

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	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Geel
Adres	Dr. Sanodreef 4, 2440 Geel
Telefoon	014 57 91 11
Dossiernummer	E939

INRICHTENDE MACHT

Naam	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Geel
Juridische vorm	VLGEWEM
Ondernemingsnummer	0850465613
Adres	Dr. Sanodreef 4, 2440 Geel
Telefoon	014 57 91 11

UITBATINGSPLAATS

Naam	Openbaar Psychiatrisch Zorgcentrum Geel
Adres	Dr. Sanodreef 4, 2440 Geel

OPDRACHT

Nummer	O-2017-MAPU-0026
Datum	24-01-2017
Inspecteurs	XXXX, XXXX, XXXX

VERSLAG

Nummer	V-2017-LIVI-0003
Datum	21-02-2017

INSPECTIEBEZOEK

Soort	Onaangekondigd bezoek op 20/02/2017 van 9u30-15u30
-------	--

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
1.1	Toezicht door Zorginspectie	5
1.1.1	Doelstellingen	5
1.1.2	Doelgroep	5
1.1.3	Kader	5
1.2	Inspectieproces	7
1.2.1	Vorbereiding	7
1.2.2	Plaatsbezoeken	7
1.2.3	Bronnen	7
1.2.4	Verslag	7
1.2.5	Beleidsrapport	7
1.3	Inspecteurs	8
1.4	Lijst met definities / Verklarende woordenlijst	8
2	Situering van de voorziening	10
2.1	Erkenningsgegevens	10
2.2	Directie	10
2.3	Organisatie van de psychiatrische zorg voor kinderen en jongeren in dit ziekenhuis	10
3	Afdeling Reguliere K	12
3.1	Preventief Beleid	12
3.1.1	Agressiepreventiebeleid	12
3.1.1.1	Signaleringsplannen	12
3.1.1.2	De-escalatie	13
3.1.2	Het verbeteren van patiëntenervaringen	14
3.1.2.1	Leefregels	14
3.1.2.2	Contact met de buitenwereld	14
3.1.3	Betrokkenheid van patiënten	15
3.1.4	Inscholing van nieuwe medewerkers	16
3.1.5	Opvang na incidenten	16
3.2	Afzondering en separatie	17
3.2.1	Beleid en Procedure	17
3.2.2	Toepassing in de praktijk	18
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	Afdeling For K	25
4.1	Preventief Beleid	25
4.1.1	Agressiepreventiebeleid	25
4.1.1.1	Signaleringsplannen.....	25
4.1.1.2	De-escalatie	26
4.1.2	Het verbeteren van patiëntenervaringen.....	27
4.1.2.1	Leefregels.....	27
4.1.2.2	Contact met de buitenwereld	28
4.1.3	Betrokkenheid van patiënten	28
4.1.4	Inscholing van nieuwe medewerkers	29
4.1.5	Opvang na incidenten.....	29
4.2	Afzondering en separatie	30
4.2.1	Beleid en Procedure	30
4.2.2	Toepassing in de praktijk	31
4.2.3	Infrastructuur van de afzonderings- en separatieruimtes	33
4.3	Fixatie	33
4.3.1	Beleid en Procedures.....	33
4.3.2	Toepassing in de praktijk	34
4.4	Verbeterbeleid.....	35
4.4.1	Verzamelen van informatie	35
4.4.1.1	Preventief klimaat	35
4.4.1.2	Agressie-incidenten, afzonderen, separeren en fixeren	35
4.4.2	Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal	36
5	Afdeling Crisisunit.....	37
5.1	Preventief Beleid	37
5.1.1	Agressiepreventiebeleid	37
5.1.1.1	Signaleringsplannen.....	37
5.1.1.2	De-escalatie	38
5.1.2	Het verbeteren van patiëntenervaringen.....	39
5.1.2.1	Leefregels.....	39
5.1.2.2	Contact met de buitenwereld	40
5.1.3	Betrokkenheid van patiënten	40
5.1.4	Inscholing van nieuwe medewerkers	41
5.1.5	Opvang na incidenten.....	41
5.2	Afzondering en separatie	42

5.2.1	Beleid en Procedure	42
5.2.2	Toepassing in de praktijk	43
5.2.3	Infrastructuur van de afzonderings- en separatieruimtes	45
5.3	Fixatie	45
5.3.1	Beleid en Procedures	45
5.3.2	Toepassing in de praktijk	46
5.4	Verbeterbeleid	47
5.4.1	Verzamelen van informatie	47
5.4.1.1	Preventief klimaat	47
5.4.1.2	Agressie-incidenten, afzonderen, separeren en fixeren	47
5.4.2	Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal	48
6	Conclusie	49
6.1	Sterke punten	49
6.2	Verbeterpunten	49

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 waarrond 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 aanwakkeren 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

XXXX	Inspecteur Zorginspectie
XXXX	Inspecteur Zorginspectie
XXXX	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 voornamelijk 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 fysieke 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 fysieke 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

Het OPZ Geel is erkend voor:

- 16 K-bedden
- 4 k-bedden

Daarnaast heeft het ziekenhuis ook:

- 8 for K-bedden en 2 crisisbedden als pilootproject

2.2 DIRECTIE

XXXX	Administrateur generaal
XXXX	Algemeen directeur Patiëntenzorg
XXXX	Hoofdgeneesheer, directeur medisch departement
XXXX	Directeur divisie Jongeren en paramedisch departement
XXXX	Directeur divisie Ouderen en verpleegkundig departement
XXXX	Directeur divisie Volwassenen
XXXX	Adjunct-hoofdgeneesheer Jongeren
XXXX	Adjunct-hoofdgeneesheer Ouderen
XXXX	Adjunct-hoofdgeneesheer Volwassenen
XXXX	Directeur Financiële en Technische diensten
XXXX	Directeur Administratieve en facilitaire diensten

