

# 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](mailto:contact@zorginspectie.be)

## INSPECTIEVERSLAG VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN IN K-AFDELINGEN

### INSPECTIEPUNT

|               |  |
|---------------|--|
| Naam          | PZ H. Familie Kortrijk   |
| Adres         | Groeningepoort 4, 8500 Kortrijk  |
| Telefoon      | 056 245211   |
| E-mail        | <a href="mailto:informatie@pzhfamilie.be">informatie@pzhfamilie.be</a> |
| Dossiernummer | E528   |

### INRICHTENDE MACHT

|                    |                                 |
|--------------------|---------------------------------|
| Naam               | GROEP ZORG H. FAMILIE           |
| Juridische vorm    | vzw                             |
| Ondernemingsnummer | 0414693113                      |
| Adres              | Groeningepoort 4, 8500 Kortrijk |
| Telefoon           | 056 245211                      |

### UITBATINGSPLAATS

|       |                                 |
|-------|---------------------------------|
| Naam  | PZ H. Familie Kortrijk          |
| Adres | Groeningepoort 4, 8500 Kortrijk |

### OPDRACHT

|             |                                   |
|-------------|-----------------------------------|
| Nummer      | O-2016-MAPU-0767                  |
| Datum       | 28/11/2016                        |
| Inspecteurs | Anja Claeys, Lindsay Vissenaekens |

### VERSLAG

|        |                  |
|--------|------------------|
| Nummer | V-2016-LIVI-0008 |
| Datum  | 14-12-2016       |

### INSPECTIEBEZOEK

|       |   |
|-------|---|
| Soort | Onaangekondigd bezoek op 12-12-2016 (9-16u) |
|-------|---|

## Inhoudsopgave

|         |  |    |
|---------|--|----|
| 1       | Inleiding .....  | 4  |
| 1.1     | Toezicht door Zorginspectie .....  | 4  |
| 1.1.1   | Doelstellingen .....   | 4  |
| 1.1.2   | Doelgroep .....  | 4  |
| 1.1.3   | Kader .....  | 4  |
| 1.2     | Inspectieproces .....  | 6  |
| 1.2.1   | Vorbereiding .....   | 6  |
| 1.2.2   | Plaatsbezoeken .....   | 6  |
| 1.2.3   | Bronnen .....  | 6  |
| 1.2.4   | Verslag .....  | 6  |
| 1.2.5   | Beleidsrapport .....   | 6  |
| 1.3     | Inspecteurs .....  | 7  |
| 1.4     | Lijst met definities / Verklarende woordenlijst .....                                    | 7  |
| 2       | Situering van de voorziening .....   | 9  |
| 2.1     | Erkenningsgegevens .....   | 9  |
| 2.2     | Directie .....   | 9  |
| 2.3     | Organisatie van de psychiatrische zorg voor kinderen en jongeren in dit ziekenhuis ..... | 9  |
| 3       | Afdeling Patio .....   | 11 |
| 3.1     | Preventief Beleid .....  | 11 |
| 3.1.1   | Agressiepreventiebeleid .....  | 11 |
| 3.1.1.1 | Signaleringsplannen .....  | 11 |
| 3.1.1.2 | De-escalatie .....   | 12 |
| 3.1.2   | Het verbeteren van patiëntenervaringen .....   | 13 |
| 3.1.2.1 | Leefregels .....   | 13 |
| 3.1.2.2 | Contact met de buitenwereld .....  | 13 |
| 3.1.3   | Betrokkenheid van patiënten .....  | 14 |
| 3.1.4   | Inscholing van nieuwe medewerkers .....  | 15 |
| 3.1.5   | Opvang na incidenten .....   | 15 |
| 3.2     | Afzondering en separatie .....   | 15 |
| 3.2.1   | Beleid en Procedure .....  | 15 |
| 3.2.2   | Toepassing in de praktijk .....  | 17 |
| 3.2.3   | Infrastructuur van de afzonderings- en separatieruimtes .....                            | 18 |
| 3.3     | Fixatie .....  | 19 |
| 3.3.1   | Beleid en Procedures .....   | 19 |
| 3.3.2   | Toepassing in de praktijk .....  | 20 |
| 3.4     | Verbeterbeleid .....   | 20 |
| 3.4.1   | Verzamelen van informatie .....  | 20 |

|         |   |    |
|---------|---|----|
| 3.4.1.1 | Preventief klimaat .....                                      | 20 |
| 3.4.1.2 | Agressie-incidenten, afzonderen, separeren en fixeren .....   | 21 |
| 3.4.2   | Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal .....     | 21 |
| 4       | Afdeling De Korbeel .....                                     | 23 |
| 4.1     | Preventief Beleid .....                                       | 23 |
| 4.1.1   | Agressiepreventiebeleid .....                                 | 23 |
| 4.1.1.1 | Signaleringsplannen.....                                      | 23 |
| 4.1.1.2 | De-escalatie .....  | 24 |
| 4.1.2   | Het verbeteren van patiëntenervaringen.....                   | 25 |
| 4.1.2.1 | Leefregels.....   | 25 |
| 4.1.2.2 | Contact met de buitenwereld .....                             | 26 |
| 4.1.3   | Betrokkenheid van patiënten .....                             | 27 |
| 4.1.4   | Inscholing van nieuwe medewerkers .....                       | 28 |
| 4.1.5   | Opvang na incidenten.....                                     | 28 |
| 4.2     | Afzondering en separatie .....                                | 29 |
| 4.2.1   | Beleid en Procedure .....                                     | 29 |
| 4.2.2   | Toepassing in de praktijk.....                                | 30 |
| 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 .....     | 37 |
| 5       | Conclusie.....  | 38 |
| 5.1     | Sterke punten .....   | 38 |
| 5.2     | Verbeterpunten .....  | 38 |

# 1 INLEIDING

## 1.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

### 1.1.1 Doelstellingen

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

Waarom deze inspectieronde over vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM)?

