

DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

T 02 553 34 34

F 02 553 34 35

contact@zorginspectie.be

INSPECTIEVERSLAG VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN IN K-AFDELINGEN

INSPECTIEPUNT

Naam	ZNA Middelheim
Adres	Lindendreef 1, 2020 Antwerpen
Telefoon	03 280 31 11
Dossiernummer	009

INRICHTENDE MACHT

Naam	Het Ziekenhuisnetwerk Antwerpen
Juridische vorm	vzw
Ondernemingsnummer	0862382656
Adres	Lange Beeldekensstraat 267, 2060 Antwerpen
Telefoon	03 217 71 11

UITBATINGSPLAATS

Naam	Koningin Paola Kinderziekenhuis
Adres	Lindendreef 1, 2020 Antwerpen

OPDRACHT

Nummer	O-2017-MAPU-0025
Datum	24/01/2017
Inspecteurs	XXXX
	XXXX
	XXXX
	XXXX

VERSLAG

Nummer	V-2017-MIDA-0003
Datum	15-02-2017

INSPECTIEBEZOEK

Soort	Onaangekondigd bezoek op 14-02-2017 van 9u-15u30
-------	--

Inhoudsopgave

1	Inleiding	6
1.1	Toezicht door Zorginspectie	6
1.1.1	Doelstellingen	6
1.1.2	Doelgroep	6
1.1.3	Kader	6
1.2	Inspectieproces	8
1.2.1	Vorbereiding	8
1.2.2	Plaatsbezoeken	8
1.2.3	Bronnen	8
1.2.4	Verslag	8
1.2.5	Beleidsrapport	8
1.3	Inspecteurs	9
1.4	Lijst met definities / Verklarende woordenlijst	9
2	Situering van de voorziening	11
2.1	Erkenningsgegevens	11
2.2	Directie	11
2.3	Organisatie van de psychiatrische zorg voor kinderen en jongeren in dit ziekenhuis	11
3	Afdelingen UKJA A en B	13
3.1	Preventief Beleid	13
3.1.1	Agressiepreventiebeleid	13
3.1.1.1	Signaleringsplannen	13
3.1.1.2	De-escalatie	14
3.1.2	Het verbeteren van patiëntenervaringen	15
3.1.2.1	Leefregels	15
3.1.2.2	Contact met de buitenwereld	16
3.1.3	Betrokkenheid van patiënten	17
3.1.4	Inscholing van nieuwe medewerkers	17
3.1.5	Opvang na incidenten	17
3.2	Afzondering en separatie	18
3.2.1	Beleid en Procedure	18
3.2.2	Toepassing in de praktijk	19
3.2.3	Infrastructuur van de afzonderings- en separatieruimtes	21
3.3	Fixatie	21
3.3.1	Beleid en Procedures	21
3.3.2	Toepassing in de praktijk	22
3.4	Verbeterbeleid	23
3.4.1	Verzamelen van informatie	23

3.4.1.1	Preventief klimaat	23
3.4.1.2	Agressie-incidenten, afzonderen, separeren en fixeren	23
3.4.2	Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal	24
4	Afdelingen UKJA C en D	25
4.1	Preventief Beleid	25
4.1.1	Agressiepreventiebeleid	25
4.1.1.1	Signaleringsplannen.....	25
4.1.1.2	De-escalatie	26
4.1.2	Het verbeteren van patiëntenervaringen.....	27
4.1.2.1	Leefregels.....	27
4.1.2.2	Contact met de buitenwereld	28
4.1.3	Betrokkenheid van patiënten	28
4.1.4	Inscholing van nieuwe medewerkers	29
4.1.5	Opvang na incidenten.....	29
4.2	Afzondering en separatie	30
4.2.1	Beleid en Procedure	30
4.2.2	Toepassing in de praktijk	31
4.2.3	Infrastructuur van de afzonderings- en separatieruimtes	33
4.3	Fixatie	33
4.3.1	Beleid en Procedures.....	33
4.3.2	Toepassing in de praktijk	34
4.4	Verbeterbeleid.....	35
4.4.1	Verzamelen van informatie	35
4.4.1.1	Preventief klimaat	35
4.4.1.2	Agressie-incidenten, afzonderen, separeren en fixeren	35
4.4.2	Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal	36
5	Afdelingen UKJA E en F	37
5.1	Preventief Beleid	37
5.1.1	Agressiepreventiebeleid	37
5.1.1.1	Signaleringsplannen.....	37
5.1.1.2	De-escalatie	38
5.1.2	Het verbeteren van patiëntenervaringen.....	39
5.1.2.1	Leefregels.....	39
5.1.2.2	Contact met de buitenwereld	40
5.1.3	Betrokkenheid van patiënten	41
5.1.4	Inscholing van nieuwe medewerkers	41
5.1.5	Opvang na incidenten.....	41
5.2	Afzondering en separatie	42

5.2.1	Beleid en Procedure	42
5.2.2	Toepassing in de praktijk	43
5.2.3	Infrastructuur van de afzonderings- en separatieruimtes	45
5.3	Fixatie	46
5.3.1	Beleid en Procedures	46
5.3.2	Toepassing in de praktijk	47
5.4	Verbeterbeleid	47
5.4.1	Verzamelen van informatie	47
5.4.1.1	Preventief klimaat	47
5.4.1.2	Agressie-incidenten, afzonderen, separeren en fixeren	48
5.4.2	Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal	48
6	Afdeling UKJA J	50
6.1	Preventief Beleid	50
6.1.1	Agressiepreventiebeleid	50
6.1.1.1	Signaleringsplannen	50
6.1.1.2	De-escalatie	51
6.1.2	Het verbeteren van patiëntenervaringen	52
6.1.2.1	Leefregels	52
6.1.2.2	Contact met de buitenwereld	52
6.1.3	Betrokkenheid van patiënten	53
6.1.4	Inscholing van nieuwe medewerkers	53
6.1.5	Opvang na incidenten	53
6.2	Afzondering en separatie	54
6.2.1	Beleid en Procedure	54
6.2.2	Toepassing in de praktijk	55
6.2.3	Infrastructuur van de afzonderings- en separatieruimtes	55
6.3	Fixatie	56
6.3.1	Beleid en Procedures	56
6.3.2	Toepassing in de praktijk	57
6.4	Verbeterbeleid	57
6.4.1	Verzamelen van informatie	57
6.4.1.1	Preventief klimaat	57
6.4.1.2	Agressie-incidenten, afzonderen, separeren en fixeren	58
6.4.2	Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal	58
7	Afdeling UKJA L	59
7.1	Preventief Beleid	59
7.1.1	Agressiepreventiebeleid	59
7.1.1.1	Signaleringsplannen	59

7.1.1.2	De-escalatie	60
7.1.2	Het verbeteren van patiëntenervaringen.....	61
7.1.2.1	Leefregels.....	61
7.1.2.2	Contact met de buitenwereld	62
7.1.3	Betrokkenheid van patiënten	62
7.1.4	Inscholing van nieuwe medewerkers	63
7.1.5	Opvang na incidenten.....	63
7.2	Afzondering en separatie	64
7.2.1	Beleid en Procedure	64
7.2.2	Toepassing in de praktijk	65
7.2.3	Infrastructuur van de afzonderings- en separatieruimtes	65
7.3	Fixatie	66
7.3.1	Beleid en Procedures.....	66
7.3.2	Toepassing in de praktijk	67
7.4	Verbeterbeleid.....	67
7.4.1	Verzamelen van informatie	67
7.4.1.1	Preventief klimaat	67
7.4.1.2	Agressie-incidenten, afzonderen, separeren en fixeren	68
7.4.2	Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal	68
8	Conclusie.....	70
8.1	Sterke punten	70
8.2	Verbeterpunten	71

1 INLEIDING

1.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

1.1.1 Doelstellingen

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

Waarom deze inspectieronde over vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM)?

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

Doelstellingen van deze inspectieronde zijn:

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

1.1.2 Doelgroep

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

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

1.1.3 Kader

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

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

Als achtergrond bij deze inspectieronde werden een aantal richtlijnen gebruikt:

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

Als uitgangspunten worden volgende streefdoelen voorop gesteld:

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

1.2 INSPECTIEPROCES

1.2.1 Voorbereiding

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

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

1.2.2 Plaatsbezoeken

De inspectieronde is in december 2016 gestart.

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

1.2.3 Bronnen

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

1.2.4 Verslag

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

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

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

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

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

1.2.5 Beleidsrapport

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

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

1.3 INSPECTEURS

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

1.4 LIJST MET DEFINITIES / VERKLARENDE WOORDENLIJST

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

- **Mechanische fixatie** is het aanwenden van mechanische hulpmiddelen, met uitzondering van ergonomische hulpmiddelen, bevestigd aan of in de directe omgeving van de patiënt die de bewegingsvrijheid van de patiënt beperken en die door de patiënt zelf niet kunnen worden opgeheven of verwijderd.
- **Medicamenteuze fixatie** (ook chemische fixatie genoemd) is het (acuut of chronisch) gebruik van neuroleptische, anxiolytische, sedatieve of hypnotische medicatie om het gedrag te controleren of te beheersen.
- **Dwangmedicatie** is het toedienen van medicatie (vb. kalmeringsmiddelen) zonder toestemming van de patiënt.
- **Dwangbehandeling** is een behandeling die wordt toegepast op (1) een persoon die in staat is zijn toestemming te geven, maar dit weigert, of op (2) een persoon die niet in staat is toe te stemmen, maar zich tegen de behandeling verzet.
- In deze inspectieronde wordt **time-out** gedefinieerd als het geheel van maatregelen die genomen worden om voor een beperkte tijd een patiënt te verwijderen van de openbare ruimte op een afdeling en onder te brengen in zijn kamer of in een aparte ruimte met niet-afgesloten deur.
- **Afzonderingskamer** = een specifiek ingerichte ruimte die gebruikt wordt voor het opsluiten van een patiënt die een ernstig gevaar vormt voor zichzelf en/of anderen en met de bedoeling probleemgedrag te controleren.
- **Time-out kamer** = een specifieke ruimte met niet-afgesloten deur die gebruikt wordt om een patiënt een beperkte tijd in onder te brengen.
- Een **comfortroom** is een prettig ingerichte kamer die op vrijwillige basis gebruikt kan worden door cliënten wanneer zij zich angstig, onrustig of boos voelen. Een comfortroom is geen alternatief voor afzondering maar een ruimte waar cliënten tot rust kunnen komen en zich even kunnen verwijderen van de drukte van de afdeling.
- In de Belgische ziekenhuiswetgeving worden **kinderen** gedefinieerd als minderjarigen die jonger zijn dan 15 jaar: KB 2 april 2014, KB houdende vaststellingen van de normen waaraan het zorgprogramma voor kinderen moet voldoen om erkend te worden, Artikel 1 a.
- Een **minderjarige** is een persoon jonger dan 18 jaar.
- Een **signaleringsplan** of een individueel de-escalatieplan is een hulpmiddel om in een vroeg stadium een dreigende terugval te herkennen en te voorkomen. Het omschrijft wat de patiënt, zijn omgeving en hulpverleners kunnen doen om een crisissituatie te voorkomen. De patiënt leert m.b.v. zijn signaleringsplan zijn gedrag onder controle te krijgen doordat hij vroeg herkenning krijgt van zijn waarschuwingssignalen. Een signaleringsplan bevat minstens:
 - de concrete omschrijving van signalen of vroege voortekenen,
 - de mogelijke acties of stabiliserende maatregelen in de verschillende fasen,
 - wat de patiënt of zijn omgeving kan doen,
 - wat hulpverleners kunnen doen.
- **SGA**: Sterk gedragsgestoord of agressief
- **POS/VOS**: Problematische opvoedingssituatie/verontrustende opvoedingssituatie
- **ASS**: Autisme spectrum stoornis