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

Het OPZ Geel heeft 3 afdelingen voor psychiatrische zorg voor kinderen en jongeren:

Naam afdeling	Leefgroepen	Leeftijd	Doelgroep	Aantal plaatsen op de afdeling
Crisisunit	crisisunit	12 – 18 jaar	Algemene kinderpsychiatrische problematiek Crisisopname Verslavingsproblematiek Eetstoornissen SGA Misdrijf/delict POS/VOS Mentale beperking ASS	1 K-bed 1 For K-bed 1 crisis For K-bed 1 A-bed
For K	For K	12 – 18 jaar	Algemene kinderpsychiatrische problematiek Verslavingsproblematiek SGA Misdrijf/delict POS/VOS ASS	7 For K-bedden

Reguliere K	Kids	5 – 10 jaar	Algemene kinderpsychiatrische problematiek Crisisopname Eetstoornissen SGA POS/VOS Mentale beperking ASS	15 K-bedden 4 k-bedden
	Tieners	10 – 14 jaar	Algemene kinderpsychiatrische problematiek Crisisopname SGA POS/VOS Mentale beperking ASS	

Opnamecijfers Reguliere K 2015:

	Kids	Tieners
Aantal opnames	46	106
Aantal opnamedagen	2308	2339
Aantal patiënten opgenomen	40	82
Waarvan aantal patiënten opgenomen onder de 12 jaar	36	25
Aantal patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter	0	0

Opnamecijfers For-K 2015:

Aantal opnames	40
Aantal opnamedagen	2333
Aantal patiënten opgenomen	22
Waarvan aantal patiënten opgenomen onder de 12 jaar	0
Aantal patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter	22

De crisisunit opende zijn deuren op 1 augustus 2016. Voor deze afdeling zijn er geen opnamecijfers voor 2015.

Aantal patiënten opgenomen op Reguliere K op de dag van inspectie:

Aantal patiënten	16
Aantal minderjarigen (<18j)	16
Aantal < 12j	8
Aantal patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter	0

Aantal patiënten opgenomen op For-K op de dag van inspectie:

Aantal patiënten	7
Aantal minderjarigen (<18j)	7
Aantal < 12j	0
Aantal patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter	7

Aantal patiënten opgenomen op de crisisunit op de dag van inspectie:

Aantal patiënten	5
Aantal minderjarigen (<18j)	5
Aantal < 12j	0
Aantal patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter	1

3 AFDELING REGULIERE K

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 therapie sessies 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

Afdeling Reguliere K geeft in de bevraging aan gebruik te maken van signaleringsplannen.

In de praktijk maakt men op de afdeling geen gebruik van een specifiek document dat de gezochte informatie bundelt. Bij sommige patiënten zijn deelaspecten hiervan verspreid in het patiëntendossier genoteerd.

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 afdelingen kinder- en jeugdpsychiatrie beschikken sinds 2016 over een nieuwbouw.

De afdeling beschikt over volgende soorten patiëntenkamers:

Aantal eenpersoonskamers	Aantal tweepersoonskamers	Aantal meerpersoonskamers (>2)
20	0	0

Daarnaast is volgende infrastructuur voorhanden om de-escalatie mogelijk te maken:

Beide leefgroepen hebben aanpalend aan de leefgroepruimte een eigen tuin. De tuinen hebben een omheining, maar het hekje kan niet afgesloten worden. Vanuit aspect toezicht en veiligheid lijkt de mogelijkheid om de tuin af te sluiten een meerwaarde.

Elke leefgroep heeft naast een afzonderingskamer die met gesloten deur wordt gebruikt, ook een comfortroom die met open deur wordt gebruikt.

's Nachts is er 1 medewerker aanwezig op de afdeling voor beide leefgroepen.

In geval van nood kan volgende extra hulp opgeroepen worden op de afdeling: een 5-tal extra medewerkers, zoals de beide nachtwakers en collega's van andere afdelingen.

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 het behandelaanbod zijn er sessies relaxatietechnieken, kinderyoga en sociale vaardigheden voorzien.

Er kon niet aangetoond worden dat er in het behandelaanbod sessies psycho-educatie voor ouders van patiënten over omgaan met moeilijk gedrag/agressiepreventie/de-escalatie voorzien zijn.

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:

- kamercontrole
- bagagecontrole
- drugscreening

Niet voor alle controles die gebeuren zijn procedures opgemaakt. De werkwijze van volgende controles is niet beschreven in een procedure:

- kamercontrole
- bagagecontrole
- drugscreening

Aantal bevraagde patiënten	6
Aantal patiënten die aangeven dat de leefregels duidelijk zijn	6

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als je de therapie niet wil volgen. Volgende antwoorden werden gegeven: 'dan moet je een uur op de kamer blijven'.

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als men zijn medicatie niet wil innemen. Volgende antwoorden werden gegeven: 'medicatie moet je nemen', 'het moet van de dokter', 'als je medicatie niet wil nemen dan zegt de begeleiding dat ze het aan je ouders zullen moeten zeggen', 'als je het niet wil nemen dan krijg je een uur kamerrust'.

