verandering. Een dergelijk grootschalige omschakeling heeft uiteraard een impact op de dagelijkse werking van een ziekenhuis, hetgeen zich weerspiegelt in de resultaten van de inspectie van 2014. Dit werd ook uitdrukkelijk door de inspectie erkend. Er werd dan ook door het Agentschap Zorg en Gezondheid een opvolgingsaudit uitgevoerd in juni 2016. We zijn van mening dat enkel het gebruik van het auditverslag van 2016 een correct en actueel beeld kan geven van onze werking. Dit hebben we ook gevraagd aan de journalisten van de krant De Morgen die een artikelenreeks aan het voorbereiden zijn, we kregen de bevestiging dat zij op onze vraag zijn ingegaan.

Onderstaande vragen kregen ook reeds een invulling in het document 'Verslag kwaliteit en audit' dat op onze website staat: <http://www.pcsintjanbaptist.be/publicaties/auditrapporten/>

- *U kreeg een opvolgaudit. Waarom was dit nodig? Was Sint-Jan-Baptist niet in overleg met het Agentschap Zorg en Gezondheid over een verbeterplan?*

De beslissing om een audit uit te voeren in een ziekenhuis wordt gemaakt door het Agentschap Zorg & Gezondheid waarna de Zorginspectie dit inplant. Na een audit worden de verbeterpunten opgelijst met deadlines door het Agentschap Zorg & Gezondheid. Uiteraard grijpen we een inspectiebezoek graag aan om onze werking voortdurend te blijven optimaliseren. We zijn dan ook heel blij met de positieve feedback van de inspectie in 2016, die erkent dat de aandachtspunten uit 2014 grotendeels aangepakt zijn. We zijn intussen ook ingestapt in een accrediteringstraject met NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg), tot het bekomen van een kwaliteitslabel.

- *Het verslag van maart 2014 wijst op problemen bij het gebruik van dwangmaatregelen (fixatie en afzondering). Zo merkten de auditeurs op dat patiënten soms in afzondering gefixeerd worden wegens onaangepaste infrastructuur. Daarnaast wijzen ze erop dat er gebruik werd gemaakt van 3-puntsfixatie wat een risico zou inhouden voor verhangings. In het verslag staat ook dat het voor de patiënt in kwestie soms lang wachten is vooraleer de behandelende arts langskomt en dat er te weinig toezicht is op de patiënten en dat er veel klachten zijn van patiënten over afzonderingen. In het verslag van de opvolgaudit (2016) worden de uitgeschreven procedures genoemd. Wat is er in de praktijk voor patiënten veranderd? Worden ze minder vaak gefixeerd/in afzondering geplaatst? Zo ja, kan u dit staven met cijfers?*



De onaangepast infrastructuur waarnaar u verwijst had te maken met een verouderd gebouw voor de doelgroep ouderenpsychiatrie. In juni 2014 werd een nieuwbouw geopend voor deze doelgroep. Waar we de mogelijkheid hebben om onze infrastructuur om te vormen (verbouwing of nieuwbouw), wordt die uiteraard aangepast aan de hedendaagse vereisten. Om dit te realiseren zijn we evenwel afhankelijk van het VIPA.

Op zich is er geen probleem met een driepuntsfixatie op voorwaarde dat de gebruikte techniek correct wordt toegepast, deze techniek werd evenwel niet altijd correct toegepast. We hebben dit verduidelijkt en gecommuniceerd naar onze medewerkers. In het opvolgverslag van 2016 wordt deze verbetering expliciet vermeld als algemene vaststelling.

Het inspectieverslag van 2016 staft dat we, in het kader van afzondering, werken volgens de wettelijke voorschriften voor contact tussen patiënt en hulpverlener. Zo zal er steeds een arts binnen de 24 uur de patiënt consulteren, en observeert of consulteert de verpleegkundige de patiënt minimaal om de 30 minuten (persoonlijk contact of visueel).

De voorbije jaren werden reeds een aantal aanpassingen gedaan aan de procedures en hebben we de medewerkers gesensibiliseerd. Het implementeren van signaleringsplannen in 2016 maakt dat de patiënt daadwerkelijk inspraak krijgt in zijn behandeling. Onze procedure vrijheidsbeperkende maatregelen is niet gericht op dwang maar op veiligheid (van persoon en omgeving) en de mate van verantwoordelijkheid die de patiënt kan dragen. Daarnaast worden opleidingen voorzien rond het adequaat gebruik van technieken bij afzonderen en fixeren.

- *Een gelijkaardige vraag hebben we over de suïcidepreventie. Wat gebeurt er vandaag concreet om suïcidepogingen te voorkomen?*

De audit van mei 2016 vermeldde een tekortkoming op het vlak van analyse van suïcidepogingen. De overheid wil een objectivering in cijfers. Wegens het belang dat we hechten aan de klinische zorg, hebben we gezocht naar een zinvolle koppeling van de door de overheid gevraagde cijfergegevens met de klinische rapportage. Het uitwerken van deze geïntegreerde aanpak vergde meer tijd en is ondertussen afgerond. Op deze manier kunnen we het objectiveren via cijfers, verbinden met onze evidence based klinische werking. Zo wordt het meer dan een meetinstrument.

Bij het uittekenen van het suïcidepreventiebeleid werd expert Bert van Luyn betrokken. Daarnaast hebben alle medewerkers een verplichte vorming gekregen in 2016 en werden er op elke afdeling referentiepersonen suïcide aangesteld.