2 SITUERING VAN DE VOORZIENING

2.1 ERKENNINGSGEGEVENS

Het ZNA Paolaziekenhuis is erkend voor:

- 57 K-bedden
- 23 k-bedden

Daarnaast heeft het ziekenhuis ook:

- 7 forensische K-bedden als pilootproject
- 1 crisisbed for-K

2.2 DIRECTIE

XXXX	CEO
XXXX	algemeen medisch directeur
XXXX	algemeen directeur facilitaire diensten
XXXX	CFO
XXXX	algemeen directeur patiëntenzorg
XXXX	algemeen directeur HR en interne communicatie
XXXX	algemeen directeur kwaliteit en innovatie

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

ZNA heeft op de campus Middelheim in het Paolaziekenhuis psychiatrische zorg voor kinderen en jongeren:

Naam afdeling	Leefgroepen	Leeftijd	Doelgroep	Aantal plaatsen op de afdeling
UKJA A	Afdeling A	12 – 18 jaar	crisisopname	8 K-bedden
UKJA B	Afdeling B	12 – 18 jaar	Internaliserende problematiek Depressie Hechtingsstoornissen Borderline	8 K-bedden
UKJA C	Afdeling C	12 – 18 jaar	ASS Psychose	8 K-bedden
UKJA D	Afdeling D	12 – 18 jaar	ASS Psychose	8 K-bedden
UKJA E	Afdeling E	12 – 18 jaar	SGA	8 K-bedden
UKJA F	Afdeling F	12 – 18 jaar	Misdrijf/delict	7 For K-bedden 1 crisisbed For K
UKJA G	Afdeling G	12 – 18 jaar	Internaliserende problematiek	7 k-bedden
UKJA H	Afdeling H	12 – 18 jaar	Ontwikkelingsstoornissen	8 k-bedden
UKJA J	Afdeling J	2 – 6 jaar	Algemene kinderpsychiatrische problematiek	8 K-bedden
UKJA K	Afdeling K	2 – 6 jaar	Algemene kinderpsychiatrische problematiek	8 k-bedden
UKJA L	Afdeling L	10 – 18 jaar	Eetstoornissen	9 K-bedden

Opnamecijfers 2015:

	UKJA A	UKJA B	UKJA C	UKJA D
Aantal opnames op deze afdeling	156	19	16	22
Aantal opnamedagen op de afdeling	2519	2514	2494	2491
Aantal patiënten opgenomen op deze afdeling	156	19	16	22
Waarvan aantal patiënten opgenomen onder de 12 jaar	0	0	0	0
Aantal patiënten opgenomen op deze afdeling door beslissing van de jeugdrechter	14	0	2	2

	UKJA E	UKJA F	UKJA G	UKJA H
Aantal opnames op deze afdeling	21	23	65	17
Aantal opnamedagen op de afdeling	2466	2443	1416	1451
Aantal patiënten opgenomen op deze afdeling	21	23	65	17
Waarvan aantal patiënten opgenomen onder de 12 jaar	0	0	0	0
Aantal patiënten opgenomen op deze afdeling door beslissing van de jeugdrechter	10	16	0	0

	UKJA J	UKJA K	UKJA L
Aantal opnames op deze afdeling	23	28	164
Aantal opnamedagen op de afdeling	2491	1937	3064
Aantal patiënten opgenomen op deze afdeling	23	28	164
Waarvan aantal patiënten opgenomen onder de 12 jaar	23	28	
Aantal patiënten opgenomen op deze afdeling door beslissing van de jeugdrechter	2	1	0

De afdelingen UKJA A, B, C, D, E, F, J en L werden tijdens de inspectie bezocht.

Aantal patiënten opgenomen op de bezochte afdelingen op de dag van inspectie:

	UKJA A	UKJA B	UKJA C	UKJA D
Aantal patiënten	7	8	8	8
Aantal minderjarigen (<18 j)	7	8	8	8
Aantal < 12j	0	0	0	0
Aantal patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter	1	2	1	1

	UKJA E	UKJA F	UKJA J	UKJA L
Aantal patiënten	8	8	8	8
Aantal minderjarigen (<18 j)	8	8	8	8
Aantal < 12j	0	0	8	2
Aantal patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter	4	8	0	0

3 AFDELINGEN UKJA A EN B

3.1 PREVENTIEF BELEID

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

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

3.1.1 **Agressiepreventiebeleid**

3.1.1.1 Signaleringsplannen

Werkwijze

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

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

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

Vaststellingen

Afdelingen UKJA A en UKJA B geven in de bevraging aan gebruik te maken van signaleringsplannen. Het gebruikte signaleringsplan bevat de 4 gezochte aspecten.

	UKJA A	UKJA B
Aantal dossiers gecontroleerd op de aanwezigheid van signaleringsplannen	0	5
Aantal dossiers met een signaleringsplan	NVT	5

Op de afdeling UKJA A was geen enkele patiënt langer dan een maand opgenomen.

3.1.1.2 De-escalatie

Werkwijze

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

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

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

Vaststellingen

De afdeling beschikt over volgende soorten patiëntenkamers:

Afdeling	Aantal eenpersoons-kamers	Aantal tweepersoons-kamers	Aantal meerpersoons-kamers (>2)
UKJA A	8	0	0
UKJA B	8	0	0

Daarnaast is volgende infrastructuur voorhanden om de-escalatie mogelijk te maken: elke afdeling heeft een eigen tuin. Beide afdelingen kunnen gebruik maken van het basketbalveld en het voetbalveld. De afzonderingskamers worden ook gebruikt als time-out ruimte (gebruik met open deur).

's Nachts is er 1 personeelslid aanwezig voor beide afdelingen (UKJA A en B)

In geval van nood kan volgende extra hulp opgeroepen worden op de afdeling: de vaste waakverpleegkundige voor de afdelingen van UKJA, de nachtmedewerkers van E-F of C-D, personeel van spoed, lopende waken voor het ziekenhuis, brancardwacht.

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

Er kon aangetoond worden dat er in het behandelaanbod sessies zelfcontrole / regulatievaardigheden / agressie beheersing voorzien zijn voor patiënten:

- Voor UKJA A wordt dit individueel georganiseerd (op indicatie) tijdens de PMT sessies, relaxatie/agressieregulatie.
- Voor UKJA B zijn er verschillende therapiemodules waar dit wordt aangeboden, o.a. surfen op emoties, sociale angsttraining, agressieregulatie in PMT.

Er kon aangetoond worden dat er in het behandelaanbod sessies psycho-educatie voor ouders van patiënten over omgaan met moeilijk gedrag/agressiepreventie/de-escalatie voorzien zijn: er is een UKJA-breed aanbod aan oudersessies over Triple P.

3.1.2 Het verbeteren van patiëntenervaringen

3.1.2.1 Leefregels

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

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

Volgende (vrijheidsbeperkende) leefregels zijn van toepassing:

- verplichte kamermomenten (met open deur)

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

Volgende controles gebeuren op de afdeling:

- lichaamscontrole
- kamercontrole
- bagagecontrole
- drugscreening

Niet voor alle controles die gebeuren zijn procedures opgemaakt.

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

- lichaamscontrole
- bagagecontrole

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

Patiënten geven aan dat het soms moeilijk is om de leefregels correct na te leven omdat de begeleiders de geldende leefregels niet allemaal op dezelfde manier interpreteren of toepassen. Dit geeft soms aanleiding tot discussie tussen patiënt en begeleider. Patiënten geven aan het belangrijk te vinden dat er afstemming is tussen de begeleiders onderling rond de leefregels.

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als je de therapie niet wil volgen. Volgende antwoorden werden gegeven: Een aantal weten dit niet, omdat het zich nog niet voor deed. Anderen geven aan dat je dan naar je kamer moet tijdens de duur van de therapie, zonder GSM. Je wordt niet verplicht om de therapie te volgen, maar de begeleiders zullen met je praten en je proberen te overtuigen.

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als men zijn medicatie niet wil innemen. Volgende antwoorden werden gegeven: geen enkele patiënt wist wat er gebeurt als je medicatie weigert, het deed zich nog niet voor.

3.1.2.2 Contact met de buitenwereld

Werkwijze

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

Vaststellingen

Contact met de buitenwereld is mogelijk op volgende manieren:

- Bezoekuren:
 - UKJA A: dagelijks zijn er 2 bezoekmomenten. Bezoek kan ook steeds individueel afgesproken worden met het team. In het weekend gaan de jongeren naar huis. In uitzonderlijke gevallen, als de jongere geen opvangmogelijkheden heeft thuis, blijft de jongere op de afdeling en worden de bezoeken individueel bekeken. Het eerste weekend van de opname kan de jongere niet op overnachting naar huis.
 - UKJA B: tweemaal per week is er de mogelijkheid om bezoek te krijgen. Er kan gekozen worden uit maandag-dinsdag-donderdag. In het weekend en op woensdagnamiddag is het de bedoeling dat de jongere naar huis gaat. Bezoek kan ook steeds individueel afgesproken worden met het team.

	maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag
UKJA A	15u-16u30 18u30-20u	15u-16u30 18u30-20u	15u-16u30 18u30-20u	15u-16u30 18u30-20u	15u-16u30 18u30-20u	14u-17u30 18u30-20u	14u-17u30 18u30-20u
UKJA B	18u30-20u	18u30-20u		19u-20u30			

- Telefonisch contact:
 - UKJA A: de jongeren mogen steeds hun GSM bij houden (mits toestemming van de ouders) en kunnen deze altijd gebruiken, behalve tijdens de maaltijd, therapieën, school en activiteiten. Indien de jongere geen GSM heeft dan kan er dagelijks, tijdens de bezoeken, gebeld worden met de telefoon van de afdeling.
 - UKJA B: de jongere heeft zijn GSM 2u/dag ter beschikking op de afdeling (dagelijks van 18u-20u, op donderdag van 19u00-20u30) en op momenten dat de jongere de afdeling zelfstandig verlaat. Daarnaast is er de mogelijkheid om 1x/dag te bellen met de telefoon van de afdeling.
- Op beide afdelingen is er WIFI ter beschikking. Mits toestemming van de ouders, krijgt de jongere hiervoor een toegangscode.
- Uitgangsmogelijkheden:
 - UKJA A: de jongere kan onder begeleiding van een volwassene en mits toestemming van de ouders het ziekenhuisdomein verlaten.
 - UKJA B: dit wordt individueel bepaald. Sommige jongeren mogen enkel onder begeleiding het ziekenhuisdomein verlaten, anderen mogen ook alleen het ziekenhuisdomein verlaten

Er is dagelijks contact met de buitenwereld mogelijk.

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

3.1.3 Betrokkenheid van patiënten

Werkwijze

De organisatie werd bevraagd over de manieren waarop patiënten betrokken worden bij beleidsmatige aspecten van de zorg.

Patiënten werd gevraagd of ze een behandelplan hebben, of ze aanwezig waren op een multidisciplinaire teambespreking van het behandelplan en of hun ouders aanwezig waren op een multidisciplinaire teambespreking van het behandelplan.

Vaststellingen

Patiënten worden beleidsmatig betrokken:

- patiëntenparticipatie op afdelingsniveau: inspraak in afdelingsregels
- Er is een patiëntenraad met vertegenwoordigers van de verschillende UKJA-afdelingen: Thinking Together of T2G genoemd.

Aantal bevraagde patiënten	4
Aantal patiënten die aangeven dat ze een behandelplan hebben	4
Aantal patiënten die aanwezig waren op een multidisciplinaire behandelplanbespreking	1
Aantal patiënten van wie een ouder aanwezig was op een multidisciplinaire behandelplanbespreking	1

De 3 patiënten die aangaven dat ze nog niet aanwezig waren op een multidisciplinaire behandelplanbespreking waren minder dan een maand opgenomen.

