

DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

T 02 553 34 34

F 02 553 34 35

contact@zorginspectie.be

INSPECTIEVERSLAG VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN IN K-AFDELINGEN

INSPECTIEPUNT

Naam	AZ Sint-Lucas Brugge
Adres	Sint-Lucaslaan 29, 8310 Brugge
Telefoon	050/369111
Dossiernummer	E140

INRICHTENDE MACHT

Naam	AZ Sint-Lucas
Juridische vorm	Vzw
Ondernemingsnummer	0408116216
Adres	Sint-Lucaslaan 29, 8310 Brugge
Telefoon	050/369111

UITBATINGSPLAATS

Naam	AZ Sint-Lucas
Adres	Sint-Lucaslaan 29, 8310 Brugge

OPDRACHT

Nummer	O-2016-MAPU-0791
Datum	08-12-2016
Inspecteur(s)	Anja Claeys Veerle Meeus

VERSLAG

Nummer	V-ANCL-2017-0001
Datum	17-01-2017

INSPECTIEBEZOEK

Soort	Onaangekondigd bezoek op 16-01-2017 van 9u00- 16u15
-------	---

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
1.1	Toezicht door Zorginspectie	4
1.1.1	Doelstellingen	4
1.1.2	Doelgroep	4
1.1.3	Kader	4
1.2	Inspectieproces	6
1.2.1	Vorbereiding	6
1.2.2	Plaatsbezoeken	6
1.2.3	Bronnen	6
1.2.4	Verslag	6
1.2.5	Beleidsrapport	6
1.3	Inspecteurs	7
1.4	Lijst met definities / Verklarende woordenlijst	7
2	Situering van de voorziening	9
2.1	Erkenningsgegevens	9
2.2	Directie	9
2.3	Organisatie van de psychiatrische zorg voor kinderen en jongeren in dit ziekenhuis	9
3	Afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie	11
3.1	Preventief Beleid	11
3.1.1	Agressiepreventiebeleid	11
3.1.1.1	Signaleringsplannen	11
3.1.1.2	De-escalatie	12
3.1.2	Het verbeteren van patiëntenervaringen	13
3.1.2.1	Leefregels	13
3.1.2.2	Contact met de buitenwereld	14
3.1.3	Betrokkenheid van patiënten	14
3.1.4	Inscholing van nieuwe medewerkers	15
3.1.5	Opvang na incidenten	15
3.2	Afzondering en separatie	16
3.2.1	Beleid en Procedure	16
3.2.2	Toepassing in de praktijk	17
3.2.3	Infrastructuur van de afzonderings- en separatieruimtes	20
3.3	Fixatie	21
3.3.1	Beleid en Procedures	21
3.3.2	Toepassing in de praktijk	22
3.4	Verbeterbeleid	22
3.4.1	Verzamelen van informatie	22

3.4.1.1	Preventief klimaat	22
3.4.1.2	Agressie-incidenten, afzonderen, separeren en fixeren	23
3.4.2	Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal	23
4	Conclusie.....	25
4.1	Sterke punten	25
4.2	Verbeterpunten	25

1 INLEIDING

1.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

1.1.1 Doelstellingen

In uitvoering van de beleidsbrief van minister Vandeuren, waarin vermeld staat “Met betrekking tot vrijheidsberovende maatregelen zal een thematische inspectie opgezet worden in de verschillende betrokken sectoren.”, start Zorginspectie in 2016 met een thematische inspectieronde rond vrijheidsbeperkende maatregelen in psychiatrische afdelingen voor kinderen en jongeren. In een volgende fase zullen we onze inspecties uitbreiden naar andere doelgroepen en sectoren. We starten met deze focus omdat het een erg kwetsbare groep betreft.

Waarom deze inspectieronde over vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM)?

- Het is een thema waarvoor een grote maatschappelijke bekommernis bestaat, met regelmatige belangstelling in de actualiteit.
- Terwijl in de sector van de psychiatrische ziekenhuizen de tweede auditcyclus nog loopt, willen we hiermee al een eerste stap zetten in de richting van risicogestuurd inspecteren in de geestelijke gezondheidszorg.
- We willen samen met de sector de praktijk in kaart brengen, om te bekijken of en waar er verbeterpunten te vinden zijn en welke good practices inspirerend kunnen werken.
- Er is geen specifiek referentiekader over vrijheidsbeperkende maatregelen. De bestaande eisenkaders zijn niet up-to-date en vermelden erg weinig over VBM. We hopen dat onze bevindingen verdere input kunnen geven om het referentiekader over dit onderwerp uit te diepen en te actualiseren.

Doelstellingen van deze inspectieronde zijn:

- zicht krijgen op een belangrijk deelaspect van de kwaliteit van zorg,
- knelpunten kennen en objectiveren,
- verbeterbeleid aanwakken of de sector ondersteunen in zijn verbeterbeleid,
- het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen doen dalen tot een strikt minimum,
- rapporteren aan de sector over de stand van zaken,
- rapporteren aan de burgers,
- input geven voor eventuele aanpassingen in het referentiekader voor de (psychiatrische) ziekenhuizen over het onderwerp vrijheidsbeperkende maatregelen,
- input geven voor de opmaak van een sectoroverschrijdend referentiekader over dit onderwerp.

1.1.2 Doelgroep

Deze inspectieronde vindt plaats in alle afdelingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie (ook K-afdelingen genoemd) in algemene en psychiatrische ziekenhuizen.

Niet enkel de K-afdelingen, maar ook de forensische K-afdelingen worden bezocht. Hierbij zullen niet de specifieke kenmerken van de pilootprojecten van de forensische K-afdelingen geïnspecteerd worden, maar is de invalshoek de kwaliteit van zorg op afdelingen voor minderjarigen.

1.1.3 Kader

Er is geen specifiek referentiekader voorhanden over vrijheidsbeperkende maatregelen voor de ziekenhuizen.

Voor de psychiatrische ziekenhuizen bestaat een referentiekader PZ dat aan actualisatie toe is, hiertoe is een traject lopende.