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 is niet toegelaten op de afdeling, er wordt verwacht dat je met bezoek naar huis of buiten de afdeling gaat. Bezoek is mogelijk op woensdagnamiddag.

	maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag
Kids			13u30-19u				
Tieners			13u30-20u				

- Telefonisch contact:
Kids: Ouders kunnen elke avond naar de medewerkers bellen om te weten hoe de dag verlopen is. Op vraag kunnen de kinderen ook naar huis bellen, maar de kinderen mogen niet allemaal alle dagen bellen.
Tieners: op maandag, dinsdag- en donderdagavond kunnen patiënten na afspraak 15 minuten gebruik maken van hun GSM.
Er is een GSM van de afdeling voor wie zelf geen GSM heeft, jongeren die gebruik maken van deze afdelingstelefoon mogen 5 minuten bellen. Deze telefoon mag volgens patiënten niet elke dag gebruikt worden.
Als de batterij van je GSM plat is, kan je niet bellen. De GSM-batterij opladen moet je thuis doen, dat mag niet op de afdeling.
- Post: brieven kunnen gestuurd worden naar de afdeling.
- Uitgangsmogelijkheden: woensdagnamiddag en in het weekend (van vrijdag 14u tot zondagavond) kunnen kinderen met ouders of grootouders naar huis gaan.

Er is geen dagelijks contact met de buitenwereld mogelijk.

Aantal bevroegde patiënten	6
Aantal patiënten die aangeven dat er dagelijks contactmogelijkheden met vrienden/familie zijn	3

3.1.3 Betrokkenheid van patiënten

Werkwijze

De organisatie werd bevroegd 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 niet beleidsmatig betrokken.

Aantal bevroegde patiënten	5
Aantal patiënten die aangeven dat ze een behandelplan hebben	5
Aantal patiënten die aanwezig waren op een multidisciplinaire behandelplanbespreking	2
Aantal patiënten van wie een ouder aanwezig was op een multidisciplinaire behandelplanbespreking	4

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 bevraagd 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
- Met patiënt zelf
- Met medepatiënten

Niet alle patiënten bevestigen dat er debriefing is na ernstige agressie-incidenten (3/6).

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

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

Aantal bevraagde patiënten	6
Aantal patiënten die aangeven dat ze informatie kregen over de maatregelen bij ernstige agressie-incidenten	6

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 32 afzonderingen bij 17 Tieners en 41 afzonderingen bij 12 Kids. In verschillende documenten werden andere cijfergegevens terug gevonden (een andere bron vermeldt in 2015 31 afzonderingen bij 17 Tieners en 39 afzonderingen bij 12 Kids).

Medewerkers geven aan dat er in 2015 op deze afdeling geen separaties werden toegepast.

In de cijfers van 2016 zijn er 53 afzonderingen bij 18 Tieners geteld en 14 afzonderingen bij 5 Kids. Cijfers over het aantal separaties die in 2016 bij Kids werden toegepast, zijn niet beschikbaar.

Er zijn 2 afzonderingskamers op de afdeling Reguliere K, deze worden met een naamkaartje aangeduid als time-outruimtes. Er zijn meerdere andere benamingen in gebruik zoals stille kamer, afzonderingskamer en PAR. Daarnaast zijn er 2 comfortrooms die enkel met open deur worden gebruikt.

In de leefgroep Tieners gebeuren geen separaties, enkel afzonderingen, m.a.w. enkel de deur van de afzonderingskamer gaat op slot.

Er gebeuren separaties op patiëntenkamers: In de leefgroep Kids geven medewerkers aan dat de afzonderingskamer sinds de inhuizing in de nieuwbouw nog maar zelden wordt gebruikt. Men geeft nu de voorkeur aan separatie op de patiëntenkamers, omdat men dat minder traumatiserend vindt voor de Kids.

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
- Beschrijving van het toezicht, met name dat er minstens om de 60 minuten persoonlijk contact is 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

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

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

In de opnameovereenkomst, die door patiënten en ouders wordt ondertekend, wordt de afzonderingsruimte vermeld. Verdere informatie wordt hierbij niet gegeven, er is bv. niet vermeld dat gebruik van de afzonderingsruimte een afgesloten deur inhoudt.

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: zowel in een elektronisch register dat deel is van het EPD als in een papieren register worden afzonderingen genoteerd.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	5
Aantal registratieformulieren met alle gegevens	5
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 afzondering	5
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	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

Er werd gekeken naar de duur.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	5
Aantal korter dan 1u	2
Aantal 1 - 6u	2
Aantal 6- 12u	1
Aantal 12-24u	0
Aantal langer dan 24u	0

Er werd gekeken naar eventuele extra maatregelen.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	5
Aantal met mechanische fixatie	0
Aantal met crisismedicatie	0

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	3
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 30 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	1
Aantal gecontroleerde afzonderingsregistraties van langer dan een uur	3
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 60 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	3
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	0
Aantal gecontroleerde afzonderingsregistraties van langer dan 120 minuten	1
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 120 minuten notities over binnen gaan in de afzonderingskamer in dossier/register staan	0
Aantal periodes langer dan 120 min zonder notities in dossier/register over binnen gaan	3
Opsomming van de duur van de periodes zonder binnen gaan: 3u, 3u, 4u	
Aantal afzonderingen langer dan 24u	0
Aantal afzonderingen langer dan 24u met notities over dagelijks persoonlijk contact met de arts	NVT

Tijdens de nacht wordt volgens de procedure verwacht dat medewerkers om 1u en om 4u binnen gaan in de afzonderingskamer. Tijdens de nacht zijn er daarom langere periodes zonder persoonlijk contact met de patiënt in de afzonderingskamer.

Er wordt een register bijgehouden over separaties: notities over separaties worden genoteerd in het elektronisch register dat deel is van het EPD. Omdat er over separaties geen cijfers worden verzameld en er geen zicht is op hoe vaak dit voorkomt, bleek het moeilijk om de registraties na te gaan.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in separatie	1
Aantal registratieformulieren met alle gegevens	1
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	1
Aantal zonder reden van separatie	0
Aantal met als reden gevaar voor de patiënt of gevaar voor anderen (fysieke agressie, ernstig suïcidaal)	1
Aantal met een andere reden dan gevaar voor de patiënt of gevaar voor anderen	0

Er werd gekeken naar de duur.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in separatie	1
Aantal korter dan 1u	1
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	1
Aantal met mechanische fixatie	0
Aantal met crisismedicatie	0

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

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten langer dan een half uur in separatie	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

Beide afzonderingsruimtes, time-outruimtes genoemd, van leefgroep Kids en leefgroep Tieners werden bekeken.