3.1.4 Inscholing van nieuwe medewerkers

Werkwijze

Het inscholingsprogramma voor nieuwe medewerkers werd opgevraagd tijdens de inspectie.

Er werd in dit programma bekeken of er tijdens de inscholing tijd werd besteed aan vorming over:

- Agressiepreventie of de-escalatie
- Signaleringsplannen
- Het inoefenen van afzonderingstechnieken

Vaststellingen

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

3.1.5 Opvang na incidenten

Werkwijze

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

Er werd een voorbeeld opgevraagd van een incidentanalyse met verslaggeving van een ernstig agressie-incident, hierbij werd nagegaan of er aandacht is voor verbeterpunten met oog op preventie in de toekomst. Patiënten werden gevraagd of ze geïnformeerd waren over de maatregelen die bij ernstige agressie-incidenten worden genomen.

Vaststellingen

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

- Binnen het team
- Met patiënt zelf
- Met medepatiënten

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

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

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

3.2 AFZONDERING EN SEPARATIE

3.2.1 Beleid en Procedure

Werkwijze

De cijfers van 2015 m.b.t. afzondering en separatie werden opgevraagd.

Tijdens inspectie werd de procedure / visietekst voor afzondering en separatie opgevraagd en werd het beleid besproken.

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

- De definitie van afzondering en separatie (= minstens afgesloten deur van de kamer vernoemd)
- Zo weinig mogelijk
- Zo kort mogelijk
- Proportionaliteit: minst ingrijpende maatregel/graduele aanpak/gefaseerde manier
- Indicaties en/of tegenindicaties
- Alternatieven
- Eindverantwoordelijke
- Wie mag uitvoeren?
- Toezicht: frequentie en vorm
 - minstens om de 30 minuten toezicht op de patiënt in afzondering of separatie.
 - minstens om de 60 minuten persoonlijk contact door binnen gaan van een medewerker bij de patiënt in afzondering of separatie.
- Frequentie van evaluatie van de maatregel
- Registraties in het dossier

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

- Afzondering en separatie zijn niet toegestaan onder 12 jaar.
- De redenen voor afzondering en separatie volgens de procedure zijn beperkt tot acuut gevaar voor zichzelf of acuut gevaar voor anderen.

De schriftelijke informatie rond afzondering en separatie voor kinderen/jongeren en voor familie/naasten werd opgevraagd.

Vaststellingen

In 2015 waren er:

- 75 afzonderingen bij 32 patiënten van de afdeling UKJA A
- 78 afzonderingen bij 9 patiënten van de afdeling UKJA B

Deze afzonderingscijfers bevatten ook het verblijf in de afzonderingsruimte met open deur. Hierdoor is het aantal geregistreerde afzonderingen hoger dan in werkelijkheid het geval is.

Er gebeuren geen separaties.

Er is 1 afzonderingskamer op de afdeling UKJA A en 1 afzonderingskamer op de afdeling UKJA B. Indien nodig kan er gebruik gemaakt worden van de afzonderingskamers op de andere afdelingen van UKJA (7 in totaal).

Er is een uitgeschreven procedure / visietekst voor afzondering.

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

- Toezicht: minstens om de 60 minuten persoonlijk contact door binnen gaan van een medewerker bij de patiënt in afzondering.

In de procedure staat beschreven:

Volgende redenen voor afzondering worden vermeld in de procedure:

- Afzondering is soms standaardtherapie als patiënt wacht op voorleiding bij de jeugdrechter na een agressie-incident.
- Afzondering kan gebeuren op eigen vraag van de patiënt
- Binnen het kader van een strikt therapeutisch programma.

Er is schriftelijke informatie over afzondering voor kinderen/jongeren.

Er is schriftelijke informatie over afzondering voor familie/naasten.

(1 zelfde brochure voor patiënten en familie)

3.2.2 Toepassing in de praktijk

Werkwijze

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

De registers van een steekproef van patiënten in afzondering en separatie van het voorbije jaar werden gecontroleerd.

Er werd nagegaan of de registraties minstens volgende gegevens bevat:

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

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

Vaststellingen

Er wordt een register bijgehouden over afzonderingen.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	5
Aantal registratieformulieren met alle gegevens	5
Aantal registratieformulieren met ontbrekende gegevens	0

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

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	5
Aantal zonder reden van afzondering	0
Aantal met als reden gevaar voor de patiënt of gevaar voor anderen (fysieke agressie, ernstig suïcidaal)	3
Aantal met een andere reden dan gevaar voor de patiënt of gevaar voor anderen	2
Aantal met als reden: op eigen vraag	0
Aantal met als reden: overlast	0
Aantal met als reden: sanctie	0
Aantal met als reden: procedure	0
Aantal met andere reden: grenzen stellen en couperen van negatief gedrag, prikkelarm maken bij psychose	2

Er werd gekeken naar de duur.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	5
Aantal korter dan 1u	1
Aantal 1 - 6u	1
Aantal 6- 12u	0
Aantal 12-24u	3
Aantal langer dan 24u	0

Er werd gekeken naar eventuele extra maatregelen.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	5
Aantal met mechanische fixatie	0
Aantal met crisismedicatie	0

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

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten langer dan een half uur in afzondering	4
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 30 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	4
Aantal gecontroleerde afzonderingsregistraties van langer dan een uur	4
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 60 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	4
Aantal periodes langer dan 60 min zonder toezicht in dossier/register	0
Aantal afzonderingen met notities over persoonlijk contact van de arts met patiënt in afzondering	1
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 60 minuten notities over binnen gaan in de afzonderingskamer in dossier/register staan	1
Aantal gecontroleerde afzonderingsregistraties van langer dan 120 minuten	4
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 120 minuten notities over binnen gaan in de afzonderingskamer in dossier/register staan	3
Aantal periodes langer dan 120 min zonder notities in dossier/register over binnen gaan	2
Opsomming van de duur van de periodes zonder binnen gaan: 12u45min,2u25min	
Aantal afzonderingen langer dan 24u	0
Aantal afzonderingen langer dan 24u met notities over dagelijks persoonlijk contact met de arts	NVT

3.2.3 Infrastructuur van de afzonderings- en separatieruimtes

Werkwijze

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

Volgende aspecten van de infrastructuur werden gecontroleerd:

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

Vaststellingen

De afzonderingskamer (ook time-out ruimte genoemd) werd bekeken op beide afdelingen (UKJA A en UKJA B).

Aantal gecontroleerde afzonderingsruimtes	2
Aantal in orde qua veiligheid inzake automutilatie / verhanging	2
Aantal in orde qua rookdetectie	2
Aantal in orde qua bereikbaar beloproepsysteem	2
Aantal in orde qua visueel toezicht	2
Aantal in orde qua aangepaste tijdsaanduiding	1
Aantal in orde qua privacy	1
Aantal in orde qua daglicht	2

De afzonderingskamer op UKJA B bevindt zich in een gang waar patiënten en anderen (o.a. werkmannen, personeelsleden van andere diensten,...) kunnen passeren. Er is een dubbele deur voorzien aan de afzonderingskamer met een doorkijkvenster in de binnenste deur. De buitenste deur wordt bij afzondering meestal dicht gedaan. Hierdoor heeft de patiënt geen zicht op de klok die zich in de gang bevindt (klok is wel zichtbaar door het venster als de buitenste deur open blijft). Indien men de buitenste deur open laat bij afzondering dan is er onvoldoende garantie op privacy. (inkijk mogelijk via het doorkijkvenster dat uitgeeft op de hierboven beschreven gang).

3.3 FIXATIE

3.3.1 **Beleid en Procedures**

Werkwijze

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

Tijdens inspectie werd de procedure / visietekst voor fixatie opgevraagd.

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

- De definitie van fixatie (mechanische fixatie, fysieke interventie en medicamenteuze fixatie: indien toegepast)
- Zo weinig mogelijk
- Zo kort mogelijk
- Indicaties en/of tegenindicaties
- Alternatieven

- Eindverantwoordelijke
- Wie mag uitvoeren?
- Toezicht: frequentie en vorm
- Frequentie van evaluatie van de maatregel
- Registraties in het dossier
- Indien medicamenteuze fixatie wordt toegepast:
 - Enkel met medisch order
 - Toediening enkel door arts of verpleegkundige

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

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

Vaststellingen

Men geeft aan:

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

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

In 2015 waren er geen mechanische fixaties.

Er is geen uitgeschreven procedure / visietekst fixatie, aangezien er geen fixatie wordt toegepast.

3.3.2 Toepassing in de praktijk

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

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

Er werden geen dossierchecks gedaan omdat er geen mechanische fixatie werd toegepast.

3.4 VERBETERBELEID

Registratiesystemen dienen als basis voor veiligheids- en kwaliteitsmonitoring.

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

3.4.1 **Verzamelen van informatie**

3.4.1.1 **Preventief klimaat**

Werkwijze

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

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

Tijdens de inspectie werd verslaggeving van deze evaluaties opgevraagd.

Vaststellingen

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

- Medewerkers in 2016: leefregels worden besproken op de personeelsvergaderingen
- Patiënten in 2016: T2G, hierop zijn patiënten van alle afdelingen vertegenwoordigd

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

- Familie en naasten

Er gebeurde de laatste 5 jaar een medewerkerstevredenheidsmeting op deze afdeling: in 2015 d.m.v. een ZNA brede bevraging (enquête).

Er gebeurde de voorbije 5 jaar een patiëntentevredenheidsmeting op deze afdeling: er is de voorbije jaren een continue bevraging bij elk ontslag. Het kind vult (al dan niet samen met de individueel begeleider) een tevredenheidsformulier in.

Er gebeurde de laatste 5 jaar een tevredenheidsmeting bij familie/naasten op deze afdeling: er is de voorbije jaren een continue bevraging bij de familie d.m.v. een opgestuurde enquête na ontslag.

3.4.1.2 **Agressie-incidenten, afzonderen, separeren en fixeren**

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

Agressie-incidenten worden sinds een jaar geregistreerd via VIM, maar er zijn tot nu toe geen cijfers beschikbaar. Er zijn geen cijfers over agressie-incidenten beschikbaar op afdelingsniveau.

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

De afzonderingscijfers bevatten ook het verblijf in de afzonderingsruimte met open deur. Hierdoor is het aantal geregistreerde afzonderingen hoger dan in werkelijkheid het geval is. Er is m.a.w. overregistratie.

De voorbije 5 jaar gebeurden interne audits over de kwaliteit van de registraties over afzonderingen

Er gebeuren geen mechanische fixaties.

3.4.2 Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal

Werkwijze

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

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

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

Vaststellingen

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

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

Er kon aangetoond worden dat er in 2015 een analyserapport werd gemaakt over vrijheidsbeperkende maatregelen.

Dit analyserapport bevat informatie over:

- Afzonderingen (aantal acties + aantal patiënten)
- Mechanische fixaties
- Redenen
- Duur
- Extra medicatie
- Gemiddelde leeftijd
- Melding aan arts, hoofdverpleegkundige, ouders
- Ernst van het incident
- Extra hulp nodig bij afzondering

4 AFDELINGEN UKJA C EN D

4.1 PREVENTIEF BELEID

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

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

4.1.1 **Agressiepreventiebeleid**

4.1.1.1 Signaleringsplannen

Werkwijze

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

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

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

Vaststellingen

De afdelingen UKJA C en UKJA D geven in de bevraging aan gebruik te maken van signaleringsplannen. Het gebruikte signaleringsplan bevat de 4 gezochte aspecten.

Aantal dossiers gecontroleerd op de aanwezigheid van signaleringsplannen	5
Aantal dossiers met een signaleringsplan	1

4.1.1.2 De-escalatie

Werkwijze

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

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

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

Vaststellingen

De afdeling beschikt over volgende soorten patiëntenkamers:

Afdeling	Aantal eenpersoonskamers	Aantal tweepersoonskamers	Aantal meerpersoonskamers (>2)
UKJA C	8	0	0
UKJA D	8	0	0

Daarnaast is volgende infrastructuur voorhanden om de-escalatie mogelijk te maken: ontspanningsruimte op de afdeling (met fiets), tuin en (ziekenhuis)park.

