

# 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 Gasthuisberg
Adres	Herestraat 49, 3000 Leuven
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 Gasthuisberg
Adres	Herestraat 49, 3000 Leuven

### OPDRACHT

Nummer	O-2017-MAPU-0030
Datum	24/01/2017
Inspecteurs	XXXX, XXXX, XXXX, XXXX

### VERSLAG

Nummer	V-2017-MIDA-0009
Datum	22/03/2017

### INSPECTIEBEZOEK

Soort	Onaangekondigd bezoek op 21-03-2017 van 9-15u30
-------	---

# Inhoudsopgave

1	Inleiding .....	5
1.1	Toezicht door Zorginspectie .....	5
1.1.1	Doelstellingen .....	5
1.1.2	Doelgroep .....	5
1.1.3	Kader .....	5
1.2	Inspectieproces .....	7
1.2.1	Vorbereiding .....	7
1.2.2	Plaatsbezoeken .....	7
1.2.3	Bronnen .....	7
1.2.4	Verslag .....	7
1.2.5	Beleidsrapport .....	7
1.3	Inspecteurs .....	8
1.4	Lijst met definities / Verklarende woordenlijst .....	8
2	Situering van de voorziening .....	10
2.1	Erkenningsgegevens .....	10
2.2	Directie .....	10
2.3	Organisatie van de psychiatrische zorg voor kinderen en jongeren in dit ziekenhuis .....	10
3	Afdeling LUK-Leuvense urgentie psychiatrie .....	12
3.1	Preventief Beleid .....	12
3.1.1	Agressiepreventiebeleid .....	12
3.1.1.1	Signaleringsplannen .....	12
3.1.1.2	De-escalatie .....	13
3.1.2	Het verbeteren van patiëntenervaringen .....	14
3.1.2.1	Leefregels .....	14
3.1.2.2	Contact met de buitenwereld .....	14
3.1.3	Betrokkenheid van patiënten .....	15
3.1.4	Inscholing van nieuwe medewerkers .....	15
3.1.5	Opvang na incidenten .....	16
3.2	Afzondering en separatie .....	16
3.2.1	Beleid en Procedure .....	16
3.2.2	Toepassing in de praktijk .....	17
3.2.3	Infrastructuur van de afzonderings- en separatieruimtes .....	19
3.3	Fixatie .....	20
3.3.1	Beleid en Procedures .....	20
3.3.2	Toepassing in de praktijk .....	20
3.4	Verbeterbeleid .....	21
3.4.1	Verzamelen van informatie .....	21

3.4.1.1	Preventief klimaat .....	21
3.4.1.2	Agressie-incidenten, afzonderen, separeren en fixeren .....	21
3.4.2	Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal .....	22
4	Afdeling MPK kortverblijf .....	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 .....	25
4.1.3	Betrokkenheid van patiënten .....	26
4.1.4	Inscholing van nieuwe medewerkers .....	27
4.1.5	Opvang na incidenten.....	27
4.2	Afzondering en separatie .....	28
4.2.1	Beleid en Procedure .....	28
4.2.2	Toepassing in de praktijk .....	29
4.2.3	Infrastructuur van de afzonderings- en separatieruimtes .....	31
4.3	Fixatie .....	32
4.3.1	Beleid en Procedures.....	32
4.3.2	Toepassing in de praktijk .....	33
4.4	Verbeterbeleid.....	33
4.4.1	Verzamelen van informatie .....	33
4.4.1.1	Preventief klimaat .....	33
4.4.1.2	Agressie-incidenten, afzonderen, separeren en fixeren .....	34
4.4.2	Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal .....	34
5	Afdeling MPK therapeutisch verblijf.....	35
5.1	Preventief Beleid .....	35
5.1.1	Agressiepreventiebeleid .....	35
5.1.1.1	Signaleringsplannen.....	35
5.1.1.2	De-escalatie .....	36
5.1.2	Het verbeteren van patiëntenervaringen.....	37
5.1.2.1	Leefregels.....	37
5.1.2.2	Contact met de buitenwereld .....	38
5.1.3	Betrokkenheid van patiënten .....	39
5.1.4	Inscholing van nieuwe medewerkers .....	39
5.1.5	Opvang na incidenten.....	39
5.2	Afzondering en separatie .....	40

5.2.1	Beleid en Procedure .....	40
5.2.2	Toepassing in de praktijk .....	41
5.2.3	Infrastructuur van de afzonderings- en separatieruimtes .....	43
5.3	Fixatie .....	44
5.3.1	Beleid en Procedures .....	44
5.3.2	Toepassing in de praktijk .....	44
5.4	Verbeterbeleid.....	45
5.4.1	Verzamelen van informatie .....	45
5.4.1.1	Preventief klimaat .....	45
5.4.1.2	Agressie-incidenten, afzonderen, separeren en fixeren .....	45
5.4.2	Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal .....	46
6	Afdeling MPK dagbehandeling .....	47
6.1	Preventief Beleid .....	47
6.1.1	Agressiepreventiebeleid .....	47
6.1.1.1	Signaleringsplannen.....	47
6.1.1.2	De-escalatie .....	48
6.1.2	Het verbeteren van patiëntenervaringen.....	49
6.1.2.1	Leefregels.....	49
6.1.2.2	Contact met de buitenwereld .....	49
6.1.3	Betrokkenheid van patiënten .....	49
6.1.4	Inscholing van nieuwe medewerkers .....	50
6.1.5	Opvang na incidenten.....	50
6.2	Afzondering en separatie .....	51
6.2.1	Beleid en Procedure .....	51
6.2.2	Toepassing in de praktijk .....	52
6.2.3	Infrastructuur van de afzonderings- en separatieruimtes .....	52
6.3	Fixatie .....	53
6.3.1	Beleid en Procedures .....	53
6.3.2	Toepassing in de praktijk .....	53
6.4	Verbeterbeleid.....	54
6.4.1	Verzamelen van informatie .....	54
6.4.1.1	Preventief klimaat .....	54
6.4.1.2	Agressie-incidenten, afzonderen, separeren en fixeren .....	55
6.4.2	Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal .....	55
7	Conclusie.....	56
7.1	Sterke punten .....	56
7.2	Verbeterpunten.....	56

# 1 INLEIDING

## 1.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

### 1.1.1 Doelstellingen

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

Waarom deze inspectieronde over vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM)?

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

Doelstellingen van deze inspectieronde zijn:

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

### 1.1.2 Doelgroep

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

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

### 1.1.3 Kader

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

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

Als achtergrond bij deze inspectieronde werden een aantal richtlijnen gebruikt:

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

Als uitgangspunten worden volgende streefdoelen voorop gesteld:

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

## 1.2 INSPECTIEPROCES

### 1.2.1 Voorbereiding

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

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

### 1.2.2 Plaatsbezoeken

De inspectieronde is in december 2016 gestart.

