

# 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

<b>INSPECTIEPUNT</b>	
Naam	Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge
Adres	Campus Gent: Fratersplein 9, 9000 Gent Campus Sleidinge: Weststraat 135, 9940 Sleidinge-Evergem
Telefoon	Gent: 09 / 225 82 96 Sleidinge: 09 / 358 04 11
Dossiernummer	E 992

<b>INRICHTENDE MACHT</b>	
Naam	Psychiatrisch Centrum Gent-Sleidinge
Juridische vorm	vzw
Adres	Fratersplein 9, 9000 Gent
Telefoon	09 / 225 82 96

<b>UITBATINGSPLAATS</b>	
Naam	Campus Sleidinge
Adres	Weststraat 135, 9940 Sleidinge-Evergem

<b>OPDRACHT</b>	
Nummer	O-MAPU-2016-0763
Datum	28/11/2016
Inspecteurs	XXXX, XXXX

<b>VERSLAG</b>	
Nummer	V-2016-MIDA-0005
Datum	02/12/2016

<b>INSPECTIEBEZOEK</b>	
Soort	Onaangekondigd bezoek op 01-12-2016 (9-15u)

# Inhoudsopgave

1	Inleiding .....	4
1.1	Toezicht door Zorginspectie .....	4
1.1.1	Doelstellingen .....	4
1.1.2	Doelgroep .....	4
1.1.3	Kader .....	4
1.2	Inspectieproces .....	6
1.2.1	Vorbereiding .....	6
1.2.2	Plaatsbezoeken .....	6
1.2.3	Bronnen .....	6
1.2.4	Verslag .....	6
1.2.5	Beleidsrapport .....	6
1.3	Inspecteurs .....	7
1.4	Lijst met definities / Verklarende woordenlijst .....	7
2	Situering van de voorziening .....	9
2.1	Erkenningsgegevens .....	9
2.2	Directie .....	9
2.3	Organisatie van de psychiatrische zorg voor kinderen en jongeren in dit ziekenhuis .....	9
3	Afdeling Yidam .....	10
3.1	Preventief Beleid .....	10
3.1.1	Agressiepreventiebeleid .....	10
3.1.1.1	Signaleringsplannen .....	10
3.1.1.2	De-escalatie .....	11
3.1.2	Het verbeteren van patiëntenervaringen .....	12
3.1.2.1	Leefregels .....	12
3.1.2.2	Contact met de buitenwereld .....	12
3.1.3	Betrokkenheid van patiënten .....	13
3.1.4	Inscholing van nieuwe medewerkers .....	14
3.1.5	Opvang na incidenten .....	14
3.2	Afzondering en separatie .....	15
3.2.1	Beleid en Procedure .....	15
3.2.2	Toepassing in de praktijk .....	16
3.2.3	Infrastructuur van de afzonderingskamer .....	18
3.3	Fixatie .....	19
3.3.1	Beleid en Procedures .....	19
3.3.2	Toepassing in de praktijk .....	20
3.4	Verbeterbeleid .....	21
3.4.1	Verzamelen van informatie .....	21

3.4.1.1	Preventief klimaat .....	21
3.4.1.2	Agressie-incidenten, afzonderen, separeren en fixeren .....	21
3.4.2	Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal .....	22
4	Conclusie.....	23
4.1	Sterke punten .....	23
4.2	Verbeterpunten .....	23

# 1 INLEIDING

## 1.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

### 1.1.1 Doelstellingen

In uitvoering van de beleidsbrief van minister Vandeurzen, 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 Agression: short-term management in mental health, health and community settings, mei 2015  
[www.nice.org.uk/guidance/ng10](http://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](http://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](http://www.nasmhpd.org)
- Advies van de Hoge GezondheidsRaad rond dwanginterventie:  
[www.health.belgium.be/nl/advies-9193-dwanginterventie](http://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](http://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

