

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	OPZC Rekem
Adres	Daalbroekstraat 106, 3621 Lanaken
Telefoon	089 22 22 22
E-mail	info@opzcrekem.be
Website	https://www.opzcrekem.be/
Erkenningsnummer	909

INRICHTENDE MACHT

Naam	OPZC Rekem
Juridische vorm	EVA (Extern Verzelfstandigd Agentschap met rechtspersoonlijkheid)
Adres	Daalbroekstraat 106, 3621 Lanaken
Telefoon	089 22 22 22

UITBATINGSPLAATS

Naam	OPZC Rekem
Adres	Daalbroekstraat 106, 3621 Lanaken

OPDRACHT

Nummer	O-2018-MAPU-0459
Datum	05/12/2018
Inspecteurs	Koenraad Fierens Veerle Meeus Lindsay Vissenaekens

VERSLAG

Nummer	V-2019-KOFI-002
Datum	17/01/2019
Datum laatste vaststelling	17/01/2019

INSPECTIEBEZOEK

Soort	Aangekondigd bezoek op 14/01/2019 van 9u tot 16u30
-------	----------------------------------------------------

INHOUDSOPGAVE

1.	Inspectiemethodiek.....	3
1.1.	Toezicht door Zorginspectie	3
1.2.	Aanleiding tot 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	8
3.	Vaststellingen.....	10
3.1.	Thema behandeling	10
3.2.	Thema vrijheidsbeperkende maatregelen – agressiebeleid	15
3.3.	Thema detectie en behandeling van suïcidaal gedrag.....	25

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 gesubsidieerd 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. TOEPASSINGSGBIEDEN 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 minimumaantal 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.

Vanaf 1/1/2019 verlopen onze inspecties en bijhorende inspectieverslagen conform de bepalingen uit het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid (B.S. 21 februari 2018). De niet-naleving van de regelgeving door actoren in de zorg of zorggebruikers wordt gedefinieerd als een "inbreuk, hieronder is ook te verstaan: non-conformiteit en tekortkoming.

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:

- Acute zorg 1
- Acute zorg 2
- Acute zorg 3
- Ouderenzorg A
- Ouderenzorg B
- Rehabilitatie

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 07/02/2019 om 10u in lokaal 0.24 van het Ellipsgebouw te Brussel.

1.6. SAMENSTELLING VAN HET INSPECTIETEAM

Koenraad Fierens	Hoofdinspecteur
Lindsay Vissenaekens	Inspecteur
Veerle Meeus	Inspecteur

1.7. INSPECTIEPLAN

Maandag 14 januari 2019						
	Koenraad Fierens		Lindsay Vissenaekens		Veerle Meeus	
9u – 9u30	Inleidend gesprek (inspectieteam – ziekenhuis)					
9u30 – 12u	Afdelingsbezoek m.b.t. thema behandeling		Afdelingsbezoeken m.b.t. thema VBM	Afdelingsbezoeken m.b.t. thema suïcidepreventie & agressiebeleid		
	11u-12u	Gesprek met verantwoordelijke(n) m.b.t. thema behandeling				
12u – 13u	Middagmaal + overleg inspecteurs					
13u – 15u	Afdelingsbezoeken m.b.t. thema behandeling		Afdelingsbezoeken m.b.t. thema VBM		13u-14u	Gesprek met verantwoordelijke(n) m.b.t. thema suïcidepreventie & agressiebeleid
			14u-15u	Gesprek met verantwoordelijke(n) 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

Administrateur-generaal	John Vanacker
Adjunct Administrateur-generaal / Algemeen directeur	Walter Vandeneede
Hoofd nursing	Kris Vaneerdewegh
Personeelsmanager	Monique Capiot
Hoofddarts	dr. Jef de Bie
Clustermanager Forensische Zorg	Kevin Pesout
Clustermanager Ouderenzorg + Acute Zorg	Linda Menten
Clustermanager Langdurige Zorg	Ingrid Goossens

2.2. ERKENNINGSSITUATIE EN MACTIGING GEDWONGEN OPNAME

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

A	a(d)	a(n)	T	t(d)	Tg	Totaal
60	13	1	109	25	80	288

+ functie ziekenhuisapotheek.

In het kader van het plaatselijke project Artikel 107 zijn 36 T-bedden (inbegrepen in bovenstaande cijfers) gedeactiveerd.

Het ziekenhuis heeft een machtiging voor gedwongen opname.

In september 2017 startte het OPZC een accrediteringstraject met NIAZ. In dit kader werd onder meer een proefaudit georganiseerd in oktober 2018. De definitieve doorlichting is voorzien eind 2019.

2.3. ORGANISATIE VAN DE ZORG

De zorg voor de psychiatrische patiënten wordt in het OPZC Rekem aangeboden in verschillende zorgeenheden, die volgens doelgroep samenkomen in vier clusters.

De clusters worden aangestuurd door een duo: beleidsarts en clustercoördinator. De clusters ouderenzorg en acute zorg hebben dezelfde clustermanager maar een verschillende beleidsarts.

De zorgeenheden (afdelingen) worden aangestuurd door een kernteam, bestaande uit een verpleegkundig leidinggevende, een afdelingsartsen en een programmacoördinator.

1) Acute zorg:

○ Acute zorg 1

Gespecialiseerde zorg eenheid voor gesloten opname en crisisbehandeling gericht op volwassenen met een acute en/of ernstige psychiatrische problematiek die intensieve observatie en begeleiding nodig hebben.

- Crisisunit
- Opname-unit

○ Acute zorg 2

- Acute zorg 2A: voortgezette behandeling van patiënten met psychotische problematiek die in mindere of meerdere mate gestabiliseerd is, al dan niet in combinatie met het gebruik van middelen;
- Acute zorg 2B: volwassen personen met een middelenprobleem.