De afzonderingsruimte wordt zowel met open als met gesloten deur gebruikt.

's Nachts is er 1 personeelslid aanwezig voor de 2 (belendende) afdelingen (C & D).

In geval van nood kan volgende extra hulp opgeroepen worden op de afdeling: 2 medewerkers van spoed, 1 personeelslid vanop de afdeling F en de loopwaak.

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

Er kon aangetoond worden dat er in het behandelaanbod sessies zelfcontrole / regulatievaardigheden / agressie beheersing voorzien zijn voor patiënten: sessies 'ik ben speciaal', 'brein bedreigt,' sociale vaardigheden en gezonde voeding en beweging.

Er kon aangetoond worden dat er in het behandelaanbod sessies psycho-educatie voor ouders van patiënten over omgaan met moeilijk gedrag/agressiepreventie/de-escalatie voorzien zijn: ouderavonden 'ik ben speciaal', 'borderline', lichaamsbeeld en beweging, ...

4.1.2 Het verbeteren van patiëntenervaringen

4.1.2.1 Leefregels

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

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

Volgende (vrijheidsbeperkende) leefregels zijn van toepassing:

- Verplichte kamermomenten (met open deur)

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

Volgende controles gebeuren op de afdeling:

- lichaamscontrole
- kamercontrole
- bagagecontrole
- drugscreening

Niet voor alle controles die gebeuren zijn procedures opgemaakt.

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

- lichaamscontrole
- bagagecontrole

Aantal bevraagde patiënten	11
Aantal patiënten die aangeven dat de leefregels duidelijk zijn	11

Uit de besprekingen geven patiënten aan de duidelijkheid in leefregels en afspraken te appreciëren, ze geven dit aan als een positief aspect binnen de begeleiding.

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als je de therapie niet wil volgen. Volgende antwoorden werden gegeven: Je moet naar je kamer gedurende de duur van de therapie, zonder GSM.

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als men zijn medicatie niet wil innemen. Volgende antwoorden werden gegeven: meestal geen sanctie, herhaaldelijk weigeren kan tot een sanctie leiden zoals minder GSM. Bij één iemand werd de medicatie in spuitvorm toegediend in de afzonderingskamer.

4.1.2.2 Contact met de buitenwereld

Werkwijze

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

Vaststellingen

Contact met de buitenwereld is mogelijk op volgende manieren:

- Bezoek is mogelijk op volgende momenten:

	maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag
UKJA C	18u-19u	18u-19u	18u-19u	18u-19u	18u-19u	na overleg met groepsleiding	na overleg met groepsleiding
UKJA D	18u-19u	18u-19u	18u-19u	18u-19u	18u-19u	na overleg met groepsleiding	na overleg met groepsleiding

- Kinderen kunnen telefoneren tijdens de bel-uren van de afdelingen (17u tot 21u), tijdens deze uren hebben ze ook hun GSM ter beschikking. Indien een jongere dringend wil bellen naar de ouders kan dit steeds na overleg met het team en door het gebruik van de afdelingstelefoon.
- Er is internettoegang (individueel geregeld) tijdens de vaste multimedia momenten (vaste kamermomenten). Patiënten geven aan dat het internet heel traag werkt waardoor bepaalde games niet gespeeld kunnen worden.
- In samenspraak met de ouders en het team kan een hobby/sport verder gezet (of gezocht) worden. Onder begeleiding van de ouders en als het team het goed vindt, kan de afdeling verlaten worden.

Er is dagelijks contact met de buitenwereld mogelijk.

Aantal bevroegde patiënten	11
Aantal patiënten die aangeven dat er dagelijks contactmogelijkheden met vrienden/familie zijn	11

4.1.3 **Betrokkenheid van patiënten**

Werkwijze

De organisatie werd bevraagd over de manieren waarop patiënten betrokken worden bij beleidsmatige aspecten van de zorg.

Patiënten werd gevraagd of ze een behandelplan hebben, of ze aanwezig waren op een multidisciplinaire teambespreking van het behandelplan en of hun ouders aanwezig waren op een multidisciplinaire teambespreking van het behandelplan.

Vaststellingen

Patiënten worden beleidsmatig betrokken:

- patiëntenraad op organisatieniveau (T2G)
- patiëntenparticipatie op afdelingsniveau (bv. inspraak in afdelingsregels)
- schriftelijke evaluatie bij ontslag door hoofdverpleegkundige

Aantal bevroagde patiënten	11
Aantal patiënten die aangeven dat ze een behandelplan hebben	11
Aantal patiënten die aanwezig waren op een multidisciplinaire behandelplanbespreking	11
Aantal patiënten van wie een ouder aanwezig was op een multidisciplinaire behandelplanbespreking	11

4.1.4 Inscholing van nieuwe medewerkers

Werkwijze

Het inscholingsprogramma voor nieuwe medewerkers werd opgevraagd tijdens de inspectie.

Er werd in dit programma bekeken of er tijdens de inscholing tijd werd besteed aan vorming over:

- Agressiepreventie of de-escalatie
- Signaleringsplannen
- Het inoefenen van afzonderingstechnieken

Vaststellingen

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

4.1.5 Opvang na incidenten

Werkwijze

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

Er werd een voorbeeld opgevraagd van een incidentanalyse met verslaggeving van een ernstig agressie-incident, hierbij werd nagegaan of er aandacht is voor verbeterpunten met oog op preventie in de toekomst. Patiënten werden gevraagd of ze geïnformeerd waren over de maatregelen die bij ernstige agressie-incidenten worden genomen.

Vaststellingen

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

- Binnen het team
- Met patiënt zelf
- Met medepatiënten

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

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

Aantal bevroagde patiënten	11
Aantal patiënten die aangeven dat ze informatie kregen over de maatregelen bij ernstige agressie-incidenten	11

4.2 AFZONDERING EN SEPARATIE

4.2.1 **Beleid en Procedure**

Werkwijze

De cijfers van 2015 m.b.t. afzondering en separatie werden opgevraagd.

Tijdens inspectie werd de procedure / visietekst voor afzondering en separatie opgevraagd en werd het beleid besproken.

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

- De definitie van afzondering en separatie (= minstens afgesloten deur van de kamer vernoemd)
- Zo weinig mogelijk
- Zo kort mogelijk
- Proportionaliteit: minst ingrijpende maatregel/graduele aanpak/gefaseerde manier
- Indicaties en/of tegenindicaties
- Alternatieven
- Eindverantwoordelijke
- Wie mag uitvoeren?
- Toezicht: frequentie en vorm
 - minstens om de 30 minuten toezicht op de patiënt in afzondering of separatie.
 - minstens om de 60 minuten persoonlijk contact door binnen gaan van een medewerker bij de patiënt in afzondering of separatie.
- Frequentie van evaluatie van de maatregel
- Registraties in het dossier

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

- Afzondering en separatie zijn niet toegestaan onder 12 jaar.
- De redenen voor afzondering en separatie volgens de procedure zijn beperkt tot acuut gevaar voor zichzelf of acuut gevaar voor anderen.

De schriftelijke informatie rond afzondering en separatie voor kinderen/jongeren en voor familie/naasten werd opgevraagd.

Vaststellingen

In 2015 waren er:

- 46 afzonderingen bij 8 patiënten van de afdeling UKJA C
- 18 afzonderingen bij 9 patiënten van de afdeling UKJA D

Deze afzonderingscijfers bevatten ook het verblijf in de afzonderingsruimte met open deur. Hierdoor is het aantal geregistreerde afzonderingen hoger dan in werkelijkheid het geval is.

Er gebeuren geen separaties.

Er is 1 afzonderingskamer op de afdeling UKJA C en 1 afzonderingskamer op de afdeling UKJA D.

Er gebeuren geen separaties op patiëntenkamers.

Er is een uitgeschreven procedure / visietekst voor afzondering.

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

- Toezicht: minstens om de 60 minuten persoonlijk contact door binnen gaan van een medewerker bij de patiënt in afzondering.

In de procedure staat beschreven:

Volgende redenen voor afzondering worden vermeld in de procedure:

- Afzondering is soms standaardtherapie als patiënt wacht op voorleiding bij de jeugdrechter na een agressie-incident.
- Afzondering kan gebeuren op eigen vraag van de patiënt
- Binnen het kader van een strikt therapeutisch programma

Er is schriftelijke informatie over afzondering voor kinderen/jongeren.

Er is schriftelijke informatie over afzondering voor familie/naasten.

(1 zelfde brochure)

4.2.2 Toepassing in de praktijk

Werkwijze

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

De registers van een steekproef van patiënten in afzondering en separatie van het voorbije jaar werden gecontroleerd.

Er werd nagegaan of de registraties minstens volgende gegevens bevat:

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

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

Vaststellingen

Er wordt een register bijgehouden over afzonderingen.

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	10
Aantal registratieformulieren met alle gegevens	10
Aantal registratieformulieren met ontbrekende gegevens	0

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

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	10
Aantal zonder reden van afzondering	10
Aantal met als reden gevaar voor de patiënt of gevaar voor anderen (fysieke agressie, ernstig suïcidaal)	4
Aantal met een andere reden dan gevaar voor de patiënt of gevaar voor anderen	6
Aantal met als reden: op eigen vraag	0
Aantal met als reden: overlast	0
Aantal met als reden: sanctie	0
Aantal met als reden: procedure	1
Aantal met andere reden: agressie materiaal, kwaad, roepen, ontvluchting, cfr '85', ...	5

1 maal werd als reden opgegeven 'cfr. 85'. Het is niet duidelijk wat dit betekent (ook niet bij navraag aan de hoofdverpleegkundige).

Er werd gekeken naar de duur.

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

Er werd gekeken naar eventuele extra maatregelen.

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

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

Aantal gecontroleerde registraties van patiënten langer dan een half uur in afzondering	9
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 30 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	9
Aantal gecontroleerde afzonderingsregistraties van langer dan een uur	8
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 60 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	8
Aantal periodes langer dan 60 min zonder toezicht in dossier/register	0
Opsomming van de duur van de periodes zonder toezicht:	NVT
Aantal afzonderingen met notities over persoonlijk contact van de arts met patiënt in afzondering	0
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 60 minuten notities over binnen gaan in de afzonderingskamer in dossier/register staan	3
Aantal gecontroleerde afzonderingsregistraties van langer dan 120 minuten	5
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 120 minuten notities over binnen gaan in de afzonderingskamer in dossier/register staan	3
Aantal periodes langer dan 120 min zonder notities in dossier/register over binnen gaan	2
Opsomming van de duur van de periodes zonder binnen gaan: 4u45min, 3u	
Aantal afzonderingen langer dan 24u	0
Aantal afzonderingen langer dan 24u met notities over dagelijks persoonlijk contact met de arts	NVT

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

4.2.3 Infrastructuur van de afzonderings- en separatieruimtes

Werkwijze

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

Volgende aspecten van de infrastructuur werden gecontroleerd:

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

Vaststellingen

Afdeling UKJA C en afdeling UKJA D hebben elk een afzonderingsruimte.

Aantal gecontroleerde afzonderingsruimtes	2
Aantal in orde qua veiligheid inzake automutilatie / verhanging	2
Aantal in orde qua rookdetectie	2
Aantal in orde qua bereikbaar beloproepsysteem	2
Aantal in orde qua visueel toezicht	2
Aantal in orde qua aangepaste tijdsaanduiding	2
Aantal in orde qua privacy	2
Aantal in orde qua daglicht	2

4.3 FIXATIE

4.3.1 **Beleid en Procedures**

Werkwijze

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

Tijdens inspectie werd de procedure / visietekst voor fixatie opgevraagd.