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

Doelstellingen van deze inspectieronde zijn:

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

### 1.1.2 Doelgroep

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

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

### 1.1.3 Kader

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

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

Als achtergrond bij deze inspectieronde werden een aantal richtlijnen gebruikt:

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

Als uitgangspunten worden volgende streefdoelen voorop gesteld:

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

## 1.2 INSPECTIEPROCES

### 1.2.1 Voorbereiding

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

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

### 1.2.2 Plaatsbezoeken

De inspectieronde is in december 2016 gestart.

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

### 1.2.3 Bronnen

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

### 1.2.4 Verslag

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

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

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

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

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

### 1.2.5 Beleidsrapport

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

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

## 1.3 INSPECTEURS

Lindsay Vissenaekens  
Anja Claeys

Inspecteur Zorginspectie  
Inspecteur Zorginspectie

## 1.4 LIJST MET DEFINITIES / VERKLARENDE WOORDENLIJST

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

PZ Heilige Familie is erkend voor:

- 24 K-bedden
- 6 k-bedden

Daarnaast heeft het ziekenhuis ook:

- 8 for-K bedden en 2 crisisbedden For-K als pilootproject

### 2.2 DIRECTIE

|                    |  |
|--------------------|--|
| Patrick Cokelaere  | Algemeen directeur                     |
| Mieke Demeestere   | Directeur patiëntenzorg                |
| Olivier Peene      | Adjunct-algemeen directeur             |
| Karin Laverge      | Administratief en financieel directeur |
| Dr. Lies Budiharto | Hoofddarts                             |

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

PZ Heilige Familie heeft op de campus voor psychiatrische zorg voor kinderen en jongeren:

| Naam afdeling | Leefgroepen | Leeftijd   | Doelgroep   | Aantal plaatsen op de afdeling  |
|---------------|-------------|------------|---|---|
| Patio         |             | 12-18 jaar | <ul style="list-style-type: none"><li>• Algemeen kinderpsychiatrische problematiek</li><li>• Crisisopname</li><li>• SGA</li><li>• Misdrijf/delict</li></ul> | 7 For-K<br>1 hervalbed For-K  |
| De Korbeel    | Leefgroep 1 | 0-6 jaar   | <ul style="list-style-type: none"><li>• Algemeen kinderpsychiatrische problematiek</li><li>• Crisisopname</li><li>• POS/VOS</li><li>• ASS</li></ul>         | 24 K-bedden, waarvan 3 crisisbedden<br>6 k-bedden<br>2 For-K crisisbedden |
|               | Leefgroep 2 | 7-12 jaar  |   |   |
|               | Leefgroep 3 | 12-18 jaar |   |   |

Opnamecijfers Patio 2015:

|  |      |
|--|------|
| Aantal opnames   | 12   |
| Aantal opnamedagen   | 2313 |
| Aantal patiënten opgenomen                                     | 12   |
| Waarvan aantal patiënten opgenomen onder de 12 jaar            | 0    |
| Aantal patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter | 12   |

Opnamecijfers De Korbeel 2015:

|  |      |
|--|------|
| Aantal opnames   | 162  |
| Aantal opnamedagen   | 9504 |
| Aantal patiënten opgenomen                                     | 133  |
| Waarvan aantal patiënten opgenomen onder de 12 jaar            | 35   |
| Aantal patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter | 34   |

Aantal patiënten opgenomen op Patio op de dag van inspectie:

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

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

|  |    |
|--|----|
| Aantal patiënten   | 31 |
| Aantal minderjarigen (<18j)                                    | 31 |
| Aantal < 12j   | 18 |
| Aantal patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter | 2  |

## 3 AFDELING PATIO

### 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*

Patio 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 | 7 |
| Aantal dossiers met een signaleringsplan                                 | 0 |

Op het moment van de inspectie zijn 4 van de 7 jongeren bezig met de sessies rond agressiebeheersing en zijn ze gestart met de basis voor de opmaak van een signaleringsplan, dit kon voor alle 4 de jongeren aangetoond worden. De andere 3 jongeren zullen aansluiten bij de volgende sessie. Er kon een signaleringsplan getoond worden van een jongere die recent werd ontslagen.

### 3.1.1.2 De-escalatie

#### Werkwijze

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

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

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

#### Vaststellingen

De afdeling beschikt over volgende soorten patiëntenkamers:

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

Er zijn op het gebied van infrastructuur te weinig mogelijkheden die kunnen aangewend worden om agressie te vermijden:

- Er is geen tuin, enkel een afgesloten buitenruimte in beton.
- Er is geen ruimte waar men alleen kan zijn, behalve de eigen kamer.
- Er is geen alternatief voor de afzonderingskamer: geen comfortroom, geen rustruimte, ...

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

In geval van nood kan volgende extra hulp opgeroepen worden op de afdeling: men kan beroep doen op de nachtverpleegkundige van de aangrenzende acute afdeling ('s nachts is de verbindingsdeur tussen beide afdelingen open). Daarnaast zijn de nachtverpleegkundigen van de andere afdelingen steeds oproepbaar.

