

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	Alexianen Zorggroep Tienen
Adres	Liefdestraat 10, 3300 Tienen
Telefoon	016 80 75 11
Dossiernummer	E947

INRICHTENDE MACHT

Naam	Provinciaal Broeders van Liefde
Juridische vorm	vzw
Ondernemingsnummer	0406633304
Adres	Stropstraat 119, 9000 Gent
Telefoon	09 2214545

UITBATINGSPLAATS

Naam	Alexianen Zorggroep Tienen
Adres	Liefdestraat 10, 3300 Tienen

OPDRACHT

Nummer	O-2017-MAPU-0029
Datum	24-01-2017
Inspecteur	Michaëla Daelemans

VERSLAG

Nummer	V-2017-MIDA-0005
Datum	20-03-2017

INSPECTIEBEZOEK

Soort	Onaangekondigd bezoek op 17-03-2017 van 9-15u30
-------	---

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 Pathways	11
3.1	Preventief Beleid	11
3.1.1	Agressiepreventiebeleid	11
3.1.1.1	Signaleringsplannen	11
3.1.1.2	De-escalatie	12
3.1.2	Het verbeteren van patiëntenervaringen	13
3.1.2.1	Leefregels	13
3.1.2.2	Contact met de buitenwereld	14
3.1.3	Betrokkenheid van patiënten	15
3.1.4	Inscholing van nieuwe medewerkers	15
3.1.5	Opvang na incidenten	15
3.2	Afzondering en separatie	16
3.2.1	Beleid en Procedure	16
3.2.2	Toepassing in de praktijk	17
3.2.3	Infrastructuur van de afzonderings- en separatieruimtes	19
3.3	Fixatie	20
3.3.1	Beleid en Procedures	20
3.3.2	Toepassing in de praktijk	21
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	22
3.4.2	Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal	22
4	Conclusie.....	24
4.1	Sterke punten	24
4.2	Verbeterpunten	24

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 aanwakken of de sector ondersteunen in zijn verbeterbeleid,
- het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen doen dalen tot een strikt minimum,
- rapporteren aan de sector over de stand van zaken,
- rapporteren aan de burgers,
- input geven voor eventuele aanpassingen in het referentiekader voor de (psychiatrische) ziekenhuizen over het onderwerp vrijheidsbeperkende maatregelen,
- input geven voor de opmaak van een sectoroverschrijdend referentiekader over dit onderwerp.

1.1.2 Doelgroep

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

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

1.1.3 Kader

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

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

Als achtergrond bij deze inspectieronde werden een aantal richtlijnen gebruikt:

- NICE guideline, Violence and Agression: 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

Michaëla Daelemans

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 fysische 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

De Alexianen Zorggroep Tienen is erkend voor:

- 15 K-bedden
- 5 k-bedden (3 k-dag en 2 k-nacht)

Daarnaast heeft het ziekenhuis ook:

- 3 crisis for K-bedden als pilootproject en 2 crisisbedden binnen het netwerk

2.2 DIRECTIE

G Rector	Algemeen directeur
A Haekens	Hoofddarts
J Hermans	Directeur patiëntenzorg
E Van Puyvelde	Coördinator patiëntenzorg
S Engelbosch	Administratief directeur
T Reniers	Coördinator administratie
J Delahaye	Facilitair directeur

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

De Alexianen Zorggroep Tienen heeft 1 afdeling voor psychiatrische zorg voor kinderen en jongeren:

Naam afdeling	Leefgroepen	Leeftijd	Doelgroep	Aantal plaatsen op de afdeling
Pathways	Leefgroep 1	12-18 jaar	Algemeen kinderpsychiatrische problematiek Verslavingsproblematiek	7 K-bedden
	Leefgroep 2		Algemeen kinderpsychiatrische problematiek Verslavingsproblematiek	7 K-bedden
	Crisisunit		Crisisopnames Algemeen kinderpsychiatrische problematiek Verslavingsproblematiek Misdrijf / delict	1 K-bed (ingezet als For K-bed), 2 crisisbedden For K en 2 crisisbedden binnen het netwerk Vlaams-Brabant

Daarnaast is er een dagprogramma voor jongeren op woensdagen.

