

DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

T 02 553 34 34

F 02 553 34 35

contact@zorginspectie.be

INSPECTIEVERSLAG PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS

INSPECTIEPUNT

| | |
|------------------|--|
| Naam | PZ Ariadne |
| Adres | Reymeersstraat 13a, 9340 Lede |
| Telefoon | 053 / 76 21 11 |
| E-mail | info@pcariadne.be |
| Website | www.pcariadne.be |
| Erkenningsnummer | 988 |

INRICHTENDE MACHT

| | |
|-----------------|-------------------------------------|
| Naam | Provinciaal der Broeders van Liefde |
| Juridische vorm | vzw |
| Adres | Stropstraat 119, 9000 Gent |
| Telefoon | 09 / 221 45 45 |

UITBATINGSPLAATS

| | |
|-------|-------------------------------|
| Naam | PZ Ariadne |
| Adres | Reymeersstraat 13a, 9340 Lede |

OPDRACHT

| | |
|-------------|--|
| Numer | O-2018-XMVC-0241 |
| Datum | 10/09/2018 |
| Inspecteurs | Michaëla Daelemans (hoofdinspecteur) Lindsay Vissenaekens (inspecteur) Kurt Lievens (inspecteur) |

VERSLAG

| | |
|-------|-----------------|
| Numer | V-2018-MIDA-004 |
| Datum | 23/11/2018 |

INSPECTIEBEZOEK

| | |
|-------|--|
| Soort | Aangekondigd bezoek op 20/11/2018 van 9u tot 16u15 |
|-------|--|

INHOUDSOPGAVE

| | | |
|----------|--|----------|
| 1 | Inspectiemethodiek | 3 |
| 1.1 | Toezicht door Zorginspectie | 3 |
| 1.2 | Aanleiding tot dit inspectiebezoek | 3 |
| 1.3 | Toepassingsgebieden en definities | 4 |
| 1.4 | Inspectieproces | 5 |
| 1.5 | Rapportering | 6 |
| 1.6 | Samenstelling van het inspectieteam..... | 6 |
| 1.7 | Inspectieplan | 6 |
| 2 | Situering van de voorziening..... | 8 |
| 2.1 | Directiecomité | 8 |
| 2.2 | Erkenningsituatie en machtiging gedwongen opname | 8 |
| 2.3 | Organisatie van de zorg..... | 8 |
| 3 | Vaststellingen | 9 |
| 3.1 | Thema behandeling..... | 9 |
| 3.2 | Thema vrijheidsbeperkende maatregelen – agressiebeleid | 16 |
| 3.3 | Thema detectie en behandeling van suïcidaal gedrag | 27 |

1 INSPECTIEMETHODIEK

1.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

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

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

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

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

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

1.2 AANLEIDING TOT DIT INSPECTIEBEZOEK

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

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

Het gaat om volgende 11 ziekenhuizen:

- PC Ariadne, Lede
- Asster, Sint-Truiden / Melveren
- PC Dr. Guislain, Gent
- PZ Heilige Familie, Kortrijk
- Karus campus Gent
- Medisch Centrum Sint-Jozef, Bilzen
- PZ Onzelievevrouw, Brugge
- OPZC Rekem
- PZ Sint-Alexius, Grimbergen
- UPC-Z.ORG KU Leuven
- ZNA PZ Stuivenberg, Antwerpen.

1.3 TOEPASSINGSGEBIEDEN EN DEFINITIES

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

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

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

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

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

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

- **Algemene vaststellingen (AV)**

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

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

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

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

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

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

- **Sterke Punten (SP)**

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

- **Aanbevelingen (Aanb)**

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

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

1.4 INSPECTIEPROCES

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

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

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

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

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

Volgende afdelingen werden tijdens de inspectie bezocht:

- Afdeling Esperanza 0
- Afdeling Esperanza 1
- Afdeling Esperanza 2
- Afdeling Providentia
- Afdeling Egidius
- Afdeling Emmaüs

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

1.5 RAPPORTERING

De inspectieverslagen worden op een gestandaardiseerde manier opgemaakt.

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

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

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

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

Facultatief bieden we de mogelijkheid tot een slotbespreking waar de opmerkingen, die doorgegeven werden in de reactienota, kunnen toegelicht worden. Deze vindt plaats op 08/01/2018 om 13u30 in lokaal 0.24 van het Ellipsgebouw te Brussel.

1.6 SAMENSTELLING VAN HET INSPECTIETEAM

| | |
|----------------------|-----------------|
| Michaëla Daelemans | Hoofdinspecteur |
| Lindsay Vissenaekens | Inspecteur |
| Kurt Lievens | Inspecteur |

1.7 INSPECTIEPLAN

| | Michaëla Daelemans | Lindsay Vissenaekens | Kurt Lievens |
|------------|--|---|------------------------------------|
| 9u – 9u30 | Inleidend gesprek (inspectieteam – ziekenhuis) | | |
| 9u30 – 12u | Afdelingsbezoek m.b.t. thema behandeling | | Afdelingsbezoeken m.b.t. thema VBM |
| | 11u-12u | Gesprek met verantwoordelijke(n) m.b.t. thema behandeling | |
| 12u – 13u | Middagmaal + overleg inspecteurs | | |

| | Michaëla Daelemans | Lindsay Vissenaekens | Kurt Lievens | | |
|-------------|---|------------------------------------|---|--|---|
| 13u – 15u | Afdelingsbezoeken m.b.t. thema behandeling | Afdelingsbezoeken m.b.t. thema VBM | | 13u-14u | Gesprek met verantwoordelijke(n) m.b.t. thema suïcidepreventie & agressiebeleid |
| | | 14u-15u | Gesprek met verantwoordelijke(n) m.b.t. thema VBM | Afdelingsbezoek m.b.t. thema suïcidepreventie & agressiebeleid | |
| 15u – 15u30 | Overleg tussen inspecteurs | | | | |
| 15u30 – 16u | Terugkoppeling van de vaststellingen over de 3 thema's met directie | | | | |

2 SITUERING VAN DE VOORZIENING

2.1 DIRECTIECOMITÉ

| | |
|-----------------------------|----------------------|
| Algemeen directeur | Marc Vandergraesen |
| Directeur patiëntenzorg | An Staels |
| Directeur organisatie en HR | Inge Vandendriessche |
| Hoofddarts | Geert De Bruecker |

2.2 ERKENNINGSSITUATIE EN MACHTIGING GEDWONGEN OPNAME

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

| A | a(d) | a(n) | T | t(d) | t(n) | Sp psych | totaal |
|----|------|------|----|------|------|-------------|--------|
| 60 | 4 | 1 | 69 | 28 | 1 | 22 | 185 |

+ functie ziekenhuisapotheek.

Er is een associatie tussen PC Sint-Jan-Baptist en het PC Ariadne met betrekking tot de gezamenlijke exploitatie van de functie ziekenhuisapotheek.

In het kader van het plaatselijke project Artikel 107 (Netwerk voor Geestelijke Gezondheid Aalst – Dendermonde – Sint-Niklaas) zijn 20 T-bedden (inbegrepen in bovenstaande cijfers) gedeactiveerd (met sluiting van de afdeling Theresia in 2017).

PC Ariadne heeft in samenwerking met drie woonzorgcentra (Mariatroon Dendermonde, Avondvrede Gent en Heilig Hart Kortrijk) een RIZIV-conventie voor Huntingtonpatiënten.

Het ziekenhuis heeft een machtiging voor gedwongen opname.

In het ziekenhuis is vanaf 2016 tot en met november 2019 een accreditatietraject lopende met NIAZ (Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg).

2.3 ORGANISATIE VAN DE ZORG

In PC Ariadne worden 4 zorgtrajecten aangeboden op de volgende afdelingen (5 opname-afdelingen en 1 afdeling voor dagbehandeling Emmaüs):

- Psychosezorg: Esperanza 0 – Providentia – Emmaüs
- Angst- en stemmingsstoornissen: Esperanza 1 – Emmaüs
- Alcohol- en medicatieafhankelijkheid: Egidius – Emmaüs
- Ouderenpsychiatrie, psychogeriatric en conventie Huntington: Esperanza 2

Afdelingen worden aangestuurd door een kernteam dat maandelijks overlegt. Dit team bestaat uit de trajectarts, de hoofdverpleegkundige en de trajectpsycholoog.