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: deze sessies worden op regelmatige basis (2 à 3 maal per jaar) georganiseerd op de afdeling. De volledige therapie bestaat uit 10 à 12 groepsessies.

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

### 3.1.2 Het verbeteren van patiëntenervaringen

#### 3.1.2.1 Leefregels

##### *Werkwijze*

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

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

##### *Vaststellingen*

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

Volgende (vrijheidsbeperkende) leefregels zijn van toepassing:

- Nachtelijke opsluiting voor alle patiënten
- Bij opname gelden voor iedereen strikte vrijheidsbeperkende leefregels. Er wordt gewerkt met een therapeutisch stappenplan van graduele toekenning van vrijheden. Bij overtreden van afspraken gaat men terug naar stap oranje waar voor even alle vrijheden worden ingeperkt tot de eerstvolgende teambespreking. (maximum 1 week tussen sanctie en bespreking).
- Verplichte kamermomenten (met open deur)

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

- Nachtelijke opsluiting voor alle patiënten

Volgende controles gebeuren op de afdeling:

- kamercontrole
- bagagecontrole
- postcontrole
- drugscreening

Voor alle controles die gebeuren zijn procedures opgemaakt.

|  |   |
|--|---|
| Aantal bevraagde patiënten                                     | 2 |
| Aantal patiënten die aangeven dat de leefregels duidelijk zijn | 0 |

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als je de therapie niet wil volgen. Volgende antwoorden werden gegeven: 1 patiënt wist het niet en de andere patiënt gaf aan dat je dan op je kamer moet blijven.

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als men zijn medicatie niet wil innemen. Volgende antwoorden werden gegeven: De begeleiders proberen ze later nog eens te geven of je neemt ze gewoon niet.

#### 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: per bezoekmoment zijn maximum 3 personen toegelaten. Wie op bezoek wenst te komen telefoneert met de sociale dienst om af te spreken (ten laatste tegen maandagmiddag 12u00, voor bezoek op dinsdag en donderdag, en ten laatste tegen donderdagmiddag 12u00, voor bezoek in het weekend).

| maandag | dinsdag     | woensdag | donderdag   | vrijdag | zaterdag    | zondag      |
|---------|-------------|----------|-------------|---------|-------------|-------------|
|         | 18u30-19u30 |          | 18u30-19u30 |         | 14u00-16u00 | 14u00-16u00 |

- Telefonisch contact: enkel tijdens bezoekmomenten mogelijk als er geen bezoek is, met een telefoon van de afdeling. Per bezoekmoment mag er één gesprek zijn van 10 minuten naar de mama en één gesprek van 10 minuten naar de papa. Uitzonderlijk is het ook mogelijk om te bellen met de grootouders en/of andere familieleden.
- Post: briefwisseling wordt geopend in aanwezigheid van de jongere ter controle van de inhoud, maar de begeleiders hebben geen inzage. Er wordt vooraf bepaald van wie de jongere post mag ontvangen. Niet toegestane brieven worden ongeopend teruggestuurd naar de afzender.
- Beperkt contact via mail kan enkel na het bereiken van een bepaalde fase in het stappenplan. Er is geen toegang tot WiFi op de afdeling. De jongeren beschikken gedurende hun verblijf op de afdeling niet over hun GSM.
- Uitgangsmogelijkheden: worden individueel bepaald en gebeuren in samenspraak met de jeugdrechter.

Er is geen dagelijks contact met de buitenwereld mogelijk.

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

### 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 d.m.v. patiëntenparticipatie op afdelingsniveau, via bespreking op de leefgroepvergaderingen en via de ideeënbus.

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

### 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

|                                       |      |
|---------------------------------------|------|
| <b>Het inscholingsprogramma bevat</b> |      |
| 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 aangetoond worden.

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

## 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 142 afzonderingen of separaties van 5 patiënten van de afdeling Patio.  
Er gebeuren geen separaties.

Er is 1 afzonderingskamer op de afdeling Patio, daarnaast wordt er ook gebruik gemaakt van de 2 afzonderingskamers van de afdeling De Bolder.

Er gebeuren overdag geen separaties op patiëntenkamers.

Er is een uitgeschreven procedure / visietekst voor afzondering.

De procedure bevat niet alle gecontroleerde elementen

Volgende elementen ontbreken in de procedure:

- Definitie van afzondering (= minstens afgesloten deur van de kamer vernoemd)
- Frequentie van evaluatie van de maatregel

In de procedure staat beschreven:

- Volgende reden(en) voor afzondering worden vermeld in de procedure:
  - Afzondering gebeurt soms preventief bv. bij verbale agressie, ontwrichtend naar de groep
  - Langdurig en storend gedrag dat het functioneren in een therapeutisch leefklimaat onmogelijk maakt, inclusief het langdurig verstoren van de nachtrust.

Er is schriftelijke informatie rond afzondering voor kinderen/jongeren.

Er is schriftelijke informatie rond afzondering voor familie/naasten.

De info rond afzondering is zowel voor de jongeren, als voor de ouders, terug te vinden in de onthaalbrochure van de afdeling. In de brochure staat niet vermeld dat de afzonderingskamer afgesloten wordt.



### 3.2.2 Toepassing in de praktijk

#### Werkwijze

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

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

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

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

#### Vaststellingen

Er wordt een register bijgehouden over afzonderingen.

