

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	UPC Z.ORG KU Leuven campus Kortenberg
Adres	Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg
Telefoon	02 7580511
Dossiernummer	E 943

INRICHTENDE MACHT

Naam	UPC Z.ORG KU Leuven
Juridische vorm	vzw
Ondernemingsnummer	0558906971
Adres	Herestraat 49, 3000 Leuven
Telefoon	016 34 38 21

UITBATINGSPLAATS

Naam	UPC Z.ORG KU Leuven campus Kortenberg
Adres	Leuvensesteenweg 517, 3070 Kortenberg

OPDRACHT

Nummer	O-2017-MAPU-0027
Datum	24/01/2017
Inspecteurs	Michaela Daelemans, Anja Claeys, Lindsay Vissenaekens, Veerle Meeus

VERSLAG

Nummer	V-2017-MIDA-0008
Datum	14-03-2017

INSPECTIEBEZOEK

Soort	Onaangekondigd bezoek op 13-03-2017 van 9-16u
-------	---

Inhoudsopgave

1	Inleiding	5
1.1	Toezicht door Zorginspectie	5
1.1.1	Doelstellingen	5
1.1.2	Doelgroep	5
1.1.3	Kader	5
1.2	Inspectieproces	7
1.2.1	Vorbereiding	7
1.2.2	Plaatsbezoeken	7
1.2.3	Bronnen	7
1.2.4	Verslag	7
1.2.5	Beleidsrapport	7
1.3	Inspecteurs	8
1.4	Lijst met definities / Verklarende woordenlijst	8
2	Situering van de voorziening	10
2.1	Erkenningsgegevens	10
2.2	Directie	10
2.3	Organisatie van de psychiatrische zorg voor kinderen en jongeren in dit ziekenhuis	10
3	Afdeling De Kade	13
3.1	Preventief Beleid	13
3.1.1	Agressiepreventiebeleid	13
3.1.1.1	Signaleringsplannen	13
3.1.1.2	De-escalatie	14
3.1.2	Het verbeteren van patiëntenervaringen	15
3.1.2.1	Leefregels	15
3.1.2.2	Contact met de buitenwereld	15
3.1.3	Betrokkenheid van patiënten	16
3.1.4	Inscholing van nieuwe medewerkers	17
3.1.5	Opvang na incidenten	17
3.2	Afzondering en separatie	18
3.2.1	Beleid en Procedure	18
3.2.2	Toepassing in de praktijk	19
3.2.3	Infrastructuur van de afzonderings- en separatieruimtes	21
3.3	Fixatie	21
3.3.1	Beleid en Procedures	21
3.3.2	Toepassing in de praktijk	22
3.4	Verbeterbeleid	23
3.4.1	Verzamelen van informatie	23

3.4.1.1	Preventief klimaat	23
3.4.1.2	Agressie-incidenten, afzonderen, separeren en fixeren	23
3.4.2	Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal	24
4	Afdeling Beaufort.....	25
4.1	Preventief Beleid	25
4.1.1	Agressiepreventiebeleid	25
4.1.1.1	Signaleringsplannen.....	25
4.1.1.2	De-escalatie	26
4.1.2	Het verbeteren van patiëntenervaringen.....	27
4.1.2.1	Leefregels.....	27
4.1.2.2	Contact met de buitenwereld	27
4.1.3	Betrokkenheid van patiënten	28
4.1.4	Inscholing van nieuwe medewerkers	29
4.1.5	Opvang na incidenten.....	29
4.2	Afzondering en separatie	30
4.2.1	Beleid en Procedure	30
4.2.2	Toepassing in de praktijk.....	31
4.2.3	Infrastructuur van de afzonderings- en separatieruimtes	33
4.3	Fixatie	34
4.3.1	Beleid en Procedures.....	34
4.3.2	Toepassing in de praktijk	35
4.4	Verbeterbeleid.....	35
4.4.1	Verzamelen van informatie	35
4.4.1.1	Preventief klimaat	35
4.4.1.2	Agressie-incidenten, afzonderen, separeren en fixeren	36
4.4.2	Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal	36
5	Afdeling Fordulas.....	38
5.1	Preventief Beleid	38
5.1.1	Agressiepreventiebeleid	38
5.1.1.1	Signaleringsplannen.....	38
5.1.1.2	De-escalatie	39
5.1.2	Het verbeteren van patiëntenervaringen.....	40
5.1.2.1	Leefregels.....	40
5.1.2.2	Contact met de buitenwereld	41
5.1.3	Betrokkenheid van patiënten	42
5.1.4	Inscholing van nieuwe medewerkers	42
5.1.5	Opvang na incidenten.....	42
5.2	Afzondering en separatie	43

5.2.1	Beleid en Procedure	43
5.2.2	Toepassing in de praktijk	44
5.2.3	Infrastructuur van de afzonderings- en separatieruimtes	46
5.3	Fixatie	47
5.3.1	Beleid en Procedures.....	47
5.3.2	Toepassing in de praktijk	48
5.4	Verbeterbeleid.....	49
5.4.1	Verzamelen van informatie	49
5.4.1.1	Preventief klimaat	49
5.4.1.2	Agressie-incidenten, afzonderen, separeren en fixeren	49
5.4.2	Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal	50
6	Afdeling GAUZZ.....	51
6.1	Preventief Beleid	51
6.1.1	Agressiepreventiebeleid	51
6.1.1.1	Signaleringsplannen.....	51
6.1.1.2	De-escalatie	52
6.1.2	Het verbeteren van patiëntenervaringen.....	53
6.1.2.1	Leefregels.....	53
6.1.2.2	Contact met de buitenwereld	53
6.1.3	Betrokkenheid van patiënten	54
6.1.4	Inscholing van nieuwe medewerkers	54
6.1.5	Opvang na incidenten.....	54
6.2	Afzondering en separatie	55
6.2.1	Beleid en Procedure	55
6.2.2	Toepassing in de praktijk	56
6.2.3	Infrastructuur van de afzonderings- en separatieruimtes	56
6.3	Fixatie	57
6.3.1	Beleid en Procedures.....	57
6.3.2	Toepassing in de praktijk	58
6.4	Verbeterbeleid.....	59
6.4.1	Verzamelen van informatie	59
6.4.1.1	Preventief klimaat	59
6.4.1.2	Agressie-incidenten, afzonderen, separeren en fixeren	59
6.4.2	Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal	60
7	Conclusie.....	61
7.1	Sterke punten	61
7.2	Verbeterpunten	61

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
- 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
Lindsay Vissenaekens	Inspecteur Zorginspectie
Anja Claeys	Inspecteur Zorginspectie
Veerle Meeus	Inspecteur Zorginspectie

1.4 LIJST MET DEFINITIES / VERKLARENDE WOORDENLIJST

- **Vrijheidsbeperkende maatregelen** zijn alle (therapeutische) maatregelen die een beperking van de keuzevrijheid en/of de bewegingsvrijheid van de patiënt inhouden, inclusief beperkingen qua contact met de buitenwereld.
- **Vrijheidsberovende maatregelen** zijn alle (therapeutische) maatregelen die een beperking van de bewegingsvrijheid van de patiënt inhouden. Vrijheidsberoving is het ontnemen van de vrijheid om te bewegen (een sterke ruimtelijke inperking van bewegingsvrijheid), bv. door opsluiting (bv. tijdens afzondering) of door het gebruik van fixatiemateriaal.
De begrippen **vrijheidsberoving en vrijheidsbeperking** onderscheiden zich van elkaar in graad of intensiteit, maar verschillen niet fundamenteel. Vrijheidsbeperking is breder omschreven en omvat alle vrijheidsberoving.
- **Gedwongen opname:** Het wettelijke kader voor gedwongen opname in Vlaanderen wordt geschetst door de federale wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke van 20 juni 1990. Deze wet bepaalt dat enkel geesteszieken voor gedwongen opname in aanmerking komen, wanneer hun toestand dit vereist en er geen alternatieven mogelijk zijn. De persoon hoort een ernstige bedreiging of gevaar te vormen voor zichzelf en/of voor anderen, en kan enkel gedwongen opgenomen worden wanneer geen alternatieven voorhanden zijn. Belangrijk bij dit alles is dat voornamelijk enkel de gedwongen opname wettelijk geregeld is, maar niet de gedwongen behandeling. Een procedure tot gedwongen opname van een minderjarige kan zowel via de jeugdrechter als via de Procureur des Konings opgestart worden. Deze laatste wordt ingeschakeld wanneer een dringende opname vereist is.
- **Afzondering** is het geheel van maatregelen dat genomen wordt om een patiënt onder te brengen in een daartoe speciaal voorziene afzonderingskamer, al dan niet met fixatie, indien de 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