Aantal gecontroleerde afzonderingsruimtes	2
Aantal in orde qua veiligheid inzake automutilatie/verhanging	0
Aantal in orde qua rookdetectie	2
Aantal in orde qua bereikbaar beloproepsysteem	2
Aantal in orde qua visueel toezicht	2
Aantal in orde qua aangepaste tijdsaanduiding	1
Aantal in orde qua privacy	2
Aantal in orde qua daglicht	2

De beide time-outruimtes hebben t.h.v. de badgelezer een probleem qua afwerking (afgedekt met plaatje met scherpe randen, gips losgekomen), waardoor een probleem van veiligheid kan ontstaan. De time-outruimte van de leefgroep Kids heeft een elektronische klok. Niet alle patiënten die op deze afdeling verblijven kunnen klok lezen, voor deze doelgroep dient men een aangepaste tijdsaanduiding te voorzien.

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 op de afdeling Reguliere K:

- geen mechanische fixatie toe te passen
- geen 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 is niet in een procedure beschreven.

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 bevragd.

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 niet over fixatiemateriaal.

Men beschikt over een wikkeldeken/swaddle, maar deze wordt niet gebruikt.

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

- Medewerkers
- Patiënten
- Familie en naasten

Er gebeurde de laatste 5 jaar een medewerkerstevredenheidsmeting op deze afdeling: in 2016 gebeurde een personeelspeiling.

Er gebeurde de voorbije 5 jaar geen patiëntentevredenheidsmeting op deze afdeling.

Er gebeurde de laatste 5 jaar een tevredenheidsmeting bij familie/naasten op deze afdeling: sinds 2011 krijgen ouders bij ontslag een enquêteformulier mee.

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, maar niet over separaties beschikbaar op afdelingsniveau.

Er is een onderregistratie:

- Niet alle afzonderingen worden apart geregistreerd: sommige patiënten verblijven volgens hun behandelplan meerdere nachten in de afzonderingskamer. Het verblijf van meerdere nachten in de afzonderingskamer wordt als één afzondering geregistreerd.

De cijfergegevens zijn onvolledig:

- Geen cijfers over separaties in de patiëntenkamers, deze cijfers worden niet bijgehouden.

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

In de jaarrapportage worden verschillende indicatoren besproken op het directiecomité. Voor afzondering en mechanische fixatie gaan deze indicatoren om een totaal aantal voor alle afdelingen samen van OPZ Geel. Dit is onvoldoende om op directieniveau een analyse / evaluatie van het VBM-beleid van de verschillende afdelingen te maken.

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, % van populatie afgezonderd
- Mechanische fixaties: aantal fixaties, aantal patiënten gefixeerd, % van populatie gefixeerd (NVT voor Reguliere K, want =0)

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 AFDELING FOR K

4.1 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 therapie sessies 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.

4.1.1 **Agressiepreventiebeleid**

4.1.1.1 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 For K geeft in de bevraging aan gebruik te maken van signaleringsplannen.

De For K maakt geen gebruik van signaleringsplannen, enkel de crisisafdeling gebruikt signaleringsplannen.

4.1.1.2 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 therapie sessies worden georganiseerd over agressie beheersing, 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 tweepersoonskamers	Aantal meerpersoonskamers (>2)
8	0	0

Daarnaast is volgende infrastructuur voorhanden om de-escalatie mogelijk te maken: tuin en sportzaal. De comfortroom is in opbouw (enkel de aankleding dient nog gerealiseerd te worden), deze ruimte geeft ook toegang tot een kleine ommuurde buitenruimte waar vrij gebruik van gemaakt kan worden.

's Nachts is er 1 personeelslid aanwezig voor 2 afdelingen (crisis en For K).

In geval van nood kan volgende extra hulp opgeroepen worden op de afdeling: 1 nachtwacht, 1 van de reguliere K, 1 van de afdeling angst en depressie en 1 van de gesloten afdeling voor volwassenen.

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 / agressie beheersing voorzien zijn voor patiënten namelijk: agressieregulatie, sociale vaardigheden, impulscontrole.

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: gezinstherapie, PMT therapie, therapie rots en water.

4.1.2 Het verbeteren van patiëntenervaringen

4.1.2.1 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:

- Nachtelijke opsluiting voor alle patiënten (afhankelijk van de leeftijd van 21u30 of 22u tot 7u45, in het WE tot 9u)
- Systematische opsluiting op kamer met afgesloten deur voor alle patiënten: van 14u tot 15u.
- Verplichte kamermomenten (met open deur)

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

Kamermomenten staan vermeld maar het verplichte karakter ervan en het onderscheid tussen kamermomenten met open en met gesloten deuren kan duidelijker neergeschreven worden in de informatie naar jongeren en ouders.

Volgende controles gebeuren op de afdeling:

- lichaamscontrole
- kamercontrole
- bagagecontrole
- postcontrole
- drugscreening

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

- lichaamscontrole: De manier waarop de lichaamscontrole gebeurt, staat uitgeschreven in de informatiebrochure voor de jongere. Niet alle redenen waarbij deze controle wordt uitgevoerd, worden hierin opgesomd.
- kamercontrole
- bagagecontrole
- postcontrole
- drugscreening

Aantal bevraagde patiënten	2
Aantal patiënten die aangeven dat de leefregels duidelijk zijn	2

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als je de therapie niet wil volgen. Volgende antwoorden werden gegeven: kamerverblijf (gedurende de looptijd van de therapie met de aansluitende pauze) met open deur.