Een ander element in onze suïcidepreventie wordt gerealiseerd door iedere patiënt bij opname te screenen in zake suïciderisico en na iedere suïcidepoging in ons ziekenhuis worden via het IPEO-instrument de risicofactoren en zorgbehoeften van de patiënt geactualiseerd. Onze projectmedewerkster suïcidepreventie maakt op basis van deze documenten en een gesprek met de begeleiding een analyse van de suïcidepoging. De terugkoppeling daarvan gebeurt naar het team en op het Comité patiëntveiligheid.



- *In 2014 merken de auditeurs op dat er soms overleg is met de familie tegen de wil van de patiënt in. Gebeurt dit vandaag nog steeds?*

In de opvolgaudit van 2016 noteert de zorginspectie: “Bij navraag op de afdelingen Hemera en Vita bleek dat er geen overleg is met de familie als de patiënt dit weigert. (AV)”. De afspraak is dat de familie samen met de patiënt wordt gesproken. Bij het begin van de behandeling wordt dit opgenomen met de patiënt via de behandelingsovereenkomst, op deze manier werken we maximaal met de toestemming van de patiënt op momenten dat de patiënt niet in de mogelijkheid is tot communicatie. Maar onder bepaalde omstandigheden (wilsonbekwame patiënten) is dit niet mogelijk, dan wordt gehandeld volgens de wettelijke bepalingen.

- *In 2014 merken de auditeurs op dat er op de afdelingen sprake is van veel strikte regels en verboden voor de patiënten, onder meer op het gebruik van de gsm, relatievorming en seks, maaltijden die worden meegebracht door de familie. Is deze aanpak aangepast in functie van patiëntenautonomie en klantvriendelijkheid?*

Bovenstaande beschrijft een regel van de gesloten forensische afdeling waarbij we rekening dienen te houden met de wettelijke afspraken, en de door justitie opgelegde voorwaarden van de patiënten met het statuut internering. Er dient steeds aandacht te zijn op het vermijden van recidiveren en de verantwoordelijkheid die de patiënt aankan. Tot op heden stelt de overheid nog geen referentiekader voor de forensische mid-security ter beschikking.

Tijdens een opname dienen we steeds een evenwicht te zoeken tussen de privacy van de patiënt en de behandeling die de patiënt wenst te krijgen. Om te kunnen samenleven in groep zijn er afspraken nodig.

- *In 2014 worden een aantal opmerkingen gemaakt rond de privacy van de patiënten, onder meer als het gaat om het bellen (via de receptie om zicht te houden op wie belt of wordt gebeld). Daarnaast moeten patiënten zich uitkleden als ze een urinestaal moeten afgeven en ze verblijven in de isolatiekamer. Is dit aangepast?*

Ook dit heeft te maken met de verantwoordelijkheid die de patiënt kan nemen, met name op de forensische afdeling. Urine controle dient steeds te gebeuren in het kader van een behandeling, en er wordt gestreefd naar een drugs vrije forensische afdeling. In dat kader kan een verre gaande maatregel ter preventie van testvervalsing noodzakelijk zijn.

- *In 2014 merken de auditeurs op dat er geen garantie is op de geleverde zorgkwaliteit en dat er geen zicht is op de geleverde zorg. Werd dit verholpen en zo ja, hoe?*

Tijdens de conversie, zie inleiding, waren de meetinstrumenten nog niet volledig geïnstalleerd. Dit is niet direct een uitspraak over de kwaliteit van de geleverde zorg maar een aangeven van cijfermateriaal dat niet systematisch werd geanalyseerd. Inmiddels zijn deze meetinstrumenten opnieuw geïnstalleerd.



**Sint-Jan-Baptist**

psychiatrisch centrum

**PC Sint-Jan-Baptist**  
Suikerkaai 81  
9060 Zelzate

Tel: +32 9 342 28 28  
Fax: +32 9 342 28 18  
pc.st.jan.baptist@fracarita.org

Na de audit van 2014 werd het (opnieuw) werken met beleidsplannen op afdelingsniveau ingevoerd. Het uitgangspunt was dat het beleidsplan van de afdeling dient gelinkt te zijn aan het algemeen beleidsplan. Daarnaast werd de PDCA-cyclus (plan, do, check, act) bij projecten een verplicht onderdeel.

Jaarlijks wordt het beleidsplan opgevolgd via een overleg tussen het 'kerncomité' van de doelgroep (of departement) en het 'directiecomité' (kortweg KC-DC genoemd). In 2015 werd dit overleg de opstart voor de beleidscyclus 2015-2019. Tijdens het KC-DC van 2016 werd het beleidsplan van de doelgroep (of het departement) overlopen en dienden de leidinggevenden een stand van zaken weer te geven. Daarbij werden systematisch de afspraken van de voorgaande vergadering geëvalueerd en bijgestuurd.

Met vriendelijke groeten

Dr. Jan De Varé  
*Hoofdgeneesheer*

Eddy Impens  
*Algemeen directeur*

Johan Jehoul  
*Stafmedewerker kwaliteit / accreditatie*

Rinaldo Vereecken  
*Stafmedewerker kwaliteit / interne audit*



**Broeders van Liefde**

behoort tot de vzw Provinciaalteam der Broeders van Liefde