Het UPC Z.ORG KU Leuven is op campus Kortenberg erkend voor:

- 20 K-bedden
- 10 k-bedden

Daarnaast heeft het ziekenhuis ook:

- 8 for K-bedden en 3 crisisbedden for K als pilootproject
- Een RIZIV-conventie voor de revalidatie-afdeling autisme met gedragsproblemen (GAUZZ)

2.2 DIRECTIE

Wim Tambeur	Voorzitter en gedelegeerd bestuurder
Filip Bouckaert	Hoofddarts
Marina Danckaerts	diensthoofd kinder- en jeugdpsychiatrie
Stephan Claes	diensthoofd volwassenenpsychiatrie
Mathieu Vandenbulcke	diensthoofd ouderenpsychiatrie
Annelies De Norre	verpleegkundig directeur
Freddy Jochmans	algemeen secretaris
Bart De Greef	financieel directeur
David Derwael	personeelsdirecteur
Gert Peeters	operationeel directeur

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

Het UPC Z.ORG KU Leuven heeft op de campus Kortenberg 4 afdelingen voor psychiatrische zorg voor kinderen en jongeren:

Naam afdeling	Leefgroepen	Leeftijd	Doelgroep	Aantal plaatsen op de afdeling
Beaufort	Beaufort	12 – 18 jaar	Algemeen kinderpsychiatrische problematiek Crisisopname SGA Misdrijf/delict POS/VOS Mentale beperking ASS	10 K-bedden 3 crisis For K-bedden
De Kade	De Kade	14 – 18 jaar	Algemeen kinderpsychiatrische problematiek ASS Psychose hechtingsproblematiek	10 K-bedden 10 k-bedden
Fordulas	Fordulas	12 – 18 jaar	SGA Misdrijf/delict POS/VOS	8 For K-bedden
GAUZZ	GAUZZ	11 – 18 jaar	SGA	4 bedden

			Mentale beperking (matig tot ernstig) ASS	
--	--	--	---	--

De afdeling GAUZZ opende eind november 2015.

Opnamecijfers De Kade 2015:

Aantal opnames	68
Aantal opnamedagen	5877
Aantal patiënten opgenomen	63
Waarvan aantal patiënten opgenomen onder de 12 jaar	0
Aantal patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter	Geen cijfer beschikbaar

Opnamecijfers Beaufort 2015:

Aantal opnames	180
Aantal opnamedagen	3542
Aantal patiënten opgenomen	150
Waarvan aantal patiënten opgenomen onder de 12 jaar	0
Aantal patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter	37

Opnamecijfers Fordulas 2015:

Aantal opnames	15
Aantal opnamedagen	2254
Aantal patiënten opgenomen	15
Waarvan aantal patiënten opgenomen onder de 12 jaar	0
Aantal patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter	15

Opnamecijfers GAUZZ 2015:

Aantal opnames	1
Aantal opnamedagen	36
Aantal patiënten opgenomen	1
Waarvan aantal patiënten opgenomen onder de 12 jaar	0
Aantal patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter	0

Aantal patiënten opgenomen op De Kade op de dag van inspectie:

Aantal patiënten	19
Aantal minderjarigen (<18j)	18
Aantal < 12j	0
Aantal patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter	0

Aantal patiënten opgenomen op Beaufort op de dag van inspectie:

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

Aantal patiënten opgenomen op Fordulas op de dag van inspectie:

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

Aantal patiënten opgenomen op GAUZZ op de dag van inspectie:

Aantal patiënten	3
Aantal minderjarigen (<18j)	3
Aantal < 12j	0
Aantal patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter	0

3 AFDELING DE KADE

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

De Kade 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	2

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

Vaststellingen

De afdeling beschikt over volgende soorten patiëntenkamers:

Aantal eenpersoonskamers	Aantal tweepersoons-kamers	Aantal meerpersoonskamers (>2)
13	3	0

Daarnaast is volgende infrastructuur voorhanden om de-escalatie mogelijk te maken: er is een tuin en twee PAR's (op afdeling Beaufort die zowel met open als gesloten deur gebruikt worden).

De infrastructuur op deze afdeling biedt te weinig mogelijkheden tot de-escalatie.

's Nachts is er 1 personeelslid aanwezig, dit personeelslid staat ook in voor de zorg van de patiënten op de afdeling Beaufort.

In geval van nood kan volgende extra hulp opgeroepen worden op de afdeling: Bij indrukken van de noodknop, komen personeelsleden van andere afdelingen helpen.

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: elke jongere krijgt tijdens de eerste opnamemaand 2 maal per week individuele gesprekken bij de hoofdverpleegkundige en/of de coördinator van de behandelgroep rond deze thema's.

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

3.1.2 Het verbeteren van patiëntenervaringen

3.1.2.1 Leefregels

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

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

Er zijn geen vrijheidsbeperkende leefregels.

Volgende controles gebeuren op de afdeling:

- kamercontrole
- drugscreening

Voor alle controles die gebeuren zijn procedures opgemaakt.

Aantal bevroegde patiënten	5
Aantal patiënten die aangeven dat de leefregels duidelijk zijn	5

Patiënten geven aan dat er veel vrijheid is op deze afdeling t.o.v. andere psychiatrische afdelingen, wat ze als positief ervaren.

Daarnaast geeft de meerderheid aan dat er te veel therapievrije momenten zijn, vooral het feit dat er sinds een paar maanden quasi geen schoolactiviteiten zijn, wordt als een groot tekort ervaren.

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als je de therapie niet wil volgen. Volgende antwoorden werden gegeven: "je wordt uitgenodigd om de therapie toch te volgen, je wordt niet verplicht". "Het wordt besproken met 1 van de begeleiders."

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als men zijn medicatie niet wil innemen. Volgende antwoorden werden gegeven: "je dient dit te bespreken met de arts". "Je wordt ertoe gedwongen". De meerderheid geeft aan dit niet te weten, omdat het zich nog niet voor deed.

3.1.2.2 Contact met de buitenwereld

Werkwijze

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

Vaststellingen

Contact met de buitenwereld is mogelijk op volgende manieren:

- Bezoek is mogelijk op volgende momenten:

maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag
16u45-18u 18u30-21u	16u45-18u	12u30-21u	16u45-18u 18u30-21u	16u45-18u 18u30-21u		

- Telefonisch contact: de jongeren kunnen hun GSM zelf bijhouden en krijgen de verantwoordelijkheid om deze, volgens de afdelingsafspraken, goed te gebruiken. De jongere is ook via de vaste telefoon van de afdeling bereikbaar, buiten de therapie-uren.
- Elke jongere heeft overdag vrije toegang tot WIFI (tot 23u00).
- Uitgangsmogelijkheden:
 - De jongere mag tijdens de bezoeken de afdeling verlaten (alleen of onder begeleiding).
 - Op woensdagnamiddag is er voor de jongere een vrije namiddag en kunnen ze de afdeling verlaten.
 - Er wordt verwacht dat de jongere in het ziekenhuis overnacht tijdens het eerste opnameweekend. Overdag gaan jongeren naar huis van 9u tot 21u.
 - Vanaf het tweede weekend kan de jongere in weekend naar huis gaan van zaterdag 12u30 tot zondagavond 20u45 of maandagmorgen 9u.Er wordt verwacht dat de jongere tijdens het weekend en op woensdagnamiddag niet op de afdeling blijft, maar zich richt op buitenactiviteiten om sociale contacten buiten de afdeling te onderhouden.