## 1.4 LIJST MET DEFINITIES / VERKLARENDE WOORDENLIJST

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

- bewegingsvrijheid van de patiënt beperken en die door de patiënt zelf niet kunnen worden opgeheven of verwijderd.
  - **Medicamenteuze fixatie** (ook chemische fixatie genoemd) is het (acuut of chronisch) gebruik van neuroleptische, anxiolytische, sedatieve of hypnotische medicatie om het gedrag te controleren of te beheersen.
- **Dwangmedicatie** is het toedienen van medicatie (vb. kalmeringsmiddelen) zonder toestemming van de patiënt.
- **Dwangbehandeling** is een behandeling die wordt toegepast op (1) een persoon die in staat is zijn toestemming te geven, maar dit weigert, of op (2) een persoon die niet in staat is toe te stemmen, maar zich tegen de behandeling verzet.
- In deze inspectieronde wordt **time-out** gedefinieerd als het geheel van maatregelen die genomen worden om voor een beperkte tijd een patiënt te verwijderen van de openbare ruimte op een afdeling en onder te brengen in zijn kamer of in een aparte ruimte met niet-afgesloten deur.
- **Afzonderingskamer** = een specifiek ingerichte ruimte die gebruikt wordt voor het opsluiten van een patiënt die een ernstig gevaar vormt voor zichzelf en/of anderen en met de bedoeling probleemgedrag te controleren.
- **Time-out kamer** = een specifieke ruimte met niet-afgesloten deur die gebruikt wordt om een patiënt een beperkte tijd in onder te brengen.
- Een **comfortroom** is een prettig ingerichte kamer die op vrijwillige basis gebruikt kan worden door cliënten wanneer zij zich angstig, onrustig of boos voelen. Een comfortroom is geen alternatief voor afzondering maar een ruimte waar cliënten tot rust kunnen komen en zich even kan 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 PC Gent-Sleidinge heeft geen erkenning voor K- of k-bedden, het heeft 8 forensische K-bedden als pilootproject.

### 2.2 DIRECTIE

XXXX	Algemeen directeur
XXXX	Hoofdgeneesheer
XXXX	Directeur patiëntenzorg
XXXX	Personeelsdirecteur
XXXX	Administratief-facilitair directeur

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

Het PC Gent-Sleidinge heeft op de campus Sleidinge 1 afdeling, Yidam, voor psychiatrische zorg voor kinderen en jongeren:

Naam afdeling	Leefgroepen	Leeftijd	Doelgroep	Aantal plaatsen op de afdeling
Yidam	Yidam	12 – 18	POS / VOS	7 For K-bedden 1 hervalbed/BOR-bed

Opnamecijfers Yidam 2015:

Aantal opnames op deze afdeling	28
Aantal opnamedagen op de afdeling	2920
Aantal patiënten opgenomen op deze afdeling	28
Waarvan aantal patiënten opgenomen onder de 12 jaar	0
Aantal patiënten opgenomen op deze afdeling door beslissing van de jeugdrechter	28

Aantal patiënten opgenomen op Yidam op dag van inspectie:

Aantal patiënten	6
Aantal minderjarigen (<18j)	6
Aantal < 12j	0
Aantal patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter	6

## 3 AFDELING YIDAM

### 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*

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

Aantal dossiers gecontroleerd op de aanwezigheid van signaleringsplannen	5
Aantal dossiers met een signaleringsplan	3

### 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 bevraged.

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: een omheinde tuin, een prikkelarme kamer (PAR) die zowel met open als gesloten deur wordt gebruikt, een time-outruimte die vooral met open deur wordt gebruikt.

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

In geval van nood kan volgende extra hulp opgeroepen worden op de afdeling: alle medewerkers dragen een alarm, bij alarm komen binnen de 2-3 minuten een 8-tal collega's van andere afdelingen naar Yidam.

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: jaarlijks worden door een externe partner sessies 'Rots en water' georganiseerd voor de jongeren (de jongeren blijven gemiddeld een jaar opgenomen, meerdere sessies per jaar zijn aangewezen).

