

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 PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS

INSPECTIEPUNT

Naam	PZ Onze-Lieve-Vrouw
Adres	Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge
Telefoon	050 301800
E-mail	info@pzonzelievevrouw.be
Website	http://www.pzonzelievevrouw.be
Erkenningsnummer	E 963

INRICHTENDE MACHT

Naam	GEZONDHEIDSZORG 'BERMHERTIGHEID JESU'
Juridische vorm	vzw
Adres	Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge
Telefoon	050 301800

UITBATINGSPLAATS

Naam	PZ Onze-Lieve-Vrouw
Adres	Koning Albert I-laan 8, 8200 Brugge

OPDRACHT

Nummer	O-2018-XMVC-0240
Datum	10/08/2018
Inspecteurs	Michaëla Daelemans Kurt Lievens Lindsay Vissenaekens

VERSLAG

Nummer	V-2018-MIDA-006
Datum	09/11/2018

INSPECTIEBEZOEK

Soort	Aangekondigd bezoek op 23/10/2018 van 9u00 tot 16u00
-------	--

INHOUDSOPGAVE

1	Inspectiemethodiek.....	3
1.1	Toezicht door Zorginspectie	3
1.2	Aanleiding van dit inspectiebezoek	3
1.3	Toepassingsgebieden en definities	4
1.4	Inspectieproces	5
1.5	Rapportering	6
1.6	Samenstelling van het inspectieteam	6
1.7	Inspectieplan.....	7
2	Situering van de voorziening	8
2.1	Directiecomité	8
2.2	Erkennings situatie en machtiging gedwongen opname.....	8
2.3	Organisatie van de zorg	9
3	Vaststellingen.....	10
3.1	Thema behandeling	10
3.2	Thema vrijheidsbeperkende maatregelen – agressiebeleid	17
3.3	Thema detectie en behandeling van suïcidaal gedrag.....	31

1 INSPECTIEMETHODIEK

1.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

Zorginspectie maakt deel uit van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse overheid en is bevoegd voor het toezicht op (onder meer) voorzieningen die door het Departement of door de andere agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin erkend, vergund of gesubsidiëerd worden. Hiertoe behoren de psychiatrische ziekenhuizen (PZ), die worden erkend door het agentschap Zorg en Gezondheid.

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

- toezicht houden op de naleving van gestelde eisen;
- concrete beleidsadvisering op basis van de inspectievaststellingen;
- een beeld schetsen van een hele sector op basis van inspectievaststellingen.

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

- het verbeteren van de kwaliteit van de zorg- en dienstverlening van de voorzieningen;
- het rechtmatig besteden van overheidsmiddelen;
- een optimale beleidsvoorbereiding en -evaluatie.

1.2 AANLEIDING TOT DIT INSPECTIEBEZOEK

Voor het toezicht op de sector van de psychiatrische ziekenhuizen wordt sinds 2008 gewerkt met een auditmethode, op basis van een referentiekader. Tussen 2008 en 2014 werd zulke organisatiebrede doorlichting in alle psychiatrische ziekenhuizen uitgevoerd. De meeste ziekenhuizen werden vervolgens een tweede maal doorgelicht, tussen 2014 en 2018. Echter, ziekenhuizen die inspanningen leveren om vrijwillig een certificering te behalen, werden vanaf 2016 niet opgenomen in de auditplanning: ook in functie van risicogestuurd toezicht wou Zorginspectie zich eerder richten naar ziekenhuizen die niet (onmiddellijk) zulke externe organisatiebrede doorlichting ambiëren.

In de eindfase van de tweede PZ-auditcyclus werd door Zorginspectie en Zorg en Gezondheid afgewogen op welke manier met deze situatie om te gaan. Als een ziekenhuis een kwaliteitsbevorderend initiatief neemt, betekent dat niet dat de overheid verder geen verantwoordelijkheid heeft: in elke situatie blijft het een overheidsopdracht om kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid te bewaken. Zorginspectie wil dan ook in de 11 ziekenhuizen met (plannen tot) certificering, waar voor 2016 geen tweede audit plaats vond, een ziekenhuisbreed zicht krijgen op de effectief geleverde zorg op de werkvloer, zonder het eventueel nog te lopen traject naar certificering te doorkruisen.

Het gaat om volgende 11 ziekenhuizen:

- PC Ariadne, Lede
- Asster, Sint-Truiden / Melveren
- PC Dr. Guislain, Gent
- PZ Heilige Familie, Kortrijk
- Karus campus Gent
- Medisch Centrum Sint-Jozef, Bilzen
- PZ Onzelievevrouw, Brugge
- OPZC Rekem
- PZ Sint-Alexius, Grimbergen

- UPC-Z.ORG KU Leuven
- ZNA PZ Stuivenberg, Antwerpen.

1.3 TOEPASSINGSGEBIEDEN EN DEFINITIES

Tijdens deze inspectie wordt de focus gelegd op de kernprocessen inzake zorg binnen het ziekenhuis, voor drie concrete thema's:

1. Behandeling,
2. Vrijheidsbeperkende maatregelen - omgaan met agressie,
3. Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag.

Rond elk thema worden op verschillende afdelingen van het ziekenhuis vaststellingen gedaan. Omdat het inspectieteam enkel rekening kan houden met objectief aantoonbare vaststellingen, vormt dossiercontrole een belangrijk onderdeel van de inspectie. Voor elk thema werd per bezochte afdeling een minimum aantal dossiers (streefwaarde 5) getoetst op dezelfde aspecten.

Voor elk onderwerp wordt ook een gesprek voorzien met de verantwoordelijke(n) m.b.t. dit thema op ziekenhuisniveau, om waar nodig informatie vanuit de voorbereidende documenten en/of afdelingsbezoeken af te toetsen en terug te koppelen.

Voor de beoordeling van de inspectievaststellingen baseren de inspecteurs zich op een aantal juridische basisteksten (bv. erkenningsnormen, kwaliteitsdecreet), het referentiekader dat consulteerbaar is op volgende weblink: <https://www.zorg-en-gezondheid.be/referentiekader-voor-psychiatrische-ziekenhuizen> en ook op evidence based richtlijnen of andere (inter)nationale richtlijnen m.b.t. het betreffende thema (bv. de "multidisciplinaire richtlijn detectie en behandeling van suïcidaal gedrag" van het Vlaamse Expertisecentrum Suïcidepreventie, het Advies van de Hoge GezondheidsRaad "Omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwanginterventies in de geestelijke gezondheidszorg"). Voor een aantal aspecten zijn er in het referentiekader weinig concrete omschrijvingen te vinden; een aantal van deze kwaliteitsverwachtingen werden bij het opstellen van de inspectievragen geconcretiseerd, waarbij Zorginspectie zich inspireerde op (inter)nationale richtlijnen en kwaliteitseisen.

In het inspectieverslag worden alle vaststellingen van de inspecteurs geclassificeerd. Daarbij wordt gebruik gemaakt van volgende classificaties:

- **Algemene vaststellingen (AV)**

Deze elementen scoren niet negatief en niet positief. Het is neutrale informatie, bv. om de context te schetsen.

- **Non-conformiteiten (NC) en tekortkomingen (TK)**

Non-conformiteiten en tekortkomingen zijn knelpunten in de kwaliteit van zorg of risico's op het vlak van patiëntveiligheid, die door het ziekenhuis moeten aangepakt worden en waarop vooruitgang moet geboekt worden.

Non-conformiteiten hebben steeds een juridische basis. Het zijn elementen die niet aan normen voldoen zoals geformuleerd in o.a. wetten, decreten, uitvoeringsbesluiten en ministeriële omzendbrieven.

Tekortkomingen zijn niet gebaseerd op een juridisch vastgelegde norm, maar bv. op (evidence based) richtlijnen, standaarden en internationaal aanvaarde kwaliteitsnormen. Redenen om een element als een tekortkoming te classificeren kunnen bv. ook zijn:

- opvallend zwakker scoren dan andere PZ zonder voldoende objectiveerbare verklaring;

- weliswaar enigszins maar in onvoldoende mate voldoen aan een norm met een juridische basis; strikt gezien is er in dergelijk geval geen sprake van een non-conformiteit, anderzijds haalt het ziekenhuis niet de nodige kwaliteit m.b.t. de betreffende norm (men voldoet bv. vormelijk aan een juridische norm, maar de inhoud voldoet niet).

- **Sterke Punten (SP)**

Dit zijn punten die worden beoordeeld als opvallend beter dan andere PZ of dan de rest van het ziekenhuis. Het minimaal voldoen aan de normen of verwachtingen wordt niet als een sterk punt aanzien.

- **Aanbevelingen (Aanb)**

Een aanbeveling is een vrijblijvend advies ter verbetering van de kwaliteit van de zorg.

Een aanbeveling wordt enkel geformuleerd als ze ook een kwaliteitsverbetering kan betekenen voor het betreffende ziekenhuis.

1.4 INSPECTIEPROCES

Ter voorbereiding van de inspectie werd door het ziekenhuis, rond de drie thema's, een zelfevaluatie gemaakt aan de hand van zelfevaluatie-instrumenten die door Zorginspectie werden ontwikkeld. Het ziekenhuis heeft een zelfevaluatie gemaakt voor de beleidsaspecten van de drie thema's en een zelfevaluatie voor alle PZ-afdelingen.

Daarnaast werden heel wat documenten opgevraagd, bv. als bijlage van de zelfevaluaties. Enkele voorbeelden hiervan zijn visieteksten, vergaderverslagen van beleids- en overlegorganen, procedures, gegevens over personeelsbeleid (o.a. bestaffing, vorming,...).

Drie inspecteurs bezochten gedurende één dag het psychiatrisch ziekenhuis, op een vooraf aangekondigde datum. Tijdens de inspectie werden op de afdelingen door de inspecteur antwoorden gezocht op een aantal vragen die op voorhand vastgelegd werden rond de drie thema's. Eenzelfde invuldocument werd gebruikt op alle afdelingen van alle bezochte ziekenhuizen. Bij het invullen werd steeds het principe gehanteerd dat een antwoord objectief moest kunnen aangetoond worden om het label "aanwezig" te krijgen.

Voor elk van de thema's werd de zorgpraktijk getoetst aan het neergeschreven beleid in het ziekenhuis (te vinden in beleidsdocumenten, procedures,...). Bovendien werden beleid en praktijk ook afgezet t.o.v. de referentieteksten en richtlijnen die hierboven (zie 1.3) werden opgelijst. Ook het verbeterbeleid m.b.t. de drie thema's werd nagegaan: welke gegevens heeft het ziekenhuis om zicht te krijgen op alle aspecten van het thema - op welke manier worden deze gegevens gebruikt om processen en resultaten te analyseren en evalueren - worden verbeteracties opgezet en opgevolgd om knelpunten aan te pakken?

