



PSYCHIATRISCH CENTRUM
ZOETE NOOD GODS

Ter Sprake magazine

Afgiftekantoor: Lede - Trimestrieeel - Juni 2008

Psychiatrie in balans: PC Zoete Nood Gods informeert!

Patiënten met een eetstoornis, verblijvend in ons centrum en de jeugdpreventiedienst Lede organiseerden op vrijdag 7 maart 2008 een infoavond omtrent het voorkomen van eetstoornissen.

Dit alles werd opgeluisterd met muziek voor jongeren. Deze avond was een derde initiatief binnen het beeldvormingsproject "Gluren over de muren". Het gebeuren vond plaats in het jeugdhuis "De Leeuwerik" te Lede. Ongeveer 150 bezoekers maakten hun opwachting.

Boulimia, obesitas en anorexia: op basis van bestaande studies mogen we besluiten dat zo'n 5 % van de Belgische bevolking lijdt aan één of andere vorm van een eetstoornis. Een ernstige psychische ziekte die voor de patiënten zelf maar ook voor familie en vrienden vaak omgeven is met ontkenning, schuld en onbegrip. Door het organiseren van dit project wilden de patiënten van de afdeling Providentia de problematiek uit de taboesfeer halen en de jongeren informeren over het ware karakter van een psychische ziekte. Alle patiënten engageerden zich dan ook om de boodschap kracht bij te zet-

ten en namen voor deze infoavond dan ook een zeer actieve rol op. Van voorbereiding, technische details tot panelgesprek en modereren, ieder kreeg zijn verantwoordelijkheid.

Rode draad – naast het informeren van de jongeren – was het in contact brengen van jongeren met patiënten die op dat ogenblik een residentiële behandeling volgen en dit om aan te geven dat ook zij mensen, jongeren zijn met hun eigen unieke kwaliteiten, emoties en dromen.

Naast de verschillende lezingen over eetstoornissen, behandeling, behandelend team en de evoluties in de geestelijke gezondheidszorg was er ruimschoots de mogelijkheid voor het publiek om in gesprek te gaan met de verschillende hulpverleners en patiënten. De gesprekken nadien toonden duidelijk aan dat dit thema zeker leeft bij de jeugd van Lede en dat er nog heel wat 'misverstanden' bestaan over de ware toedracht van het bestaan van een eetstoornis.

Doorlopend kon men genieten van aangename jazzmuziek, gebracht door een nog onbekend muzikaal duo.



Rubrieken

Psychiatrie in balans: PC Zoete Nood Gods informeert!	1 & 2
Start van de elektronische handtekening (Elodis) binnen het PC Zoete Nood Gods	3 & 4
VVI standpunt en ethisch advies betreffende de commercialisering van de gezondheidszorg	5 & 6
Heeft cognitieve training een plaats in de behandeling van schizofrene patiënten?	8 & 9
Patiëntveiligheid	10 & 11

(vervolg van p.1)

Enkele sfeerbeelden van de avond in Jeugdhuis De Leeuwerik



De zangeres gaf met haar aanwezigheid aan dat er ook nog een leven mogelijk is na de eetstoornis. De kracht van haar stem gaf ons het beeld van een sterke jonge twintiger met tal van talenten die de strijd met de eetstoornis overwonnen heeft.

We danken dan ook in het bijzonder de patiënten van Providentia voor hun moed en vastberadenheid waarmee zij naar buiten traden en hopen dat zij terug "in balans" raken en de juiste weg mogen vinden in hun eigen leven. Daarnaast hopen

we dat de geestelijke gezondheidszorg het evenwicht krijgt waar het recht op heeft. De patiënten en hulpverleners van afdeling Providentia hopen hierin dan ook in de toekomst een inspirerende rol te kunnen blijven spelen. Hoe vlugger het taboe opgeheven wordt, hoe meer mensen de stap zullen zetten naar de hulpverlening.

Cedrine Frérart

Op basis van bestaande studies mogen we besluiten dat zo'n 5 % van de Belgische bevolking lijdt aan één of andere vorm van een eetstoornis.



Start van de elektronische handtekening (Elodis) binnen het PC Zoete Nood Gods

Begin 2007 was de afdeling Emmaüs de laatste afdeling die overschakelde op modus 2 binnen infomedic. Hiermee werd een eerste fase afgerond omtrent het opstarten van het infomedic verhaal binnen onze voorziening.

Gedurende de periode tussen 2007 en heden zijn er nog een aantal aanpassingen geweest aan het programma en dit op basis van de eerste ervaringen van de gebruikers. Een probleem dat zich echter bleef voordoen, is het gegeven dat een aantal voorschriften en verpleegkundige nota's nog steeds dienden gevalideerd te worden d.m.v. de geschreven handtekening van de arts. Al snel werd de omslachtigheid en de traagheid van dit gebruik als een knelpunt benoemd door heel wat gebruikers. Vanuit de vzw Provinciale van de Broeders van Liefde werd intussen mee ingestapt in een project van FOD omtrent het zoeken naar een oplossing voor intra-muros elektronische of digitale handtekening in gezondheidszorginstellingen, ELODIS genaamd (Electronic Or Digital Signature Implementation System). Dit alles resulteerde in een Elodis-richtlijn: binnen de gezondheidszorginstellingen is een elektronische handtekening voldoende mits een aantal (informatica) technische en vooral procedurele zaken voldaan zijn. In deze bijdrage wensen we enerzijds stil te staan bij deze Elodis-richtlijn en anderzijds de uitwerking hiervan voor ons centrum te belichten.