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

### 1.2.3 Bronnen

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

### 1.2.4 Verslag

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

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

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

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

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

### 1.2.5 Beleidsrapport

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

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

## 1.3 INSPECTEURS

XXXX	Inspecteur Zorginspectie
XXXX	Inspecteur Zorginspectie
XXXX	Inspecteur Zorginspectie
XXXX	Inspecteur Zorginspectie

## 1.4 LIJST MET DEFINITIES / VERKLARENDE WOORDENLIJST

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



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

Z.ORG KU Leuven heeft op campus Gasthuisberg een erkenning voor:

- 40 K-bedden
- 15 k-bedden

### 2.2 DIRECTIE

XXXX	Voorzitter en gedelegeerd bestuurder
XXXX	Hoofddarts
XXXX	Diensthoofd kinder- en jeugdpsychiatrie
XXXX	Diensthoofd volwassenenpsychiatrie
XXXX	Diensthoofd ouderenpsychiatrie
XXXX	Verpleegkundig directeur
XXXX	Algemeen secretaris
XXXX	Financieel directeur
XXXX	Personeelsdirecteur
XXXX	Operationeel directeur

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

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

Naam afdeling	Leefgroepen	Leeftijd	Doelgroep	Aantal plaatsen op de afdeling
MPK LUK	LUK	4-15 jaar	crisisopname	8 K-bedden
MPK kortverblijf	Leefgroep 2	6-11 jaar	Algemeen kinderpsychiatrische problematiek ASS	8 K-bedden
	Leefgroep 3	11-14 jaar		8 K-bedden
MPK therapeutisch verblijf	Leefgroep 4	6-12 jaar		8 K-bedden
	Leefgroep 5	12-15jaar		8 K-bedden
MPK dagbehandeling	Kleine K	0-6 jaar	Algemeen kinderpsychiatrische problematiek Eetstoornissen ASS	15 k-bedden
	MPK-dag	7-16 jaar		

Leefgroep Kleine K is opgestart op 1 augustus 2016.

Opnamecijfers MPK 2015:

Aantal opnames	487
Aantal opnamedagen	10266
Aantal patiënten opgenomen	395
Waarvan aantal patiënten opgenomen onder de 12 jaar	130
Aantal patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter	Cijfer niet beschikbaar

Opnamecijfers MPK-dag 2015:

Aantal opnames	53
Aantal opnamedagen	1888
Aantal patiënten opgenomen	42
Waarvan aantal patiënten opgenomen onder de 12 jaar	6
Aantal patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter	Cijfer niet beschikbaar

Aantal patiënten opgenomen op MPK LUK op de dag van inspectie:

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

Aantal patiënten opgenomen op MPK kortverblijf op de dag van inspectie:

	Leefgroep 2	Leefgroep 3
Aantal patiënten	8	8
Aantal minderjarigen (<18j)	8	8
Aantal < 12j	8	2
Aantal patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter	2	0

Aantal patiënten opgenomen op MPK therapeutisch verblijf op de dag van inspectie:

	Leefgroep 4	Leefgroep 5
Aantal patiënten	7	8
Aantal minderjarigen (<18j)	7	8
Aantal < 12j	7	0
Aantal patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter	0	0

Aantal patiënten opgenomen op Kleine K en MPK-dag op de dag van inspectie:

Aantal patiënten	12
Aantal minderjarigen (<18j)	12
Aantal < 12j	4
Aantal patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter	0

## 3 AFDELING LUK-LEUVENSE URGENTIE PSYCHIATRIE

### 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*

LUK 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	5

### 3.1.1.2 De-escalatie

#### *Werkwijze*

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

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

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

#### *Vaststellingen*

De afdeling beschikt over volgende soorten patiëntenkamers:

Aantal eenpersoonskamers	Aantal tweepersoonskamers	Aantal meerpersoonskamers (>2)
4	2	0

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

Er is een afgesloten tuin. Mits toestemming van de begeleiding mag men naar buiten. Er is een voetbaltafel. Verder beschikt de afdeling over 1 time-out ruimte (stille ruimte).

De time-out ruimte wordt meestal gebruikt met open deur. Indien de afzonderingsruimte in gebruik is kan deze ruimte ook gebruikt worden met afgesloten deur.

's Nachts zijn er tijdens weekdagen 2 personeelsleden aanwezig voor heel de afdeling MPK (kortverblijf, therapeutisch verblijf en LUK) en 1 personeelslid in het weekend.

In geval van nood kan volgende extra hulp opgeroepen worden op de afdeling: de bewaking van UZ en de lopende nachtwak kunnen komen in geval van nood.

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

Er kon aangetoond worden dat er in het behandelaanbod sessies zelfcontrole / regulatievaardigheden / agressie beheersing voorzien zijn voor patiënten: tijdens de sessies PMT kan dit thema aan bod komen, met behulp van het document 'je boosheidsprofiel' en bij de opmaak van het signaleringsplan komt dit eveneens aan bod.

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

### 3.1.2 Het verbeteren van patiëntenervaringen

#### 3.1.2.1 Leefregels

##### *Werkwijze*

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

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

##### *Vaststellingen*

Er zijn algemeen geldende leefregels.

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

Volgende (vrijheidsbeperkende) leefregels zijn van toepassing:

- Verplichte kamermomenten (met open deur)

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

Volgende controles gebeuren op de afdeling:

- kamercontrole
- bagagecontrole

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: De begeleiding motiveert je altijd om therapie te volgen.

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als men zijn medicatie niet wil innemen. Volgende antwoorden werden gegeven: De bevraagde jongeren weten dit niet aangezien ze nog nooit geweigerd hebben.

#### 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 wordt liefst beperkt tot familie. Het bezoek van vrienden is bespreekbaar, in overleg met de ouders. Bezoek is mogelijk op volgende dagen:

maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag
18 – 20 u	18 – 20 u		18 – 20 u	18 – 20 u	18 – 20 u	18 – 20 u

- Familie kan steeds naar de afdeling bellen (liefst na 18u).

- Er is WIFI op de afdeling. De jongeren krijgen elke dag tussen 18u en 20u hun gsm, waarmee zij contact kunnen nemen met hun familie/vrienden. Jongeren kunnen ook twee maal per dag een half uur gebruik maken van de computer van de leefgroep.
- In het weekend is er mogelijkheid tot dagbezoek en/of 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

### 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:

- Via patiëntenparticipatie op afdelingsniveau: inspraak in de afdelingsregels
- Via schriftelijke evaluatie bij ontslag

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

### 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 bevroegde 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 194 afzonderingen of separaties bij 60 patiënten van de afdeling MPK.

Er zijn geen cijfers over afzonderingen en separaties beschikbaar op afdelingsniveau. Er zijn enkel cijfers over afzonderingen en separaties beschikbaar voor de volledige MPK-unit (= de som van alle MPK afdelingen). Er gebeuren separaties in de time-out kamers.

Er is 1 afzonderingskamer op de MPK-unit, die gebruikt wordt door alle afdelingen.