3 VASTSTELLINGEN

Door de invoering van een nieuwe elektronisch patiëntendossier (EPD) in juni 2018 bleken er over de drie thema's heen knelpunten in de dossiervorming: **(TK)**

- Medewerkers geven aan dat ze onvoldoende opleiding kregen (2-3u) en de mogelijkheden qua gebruik nog onvoldoende kennen (sommige medewerkers konden bv. de opnamehistoriek en de opnameverslagen aan de huisarts niet terugvinden).
- De mogelijkheden van de applicatie worden nog niet optimaal benut. Zo bleek het gebruik van een gestandaardiseerd intakeverslag als onderdeel van het EPD nog niet mogelijk.
- Er zijn te weinig afspraken over welke informatie waar genoteerd moet worden. Tijdens de dossiersteekproeven moest bv. de somatische informatie van de anamnese en de informatie over risico op agressie-incidenten gezocht worden doorheen alle notities.
- Er werden te weinig afspraken gemaakt over welke cruciale informatie uit het oude EPD overgebracht moest worden naar het nieuwe EPD. De individueel begeleiders van elke afdeling hebben dit naar eigen inzicht zo goed mogelijk proberen over te schrijven.
- Heel wat informatie uit het oude EPD kon tijdens de steekproeven niet aangetoond worden. **(NC)** Op deze manier zijn belangrijke gegevens niet toegankelijk en is de continuïteit van de zorg in het gedrang. Voorbeelden hiervan zijn de intakegegevens, het eerste behandelplan bij langere opnames, de resultaten van vroegere outcomemetingen. Opgeladen pdf-documenten uit het oude EPD konden niet geopend worden.

3.1 THEMA BEHANDELING

3.1.1 Situering

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

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

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

3.1.2 Beleid

- Het ziekenhuis beschikt over een uitgeschreven opnameprocedure. Alle afdelingen van het ziekenhuis beschikken over in- en exclusiecriteria. **(AV)** Aanbeveling om de in- en exclusiecriteria en de criteria voor voorrang bij wachtlijsten neer te schrijven in de opnameprocedure. **(Aanb)**
- Er zijn ziekenhuisbrede schriftelijke afspraken over de inhoud en de termijn voor het opstellen van een behandelplan. **(AV)** Er zijn geen formele afspraken over de samenstelling van het multidisciplinair team

voor behandelplanbesprekingen, de frequentie van behandelplanbesprekingen, over de minimumfrequentie inzake geplande contacten met de verschillende disciplines van het behandelteam, over hoe de patiënt betrokken moet worden, hoe naasten betrokken moeten worden, ... **(TK)**

- Er is geen ziekenhuisbreed uitgeschreven beleid rond (psycho)diagnostiek en ook niet alle afdelingen hebben een eigen beleid ontwikkeld. **(TK)**
- De toetsing van de hulpverleningsmethodieken op afdelingen aan de hand van recente wetenschappelijke inzichten of richtlijnen wordt nog niet (systematisch) toegepast. **(TK)** In de psychozorg zijn de aanbevelingen uit de Trimbosrichtlijn nog niet bekeken (belang van hetero-anamnese, inbreng van ervaringsdeskundigen, psycho-educatie voor patiënten en hun context, ...); ook op de afdeling Egidius kwamen richtlijnen nog niet aan bod.
- Het ziekenhuis heeft een uitgeschreven beleid rond uitkomstenmetingen. De keuze voor de verschillende meetinstrumenten / vragenlijsten voor de verschillende doelgroepen werd gemaakt. In het najaar 2018 is gestart met Questmanager, een digitaal programma dat ROM (routine outcome monitoring) in de zorg integreert. Het ROM-project is nog in opstartfase en de implementatiegraad in de zorgtrajecten verschilt. **(AV)**
- Het ziekenhuis heeft zelf geen ECT-aanbod. Patiënten worden voor ECT-behandeling verwezen naar andere ziekenhuizen in Kortenberg, Gent en Brugge. **(AV)** Er zijn met deze ziekenhuizen geen samenwerkingsovereenkomsten afgesloten. **(TK)** In het verleden was er een overeenkomst met een ziekenhuis in Aalst (2009), maar de behandelingen worden door het ziekenhuis reeds een tijd niet meer aangeboden om technische redenen. **(AV)**
- Het ziekenhuis heeft nog geen beleid rond KOPP-werking (Kinderen van Ouders met Psychische Problemen). **(TK)** De KOPP-werking wordt momenteel in samenwerking met het provinciale overlegplatform PopovGGZ uitgebouwd. De start is gepland voor begin 2019. Er is in het ziekenhuis zelfs nog geen start gemaakt met een kindvriendelijke opvang (wat het voorbije jaar door patiënten via de focusgroepen werd aangekaart).
- Patiënten worden via de website van het ziekenhuis en de algemene onthaalbrochure geïnformeerd over patiëntenrechten. **(AV)**
Het ziekenhuis beschikt over volgende procedures: klachten, inzage dossier en ontslag tegen medisch advies. **(AV)** Het ziekenhuis heeft geen procedures over vrije keuze beroepsbeoefenaar, second opinion en weigeren behandeling. **(TK)**
Men beschikt over een informed consent formulier voor toestemming tot inzage van gezondheidsgegevens door behandelende zorgverleners. **(AV)**
- Het ziekenhuis heeft een ontslagprocedure uitgeschreven. **(AV)**
- Het ziekenhuis heeft schriftelijke afspraken over de opmaak van ontslagbrieven. De termijn voor versturen wordt daarin omschreven als "Medische ontslagbrief: binnen de 7 dagen na ontslag. Een voorlopige ontslagbrief wordt aangemaakt binnen de 2 werkdagen na ontslag. Verpleegkundige ontslagbrief: vlak voor ontslag. Deze brief wordt meegegeven met de cliënt, verstuurd naar het ziekenhuis of het centrum waar de cliënt heen gaat of in laatste instantie naar de huisarts.". **(AV)**

3.1.3 Medewerkers

- Het ziekenhuis heeft geen document waarin de regeling i.v.m. een permanent oproepbare arts beschreven staat. **(NC)** Er zijn permanentielijsten en in gesprek geeft men aan dat er dag en nacht een psychiater oproepbaar is.
- De meeste psychiaters (4/5) en de helft van de psychologen (4/8) volgden een langdurige psychotherapeutische opleiding. **(AV)**
- Er is geen ziekenhuisbreed beleid rond intervisie en de praktijk verschilt sterk van afdeling tot afdeling (geen intervisie, maandelijks voor gans het team, maandelijks voor een deel van de medewerkers). **(TK)**
- De hoofddarts heeft zicht op alle vormingen van de artsen. **(AV)**

3.1.4 Middelen

- Het ziekenhuis maakt gebruik van een elektronisch patiëntendossier (EPD). In juni 2018 werd overgeschakeld op het EPD Obasi; voorheen werd gebruik gemaakt van Regas. Vanaf 2020 zal het voor de patiënten mogelijk zijn om in het EPD in te loggen in een cliëntenspace. **(AV)**
- Er is een algemene informatiebrochure van het ziekenhuis waarin volgende aspecten worden toegelicht: de algemene aspecten van dienstverlening (hoe opname gebeurt,...), algemene aspecten omtrent inhoud van de aangeboden zorg (welke afdelingen voor welke doelgroepen er zijn, patiëntenrechten, klachtenprocedure en ombudsfunctie). **(AV)**
- Elke afdeling beschikt over een eigen opnamebrochure / infolder die volgende informatie bevat: de algemene informatie (voorstelling van de afdeling), de toepasselijke huisregels van de afdeling (dagindeling, gang van zaken, bezoek,...), inhoudelijke informatie omtrent de werking van de afdeling. **(AV)**

3.1.5 Processen

- In het ziekenhuis zijn er verschillende initiatieven om patiënten bij het beleid te betrekken: **(AV)**
 - Om de veertien dagen is er een overkoepelende focusgroep, een overleg tussen patiënten van alle afdelingen met de zorgmanager volwassenenzorg en de directeur patiëntenzorg.
 - Wekelijks zijn er patient-staff-meetings (PSM) op de afdelingen.
 - Er is een jaarlijkse deelname aan de Vlaamse Patiëntenpeiling.
 - In 2017 gebeurde een organisatiebrede bevraging rond maaltijden.
 - Er gebeuren patiëntenbevragingen in het kader van exitinterviews.
- Tijdens de focusgroepen van 2018 werden tal van afdelings- en ziekenhuisregels besproken en in vraag gesteld. **(AV)** We bevelen aan om ook op afdelingsniveau de afdelingsregels regelmatig te evalueren met patiënten. **(Aanb)** De ombudspersoon heeft in het jaarverslag 2017 gewezen op het feit dat sommige regels en de rigide toepassing ervan door patiënten als streng worden ervaren. Verder beschrijft het verslag dat sommige regels aanleiding kunnen geven tot onvrede of conflict. De vraag werd toen in het jaarverslag gesteld of er mogelijkheid was om de regels te herbekijken, met inspraak van patiënten.

