

Reactie van het Psychiatrisch Centrum Sint-Amandus op het artikel “de stoornissen van de psychiatrie” in de krant De Standaard van 28-29 januari

Beernem, 30 januari 2017

Donderdagnamiddag 26 januari ontvingen wij van de journaliste van De Standaard een e-mail waarin we werden geïnformeerd dat ze het inspectieverslag uit 2014 van onder andere het psychiatrisch centrum Sint-Amandus had nagelezen. De journaliste vroeg ons verder om een reactie te geven op een aantal vragen die zij bij de e-mail had toegevoegd. Hieronder vindt u telkens eerst een vaststelling die de journaliste uit het inspectieverslag haalt en steeds de vraag wat wij sinds 2014 hiermee gedaan hebben. Vervolgens vindt u steeds het integrale antwoord dat zij van ons mocht ontvangen.

Ons centrum onderging de afgelopen jaren een ware transformatie door als één van de eerste in Vlaanderen herstelondersteunende zorg (SRH) te introduceren. Essentieel in dit verhaal zijn de breuk met een paternalistische psychiatrie, die teveel gericht was op een klinisch herstel en te weinig oog had voor de sterktes van mensen, de breuk met de hulpverlener allesweter en de evolutie naar een echte samenwerking tussen patiënt-familie-hulpverlener en de breuk met een systeem van algemene regels en generalistische behandelingsprogramma's en de evolutie naar het maken van geïndividualiseerde behandelingsprogramma's en doelstellingen in overleg met de cliënt en zijn familie.

Op het ogenblik van de audit in 2014 was deze weg in het centrum al ingeslagen. Evenwel nog niet elke afdeling was op dat moment al even ver gevorderd op die nieuwe weg. Voor de overgrote meerderheid van de medewerkers en het beleid waren de goede resultaten die deze nieuwe werking met zich mee bracht een stimulans om dit verder (naar alle afdelingen) en nog dieper uit te werken. Dat proces gaat ook vandaag nog verder. We blijven waakzaam en zijn ons ervan bewust dat we hier nog verder in kunnen groeien. Op dit ogenblik beschikt het ziekenhuis over een SRH-docent en 5 SRH-coaches die, samen met de stafmedewerkers patiëntenzorg, de directie patiëntenzorg en in overleg met de artsen deze evolutie dagdagelijks ondersteunen.

De vragen die De Standaard stelde en wat wij sinds 2014 hiermee gedaan hebben, vindt u hieronder.

1. Vraag van De Standaard

'Er worden patiënten gefixeerd, vaak urenlang, die geen gevaar vormen voor zichzelf of voor anderen' - dus om andere redenen, zoals: het niet naleven van de afdelingsregels, het niet bijwonen van therapie, zelfverwaarlozing, verwardheid, etc..' Volgens de inspectie wordt afzondering in Sint-Amandus 'niet als uitzonderlijk beschouwd maar wel als gewone zorg'. Mogen wij vragen of er al maatregelen zijn genomen om de 'noodzakelijke mentaliteitswijziging' te bevorderen, en zo ja welke? En heeft u al nieuwe cijfers voor het afgelopen jaar, die dit zouden kunnen aantonen?

Antwoord van PC Sint-Amandus

Het is zeer belangrijk om bij een juiste indicatie (=veiligheid) - en dus alleen dan - en nadat alle andere middelen zijn uitgeput, over te gaan tot een afzondering. Die afzondering moet zo kort als mogelijk zijn en bij voorkeur zonder fixeren. Elke afzondering vereist een intensieve opvolging van het interdisciplinaire team.

In 2014 (voor de audit) werd er op vraag van de directie een werkgroep 'zelfevaluatie vrijheidsbeperkende maatregelen' geïnstalleerd. Uit een grondige analyse van deze werkgroep werden diverse knelpunten aangeduid en voorgelegd aan diverse klankbordgroepen (referentiemedewerkers, projectgroep agressiebeheersing, afdelingshoofden, therapeutisch coördinatoren, medische staf, overleg directie-artsen). Vanuit de resultaten van deze besprekingen formuleerde de Stuurgroep Veilige Zorg verbeteracties m.b.t. het bepalen en communiceren van de visie en doelstellingen over vrijheidsbeperkende maatregelen, het afzonderingsbeleid, de infrastructuur. Dit leidde uiteindelijk tot:

1/**Basistekst** 'Veilige zorg – omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen'

2/**Vernieuwde procedure** afzonderen:

- preventie, de-escalatie (om een afzondering te voorkomen)
- het ondersteunen van de patiënt in het veilig doorkomen van een crisis
- een humane en patiëntgerichte kijk op veiligheidsregels waar ruimte is voor (goed overwogen) individuele keuzes (versus strikte algemene richtlijnen)
- verdere uitwerking van het intensief patiëntgericht zorgproces tijdens afzondering
- van 'veilige omgeving waar niets meer fout kan gaan' naar 'zorg die in het teken staat van het bevorderen van het herstel'
-

3/**Aanpassingen in het afzonderingsformulier** in het elektronisch patiëntendossier :