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als men zijn medicatie niet wil innemen. Volgende antwoorden werden gegeven: naar kamer (open deur) tot na gesprek.

Patiënten geven aan dat de begeleiding niet steeds zelf de leefregels nakomt o.a. regels i.v.m. kledij.

4.1.2.2 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 is enkel mogelijk in het weekend:

maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag
					9-20u	9-20u

Op maat van de patiënt en op indicatie (bv. verjaardagen, of bij geen bezoek in WE, ...) kan het team beslissen dat ook bezoek mogelijk is in de week (1 uur). Momenteel is dit van toepassing voor 1 patiënt. Maar dit is eerder uitzonderlijk.

- Elke dinsdag en donderdag tussen 19 en 21u kan de telefoon gebruikt worden. In het weekend kan doorheen de dag getelefoneerd worden. Telefoneren is steeds onder begeleiding en met de luidspreker aan.
- Facebook en e-mail mag enkel onder toezicht in de leefgroep, tijdens de therapie sociale media en tijdens het weekend.
De GSM mag op de afdeling niet gebruikt worden. De gsm wordt gecontroleerd op goedgekeurde contactpersonen.
- De afdeling maakt gebruik van een faseringsplan. Bezoek op domein onder toezicht van ouders kan uitgebreid worden naar een bezoek naar huis en uiteindelijk naar een overnachting (op weekend gaan).

Er is geen dagelijks contact met de buitenwereld mogelijk.

Aantal bevraagde patiënten	2
Aantal patiënten die aangeven dat er dagelijks contactmogelijkheden met vrienden/familie zijn	0

4.1.3 **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 groepsgesprekken met jongeren met verslaggeving

Aantal bevroegde patiënten	2
Aantal patiënten die aangeven dat ze een behandelplan hebben	2
Aantal patiënten die aanwezig waren op een multidisciplinaire behandelplanbespreking	2
Aantal patiënten van wie een ouder aanwezig was op een multidisciplinaire behandelplanbespreking	2

4.1.4 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

4.1.5 Opvang na incidenten

Werkwijze

Tijdens inspectie werd bevroegd 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
- 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 aangetoond worden.

Aantal bevroegde patiënten	2
Aantal patiënten die aangeven dat ze informatie kregen over de maatregelen bij ernstige agressie-incidenten	2

4.2 AFZONDERING EN SEPARATIE

4.2.1 **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 22 afzonderingen of separaties bij 9 patiënten van de afdeling For K. Separaties worden niet steeds geregistreerd (bv. kamermomenten met afgesloten deur).

Er zijn 2 afzonderingskamers in de gang tussen de afdeling Crisisunit en For-K. Deze 2 afzonderingskamers worden gebruikt door de 2 afdelingen (crisis en For K).

Er gebeuren separaties op patiëntenkamers.

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
- Toezicht: minstens om de 60 minuten persoonlijk contact door binnen gaan van een medewerker bij de patiënt in afzondering of separatie.

De procedure is in lijn met de opgesomde richtlijnen.

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

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

In de onthaalbrochures van de afdeling staat het gebruik van de afzonderingsruimte slechts heel kort vermeld.

In deze brochures staat niet vermeld dat de afzonderingskamer met afgesloten deur wordt gebruikt.

4.2.2 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 redenen 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	5
Aantal registratieformulieren met alle gegevens	5

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

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	5
Aantal zonder reden van afzondering	0
Aantal met als reden gevaar voor de patiënt of gevaar voor anderen (fysieke agressie, ernstig suïcidaal)	2
Aantal met een andere reden dan gevaar voor de patiënt of gevaar voor anderen	3
Aantal met als reden: op eigen vraag	1
Aantal met als reden: overlast	0
Aantal met als reden: sanctie	0
Aantal met als reden: procedure	0
Aantal met andere reden: wegloupedrag / ontremming en agressie naar materiaal	2

Er werd gekeken naar de duur.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	5
Aantal korter dan 1u	1
Aantal 1 - 6u	3
Aantal 6- 12u	0
Aantal 12-24u	1
Aantal langer dan 24u	0

Er werd gekeken naar eventuele extra maatregelen.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	5
Aantal met mechanische fixatie	0
Aantal met crisismedicatie	0

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	4
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 30 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	4
Aantal gecontroleerde afzonderingsregistraties van langer dan een uur	4
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 60 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	4
Aantal periodes langer dan 60 min zonder toezicht in dossier/register	0
Opsomming van de duur van de periodes zonder toezicht:	NVT
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 afzonderingsregistraties van langer dan 120 minuten	3
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 120 minuten notities over binnen gaan in de afzonderingskamer in dossier/register staan	2
Aantal periodes langer dan 120 min zonder notities in dossier/register over binnen gaan	3
Opsomming van de duur van de periodes zonder binnen gaan: 3u30min, 3u, 5u	
Aantal afzonderingen langer dan 24u	0
Aantal afzonderingen langer dan 24u met notities over dagelijks persoonlijk contact met de arts	NVT

Er wordt geen register bijgehouden over separaties.

4.2.3 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

Er zijn 2 afzonderingsruimtes die dienst doen voor de crisisafdeling en de For K. De infrastructuur hiervan staat beschreven onder 5.2.3.

4.3 FIXATIE

4.3.1 **Beleid en Procedures**

Werkwijze

Het beleid en de cijfers van 2015 m.b.t. fixatie werden bevestigd.

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:

- mechanische fixatie toe te passen, enkel in combinatie met afzondering
- medicamenteuze fixatie toe te passen.

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

In 2015 waren er 8 mechanische fixaties bij 5 patiënten. In 2016 was er 1 mechanische fixatie bij 1 patiënt.

Er is een uitgeschreven procedure / visietekst fixatie.