- We bevelen aan om familie/naasten meer te betrekken bij het beleid van het ziekenhuis. We bevelen ook aan om afdelingsregels regelmatig te evalueren met familie/naasten. **(Aanb)**

Een aantal onderwerpen werden nagegaan via dossiersteekproeven:

- In 8 ingekeken dossiers van patiënten die minstens 2 maanden waren opgenomen, werden er anamnesegegevens nagegaan (er werd gecontroleerd of er info werd genoteerd over (minderjarige) kinderen, info over middelengebruik, info over het medicatiegebruik voor de opname en info over somatische aandoeningen). In de 8 gecontroleerde dossiers werd in 5 dossiers informatie gevonden over kinderen in het gezin van de patiënt, in 4 dossiers informatie over middelengebruik, in 5 dossiers informatie over het medicatiegebruik voor opname en in 6 dossiers informatie over somatische problemen. **(AV)** In minder dan 75% van de gecontroleerde dossiers was er dus informatie over kinderen in het gezin van patiënt, informatie over middelengebruik, informatie over medicatie voor opname. **(TK)**
- In alle 8 gecontroleerde dossiers was een behandelplan (minimaal omschrijving werkhypothese en doelstellingen) aanwezig. **(AV)**
- Op afdeling Esperanza 2 is de verwachte termijn voor het opstellen van het behandelplan 2-3 weken. In 1 van de 3 dossiers werd deze doelstelling gehaald. In een tweede dossier bedroeg de termijn een maand, in een derde dossier kon de informatie uit het vorige EPD niet teruggevonden worden en was de oudste datum van het behandelplan daardoor 6 maand na de opnamedatum.
Op afdeling Providentia is de verwachte termijn voor het opstellen van het behandelplan een week. In geen van de 5 gecontroleerde dossiers werd deze doelstelling gehaald (in 1 dossier was de informatie niet te achterhalen omdat deze informatie in het oude dossier genoteerd was en dit niet toegankelijk was; daardoor was de oudste datum van behandelplan in het nieuwe dossier meer dan 1,5 jaar na de opnamedatum. In de 4 andere dossiers werden volgende termijnen gevonden: 4 weken, 2 maanden, 4 weken, 2 weken). **(TK)**
- Er is een frequente multidisciplinaire evaluatie van behandelplannen, die goed wordt gedocumenteerd. **(SP)**
 - Op afdeling Esperanza 2 is de verwachte termijn voor de evaluatie van het behandelplan wekelijks, de 3 gecontroleerde dossiers voldeden aan deze eigen vooropgestelde termijn.
Op afdeling Providentia is de verwachte termijn voor de evaluatie van het behandelplan om de twee weken; de 5 gecontroleerde dossiers voldeden aan deze eigen vooropgestelde termijn.
 - De multidisciplinariteit van de eerste behandelplanevaluatie kon voor alle gecontroleerde behandelplanevaluaties vastgesteld worden (alle namen van de aanwezigen staan steeds genoteerd per bespreking).
- De patiënt wordt vrij systematisch betrokken bij de opmaak van zijn behandelplan. **(AV)** Van de 8 dossiers met een behandelplan, kon in 6 dossiers aangetoond worden dat de patiënt betrokken was bij de opmaak ervan. Op afdeling Esperanza 2 worden de patiënt en zijn familie systematisch betrokken bij opmaak van het behandelplan; 2 weken na de opname is er een gesprek met de patiënt, zijn familie en het team.

- Er kan onvoldoende aangetoond worden dat de patiënt inspraak heeft bij de evaluatie van het behandelplan. Van de 6 dossiers met een evaluatie van het behandelplan, kon in 2 dossiers aangetoond worden dat de patiënt betrokken was bij deze evaluatie. **(TK)**
- Er zijn in 6 van de 8 gecontroleerde patiëntendossiers notities te vinden over contacten met een psychiater in de voorbije maand. **(AV)**
- In minder dan 75% van de gecontroleerde dossiers (in 4 van de 8) konden notities van contacten met een psycholoog gevonden worden in de voorbije maand. **(TK)**
- Er werden in 7 van de 8 gecontroleerde dossiers actuele wekschema's gevonden die een overzicht geven van de geplande behandelingen en gesprekken. **(AV)**
- Er werden in 6 van de 8 gecontroleerde dossiers gegevens van uitkomstenmonitoring gevonden. **(AV)**
In 2 dossiers gaven medewerkers aan dat de outcomegegevens die genoteerd werden in het oude EPD, niet meer toegankelijk waren.
- In alle 8 gecontroleerde dossiers was informatie over de huisarts te vinden (de naam van de huisarts, het feit dat de patiënt geen huisarts heeft of geen toestemming geeft voor contactname met de huisarts). **(AV)**
- In 7 van de 8 gecontroleerde dossiers van patiënten met een huisarts kon aangetoond worden dat er communicatie was met de huisarts. Dossiers van patiënten die contact met de huisarts weigerden, werden niet gecontroleerd. **(AV)**
- In minder dan 75% van de gecontroleerde dossiers (1 van de 6) was de voorbije maand informatie genoteerd over gesprekken met de context (familie of naasten). **(TK)** Dossiers van patiënten zonder familie of naasten (n=2) werden niet gecontroleerd.
- Er werden 10 dossiers bekeken van patiënten die minstens een week op ontslag waren. In 8 dossiers kon aangetoond worden dat een ontslagbrief werd opgemaakt. **(AV)**

3.1.6 Resultaten

- Enerzijds verzamelt het ziekenhuis heel wat (cijfer)gegevens. **(AV)**
 - De meest recente patiëntentevredenheidsmeting gebeurde in 2017-2018.
 - De meest recente medewerkerstevredenheidsmeting gebeurde in 2018 (Bing Research).
 - Patiëntveiligheidscultuurmetingen in 2007, 2011 en 2015.
 - Binnen VIP² neemt het PC deel aan de meting van 5 indicatoren: Vlaamse Patiëntenpeiling, inzet van ervaringsdeskundigen, volledigheid van medicatievoorschrift, adequaat suïcidepreventiebeleid, tijdig ambulant contact na ontslag.
 - Binnen de groep van de Broeders van Liefde worden een tiental indicatoren opgevolgd binnen 4 thema's: de zorg voor de patiënt is effectief, de zorg voor de patiënt is herstelgericht, de zorg voor de patiënt is gebruikersgericht en de zorg voor de patiënt is veilig.

- In het verleden gebeurden zesmaandelijks kwaliteitsrondes op elke afdeling over tal van thema's. De laatste resultaten zijn van 2016 met een 30-tal indicatoren over het thema behandelplan, multidisciplinaire teambespreking en outcome. In 2017 werden de kwaliteitsrondes "on hold" gezet en vervangen door interne audits in het kader van NIAZ-accreditatie.
- Er is regelmatig overleg met verwijzers en andere gebruikers waarbij ervaringen worden uitgewisseld (bv. LOK-groep, overleg met algemene ziekenhuizen Aalst, overleg met politie, vredegerecht, ...).
- Anderzijds zijn er onvoldoende (cijfer)gegevens om een volledig zicht te hebben op het eigen handelen en zo de processen en resultaten te kunnen bewaken, evalueren en bijsturen. **(TK)** Enkele voorbeelden:
 - Er zijn geen recente cijfergegevens beschikbaar over behandelplannen, over multidisciplinaire teambesprekingen, over patiëntencontacten door teamleden.
 - Het ziekenhuis verzamelt geen cijfergegevens over (de implementatie van) uitkomsten-monitoring. Er zijn tot op heden geen geaggregeerde data verkrijgbaar over outcomemetingen vanuit het softwarepakket Questmanager; de meetresultaten worden ten tijde van de inspectie enkel gebruikt in de opmaak en het bijsturen van de behandel doelstellingen van de individuele cliënt.
 - Het ziekenhuis heeft geen cijfergegevens over het (tijdig) versturen van ontslagbrieven. Men heeft enkel absolute cijfers van verzonden brieven, maar er is geen zicht op het aantal ontslagen patiënten met een ontslagbrief of op de timing van de ontslagbrieven.
- Er wordt nog geen volledige beleidscyclus doorlopen voor dit thema (het maken van duidelijke afspraken, het verzamelen van gegevens over de praktijk ter zake, het analyseren van die gegevens, het evalueren en bijsturen, en dit op het niveau van afdelingen, directie en bestuur). Er is nog te weinig een link tussen de verzamelde evaluatiegegevens en de opgezette verbeteracties; een methodiek van PDCA (Plan Do Check Act) wordt niet aangetoond. **(TK)**
 - Het is niet steeds duidelijk welke motivatie voor verbetering het ziekenhuis zelf betracht. Als redenen voor verandertrajecten wordt vaak verwezen naar verwachtingen van externen (directie, overheid, pers, NIAZ).
 - De samenhang tussen de verschillende projecten is moeilijk te achterhalen; voor medewerkers lijken er steeds meer en nieuwe projecten te komen.
 - Afdelingen hebben weinig gegevens ter beschikking om zicht te krijgen op afdelingsprocessen en resultaten. Gesprekspartners geven aan dat ze dit centraal zouden kunnen opvragen, maar ze hebben weinig kennis over welke informatie opvraagbaar is. Daarnaast zijn de beschikbare cijfergegevens niet optimaal toegankelijk; deze worden per mail verstuurd maar zouden op een gebruiksvriendelijker manier kunnen toegankelijk gemaakt worden.
 - Het is voor de betrokkenen niet altijd duidelijk wat er met aangekaarte knelpunten gebeurt (geen actie, uitgestelde actie of een actie die niet gecommuniceerd werd). Voorbeelden hiervan zijn de bemerkingen uit de focusgroepen over het maaltijdgebeuren, over de veiligheid tijdens brand bij afgesloten deuren, de nood aan meer activiteiten tijdens het weekend, de vraag tot inrichten van een kinderhoek; de terugkerende vraag in het jaarverslag van de ombudsfunctie over het evalueren van afdelingsregels door patiënten; het gevoel dat medewerkers in de medewerkerstevredenheid aangeven dat ze weinig actie verwachten over gemelde problemen; de vraag op de stuurgroep kwaliteit van 11/2018 over wat er gebeurt of wat te doen met de incidentmeldingen.
 - Beschikbare cijfergegevens worden soms maar oppervlakkig besproken en diepgaande inhoudelijke analyses op basis van cijfermateriaal ontbreken. Een vaak voorkomende reactie op de items

uit de patiëntentevredenheidsbevraging die negatief scoren is dat de meting in vraag wordt gesteld.