○ Acute zorg 3

- Acute zorg 3A: diverse modules gericht op volwassenen;
- Acute zorg 3B: dagbehandeling voor volwassenen met borderline persoonlijkheidsproblemen en/of personen waarbij emotieregulatieproblemen aanwezig zijn

2) Forensische zorg:

- Forensische zorg 1: kliniekgedeelte van het forensisch cluster (bestaat uit 3 leefgroepen)
- Forensische zorg 4: afdeling voor forensische psychiatrische behandeling van volwassen mannen met een interneringsstatuut, een (licht) verstandelijke beperking en mogelijks een psychiatrische problematiek.

3) Langdurige zorg:

- Rehabilitatie
- Dagbehandeling 2

4) Ouderenzorg:

○ Ouderenzorg A

- Leefgroep 1 en 2: ouderen met een matige tot ernstige dementie die daarnaast gedrags- en/of stemmingsproblemen vertonen.

○ Ouderenzorg B

- Leefgroep 3: ouderen met een alcoholafhankelijkheid en/of het syndroom van Korsakov
- Leefgroep 4: ouderen met een psychiatrische hulpvraag

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 met in- en exclusiecriteria. Men maakt een onderscheid tussen vrijwillige opname, gedwongen opname en het forensische luik. De procedure beschrijft tevens de werkwijze voor het bed op recept. Het beleid met betrekking tot wachtlijsten is duidelijk. **(AV)**
- Voor de medewerkers op de afdelingen zijn in het uitgeschreven opnamebeleid volgende aspecten onvoldoende duidelijk aanwezig: binnen welke termijn een behandelplan dient opgemaakt en geëvalueerd te worden, hoe de patiënt betrokken dient te worden, hoe naasten betrokken dienen te worden en de minimumfrequentie inzake geplande contacten met de verschillende disciplines van het behandelteam. **(TK)**
- Het ziekenhuis heeft een uitgeschreven beleid rond (psycho)diagnostiek. **(AV)**
- Het ziekenhuis heeft geen uitgeschreven beleid rond uitkomstenmetingen. **(TK)**
Zowel ziekenhuisbreed als op afdelingsniveau worden wel resultaten gemonitord (bv. indicatoren, tevredenheidsenquêtes, OQ = Outcome Questionnaire,...). **(AV)** Niet op alle afdelingen wordt op gestructureerde wijze aan uitkomstenmetingen gedaan. De onderlinge coherentie alsook de globale visie en centrale aansturing betreffende outcome-monitoring ontbreekt. **(TK)**
- Het ziekenhuis heeft zelf geen aanbod m.b.t. ECT-behandelingen. ECT wordt aangeboden door samenwerking met een psychiatrisch ziekenhuis. **(AV)** Het OPZC Rekem kon geen formele samenwerkingsovereenkomst m.b.t. de ECT-behandelingen in het andere ziekenhuis tonen tijdens de inspectie. **(TK)**
- Het ziekenhuis heeft een ziekenhuisbrede KOPP-werking. **(AV)**

- Patiënten worden via verschillende kanalen (bv. opnamebrochure, folders, website, ombudspersoon) geïnformeerd over patiëntenrechten. **(AV)**
Het ziekenhuis beschikt over volgende procedures: klachten, vrije keuze beroepsbeoefenaar, weigeren behandeling, inzage dossier. **(AV)**
Het ziekenhuis heeft geen procedures over: “ontslag tegen medisch advies” en over “second opinion”. **(TK)**
- Men beschikt over “informed consent”-formulieren voor opname en behandeling. **(AV)**
- Er is geen ziekenhuisbrede ontslagprocedure. De ontslagprocedure werd per afdeling uitgeschreven. **(AV)**
- Er zijn geen schriftelijke afspraken over het versturen van een ontslagbrief. De termijn voor versturen en de minimale inhoudelijke vereisten worden niet expliciet omschreven. **(TK)**

3.1.3. Medewerkers

- Het ziekenhuis heeft een document dat de medische permanentie regelt; hierin staat de regeling i.v.m. een permanent oproepbare arts beschreven. **(AV)**
- 8 van de 11 artsen en 11 van de 20 psychologen volg(d)en een langdurige psychotherapeutische opleiding. **(AV)**
- Het ziekenhuis voorziet voor zijn zorgverleners voldoende intervisie / supervisie. **(AV)**
- De hoofdarts heeft geen zicht op alle gevolgde vormingen van de artsen. **(TK)**
- De continuïteit van het behandel aanbod is voldoende geregeld bij afwezigheid van therapeuten. **(AV)**

3.1.4. Middelen

- Het ziekenhuis maakt gebruik van een deels elektronisch (REGAS) en deels papieren patiëntendossier. Het patiëntendossier is toegankelijk voor alle betrokken hulpverleners. **(AV)**
De dossievoering kent heel wat verbetermogelijkheid: **(TK)**
Informatie wordt in het patiëntendossier niet steeds op dezelfde manier genoteerd. Het gebruik van het EPD verschilt van afdeling tot afdeling en binnen eenzelfde afdeling tussen verschillende zorgverleners. Soms wordt dezelfde info wel of niet genoteerd, soms op verschillende plaatsen in het dossier. Op bepaalde afdelingen zijn delen van het medische luik op papier. Door deze manier van werken loopt men het risico dat gegevens verloren geraken en kan men niet snel een overzicht bekomen op alle relevante zorginformatie m.b.t. de patiënt. Deze problematiek wordt nog meer uitgesproken in geval van een transfer tussen afdelingen.
- 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 (welke afdelingen voor welke doelgroepen er zijn, 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 (dagindeling, gang van zaken, bezoek,...), 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. **(AV)**
Enkele voorbeelden illustreren dit:
 - systematische patiëntenbevraging,
 - inzet van ervaringsdeskundigen (11 personen met vrijwilligersstatuut),
 - patiëntenraden
- Het ziekenhuis kon aantonen dat leefregels van afdelingen (de voorbije 5 jaar) door patiënten geëvalueerd werden. **(AV)**
- In het ziekenhuis zijn er enkele initiatieven om familie/naasten bij het beleid te betrekken, zoals een stakeholderoverleg waarin naast vertegenwoordigers van de organisatie vertegenwoordigers van patiënten, familie, mutualiteiten, OCMW aanwezig zijn. **(AV)**
We bevelen aan om afdelingsregels regelmatig te evalueren met familie/naasten. **(Aanb)**