Vanuit een risicoanalyse na het doornemen van de zelfevaluatiedocumenten en andere voorbereidende informatie selecteerde het inspectieteam een aantal afdelingen.

Volgende afdelingen werden tijdens de inspectie bezocht:

- Afdeling 11
- Afdeling 21
- Afdeling 22
- Afdeling 32
- Afdeling 41
- Afdeling 42
- Afdeling 51
- Afdeling 52

Tijdens deze inspectie wordt gefocust op de kernprocessen inzake zorg binnen het ziekenhuis, voor drie concrete thema's, via afdelingsbezoeken. Hoewel niet alle afdelingen van het ziekenhuis werden bezocht m.b.t. die thema's, menen we dat bepaalde inspectievaststellingen relevant kunnen zijn voor het geheel van het ziekenhuis.

1.5 RAPPORTERING

De inspectieverslagen worden op een gestandaardiseerde manier opgemaakt.

De vaststellingen in het inspectieverslag zijn gebaseerd op informatie uit de geraadpleegde documenten (zelf-evaluaties en bijlagen) en op de bevindingen van de inspectie ter plaatse (informatie verkregen tijdens de gesprekken met ziekenhuismedewerkers, observaties tijdens de rondgang op de afdelingen en op steekproeven van bv. patiëntendossiers en registratiegegevens).

In het inspectieverslag worden de bezochte afdelingen niet apart besproken. De vaststellingen op de verschillende afdelingen worden samengevoegd en waar mogelijk gekoppeld aan de ziekenhuisbrede bevindingen.

Elk thema wordt gevat door een hoofdstuk in het verslag. Per thema worden achtereenvolgens volgende aspecten belicht: beleid, medewerkers, middelen, processen, resultaten. Voor elk thema is er ook een samenvatting, met aanduiding van eventuele verbeterpunten en aanbevelingen.

Het ontwerpverslag wordt per e-mail bezorgd aan het ziekenhuis. Vervolgens is een periode van 14 kalenderdagen voorzien om opmerkingen en bedenkingen bij de bevindingen in het inspectierapport te formuleren d.m.v. een gemotiveerde reactienota.

Facultatief bieden we de mogelijkheid tot een slotbespreking waar de opmerkingen, die doorgegeven werden in de reactienota, kunnen toegelicht worden. Deze vindt plaats op 10/12/2018 om 10u in lokaal 0.23 van het Ellipsgebouw te Brussel.

1.6 SAMENSTELLING VAN HET INSPECTIETEAM

Michaëla Daelemans	Hoofdinspecteur
Kurt Lievens	Inspecteur
Lindsay Vissenaekens	Inspecteur

1.7 INSPECTIEPLAN

	Michaëla Daelemans	Lindsay Vissenaekens	Kurt Lievens
9u – 9u30	Inleidend gesprek (inspectieteam – ziekenhuis)		
9u30 – 12u	Afdelingsbezoek m.b.t. thema behandeling		Afdelingsbezoeken m.b.t. thema suïcidepreventie & agressiebeleid
	11u-12u	Gesprek met verantwoordelijken m.b.t. thema behandeling	
12u – 13u	Middagmaal + overleg inspecteurs		
13u – 15u	Afdelingsbezoek(en) m.b.t. thema behandeling	Afdelingsbezoeken m.b.t. thema VBM	13u-14u Gesprek met verantwoordelijken m.b.t. thema suïcidepreventie & agressiebeleid
		14u-15u Gesprek met verantwoordelijken m.b.t. thema VBM	Afdelingsbezoeken m.b.t. thema suïcidepreventie & agressiebeleid
15u – 15u30	Overleg tussen inspecteurs		
15u30 – 16u	Terugkoppeling van de vaststellingen over de 3 thema's met directie en verantwoordelijken		

2 SITUERING VAN DE VOORZIENING

2.1 DIRECTIECOMITÉ

Algemeen directeur	Marc Vermeire
Hoofdarts	Hilde Vanderheyden
Directeur patiëntenzorg	Inge Vanthuylne

2.2 ERKENNINGSSITUATIE EN MACHTIGING GEDWONGEN OPNAME

Momenteel heeft het ziekenhuis vanuit de Vlaamse overheid een erkenning voor:

A	a(d)	a(n)	T	t(d)	t(n)	Sp psych	Tg	totaal
135	24	6	107	50	10	20	60	412

En voor de functie ziekenhuisapotheek.

Het ziekenhuis heeft een associatie m.b.t. gezamenlijke exploitatie van de functie ziekenhuisapotheek met PTC Rustenburg.

Het ziekenhuis maakt deel uit van het netwerk GG Noord-West-Vlaanderen en is partner in de uitbouw van het Mobiel Behandelteam en Mobiel Crisisteam in de regio Noord-West-Vlaanderen.

In kader van dit project Artikel 107 zijn 30 T-bedden (inbegrepen in bovenstaande cijfers) gedeactiveerd.

Het ziekenhuis heeft een machtiging voor gedwongen opname en beschikt over een geneesheer-hoofd van dienst, bevoegd om beschermingsmaatregelen te nemen.

Het ziekenhuis heeft in 2017 een contract afgesloten met de accreditatie-organisatie NIAZ en mikt op een accreditatie in 2020.

2.3 ORGANISATIE VAN DE ZORG

- Kliniek 1: Behandelaanbod voor mensen met een verslaving
 - Dagbehandeling voor mensen met een verslaving (afdeling 10)
 - Residentiële behandeling voor mensen met een verslaving (afdeling 11)

- Kliniek 2: Behandelaanbod voor mensen met een psychotische kwetsbaarheid
 - Dagbehandeling voor mensen met een psychotische kwetsbaarheid (afdeling 20)
 - Residentiële behandeling voor mensen met een acute psychose (afdeling 21)
 - Residentiële behandeling voor mensen met een langer durende psychose (afdeling 22)

- Kliniek 3: Behandelaanbod ouderenpsychiatrie
 - Dagbehandeling ouderen (afdeling 30)
 - Residentiële behandeling voor ouderen met een psychotische kwetsbaarheid (afdeling 31)
 - Residentiële behandeling voor ouderen (afdeling 32)

- Kliniek 4: Behandelaanbod voor mensen met een depressie en/of persoonlijkheidsstoornis
 - Dagbehandeling voor mensen met een depressie en/of persoonlijkheidsstoornis (afdeling 40)
 - Residentiële behandeling voor mensen met een depressie en/of persoonlijkheidsstoornis (afdeling 41)
 - Residentiële behandeling voor mensen met een persoonlijkheidsstoornis (afdeling 42)

- Kliniek 5: Psychiatrisch intensief behandelaanbod
 - Kortdurende intensieve psychiatrische behandeling (afdeling 51)
 - Langdurige intensieve psychiatrische behandeling (afdeling 52)

- De afdeling 63 Herstelgericht behandelaanbod zal begin 2019 gesloten worden in het kader van verdere beddenafbouw voor art 107.

- Afdelingen worden aangestuurd door het afdelingsbestuur dat bestaat uit de afdelingspsychiater, de afdelingspsycholoog en de afdelingscoördinator. Op sommige afdelingen komt het afdelingsbestuur wekelijks samen, op andere afdelingen komt het maandelijks samen. **(AV)**

3 VASTSTELLINGEN

3.1 THEMA BEHANDELING

3.1.1 Situering

Binnen het thema behandeling werden een aantal aspecten gecontroleerd die gebaseerd zijn op kwaliteitseisen uit het referentiekader voor psychiatrische ziekenhuizen, waaronder het opname- en ontslagbeleid, het ECT-beleid, de medische permanentie, de inhoud van het behandelplan, de betrokkenheid van patiënten en de patiëntenrechten.

Voor andere aspecten zijn er in het referentiekader weinig concrete omschrijvingen te vinden; een aantal van deze kwaliteitsverwachtingen werden bij het opstellen van de inspectievragen geconcretiseerd, waarbij Zorginspectie zich inspireerde op (inter)nationale richtlijnen en kwaliteitseisen. Voorbeelden hiervan zijn de toegankelijkheid van het patiëntendossier voor het multidisciplinair team, de betrokkenheid van de context en de communicatie met de huisarts.

Niet enkel het uitgeschreven beleid werd nagegaan, maar ook de concrete praktijk en de wijze waarop de voorziening deze praktijk evalueert en verbetert.

3.1.2 Beleid

- Het ziekenhuis beschikt over een uitgeschreven opnameprocedure. **(AV)** Het beleid met betrekking tot wachtlijsten is onvoldoende geëxpliciteerd; inhoudelijke criteria hiervoor zijn niet uitgeschreven in de opnameprocedure. **(TK)** Opnamebeslissingen gebeuren door de artsen in overleg en tijdens het dagelijks opname-overleg.
- Alle afdelingen van het ziekenhuis beschikken over een uitgeschreven opnamebeleid met in- en exclusiecriteria. **(AV)**
- Op ziekenhuisniveau zijn er duidelijke afspraken over het opstellen van een behandelplan (de inhoud en de timing) en over de evaluatie van het behandelplan (timing, aanwezig, notities daarover in het dossier). **(AV)** Er zijn geen formele afspraken over de minimumfrequentie van geplande contacten met de verschillende disciplines van het behandelteam, over de verwachte dossiernotities van gesprekken met patiënten en hoe de patiënt betrokken dient te worden bij de opmaak van het behandelplan. **(TK)**
- Het ziekenhuis heeft geen ziekenhuisbreed uitgeschreven beleid rond (psycho)diagnostiek; het beleid is op afdelingsniveau uitgewerkt. **(AV)**
- De toetsing van de hulpverleningsmethodieken aan de hand van recente wetenschappelijke inzichten of richtlijnen wordt erg wisselend toegepast op de verschillende afdelingen. Een aantal afdelingen sommen de verschillende richtlijnen op die ze toepassen (bv. zorgtraject persoonlijkheidsstoornissen, ...), terwijl andere afdelingen de richtlijnen hebben opgesteld waaraan ze hun methodieken in de toekomst willen toetsen. **(TK)**
- Het ziekenhuis heeft nog geen uitgeschreven beleid rond klinische uitkomstenmetingen **(TK)**; er is een visietekst opgemaakt en elke afdeling kreeg de opdracht tegen eind 2018 enkele specifieke meetinstru-

menten te selecteren. Op Kliniek 4 is sinds 2018 samen met de partners binnen het zorgtraject voor persoonlijkheidsstoornissen een pilootproject lopende over outcome-onderzoek voor mensen met een persoonlijkheidsproblematiek of depressie. **(AV)**

Hoewel er in de visietekst nog geen keuze werd gemaakt voor specifieke meetinstrumenten, wordt in het ziekenhuis reeds jaren bij elke patiënt tijdens de intakeprocedure door de arts een schaal voor uitkomstenmeting (HoNOS of Health of the Nation Outcome Scales) afgenomen. **(SP)** Deze meting gebeurt evenwel slechts eenmalig en de resultaten van deze metingen worden niet verder opgevolgd en/of gebruikt ter evaluatie van het behandeltraject. **(Aanb)**