Opnamecijfers Pathways 2015:

Aantal opnames	72
Aantal opnamedagen	3802
Aantal patiënten opgenomen	72
Waarvan aantal patiënten opgenomen onder de 12 jaar	0
Aantal patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter	23

Aantal patiënten opgenomen op Pathways op de dag van inspectie:

	Leefgroep 1	Leefgroep 2	Crisisunit
Aantal patiënten	6	6	5
Aantal minderjarigen (<18j)	6	5	5
Aantal < 12j	0	0	0
Aantal patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter	2	2	1

3 AFDELING PATHWAYS

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

Pathways geeft in de bevraging aan gebruik te maken van signaleringsplannen.

Het gebruikte signaleringsplan bevat niet de 4 gezochte aspecten.

Volgend aspect ontbreekt: de mogelijke acties / stabiliserende maatregelen in verschillende fasen.

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

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 bevestigd.

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 tweepersoons-kamers	Aantal meerpersoonskamers (>2)
5	7	0

De tweepersoonskamers worden allemaal als eenpersoonskamer gebruikt.

De leefgroep ruimtes van 1 en 2 bevinden zich op de gelijkvloerse verdieping, de crisisunit op de eerste verdieping en de slaapkamers van leefgroepen 1 en 2 op de tweede verdieping.

Tijdens de patiëntenbevraging komt de verouderde infrastructuur ter sprake, patiënten klagen over geurhinder uit de afvoer op de benedenverdieping en een gebrek aan verluchting op de crisisunit.

Daarnaast is volgende infrastructuur voorhanden om de-escalatie mogelijk te maken: er is een omheinde tuin voor leefgroep 1 en 2 en een aparte tuin voor de crisisunit. De tuin is niet vrij toegankelijk voor de jongeren van de leefgroepen, de deur naar de tuin is afgesloten en wordt enkel geopend op rookmomenten en als er begeleiding meegaat naar buiten met een jongere. De tuin van de crisisunit is niet rechtstreeks toegankelijk aangezien de crisisunit op een hogere verdieping gelegen is.

Op de benedenverdieping zijn 2 time-outruimtes die enkel met open deur worden gebruikt.

Op elke verdieping is een afzonderingsruimte. De afzonderingsruimte op de tweede verdieping is niet meer in gebruik, deze wordt nu als opslagruimte gebruikt.

's Nachts is er 1 personeelslid aanwezig op de afdeling Pathways. Er zijn 4 vaste nachtmedewerkers, 3 verpleegkundigen en een zorgkundige.

In geval van nood kan volgende extra hulp opgeroepen worden op de afdeling: er kunnen 8 extra collega's worden opgeroepen van de andere afdelingen voor bijstand.

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: er wordt gewerkt met het model van de 5 G's (gebeurtenis-gedachten-gedrag-gevoel-gevolg).

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: in het programma van de oudergroepen is één van de sessies gewijd aan verschillende opvoedingsstijlen en de principes van Non Violent Resistance.

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:

- Geen vrije toegang tot patiëntenkamers overdag
- Verplichte kamermomenten (met open deur)

Patiënten geven in de bevraging aan dat je kan vragen om naar je kamer te mogen gaan, maar dat niet op elke vraag altijd een positief antwoord komt. Patiënten geven verder aan dat ze voorstander zijn voor vrije toegang tot de tuin, ook buiten de rookmomenten, als de-escalatiemogelijkheid. Verder vragen ze vrije toegang tot een drinkmogelijkheid (bv. een waterfontein in de leefgroep ruimte), de drank bevindt zich nu in de afgesloten keuken en ze moeten bij dorst aan de begeleiding vragen om de keuken open te maken.

Sommige patiënten geven in de bevraging aan dat ze vinden dat er te veel leefregels zijn, anderen vinden dat er veel vrijheid is of zouden meer structuur en regels wensen.