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

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

|  |    |
|--|----|
| Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering  | 10 |
| Aantal zonder reden van afzondering  | 0  |
| Aantal met als reden gevaar voor de patiënt of gevaar voor anderen (fysieke agressie, ernstig suïcidaal) | 4  |
| Aantal met een andere reden dan gevaar voor de patiënt of gevaar voor anderen                            | 6  |
| 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  | 2  |
| Aantal met andere reden: preventief bij ontremming   | 3  |

Er werd gekeken naar de duur.

|   |    |
|---|----|
| Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering | 10 |
| Aantal korter dan 1u  | 0  |
| Aantal 1 - 6u   | 2  |
| Aantal 6- 12u   | 0  |
| Aantal 12-24u   | 8  |
| Aantal langer dan 24u   | 0  |

Er werd gekeken naar eventuele extra maatregelen.

|   |    |
|---|----|
| Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering | 10 |
| Aantal met mechanische fixatie                                  | 3  |
| Aantal met crisismedicatie                                      | 0  |

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

|   |     |
|---|-----|
| Aantal gecontroleerde registraties van patiënten langer dan een half uur in afzondering   | 10  |
| Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 30 minuten notities over toezicht in dossier/register staan                             | 8   |
| Aantal gecontroleerde afzonderingsregistraties van langer dan een uur   | 9   |
| Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 60 minuten notities over toezicht in dossier/register staan                             | 9   |
| Aantal periodes langer dan 60 min zonder toezicht in dossier/register   | 0   |
| Opsomming van de duur van de periodes zonder toezicht: NVT  |     |
| Aantal afzonderingen met notities over persoonlijk contact van de arts met patiënt in afzondering                                   | 0   |
| Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 60 minuten notities over binnen gaan in de afzonderingskamer in dossier/register staan  | 1   |
| Aantal gecontroleerde afzonderingsregistraties van langer dan 120 minuten   | 9   |
| Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 120 minuten notities over binnen gaan in de afzonderingskamer in dossier/register staan | 1   |
| Aantal periodes langer dan 120 min zonder notities in dossier/register over binnen gaan   | 9   |
| Opsomming van de duur van de periodes zonder binnen gaan: 8u, 7u30m, 9u, 9u30m, 8u30m, 9u20m, 2u30m, 3u30min, 10u15min              |     |
| Aantal afzonderingen langer dan 24u   | 0   |
| Aantal afzonderingen langer dan 24u met notities over dagelijks persoonlijk contact met de arts                                     | NVT |

Over het toezicht worden geen notities genoteerd, er worden tijdstippen geparafeerd en aangekruist of het toezicht bestaat uit visueel toezicht of binnen gaan. Daarnaast worden enkel opmerkelijke observaties genoteerd in het patiëntendossier. Nochtans vermeldt de procedure dat er bij elk toezicht bevindingen / observaties dienen genoteerd te worden.

### 3.2.3 Infrastructuur van de afzonderings- en separatieruimtes

#### *Werkwijze*

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

Volgende aspecten van de infrastructuur werden gecontroleerd:

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

### Vaststellingen

|  |   |
|--|---|
| Aantal gecontroleerde afzonderingsruimtes                        | 1 |
| Aantal in orde qua veiligheid inzake automutilatie / verhangings | 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 |

## 3.3 FIXATIE

### 3.3.1 **Beleid en Procedures**

#### Werkwijze

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

Tijdens inspectie werd de procedure / visietekst voor fixatie opgevraagd.

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

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

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

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

#### Vaststellingen

In de bevestiging geeft men aan:

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

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

In 2015 werd 19 keer mechanische fixatie toegepast bij 1 patiënt.

Er is een uitgeschreven procedure / visietekst fixatie.  
De procedure bevat niet alle gecontroleerde elementen.  
Volgende elementen ontbreken in de procedure:

- Definitie van fixatie (= mechanische fixatie, fysieke interventie en medicamenteuze fixatie indien toegepast)
- Frequentie van evaluatie van de maatregel

In de procedure staat beschreven:

- De combinatie van mechanische fixatie en afzondering is toegelaten

### 3.3.2 Toepassing in de praktijk

#### *Werkwijze*

In de bevraging vooraf werd aan de afdelingen die mechanische fixatie toepassen gevraagd welk fixatiemateriaal ter beschikking is, dit materiaal werd tijdens de inspectie nogmaals 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 | 5 |
| Aantal patiënten jonger dan 12 jaar met mechanische fixatie          | 0 |
| Aantal met duur genoteerd van de mechanische fixatie                 | 5 |
| Aantal waarbij type fixatiemiddel genoteerd staat                    | 5 |

## 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.

In de bevraging vooraf werd gevraagd naar het percentage medewerkers dat een functioneringsgesprek kreeg in 2015.

### **Vaststellingen**

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

- Medewerkers, in 2015 dmv teamdenkvoormiddag
- Patiënten, in 2016 dmv leefgroepvergadering

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 2014 d.m.v. een Bing enquête.

Er gebeurde de voorbije 5 jaar een patiëntentevredenheidsmeting op deze afdeling: in 2016 d.m.v. een groepsgesprek met alle jongeren.

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.

De voorbije 5 jaar gebeurden geen interne audits over de kwaliteit van de registraties over afzonderingen en separaties (bv. dossiercontrole). Er gebeurden kwaliteitscontroles van dossiers en m.b.t. afzonderingen tijdens de voorbereidingen van het accreditatietraject, maar deze konden niet schriftelijk aangetoond worden tijdens de inspectie.

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 aantonen dat volgende cijfers besproken worden op de verschillende beleidsniveaus:

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

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

- Afzonderingen: aantal afzonderingen, aantal patiënten afgezonderd, aantal afzonderingen per patiënt
- Mechanische fixaties
- Medicamenteuze fixatie
- Duur
- Reden
- Aantal dwangmaatregelen volgens leeftijd, geslacht, volgens dag van de week van de ingang van de maatregel, volgens uur ingang dwangmaatregel, volgens maand van het jaar
- Extra medicatie?
- Gedwongen opname?
- Extra hulp?