Als achtergrond bij deze inspectieronde werden een aantal richtlijnen gebruikt:

- NICE guideline, Violence and Aggression: short-term management in mental health, health and community settings, mei 2015
www.nice.org.uk/guidance/ng10
- CPT (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment), the use of restraints in psychiatric institutions, juni 2012
<http://www.cpt.coe.int/en/working-documents/CPT-2012-28-eng.pdf>
- Decreet betreffende de Rechtspositie van de Minderjarige in de Integrale Jeugdhulp
<http://wvg.vlaanderen.be/rechtspositie/02-algemeen/index.htm>
- Safewards (een model uit de UK om escalaties en dwang te voorkomen, met 10 basisinterventies die evidence based zijn)
www.safewards.net
- 6 kernstrategieën van NASMHPD (National Association of State Mental Health Program Directors, USA): 'Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use'
www.nasmhpd.org
- Advies van de Hoge GezondheidsRaad rond dwanginterventie:
www.health.belgium.be/nl/advies-9193-dwanginterventie

Als uitgangspunten worden volgende streefdoelen voorop gesteld:

- Afzondering en separatie mogen als maatregel enkel gehanteerd worden in geval van acuut en ernstig gevaar, voor de patiënt zelf of voor anderen.
- De indicaties voor de afzondering en separatie dienen in detail genoteerd te worden in het dossier.
- Afzondering, separatie en mechanische fixatie worden niet toegepast bij patiënten jonger dan 12 jaar.
- Er wordt geen gebruik gemaakt van de combinatie van afzondering/separatie en mechanische fixatie.
- Notities in het dossier tonen het dagelijks persoonlijk contact door de arts bij patiënten in afzondering of separatie aan.
- Notities in het dossier tonen aan dat er minstens om de 30 minuten verhoogd toezicht is op de patiënt in afzondering of separatie.
- Notities in het dossier tonen aan dat er minstens om de 60 minuten persoonlijk contact is door binnen gaan van een medewerker bij de patiënt in afzondering of separatie.

1.2 INSPECTIEPROCES

1.2.1 Voorbereiding

In een eerste fase werd d.m.v. een webapplicatie een bevraging op afstand georganiseerd. Op deze manier wilde Zorginspectie enerzijds een globale kijk krijgen op het thema, anderzijds wilden we zo de moeilijkheid van het onaangekondigd inspecteren ondervangen en gegevens opvragen die niet bij elke medewerker van de afdeling gekend zijn.

Een overzicht van deze verzamelde gegevens werd op 12 oktober 2016 aan de K-afdelingen teruggekoppeld.

1.2.2 Plaatsbezoeken

De inspectieronde is in december 2016 gestart.

De inspecties ter plaatse zijn onaangekondigd; de keuze voor onaangekondigd inspecteren heeft als meerwaarde dat we beter zicht krijgen op de dagdagelijks geleverde zorg. We zijn daarbij niet enkel geïnteresseerd in vrijheidsberovende en vrijheidsbeperkende maatregelen, maar ook in het preventief beleid en het verbeterbeleid dat gevoerd wordt.

1.2.3 Bronnen

De vaststellingen zijn gebaseerd op de bevraging vooraf, op gesprekken met medewerkers en patiënten, op inzage in procedures en in dossiers, op inzage van cijfergegevens en vergaderverslagen.

1.2.4 Verslag

De vaststellingen die in dit verslag worden beschreven, krijgen geen classificatie als beoordeling (zoals “sterk punt”, “tekortkoming”, “non-conformiteit”, “aanbeveling”).

In het laatste hoofdstuk van dit verslag (Hoofdstuk Conclusie) wordt een overzicht gegeven van de sterke punten en de verbeterpunten in het beleid van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Het ontwerpverslag werd per e-mail bezorgd aan de voorziening. Vervolgens was een periode van 14 kalenderdagen voorzien om opmerkingen en bedenkingen bij de bevindingen in het inspectieverslag via een gemotiveerde reactienota te formuleren. Op basis hiervan kan het ontwerpverslag aangepast worden.

In het kader van de actieve openbaarheid zal Zorginspectie alle inspectieverslagen publiceren op de website www.zorginspectie.be. Dergelijke werkwijze bevordert de transparantie over inspectieresultaten en laat toe om de aandacht voor kwaliteit en veiligheid van zorg in de Vlaamse ziekenhuizen te verlevendigen. We hopen dat ziekenhuizen hierdoor openlijker en actiever gaan communiceren over hun toezichtresultaten en bijhorende verbeteracties.

De individuele inspectieverslagen zullen worden gepubliceerd op de website van Zorginspectie na afronding van het inspectietraject in alle K- en forensische K-afdelingen, samen met de publicatie van het beleidsrapport dat we over deze thematische inspectieronde zullen opmaken.

1.2.5 Beleidsrapport

Zorginspectie maakt een beleidsrapport op bij het afronden van de inspecties m.b.t. vrijheidsbeperkende maatregelen bij minderjarigen in psychiatrische settings. In dit beleidsrapport worden de belangrijkste inspectievaststellingen gegroepeerd en besproken.

Dit rapport kan een rol spelen bij herwerkingen van het referentiekader voor de betrokken sectoren, maar ook ziekenhuizen én het beleid kunnen hiermee aan de slag.

1.3 INSPECTEURS

Anja Claeys
Veerle Meeus

Inspecteur Zorginspectie
Inspecteur Zorginspectie

1.4 LIJST MET DEFINITIES / VERKLARENDE WOORDENLIJST

- **Vrijheidsbeperkende maatregelen** zijn alle (therapeutische) maatregelen die een beperking van de keuzevrijheid en/of de bewegingsvrijheid van de patiënt inhouden, inclusief beperkingen qua contact met de buitenwereld.
- **Vrijheidsberovende maatregelen** zijn alle (therapeutische) maatregelen die een beperking van de bewegingsvrijheid van de patiënt inhouden. Vrijheidsberoving is het ontnemen van de vrijheid om te bewegen (een sterke ruimtelijke inperking van bewegingsvrijheid), bv. door opsluiting (bv. tijdens afzondering) of door het gebruik van fixatiemateriaal.
De begrippen **vrijheidsberoving** en **vrijheidsbeperking** onderscheiden zich van elkaar in graad of intensiteit, maar verschillen niet fundamenteel. Vrijheidsbeperking is breder omschreven en omvat alle vrijheidsberoving.
- **Gedwongen opname:** Het wettelijke kader voor gedwongen opname in Vlaanderen wordt geschetst door de federale wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke van 20 juni 1990. Deze wet bepaalt dat enkel geesteszieken voor gedwongen opname in aanmerking komen, wanneer hun toestand dit vereist en er geen alternatieven mogelijk zijn. De persoon hoort een ernstige bedreiging of gevaar te vormen voor zichzelf en/of voor anderen, en kan enkel gedwongen opgenomen worden wanneer geen alternatieven voorhanden zijn. Belangrijk bij dit alles is dat vooralsnog enkel de gedwongen opname wettelijk geregeld is, maar niet de gedwongen behandeling. Een procedure tot gedwongen opname van een minderjarige kan zowel via de jeugdrechter als via de Procureur des Konings opgestart worden. Deze laatste wordt ingeschakeld wanneer een dringende opname vereist is.
- **Afzondering** is het geheel van maatregelen dat genomen wordt om een patiënt onder te brengen in een daartoe speciaal voorziene afzonderingskamer, al dan niet met fixatie, indien de fysische en/of psychische integriteit van deze persoon of anderen acuut gevaar loopt en er geen enkel ander therapeutisch alternatief beschikbaar is.
- **Separatie** is het geheel van maatregelen dat genomen wordt om een patiënt te verwijderen van de openbare ruimte op een afdeling en onder te brengen in zijn kamer of in een aparte ruimte (maar niet de afzonderingskamer) met een afgesloten deur, indien de fysische en/of psychische integriteit van de persoon of anderen acuut gevaar loopt en er geen enkel ander therapeutisch alternatief beschikbaar is.
- **Fixatie** is elke handeling of gebruik van materiaal die de bewegingsvrijheid beperkt en niet gemakkelijk kan worden verwijderd.
 - **Fysieke interventie:** direct lichamelijk contact dat de bewegingsvrijheid van een persoon beperkt, verhindert of belemmert met als doel de fysieke en/of psychische integriteit van de persoon zelf of andere personen te vrijwaren. Het gaat over een interventie waarbij de persoon door meerdere hulpverleners op een deskundige (veilige en humane) wijze vastgehouden wordt om de bewegingsvrijheid sterk of volledig te beperken. Het kan gaan over het immobiliseren van de persoon (tot de zelfcontrole herwonnen is) of over op een fysiek gecontroleerde wijze de persoon (zich te laten) verplaatsen (bv. om uit de leefruimte te verwijderen of om naar de afzonderingskamer te brengen). Andere termen die worden gebruikt: manuele interventie, holding.
 - **Mechanische fixatie** is het aanwenden van mechanische hulpmiddelen, met uitzondering van ergonomische hulpmiddelen, bevestigd aan of in de directe omgeving van de patiënt die de