Een aantal onderwerpen werden nagegaan via dossiersteekproeven:

- In 10 ingekeken 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 het medicatiegebruik voor de opname en info over somatische aandoeningen). In alle gecontroleerde dossiers werd informatie gevonden over kinderen in het gezin van de patiënt, over middelengebruik en over somatische problemen. In 9 dossiers was informatie over het medicatiegebruik voor opname aanwezig. **(AV)**
- In alle gecontroleerde dossiers was een behandelplan (minimaal omschrijving werkhypothese en doelstellingen) aanwezig. **(AV)**
- Op de gecontroleerde afdelingen is de verwachte termijn bij het opstellen van het behandelplan “binnen de maand na opname”, namelijk tijdens de eerste PB (multidisciplinaire patiëntbespreking). In 6 van de 10 dossiers werd deze streefdatum gehaald. **(AV)** In de overige dossiers waren de termijnen: 5 weken (2x), 2 maanden en >3 maanden
- Op beide gecontroleerde afdelingen is de verwachte termijn voor de eerste evaluatie van het behandelplan “6 à 8 weken”, namelijk tijdens de volgende PB. **(AV)** 6 van de 10 gecontroleerde dossiers voldeed aan deze eigen vooropgestelde termijn. In 4 dossiers kon geen evaluatie van het behandelplan gevonden worden. **(TK)**
- De multidisciplinariteit van de eerste behandelplanevaluatie kon in 4 van de 6 dossiers vastgesteld worden. **(AV)**

- De patiënt wordt systematisch betrokken bij de opmaak van zijn behandelplan. Van de 10 dossiers met een behandelplan, kon in 9 dossiers aangetoond worden dat de patiënt betrokken was bij de opmaak daarvan. **(AV)**
- Er kon onvoldoende (<75%) aangetoond worden dat de patiënt betrokken wordt bij de evaluatie van zijn behandelplan. In 2 van de 6 gecontroleerde dossiers met een evaluatie van het behandelplan kon niet aangetoond worden dat de patiënt betrokken was bij de evaluatie van het behandelplan. **(TK)**
- Er zijn systematisch notities in het patiëntendossier over contacten met een psychiater in de voorbije maand. **(AV)**
In 9 van de 10 gecontroleerde dossiers kon contact met een psycholoog aangetoond worden in de laatste maand. **(AV)** In de 5 dossiers met individuele contacten met een psycholoog in de laatste maand, werden voor alle 7 contacten notities gevonden. **(AV)**

Bijkomende opmerking:

Op de 2 gecontroleerde afdelingen zijn er, binnen het gebruikte therapeutische model, geen systematische (enkel op vraag of op indicatie) individuele sessies voorzien met de psycholoog. De psychologen geven wel frequent groepstherapie, waarbij deelname van de patiënten in 8/10 van de gecontroleerde dossiers te traceren was. Over deze groepssessies werden geen individuele inhoudelijke notities aangetroffen in de patiëntendossiers.

- Er werden in 8 van de 10 gecontroleerde dossiers actuele individuele wekschema's gevonden die een overzicht geven van de geplande behandelingen en gesprekken. **(AV)**
- Er werden in 6 van de 10 gecontroleerde dossiers gegevens van uitkomstenmonitoring gevonden. **(AV)**
- In alle 10 gecontroleerde dossiers was informatie over de huisarts te vinden (naam van de huisarts, het feit dat de patiënt geen huisarts heeft of geen toestemming geeft voor contactname met de huisarts). **(AV)**
- In 8 van de 10 gecontroleerde dossiers van patiënten met een huisarts kon aangetoond worden dat er communicatie was met de huisarts. Dossiers van patiënten die contact met de huisarts weigerden, werden niet gecontroleerd. **(AV)**
- In 8 van de 9 gecontroleerde dossiers was de voorbije maand informatie genoteerd over gesprekken met de context (familie of naasten). Dossiers van patiënten zonder familie of naasten en dossiers van patiënten die bezwaar hadden tegen contact, werden niet gecontroleerd. **(AV)**
- Er werden 10 dossiers bekeken van patiënten die minstens een week op ontslag waren. In meer dan een kwart (6 van de 10) van de dossiers kon er niet aangetoond worden dat er een ontslagbrief werd opge maakt. **(TK)**

3.1.6. Resultaten

- Het ziekenhuis verzamelt een aantal (cijfer)gegevens om de eigen processen en resultaten te bewaken. **(AV)**
 - Het ziekenhuis heeft zicht op de wachttijden voor opname op de verschillende afdelingen.
 - De laatste patiëntentevredenheidsmeting gebeurde in 2018.

- Veiligheidscultuurmeting.
- Vierjaarlijkse medewerkerstevredenheidsmeting.
- Er worden onvoldoende (cijfer)gegevens verzameld en gebruikt om een volledig zicht te verkrijgen op het eigen handelen en zo de processen en resultaten te kunnen bewaken, te evalueren en zo nodig bij te sturen. **(TK)**
 - Er bestaat geen volledig overzicht van alle cijfergegevens die in het ziekenhuis aanwezig zijn. Deze zijn meestal het resultaat van individuele acties, bijvoorbeeld op afdelingsniveau. Op die manier blijven behaalde winsten soms verborgen voor collega's en gaat heel wat knowhow en energie verloren. Ook de link naar de (strategische) doelstellingen van het ziekenhuis is vaak niet duidelijk.
 - Het ziekenhuis heeft onvoldoende zicht op de implementatie van gemaakte afspraken (uit de dossiersteekproef bleek dat sommige impliciete en expliciete verwachtingen onvoldoende worden waargemaakt in de praktijk). Het ziekenhuis heeft bijvoorbeeld geen zicht op het aandeel dossiers met behandelplan, frequentie van evaluatie van behandelplan, frequentie van multidisciplinaire patiëntenbesprekingen, aandeel patiëntbetrokkenheid bij behandelplannen, frequentie van patiëntencontacten van de verschillende teamleden, ...
 - Het ziekenhuis heeft onvoldoende cijfergegevens over (klinische) uitkomstenmonitoring. De aanwezige gegevens worden bovendien enkel op patiëntniveau benut.
 - Het ziekenhuis heeft geen zicht op het (tijdig) versturen van ontslagbrieven.
- Beschikbare (cijfer)gegevens worden benut om processen en resultaten te evalueren en verbeterpunten te detecteren. **(AV)** Voorbeelden hiervan zijn:
 - Verbetervoorstellen op basis van klachtelelementen.
 - Verbeteracties op basis van tevredenheidsmetingen bij patiënten.
 - Verbeteracties op basis van tevredenheidsmetingen bij medewerkers.
 - Verbeteracties op basis van resultaten van VIP².
 - OQ-resultaten worden gebruikt om de individuele behandeling van de patiënt te verbeteren.