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

- Geen vrije toegang tot patiëntenkamers overdag
- Verplichte kamermomenten

Volgende controles gebeuren op de afdeling:

- lichaamscontrole
- kamercontrole
- bagagecontrole
- postcontrole
- drugscreening

Voor alle controles die gebeuren zijn procedures opgemaakt.

Aantal bevroegde patiënten	8
Aantal patiënten die aangeven dat de leefregels duidelijk zijn	8

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als je de therapie niet wil volgen. Volgende antwoorden werden gegeven: “therapie volgen wordt erg aangemoedigd, de medewerkers zullen je proberen overtuigen”, “als je je slecht voelt, kan je in de leefgroep ruimte blijven”, “als je niet wil gaan omdat je gewoon geen zin hebt, dan moet je in de time-outruimte gaan zitten.”

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als men zijn medicatie niet wil innemen. Volgende antwoorden werden gegeven: “het personeel probeert je te overtuigen door aan te dringen, maar als je echt niet wil, dan aanvaardt men dit”, “dit wordt met de psychiater besproken”, “dan krijg je geen sigaret”.

3.1.2.2 Contact met de buitenwereld

Werkwijze

Patiënten werden tijdens de inspectie bevroegd 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 bevroegd.

Vaststellingen

Contact met de buitenwereld is mogelijk op volgende manieren:

- Bezoekmomenten zijn voorzien op volgende momenten maar kan op vraag ook op andere momenten:

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

Patiënten geven aan dat bezoek van je ouders mogelijk is, van een vriend onder begeleiding van je ouders of van een vriend met toestemming van je ouders.

- Telefonisch contact: Patiënten mogen vanaf de tweede week hun GSM bij zich hebben. Met de eigen GSM mogen ze niet zelf bellen, maar wel gebeld worden. Iemand opbellen dient te gebeuren met de afdelingstelefoon die in de gang hangt of met de telefoon in de verpleegpost (de privacy is hierdoor beperkt). Je mag bellen naar personen die op je belijst staan. Deze belijst wordt opgemaakt door de begeleiding op basis van input van de jongeren. Sommige vrienden staan niet op deze belijst en mogen niet gebeld worden.
- Er is geen WIFI beschikbaar op de afdeling. Sommige jongeren beschikken over mobiel internet op hun GSM en kunnen zo wel op internet.
- Uitgangsmogelijkheden (onder begeleiding van familie/naasten of alleen): patiënten kunnen op weekend gaan naar huis.
Patiënten geven tijdens de bevraging aan dat je na een agressie-incident soms als sanctie niet op weekend mag gaan.

Er is dagelijks contact met de buitenwereld mogelijk.

Aantal bevroegde patiënten	8
Aantal patiënten die aangeven dat er dagelijks contactmogelijkheden met vrienden/familie zijn	8

3.1.3 Betrokkenheid van patiënten

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

Patiënten worden beleidsmatig betrokken:

- Er is een patiëntenraad op organisatieniveau waaraan jongeren van Pathways deelnemen,
- Er is een voedingsraad op organisatieniveau waaraan jongeren van Pathways deelnemen,
- Er is patiëntenparticipatie op afdelingsniveau: er is reeds jaren een wekelijkse vergadering met de jongeren 'Zeg je zegje', op deze vergadering staat het onderwerp samenleven op de agenda.

Aantal bevraagde patiënten	8
Aantal patiënten die aangeven dat ze een behandelplan hebben	8
Aantal patiënten die aanwezig waren op een multidisciplinaire behandelplanbespreking	1
Aantal patiënten van wie een ouder aanwezig was op een multidisciplinaire behandelplanbespreking	1

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

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

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

Aantal bevraagde patiënten	8
Aantal patiënten die aangeven dat ze informatie kregen over de maatregelen bij ernstige agressie-incidenten	4

Eén van de patiënten geeft aan dat de afzonderingsprocedure die gebeurde met extra bijstand als zeer aangrijpend en angstaanjagend werd ervaren. Deze aanpak kwam helemaal onverwacht en lokte volgens de jongere op zich extra agressie uit door de paniek die hierdoor ontstond. De jongere gaf aan dat meer informatie vooraf over de afzonderingsprocedure met extra bijstand deze angst had kunnen verminderen.