- bewegingsvrijheid van de patiënt beperken en die door de patiënt zelf niet kunnen worden opgeheven of verwijderd.
 - **Medicamenteuze fixatie** (ook chemische fixatie genoemd) is het (acuut of chronisch) gebruik van neuroleptische, anxiolytische, sedatieve of hypnotische medicatie om het gedrag te controleren of te beheersen.
- **Dwangmedicatie** is het toedienen van medicatie (vb. kalmeringsmiddelen) zonder toestemming van de patiënt.
- **Dwangbehandeling** is een behandeling die wordt toegepast op (1) een persoon die in staat is zijn toestemming te geven, maar dit weigert, of op (2) een persoon die niet in staat is toe te stemmen, maar zich tegen de behandeling verzet.
- In deze inspectieronde wordt **time-out** gedefinieerd als het geheel van maatregelen die genomen worden om voor een beperkte tijd een patiënt te verwijderen van de openbare ruimte op een afdeling en onder te brengen in zijn kamer of in een aparte ruimte met niet-afgesloten deur.
- **Afzonderingskamer** = een specifiek ingerichte ruimte die gebruikt wordt voor het opsluiten van een patiënt die een ernstig gevaar vormt voor zichzelf en/of anderen en met de bedoeling probleemgedrag te controleren.
- **Time-out kamer** = een specifieke ruimte met niet-afgesloten deur die gebruikt wordt om een patiënt een beperkte tijd in onder te brengen.
- Een **comfortroom** is een prettig ingerichte kamer die op vrijwillige basis gebruikt kan worden door cliënten wanneer zij zich angstig, onrustig of boos voelen. Een comfortroom is geen alternatief voor afzondering maar een ruimte waar cliënten tot rust kunnen komen en zich even kunnen verwijderen van de drukte van de afdeling.
- In de Belgische ziekenhuiswetgeving worden **kinderen** gedefinieerd als minderjarigen die jonger zijn dan 15 jaar: KB 2 april 2014, KB houdende vaststellingen van de normen waaraan het zorgprogramma voor kinderen moet voldoen om erkend te worden, Artikel 1 a.
- Een **minderjarige** is een persoon jonger dan 18 jaar.
- Een **signaleringsplan** of een individueel de-escalatieplan is een hulpmiddel om in een vroeg stadium een dreigende terugval te herkennen en te voorkomen. Het omschrijft wat de patiënt, zijn omgeving en hulpverleners kunnen doen om een crisissituatie te voorkomen. De patiënt leert m.b.v. zijn signaleringsplan zijn gedrag onder controle te krijgen doordat hij vroeg herkenning krijgt van zijn waarschuwingssignalen. Een signaleringsplan bevat minstens:
 - de concrete omschrijving van signalen of vroege voortekenen,
 - de mogelijke acties of stabiliserende maatregelen in de verschillende fasen,
 - wat de patiënt of zijn omgeving kan doen,
 - wat hulpverleners kunnen doen.
- **SGA:** Sterk gedragsgestoord of agressief
- **POS/VOS:** Problematische opvoedingssituatie/verontrustende opvoedingssituatie
- **ASS:** Autisme spectrum stoornis

2 SITUERING VAN DE VOORZIENING

2.1 ERKENNINGSGEGEVENS

AZ Sint-Lucas Brugge is erkend voor:

- 25 K-bedden

2.2 DIRECTIE

Niko Dierickx	Algemeen directeur
Dr. Dirk Bernard	Medisch directeur
Koen Martens	Directeur patiëntenzorg
Gerd Callewaert	Financieel en administratief directeur
Alex Masquelier	Directeur infrastructuur en facilitaire diensten

2.3 ORGANISATIE VAN DE PSYCHIATRISCHE ZORG VOOR KINDEREN EN JONGEREN IN DIT ZIEKENHUIS

AZ Sint-Lucas heeft op de campus 1 afdeling voor psychiatrische zorg voor kinderen en jongeren:

Naam afdeling	Leefgroepen	Leeftijd	Doelgroep	Aantal plaatsen op de afdeling
Kinder- en jeugdpsychiatrie	Leefgroep 1	3-11 jaar	Algemene kinderpsychiatrische problematiek Crisisopname Eetstoornissen SGA POS/VOS Mentale beperking ASS Hechtingsstoornissen, depressie, angststoornissen, psychose	25 K-bedden
	Leefgroep 2	11-15 jaar		
	Leefgroep 3	14-18 jaar		

Opnamecijfers 2015:

Aantal opnames	132
Aantal opnamedagen	5718
Aantal patiënten opgenomen	120
Waarvan aantal patiënten opgenomen onder de 12 jaar	40
Aantal patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter	Niet gekend

Aantal patiënten opgenomen op de dag van inspectie:

Aantal patiënten	19
Aantal minderjarigen (<18j)	19
Aantal < 12j	8
Aantal patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter	Niet gekend

3 AFDELING KINDER- EN JEUGDPSYCHIATRIE

3.1 PREVENTIEF BELEID

De beperking van vrijheidsberoving tot uitzonderlijke en kortdurende interventies is mogelijk wanneer er gekozen wordt voor een breder beleid van preventie van conflicten. Ingrepen in de interactie tussen omgeving, patiënt en hulpverlener blijken effectief in de preventie van conflict en de-escalatie van conflict. Agressie voorkomen en conflictpreventie kunnen op verschillende manieren en niveaus aandacht krijgen. Voorbeelden daarvan zijn:

- Inspraak van patiënten, hun familie en naasten in de zorg is een belangrijk basisaspect voor kwaliteitsvolle zorg: niet enkel de betrokkenheid bij de individuele behandeling, zoals bij het opstellen en evalueren van het behandelplan, maar breder gezien ook de participatie op het beleidsniveau.
- Het verbeteren van patiëntenervaringen: de leefregels die gehanteerd worden, waaronder de mogelijkheden tot contact met buitenwereld, kunnen een effect hebben op het ontstaan en de preventie van conflicten. De aandacht voor ervaringen van patiënten is een belangrijke voorwaarde tot verbetering.
- De bestaffing en de infrastructuur kunnen het gebruik van alternatieven en de mogelijkheden qua de-escalatie beïnvloeden.
- Een aanbod van psycho-educatie of therapiesessies over de-escalatie, agressiebeheersing, zelfcontrole en regulatievaardigheden voor patiënten en hun ouders / naasten.
- Het gebruik van signaleringsplannen. Een signaleringsplan of een individueel de-escalatieplan is een hulpmiddel om in een vroeg stadium een dreigende terugval te herkennen en te voorkomen. Het omschrijft wat de patiënt, zijn omgeving en hulpverleners kunnen doen om een crisissituatie te voorkomen. De patiënt leert m.b.v. zijn signaleringsplan zijn gedrag onder controle te krijgen doordat hij vroeg herkenning krijgt van zijn waarschuwingssignalen.
- Een vormingsbeleid dat gericht is op preventie van conflict, agressiepreventie en de-escalatie, op het gebruik van alternatieven en op het veilig uitvoeren van interventies.
- De opvang na incidenten waarbij debriefing met alle betrokkenen en een post-incident review belangrijke facetten zijn.

3.1.1 Agressiepreventiebeleid

3.1.1.1 Signaleringsplannen

Werkwijze

In de bevraging vooraf werd aan het ziekenhuis gevraagd of ze gebruik maken van signaleringsplannen. Tijdens inspectie werd het gebruikte signaleringsplan beoordeeld. Een signaleringsplan dient minimaal volgende 4 aspecten te bevatten:

- een concrete omschrijving van signalen of vroege voortekenen
- de mogelijke acties / stabiliserende maatregelen in verschillende fasen
- wat de patiënt kan doen
- wat hulpverleners kunnen doen

Tijdens de inspectie werden een aantal patiëntendossiers van patiënten die minstens een maand opgenomen zijn, ingekeken om het gebruik van signaleringsplannen na te gaan.

Vaststellingen

De afdeling geeft in de bevraging aan gebruik te maken van signaleringsplannen. Het gebruikte signaleringsplan bevat niet de 4 gezochte aspecten.

Volgende aspecten ontbreken:

- de mogelijke acties / stabiliserende maatregelen in verschillende fasen

- wat de patiënt kan doen
- wat hulpverleners kunnen doen

Aantal dossiers gecontroleerd op de aanwezigheid van signaleringsplannen	5
Aantal dossiers met een signaleringsplan	0

Een spanningsmeter (beknpte versie van een vroegsignaleringsplan), wordt soms opgemaakt, maar is niet terug te vinden in het dossier. Het wordt bewaard door de patiënt, hierdoor kan mogelijk belangrijke therapeutisch informatie verloren gaan of niet onmiddellijk teruggevonden worden door de begeleiders op momenten van escalatie.

3.1.1.2 De-escalatie

Werkwijze

In de bevraging vooraf werd aan het ziekenhuis gevraagd welke infrastructuur ze hebben die kan gebruikt worden om agressie te vermijden: eenpersoonskamers, time-outkamers, comfortrooms, De infrastructuur werd tijdens het afdelingsbezoek bekeken.

De nachtelijke bestaffing en de mogelijkheid 's nachts om extra hulp in te roepen van collega's bij noodgevallen werd bevraagd.

Er werd gevraagd of men kon aantonen dat er in het behandelaanbod voor patiënten therapiesessies worden georganiseerd over agressiebeheersing, zelfcontrole of regulatievaardigheden en of er in het behandelaanbod psycho-educatie voor ouders van patiënten voorzien is over omgaan met moeilijk gedrag, agressiepreventie en de-escalatie.

Vaststellingen

De afdeling beschikt over volgende soorten patiëntenkamers:

Aantal eenpersoonskamers	Aantal tweepersoons-kamers	Aantal meerpersoonskamers (>2)
0	17	0

Er is op de huidige locatie geen tot zeer beperkte mogelijkheid tot de-escalatie wegens plaatsgebrek. Het ziekenhuis is gestart met de bouw van een nieuwe afdeling kinder- en jeugdpsychiatrie waarvan de ingebruikname voorzien is tegen midden 2018. In deze nieuwbouw is er o.a. het volgende voorzien: voor elke leefgroep een eigen ruime tuin, 2 comfortrooms met patio en een groot fietscircuit voor de kleinsten.

's Nachts is er 1 personeelslid aanwezig op de afdeling.

In geval van nood kan volgende extra hulp opgeroepen worden op de afdeling: via de noodknop kan men bijkomende hulp inroepen van 6 verpleegkundigen, die zich onmiddellijk kunnen vrijmaken

Er zijn in totaal steeds minstens 3 personen beschikbaar binnen 15 minuten. Er is steeds minstens 1 verpleegkundige beschikbaar.

Er kon aangetoond worden dat er in het behandelaanbod sessies zelfcontrole / regulatievaardigheden / agressiebeheersing voorzien zijn voor patiënten: in leefgroep 2 wordt in de PMT sessies 2-wekelijks gewerkt rond omgaan met spanning, agressie-beheersing en zelfcontrole. In de andere leefgroepen gebeurt dit niet op systematische basis.

Er kon aangetoond worden dat er in het behandelaanbod sessies psycho-educatie voor ouders van patiënten over omgaan met moeilijk gedrag/agressiepreventie/de-escalatie voorzien zijn: om de twee weken worden er oudergroepen georganiseerd, waar o.a. ook bovengenoemde onderwerpen aan bod komen. Deze onderwerpen worden tijdens de oudergroepen verder uitgewerkt aan de hand van specifieke vragen en noden van de ouders/ familie.

3.1.2 Het verbeteren van patiëntenervaringen

3.1.2.1 Leefregels

Werkwijze

Tijdens de inspectie werden de (vrijheidsbeperkende) leefregels bevraagd bij personeelsleden en patiënten en werden de infobrochures ingekeken.