3.1.7. Samenvatting

Uit de gesprekken op de werkvloer bleek dat in de praktijk soms meer gebeurt dan wat in de dossiers aantoonbaar is. Bovendien zijn elementen uit de praktijkvoering soms niet gevat in formele afspraken (zoals een procedure) of ontbreekt een coherent ziekenhuisbreed beleidsdocument (bv. visietekst). Het globale kwaliteitsbeleid van het ziekenhuis heeft nood aan meer centrale coördinatie, aansturing en ondersteuning naar het afdelingsniveau.

- De concrete verwachtingen rond de opmaak, de inhoud en de evaluatie van de behandelplannen moeten geëxpliciteerd worden.
- Het ontslagbeleid kan best ziekenhuisbreed herbekeken worden. Zo moeten onder meer de contacten met eerste lijn en verwijzers beter uitgeschreven worden, met inbegrip van de werkwijze betreffende de ontslagbrief.
- In het algemeen zijn er onvoldoende (cijfer)gegevens beschikbaar om een volledig zicht te kunnen verwerven op de eigen werking.
- Het effect van de behandelingen moet voor alle doelgroepen op aangepaste wijze geobjectiveerd worden (clinical outcome monitoring).

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, 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)**
 - Protocol beschermende maatregelen
 - Protocol afzondering
 - Protocol fixeren
 - Protocol separeren
- Volgende gezochte elementen zijn beschreven in de procedures voor afzondering/separatie: **(AV)**
 - De definitie van afzondering
 - De definitie van separatie
 - Afzondering/separatie gebeurt zo weinig mogelijk
 - Afzondering/separatie gebeurt zo kort mogelijk
 - Indicaties
 - Alternatieven voor afzondering
 - Eindverantwoordelijkheid van de arts binnen de zorgelijke voor afzondering/separatie
 - Wie mag uitvoeren?
 - Toezicht tijdens afzondering/separatie
 - Frequentie van evaluatie van de maatregel
 - Welke notities in het dossier / register
- Volgend element ontbreekt in de procedure voor separatie: **(TK)**
 - Alternatieven voor separatie
- Volgende bemerkingen kunnen gemaakt worden bij de procedures afzondering/separatie: **(TK)**
 - Volgende redenen voor separatie, verschillend van acuut en ernstig gevaar, worden vermeld in de procedure:
 - Time-out met gesloten deur: om therapeutische redenen
 - Kamertherapie met afgesloten deur: om therapeutische redenen en voor het inbouwen van rustmomenten
 - Het toezicht is onvoldoende omschreven:
 - De frequentie van toezicht/binnen gaan ontbreekt voor separatie: regelmatige controle en voldoende toezicht

- De frequentie van effectief binnen gaan tijdens afzondering is onvoldoende frequent: als de patiënt slaapt, wordt er enkel visueel gecontroleerd
- Het ziekenhuis geeft aan dat mechanische fixatie gebruikt wordt op volgende afdelingen: **(AV)**
Acute zorg 1, Ouderenzorg A, Ouderenzorg B, Forensische zorg 1a, Forensische zorg 1b, Forensische zorg 4 en Rehabilitatie.
- Mechanische fixatie wordt niet alleen tijdens afzondering toegepast, maar ook buiten de afzonderingskamer. Dit op de afdeling Ouderenzorg A en de afdeling Rehabilitatie: fixatieriemen in bed, verpleegden, voorzettafel, onrusthekkens en fixatiewant. **(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
 - Alternatieven
 - Eindverantwoordelijkheid binnen de zorgelijke voor fixatie
 - Wie mag uitvoeren
 - Toezicht: frequentie en vorm
 - Frequentie van evaluatie van de maatregel
 - Welke notities in het dossier
- Volgende bemerking kan gemaakt worden bij de procedure fixatie: **(Aanb)**
 - Medicamenteuze fixatie /dwangmedicatie ontbreekt.
- Er is geen informatie beschikbaar voor patiënten over het VBM-beleid van het ziekenhuis. **(TK)**
- Het ziekenhuis heeft specifieke informatie voor gedwongen opnames: zowel voor gedwongen opgenomen patiënten als voor hun familie geeft de brochure "van gedwongen opname tot nazorg" informatie over de procedure en hun rechten. **(AV)**
- Volgende beleidsteksten over agressiebeleid zijn uitgewerkt: **(AV)**
 - Cursus omgaan met agressie: preventie, aanpak en herstel
 - Visietekst Geweldloze (Agressie)Zorg
 - Actieplan en Campagne Dynamo
- Volgende elementen ontbreken in de beleidsteksten betreffende omgang met agressie (DYNAMO): **(TK)**
 - Uit gesprekken en de beleidsteksten blijkt dat naast het ziekenhuisbreed agressiemanagementbeleid, dat uitgewerkt is in 5 facetten, het ook van belang is dat op het niveau van de zorgeenheden een specifiek agressiebeleid wordt gevoerd. Per zorgeenheid moet men vastleggen wat als agres-

sie wordt aanzien en hoe men zowel preventief, curatief als herstelgericht tracht op te treden tegen de verschillende vormen van agressie. **(AV)** Er wordt niet beschreven hoe het ziekenhuis erover waakt en opvolgt dat het gevoerde beleid op de verschillende zorgeenheden past binnen het overkoepelende ziekenhuisbeleid.

