ZORGINSPECTIE

Departement Zorg
T 02 553 34 34
contact.zorginspectie@vlaanderen.be
www.zorginspectie.be - www.departementzorg.be

INSPECTIEVERSLAG: VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN IN ALGEMENE ZIEKENHUIZEN BIJ VOLWASSEN PSYCHIATRISCHE PATIËNTEN

ONTWERPVERSLAG

INRICHTENDE MACHT

Naam
Type entiteit
Rechtsvorm
Ondernemingsnummer
Adres

INSPECTIEPUNT

Naam
HCO-nummer
Adres
Dossiernummer

UITBATINGSPLAATS

Naam
Adres

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling
Verslagnummer
Inspecteurs

INSPECTIEBEZOEK

Naam uitbatingsplaats
Onaangekondigde inspectie op XX/XX/202X (XX:XX-XX:XX)
Gesprekspartners: er werd gesproken met o.a. directieleden, stafmedewerkers, artsen, (hoofd)verpleegkundigen, therapeuten en patiënten.

INHOUDSOPGAVE

1. Inleiding 4
1.1 Toezicht door Zorginspectie 4
1.2 Inspectiemethodiek 5
1.3 Verwachtingskader 6
1.4 Inspectieverslag 7
2. Situering en schets van de praktijk 8
2.1 Situering 8
2.2 Schets van de praktijk 8
3. Psychiatrische afdeling(en) 10
3.1 Preventief beleid 10
3.1.1 Afdelingsafspraken en -regels 10
3.1.2 Infrastructuur 12
3.1.3 Medewerkers 13
3.1.4 Vorming, training en opleiding 15
3.1.5 Patiëntgerichte zorg 17
3.2 Afzondering 20
3.2.1 Procedures 20
3.2.2 Afzonderingsruimtes 23
3.2.3 Dossiercontrole 25
3.3 Samenvatting psychiatrische afdeling(en) 29
3.3.1 Zoals verwacht 29
3.3.2 Inbreuken 30
4. Functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg 33
4.1 Preventief beleid 33
4.1.1 Medewerkers 33
4.1.2 Vorming, training en opleiding 33
4.1.3 Patiëntgerichte zorg 34
4.2 Afzondering 35
4.2.1 Procedures 35
4.2.2 Afzonderingsruimtes 37
4.2.3 Dossiercontrole 39
4.3 Samenvatting functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg 42
4.3.1 Zoals verwacht 42
4.3.2 Inbreuken 43
5. Verbeterbeleid 44

ONTWERPVERSLAG

5.1 Samenvatting verbeterbeleid 47
5.1.1 Zoals verwacht 47
5.1.2 Inbreuken 47
6. Besluit 48
6.1 Samenvatting en beoordeling 48
6.2 Advies 48

ONTWERPVERSLAG

1. INLEIDING

1.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

Situering Zorginspectie

Zorginspectie maakt deel uit van het Departement Zorg van de Vlaamse overheid en is bevoegd voor het toezicht op:

- organisaties die door het departement of door de andere agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin erkend, vergund, geattesteerd of gesubsidieerd worden;
- persoonlijke budgetten en hulpmiddelen toegekend aan personen met een handicap;
- personen of organisaties waarvan redelijkerwijze kan worden vermoed dat ze als zorgverlener, hulpverlener of voorziening optreden.

De Vlaamse overheid heeft ervoor gekozen om de inspectiefunctie te scheiden van de vergunnings-, erkennings- en subsidiëringsfunctie. De functiescheiding tussen inspecteren en rapporteren enerzijds en beslissen over de gevolgen anderzijds, maakt dat Zorginspectie haar opdracht zo objectief, onpartijdig en onafhankelijk mogelijk kan vervullen.

Wat is de opdracht van Zorginspectie?

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.

Hoe werkt Zorginspectie?

Zorginspectie voert haar inspectiebezoeken uit en stelt haar inspectieverslagen op conform de bepalingen van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid.

Bij het opstellen en het verspreiden van haar verslagen houdt Zorginspectie rekening met de privacy van alle betrokken partijen. Meer informatie over de toepasselijke regels is te vinden op de website van de Gegevensbeschermingsautoriteit: **www.gegevensbeschermingsautoriteit.be**.

Binnen 30 dagen na de laatste vaststelling in het kader van het toezicht ontvangt het inspectiepunt en (in voorkomend geval) de klachtindiener het ontwerpverslag. Daarbij wordt de mogelijkheid geboden om – gedurende een periode van 14 kalenderdagen – schriftelijk te reageren op onjuistheden in het ontwerp van het inspectieverslag. De datum van de laatste vaststelling, die wordt gedefinieerd in artikel 13 van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid, is te vinden op het voorblad van dit inspectieverslag.

De definitieve inspectieverslagen worden actief ter beschikking gesteld en zijn te vinden via **https://www.departementzorg.be/nl/inspectieverslagen-opzoeken-enof-opvragen-bij-zorginspectie**.

Meer informatie is te vinden op de website van Zorginspectie: **www.zorginspectie.be**.

ONTWERPVERSLAG

1.2 INSPECTIEMETHODIEK

In 2026-2027 wordt een inspectieronde uitgevoerd over het thema vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) bij volwassen psychiatrische patiënten in algemene ziekenhuizen.

Zorginspectie besteedt al meer dan 10 jaar aandacht aan dit maatschappelijk belangrijk onderwerp. In 2016-2017 gebeurde een inspectieronde over VBM in alle psychiatrische afdelingen voor kinderen en jongeren in algemene en psychiatrische ziekenhuizen. Het beleidsrapport over deze inspectieronde was een hefboom voor verschillende acties in de gezondheidssector, met onder meer de ontwikkeling van meerdere multidisciplinaire richtlijnen (MDR) voor VBM en een eenduidig begrippenkader voor de verschillende sectoren. De aanbevelingen uit de MDR's waren de voorbije jaren een stimulans voor een meer preventieve benadering van VBM.

Voor de psychiatrische diensten van algemene ziekenhuizen werden op basis van de Multidisciplinaire Richtlijn Afzondering en Fixatie Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) versie 2.1. specifieke eisen opgelijst in de module vrijheidsbeperkende maatregelen van het referentiekader. Het nieuw intersectoraal richtlijnenkader, dat in 2025 werd gepubliceerd, bevat geen inhoudelijke wijzigingen t.o.v. deze VBM-module van het referentiekader, zodat we hier de verwachtingen uit de VBM-module (die ook in communicaties t.a.v. de sector werden gebruikt) blijven vermelden.

Volgende doelstellingen werden voor deze inspectieronde vooropgesteld:

- een actueel zicht krijgen op de praktijk rond VBM;
- een beeld krijgen van de cultuur rond VBM (dus niet enkel over afzondering en mechanische fixatie, maar ook over de verschillende aspecten van preventie);
- kwaliteitsverbetering stimuleren op vlak van VBM.

Binnen het kader van deze inspectieronde vormt de PAAZ (Psychiatrische Afdeling van een Algemeen Ziekenhuis) de kern van de scope. Dag- en nachthospitalisatie werden hierbij buiten beschouwing gelaten. Gelet op het zorgtraject van psychiatrische patiënten dat vaak start via een spoedopname, worden naast de PAAZ ook de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg en de EPSI (Eenheid voor Psychiatrische SpoedInterventie) bezocht. Ook de spoed van ziekenhuizen zonder een PAAZ worden bezocht omdat ook hier psychiatrische patiënten terecht komen.
De inspecties gebeuren onaangekondigd.
Tijdens de inspecties worden zowel het preventief beleid, het beleid en de praktijk van afzondering (al of niet samen met mechanische fixatie) en het verbeterbeleid bekeken.

De vaststellingen in dit inspectieverslag zijn gebaseerd op inzage in documenten (bv. dossiers van patiënten, procedures, registratiegegevens), op informatie verkregen tijdens gesprekken (met patiënten van PAAZ en met medewerkers) en op observaties tijdens de rondgang. Voor elk onderwerp wordt in dialoog gegaan met medewerkers van de voorziening, enerzijds om de vaststellingen te valideren, anderzijds om aanvullende informatie te bekomen die de specifieke dagelijkse werking van deze voorziening beter in beeld kan brengen.

Als een voorziening voor een bepaald onderwerp niet aan de verwachting voldoet, wordt dit als inbreuk benoemd. Zorginspectie handelt conform de bepalingen van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid, waarbij de term 'inbreuk' wordt gebruikt voor het niet naleven van regelgeving of geformaliseerde afspraken (zoals een referentiekader).
Voor de verschillende bezochte diensten gelden, over de vastgestelde VBM-aspecten, soms andere verwachtingskaders en regelgeving. Er wordt enkel een beoordeling gekoppeld aan vaststellingen met verwachtingen die voor die diensten gelden; voor andere relevante VBM-aspecten wordt een stand van zaken gegeven (dus

ONTWERPVERSLAG

zonder beoordeling), waarvoor inspiratie gehaald wordt uit de Multidisciplinaire Richtlijn Afzondering en Fixatie GGZ versie 2.1.

Vermits een aantal factoren in de realiteit er kunnen voor zorgen dat een score van 100% niet altijd haalbaar is, wordt een inbreuk pas toegekend als een verwachting in minder dan 80% van de gecontroleerde dossiers kan aangetoond worden (m.u.v. een individueel gesprek met een psychiater in de eerste week van opname). Als de steekproef minder dan 5 items omvat, leiden de vaststellingen echter niet tot een beoordeling.

Het is de bedoeling dat het ziekenhuis concreet aan de slag gaat met alle inspectievaststellingen. De afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg (ELGEZ) van het Departement Zorg staat in voor de opvolging van deze vaststellingen.

Voor het toezicht op de kwaliteit van zorg baseert Zorginspectie zich zo veel mogelijk op objectief aantoonbare vaststellingen. Daarom vormen het zoeken van elementen in dossiers van patiënten en het nagaan van geëxpliciteerde verwachtingen een belangrijk onderdeel van de inspectie. Uit respect voor de bescherming van de privacy van de patiënt engageert Zorginspectie zich uitdrukkelijk tot het zorgvuldig omgaan met persoons- en gezondheidsgegevens.
Na alle inspecties wordt, op basis van de individuele verslagen, een beleidsrapport opgesteld dat een beeld geeft van de kwaliteit van zorg, met name over de cultuur rond VBM en de praktijk van vrijheidsberovende maatregelen (nl. afzondering en mechanische fixatie) in de bezochte ziekenhuizen.

1.3 VERWACHTINGSKADER

Binnen het zorgtraject voor psychiatrische patiënten die worden opgevangen in een algemeen ziekenhuis gelden voor de spoed, de psychiatrische afdelingen en EPSI soms verschillende verwachtingen m.b.t. VBM. Deze verwachtingen zijn verankerd in verschillende referentiekaders, richtlijnen en sectorale regelgeving. Volgend verwachtingskader wordt gehanteerd:

- Wetgeving:
    - De ziekenhuiswetgeving met o.a. de erkenningsnormen voor A-diensten en de functie gespecialiseerde spoedgevallen
    - Het kwaliteitsdecreet: Decreet over de kwaliteit van zorg in het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
    - Het Europees verdrag voor de rechten van de mens
    - Omzendbrief minister Weckx dd. 24 oktober 1990
- Referentiekaders:
    - Het generiek eisenkader dat geldt voor alle afdelingen binnen een algemeen ziekenhuis
    - Het eisenkader voor het internistisch zorgtraject over de functie gespecialiseerde spoedgevallen: Internistisch eisenkader spoed en MUG
    - De module vrijheidsbeperkende maatregelen voor psychiatrische ziekenhuizen en de A- en K-diensten van algemene ziekenhuizen: Module VBM van referentiekader PZ en A- en K-diensten AZ
- Multidisciplinaire Richtlijn:
    - De preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen. Een multidisciplinaire richtlijn met zicht op de toekomst versie 2.1.: Wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen en onderzoek | Departement Zorg

Het uitgangspunt van de MDR is dat afzondering en fixatie niet worden toegepast, tenzij als allerlaatste optie in situaties met ernstig en acuut gevaar. In die uitzonderlijke situaties wordt aanbevolen o.m. volgende principes toe te passen: proportionaliteit en subsidiariteit, kortstondigheid, veiligheid, privacy, menswaardigheid.

ONTWERPVERSLAG

Zoals hierboven (zie 1.2) werd aangegeven, wordt de werking van elke dienst getoetst aan de verwachtingen die voor die dienst gelden.
Omdat voor de PAAZ de specifieke module vrijheidsbeperkende maatregelen van toepassing is, is het aantal vaststellingen waaraan Zorginspectie een beoordeling ('zoals verwacht' of 'inbreuk') kan koppelen, groter dan voor spoedgevallendiensten (want hier geldt deze specifieke VBM-module niet).
De EPSI worden op dezelfde manier beoordeeld als de andere psychiatrische verblijfsafdelingen.

Tijdens deze inspectieronde worden volgende intersectorale definities m.b.t. VBM van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin gehanteerd (versie december 2024): intersectorale definities VBM.