- Het ziekenhuis heeft geen eigen aanbod m.b.t. ECT-behandelingen, maar heeft een samenwerkingsovereenkomst met AZ Sint-Jan Brugge. **(AV)**
- Het ziekenhuis heeft een ziekenhuisbrede KOPP-werking (kinderen van ouders met psychische problemen). Het aanbod voor KOPP-kinderen wordt georganiseerd binnen een samenwerkingsverband. **(AV)**
 - In samenwerking met CGG Noord-West-Vlaanderen, AZ Sint-Jan en AZ Sint-Lucas, organiseert het ziekenhuis jaarlijks een psycho-educatief groepsaanbod voor KOPP-kinderen uit de regio. Het aanbod omvat een doe-praatgroep voor kinderen van 8 tot 12 jaar en een doe-praatgroep voor jongeren van 13 tot 16 jaar.
 - Onder de naam KOP-OP worden in Kliniek 4 sessies aangeboden aan ouders. Het doel hiervan is de ondersteuning van ouders met psychiatrische kwetsbaarheid, te helpen in het zelf geven van info aan hun kinderen, en aan te leren hoe ze de veerkracht van hun kinderen kunnen versterken.
- Patiënten worden via de algemene onthaalbrochure geïnformeerd over patiëntenrechten. De ombudspersonen geven daarnaast ook toelichting over patiëntenrechten op de afdelingen. N.a.v. de viering van 15 jaar patiëntenrechten heeft het ziekenhuis voor patiënten draagzakken aangekocht waarop de patiëntenrechten geprint staan. **(AV)**
- Het ziekenhuis beschikt over volgende procedures: klachten, inzage in dossier, second opinion, weigeren behandeling. Men beschikt over volgende informed consent formulieren: ECT, CoZo (Collaboratief Zorgplatform), opvragen van verslaggeving. **(AV)**

Het ziekenhuis heeft geen procedures over vrije keuze beroepsbeoefenaar en ontslag tegen medisch advies. **(TK)** Het ziekenhuis geeft aan dat ze in principe geen ontslag tegen medisch advies toepassen. Men probeert steeds in overleg te gaan met de patiënt, desnoods te motiveren tot andere modaliteiten van behandeling zodat tot een gezamenlijke afspraak kan gekomen worden. Indien de arts het ontslag onverantwoord vindt omwille van acuut en ernstig gevaar wordt een gedwongen opname aangevraagd. Het ziekenhuis dient het beleid voor patiënten die op eigen initiatief op ontslag willen gaan, waarbij de arts dit niet aangewezen vindt zonder dat er sprake is van acuut en ernstig gevaar, uit te schrijven in een procedure.
- Het ziekenhuis heeft een ontslagprocedure uitgeschreven. **(AV)**
- Er zijn geen schriftelijke afspraken over het versturen van een ontslagbrief. **(TK)** Er zijn mondelinge afspraken dat de ontslagbrief "zo snel mogelijk" moet verstuurd te worden.

3.1.3 Medewerkers

- Het ziekenhuis heeft een document waarin de regeling i.v.m. een permanent oproepbare arts staat beschreven. **(AV)**
- De meerderheid van de psychiaters (7/8) en psychologen (14/18) volg(d)en een langdurige psychotherapeutische opleiding. **(AV)**
- Het ziekenhuis voorziet voor zijn zorgverleners interne intervisie door de afdelingspsychologen. Op sommige afdelingen is dit voorzien voor alle teamleden, op andere afdelingen enkel voor de verpleegkundigen, of worden twee verschillende groepen georganiseerd. Binnen de vakgroepen wordt ook intervisie voorzien. Voor de afdelingscoördinatoren en psychologen is er externe intervisie voorzien. **(SP)**
- De hoofdarts heeft zicht op de gevolgde vormingen van de psychiaters in het kader van accreditering. **(AV)**

3.1.4 Middelen

- Het ziekenhuis maakt gebruik van een elektronisch patiëntendossier. **(AV)**
- Het patiëntendossier is niet volledig toegankelijk voor alle betrokken hulpverleners, maar alle noodzakelijke informatie is toegankelijk voor het team. De toegang tot bepaalde onderdelen van het dossier is beperkt tot een specifieke discipline: de brief aan de huisarts bij opname is enkel toegankelijk voor de psychiater, de financiële gegevens zijn enkel toegankelijk voor de maatschappelijk werker, uitslagen van psychologische testen zijn enkel toegankelijk voor de psycholoog. **(AV)**
- Er is een algemene informatiebrochure van het ziekenhuis waarin volgende aspecten worden toegelicht: de algemene aspecten van dienstverlening, algemene aspecten omtrent inhoud van de aangeboden zorg (opname, werking van teams op afdelingen, voldoende aandacht voor patiëntenrechten, klachtenprocedure en ombudsfunctie). **(AV)**
- Elke dienst beschikt over een eigen opnamebrochure / infofolder die volgende informatie bevat: de algemene informatie (voorstelling van de afdeling), de toepasselijke huisregels van de afdeling en inhoudelijke informatie omtrent de werking van de afdeling. **(AV)**

3.1.5 Processen

- In het ziekenhuis zijn er verschillende initiatieven om patiënten bij het beleid te betrekken: **(SP)**
 - Er waren meerdere patiëntenbevragingen met Delta tussen 2006 en 2013; de recentste bevraging gebeurde in 2016 met de Vlaamse patiëntenpeiling van het VIP²-project,
 - Sinds kort wordt voor de bevraging van patiënten ook een systematiek van exitinterviews gebruikt,
 - Patiënten maken deel uit van het forum binnen het verandertraject van het ziekenhuis "OLV. anders bekeken",
 - Er is een maandelijks patiëntenforum over het centraal activiteitenprogramma,
 - In het organisatieoverschrijdend verandertraject voor langdurige zorg zijn patiënten betrokken,
 - Patiënten worden betrokken bij de opmaak van nieuwe visieteksten, zoals dit gebeurde voor de visietekst over kwaliteit van zorg,
 - Ervaringsdeskundigen worden ingezet in de werkgroep ethiek,

- In de herstelacademie geven ex-patiënten, in coproductie met een hulpverlener, cursussen,
- Er worden in het ziekenhuis 12 ervaringsdeskundigen ingezet op vrijwillige basis. Zij nemen volgende taken op:
 - Cliëntenbureau bestaffen: ex-patiënten houden twee dagen per week "zitdag" waar patiënten met vragen terecht kunnen,
 - Deelname aan ontwikkeltraject ervaringsdeskundigen,
 - Herstelgroep,
 - Deelname aan motivatiegroep/balansgroep binnen de kliniek voor mensen met een verslaving,
 - Livingmomenten op de dagafdeling voor mensen met een verslaving,
 - Deelname nazorg en ontmoetingsavonden,
 - Deelname aan verschillende vergaderingen en werkgroepen.
- PZ Onze-Lieve-Vrouw neemt mee het voortouw bij de introductie van Open Dialoog in de regio Noord-West-Vlaanderen. Open Dialoog is een recente methodiek die een volgehouden dialoog met de patiënt en zijn context centraal stelt. De nadruk ligt op het gezamenlijk begrijpen van de situatie, eerder dan op het veranderen ervan. PZ Onze-Lieve-Vrouw organiseerde een tweede maal een congres over deze nieuwe methodiek. **(SP)**
- In het ziekenhuis zijn er verschillende initiatieven om familie/naasten bij het beleid te betrekken: **(SP)**
 - Sinds 2013 is een familieraad actief in Kliniek 2 voor psychosezorg,
 - Familieleden maken deel uit van het forum binnen het verandertraject van het ziekenhuis "OLV.anders bekeken",
 - In het organisatieoverschrijdend verandertraject voor langdurige zorg zijn familieleden betrokken,
 - Familie(vertegenwoordigers) worden betrokken bij de opmaak van nieuwe visieteksten, zoals de visietekst over kwaliteit van zorg,
 - Het ziekenhuis werkt mee aan de ontwikkeling en validatie van een familietevredenheidsvragenlijst; in 2017 gebeurde voor het eerst een tevredenheidsmeting bij familieleden van patiënten.
- Het ziekenhuis kon niet aantonen dat de leefregels van alle afdelingen de voorbije 5 jaar door patiënten werden geëvalueerd. **(TK)** Verschillende afdelingen geven aan dat leefregels regelmatig aan bod komen op het wekelijks overleg op afdelingen (PTO), maar hiervan wordt geen verslaggeving gemaakt.
- We bevelen aan om afdelingsregels regelmatig te evalueren met familie/naasten. **(Aanb)**

Een aantal onderwerpen werd nagegaan via dossiersteekproeven:

- In 10 gecontroleerde dossiers van patiënten die minstens 2 maanden waren opgenomen, werden er anamnesegegevens nagegaan (er werd gecontroleerd of er info werd genoteerd over (minderjarige) kinderen, info over middelengebruik, info over medicatiegebruik voor de opname en info over somatische aandoeningen). In alle gecontroleerde dossiers werd informatie over middelengebruik genoteerd en in alle dossiers informatie over somatische problemen. **(AV)** In geen enkel van de gecontroleerde dossiers was informatie over de medicatie voor de opname genoteerd; er werd in 5 van de 10 dossiers geen informatie gevonden over kinderen in het gezin van de patiënt. **(TK)**

- In alle 10 gecontroleerde dossiers was een behandelplan (BHP) aanwezig. **(AV)** Voor de 5 gecontroleerde dossiers van afdeling 42 werd binnen de week een behandelplan opgesteld, in lijn met de eigen vastgelegde termijn voor opstellen. Op afdeling 22 is de verwachte termijn voor het opstellen van het behandelplan een maand. In 2 van de 5 gecontroleerde dossiers was een behandelplan aanwezig binnen de maand na opnamedatum (1 dossier voor de opnamedatum, 1 dossier drie weken na de opnamedatum), in de 3 andere dossiers werd het behandelplan twee maanden na de opnamedatum opgemaakt.
- Op afdeling 42 is de verwachte termijn voor de eerste evaluatie van het behandelplan 6 weken. Alle (5) gecontroleerde dossiers voldeden aan deze eigen vooropgestelde termijn. Op afdeling 22 is de verwachte termijn voor de eerste evaluatie van het behandelplan 6 maanden. **(AV)** Bij de 2 gecontroleerde dossiers van patiënten die meer dan zes maanden waren opgenomen, werd deze eigen vooropgestelde termijn niet gehaald: er verliepen telkens 7 maanden alvorens het behandelplan werd geëvalueerd. **(TK)**

De multidisciplinariteit van de eerste behandelplanevaluatie kon in 6 van de 7 dossiers vastgesteld worden. **(AV)** Aanwezigheid van de verschillende teamleden wordt niet systematisch genoteerd in het patiëntendossier. **(Aanb)**

De psychiater was in 3 van de 7 dossiers niet aanwezig op de eerste behandelplanevaluatie. **(TK)** Uit gesprek bleek dit te maken te hebben met verlofperiodes van de psychiaters.