## 4 AFDELING DE KORBEEL

### 4.1 PREVENTIEF BELEID

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

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

#### 4.1.1 **Agressiepreventiebeleid**

##### 4.1.1.1 Signaleringsplannen

###### *Werkwijze*

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

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

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

###### *Vaststellingen*

De korbeel 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

Bij elke opname evalueert men wel het risico op agressie, fugue en suicide, dit risico wordt tweewekelijks besproken.

|  |   |
|--|---|
| Aantal dossiers gecontroleerd op de aanwezigheid van signaleringsplannen | 1 |
| 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 bevestigd.

Er werd gevraagd of men kon aantonen dat er in het behandelaanbod voor patiënten therapie sessies 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) |
|--------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| 22                       | 6                         | 0                              |

In elke leefgroep zijn er 2 2-persoonskamers.

Er zijn weinig mogelijkheden qua infrastructuur voorhanden om de-escalatie mogelijk te maken:

Elke leefgroep heeft een time-outruimte.

- In leefgroep 1 is dat een ruimte met zachte wanden.
- In leefgroep 2 is dit de schildpadruimte met zachte wanden en een boksak, deze ruimte wordt gebruikt om kinderen te laten afreageren of om tot rust te laten komen.

Deze twee time-outruimtes werden vroeger soms afgesloten maar sinds het voorjaar 2016 doet men dit niet meer.

Leefgroep 3 beschikt over een rustige ruimte, deze wordt gebruikt met open en afgesloten deur voor jongeren van leefgroep 3 en leefgroep 2. Deze ruimte wordt in deze inspectie beschouwd als ruimte om te separeren.

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

In geval van nood kan volgende extra hulp opgeroepen worden op de afdeling: De 4 nachtverpleegkundigen van de andere afdelingen komen in geval van nood helpen.

Er zijn in totaal steeds minstens 3 personen beschikbaar binnen 15 minuten (in praktijk duurt dit korter dan 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: dit gebeurt enkel op indicatie.

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:

- Er wordt gewerkt met een gradueel systeem van kleurcodes die gekoppeld zijn aan vrijheidsgraden op leefgroep 3.
- Geen vrije toegang tot patiëntenkamers overdag: naargelang men vordert binnen het stappenplan en men toont verantwoordelijk te kunnen zijn, kan men wel de leefgroep verlaten zonder begeleiding.
- Nachtelijke opsluiting: jongeren die gedwongen worden opgenomen en jongeren die worden opgenomen op de For K-bedden moeten de eerste 24u op de kamer verblijven met afgesloten deur (dit is niet voor alle patiënten van toepassing, maar slechts voor 25%).
- Systematische opsluiting op kamer met afgesloten deur (op andere momenten dan 's nachts): jongeren die gedwongen worden opgenomen en jongeren die worden opgenomen in For K-bedden moeten de eerste 24u op de kamer verblijven met afgesloten deur. Medewerkers geven aan dat bij jongeren in stap oranje de deur van de kamer afgesloten wordt op momenten dat zij niet mogen aansluiten bij de leefgroep en er geen toezicht is op de slaapgang.
- In leefgroep 3 komt men na een agressie-incident, dreigende houding of na fugue automatisch terecht in stap bordeaux van het stappenplan, wat betekent dat men 24u wordt opgesloten op de patiëntenkamer.
- Zowel medewerkers als patiënten geven aan dat als men de therapie niet wil volgen men naar de crisiskamer moet.
- Verplichte kamermomenten (met open deur)

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

- Geen vrije toegang tot patiëntenkamers overdag
- Nachtelijke opsluiting voor patiënten in For-K bedden
- Systematische opsluiting op kamer met afgesloten deur voor For-K patiënten overdag
- Opsluiting op de kamer met afgesloten deur als sanctie
- Wanneer men therapie niet volgt wordt men naar de crisiskamer gebracht.
- Verplichte kamermomenten

Volgende controles gebeuren op de afdeling:

- lichaamscontrole
- kamercontrole
- bagagecontrole
- drugscreening

Niet voor alle controles die gebeuren zijn procedures opgemaakt.

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

- lichaamscontrole
- kamercontrole
- bagagecontrole
- drugscreening

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

Uit de bevraging met patiënten kwam naar voor dat er zeer veel vrijheidsbeperkende regels zijn: men mag niet luid praten, er zijn te veel kamermomenten, er zijn weinig TV-momenten, te weinig GSM en/of internetmomenten, te weinig rookmomenten. Er werd aangegeven dat men de regels graag bespreekbaar zou zien.

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als je de therapie niet wil volgen. Volgende antwoorden werden gegeven: "als geen therapie wil volgen, vlieg je naar de crisiskamer".

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als men zijn medicatie niet wil innemen. Volgende antwoorden werden gegeven: niemand weet wat er dan gebeurt, want iedereen neemt steeds zijn medicatie.