Stand van zaken omtrent de invoering van de elektronische handtekening

Eind november 2007 kregen de instellingen van de Broeders van Liefde vanuit de FOD de toestemming om Elodis te gebruiken. Voorwaarde was wel dat de voorzieningen overgeschakeld waren op modus 2, wat ook zo is voor ons centrum. Nu, om te kunnen overschakelen naar Elodis dient men te voldoen aan een aantal (informatica)technische en vooral procedurele zaken. Deze zaken zijn gebundeld in een actielijst en worden geformaliseerd in 4 ondertekende protocollen. Kort samengevat komen deze op het volgende neer:

- Aangepaste bedrijfscode m.b.t. het gebruik van software, internet en pc-gebruik met daarin waarborgen i.f.v. betrouwbaarheid, gebruikersbeheer, paswoordbeheer, veiligheid, ...
- Een algemene overeenkomst tussen de algemene, de medische, de administratieve - lees informatica - en patiëntenzorgdirectie. Deze overeenkomst heeft tot doel de algemene technische en procedurele afspraken duidelijk te maken die in het PC Zoete Nood Gods gehanteerd worden voor het gebruik van de elektronische handtekening in het departement patiëntenzorg;
- Een individuele overeenkomst voor elektronische handtekening waar iedere gebruiker een document ondertekent waarin hij enerzijds de elektronische handtekening erkent

als valide en gelijkgesteld aan zijn handgeschreven handtekening, anderzijds erkent kennis te hebben van bovenstaande overeenkomsten.

- Een overeenkomst binnen het medisch farmaceutisch comité waarin infomedic als alternatief voor het handgeschreven en getekend voorschrift wordt goedgekeurd met daarin een verwijzing naar voorgaande documenten.

Zodra deze vier protocollen gevalideerd zijn, kan infomedic voor de meeste voorschriften volledig elektronisch worden en dit op voorwaarde dat iedere gebruiker de individuele overeenkomst ondertekend heeft.

Verdere uitwerking van Elodis binnen het PC Zoete Nood Gods

In overleg met de lokale stuurgroep Izoproc is besloten om nog voor de zomervakantie Elodis te implementeren binnen de voorziening. Hiervoor werd een actielijst opgesteld die de komende periode zal afgehandeld worden. Onderstaand benoemen we even kort de belangrijkste punten:

- Informatieverstrekking naar de medewerkers omtrent Elodis. Onder andere via dit artikel maar tevens via de geijkte kanalen zullen de medewerkers geïnformeerd worden over het project Elodis.
- Verificatie van de beroepskwalificatie van de zorgverstrekkers. Er wordt een systematische verificatie uitgevoerd van de beroepskwalificatie van de zorgverstrekkers

ELODIS =
Electronic Or
Digital Signature
Implementation
System.



(vervolg van p.3)

Om te kunnen overschakelen naar Elodis dient men te voldoen aan een aantal (informatica) technische en vooral procedurele zaken.

die bevoegd zijn om binnen de instelling te presteren. Hierbij wordt gebruik gemaakt van het inschrijvingsnummer dat door de Provinciale Commissie wordt toegekend aan de verpleegkundigen en de zorgkundigen. Recent werd dan ook gevraagd om dit inschrijvingsnummer door te geven aan de personeelsdienst. Dit unieke nummer wordt tevens gebruikt als registratiecode binnen Elodis. Concreet betekent dit dat verpleegkundigen een elektronische handtekening zullen plaatsen en dit bij de volgende acten: klaarzetten van medicatie, toedienen of meegeven van medicatie, het opmaken van

een verpleegkundige nota, ...

- Het ondertekenen van de verschillende bijeenkomsten. Aan de medewerkers zal op korte termijn gevraagd worden om deze individuele overeenkomst te ondertekenen.
- Afspraken omtrent audits en controles. Er dient binnen de voorziening een persoon te worden aangesteld om de invoering te controleren van de elektronische handtekeningenovereenkomsten met de gebruiker van het informaticasysteem. Deze persoon zal op regelmatige tijdstippen een terugkoppeling aan de directie geven.

- Up-date van het gebruikersbeheer met toezicht op toegangsrechten en handtekeningbevoegdheden.

Samenvattend kunnen we stellen dat we binnen de voorziening een tweede en noodzakelijke stap aan het zetten zijn binnen het informatiseringsproces en dit met als doel om nog efficiënter te kunnen werken. De vrijgekomen tijd – door niet meer met afgedrukte documenten te moeten werken – kunnen we dan hopelijk opnieuw investeren in het directe patiëntencontact.

Koen Van Wauwe



VVI standpunt en ethisch advies betreffende de commercialisering van de gezondheidszorg

De Europese Richtlijn over het vrij verkeer van goederen en diensten maakt dat er ook binnen de gezondheidszorg meer en meer gesproken wordt over commercialisering, privatisering en vermarketing van de zorg. Steeds meer commerciële spelers zoals banken, bouwbedrijven, holdings en commerciële firma's ontdekken de zorgsector als een potentiële markt.