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: voor elke patiënt wordt een handleiding op maat opgemaakt waarin krachtbronnen en probleemgebieden worden omschreven op het vlak van gedrag, emoties en gevoelens, gedachten en cognities, lichaam, relaties en context. In deze handleiding wordt op al die vlakken praktische tips beschreven over hoe om te gaan met de patiënt.

### 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)

Over volgende (vrijheidsbeperkende) regels ontbreekt in de brochure informatie voor patiënten:

- verplichte kamermomenten

Volgende controles gebeuren op de afdeling:

- lichaamscontrole
- kamercontrole
- bagagecontrole
- drugscreening

Voor alle controles die gebeuren zijn procedures opgemaakt.

Aantal bevraagde patiënten	4
Aantal patiënten die aangeven dat de leefregels duidelijk zijn	4

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als je de therapie niet wil volgen. Volgende antwoorden werden gegeven: "Dan blijf je voor de tijd van die therapie op je kamer. Medewerkers dringen erg aan dat je therapie zou volgen, maar therapie is niet verplicht."

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als men zijn medicatie niet wil innemen. Volgende antwoorden werden gegeven: "Medicatie innemen wordt niet verplicht."

#### 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: Er moet toestemming zijn van de jeugdrechter voor het ontvangen van bezoek.

maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag
19-21u	-	19-21u	-	-	10-11u30 19-21u	10-11u30 14u30-17u30

- Telefonisch contact:
  - Telefonisch contact mag met de mensen waarvoor de jeugdrechter toestemming gaf.
  - Elke avond mogen patiënten 1,5 uur hun eigen GSM gebruiken, daarmee kunnen ze bellen.
  - Voor patiënten zonder GSM is er een telefoon in de gang waarmee ze dagelijks 2 maal 10 minuten mogen bellen.
- Er is op de afdeling geen WIFI. Sommige patiënten kunnen met hun GSM internetverbinding maken. Per week mogen patiënten 20 minuten surfen op de afdelingscomputer. Gebruik van facebook op de afdelingscomputer wordt gecontroleerd (dan moet de patiënt de afdeling als vriend toevoegen op facebook).
- Met toestemming van de jeugdrechter mogen jongeren vanaf de derde opnameweek op weekend gaan van vrijdagmiddag 16u30 tot zondagavond 19u.

Er is dagelijks contact met de buitenwereld mogelijk.

Aantal bevroegde patiënten	4
Aantal patiënten die aangeven dat dagelijks contactmogelijkheden met vrienden/familie zijn	4

Patiënten geven daarnaast aan dat ze meer contactmogelijkheden zouden willen d.m.v. WIFI, GSM, laptop. Ook het probleem van patiënten zonder GSM of TV op de kamer werd aangekaart (de TV op de kamer moet door de patiënt meegebracht worden).

### 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 betrokken bij het behandeltraject door hun aanwezigheid op de maatwerkvergaderingen, samen met therapeuten, en op de evolutievergaderingen, samen met therapeuten, consulent en naasten.

Patiënten worden niet beleidsmatig betrokken.

Aantal bevroegde patiënten	3
Aantal patiënten die aangeven dat ze een behandelplan hebben	3
Aantal patiënten die aanwezig waren op een multidisciplinaire behandelplanbespreking	3
Aantal patiënten van wie een ouder aanwezig was op een multidisciplinaire behandelplanbespreking	2

Eén patiënt gaf aan dat ze geen naasten / context had.

### 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

De opleiding 'Signaleringsplan' is momenteel niet voorzien in het opleidingsplan voor alle medewerkers in de zorg. Er gebeurt wel een opleiding 'Signaleringsplan' op de afdelingen waar met een signaleringsplan gewerkt wordt.