- Er is geen richtlijn (ziekenhuisbreed of per zorgeenheid) die beschrijft bij wie, wanneer en hoe een agressierisico-inschatting moet gebeuren. Uit gesprek blijkt dat er een risico-inschatting moet gebeuren bij elke opname.
 - Er is geen richtlijn rond het documenteren en het registreren van het agressierisico in het dossier. Uit gesprek blijkt dat dit bij het veiligheidsrisicomanagement genoteerd moet worden.
 - Huisregels voor patiënten en gedragsregels voor medewerkers ontbreken in de beleidstekst betreffende omgang met agressie (bv. de afspraken i.v.m. politie-interventies).
- Binnen het agressiebeleid maken een aantal afdelingen gebruik van een crisispreventieplan, op andere afdelingen worden signaleringsplannen gebruikt. In de cursus omgaan met agressie staat vermeld: "Het signaleringsplan is een tool die helpt in de omgang met persistent storend gedrag (door de patiënt ervaren). Dit kan dan ook voor automutilatie, middelenafhankelijkheid, suicidaliteit, agressief gedrag, psychose ... uitgewerkt worden." Het signaleringsplan dat in het ziekenhuis gebruikt wordt, moet samen met de patiënt opgesteld worden en omvat de volgende aspecten: omschrijving van signalen, acties voor de patiënt, acties voor de omgeving of hulpverleners. **(AV)**
 - Op geen enkele bezochte zorgeenheid is duidelijk hoe, of op basis van welke elementen, wordt bepaald of er al dan niet een verhoogd risico op agressie bestaat. **(TK)**

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
Acute zorg 1	2	3	2
Ouderenzorg A	1	5	1
Rehabilitatie	1	3	1

- In geval van nood kan extra hulp opgeroepen worden via de noodknop op de telefoon. In dat geval komen tijdens de dag medewerkers van de naastgelegen afdelingen en tijdens de nacht de beschikbare medewerkers van alle andere afdelingen bijstand bieden. **(AV)**
- Er zijn in totaal (op alle afdelingen) steeds minstens 3 personen beschikbaar binnen 15 minuten. Er is steeds minstens 1 verpleegkundige beschikbaar. **(AV)**
- Tijdens de inscholing van nieuwe medewerkers komt omgaan met agressie en het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen aan bod (opleiding dynamisch omgaan met agressie). Alle nieuwe medewerkers die met patiënten in contact komen krijgen de tweedaagse opleiding rond VBM. **(AV)**

Er is niet bepaald om de hoeveel jaar er verwacht wordt om een vorming te volgen over omgaan met agressie of het gebruik van VBM. **(TK)**

- 59% van de verpleegkundigen volgden de voorbije 2 jaar geen opleiding rond omgaan met agressie (DYNAMO: DYNamisch Agressie en Moeilijk gedrag Opvangen). **(TK)** Daarnaast namen in 2017 alle medewerkers van de zorgeenheden deel aan de campagne DYNAMO (spiegelende poster en spel voor medewerkers om hen op een motiverende manier actief te betrekken) om medewerkers te laten ervaren en stil te laten staan bij hetgeen agressie met henzelf en hun collega's doet. **(AV)** Geen enkele arts volgde de voorbije twee jaar intern opleiding i.v.m. agressie management of het gebruik van VBM. **(TK)** Het ziekenhuis leverde geen cijfers aan voor de andere beroepsgroepen. **(TK)**
- Het ziekenhuis heeft een aanbod om personeelsleden op te vangen na ernstige incidenten: De opvang van werknemers na ernstige incidenten is een gedeelde verantwoordelijkheid tussen de verpleegkundig leidinggevende en het crisisopvangteam. Zij voorzien samen in de opvang van het betrokken personeel bij een kritiek incident volgens een uitgewerkte procedure. **(AV)**
- In 2018 vonden er 11 individuele gesprekken en 8 groepsnazorggesprekken plaats, georganiseerd door het opvangteam. **(AV)**

3.2.4. Middelen

- Er zijn 7 gesloten afdelingen: Acute Zorg 1, Ouderenzorg A, Ouderenzorg B, Forensische zorg 1a, Forensische zorg 1b, Forensische zorg 4 en Rehabilitatie. **(AV)**
- Er zijn 11 afzonderingskamers in het ziekenhuis op volgende afdelingen: **(AV)**

Naam afdeling	Aantal afzonderingskamers
Acute Zorg 1	4
Ouderenzorg A	1
Forensische zorg 1a	1
Forensische zorg 1b	2
Forensische zorg 4	2
Rehabilitatie	1

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

Naam afdeling	Aantal eenpersoonskamers	Aantal tweepersoonskamers	Aantal meerpersoonskamers (>2)	Aantal time-outkamers / comfortrooms	Andere infrastructuurle mogelijkheden
Acute zorg 1	18	1	0	2 "opnamekamers"	afgesloten tuin, ontspanningsruimte
Acute zorg 2	27	0	0	0	0
Acute zorg 3	18	1	0	0	0
Forensische zorg 1a	8	3	0	1 prikkelarme kamer	0
Forensische zorg 1b	28	3	0	2 prikkelarme kamers	0
Forensische zorg 1c	5	0	0	0	0
Forensische zorg 4	20	0	0	1 prikkelarme kamer	0
Ouderenzorg A	21	2	0	0	0
Ouderenzorg B	22	4	0	0	0
Rehabilitatie	18	2	0	0	0