Op 12 februari 2008 wijdde het VVI een workshop aan deze thematiek. In onderstaande vindt U enkele samenvattende beschouwingen van het standpunt van het VVI alsook het intussen geformuleerde ethisch advies met betrekking tot deze discussie.

Het begrip commercialisering

Het begrip commercialisering dient gesitueerd in een context van een terugtrekkende overheid waarbij steeds meer investeringen gebeuren via de private markt, en waar er meer en meer een markt verschijnt voor wensgeneeskunde en luxezorg. Men constateert een stijgend aantal commerciële initiatieven in de zorgsector. Commercialisering gaat over het onderscheid tussen Social Profit en For Profit, waarbij de Social Profit een meerwaarde heeft gezien ze alle winst herinvesteert in de maatschappelijke doelstelling van de onderneming. De doelstelling van de sector gezondheidszorg

dient immers te zijn het aanbieden van kwalitatieve en toegankelijke gezondheidszorg voor iedereen. In een christelijk geïnspireerd ethisch denkkader wordt gezondheidszorg niet enkel in termen van economisch nut gezien maar wel in termen van zin en doel van het leven met als uitgangspunt de solidariteit met de meest kwetsbare groepen. Commerciële initiatieven vullen tekorten in het aanbod van zorg en in de verzekeraarbaarheid van gezondheidsrisico's aan daar waar dit winstgevend is. Onder voorwaarde van kwaliteit, erkenningsnormen, planning, programmatie, engagement tot continuïteit van zorg, acceptatieplicht tegen een verantwoorde prijs kan dit een goede zaak zijn voor de samenleving. Hierop dient een efficiënt en effectief toezicht georganiseerd te worden waarbij Social Profit en For Profit gelijk behandeld worden.

Toezichtsrol van de overheid

De overheid heeft een belangrijke toezichtsrol op de kwaliteit van zorg en vertegenwoordigt in deze rol de burgers, die zich in een kwetsbare positie bevinden. Men kan zich de vraag stellen of de consument steeds voldoende geïnformeerd kan oordelen wat voor hem het beste is? Of er niet een probleem is van asymmetrische informatie tussen verstrekker en patiënt? De

patiënt legt immers zijn vertrouwen in handen van de verstrekker. In de markt zijn er weinig mechanismen werkzaam die zorgen voor rechtvaardige herverdeling. Vraag is wat men in deze context dient te verstaan onder rechtvaardigheid. In het licht van het voorgaande dient de overheid bijzondere aandacht te hebben voor de leefbaarheid van de voorzieningen die alle basiszorg aanbieden.

Commerciële initiatieven

Er zijn geen duidelijke indicaties of wetenschappelijke evidenties voor een verschil in kwaliteit van zorgen zoals output of meerwaarde voor de samenleving, indien deze zorgen geleverd worden vanuit een NV, VZW of OCMW. Concurrentie leidt normaal wel tot differentiatie in het aanbod, een grotere klantgerichtheid en tot het drukken van de kosten. Meestal ziet men lagere personeelsbezetting in NV t.o.v. VZW of OCMW. Men ziet vaak rijkere doelgroepen bij een NV. Men verwacht meer zorg op maat, continuïteit van zorg en aandacht voor de kwetsbare positie van patiënten/bewoners bij VZW en OCMW. De overheid dient de doelstellingen en de randvoorwaarden waarbinnen deze doelstellingen gerealiseerd moeten worden, te bepalen. Eénmaal de doelstellingen en randvoorwaarden bepaald zijn, kunnen ook commerciële

Steeds meer commerciële spelers zoals banken, bouwbedrijven, holdings en commerciële firma's ontdekken de zorgsector als een potentiële markt.



Commerciële initiatieven vullen tekorten aan in het aanbod van zorg en in de verzekeraarbaarheid van gezondheidsrisico's daar waar dit winstgevend is.

initiatieven een rol spelen binnen een kader van kwaliteitscontrole, verantwoorde prijszetting en continuïteit van zorg. De overheidsadministraties dienen hierover transparante beleidsinfo aan te leveren.

Marktwerking: staat Europa haaks op de opdracht van de nationale overheid?

Er is de Europese regelgeving betreffende het vrij verkeer van werknemers, goederen en diensten. De Europese Unie heeft voornamelijk economische drijfveren zoals de Bolkenstein richtlijn. Begin 2008 verwacht men een EC-mededeling over een Proposal of a Directive on cross-border healthcare. Marktprikkels kunnen een bijdrage leveren in de realisatie van de maatschappelijke doelstelling van aanbieden van zorg, maar het toepassen ervan zonder rekening te houden met de specifieke kenmerken van zorg zou goede, betaalbare en kwalitatieve zorg aan de meer kwetsbare groepen in de samenleving op het spel kunnen zetten. Marktwerking en commercialisering komen echter zonder meer op ons af. Bijgevolg dienen we bereid te zijn hierover mee na te denken en te sturen, in het bijzonder m.b.t. het kader waarbinnen ook commerciële initiatieven werkzaam zijn. In een situatie van schaarse middelen zou de social-profit een extra meerwaarde moeten hebben, net omdat zij alle winsten kan herinvesteren in de maatschappelijke doelstelling van de onderneming. Wanneer het Europees parlement nadenkt over een aangepaste dienstenrichtlijn voor de zorgsector, dient ze te waken over de betaalbaarheid van het Belgische Sociale Zekerheidsstelsel alsook over de sociale rechtvaardigheid.