De procedure bevat alle gecontroleerde elementen.

In de procedure staat beschreven:

- De combinatie van mechanische fixatie en afzondering is toegelaten

4.3.2 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 bevragd.

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

Men beschikt over een wikkeldeken/swaddle.

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

4.4 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.

4.4.1 **Verzamelen van informatie**

4.4.1.1 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 de leefregels (de voorbije 5 jaar) geëvalueerd werden door:

- Medewerkers (teamdenkdag)
- Patiënten (groepsvergaderingen)

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

- Familie en naasten

Er gebeurde de voorbije 5 jaar een medewerkerstevredenheidsmeting op deze afdeling: een veiligheidscultuurmeting in 2015, in 2016 gebeurde een personeelspeiling (DELTA) en een onderzoek naar de werkomgeving en werkbeleving (universiteit Antwerpen).

Er gebeurde de voorbije 5 jaar geen patiëntentevredenheidsmetingen op deze afdeling.

Er gebeurde de voorbije 5 jaar geen tevredenheidsmeting bij familie/naasten op deze afdeling.

4.4.1.2 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 niet geregistreerd. Er zijn cijfers over afzonderingen beschikbaar op afdelingsniveau. Er zijn geen cijfers over separaties beschikbaar.

De cijfergegevens zijn onvolledig:

- Separaties in de patiëntenkamers (zowel overdag als 's nachts) worden niet geregistreerd.

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

Mechanische fixaties worden geregistreerd. Er zijn cijfers over mechanische fixaties beschikbaar op afdelingsniveau.

4.4.2 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 (divisieoverleg)	directie	Raad van Bestuur
Cijfers over agressie-incidenten	Ja	Ja	Ja
Cijfers over afzondering / separatie	Ja	Neen	Ja
Cijfers over mechanische fixatie	Ja	Neen	Ja

In de jaarrapportage worden verschillende indicatoren besproken op het directiecomité. Voor afzondering en mechanische fixatie gaan deze indicatoren om een totaal aantal voor alle afdelingen samen van OPZ Geel. Dit is onvoldoende om op directieniveau een analyse / evaluatie van het VBM-beleid van de verschillende afdelingen te maken.

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, % van populatie afgezonderd
- Mechanische fixaties: aantal fixaties, aantal patiënten gefixeerd, % van populatie gefixeerd

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.

5 AFDELING CRISISUNIT

5.1 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 therapie sessies 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.

5.1.1 **Agressiepreventiebeleid**

5.1.1.1 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 Crisisunit geeft in de bevraging aan geen gebruik te maken van signaleringsplannen. Tijdens het bezoek bleken een crisisplan en een emotiethermometer gebruikt te worden. Het gebruikte signaleringsplan bevat niet de 4 gezochte aspecten.

Volgende aspecten ontbreken:

- in het crisisplan: de mogelijke acties / stabiliserende maatregelen in verschillende fasen
- in de emotiethermometer: wat hulpverleners kunnen doen

Aangezien patiënten korter dan een maand worden opgenomen, voldoen deze dossiers niet aan de dossiersteekproef. Van de 5 jongeren aanwezig op de dag van inspectie had er één een ingevulde emotiethermometer, een andere jongere had een ingevuld crisisplan. Gezien de korte opnameduur wordt dit als een good practice beschouwd.

5.1.1.2 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 therapie sessies worden georganiseerd over agressie beheersing, 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 tweepersoonskamers	Aantal meerpersoonskamers (>2)
6	0	0

Daarnaast is volgende infrastructuur voorhanden om de-escalatie mogelijk te maken:

Er is een afgesloten tuin. Vanuit de tuin is er rechtstreeks toegang tot de sporthal waar er mogelijkheid is tot voetballen, basket of pingpong.

's Nachts is er 1 personeelslid aanwezig voor de afdelingen For K en crisisunit.

In geval van nood kan volgende extra hulp opgeroepen worden op de afdeling: In geval van nood komt minstens het personeelslid van de reguliere K en de nachtwaker. Indien men de noodknop indrukt komen personeelsleden van alle afdelingen.

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

Er kon niet aangetoond worden dat er in het behandelaanbod sessies zelfcontrole / regulatievaardigheden / agressiebeheersing voor patiënten voorzien zijn.

Er kon niet aangetoond worden dat er in het behandelaanbod sessies psycho-educatie voor ouders van patiënten over omgaan met moeilijk gedrag/agressiepreventie/de-escalatie voorzien zijn.

5.1.2 Het verbeteren van patiëntenervaringen

5.1.2.1 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) regels worden beschreven in de schriftelijke informatie voor patiënten.

Volgende controles gebeuren op de afdeling:

- lichaamscontrole
- kamercontrole
- bagagecontrole
- postcontrole
- drugscreening

Niet voor alle controles die gebeuren zijn procedures opgemaakt. De werkwijze van volgende controles is niet beschreven in een procedure:

- lichaamscontrole
- kamercontrole
- bagagecontrole
- postcontrole
- drugscreening

Aantal bevraagde patiënten	3
Aantal patiënten die aangeven dat de leefregels duidelijk zijn	3

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als je de therapie niet wil volgen. Volgende antwoorden werden gegeven: dan moet je naar je kamer en krijg je een vervangtaak.

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als men zijn medicatie niet wil innemen. Volgende antwoorden werden gegeven: de bevraagde jongeren wisten dit niet (nemen geen medicatie of weigeren nooit).