- Nochtans waren er doorheen de jaren verschillende beloftevolle projecten lopende (voorbeelden hiervan zijn het gebruik van de principes van Planetree, de frequente en gedetailleerde kwaliteitsrondes tot 2016, de opmaak van beleidsplannen met meetbare doelstellingen die werden opgevolgd, zoals in 2015 voor Providentia ...). Deze initiatieven werden, soms om onduidelijke redenen, stop gezet en vervangen door nieuwe projecten. Een overzicht van de bereikte resultaten en van de evaluaties van vroegere projecten is niet voorhanden.

3.1.7 Samenvatting

Over een aantal belangrijke aspecten binnen het thema behandeling ontbreken een uitgewerkt beleid en/of de formele afspraken. Voorbeelden hiervan zijn de ontbrekende afspraken over behandelplanbesprekingen, psychodiagnostiek, ECT-behandeling, het toetsen van zorgtrajecten aan richtlijnen en het ontbreken van een beleid voor KOPP.

Tijdens de dossiersteekproeven bleek een groot probleem van dossiervorming: door invoering van het nieuw elektronisch patiëntendossier (EPD), waarbij geen toegankelijkheid is verzekerd tot de oude dossiergegevens, waren een aantal cruciale patiëntengegevens niet beschikbaar. Hierdoor was het niet steeds mogelijk om te beoordelen of de praktijk in lijn was met de geldende afspraken hierover. Het leek eerder een probleem van dossiertoegankelijkheid en niet van naleving van afspraken.

Er is nog geen systematiek om het gevoerde beleid te evalueren en bij te sturen a.d.h.v. verzamelde (cijfer)gegevens. Over een aantal onderwerpen beschikt men niet over cijfergegevens. Over andere thema's worden gegevens verzameld en werden verbeteracties opgezet, maar is de link tussen beide niet duidelijk. Resultaten en evaluaties van gevoerde verbeteracties zijn niet aantoonbaar. Van sommige knelpunten is het niet duidelijk in hoeverre en op welke manier deze worden aangepakt.

3.2 THEMA VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN – AGRESSIEBELEID

3.2.1 Situering

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

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

Volgende definities werden vooropgesteld:

- Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn alle (therapeutische) maatregelen die een beperking van de keuzevrijheid en/of de bewegingsvrijheid van de patiënt inhouden, inclusief beperkingen qua contact met de buitenwereld.
- Afzondering is het geheel van maatregelen dat genomen wordt om een patiënt onder te brengen in een daartoe speciaal voorziene afzonderingskamer, al dan niet met fixatie, indien de fysieke en/of psychische integriteit van deze persoon of anderen acuut gevaar loopt en er geen enkel ander therapeutisch alternatief beschikbaar is.
- Separatie is het geheel van maatregelen dat genomen wordt om een patiënt te verwijderen van de openbare ruimte op een afdeling en onder te brengen in zijn kamer of in een aparte ruimte (maar niet de afzonderingskamer) met een afgesloten deur, indien de fysieke en/of psychische integriteit van de persoon of anderen acuut gevaar loopt en er geen enkel ander therapeutisch alternatief beschikbaar is.
- Fixatie is elke handeling of gebruik van materiaal die de bewegingsvrijheid beperkt en niet gemakkelijk kan worden verwijderd.
- Een signaleringsplan of een individueel de-escalatieplan is een hulpmiddel om in een vroeg stadium een dreigende terugval te herkennen en te voorkomen. Het omschrijft wat de patiënt, zijn omgeving en hulpverleners kunnen doen om een crisissituatie te voorkomen. De patiënt leert m.b.v. zijn signaleringsplan zijn gedrag onder controle te krijgen doordat hij vroeg herkenning krijgt van zijn waarschuwingssignalen. Een signaleringsplan bevat minstens:
 - de concrete omschrijving van signalen of vroege voortekenen
 - de mogelijke acties of stabiliserende maatregelen in de verschillende fasen
 - wat de patiënt of zijn omgeving kan doen
 - wat hulpverleners kunnen doen.

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

- Afzondering en separatie mogen als maatregel enkel gehanteerd worden in geval van acuut en ernstig gevaar, voor de patiënt zelf of voor anderen.

- De indicaties voor de afzondering en separatie dienen in detail genoteerd te worden in het dossier.
- Notities in het dossier tonen aan dat er minstens om de 30 minuten verhoogd toezicht is op de patiënt in afzondering of separatie.
- Notities in het dossier tonen aan dat er minstens om de 60 minuten persoonlijk contact is door een medewerker die binnen gaat bij de patiënt in de afzonderings- of separatieruimte.
- Notities in het dossier tonen het dagelijks persoonlijk contact door een arts bij patiënten in afzondering of separatie aan.

3.2.2 Beleid

- Volgende ziekenhuisbrede procedures en/of beleidsteksten over vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM) zijn uitgewerkt: **(AV)**
 - Visie omtrent preventie van en omgaan met agressie en dwanginterventies in het Psychiatrisch Centrum Ariadne.
 - Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen.
 - Afzonderen van cliënten op eigen ziekenhuisafdeling.
 - Afzonderen van cliënten op een andere ziekenhuisafdeling.
 - Gebruik van ruimtes als beschermingsmaatregel.
- Volgende gezochte elementen over afzondering zijn beschreven in de procedures: **(AV)**
 - De definitie van afzondering (= minstens gesloten deur van de kamer vernoemd).
 - Afzondering/separatie gebeurt zo weinig mogelijk.
 - Afzondering/separatie gebeurt zo kort mogelijk .
 - Indicaties, tegenindicaties.
 - Alternatieven.
 - Eindverantwoordelijkheid van de arts binnen de zorgelijke voor afzondering.
 - Wie mag afzondering uitvoeren?
 - Toezicht tijdens afzondering.
 - Frequentie van evaluatie van de maatregel.
 - Welke notities in het dossier / register.
- Volgende elementen ontbreken in de procedures: **(TK)**
 - Definitie van separatie. Separatie gebeurt in de "Klein Gestructureerde Afdeling" (KGA) op Esperanza 0. Het gebruik van de KGA staat kort beschreven in de procedures "Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen" en "Gebruik van ruimtes als beschermingsmaatregel", maar daarin staat niet vermeld dat dit gebeurt met afgesloten deur.
 - Eindverantwoordelijkheid van de arts binnen de zorgelijke voor separatie.
 - Wie mag separatie uitvoeren?
 - Toezicht tijdens separatie.

- De gezochte elementen zijn verspreid over de verschillende documenten die hierboven werden opgesomd. We bevelen aan om één procedure te maken die alle elementen bevat, zodat het beleid eenduidiger en overzichtelijker wordt. **(Aanb)**
- Volgende bemerkingen kunnen gemaakt worden bij de procedures: **(TK)**
 - De definitie van afzondering verschilt in de verschillende procedures. In de procedure "afzondering van een cliënt op de eigen afdeling" staat het woord "opsluiten" bij de definitie van afzonderingskamer, in de procedure "afzondering van een cliënt op een andere ziekenhuisafdeling" staat enkel het woord "beveiligen" bij de definitie van afzonderingskamer.
 - De procedure van afzondering is beperkt tot de afzonderingskamer en beschrijft geen opsluiting in andere ruimtes dan de afzonderingskamer, bv. in de KGA.
 - Volgende redenen voor afzondering of separatie, verschillend van acuut en ernstig gevaar, worden vermeld in de procedure:
 - Het psychiatrisch toestandbeeld van de cliënt zorgt voor een onhoudbare situatie op de afdeling.
 - Gedragsproblemen.
 - Nood aan een prikkelarme omgeving.
 - Voor een stapsgewijze afbouw van een afzonderingsregime (discontinue schema).
 - Het toezicht is onvoldoende omschreven:
 - De frequentie van effectief binnen gaan is onvoldoende frequent: tijdens de nacht is de frequentie van binnengaan beperkt tot 3 keer.
- Mechanische fixatie wordt toegepast op alle afdelingen met een afzonderingskamer. Mechanische fixatie wordt op de afdeling voor ouderen (Esperanza 2) ook buiten de afzonderingskamer toegepast: onrusthekkens en verpleegdeken (in combinatie met onrusthekkens). **(AV)**
- Fixatie staat beschreven in verschillende procedures. Onrusthekkens en verpleegdeken worden vermeld in de procedure "Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen", driepunts- en vijfpuntsfixatie worden beschreven in de procedure "Afzonderen van cliënten op eigen ziekenhuisafdeling".