De rol van de verzekeraar

Een tweedeling in de maatschappij tussen zij die de private verzekering wel kunnen betalen of verkrijgen via hun werkgever en zij die deze niet hebben, dient vermeden te worden. De overheid is verantwoordelijk voor een solidair verzekerde zorg die zoveel mogelijk risico's verzekert.

Publiek-Private samenwerking

Enige realiteitszin gebiedt te concluderen dat PPS-initiatieven zullen en moeten kunnen bestaan, zij het onder de voorwaarde dat ze werkzaam zijn binnen een kader van kwaliteitsgaranties, toezicht en controle hierop, en ondergeschikt aan financiële toegankelijkheid voor iedereen. De overheid dient voorzichtig om te springen met de risico's van een voortschrijdende commercialisering.

Privatisering en commercialisering in de gezondheidszorg: naar een evenwicht tussen winst en waarden

Het Belgische gezondheidssysteem werd gebouwd op een oorspronkelijke ideologie van sterke solidariteit om gelijke toegankelijkheid tot kwalitatieve gezondheidszorg voor iedereen te garanderen. Het is een universeel en verplicht systeem waarin overheidsregulering een grote rol speelt. Hierbij is aansluiting bij een mutualiteit naar keuze verplicht, worden premies niet gedifferentieerd volgens ziekterisico, wordt inkomenssolidariteit tot stand gebracht door een proportionele verhouding tussen de individuele bijdrage en het inkomen. Er is een bijkomende subsidie van het systeem met algemene middelen van de overheid. Hierdoor wordt een hoog niveau van solidariteit bereikt: gezonde en werkende mensen worden verplicht tot solidariteit met gehandicapte en chronisch zieken en de hoge inkomens moeten solidair zijn met de lage inkomens. Niemand mag worden uitgesloten op basis van zijn leeftijd, gezondheid of betaalvermogen. Twee tendensen tekenen zich echter duidelijk af namelijk een stijging van het individuele aandeel in de gezondheidskost enerzijds en een toename van het aantal commerciële initiatieven in de zorgsector anderzijds. Bovendien is er de problematiek van de stijgende uitgaven en de roep om rationalisering. Het systeem dreigt onbetaalbaar te worden. Bepaalde vormen van gezondheidszorg worden dan weer door sommigen als een economische troef gezien.

Ethische uitdagingen

In de logica van privatisering en commercialisering primeert eerder een zwakke solidariteit. Deze is meestal niet universeel, niet verplicht, gedifferentieerd volgens risico, enkel toegankelijk voor winstgevend patiëntencategorieën en sectoren. We kunnen ons de vraag stellen of dit de juiste weg is, of we deze weg willen opgaan? De vrije marktlogica lijkt niet de gepaste logica om zorg aan te bieden. Volgens sommigen zou ze tot kwalijke gevolgen kunnen leiden zoals ongelijke toegankelijkheid, algemene achteruitgang van de kwaliteit, uitsluiting van de meest kwetsbare groepen, minder solidariteit en mogelijk zelfs tot minder efficiëntie. De VI-gezondheidsinstellingen stellen zich tot doel om blijvend gelijk toegankelijke en kwalitatieve zorg voor iedereen te kunnen garanderen. Voorwaarde hiervoor is wel een gezond financieel economisch beleid binnen een omgeving die gekenmerkt wordt door tendensen van privatisering en commercialisering. Opdracht zal zijn om een evenwicht te vinden in het spanningsveld van taken, doelstellingen en invloeden en dit op een ethisch aanvaardbare manier. De commissie voor ethiek heeft hiervoor in haar advies nr. 11 een aantal richtingaanwijzers geformuleerd. Vanuit vijf fundamentele waardeopties worden zes concrete oriëntaties aangereikt.

De vijf fundamentele waarde-opties zijn:

1. De optie voor een verdelende rechtvaardigheid op grond van gelijkwaardigheid namelijk gelijke toegankelijkheid tot kwalitatieve zorg voor iedereen, bepaald en verleend op basis van zorgbehoefte en georganiseerd volgens het principe van sterke solidariteit.
2. Twee motieven voor sterke solidariteit namelijk een humanitair motief (menselijke waardigheid) en het gemeenschapsdenken (relationaliteit, verbondenheid, verantwoordelijkheid voor en solidariteit met elkaar).
3. Een rechtvaardige gezondheids- en welzijnszorg is een maatschappelijk engagement dat zich inzet voor steeds meer menswaardigheid op lichamelijk, psychisch, sociaal en levensbeschouwelijk vlak. Dit is het ultieme doel en de legitieme reden voor het herinvesteren van de winst.
4. De voorkeursoptie voor de minst-bedeelden namelijk de kritische deugd om elke situatie steeds

weer opnieuw te beoordelen vanuit de ogen van de meest zwakken.

5. De evangelische toets waarbij het realiseren van deze waarden voor christelijke verzorgingsinstellingen geen vrijblijvende optie is, maar een fundamentele opdracht.