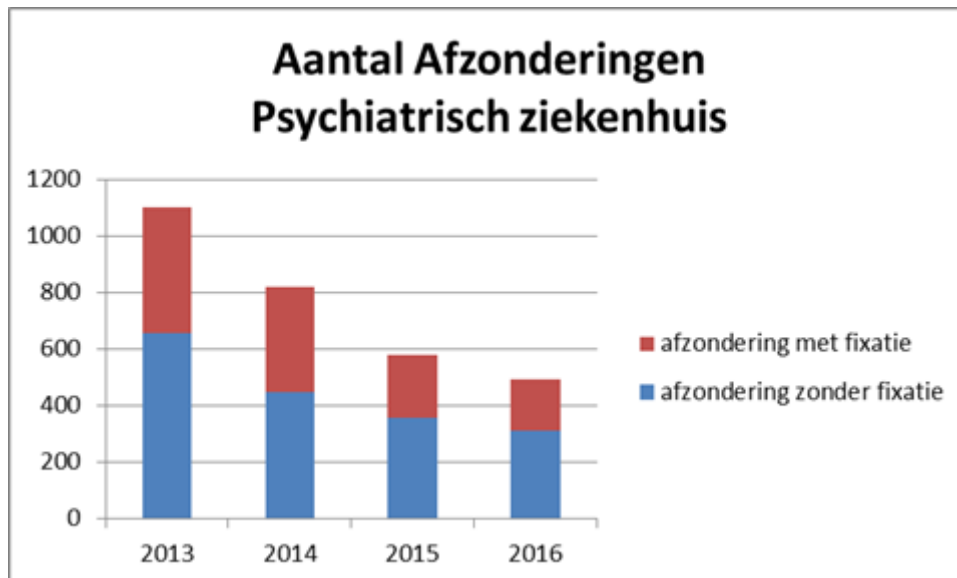
- 'planning en evaluatie' als vast onderdeel
- motivatie van elke afzondering vanuit:
 - gevaarscriterium (gevaar voor zichzelf en/of anderen)
 - argumentatie
 - preventieve acties
 - mate van instemming door patiënt (verzet / geen verzet / vraag van patiënt)

4/**Systematische opvolging** en evaluatie van het afzonderings- en fixatiebeleid vanuit:

- Stuurgroep veilige zorg en het maandelijks overleg directie-artsen: opvolging globale cijfers en trends
- Projectgroep agressiebeheersing: feedback over en bespreking van de analyse van de afdelingsrapporten
- Marathonzittingen (overleg directie – kernteams afdelingen): specifieke vragen m.b.t. vrijheidsbeperkende maatregelen en afzonderingscijfers van de afdeling

5/ Uitgebreide en permanente **vormingen** van de medewerkers

De effecten van de hierboven geschetste maatregelen zijn dan ook zichtbaar in de evolutie van het aantal afzonderingen in het psychiatrisch ziekenhuis (zie tabel op de volgende blz.)



- 2013 => 1110 afzonderingen waarvan 440 met fixatie
- 2014 => 822 afzonderingen waarvan 372 met fixatie
- 2015 => 580 afzonderingen waarvan 242 met fixatie
- 2016 => 493 afzonderingen waarvan 179 met fixatie

2. Vraag van De Standaard

Er is op het moment van de audit geen suïcidepreventiebeleid, hoewel de instelling vlakbij een spoorweg ligt en het suïdecijfer in West-Vlaanderen hoger is dan elders...

Antwoord van PC Sint-Amandus

Het Centrum heeft steeds de nodige aandacht gehad met betrekking tot de problematiek van suïcide.

Sterke punten

Het auditverslag geeft als sterk punt hierover het volgende weer: “Uit gesprek blijkt dat er in de praktijk vooral wordt ingezet op patiëntenparticipatie waarbij de patiënt in overleg met het team beslist hoe er met de suïcidale gedachten en zelfmoordpogingen wordt omgegaan. Er gaat veel aandacht uit naar het betrekken van de familie en de context (thuisoverleg). Voor de opvang van medewerkers na een suïcide(poging) kan er in het ziekenhuis een beroep worden gedaan op het traumateam. Op enkele afdelingen werden acties ondernomen om de afdeling meer suïcideproof te maken.”

Ons centrum investeert sinds vele jaren (met eigen middelen) ook in een mobiel vroeginterventieteam psychose (MVIP). We weten immers dat het aantal suïcides bij mensen met een psychotische kwetsbaarheid hoger ligt dan in de rest van de bevolking. Dit mobiele team wordt in de regio Noord-West-Vlaanderen ingezet om mensen met een psychotische kwetsbaarheid in een vroege fase van decompensatie in hun natuurlijke leefomgeving te ondersteunen. Door het organiseren van deze vroege professionele ondersteuning kunnen we vaak een verdere decompensatie stoppen en/of omkeren. Dat betekent dat veelal niet moet worden overgegaan tot een ziekenhuisopname. Bovendien weten we dat deze vroeginterventies een preventief middel zijn m.b.t. suïcide (= evidence based).