- Welke leefregels zijn er die invloed hebben op de vrijheid van patiënten?
- Welke informatie is er over de leefregels voor patiënten?
- Welke controles gebeuren er?
- Zijn er procedures opgemaakt voor de verschillende controles die er gebeuren?

Vaststellingen

Er zijn algemeen geldende leefregels. Er is een brochure met toelichting van de algemeen geldende leefregels voor patiënten.

Volgende (vrijheidsbeperkende) leefregels zijn van toepassing:

- Verplichte kamermomenten (met open deur)

Alle (vrijheidsbeperkende) leefregels worden beschreven in de schriftelijke informatie voor patiënten.

Volgende controles gebeuren op de afdeling:

- drugscreening

Niet voor alle controles die gebeuren zijn procedures opgemaakt.

De werkwijze van volgende controles is niet beschreven in een procedure:

- drugscreening

Aantal bevraagde patiënten	9
Aantal patiënten die aangeven dat de leefregels duidelijk zijn	9

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als je de therapie niet wil volgen. Volgende antwoorden werden gegeven: de groepsleiding moedigt je aan om toch deel te nemen. Er wordt met je gepraat, maar je wordt niet verplicht. Sommigen zeggen dat je dan op de kamer kan blijven, anderen geven aan dat je op de kamer of in de leefgroep kan blijven.

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als men zijn medicatie niet wil innemen. Volgende antwoorden werden gegeven: alle bevraagde patiënten geven aan dat ze dat niet weten, want het had zich nog niet voorgedaan.

3.1.2.2 Contact met de buitenwereld

Werkwijze

Patiënten werden tijdens de inspectie bevraagd over de mogelijkheden die er zijn qua contact met de buitenwereld. Daarnaast werden de onthaalbrochure en het document met de leefregels opgevraagd. Indien niet alle informatie hierin werd teruggevonden werden medewerkers hierrond bevraagd.

Vaststellingen

Contact met de buitenwereld is mogelijk op volgende manieren:

- Bezoek: in principe gaan de kinderen naar huis op woensdagnamiddag en in het weekend. Indien de kinderen niet naar huis kunnen, dan gelden onderstaande bezoeken. Ouders kunnen, in overleg met de begeleiding, ook op andere dan de vastgelegde bezoekmomenten hun kind komen bezoeken.

maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag
		Leefgroep 1: 14u00-19u30 Leefgroep 2 en 3: 14u00-20u00			14u00- 20u00	14u00-20u00

- Telefonisch contact: kinderen kunnen elke avond bellen tussen 18u00 en 20u00. Ook ouders telefoneren bij voorkeur tijdens deze uren met hun kinderen, maar ouders kunnen in principe altijd bellen met hun kinderen en ook de kinderen kunnen, na overleg met de begeleiders, altijd contact opnemen met hun ouders of vertrouwenspersoon.
- Er is gratis toegang tot WIFI in het volledige ziekenhuis. Tijdens de kamermomenten en na het avondeten kunnen de kinderen vrij beschikken over hun GSM en multimedia (laptop, tablet,...). Ook 's nachts kunnen de kinderen hun GSM bijhouden. Voor kinderen uit leefgroep 1 is GSM gebruik niet toegelaten.
- Uitgangsmogelijkheden: dit kan steeds op woensdag en in het weekend onder begeleiding van de ouders. Ook andere momenten zijn mogelijk: dit wordt individueel bekeken, in overleg met ouders en begeleiding. In leefgroep 3 : in de fase voor ontslag mogen ze ook alleen het ziekenhuisdomein verlaten.

Er zijn voldoende mogelijkheden voor contact met de buitenwereld.

Aantal bevraagde patiënten	9
Aantal patiënten die aangeven dat er dagelijks contactmogelijkheden met vrienden/familie zijn	9

3.1.3 **Betrokkenheid van patiënten**

Werkwijze

De organisatie werd bevraagd over de manieren waarop patiënten betrokken worden bij beleidsmatige aspecten van de zorg.

Patiënten werd gevraagd of ze een behandelplan hebben, of ze aanwezig waren op een multidisciplinaire teambespreking van het behandelplan en of hun ouders aanwezig waren op een multidisciplinaire teambespreking van het behandelplan.

Vaststellingen

Patiënten worden beleidsmatig betrokken:

- patiëntenparticipatie op afdelingsniveau: via inspraak in de afdelingsregels
- schriftelijke evaluatie bij ontslag

Aantal bevroagde patiënten	5
Aantal patiënten die aangeven dat ze een behandelplan hebben	5
Aantal patiënten die aanwezig waren op een multidisciplinaire behandelplanbespreking	5
Aantal patiënten van wie een ouder aanwezig was op een multidisciplinaire behandelplanbespreking	5

3.1.4 Inscholing van nieuwe medewerkers

Werkwijze

Het inscholingsprogramma voor nieuwe medewerkers werd opgevraagd tijdens de inspectie.

Er werd in dit programma bekeken of er tijdens de inscholing tijd werd besteed aan vorming over:

- Agressiepreventie of de-escalatie
- Signaleringsplannen
- Het inoefenen van afzonderingstechnieken

Vaststellingen

Het inscholingsprogramma bevat	
Agressiepreventie/de-escalatie	Ja
Signaleringsplannen	Neen
Afzonderingstechnieken inoefenen	Ja

3.1.5 Opvang na incidenten

Werkwijze

Tijdens inspectie werd bevroagd of er debriefing gebeurt na ernstige agressie-incidenten en met wie dit gebeurt. Er werd nagevraagd of er een specifiek team voorzien is voor psychologische opvang van medewerkers na ernstige incidenten.

Er werd een voorbeeld opgevraagd van een incidentanalyse met verslaggeving van een ernstig agressie-incident, hierbij werd nagegaan of er aandacht is voor verbeterpunten met oog op preventie in de toekomst.

Patiënten werden gevraagd of ze geïnformeerd waren over de maatregelen die bij ernstige agressie-incidenten worden genomen.

Vaststellingen

Medewerkers geven aan dat er na ernstige agressie-incidenten steeds debriefing gebeurt:

- Binnen het team

Medewerkers geven aan dat er na ernstige agressie-incidenten niet steeds debriefing gebeurt:

- Met patiënt zelf
- Met medepatiënten

Er is een specifiek team voorzien voor psychologische opvang van medewerkers na ernstige incidenten.

Een incident-analyse met verslaggeving van een ernstig agressie-incident kon niet aangetoond worden.

Aantal bevraagde patiënten	8
Aantal patiënten die aangeven dat ze informatie kregen over de maatregelen bij ernstige agressie-incidenten	8

3.2 AFZONDERING EN SEPARATIE

3.2.1 **Beleid en Procedure**

Werkwijze

De cijfers van 2015 m.b.t. afzondering en separatie werden opgevraagd.