5.1.2.2 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:

- Er is dagelijks bezoek mogelijk in samenspraak met de leefgroepleiding.

maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag
9u – 11u 16u15 – 20u	9u – 11u 16u15 – 20u	9u – 11u 16u15 – 20u	9u – 11u 16u15 – 20u	9u – 11u 16u15 – 20u	9u – 11u 16u15 – 20u	9u – 11u 16u15 – 20u

- Bellen kan, onder toezicht van de leefgroepleiding, dagelijks tussen 19u en 19u30. Bellen kan enkel in de leefgroep of in het gesprekslokaal. Tijdens het belmoment krijgt men de SIM-kaart van de GSM. Bellen op de kamer wordt niet toegestaan.
- GSM (zonder SIM-kaart), laptop of tablet zijn toegestaan tijdens de kamermomenten.
- Men kan post ontvangen op de afdeling. Deze wordt geopend onder toezicht van de leefgroepleiding.
- Met toestemming van het team kan men onder begeleiding van bezoek de afdeling verlaten.

Er is dagelijks contact met de buitenwereld mogelijk.

Aantal bevraagde patiënten	3
Aantal patiënten die aangeven dat er dagelijks contactmogelijkheden met vrienden/familie zijn	3

5.1.3 **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 niet beleidsmatig betrokken.

Aantal bevraagde patiënten	3
Aantal patiënten die aangeven dat ze een behandelplan hebben	1
Aantal patiënten die aanwezig waren op een multidisciplinaire behandelplanbespreking	0
Aantal patiënten van wie een ouder aanwezig was op een multidisciplinaire behandelplanbespreking	0

5.1.4 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

5.1.5 Opvang na incidenten

Werkwijze

Tijdens inspectie werd bevraagd 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
- 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 aangetoond worden.

Aantal bevroegde patiënten	3
Aantal patiënten die aangeven dat ze informatie kregen over de maatregelen bij ernstige agressie-incidenten	2

5.2 AFZONDERING EN SEPARATIE

5.2.1 **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 was de crisisunit nog niet operationeel, de afdeling opende pas op 01/08/2016. In 2016 waren er 17 afzonderingen bij 8 patiënten van de afdeling crisisunit.

Er zijn 2 afzonderingskamers in de gang de afdeling Crisisunit en For-K. Deze 2 afzonderingskamers worden ook gebruikt voor jongeren van afdeling For K.

Er gebeuren separaties op patiëntenkamers.

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
- Toezicht: minstens om de 60 minuten persoonlijk contact door binnen gaan van een medewerker bij de patiënt in afzondering of separatie.

De procedure is in lijn met de opgesomde richtlijnen.

Er is schriftelijke informatie over afzondering en separatie voor kinderen/jongeren.
 Er is schriftelijke informatie over afzondering en separatie voor familie/naasten.
 In de onthaalbrochures van de afdeling staat het gebruik van de afzonderingsruimte slechts heel kort vermeld.
 In deze brochures staat niet vermeld dat de afzonderingskamer met afgesloten deur wordt gebruikt.

5.2.2 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 redenen 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	9
Aantal registratieformulieren met alle gegevens	8
Aantal registratieformulieren met ontbrekende gegevens	1
Aantal zonder identificatie patiënt	0
Aantal zonder datum	0
Aantal zonder beginuur	1
Aantal zonder einduur	0
Aantal zonder reden van afzondering	0
Aantal zonder naam of handtekening verantwoordelijke arts	0
Aantal zonder naam of handtekening verantwoordelijke verpleegkundige	0

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

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	9
Aantal zonder reden van afzondering	0
Aantal met als reden gevaar voor de patiënt of gevaar voor anderen (fysieke agressie, ernstig suïcidaal)	7
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	1
Aantal met als reden: sanctie	0
Aantal met als reden: procedure	0
Aantal met andere reden: wegloupedrag	1

Er werd gekeken naar de duur.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	8
Aantal korter dan 1u	2
Aantal 1 - 6u	1
Aantal 6- 12u	2
Aantal 12-24u	3
Aantal langer dan 24u	0

Er werd gekeken naar eventuele extra maatregelen.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	9
Aantal met mechanische fixatie	1
Aantal met crisismedicatie	2

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	8
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 30 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	3
Aantal gecontroleerde afzonderingsregistraties van langer dan een uur	6
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 60 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	4
Aantal periodes langer dan 60 min zonder toezicht in dossier/register	2
Opsomming van de duur van de periodes zonder toezicht: 1u5min, 2u 30min	
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	0
Aantal gecontroleerde afzonderingsregistraties van langer dan 120 minuten	5
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 120 minuten notities over binnen gaan in de afzonderingskamer in dossier/register staan	0
Aantal periodes langer dan 120 min zonder notities in dossier/register over binnen gaan	14
Opsomming van de duur van de periodes zonder binnen gaan: 2u30min, 4u, 2u45min, 3u30min, 7u10min, 4u40min, 3u, 5u30min, 2u30min, 3u, 4u, 3u25min, 3u, 3u10min	
Aantal afzonderingen langer dan 24u	0
Aantal afzonderingen langer dan 24u met notities over dagelijks persoonlijk contact met de arts	NVT

Er kan uit de notities niet steeds afgeleid worden op welke manier het toezicht gebeurt, via camera, door een raampje of door binnen gaan in de afzonderingskamer.

Er wordt geen register bijgehouden over separaties.

5.2.3 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

De twee afzonderingskamers die beschikbaar zijn voor de crisisunit en afdeling For K werden gecontroleerd als afzonderingsruimte.

Aantal gecontroleerde afzonderingsruimtes	2
Aantal in orde qua veiligheid inzake automutilatie / verhanging	1
Aantal in orde qua rookdetectie	2
Aantal in orde qua bereikbaar beloproepsysteem	2
Aantal in orde qua visueel toezicht	2
Aantal in orde qua aangepaste tijdsaanduiding	2
Aantal in orde qua privacy	2
Aantal in orde qua daglicht	2

In 1 afzonderingskamer werd een plaatje geschroefd over een holte in de muur waar eerst een badgelezer hing. Dit plaatje heeft zeer scherpe randen.