#### 4.1.2.2 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: bezoek kan ofwel op de kamer ofwel buiten de afdeling plaatsvinden op volgende dagen:

| maandag | dinsdag               | woensdag           | donderdag            | vrijdag | zaterdag | zondag   |
|---------|-----------------------|--------------------|----------------------|---------|----------|----------|
|         | LG 1:<br>18u-19u15    | LG 1:<br>13u30-17u | LG 1:<br>18u-19u15   |         | 9u30-19u | 9u30-19u |
|         | LG 2 :<br>18u15-19u30 | LG 2:<br>14u-19u30 | LG 2:<br>18u15-19u30 |         |          |          |
|         | LG 3:<br>17u30-19u30  | LG 3:<br>15u-19u30 | LG 3:<br>17u30-19u30 |         |          |          |

Er moet steeds duidelijk doorgegeven worden aan de sociale dienst wie er op bezoek zal komen. Bezoek op leefgroep 3 kan enkel plaatsvinden na het invullen van een bezoekformulier. Er mogen standaard maximum 2 volwassen personen per kind/jongere op bezoek komen. Jongeren die worden opgenomen via de jeugdrechter kunnen in overleg met hun consulent bezoek ontvangen van ouders of familie/naasten. Vrienden of kennissen worden niet toegelaten als bezoek.

- Telefonisch contact: indien men geen bezoek ontvangt kan men tijdens de bezoekmomenten bellen tussen 18u30 en 19u30.
- Het gebruik van een GSM binnen de afdeling is niet toegestaan. Enkel wanneer men toelating heeft van zijn ouders én pas vanaf stap bruin kan er door jongeren uit leefgroep 3 gebruik gemaakt worden van GSM-momenten (op de kamer en enkel tussen 20 en 21u30) op maandag, woensdag, donderdag en vrijdag.  
Voor de andere jongeren is internet gebruik enkel toegestaan mits toestemming van de ouders en met een maximum van 2 werkblokken (= 2x 45 min) per week.  
PC en GSM-gebruik wordt niet toegestaan voor de jongeren die via de jeugdrechter zijn opgenomen.
- De standaardweekendregeling houdt in dat kinderen en jongeren naar huis kunnen van zaterdag 14u tot maandag tussen 7u30 en 9u45.  
In leefgroep 3 werkt men met een stappenplan met kleuren. Indien men zich goed aan de afspraken houdt kan men veranderen van kleur en hierdoor meer vrijheden krijgen. Vanaf stap groen mag men buiten op het grasplein zonder begeleiding. Stap bruin houdt in dat men vrij mag bewegen binnen het domein van het ziekenhuis zonder begeleiding. Stap wit is de hoogste stap (voorbereiding op ontslag), wanneer men deze stap heeft bereikt mag men zonder begeleiding het domein van het ziekenhuis verlaten, wel met duidelijke afspraken.

Er is geen dagelijks contact met de buitenwereld mogelijk.

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

### 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 worden beleidsmatig betrokken:

- Er is een patiëntenraad op organisatieniveau met vertegenwoordiging van de Korbeel.
- Er werd in leefgroep 3 een brainstormavond georganiseerd voor kinderen, jongeren en hun familie/naasten. Hier werd het opnameverloop besproken en nagedacht welke verbetermogelijkheden er zijn hieromtrent.

|  |   |
|--|---|
| Aantal bevroagde patiënten   | 4 |
| Aantal patiënten die aangeven dat ze een behandelplan hebben                                     | 2 |
| Aantal patiënten die aanwezig waren op een multidisciplinaire behandelplanbespreking             | 0 |
| Aantal patiënten van wie een ouder aanwezig was op een multidisciplinaire behandelplanbespreking | 0 |

#### 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*

|                                       |      |
|---------------------------------------|------|
| <b>Het inscholingsprogramma bevat</b> |      |
| 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

Tijdens het gesprek met patiënten werd niet bevestigd dat er steeds debriefing gebeurt met medepatiënten na een ernstig agressie-incident. Daarin gaf men aan dat er niet over gesproken mocht worden omwille van privacy.

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

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

|   |   |
|---|---|
| Aantal bevroagde patiënten  | 5 |
| Aantal patiënten die aangeven dat ze informatie kregen over de maatregelen bij ernstige agressie-incidenten | 0 |

## 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 130 afzonderingen of separaties van 43 patiënten van de afdeling, waarvan 92 afzonderingen en 38 separaties.

Er is 1 afzonderingskamer op de afdeling, deze kamer wordt de crisiskamer genoemd. Daarnaast is er een rustige ruimte, in deze ruimte kunnen kinderen/jongeren worden gesepareerd.

Er gebeuren daarnaast 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:

- Frequentie van evaluatie van de maatregel

In de procedure staat beschreven:

- Afzondering en separatie is ook toegestaan onder 12 jaar, een leeftijdsgrens wordt niet vermeld voor afzondering en separatie

- Volgende reden(en) voor afzondering en/of separatie worden vermeld in de procedure:
  - Afzondering en/of separatie is soms standaardtherapie (bv. steeds bij start gedwongen opname)
  - Afzondering en/of separatie gebeurt soms preventief bv. als onderdeel van een behandelingsplan, ontwrichtend naar de groep
  - Afzondering en/of separatie kan gebeuren op eigen vraag van de patiënt
  - Andere: langdurig storend gedrag

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

Er is schriftelijke informatie rond afzondering en separatie voor familie/naasten. De infobrochure voor kinderen/jongeren en familie/naasten is de onthaalbrochure van de afdeling. Naast de algemene afdelingsbrochure zijn er onthaalbrochures per leefgroep opgemaakt. In de brochures van leefgroep 2 en leefgroep 3 ontbreekt het feit dat de deur van de afzonderingskamer (=crisiskamer) 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.