- Er kan onvoldoende aangetoond worden dat de patiënt betrokken wordt bij opmaak van zijn behandelplan. **(TK)** In 7 van de 10 gecontroleerde dossiers met een behandelplan kon de betrokkenheid bij de opmaak niet aangetoond worden.
- De patiënt wordt betrokken bij de evaluatie van zijn behandelplan. **(AV)** Van de 7 dossiers met een evaluatie van het behandelplan, kon in 5 dossiers aangetoond worden dat de patiënt hierbij betrokken was.
- In minder dan 75% van de gecontroleerde dossiers konden contacten met een psychiater gevonden worden in de voorbije maand: in 6 van de 10 gecontroleerde dossiers. **(TK)**
- In minder dan 75% van de gecontroleerde dossiers konden contacten met een psycholoog gevonden worden in de voorbije maand: in 2 van de 10 gecontroleerde dossiers. **(TK)**
- Er werden in alle (10) gecontroleerde dossiers actuele weekschema's gevonden die een overzicht geven van de geplande behandelingen en gesprekken. **(AV)** Patiënten krijgen een geprinte versie van hun weekoverzicht.
- In alle 10 gecontroleerde dossiers werden gegevens over uitkomstenmonitoring gevonden. **(SP)** In de helft van de dossiers ging het om een eenmalige HoNOS-meting tijdens de intake.
- In alle 10 gecontroleerde dossiers was informatie over de huisarts te vinden (de naam van de huisarts, het feit dat de patiënt geen huisarts heeft of geen toestemming geeft voor contactname met de huisarts). **(AV)**

- In alle 10 gecontroleerde dossiers van patiënten met een huisarts kon aangetoond worden dat er (bij opname) schriftelijke communicatie was met de huisarts. **(AV)**
- In 2 van de 9 gecontroleerde dossiers was de voorbije maand informatie genoteerd over gesprekken met de context (familie of naasten). **(TK)** Dossiers van patiënten zonder familie of naasten werden niet gecontroleerd.
- Er werden 10 dossiers bekeken van patiënten die minstens een week op ontslag waren. In 1 dossier kon aangetoond worden dat een ontslagbrief werd opgemaakt. **(TK)**

3.1.6 Resultaten

- Het ziekenhuis verzamelt (cijfer)gegevens om de eigen processen en resultaten te bewaken. **(AV)** Voorbeelden hiervan zijn:
 - De afdelingen hebben zicht op hun eigen wachttijden voor opname.
 - De meest recente patiëntentevredenheidsmeting gebeurde in 2016; in 2018 werd gestart met exitinterviews.
 - De meest recente medewerkerstevredenheidsmeting gebeurde in 2018.
 - In september 2018 werd een eerste meting gedaan over de aanwezigheid van een recent (maximaal 6 maanden oud) behandelplan in het patiëntendossier en over de aantoonbare multidisciplinariteit (notities over minimaal 3 aanwezige disciplines) van de evaluatie van behandelplan. Deze metingen worden tweemaandelijks gepland.
 - Er is een opvolging van ontslagbrieven: wanneer deze niet verstuurd zijn binnen de 7 dagen na ontslag worden rappellijsten aan de psychiaters bezorgd. Er worden op individuele basis cijfers teruggekoppeld aan de artsen over het versturen van ontslagbrieven.
 - Er werd de voorbije jaren een sterkte-zwakteanalyse opgemaakt over het medicatiebeleid, in 2017 werd de indicator "volledigheid van medicatievoorschrift" van VIP² gemeten, in september 2018 werd een uitgebreide zelfevaluatie gemaakt t.o.v. de NIAZ-kwaliteitsnormen voor medicatie. Eind 2018 zijn interne audits gepland op de controle van klaargezette medicatie.
- Het ziekenhuis heeft nog geen volledig zicht op alle processen en resultaten: **(TK)**
 - Het ziekenhuis heeft geen centraal zicht op de wachttijden voor opname op de verschillende afdelingen: elke afdeling heeft zicht op de eigen wachtljsten.
 - Men heeft geen zicht op de uiteindelijke termijnen van het versturen van ontslagbrieven.
- De beschikbare (cijfer)gegevens worden benut om processen en resultaten te evalueren en verbeterpunten te detecteren. **(AV)** Voorbeelden hiervan zijn:
 - Verbetervoorstellen op basis van klachtelelementen: er worden jaarlijkse vormingsessies georganiseerd over patiëntenrechten.
 - Verbeteracties opgezet op basis van tevredenheidsmetingen bij medewerkers: een vorming over geweldloze communicatie en meer bespreekbaar maken van agressie en incidenten. Een ander voorbeeld is het project dat werd opgestart n.a.v. de resultaten van de medewerkerstevredenheidsbevraging om de samenwerking en communicatie binnen Kliniek 3 te verbeteren.

- De verbeteractie over informatie over medicatie die werd opgezet op basis van de Vlaamse Patiëntenpeiling 2016 (VIP²): een algemene informatiebrochure omtrent medicatie is beschikbaar en wordt samen met de onthaalbrochure systematisch aan alle opgenomen patiënten verstrekt. Toegewezen verpleegkundigen hebben de opdracht om dit samen met de patiënt door te nemen en patiënten aan te bemoedigen om eventuele vragen aan de arts te durven stellen. Deze algemene brochure kan ook verstrekt worden aan familieleden die vragen hebben omtrent de medicamenteuze behandeling. Voor 49 medicijnen zijn er specifieke medicatiebrochures beschikbaar (opgesteld door de Vereniging Ziekenhuisapothekers). Zij worden op indicatie aan patiënten gegeven en toegelicht.
- Er is een actieplan medicatie 2018-2019 opgemaakt met acties op verschillende niveaus, waaronder de implementatie van een nieuwe apotheekmodule, het uitwerken van een beleid voor hoogrisicomedicatie, de opmaak van een nieuw protocol voor metabool syndroom en de aankoop van een herverpakkingsmachine voor unitdoseverpakkingen.
- Er is verbetermarge in het benutten van (cijfer)gegevens om processen en resultaten te evalueren en verbeterpunten te detecteren. **(TK)**
 - Het ziekenhuis kan niet aantonen dat de beschikbare cijfergegevens (bv. cijfers over BHP, cijfers over multidisciplinariteit van BHP-evaluaties, cijfers over ontslagbrieven) besproken worden op afdelingsniveau, directieniveau en niveau van de Raad van Bestuur.
 - Het ziekenhuis kan niet aantonen dat de beschikbare cijfergegevens over het versturen van ontslagbrieven het voorbije jaar met de artsen werden besproken (deze worden enkel vertrouwelijk en persoonlijk aan de artsen teruggekoppeld).

3.1.7 Samenvatting

Over het gros van de zorgaspecten zijn procedures opgemaakt. Formele afspraken ontbreken over volgende aspecten: de te hanteren criteria bij wachtlijsten, de minimumfrequentie van geplande contacten met de verschillende disciplines van het behandelteam, de notities in het dossier over gesprekken, de betrokkenheid van patiënten bij opmaak en evaluatie van het behandelplan, uitkomstenmetingen en de termijn voor versturen van ontslagbrieven.

Patiënten en familie worden sterk betrokken bij het beleid van het ziekenhuis.

Over heel wat, maar nog niet alle, zorgaspecten zijn er (cijfer)gegevens beschikbaar.

De beschikbare cijfergegevens worden niet besproken op de verschillende beleidsniveaus; zo worden op de Raad van Bestuur geen indicatoren van de kwaliteit van zorg besproken.

3.2 THEMA VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN – AGRESSIEBELEID

3.2.1 Situering

Bij deze inspecties ging Zorginspectie uit van het basisprincipe van de Hoge Gezondheidsraad rond dwanginterventie (juni 2016), dat zich als volgt laat samenvatten: vrijheidsbeperking gebeurt zo weinig mogelijk, zo kort mogelijk, in verhouding met het gevaar en binnen een juridisch en zorgethisch kader waarbij respect, waardigheid en veiligheid van zowel gebruikers als hulpverleners voorop staan.

Bovendien wil Zorginspectie tijdens haar inspecties niet enkel kijken naar de maatregelen op zich, maar ook naar de wijze waarop deze ingebed zijn in een breder kwaliteitsbeleid, dat gericht is op een adequate praktijkvoering van vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM), zowel ten aanzien van patiënten (therapeutisch beleid) als van medewerkers (personeelsbeleid). Zo onderscheiden we drie invalshoeken: de preventie van vrijheidsbeperkende maatregelen (waar o.a. het agressiebeleid zich situeert), de concrete praktijk en de wijze waarop de voorziening de praktijk evalueert en verbetert.

Volgende definities werden vooropgesteld:

- 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.
- 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 fysieke 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 fysieke 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.
- 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.

Specifiek m.b.t. afzondering/separatie en mechanische fixatie omschreef Zorginspectie vanuit het basisprincipe "zo min mogelijk, zo kort mogelijk en steeds in veilige omstandigheden" een aantal uitgangspunten, op basis van de (inter)nationale richtlijnen.

- 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.
- 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 een medewerker die binnen gaat bij de patiënt in de afzonderings- of separatieruimte.
- Notities in het dossier tonen het dagelijks persoonlijk contact door een arts bij patiënten in afzondering of separatie aan.

3.2.2 Beleid

- Volgende ziekenhuisbrede procedures en/of beleidsteksten over vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) zijn uitgewerkt: **(AV)**
 - Visietekst vrijheidsbeperkende maatregelen.
 - Procedure afzondering.
 - Protocol afzondering.
 - Procedure gesloten kamerdeur.
 - Procedure fixatie.
 - Protocol fixatie.
 - Procedure fixatie bij verwardheid.
- Volgende gezochte elementen zijn beschreven in de procedure voor afzondering: **(AV)**
 - De definitie van afzondering.
 - Afzondering gebeurt zo weinig mogelijk.
 - Afzondering gebeurt zo kort mogelijk.
 - Indicaties, tegenindicaties.
 - Alternatieven.
 - Eindverantwoordelijkheid van de arts binnen de zorgelijke voor afzondering.
 - Wie mag uitvoeren?
 - Toezicht tijdens afzondering.
 - Welke notities in het dossier / register.

Volgende elementen ontbreken in de procedure voor afzondering: **(TK)**

- Frequentie van evaluatie van de maatregel.
De procedure beschrijft enkel dat de maatregel "frequent" geëvalueerd moet worden.
- Volgende gezochte elementen zijn beschreven in de procedure voor separatie (procedure gesloten kamerdeur): **(AV)**
 - De definitie van separatie.
 - Separatie gebeurt zo weinig mogelijk.
 - Separatie gebeurt zo kort mogelijk.
 - Indicaties, tegenindicaties.
 - Alternatieven.
 - Welke notities in het dossier / register.