Daarnaast zijn er 3 time-out kamers op de MPK-unit, die eveneens gebruikt worden door alle afdelingen. Indien de afzonderingskamer in gebruik is, worden deze time-out kamers, indien nodig, gebruikt als afzonderingskamer.

Er gebeuren geen separaties op patiëntenkamers.

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

De teksten bevatten alle gecontroleerde elementen. Er is evenwel een tegenspraak tussen de procedure en de visietekst in het gebruik van de time-out ruimtes, al of niet met open of gesloten deur.

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 en/of separatie gebeurt soms preventief bv. patiënt blijft dreigend naar hulpverleners, patiënt blijft de voorgeschreven medicatie weigeren, het voorkomen van een ernstige ontwrichting van de therapeutische omgeving
  - Voorkomen van ernstige materiële schade
  - als therapeutisch hulpmiddel: genereren van een prikkelarme omgeving, verminderen van prikkels en regulatie van bewegingsdrang, beveiliging bij gebrek aan impulscontrole

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.

## **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 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

Sinds begin januari 2016 gebeuren de registraties digitaal. Voorheen was er een registratie op papier. Er is een gemeenschappelijk register voor afzonderingen en separaties waarbij het onderscheid tussen beide uit de registratie niet duidelijk is. De gecontroleerde registraties gaan zowel over afzonderingen als separaties.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering of separatie	11
Aantal registratieformulieren met alle gegevens	9
Aantal registratieformulieren met ontbrekende gegevens	2
Aantal zonder identificatie patiënt	0
Aantal zonder datum	0
Aantal zonder beginuur	0
Aantal zonder einduur	2
Aantal zonder reden van afzondering	0
Aantal zonder naam of handtekening verantwoordelijke arts	0
Aantal zonder naam of handtekening verantwoordelijke verpleegkundige	0

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

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering of separatie	11
Aantal zonder reden van afzondering	0
Aantal met als reden gevaar voor de patiënt of gevaar voor anderen (fysieke agressie, ernstig suïcidaal)	6
Aantal met een andere reden dan gevaar voor de patiënt of gevaar voor anderen	5
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: wegliepgedrag, afspraak met arts, toenemende irritatie, weigert hulp, wil weg, boos.	4

Er werd gekeken naar de duur.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering of separatie	11
Aantal korter dan 1u	4
Aantal 1 - 6u	4
Aantal 6- 12u	1
Aantal 12-24u	0
Aantal langer dan 24u	0
Aantal zonder einduur	2

Er werd gekeken naar eventuele extra maatregelen.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering of separatie	11
Aantal met mechanische fixatie	0
Aantal met crisismedicatie	3

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

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten langer dan een half uur in afzondering of separatie	8
Aantal afzonderingen of separaties waarbij minstens om de 30 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	7
Aantal gecontroleerde registraties van patiënten langer dan een uur in afzondering of separatie	3
Aantal afzonderingen of separaties 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	0
Opsomming van de duur van de periodes zonder toezicht:	NVT
Aantal afzonderingen of separaties met notities over persoonlijk contact van de arts met patiënt in afzondering	1
Aantal afzonderingen of separaties waarbij minstens om de 60 minuten notities over binnen gaan in de afzonderingskamer of de separatieruimte in dossier/register staan	2
Aantal gecontroleerde registraties van patiënten langer dan 120 minuten in afzondering of separatie	1
Aantal afzonderingen of separaties waarbij minstens om de 120 minuten notities over binnen gaan in de afzonderingskamer of de separatieruimte in dossier/register staan	0
Aantal periodes langer dan 120 min zonder notities in dossier/register over binnen gaan	1
Opsomming van de duur van de periodes zonder binnen gaan: 9u53min	
Aantal afzonderingen of separaties langer dan 24u	0
Aantal afzonderingen of separaties langer dan 24u met notities over dagelijks persoonlijk contact met de arts	NVT

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

### 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 / 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 infrastructuur van de afzonderingskamer en de time-out ruimtes wordt beschreven onder punt 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 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:

- geen mechanische fixatie toe te passen.
- 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 geen mechanische fixaties.

Er is een uitgeschreven procedure / visietekst fixatie waarin medicamenteuze fixatie wordt beschreven.  
De procedure bevat alle gecontroleerde elementen.

### 3.3.2 **Toepassing in de praktijk**

#### *Werkwijze*

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

Indien mechanische fixatie werd toegepast, werden een aantal dossiers van patiënten die het voorbije jaar

mechanisch gefixeerd werden, gecontroleerd. Er werd gekeken naar de leeftijd van de patiënt (jonger of ouder dan 12 jaar), de duur van mechanische fixatie en het type fixatiemiddel.

### *Vaststellingen*

De afdeling beschikt niet over fixatiemateriaal.

Men beschikt niet over een wikkeldeken/swaddle.

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

## **3.4 VERBETERBELEID**

Registratiesystemen dienen als basis voor veiligheids- en kwaliteitsmonitoring.

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

### **3.4.1 Verzamelen van informatie**

#### **3.4.1.1 Preventief klimaat**

##### *Werkwijze*

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

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

Tijdens de inspectie werd verslaggeving van deze evaluaties opgevraagd.

##### *Vaststellingen*

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

- Medewerkers in 2017 d.m.v. evaluatie van de leefregels op maat van elke jongere in de werkvergaderingen.
- Patiënten in 2016 d.m.v. evaluatie van de leefregels op maat van elke jongere tijdens de weekafsluiter.

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 veiligheidscultuurmeting.

Er gebeurde de voorbije 5 jaar een patiëntentevredenheidsmeting op deze afdeling: in 2016 d.m.v. een evaluatie bij ontslag a.d.h.v. de 'vragenlijst voor jongeren die verblijven op crisisgroep kinderpsychiatrie'.

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 geen cijfers over agressie-incidenten beschikbaar op afdelingsniveau, de cijfers zijn enkel beschikbaar voor de volledige MPK-unit.

Afzonderingen worden geregistreerd. Separaties worden geregistreerd. Er zijn geen cijfers over afzonderingen en separaties beschikbaar op afdelingsniveau, de cijfers zijn enkel beschikbaar voor de volledige MPK-unit.

Separaties (verblijf in de time-out ruimte met afgesloten deur) worden geregistreerd als afzonderingen, waardoor geen onderscheid kan gemaakt worden tussen het aantal afzonderingen en separaties.

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

Er gebeuren geen mechanische fixaties.

### 3.4.2 Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal

#### Werkwijze

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

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

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

#### Vaststellingen

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

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

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

## 4 AFDELING MPK KORTVERBLIJF

### 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*

MPK kortverblijf geeft in de bevraging aan gebruik te maken van signaleringsplannen.

Het gebruikte signaleringsplan bevat de 4 gezochte aspecten in LG3. In LG 2 is er nog geen signaleringsplan in gebruik en is men recent gestart met de uitwerking van een signaleringsplan.