- Er werden tijdens de inspectie 5 afzonderingskamers bezocht: op de afdelingen Acute zorg 1, Ouderenzorg A en Rehabilitatie (1 afzonderingskamer van afdeling Acute zorg 1 was in gebruik en werd daarom niet gecontroleerd). **(AV)**
Er werden geen infrastructuurle problemen vastgesteld in de gecontroleerde afzonderingsruimtes. **(AV)**
Op het moment van inspectie is er 1 afzonderingskamer van afdeling Acute zorg 1 buiten gebruik. **(AV)**
- Separatie gebeurt in de patiëntenkamers. 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

- Sinds 1 januari 2019 gebeurt de registratie van vrijheidsberovende maatregelen digitaal via het elektronisch patiëntendossier. Daarvoor gebeurde de registratie op papier. **(AV)**
- Er werden 12 registraties en bijhorende patiëntendossiers ingekeken van patiënten in afzondering (met een totale duur van 424u39min). **(AV)**
11 van de 12 gecontroleerde registraties bevatten alle wettelijk verplichte gegevens (identificatie van de patiënt, datum, begin- en einduur van afzondering, reden van afzondering, naam of handtekening van de verantwoordelijke arts en verpleegkundige). **(AV)** In 1 dossier was het einduur van de afzondering niet genoteerd. **(TK)**

- Er werd gekeken naar de redenen voor afzondering in de gecontroleerde dossiers:
 - De redenen voor afzondering waren in alle gecontroleerde dossiers omstandig omschreven, in het luik "omschrijving" van het register en in de observaties van het EPD. **(AV)**
 - In 9 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 3 van de 12 gecontroleerde dossiers was een andere reden dan acuut en ernstig gevaar de reden tot afzondering: dreigend gedrag, verstoren van de nachtrust, intoxicatie. **(TK)**

- Er werd gekeken naar het toezicht tijdens afzondering. Hierbij werden volgende verbeterpunten opgemerkt: **(TK)**
 - Bij 5 van de 12 afzonderingen (die langer dan 30 minuten duurden) kon niet aangetoond worden dat er minstens om de 30 minuten visueel toezicht is op de patiënt.
2 periodes zonder notities over visueel toezicht waren zelfs langer dan 60 minuten, met een maximale duur van 2 uur zonder notities over toezicht.
 - Bij 9 van de 12 afzonderingen (die langer dan 60 minuten duurden) kon niet aangetoond worden dat er minstens om de 60 minuten een medewerker binnen ging bij de patiënt in afzondering.
47 periodes zonder notities over binnengaan waren zelfs langer dan 120 minuten, met een maximale duur van 11 uur 30 min zonder notities over binnengaan. Het ging hierbij vooral om periodes tijdens de nacht.
 - 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).

- 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 4 registraties en bijhorende patiëntendossiers ingekeken van patiënten in separatie (met een totale duur van 43 u 15 min). **(AV)**
Alle gecontroleerde registraties bevatten alle wettelijk verplichte gegevens (identificatie van de patiënt, datum, begin- en einduur van separatie, reden van separatie, naam of handtekening van de verantwoordelijke arts en verpleegkundige). **(AV)**

- Er werd gekeken naar de redenen voor separatie in de gecontroleerde dossiers:
 - De redenen voor separatie waren in alle gecontroleerde dossiers omstandig omschreven. **(AV)**
 - In alle gecontroleerde dossiers (4) was een andere reden dan acuut en ernstig gevaar de reden tot separatie (betreden van andere kamers, bevorderen slaap/waakritme, intoxicatie alcohol, intoxicatie). **(TK)**

- Er werd gekeken naar het toezicht tijdens separatie:
 - Bij geen enkel van de 4 separaties (die langer dan 30 minuten duurden) kon aangetoond worden dat er minstens om de 30 minuten visueel toezicht was op de patiënt. **(TK)**
8 periodes zonder notities over visueel toezicht waren zelfs langer dan 60 minuten, met een maximale duur van 5 uur zonder notities over toezicht.

- Bij 3 van de 4 separaties (die langer dan 60 minuten duurden) kon niet aangetoond worden dat er minstens om de 60 minuten een medewerker binnen ging bij de patiënt in separatie. **(TK)**
6 periodes zonder notities over binnengaan waren zelfs langer dan 120 minuten, met een maximale duur van 5 uur zonder notities over binnen gaan.
- Het ziekenhuis geeft aan dat volgende controles gebeuren: kamer- en bagagecontrole, drugscreening. **(AV)**
- De werkwijze van volgende controle is beschreven in een procedure: **(AV)**
 - Drugscreening
- De werkwijze van volgende controles is niet beschreven in een procedure: **(TK)**
 - Kamercontrole
 - Bagagecontrole
- Om de praktijk van het agressiebeleid te toetsen, werden 17 dossiers ingekeken van patiënten die minstens een week opgenomen waren. In 5 gevallen was er geen agressierisico-inschatting bepaald. **(TK)**
Bij nazicht in dossiers bleek dat er soms iets over het risico op agressie neergeschreven wordt bij
 - het overzicht van het veiligheidsrisicomanagement (VMS melding)
 - de observaties genoteerd door verpleegkundigen
 - de notities van een opname- of een kennismakingsgesprek door een verpleegkundige
 - de notities van een arts na een opnamegesprek
 - de notities van een psycholoog.
- In 12 dossiers was er een signaleringsplan opgemaakt. Er kon aangetoond worden dat signaleringsplannen opgesteld werden samen met de patiënt en volgende aspecten bevatten: omschrijving van signalen, acties voor de patiënt en acties voor zijn omgeving of de hulpverlening. **(AV)**

3.2.6. Resultaten

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

Aantal afzonderingen	214
Aantal patiënten afgezonderd	93
Aantal afzonderingen met fixatie	147
Aantal mechanische fixaties	5841
Aantal patiënten mechanisch gefixeerd	33
Aantal agressie-incidenten	611 (inclusief PVT)
Aantal analyses van agressie-incidenten	3

- Jaarlijks worden de cijfers over afzondering en mechanische fixatie verzameld om door te geven aan de FRKVA (Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige Activiteit). Dit zijn de enige beschikbare cijfers over afzondering en fixatie. **(AV)**