Volgende elementen over fixatie zijn beschreven in de procedures: **(AV)**

- Het gebruik van onrusthekkens en verpleegdeken gebeurt zo weinig mogelijk.
- Het gebruik van onrusthekkens en verpleegdeken gebeurt zo kort mogelijk.
- Indicaties voor onrusthekkens en verpleegdeken.
- Alternatieven voor onrusthekkens en verpleegdeken.
- Frequentie van evaluatie van het gebruik van onrusthekkens en verpleegdeken.
- Welke notities in het dossier.

Volgende elementen ontbreken in de procedures: **(TK)**

- Definitie van fixatie ontbreekt.
- Fixatie gebeurt zo weinig mogelijk: de procedure "Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen" vermeldt dat het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen steeds een middel is van laatste keuze, maar in deze procedure worden driepunts- en vijfpuntsfixatie niet genoemd in de opsomming van de soorten vrijheidsbeperkende maatregelen.

- Fixatie gebeurt zo kort mogelijk: de procedure "Het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen" vermeldt dat de vrijheidsbeperking steeds zo kort mogelijk moet zijn, maar in deze procedure worden driepunts- en vijfpuntsfixatie niet genoemd in de opsomming van de soorten vrijheidsbeperkende maatregelen.
 - Indicaties, tegenindicaties voor driepunts- en vijfpuntsfixatie.
 - Alternatieven voor driepunts- en vijfpuntsfixatie.
 - Eindverantwoordelijkheid binnen de zorgelijke voor fixatie.
 - Wie mag uitvoeren?
 - Toezicht: het toezicht bij het gebruik van onrusthekkens en verpleegdeken is niet beschreven.
 - Frequentie van evaluatie van driepunts- en vijfpuntsfixatie.
 - Medicamenteuze fixatie /dwangmedicatie ontbreekt.
- Er is geen informatie beschikbaar voor patiënten over het VBM-beleid van het ziekenhuis. **(TK)**
 - Het ziekenhuis heeft specifieke informatie voor gedwongen opnames: zowel voor gedwongen opgenomen patiënten als voor hun familie geeft de brochure "van gedwongen opname tot nazorg" informatie over de procedure en hun rechten. **(AV)**
 - Op de afdelingen Esperanza 0 en Providentia is er camerabewaking (in de gang, leefruimte,...). De beelden kunnen enkel live bekeken worden door de zorgverleners en worden 30 dagen bewaard. Het bekijken van de bewaarde beelden kan enkel na goedkeuring en steeds onder supervisie van de hoofdarts. Patiënten en familie worden hierover geïnformeerd via de algemene onthaalbrochure van het ziekenhuis. Bij het betreden van het gebouw van Esperanza 0 hangt een pictogram **(AV)**, op afdeling Providentia ontbreekt dit pictogram. **(NC)**
 - M.b.t. het agressiebeleid zijn volgende beleidsteksten beschikbaar: **(AV)**
 - Visie omtrent preventie van en omgaan met agressie en dwanginterventies in het Psychiatrisch Centrum Ariadne.
 - Procedure "Preventie van en omgaan met agressie".
 - Het agressiebeleid beschrijft niet bij wie, wanneer en hoe een agressie-risicoinschatting moet gebeuren. **(TK)**
Er wordt wel gewerkt aan een nieuw beleid hieromtrent: **(AV)**
 - Net voor de inspectie werd – na een proefperiode op Esperanza 0 – een nieuw sjabloon "verpleegkundig opnamegesprek" in gebruik genomen. Hierin is een luik rond "onrust, crisis en agressie" opgenomen, wat zou moeten verzekeren dat dit item standaard wordt bevraagd.
 - In dit sjabloon staat vermeld dat deze gegevens in het dossier moeten ingebracht worden bij "opnamegegevens" en "aandachtspunten".
 - In de maanden voor de inspectie werd op Esperanza 0 uitgetest in hoeverre de Brøset Violence Checklist een bruikbaar instrument kan zijn om het agressie-risico op een geobjectiveerde manier in te schatten. Er werd nog geen besluit genomen om dit al dan niet veralgemeend in te voeren en/of bij welke indicaties deze vragenlijst best kan of moet ingevuld worden.

- De procedure vermeldt de mogelijkheid om – "indien overleg mogelijk is" – signaleringsplannen op te stellen. **(AV)** Het ziekenhuis werkt hier evenwel nog niet op gesystematiseerde wijze mee. **(TK)** Er is bv. niet bepaald bij welke indicatie en op welke manier dit moet gebeuren. Op het moment van de inspectie worden verschillende modellen van signaleringsplannen vergeleken. In januari 2019 wil men een sjabloon vastleggen.

Als een patiënt al een signaleringsplan heeft (dat bv. in een ander ziekenhuis werd opgestart), dan wordt daar wel op verder gewerkt. Daarnaast werken sommige hulpverleners of afdelingen ook met zelf ontwikkelde modellen. **(AV)**

3.2.3 Medewerkers

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

| Afdeling | Weeknacht | Weekenddag | Weekendnacht |
|-------------|-----------|------------|--------------|
| Esperanza 0 | 2 | 3 | 2 |
| Esperanza 1 | 1 | 2 | 1 |
| Esperanza 2 | 2 | 3 | 2 |
| Egidius | 1 | 2 | 1 |

- In geval van nood kan volgens de medewerkers volgende extra hulp opgeroepen worden: medewerkers van Esperanza 0, Esperanza 2 en Providentia reageren op een alarmoproep ('s nachts medewerkers van Esperanza 0, Esperanza 2 en de loopwaaik, die afdeling Providentia als uitvalsbasis heeft). Hierdoor zijn er in noodsituaties steeds minstens 3 personen beschikbaar binnen 15 minuten, waarvan steeds minstens 1 verpleegkundige. **(AV)**
- Jaarlijks wordt vorming over VBM georganiseerd in het ziekenhuis. Volgende onderwerpen kwamen aan bod: afzondering, fixatie en veiligheidstechnieken. Deze vorming werd georganiseerd voor alle zorgmedewerkers en is verplicht voor verpleegkundigen en zorgkundigen. Van medewerkers wordt verwacht dat ze jaarlijks een vorming over VBM volgen.
Tijdens de inscholing van nieuwe medewerkers komt het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen aan bod. **(AV)**
- In 2018 werden medewerkers en artsen opgeleid over het Safewards-model, een model voor conflict-hantering en dwangreductie. **(AV)**
- Tijdens de inscholing van nieuwe medewerkers komt agressiepreventie en -beheersing aan bod. Van medewerkers wordt verwacht dat ze jaarlijks een vorming over omgaan met agressie volgen. **(AV)** Voor artsen zijn er geen verwachtingen inzake bijscholing hieromtrent. **(TK)** De voorbije 3 jaar volgden 144 van de 152 zorgmedewerkers (inclusief artsen) een opleiding rond het omgaan met agressie. **(AV)**
- Het ziekenhuis heeft sinds 2013 een multidisciplinair opvangteam (psycholoog, verpleegkundigen, hoofdverpleegkundige) om personeelsleden op te vangen na ernstige incidenten. Wanneer incidentmeldingen aan bepaalde criteria voldoen, of wanneer de betrokken medewerker of diens afdelingshoofd de

nood daartoe aangeeft, treedt dit team in actie. De betrokken medewerker kan kiezen met welk lid van het opvangteam hij of zij wenst te spreken, en kan zo tot 3 vertrouwelijke gesprekken voeren, zowel individueel als in groep. Indien nodig kan vervolgens een beroep gedaan worden op een externe therapeut. In 2017 werd 42 keer beroep gedaan op dit team. Rond de opvang van medewerkers na een ingrijpende gebeurtenis is er een "Beleidstekst psychosociaal welzijn op het werk: opvangteam" en een procedure "wat te doen bij een ingrijpende gebeurtenis". **(AV)** Er zijn daarnaast ook infobrochures beschikbaar voor medewerkers en voor familie en vrienden over opvang na ingrijpende gebeurtenissen, en een informatieboekje met richtlijnen voor de afdelingen. **(SP)**