Zes oriëntaties voor een integraal en ethisch beleid van de verzorgingsinstellingen i.v.m. commercialisering en privatisering

1. Aan iedere persoon gelijke toegang bieden (dit kan zich bijvoorbeeld uiten via een financieel beleid met een menselijk gelaat, afbetalingsplannen enz.),
2. tot kwaliteitsvolle zorg (ook spirituele, familiale),
3. bepaald en verleend op basis van behoefte (wat is de behoefte van deze unieke persoon),
4. georganiseerd op basis van sterke solidariteit (winstgevende versus verlieslatende afdelingen, interne solidariteit),

5. deugdzzaam beheerd volgens de principes van het ethisch ondernemen (gezond financieel beleid ten dienste van de kernopdracht), en
6. uitgevoerd binnen een sfeer van goede communicatie, informatie en samenwerking (transparant naar patiënten, familie, bestuur en personeel, in goede samenwerking met andere voorzieningen).

Besluit

Deze oriëntaties gelden als ethische randvoorwaarden voor een integraal ethisch beleid van de voorzieningen. Ze gelden als handvaten voor een behoedzame omgang met de problematiek van de privatisering en commercialisering. Ze worden geïmplementeerd via goede praktijken. Ze gelden als kritische vragen die ons blijvend dwingen om na te denken over de wijze waarop we het evenwicht tussen winst en waarden in de gezondheids- en welzijnszorg dienen te realiseren.

Marc Vandergraesen



Heeft cognitieve training een plaats in de behandeling van schizofrene patiënten?



Aaron T. Beck, één van de grondleggers van de cognitieve therapie

Cognitief deficiet ligt mee aan de basis van het feit dat de patiënt zeer vaak geen werk en geen levenspartner heeft en sterk beperkt wordt in zijn sociale contacten en functies.

Hoe het groeide

Er werd uitgegaan van het klinisch gegeven dat schizofrene patiënten een cognitief deficiet vertonen. Reeds in het begin van de twintigste eeuw beschreven Kraepelin (1904) en Bleuler (1911) verstoorde aandachtsfuncties bij schizofrene patiënten. Hoewel de cognitieve problemen klinisch reeds herhaaldelijk beschreven waren, werd pas in de jaren 1970-1980 met neuropsychologisch onderzoekswerk gestart, waarbij de informatie-verwerkingsbenadering meer op de voorgrond trad. Vanaf de jaren 1990 beleefden we een boom van wetenschappelijk onderzoek naar de hersenfuncties, mede mogelijk gemaakt door moderne beeldvormingstechnieken (CT-scan, NMR, PET-scan, ...). Bij de psychiaters kwam de cognitieve problematiek pas op brede schaal onder de aandacht na de ontwikkeling van de zogenaamde "atypische" neuroleptica die volgens een uitgebreide reeks studies de cognitie minder onderdrukken en zelfs herstellen opzichte van de vroegere "typische" neuroleptica. Voordien werd veelal enkel aandacht geschonken aan reductie van de meer spectaculaire positieve symptomen als wanen, hallucinaties, verwardheid, agressie, agitatie, vijandigheid, ... De impact van cognitief deficiet op de levenskwaliteit van de patiënt is, in combinatie met de negatieve symptomen, veel ingrijpender en vooral veel langduriger en meer dagdagelijks voelbaar dan de tijdelijke psychotische opstoot. Cognitief deficiet ligt mee aan de basis van het feit dat de patiënt zeer vaak geen werk en geen levenspartner heeft en sterk beperkt wordt in zijn sociale contacten en functies. Cognitieve beperkingen zijn behoorlijk

mede verantwoordelijk voor heel wat frustratie in het leven van de patiënt.

Rond de periode 1985 groeide voor het eerst het idee om het trainen van de deficitaire basisfuncties als behandeling aan te bieden. In de jaren 2003-2004 werd het idee opgevat om bestaand (en nieuw) oefenmateriaal te digitaliseren. Op die manier kon in groep worden gewerkt en werden de oefeningen geüniformiseerd, o.a. met een tijdslimiet, en konden ze worden gescoord. Het systeem zou tijd besparen (werken in groepen) en evaluatie toelaten (scoring).

Cognitieve defecten bij schizofrene patiënten (M. Van Beilen, 2004, Groningen, Nederland) Geheugen

Onderzoekers vinden bij schizofrene patiënten lagere scores op leervermogen en oproeping van aangeleerd materiaal. Echter blijkt dat het onthouden op zich minder is aangetast dan het kunnen oproepen van het aangeleerde materiaal. Men vindt geen verschil tussen verbaal en non-verbaal geheugen. Evenmin vindt men een verband tussen geheugenproblemen en leeftijd, medicatie, duur van de ziekte, sociale status, ernst van de psychopathologie, en positieve symptomen. Wel ziet men (in eerder beperkte mate) een verband met negatieve symptomen.