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

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

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

Er werd gekeken naar de duur.

|   |    |
|---|----|
| Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering | 10 |
| Aantal korter dan 1u  | 6  |
| Aantal 1 - 6u   | 1  |
| Aantal 6- 12u   | 2  |
| Aantal 12-24u   | 1  |
| Aantal langer dan 24u   | 0  |

Er werd gekeken naar eventuele extra maatregelen.

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

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

|   |     |
|---|-----|
| Aantal gecontroleerde registraties van patiënten langer dan een half uur in afzondering   | 6   |
| Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 30 minuten notities over toezicht in dossier/register staan                             | 6   |
| Aantal gecontroleerde afzonderingsregistraties van langer dan een uur   | 4   |
| Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 60 minuten notities over toezicht in dossier/register staan                             | 4   |
| Aantal periodes langer dan 60 min zonder toezicht in dossier/register   | 0   |
| Opsomming van de duur van de periodes zonder toezicht: NVT  |     |
| Aantal afzonderingen met notities over persoonlijk contact van de arts met patiënt in afzondering                                   | 1   |
| Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 60 minuten notities over binnen gaan in de afzonderingskamer in dossier/register staan  | 1   |
| Aantal gecontroleerde afzonderingsregistraties van langer dan 120 minuten   | 4   |
| Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 120 minuten notities over binnen gaan in de afzonderingskamer in dossier/register staan | 4   |
| Aantal periodes langer dan 120 min zonder notities in dossier/register over binnen gaan   | 0   |
| Opsomming van de duur van de periodes zonder binnen gaan: NVT   |     |
| Aantal afzonderingen langer dan 24u   | 0   |
| Aantal afzonderingen langer dan 24u met notities over dagelijks persoonlijk contact met de arts                                     | NVT |

Er kan uit de notities niet steeds afgeleid worden op welke manier het toezicht gebeurt: het verschil tussen toezicht via camera en toezicht via het raam is niet duidelijk.

Men schrijft enkel de naam en de paraaf van de verpleegkundige die het toezicht deed. Wanneer men binnengaat in de afzonderingsruimte staat dit in een andere kolom genoteerd en staan er steeds twee namen. De eigenlijke observaties schrijft men niet per half uur op, deze observaties worden elders genoteerd maar kunnen wel worden afgedrukt samen met het registratieformulier.

Er wordt een register bijgehouden over separaties.

|   |   |
|---|---|
| Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in separatie | 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 separatie  | 5 |
| Aantal zonder reden van separatie  | 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   | 1 |
| Aantal met als reden: overlast   | 0 |
| Aantal met als reden: sanctie  | 0 |
| Aantal met als reden: procedure  | 0 |
| Aantal met andere reden: wegloupedrag  | 1 |

Er werd gekeken naar de duur

|   |   |
|---|---|
| Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in separatie | 5 |
| Aantal korter dan 1u  | 4 |
| Aantal 1 - 6u   | 0 |
| Aantal 6- 12u   | 1 |
| Aantal 12-24u   | 0 |
| Aantal langer dan 24u   | 0 |

Er werd gekeken naar eventuele extra maatregelen.

|   |   |
|---|---|
| Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in separatie | 5 |
| Aantal met mechanische fixatie                                | 0 |
| Aantal met crisismedicatie                                    | 0 |

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

|  |     |
|--|-----|
| Aantal gecontroleerde registraties van patiënten langer dan een half uur in separatie  | 1   |
| Aantal separaties waarbij minstens om de 30 minuten notities over toezicht in dossier/register staan                           | 0   |
| Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in separatie van langer dan een uur   | 1   |
| Aantal separaties waarbij minstens om de 60 minuten notities over toezicht in dossier/register staan                           | 0   |
| Aantal periodes langer dan 60 min zonder toezicht in dossier/register  | 3   |
| Opsomming van de duur van de periodes zonder toezicht: 3 maal 2u   |     |
| Aantal separaties met notities over persoonlijk contact van de arts met patiënt in separatie                                   | 0   |
| Aantal separaties waarbij minstens om de 60 minuten notities over binnen gaan in de separatieruimte in dossier/register staan  | 0   |
| Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in separatie van langer dan 120 minuten                                       | 1   |
| Aantal separaties waarbij minstens om de 120 minuten notities over binnen gaan in de separatieruimte in dossier/register staan | 1   |
| Aantal periodes langer dan 120 min zonder notities in dossier/register over binnen gaan  | 0   |
| Opsomming van de duur van de periodes zonder binnen gaan: NVT  |     |
| Aantal separaties langer dan 24u   | 0   |
| Aantal separaties langer dan 24u met notities over dagelijks persoonlijk contact met de arts                                   | NVT |



### 4.2.3 Infrastructuur van de afzonderings- en separatieruimtes

#### Werkwijze

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

Volgende aspecten van de infrastructuur werden gecontroleerd:

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

#### Vaststellingen

De afdeling beschikt over een crisiskamer en een rustige ruimte. Deze ruimtes kunnen gebruikt worden met open en afgesloten deur. De crisiskamer is specifiek ingericht als ruimte voor afzondering. De rustige ruimte wordt gebruikt 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                   | 1 |
| Aantal in orde qua privacy                                      | 0 |
| Aantal in orde qua daglicht                                     | 1 |

Aan het raam van de afzonderingskamer hangt een doorschijnend gordijn waardoor inkijk mogelijk is.

|   |   |
|---|---|
| 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                  | 0 |
| Aantal in orde qua visueel toezicht                             | 0 |
| Aantal in orde qua aangepaste tijdsaanduiding                   | 0 |
| Aantal in orde qua privacy                                      | 0 |
| Aantal in orde qua daglicht                                     | 1 |

De rustige ruimte heeft geen oproepsysteem. Visueel toezicht is niet mogelijk, er is geen camera en ook geen raam in de deur, er is geen klok aanwezig of zichtbaar vanuit deze ruimte. Aan het raam van de rustige ruimte hangt een doorschijnend gordijn waardoor inkijk mogelijk is.