- **Afzondering** is het verblijf van een persoon in een daartoe speciaal voorziene individuele afzonderingsruimte, hetzij in een ander lokaal voor één persoon, welke de persoon niet zelfstandig kan verlaten. Als de patiënt het lokaal wel zelfstandig kan verlaten is er geen sprake van afzondering.
- Een **afzonderingskamer** is een specifieke, veilig ingerichte hoogbeveiligde ruimte, welke de persoon niet zelfstandig kan verlaten.
- **Mechanische fixatie** is het aanwenden van mechanische hulpmiddelen bevestigd aan of in de directe omgeving van de persoon, welke niet zelfstandig door de persoon kunnen verwijderd worden.
  Hulpmiddelen voor het ondersteunen of corrigeren van de fysieke houding van de persoon bevestigd aan of in de directe omgeving van de persoon, en die niet zelfstandig door de persoon kan verwijderd worden, worden niet beschouwd als mechanische fixatie tenzij deze hulpmiddelen buiten hun oorspronkelijke doelstelling gebruikt worden.
- **Comfortroom**: een ruimte voor de-escalatie, ingericht als een rustgevende omgeving door gebruik te maken van aangename, rustgevende materialen en zintuiglijke prikkels. De patiënt moet een comfortroom altijd op zelfstandige wijze kunnen verlaten.

1.4 INSPECTIEVERSLAG

Na dit eerste inleidende hoofdstuk volgt in het tweede hoofdstuk een situering met de relevante erkenningen en een opsomming van de bezochte diensten. Daarna worden de inhoudelijke vaststellingen per bezochte dienst (PAAZ met eventueel EPSI en spoed) in aparte hoofdstukken weergegeven.

De vaststellingen zijn telkens ingedeeld volgens drie thematische hoofdstukken: preventief beleid, afzondering en verbeterbeleid. In elk hoofdstuk worden de vaststellingen voorafgegaan door de betreffende verwachtingen en door een beschrijving van de gevolgde werkwijze om tot de vaststellingen te komen. Elk hoofdstuk eindigt met een samenvatting van de vaststellingen waaraan een verwachting is gekoppeld: een vaststelling die aan de verwachting voldoet wordt als 'zoals verwacht' beoordeeld, terwijl een vaststelling die niet aan de verwachting voldoet als een 'inbreuk' wordt gecatalogeerd.

Het verslag wordt afgesloten met een algemeen besluit. Hierin wordt een samenvatting en beoordeling gegeven van alle vaststellingen waaraan een verwachting is gekoppeld, het aantal 'zoals verwacht' en het aantal 'inbreuken'. Tenslotte volgt een advies van Zorginspectie aan zowel de voorziening als de afdeling ELGEZ.

ONTWERPVERSLAG

2. SITUERING EN SCHETS VAN DE PRAKTIJK

2.1 SITUERING

Ziekenhuis [xx] heeft [xx] campussen

- op campus [xx] is er een/geen PAAZ, EPSI, spoed;
- op campus [xx] is er een/geen PAAZ, EPSI, spoed;
- …

De inspectie vond plaats op campus [xx].

Op deze campus heeft het ziekenhuis volgende erkenning(en) vanuit de Vlaamse overheid die relevant zijn voor deze inspectieronde:

- functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg (hierna spoed genoemd)
- A-bedden: [xx]
- a (d) plaatsen: [xx]
- a (n) plaatsen: [xx]

Tijdens de inspectie werd een bezoek gebracht aan

- de spoed
- de EPSI ([xx] bedden)
- volgende psychiatrische verblijfsafdelingen:

	Aantal opgestelde A-bedden	Doelgroep
Naam afdeling		
EPSI		

2.2 SCHETS VAN DE PRAKTIJK

Werkwijze

Er werd nagevraagd of afzondering en/of mechanische fixatie worden toegepast bij patiënten opgenomen op de verschillende bezochte afdelingen. Indien mechanische fixatie tijdens afzondering wordt toegepast werd nagegaan welk fixatiemateriaal kan gebruikt worden.

Vaststellingen

Uit gesprek blijkt dat afzondering kan worden toegepast bij patiënten van volgende afdeling(en):

Toepassing afzondering bij patiënten van	**Naam afdeling**	**EPSI**	**spoed**
Afzondering is mogelijk	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Datum meest recente afzondering	/ /	/ /	/ /
Afzondering werd in de voorbije 2 jaar toegepast	ja / nee	ja / nee	ja / nee

ONTWERPVERSLAG

Ruimte gebruikt voor afzondering	**Naam afdeling**	**EPSI**	**spoed**
Afzonderingskamer op de afdeling	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Aantal afzonderingskamers			
Afzonderingskamer op andere afdeling	ja / nee	ja / nee	ja / nee
In patiëntenkamer / patiëntenbox	ja / nee	ja / nee	ja / nee
In andere ruimte op de afdeling	ja / nee	ja / nee	ja / nee

Uit gesprek blijkt dat mechanische fixatie kan worden toegepast bij patiënten van volgende afdeling(en):

Toepassing mechanische fixatie bij patiënten van	**Naam afdeling**	**EPSI**	**spoed**
Mechanische fixatie werd in de voorbije 2 jaar toegepast (ongeacht de indicatie)	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Datum meest recente mechanische fixatie tijdens afzondering	/ /	/ /	/ /
Mechanische fixatie werd in de voorbije 2 jaar toegepast tijdens afzondering	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Afzondering gebeurt altijd in combinatie met mechanische fixatie	ja / nee	ja / nee	ja / nee

Tijdens deze inspectieronde werd enkel mechanische fixatie tijdens afzondering verder bekeken.

Fixatiemateriaal (dat gebruikt kan worden tijdens afzondering)	**Naam afdeling**	**EPSI**	**spoed**
polsbanden	ja / nee	ja / nee	ja / nee
enkelbanden	ja / nee	ja / nee	ja / nee
lendengordel / Zweedse gordel	ja / nee	ja / nee	ja / nee
andere:	[xx]	[xx]	[xx]

ONTWERPVERSLAG

3. PSYCHIATRISCHE AFDELING(EN)

3.1 PREVENTIEF BELEID

Binnen het hoofd stuk preventief beleid worden een aantal aspecten bekeken die mogelijk een invloed hebben op de VBM-praktijk:

- Afdelingsafspraken en -regels: transparantie en informeren van patiënten
- Infrastructuur: mogelijkheden qua de-escalatie
- Bestaffing en vorming, training en opleiding: voldoende en opgeleid personeel
- Patiëntgerichte zorg: zorg op maat, het betrekken van patiënt en naasten

De voorbije jaren was er een cultuuromslag in de geestelijke gezondheidszorg waarbij steeds meer wordt ingezet op de preventie van vrijheidsbeperkende maatregelen.

3.1.1 Afdelingsafspraken en -regels

Verwachtingen uit decreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen

Artikel 5 § 2. Het kwaliteitsmanagementsysteem is nodig voor de vaststelling en uitwerking van het kwaliteitsbeleid en de kwaliteitsdoelstellingen en om die doelstellingen vervolgens te bereiken. Het systeem bestaat uit de organisatorische structuur, bevoegdheden, verantwoordelijkheden, procedures en processen.

Verwachtingen uit referentiekader

(Leef)regels zijn doordacht. Ze zorgen ervoor dat het dagdagelijkse beleid duidelijk is voor de zorgvrager. Algemeen geldende regels worden tot een minimum beperkt, en waar mogelijk wordt ingezet op individuele afspraken.
Licht bij opname de zorggebruiker en zijn vertegenwoordiger en (mits toestemming van de zorggebruiker) zijn naasten in over de algemene regels en individuele afspraken die van toepassing zijn. Ga hierbij in dialoog.
Informeer de zorggebruiker en desgevallend hun wettelijk vertegenwoordiger en naasten, mits afstemming met de zorggebruiker, over de relevante toepassingen van vrijheidsberovende maatregelen die in de voorziening kunnen toegepast worden op basis van het profiel en de risico's van de zorggebruiker. De vorm en de inhoud van de informatie is verkrijgbaar op twee leesbaarheidsniveau 's: 1) normaal leesniveau (12-jarige) en 2) aangepast leesniveau voor kinderen en personen met een verstandelijke beperking.
Communiceer naar de zorggebruiker dat afzonderen en fixeren enkel zal gebruikt worden als beschermende veiligheidsmaatregel, indien er zich een zeer gevaarlijke situatie zou voordoen en er geen andere opties overblijven.

Aanbevelingen uit MDR

Licht bij opname de zorggebruiker en/of zijn vertegenwoordiger, alsook zijn naasten in over de algemene regels en individuele afspraken die van toepassing zijn. Ga in dialoog, licht toe wat de rationale van de afspraken en regels zijn.
Formuleer de regels steeds helder en begrijpbaar. Houd hierbij rekening met de ontwikkelingsleeftijd en de cognitieve mogelijkheden van de zorggebruiker.

Werkwijze

Medewerkers en patiënten werden bevraagd over de geldende afdelingsafspraken en -regels, de mogelijke controles en de informatie die hierover wordt gegeven.
Indien er controles gebeuren werden de procedures opgevraagd.
Lichaamscontrole betreft een controle met uitkleden of fysieke aanraking op of onder de kledij.

ONTWERPVERSLAG

Vaststellingen

Bezoek is mogelijk op volgende momenten:

	Naam afdeling	EPSI
Maandag		
Dinsdag		
Woensdag		
Donderdag		
Vrijdag		
Zaterdag		
Zondag		

Uit gesprek met medewerkers en inzage van documenten blijkt dat patiënten worden geïnformeerd over

	Naam afdeling	EPSI
afdelingsafspraken en -regels	mondeling / schriftelijk / mondeling en schriftelijk / patiënten worden niet geïnformeerd	mondeling / schriftelijk / mondeling en schriftelijk / patiënten worden niet geïnformeerd
de mogelijke toepassing van afzondering	mondeling / schriftelijk / mondeling en schriftelijk / patiënten worden niet geïnformeerd / n.v.t.	mondeling / schriftelijk / mondeling en schriftelijk / patiënten worden niet geïnformeerd / n.v.t.

[xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat ze een opnamebrochure hebben ontvangen. [xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat ze geen opnamebrochure hebben ontvangen. [xx] van de [xx] bevraagde patiënten weet niet of ze een opnamebrochure hebben ontvangen.
[xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat ze van de medewerkers voldoende informatie kregen over welke afdelingsafspraken en -regels er zijn op de afdeling. [xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat ze van de medewerkers onvoldoende informatie kregen over welke afdelingsafspraken en -regels er zijn op de afdeling. [xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat ze begrijpen waarom de afdelingsafspraken en -regels gelden op de afdeling. [xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat ze niet begrijpen waarom de afdelingsafspraken en -regels gelden op de afdeling.

Uit gesprek met medewerkers en inzage van documenten blijkt dat volgende controles kunnen gebeuren bij patiënten:

	Naam afdeling	EPSI
lichaamscontrole *(op andere momenten dan bij afzondering)*	ja/nee	ja/nee
werkwijze is beschreven in een procedure	ja/nee	ja/nee
kamercontrole	ja/nee	ja/nee
werkwijze is beschreven in een procedure	ja/nee	ja/nee

ONTWERPVERSLAG

bagagecontrole	ja/nee	ja/nee
werkwijze is beschreven in een procedure	ja/nee	ja/nee
postcontrole	ja/nee	ja/nee
werkwijze is beschreven in een procedure	ja/nee	ja/nee
alcohol- en/of drugscreening	ja/nee	ja/nee
werkwijze is beschreven in een procedure	ja/nee	ja/nee
controle van de surfgeschiedenis	ja/nee	ja/nee
werkwijze is beschreven in een procedure	ja/nee	ja/nee

Uit gesprek met medewerkers en inzage van documenten blijkt dat patiënten op volgende manier informatie krijgen over:

	Naam afdeling	**EPSI**
lichaamscontrole *(op andere momenten dan bij afzondering)*	mondeling en/of schriftelijk / geen informatie	
kamercontrole		
bagagecontrole		
postcontrole		
alcohol- en/of drugscreening		
controle van de surfgeschiedenis		

[xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat ze van de medewerkers informatie hebben gekregen over welke controles er op de afdeling kunnen gebeuren. [xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat ze geen informatie hebben gekregen van de medewerkers over welke controles op de afdeling kunnen gebeuren.

3.1.2 Infrastructuur

Verwachtingen uit referentiekader

In geval van nieuwbouwprojecten wordt er op elke afdeling een infrastructurele de-escalatiemogelijkheid voorzien (bv. comfortroom).
De voorziening ontwikkelt en implementeert alternatieven voor afzondering en fixatie, alsook preventieve middelen voor escalatie, agressie, afzondering en fixatie.

Werkwijze

Het aantal patiëntenkamers werd in kaart gebracht, evenals de ruimtes en alternatieve materialen die gebruikt kunnen worden voor een gefaseerde aanpak van agitatie.

Vaststellingen

	Naam afdeling	**EPSI**
Aantal eenpersoonskamers		
Aantal tweepersoonskamers		
Aantal meerpersoonskamers		

ONTWERPVERSLAG

Patiënten kunnen de kamer (niet) zelf sluiten van binnenuit.

De afdeling(en) kan/kunnen (op de eigen afdeling) gebruik maken van volgende infrastructurele mogelijkheden voor een gefaseerde aanpak van agitatie zonder gesloten deur:

	Naam afdeling	**EPSI**
buitenruimte	ja / nee	ja / nee
sportruimte	ja / nee	ja / nee
ontspanningsruimte	ja / nee	ja / nee
comfortroom	ja / nee	ja / nee
ruimte met mogelijkheid tot rooming-in	ja / nee	ja / nee
andere:	[xx]	[xx]

De afdeling(en) kan/kunnen gebruik maken van volgende alternatieve materialen voor een gefaseerde aanpak van agitatie.