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 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 eenpersoons-kamers	Aantal tweepersoons-kamers	Aantal driepersoonskamers
Leefgroep 2	4	1	1
Leefgroep 3	3	1	1

Daarnaast is volgende infrastructuur voorhanden om de-escalatie mogelijk te maken: er is een ruime afgesloten tuin, er zijn 3 time-out kamers en er is een ontspanningsruimte.

De time-out ruimtes worden uitzonderlijk gebruikt met afgesloten deur als de afzonderingskamer in gebruik is.

's Nachts zijn er tijdens weekdagen 2 personeelsleden aanwezig voor heel de afdeling MPK (kortverblijf, therapeutisch verblijf en LUK) en 1 personeelslid in het weekend.

In geval van nood kan volgende extra hulp opgeroepen worden op de afdeling: bij druk op de "rode knop" (noodknop) komen er minimum 5 personeelsleden van de omliggende afdelingen.

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

Er kon aangetoond worden dat er in het behandelaanbod sessies zelfcontrole / regulatievaardigheden / agressiebeheersing voorzien zijn voor patiënten in LG 2 en LG 3: d.m.v. Ik-boek, psychotherapie sessies 'Spinsels' en de PMT-sessies.

Er kon aangetoond worden dat er in het behandelaanbod sessies psycho-educatie voor ouders van patiënten over omgaan met moeilijk gedrag/agressiepreventie/de-escalatie voorzien zijn voor leefgroep 3: iedere maandagmorgen zijn er oudergroepen waar deze onderwerpen aan bod komen.

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 voor leefgroep 2.



## 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)

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

- Verplichte kamermomenten (info ontbreekt in de brochure van leefgroep 2)

Volgende controles gebeuren op de afdeling:

- lichaamscontrole
- kamercontrole
- bagagecontrole
- drugscreening

Voor alle controles die gebeuren zijn procedures opgemaakt.

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

Patiënten geven aan dat als er iets gebeurt op een gemeenschappelijke kamer wat niet kan volgens de regels, het mogelijk is dat er iemand de nacht moet doorbrengen in de time-out ruimte.

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als je de therapie niet wil volgen. Volgende antwoorden werden gegeven: “dan zijn er gevolgen: je mag bv. een 1/2u minder op de laptop, of je moet naar je kamer.”, “naar de kamer of naar de time-out ruimte, immers door het feit dat er gemeenschappelijke kamers zijn is het niet altijd mogelijk om naar de kamer te gaan, want dan zou je je kunnen amuseren met je kamergenoot”.

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als men zijn medicatie niet wil innemen. Volgende antwoorden werden gegeven: “weet het niet, nog niet gebeurd.”, “naar isolatie”.

### 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: Het bezoek is bedoeld voor ouders of belangrijke derden. Het bezoek vindt in eerste instantie plaats buiten de afdeling. Indien noodzakelijk kan dit ook (in overleg met het team) plaatsvinden op de afdeling. De bezoeken zijn verschillend voor de 2 leefgroepen.

maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag
	LG 2: 18u00-19u30 LG 3:18u00-20u00		LG 2: 18u00-19u30 LG 3:17u00-20u00			

- Telefonisch contact:
  - in LG 2 kunnen de jongeren bellen op woensdag en vrijdagavond tussen 18u00 en 20u00. Ze mogen geen gebruik maken van een GSM om te bellen.
  - In LG 3 kan er een GSM gebruikt worden, tijdens de daarvoor voorziene momenten (elke avond tussen 18u30 en 19u00). Buiten deze uren wordt de GSM bewaard door de groepsleiding.
- Beide leefgroepen kunnen dagelijks een ½ uur gebruik maken van de computer met WIFI toegang.
- Uitgangsmogelijkheden: in beide leefgroepen kan men tijdens de bezoeken, onder begeleiding van de ouders, de afdeling verlaten. In het weekend gaan de kinderen en jongeren naar huis van zaterdag 14u00 tot maandagmorgen. Kinderen en jongeren die niet naar huis kunnen in het weekend kunnen in het ziekenhuis blijven op de afdeling LUK.

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

#### 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:

- 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	3
Aantal patiënten van wie een ouder aanwezig was op een multidisciplinaire behandelplanbespreking	2

De kinderen van LG 2 wisten niet of hun ouders reeds aanwezig waren bij een multidisciplinaire behandelplanbespreking.

#### 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 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

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

- Met medepatiënten: wel in LG 3, maar niet in LG 2

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

## 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 194 afzonderingen of separaties bij 60 patiënten van de afdeling MPK.

Er zijn geen cijfers over afzonderingen en separaties beschikbaar over MPK-kortverblijf. Er zijn enkel cijfers over afzonderingen en separaties beschikbaar voor de volledige MPK-unit (= de som van alle MPK afdelingen). Er gebeuren separaties in de time-out kamers.

Er is 1 afzonderingskamer op de MPK-unit, die gebruikt wordt door alle afdelingen.

Daarnaast zijn er 3 time-out kamers op de MPK-unit, die eveneens gebruikt worden door alle afdelingen.

Indien de afzonderingskamer in gebruik is, worden deze time-out kamers, indien nodig, gebruikt als afzonderingskamer.

Er gebeuren geen separaties op patiëntenkamers.

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

De teksten bevatten alle gecontroleerde elementen. Er is evenwel een tegenspraak tussen de procedure en de visietekst in het gebruik van de time-out ruimtes, al of niet met open of gesloten deur.

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 en/of separatie gebeurt soms preventief bv. patiënt blijft dreigend naar hulpverleners, patiënt blijft de voorgeschreven medicatie weigeren, het voorkomen van een ernstige ontwrichting van de therapeutische omgeving
  - Voorkomen van ernstige materiële schade
  - als therapeutisch hulpmiddel: genereren van een prikkelarme omgeving, verminderen van prikkels en regulatie van bewegingsdrang, beveiliging bij gebrek aan impulscontrole

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

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

Deze info is terug te vinden in de behandelovereenkomst, voor beide leefgroepen. Hier staat niet vermeld dat afzondering op de afzonderingskamer gebeurt met gesloten deur. Voor LG 3 is er een aparte brochure voor de jongeren zelf waarin dit wel vermeld staat.