3.2.4 Middelen

- Het EPD biedt de mogelijkheid om specifieke aandachtspunten in te geven voor patiënten. Sommige daarvan (bv. uitgangsregelingen, suïciderisico) verschijnen meteen in het overzichtscherm bij opstart, de aanwezigheid van andere aandachtspunten (waaronder agressie naar voorwerpen, naar personen of impulscontrolestoornissen) wordt aangegeven door een lamp-icoontje naast de naam van de patiënt, waarop dan kan geklikt worden voor meer informatie. **(AV)**
- Er zijn 2 gesloten afdelingen: Esperanza 0 en Esperanza 2. **(AV)**
- Er zijn 8 afzonderingskamers in het ziekenhuis: **(AV)**

| | |
|-------------|---|
| Esperanza 0 | 2 |
| Esperanza 1 | 1 |
| Esperanza 2 | 1 |
| Egidius | 2 |
| Providentia | 2 |

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

| Naam afdeling | Aantal eenpersoonskamers | Aantal tweepersoonskamers | Aantal meerpersoonskamers (> 2) | Aantal time-outkamers / comfortrooms | Andere infrastructurale mogelijkheden |
|---------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|---------------------------------------|
| Esperanza 0 | 12 | 6 | 0 | | |
| Esperanza 1 | 11 | 6 | 0 | | |
| Esperanza 2 | 10 | 6 | 0 | Comfortroom | |
| Egidius | 12 | 11 | 0 | | |
| Providentia | 24 | 4 | 0 | | |

- Enkel afdeling Esperanza 2 beschikt over een comfortroom. Geen enkele andere afdeling beschikt over infrastructuur om de-escalatie mogelijk te maken (bv. comfortroom, time-outkamer,...). Het gebrek aan alternatieven wordt door medewerkers aangeduid als een beïnvloedende factor van afzondering. **(TK)**

- Tijdens de inspectie werden 3 afzonderingskamers bezocht op de afdelingen Esperanza 0 en Esperanza 1. Er werden geen problemen i.v.m. de infrastructuur vastgesteld. Op Esperanza 2 was de afzonderingskamer in gebruik op het moment van inspectie, waardoor deze niet kon bekeken worden. In een verslag van de focusgroep geven patiënten aan dat de klok niet zichtbaar is voor gefixeerde patiënten. **(AV)**
- Er werd tijdens de inspectie 1 andere ruimte voor gebruik met afgesloten deur bezocht op afdeling Esperanza 0: de KGA. Dit is een leefruimte met zetels, tafels, kasten en een televisie achter glas. Er is camerabewaking in deze ruimte. **(AV)**
De KGA is niet veilig inzake automutilatie / verhänging, er is geen klok aanwezig. Het is daarom niet veilig om hier patiënten onder te brengen met afgesloten deur. De ruimte is ook niet in orde qua privacy (er is volledige inblik in deze leefruimte van buiten uit). **(TK)**

3.2.5 Processen

- Er werden 9 registraties en patiëntendossiers ingekeken van patiënten in afzondering. Alle gecontroleerde registraties bevatten de wettelijk verplichte gegevens (identificatie van de patiënt, datum, begin- en einduur van afzondering, reden van afzondering, naam of handtekening van de verantwoordelijke arts en verpleegkundige). **(AV)**
- Er werd gekeken naar de reden voor afzondering in de gecontroleerde dossiers:
 - De redenen voor afzondering waren in alle gecontroleerde dossiers omstandig omschreven. In het elektronisch afzonderingsregister kan als reden uit een standaardlijst een categorie aangeduid worden; daarnaast wordt in het luik "beschrijving" de reden voor afzondering omstandig omschreven. **(AV)**
 - In 2 van de 9 gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat afzondering gebeurde op basis van een gevaarsituatie (acuut en ernstig gevaar voor zichzelf of anderen). **(AV)**
In 7 van de 9 gecontroleerde dossiers was een andere reden dan acuut en ernstig gevaar de reden tot afzondering **(TK)**: "in afwachting van de arts", "onrust", "onrust en eigen vraag", "stoerend voor de anderen", "moet tot rust komen", "verbaal agressief", "uit voorzorg".
- Er werd gekeken naar het toezicht tijdens afzondering:
 - In 8 van de 9 gecontroleerde dossiers bleek dat er notities waren die aantonen dat er minstens om de 30 minuten visueel toezicht is op de patiënt. **(AV)** In 1 dossier ontbraken notities van visueel toezicht in het dossier (tussen 20u15 en 6u30), wellicht werd dit in de hand gewerkt door een technisch probleem van de registratietool in het dossier. **(TK)**
 - In 8 van de 9 dossiers kon niet aangetoond worden dat men minstens om de 60 minuten binnen gaat bij de patiënt in afzondering. De periodes zonder notities over binnengaan waren soms zelfs langer dan 120 min. **(TK)**

| | |
|---|-----------|
| Totaal gecontroleerde duur afzondering | 174u45min |
| Aantal periodes langer dan 30 minuten zonder notities over visueel toezicht in dossier / register | 1 |
| Aantal periodes langer dan 60 minuten zonder notities over visueel toezicht in dossier / register | 1 |

| | |
|---|-------|
| Met een maximale duur van: | 10u15 |
| Aantal periodes langer dan 60 minuten zonder notities in dossier/register over binnen gaan | 45 |
| Aantal periodes langer dan 120 minuten zonder notities in dossier/register over binnen gaan | 23 |
| Met een maximale duur van: | 10u15 |

- In minder dan 75% van de (5 van de 9) gecontroleerde dossiers waren er notities die aantonen dat er systematisch persoonlijk contact van de arts is met elke patiënt in afzondering. **(TK)**
- In alle afzonderingen langer dan 24u waren er notities over dagelijks contact van de patiënt met een arts. **(AV)**
- Er werden 2 registraties en patiëntendossiers ingekeken van patiënten in separatie (KGA). Alle gecontroleerde registraties bevatten de wettelijk verplichte gegevens (identificatie van de patiënt, datum, begin- en einduur van afzondering, reden van afzondering, naam of handtekening van de verantwoordelijke arts en verpleegkundige). **(AV)**
- De redenen voor separatie waren in beide gecontroleerde dossiers omstandig omschreven. **(AV)** In 1 van de 2 gecontroleerde dossiers was een andere reden genoteerd dan acuut en ernstig gevaar als reden tot separatie: “dreigend, opjatten van de anderen en gooien met een beker”. **(TK)**
- Het ziekenhuis geeft aan dat volgende controles gebeuren: kamercontrole, bagagecontrole, drugscreening. **(AV)** De werkwijze van drugscreening is niet beschreven in een procedure. **(TK)**
- Het ontbreken van een duidelijk beleid inzake het inschatten van het agressie-risico (zie 3.2.2), bleek ook tijdens de afdelingsbezoeken. **(TK)**
 - Uit de gesprekken met de hoofdverpleegkundigen bleken de visie hierop en de praktijk terzake sterk te verschillen van afdeling tot afdeling. Soms wordt het risico op agressie standaard bevestigd bij de start van de opname. Elders wordt dit enkel bevestigd wanneer daar indicaties voor zijn (bv. wanneer de verwijzer dit heeft aangebracht, als de familie signalen in die zin geeft, of als in de eerste gesprekken blijkt dat dit mogelijk een issue kan zijn bij de cliënt in kwestie); elders werd gezegd dat men hiervoor niet te veel naar het verleden wil kijken, om mensen voldoende nieuwe kansen te geven.
 - Elke hulpverlener bevestigd dit op een andere manier.
 - Er is geen vaste plaats in het dossier waar informatie over agressie(risico) wordt genoteerd. Dit wordt volgens de gesprekspartners in opnamegegevens genoteerd (wanneer het op dat moment ter sprake is gekomen), of anderszins ergens in de (vaak zeer talrijke) observaties van de verschillende disciplines. Vermits het dossier niet over een zoekfunctie beschikt, was het quasi onbegonnen werk om in de dossiers na te gaan of er al dan niets stond over genoteerd. Dit komt uiteraard de informatie-overdracht tussen hulpverleners (zowel van hetzelfde team als bij transfer naar een andere afdeling) niet ten goede.