Er is dagelijks contact met de buitenwereld mogelijk.

Aantal bevroegde patiënten	5
Aantal patiënten die aangeven dat er dagelijks contactmogelijkheden met vrienden/familie zijn	5

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 beleidsmatig betrokken:

- patiëntenparticipatie op afdelingsniveau via inspraak in de afdelingsregels.

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

3.1.4 Inscholing van nieuwe medewerkers

Werkwijze

Het inscholingsprogramma voor nieuwe medewerkers werd opgevraagd tijdens de inspectie.

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

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

Vaststellingen

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

3.1.5 Opvang na incidenten

Werkwijze

Tijdens inspectie werd 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	5
Aantal patiënten die aangeven dat ze informatie kregen over de maatregelen bij ernstige agressie-incidenten	5

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 9 afzonderingen bij 4 patiënten van de afdeling De Kade, er gebeuren geen separaties.

Er is geen afzonderingskamer op de afdeling De Kade. Indien nodig wordt gebruik gemaakt van de 2 afzonderingskamers van de afdeling Beaufort.

Er gebeuren geen separaties op patiëntenkamers.

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

In de procedure staat beschreven:

- Volgende redenen voor afzondering worden vermeld in de procedure:
 - Afzondering gebeurt soms preventief bv. bij ernstige ontwijking van de therapeutische omgeving, het voorkomen van ernstige materiële schade
 - Afzondering kan gebeuren op eigen vraag van de patiënt

- Een gevoel van veiligheid geven door het aanbieden van structuur en toezicht, het verminderen van prikkels en regulatie van bewegingsdrang, het instellen van een verhoogde en continue observatie

Er is schriftelijke informatie over afzondering voor kinderen/jongeren.

Er is schriftelijke informatie over afzondering voor familie/naasten.

In de behandelovereenkomst staat de mogelijkheid van afzondering vermeld, hierin is niet expliciet omschreven dat de deur tijdens afzondering wordt afgesloten.

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: vóór november 2016 werden de toezichtsnotities die op papier worden genoteerd niet bewaard, sinds november 2016 worden deze ingescand in het EPD.

In het EPD noteert men een samenvatting per dagdeel over het toezicht.

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

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

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

Er werd gekeken naar de duur.

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

Er werd gekeken naar eventuele extra maatregelen.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	5
Aantal met mechanische fixatie	2
Aantal met crisismedicatie	3

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

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten langer dan een half uur in afzondering	5
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 30 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	1
Aantal gecontroleerde afzonderingsregistraties van langer dan een uur	5
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 60 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	2
Aantal periodes langer dan 60 min zonder toezicht in dossier/register	3
Opsomming van de duur van de periodes zonder toezicht: 12u45min, 1u15min, 47u30min	
Aantal afzonderingen met notities over persoonlijk contact van de arts met patiënt in afzondering	2
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	4
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	4
Opsomming van de duur van de periodes zonder binnen gaan: 13u15min, 12u45min, 47u30min, 9u00	
Aantal afzonderingen langer dan 24u	1
Aantal afzonderingen langer dan 24u met notities over dagelijks persoonlijk contact met de arts	0

Voor de afzonderingen die voor november 2016 gebeurden, werden er gedetailleerde notities op papier gemaakt over het toezicht maar deze werden na de afzonderingen vernietigd. Hierdoor zijn er bij 3 van de 5 gecontroleerde afzonderingen, die voor november 2016 gebeurden, geen notities voorhanden over het toezicht, behalve de samenvattingen per dagdeel over het toezicht waarin geen tijdsnotities vermeld staan. Sinds november 2016 worden de papieren fiches ingescand in het dossier.

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.

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 / verhänging,
- 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

Op deze afdeling zijn geen afzonderingskamers. Voor de beschrijving van de gebruikte afzonderingskamers: zie afdeling Beaufort 4.2.3.

3.3 FIXATIE

3.3.1 **Beleid en Procedures**

Werkwijze

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

Tijdens inspectie werd de procedure / visietekst voor fixatie opgevraagd.

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

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

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

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

Vaststellingen

Men geeft aan:

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

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

In 2015 waren er 12 mechanische fixaties bij 3 patiënten.

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
- Er zijn andere redenen dan acuut gevaar voor zichzelf en/of anderen vermeld in de procedure:
 - Motorische onrust
 - Verhoogd valrisico
 - Kans op ernstige zelfverwonding
 - Patiënt vereist zorgen die alleen kunnen worden toegediend met fixatie (wondzorg, hygiënische zorgen, toediening medicatie)
 - Patiënt blijft zich verzetten tegen gemaakte afspraken, is totaal niet coöperatief
 - Begeleiding zonder fixatie is te arbeidsintensief in verhouding tot de bezetting

3.3.2 Toepassing in de praktijk

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

De afdeling beschikt 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 2017 dmv de maandelijkse verpleegvergadering
- Patiënten in 2017 dmv de wekelijkse vergadering “groepcheffen”.

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

- Familie en naasten

Er gebeurde de laatste 5 jaar een medewerkerstevredenheidsmeting op deze afdeling: in 2016 d.m.v. een patiëntveiligheidscultuurmeting.

Er gebeurde de voorbije 5 jaar geen patiënttevredenheidsmeting op deze afdeling

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 zijn cijfers over afzonderingen beschikbaar op afdelingsniveau. Separaties gebeuren niet op afdeling De Kade.

Afzonderingen die onderbroken worden met periodes buiten de afzonderingskamer worden als 1 afzondering geregistreerd, hierdoor is het totaal aantal afzonderingen relatief lager, maar is de afzonderingsduur relatief langer. Daarnaast worden de fixatieperiodes wel afzonderlijk geteld, waardoor er door deze manier van tellen meerdere mechanische fixaties zijn voor 1 afzondering.

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 niet aangetoond worden dat er de voorbije jaren een analyserapport werd gemaakt over de vrijheidsbeperkende maatregelen.

Technisch bestaat nochtans de mogelijkheid om voor een bepaalde periode gegevens te verzamelen uit het EPD. Zo werd op de afdeling De Kade het aantal afzonderingen opgezocht voor het jaar 2016. In deze technische applicatie zijn een aantal variabelen voorzien.

4 AFDELING BEAUFORT

4.1 PREVENTIEF BELEID

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

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

4.1.1 **Agressiepreventiebeleid**

4.1.1.1 Signaleringsplannen

Werkwijze

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

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

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

Vaststellingen

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

Het gebruikte signaleringsplan bevat niet de 4 gezochte aspecten. Volgende aspecten ontbreken:

- 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

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

4.1.1.2 De-escalatie

Werkwijze

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

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

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)
11	1	0

Daarnaast is volgende infrastructuur voorhanden om de-escalatie mogelijk te maken: de leefgroep crisis en de leefgroep kortverblijf hebben elk een eigen living, aan de afdeling is een omheinde tuin met terras. Een verdieping lager is een ontspanningsruimte waar patiënten onder toezicht van gebruik kunnen maken.

De afdeling Beaufort heeft 2 afzonderingskamers, PAR genoemd, deze worden zowel met open als met gesloten deur gebruikt. Deze ruimtes worden ook gebruikt voor patiënten van de afdeling De Kade.

's Nachts is er tot middernacht 1 nachtverpleegkundige aanwezig op de afdeling, na middernacht is er 1 nachtverpleegkundige voor de 2 afdelingen samen, Beaufort en De Kade.

In geval van nood kan volgende extra hulp opgeroepen worden op de afdeling: Bij indrukken van de noodknop, komen personeelsleden van andere afdelingen helpen.