## 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 is een gemeenschappelijk register voor afzonderingen en separaties waarbij het onderscheid tussen beide uit de registratie niet duidelijk is. De gecontroleerde registraties gaan zowel over afzonderingen als separaties.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering of separatie	16
Aantal registratieformulieren met alle gegevens	16

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

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering of separatie	16
Aantal zonder reden van afzondering	0
Aantal met als reden gevaar voor de patiënt of gevaar voor anderen (fysieke agressie, ernstig suïcidaal)	9
Aantal met een andere reden dan gevaar voor de patiënt of gevaar voor anderen	7
Aantal met als reden: op eigen vraag	0
Aantal met als reden: overlast	1
Aantal met als reden: sanctie	1

Aantal met als reden: procedure	0
Aantal met andere reden: verbale agressie, dreigen met agressie, inbreuk op leefregels, blijft hangen, niet te doorbreken	5

Er werd gekeken naar de duur.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering of separatie	16
Aantal korter dan 1u	14
Aantal 1 - 6u	1
Aantal 6- 12u	1
Aantal 12-24u	0
Aantal langer dan 24u	0

Er werd gekeken naar eventuele extra maatregelen.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering of separatie	16
Aantal met mechanische fixatie	0
Aantal met crisismedicatie	2

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

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten langer dan een half uur in afzondering of separatie	6
Aantal afzonderingen of separaties waarbij minstens om de 30 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	4
Aantal gecontroleerde registraties van patiënten langer dan een uur in afzondering of separatie	2
Aantal afzonderingen of separaties 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	0
Opsomming van de duur van de periodes zonder toezicht: NVT	
Aantal afzonderingen of separaties met notities over persoonlijk contact van de arts met patiënt in afzondering	0
Aantal afzonderingen of separaties waarbij minstens om de 60 minuten notities over binnen gaan in de afzonderingskamer of de separatieruimte in dossier/register staan	0
Aantal gecontroleerde registraties van patiënten langer dan 120 minuten in afzondering of separatie	1
Aantal afzonderingen of separaties waarbij minstens om de 120 minuten notities over binnen gaan in de afzonderingskamer of de separatieruimte in dossier/register staan	0
Aantal periodes langer dan 120 min zonder notities in dossier/register over binnen gaan	1
Opsomming van de duur van de periodes zonder binnen gaan: 6u30min	
Aantal afzonderingen of separaties langer dan 24u	0
Aantal afzonderingen of separaties langer dan 24u met notities over dagelijks persoonlijk contact met de arts	NVT

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

Sinds midden januari gebeurt de registratie van afzonderingen elektronisch. Bij nazicht van het elektronische register bleek dat het correct gebruik niet voor iedereen duidelijk is en niet door iedereen op dezelfde manier wordt gebruikt.

### 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 / 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

Er is 1 afzonderingsruimte die gebruikt wordt voor alle afdelingen. Als de afzonderingsruimte in gebruik is, dan worden de time-out ruimtes, indien nodig, gebruikt met gesloten deur. De 3 time-out ruimtes werden tijdens de inspectie, beschouwd als separatieruimtes.

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

Er is geen oproepsysteem in de afzonderingskamer. Er is wel een plankje aan de muur bevestigd waar een babyfoon in ligt. Via deze babyfoon kan men de jongere horen in het verpleeglokaal. Het bakje is bereikbaar en kan afgebroken worden (mogelijk om zich hiermee te verwonden). Daarnaast hangt de draad van de babyfoon los, deze kan afgerukt worden waardoor er mogelijk een verhangingsrisico kan zijn.

Er hangt een klok in het sas van de afzonderingskamer, maar deze is enkel leesbaar indien het licht in het sas blijft branden. De klok is niet aangepast aan iedere doelgroep (bv. jonge kinderen die nog geen klok kunnen lezen).

Aantal gecontroleerde ruimtes waar separaties gebeuren	3
Aantal in orde qua veiligheid inzake automutilatie / verhangings	2
Aantal in orde qua rookdetectie	3
Aantal in orde qua bereikbaar beloproepsysteem	0
Aantal in orde qua visueel toezicht	3
Aantal in orde qua aangepaste tijdsaanduiding	0
Aantal in orde qua privacy	0
Aantal in orde qua daglicht	2

Er is geen oproepsysteem in de time-outruimtes. Op 1 van de time-out ruimtes zijn het brandalarm en de ventilatioerosters bereikbaar. Bij afbreken van het alarm of de roosters, zou de jongere zich kunnen kwetsen aan de scherpe randen.

In 2 van de 3 time-out ruimtes is de klok zichtbaar, maar deze klok is niet aangepast aan de leeftijd van sommige doelgroepen op de MPK-unit.

In alle deuren van de time-out kamers zit een venster voor visueel toezicht, maar deze vensters geven uit op de patiëntengang waardoor privacy niet gegarandeerd 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*

Men geeft aan:

- Geen mechanische fixatie toe te passen.
- Medicamenteuze fixatie toe te passen.

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

In 2015 waren er geen mechanische fixaties.

Er is een uitgeschreven procedure / visietekst fixatie waarin medicamenteuze fixatie en fysieke interventie wordt beschreven.

De procedure bevat alle gecontroleerde elementen.



### 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 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 niet over fixatiemateriaal.  
Men beschikt over een wikkeldeken/swaddle.

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

## 4.4 VERBETERBELEID

Registratiesystemen dienen als basis voor veiligheids- en kwaliteitsmonitoring.

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

### 4.4.1 Verzamelen van informatie

#### 4.4.1.1 Preventief klimaat

#### *Werkwijze*

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

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

Tijdens de inspectie werd verslaggeving van deze evaluaties opgevraagd.

#### *Vaststellingen*

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

- Medewerkers in 2017 d.m.v. de wekelijkse werkbegeleiding in beide leefgroepen. Daarnaast worden er jaarlijks ook teamdenkdagen georganiseerd.
- Patiënten in 2017 d.m.v. de ik-boeken en tijdens groeps gesprekken
- Familie en naasten in 2017 d.m.v. de wekelijkse oudergroepen in LG 3

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

- Familie en naasten in LG 2

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.

#### 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 geen cijfers over agressie-incidenten beschikbaar op afdelingsniveau, de cijfers zijn enkel beschikbaar voor de volledige MPK-unit.

Afzonderingen worden geregistreerd. Separaties worden geregistreerd. Er zijn geen cijfers over afzonderingen en separaties beschikbaar op afdelingsniveau, de cijfers zijn enkel beschikbaar voor de volledige MPK-unit.

Separaties (afzonderingen in de time-out ruimte) worden geregistreerd als afzonderingen, waardoor geen onderscheid kan gemaakt worden tussen het aantal afzonderingen en separaties.

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

Er gebeuren geen mechanische fixaties.

#### 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	Neen	Neen	Neen
Cijfers over afzondering / separatie	Neen	Neen	Neen
Cijfers over mechanische fixatie	NVT	NVT	NVT

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

## 5 AFDELING MPK THERAPEUTISCH VERBLIJF

### 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*

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

Het gebruikte signaleringsplan bevat op leefgroep 5 de 4 gezochte aspecten.

Het gebruikte signaleringsplan bevat op leefgroep 4 niet de 4 gezochte aspecten. Er is op leefgroep 4 niet één uniform instrument in gebruik maar verschillende versies met verschillende onderdelen:

- het ik-boek, daarin ontbreekt de fasering
- het 'boosplan' dat gebruikt wordt in de PMT (psychomotorische therapie), hierin staan geen acties beschreven die de patiënt zelf en die de hulpverleners kunnen doen.