Tijdens inspectie werd de procedure / visietekst voor afzondering en separatie opgevraagd en werd het beleid besproken.

Er werd nagegaan of deze procedure / visietekst volgende elementen bevat:

- De definitie van afzondering en separatie (= minstens afgesloten deur van de kamer vernoemd)
- Zo weinig mogelijk
- Zo kort mogelijk
- Proportionaliteit: minst ingrijpende maatregel/graduele aanpak/gefaseerde manier
- Indicaties en/of tegenindicaties
- Alternatieven
- Eindverantwoordelijke
- Wie mag uitvoeren?
- Toezicht: frequentie en vorm
 - minstens om de 30 minuten toezicht op de patiënt in afzondering of separatie.
 - minstens om de 60 minuten persoonlijk contact door binnen gaan van een medewerker bij de patiënt in afzondering of separatie.
- Frequentie van evaluatie van de maatregel
- Registraties in het dossier

Er werd in de procedure nagegaan of rekening wordt gehouden met volgende richtlijnen:

- Afzondering en separatie zijn niet toegestaan onder 12 jaar.
- De redenen voor afzondering en separatie volgens de procedure zijn beperkt tot acuut gevaar voor zichzelf of acuut gevaar voor anderen.

De schriftelijke informatie rond afzondering en separatie voor kinderen/jongeren en voor familie/naasten werd opgevraagd.

Vaststellingen

In 2015 waren er 55 afzonderingen bij 21 patiënten van de afdeling.

In 2015 gebeurden er geen separaties op de kamer. Men startte hiermee, bij wijze van proef, in leefgroep 1 sinds midden 2016.

Er is 1 afzonderingskamer op de afdeling.

Er gebeuren separaties op patiëntenkamers. (Enkel in leefgroep 1)

Er is een uitgeschreven procedure / visietekst voor afzondering en separatie.

De procedure bevat niet alle gecontroleerde elementen.

Volgende elementen ontbreken in de procedure:

- Definitie van separatie

- Proportionaliteit
- Alternatieven
- Toezicht: frequentie en vorm
 - minstens om de 30 minuten toezicht op de patiënt in afzondering of separatie.
 - minstens om de 60 minuten persoonlijk contact door binnen gaan van een medewerker bij de patiënt in afzondering of separatie.

In de procedure staat beschreven:

- Afzondering en separatie is ook toegestaan onder 12 jaar, een leeftijdsgrens wordt niet vermeld voor afzondering en separatie
- Volgende reden(en) voor afzondering en/of separatie worden vermeld in de procedure:
 - Afzondering en/of separatie gebeurt soms preventief bv. bij verbale agressie, ontwrichtend naar de groep,
 - Afzondering en/of separatie kan gebeuren op eigen vraag van de patiënt
 - Duidelijke aanwezigheid van controleverlies

Er is geen schriftelijke informatie rond afzondering en separatie voor kinderen/jongeren.

Er is geen schriftelijke informatie rond afzondering en separatie voor familie/naasten.

3.2.2 Toepassing in de praktijk

Werkwijze

Er werd gevraagd of afzonderingen en separaties worden genoteerd in een register.

De registers van een steekproef van patiënten in afzondering en separatie van het voorbije jaar werden gecontroleerd.

Er werd nagegaan of de registraties minstens volgende gegevens bevat:

- identificatie patiënt
- datum
- beginuur
- einduur
- reden van afzondering of separatie
- naam of handtekening verantwoordelijke arts
- naam of handtekening verantwoordelijke verpleegkundige

Er werd gekeken naar de reden voor afzondering of separatie, de duur van de afzondering of separatie, de eventuele extra maatregelen en naar de notities over toezicht tijdens de afzondering of separatie.

Vaststellingen

Er wordt een register bijgehouden over afzonderingen.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	10
Aantal registratieformulieren met alle gegevens	10

Er werd gekeken naar de redenen die genoteerd werden in de gecontroleerde registraties.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	10
Aantal zonder reden van afzondering	0
Aantal met als reden gevaar voor de patiënt of gevaar voor anderen (fysieke agressie, ernstig suïcidaal)	3
Aantal met een andere reden dan gevaar voor de patiënt of gevaar voor anderen	7
Aantal met als reden: op eigen vraag	1
Aantal met als reden: overlast	5

Aantal met als reden: sanctie	0
Aantal met als reden: procedure	0
Aantal met andere reden: emotionele blokkage	1

Er werd gekeken naar de duur.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	10
Aantal korter dan 1u	7
Aantal 1 - 6u	3
Aantal 6- 12u	0
Aantal 12-24u	0
Aantal langer dan 24u	0

Er werd gekeken naar eventuele extra maatregelen.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	10
Aantal met mechanische fixatie	0
Aantal met crisismedicatie	4

Er werd gekeken naar de notities over toezicht op de patiënten die langer dan een half uur in afzondering waren.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten langer dan een half uur in afzondering	5
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 30 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	1
Aantal gecontroleerde registraties van patiënten langer dan 1 uur in afzondering	3
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 60 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	1
Aantal periodes langer dan 60 min zonder toezicht in dossier/register	2
Opsomming van de duur van de periodes zonder toezicht: 1u15min, 1u35min	
Aantal afzonderingen met notities over persoonlijk contact van de arts met patiënt in afzondering	0
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 60 minuten notities over binnen gaan in de afzonderingskamer in dossier/register staan	1
Aantal gecontroleerde registraties van patiënten langer dan 120 minuten in afzondering	0
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 120 minuten notities over binnen gaan in de afzonderingskamer in dossier/register staan	NVT
Aantal periodes langer dan 120 min zonder notities in dossier/register over binnen gaan	NVT
Opsomming van de duur van de periodes zonder binnen gaan: NVT	
Aantal afzonderingen langer dan 24u	0
Aantal afzonderingen langer dan 24u met notities over dagelijks persoonlijk contact met de arts	NVT

Er worden niet systematisch notities gemaakt over toezicht en persoonlijk contact tijdens de afzondering. In het enkele geval waar notities konden teruggevonden worden was het duidelijk of het om toezicht ging of om persoonlijk contact.