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

Er kon niet aangetoond worden dat er in het behandelaanbod sessies zelfcontrole / regulatievaardigheden / agressiebeheersing voorzien zijn voor patiënten: er zijn geen specifieke sessies voorzien, volgens de medewerkers zit dit op maat van de individuele patiënt verweven in de verschillende therapieën.

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

4.1.2 Het verbeteren van patiëntenervaringen

4.1.2.1 Leefregels

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

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

Volgende (vrijheidsbeperkende) leefregels zijn van toepassing:

- Verplichte kamermomenten (met open deur)
 - Op vaste momenten tijdens de week voor alle patiënten.
 - Bepaalde patiënten krijgen een therapeutisch kamerprogramma volgens een 5 fasenprogramma.

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

Volgende controles gebeuren op de afdeling:

- lichaamscontrole
- kamercontrole
- bagagecontrole
- drugscreening

Voor alle controles die gebeuren zijn procedures opgemaakt.

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

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als je de therapie niet wil volgen. Volgende antwoorden werden gegeven: "leefgroepbegeleiders gaan met je in gesprek om na te gaan waarom je de therapie niet wil volgen".

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als men zijn medicatie niet wil innemen. Volgende antwoorden werden gegeven: hierover hebben de bevraagde patiënten geen weet.

4.1.2.2 Contact met de buitenwereld

Werkwijze

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

Vaststellingen

Contact met de buitenwereld is mogelijk op volgende manieren:

- Bezoek van familie is mogelijk op volgende momenten:

maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag
	18u30-20u30		18u30-20u30			

Op maandag en vrijdag kan er bijkomend bezoek zijn, waarbij de voorkeur dan wordt gegeven aan leeftijdsgenoten (vrienden). Als de omstandigheden het vereisen, kunnen ouders ook op die momenten op bezoek komen.

De afdeling wil het bezoek van familie enigszins beperken, om ouders niet nodeloos schuldig te laten voelen als ze niet elke dag op bezoek kunnen komen.

Wanneer er iemand anders dan de ouders voor de eerste maal op bezoek komt, zal er steeds iemand van de leefgroepbegeleiders even aanwezig zijn. Dit om te voorkomen dat er contacten, die niet zoveel positiefs kunnen bijdragen aan het verblijf, toch zouden plaats vinden.

- Telefonisch contact:
Jongeren houden hun GSM bij zich en kunnen die vrij gebruiken. Telefonische contacten mogen niet tijdens de therapiemomenten.
- WIFI is beschikbaar tot 23u 's avonds.
In de ontspanningsruimte zijn er pc's beschikbaar die jongeren kunnen gebruiken.
- Uitgangsmogelijkheden:
Woensdagnamiddag mogen patiënten, al dan niet onder begeleiding, de afdeling verlaten. Tijdens het eerste weekend mogen patiënten naar huis gaan maar overnachten ze in het ziekenhuis. Vanaf het tweede weekend kunnen patiënten van zaterdagmiddag tot zondagavond naar huis gaan, met een overnachting thuis.

Er is dagelijks contact met de buitenwereld mogelijk.

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

4.1.3 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 die in crisisopname komen, hebben samen met hun ouders en het team een startgesprek. Patiënten in kortverblijf bespreken na 5 weken opname hun behandelplan met de psychiater en daarna met de ouders erbij.

Patiënten worden niet beleidsmatig betrokken.

Aantal bevroagde patiënten	2
Aantal patiënten die aangeven dat ze een behandelplan hebben	0
Aantal patiënten die aanwezig waren op een multidisciplinaire behandelplanbespreking	2
Aantal patiënten van wie een ouder aanwezig was op een multidisciplinaire behandelplanbespreking	2

De 2 bevroagde patiënten waren nog maar 1 en 2 dagen in crisis opgenomen. Zij hadden bij opname een startgesprek gehad met het behandelend team en hun ouders waarin de problemen werden besproken. Een concreet behandelplan was op dat moment nog niet opgemaakt.

4.1.4 Inscholing van nieuwe medewerkers

Werkwijze

Het inscholingsprogramma voor nieuwe medewerkers werd opgevraagd tijdens de inspectie.

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

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

Vaststellingen

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

4.1.5 Opvang na incidenten

Werkwijze

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

Er werd een voorbeeld opgevraagd van een incidentanalyse met verslaggeving van een ernstig agressie-incident, hierbij werd nagegaan of er aandacht is voor verbeterpunten met oog op preventie in de toekomst. Patiënten werden gevraagd of ze geïnformeerd waren over de maatregelen die bij ernstige agressie-incidenten worden genomen.

Vaststellingen

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

- Binnen het team
- Met patiënt zelf
- Met medepatiënten

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

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

Aantal bevroegde patiënten	2
Aantal patiënten die aangeven dat ze informatie kregen over de maatregelen bij ernstige agressie-incidenten	1

4.2 AFZONDERING EN SEPARATIE

4.2.1 **Beleid en Procedure**

Werkwijze

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

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

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

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

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

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

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

Vaststellingen

In 2015 waren er 12 afzonderingen bij 11 patiënten van de afdeling Beaufort. Er gebeuren geen separaties.

Er zijn 2 afzonderingskamers op de afdeling Beaufort, PAR genoemd. Deze worden ook gebruikt door de afdeling De Kade.

Er gebeuren geen separaties op patiëntenkamers.

Er is een uitgeschreven procedure / visietekst voor afzondering.

De procedure bevat alle gecontroleerde elementen.

In de procedure staat beschreven:

- Volgende redenen voor afzondering worden vermeld in de procedure:
 - Afzondering gebeurt soms preventief bv. bij ernstige ontwrichting van de therapeutische omgeving, het voorkomen van ernstige materiële schade
 - Afzondering kan gebeuren op eigen vraag van de patiënt
 - Een gevoel van veiligheid geven door het aanbieden van structuur en toezicht, het verminderen van prikkels en regulatie van bewegingsdrang, het instellen van een verhoogde en continue observatie

Er is schriftelijke informatie over afzondering voor kinderen/jongeren.

Er is schriftelijke informatie over afzondering voor familie/naasten.

In de behandelovereenkomst staat de mogelijkheid van afzondering vermeld, hierin is niet expliciet omschreven dat de deur tijdens afzondering wordt afgesloten.

4.2.2 Toepassing in de praktijk

Werkwijze

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

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

Er werd nagegaan of de registraties minstens volgende gegevens bevat:

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

Er werd gekeken naar de 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: Vóór november 2016 werden de toezichtsnotities die op papier worden genoteerd niet bewaard, sinds november 2016 worden deze ingescand in het EPD.

In het EPD noteert men een samenvatting per dagdeel over het toezicht.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	9
Aantal registratieformulieren met alle gegevens	5
Aantal registratieformulieren met ontbrekende gegevens	4
Aantal zonder identificatie patiënt	0
Aantal zonder datum	0
Aantal zonder beginuur	0
Aantal zonder einduur	0
Aantal zonder reden van afzondering	0
Aantal zonder naam of handtekening verantwoordelijke arts	0
Aantal zonder naam of handtekening verantwoordelijke verpleegkundige	4

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)	5
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	2
Aantal met als reden: sanctie	0
Aantal met als reden: procedure	0
Aantal met andere reden: preventief omwille van lagere bestaffing tijdens de nacht en beperktere mogelijkheden qua toezicht	2

Er werd gekeken naar de duur.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	9
Aantal korter dan 1u	0
Aantal 1 - 6u	0
Aantal 6- 12u	4
Aantal 12-24u	2
Aantal langer dan 24u	3

Er werd gekeken naar eventuele extra maatregelen.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	9
Aantal met mechanische fixatie	1
Aantal met crisismedicatie	3

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	9
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 60 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	3
Aantal periodes langer dan 60 min zonder toezicht in dossier/register	6
Opsomming van de duur van de periodes zonder toezicht: 2u30, 10u45, 12u, 12u30, 54u, 73u	
Aantal afzonderingen met notities over persoonlijk contact van de arts met patiënt in afzondering	5
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	9
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 120 minuten notities over binnen gaan in de afzonderingskamer in dossier/register staan	2
Aantal periodes langer dan 120 min zonder notities in dossier/register over binnen gaan	8
Opsomming van de duur van de periodes zonder binnen gaan: 3u30, 4u, 10u45, 12u, 12u30, 12u30, 54u, 73u	
Aantal afzonderingen langer dan 24u	3
Aantal afzonderingen langer dan 24u met notities over dagelijks persoonlijk contact met de arts	0

Voor de afzonderingen van voor november 2016 werden er gedetailleerde notities op papier gemaakt over het toezicht die na de afzonderingen werden vernietigd. Hierdoor zijn er 5 van de 9 gecontroleerde afzonderingen, die voor november 2016 gebeurden, geen notities voorhanden over het toezicht, behalve de samenvattingen per dagdeel over het toezicht waarin geen tijdsnotities vermeld staan. Sinds november 2016 worden de papieren fiches ingescand in het dossier.