Volgende aspecten ontbreken in het signaleringsplan van leefgroep 4:

- 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	3

### 5.1.1.2 De-escalatie

#### *Werkwijze*

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

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

Er werd gevraagd of men kon aantonen dat er in het behandelaanbod voor patiënten 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	2	1

Daarnaast is volgende infrastructuur voorhanden om de-escalatie mogelijk te maken: Er is een gemeenschappelijke tuin met terras voor alle leefgroepen.

Er is een ontspanningsruimte die ook als vergaderzaal wordt gebruikt. Als deze ruimte vrij is, kunnen patiënten hier onder toezicht naartoe komen. Er is een piano en een pingpongtafel.

Er zijn 3 time-outruimtes die meestal met open deur worden gebruikt. Wanneer de afzonderingskamer bezet is en er nog een andere afzondering nodig is, wordt een time-outkamer met afgesloten deur gebruikt.

's Nachts zijn er op weekdagen 2 personeelsleden aanwezig voor alle afdelingen samen. Tijdens het weekend is er 1 personeelslid op LUK, alle patiënten die niet op weekend zijn, worden gegroepeerd op LUK.

In geval van nood kan volgende extra hulp opgeroepen worden op de afdeling: een 5-6 tal medewerkers van andere afdelingen.

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

Er kon aangetoond worden dat er in het behandelaanbod sessies zelfcontrole / regulatievaardigheden / agressiebeheersing voorzien zijn voor patiënten: gebruik en bespreking van signalisatieplan en boosplan, relaxatie tijdens PMT.

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

## 5.1.2 Het verbeteren van patiëntenervaringen

### 5.1.2.1 Leefregels

#### *Werkwijze*

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

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

#### *Vaststellingen*

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

Volgende (vrijheidsbeperkende) leefregels zijn van toepassing:

- Verplichte kamermomenten (met open deur)

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

- Verplichte kamermomenten

Volgende controles gebeuren op de afdeling:

- lichaamscontrole
- kamercontrole
- bagagecontrole
- drugscreening

Voor alle controles die gebeuren zijn procedures opgemaakt.

Aantal bevraagde patiënten	10
Aantal patiënten die aangeven dat de leefregels duidelijk zijn	10

In leefgroep 4 geven patiënten aan dat er veel leefregels zijn, te veel om allemaal te onthouden. Verder vertellen deze patiënten dat sommige begeleiders de regels strenger toepassen dan anderen en dat de regels strikter worden naarmate een opname vordert.

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als je de therapie niet wil volgen. Volgende antwoorden werden gegeven: 'therapie is verplicht', 'je moet dan naar je kamer of naar de time-out', 'wanneer je ziek bent, moet je in bed blijven liggen'.

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als men zijn medicatie niet wil innemen. Volgende antwoorden werden gegeven: 'medicatie nemen is verplicht', 'medewerkers zullen om de 5 minuten terugkomen om je te vragen om de medicatie te nemen', 'je moet soms naar de time-out als je medicatie niet wil nemen', 'het wordt in je dossier genoteerd dat je het niet wou nemen'.

### 5.1.2.2 Contact met de buitenwereld

#### *Werkwijze*

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

#### *Vaststellingen*

Contact met de buitenwereld is mogelijk op volgende manieren:

- Bezoekmomenten zijn volgens de infobrochure bedoeld voor ouders (of andere belangrijke derden). Het bezoek vindt in eerste instantie plaats buiten de afdeling. Indien noodzakelijk kan dit ook (in overleg met het team) plaatsvinden op de afdeling.

	maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag
LG 4			17u-20u				
LG 5			17u30-20u30				

- In leefgroep 5 kunnen de jongeren dagelijks gebruik maken van hun GSM tussen 19u en 21u. Daarnaast kunnen ze ook gebuikt maken van de telefoon van de afdeling om naar de ouders te bellen.

De ouders van patiënten van leefgroep 4 kunnen op dinsdag en donderdag tussen 18u en 20u bellen naar hun kind of naar de leefgroepbegeleiding (cfr. infobrochure). De patiënten vertellen dat ze zelf niet naar huis mogen bellen, de ouders moeten opbellen. Dit kan op dinsdag en donderdag gedurende een 5 à 10 minuten. Als je ouders die dag niet gebeld hebben, dan kan je vragen om zelf te mogen bellen, soms mag dit dan. Op je eerste opnamedag mag je uitzonderlijk maandagavond wel zelf naar huis bellen. In de reactienota stelt het team dat kinderen altijd mogen bellen als ouders niet gebeld hebben. De bevraagde kinderen brachten dit nochtans als een knelpunt naar voor.

- Er is WIFI-toegang voor patiënten van LG 5.
- Uitgangsmogelijkheden (onder begeleiding van familie/naasten of alleen): in principe gaan alle patiënten op weekend naar huis. Als je uitzonderlijk niet op weekend kan gaan, dan verblijf je tijdens het weekend op LUK of Beaufort.

Er is dagelijks contact met de buitenwereld mogelijk.

Aantal bevraagde patiënten	10
Aantal patiënten die aangeven dat er dagelijks contactmogelijkheden met vrienden/familie zijn	5

### 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 van LG 5 worden beleidsmatig betrokken:

- patiëntenparticipatie op afdelingsniveau: er zijn wekelijkse pubergroepen waarvan verslaggeving gemaakt wordt, hier komen verschillende thema's aan bod, bv. de herinrichting van een rustruimte.
- Andere: daarnaast wordt er gewerkt met een formulier 'brief aan het team' waarin patiënten agendapunten kunnen aangeven voor bespreking op de teamvergadering.

Patiënten van LG 4 worden niet op een structurele manier beleidsmatig betrokken.

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

### 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

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

### 5.1.5 Opvang na incidenten

#### Werkwijze

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

Er werd een voorbeeld opgevraagd van een incidentanalyse met verslaggeving van een ernstig agressie-incident, hierbij werd nagegaan of er aandacht is voor verbeterpunten met oog op preventie in de toekomst.

Patiënten werden gevraagd of ze geïnformeerd waren over de maatregelen die bij ernstige agressie-incidenten worden genomen.

### **Vaststellingen**

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

- Binnen het team
- Met patiënt zelf
- Met medepatiënten

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

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

Aantal bevroegde patiënten	10
Aantal patiënten die aangeven dat ze informatie kregen over de maatregelen bij ernstige agressie-incidenten	8

## **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 194 afzonderingen of separaties bij 60 patiënten van alle afdelingen van MPK, er zijn geen specifieke cijfers beschikbaar voor de afdeling MPK therapeutisch. Er gebeuren separaties in de time-out kamers.

Er is 1 afzonderingskamer voor MPK. Daarnaast zijn er 3 time-outruimtes die meestal gebruikt worden met open deur. Wanneer de afzonderingskamer bezet is, en er nog een afzondering nodig is, dan wordt hiervoor een time-outruimte met gesloten deur gebruikt (=separatie).

Er gebeuren geen separaties op patiëntenkamers.