Aandacht

Aandacht kan worden onderverdeeld in drie subdomeinen: volgehouden, gerichte en verdeelde aandacht. Onderzoeken hebben meestal betrekking op volgehouden aandacht en 'apprehension span' (het aantal items dat iemand

gelijktijdig kan waarnemen). Defectieve resultaten lijken veeleer het gevolg van een verwerkingsdeficiet (dat reeds aanwezig is tijdens een vroeg stadium van de ziekte) dan van een onvermogen tot volgehouden aandacht. De resultaten blijven stabiel in de tijd en zijn medicatie-onafhankelijk. Vergelijkbare resultaten werden gevonden bij eerste-grads familieleden.

Executieve functies

Executieve (uitvoerende) functies omvatten: conceptformatie, cognitieve switching (van het ene naar het andere onderwerp omschakelen), inhibitie van reacties, planning, strategisch inzicht. Schizofrene patiënten presteren minder goed dan gezonde controlepersonen en andere affectieve stoornissen. De resultaten blijven stabiel in de tijd. Gemediceerde patiënten presteren beter dan niet-gemediceerde.

Intelligentie en globaal psychomotorisch functioneren

Onderzoekers vonden een deficiet in IQ, taalvaardigheid en ruimtelijk functioneren bij schizofrene patiënten. Volgens Van Beilen en medewerkers (2002) bleek het gemiddeld IQ van schizofrene patiënten vergelijkbaar te zijn met de algemene populatie wanneer hen enkel die subtests worden aangeboden waar snelheid van werken geen invloed heeft op het resultaat. Dit doet vermoeden dat lagere IQ-scores bij schizofrenen op zijn minst voor een deel te wijten zijn aan een gereduceerde globale psychomotorische verwerkingsnelheid.

Problemen i.v.m. taal en ruimtelijk functioneren

Op vlak van taal en woordenschat scoren schizofrenen lager dan

gezonde controlepersonen. Meer onderzoek is nodig. Hetzelfde geldt voor onderzoek naar ruimtelijk functioneren bij schizofrenie. Enkele kleinere studies tonen een verminderd ruimtelijk functioneren aan bij schizofrene patiënten, echter blijven de studies schaars en testen ze kleine aantallen.

De training

Een groep van maximum tien patiënten komt op een afgesproken tijdstip samen in het computerlokaal. Tijdens een sessie worden enkele domeinen getraind (bijvoorbeeld geheugen, visuele opmerkzaamheid, denkoefening, ...). Alle scores worden in een Excel-document geregistreerd. De training werd opgestart voor schizofrene patiënten maar wordt tevens aangeboden aan andere diagnostische groepen (bipolaire stoornis, depressie, borderline, gerontopsychiatrie, Korsakowsyndroom, ...). Dit vanuit het inzicht dat ook zij baat hebben bij de training van de cognitieve functies.

Er wordt een gevarieerd aanbod aan oefeningen met gradatie in moeilijkheidsgraad voorzien zodat meerdere domeinen van cognitieve defecten kan worden getraind. Ze wordt in principe gegeven door de afdelingsergotherapeut of door mezelf.

Het trainen van basisvaardigheden als aandacht, geheugen en executieve functie geeft geen garan-

tie voor automatische verbetering van meer complexe vaardigheden als rol-, sociaal en professioneel functioneren. Die vaardigheden moeten elk apart getraind worden in het kader van een algemeen rehabilitatieprogramma. Cognitieve training geneest evenmin bestaande psycho-organische defecten maar kan wel activerend werken en hospitalitis-effecten reduceren, wat op zijn beurt gunstig is voor het algemene rehabilitatieproces. Binnen het centrum hebben we dan ook besloten om regelmatig de gescoorde gegevens te analyseren.

Bespreking van de registratiegegevens (periode 01/09/2004-31/12/2007)

Vooreerst willen we erop wijzen dat dit geen studie is, wel een neerslag van registratiegegevens gedurende drie jaar. We vergeleken de resultaten van drie diagnostische groepen: schizofrene, depressieve en Korsakowpatiënten.

De scores voor de geheugen-oefeningen zijn ongeveer gelijklopend voor de drie diagnostische groepen. We zien bij alle groepen globaal weinig verschil tussen het onthouden van figuren en woorden. De scores voor de visuele opmerkzaamheidsoefeningen liggen voor de drie diagnostische groepen duidelijk lager dan voor de geheugen-oefeningen. De schizofrene patiënten presteren globaal zeker niet slechter dan

de twee andere diagnostische groepen. De Korsakowpatiënten scoren niet duidelijk slechter voor de geheugen-oefeningen dan de schizofrene en depressieve patiënten. Geen van de drie groepen haalt een duidelijk voordeel uit de oefening waarbij 2 x 2 van vier aangeboden woorden een verband hebben met elkaar (ze halen het geheugensteuntje er niet duidelijk uit).

We vonden bij de drie diagnostische groepen een positief leervermogen.

Besluit

Belangrijkste observatie is het positief leervermogen dat bij de drie geanalyseerde diagnostische groepen werd vastgesteld. Uiteindelijk is dit het doel van de behandeling. De patiënt zelf werd als referentie genomen. Dit past in de visie van het rehabilitatiedenken: we aanvaarden de patiënt mét zijn handicap en trachten de resterende capaciteiten zodanig te stimuleren dat die zo goed en efficiënt als mogelijk én wenselijk tot ontplooiing kunnen komen.

Dr. Gerda Dewaelheyns

Een meer uitgebreide tekst (met cijfergegevens) is beschikbaar voor wie dat wenst.