Volgende elementen ontbreken in de procedure voor separatie: **(TK)**

- Eindverantwoordelijkheid van de arts binnen de zorgequipe voor separatie.
 - Wie mag uitvoeren?
 - Toezicht tijdens separatie.
 - Frequentie van evaluatie van de maatregel.
- Volgende bemerkingen kunnen gemaakt worden bij de procedures en afspraken over afzondering en separatie: **(TK)**
 - Volgende reden voor afzondering, verschillend van acuut en ernstig gevaar, wordt vermeld in de procedure:
 - Ernstig leefklimaatontwrichtend gedrag (zeer ernstig verstoren van de nachtrust...) waardoor verblijf op de eigen kamer niet langer houdbaar is.
 - In het document met afdelingsafspraken van afdeling 41 staat dat afzondering ook kan gebeuren bij een patiënt waarbij een drugtest moet afgenomen worden: "De patiënt wordt maximaal 3 uur op voorhand ervan verwittigd dat er van hem een urinestaal verwacht wordt. In die periode blijft hij in een gesloten kamer (eventueel afzonderingskamer) en mag hij niet te veel drinken om geen al te grote verdunning van het monster te krijgen." Het ziekenhuis geeft aan dat dit een verouderd document is en dat deze werkwijze niet meer wordt toegepast.
 - Volgende redenen voor separatie (patiënt onderbrengen in de eigen gesloten kamer), verschillend van acuut en ernstig gevaar, worden vermeld in de procedure:
 - Preventieve maatregel (bv. bij onrust, leefklimaatontwrichtend gedrag, nood aan rust, dwaalgedrag)
 - Het toezicht tijdens afzondering is onvoldoende omschreven:
 - De frequentie van effectief binnen gaan is te laag: de procedure stelt om de 120 minuten binnen gaan als streefdoel.
- Mechanische fixatie wordt toegepast op alle afdelingen met een afzonderingskamer. Mechanische fixatie wordt niet enkel toegepast tijdens afzondering, maar ook buiten de afzonderingskamer, vooral op de afdelingen voor ouderen: voorzettafel in combinatie met een lendengordel, driepuntsfixatie in bed in combinatie met een verpleegdeken en onrusthekkens. **(AV)**
- Volgende elementen zijn beschreven in de procedure voor fixatie: **(AV)**
 - De definitie van fixatie.
 - Fixatie gebeurt zo weinig mogelijk.
 - Fixatie gebeurt zo kort mogelijk.
 - Indicaties, tegenindicaties.
 - Alternatieven.
 - Eindverantwoordelijkheid binnen de zorgequipe voor fixatie.
 - Wie mag uitvoeren?
 - Toezicht: frequentie en vorm.
 - Welke notities in het dossier.

Volgende elementen ontbreken in de procedure voor fixatie: **(TK)**

- Frequentie van evaluatie.
- Definitie van medicamenteuze fixatie.

Volgende bemerkingen kunnen gemaakt worden bij de procedure fixatie: **(TK)**

- Volgende reden voor fixatie tijdens afzondering, verschillend van acuut en ernstig gevaar, worden vermeld in de procedure:
 - Agressiedreiging naar hulpverleners.
 - Het mogelijk maken van de inwerking van medicatie bij extreme agitatie en onrust.
 - Het toezicht tijdens fixatie in de afzonderingskamer is onvoldoende omschreven:
 - De frequentie van contactname is te laag: om de 120 minuten de kamer binnen gaan.
 - Volgende redenen voor fixatie buiten de afzonderingskamer, verschillend van acuut en ernstig gevaar, worden vermeld in de procedure:
 - Dwalen, onrust en valpreventie.
 - Het toezicht tijdens fixatie buiten de afzonderingskamer wordt niet beschreven.
- Er is geen informatie beschikbaar voor patiënten over het VBM-beleid van het ziekenhuis. **(TK)**
 - Het ziekenhuis heeft specifieke informatie voor gedwongen opnames: **(AV)**
 - Er is specifieke informatie beschikbaar voor de gedwongen opgenomen patiënten over hun procedure/rechten: de brochure "van gedwongen opname tot nazorg".
 - Er is specifieke informatie beschikbaar voor de naasten van gedwongen opgenomen patiënten over hun procedure/rechten: de brochure "van gedwongen opname tot nazorg".
 - Volgende procedures en/of beleidsteksten over agressiebeleid zijn uitgewerkt: **(AV)**
 - Visietekst "preventief omgaan met agressie".
 - Procedure "agressie".
 - Visietekst "opvang na incidenten".
 - Procedure "herstel bij nare / onaangename / schokkende gebeurtenissen".
 - Opleidingsbundel "opvang na incidenten".
 - De beleidsteksten betreffende omgang met agressie bevatten alle gezochte elementen. **(AV)**
 - Het agressiebeleid beschrijft niet duidelijk wanneer en hoe een agressie-risicoinschatting moet gebeuren. **(TK)** De Werkgroep Agressie erkent dit als verbeterpunt, en wil enerzijds indicaties voor risico-inschatting uitwerken en anderzijds bekijken hoe de risico-taxatie op een systematischer manier kan gebeuren.
 - In het ziekenhuis wordt met signaleringsplannen gewerkt (soms ook "crisisplannen" genoemd). Deze worden niet enkel gebruikt met het oog op het voorkomen van of beter omgaan met agressie, maar kunnen ook gaan over herval (bij middelenmisbruik), suïcidaliteit (zie 3.3), een crisis in het algemeen ... Hiervoor zijn sjablonen beschikbaar, die door de patiënt kunnen ingevuld worden, onder begeleiding van hulpverleners. De sjablonen bevatten een omschrijving van signalen, acties voor de patiënt en acties

voor de omgeving of hulpverleners. **(AV)** Afdeling 22 heeft bovendien een uitgebreide informatiebrochure voor patiënten, met informatie over het signaleringsplan dat wordt opgesteld met het oog op het voorkomen van een psychotische opstoot. **(SP)**

- Specifiek m.b.t. agressie is in de beleidsteksten onvoldoende duidelijk bepaald bij welke indicaties een signaleringsplan moet worden opgesteld (of elementen m.b.t. agressie in het signaleringsplan moeten worden opgenomen). **(TK)** De Werkgroep Agressie wil de komende maanden duidelijker indicaties uitwerken.

3.2.3 Medewerkers

- Op volgende bezochte afdelingen werd bij medewerkers de bestaffing nagevraagd tijdens de nacht en tijdens het weekend. **(AV)**

Afdeling	Weeknacht	Weekenddag	Weekendnacht
11	1	2	1
41	1	2	1
51	2	3	2
32	1	3	1

- In geval van nood kan volgens de medewerkers steeds extra hulp opgeroepen worden vanuit naburige afdelingen; daarnaast kan de noodploeg opgeroepen worden waarbij er telkens in totaal 5 personen beschikbaar zijn op de afdeling (4 tijdens het weekend).
Er zijn in totaal (op alle afdelingen) dus steeds minstens 3 personen beschikbaar binnen 15 minuten.
Er is steeds minstens 1 verpleegkundige beschikbaar. **(AV)**

- De laatste vorming over VBM vond in het ziekenhuis plaats op 07/06/2018.

Volgende onderwerpen kwamen aan bod:

- Immobilisatietechnieken.
- Afzonderen.
- Fixeren.
- Communicatie.

Deze vorming was verplicht voor alle verpleegkundigen van de afdelingen waar er een afzonderingskamer aanwezig is, voor het volledige interdisciplinaire team van afdeling 51 en voor alle nachtverpleegkundigen.

Van medewerkers wordt verwacht dat ze jaarlijks een vorming over VBM volgen.

Tijdens de inscholing van nieuwe medewerkers komt het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen aan bod. **(AV)**

- De laatste vormen over agressiebeleid vonden in het ziekenhuis plaats op:
 - 7 en 8 december 2017: preventief omgaan met agressie

- 13 februari 2017 en 19 maart 2018: preventief omgaan met agressie voor ondersteunende diensten (halve dag)
- 23 oktober 2018: agressie bij dementie (halve dag)

Volgende onderwerpen kwamen aan bod:

- Preventief omgaan met agressie:
 - Wat is agressie?
 - Basisattitude.
 - Methodisch benaderen van uitlokkende factoren.
 - Angst en emoties (h)erkennen.
 - Angst en emoties beheersen en constructief hanteren.
 - Communicatie en geweldloze verweervormen en fysieke verweervormen.
 - Crisisontwikkelingsmodel.
- Preventief omgaan met agressie voor ondersteunende diensten:
 - Wat is agressie?
 - Angst en emoties: erkennen, beheersen en constructief hanteren.
 - Concrete handvaten naar omgaan met de lichamelijke en psychische klachten na een incident.
- Agressie bij dementie:
 - Het syndroom dementie.
 - Het falend informatieverwerkingsstelsel.
 - Fysieke, neuro-psychologische en sociaal uitlokkende factoren.
 - Observatieschalen.
 - Een aantal concrete omgangstips.

Deze opleidingen werden georganiseerd voor volgende doelgroepen:

- Preventief omgaan met agressie: alle disciplines van het departement patiëntenzorg; alle medewerkers moeten deze opleiding eenmalig volgen.
- Preventief omgaan met agressie voor ondersteunende diensten: alle medewerkers van de ondersteunende diensten die ergens in contact komen met patiënten; alle betrokken medewerkers moeten deze opleiding eenmalig volgen.
- Agressie bij dementie: alle disciplines van het departement patiëntenzorg die in contact komen met de doelgroep; deze vorming is niet verplicht.

