

////////////////////////////////////  
**Auteur**                      **E-mail**                                      **Telefoon**                      **Datum**  
 Elke Frans                      elke.frans@vlaanderen.be                      02 553 09 71                      01.09.2020

**Onderwerp**  
 Vijfde statusrapport audit PZ Ariadne te Lede (erk. 988)

**SITUERING:**

Kaderend binnen het onderzoek inzake verlenging van erkenning van het ziekenhuis, gebeurde in november 2018 een aangekondigde inspectie. Op basis van het definitieve auditverslag werden aan het ziekenhuis op 21 januari 2019 de termijnbepalingen voor opvolging overgemaakt.

In een schrijven d.d. **14 april 2019** gericht aan het Agentschap Zorg en Gezondheid geeft de voorziening verslag i.f.v. de termijngebonden non-conformiteiten en tekortkomingen die werden vooropgesteld als 'binnen 3 maanden' weg te werken.

In een eerste statusrapport werden naar aanleiding van dit statusrapport van het ziekenhuis de volgende afspraken gemaakt:

- De opmerking 'de redenen voor afzondering, separatie en fixatie zijn beperkt tot acuut en ernstig gevaar' (3.1) werd geschrapt.
- De opmerking 'Het systeem van toezicht tijdens afzondering/separatie herevalueren a.d.h.v. de opmerkingen uit het verslag' (3.2) werd geschrapt.
- De opmerking 'De KGA is momenteel niet veilig om patiënten onder te brengen met gesloten deur' (3.3) werd geschrapt.

In een schrijven d.d. **9 juli 2019** gericht aan het Agentschap Zorg en Gezondheid geeft de voorziening verslag i.f.v. de termijngebonden non-conformiteiten en tekortkomingen die werden vooropgesteld als 'binnen 9 maanden' weg te werken.

In een tweede statusrapport werden naar aanleiding van dit statusrapport van het ziekenhuis de volgende afspraken gemaakt:

- De opmerking m.b.t. de beschikbare informatie over VBM-beleid voor patiënten (6.1) bleef behouden.
- De opmerking m.b.t. het systematisch werken met signaleringsplannen (6.2) bleef behouden.
- De opmerking m.b.t. de notities over persoonlijk contact van arts met patiënt in afzondering (6.3) bleef behouden.
- De opmerking m.b.t. suicide-inschatting (6.4) bleef behouden.



Bovenstaande opmerking **wordt geschrapt.**

18.1 Overige opmerkingen m.b.t. behandeling: ontbrekende info in dossiers (o.a. medicatie voor opname, kinderen in gezin van patiënt, gesprekken met context, middelengebruik, contacten met een psycholoog); beleid rond intervisie op de verschillende afdelingen.

**Reactie van het P.C.**

- Wanneer een cliënt wordt opgenomen wordt er een standaard medicatieverificatie uitgevoerd. De medicatie voor opname wordt hierbij in kaart gebracht en door de arts vergeleken met de nieuw voorgeschreven medicatie. Deze informatie is in het EPD terug te vinden.
- Met de opstart van de KOPP werking is de bevraging van de gezinssamenstelling toegevoegd aan het opnamegesprek van de sociale dienst. Deze informatie wordt standaard ingevuld bij elke opname.
- De bevraging middelengebruik is toegevoegd aan het opnamegesprek van de verpleegkundige en wordt standaard ingevuld bij elke opname.
- Er zijn afspraken gemaakt met de psychologen m.b.t. de minimale frequentie van gesprekken en rapportages.
- Er is een standaard plek voorzien in het dossier waar gesprekken met de context geregistreerd worden.
- Alle voorgaande punten worden gecontroleerd bij de kwartaal audits van het EPD en op elke afdeling is er intervisie ingevoerd. Eind juni 2020 was er een evaluatie gepland, maar deze werd o.w.v. coronacrisis uitgesteld naar september.

**Bespreking door de administratie**

Bovenstaande opmerking **wordt geschrapt.**

18.2. Overige opmerkingen m.b.t. VBM: verwachtingen t.a.v. de artsen m.b.t. het volgen van vorming.

**Reactie van het P.C.**

De psychiaters volgen elke 4 jaar een opleiding VBM bij het VVP. Er wordt opgevolgd wanneer de volgende sessie gevolgd moet worden. Jaarlijks wordt er ook een interne opleiding voor artsen voorzien door de referentiespecialist agressiebeheersing. Elke arts dient zich hierbij aan te sluiten.

**Bespreking door de administratie**

Bovenstaande opmerking **wordt geschrapt.**

18.3. Overige opmerkingen m.b.t. suïcide: beleidsdocumenten nakijken a.d.h.v. de opmerkingen over MDR-suïcide; vorming; notities patiëntendossiers; incidentenanalyses van suïcide(pogingen).

**Reactie van het P.C.**

- De beleidsdocumenten en procedures zijn nagekeken en aangepast op basis van de richtlijnen van de MDR suïcide en het zorgpad suïcidepogers van het netwerk GG ADS.
- Jaarlijks volgen de medewerkers de e-learning opgesteld door VLESP en wordt er een klassikale vorming gegeven door de referentiepersoon suïcidepreventie (gericht op lokale vertaling van de MDR suïcide).
- In de procedure suïcidepreventie en in de handleiding EPD zijn duidelijke richtlijnen opgenomen rond rapportage m.b.t. (her)evaluatie van suïciderisico. Dit is opgenomen in de kwartaal audit m.b.t. het EPD.



- Na elke suïcidepoging wordt dit incident besproken en geanalyseerd binnen het behandelteam, indien nodig samen met de kwaliteitscel. Bij een suïcide wordt het incident steeds geanalyseerd met het betrokken team en de kwaliteitscel.

**Bespreking door de administratie**

Bovenstaande opmerking **wordt geschrapd.** Het ziekenhuis bezorgt in een volgende remediëring een ondertekende versie van de samenwerkingsovereenkomst.

-----

**CONCLUSIE:**

Het Psychiatrisch ziekenhuis heeft de audit aangegrepen als hefboom voor een aantal verbetermogelijkheden. Er is een duidelijke intentie om tegemoet te komen aan de opmerkingen en tekortkomingen. Alle op te volgen aandachtspunten werden weggewerkt.