Belangrijkste observatie is het positief leervermogen dat bij de drie geanalyseerde diagnostische groepen werd vastgesteld. Uiteindelijk is dit het doel van de behandeling.

Patiëntveiligheid

Patiëntveiligheid is een belangrijk topic geworden na de publicatie van een rapport waaruit blijkt dat in de Amerikaanse ziekenhuizen jaarlijks tussen de 44 000 en 98 000 mensen overlijden ten gevolge van 'preventable medical errors'

Patiëntveiligheid wordt doorgaans omschreven als 'het voorkomen van schade aan de patiënt als gevolg van de zorg of door het contact met het zorgsysteem'. Het richt zich op klinische risico's, onder meer gerelateerd aan medicatiegebruik, antibioticabeleid, bloedtransfusie, ziekenhuishygiëne, decubitus, valincidenten, ondervoeding, chirurgische ingrepen, spoedinterventies, medische materialen, agressiepreventie, criminaliteit, ...

Patiëntveiligheid is een belangrijk topic geworden na de publicatie van het rapport 'To err is human' (2000). Uit dit rapport blijkt dat er in de Amerikaanse ziekenhuizen jaarlijks tussen de 44.000 en 98.000 mensen overlijden ten gevolge van 'preventable medical errors'. Deze resultaten werden later bevestigd in onderzoeken uit andere landen (Australië, Engeland, Canada, Denemarken, Nieuw-Zeeland en Nederland). Samenvattend kan worden gesteld dat bij 5 tot 10 % van de patiënten die worden opgenomen in een ziekenhuis 'iets mis gaat' en dat bij 5 tot 10 % van die gevallen de gevolgen ernstig zijn: overlijden of blijvend letsel, functiebeperking of handicap. Veel kleiner leed daarnaast – pijn, ongemak, angst, verlengd verblijf e.d. – blijft vaak onopgemerkt, wordt niet gemeten en verschijnt in geen enkele statistiek.

Deze overtuigende cijfers, die voldoende internationaal herkenbaar en vergelijkbaar zijn, hebben waarschijnlijk ook de Belgische overheid aangezet om specifieke aandacht te besteden aan de patiëntveiligheid in de ziekenhuizen. De uitgescre-

ven contracten rond kwaliteitsverbetering en patiëntveiligheid (juni 2007) zijn hier een concreet voorbeeld van.

Momenteel hebben 170 ziekenhuizen ingetekend op een dergelijk contract. In Oost-Vlaanderen gaat het om 26 ziekenhuizen. 75% van de psychiatrische ziekenhuizen hebben het contract ondertekend. Alle ziekenhuizen die wensen in te tekenen op dit contract moeten aan volgende voorwaarden voldoen:

1. De voorziening dient haar missie, visie, strategie en haar doelstellingen op het vlak van kwaliteit en patiëntveiligheid te omschrijven.
2. De coördinatie van de kwaliteitsstructuren dienen in een organogram te worden voorgesteld.
3. Er dient een meting te gebeuren van de patiëntveiligheidscultuur.
4. De voorziening dient te beschikken over een registratie van incidenten en bijna-incidenten en hiervan een analyse te doen.
5. De voorziening dient drie beschrijvende fiches op te stellen van kwaliteitsprojecten.

In een *eerste fase* is het de bedoeling van de overheid om de zorginstellingen en zorgverstrekkers te informeren en te sensibiliseren. Daarom werd in oktober 2007 'de week voor de patiëntveiligheid' georganiseerd. Tijdens dit symposium werd het onderwerp gekaderd in een internationale en nationale context en kwamen tal van onderwerpen van veilige zorg en veiligheidsbeleid aan bod.

In een *tweede fase* wil de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid de veiligheidscultuur (derde onder-

deel van het contract) in de zorginstellingen aanpakken. Het belang van een stimulerende organisatiecultuur voor de ontwikkeling van de patiëntveiligheid wordt steeds meer erkend, ook door de WHO en de Europese Commissie. Het bekomen van een veiligheidscultuur wordt door het Institute of Medicine beschouwd als de grootste uitdaging om een veiligere gezondheidszorg te kunnen realiseren. Dit omvat immers het overschakelen naar een cultuur waarin fouten niet langer beschouwd worden als persoonlijk falen, maar als een mogelijkheid om het systeem te verbeteren en schade in de toekomst te vermijden. Organisaties met een effectieve veiligheidscultuur stellen de continue toewijding naar veiligheid als belangrijke prioriteit. Deze ingesteldheid geraakt de laatste jaren stilaan ingeburgerd en blijft een eerste vereiste in de uitbouw van een geïntegreerd en kwaliteitsvol veiligheidsbeleid in de zorginstellingen.

Vandaar dat alle instellingen die aan het contract deelnemen een cultuurmeting inzake patiëntveiligheid in het ziekenhuis dienden te organiseren. In onze voorziening gebeurde dit op het einde van 2007. De belangrijkste resultaten van deze meting waren de volgende:

- We hadden een hoog antwoordpercentage, namelijk 84 % in het ganse centrum.
- De frequentie van rapportering (met 51,7 %) scoort niet slecht maar kan nog beter. Blijkbaar is er op de werkvloer niet goed geweten wat er wordt bedoeld met patiëntveiligheid en welke acties hiertoe worden ondernomen.