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 op Pathways 22 afzonderingen bij 5 patiënten. Er gebeuren geen separaties.
In 2016 waren er 30 afzonderingen.

Er zijn 2 afzonderingskamers in gebruik op Pathways.

Er gebeuren geen separaties op patiëntenkamers.

Er is een uitgeschreven procedure / visietekst voor afzondering.

De procedure bevat niet alle gecontroleerde elementen. Volgende elementen ontbreken in de procedure:

- Toezicht: frequentie en vorm
 - minstens om de 30 minuten toezicht op de patiënt in afzondering.
 - minstens om de 60 minuten persoonlijk contact door binnen gaan van een medewerker bij de patiënt in afzondering.
- Frequentie van evaluatie van de afzonderingsmaatregel

De procedure is in lijn met de opgesomde richtlijnen.

Er is schriftelijke informatie over afzondering voor kinderen/jongeren.

Er is schriftelijke informatie over afzondering voor familie/naasten.

3.2.2 Toepassing in de praktijk

Werkwijze

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

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

Er werd nagegaan of de registraties minstens volgende gegevens bevat:

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

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

Vaststellingen

Er wordt een register bijgehouden over afzonderingen.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	9
Aantal registratieformulieren met alle gegevens	9

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 (preventief omwille van craving)	1
Aantal met als reden: overlast	1
Aantal met als reden: sanctie	0
Aantal met als reden: procedure	0
Aantal met andere reden	0

De redenen voor afzondering zijn omstandig omschreven.

Er werd gekeken naar de duur.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	9
Aantal korter dan 1u	1
Aantal 1 - 6u	1
Aantal 6- 12u	4
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	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	9
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 30 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	3
Aantal gecontroleerde afzonderingsregistraties van langer dan een uur	8
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 60 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	7
Aantal periodes langer dan 60 min zonder toezicht in dossier/register	2
Opsomming van de duur van de periodes zonder toezicht: 1u18, 1u24	
Aantal afzonderingen met notities over persoonlijk contact van de arts met patiënt in afzondering	3
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	8
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 120 minuten notities over binnen gaan in de afzonderingskamer in dossier/register staan	1
Aantal periodes langer dan 120 min zonder notities in dossier/register over binnen gaan	8
Opsomming van de duur van de periodes zonder binnen gaan: 2u45, 3u, 5u17, 5u26, 10u, 10u35, 11u12, 11u14	
Aantal afzonderingen langer dan 24u	0
Aantal afzonderingen langer dan 24u met notities over dagelijks persoonlijk contact met de arts	NVT

Het is niet helemaal duidelijk of de momenten van toezicht die ingebracht zijn in het dossier altijd correct zijn, aangezien het meestal tijdsregistraties betreft van het moment van noteren van de observaties.

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

De afzonderingsruimtes (ook iso's genoemd) op de benedenverdieping en op de crisisunit 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	0
Aantal in orde qua visueel toezicht	2
Aantal in orde qua aangepaste tijdsaanduiding	0
Aantal in orde qua privacy	2
Aantal in orde qua daglicht	2

Knelpunten op het vlak van veiligheid inzake automutilatie: In beide afzonderingskamers is een houten tafeltje aan de muur bevestigd. In de afzonderingskamer van de crisisunit is de verwarming afgeschermd door een metalen rooster met scherpe randen.

Het beloproepsysteem bevindt zich aan de muur, gefixeerde patiënten kunnen dit niet bereiken. Deze patiënten kunnen via de intercom naar het personeel dat cameratoezicht doet roepen als ze naar het toilet moeten gaan.

Gefixeerde patiënten hebben geen zicht op de klok die aan het hoofdeinde ophangt.