Alle verpleegkundigen moeten tweemaal een herhaalopleiding "omgaan met agressie" volgen. **(AV)**
 Deze opleiding wordt per afdeling gegeven (door vaste trainers in samenwerking met de referentieverpleegkundige van de afdeling), zodat ze optimaal kan afgestemd worden op de situatie op de verschillende afdelingen. **(SP)**

Tijdens de inscholing van nieuwe medewerkers komt omgaan met agressie aan bod. **(AV)**

- Er zijn geen verwachtingen t.a.v. de artsen m.b.t. het volgen van vorming over het omgaan met agressie, noch over afzondering, separatie en fixatie. **(TK)**
- Het ziekenhuis voorziet een werkwijze om personeelsleden op te vangen na incidenten. Er is geen apart team dat instaat voor de opvang van medewerkers. **(AV)**

- Bij "nare of onaangename gebeurtenissen" voorziet de procedure dat medewerkers in eerste instantie worden ondersteund aan de hand van de "intervisiemethode incidenten" (of andere vormen van intervisie) op de eigen afdeling, idealiter aangestuurd door de psycholoog, zoniet door iemand anders van het afdelingsbestuur. Alle psychologen, afdelingscoördinatoren en leidinggevenden kregen hier opleiding in, en kunnen zo nodig op hun beurt terecht bij hun leidinggevenden.
- Bij "ingrijpende/schokkende en traumatische gebeurtenissen" is een andere werkwijze voorzien, waarbij iemand van het afdelingsbestuur (na de eerste opvang) opvolging biedt aan de hand van het 3-gesprekkenmodel (drie dagen, drie weken en drie maanden na het incident). Zelf kunnen leden van het afdelingsbestuur hiervoor terecht bij de kliniekcoördinator, die op zijn beurt bij de directeur patiëntenzorg terecht kan. Voor medewerkers buiten het departement patiëntenzorg (ondersteunende diensten, personeelsdienst, ...) is telkens voorzien dat hun respectieve leidinggevenden deze gesprekken op zich nemen, waarbij ook een beroep kan gedaan worden op medewerkers van het departement patiëntenzorg.
De hoofdarts staat in voor de opvang van de psychiaters.

3.2.4 Middelen

- Er is 1 gesloten afdeling in het ziekenhuis: afdeling 51. **(AV)**
- Er zijn 19 afzonderingskamers in het ziekenhuis op volgende afdelingen: **(AV)**

Afdeling	Aantal afzonderingskamers
Afdeling 21	4
Afdeling 22	2
Afdeling 31	2
Afdeling 32	2 *
Afdeling 41 en 42 (gezamenlijk)	2
Afdeling 51	4
Afdeling 52	2
Afdeling 63	1

* Op het moment van inspectie worden de afzonderingskamers van afdeling 32 volledig verbouwd. Eind 2018 zal de afdeling beschikken over 1 afzonderingskamer en 1 comfortkamer. De comfortkamer kan ook gebruikt worden met afgesloten deur. **(AV)**

- Volgende infrastructuur is voorhanden om de-escalatie mogelijk te maken: **(AV)**

Afdeling	Eenpersoonskamers	Tweepersoonskamers	Meerpersoonskamers (>2)	Time-outkamers / comfortrooms	Andere infrastructurale mogelijkheden
Afdeling 11	18	6	0	0	
Afdeling 21	24	6	0	0	
Afdeling 22	24	4	0	0	
Afdeling 31	28	2	0	0	
Afdeling 32	25	5	0	0	
Afdeling 52	24	0	0	0	
Afdeling 41	31	0	0	0	
Afdeling 42	31	0	0	Emotieregulatiekamer	
Afdeling 51	24	0	0	0	Ontspannings- en fitnessruimte
Afdeling 52	30	0	0	1	

- Niet alle afdelingen beschikken over infrastructurale mogelijkheden voor de-escalatie. **(TK)** In de toekomst gaat men het aantal afzonderingskamers verder afbouwen en omvormen tot comfortrooms. **(AV)** Uit gesprek blijkt dat deze comfortrooms niet enkel met open deur gebruikt zullen worden. Een comfortroom is infrastructureel niet aangepast om de veiligheid tijdens afzondering te garanderen. Net als een patiëntenkamer is deze ruimte niet veilig om patiënten op te sluiten.
- Er werden tijdens de inspectie 10 afzonderingskamers bezocht op de afdelingen 51, 21 en 22. Er werden geen problemen i.v.m. de infrastructuur van de afzonderingskamers vastgesteld op afdeling 51 en afdeling 21. **(AV)** In het zelfevaluatiedocument "optimalisatie accommodatie afzonderingskamers" lezen we dat in de kamers zonder toilet gebruik wordt gemaakt van een toiletemmer **(TK)**, terwijl er in de badkamer van het afzonderingscomplex een toilet aanwezig is. Het is veel menswaardiger om patiënten gebruik te laten maken van het toilet i.p.v. een toiletemmer.
Niet alle ruimtes beschikken over camerabewaking. **(Aanb)**
- Er werden problemen qua infrastructuur vastgesteld in de afzonderingsruimtes van afdeling 22: de beide afzonderingskamers beschikken over een (verankerd) ijzeren bed en het oproepsysteem is niet bereikbaar voor patiënten die gefixeerd zijn. **(TK)**
- Tijdens het "gesloten kamerprogramma" gaat de deur van de patiëntenkamer op slot. Wanneer we ervan uitgaan dat afzondering en separatie enkel mogen toegepast worden in gevaarsituaties en in een beveiligde omgeving, dan is bij separatie in een patiëntenkamer niet voldaan aan de basisvoorwaarden op het vlak van veiligheid (er is geen toezicht mogelijk en de kamer is niet veilig ingericht). **(TK)**

3.2.5 Processen

- Er werden 12 registraties en patiëntendossiers ingekeken van patiënten in afzondering. **(AV)**

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	12
Aantal registratieformulieren met alle gegevens	10
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	1
Aantal zonder naam of handtekening verantwoordelijke verpleegkundige	0

- Er werd gekeken naar de reden voor afzondering in de gecontroleerde dossiers:
 - De redenen voor afzondering waren in 11 gecontroleerde dossiers omstandig omschreven. In het elektronisch afzonderingsregister kan als reden uit een standaardlijst een categorie aangeduid worden; in 11 van de 12 gecontroleerde dossiers werd daarnaast in het luik toezicht of bij de verpleegkundige observaties de reden voor afzondering omstandig omschreven. **(AV)**
Bij 1 van de 12 gecontroleerde dossiers was enkel de reden "wegloopgedrag en leefklimaatontwrichtend gedrag" in de standaardlijst aangeduid, zonder verdere omschrijving van het gevaar-aspect. **(TK)**
 - In 2 van de 12 gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat afzondering gebeurde op basis van een gevaarsituatie (acuut en ernstig gevaar voor zichzelf of anderen). **(AV)**
In 10 van de 12 gecontroleerde dossiers was een andere reden dan acuut en ernstig gevaar de reden tot afzondering **(TK)**: "bonkt op de muur en stelt haar eisen", "realiteitsverlies en moeilijk verloop", "na suïcidepoging", "geeft aan het niet te zien zitten", "na automutilatie", "na ontvluchting", "leefklimaatontwrichtend gedrag", "prikkelgevoelig", "eigen vraag", "storend voor de kamergenoot".
- Er werd gekeken naar het toezicht tijdens afzondering:
 - Er kan uit de notities niet steeds afgeleid worden op welke manier het toezicht gebeurt (via camera, door een raampje of door binnen te gaan in de afzonderingskamer). **(TK)**
 - In 8 van de 12 gecontroleerde dossiers bleek dat er notities waren die aantonen dat er minstens om de 30 minuten visueel toezicht is op de patiënt. **(AV)**
 - In 4 van de 12 dossiers was er een periode van meer dan 30 minuten zonder notities over visueel toezicht op de patiënt. Twee periodes waren zelfs langer dan 60 minuten. **(TK)**
 - In geen enkel dossier kon aangetoond worden dat men minstens om de 60 minuten binnen gaat bij de patiënt in afzondering. De periodes zonder notities over binnengaan waren soms zelfs langer dan 120 min. **(TK)**

Totaal gecontroleerde duur afzondering	310u56min
Aantal periodes langer dan 30 minuten zonder notities over visueel toezicht in dossier / register	4
Aantal periodes langer dan 60 minuten zonder notities over visueel toezicht in dossier / register	2
Met een maximale duur van:	2u30min
Aantal periodes langer dan 60 minuten zonder notities in dossier/register over binnen gaan	30
Aantal periodes langer dan 120 minuten zonder notities in dossier/register over binnen gaan	30
Met een maximale duur van:	13u

- In de gecontroleerde dossiers bleek dat er notities waren die aantonen dat er systematisch persoonlijk contact van de arts is met elke patiënt in afzondering. **(AV)**
In alle afzonderingen langer dan 24u waren er notities over dagelijks contact van de patiënt met een arts. **(AV)**
- Er werden 2 registraties en patiëntendossiers ingekeken van patiënten in separatie (gesloten kamerdeur). **(AV)**

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in separatie	2
Aantal registratieformulieren met alle gegevens	0
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

- De redenen voor separatie waren in beide gecontroleerde dossiers omstandig omschreven. **(AV)** In beide gecontroleerde dossiers bleek niet expliciet uit de notities dat acuut en ernstig gevaar de reden tot separatie was: suïciderisico (bv. "eau de cologne gedronken"). **(TK)**
- In geen van beide dossiers waren er notities die aantonen dat er minstens om de 30 minuten visueel toezicht is op de patiënt of dat er minstens om de 60 minuten binnen gegaan wordt in de kamer bij de patiënt in separatie. **(TK)** De vakken om het toezicht te noteren ontbreken in de elektronische registratieformulieren. Er werd gezocht naar notities over toezicht in de verpleegkundige observaties maar daar was slechts 1 notitie per shift terug te vinden.

- Het ziekenhuis geeft aan dat volgende controles gebeuren: lichaamscontrole, kamercontrole, bagagecontrole, drugscreening. **(AV)**
- De werkwijze van drugscreening is beschreven in een procedure. **(AV)**
De werkwijze van volgende controles is niet beschreven in een procedure: **(TK)**
 - Lichaamscontrole.
 - Kamercontrole.
 - Bagagecontrole.
- Om de praktijk van het agressiebeleid te toetsen, werden 15 dossiers ingekeken van patiënten die minstens een week opgenomen waren. In alle gevallen werden notities gevonden over het ingeschatte agressierisico. **(AV)** Aansluitend bij de eerder beschreven opmerkingen over het ziekenhuisbeleid (weinig systematiek inzake risicotaxatie en inzake dossiernotities) werd deze informatie – afhankelijk van de afdeling – op verschillende plaatsen in het dossier gevonden, en was het agressie-risico telkens gebaseerd op de persoonlijke risico-inschatting van de hulpverlener in kwestie. **(TK)**
- Bij een aantal dossiers waarin sprake was van een verhoogd agressierisico werd gezocht of hierrond elementen waren opgenomen in een signaleringsplan. In de betrokken dossiers kon worden aangetoond dat een signaleringsplan werd opgemaakt **(AV)**, maar de inhoud kon niet worden nagegaan omdat dit plan niet in het dossier is opgenomen. **(TK)** Men beschouwt het signaleringsplan als eigendom van de patiënt, die ook instaat voor de bewaring ervan. Het is belangrijk ook een kopie te bewaren in het dossier, en dit omwille van verschillende redenen:
 - het signaleringsplan bevat elementen die van belang zijn voor de hulpverleners (bv. door hen te ondernemen acties bij bepaalde signalen), die zij te allen tijde moeten kunnen raadplegen;
 - bij verlies van het signaleringsplan dreigt veel werk verloren te gaan;
 - bij een gebeurlijke heropname kan men vertrekken van het eerder opgemaakte signaleringsplan.