- Er worden onvoldoende (cijfer)gegevens verzameld om een volledig zicht te hebben op het eigen handelen en zo de processen en resultaten te kunnen bewaken, te kunnen evalueren en zo nodig bij te sturen: **(TK)**
 - Slechts na het afsluiten van een kalenderjaar wordt een rapport opgemaakt van het aantal afzonderingen per afdeling en op ziekenhuisniveau. Het is op de afdelingen niet mogelijk om tussentijds het aantal afzonderingen op te volgen.
 - Er is een onderregistratie van separaties:
 - Niet alle separaties worden geregistreerd: bv. het afsluiten van de kamer bij kamertherapie wordt niet steeds geregistreerd.
 - Men heeft geen zicht op de reden van afzondering
 - Men heeft geen zicht op verscheidene contextfactoren, bv.:
 - Het tijdstip van afzondering:
 - uur van de dag
 - dag van de week
 - Betrokkenheid van de arts bij het besluit tot afzondering
 - Persoonlijk contact van de arts met de patiënt in afzondering
 - Geslacht van de patiënt in afzondering
 - Leeftijd van de patiënt in afzondering
 - Niet alle agressie-incidenten worden op structurele wijze (bv. via het incidentmeldsysteem) geregistreerd.

We bevelen aan om interne audits m.b.t.de kwaliteit van registraties over afzonderingen te organiseren. **(Aanb)**

- De (cijfer)gegevens rond afzondering en mechanische fixatie worden niet ten volle benut om processen en resultaten te evalueren en verbeterpunten te detecteren. **(TK)**
 - De beschikbare cijfergegevens werden het voorbije jaar onvoldoende geanalyseerd.
 - Het ziekenhuis kan niet aantonen dat de cijfers 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. **(AV)**
- De beschikbare cijfergegevens i.v.m. agressie management werden het voorbije jaar verzameld en besproken: **(AV)**
 - Op niveau van de Raad van Bestuur
 - Op niveau van de afdeling
 - Binnen een relevante werkgroep (agressie)
- Gegevens betreffende agressie-incidenten worden bekeken in Comité patiëntveiligheid, waar directie bij aanwezig is **(AV)**, maar van dit overleg wordt geen verslag gemaakt waardoor dit niet kan aangetoond worden. **(TK)**

- Het ziekenhuis kan niet aantonen (bv. a.d.h.v. beleidsplannen of jaarverslagen van de afdelingen) of er verbeteracties worden opgezet rond het thema agressie management. **(TK)**
- Er werden enkele verbeteracties opgezet rond VBM: **(AV)**
 - Er werd een leidraad afzonderen en een checklist afzonderen opgemaakt na een prospectieve risicoanalyse rond afzonderen in 2014.
 - Vanuit het beleidsrapport (door Zorginspectie) over de inspectieronde rond vrijheidsbeperkende maatregelen in de afdelingen kinderpsychiatrie werd de eigen werking geëvalueerd en werden enkele werkpunten voor het ziekenhuis weerhouden.
 - In de visietekst "Geweldloze agressiezorg" stelt men als ambitie om "tegen eind 2021 alle vrijheidsberovende maatregelen te halveren en dat alle zorgeenheden tegen 2025 fixatie en afzondingsarm zouden zijn". Men somt in deze tekst ook enkel strategieën op om hiertoe te komen.
 - In het "kwaliteitsplan 4 jarencontract" worden enkel doelstellingen beschreven voor de volgende 4 jaar.

Deze doelstellingen en strategieën dienen nog verder concreet te worden uitgewerkt in actieplannen met tijdspad en SMART geformuleerde doelstellingen en moeten nog vertaald worden naar het niveau van de afdelingen. **(Aanb)**

3.2.7. Samenvatting

De procedures rond afzonderen en separeren zijn inhoudelijk niet volledig in lijn met de richtlijnen:

- Separatie gebeurt in patiëntenkamers. Patiëntenkamers kunnen niet voldoen aan de veiligheidsverwachtingen die gesteld worden aan ruimtes voor afzondering en separatie.
- De redenen voor separatie zijn niet beperkt tot acuut en ernstig gevaar.
- De frequentie van toezicht tijdens separatie ontbreekt
- De vooropgestelde frequentie van binnen gaan 's nachts bij de patiënt in afzondering is te laag.

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

- 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.
 - Uit het dossier kan niet worden afgeleid of er frequent genoeg binnengegaan wordt in de afzondingskamer/separatieruimte.

Er worden niet voldoende cijfers verzameld en de kwaliteit van de cijfergegevens is onvoldoende voor de detectie van verbeterpunten en als evaluatie van verbeterprojecten: er is een onderregistratie van separatie, er is te weinig zicht op contextfactoren en de VBM-cijfers zijn niet up-to-date beschikbaar op de afdelingen.

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 werkte recent een nieuwe ziekenhuisbrede beleid suïcidepreventie uit. Dit beleid (eerst screening alvorens een risico-inschatting) gaat in werking vanaf half februari 2019. Momenteel krijgen medewerkers in de zorg opleidingen i.v.m. de nieuwe procedure. **(AV)**
- Het ziekenhuis beschikt over een uitgeschreven ziekenhuisbreed suïcidepreventiebeleid. **(AV)**
Dit beleid staat beschreven in het “Draaiboek suïcidepreventie” en bevat onder andere volgende documenten:
 - Beleidstekst suïcidepreventie
 - Procedures suïcidepreventie:
 - Stroomdiagram
 - Screening naar suïcidaliteit - procedure
 - Inschatten van suïcidaliteit d.m.v. een risicotaxatie - procedure
 - Richtlijnen rond aanpak acute suïcidaliteit - procedure
 - Richtlijnen rond aanpak chronische suïcidaliteit - procedure
 - Richtlijnen rond handelen bij een suïcide - procedure
 - Richtlijnen rond handelen na suïcidepoging - procedure
 - Richtlijnen rond handelen na een verdwijning van een suïcidale patiënt
 - Toelichting bij procedure suïcidepreventie: het suïcidaal proces
- Volgens de procedure suïcidepreventie van het OPZC Rekem moet: **(AV)**
 - Het suïciderisico bij elke patiënt ingeschat worden op moment van aanmelding, tijdens het intake- en opnamegesprek. Tijdens de behandelingsfase moet het suïciderisico opnieuw ingeschat worden bij