- Indien er geen aanwijzingen zijn voor een verhoogd agressierisico wordt meestal niets genoteerd, waardoor het niet duidelijk is of dit item al dan niet werd bevestigd.
- Op de drie afdelingen die hierrond werden bevestigd, kon slechts voor 1 patiënt een crisisplan worden voorgelegd; in de andere gevallen werd niet met een crisis- of signaleringsplan gewerkt. **(TK)**

3.2.6 Resultaten

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

| | |
|---|-----|
| Aantal afzonderingen | 233 |
| Aantal patiënten afgezonderd | 103 |
| Aantal afzonderingen met fixatie | 52 |
| Aantal agressie-incidenten | 230 |
| Aantal analyses van agressie-incidenten | 6 |
| Aantal arbeidsongevallen door agressie-incidenten | 6 |

- Er wordt jaarlijks een analyserapport opgemaakt rond afzonderingen en fixaties met volgende gegevens: **(AV)**
 - Aantal afzonderingen.
 - Aantal afzonderingen per maand.
 - Aantal fixaties bij begin van afzondering.
 - Type fixatie bij begin van afzondering.
 - Gemiddelde duur van afzondering per afdeling.
 - Primaire reden voor afzondering.
 - Aantal afzonderingen op vraag van de cliënt.
- Er werden meerdere knelpunten vastgesteld over de cijfergegevens van vrijheidsbeperkende maatregelen. **(TK)**
 - De aangeleverde cijfergegevens zijn niet volledig betrouwbaar.
 - Het cijfer van het aantal afzonderingen in 2017 is verschillend in drie verschillende bronnen.
 - Er werden separatiecijfers voor 2017 (in totaal 153) doorgegeven voor verschillende afdelingen, terwijl maar op één afdeling wordt gesepareerd.
 - Bij controle van de afzonderingsregisters bleek dat het beginuur van afzondering soms verschillend was van het beginuur van de registraties van het toezicht (eerste registratie van toezicht vroeger dan beginuur van afzondering). Het is daardoor niet duidelijk of de gemiddelde duur van afzondering in het analyserapport correct is. Daarnaast verschilt het aantal afzonderingen in de verschillende documenten die werden doorgestuurd.

We bevelen interne audits aan over de kwaliteit van registraties over afzonderingen. **(Aanb)**

- Er worden onvoldoende (cijfer)gegevens verzameld om een volledig zicht te hebben op het eigen handelen en zo de processen en resultaten te kunnen bewaken. Men heeft geen zicht op:
 - Contextfactoren over afzondering / separatie:
 - Het tijdstip van afzondering:
 - uur van de dag
 - dag van de week.
 - Aantal dagen na opname.
 - Betrokkenheid van de arts bij het besluit tot afzondering.
 - Persoonlijk contact van de arts met de patiënt in afzondering.
 - Het gebruik van bijkomende medicatie tijdens afzondering.
 - Geslacht van de patiënt in afzondering.
 - Leeftijd van de patiënt in afzondering.
 - Aantal mechanische fixaties buiten de afzonderingskamer.
 - Het totaal aantal patiënten met mechanische fixatie.
 - Gemiddelde duur van mechanische fixatie.
 - Aantal medicamenteuze fixaties.
 - Cijfers van separaties (KGA).
 - Cijfers zijn voor de afdelingen slechts op het einde van het jaar beschikbaar; het is op de afdelingen niet mogelijk om tussentijds het aantal afzonderingen op te volgen.
- Recente verbeterprojecten inzake agressie situeren zich voornamelijk op het niveau van vorming (bv. jaarlijkse opleiding "omgang met agressie", opleidingen de-escalerende communicatie voor zorgmedewerkers) en op het niveau van het uitwerken van een geoptimaliseerd beleid (implementatie van het advies van de Hoge Gezondheidsraad "omgaan met dwanginterventies in de GGZ (2016) en van het ethisch advies "vrijheidsberoving in de Geestelijke Gezondheidszorg – over regels, macht en dwang" van de centrale begeleidingscommissie Ethiek van de Broeders van Liefde (2018), uitwerken van een nieuwe beleidsvisie "preventie en omgaan met agressie en dwanginterventies", implementatie van het Safewards-model op alle afdelingen (evaluatie loopt nog) en implementatie van een meer systematische bevraging/inschatting van het agressierisico). **(AV)**
 - De link tussen het verbeterbeleid en de verzamelde (cijfer)gegevens is niet duidelijk. De gegevens worden onvoldoende benut om processen en resultaten te evalueren en verbeterpunten te detecteren. **(TK)**
 - De beschikbare cijfergegevens worden voorgesteld tijdens de stuurgroep kwaliteit (waar de directie deel van uitmaakt), het comité patiëntveiligheid en de stuurgroep agressiebeleid. Uit de vergaderverslagen blijkt onvoldoende dat de cijfers worden gebruikt voor analyse, evaluatie en bijsturing (reeds verschillende jaren is de conclusie dat de trend positief is omdat de cijfers dalen).
 - Cijfers worden bezorgd aan het beheerscomité (niveau van de inrichtende macht), maar er kon niet aangetoond worden dat de cijfers op dit niveau worden besproken.
 - Jaarlijks wordt een analyserapport opgemaakt door de kwaliteitscoördinator en per mail doorgestuurd naar alle afdelingshoofden. Het is niet duidelijk wat er verder gebeurt met deze cijfers of wat de verwachtingen van het ziekenhuis ten aanzien van de afdelingen hierrond zijn.

3.2.7 Samenvatting

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

- De redenen voor afzondering, separatie zijn niet beperkt tot acuut en ernstig gevaar.
- De vooropgestelde frequentie van binnen gaan 's nachts bij de patiënt in afzondering is te laag.

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

- De redenen voor afzondering / separatie zijn niet beperkt tot acuut en ernstig gevaar.
- Er wordt niet frequent genoeg binnengegaan in de afzonderingskamer.

Er worden niet voldoende cijfers verzameld en de kwaliteit van de cijfergegevens is onvoldoende voor de detectie van verbeterpunten en als evaluatie van verbeterprojecten: er is een onderregistratie van fixatiemaatregelen, de cijfers over de gemiddelde duur van afzondering zijn niet correct, het is niet duidelijk of afzondering in de KGA vervat zit in de cijfers, er is te weinig zicht op contextfactoren en de VBM-cijfers zijn niet up-to-date beschikbaar op de afdelingen.

De volledige beleidscyclus is nog niet sluitend (het vervolledigen van procedures, het verzamelen van gegevens over de praktijk ter zake, het analyseren van die gegevens, het evalueren en bijsturen, en dit op het niveau van afdelingen, directie en bestuur).

3.3 THEMA DETECTIE EN BEHANDELING VAN SUÏCIDAAL GEDRAG

3.3.1 Situering

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

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

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

3.3.2 Beleid

- Het ziekenhuis beschikt over een uitgeschreven ziekenhuisbreed suïcidepreventiebeleid. Dit beleid staat beschreven in volgende documenten: **(AV)**

- Visietekst suïcidepreventie.
- Procedure "Detectie en behandeling van suïcidaal gedrag".
- Risicotaxatie-instrument "Detecteren van suïcidaliteit".
- Stappenplan implementatie.

Het geactualiseerde beleid werd begin november 2018 – dus slechts enkele weken voor de inspectie – geïmplementeerd.

- Het nieuwe beleid beschrijft onder meer: **(AV)**
 - De visie op suïcide, suïcidepreventie en het omgaan met suïcidale personen.
 - De stappen en afspraken bij opname en behandeling voor suïcidale personen.
 - De stappen en afspraken na een suïcide of suïcidepoging van een patiënt, met vermelding wie verantwoordelijk is.
 - Hoe de basisvorming suïcidepreventie georganiseerd wordt.
 - Hoe en waar het suïciderisico, suïcidepogingen en suïcides van patiënten geregistreerd worden.
 - Welke infrastructurele maatregelen er nodig zijn om de zorgomgeving suïcideveilig te maken.
 - Hoe, wanneer en door wie het suïcidepreventiebeleid geëvalueerd wordt.

- In de procedure ontbreekt volgend aspect uit de multidisciplinaire richtlijn: **(TK)** De vervolgzorg voor suïcidale personen (in de visietekst staat wel dat men i.f.v. de continuïteit van de zorg aandacht wil hebben voor goede mondelinge en schriftelijke informatie-overdracht bij wijziging van shift, van afdeling, van zorginstelling of bij terugkeer naar de thuissituatie, maar dit is in de procedure niet verder uitgewerkt).
- Volgens de beleidsteksten is dit de werkwijze: **(AV)**
 - Bij opname moeten van elke patiënt de "oriënterende vragen" uit het risicotaxatie-instrument gesteld worden, en moeten de antwoorden genoteerd worden bij "opnamegegevens" in het patiëntendossier.
 - Daarnaast moeten de "inschattingsvragen" worden gesteld, waarna het suïciderisico ("S-codering") wordt bepaald, dat wordt genoteerd bij "rapportage – detectie suïcidaliteit".
 - De inschattingsvragen moeten opnieuw gesteld worden:
 - bij transfer.
 - na een voor de cliënt ingrijpende gebeurtenis.
 - na melding van wanhoop.
 - na een onverwachte en opvallende verandering in het klinisch beeld.
 - na een suïcidepoging.
 - na een suïcide op de afdeling.

Afhankelijk van het ingeschatte risico is ook een minimale herhalingsfrequentie voor herevaluatie vastgelegd (dagelijks bij score 3 tot 5, wekelijks bij score 2 en maandelijks bij een lagere score).