Gebruik van alternatieve materialen	**Naam afdeling**	**EPSI**
wikkeldeken (ter preventie van mechanische fixatie)	ja / nee	ja / nee
verzwaringsdeken (prikkelreductie)	ja / nee	ja / nee
dwaaldetectie	ja / nee	ja / nee
andere	[xx]	[xx]

3.1.3 Medewerkers

Verwachtingen uit wet op de ziekenhuizen

Het team dat bestendig voor de verpleging en het toezicht moet instaan omvat, per 30 zieken:
a) voor de dag- en nachtdiensten: 11 personen, waarvan 6 verplegers, bij voorkeur psychiatrische verplegers; van de 5 overige personeelsleden dienen er ten minste 2 in het bezit te zijn van een diploma van verpleger, arbeidstherapeut, opvoeder of psychologisch assistent of van een brevet van verpleger of verpleegassistent; de overige 3 moeten in het bezit zijn van een brevet van gezins- en sanitaire hulp of een opleiding hebben genoten die is aangepast aan de noodwendigheden van de dienst; gedurende de nacht moeten ten minste twee personen, onder wie een verpleger, de wachtdienst verzekeren.

Verwachtingen uit generiek eisenkader

Er is per afdeling permanent een gegradueerde of gebrevetteerde verpleegkundige of een bachelor in de verpleegkunde gewaarborgd actief (excl. de hoofdverpleegkundige). Vanaf 31 erkende en geëxploiteerde bedden op de afdeling is er op de afdeling permanent een tweede gegradueerde of gebrevetteerde verpleegkundige of een bachelor in de verpleegkunde gewaarborgd actief.

ONTWERPVERSLAG

Aanbevelingen uit MDR

Betrek meerdere standpunten en disciplines in de ontwikkeling, implementatie, evaluatie en bijsturing van het preventiebeleid: betrek zowel medewerkers, ervaringsdeskundigen, als de huidige zorggebruikers en hun naasten.

Werkwijze

Het uurrooster van de nachtpermanentie voor de voorbije twee weken werd ingekeken. Daarnaast werd bevraagd hoeveel bedden er op deze afdelingen opgesteld waren. De nachtbestaffing en de minimale verpleegkundige permanentie werd gecontroleerd.

Voor de voorbije nachtdienst werd per afdeling ook de verhouding aanwezige patiënten/zorgmedewerkers (= patient/staff ratio) en de verhouding aanwezige patiënten/verpleegkundigen (= patient/nurse ratio) berekend. Tot slot werd bevraagd of de afdeling beroep kan doen op een ervaringsdeskundige.

Vaststellingen

	Naam afdeling	**EPSI**
Tijdens de nacht kunnen nieuwe patiënten worden opgenomen volgens het opnamebeleid van de afdeling.	ja/nee	

	Naam afdeling	**EPSI**
Aantal zorgmedewerkers dat op weekdagen tijdens de nachtdienst standaard wordt ingeroosterd		
Aantal zorgmedewerkers dat op weekenddagen tijdens de nachtdienst standaard wordt ingeroosterd		

	Naam afdeling	**EPSI**
Aantal opgestelde bedden		
Minimum vereist aantal verpleegkundigen om de verpleegkundige permanentie te waarborgen (1 verpleegkundige / 30 opgestelde bedden)		
Aantal nachten gecontroleerd		
Aantal nachten met verpleegkundige permanentie in orde		

ONTWERPVERSLAG

	Naam afdeling	EPSI
Aantal nachten gecontroleerd		
Aantal nachten met minstens 2 zorgmedewerkers		

Er kan tijdens de nacht (niet) steeds iemand opgeroepen worden in geval van acute situaties (agressie-incident, afzondering, opname…). Men kan extra hulp roepen via [xx].

Patient/staff- en patient/nurse-ratio tijdens de nacht voor inspectie

	Naam afdeling	EPSI
Aantal aanwezige patiënten		
Aantal aanwezige zorgmedewerkers		
Patient/staff-ratio	X/y = z	X/y = z

	Naam afdeling	EPSI
Aantal aanwezige patiënten		
Aantal aanwezige verpleegkundigen		
Patient/nurse-ratio	X/y = z	X/y = z

De afdeling(en) kan/kunnen (geen) beroep doen op ervaringsdeskundigen. Deze worden betrokken op volgende manier: [xx]

3.1.4 Vorming, training en opleiding

Verwachtingen uit generiek eisenkader

Er gebeurt een registratie van de gevolgde opleidingen per personeelslid.

Verwachtingen uit referentiekader

Het zorgpersoneel neemt binnen het jaar na aanwerving deel aan een vorming inzake preventie van agressie, de-escalatie van situaties en/of agressiehantering
Het zorgpersoneel volgt om de twee jaar een opfrissingsmoment inzake preventie van agressie, de-escalatie van situaties en/of agressiehantering.
Enkel personeel dat grondig is opgeleid omtrent het veilig, respectvol en humaan toepassen van afzonderen en fixeren, voert de afzondering, fixatie of fysieke interventie uit.
Het zorgpersoneel van de afdeling oefent minstens 1 maal per jaar op het correct gebruik van elke fixatie-maatregel die op de afdeling wordt toegepast.
Alle medewerkers zijn gesensibiliseerd en geïnformeerd over het belang van het streven naar een zo oordeelkundig, humaan en kort mogelijk toepassen van afzondering en fixatie en werden geïnformeerd over de wijze waarop dit doel bereikt kan worden.
De artsen (exclusief de artsen die enkel instaan voor somatische zorg) volgen om de 4 jaar minimum 4 uur vorming m.b.t. de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen (de-escalerende technieken, preventie van en omgang met agressie, acute ingrijpmedicatie,…).

ONTWERPVERSLAG

Werkwijze

Voor alle zorgmedewerkers werkzaam op de bezochte afdeling(en) werd gecontroleerd of kon worden aangetoond dat zij in de voorbije twee jaar een opleiding agressiepreventie, de-escalatie of agressiehantering hebben gevolgd.
Indien mechanische fixatie tijdens afzondering op de afdeling wordt toegepast, werd gecontroleerd of kon worden aangetoond dat alle verpleegkundigen van de afdeling(en) in het voorbije jaar een opleiding over de toepassing van mechanische fixatie hebben gevolgd.
Ten slotte werd gecontroleerd of kon worden aangetoond dat elke psychiater werkzaam op de afdeling(en) in de voorbije vier jaar een opleiding rond de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen had gevolgd.

Vastellingen

Opleiding agressiepreventie/de-escalatie/agressiehantering in de voorbije 2 jaar	**Naam afdeling**	**EPSI**	Totaal
Aantal gecontroleerde verpleegkundigen			
waarvan met opleiding			
Aantal gecontroleerde andere zorgmedewerkers			
waarvan met opleiding			
Totaal aantal gecontroleerde zorgmedewerkers			
waarvan met opleiding			

Opleiding toepassen van mechanische fixatie in het voorbije jaar	**Naam afdeling**	**EPSI**	Totaal
Aantal gecontroleerde verpleegkundigen			
waarvan met opleiding			

Opleiding toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen in de voorbije 4 jaar	**Naam afdeling**	**EPSI**	Totaal
Aantal gecontroleerde psychiaters			
waarvan met opleiding			

ONTWERPVERSLAG

3.1.5 Patiëntgerichte zorg

Verwachtingen uit wet op de ziekenhuizen

Dagelijks zal de arts zijn ziekenbezoek afleggen.

Verwachtingen uit generiek eisenkader

Het behandelende team informeert (minimaal mondeling) en betrekt de patiënt (of zijn vertrouwenspersoon of zijn vertegenwoordiger) en zijn omgeving familie/context ten laatste bij de planning van de behandeling over zijn opname, evaluatie, revalidatie en ontslag:

- reden voor de behandeling
- het behandelplan
- de uitvoer van de behandeling
- het verwachte resultaat
- de mogelijke complicaties, risico's en problemen
- alternatieve behandelopties
- herstelperiode en nazorg
- de financiële implicaties

Ze informeren bovendien over de mogelijke gevolgen ingeval van weigering of intrekking van de behandeling, en andere door de patiënt of de beroepsbeoefenaar relevant geachte verduidelijkingen.

Het verpleegkundig luik van het dossier bevat:
1° verpleegkundige anamnese met informatie over allergie, thuismedicatie, contactgegevens en alle elementen die de leefgewoonten van de patiënt weergeven, inclusief sociale anamnese en kenmerken van de patiënt (invaliditeit, etniciteit, taalkennis, woonsituatie, voedingsgewoontes, mantelzorg, vervoersmogelijkheden,..).

Verwachtingen uit referentiekader

Na opname op de afdeling, gebeurt er, van zodra een gesprek mogelijk is, een grondige risicotaxatie met betrekking tot het thema agressie. De vorm en werkwijze worden afgestemd op de zorggebruiker (cfr. Crisis, verhoogde emotionaliteit, cognitieve mogelijkheden, ontwikkelingsniveau). De risicotaxatie heeft in het bijzonder aandacht voor: mogelijke negatieve belevingen van zorg in het verleden, trauma's, huidige stressoren en emotie regulerende vaardigheden.
Voer op regelmatige momenten en systematisch risico-inschattingen uit d.m.v. een gestructureerd klinisch oordeel en/of een gevalideerd instrument. Voorzie gepaste actie waar nodig met neerslag in het patiëntendossier.
Betrek, (uitz. indien zorggebruiker dit niet wil) bij de opname en gedurende het verdere verloop van de behandeling, ook de context van de zorggebruiker, voor het inschatten van de kwetsbaarheden en eventuele risico's.

Werkwijze

Op de bezochte afdelingen werden de afspraken m.b.t. de risico-inschatting op agressie en de minimale frequentie van individuele gesprekken met een psychiater bevraagd.
Daarnaast werd in de patiëntendossiers nagegaan of informatie werd gevonden over:

- notities over een individueel gesprek met een psychiater
- een risico-inschatting op agressie
- een contactpersoon
- (een gesprek met) de context

Op PAAZ werden deze items gezocht in dossiers van patiënten die minstens 7 dagen opgenomen waren op de afdeling, op EPSI werd dit gezocht in dossiers van patiënten die minstens 24 uur opgenomen waren op de afdeling.
Op de PAAZ werden patiënten bevraagd over een aantal aspecten van de zorg.

ONTWERPVERSLAG

Vaststellingen

Op de afdeling(en) gebeurt er een/geen risico-inschatting op agressie bij opname. [xx]

De afdeling(en) heeft/hebben een/geen specifieke plaats in het patiëntendossier waar het risico op agressie genoteerd wordt.

Uit gesprek met medewerkers blijkt dat

	Naam afdeling	**EPSI**
De minimale frequentie van een gesprek tussen de patiënt en een psychiater is		
Er is steeds een gesprek van een psychiater met de patiënt bij opname	ja / nee	ja / nee
Er is steeds een gesprek van een psychiater met de patiënt bij ontslag	ja / nee	ja / nee

Volgende vaststellingen werden gedaan bij de dossiercontrole op de bezochte afdeling(en):

	Naam afdeling
Aantal gecontroleerde dossiers	
Aantal met notities over een individueel gesprek tussen een psychiater en de patiënt	
Aantal met notities over een individueel gesprek tussen een psychiater en de patiënt in de eerste week van opname	
Aantal met een risico-inschatting op agressie	
Aantal met informatie over een contactpersoon van de patiënt tijdens opname	
Aantal met informatie over de context van de patiënt	
Aantal met notities over een gesprek met de context	
Aantal waarbij het betrekken van de context niet van toepassing is (weigering, niet aangewezen en/of geen context)	

ONTWERPVERSLAG

	EPSI
Aantal gecontroleerde dossiers	
Aantal met notities over een individueel gesprek tussen een psychiater en de patiënt	
Aantal met een risico-inschatting op agressie	
Aantal met informatie over een contactpersoon van de patiënt tijdens opname	
Aantal met informatie over de context van de patiënt	

[xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat ze terecht kunnen bij iemand van het zorgpersoneel met vragen of bezorgdheden. [xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat ze niet terecht kunnen bij iemand van het zorgpersoneel met vragen of bezorgdheden. [xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat ze niet weten of ze bij iemand terecht kunnen met vragen of bezorgdheden.

[xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat er ‘s nachts iemand beschikbaar is bij nood aan een gesprek. [xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat er ‘s nachts niet altijd iemand beschikbaar is bij nood aan een gesprek. [xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat ze niet weten of er ‘s nachts iemand beschikbaar is bij nood aan een gesprek.

[xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat ze, indien ze dit wensen, een gesprek kunnen hebben met een psychiater. [xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat ze niet steeds een gesprek kunnen hebben met een psychiater indien ze dit wensen. [xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat ze niet weten of ze een gesprek kunnen hebben met een psychiater indien ze dit wensen.

[xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat ze, indien ze dit wensen, een gesprek kunnen hebben met de psycholoog. [xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat ze niet steeds een gesprek kunnen hebben met de psycholoog indien ze dit wensen. [xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat ze niet weten of ze een gesprek kunnen hebben met de psycholoog indien ze dit wensen.

[xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat ze een vertrouwenspersoon kunnen meenemen naar een gesprek. [xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat ze geen vertrouwenspersoon kunnen meenemen naar een gesprek. [xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat ze geen vertrouwenspersoon hebben of geen willen meenemen. [xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat ze niet weten of ze een vertrouwenspersoon kunnen meenemen naar een gesprek.

[xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat hun naasten werden betrokken tijdens de opname. [xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat hun naasten niet werden betrokken tijdens de opname. [xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat ze geen naasten hebben of ze niet willen betrekken tijdens de opname. [xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat ze niet weten of hun naasten werden betrokken tijdens de opname.

[xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat ze voldoende informatie over hun behandeling kregen. [xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat ze onvoldoende informatie over hun behandeling kregen.

[xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat ze inspraak hadden in de keuze rond de behandeling. [xx] van de [xx] bevraagde patiënten geven aan dat ze geen inspraak hadden in de keuze rond de behandeling.

ONTWERPVERSLAG

3.2 AFZONDERING

Dit hoofdstuk gaat in op het beleid en de praktijk van afzondering (al of niet toegepast met mechanische fixatie). Het bevat de vaststellingen over een aantal belangrijke aspecten in de procedures en/of visieteksten over afzondering, over de infrastructuur van de afzonderingsruimtes (nl. alle ruimtes die met gesloten deur worden gebruikt, ongeacht de naam die het ziekenhuis hiervoor gebruikt) en over de dossiersteekproef die gebeurde over patiënten die in afzondering verbleven.

3.2.1 Procedures

Verwachting uit het Europees verdrag voor de rechten van de mens

Artikel 3: Verbod van foltering: Niemand mag worden onderworpen aan folteringen of aan onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen.
Artikel 5: Eenieder heeft recht op vrijheid en veiligheid van zijn persoon. Vrijheidsontneming mag alleen in specifieke gevallen en via een wettelijke procedure.

Verwachtingen uit referentiekader

Er zijn procedures voor de toepassing van vrijheidsberovende maatregelen. Deze procedures zijn gedetailleerd en helder uitgeschreven en voldoen aan de hieronder omschreven verwachtingen.
Vrijheidsberovende maatregelen worden enkel gebruikt als zeer uitzonderlijke veiligheidsmaatregel, in geval van een ernstig en acuut gevaar voor de fysieke en/of psychische integriteit van de zorggebruiker of andere personen, voor zover alternatieven niet (langer) volstaan.
Vrijheidsberovende maatregelen worden niet gebruikt omwille van een andere reden dan ernstig en acuut gevaar (bv. als middel van machtsvertoon, een straf of sanctie, omwille van een tekort aan personeel, als behandeling, als pedagogische maatregel).
Afzondering en mechanische fixatie worden niet uitgevoerd als standaardprocedure (bv. bij een gedwongen opname, bij start opname of bij positieve drugtest)
Na het beëindigen van de maatregel wordt er, van zodra de zorggebruiker ertoe in staat is, een nabespreking met de zorggebruiker en desgevallend zijn vertegenwoordiger uitgevoerd. Betrek een andere naaste voor zover de zorggebruiker dit wenst.
Het initiëren van een afzondering gebeurt door minstens 2 personeelsleden, waarvan minstens 1 verpleegkundige die de verantwoordelijkheid draagt.
Zowel voor afzondering als voor mechanische fixatie: Het verhoogd toezicht gebeurt minstens om de 30 minuten. Toezicht in fysieke aanwezigheid gebeurt minstens om het uur. Bij het afwijken van deze frequentie wordt de motivering in het dossier beschreven.
De maximale tijdsduur van afzondering is in regel 24 uur. Na 24 uur kan een afzondering enkel gecontinueerd worden na overleg met een zorgpersoneelslid (voor algemene ziekenhuizen betreft dit een personeelslid van een andere afdeling met een psychiatrische opleiding) die niet tot de eigen afdeling behoort. Neerslag van dit overleg in het patiëntendossier.

Respecteer zoveel mogelijk de waardigheid, veiligheid en privacy van de zorggebruiker tijdens en na het toepassen van de maatregel en hanteer een open en respectvolle communicatie:

- Zorg ervoor dat de zorggebruiker maximaal en zo autonoom mogelijk kan voldoen aan zijn noden en basisbehoeften zoals dorst, honger, persoonlijke hygiëne en toiletbehoeften;
- Zorg ervoor dat de zorggebruiker, wanneer hij dit wenst, in contact kan treden met derden (waaronder zijn naasten);
- Gebruik steeds veilige technieken voor het uitvoeren van de maatregel;
- Indien gebruik wordt gemaakt van een camera, wordt er geen herkenbaar beeldmateriaal opgeslagen van omkleden, toiletgebruik en handelingen voor hygiëne;

ONTWERPVERSLAG

- Zorg dat de zorggebruiker steeds gekleed is. Ga niet standaard over tot het ontnemen van de eigen kledij en/of kledingaccessoires. Doe dit enkel op specifieke indicatie van zeer ernstig gevaar van de fysieke integriteit van de zorggebruiker;
- Respecteer bij het omkleden naar scheurvrije kledij en bij controle gevaarlijke voorwerpen zoveel mogelijk de waardigheid en privacy van de zorggebruiker. Omkleden gebeurt waar mogelijk onder toezicht van een hulpverlener van hetzelfde geslacht.

Het type maatregel en de te volgen techniek wordt gekozen volgens het principe van proportionaliteit en subsidiariteit:

- De mate van dwang en de ernst van de maatregel zijn in verhouding met het gevaar:
    - Kies de minst ingrijpende maatregel, met de minste impact op de autonomie en psychische en fysieke integriteit van de zorggebruiker.
    - Vermijd het gelijktijdig toepassen van meerdere vormen van dwang. Dit kan enkel als laatste redmiddel in uiterst uitzonderlijke en uiterst gevaarlijke situaties overwogen worden.

Werkwijze

Er werd nagegaan of de afdeling beschikt over een procedure voor afzondering en mechanische fixatie tijdens afzondering (indien dit van toepassing is).
Er werd gevraagd om aan te tonen dat in de procedure(s) een aantal vereisten uit het referentiekader zijn beschreven.

Vaststellingen

Zoals in de schets van de praktijk (zie hoofdstuk 2.2) werd beschreven

- kan afzondering worden toegepast bij patiënten van de afdeling(en): [xx].
  Mechanische fixatie kan worden / wordt niet toegepast in combinatie met afzondering bij patiënten van deze afdeling(en): [xx]
- wordt afzondering niet toegepast bij patiënten van de afdeling(en) [xx].

Hierbij zijn volgende procedures/visieteksten van toepassing:

Procedures/visieteksten	versie-/revisiedatum	van toepassing op
[Naam procedure]		[xx]
[Naam procedure]		[xx]

Procedure [xx] beschrijft [xx].

ONTWERPVERSLAG

De procedure [xx] bevat volgende gecontroleerde elementen die verwacht worden volgens het referentiekader:

- De indicatie is beperkt tot onmiddellijk gevaar voor zichzelf of voor anderen.
- De uitvoering moet gebeuren door minstens 2 personeelsleden, waarvan minstens 1 verpleegkundige die de verantwoordelijkheid draagt.
- Afspraken over contactmogelijkheden met derden en naasten tijdens afzondering.
- Het verhoogd toezicht gebeurt minstens om de 30 minuten.
- Toezicht in fysieke aanwezigheid gebeurt minstens om het uur.
- Na 24 uur kan een afzondering enkel gecontinueerd worden na overleg met een zorgpersoneelslid die niet tot de eigen afdeling behoort.
- Er vindt een nabespreking plaats van de maatregel met de patiënt.
- De indicaties voor omkleden zijn beperkt tot zeer ernstig gevaar voor de fysieke integriteit van de patiënt.
- De afspraken over controle op gevaarlijke voorwerpen houden rekening met de waardigheid, veiligheid en privacy van de patiënt.
- De patiënt kan zo maximaal en autonoom mogelijk voldoen aan zijn toiletbehoeften.

In de procedure [xx] ontbreken volgende gecontroleerde elementen die verwacht worden volgens het referentiekader:

- De indicatie is beperkt tot onmiddellijk gevaar voor zichzelf of voor anderen.
- De uitvoering moet gebeuren door minstens 2 personeelsleden, waarvan minstens 1 verpleegkundige die de verantwoordelijkheid draagt.
- Afspraken over contactmogelijkheden met derden en naasten tijdens afzondering.
- Het verhoogd toezicht gebeurt minstens om de 30 minuten.
- Toezicht in fysieke aanwezigheid gebeurt minstens om het uur.
- Na 24 uur kan een afzondering enkel gecontinueerd worden na overleg met een zorgpersoneelslid die niet tot de eigen afdeling behoort.
- Er vindt een nabespreking plaats van de maatregel met de patiënt.
- De indicaties voor omkleden zijn beperkt tot zeer ernstig gevaar voor de fysieke integriteit van de patiënt.
- De afspraken over controle op gevaarlijke voorwerpen houden rekening met de waardigheid, veiligheid en privacy van de patiënt.
- De patiënt kan zo maximaal en autonoom mogelijk voldoen aan zijn toiletbehoeften.

In de procedure [xx] zijn volgende elementen niet in lijn met de verwachtingen in het referentiekader:

- Volgende indicaties worden vermeld die niet aanvaardbaar zijn:
  - Als standaardprocedure
  - Bij materiaalvernietiging
  - Als preventieve maatregel
  - Als sanctie of als therapeutische maatregel
  - Andere: [xx]
- De uitvoering moet niet minstens door 2 personeelsleden gebeuren, waarvan minstens 1 verpleegkundige.
- Contact met derden en naasten tijdens afzondering is niet mogelijk.
- De minimale frequentie van het verhoogd toezicht is lager dan verwacht (de verwachting is minstens om de 30 minuten).
- De minimale frequentie van het toezicht in fysieke aanwezigheid is lager dan verwacht (de verwachting is minstens om de 60 minuten).

ONTWERPVERSLAG

- Afzonderingen kunnen langer dan 24u duren zonder overleg met een zorgpersoneelslid die niet tot de eigen afdeling behoort.
- Er vindt geen nabespreking plaats van de maatregel met de patiënt.
- Elke patiënt moet zich uitkleden of omkleden in veiligheidskledij voor afzondering.
- Bij elke patiënt gebeurt er lichaamscontrole voor afzondering, die niet beperkt is tot het oppervlakkig bevoelen van de kledij. / In de procedure staat het woord 'lichaamscontrole' of 'fouille' en er wordt niet uitgelegd wat dit concreet inhoudt.
- De patiënt kan niet zo maximaal en autonoom mogelijk voldoen aan zijn toiletbehoeften.

3.2.2 Afzonderingsruimtes

Verwachtingen uit referentiekader

Voorzie bij het gebruik van afzondering een afzonderingsruimte die specifiek hiertoe ontworpen is en enkel hiervoor gebruikt wordt.

De afzonderingskamer dient een veilige en rustgevende omgeving te bieden en voldoet aan de volgende vereisten:

- De afzonderingskamer bevindt zich op een plaats die vlot bereikbaar is, vlot toezicht mogelijk maakt en maximale privacy biedt;
- er zijn sanitaire voorzieningen aanwezig, via een sas of in de onmiddellijke nabijheid van de afzonderingskamer;
- er zijn oriëntatiemogelijkheden: voorzie mogelijkheden voor lichtinval (daglicht) en een klok (die ook zichtbaar is voor gefixeerde zorggebruikers);
- er zijn verduistermogelijkheden;
- het raam kan niet open als iemand gebruik maakt van de afzonderingskamer en er is geen inkijk;
- de geluidsisolatie in de afzonderingskamer is dusdanig uitgevoerd zodat geluidshinder in de overige verblijfruimten voldoende wordt tegengegaan;
- de afzonderingskamer is voldoende groot zodat er 2 personeelsleden aanwezig kunnen zijn bij de verzorging van de zorggebruiker;
- de deuren zijn brandveilig, de afzonderingskamer bevat een systeem van branddetectie;
- de afzonderingskamer is voorzien van een bereikbaar oproepsysteem (ook voor de gefixeerde zorggebruiker);
- indien er een bed is, is het veilig: verankerd in de grond, brandvrije matras en scheurvast linnen;
- een zorggebruiker kan de vaste inrichting en voorwerpen niet gebruiken om zich te verwonden, het personeel te bedreigen of de infrastructuur te beschadigen;
- de vloeren, wanden en plafonds in de afzonderingskamer worden vlak uitgevoerd zodat zij geen uitstekende delen bevatten waaraan de zorggebruiker zich kan verwonden of hem houvast kan bieden;
- er is een visuele observatiemogelijkheid in de afzonderingskamer: kijkraam en/of camera;
- de deur kan van binnenuit niet geblokkeerd worden;
- bij brand moeten de deuren uit het slot vallen en van binnenuit geopend kunnen worden.

Streef naar live toezicht, in de plaats van het gebruik van een camera. Indien gebruik wordt gemaakt van een camera, wordt voldaan aan volgende vereisten:

- De camerabewaking van de afzonderingskamer bestrijkt de hele kamer;
- er wordt geen herkenbaar beeldmateriaal opgeslagen van omkleden, gebruik van toilet, handelingen voor hygiëne;
- de toezichtsmonitor van de camera dient zo geplaatst te zijn dat de zorggebruikers of bezoekers het scherm niet kunnen zien.

ONTWERPVERSLAG

Zorg ervoor dat de zorggebruiker, wanneer hij dit wenst, in contact kan treden met derden (waaronder zijn naasten).

Werkwijze

Er werd op elke afdeling bevraagd in welke ruimtes patiënten afgezonderd kunnen worden:

- Alle afzonderingskamers van de geïnspecteerde afdelingen werden gecontroleerd.
- Indien er op de bezochte afdelingen nog andere ruimtes dan de afzonderingskamer(s) worden gebruikt om patiënten af te zonderen, werden deze ruimtes eveneens gecontroleerd.
- Op afdelingen die gebruik maken van een patiëntenkamer om een patiënt af te zonderen, werd er één patiëntenkamer gecontroleerd.