## 4.3 FIXATIE

### 4.3.1 **Beleid en Procedures**

#### *Werkwijze*

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

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*

In de bevraging geeft men aan:

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

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

In 2015 werden 12 mechanische fixaties bij 9 patiënten toegepast.

Er is een uitgeschreven procedure / visietekst fixatie.

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

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

In de procedure staat beschreven:

- De combinatie van mechanische fixatie en afzondering is toegelaten
- Mechanische fixatie is ook toegestaan onder 12 jaar, een leeftijdsgrens wordt niet vermeld voor mechanische fixatie. In de procedure staat beschreven: 'in principe wordt niet afgezonderd en gefixeerd bij jongeren onder de 12 jaar. Indien dit toch nodig blijkt dan moet extra aandacht gegeven worden en de garantie aanwezig zijn dat alle mogelijke alternatieven uitgeput zijn'.

### 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 bevraagd.

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          | 1 |
| 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.

In de bevraging vooraf werd gevraagd naar het percentage medewerkers dat een functioneringsgesprek kreeg in 2015.

#### Vaststellingen

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

- Medewerkers in 2016 d.m.v. teamdenkdagen
- Patiënten in 2016 d.m.v. (exit)enquête

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 2014 d.m.v. online bevraging (Bing).

Er gebeurde de voorbije 5 jaar een patiëntentevredenheidsmeting op deze afdeling: in 2016 d.m.v. een enquête die twee keer per jaar wordt aangeboden.

Er gebeurde de laatste 5 jaar een tevredenheidsmeting bij familie/naasten op deze afdeling: in 2016 d.m.v. een enquête die twee keer per jaar wordt aangeboden.

#### **4.4.1.2 Agressie-incidenten, afzonderen, separeren en fixeren**

##### ***Werkwijze***

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

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

##### ***Vaststellingen***

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

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

De cijfergegevens zijn onvolledig:

- Separaties in de patiëntenkamers (zowel overdag als 's nachts) worden niet geregistreerd indien zij niet meer gezien worden als dwangmaatregel maar wel als noodzakelijk binnen het behandelplan voor deze jongere of door gebrek aan toezicht op de verdieping van de patiëntenkamers. Separatie wordt steeds geëvalueerd met de arts, indien separatie nog nodig is maar niet meer als dwangmaatregel wordt gezien noteert men dit in het dossier als aandachtspunt en zitten deze dus niet meer in de cijfers.
- Separaties die onderbroken worden met periodes buiten de afzonderingskamer worden als 1 separatie geregistreerd; hierdoor is het totaal aantal separaties relatief lager, maar is de separatieduur relatief langer.

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

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

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

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

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

- Afzonderingen: aantal afzonderingen, aantal patiënten afgezonderd, aantal afzonderingen per patiënt
- Mechanische fixaties
- Medicamenteuze fixatie
- Duur
- Reden
- Aantal dwangmaatregelen volgens leeftijd, geslacht, volgens dag van de week van de ingang van de maatregel, volgens uur ingang dwangmaatregel, volgens maand van het jaar
- Extra medicatie?
- Gedwongen opname?
- Extra hulp?

## 5 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.

### 5.1 STERKE PUNTEN

#### Preventief beleid

- Er gebeurt systematische debriefing met patiënten, medewerkers en medepatiënten.
- Patiënten worden betrokken bij het beleid van de afdelingen.
- Er gebeuren incidentanalyses als verbeterinstrument bij het beleid.
- Er gebeuren regelmatig tevredenheidsmetingen bij patiënten.

#### Afzonderings- en separatiebeleid

- Goede kwaliteit van registreren over afzonderen: In het patiëntendossier worden de redenen voor afzondering en separatie in een verslag omstandig omschreven / er kan duidelijk beoordeeld worden dat er ernstig gevaar was.

Fixatiebeleid: geen

#### Verbeterbeleid

- Er gebeuren frequente evaluaties van leefregels met medewerkers en patiënten.
- Er is jaarlijks een analyserapport met de verzamelde gegevens over VBM.
- Er worden veel cijfergegevens verzameld tot op afdelingsniveau die een analyse van het afzonderingsbeleid mogelijk maken.
- Jaarlijks bespreken van cijfers op 3 niveaus of meermaals per jaar op één van de niveaus. De cijfergegevens over vrijheidsbeperkende maatregelen worden meermaals per jaar op afdelingsniveau besproken.

### 5.2 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.
- De mogelijkheden voor patiënten op contact met de buitenwereld verhogen.
- De (vrijheidsbeperkende) leefregels herbekijken.
- Het regelmatig bevragen van ervaringen van familie/naasten.
- De aanwezigheid van patiënten en familie/naasten bij de multidisciplinaire behandelplanbespreking mogelijk maken.

#### Afzonderings- en separatiebeleid

- De procedure afzondering / 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 het half uur notities over het toezicht op de patiënt in afzondering en separatie.
  - Om het uur de registratie van binnen gaan in de afzonderingskamer/separatieruimte voorzien.

#### Fixatiebeleid

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

#### Verbeterbeleid

- Alle afzonderingen en separaties registreren.
- Afzonderingen en separaties zo registreren dat er apart cijfermateriaal is.
- Jaarlijkse evaluatie van leefregels door familie/naasten.