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.

4.2.3 Infrastructuur van de afzonderings- en separatieruimtes

Werkwijze

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

Volgende aspecten van de infrastructuur werden gecontroleerd:

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

Vaststellingen

Beide afzonderingskamers, ook PAR 's genoemd, van de afdeling Beaufort werden bekeken. Deze worden zowel met open als met gesloten deur gebruikt. Separaties gebeuren niet op de afdeling.

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

Grenzend aan één van beide afzonderingskamers is een badkamer met wastafel, toilet en douche. Voor sommige patiënten waarvoor men de situatie als relatief veilig inschat, laat men de deur naar de badkamer open tijdens de afzondering. Deze badkamer is qua infrastructuur onvoldoende veilig inzake automutilatie / verhangning voor patiënten in grote crisis, er zijn bv. een wastafel en een radiator. Voor patiënten waarvan de situatie als onveilig wordt ingeschat geeft de avonddienst de patiënt een urinaal of kartonnen bedpan voor de aanvang van de nachtdienst.

4.3 FIXATIE

4.3.1 **Beleid en Procedures**

Werkwijze

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

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

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

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

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

Vaststellingen

Men geeft aan:

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

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

In 2015 was er 1 mechanische fixatie bij 1 patiënt.

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

In de procedure staat beschreven:

- De combinatie van mechanische fixatie en afzondering is toegelaten
- Er zijn andere redenen dan acuut gevaar voor zichzelf en/of anderen vermeld in de procedure:
 - Motorische onrust
 - Verhoogd valrisico
 - Kans op ernstige zelfverwonding
 - Patiënt vereist zorgen die alleen kunnen worden toegediend met fixatie (wondzorg, hygiënische zorgen, toediening medicatie)

- Patiënt blijft zich verzetten tegen gemaakte afspraken, is totaal niet coöperatief
- Begeleiding zonder fixatie is te arbeidsintensief in verhouding tot de bezetting

4.3.2 Toepassing in de praktijk

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

De afdeling beschikt over volgend fixatiemateriaal:

- Polsbanden
- Enkelbanden
- Lendegordel/zweedse gordel

Men beschikt over een wikkeldeken/swaddle.

Aantal gecontroleerde dossiers van patiënten met mechanische fixatie	1
Aantal patiënten jonger dan 12 jaar met mechanische fixatie	0
Aantal met duur genoteerd van de mechanische fixatie	1
Aantal waarbij type fixatiemiddel genoteerd staat	1

4.4 VERBETERBELEID

Registratiesystemen dienen als basis voor veiligheids- en kwaliteitsmonitoring.

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

4.4.1 Verzamelen van informatie

4.4.1.1 Preventief klimaat

Werkwijze

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

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

Tijdens de inspectie werd verslaggeving van deze evaluaties opgevraagd.

Vaststellingen

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

- Medewerkers in 2015-2016 tijdens verschillende werkvergaderingen.

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

- Patiënten
- Familie en naasten

Er gebeurde de laatste 5 jaar een medewerkerstevredenheidsmeting op deze afdeling: er gebeurde een patiëntveiligheidscultuurmeting bij alle medewerkers van UPC in 2016.

Er gebeurde de voorbije 5 jaar een patiëntentevredenheidsmeting op deze afdeling: in 2015 werd gestart met de maandelijkse meting van het leefgroepklimaat bij patiënten van Beaufort d.m.v. PGCI (Prison Group Climate Inventory).

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

4.4.1.2 Agressie-incidenten, afzonderen, separeren en fixeren

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

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

Afzonderingen worden geregistreerd. Er zijn cijfers over afzonderingen beschikbaar op afdelingsniveau. Separaties gebeuren niet op de afdeling Beaufort.

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

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

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

4.4.2 Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal

Werkwijze

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

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

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

Vaststellingen

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

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

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

Technisch bestaat nochtans de mogelijkheid om voor een bepaalde periode gegevens te verzamelen uit het EPD. Zo werd op de afdeling Beaufort het aantal afzonderingen opgezocht voor het jaar 2016. In deze technische applicatie zijn een aantal variabelen voorzien.

5 AFDELING FORDULAS

5.1 PREVENTIEF BELEID

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

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

5.1.1 **Agressiepreventiebeleid**

5.1.1.1 Signaleringsplannen

Werkwijze

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

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

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

Vaststellingen

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

Volgende aspecten ontbreken:

- 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

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

5.1.1.2 De-escalatie

Werkwijze

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

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

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

Vaststellingen

De afdeling beschikt over volgende soorten patiëntenkamers:

Aantal eenpersoonskamers	Aantal tweepersoonskamers	Aantal meerpersoonskamers (>2)
8	0	0

Daarnaast zijn er weinig mogelijkheden qua infrastructuur voorhanden om de-escalatie mogelijk te maken: Er is een afgesloten binnentuin met een basketbalring.

Verder beschikt de afdeling enkel over een afzonderingskamer en 2 PAR's. Een PAR is een eenpersoonskamers met een vast bed (cfr. afzonderingskamer). De kast en het toilet kunnen afgesloten worden. Deze PAR's worden steeds gebruikt met afgesloten deur voor separatie van patiënten.

's Nachts is er 1 verpleegkundige aanwezig voor de beide afdelingen Gauzz en Fordulas.

In geval van nood kan volgende extra hulp opgeroepen worden op de afdeling: Bij indrukken van de noodknop, komen personeelsleden van andere afdelingen helpen.

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: Elke jongere krijgt bij opname een werkboek 'EQUIP-programma', in de beginfase van de opname wordt hier individueel mee gewerkt, daarna sluit de jongere aan tijdens de groepsessies (4 maal per week), verder komt dit ook aan bod in de sessies ART (Agressie Regulatietherapie) en 'rots en water'.

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

5.1.2 Het verbeteren van patiëntenervaringen

5.1.2.1 Leefregels

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

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

Volgende (vrijheidsbeperkende) leefregels zijn van toepassing:

- Nachtelijke opsluiting voor alle patiënten. Vanaf 22.30u is er ook cameratoezicht op alle kamers.
- Systematische opsluiting op kamer met afgesloten deur voor alle patiënten (op andere momenten dan 's nachts): tijdens de verplichte kamermomenten zijn de deuren van de patiëntenkamers afgesloten. Alle patiëntenkamers zijn voorzien van een badgesysteem. De jongeren kunnen zonder toestemming de kamer niet betreden of verlaten.
- Op Fordulas werkt men met een vrijhedenbeleid gekoppeld aan fasen. Bij start van de opname verblijft de jongere de eerste 3 dagen op de kamer met afgesloten deur. Therapie gaat individueel door op de kamer. Pas vanaf stap 4 in fase 1 komt de jongere in contact met de andere jongeren van de afdeling.
Na twee weken opname komt men terecht in fase 2 en kan men helemaal starten in de groep.

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

- Cameratoezicht op alle kamers.
- Systematische opsluiting op kamer met afgesloten deur voor alle patiënten overdag.