- Slechts 26 % van de ondervraagden vindt dat de acties van het management aangegeven dat patiëntveiligheid een topprioriteit is. De samenwerking met andere afdelingen wordt door 41 % als problematisch gezien.
- 37 % van de ondervraagden vinden dat het wisselen van werkposten problematisch is voor de patiënten/bewoners in ons centrum en 48 % vindt dat er belangrijke info verloren gaat bij het wisselen van werkposten.

Uit deze resultaten blijkt dat er binnen onze instelling nog wat werk aan de winkel is. Om de veiligheidscultuur zich ten volle te laten installeren in onze voorziening moeten twee mythes definitief worden gebannen. Een eerste mythe, 'de *perfectiemythe*': indien de zorgverstrekker hard genoeg zijn best doet, kunnen de incidenten worden vermeden. En een tweede mythe, 'de *penalisatiemythe*': indien de zorgverstrekker gestraft wordt voor het veroorzaken van een incident, zal hij deze in de toekomst kunnen vermijden. Een transparante veiligheidscultuur en een penalisatiecultuur sluiten elkaar per definitie uit. We moeten aanvaarden dat incidenten onlosmakelijk verbonden zijn met het menselijk

handelen in het zorgproces en dat de zorgverstrekkers onopzettelijk een incident kunnen veroorzaken.

Als er dan sprake is van een positieve veiligheidscultuur kan er in onze voorziening op een positieve en lerende manier met incidenten worden omgegaan. Het ontwikkelen en handhaven immers van een meldsysteem voor incidenten en bijna-incidenten wordt door de overheid gezien als een belangrijke volgende fase in de ontwikkeling van een geïntegreerd patiëntveiligheidsbeleid.

In onze instelling zijn we momenteel (samen met onze collega's binnen de BvL) op zoek naar een goed instrument om incidenten en nearly-incidenten te registreren. Hierbij is het belangrijk dat het melden van een incident op een eenvoudige manier kan verlopen en dat het toegankelijk en vertrouwelijk is voor alle zorgverleners. De melder moet eveneens zeker zijn dat hij niet wordt bestraft voor het gerapporteerde incident of bijna-incident. Om de melders in deze optiek een garantie te bieden, is de overheid nog op zoek naar de uitbouw van een wettelijk kader. Tenslotte wil ik benadrukken dat alle zorgverleners en medewerkers

actief kunnen deelnemen aan het patiëntveiligheidsbeleid in onze voorziening. Veilige zorg is een thema dat multidisciplinair wordt aangepakt en dat m.a.w. ook door de ziekenhuisdirectie en het management wordt gedragen en bijgestuurd. Patiëntveiligheid is een zaak van iedereen!

Koen D'Hondt



Ter Sprake magazine

Afgiftekantoor:
Lede - Trimestrieel - Juni 2008

Ter Sprake Magazine is een uitgave van het Psychiatrisch Centrum Zoete Nood Gods. Wil u ook meewerken aan het volgende nummer? Contacteer mevr. Bénédicte De Waele op het nummer 053/76 21 05 of e-mail naar benedicte.de.waele@fracarita.org. Werkten mee aan dit nummer: Marc Vandergraesen, Michel Sinove, José De Coene, Koen d'Hondt, Koen Van Wauwe, Rik De Coninck, Arnaux De Kuyper, Dirk Van Herreweghe, Anne-Marie Galle, Nicole Van de Meerssche, Aleide Sterck, Bénédicte De Waele.

'Ter Sprake' is de nieuwsbrief van het Psychiatrisch Centrum Zoete Nood Gods; Reymeersstraat 13a, 9340 Lede.
Tel.: 053 76 21 11 - Fax: 053 80 66 07
e-mail: pc.zoetenoodgods@fracarita.org - www.pclede.be

Uw gegevens worden door het Psychiatrisch Centrum in een bestand opgenomen. Overeenkomstig de privacy-wet van 08-12-1992 heeft u recht op inzage en correctie van de door het Psychiatrisch Centrum bewaarde informatie.

Het Psychiatrisch Centrum behoort tot de vzw Provinciaal der Broeders van Liefde



Ter Sprake Magazine komt tot stand met financiële steun van:

A-Alarm en Slotencentrale Aalst - A&C Decor cvba Roeselare
Allgro bvba Sint-Lievens-Houtem - Alpheios Belgium nv Wilrijk
André De Stercke bvba Lochristi - Bakkerij Paverko nv Sint-Michiels
Blanco nv Wetteren - Charles Beaumont nv Gent - Fortis Lokeren
Claerhout nv Communicatiehuis Gent - Cosmolift Zwijnaarde
De Bruycker nv Nazareth-Eke - De Grom NV Erembodegem
IDEWE Zwijnaarde - Ingenieursbureau Asset nv Gent
Johnson Diversey Belgium - BVBA Kampenhout
Lucien Ysewijn bvba Buggenhout - Metos Aalst
Planofurn Waregem - Reizen De Ras bvba Lede
Safti Wetteren - Schaubroeck NV BA Tielt
Schelfhout bvba Zelzate - VK Studio Roeselare