### 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

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

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

Aantal bevraagde patiënten	4
Aantal patiënten die aangeven dat ze informatie kregen over de maatregelen bij ernstige agressie-incidenten	4

## 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 in totaal 77 afzonderingen of separaties bij 12 patiënten van de afdeling Yidam, waarvan 66 afzonderingen en 11 separaties.

Er is zijn 2 afzonderingskamers op Yidam: de afzonderingsruimte die altijd met gesloten deur wordt gebruikt en de PAR die zowel met open als gesloten deur wordt gebruikt. Daarnaast is er een time-outruimte die meestal met open deur wordt gebruikt, deze werd als separatiekamer beschouwd tijdens de inspectie.

Er gebeuren geen separaties op patiëntenkamers.

Er wordt een beleid gevoerd van Non Violent Resistance.

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

De procedure bevat alle gecontroleerde elementen.

De procedure is in lijn met de opgesomde richtlijnen.

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

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

### 3.2.2 Toepassing in de praktijk

#### Werkwijze

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

De registers van een steekproef van patiënten in afzondering en separatie werden gecontroleerd. Er werd nagegaan of de registraties minstens volgende gegevens bevat:

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

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

#### Vaststellingen

Er wordt een register bijgehouden over afzonderingen.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	11
Aantal registratieformulieren met alle gegevens	11

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

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	11
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	4
Aantal met als reden: op eigen vraag	0
Aantal met als reden: overlast	0
Aantal met als reden: sanctie	0
Aantal met als reden: procedure (1 drugscreening, 1 na weglopen)	2
Aantal met andere reden: 1 volgens signaleringsplan, 1 om therapeutische redenen	2

Er werd gekeken naar de duur

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	11
Aantal korter dan 1u	3
Aantal 1 - 6u	3
Aantal 6- 12u	3
Aantal 12-24u	2
Aantal langer dan 24u	0

Er werd gekeken naar eventuele extra maatregelen.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	11
Aantal met mechanische fixatie	3
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	10
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 30 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	10
Aantal gecontroleerde afzonderingsregistraties van langer dan een uur	5
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 60 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	5
Aantal periodes langer dan 60 min zonder toezicht in dossier/register	0
Opsomming van de duur van de periodes zonder toezicht:	NVT
Aantal 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	7
Opsomming van de duur van de periodes zonder binnen gaan: 3u, 3u30min, 5u30min, 5u30min, 9u, 9u, 11u	
Aantal afzonderingen langer dan 24u	0
Aantal afzonderingen langer dan 24u met notities over dagelijks persoonlijk contact met de arts	NVT

Wanneer de patiënt slaapt wordt niet steeds binnen gegaan in de afzonderingskamer.

De afdelingsarts is niet alle dagen van de week op de afdeling aanwezig, een dagelijks persoonlijk contact van een arts met de patiënt in afzondering is niet geregeld.

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 een register bijgehouden over separaties.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in separatie	1
Aantal registratieformulieren met alle gegevens	1

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

Er werd gekeken naar de duur.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in separatie	1
Aantal langer dan 24u	1

Er werd gekeken naar eventuele extra maatregelen.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in separatie	1
Aantal met mechanische fixatie	1
Aantal met crisismedicatie	1

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	1
Aantal separaties waarbij minstens om de 30 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	1
Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in separatie van langer dan een uur	1
Aantal separaties waarbij minstens om de 60 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	1
Aantal periodes langer dan 60 min zonder toezicht in dossier	0
Opsomming van de duur van de periodes zonder toezicht:	NVT
Aantal met notities over persoonlijk contact van de arts met patiënt in separatie	0
Aantal separaties waarbij minstens om de 60 minuten notities over binnen gaan in de separatieruimte in dossier/register staan	0
Aantal gecontroleerde registraties van separaties langer dan 120 minuten	1
Aantal separaties waarbij minstens om de 120 minuten notities over binnen gaan in de separatieruimte in dossier/register staan	0
Aantal periodes langer dan 120 min zonder notities in dossier/register over persoonlijk contact	4
Opsomming van de duur van de periodes zonder binnen gaan: 3u30min, 5u, 12u, 13u	
Aantal separaties langer dan 24u	1
Aantal separaties langer dan 24u met notities over dagelijks persoonlijk contact met de arts	0

### 3.2.3 Infrastructuur van de afzonderingskamer

#### *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 / verhangings,
- 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 afzonderingskamer en de PAR worden door de medewerkers als afzonderingsruimte beschouwd, de time-outkamer als separatieruimte.