Volgende controles gebeuren op de afdeling:

- lichaamscontrole
- bagagecontrole
- postcontrole
- drugscreening

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

- postcontrole

Aantal bevraagde patiënten	3
Aantal patiënten die aangeven dat de leefregels duidelijk zijn	2

Patiënten stellen zich vragen bij de noodzaak van het kamerprogramma van 3 dagen bij aanvang van de opname, bij het gebrek aan privacy op de kamer door cameratoezicht en bij de soms strakke regels (bv. eten

dat van thuis wordt meegebracht moet men afgeven en krijgt men niet terug).

Verder vindt men het spijtig dat hobby's niet kunnen verdergezet worden en dat de tuin omheind is met een metershoog hek waardoor men het gevoel heeft gevangen te zitten.

Men heeft wel een goed gevoel bij de begeleiders, er wordt geluisterd naar de jongere als die iets vraagt.

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als je de therapie niet wil volgen. Volgende antwoorden werden gegeven: "Dan moet je naar de kamer", "Als je vaak weigert krijg je een schrijfpdracht".

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als men zijn medicatie niet wil innemen. Volgende antwoorden werden gegeven: De bevroegde patiënten wisten dit niet aangezien zij steeds hun medicatie innemen.

5.1.2.2 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:

- **Bezoek:** Bezoekmomenten worden individueel besproken. Er is in principe 1 bezoekmoment per week mogelijk, in overleg kan dat uitgebreid worden. Men kan bezoek ontvangen van de ouders, broers en zussen en andere personen die goedgekeurd zijn door de jeugdrechter. Elk bezoek moet op voorhand gepland worden.
- **Telefonisch contact:** Telefoneren gebeurt steeds onder toezicht van begeleiding. Belmomenten gebeuren na afspraak: 1x per week gedurende 30 minuten. Er wordt afgesproken door wie en wanneer men kan worden opgebeld.
- **De jongeren mogen hun GSM niet bijhouden.** Men krijgt zijn GSM enkel tijdens de bezoekmomenten en indien men in weekend gaat. Wanneer men fase 4 heeft bereikt krijgt men toegang tot internet op een vast moment onder begeleiding. Pas in fase 5 krijgt men zijn GSM op de kamer met tijdsafspraken.
- **Uitgangsmogelijkheden:** Vanaf fase 2 (gemiddeld na twee weken opname) kan men de afdeling verlaten met bezoek maar moet men wel nog op het domein van het ziekenhuis blijven. Indien dit vlot verloopt kan na enkele weken in fase twee een dagbezoek naar huis gepland worden onder toezicht van ouders of andere volwassenen. Vanaf fase 3 kan men als maximale vrijheid een weekend naar huis onder toezicht van de ouders of andere verzorgers.

Er is geen dagelijks contact met de buitenwereld mogelijk.

Aantal bevroegde patiënten	3
Aantal patiënten die aangeven dat er dagelijks contactmogelijkheden met vrienden/familie zijn	0

5.1.3 Betrokkenheid van patiënten

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

Patiënten en familie/naasten worden betrokken bij het behandeltraject via de evolutievergaderingen.

Patiënten worden niet beleidsmatig betrokken.

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

De andere twee patiënten waren nog niet lang genoeg opgenomen. Hun eerste evolutievergadering moest nog plaatsvinden.

5.1.4 Inscholing van nieuwe medewerkers

Werkwijze

Het inscholingsprogramma voor nieuwe medewerkers werd opgevraagd tijdens de inspectie.

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

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

Vaststellingen

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

5.1.5 Opvang na incidenten

Werkwijze

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

Er werd een voorbeeld opgevraagd van een incidentanalyse met verslaggeving van een ernstig agressie-incident, hierbij werd nagegaan of er aandacht is voor verbeterpunten met oog op preventie in de toekomst. Patiënten werden gevraagd of ze geïnformeerd waren over de maatregelen die bij ernstige agressie-incidenten worden genomen.

Vaststellingen

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

- Binnen het team
- Met patiënt zelf
- Met medepatiënten

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

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

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

5.2 AFZONDERING EN SEPARATIE

5.2.1 **Beleid en Procedure**

Werkwijze

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

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

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

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

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

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

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

Vaststellingen

In 2015 waren er 7 afzonderingen bij 5 patiënten van de afdeling Fordulas.

Er is 1 afzonderingskamer op de afdeling Fordulas. Daarnaast zijn er 2 PAR's op de afdeling die gebruikt worden met afgesloten deur.

Er gebeuren separaties op patiëntenkamers en in de PAR's.

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

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

- Toezicht bij separatie: frequentie en vorm
 - minstens om de 30 minuten toezicht op de patiënt in separatie.
 - minstens om de 60 minuten persoonlijk contact door binnen gaan van een medewerker bij de patiënt in separatie.
- Frequentie van evaluatie van de separatiemaatregel
- Registraties in het dossier / register over separaties

In de procedure staat beschreven:

- Volgende redenen voor afzondering en/of separatie worden vermeld in de procedure:
 - Afzondering gebeurt soms preventief bv. bij ernstige ontwrichting van de therapeutische omgeving, het voorkomen van ernstige materiële schade
 - Afzondering kan gebeuren op eigen vraag van de patiënt
 - Een gevoel van veiligheid geven door het aanbieden van structuur en toezicht, het verminderen van prikkels en regulatie van bewegingsdrang, het instellen van een verhoogde en continue observatie

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

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

In de behandelovereenkomst staat de mogelijkheid van afzondering vermeld, hierin is niet expliciet omschreven dat de deur tijdens afzondering wordt afgesloten.

5.2.2 Toepassing in de praktijk

Werkwijze

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

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

Er werd nagegaan of de registraties minstens volgende gegevens bevat:

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

Er werd gekeken naar de 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.

De start van de afzondering wordt digitaal ingegeven. Daarna wordt het document afgedrukt en maakt men notities over toezicht op papier. Van de afzonderingen die plaatsvonden vóór november 2016 werden deze notities over toezicht versnipperd, in het EPD is enkel een samenvatting van deze notities per shift terug te vinden. Sinds november 2016 worden de geschreven notities over het toezicht gescand en toegevoegd aan het elektronisch patiëntendossier. De steekproef van dossiers betreft allemaal afzonderingen van na november 2016.

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

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

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	5
Aantal zonder reden van afzondering	0
Aantal met als reden gevaar voor de patiënt of gevaar voor anderen (fysieke agressie, ernstig suïcidaal)	4
Aantal met een andere reden dan gevaar voor de patiënt of gevaar voor anderen	1
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	0
Aantal met andere reden: Dreigen met agressie, inbreuk leefregels	1

De redenen voor afzondering zijn omstandig omschreven.

Er werd gekeken naar de duur.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	5
Aantal korter dan 1u	0
Aantal 1 - 6u	0
Aantal 6- 12u	0
Aantal 12-24u	2
Aantal langer dan 24u	3

Er werd gekeken naar eventuele extra maatregelen.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	5
Aantal met mechanische fixatie	2
Aantal met crisismedicatie	4

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

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten langer dan een half uur in afzondering	5
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 30 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	2
Aantal gecontroleerde afzonderingsregistraties van langer dan een uur	5
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 60 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	3
Aantal periodes langer dan 60 min zonder toezicht in dossier/register	2
Opsomming van de duur van de periodes zonder toezicht: 3u30min, 2u	
Aantal afzonderingen met notities over persoonlijk contact van de arts met patiënt in afzondering	5
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	13
Opsomming van de duur van de periodes zonder binnen gaan: 7u30min, 4u15min, 10u30min, 13u20min, 13u30min, 2u30min, 14u25min, 2u20min, 5u30min, 2u15min, 13u, 11u30min, 7u15min	
Aantal afzonderingen langer dan 24u	3
Aantal afzonderingen langer dan 24u met notities over dagelijks persoonlijk contact met de arts	3

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

Er wordt geen register bijgehouden over separaties. Separatiemaatregelen worden niet individueel genoteerd/geregistreerd in het patiëntendossier.