Er wordt een register bijgehouden over separaties.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in separatie	2
Aantal registratieformulieren met alle gegevens	2
Aantal registratieformulieren met ontbrekende gegevens	0

Er werd gekeken naar de redenen die genoteerd werden in de gecontroleerde registraties.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in separatie	2
Aantal zonder reden van separatie	0
Aantal met als reden gevaar voor de patiënt of gevaar voor anderen (fysieke agressie, ernstig suïcidaal)	0
Aantal met een andere reden dan gevaar voor de patiënt of gevaar voor anderen	2
Aantal met als reden: op eigen vraag	0
Aantal met als reden: overlast	2
Aantal met als reden: sanctie	0
Aantal met als reden: procedure	0
Aantal met andere reden:	0

Er werd gekeken naar de duur.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in separatie	2
Aantal korter dan 1u	2
Aantal 1 - 6u	0
Aantal 6- 12u	0
Aantal 12-24u	0
Aantal langer dan 24u	0

Er werd gekeken naar eventuele extra maatregelen.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in separatie	2
Aantal met mechanische fixatie	0
Aantal met crisismedicatie	0

3.2.3 Infrastructuur van de afzonderings- en separatieruimtes

Werkwijze

Alle ruimtes die gebruikt worden voor afzondering en separatie werden gecontroleerd (uitgezonderd de patiëntenkamers).

Volgende aspecten van de infrastructuur werden gecontroleerd:

- veiligheid inzake automutilatie / verhanging,
- rookdetectie,
- een beloproepsysteem dat steeds bereikbaar is (ook voor gefixeerde patiënten indien mechanische fixatie wordt toegepast),
- de mogelijkheid tot visueel toezicht,
- een (aan de doelgroep aangepaste) klok,
- voldoende privacy,
- daglicht.

Vaststellingen

Aantal gecontroleerde afzonderingsruimtes	1
Aantal in orde qua veiligheid inzake automutilatie / verhanging	1
Aantal in orde qua rookdetectie	1
Aantal in orde qua bereikbaar beloproepsysteem	0
Aantal in orde qua visueel toezicht	1
Aantal in orde qua aangepaste tijdsaanduiding	0
Aantal in orde qua privacy	1
Aantal in orde qua daglicht	1

- Er is geen beloproepsysteem aanwezig in de afzonderingsruimte.
- De tijdsaanduiding is niet aangepast aan de doelgroep: kinderen jonger dan 6 jaar en kinderen met een mentale beperking.

Separatie gebeurt op de patiëntenkamers in leefgroep 1 dit leidt tot volgende knelpunten:

- In een patiëntenkamer is er een groot risico voor het oplopen van verwondingen, gezien de aanwezigheid van onveilig meubilair, persoonlijke spullen, radiator.
- Via het raam in de deur heeft men geen zicht op de volledige kamer, waardoor het visueel toezicht op de patiënt niet kan gegarandeerd worden.
- Het raam in de deur is voorzien van een gordijn langs de buitenkant en geeft uit op de gang, waardoor privacy niet gegarandeerd kan worden.

Indien de indicatie tot afzondering en separatie beperkt is tot gevaar voor zichzelf en anderen, dan stelt zich de vraag of separatie op een onveilige patiëntenkamer aangewezen is.

3.3 FIXATIE

3.3.1 **Beleid en Procedures**

Werkwijze

Het beleid en de cijfers van 2015 m.b.t. fixatie werden bevraagd.
Tijdens inspectie werd de procedure / visietekst voor fixatie opgevraagd.

Er werd nagegaan of deze procedure / visietekst volgende elementen bevat:

- De definitie van fixatie (mechanische fixatie, fysieke interventie en medicamenteuze fixatie: indien toegepast)
- Zo weinig mogelijk
- Zo kort mogelijk
- Indicaties en/of tegenindicaties
- Alternatieven
- Eindverantwoordelijke
- Wie mag uitvoeren?
- Toezicht: frequentie en vorm
- Frequentie van evaluatie van de maatregel
- Registraties in het dossier
- Indien medicamenteuze fixatie wordt toegepast:
 - Enkel met medisch order
 - Toediening enkel door arts of verpleegkundige

Er werd in de procedure nagegaan of rekening wordt gehouden met volgende richtlijnen:

- De combinatie van mechanische fixatie en afzondering is niet toegelaten.
- Mechanische fixatie is niet toegestaan onder 12 jaar.
- De redenen voor fixatie volgens de procedure zijn beperkt tot acuut gevaar voor zichzelf of acuut gevaar voor anderen.

Vaststellingen

Men geeft aan:

- geen mechanische fixatie toe te passen
- medicamenteuze fixatie toe te passen.

Tijdens inspectie werd aangegeven dat fysieke interventie als alternatief voor afzondering of separatie wordt gebruikt.

In 2015 waren er geen mechanische fixaties.

Er is geen uitgeschreven procedure / visietekst fixatie, aangezien er geen mechanische fixatie wordt toegepast. De toepassing van fysieke interventie als alternatief voor afzondering en van medicamenteuze fixatie is niet in een procedure beschreven.

Er is materiaal voor mechanische fixatie op de dienst aanwezig, maar dit wordt nooit gebruikt.

3.3.2 Toepassing in de praktijk

Werkwijze

In de bevraging vooraf werd aan de afdelingen die mechanische fixatie toepassen gevraagd welk fixatiemateriaal ter beschikking is, dit materiaal werd tijdens de inspectie nogmaals bevraged.

Indien mechanische fixatie werd toegepast, werden een aantal dossiers van patiënten die het voorbije jaar mechanisch gefixeerd werden, gecontroleerd. Er werd gekeken naar de leeftijd van de patiënt (jonger of ouder dan 12 jaar), de duur van mechanische fixatie en het type fixatiemiddel.

Vaststellingen

De afdeling beschikt over volgend fixatiemateriaal:

- Polsbanden
- Enkelbanden
- Lendegordel/zweedse gordel

In de reactienota werd aangegeven dat het fixatiemateriaal werd verwijderd van de dienst.

Men beschikt over een wikkeldeken/swaddle (een brandvrij deken).

Er werden geen dossierchecks gedaan omdat er het voorbije jaar geen mechanische fixaties werden toegepast.

3.4 VERBETERBELEID

Registratiesystemen dienen als basis voor veiligheids- en kwaliteitsmonitoring.

Verder is het engagement van de verschillende bestuursniveaus belangrijk in de vermindering van het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen.

3.4.1 Verzamelen van informatie

3.4.1.1 Preventief klimaat

Werkwijze

In de bevraging vooraf werd nagevraagd over welke onderwerpen de voorbije 5 jaar evaluaties gebeurden:

- Leefregels van de afdelingen
- Ervaringen van patiënten, familie/naasten en medewerkers
- Registraties van afzonderingen

Tijdens de inspectie werd verslaggeving van deze evaluaties opgevraagd.

Vaststellingen

Er kon aangetoond worden dat leefregels geëvalueerd werden (de voorbije 5 jaar) door:

- Medewerkers in 2016 d.m.v. werkvergaderingen om de 2 weken
- Patiënten in 2016 d.m.v. gesprekken tijdens werkbegeleidingsmomenten

Er kon niet aangetoond worden dat de leefregels (de voorbije 5 jaar) geëvalueerd werden door:

- Familie en naasten

Er gebeurde de laatste 5 jaar een medewerkerstevredenheidsmeting op deze afdeling. In 2016 d.m.v. een bevraging (Employee Well-being Survey) door de arbeidsgeneeskundige dienst Provikmo.