5.3 FIXATIE

5.3.1 Beleid en Procedures

Werkwijze

Het beleid en de cijfers van 2015 m.b.t. fixatie werden bevestigd.

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:

- mechanische fixatie toe te passen, enkel in combinatie met afzondering
- medicamenteuze fixatie toe te passen.

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

In 2015 was de crisisunit niet operationeel. In 2016 waren er geen mechanische fixaties.

Er is een uitgeschreven procedure / visietekst fixatie.
De procedure bevat alle gecontroleerde elementen.

In de procedure staat beschreven:

- De combinatie van mechanische fixatie en afzondering is toegelaten

5.3.2 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

Men beschikt over een wikkeldeken/swaddle.

Aantal gecontroleerde dossiers van patiënten met mechanische fixatie	2
Aantal patiënten jonger dan 12 jaar met mechanische fixatie	0
Aantal met duur genoteerd van de mechanische fixatie	2
Aantal waarbij type fixatiemiddel genoteerd staat	2

5.4 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.

5.4.1 **Verzamelen van informatie**

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

- Medewerkers
- Patiënten
- Familie en naasten

Er gebeurde de laatste 5 jaar een medewerkerstevredenheidsmeting op deze afdeling: eind 2016 liep een onderzoek naar werkbeleving van de Universiteit Antwerpen.

Er gebeurde de voorbije 5 jaar geen patiëntentevredenheidsmeting op deze afdeling.

Er gebeurde de laatste 5 jaar nog geen tevredenheidsmeting bij familie/naasten op deze afdeling: gezien deze afdeling slechts open ging op 1 augustus 2016.

5.4.1.2 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 niet geregistreerd. Er zijn cijfers over afzonderingen beschikbaar op afdelingsniveau. Er zijn geen cijfers over separaties beschikbaar.

De cijfergegevens zijn onvolledig:

- Separaties in de patiëntenkamers (zowel overdag als 's nachts) worden niet geregistreerd.

Afzonderingen die onderbroken worden met periodes buiten de afzonderingskamer worden als 1 afzondering geregistreerd, hierdoor is het totaal aantal afzonderingen relatief lager, maar is de afzonderingsduur relatief langer.

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

Mechanische fixaties worden geregistreerd. Er zijn geen cijfers over mechanische fixaties beschikbaar op afdelingsniveau.

5.4.2 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 (divisieoverleg)	directie	Raad van Bestuur
Cijfers over agressie-incidenten	Ja	Ja	Ja
Cijfers over afzondering / separatie	Ja	Neen	Ja
Cijfers over mechanische fixatie	Ja	Neen	Ja

In de jaarrapportage worden verschillende indicatoren besproken op het directiecomité. Voor afzondering en mechanische fixatie gaan deze indicatoren om een totaal aantal voor alle afdelingen samen van OPZ Geel. Dit is onvoldoende om op directieniveau een analyse / evaluatie van het VBM-beleid van de verschillende afdelingen te maken.

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, % van populatie afgezonderd
- Mechanische fixaties: aantal fixaties, aantal patiënten gefixeerd, % van populatie gefixeerd

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.

6 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.

6.1 STERKE PUNTEN

Preventief beleid

- De infrastructuur biedt meerdere mogelijkheden voor de-escalatie en alternatieven van VBM: tuin, comfortrooms, sportzaal.
- In de schriftelijke informatie voor patiënten staan alle vrijheidsbeperkende leefregels beschreven.
- Familie/naasten zijn systematisch aanwezig bij de multidisciplinaire bespreking van het behandelplan.
- Er gebeurt systematische debriefing met patiënten, medepatiënten en medewerkers.

Afzonderings- en separatiebeleid: geen

Fixatiebeleid: geen

Verbeterbeleid

- Er is jaarlijks een analyserapport met de verzamelde gegevens over VBM.
- De cijfergegevens over vrijheidsbeperkende maatregelen worden meermaals per jaar op afdelingsniveau besproken.

6.2 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 uitschrijven van procedures over alle controles die gebeuren op de afdelingen.
- De mogelijkheden voor patiënten op contact met de buitenwereld verhogen.
- Het systematisch analyseren van ernstige incidenten als verbeterinstrument.
- De (vrijheidsbeperkende) leefregels herbekijken.
- Het regelmatig bevragen van ervaringen van patiënten en familie/naasten.
- De aanwezigheid van patiënten bij hun multidisciplinaire behandelplanbespreking mogelijk maken.
- Het verhogen van betrokkenheid van patiënten bij het beleid van de afdeling.

Afzonderings- en separatiebeleid

- De procedure afzondering / separatie vervolledigen.
- De procedure afzondering / separatie aanpassen aan de richtlijnen. (geen afzondering en separatie onder 12 jaar)
- 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:
 - Duidelijke notities maken in het dossier over de manier van toezicht. (bv. verschil tussen binnen gaan en observatie door raam of via camera)
 - Om het half uur notities over het toezicht op de patiënt in afzondering en separatie.
 - Om het uur de registratie van binnen gaan in de afzonderingskamer en separatieruimte voorzien.

Fixatiebeleid

- De procedure fixatie aanpassen aan de richtlijnen. (geen afzondering en mechanische fixatie samen)
- De toepassing van fysieke interventie als alternatief voor afzondering beschrijven in een procedure.
- Streven naar een beleid zonder mechanische fixatie.

Verbeterbeleid

- Alle separaties registreren.
- Meer cijfergegevens verzamelen over afzonderingen zodat diepgaander inhoudelijke analyses mogelijk zijn.
- De cijfergegevens over vrijheidsbeperkende maatregelen jaarlijks bespreken op directiecomité.
- Jaarlijkse evaluatie van leefregels door alle betrokkenen: medewerkers, patiënten en familie/naasten.