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

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

- Toediening enkel door arts of verpleegkundige

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

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

Vaststellingen

Men geeft aan:

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

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

In 2015 waren er geen mechanische fixaties.

Er is geen uitgeschreven procedure / visietekst fixatie aangezien er geen fixatie wordt toegepast.

4.3.2 Toepassing in de praktijk

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

De afdeling beschikt niet over fixatiemateriaal.

Men beschikt over een wikkeldeken/swaddle.

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

4.4 VERBETERBELEID

Registratiesystemen dienen als basis voor veiligheids- en kwaliteitsmonitoring.

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

4.4.1 **Verzamelen van informatie**

4.4.1.1 Preventief klimaat

Werkwijze

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

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

Tijdens de inspectie werd verslaggeving van deze evaluaties opgevraagd.

Vaststellingen

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

- Medewerkers in 2016: op de personeelsvergaderingen
- Patiënten in 2016 : T2G, de patiëntenraad met vertegenwoordiging van patiënten uit alle afdelingen, op de groeps gesprekken op de afdelingen
- Familie en naasten in 2016 d.m.v. gesprekken met de oudertherapeuten

Er gebeurde de laatste 5 jaar een medewerkerstevredenheidsmeting op deze afdeling: in 2015 d.m.v. een ZNA brede bevraging.

Er gebeurde de voorbije 5 jaar een patiëntentevredenheidsmeting op deze afdeling: in 2016 d.m.v. continue bevraging bij elk ontslag. Het kind vult (al dan niet samen met de individueel begeleider) een tevredenheidsformulier in.

Er gebeurde de laatste 5 jaar een tevredenheidsmeting bij familie/naasten op deze afdeling: in 2016 d.m.v. een continue bevraging bij de familie (enquête na ontslag).

4.4.1.2 Agressie-incidenten, afzonderen, separeren en fixeren

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

Agressie-incidenten worden sinds een jaar geregistreerd via VIM, maar er zijn tot nu toe geen cijfers beschikbaar. Er zijn geen cijfers over agressie-incidenten beschikbaar op afdelingsniveau.

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

De afzonderingscijfers bevatten ook het verblijf in de afzonderingsruimte met open deur. Hierdoor is het aantal geregistreerde afzonderingen hoger dan in werkelijkheid het geval is. Er is m.a.w. overregistratie.

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

Er gebeuren geen mechanische fixaties.

4.4.2 Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal

Werkwijze

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

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

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

Vaststellingen

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

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

Er kon aangetoond worden dat er in 2015 een analyserapport werd gemaakt over vrijheidsbeperkende maatregelen.

Dit analyserapport bevat informatie over:

- Afzonderingen (aantal acties + aantal patiënten)
- Mechanische fixaties
- Redenen
- Duur
- Extra medicatie
- Gemiddelde leeftijd
- Melding aan arts, hoofdverpleegkundige, ouders
- Ernst van het incident
- Extra hulp nodig bij afzondering

5 AFDELINGEN UKJA E EN F

5.1 PREVENTIEF BELEID

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

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

5.1.1 **Agressiepreventiebeleid**

5.1.1.1 Signaleringsplannen

Werkwijze

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

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

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

Vaststellingen

Afdelingen UKJA E en F geven in de bevraging aan gebruik te maken van signaleringsplannen. Het gebruikte signaleringsplan bevat de 4 gezochte aspecten.

	E	F
Aantal dossiers gecontroleerd op de aanwezigheid van signaleringsplannen	5	7
Aantal dossiers met een signaleringsplan	4	7

5.1.1.2 De-escalatie

Werkwijze

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

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

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

Vaststellingen

De afdeling beschikt over volgende soorten patiëntenkamers:

Afdeling	Aantal eenpersoonskamers	Aantal tweepersoonskamers	Aantal meerpersoonskamers (>2)
UKJA E	8	0	0
UKJA F	8	0	0

Daarnaast is volgende infrastructuur voorhanden om de-escalatie mogelijk te maken: elke afdeling heeft een eigen tuin. De afzonderingskamers worden ook gebruikt met open deur, als time-out ruimte.

Medewerkers geven aan dat extra infrastructurele mogelijkheden inzake de-escalatie (bv. een gezellig aangeklede ruimte waar jongeren tot rust kunnen komen) het aantal afzonderingen zou kunnen helpen doen dalen.

's Nachts is er zowel op afdeling UKJA E als op afdeling UKJA F telkens 1 personeelslid aanwezig.

In geval van nood kan volgende extra hulp opgeroepen worden op de afdeling: de vaste waakverpleegkundige voor alle afdelingen op UKJA; personeel van spoed, lopende waken voor het ziekenhuis, brancardwacht.

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

Er kon aangetoond worden dat er in het behandelaanbod sessies zelfcontrole / regulatievaardigheden / agressiebeheersing voorzien zijn voor patiënten: module agressieregulatie (deel van PMT), module probleemoplossende vaardigheden, module zelfbeeld / emotieregulatie.

Er kon aangetoond worden dat er in het behandelaanbod sessies psycho-educatie voor ouders van patiënten over omgaan met moeilijk gedrag/agressiepreventie/de-escalatie voorzien zijn: UKJA-breed worden groepssessies voor ouders georganiseerd van het Triple P Programma.

5.1.2 Het verbeteren van patiëntenervaringen

5.1.2.1 Leefregels

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

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

Volgende (vrijheidsbeperkende) leefregels zijn van toepassing:

- Verplichte kamermomenten (met open deur)
 - Elke dag zijn er een aantal verplichte kamermomenten voor iedereen.
 - Daarnaast wordt meestal met een altemnerend systeem gewerkt, waarbij slechts een maximum aantal jongeren in de leefgroep aanwezig mag zijn, terwijl de rest op de kamer moet verblijven. Volgens de jongeren loopt de totale duur van de individuele kamermomenten soms op tot 8 uur per dag.
 - Gerichte agressie of ernstige bedreigingen resulteren in 24u time-out op de eigen kamer (met open deur); de jongere kan wel de therapieën en lessen blijven volgen, maar brengt daarnaast dus geen tijd in de leefgroep door.

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

Over volgende regels ontbreekt in de schriftelijke informatie voor patiënten informatie:

- Niet alle verplichte kamermomenten staan vermeld, bv. het altemnerende systeem van aanwezigheid in de leefgroep (dat pas recent werd ingevoerd) staat niet vermeld.

Volgende controles gebeuren op de afdeling:

- lichaamscontrole
- kamercontrole
- bagagecontrole
- drugscreening

Niet voor alle controles die gebeuren zijn procedures opgemaakt. De werkwijze van volgende controles is niet beschreven in een procedure:

- lichaamscontrole
- bagagecontrole.

Aantal bevraagde patiënten	5
Aantal patiënten die aangeven dat de leefregels duidelijk zijn	1

De patiënten gaven aan dat het – zeker bij het begin van de opname – heel moeilijk is om alle regels op korte tijd te leren kennen, omdat het (onder meer gezien het uitgebreide beloningssysteem) erg veel is. Veel elementen staan ook niet op papier, en leer je – aldus de patiënten – pas “uit ervaring”.

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als je de therapie niet wil volgen. Volgende antwoorden werden gegeven: voor de duur van de therapie moet de jongere naar de kamer; niet-deelname heeft een negatieve invloed op de behaalde score in het kader van het beloningssysteem; soms moet er een (schrijf)taak uitgevoerd worden.

Patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als men zijn medicatie niet wil innemen. Volgende antwoorden werden gegeven: de jongere moet naar zijn kamer; het heeft een negatieve invloed op de behaalde score in het kader van het beloningssysteem; de dokter komt langs om de kwestie te bespreken.

5.1.2.2 Contact met de buitenwereld

Werkwijze

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

Vaststellingen

Contact met de buitenwereld is mogelijk op volgende manieren:

- Bezoekuren:

maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag
18u30-19u30	18u30-19u30	18u30-19u30	18u30-19u30	18u30-19u30 + vanaf 14u30 mits afge- sproken met groepsleiding	18u30-19u30 + rest van de dag mits afge- sproken met groepsleiding	/

- Voor iedereen is telefonisch contact mogelijk van 19u-19u30 en van 20u-21u30
Vanaf fase 2 (in principe na een maand) kan dat ook tijdens de vaste rustmomenten (1 uur na de middag, 17u-17u30 en 18u30-19u30).
Voor uitgaande telefoongesprekken die niet met de eigen GSM gebeuren, dienen jongeren wel 50 cent per 10 minuten te betalen, of enkele punten die ze hebben verdiend in het kader van het beloningssysteem.
- Behalve wanneer er een verbod van de jeugdrechter geldt, en mits toestemming van de ouders, kunnen jongeren gebruik maken van WIFI en alle mogelijkheden die dat biedt, weliswaar met een maximum van drie toestellen.
- Tijdens bezoekmomenten kunnen jongeren met hun bezoek de afdeling of het ziekenhuisdomein verlaten. Jongeren kunnen op weekend vanaf vrijdag 14u/14u30 tot zondag 12u.
In de ontslagvoorbereiding kunnen jongeren ook alleen het ziekenhuisdomein verlaten, bv. om naar school, naar een sportvereniging of naar een winkel te gaan.

Er is dagelijks contact met de buitenwereld mogelijk.

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

5.1.3 Betrokkenheid van patiënten

Werkwijze

De organisatie werd bevraagd over de manieren waarop patiënten betrokken worden bij beleidsmatige aspecten van de zorg.

Patiënten werd gevraagd of ze een behandelplan hebben, of ze aanwezig waren op een multidisciplinaire teambespreking van het behandelplan en of hun ouders aanwezig waren op een multidisciplinaire teambespreking van het behandelplan.

Vaststellingen

Patiënten worden beleidsmatig betrokken:

- patiëntenraad op organisatieniveau: Thinking Together of T2G, met een vertegenwoordiging van elke afdeling.
- patiëntenparticipatie op afdelingsniveau: inspraak in afdelingsregels via dagopening en weekopening.

Aantal bevroegde patiënten	5
Aantal patiënten die aangeven dat ze een behandelplan hebben	5
Aantal patiënten die aanwezig waren op een multidisciplinaire behandelplanbespreking	5
Aantal patiënten van wie een ouder aanwezig was op een multidisciplinaire behandelplanbespreking	5

5.1.4 Inscholing van nieuwe medewerkers

Werkwijze

Het inscholingsprogramma voor nieuwe medewerkers werd opgevraagd tijdens de inspectie.

Er werd in dit programma bekeken of er tijdens de inscholing tijd werd besteed aan vorming over:

- Agressiepreventie of de-escalatie
- Signaleringsplannen
- Het inoefenen van afzonderingstechnieken

Vaststellingen

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

5.1.5 Opvang na incidenten

Werkwijze

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

Er werd een voorbeeld opgevraagd van een incidentanalyse met verslaggeving van een ernstig agressie-incident, hierbij werd nagegaan of er aandacht is voor verbeterpunten met oog op preventie in de toekomst. Patiënten werden gevraagd of ze geïnformeerd waren over de maatregelen die bij ernstige agressie-incidenten worden genomen.

Vaststellingen

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

- Binnen het team
- Met patiënt zelf

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

- Met medepatiënten

Er is een specifiek team voorzien voor psychologische opvang van medewerkers na ernstige incidenten. Dit was evenwel niet bij alle medewerkers bekend.

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

Aantal bevroegde patiënten	5
Aantal patiënten die aangeven dat ze informatie kregen over de maatregelen bij ernstige agressie-incidenten	3

5.2 AFZONDERING EN SEPARATIE

5.2.1 **Beleid en Procedure**

Werkwijze

De cijfers van 2015 m.b.t. afzondering en separatie werden opgevraagd.

Tijdens inspectie werd de procedure / visietekst voor afzondering en separatie opgevraagd en werd het beleid besproken.