Aan het raam van de afzonderingskamer op de benedenverdieping zijn lamellen bevestigd die gesloten worden omwille van privacy, waardoor er weinig daglichtinval is.

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 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
- geen 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 waren er 9 mechanische fixaties.

Er is een uitgeschreven procedure / visietekst fixatie.

De procedure bevat niet alle gecontroleerde elementen. Volgende elementen ontbreken in de procedure:

- Toezicht: frequentie en vorm
- Frequentie van evaluatie van de maatregel

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 wikkelden/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

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 tijdens het maandelijks teamoverleg en tijdens de intervisiemomenten die om de twee maand doorgaan.
- Patiënten in 2016 tijdens de wekelijkse overlegmomenten 'Zeg je zegje'.

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

- Familie en naasten

Er gebeurde de laatste 5 jaar een medewerkerstevredenheidsmeting op deze afdeling: in 2015 gebeurde er een medewerkersbevraging en een patiëntveiligheidscultuurmeting.

Er gebeurde de voorbije 5 jaar een patiëntentevredenheidsmeting op deze afdeling: in 2012 d.m.v. een enquête.

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

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. Er gebeuren geen separaties op Pathways. Er zijn cijfers over afzonderingen beschikbaar op afdelingsniveau.

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.

3.4.2 Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal

Werkwijze

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

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

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

Vaststellingen

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

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

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

Dit analyserapport bevat informatie over:

- Afzonderingen (aantal en aantal patiënten)
- Mechanische fixaties
- Duur van VBM
- Medicamenteuze fixatie
- Redenen
- Statuut van de patiënt,
- interventie van de politie
- geslacht patiënt
- tijdstip van de afzondering
- moment van afzondering binnen de opname
- Extra medicatie?

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.
- De infrastructuur biedt meerdere mogelijkheden voor de-escalatie en alternatieven van VBM.
- Er is dagelijks mogelijkheid tot contact met de buitenwereld.
- Patiënten worden betrokken bij het beleid van de afdelingen.
- Er gebeurt systematische debriefing met patiënten, medewerkers, medepatiënten.

Afzonderings- en separatiebeleid

- Goede kwaliteit van registreren over afzonderen, de redenen voor afzondering worden omstandig omschreven.

Fixatiebeleid: geen

Verbeterbeleid

- Er gebeuren frequente evaluaties van leefregels met medewerkers en patiënten.
- Er is jaarlijks een analyserapport met de verzamelde gegevens over VBM.
- Er worden veel cijfergegevens verzameld tot op afdelingsniveau die een analyse van het afzonderingsbeleid mogelijk maken.

4.2 VERBETERPUNTEN

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

Preventief beleid

- Het gebruikte signaleringsplan evalueren t.o.v. de 4 criteria.
- De infrastructurele mogelijkheden voor de-escalatie beter benutten (bv. de tuin die steeds afgesloten is).
- In de schriftelijke informatie voor patiënten staan niet alle (vrijheidsbeperkende) leefregels beschreven.
- Het systematisch analyseren van ernstige incidenten als verbeterinstrument.
- De (vrijheidsbeperkende) leefregels herbekijken.
- Het regelmatig bevragen van ervaringen van familie/naasten.
- De aanwezigheid van patiënten en familie/naasten bij de multidisciplinaire behandelplanbespreking mogelijk maken.

Afzonderings- en separatiebeleid

- De procedure afzondering vervolledigen.
- De infrastructuur van afzonderingskamers aanpassen.
- De redenen voor afzondering beperken tot gevaar.
- De notities en de registratie van het toezicht aanpassen:
 - Om het half uur notities over het toezicht op de patiënt in afzondering.
 - Om het uur de registratie van binnen gaan in de afzonderingskamer voorzien.

Fixatiebeleid

- De procedure fixatie vervolledigen.
- De procedure fixatie aanpassen aan de richtlijnen. (geen afzondering en mechanische fixatie samen)
- 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 alle betrokkenen: ook door familie/naasten.