crisissituaties, bij uitingen van wanhoop, na ernstige verliezen, na ingrijpende (traumatische) gebeurtenissen, bij onverwachte veranderingen, bij gebrek aan verbetering of verslechtering van het klinisch beeld van een psychiatrische stoornis, bij plotse verbetering, niet-pluis-gevoel bij de hulpverlener, op transitie momenten in de lopende psychiatrische behandeling, na zelfbeschadigend gedrag, bij ontslag, bij medicatiewijziging.

- De arts binnen de 24u na opname een inschatting maken van de ernst van suïcidaliteit.
 - Actie ondernomen worden indien een verhoogd suïciderisico ingeschat wordt. Volgende acties zijn beschreven: contact maken, positieve werkrelatie opbouwen, naasten betrekken (mits toestemming van de patiënt), crisispreventieplan opmaken, safetyplan opmaken met patiënt, medicamenteuze interventies, psycho-educatie over omgaan met piekeren, verhoogd toezicht, bagage- en kamercontrole, uitgangstatuut verlagen,...
 - De systematische (her)evaluatie van het suïciderisico dagelijks gebeuren. Verlaging van de S-codeering dient steeds met de psychiater besproken te worden.
- Volgend aspect ontbreekt in het suïcidepreventiebeleid: **(TK)**
 - De nood aan een inhoudelijke argumentatie voor de risico-inschatting (gewogen besluitvorming uit MDR).

3.3.3. Medewerkers

- 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. In de nieuwe beleidstekst suïcidepreventie staat vermeld dat "elke nieuwe medewerker een tweedaagse vorming moet volgen en jaarlijks een herhalustraining van een halve dag."
 - Er is geen frequentie of verwachting vastgelegd van om de hoeveel jaar er van medewerkers (per beroepsgroep) wordt verwacht dat ze vorming volgen over suïcidepreventie.
 - 0,5% van de verpleegkundigen, 1% van de artsen en 10,5% van de andere zorgmedewerkers volgden de voorbije 3 jaar vorming over suïcide.

3.3.4. Middelen

- Het ziekenhuis heeft onvoldoende zicht op de risico's qua veiligheid op vlak van infrastructuur. Er gebeurde geen veiligheidsronde op de afdelingen. **(TK)**
- Medewerkers kunnen via het overzichtsscherm van het elektronisch patiëntendossier te allen tijde zien bij welke patiënten het suïciderisico al dan niet verhoogd is aan de hand van een rood vlaggetje. Op sommige afdelingen gebruikt men daarnaast ook briefingformulieren waarop het suïciderisico (cijfercode) is genoteerd. **(AV)**

3.3.5. Processen

- Er werden 12 dossiers bekeken van patiënten die minstens een maand opgenomen waren. In alle dossiers werd een suïciderisico-inschatting gevonden. **(AV)**
- In minder dan 75% (7 van de 12) gecontroleerde dossiers vonden we een eerste suïciderisico-inschatting binnen de week na opname. **(TK)**

- In minder dan 75% van de gecontroleerde dossiers (4 van de 12) vonden we naast de eerste suïciderisico-inschatting, minstens een tweede inschatting. **(TK)**
- Bij alle risico-inschattingen was deze inschatting inhoudelijk onderbouwd. **(AV)**
- In 6 van de 12 dossiers was een verhoogd risico genoteerd, waaraan in alle dossiers acties (bv. crisispreventieplan, dagboekkaart,...) gekoppeld waren. **(AV)**

3.3.6. Resultaten

- Er worden onvoldoende cijfergegevens verzameld om een volledig zicht te hebben op het eigen handelen en zo de processen en resultaten te kunnen bewaken, te kunnen evalueren en zo nodig bij te sturen. **(TK)**
Zo zijn er geen cijfers beschikbaar over het:
 - Aantal suïcides tijdens de behandeling (intramuros en extramuros)
 - Aantal patiënten met een suïcidepoging tijdens de behandeling (intramuros en extramuros)
 - Aantal patiënten met inschatting van het suïciderisico
 - Aantal patiënten met een verhoogd suïciderisico
 - Aantal patiënten onder verhoogd toezicht
- Er wordt niet van elke suïcide(poging) een uitgebreide incidentanalyse gemaakt.
- Het ziekenhuis kan aantonen dat de resultaten van de deelname aan VIP² i.v.m. suïcide (afdelingen Acute Zorg 1, 2 en 3) teruggekoppeld werden aan de Raad van bestuur. **(AV)**
- Het is onduidelijk of er verbeteracties (bv. opgelijst naar aanleiding van een Prisma-analyse) worden uitgevoerd en opgevolgd. Hierdoor is verbetering niet aantoonbaar. **(TK)**

3.3.7. Samenvatting

Het ziekenhuis is sinds enige tijd bezig met het aanpassen van het beleid inzake suïcidepreventie. De belangrijkste zaken die beleidsmatig nog moeten uitgewerkt of verankerd worden, zijn:

- Afspraken rond systematische herevaluatie van het suïciderisico, vooral bij chronische suïcidaliteit.
- Wat precies verwacht en betracht wordt inzake vorming van medewerkers.

Er is onvoldoende aandacht voor de infrastructurele risico's op alle afdelingen.

Uit de dossiercontrole bleek dat het suïciderisico steeds wordt ingeschat bij opname. Bij patiënten met een verhoogd risico worden systematisch acties ondernomen.

Naast aanpassingen aan de procedures gaat er weinig aandacht naar uitwerking en opvolging van verbeterpunten.