Er gebeurde de voorbije 5 jaar een patiëntentevredenheidsmeting op deze afdeling. In 2016 d.m.v. een enquête bij ontslag

Er gebeurde de laatste 5 jaar een tevredenheidsmeting bij familie/naasten op deze afdeling. In 2015 d.m.v. een enquête bij ontslag.

3.4.1.2 Agressie-incidenten, afzonderen, separeren en fixeren

Werkwijze

In de bevraging vooraf werden de cijfergegevens opgevraagd over agressie-incidenten, afzonderingen, separaties en mechanische fixaties.

Tijdens de inspectie werden de cijfergegevens vergeleken met de vaststellingen ter plaatse.

Vaststellingen

Agressie-incidenten worden geregistreerd. Er zijn cijfers over agressie-incidenten beschikbaar op afdelingsniveau.

Afzonderingen worden geregistreerd. Separaties worden geregistreerd. Er zijn cijfers over afzonderingen en separaties beschikbaar op afdelingsniveau.

De cijfergegevens bevatten:

- Zowel afzonderingen als separaties in de patiëntenkamer.

De voorbije 5 jaar gebeurden geen interne audits over de kwaliteit van de registraties over afzonderingen en separaties.

Er gebeuren geen mechanische fixaties.

3.4.2 Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal

Werkwijze

Tijdens inspectie werd verslaggeving opgevraagd over de bespreking van de beschikbare analyserapporten op de verschillende beleidsniveaus (afdeling, directie, Raad van Bestuur):

- Analyse van het VBM-beleid
- Cijfers rond agressie-incidenten
- Cijfers rond afzondering

Daarnaast werd een analyserapport opgevraagd dat de voorbije jaren werd gemaakt over de beschikbare registratiegegevens over afzondering, separatie en (mechanische) fixatie.

Vaststellingen

Het ziekenhuis kan met verslaggeving aantonen dat volgende cijfers besproken worden op de verschillende beleidsniveaus:

	afdeling	directie	Raad van Bestuur
Cijfers over agressie-incidenten	Neen	Ja	Neen
Cijfers over afzondering / separatie	Ja	Ja	Neen
Cijfers over mechanische fixatie	NVT	NVT	NVT

De cijfers over afzondering / separatie van 2016 werden bezorgd aan alle medewerkers van de afdeling en staan ingepland om te bespreken in de verschillende leefgroepen.

Er kon aangetoond worden dat er in 2016 een analyserapport werd gemaakt over vrijheidsbeperkende maatregelen.

Dit analyserapport bevat informatie over:

- Afzonderingen: aantal afzonderingen, aantal patiënten afgezonderd, aantal afgezonderde patiënten per leefgroep

In dit rapport is het aantal beschikbare cijfergegevens op afdelingsniveau onvoldoende om een inhoudelijke evaluatie te kunnen maken van het beleid inzake vrijheidsbeperkende maatregelen, minstens zijn bijkomend nodig: duur, reden en contextuele factoren van de afzonderingen.

4 CONCLUSIE

In de conclusie worden de afdelingen niet afzonderlijk beoordeeld, de conclusie wordt beschreven op campusniveau. Er wordt pas een sterk punt geformuleerd als alle afdelingen goed scoren, een verbeterpunt kan geformuleerd worden als niet op alle afdelingen of voor alle patiënten aan de verwachte richtlijnen wordt voldaan.

4.1 STERKE PUNTEN

Preventief beleid

- In de schriftelijke informatie voor patiënten staan alle (vrijheidsbeperkende) leefregels beschreven.
- Er zijn weinig algemene leefregels, er is veel vrijheid in de leefregels.
- Er is dagelijks mogelijkheid tot contact met de buitenwereld.
- Patiënten en familie/naasten zijn systematisch aanwezig bij de multidisciplinaire bespreking van het behandelplan.
- Patiënten worden betrokken bij het beleid van de afdelingen.
- Er gebeurt systematische debriefing met medewerkers.
- Er gebeuren regelmatig tevredenheidsmetingen bij patiënten.
- Er gebeuren regelmatig tevredenheidsmetingen bij familie/naasten.

Afzonderings- en separatiebeleid

- Goede kwaliteit van registreren over afzonderen:
 - de redenen voor afzondering en separatie worden in een verslag omstandig omschreven.

Fixatiebeleid

- Beleid waar geen mechanische fixatie wordt toegepast.
- Fysieke interventie wordt gebruikt als alternatief voor afzondering.

Verbeterbeleid

- Er gebeuren frequente evaluaties van leefregels met medewerkers en patiënten.
- Er is jaarlijks een analyserapport met de verzamelde gegevens over VBM.

4.2 VERBETERPUNTEN

Het ziekenhuis dient onderstaande aspecten van het beleid inzake vrijheidsbeperkende maatregelen op te nemen in het verbeterbeleid.

Preventief beleid

- Het gebruikte signaleringsplan evalueren t.o.v. de 4 criteria.
- Meer gestructureerd gebruik maken van signaleringsplannen op alle afdelingen.
- Het gebruik van signaleringsplannen toevoegen aan het patiëntendossier.
- Meer alternatieve mogelijkheden voorzien voor de-escalatie, ook op het vlak van de infrastructuur.
- Het uitschrijven van procedures over alle controles die gebeuren op de afdelingen.
- Meer aandacht geven aan systematische debriefing met patiënten en medepatiënten.
- Het systematisch analyseren van ernstige incidenten als verbeterinstrument.

Afzonderings- en separatiebeleid

- De procedure afzondering / separatie vervolledigen.

- De procedure afzondering / separatie aanpassen aan de richtlijnen.
- Meer geschreven informatie voorzien voor patiënten en naasten over beleid van afzondering / separatie.
- De infrastructuur van afzonderingskamers / separatieruimtes aanpassen.
- De redenen voor afzondering / separatie beperken tot gevaar.
- De notities en de registratie van het toezicht aanpassen:
 - Om het half uur notities over toezicht op de patiënt in afzondering en separatie.
 - Om het uur de registratie van binnen gaan in de afzonderingskamer/separatieruimte voorzien.

Fixatiebeleid

- De toepassing van fysieke interventie als alternatief voor afzondering en de toepassing van medicamenteuze fixatie beschrijven in een procedure.

Verbeterbeleid

- Meer cijfergegevens verzamelen over afzonderingen zodat diepgaander inhoudelijke analyses mogelijk zijn.
- De cijfergegevens over vrijheidsbeperkende maatregelen jaarlijks bespreken op de drie beleidsniveaus, ook op niveau van de afdeling en Raad van Bestuur.
- Jaarlijkse evaluatie van leefregels door familie/naasten.