5.2.3 Infrastructuur van de afzonderings- en separatieruimtes

Werkwijze

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

Volgende aspecten van de infrastructuur werden gecontroleerd:

- veiligheid inzake automutilatie / 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 2 PAR 's werden gecontroleerd. De PAR 's werden beschouwd als ruimte voor separaties.

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

De klok die in het sas hangt van de afzonderingskamer is niet zichtbaar voor gefixeerde patiënten.

Aantal gecontroleerde ruimtes waar separaties gebeuren	2
Aantal in orde qua veiligheid inzake automutilatie / verhanging	0
Aantal in orde qua rookdetectie	2
Aantal in orde qua bereikbaar beloproepsysteem	2
Aantal in orde qua visueel toezicht	2
Aantal in orde qua aangepaste tijdsaanduiding	2
Aantal in orde qua privacy	0
Aantal in orde qua daglicht	2

De verwarming in de beide prikkelarme ruimtes is niet afgeschermd. Er hangen gordijnen die men gemakkelijk kan gebruiken voor verhanging. Verder werd verteld dat indien er hard geklopt wordt op de omkadering van de ramen, dat het raam in zijn geheel kan worden uitgenomen, waarna men kan ontvluchten. Dit gebeurde in het verleden al twee maal.

Er is inkijk mogelijk in beide prikkelarme ruimtes. De ene kijkt uit op de binnentuin van de zusters. De andere PAR kijkt uit op de afgesloten binnentuin van de afdeling.

5.3 FIXATIE

5.3.1 **Beleid en Procedures**

Werkwijze

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

Tijdens inspectie werd de procedure / visietekst voor fixatie opgevraagd.

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

- De definitie van fixatie (mechanische fixatie, fysieke interventie en medicamenteuze fixatie: indien toegepast)
- Zo weinig mogelijk
- Zo kort mogelijk
- Indicaties en/of tegenindicaties
- Alternatieven
- Eindverantwoordelijke
- Wie mag uitvoeren?
- Toezicht: frequentie en vorm

- Frequentie van evaluatie van de maatregel
- Registraties in het dossier
- Indien medicamenteuze fixatie wordt toegepast:
 - Enkel met medisch order
 - Toediening enkel door arts of verpleegkundige

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

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

Vaststellingen

Men geeft aan:

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

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

In 2015 waren er 0 mechanische fixaties bij 0 patiënten.

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
- Er zijn andere redenen dan acuut gevaar voor zichzelf en/of anderen vermeld in de procedure:
 - Motorische onrust
 - Verhoogd valrisico
 - Kans op ernstige zelfverwonding
 - Patiënt vereist zorgen die alleen kunnen worden toegediend met fixatie (wondzorg, hygiënische zorgen, toediening medicatie)
 - Patiënt blijft zich verzetten tegen gemaakte afspraken, is totaal niet coöperatief
 - Begeleiding zonder fixatie is te arbeidsintensief in verhouding tot de bezetting

5.3.2 Toepassing in de praktijk

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

De afdeling beschikt over volgend fixatiemateriaal:

- Polsbanden
- Enkelbanden
- Lendegordel/zweedse gordel

Men beschikt niet over een wikkeldeken/swaddle.

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

5.4 VERBETERBELEID

Registratiesystemen dienen als basis voor veiligheids- en kwaliteitsmonitoring.

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

5.4.1 Verzamelen van informatie

5.4.1.1 Preventief klimaat

Werkwijze

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

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

Tijdens de inspectie werd verslaggeving van deze evaluaties opgevraagd.

Vaststellingen

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

- Medewerkers
- Patiënten
- Familie en naasten

Er gebeurde de laatste 5 jaar een medewerkerstevredenheidsmeting op deze afdeling: in 2016 d.m.v. een meting van het werkklimaat met behulp van de LGWCI (Living Group Work Climate Instrument)

Er gebeurde de voorbije 5 jaar een patiëntentevredenheidsmeting op deze afdeling: in 2016 d.m.v. een meting van het leefgroepklimaat met behulp van de PGCI (Prison Group Climate Instrument)

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

5.4.1.2 Agressie-incidenten, afzonderen, separeren en fixeren

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

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

Afzonderingen worden geregistreerd.

Er zijn cijfers over afzonderingen beschikbaar op afdelingsniveau.

De cijfergegevens bevatten geen separaties:

- Separaties in de patiëntenkamers bv. bij kamerverwijzing of standaard aan het begin van een opname worden niet geregistreerd.
- Separaties in de PAR worden niet geregistreerd.
- Wanneer de jongere op vraag meegaat naar de separatuieruimte, dan interpreteert men dat als 'met toestemming van de jongere', men is dan van mening dat dit geen separatie is en dat er voor deze separaties geen registratie/toezicht dient te gebeuren.

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.

5.4.2 Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal

Werkwijze

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

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

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

Vaststellingen

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

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

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

Technisch bestaat nochtans de mogelijkheid om voor een bepaalde periode gegevens te verzamelen uit het EPD. In deze technische applicatie zijn een aantal variabelen voorzien.

6 AFDELING GAUZZ

6.1 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.

6.1.1 **Agressiepreventiebeleid**

6.1.1.1 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

GAUZZ geeft in de bevraging aan geen gebruik te maken van signaleringsplannen.

Men is hiermee gestart na de bevraging.

Het gebruikte signaleringsplan bevat de 4 gezochte aspecten.

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

6.1.1.2 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 tweepersoons-kamers	Aantal meerpersoonskamers (>2)
4	0	0

Daarnaast is volgende infrastructuur voorhanden om de-escalatie mogelijk te maken: De afdeling beschikt naast een afgesloten tuin met speelmogelijkheden over een snoezelkamer en een zachte kamer. Beide kamers worden met open en afgesloten deur gebruikt. In alle ruimten behalve de bezoekersruimte is er cameratoezicht (zowel visueel en auditief toezicht).

's Nachts is er 1 verpleegkundige aanwezig voor de beide afdelingen Gauzz en Fordulas.

In geval van nood kan volgende extra hulp opgeroepen worden op de afdeling: Bij indrukken van de noodknop, komen personeelsleden van andere afdelingen helpen.

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

Er kon niet aangetoond worden dat er in het behandelaanbod sessies zelfcontrole / regulatievaardigheden / agressiebeheersing voorzien zijn voor patiënten: wegens de specifieke doelgroep (patiënten kenmerken zich door een diagnose autismespectrumstoornissen en niveau van functioneren van matige tot ernstige verstandelijke beperking en ernstige gedragsproblemen) zijn sessies niet aangewezen/haalbaar.

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

6.1.2 Het verbeteren van patiëntenervaringen

6.1.2.1 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.

Volgende (vrijheidsbeperkende) leefregels zijn van toepassing:

- Nachtelijke opsluiting voor alle patiënten (21u-7u)
- Verplichte kamermomenten (met open deur)

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

Er gebeuren geen controles op de afdeling.

Er werden geen patiënten bevraagd, gezien de beperkte mogelijkheden qua communicatie van de doelgroep.

6.1.2.2 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 zijn geen vaste bezoekmomenten en het bezoek kan enkel aangekondigd gebeuren zodat de patiënten kunnen voorbereid worden. De bezoekregeling is op maat van het kind en wordt besproken met de zorginhoudelijk coördinator.
- Telefonisch contact: is mogelijk na overleg. Individueel worden hierover afspraken gemaakt bv. niet tijdens klasmoment.
- Toegang tot WIFI en gebruik van skype is mogelijk. Ook hier worden individueel afspraken over gemaakt.
- Uitgangsmogelijkheden worden individueel opgemaakt: bv. in weekend gaan.

De vereiste omtrent dagelijks contact met de buitenwereld is gezien de problematiek van de doelgroep niet vergelijkbaar met andere K-afdelingen.

6.1.3 Betrokkenheid van patiënten

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

Patiënten worden niet beleidsmatig betrokken. Dit is gezien de beperkte mogelijkheden van de doelgroep niet van toepassing.