Aantal gecontroleerde afzonderingsruimtes	2
Aantal in orde qua veiligheid inzake automutilatie / verhangings	2
Aantal in orde qua rookdetectie	2
Aantal in orde qua bereikbaar beloproepsysteem	0
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

Er is geen beloproepsysteem in de PAR, in de afzonderingskamer is een oproepsysteem maar dit is niet bereikbaar voor een gefixeerde patiënt. Er is in beide ruimtes een geluidssysteem (patiënten kunnen roepen).

Er is een goedgekeurd plan voor verbouwing van de PAR : installatie van oproepingssysteem en twee kijkvensters. Op het moment van de audit zijn de offertes van aannemers al geëvalueerd. Start van de uitvoering van de werken is voorzien begin 2017.

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

De time-outruimte heeft een badkamer met toilet, wastafel en douche, waarin het beloproepsysteem zich bevindt. Wanneer een patiënt hier gefixeerd wordt, is het beloproepsysteem niet bereikbaar. In deze badkamer bevinden zich scherpe hoeken aan de wastafel en de waterleidingen. Er is inkijk mogelijk vanuit de afdelingstuin in de time-outruimte omdat de glasfolie van buitenaf los gekrabbd werd.

In de 3 ruimtes is er mogelijkheid om muziek te voorzien. De PAR is afgewerkt met zachte wanden en heeft een groot buitenraam met zicht op de omliggende weilanden.

### 3.3 FIXATIE

#### 3.3.1 **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 definitie van fixatie is niet enkel beperkt tot de mechanische fixatie maar beschrijft ook fysieke interventie (holding) en medicamenteuze fixatie (indien deze worden toegepast).
- 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**

In de bevraging geeft men aan:

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

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

In 2015 waren er 28 mechanische fixaties bij 8 patiënten.

Sinds 1 juli 2016 tracht men een beleid zonder mechanische fixatie te voeren (Yidam zoekt alternatieven voor mechanische fixatie, bvb. toepassing van het iso-laken, holding, ...), het aantal mechanische fixaties is sindsdien gedaald (periode tussen invoering nieuw beleid en 31/12/2016: 11 afzonderingen, waarvan 3 met mechanische fixatie).

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

## **3.3.2 Toepassing in de praktijk**

### **Werkwijze**

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

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

### **Vaststellingen**

De afdeling beschikt over volgend fixatiemateriaal:

- Polsbanden
- Enkelbanden
- Lendegordel/zweedse gordel

Men beschikt niet over een wikkeldeken / swaddle.

Aantal gecontroleerde dossiers van patiënten met mechanische fixatie	4
Aantal patiënten jonger dan 12 jaar met mechanische fixatie	0
Aantal met duur genoteerd van de mechanische fixatie	4
Aantal waarbij type fixatiemiddel genoteerd staat	4

## 3.4 VERBETERBELEID

Registratiesystemen dienen als basis voor veiligheids- en kwaliteitsmonitoring.

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

### 3.4.1 **Verzamelen van informatie**

#### 3.4.1.1 Preventief klimaat

##### *Werkwijze*

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

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

Tijdens de inspectie werd verslaggeving van deze evaluaties opgevraagd.

##### *Vaststellingen*

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

- Medewerkers in 2016 d.m.v. sociovergaderingen

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

- Patiënten
- Familie en naasten

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

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

Er gebeurde de laatste 5 jaar een medewerkerstevredenheidsmeting op deze afdeling. In 2016 gebeurde een cultuurmeting patiëntveiligheid bij de medewerkers. Er werd een vergelijking gemaakt met de meting die in 2009 gebeurde.