In de afzonderingsruimtes werden een aantal belangrijke aspecten van veiligheid, privacy en comfort bekeken.

Op sommige afdelingen wordt tijdens een afzondering in het kader van graduele afbouw van maatregelen de deur van het sas naar de afzonderingsruimte opengelaten. Hoewel dit mogelijk veiligheidsrisico's kan inhouden werd de veiligheid van het sas van de afzonderingsruimte niet beoordeeld door Zorginspectie omdat de afwegingen tussen autonomie en veiligheid die daarbij gebeuren niet beoordeeld kunnen worden.

Vaststellingen

Voor de patiënten van de afdelingen kan gebruik gemaakt worden van volgende afzonderingskamer(s):

	Naam afdeling	**EPSI**
Aantal afzonderingskamers op de eigen afdeling		
Aantal afzonderingskamers op de spoed (*)		
Aantal afzonderingskamers op [xx]		

(*) De vaststellingen omtrent de infrastructuur van deze ruimte(s) komen aan bod in hoofdstuk 4.2.2.

Naast de afzonderingskamers zijn er volgende andere ruimtes die soms met gesloten deur gebruikt worden: [xx].

In de gecontroleerde afzonderingsruimte(s) werden volgende vaststellingen gedaan:

	[naam ruimte]	**[naam ruimte]**	**[naam ruimte]**	**[naam ruimte]**
Locatie / ligging	[xx]	[xx]	[xx]	[xx]
Sas aanwezig	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee

Veiligheid				
Visuele observatiemogelijkheid	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Auditief toezicht	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Branddetectie aanwezig	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Matras aanwezig	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Brandvrije matras	ja / nee / n.v.t.	ja / nee / n.v.t.	ja / nee / n.v.t.	ja / nee / n.v.t.
Verankerd bed	ja / nee / n.v.t.	ja / nee / n.v.t.	ja / nee / n.v.t.	ja / nee / n.v.t.

ONTWERPVERSLAG

Scheurvrij linnen	ja / nee / n.v.t.	ja / nee / n.v.t.	ja / nee / n.v.t.	ja / nee / n.v.t.
Oproepsysteem aanwezig	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Oproepsysteem is altijd bereikbaar	ja / nee / n.v.t.	ja / nee / n.v.t.	ja / nee / n.v.t.	ja / nee / n.v.t.
Deur draait naar buiten open	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Veilig inzake kwetsen, automutilatie en verhanging	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee

Comfort				
Klok zichtbaar	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Daglicht	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Verduistermogelijkheden	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Toilet in de kamer of sas	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Oppervlakte	[xx] m²	[xx] m²	[xx] m²	[xx] m²
Communicatie van medewerker naar patiënt is mogelijk vanop afstand *(bv. intercom)*	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee

Privacy				
Geen inkijk door onbevoegden **via het raam**	in orde / niet in orde	in orde / niet in orde	in orde / niet in orde	in orde / niet in orde
Geen inkijk door onbevoegden **via de monitor**	in orde / niet in orde	In orde / niet in orde	In orde / niet in orde	In orde / niet in orde

De weg naar [xx] van de [xx] afzonderingsruimtes (die door de patiënten van de PAAZ/EPSI worden gebruikt) is veilig voor patiënt en medewerker en houdt rekening met de privacy van de patiënt.

3.2.3 Dossiercontrole

Verwachtingen uit omzendbrief Weckx

Er dient bij elke maatregel tot afzondering een registratieformulier ingevuld te worden.
Dit formulier wordt na afloop van de maatregel bewaard in een daarvoor speciaal voorzien register.

Verwachtingen uit referentiekader

Alle vrijheidsberovende maatregelen (afzonderingen, mechanische fixaties en fysieke interventies) worden geregistreerd.
Noteer in het patiëntendossier het volgende, voor alle soorten maatregelen:

- Het type maatregel (en in uitzonderlijke gevallen een eventuele combinatie van maatregelen);
- Onder welke omstandigheden, de aanleiding/reden, uitgeprobeerde alternatieven;
- Het tijdstip van begin en einde;
- Naam en handtekening van de arts die de maatregel heeft opgestart of bevestigd;
- Naam en handtekening van de verantwoordelijk verpleegkundige;
- Eventuele verwondingen bij de zorggebruiker;
- Tijdstippen van en observaties tijdens het toezicht;

ONTWERPVERSLAG

- Mate van toestemming van de zorggebruiker;
- Extra toegediende medicatie en dwangmedicatie;
- Verslaggeving van de nabespreking;
- Communicatie naar naasten toe en de gemaakte afspraken mits toestemming van de zorggebruiker.

Het verhoogd toezicht gebeurt minstens om de 30 minuten. Toezicht in fysieke aanwezigheid gebeurt minstens om het uur. Bij het afwijken van deze frequentie wordt de motivering in het dossier beschreven.
Na het beëindigen van de maatregel wordt er, van zodra de zorggebruiker ertoe in staat is, een nabespreking met de zorggebruiker en desgevallend zijn vertegenwoordiger uitgevoerd. Betrek een andere naaste voor zover de zorggebruiker dit wenst.
Overwegen en beslissen tot afzondering of fixatie gebeurt door een arts in overleg met andere leden van het behandelteam, nadat de arts de zorggebruiker heeft onderzocht. Indien dit niet tijdig realiseerbaar is, wordt de beslissing genomen door verpleegkundigen in onderling overleg. In deze situaties dient de arts de afzondering of fixatie (telefonisch) te bevestigen binnen het uur na aanvang van de maatregel.
Het type maatregel en de te volgen techniek wordt gekozen volgens het principe van proportionaliteit en subsidiariteit:
a) De mate van dwang en de ernst van de maatregel zijn in verhouding met het gevaar:

- Kies de minst ingrijpende maatregel, met de minste impact op de autonomie en psychische en fysieke integriteit van de zorggebruiker
- Vermijd het gelijktijdig toepassen van meerdere vormen van dwang. Dit kan enkel als laatste redmiddel in uiterst uitzonderlijke en uiterst gevaarlijke situaties overwogen worden.

De tijdsduur van fixatie die in regel gerespecteerd dient te worden, en zoveel mogelijk ingekort wordt: in regel niet langer dan 15 minuten.
De maximale tijdsduur van afzondering/mechanische fixatie is in regel 24 uur. Na 24 uur kan een afzondering/ mechanische fixatie enkel gecontinueerd worden na overleg met een zorgpersoneelslid die niet tot de eigen afdeling behoort (voor algemene ziekenhuizen betreft dit een personeelslid van een andere afdeling met een psychiatrische opleiding). Neerslag van dit overleg in het patiëntendossier.

Aanbevelingen uit MDR

Voer bij een persoon die afgezonderd werd minstens elke 15 minuten observaties uit in zijn fysieke aanwezigheid (dus bijvoorbeeld niet via een camera of door een raampje van de deur), tenzij de fysieke aanwezigheid het verhoogde de-escalerend effect van de afzondering in de weg staat. Indien de observaties niet elke 15 minuten konden plaatsvinden, worden de redenen hiervoor telkens geregistreerd.

Werkwijze

Er werd een dossiersteekproef uitgevoerd van patiënten bij wie afzondering werd toegepast, waarbij werd nagegaan of de maatregel duidelijk en volledig was gedocumenteerd, met betrekking tot verantwoordelijkheid, motivering, betrokkenheid van de arts, toezicht, duur en nabespreking met de patiënt.

Vaststellingen

Er is een/geen afzonderingsregister. Alle/Niet alle afzonderingen (en mechanische fixaties tijdens afzondering) worden genoteerd in dit afzonderingsregister.

ONTWERPVERSLAG

In de dossiersteekproef van patiënten waarbij afzondering werd toegepast werden volgende vaststellingen gedaan:

Aantal gecontroleerde dossiers van afzondering	
Aantal met start afzondering (uur en datum) vermeld	
Aantal met einde afzondering (uur en datum) vermeld	
Aantal met vermelding naam verantwoordelijke verpleegkundige	
Aantal met vermelding naam verantwoordelijke arts	
Aantal met persoonlijk contact arts met patiënt tijdens afzondering	
Aantal met een verslag van de aanleiding/motivering van de afzondering	
Aantal met informatie over mate van toestemming over de afzondering van de patiënt	
Aantal met verslag van de nabespreking van de afzondering met de patiënt	
Aantal waarbij nabespreking met de patiënt niet mogelijk was	
Aantal afzonderingen met mechanische fixatie	
Aantal afzonderingen langer dan 24u	
Aantal langer dan 24u met teamoverleg met collega van andere afdeling	

Verhoogd toezicht

Aantal gecontroleerde dossiers van afzondering	
Aantal dossiers waarin minstens elk half uur toezicht werd geregistreerd met notities	
Aantal dossiers met overschrijdingen in toezicht van meer dan een half uur	
Aantal dossiers met maximale overschrijding 40 - 60 minuten	
Aantal dossiers met maximale overschrijding van meer dan 1u tot 2 uur	
Aantal dossiers met maximale overschrijding van meer dan 2u tot 4 uur	
Aantal dossiers met maximale overschrijding van meer dan 4 uur	

Toezicht met persoonlijk contact

Aantal gecontroleerde dossiers van afzondering	
Aantal dossiers met elk uur (notities over) persoonlijk contact	
Aantal dossiers zonder elk uur persoonlijk contact maar met telkens motivering *(waarbij "slaapt" geen motivering is)*	
Aantal dossiers waarbij niet elk uur werd binnengegaan en zonder telkens een motivering	
Aantal dossiers met maximale overschrijding van meer dan 1u tot 2 uur	
Aantal dossiers met maximale overschrijding van meer dan 2u tot 4 uur	
Aantal dossiers met maximale overschrijding van meer dan 4 uur	

ONTWERPVERSLAG

Aantal dossiers waarbij alle notities tijdens de maximale overschrijding “slaapt” bevatten	
Aantal dossiers waarbij niet alle notities tijdens de maximale overschrijding “slaapt” bevatten	
Aantal dossiers waarbij geen enkele notitie tijdens de maximale overschrijding “slaapt” bevat	

ONTWERPVERSLAG

3.3 SAMENVATTING PSYCHIATRISCHE AFDELING(EN)

In dit overzicht worden enkel de vaststellingen weergegeven waaraan een verwachting is gekoppeld met een beoordeling ‘zoals verwacht’ of ‘inbreuk’.

3.3.1 Zoals verwacht

3.3.1.1 Preventief beleid

Afdelingsafspraken en -regels

- De werkwijze van alle controles die op de afdeling(en) gebeuren, zijn uitgeschreven in procedures.

Infrastructuur

Er worden geen vaststellingen beoordeeld onder het luik ‘Preventief beleid – Infrastructuur’.

Medewerkers

- De verpleegkundige permanentie was in orde voor de gecontroleerde nachten.

Vorming, training en opleiding

- Alle gecontroleerde zorgmedewerkers volgden in de voorbije twee jaar een opleiding agressie-preventie/de-escalatie/agressiehantering.
- Alle gecontroleerde verpleegkundigen volgden in het voorbije jaar een opleiding toepassen van mechanische fixatie.
- Alle gecontroleerde artsen volgden in de voorbije vier jaar een opleiding toepassen van vrijheids-beperkende maatregelen.

Patiëntgerichte zorg (dit werd enkel berekend voor dossiers van PAAZ)

- In alle gecontroleerde dossiers was er in de eerste week van opname een individueel gesprek tussen een psychiater en de patiënt.
- In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers werd informatie over een contactpersoon van de patiënt tijdens opname gevonden.
- In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers werd informatie over de context van de patiënt gevonden.

3.3.1.2 Afzondering

Procedures

- Er is een procedure voor afzondering.
- De procedure over afzondering is voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de verwachtingen uit het referentiekader.

Afzonderingsruimtes

- De gecontroleerde afzonderingsruimte voldoet aan de vereiste criteria over veiligheid.
- De gecontroleerde afzonderingsruimte voldoet aan de vereiste criteria over privacy.
- De weg naar de gecontroleerde afzonderingsruimte is veilig voor patiënt en medewerker en houdt rekening met de privacy van de patiënt.

Dossiercontrole

- Er is een afzonderingsregister.
- In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers werd de start van de afzondering (datum en uur) vermeld.
- In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers werd het einde van de afzondering (datum en uur) vermeld.

ONTWERPVERSLAG

- In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers over afzondering werd de naam van de verantwoordelijke arts vermeld.
- In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers over afzondering werd de naam van de verantwoordelijke verpleegkundige vermeld.
- In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers over afzondering was er een verslag van de aanleiding/ motivering.
- In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers over afzondering werd er informatie over de mate van toestemming vermeld.
- In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers over afzondering was er elk half uur toezicht met notities over de toestand van de patiënt.
- In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers over afzondering was er een verslag van de nabespreking met de patiënt.
- Uit gesprek met medewerkers en uit de dossiercontrole blijkt dat afzondering niet altijd gepaard gaat met mechanische fixatie.

3.3.2 Inbreuken

3.3.2.1 Preventief beleid

Afdelingsafspraken en -regels

- Niet voor alle controles die op de afdeling gebeuren, is de werkwijze uitgeschreven in een procedure: [xx].

Infrastructuur

Er worden geen vaststellingen beoordeeld onder het luik 'Preventief beleid – Infrastructuur'.

Medewerkers

- De verpleegkundige permanentie was niet in orde voor de gecontroleerde nachten:
  - Op afdeling [xx] was geen verpleegkundige aanwezig tijdens de nachtdienst.
  - Op afdeling [xx] was er maar één verpleegkundige voor meer dan 30 opgestelde bedden tijdens de nachtdienst.