6.1.4 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

6.1.5 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

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

- Met patiënt (gezien de doelgroep is dit niet van toepassing)
- Met medepatiënten (gezien de doelgroep is dit niet van toepassing)

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.

6.2 AFZONDERING EN SEPARATIE

6.2.1 **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 geen afzonderingen of separaties bij patiënten van de afdeling Gauzz. In 2016 waren er separaties, hierover zijn geen cijfers beschikbaar.

Er is geen afzonderingskamer op de afdeling Gauzz.

Er wordt gebruik gemaakt van de zachte kamer en de snoezelkamer voor separaties.

Er gebeuren daarnaast ook separaties op patiëntenkamers.

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

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

- Toezicht bij separatie: frequentie en vorm
 - minstens om de 60 minuten persoonlijk contact door binnen gaan van een medewerker bij de patiënt in separatie.
- Frequentie van evaluatie van de separatiemaatregel

- Registraties in het dossier / register over separaties

In de procedure staat beschreven:

- Afzondering en separatie is ook toegestaan onder 12 jaar, een leeftijdsgrens wordt niet vermeld voor afzondering en separatie
- Volgende redenen voor afzondering en/of separatie worden vermeld in de procedure:
 - Afzondering gebeurt soms preventief bv. bij ernstige ontwrichting van de therapeutische omgeving, het voorkomen van ernstige materiële schade
 - Afzondering kan gebeuren op eigen vraag van de patiënt
 - Een gevoel van veiligheid geven door het aanbieden van structuur en toezicht, het verminderen van prikkels en regulatie van bewegingsdrang, het instellen van een verhoogde en continue observatie

Er is geen schriftelijke informatie over afzondering en separatie voor kinderen/jongeren. (NVT voor deze doelgroep)

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

6.2.2 Toepassing in de praktijk

Werkwijze

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

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

Er werd nagegaan of de registraties minstens volgende gegevens bevat:

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

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

Vaststellingen

Er gebeuren geen afzonderingen.

Er wordt geen register bijgehouden over separaties, dit is niet voorzien in het elektronisch dossier, er kunnen enkel afzonderingen geregistreerd worden. Beperkte gegevens over separaties worden genoteerd in de dagelijkse observaties in de patiëntendossiers.

6.2.3 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 / verhänging,
- 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 zachte kamer en de snoezelruimte worden als separatieruimte beschouwd. Enkel de zachte kamer werd gecontroleerd.

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

6.3 FIXATIE

6.3.1 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 (niet in combinatie met afzondering/separatie maar los daarvan): rompfixatie met een hesje voor gebruik in een stoel en blijfstoel.
- geen medicamenteuze fixatie toe te passen.

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

In 2015 werd maar 1 patiënt opgenomen en waren er geen mechanische fixaties.

Er is een uitgeschreven procedure / visietekst afzondering waarin fixatie wordt beschreven: het gebruik van mechanische fixatie, niet in combinatie met afzondering, is niet beschreven in de procedure, ook alle andere elementen ontbreken zoals indicaties, toezicht,...

Er kon niet worden nagegaan of de procedure in lijn is met de richtlijnen aangezien het gevoerde beleid niet werd beschreven in de procedure.

6.3.2 Toepassing in de praktijk

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

De afdeling beschikt over volgend fixatiemateriaal:

- Polsbanden
- Enkelbanden
- Lendegordel
- Andere: scheurvrij deken, rompfixatie (hesje) voor stoel, blijfstoel

Men beschikt over een wikkeldeken.

Op de afdeling is een set klassiek fixatiemateriaal (polsbanden, enkelbanden, lendegordel) aanwezig. Dit materiaal werd nog niet gebruikt. Het hesje en de blijfstoel wordt door de medewerkers niet beschouwd als fixatiemateriaal. Tijdens inspectie werd dit wel als fixatiemateriaal beoordeeld. Het gebruik ervan is terug te vinden in het behandelplan. Het gebruik van fixatiemiddelen wordt niet specifiek geregistreerd, bv. de duur van de mechanische fixatie wordt niet genoteerd.

6.4 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.

6.4.1 **Verzamelen van informatie**

6.4.1.1 Preventief klimaat

Werkwijze

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

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

Tijdens de inspectie werd verslaggeving van deze evaluaties opgevraagd.

Vaststellingen

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

- Medewerkers
- Patiënten
- Familie en naasten

De afdeling bestaat pas sinds november 2015.

Er gebeurde de laatste 5 jaar een medewerkerstevredenheidsmeting op deze afdeling: in 2016 d.m.v. een patiënt veiligheidscultuurmeting.

Er gebeurde de voorbije 5 jaar geen patiëntentevredenheidsmeting op deze afdeling, dit is niet van toepassing gezien de doelgroep.

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

6.4.1.2 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.

Er gebeuren geen afzonderingen op de afdeling, wel separaties. Separaties worden niet geregistreerd. Er zijn geen cijfers over separaties beschikbaar op afdelingsniveau.

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

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

6.4.2 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 niet aangetoond worden dat er de voorbije jaren een analyserapport werd gemaakt over de vrijheidsbeperkende maatregelen.

Technisch bestaat nochtans de mogelijkheid om voor een bepaalde periode gegevens te verzamelen uit het EPD. In deze technische applicatie zijn een aantal variabelen voorzien.

7 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.

7.1 STERKE PUNTEN

Preventief beleid

- Patiënten en familie/naasten zijn systematisch aanwezig bij de multidisciplinaire bespreking van het behandelplan.
- Er gebeurt systematische debriefing met patiënten, medewerkers, medepatiënten.

Afzonderings- en separatiebeleid: geen

Fixatiebeleid: geen

Verbeterbeleid: geen

7.2 VERBETERPUNTEN

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

Preventief beleid

- Het gebruikte signaleringsplan evalueren t.o.v. de 4 criteria.
- Meer gestructureerd gebruik maken van signaleringsplannen op alle afdelingen.
- Meer alternatieve mogelijkheden voorzien voor de-escalatie, ook op het vlak van de infrastructuur.
- In de schriftelijke informatie voor patiënten staan niet alle (vrijheidsbeperkende) leefregels beschreven.
- Het uitschrijven van procedures over alle controles die gebeuren op de afdelingen.
- De mogelijkheden voor patiënten op contact met de buitenwereld verhogen.
- Het systematisch analyseren van ernstige incidenten als verbeterinstrument.
- De (vrijheidsbeperkende) leefregels herbekijken.
- Het regelmatig bevragen van ervaringen van patiënten en familie/naasten.
- Het verhogen van betrokkenheid van patiënten bij het beleid van de afdeling.

Afzonderings- en separatiebeleid

- De procedure afzondering / separatie vervolledigen.
- De procedure afzondering / separatie aanpassen aan de richtlijnen.
- Meer geschreven informatie voorzien voor patiënten en naasten over beleid van afzondering / separatie.
- De infrastructuur van afzonderingskamers / separatieruimtes aanpassen.
- De redenen voor afzondering / separatie beperken tot gevaar.
- De notities en de registratie van het toezicht aanpassen:
 - Duidelijke notities maken in het dossier over de manier van toezicht: bv. verschil tussen binnen gaan en observatie door raam of via camera.
 - Om de 30 minuten notities over het toezicht op de patiënt in afzondering en separatie.

- 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

- De procedure fixatie vervolledigen (GAUZZ).
- De procedure fixatie aanpassen aan de richtlijnen.
- Streven naar een beleid zonder mechanische fixatie.

Verbeterbeleid

- Alle afzonderingen en separaties registreren.
- Meer cijfergegevens verzamelen over afzonderingen zodat diepgaander inhoudelijke analyses mogelijk zijn.
- Meer gebruik maken van de beschikbare cijfers ter analyse en evaluatie van het gevoerde beleid.
- De cijfergegevens over vrijheidsbeperkende maatregelen jaarlijks bespreken op de drie beleidsniveaus, afdeling, directiecomité en Raad van Bestuur.
- Jaarlijkse evaluatie van leefregels door medewerkers, patiënten en familie/naasten.