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

De teksten bevatten alle gecontroleerde elementen. Er is evenwel een tegenspraak tussen de procedure en de visietekst in het gebruik van de time-out ruimtes, al of niet met open of gesloten deur.

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 en/of separatie gebeurt soms preventief bv. patiënt blijft dreigend naar hulpverleners, patiënt blijft de voorgeschreven medicatie weigeren, het voorkomen van een ernstige ontwrichting van de therapeutische omgeving
  - Voorkomen van ernstige materiële schade
  - als therapeutisch hulpmiddel: genereren van een prikkelarme omgeving, verminderen van prikkels en regulatie van bewegingsdrang, beveiliging bij gebrek aan impulscontrole

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

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

In de opnameovereenkomst, die door ouders en kinderen wordt ondertekend, staat de afzonderingskamer vermeld. Het afsluiten van de deur van de afzonderingskamer is niet vermeld.

## 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 is een gemeenschappelijk register voor afzonderingen en separaties waarbij het onderscheid tussen beide uit de registratie niet duidelijk is. De gecontroleerde registraties gaan zowel over afzonderingen als separaties.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering of separatie	15
Aantal registratieformulieren met alle gegevens	14
Aantal registratieformulieren met ontbrekende gegevens	1
Aantal zonder identificatie patiënt	0
Aantal zonder datum	0
Aantal zonder beginuur	0
Aantal zonder einduur	1
Aantal zonder reden van afzondering	0
Aantal zonder naam of handtekening verantwoordelijke arts	0
Aantal zonder naam of handtekening verantwoordelijke verpleegkundige	0

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

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering of separatie	15
Aantal zonder reden van afzondering	0
Aantal met als reden gevaar voor de patiënt of gevaar voor anderen (fysieke agressie, ernstig suïcidaal)	12
Aantal met een andere reden dan gevaar voor de patiënt of gevaar voor anderen	3
Aantal met als reden: op eigen vraag	0
Aantal met als reden: overlast	1
Aantal met als reden: sanctie	1
Aantal met als reden: procedure	0
Aantal met andere reden: controleverlies, preventief	1

Er werd gekeken naar de duur.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering of separatie	15
Aantal korter dan 1u	7
Aantal 1 - 6u	6
Aantal 6- 12u	1
Aantal 12-24u	0
Aantal langer dan 24u	0
Aantal zonder einduur	1

Er werd gekeken naar eventuele extra maatregelen.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering of separatie	15
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 of gesepareerd waren.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten langer dan een half uur in afzondering of separatie	13
Aantal afzonderingen of separaties waarbij minstens om de 30 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	11
Aantal gecontroleerde registraties van patiënten langer dan een uur in afzondering of separatie	7
Aantal afzonderingen of separaties waarbij minstens om de 60 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	7
Aantal periodes langer dan 60 min zonder toezicht in dossier/register	0
Opsomming van de duur van de periodes zonder toezicht:	NVT
Aantal afzonderingen of separaties met notities over persoonlijk contact van de arts met patiënt in afzondering	2
Aantal afzonderingen of separaties waarbij minstens om de 60 minuten notities over binnen gaan in de afzonderingskamer of de separatieruimte in dossier/register staan	5
Aantal gecontroleerde registraties van patiënten langer dan 120 minuten in afzondering of separatie	1
Aantal afzonderingen of separaties waarbij minstens om de 120 minuten notities over binnen gaan in de afzonderingskamer of de separatieruimte in dossier/register staan	0
Aantal periodes langer dan 120 min zonder notities in dossier/register over binnen gaan	1
Opsomming van de duur van de periodes zonder binnen gaan: 10u30	
Aantal afzonderingen of separaties langer dan 24u	0
Aantal afzonderingen of separaties langer dan 24u met notities over dagelijks persoonlijk contact met de arts	NVT

### 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 infrastructuur van de afzonderingskamer en de time-out ruimtes wordt beschreven onder punt 4.2.3.

## 5.3 FIXATIE

### 5.3.1 **Beleid en Procedures**

#### *Werkwijze*

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

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

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

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

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

#### *Vaststellingen*

Men geeft aan:

- geen mechanische fixatie toe te passen
- medicamenteuze fixatie toe te passen.

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

In 2015 waren er geen mechanische fixaties.

Er is een uitgeschreven procedure / visietekst fixatie waarin medicamenteuze fixatie en fysieke interventie wordt beschreven.

De procedure bevat alle gecontroleerde elementen.

### 5.3.2 **Toepassing in de praktijk**

#### *Werkwijze*

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

Indien mechanische fixatie werd toegepast, werden een aantal dossiers van patiënten die het voorbije jaar

mechanisch gefixeerd werden, gecontroleerd. Er werd gekeken naar de leeftijd van de patiënt (jonger of ouder dan 12 jaar), de duur van mechanische fixatie en het type fixatiemiddel.

### ***Vaststellingen***

De afdeling beschikt niet over fixatiemateriaal.  
Men beschikt over een wikkeldeken/swaddle.

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

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

- Medewerkers in 2016: het voorbije jaar waren er verschillende brainstorms in de teams van leefgroep 4 en 5 over de behandelvisie, het beleid, de communicatie, de leefregels, het betrekken van ouders, ...
- Patiënten van LG 5 in 2017: in de wekelijkse pubergroepen en de 'brief aan het team' kan dit aan bod komen.

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

- Patiënten van LG 4
- 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.

#### **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 geen cijfers over agressie-incidenten beschikbaar op afdelingsniveau, enkel op MPK-niveau.

Afzonderingen worden geregistreerd. Separaties worden geregistreerd. Er zijn geen cijfers over afzonderingen en separaties beschikbaar op afdelingsniveau, enkel op MPK-niveau. Verder is enkel de som van afzonderingen en separaties beschikbaar, er is geen zicht op het aantal afzonderingen en separaties apart.

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

Er gebeuren geen mechanische fixaties.

## **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	Neen	Neen	Neen
Cijfers over afzondering / separatie	Neen	Neen	Neen
Cijfers over mechanische fixatie	NVT	NVT	NVT

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

## 6 AFDELING MPK DAGBEHANDELING

Leefgroep Kleine K werd kort bezocht. Niet alle onderwerpen werden uitvoerig besproken op deze leefgroep.

### 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*

MPK dagbehandeling geeft in de bevraging aan gebruik te maken van signaleringsplannen. Het gebruikte signaleringsplan van de leefgroep voor de jongeren bevat de 4 gezochte aspecten.

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

Kleine K gebruikt geen signaleringsplannen.

### 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 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 niet over patiëntenkamers, aangezien het gaat om een dagbehandelingscentrum. MPK dag heeft 1 leefruimte waar de jongeren overdag verblijven.

Daarnaast is volgende infrastructuur voorhanden om de-escalatie mogelijk te maken: de afdeling beschikt over een rustige glazen en afsluitbare ruimte in de leefruimte en een afgesloten tuin met speelmogelijkheden.