Vorming, training en opleiding

- Niet alle gecontroleerde zorgmedewerkers volgden in de voorbije twee jaar een opleiding agressiepreventie/de-escalatie/agressiehantering.
- Niet alle gecontroleerde verpleegkundigen volgden in het voorbije jaar een opleiding toepassen van mechanische fixatie.
- Niet alle gecontroleerde artsen volgden in de voorbije vier jaar een opleiding toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Patiëntgerichte zorg (dit werd enkel berekend voor dossiers van PAAZ)

- Niet in alle gecontroleerde dossiers was er in de eerste week van opname een individueel gesprek tussen een psychiater en de patiënt.
- In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd informatie over een contactpersoon van de patiënt tijdens opname gevonden.
- In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd informatie over de context van de patiënt gevonden.

ONTWERPVERSLAG

3.3.2.2 Afzondering

Procedures

- Er is geen procedure voor afzondering terwijl er volgens het VBM-beleid afzondering kan worden toegepast, er een afzonderingskamer is of de meest recente afzondering minder dan 6 maanden geleden is.
- In de procedure wordt geen afzondering in een andere ruimte dan de afzonderingskamer beschreven, hoewel dit wel gebeurt. / De procedure afzondering is niet voor alle gecontroleerde elementen in lijn met de verwachtingen uit het referentiekader.
    - Volgende elementen ontbreken in de procedure:
        - De indicatie is beperkt tot onmiddellijk gevaar voor zichzelf of voor anderen.
        - De uitvoering moet gebeuren door minstens 2 personeelsleden, waarvan minstens 1 verpleegkundige die de verantwoordelijkheid draagt.
        - Afspraken over contactmogelijkheden met derden en naasten tijdens afzondering.
        - Het verhoogd toezicht gebeurt minstens om de 30 minuten.
        - Toezicht in fysieke aanwezigheid gebeurt minstens om het uur.
        - Na 24 uur kan een afzondering enkel gecontinueerd worden na overleg met een zorgpersoneelslid die niet tot de eigen afdeling behoort.
        - Er vindt een nabespreking plaats van de maatregel met de patiënt.
        - De indicaties voor omkleden zijn beperkt tot zeer ernstig gevaar voor de fysieke integriteit van de patiënt.
        - De afspraken over controle op gevaarlijke voorwerpen houden rekening met de waardigheid, veiligheid en privacy van de patiënt.
        - De patiënt kan zo maximaal en autonoom mogelijk voldoen aan zijn toiletbehoeften.
    - Volgende indicaties worden vermeld, anders dan de indicatie onmiddellijk gevaar voor zichzelf of voor anderen:
        - Als standaardprocedure
        - Bij materiaalvernietiging
        - Als preventieve maatregel
        - Als sanctie of als therapeutische maatregel
        - Andere: [xx]
    - De uitvoering moet niet minstens door 2 personeelsleden gebeuren, waarvan minstens 1 verpleegkundige.
    - Contact met derden en naasten tijdens afzondering is niet mogelijk.
    - De minimale frequentie van het verhoogd toezicht is lager dan 30 minuten.
    - De minimale frequentie van het toezicht in fysieke aanwezigheid is lager dan 60 minuten.
    - Afzonderingen kunnen langer dan 24u duren zonder overleg met een zorgpersoneelslid die niet tot de eigen afdeling behoort.
    - Er vindt geen nabespreking plaats van de maatregel met de patiënt.
    - Elke patiënt moet zich uitkleden of omkleden in veiligheidskledij voor afzondering.
    - Bij elke patiënt gebeurt er lichaamscontrole voor afzondering, die niet beperkt is tot het oppervlakkig bevoelen van de kledij. / In de procedure staat het woord ‘lichaamscontrole’ of ‘fouille’ en er wordt niet uitgelegd wat dit concreet inhoudt.
    - De patiënt kan niet zo maximaal en autonoom mogelijk voldoen aan zijn toiletbehoeften.

Afzonderingsruimtes

- De gecontroleerde afzonderingsruimte voldoet niet aan alle vereiste criteria over veiligheid:
    - de gecontroleerde afzonderingsruimte is niet in orde qua visuele observatiemogelijkheid.
    - de gecontroleerde afzonderingsruimte is niet in orde qua branddetectie.

ONTWERPVERSLAG

  - de gecontroleerde afzonderingsruimte is niet in orde qua brandvrije matras.
  - de gecontroleerde afzonderingsruimte is niet in orde qua verankerd bed.
  - de gecontroleerde afzonderingsruimte is niet in orde qua scheurvrij linnen.
  - de gecontroleerde afzonderingsruimte is niet in orde qua bereikbaar oproepsysteem.
  - de gecontroleerde afzonderingsruimte is niet in orde qua blokkeerbaarheid deur.
  - de gecontroleerde afzonderingsruimte heeft risico's inzake kwetsen/automutilatie/ verhanging.
- De gecontroleerde afzonderingsruimte voldoet niet aan alle vereiste criteria over privacy (inkijk door onbevoegden via raam en/of via monitor).
- De weg naar de gecontroleerde afzonderingsruimte is niet veilig voor patiënt en medewerker en/of houdt geen rekening met de privacy van de patiënt.

Dossiercontrole

- Er is geen afzonderingsregister.
- In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd de start van de afzondering (datum en uur) vermeld.
- In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd het einde van de afzondering (datum en uur) vermeld.
- In < 80% van de gecontroleerde dossiers over afzondering werd de naam van de verantwoordelijke arts vermeld.
- In < 80% van de gecontroleerde dossiers over afzondering werd de naam van de verantwoordelijke verpleegkundige vermeld.
- In < 80% van de gecontroleerde dossiers over afzondering was er een verslag van de aanleiding/ motivering .
- In < 80% van de gecontroleerde dossiers over afzondering werd informatie over mate van toestemming vermeld.
- In < 80% van de gecontroleerde dossiers over afzondering was er elk half uur toezicht met notities over de toestand van de patiënt .
- In < 80% van de gecontroleerde dossiers over afzondering was er een verslag van de nabespreking met de patiënt.
- Uit gesprek met medewerkers en uit de dossiercontrole blijkt dat elke afzondering gepaard gaat met mechanische fixatie.

ONTWERPVERSLAG

4. FUNCTIE GESPECIALISEERDE SPOEDGEVALLENZORG

4.1 PREVENTIEF BELEID

4.1.1 Medewerkers

Verwachtingen uit eisenkader functies spoed en MUG

Er is een protocol m.b.t. de veiligheidsmaatregelen die gelden voor patiënten en personeel.

Een geneesheer-specialist in psychiatrie of neuropsychiatrie is oproepbaar en beschikbaar. De tijdsspanne waarbinnen deze arts de patiënt op spoed moet kunnen zien is vastgelegd in het medisch reglement.

Werkwijze

Tijdens de inspectie werd enerzijds de oproepbaarheid van andere medewerkers bij acute situaties en anderzijds de oproepbaarheid van een psychiater nagegaan, alsook de schriftelijke afspraken die er zijn over de duur waarbinnen de psychiater na de oproep ter plaatse moet zijn.

Vaststellingen

Er kan (niet) steeds iemand opgeroepen worden in geval van acute situaties (agressie-incident, afzondering, opname…). Men kan extra hulp roepen via [xx].

Er is een/geen psychiater 24u/24u oproepbaar.
Het is (niet) formeel vastgelegd dat de oproepbare psychiater binnen de kortst mogelijke tijd na de oproep ter plaatse moet zijn. De kortst mogelijke tijd tussen oproep en aankomst oproepbare psychiater is (niet) concreet vastgelegd. Het aantal minuten waarbinnen de psychiater na oproep ter plaatse moet zijn is [xx] minuten.

4.1.2 Vorming, training en opleiding

Verwachtingen uit generiek eisenkader

Er gebeurt een registratie van de gevolgde opleidingen per personeelslid.

Verwachtingen uit eisenkader functies spoed en MUG

Personeelsleden weten hoe ze met agressie moeten omgaan.

Werkwijze

Bij een steekproef van verpleegkundigen en onthaalmedewerkers werkzaam op de spoed werd gecontroleerd of kon worden aangetoond dat zij in de voorbije twee jaar een opleiding inzake agressiepreventie, de-escalatie of agressiehantering hadden gevolgd.
Indien mechanische fixatie tijdens afzondering op de spoed wordt toegepast, werd gecontroleerd of kon worden aangetoond dat deze verpleegkundigen in het voorbije jaar een opleiding over de toepassing van mechanische fixatie hadden gevolgd.
Ten slotte werd bij een steekproef van spoedartsen gecontroleerd of kon worden aangetoond dat zij in de voorbije vier jaar een opleiding rond de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen hadden gevolgd.

ONTWERPVERSLAG

Vaststellingen

Opleiding agressiepreventie/de-escalatie/agressiehantering in de voorbije 2 jaar	
Aantal gecontroleerde verpleegkundigen	
waarvan met opleiding	
Aantal gecontroleerde onthaalmedewerkers	
waarvan met opleiding	
Totaal aantal gecontroleerde medewerkers	
waarvan met opleiding	

Opleiding toepassen van mechanische fixatie in het voorbije jaar	
Aantal gecontroleerde verpleegkundigen	
waarvan met opleiding	

Opleiding toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen in de voorbije 4 jaar	
Aantal gecontroleerde spoedartsen	
waarvan met opleiding	

4.1.3 Patiëntgerichte zorg

Verwachtingen uit decreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen

Artikel 5 § 2. Het kwaliteitsmanagementsysteem is nodig voor de vaststelling en uitwerking van het kwaliteitsbeleid en de kwaliteitsdoelstellingen en om die doelstellingen vervolgens te bereiken. Het systeem bestaat uit de organisatorische structuur, bevoegdheden, verantwoordelijkheden, procedures en processen.

Werkwijze

Er werd nagevraagd of psychiatrische problematiek gescoord wordt in de triage en of er een risico-inschatting op agressie gebeurt. Daarnaast werden de afspraken over contact met een psychiater en de informatie over wachttijden voor patiënten bevraagd.

Vaststellingen

Er is een/geen triagesysteem. In de triage wordt psychiatrische problematiek (niet) als item gescoord.
Er gebeurt tijdens de triage een/geen risico-inschatting op agressie.
Er is in het patiëntendossier een/geen specifieke plaats waar het risico op agressie genoteerd wordt.

Er zijn (geen) schriftelijke afspraken over welke patiënten door een psychiater onderzocht moeten worden.

Patiënten krijgen tijdens het wachten (geen) informatie over hun wachttijd.

ONTWERPVERSLAG

4.2 AFZONDERING

4.2.1 Procedures

Verwachtingen uit decreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen

Artikel 5 § 2. Het kwaliteitsmanagementsysteem is nodig voor de vaststelling en uitwerking van het kwaliteitsbeleid en de kwaliteitsdoelstellingen en om die doelstellingen vervolgens te bereiken. Het systeem bestaat uit de organisatorische structuur, bevoegdheden, verantwoordelijkheden, procedures en processen.

Verwachting uit het Europees verdrag voor de rechten van de mens

Artikel 3: Verbod van foltering: Niemand mag worden onderworpen aan folteringen of aan onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen.
Artikel 5: Eenieder heeft recht op vrijheid en veiligheid van zijn persoon. Vrijheidsontneming mag alleen in specifieke gevallen en via een wettelijke procedure.

Verwachting uit eisenkader functies spoed en MUG

Er wordt op systematische basis toezicht gehouden op de aanwezige patiënten. Dit is opgenomen in het reglement van inwendige orde.
Er is een medisch order of een staand order dat bepaalt wat de frequentie is van het toezicht op de patiënten en welke parameters genomen moeten worden.
Er is een specifiek lokaal waar patiënten met een acute psychiatrische pathologie tegen automutilatie kunnen beschermd worden en van de andere patiënten kunnen worden afgezonderd.
Er is een registratieformulier voor patiënten die in tijdelijke isolatie worden gebracht. Dit formulier vermeldt ten minste:

- naam van de patiënt, leeftijd, geslacht en opnamedatum
- nummer van de afzondering (per jaar);
- datum en uur van ingang en opheffing van de maatregel;
- naam en handtekening van de geneesheer onder wiens verantwoordelijkheid deze maatregel moet genomen worden;
- naam en handtekening van de verantwoordelijke verpleegkundige;
- reden en indicatie voor de maatregel (hieruit dient te blijken dat het om een noodmaatregel gaat);
- follow-up gegevens.

Werkwijze

Er werd nagegaan of de spoed beschikt over een procedure voor afzondering en mechanische fixatie tijdens afzondering (indien dit van toepassing is).
Er werd gevraagd om aan te tonen dat in de procedure(s) een aantal vereisten uit het referentiekader zijn beschreven.

Vaststellingen

Zoals in de schets van de praktijk (zie hoofdstuk 2.2) werd beschreven

- kan afzondering worden toegepast bij patiënten van de spoed. Mechanische fixatie kan worden / wordt niet toegepast in combinatie met afzondering bij patiënten van de spoed.
- wordt afzondering niet toegepast bij patiënten van de spoed.

ONTWERPVERSLAG

Hierbij zijn volgende procedures/visieteksten van toepassing:

Procedures/visieteksten	versie-/revisiedatum	van toepassing op
[Naam procedure]		[xx]
[Naam procedure]		[xx]

Procedure [xx] beschrijft [xx].