3.2.6 Resultaten

- Het ziekenhuis heeft volgende recente cijfergegevens over vrijheidsbeperkende maatregelen (2017): **(AV)**

Aantal afzonderingen	450
Aantal patiënten afgezonderd	143
Gemiddelde duur afzondering	50,4 uur
Aantal afzonderingen met fixatie	106
Aantal separaties	42
Aantal patiënten gesepareerd	26
Gemiddelde duur separatie	374 uur
Aantal mechanische fixaties	193
Aantal patiënten mechanisch gefixeerd	106
Gemiddelde duur mechanische fixatie	7,44 uur
Aantal agressie-incidenten	192

- Men heeft enerzijds d.m.v. de geregistreerde cijfergegevens zicht op tal van gegevens: **(SP)**
 - Aantal afzonderingen
 - Aantal patiënten afgezonderd
 - De reden van afzondering
 - De gemiddelde duur van een afzondering
 - Het tijdstip van afzondering:
 - Uur van de dag
 - Dag van de week
 - Afzonderingen per maand
 - Betrokkenheid van de arts bij het besluit tot afzondering
 - Het gebruik van bijkomende medicatie tijdens afzondering
 - Het gebruik van mechanische fixatie tijdens afzondering
 - Geslacht van de patiënt in afzondering
 - Leeftijd van de patiënt in afzondering
 - Aantal patiënten met gedwongen statuut afgezonderd
 - Aantal met preventieve maatregelen voor afzondering
 - Aantal afzonderingen met toestemming van de patiënt
 - Aantal geplande of urgente afzonderingen
 - Extra hulp bij het afzonderen
 - Aantal met materiële schade en aantal met gekwetsten
 - Aantal afzonderingen volgens hoofdtak DSM IV
 - Details over (aantal en) aard van de agressie-incidenten:
 - Aantal incidenten per afdeling
 - Plaats waar de incidenten plaats vonden (tuin, eigen kamer, eetruimte, ...)
 - Tijdstip waarop de incidenten plaats vonden
 - Statuut van de patiënten die bij een incident betrokken waren (gedwongen opname of niet)
 - Hoofddiagnose van de betrokken patiënten
 - Soort agressie
 - Doelwit van de agressie
 - Gevolgen voor de patiënt
 - Aanleiding tot het incident
 - Maatregelen die genomen werden t.g.v. het incident
 - Aantal incidenten dat tot een afzondering leidde.

- Anderzijds werden een aantal knelpunten vastgesteld bij deze beschikbare (cijfer)gegevens. **(TK)**
 - Slechts na het afsluiten van een kalenderjaar wordt een rapport opgemaakt van het aantal afzonderingen op ziekenhuisniveau en per afdeling. Het is op de afdelingen niet mogelijk om tussentijds het aantal afzonderingen op te volgen.
 - Er zijn bedenkingen bij de correctheid van de cijfers: uit de steekproef bleek dat het einduur van de maatregelen 4 maal niet was ingevuld; deze fouten qua registratie kunnen de gemiddelde duur sterk beïnvloeden.

- Er is een onderschatting van het aantal mechanische fixaties: fixaties buiten de afzonderingskamer worden niet meegeteld (zoals gebruik van voorzettafel in combinatie met lendengordel, driepuntsfixatie in bed en onrusthekkens op de ouderenafdeling).
- Uit verschillende vergaderverslagen blijkt dat er een onderregistratie van agressie-incidenten is.

We bevelen aan om interne audits op te zetten m.b.t. de kwaliteit van registraties over afzonderingen en separaties om de correctheid van de cijfers te optimaliseren. **(Aanb)** Uit gesprek blijkt dat op het einde van het kalenderjaar de volledigheid van de registraties wordt nagegaan. Uit de dossiercontrole blijkt dat niet alle registraties volledig waren. Een afzondering die gestart werd op 17 januari had op de dag van inspectie (23/10) nog geen einddatum, twee separaties hadden op dag van inspectie geen einddatum terwijl uit gesprek bleek dat deze patiënten niet meer onder het "gesloten kamerprogramma" stonden.

- Er is een beleidsplan 2017-2018 opgemaakt voor de werkgroep dwang en drang. Daarin worden 5 doelstellingen uitgeschreven met bijhorende acties. **(AV)** Het is niet duidelijk hoe ver men staat met de realisatie van deze doelstellingen en hoe de opvolging van de acties gebeurt. In het beleidsplan wordt een tussentijdse evaluatie op 31/12/2017 voorzien, maar er is geen tussentijdse stand van zaken beschikbaar. In geen enkel afdelingsbeleidsplan werd een doelstelling met actieplan rond verminderen van het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen opgenomen. **(TK)**
- De (cijfer)gegevens worden niet ten volle benut om processen en resultaten te evalueren en verbeterpunten te detecteren. **(TK)** Het ziekenhuis kan niet aantonen dat de cijfers rond afzondering, mechanische fixatie en agressie-incidenten besproken worden:
 - Op niveau van de Raad van Bestuur
 - Op niveau van de afdeling: slechts 1 afdeling kon een korte bespreking van de cijfers van afzonderingen aantonen.
- Het ziekenhuis kan aantonen dat de cijfers rond afzondering en mechanische fixatie besproken worden op niveau van directiecomité (tijdens het overleg van het therapeutisch ziekenhuisbestuur) en in de werkgroep dwang en drang. **(AV)**

3.2.7 Samenvatting

Er ontbreken een aantal elementen in de procedures voor afzondering, separatie en fixatie (bv. de frequentie van evaluatie, visueel toezicht tijdens separatie) en de procedures zijn inhoudelijk niet volledig in lijn met de richtlijnen:

- De redenen voor afzondering, separatie en fixatie zijn onvoldoende expliciet beperkt tot acuut en ernstig gevaar.
- Separatie gebeurt in patiëntenkamers. Patiëntenkamers kunnen niet voldoen aan de veiligheidsverwachtingen die gesteld worden aan ruimtes voor afzondering en separatie.
- De vooropgestelde frequentie van binnen gaan bij de patiënt in afzondering en separatie is te laag.

Volgende knelpunten in de praktijk konden worden vastgesteld in de dossiercontroles:

- Niet alle registraties bevatten alle gezochte elementen.
- Op basis van de dossiernotities over de redenen voor afzondering / separatie kan niet steeds besloten worden dat het enkel gaat om acuut en ernstig gevaar.

- Over het toezicht:
 - De manier van toezicht blijkt onvoldoende duidelijk uit de notities: men maakt in de notities geen verschil tussen binnen gaan en observatie door raam of via camera.
 - Er zijn niet om het half uur notities over het toezicht op de patiënt in afzondering en separatie.
 - Er wordt niet frequent genoeg binnengegaan in de afzonderingskamer/separatieruimte.

De kwaliteit van de cijfergegevens is onvoldoende voor de detectie van verbeterpunten en als evaluatie van verbeterprojecten: er is een onderregistratie van fixatiemaatregelen, de cijfers over de gemiddelde duur van afzondering en separatie zijn niet correct en de VBM-cijfers zijn niet up-to-date beschikbaar.

Verbetering van de kwaliteit van zorg m.b.t. VBM komt nog onvoldoende aan bod doorheen de volledige organisatie: besprekingen gebeuren wel op directieniveau, maar niet op de Raad van Bestuur en niet op alle afdelingen.

3.3 THEMA DETECTIE EN BEHANDELING VAN SUÏCIDAAL GEDRAG

3.3.1 Situering

Het thema detectie en behandeling van suïcidaal gedrag is enerzijds gebaseerd op het referentiekader voor psychiatrische ziekenhuizen, anderzijds op elementen uit de "Multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag". Deze richtlijn werd door het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) gelanceerd op 30/3/2017; via een ministeriële omzendbrief dd. 4/7/2017 werden alle voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg geïnformeerd dat de toepassing van deze richtlijn vanaf het najaar van 2017 deel zou uitmaken van het toezicht door Zorginspectie.

De multidisciplinaire richtlijn detectie en behandeling van suïcidaal gedrag (MDR) geeft aan dat er binnen de geestelijke gezondheidszorg bij elke persoon een risico-inschatting voor suïcide moet gebeuren. Volgens de MDR is er beperkt wetenschappelijk bewijs voor de validiteit, betrouwbaarheid of bruikbaarheid van een risicoformulering op basis van gradaties en wordt aanbevolen om een gewogen besluitvorming te maken voor de risicoformulering. Suïciderisico fluctueert bij eenzelfde persoon over de tijd. De MDR geeft dan ook aan dat het belangrijk is dit op verschillende momenten te evalueren. De MDR verwacht dat er bij een verhoogd risico een beschrijving aanwezig is van mogelijke acties of interventies gekoppeld aan alarmsignalen bij cliënten.

Niet enkel het uitgeschreven beleid werd getoetst aan bovenstaande uitgangspunten, ook de concrete praktijk werd nagegaan d.m.v. dossiersteekproeven, evenals de wijze waarop de voorziening de praktijk evalueert en verbetert.

3.3.2 Beleid

- Het ziekenhuis beschikt over een uitgeschreven ziekenhuisbreed suïcidepreventiebeleid. **(AV)**

Op het moment van de inspectie staat het beleid uitgeschreven in verschillende teksten:

- Visietekst "suïcidepreventie en suïcide".
- Procedure "suïcidepreventie", met bijhorend:
 - schema "preventie van zelfdoding"
 - gestructureerd interview "risicotaxatie suïcidaliteit".
- Procedure "overlijden - onnatuurlijke oorzaak".
- Procedure "suïcidepoging: ernstige suïcidepoging".
- Procedure "verdwijning van patiënt".

Op het moment van de inspectie worden deze beleidsteksten en procedures herwerkt door de werkgroep suïcidepreventie. Men streeft er naar de nieuwe werkwijze op 1/12/2018 te laten ingaan.

Er werden ontwerpversies voorgelegd van de aangepaste visietekst en van een nieuwe procedure risicotaxatie.

- Het huidige beleid beschrijft onder meer: **(AV)**
 - De visie op suïcide, suïcidepreventie en het omgaan met suïcidale personen.
 - De stappen en afspraken bij opname, behandeling en vervolgzorg voor suïcidale personen.
 - De stappen en afspraken na een suïcidepoging of suïcide van een patiënt, met vermelding wie verantwoordelijk is.
 - Hoe en waar suïcidepogingen en suïcides van patiënten geregistreerd worden.

- In de documenten ontbreken volgende aspecten uit de multidisciplinaire richtlijn: **(TK)**
 - Hoe de basisvorming suïcidepreventie georganiseerd wordt.
 - Welke infrastructurele en medicatiegebonden maatregelen er zijn om de zorgomgeving suïcideveilig te maken.
 - Hoe en waar het suïciderisico gedocumenteerd wordt in het dossier.
 - Hoe, wanneer en door wie het suïcidepreventiebeleid geëvalueerd wordt.