#### 3.4.1.2 Agressie-incidenten, afzonderen, separeren en fixeren

##### *Werkwijze*

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

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

##### *Vaststellingen*

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

Afzonderingen worden geregistreerd. Separaties worden geregistreerd.

Er zijn cijfers over afzonderingen en separaties beschikbaar op afdelingsniveau.

In functie van kwaliteit van de registraties over afzonderingen en separaties werd in augustus 2014 overgeschakeld van registratie op papier naar digitale registratie.

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

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

### 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 door verslaggeving aantonen dat volgende cijfers besproken worden op de verschillende beleidsniveaus:

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

Er kon aangetoond worden dat er in 2015 en 2016 een analyserapport werd gemaakt over vrijheidsbeperkende maatregelen. Dit analyserapport bevat informatie over:

- Afzonderingen en separaties: aantal afzonderingen en separaties, aantal patiënten afgezonderd en gesepareerd, aantal afzonderingsperiodes per patiënt
- Mechanische fixaties: aantal fixaties, aantal patiënten gefixeerd
- Duur
- Redenen van afzondering

## 4 CONCLUSIE

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

### 4.1 STERKE PUNTEN

#### Preventief beleid

- Er wordt systematisch gebruik gemaakt van signaleringsplannen.
- Er is dagelijks mogelijkheid tot contact met de buitenwereld.
- De infrastructuur biedt meerdere mogelijkheden voor de-escalatie en alternatieven van VBM.
- Er zijn weinig algemene leefregels, er is veel vrijheid in de leefregels.
- Patiënten en familie/naasten zijn systematisch aanwezig bij de multidisciplinaire bespreking van het behandelplan.
- Er gebeurt systematische debriefing met patiënten, medewerkers en medepatiënten.

#### Afzonderings- en separatiebeleid

- De procedure / visietekst over afzondering en separatie bevat alle gecontroleerde elementen.
- Minstens om de 30 minuten wordt er een toezichtobservatie genoteerd in het dossier van een afgezonderde patiënt.

#### Fixatiebeleid

- Fysieke interventie wordt als alternatief voor afzondering gebruikt.

#### Verbeterbeleid

- Er is jaarlijks een analyserapport met de verzamelde gegevens over VBM.

### 4.2 VERBETERPUNTEN

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

#### Preventief beleid

- In de schriftelijke informatie voor patiënten staan niet alle (vrijheidsbeperkende) leefregels beschreven.
- Het systematisch analyseren van ernstige incidenten als verbeterinstrument.
- Het regelmatig bevragen van ervaringen van patiënten en familie/naasten.
- Het verhogen van betrokkenheid van patiënten bij het beleid van de afdeling.

#### Afzonderings- en separatiebeleid

- Meer geschreven informatie voorzien voor patiënten en naasten over beleid van afzondering / separatie.
- De infrastructuur van afzonderingskamers / separatieruimtes aanpassen (veiligheid, beloproepsysteem).
- De redenen voor afzondering en 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 uur de registratie van binnen gaan in de afzonderingskamer/separatieruimte voorzien.
- Minstens elke 24u persoonlijk contact van de arts met de patiënt in afzondering of tijdens separatie voorzien.

#### Fixatiebeleid

- Procedure fixatie aanpassen aan de richtlijnen.
- Streven naar een beleid zonder mechanische fixatie.
- Gefixeerde patiënten moeten beschikken over een oproepsysteem.

#### Verbeterbeleid

- De cijfergegevens over vrijheidsbeperkende maatregelen jaarlijks bespreken op de drie beleidsniveaus: afdeling, directiecomité en Raad van Bestuur.
- Jaarlijkse evaluatie van leefregels door patiënten en familie/naasten.