De procedure [xx] bevat volgende gecontroleerde elementen die verwacht worden:

- De indicatie is beperkt tot onmiddellijk gevaar voor zichzelf of voor anderen.
- De uitvoering moet gebeuren door minstens 2 personeelsleden, waarvan minstens 1 verpleegkundige die de verantwoordelijkheid draagt.
- Afspraken over contactmogelijkheden met derden en naasten tijdens afzondering.
- Het verhoogd toezicht gebeurt minstens om de 30 minuten.
- Toezicht in fysieke aanwezigheid gebeurt minstens om het uur.
- Na 24 uur kan een afzondering enkel gecontinueerd worden na overleg met een zorgpersoneelslid die niet tot de eigen afdeling behoort.
- Er vindt een nabespreking plaats van de maatregel met de patiënt.
- De indicaties voor omkleden zijn beperkt tot zeer ernstig gevaar voor de fysieke integriteit van de patiënt.
- De afspraken over controle op gevaarlijke voorwerpen houden rekening met de waardigheid, veiligheid en privacy van de patiënt.
- De patiënt kan zo maximaal en autonoom mogelijk voldoen aan zijn toiletbehoeften.

In de procedure [xx] ontbreken volgende gecontroleerde elementen die verwacht worden:

- De indicatie is beperkt tot onmiddellijk gevaar voor zichzelf of voor anderen.
- De uitvoering moet gebeuren door minstens 2 personeelsleden, waarvan minstens 1 verpleegkundige die de verantwoordelijkheid draagt.
- Afspraken over contactmogelijkheden met derden en naasten tijdens afzondering.
- Het verhoogd toezicht gebeurt minstens om de 30 minuten.
- Toezicht in fysieke aanwezigheid gebeurt minstens om het uur.
- Na 24 uur kan een afzondering enkel gecontinueerd worden na overleg met een zorgpersoneelslid die niet tot de eigen afdeling behoort.
- Er vindt een nabespreking plaats van de maatregel met de patiënt.
- De indicaties voor omkleden zijn beperkt tot zeer ernstig gevaar voor de fysieke integriteit van de patiënt.
- De afspraken over controle op gevaarlijke voorwerpen houden rekening met de waardigheid, veiligheid en privacy van de patiënt.
- De patiënt kan zo maximaal en autonoom mogelijk voldoen aan zijn toiletbehoeften.

In de procedure [xx] zijn volgende elementen niet in lijn met de verwachtingen:

- Volgende indicaties worden vermeld die niet aanvaardbaar zijn:
    - Als standaardprocedure
    - Bij materiaalvernietiging
    - Als preventieve maatregel
    - Als sanctie of als therapeutische maatregel
    - Andere: [xx]

ONTWERPVERSLAG

- De uitvoering moet niet minstens door 2 personeelsleden gebeuren, waarvan minstens 1 verpleegkundige.
- Contact met derden en naasten tijdens afzondering is niet mogelijk.
- De minimale frequentie van het verhoogd toezicht is lager dan verwacht (de verwachting is minstens om de 30 minuten).
- De minimale frequentie van het toezicht in fysieke aanwezigheid is lager dan verwacht (de verwachting is minstens om de 60 minuten).
- Afzonderingen kunnen langer dan 24u duren zonder overleg met een zorgpersoneelslid die niet tot de eigen afdeling behoort.
- Er vindt geen nabespreking plaats van de maatregel met de patiënt.
- Elke patiënt moet zich uitkleden of omkleden in veiligheidskledij voor afzondering.
- Bij elke patiënt gebeurt er lichaamscontrole voor afzondering, die niet beperkt is tot het oppervlakkig bevoelen van de kledij. / In de procedure staat het woord 'lichaamscontrole' of 'fouille' en er wordt niet uitgelegd wat dit concreet inhoudt.
- De patiënt kan niet zo maximaal en autonoom mogelijk voldoen aan zijn toiletbehoeften.

4.2.2 Afzonderingsruimtes

Verwachtingen uit generiek eisenkader

Alle lokalen, inclusief de WC's, bestemd voor patiënten en bezoekers, zijn uitgerust met een doeltreffend en bereikbaar beloproepingssysteem.

Verwachtingen uit eisenkader functies spoed en MUG

Er is een specifiek lokaal waar patiënten met een acute psychiatrische pathologie tegen automutilatie kunnen beschermd worden en van de andere patiënten kunnen worden afgezonderd.

Er is m.b.t. de isolatiekamer aandacht voor de veiligheid van patiënt en personeel.
Er is beveiliging tegen automutilatie, suïcide en brand:

- geen radiator
- geen scherpe hoeken
- verankerd bed zonder spijlen
- zachte wanden en binnenkant van deuren
- scheurvrij linnen
- deurknoppen, ... zijn suïcideproof
- matras en linnen zijn brandvrij
- de deuren zijn brandvertragend
- er is rookdetectie
- de kamer heeft een sas en de deuren draaien naar buiten

Er is mogelijkheid tot auditief en visueel toezicht op de geïsoleerde patiënt, waarbij de privacy gerespecteerd blijft. Onbevoegden kunnen niet in de kamer kijken of op het beeldscherm.

In elke patiëntenbox, in de wachtruimte, in de isolatiebox en in het patiëntentoilet, is een efficiënt oproepsysteem aanwezig dat bereikbaar is voor de patiënt.

Werkwijze

Er werd bevraagd in welke ruimtes patiënten afgezonderd kunnen worden:

- Alle afzonderingskamers van de spoed werden gecontroleerd.
- Indien er op de spoed nog andere ruimtes dan de afzonderingskamer(s) worden gebruikt om patiënten af te zonderen, werden deze ruimtes eveneens gecontroleerd.

ONTWERPVERSLAG

- Indien men gebruik maakt van een patiëntenbox om een patiënt af te zonderen, werd er één patiëntenbox gecontroleerd.

In de afzonderingsruimtes werden een aantal belangrijke aspecten van veiligheid, privacy en comfort bekeken.

Op sommige afdelingen wordt tijdens een afzondering in het kader van graduele afbouw van maatregelen de deur van het sas naar de afzonderingsruimte opengelaten. Hoewel dit mogelijk veiligheidsrisico's kan inhouden werd de veiligheid van het sas van de afzonderingsruimte niet beoordeeld door Zorginspectie omdat de afwegingen tussen autonomie en veiligheid die daarbij gebeuren niet beoordeeld kunnen worden.

Vaststellingen

Voor de patiënten van de spoed kan gebruik gemaakt worden van volgende afzonderingskamer(s):

Aantal afzonderingskamers op de spoed	
Aantal afzonderingskamers op de PAAZ/EPSI (*)	
Aantal afzonderingskamer op [xx]	

(*) De vaststellingen omtrent de infrastructuur van deze ruimte(s) komen aan bod in hoofdstuk 3.2.2.

Naast de afzonderingskamers zijn er volgende andere ruimtes die soms met gesloten deur gebruikt worden: [xx].

In de gecontroleerde afzonderingsruimte(s) werden volgende vaststellingen gedaan:

	[naam ruimte]	**[naam ruimte]**	**[naam ruimte]**	**[naam ruimte]**
Locatie / ligging	[xx]	[xx]	[xx]	[xx]
Sas aanwezig	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee

Veiligheid				
Visuele observatiemogelijkheid	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Auditief toezicht	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Branddetectie aanwezig	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Matras aanwezig	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Brandvrije matras	ja / nee / n.v.t.	ja / nee / n.v.t.	ja / nee / n.v.t.	ja / nee / n.v.t.
Verankerd bed	ja / nee / n.v.t.	ja / nee / n.v.t.	ja / nee / n.v.t.	ja / nee / n.v.t.
Scheurvrij linnen	ja / nee / n.v.t.	ja / nee / n.v.t.	ja / nee / n.v.t.	ja / nee / n.v.t.
Oproepsysteem aanwezig	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Oproepsysteem is altijd bereikbaar	ja / nee / n.v.t.	ja / nee / n.v.t.	ja / nee / n.v.t.	ja / nee / n.v.t.
Deur draait naar buiten open	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Veilig inzake kwetsen, automutilatie en verhanging	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee

ONTWERPVERSLAG

Comfort				
Klok zichtbaar	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Daglicht	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Verduistermogelijkheden	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Toilet in de kamer of sas	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Oppervlakte	[xx] m²	[xx] m²	[xx] m²	[xx] m²
Communicatie van medewerker naar patiënt is mogelijk vanop afstand *(bv. intercom)*	ja / nee	ja / nee	ja / nee	ja / nee

Privacy				
Geen inkijk door onbevoegden **via het raam**	in orde / niet in orde	in orde / niet in orde	in orde / niet in orde	in orde / niet in orde
Geen inkijk door onbevoegden **via de monitor**	in orde / niet in orde	In orde / niet in orde	In orde / niet in orde	In orde / niet in orde

De weg naar [xx] van de [xx] afzonderingsruimtes (die door de patiënten van de spoed worden gebruikt) is veilig voor patiënt en medewerker en houdt rekening met de privacy van de patiënt.

4.2.3 Dossiercontrole

Verwachtingen uit eisenkader functies spoed en MUG

Er is een registratieformulier voor patiënten die in tijdelijke isolatie worden gebracht. Dit formulier vermeldt ten minste:

- naam van de patiënt, leeftijd, geslacht en opnamedatum
- nummer van de afzondering (per jaar);
- datum en uur van ingang en opheffing van de maatregel;
- naam en handtekening van de geneesheer onder wiens verantwoordelijkheid deze maatregel moet genomen worden;
- naam en handtekening van de verantwoordelijke verpleegkundige;
- reden en indicatie voor de maatregel (hieruit dient te blijken dat het om een noodmaatregel gaat);
- follow-up gegevens.

Werkwijze

Er werd een dossiersteekproef uitgevoerd van patiënten bij wie afzondering werd toegepast, waarbij werd nagegaan of de maatregel duidelijk en volledig was gedocumenteerd, met betrekking tot verantwoordelijkheid, motivering, betrokkenheid van de arts, toezicht, duur en nabespreking met de patiënt.

Vaststellingen

Er is een/geen afzonderingsregister. Alle/Niet alle afzonderingen (en mechanische fixaties tijdens afzondering) worden genoteerd in dit afzonderingsregister.

ONTWERPVERSLAG

In de dossiersteekproef van patiënten waarbij afzondering werd toegepast werden volgende vaststellingen gedaan:

Aantal gecontroleerde dossiers van afzondering	
Aantal met start afzondering (uur en datum) vermeld	
Aantal met einde afzondering (uur en datum) vermeld	
Aantal met vermelding naam verantwoordelijke verpleegkundige	
Aantal met vermelding naam verantwoordelijke arts	
Aantal met persoonlijk contact arts met patiënt tijdens afzondering	
Aantal met een verslag van de aanleiding/motivering van de afzondering	
Aantal met informatie over mate van toestemming over de afzondering van de patiënt	
Aantal met verslag van de nabespreking van de afzondering met de patiënt	
Aantal waarbij nabespreking met de patiënt niet mogelijk was	
Aantal afzonderingen met mechanische fixatie	
Aantal afzonderingen langer dan 24u	
Aantal langer dan 24u met teamoverleg met collega van andere afdeling	

Verhoogd toezicht

Aantal gecontroleerde dossiers van afzondering	
Aantal dossiers waarin minstens elk half uur toezicht werd geregistreerd met notities	
Aantal dossiers met overschrijdingen in toezicht van meer dan een half uur	
Aantal dossiers met maximale overschrijding 40 - 60 minuten	
Aantal dossiers met maximale overschrijding van meer dan 1u tot 2 uur	
Aantal dossiers met maximale overschrijding van meer dan 2u tot 4 uur	
Aantal dossiers met maximale overschrijding van meer dan 4 uur	

Toezicht met persoonlijk contact

Aantal gecontroleerde dossiers van afzondering	
Aantal dossiers met elk uur (notities over) persoonlijk contact	
Aantal dossier zonder elk uur persoonlijk contact maar met telkens motivering *(waarbij "slaapt" geen motivering is)*	
Aantal dossiers waarbij niet elk uur werd binnengegaan en zonder telkens een motivering	
Aantal dossiers met maximale overschrijding van meer dan 1u tot 2 uur	
Aantal dossiers met maximale overschrijding van meer dan 2u tot 4 uur	
Aantal dossiers met maximale overschrijding van meer dan 4 uur	

ONTWERPVERSLAG

Aantal dossiers waarbij alle notities tijdens de maximale overschrijding “slaapt” bevatten	
Aantal dossiers waarbij niet alle notities tijdens de maximale overschrijding “slaapt” bevatten	
Aantal dossiers waarbij geen enkele notitie tijdens de maximale overschrijding “slaapt” bevat	

ONTWERPVERSLAG

4.3 SAMENVATTING FUNCTIE GESPECIALISEERDE SPOEDGEVALLENZORG

Zoals hierboven (zie 1.3) werd aangegeven, geldt de specifieke VBM-module niet voor de functie gespecialiseerde spoedgevallenzorg: het aantal vaststellingen waaraan Zorginspectie een beoordeling ('zoals verwacht' of 'inbreuk') kan koppelen, is dus kleiner dan bij de PAAZ (waarvoor de VBM-module wel van toepassing is).

4.3.1 Zoals verwacht

4.3.1.1 Preventief beleid

Medewerkers

- Er is een 24-uurspermanentie van een psychiater.

Vorming, training en opleiding

Er worden geen vaststellingen beoordeeld onder het luik 'Preventief beleid – Vorming, training en opleiding'.