 - Bij wijziging van de S-codering, wordt dit in het dossier vermeld onder "aandachtspunten".
 - Deze detectie is een taak voor de verpleegkundige, de psycholoog en de arts.
 - Per S-codering is opgelijst welke acties ondernomen moeten worden. Volgende mogelijke acties zijn beschreven bij een verhoogd risico: extra aandacht voor veiligheid, informatie over apps, brochures en patiënten- en familieverenigingen, bespreking van de S-codering op overlegmomenten, het opstellen, evalueren en actualiseren van een signaleringsplan, het in kaart brengen van beschermende en drempelverlagende factoren, verhoogd toezicht, beveiligende maatregelen indien noodzakelijk, vrijheidsbeperkende maatregelen indien noodzakelijk, afname IPEO na een poging.

3.3.3 Medewerkers

- Op 1 maart 2018 organiseerde PC Ariadne de studiedag "Het probleem suïcide in Vlaanderen. Van epidemiologie tot behandelmogelijkheden." Deze studiedag was bedoeld voor eigen medewerkers en buitenstaanders. Ook de meeste artsen van het ziekenhuis participeerden aan deze studiedag. **(AV)**
- Alle artsen volgden de voorbije jaren een vorming rond suïcidepreventie. **(AV)** Van de overige 146 zorgmedewerkers volgde minder dan 75% (met name 96 medewerkers) een vorming. **(TK)** In het kader van de implementatie van het nieuwe suïcidepreventiebeleid wordt van alle zorgmedewerkers verwacht dat ze voor eind 2018 twee e-learningmodules van het VLESP (<https://sp-reflex.zelfmoord1813.be>) volgen. Ook nieuwe medewerkers (inclusief nieuwe artsen) worden geacht deze twee modules te volgen. **(AV)**
- Het nieuwe beleid verwacht dat alle medewerkers jaarlijks bijscholing (of een heropfrissing) krijgen rond suïcidepreventie. **(AV)**

3.3.4 Middelen

- Het ziekenhuis heeft zicht op de risico's qua veiligheid op vlak van infrastructuur op de afdelingen Esperanza 0, Esperanza 1 en Esperanza 2: er gebeurde in 2018 een veiligheidsronde aan de hand van een "checklist suïcidepreventie". De resultaten hiervan werden besproken, en er werden geen punten weerhouden die dringend moeten opgelost worden.
Ook bij de aan de gang zijnde nieuwbouw voor een aantal afdelingen houdt men rekening met infrastructurale aandachtspunten. **(AV)**
Op de afdelingen Providentia, Egidius en Emmaüs gebeurde nog geen risico-analyse inzake infrastructurale risico's inzake suïcide. **(TK)**
- Medewerkers kunnen via het overzichtsscherm van het elektronisch patiëntendossier te allen tijde zien bij welke patiënten het suïciderisico al dan niet werd bevestigd. Via een cijfercode en bijhorende kleurcode heeft men ook direct een beeld van patiënten met een verhoogd risico. **(SP)**
Sommige afdelingen werken daarnaast ook met afgeleide documenten (bv. afgedrukte kamerlijsten, briefingbladen) waarop het suïciderisico staat genoteerd. **(AV)** Deze moeten evenwel handmatig worden aangemaakt, wat een risico op fouten impliceert (verkeerd overschrijven, niet steeds actueel, ...). We bevelen aan om dergelijke documenten zoveel mogelijk automatisch te laten genereren vanuit het EPD. **(Aanb)**
Om de procedureel voorziene herhaalfrequentie van de suïciderisico-inschatting te bevorderen, zou het faciliterend werken indien het EPD automatisch een herinnering genereert op het moment dat een nieuwe inschatting verwacht wordt. **(Aanb)**

3.3.5 Processen

- Op twee verblijfsafdelingen (Esperanza 1 en Egidius) werden telkens 6 dossiers bekeken van patiënten die minstens een maand opgenomen waren. In alle dossiers werd een suïciderisico-inschatting gevonden die dateerde van kort na of zelfs voor de start van de opname. **(AV)**
Op de afdeling voor dagbehandeling stond er voor slechts 34 van de 49 patiënten een inschatting in het dossier. **(TK)**
- Op de verblijfsafdelingen werd in 11 van de 12 gecontroleerde dossiers een recente herinschatting gevonden (van maximaal 2 weken oud). Op de afdeling voor dagbehandeling werden 5 dossiers met een risico-inschatting gecontroleerd; alle herinschattingen dateerden van minder dan 2 weken voor de inspectie (en dus van na de implementatie van het nieuwe suïcidepreventiebeleid). Bij 22 van de 29 gecontroleerde risico-inschattingen was deze inschatting inhoudelijk onderbouwd. In de 7 andere gevallen stond enkel een score ingevuld. **(AV)**
- In 14 van de 17 gecontroleerde dossiers was een verhoogd risico genoteerd; in elk van die dossiers stonden hierrond acties beschreven, waaronder 4 keer verhoogd toezicht (i.e. in alle gevallen waarbij de procedure dit voorschrijft). **(AV)** In slechts 1 dossier werd een signalerings- of veiligheidsplan gevonden. **(TK)**

3.3.6 Resultaten

- Er worden over het thema detectie en behandeling van suïcidaal gedrag volgende (cijfer)gegevens verzameld om zicht te hebben op het eigen handelen en zo de processen en resultaten te kunnen bewaken: **(AV)**
 - Aantal patiënten met een suïcidepoging tijdens de behandeling (intramuros en extramuros).
 - Aantal suïcides tijdens de behandeling (intramuros en extramuros), per afdeling.
- Er worden onvoldoende cijfergegevens verzameld om een volledig zicht te hebben op het eigen handelen en zo de processen en resultaten te kunnen bewaken. **(TK)** Deze leemte zou ingevuld kunnen worden door gegevens te verzamelen over: **(Aanb)**
 - Het toepassen van de afspraken uit de procedure (bv. het aantal patiënten met een inschatting van het suïciderisico, het aantal patiënten met een (tijdige) herevaluatie van het suïciderisico, het aantal patiënten met een verhoogd suïciderisico, het aantal patiënten onder verhoogd toezicht, ...).
 - Meer gedetailleerde gegevens over suïcides en suïcidepogingen (tijdstip, methode, plaats, ...).

Het ziekenhuis geeft op het moment van de inspectie aan dat men de indicatoren nog aan het uitwerken is om het suïcidebeleid te monitoren en te evalueren.
- Van suïcide(poging)en worden geen uitgebreide incidentanalyses gedaan, ondanks het feit dat de procedure dit voorschrijft. **(TK)**
- Verbeteracties situeren zich vooral op het niveau van het uitwerken van een nieuwe visietekst (i.s.m. de artsen), gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn "detectie en behandeling van suïcidaal gedrag" (VLESP), het uitwerken van een nieuwe procedure en het implementeren van een methodiek van risicotaxatie. Daarnaast werden veiligheidsrondes uitgevoerd op drie afdelingen (cfr. supra). **(AV)**
- Hiermee is de basis (het uitwerken van het beleid) gelegd, maar de rest van de beleidscyclus (gegevens verzamelen over de praktijk ter zake, het analyseren van die gegevens, het evalueren en bijsturen, en dit op het niveau van afdelingen, directie en bestuur) ontbreekt vooralsnog. **(TK)**

3.3.7 Samenvatting

Kort voor de inspectie werd een geactualiseerd suïcidepreventiebeleid geïmplementeerd, gebaseerd op de "multidisciplinaire richtlijn detectie en behandeling van suïcidaal gedrag" (VLESP). Er zijn duidelijk afspraken over het detecteren, herevalueren en documenteren van het suïciderisico bij alle cliënten, en over de verschillende acties die aan de verschillende risicogradaties moeten worden gekoppeld.

In deze fase ligt de klemtoon op de detectie van suïciderisico's. Dit beleid dient op een aantal punten nog een vervolg te krijgen:

- Een aantal elementen uit de visietekst (bv. afspraken over vervolgzorg en communicatie, maatregelen m.b.t. de opslag en het beheer van medicatie) zijn nog niet vertaald in procedures.
- Het werken met signalerings- of safetyplannen is nog niet geïmplementeerd.
- De medewerkers zijn nog niet allemaal opgeleid, maar dit is wel voorzien in de planning.

Er gebeurde recent een analyse van de infrastructurele risico's op een aantal afdelingen.

In de gecontroleerde dossiers op de verblijfsafdelingen werden in bijna alle dossiers initiële risico-inschattingen, herevaluaties en bijhorende acties gevonden. Op de afdeling voor dagbehandeling vindt het nieuwe beleid moeilijker ingang.

Er is op afdelings- en ziekenhuisniveau slechts in beperkte materiaal cijfer- of ander materiaal beschikbaar om het gevoerde beleid te evalueren. Enkel over suïcides en suïcidepogingen zijn cijfers beschikbaar. Deze zijn evenwel weinig gedetailleerd (enkel aantallen), en er gebeuren ook geen incidentanalyses van deze pogingen.

Verbeteracties situeren zich voornamelijk op het niveau van het uitwerken van een nieuw visie, nieuwe procedures en het opleiden van medewerkers.