Een aantal nuanceringen hierbij: **(AV)**

- Alhoewel in de visie niet is uitgeschreven hoe de basisvorming suïcidepreventie georganiseerd wordt, investeert het PZ duidelijk in het opleiden van medewerkers rond dit onderwerp (zie ook 3.3.3): in het najaar van 2017 volgden ongeveer 50 medewerkers een tweedaagse opleiding suïcidepreventie en in het najaar van 2018 is vorming voorzien voor ongeveer 60 medewerkers.
- In de ontwerpversies van de nieuwe beleidsdocumenten (zie hoger) staan wel infrastructurele en medicatiegebonden maatregelen beschreven om de zorgomgeving suïcideveiliger te maken en staan ook duidelijker instructies m.b.t. dossiervorming over suïcidaliteit. Er wordt ook onderzocht hoe men het elektronisch patiëntendossier kan optimaliseren i.f.v. het documenteren en opvolgen van suïcidaliteit.
- De beleidsdocumenten beschrijven dat acties moeten ondernomen worden indien een verhoogd suïciderisico ingeschat wordt. **(AV)** Volgende acties zijn beschreven: het bespreekbaar maken van bepaalde elementen, de houding die moet aangenomen worden, het maken van afspraken, het betrekken van de patiënt, het opvolgen van het medicatiebeleid, het overleggen met teamleden, het betrekken van de omgeving, het veelvuldig contact maken met de patiënt, het opmaken van een plan dat de veiligheid verhoogt, ...
- Volgende aspecten ontbreken in het suïcidepreventiebeleid: **(TK)**
 - Het systematisch inschatten van het suïciderisico bij elke patiënt bij opname.
 - De systematische (her)evaluatie van het suïciderisico.

In de nieuwe ontwerp teksten (cfr. supra) staat wel heel expliciet beschreven dat bij elke opname een risicotaxatie moet gebeuren en in welke omstandigheden deze moet herhaald worden. **(AV)**

3.3.3 Medewerkers

- In 2014 werd gestart met het systematisch jaarlijks organiseren van tweedaagse vormingen over suïcidepreventie voor verpleegkundigen, maatschappelijk werkers en therapeuten. Eind 2017 hebben 56% van hen (en 53% van de verpleegkundigen) de opleiding gevolgd. **(AV)** Vanaf het najaar van 2018 werd de doelgroep verruimd naar medewerkers van de centrale activering en het PVT.
- De vorming van medewerkers m.b.t. suïcidepreventie schiet te kort op volgende punten: **(TK)**
 - Tijdens de inscholing van nieuwe medewerkers komt het suïcidepreventiebeleid niet aan bod.
 - Het interne suïcidepreventiebeleid expliciteert de verwachtingen inzake basisvorming niet, en zegt ook niets over de frequentie van heropfrissing (waar de MDR een frequentie van maximaal 3 jaar verwacht).
 - Er zijn geen verwachtingen t.a.v. de artsen m.b.t. het volgen van vorming over suïcidepreventie.

3.3.4 Middelen

- Het ziekenhuis heeft zicht op de risico's qua veiligheid op vlak van infrastructuur. In 2017 gebeurde een veiligheidsronde op 4 types afdelingen (waarvan er telkens een aantal afdelingen op de campus voorkomden, en waarvoor men de resultaten dus extrapoleerbaar acht), op basis waarvan aanbevelingen werden geformuleerd voor het volledige ziekenhuis. **(AV)**
- Medewerkers hebben onvoldoende duidelijk een overzicht van patiënten met een verhoogd risico; informatie staat op verschillende plaatsen in het dossier, en kan vaak pas teruggevonden worden door de notities van de verschillende disciplines handmatig te doorlopen of kan enkel onrechtstreeks en niet-ondubbelzinnig afgeleid worden uit andere informatie (bv. de uitgangstatus). **(TK)**

3.3.5 Processen

- Er werden 10 dossiers bekeken. In alle dossiers werd een suïciderisico-inschatting gevonden **(AV)**, telkens op de dag van de opname. **(SP)**

De risico-inschatting is steeds meer dan een loutere score: de notities geven – minstens kort – aan waar de inschatting op gebaseerd is.

De manier waarop het risico wordt ingeschat varieert wel van afdeling tot afdeling. Soms gebeurt dit door de arts op basis van het opnamegesprek, waarna de beslissing om vervolgens al dan niet een risico-taxatie-interview af te nemen door de hulpverlener of door het team genomen wordt. Elders (bv. op afdeling 41) wordt systematisch een "blauwdruk" (een semi-gestructureerd intake-interview) afgenomen, evenals een OQ45 (Outcome Questionnaire); beide instrumenten geven een eerste screening van het suïciderisico. Bij indicaties van een verhoogd risico wordt vervolgens standaard het semi-gestructureerde suïciderisicotaxatie-interview afgenomen.

- Het feit dat het interne beleid geen verwachtingen expliciteert inzake dossiervorming m.b.t. suïcidaliteit en over herevaluatie van het suïciderisico, reflecteert zich ook in een aantal verbeterpunten in de patiëntendossiers: **(TK)**
 - eventuele herevaluaties moesten (handmatig) gezocht worden in de notities van de verschillende disciplines;
 - bij patiënten waarvan het initiële suïciderisico niet als verhoogd werd beschouwd, gebeurden meestal geen herevaluaties (of werden deze niet in het dossier genoteerd indien er opnieuw geen verhoogd risico was).

Bij patiënten waarvan het suïciderisico verhoogd werd ingeschat, werden wel telkens recente herevaluaties gevonden. **(AV)**

- Bij een aantal dossiers waarin sprake was van een verhoogd suïciderisico werd gezocht of hierrond elementen waren opgenomen in een signaleringsplan. Dit kon niet worden nagegaan omdat dit plan niet in het dossier is opgenomen (zoals ook beschreven onder 3.2.5). **(TK)**

Er konden in de betreffende dossiers wel telkens andere acties worden aangetoond.

3.3.6 Resultaten

- Er worden over het thema detectie en behandeling van suïcidaal gedrag volgende (cijfer)gegevens verzameld om zicht te hebben op het eigen handelen en zo de processen en resultaten te kunnen bewaken: **(AV)**
 - Aantal patiënten met een (ernstige) suïcidepoging tijdens de behandeling (intramuros en extramuros); deze cijfers worden erg gedetailleerd bijgehouden **(SP)** maar beperkt geanalyseerd.
 - Aantal suïcides tijdens de behandeling (intramuros en extramuros) ; deze cijfers worden erg gedetailleerd bijgehouden **(SP)** maar beperkt geanalyseerd.
 - Aantal incidentanalyses van suïcidepogingen.
 - Van suïcidepogingen wordt op afdelingsniveau met het multidisciplinair team een analyse gemaakt om oorzaken, gevolgen en eventuele verbetermogelijkheden te identificeren. De stafmedewerker patiëntenzorg volgt deze analyses op en leidt eventuele afdelingsoverstijgende verbeterpunten af.
Sinds kort gebeurt voor bepaalde ernstige incidenten een analyse aan de hand van de Prisma-methode; er moet (m.b.t. suïcidepogingen) nog bepaald worden bij welke criteria dergelijke analyse zal gebeuren.
- Er worden evenwel onvoldoende cijfergegevens verzameld om een volledig zicht te hebben op het eigen handelen en zo de processen en resultaten te kunnen bewaken **(TK)**; deze leemte zou ingevuld kunnen worden door interne audits over de inschatting en opvolging van het suïciderisico en/of door cijfers te verzamelen over het aantal patiënten met inschatting van het suïciderisico, het aantal patiënten met een verhoogd suïciderisico en het aantal patiënten onder verhoogd toezicht. **(Aanb)**
- De (cijfer)gegevens worden benut om processen en resultaten te evalueren en verbeterpunten te detecteren. Het ziekenhuis kan aantonen dat de cijfers rond suïcidebeleid besproken worden op niveau van de directie en op niveau van sommige afdelingen. **(AV)** De cijfers m.b.t. het suïcidepreventiebeleid worden niet besproken op de Raad van Bestuur. **(TK)**
- Verbeteracties worden opgezet voor gekende verbeterpunten. Voorbeelden hiervan zijn de veiligheidsrondes om de infrastructuur te verbeteren, het herwerken van de visietekst, optimalisatie van het semi-structureerde interview in het kader van de risicotaxatie, het uitwerken van een nieuwe procedure suïcidepreventie, ... **(AV)**

3.3.7 Samenvatting

Op het moment van de inspectie wordt het suïcidepreventiebeleid herwerkt, onder meer om het af te stemmen op de Multidisciplinaire richtlijn detectie en behandeling van suïcidaal gedrag (VLESP) en om te voldoen aan de accreditatievereisten.

In het nieuwe beleid wordt best – meer dan nu het geval is – geëxpliciteerd wat de verwachtingen zijn inzake vorming, hoe en wanneer het suïciderisico (her)ingeschat moet worden, hoe en waar dit gedocumenteerd moet worden in het dossier, welke infrastructurele en medicatiegebonden maatregelen er zijn om de zorgomgeving suïcideveilig te maken en hoe, wanneer en door wie het suïcidepreventiebeleid geëvalueerd zal worden.

Op de bezochte afdelingen wordt het suïciderisico systematisch bevraagd bij opname. Het dossier voorziet hiervoor evenwel geen aparte rubriek, en er zijn geen vaste afspraken over waar het suïciderisico genoteerd wordt, noch over het al dan niet systematisch herevalueren van het suïciderisico. In combinatie heeft dit alles verschillende gevolgen:

- Medewerkers hebben niet snel een overzicht van patiënten met een verhoogd suïciderisico.
- Er moet in verschillende notities gezocht worden of en wanneer het suïciderisico werd ingeschat, wanneer dit voor het laatst gebeurde en wat het resultaat daarvan was.
- Als het risico (bij een herevaluatie) niet verhoogd blijkt te zijn, wordt soms niets genoteerd in het dossier, waardoor het niet duidelijk is of dit al dan niet (her)bevraagd werd.
- Het is hierdoor zeer moeilijk om cijfergegevens te verzamelen over het aantal patiënten bij wie een inschatting gebeurde, wanneer dit gebeurde, of en op welke momenten al dan niet een herevaluatie gebeurde, hoeveel patiënten er zijn met een verhoogd suïciderisico ... Het is dientengevolge ook moeilijk om verbeterpunten op dit vlak te identificeren, of verbeteracties te evalueren.

Het cijfermateriaal waarover het ziekenhuis beschikt, beperkt zich dan ook hoofdzakelijk tot het aantal suïcides en suïcidepogingen.

Verbeterprojecten rond dit thema situeren zich vooral op het niveau van vorming en rond het uitwerken van een aangepast beleid.