Patiëntgerichte zorg

Er worden geen vaststellingen beoordeeld onder het luik 'Preventief beleid – Patiëntgerichte zorg'.

4.3.1.2 Afzondering

Procedures

- Er is een procedure voor afzondering.
- De indicatie in de procedure voor afzondering is beperkt tot onmiddellijk gevaar voor zichzelf of voor anderen.

Afzonderingsruimtes

- Er is een afzonderingskamer op de spoed. / De spoed beschikt niet over een afzonderingskamer, maar maakt gebruik van de afzonderingskamer van EPSI.
- De gecontroleerde afzonderingsruimte voldoet aan de vereiste criteria over veiligheid.
- De gecontroleerde afzonderingsruimte voldoet aan de vereiste criteria over privacy.

Dossiercontrole

- Er is een afzonderingsregister.
- In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers werd de start van de afzondering (datum en uur) vermeld.
- In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers werd het einde van de afzondering (datum en uur) vermeld.
- In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers over afzondering werd de naam van de verantwoordelijke arts vermeld.
- In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers over afzondering werd de naam van de verantwoordelijke verpleegkundige vermeld.
- In ≥ 80% van de gecontroleerde dossiers over afzondering was er een verslag van de aanleiding/ motivering.

ONTWERPVERSLAG

4.3.2 Inbreuken

4.3.2.1 Preventief beleid

Medewerkers

- Er is geen 24-uurspermanentie van een psychiater.

Vorming, training en opleiding

Er worden geen vaststellingen beoordeeld onder het luik 'Preventief beleid – Vorming, training en opleiding'.

Patiëntgerichte zorg

Er worden geen vaststellingen beoordeeld onder het luik 'Preventief beleid – Patiëntgerichte zorg'.

4.3.2.2 Afzondering

Procedures

- Er is geen procedure voor afzondering terwijl er volgens het VBM-beleid afzondering kan worden toegepast, er een afzonderingskamer is of de meest recente afzondering minder dan 6 maanden geleden is.
- De indicatie in de procedure voor afzondering is niet beperkt tot onmiddellijk gevaar voor zichzelf of voor anderen.

Afzonderingsruimtes

- Er is geen afzonderingskamer op de spoed.
- De gecontroleerde afzonderingsruimte voldoet niet aan alle vereiste criteria over veiligheid:
    - de gecontroleerde afzonderingsruimte is niet in orde qua visuele observatiemogelijkheid.
    - de gecontroleerde afzonderingsruimte is niet in orde qua branddetectie.
    - de gecontroleerde afzonderingsruimte is niet in orde qua brandvrije matras.
    - de gecontroleerde afzonderingsruimte is niet in orde qua verankerd bed.
    - de gecontroleerde afzonderingsruimte is niet in orde qua scheurvrij linnen.
    - de gecontroleerde afzonderingsruimte is niet in orde qua bereikbaar oproepsysteem.
    - de gecontroleerde afzonderingsruimte is niet in orde qua blokkeerbaarheid deur.
    - de gecontroleerde afzonderingsruimte heeft risico's inzake kwetsen/automutilatie/verhanging.
- De gecontroleerde afzonderingsruimtes voldoet niet aan alle vereiste criteria over privacy (inkijk door onbevoegden via raam en/of via monitor).

Dossiercontrole

- Er is geen afzonderingsregister.
- In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd de start van de afzondering (datum en uur) vermeld.
- In < 80% van de gecontroleerde dossiers werd het einde van de afzondering (datum en uur) vermeld.
- In < 80% van de gecontroleerde dossiers over afzondering werd de naam van de verantwoordelijke arts vermeld.
- In < 80% van de gecontroleerde dossiers over afzondering werd de naam van de verantwoordelijke verpleegkundige vermeld.
- In < 80% van de gecontroleerde dossiers over afzondering was er een verslag van de aanleiding/ motivering.

ONTWERPVERSLAG

5. VERBETERBELEID

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de verbetercultuur met betrekking tot het thema vrijheidsbeperkende maatregelen: Wat worden als eigen sterktes en verbeterpunten binnen het VBM-beleid beschouwd? Welke verbeteracties werden hieromtrent de voorbije 5 jaar opgezet? Welke informatiegegevens worden verzameld? Welke analyses en evaluaties gebeuren er? Zijn de verschillende beleidsniveaus hierbij betrokken?

Verwachtingen uit decreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen

Artikel 5 § 2. Het kwaliteitsmanagementsysteem is nodig voor de vaststelling en uitwerking van het kwaliteitsbeleid en de kwaliteitsdoelstellingen en om die doelstellingen vervolgens te bereiken. Het systeem bestaat uit de organisatorische structuur, bevoegdheden, verantwoordelijkheden, procedures en processen.
§ 3. Een zelfevaluatie is een systematische evaluatie van de processen, structuren en resultaten van de voorziening en wordt door de voorziening zelf verwezenlijkt. De voorziening toont door middel van een zelfevaluatie aan hoe ze haar processen, structuren en resultaten bewaakt, beheerst en voortdurend verbetert.
In deze zelfevaluatie toont de voorziening minimaal aan:
1° hoe ze op systematische wijze gegevens verzamelt en registreert over de kwaliteit van de zorg;
2° hoe ze de gegevens, bedoeld in 1°, aanwendt om kwaliteitsdoelstellingen te formuleren;
3° welk stappenplan met tijdspad ze opstelt om de doelstellingen, bedoeld in 2°, te bereiken;
4° hoe en met welke frequentie ze evalueert of de doelstellingen bereikt zijn;
5° welke stappen ze onderneemt indien een doelstelling niet bereikt is.

Verwachtingen uit referentiekader

Alle vrijheidsberovende maatregelen (afzonderingen, mechanische fixaties en fysieke interventies) worden geregistreerd.
Er wordt minstens jaarlijks een analyse uitgevoerd van vrijheidsberovende maatregelen (zowel globale cijfers als op afdelingsniveau). Iedere afdeling ontvangt een jaarlijks rapport over het gebruik van vrijheidsberovende maatregelen op de eigen afdeling. Indien nodig, wordt het preventiebeleid en de procedures bijgestuurd.
Aan de hand van casussen bespreekt en evalueert het ziekenhuis vrijheidsberovende maatregelen op inhoudelijk niveau. De uitkomsten van deze evaluaties worden aantoonbaar gebruikt voor aanpassing/verbetering van de handelswijze m.b.t. vrijheidsberovende maatregelen.
Regels worden minstens éénmaal per jaar kritisch geëvalueerd op hun nut en belang, en zo nodig geschrapt of bijgestuurd. Doe dit met inspraak van hulpverleners van de afdeling, zorggebruikers en/of hun naasten, ervaringsdeskundige(n).

Werkwijze

Er werd gevraagd welke verbeterprojecten de voorbije vijf jaar werden opgezet in verband met VBM, ook de voornaamste sterke punten en verbeterpunten werden bevraagd.
Daarnaast werd er nagegaan of er in de voorbije 5 jaar interne audits over VBM, alsook patiënt- en/of medewerkerstevredenheidsmetingen gebeurden.
De beschikbare cijfergegevens over afzondering en/of mechanische fixatie werden opgevraagd.
Er werd nagegaan of een bespreking van de cijfers op directie- en/of afdelingsniveau kon aangetoond worden.
Tenslotte werd bekeken of er een verslag beschikbaar was van een inhoudelijke incidentanalyse van een afzondering.

Vaststellingen

Volgende verbeterprojecten werden de voorbije 5 jaar opgezet i.v.m. VBM: [xx]

Volgende 3 sterke punten in het VBM-beleid werden aangehaald:

ONTWERPVERSLAG

1. [xx]
2. [xx]
3. [xx]

Volgende 3 voornaamste verbeterpunten voor de komende jaren werden aangehaald op het vlak van VBM:

1. [xx]
2. [xx]
3. [xx]

Er gebeurde in de voorbije 5 jaar een/geen interne audit over VBM.

Er gebeurde in de voorbije 5 jaar een/geen meting van patiëntenervaringen.
Er gebeurde in de voorbije 5 jaar een/geen meting van medewerkerservaringen.

Er zijn voor de periode 2021-2025 (geen) cijfergegevens op campusniveau over afzondering en/of mechanische fixatie.

Gegevens VBM – Naam afdeling	2021	2022	2023	2024	2025
Aantal agressie-incidenten					
Aantal afzonderingen					
Aantal afgezonderde patiënten					
(Gemiddelde) duur afzondering					
Aantal afzonderingen langer dan 24u					
Aantal mechanische fixaties (ongeacht de indicatie)					
Aantal mechanisch gefixeerde patiënten (ongeacht de indicatie)					
Aantal afzonderingen met mechanische fixatie					
(Gemiddelde) duur mechanische fixatie tijdens afzondering					

Gegevens VBM – EPSI	2021	2022	2023	2024	2025
Aantal agressie-incidenten					
Aantal afzonderingen					
Aantal afgezonderde patiënten					
(Gemiddelde) duur afzondering					
Aantal afzonderingen langer dan 24u					
Aantal mechanische fixaties (ongeacht de indicatie)					

ONTWERPVERSLAG

Aantal mechanisch gefixeerde patiënten (ongeacht de indicatie)					
Aantal afzonderingen met mechanische fixatie					
(Gemiddelde) duur mechanische fixatie tijdens afzondering					

Gegevens VBM – spoed	2021	2022	2023	2024	2025
Aantal agressie-incidenten					
Aantal afzonderingen					
Aantal afgezonderde patiënten					
(Gemiddelde) duur afzondering					
Aantal afzonderingen langer dan 24u					
Aantal mechanische fixaties (ongeacht de indicatie)					
Aantal mechanisch gefixeerde patiënten (ongeacht de indicatie)					
Aantal afzonderingen met mechanische fixatie					
(Gemiddelde) duur mechanische fixatie tijdens afzondering					

Cijfers over afzondering van deze campus werden in 2025-2026 (niet) besproken op directieniveau.
Cijfers over afzondering van deze campus werden in 2025-2026 (niet) besproken op afdelingsniveau.

Er is een/geen verslag van een inhoudelijke incidentanalyse van een afzondering in 2025-2026.

Evaluatie van afdelingsafspraken en -regels	**Naam afdeling**	**EPSI**	**spoed**
Evaluatie aantoonbaar in 2025-2026	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Evaluatie door medewerkers	ja / nee	ja / nee	ja / nee
Evaluatie door patiënten en/of naasten	ja / nee	ja / nee	niet bevraagd

ONTWERPVERSLAG

5.1 SAMENVATTING VERBETERBELEID

5.1.1 Zoals verwacht

- Er zijn voor 2025 cijfergegevens over:
  - het aantal afzonderingen op afdelingsniveau.
  - de duur van de afzonderingen op afdelingsniveau.
  - de combinatie van afzonderingen met mechanische fixatie op afdelingsniveau.
  - de duur van de mechanische fixaties tijdens afzondering op afdelingsniveau.
- De cijfers over afzondering in 2025/2026 zijn besproken op directie- en/of afdelingsniveau.
- De afdelingsafspraken en -regels van de afdelingen werden in 2025-2026 aantoonbaar geëvalueerd door medewerkers en/of patiënten.

5.1.2 Inbreuken

- Er zijn voor 2025 geen cijfergegevens over:
  - het aantal afzonderingen op afdelingsniveau.
  - de duur van de afzonderingen op afdelingsniveau.
  - de combinatie van afzonderingen met mechanische fixatie op afdelingsniveau.
  - de duur van de mechanische fixaties tijdens afzondering op afdelingsniveau.
- De cijfers over afzondering in 2025/2026 zijn niet besproken (noch op directie-, noch op afdelingsniveau).
- De afdelingsafspraken en -regels van de afdelingen werden in 2025-2026 niet aantoonbaar geëvalueerd door medewerkers en/of patiënten.

ONTWERPVERSLAG

6. BESLUIT

6.1 SAMENVATTING EN BEOORDELING

Doorheen dit verslag werd per hoofdstuk een samenvatting gegeven van de resultaten, waarbij de vaststellingen werden gecatalogeerd als 'zoals verwacht' of als 'inbreuken'. Conform de bepalingen van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid wordt de term 'inbreuk' gebruikt voor het niet naleven van regelgeving of geformaliseerde afspraken (zoals een referentiekader).
In deel 1.2 werd beschreven wanneer een vaststelling als inbreuk werd gecatalogeerd: gezien een aantal factoren in de realiteit er kunnen voor zorgen dat een score van 100% niet steeds haalbaar is, werd een inbreuk pas toegekend als een verwachting in minder dan 80% van de gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden (m.u.v. een individueel gesprek met een psychiater in de eerste week van opname). Als de steekproef minder dan 5 items omvatte, leidden de resultaten niet tot een beoordeling.

Ziekenhuis [xx] campus [xx] behaalde voor de meeste (≥ 75%) / meerdere (50-74,99%) / minder dan de helft van de onderwerpen die geïnspecteerd werden een beoordeling 'zoals verwacht'.

	Aantal 'zoals verwacht'	**Aantal 'inbreuken'**
Preventief beleid		
Psychiatrische afdelingen		
Spoedgevallen		
Afzondering		
Psychiatrische afdelingen		
Spoedgevallen		
Verbeterbeleid		
Totaal		

6.2 ADVIES

Zorginspectie adviseert de gebruikelijke opvolging van alle inspectievaststellingen door de afdeling ELGEZ. / Zorginspectie adviseert ziekenhuis [xx] om de vastgestelde inbreuken te remediëren en adviseert de gebruikelijke opvolging door de afdeling ELGEZ.

ONTWERPVERSLAG