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

- De definitie van afzondering en separatie (= minstens afgesloten deur van de kamer vernoemd)
- Zo weinig mogelijk
- Zo kort mogelijk
- Proportionaliteit: minst ingrijpende maatregel/graduele aanpak/gefaseerde manier
- Indicaties en/of tegenindicaties
- Alternatieven
- Eindverantwoordelijke
- Wie mag uitvoeren?
- Toezicht: frequentie en vorm
 - minstens om de 30 minuten toezicht op de patiënt in afzondering of separatie.
 - minstens om de 60 minuten persoonlijk contact door binnen gaan van een medewerker bij de patiënt in afzondering of separatie.
- Frequentie van evaluatie van de maatregel
- Registraties in het dossier

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

- Afzondering en separatie zijn niet toegestaan onder 12 jaar.
- De redenen voor afzondering en separatie volgens de procedure zijn beperkt tot acuut gevaar voor zichzelf of acuut gevaar voor anderen.

De schriftelijke informatie rond afzondering en separatie voor kinderen/jongeren en voor familie/naasten werd opgevraagd.

Vaststellingen

In 2015 waren er :

- 74 afzonderingen bij 12 patiënten van de afdeling UKJA E.
- 111 afzonderingen bij 15 patiënten van de afdeling UKJA F.

Deze afzonderingscijfers bevatten ook het verblijf in de afzonderingsruimte met open deur. Hierdoor is het aantal geregistreerde afzonderingen hoger dan in werkelijkheid het geval is.

Er gebeuren geen separaties.

Er is 1 afzonderingskamer op de afdeling UKJA E. Op het moment van de inspectie was deze buiten gebruik omwille van herstellingen, waardoor men gebruik diende te maken van een afzonderingskamer op afdeling UKJA D of UKJA F.

Er is 1 afzonderingskamer op de afdeling UKJA F. Indien nodig kan er gebruik gemaakt worden van de afzonderingskamer op de andere afdelingen van UKJA (7 in totaal).

Er is een uitgeschreven procedure / visietekst voor afzondering.

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

- Toezicht: minstens om de 60 minuten persoonlijk contact door binnen gaan van een medewerker bij de patiënt in afzondering.

In de procedure staat beschreven:

Volgende redenen voor afzondering worden vermeld in de procedure:

- Afzondering is soms standaardtherapie als patiënt wacht op voorleiding bij de jeugdrechter na een agressie-incident.
- Afzondering kan gebeuren op eigen vraag van de patiënt
- Binnen het kader van een strikt therapeutisch programma.

Er is schriftelijke informatie over afzondering voor kinderen/jongeren.

Er is schriftelijke informatie over afzondering voor familie/naasten.

(1 zelfde brochure voor patiënten en familie)

5.2.2 Toepassing in de praktijk

Werkwijze

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

De registers van een steekproef van patiënten in afzondering en separatie van het voorbije jaar werden gecontroleerd.

Er werd nagegaan of de registraties minstens volgende gegevens bevat:

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

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

Vaststellingen

Er wordt een register bijgehouden over afzonderingen.

	E	F
Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	10	5
Aantal registratieformulieren met alle gegevens	9	5
Aantal registratieformulieren met ontbrekende gegevens	1	0
Aantal zonder identificatie patiënt	0	0
Aantal zonder datum	0	0
Aantal zonder beginuur	0	0
Aantal zonder einduur	0	0
Aantal zonder reden van afzondering	0	0
Aantal zonder naam of handtekening verantwoordelijke arts	1	0
Aantal zonder naam of handtekening verantwoordelijke verpleegkundige	0	0

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

	E	F
Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	10	5
Aantal zonder reden van afzondering	0	0
Aantal met als reden gevaar voor de patiënt of gevaar voor anderen (fysieke agressie, ernstig suïcidaal)	5	4
Aantal met een andere reden dan gevaar voor de patiënt of gevaar voor anderen	5	1
Aantal met als reden: op eigen vraag	0	0
Aantal met als reden: overlast	0	0
Aantal met als reden: sanctie	0	0
Aantal met als reden: procedure (na ontvluchting)	4	0
Aantal met andere reden: samenwerking niet mogelijk, passief verzet	1	1

Er werd gekeken naar de duur.

	E	F
Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	10	5
Aantal korter dan 1u	3	3
Aantal 1 - 6u	2	2
Aantal 6- 12u	2	0
Aantal 12-24u	3	0
Aantal langer dan 24u	0	0

Er werd gekeken naar eventuele extra maatregelen.

	E	F
Aantal gecontroleerde registraties van patiënten in afzondering	10	5
Aantal met mechanische fixatie	0	0
Aantal met crisismedicatie	0	0

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

	E	F
Aantal gecontroleerde registraties van patiënten langer dan een half uur in afzondering	9	3
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 30 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	9	3
Aantal gecontroleerde afzonderingsregistraties van langer dan een uur	7	1
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 60 minuten notities over toezicht in dossier/register staan	7	1
Aantal periodes langer dan 60 min zonder toezicht in dossier/register	0	0
Aantal afzonderingen met notities over persoonlijk contact van de arts met patiënt in afzondering	2	0
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 60 minuten notities over binnen gaan in de afzonderingskamer in dossier/register staan	0	1
Aantal gecontroleerde afzonderingsregistraties van langer dan 120 minuten	5	0
Aantal afzonderingen waarbij minstens om de 120 minuten notities over binnen gaan in de afzonderingskamer in dossier/register staan	0	NVT
Aantal periodes langer dan 120 min zonder notities in dossier/register over binnen gaan	5	NVT
Opsomming van de duur van de periodes zonder binnen gaan:	4u 9u 10u55 11u 12u18	NVT
Aantal afzonderingen langer dan 24u	0	0
Aantal afzonderingen langer dan 24u met notities over dagelijks persoonlijk contact met de arts	NVT	NVT

5.2.3 Infrastructuur van de afzonderings- en separatieruimtes

Werkwijze

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

Volgende aspecten van de infrastructuur werden gecontroleerd:

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

Vaststellingen

De afzonderingsruimte op afdeling UKJA E (ook PAR genoemd) werd bekeken.
Deze ruimte was tijdelijk buiten gebruik wegens een kapotte deur.

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

5.3 FIXATIE

5.3.1 **Beleid en Procedures**

Werkwijze

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

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

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

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

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

Vaststellingen

Men geeft aan:

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

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

In 2015 waren er geen mechanische fixaties.

Er is geen uitgeschreven procedure / visietekst fixatie, aangezien er geen fixatie wordt toegepast.

5.3.2 Toepassing in de praktijk

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

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

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

5.4 VERBETERBELEID

Registratiesystemen dienen als basis voor veiligheids- en kwaliteitsmonitoring.
Verder is het engagement van de verschillende bestuursniveaus belangrijk in de vermindering van het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen.

5.4.1 Verzamelen van informatie

5.4.1.1 Preventief klimaat

Werkwijze

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

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

Tijdens de inspectie werd verslaggeving van deze evaluaties opgevraagd.

Vaststellingen

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

- Medewerkers in 2016: leefregels worden besproken op de personeelsvergaderingen.
- Patiënten in 2016: door de patiëntenraad T2G, hierop zijn patiënten van alle afdelingen vertegenwoordigd

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

- Familie en naasten

Er gebeurde de laatste 5 jaar een medewerkerstevredenheidsmeting op deze afdelingen: in 2015 d.m.v. een ZNA brede bevraging (enquête).

Er gebeurde de voorbije 5 jaar een patiëntentevredenheidsmeting op deze afdelingen: in 2016: er is een continue bevraging bij elk ontslag. Het kind vult (al dan niet samen met de individueel begeleider) een tevredenheidsformulier in.

Er gebeurde de laatste 5 jaar een tevredenheidsmeting bij familie/naasten op deze afdelingen: in 2016: er is een continue bevraging bij de familie d.m.v. een opgestuurde enquête na ontslag.

5.4.1.2 Agressie-incidenten, afzonderen, separeren en fixeren

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

Agressie-incidenten worden sinds een jaar geregistreerd via VIM, maar er zijn tot nu toe geen cijfers beschikbaar. Er zijn geen cijfers over agressie-incidenten beschikbaar op afdelingsniveau.

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

De afzonderingscijfers bevatten ook het verblijf in de afzonderingsruimte met open deur. Hierdoor is het aantal geregistreerde afzonderingen hoger dan in werkelijkheid het geval is. Er is m.a.w. overregistratie.

De voorbije 5 jaar gebeurden interne audits over de kwaliteit van de registraties over afzonderingen

Er gebeuren geen mechanische fixaties.

5.4.2 Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal

Werkwijze

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

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

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

Vaststellingen

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

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

Er kon aangetoond worden dat er in 2015 een analyserapport werd gemaakt over vrijheidsbeperkende maatregelen. Dit analyserapport bevat informatie over:

- Afzonderingen (aantal acties + aantal patiënten)
- Mechanische fixaties
- Redenen
- Duur
- Extra medicatie
- Gemiddelde leeftijd
- Melding aan arts, hoofdverpleegkundige, ouders
- Ernst van het incident
- Extra hulp nodig bij afzondering

6 AFDELING UKJA J

6.1 PREVENTIEF BELEID

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

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

6.1.1 **Agressiepreventiebeleid**

6.1.1.1 Signaleringsplannen

Werkwijze

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

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

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

Vaststellingen

UKJA J geeft in de bevraging aan geen gebruik te maken van signaleringsplannen.

6.1.1.2 De-escalatie

Werkwijze

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

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

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

Vaststellingen

De afdeling beschikt over volgende soorten patiëntenkamers:

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

Daarnaast is volgende infrastructuur voorhanden om de-escalatie mogelijk te maken: er is een omheinde tuin aangrenzend aan de leefgroep ruimte. De PAR wordt op deze afdeling enkel met open deur gebruikt en wordt de kussenruimte genoemd.

's Nachts is er 1 verpleegkundige aanwezig op de afdeling (deze staat in voor de nachtpermanentie van UKJA J en UKJA L).

In geval van nood kan volgende extra hulp opgeroepen worden op de afdeling: de loopwacht kan komen helpen, bij klein en groot alarm komen er meerdere personeelsleden van andere afdelingen te hulp.

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

In het behandelaanbod zijn voor deze groep van jonge patiënten individuele sessies zelfcontrole / regulatievaardigheden / agressie beheersing voorzien, de medewerkers geven aan dat groepstherapie op deze leeftijd nog niet aangewezen is.

Er kon aangetoond worden dat er in het behandelaanbod sessies psycho-educatie voor ouders van patiënten over omgaan met moeilijk gedrag/agressiepreventie/de-escalatie voorzien zijn: UKJA-breed worden groeps sessies voor ouders georganiseerd van het Triple P Programma.

6.1.2 Het verbeteren van patiëntenervaringen

6.1.2.1 Leefregels

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

Er zijn algemeen geldende leefregels.

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

Er zijn geen vrijheidsbeperkende leefregels.

Er gebeuren geen controles op de afdeling.

Er werden tijdens de inspectie op deze afdeling geen patiënten bevraagd gezien de jonge leeftijd.

6.1.2.2 Contact met de buitenwereld

Werkwijze

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

Vaststellingen

Contact met de buitenwereld is mogelijk op volgende manieren:

- Bezoek is mogelijk op volgende uren (en op andere momenten op vraag):

maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag
13-14u 18-19u	13-14u 18-19u		13-14u 18-19u	13-14u		

- Kinderen gaan woensdagnamiddag naar huis, bij voorkeur met een overnachting thuis. Kinderen gaan op weekend van vrijdag 14u tot zondag 11u45, of van zaterdag 14u tot maandag 8u30.
- Telefonisch contact: ouders kunnen steeds naar medewerkers bellen voor vragen. Ouders kunnen hun kinderen bellen op afgesproken momenten, medewerkers volgen het gesprek meestal mee via de speaker.