Recente actiepunten 2014-2017

1/Oprichting van een **projectgroep** bestaande uit psychiaters, psychologen, afdelingshoofden en stafmedewerkers die als opdracht kreeg een **visietekst 'Suicidepreventie'** te ontwikkelen. Deze visietekst is afgetoetst op de kritische afdelingen waar men geconfronteerd kan worden met suïcidaliteit m.n. de crisisinterventieafdelingen, de afdelingen voor psychozorg en verslavingszorg en de intensieve behandel eenheid voor patiënten met dubbeldiagnose persoonlijkheidsstoornis en (ontwrichtende) verslaving.

2/Uitwerking van **screenings- en opvolgingsinstrumenten**, met bijhorende beslissingsboom **rond signaalherkenning, risicobeoordeling, open bespreekbaarheid met patiënt, opvolging na suïcidepoging (t.o.v. patiënt, familie, medepatiënten, teamleden)**

3/Uitbouw van een **specifiek opvolgingsdocument 'suïcidaliteit' voor het elektronisch patiëntendossier**. Zodra er sprake is van suïcidaliteit komt dit document voorop in het dossier als intensieve zorg en wordt er prioritair aandacht aan besteed. In dit opvolgingsdocument wordt de specifieke problematiek van de betrokken patiënt en het geïndividualiseerde risicoprofiel beschreven plus de opvolging ervan.

4/**Vorming en intervisie** rond suicidepreventie georganiseerd, in samenwerking met experts van CGG Largo.

5/Melding en methodische opvolging van een suïcide(poging) werd opgenomen in het **veiligheidsincident meld- en leersysteem** Vimels, als incidenten die altijd moeten gemeld worden. Deze systematische meldingen kunnen ons informatie geven over (nog) kritische punten en op die manier het beleid rond suicidepreventie verder verbeteren. In het najaar 2017 wordt een evaluatie voorzien van dit beleid op deze kritische afdelingen. Na eventuele bijsturingen zullen alle afdelingen van het centrum dit beleid moeten implementeren.

3. Vraag van De Standaard

De inspectie stelt een 'extreem groot verschil' tussen de afdelingen vast. Zowel qua concept (herstelgericht werken versus niet-revaliderend) als qua organisatie (op sommige afdelingen zijn de artsen erg betrokken, ze geven zelfs groepstherapie, op andere afdelingen zijn ze bijna niet betrokken en komen ze maar ééns in de week heel kort langs) als op andere domeinen (familiewerking) Hoe komt dat? En is daar intussen al verandering in gekomen?

Antwoord van PC Sint-Amandus

Elke inspectie is een momentopname. Los van de verschillen tussen afdelingen wat betreft doelgroepen en zorgfuncties, werd sinds 2014 verder een actief beleid gevoerd rond gerichte implementatie van **herstelondersteunende zorg**.

De door de overheid bepaalde **behandeltijd voor artsen** zetten we zo optimaal mogelijk in door de behandeling voor elke patiënt op te nemen in een multidisciplinair samengesteld team, onder de supervisie van de arts/psychiater. We wensen expliciet te investeren in artsen en in het ziekenhuis werken dan ook meer artsen dan de officiële norm vereist.

Recente actiepunten 2014-2017

1/**Vormingsprogramma's en werkgroepen** rond Systematisch Rehabilitiegericht Handelen/Support Recovery Hope (SRH), Recovery Oriented Practices Index (ROPI), krachtgerichte gesprekken en Open Dialogue hebben ervoor gezorgd dat afdelingen concrete herstelondersteunende methodieken hebben geïmplementeerd en hierrond verdere plannen uitwerken.

2/ **interne werkgroep** met een gecertificeerde SRH-docent (eigen medewerker), vijf gecertificeerde SRH-coaches (eigen medewerkers) en acht gecertificeerde ROPI-auditoren (eigen medewerkers). Daarnaast werken we met **twee herstelwerkgroepen** met patiënten.

3/**ROPI-bevragingen**, waarin ook de betrokken patiënten worden bevraagd, geven aan dat patiënten aansluiten bij hun trajectbesprekingen en ook de participatie van familieleden wordt voorgelegd aan de patiënt.

4/Vanuit het pionierswerk van PC Sint-Amandus in regionale samenwerkingsinitiatieven rond **familieleden** van mensen met een psychotische kwetsbaarheid, hebben we ook **een stevig aanbod** ontwikkeld rond **psycho-educatie** en verdere ruimere triade-werking patiënt - familie/netwerk - hulpverlening (www.verbindensprekenmetpsychose.com).

PC Sint-Amandus maakt momenteel met andere regionale partners, familieleden en ervaringsdeskundigen concrete plannen voor gezamenlijke initiatieven rond een herstelacademie, ervaringsdeskundigheid, kwartiermaken, destigmatisering en ontmoeting.

Voor deze vier thema's hebben we de voorbije jaren met het hele ziekenhuis een traject afgelegd. Elke afdeling is daarmee aan de slag gegaan, op haar manier, haar tempo en op maat van de doelgroep van die afdeling.