Kleine K heeft 1 leefruimte waar ouders en kinderen en begeleiders verblijven. Daarnaast is er een gesprekslokaal en een ruimte met zachte zetel en kussen en één bedje.

's Nachts zijn er geen personeelsleden aanwezig op de afdeling, het is een afdeling waar enkel dagtherapie wordt gegeven.

Er kon aangetoond worden dat er in het behandelaanbod sessies zelfcontrole / regulatievaardigheden / agressiebeheersing voorzien zijn voor patiënten. Zelfcontrole en emotionele regulatievaardigheden komen zowel in sessies individueel met de jongere, in subgroepen van een aantal jongere en in sessies met de grote groep van jongeren aan bod, bv. tijdens schrijfopdrachten of tijdens PMT.

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 voor patiënten.

Er zijn geen vrijheidsbeperkende leefregels, noch in de leefgroep voor jongeren, noch op Kleine K.

Er gebeuren geen controles (lichaamscontrole, bagagecontrole, postcontrole of drugscreening) op de afdeling.

Aantal bevroegde 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: “er wordt heel veel gemotiveerd door de begeleiding om de therapie toch te volgen”, “Je mag ook naar de therapie gaan en passief toekijken”.

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als men zijn medicatie niet wil innemen. Volgende antwoorden werden gegeven: Niet van toepassing. De bevroegde jongeren nemen hun medicatie thuis.

### 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*

Alle patiënten gaan 's avonds naar huis.

Er is dagelijks contact met de buitenwereld mogelijk.

## 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 beleidsmatig betrokken:

- patiëntenparticipatie op afdelingsniveau: via inspraak in de afdelingsregels, inspraak in zorgplanner
- betrokkenheid ervaringsdeskundigen: jongeren worden, aan het einde van hun behandeling, bevraagd of zij opgebeld mogen worden met de vraag om langs te komen, indien er een jongere wordt opgenomen met gelijkaardige problemen.

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

### 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

<b>Het inscholingsprogramma bevat</b>	
Agressiepreventie/de-escalatie	Ja
Signaleringsplannen	Neen
Afzonderingstechnieken inoefenen	NVT

### 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
- Met patiënt zelf
- Met medepatiënten

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

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

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

## 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*

Er werd de voorbije drie jaar geen enkele patiënt van de afdeling MPK Dagbehandeling afgezonderd of gesepareerd. Er gebeuren geen separaties. Er gebeuren ook geen separaties op patiëntenkamers (er zijn geen patiëntenkamers).

Er is geen afzonderingskamer op de afdeling MPK Dagbehandeling. Er wordt indien nodig gebruik gemaakt van de afzonderingskamer van de afdeling MPK. Sinds de opstart van de afdeling MPK Dagbehandeling, 6 jaar geleden werd er één keer gebruik gemaakt van de afzonderingskamer in 2013.

Om deze reden werd de procedure als niet van toepassing beschouwd.

## 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 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 werden geen dossierchecks gedaan omdat er de voorbije jaren geen patiënten werden afgezonderd of gesepareerd.

## 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*

Aangezien er geen afzonderingen gebeuren op deze afdeling is dit niet van toepassing.

## 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:

- Geen mechanische fixatie toe te passen.
- Medicamenteuze fixatie toe te passen.

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

In 2015 waren er geen mechanische fixaties.

Er is een uitgeschreven procedure / visietekst fixatie waarin medicamenteuze fixatie en fysieke interventie wordt beschreven.

De procedure bevat alle gecontroleerde elementen.

### 6.3.2 **Toepassing in de praktijk**

#### *Werkwijze*

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

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

### *Vaststellingen*

De afdeling beschikt niet over fixatiemateriaal.  
Men beschikt niet over een wikkeldeken/swaddle.

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

## **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 in de leefgroep voor de jongeren de leefregels (de voorbije 5 jaar) geëvalueerd werden door:

- Patiënten
- Medewerkers
- Familie en naasten

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

- Familie en naasten: d.m.v. de persoonlijke evaluatie op het einde van het verblijf.

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

- Patiënten: gezien de leeftijd van de patiënten is dit hier niet van toepassing.
- Medewerkers

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

Er gebeurde de voorbije 5 jaar geen patiëntentevredenheidsmeting op deze afdeling (geen van beide leefgroepen).

Er gebeurde de laatste 5 jaar geen tevredenheidsmeting bij familie/naasten voor de leefgroep jongeren.

Er gebeurde de laatste 5 jaar een tevredenheidsmeting bij familie/naasten voor de leefgroep Kleine K: de laatste week van het verblijf wordt een persoonlijke evaluatie vragenlijst aan de ouders gegeven.

#### **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 niveau MPK-dag.

Er gebeuren geen afzonderingen en separaties.

Er gebeuren geen mechanische fixaties op deze afdeling.

#### **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	NVT	NVT	NVT
Cijfers over mechanische fixatie	NVT	NVT	NVT

Aangezien op deze afdeling geen afzondering, geen separaties en geen mechanische fixatie wordt toegepast, wordt voor deze afdeling het analyserapport als niet van toepassing beschouwd.

## 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

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

#### Afzonderings- en separatiebeleid

- De procedure over afzondering en separatie bevat alle gecontroleerde elementen.

#### Fixatiebeleid

- Mechanische fixaties worden nooit toegepast. Men maakt enkel gebruik van een wikkeldeken, dat door de patiënt zelf kan losgemaakt worden.

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 (leefgroep 4).
- Meer gestructureerd gebruik maken van signaleringsplannen op alle leefgroepen.
- In de schriftelijke informatie voor patiënten staan niet alle (vrijheidsbeperkende) leefregels beschreven.
- Meer aandacht geven aan systematische debriefing met medepatiënten.
- Het regelmatig bevragen van ervaringen van patiënten en familie/naasten.
- Het verhogen van betrokkenheid van patiënten bij het beleid van de afdeling (leefgroep 4).

#### Afzonderings- en separatiebeleid

- De procedure afzondering / separatie aanpassen aan de richtlijnen. (De redenen voor afzondering en separatie beperken tot acuut en ernstig gevaar, geen afzondering en separatie onder 12 jaar)
- Meer geschreven informatie voorzien voor patiënten en naasten over beleid van afzondering / separatie.
- De infrastructuur van afzonderingskamers / separatieruimtes aanpassen.
- De redenen voor afzondering / separatie beperken tot gevaar.
- De notities en de registratie van het toezicht aanpassen:



- Duidelijke notities maken in het dossier over de manier van toezicht. (bv. verschil tussen binnen gaan en observatie door raam of via camera)
- Om het half uur notities over het toezicht op de patiënt in afzondering en separatie.
- Om het uur de registratie van persoonlijk contact met de patiënt in afzondering en tijdens separatie voorzien.

Fixatiebeleid: geen

#### Verbeterbeleid

- Afzonderingen en separaties op een andere manier registreren zodat er apart cijfermateriaal is.
- 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 alle betrokkenen: medewerkers, patiënten en familie/naasten.