Er is dagelijks contact met de buitenwereld mogelijk.

6.1.3 Betrokkenheid van patiënten

Werkwijze

De organisatie werd bevraagd over de manieren waarop patiënten betrokken worden bij beleidsmatige aspecten van de zorg.

Patiënten werd gevraagd of ze een behandelplan hebben, of ze aanwezig waren op een multidisciplinaire teambespreking van het behandelplan en of hun ouders aanwezig waren op een multidisciplinaire teambespreking van het behandelplan.

Vaststellingen

Patiënten worden niet beleidsmatig betrokken: NVT voor deze leeftijdsgroep.

6.1.4 Inscholing van nieuwe medewerkers

Werkwijze

Het inscholingsprogramma voor nieuwe medewerkers werd opgevraagd tijdens de inspectie.

Er werd in dit programma bekeken of er tijdens de inscholing tijd werd besteed aan vorming over:

- Agressiepreventie of de-escalatie
- Signaleringsplannen
- Het inoefenen van afzonderingstechnieken

Vaststellingen

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

6.1.5 Opvang na incidenten

Werkwijze

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

Er werd een voorbeeld opgevraagd van een incidentanalyse met verslaggeving van een ernstig agressie-incident, hierbij werd nagegaan of er aandacht is voor verbeterpunten met oog op preventie in de toekomst. Patiënten werden gevraagd of ze geïnformeerd waren over de maatregelen die bij ernstige agressie-incidenten worden genomen.

Vaststellingen

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

- Binnen het team

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

- Met patiënt zelf
- Met medepatiënten

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

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

6.2 AFZONDERING EN SEPARATIE

6.2.1 **Beleid en Procedure**

Werkwijze

De cijfers van 2015 m.b.t. afzondering en separatie werden opgevraagd.

Tijdens inspectie werd de procedure / visietekst voor afzondering en separatie opgevraagd en werd het beleid besproken.

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

- De definitie van afzondering en separatie (= minstens afgesloten deur van de kamer vernoemd)
- Zo weinig mogelijk
- Zo kort mogelijk
- Proportionaliteit: minst ingrijpende maatregel/graduele aanpak/gefaseerde manier
- Indicaties en/of tegenindicaties
- Alternatieven
- Eindverantwoordelijke
- Wie mag uitvoeren?
- Toezicht: frequentie en vorm
 - minstens om de 30 minuten toezicht op de patiënt in afzondering of separatie.
 - minstens om de 60 minuten persoonlijk contact door binnen gaan van een medewerker bij de patiënt in afzondering of separatie.
- Frequentie van evaluatie van de maatregel
- Registraties in het dossier

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

- Afzondering en separatie zijn niet toegestaan onder 12 jaar.
- De redenen voor afzondering en separatie volgens de procedure zijn beperkt tot acuut gevaar voor zichzelf of acuut gevaar voor anderen.

De schriftelijke informatie rond afzondering en separatie voor kinderen/jongeren en voor familie/naasten werd opgevraagd.

Vaststellingen

Er werd de voorbije drie jaar geen enkele patiënt van de afdeling UKJA J afgezonderd of gesepareerd. In 2015 waren er 0 afzonderingen of separaties bij patiënten.

Er is geen afzonderingskamer op de afdeling. De PAR wordt enkel met open deur gebruikt.

Er gebeuren geen separaties op patiëntenkamers.

Er is geen uitgeschreven procedure / visietekst voor afzondering en separatie, aangezien er geen afzonderingen of separaties worden toegepast. Er is een stappenplan agressie bij peuters en kleuters.

6.2.2 Toepassing in de praktijk

Werkwijze

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

De registers van een steekproef van patiënten in afzondering en separatie van het voorbije jaar werden gecontroleerd.

Er werd nagegaan of de registraties minstens volgende gegevens bevat:

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

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

Vaststellingen

Er gebeuren geen afzonderingen of separaties.

6.2.3 Infrastructuur van de afzonderings- en separatieruimtes

Werkwijze

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

Volgende aspecten van de infrastructuur werden gecontroleerd:

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

Vaststellingen

Er is enkel een PAR die steeds met open deur wordt gebruikt.

6.3 FIXATIE

6.3.1 **Beleid en Procedures**

Werkwijze

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

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

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

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

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

Vaststellingen

Men geeft aan:

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

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

In 2015 waren er geen mechanische fixaties.

Er is geen uitgeschreven procedure / visietekst fixatie, aangezien er geen mechanische fixatie wordt toegepast. De toepassing van fysieke interventie als alternatief voor afzondering is niet in een procedure beschreven.

6.3.2 Toepassing in de praktijk

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

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

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

6.4 VERBETERBELEID

Registratiesystemen dienen als basis voor veiligheids- en kwaliteitsmonitoring.
Verder is het engagement van de verschillende bestuursniveaus belangrijk in de vermindering van het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen.

6.4.1 Verzamelen van informatie

6.4.1.1 Preventief klimaat

Werkwijze

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

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

Tijdens de inspectie werd verslaggeving van deze evaluaties opgevraagd.

Vaststellingen

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

- Medewerkers in 2016 op maandelijkse personeelsvergaderingen.
- Patiënten: NVT gezien de leeftijd van de patiënten

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

- Familie en naasten

Er gebeurde de laatste 5 jaar een medewerkerstevredenheidsmeting op deze afdeling: in 2015 een ZNA-brede enquête.

Er gebeurde de voorbije 5 jaar geen patiëntentevredenheidsmeting op deze afdeling: NVT voor deze leeftijdsgroep.

Er gebeurde de laatste 5 jaar een tevredenheidsmeting bij familie/naasten op deze afdeling: in 2016 d.m.v. continuë schriftelijke enquêtes bij ontslag.

6.4.1.2 Agressie-incidenten, afzonderen, separeren en fixeren

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

Agressie-incidenten worden sinds een jaar geregistreerd via VIM, maar er zijn tot nu toe geen cijfers beschikbaar. Er zijn geen cijfers over agressie-incidenten beschikbaar op afdelingsniveau.

Er gebeuren geen afzonderingen of separaties.

Er gebeuren geen mechanische fixaties.

6.4.2 **Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal**

Werkwijze

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

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

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

Vaststellingen

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

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

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

7 AFDELING UKJA L

7.1 PREVENTIEF BELEID

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

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

7.1.1 **Agressiepreventiebeleid**

7.1.1.1 Signaleringsplannen

Werkwijze

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

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

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

Vaststellingen

UKJA L geeft in de bevraging aan geen gebruik te maken van signaleringsplannen.

7.1.1.2 De-escalatie

Werkwijze

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

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

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

Vaststellingen

De afdeling beschikt over volgende soorten patiëntenkamers:

Aantal eenpersoonskamers	Aantal tweepersoonskamers	Aantal meerpersoonskamers (>2)
9	0	0

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

UKJA L heeft een eigen omheinde tuin die aan de leefgroepruimte grenst. De PAR wordt vooral met open deur gebruikt.

's Nachts is er 1 verpleegkundige aanwezig op de afdeling (deze staat in voor de nachtpermanentie van UKJA J en UKJA L).

In geval van nood kan volgende extra hulp opgeroepen worden op de afdeling: de loopwacht kan komen helpen, bij klein en groot alarm komen er meerdere personeelsleden van andere afdelingen te hulp.

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

Er kon aangetoond worden dat er in het behandelaanbod sessies zelfcontrole / regulatievaardigheden / agressiebeheersing voorzien zijn voor patiënten: er zijn voor patiënten verschillende werkmappen ontwikkeld, bv. rond automutilatie. De psychomotorische therapeut geeft specifieke sessies rond agressietraining.

Er kon aangetoond worden dat er in het behandelaanbod sessies psycho-educatie voor ouders van patiënten over omgaan met moeilijk gedrag/agressiepreventie/de-escalatie voorzien zijn: UKJA-breed worden groepsessies voor ouders georganiseerd van het Triple P Programma.

7.1.2 Het verbeteren van patiëntenervaringen

7.1.2.1 Leefregels

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

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

Volgende (vrijheidsbeperkende) leefregels zijn van toepassing:

- Voor patiënten met bewegingsdrang in het kader van een eetstoornis, is er geen vrije toegang tot de patiëntenkamers. Zij moeten voortdurend onder toezicht in de groep verblijven en hun kamer wordt om deze reden tijdens de dag afgesloten. Dit wordt het groepsprogramma genoemd.
- Voor de meeste patiënten zijn er verplichte rustmomenten in de leefgroep na de maaltijden.

Niet alle (vrijheidsbeperkende) leefregels worden beschreven in de schriftelijke informatie voor patiënten. Over volgende regels ontbreekt in de schriftelijke informatie voor patiënten informatie:

- Het afsluiten van patiëntenkamers bij patiënten die het groepsprogramma volgen en steeds in de groep moeten blijven.

Volgende controles gebeuren op de afdeling:

- lichaamscontrole
- kamercontrole

Niet voor alle controles die gebeuren zijn procedures opgemaakt.

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

- lichaamscontrole

Aantal bevraagde patiënten	8
Aantal patiënten die aangeven dat de leefregels duidelijk zijn	8

Patiënten geven aan dat de vele regels rond eten en bewegingsdrang in het begin van een opname erg frustrerend zijn. Maar dat de regels dienen om de ziekte te bestrijden, en dat je na een tijdje merkt dat de regels helpen. Tijdens het verloop van een opname, als je beter wordt, wordt het verblijf aangenamer.

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als je de therapie niet wil volgen. Volgende antwoorden werden gegeven: het komt eigenlijk niet voor dat patiënten hun therapie niet willen volgen.

Aan patiënten werd gevraagd wat er gebeurt als men zijn medicatie niet wil innemen. Volgende antwoorden werden gegeven: medicatie inname is verplicht, je moet je medicatie onder toezicht innemen en de medewerkers wachten tot je het hebt ingenomen.

7.1.2.2 Contact met de buitenwereld

Werkwijze

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

Vaststellingen

Contact met de buitenwereld is mogelijk op volgende manieren:

- Bezoek is mogelijk op volgende uren:

maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag
	19u15 – 20u45	Variabel tussen 14 - 19u30, naargelang de opnamefase	19u15 – 20u45	19u15 – 20u45	14u-16u45	Variabel tussen 14-20u, naargelang de opnamefase

- Patiënten hebben hun eigen GSM elke avond tussen 18 en 21u15 en tijdens het weekend gans de namiddag. Tijdens deze mogen patiënten ook hun eigen laptop gebruiken. Er is toegang tot internet via WIFI (de toegang tot enkele pro-ana sites waar patiënten mekaar tips geven over hoe hun anorexia te maskeren en af te vallen zijn geblokkeerd).
- In de eerste fase van het behandelprogramma is een bepaald streefgewicht nodig om op weekend te mogen gaan. In verdere fasen kunnen patiënten van vrijdagavond of vrijdagnamiddag op weekend vertrekken naar huis. Patiënten met gastronasale sondes gaan in de regel niet op weekend omwille van de nood aan verpleegkundig toezicht.

Er is dagelijks contact met de buitenwereld mogelijk.

Aantal bevestigde patiënten	8
Aantal patiënten die aangeven dat er dagelijks contactmogelijkheden met vrienden/familie zijn	8

7.1.3 **Betrokkenheid van patiënten**

Werkwijze

De organisatie werd bevestigd over de manieren waarop patiënten betrokken worden bij beleidsmatige aspecten van de zorg.

Patiënten werd gevraagd of ze een behandelplan hebben, of ze aanwezig waren op een multidisciplinaire teambespreking van het behandelplan en of hun ouders aanwezig waren op een multidisciplinaire teambespreking van het behandelplan.

Vaststellingen

Patiënten worden beleidsmatig betrokken:

- Er is een patiëntenraad op UKJA-niveau, deze groep 'thinking together' of T2G met vertegenwoordigers van alle afdelingen komt maandelijks samen.

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

7.1.4 Inscholing van nieuwe medewerkers

Werkwijze

Het inscholingsprogramma voor nieuwe medewerkers werd opgevraagd tijdens de inspectie.

Er werd in dit programma bekeken of er tijdens de inscholing tijd werd besteed aan vorming over:

- Agressiepreventie of de-escalatie
- Signaleringsplannen
- Het inoefenen van afzonderingstechnieken

Vaststellingen

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

7.1.5 Opvang na incidenten

Werkwijze

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

Er werd een voorbeeld opgevraagd van een incidentanalyse met verslaggeving van een ernstig agressie-incident, hierbij werd nagegaan of er aandacht is voor verbeterpunten met oog op preventie in de toekomst. Patiënten werden gevraagd of ze geïnformeerd waren over de maatregelen die bij ernstige agressie-incidenten worden genomen.

Vaststellingen

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

- Binnen het team
- Met patiënt zelf
- Met medepatiënten

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

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

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

7.2 AFZONDERING EN SEPARATIE

7.2.1 **Beleid en Procedure**

Werkwijze

De cijfers van 2015 m.b.t. afzondering en separatie werden opgevraagd.

Tijdens inspectie werd de procedure / visietekst voor afzondering en separatie opgevraagd en werd het beleid besproken.

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

- De definitie van afzondering en separatie (= minstens afgesloten deur van de kamer vernoemd)
- Zo weinig mogelijk
- Zo kort mogelijk
- Proportionaliteit: minst ingrijpende maatregel/graduele aanpak/gefaseerde manier
- Indicaties en/of tegenindicaties
- Alternatieven
- Eindverantwoordelijke
- Wie mag uitvoeren?
- Toezicht: frequentie en vorm
 - minstens om de 30 minuten toezicht op de patiënt in afzondering of separatie.
 - minstens om de 60 minuten persoonlijk contact door binnen gaan van een medewerker bij de patiënt in afzondering of separatie.
- Frequentie van evaluatie van de maatregel
- Registraties in het dossier

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

- Afzondering en separatie zijn niet toegestaan onder 12 jaar.
- De redenen voor afzondering en separatie volgens de procedure zijn beperkt tot acuut gevaar voor zichzelf of acuut gevaar voor anderen.

De schriftelijke informatie rond afzondering en separatie voor kinderen/jongeren en voor familie/naasten werd opgevraagd.

Vaststellingen

In 2015 waren er 3 afzonderingen bij 1 patiënt van de afdeling. In 2016 waren er geen afzonderingen. Er gebeuren geen separaties. Er gebeuren geen separaties op patiëntenkamers.

Deze afzonderingscijfers bevatten ook het verblijf in de afzonderingsruimte met open deur. Hierdoor is het aantal geregistreerde afzonderingen hoger dan in werkelijkheid het geval is.

Er is 1 afzonderingskamer op de afdeling UKJA L, de PAR genoemd.

Er is een uitgeschreven procedure / visietekst voor afzondering.

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

- Toezicht: minstens om de 60 minuten persoonlijk contact door binnen gaan van een medewerker bij de patiënt in afzondering.

In de procedure staat beschreven:

- Afzondering en separatie is ook toegestaan onder 12 jaar, een leeftijdsgrens wordt niet vermeld voor afzondering en separatie.
- Volgende reden(en) voor afzondering en/of separatie worden vermeld in de procedure:

- Afzondering is soms standaardtherapie als patiënt wacht op voorleiding bij de jeugdrechter na een agressie-incident.
- Afzondering kan gebeuren op eigen vraag van de patiënt
- Binnen het kader van een strikt therapeutisch programma.

Er is schriftelijke informatie over afzondering voor kinderen/jongeren.

Er is schriftelijke informatie over afzondering voor familie/naasten.
(één zelfde brochure voor patiënten en familie)

7.2.2 Toepassing in de praktijk

Werkwijze

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

De registers van een steekproef van patiënten in afzondering en separatie van het voorbije jaar werden gecontroleerd.

Er werd nagegaan of de registraties minstens volgende gegevens bevat:

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

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

Vaststellingen

Er waren geen afzonderingen in 2016, er werd geen steekproef van registraties gedaan omdat deze meer dan een jaar geleden waren.

7.2.3 Infrastructuur van de afzonderings- en separatieruimtes

Werkwijze

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

Volgende aspecten van de infrastructuur werden gecontroleerd:

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

Vaststellingen

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

Er is geen klok aanwezig in de PAR van UKJA L.

Deze PAR wordt voornamelijk met open deur gebruikt. Er was het voorbije jaar geen gebruik met gesloten deur. Er zijn plannen om de PAR om te bouwen naar een snoezelruimte, wat meer zou aansluiten bij de behoeften van de patiëntenpopulatie.

7.3 FIXATIE

7.3.1 **Beleid en Procedures**

Werkwijze

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

Tijdens inspectie werd de procedure / visietekst voor fixatie opgevraagd.

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

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

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

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

Vaststellingen

Men geeft aan:

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

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

In 2015 waren er geen mechanische fixaties.

Er is geen uitgeschreven procedure / visietekst fixatie aangezien dit in de praktijk nooit wordt toegepast.

7.3.2 Toepassing in de praktijk

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

De afdeling beschikt niet over fixatiemateriaal.

Men beschikt over een wikkeldeken/swaddle.

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

7.4 VERBETERBELEID

Registratiesystemen dienen als basis voor veiligheids- en kwaliteitsmonitoring.

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

7.4.1 Verzamelen van informatie

7.4.1.1 Preventief klimaat

Werkwijze

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

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

Tijdens de inspectie werd verslaggeving van deze evaluaties opgevraagd.

Vaststellingen

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

- Medewerkers in 2016: maandelijks bespreking op personeelsvergaderingen
- Patiënten in 2016: maandelijks op de patiëntenraad T2G.

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

- Familie en naasten

Er gebeurde de laatste 5 jaar een medewerkerstevredenheidsmeting op deze afdeling: in 2015 d.m.v. een ZNA brede bevraging (enquête).

Er gebeurde de voorbije 5 jaar een patiëntentevredenheidsmeting op deze afdeling: in 2016 d.m.v. continue bevraging m.b.v. enquêtes na het ontslag.

Er gebeurde de laatste 5 jaar een tevredenheidsmeting bij familie/naasten op deze afdeling: in 2016 d.m.v. continue bevraging m.b.v. enquêtes na het ontslag.

7.4.1.2 Agressie-incidenten, afzonderen, separeren en fixeren

Werkwijze

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

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

Vaststellingen

Agressie-incidenten worden sinds kort binnen VIM geregistreerd, maar er zijn nog geen cijfers beschikbaar. Er zijn geen cijfers over agressie-incidenten beschikbaar op afdelingsniveau.

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

Er is een overschatting van het aantal afzonderingen, omdat er in de cijfers geen onderscheid wordt gemaakt tussen verblijf in de PAR met open en gesloten deur. Het aantal afzonderingen is in realiteit lager, hiervoor is men dit jaar gestart met een afzonderlijke registratie van verblijf in de PAR met open en gesloten deur.

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

Er gebeuren geen mechanische fixaties.

7.4.2 Analyse en bespreking van het beschikbaar materiaal

Werkwijze

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

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

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

Vaststellingen

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

	afdeling	Directie	Raad van Bestuur
Cijfers over agressie-incidenten	Neen	Neen	Neen
Cijfers over afzondering / separatie	Ja	Ja (bespreking op het dagelijks bestuur van UKJA)	Neen
Cijfers over mechanische fixatie	NVT	NVT	NVT

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

- Afzonderingen (aantal acties + aantal patiënten)
- Mechanische fixaties
- Redenen
- Duur
- Extra medicatie
- Gemiddelde leeftijd
- Melding aan arts, hoofdverpleegkundige, ouders
- Ernst van het incident
- Extra hulp nodig bij afzondering

8 CONCLUSIE

In de conclusie worden de afdelingen niet afzonderlijk beoordeeld, de conclusie wordt beschreven op campusniveau. Er wordt pas een sterk punt geformuleerd als alle afdelingen goed scoren, een verbeterpunt kan geformuleerd worden als niet op alle afdelingen of voor alle patiënten aan de verwachte richtlijnen wordt voldaan.

8.1 STERKE PUNTEN

Preventief beleid

- De infrastructuur biedt meerdere mogelijkheden voor de-escalatie en alternatieven van VBM (PAR met open deur, tuin).
- Er zijn weinig algemene leefregels, er is veel vrijheid in de leefregels.
- Er is dagelijks mogelijkheid tot contact met de buitenwereld.
- Patiënten en familie/naasten zijn systematisch aanwezig bij de multidisciplinaire bespreking van het behandelplan.
- Patiënten worden betrokken bij het beleid van de afdelingen.
- Er gebeurt systematische debriefing na agressie-incidenten met medewerkers.
- Er gebeuren regelmatig tevredenheidsmetingen bij patiënten.
- Er gebeuren regelmatig tevredenheidsmetingen bij familie/naasten.

Afzonderings- en separatiebeleid

- Goede kwaliteit van registreren over afzonderen: er gebeuren interne audits.
- Zeer goede notities over toezicht: met minstens om de 30 minuten een toezichtobservatie in het dossier van een afgezonderde patiënt.

Fixatiebeleid

- Beleid waar geen mechanische fixatie wordt toegepast. Mechanische fixaties worden nooit toegepast. Men maakt enkel gebruik van een wikkeldeken, dat door de patiënt zelf kan losgemaakt worden.

Verbeterbeleid

- Er gebeuren frequente evaluaties van leefregels met medewerkers en patiënten.
- Er is jaarlijks een analyserapport met de verzamelde gegevens over VBM.
- Er worden veel cijfergegevens verzameld tot op afdelingsniveau die een analyse van het afzonderingsbeleid mogelijk maken.

8.2 VERBETERPUNTEN

Het ziekenhuis dient onderstaande aspecten van het beleid inzake vrijheidsbeperkende maatregelen op te nemen in het verbeterbeleid.

Preventief beleid

- Meer gestructureerd gebruik maken van signaleringsplannen op alle afdelingen.
- In de schriftelijke informatie voor patiënten staan niet alle (vrijheidsbeperkende) leefregels beschreven (niet alle verplichte kamermomenten staan in brochure van UKJA E/F).
- Het uitschrijven van procedures over alle controles die gebeuren op de afdelingen.
- Meer aandacht geven aan systematische debriefing met patiënten en medepatiënten.
- Het systematisch analyseren van ernstige incidenten als verbeterinstrument.

Afzonderings- en separatiebeleid

- De procedure afzondering vervolledigen.
- De procedure afzondering aanpassen aan de richtlijnen.
- De infrastructuur van afzonderingskamers aanpassen.
- De redenen voor afzondering beperken tot gevaar.
- De notities en de registratie van het toezicht aanpassen:
 - duidelijke notities maken in het dossier over de manier van toezicht (verschil tussen binnengaan en observatie via raam of via camera).
 - om het uur de registratie van binnen gaan in de afzonderingskamer voorzien.

Fixatiebeleid

- De toepassing van fysieke interventie als alternatief voor afzondering beschrijven in een procedure.

Verbeterbeleid

- Het verblijf in de PAR met open deur en met gesloten deur zo registreren dat er apart cijfermateriaal voorhanden is. Op dit ogenblik zijn de afzonderingscijfers een overschatting aangezien ook alle verblijf in de PAR met open deur zijn meegerekend in de cijfers.
- De cijfergegevens over vrijheidsbeperkende maatregelen jaarlijks bespreken op de beleidsniveaus, afdeling, directie en Raad van Bestuur.
- Jaarlijkse evaluatie van leefregels door familie/naasten.