

INSPECTIEVERSLAG: ONDERZOEK VAN EEN KLACHT

INRICHTENDE MACHT

Naam	Organisatie Broeders van Liefde
Type entiteit	Rechtspersoon
Rechtsvorm	vzw
Ondernemingsnummer	0406633304
Adres	Stropstraat 38E, 9000 Gent

INSPECTIEPUNT

Naam	Psychiatrisch Ziekenhuis Ariadne
HCO-nummer	4805
Adres	Reymeersstraat 13, 9340 Lede
Dossiernummer	988

UITBATINGSPLAATS

Naam	Psychiatrisch Centrum Ariadne
Adres	Reymeersstraat 13, 9340 Lede

INSPECTIE

Datum laatste vaststelling	04/06/2025
Verslagnummer	ZI-2025-01792
Inspecteurs	Anja Claeys, Lindsay Vissenaekens

INSPECTIEBEZOEK

Psychiatrisch Centrum Ariadne

Onaangekondigde inspectie op 03/06/2025 (9:00-17:00)

Gesprekspartners: er werd gesproken met directieleden, stafmedewerkers, artsen, (hoofd)verpleegkundigen.

INHOUDSOPGAVE

1	Inleiding	3
1.1	Toezicht door Zorginspectie	3
1.2	Toepassingsgebieden	4
1.3	Definities	4
1.4	Inspectieproces	4
1.4.1	Inleiding	4
1.4.2	Werkwijze	6
1.4.3	Verslag	6
2	Situering	7
3	Onderzoek	8
3.1	Behandeling	8
3.1.1	Behandeltraject mobiel team	8
3.1.2	Therapieaanbod	8
3.1.3	Onvoldoende opvolging verwondingen	8
3.1.4	Verhoogd toezicht bij suïciderisico	9
3.1.5	Noodoproep voor dringende bijstand	11
3.1.6	Communicatie tussen hulpverleners	11
3.1.7	Gesprekken met zorgverleners	13
3.2	Medicatie	14
3.2.1	Medicatie-incidenten	14
3.3	Vrijheidsbeperkende maatregelen	16
3.3.1	Communicatie afdelingsregels	19
3.3.2	Toepassing van afzondering en fixatie	19
3.3.3	Infrastructuur afzonderingskamers	23
3.3.4	Cijfergegevens vrijheidsbeperkende maatregelen	24
3.4	Patiëntenrechten	25
3.4.1	Inzage en afschrift van het dossier	25
3.4.2	Klachtbehandeling	26
4	Conclusie	28

1 INLEIDING

1.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

Situering Zorginspectie

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

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

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

Wat is de opdracht van Zorginspectie?

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

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

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

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

Hoe werkt Zorginspectie?

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

Binnen 30 dagen na de laatste vaststelling ontvangt het inspectiepunt en (in voorkomend geval) de klacht-indiener het ontwerpverslag. Daarbij wordt de mogelijkheid geboden om - gedurende een periode van 14 kalenderdagen - schriftelijk te reageren op onjuistheden in het ontwerp van het inspectieverslag.

De datum van de laatste vaststelling, die wordt gedefinieerd in artikel 13 van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid, is te vinden op het voorblad van dit inspectieverslag.

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

Meer informatie is te vinden op onze website: **www.zorginspectie.be**.

1.2 TOEPASSINGSGEBIEDEN

De vaststellingen betreffende de kwaliteit van zorg worden gedaan door Zorginspectie, op basis van de regelgeving m.b.t. de zorgvoorziening, inclusief het eisenkader / referentiekader dat bekend gemaakt werd aan de voorziening en te vinden is op volgende weblinks:

- [Referentiekader voor psychiatrische ziekenhuizen](#)
- [Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg](#)
- [Wet betreffende de rechten van de patiënt](#)
- [Richtlijnen - SP-Reflex](#)

Om onrealistische verwachtingen te vermijden, willen we expliciet opmerken dat de Vlaamse overheid niet bevoegd is om het medisch handelen bij een individuele patiënt te beoordelen. Deze handelingen vallen onder de therapeutische vrijheid en kunnen desgevallend beoordeeld worden door de Federale Commissie voor toezicht op de praktijkvoering in de gezondheidszorg (Toezichtcommissie). Indien deze handelingen echter tot schade geleid zouden hebben, dan kan, met het oog op een vergoeding van de schade, hetzij een procedure bij het Fonds voor Medische Ongevallen, hetzij een juridische procedure met burgerlijke partijstelling, gestart worden.

Zorginspectie heeft geen mandaat om de inhoudelijke legitimiteit van een gedwongen opname te beoordelen. De regelgeving, inclusief de mogelijkheden om in beroep te gaan, voor een gedwongen opname zit vervat in de **wet van 26 juni 1990 inzake de bescherming opgelegd aan een persoon met een psychiatrische aandoening..**

1.3 DEFINITIES

In de afrondende conclusie (zie punt 4) worden werkpunten aangegeven met een van volgende classificaties:

- **Inbreuk:** bij niet-naleving van regelgeving of van geformaliseerde afspraken.
- **Aandachtspunt:** bij een aandachtspunt wordt aandacht gevraagd voor bijsturing van de werking van de voorziening in functie van de verbetering van de kwaliteit van zorg aan de zorggebruiker.

1.4 INSPECTIEPROCES

1.4.1 Inleiding

De inspectie vond plaats naar aanleiding van een klacht dd. 31/03/2025, gericht aan de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg (ELGEZ). Op 16/05/2025 bracht ELGEZ Zorginspectie op de hoogte en vroeg daarbij om een onaangekondigde inspectie gezien de ernst van de klachten.

Zorginspectie nam op 21/05/2025 telefonisch contact met de klachtindiener, enerzijds om meer duidelijkheid te krijgen over de klachtelementen en anderzijds om aan de klachtindiener toelichting te geven over de manier van werken en de bevoegdheden van Zorginspectie. De klachtindiener gaf tijdens dit gesprek aan niet anoniem te willen zijn t.o.v. de voorziening.

De klacht bevat volgende elementen die binnen de bevoegdheid van het Departement Zorg vallen en tijdens de inspectie onderzocht werden:

- Volgens de klachtindiener was er geen betrokkenheid bij de stopzetting van begeleiding door het mobiel team.
- Volgens de klachtindiener was/waren er tijdens de opname op de afdeling HIC:

- Weinig tot geen therapieaanbod en werd niet duidelijk gecommuniceerd rond het therapieaanbod.
 - Weinig gesprekken met de psychiater en de psycholoog (tijdens volledige opname van twee weken één gesprek van een half uur met een psychiater (in opleiding) en één gesprek van een half uur met een psycholoog).
 - Weinig tot geen opvolging van opgelopen verwondingen.
 - Geen duidelijke communicatie rond de afdelingsregels.
- Volgens de klachtindiener was er onvoldoende toezicht en persoonlijk contact ondanks verhoogd suïciderisico (niveau S3).
- Volgens de klachtindiener werd in het patiëntendossier genoteerd dat de knop voor noodoproepen (vraag naar dringende bijstand) niet werkte waardoor op dat moment geen dringende bijstand verleend kon worden.
- Tijdens de opname in het ziekenhuis werd volgens de klachtindiener beperkt contact opgenomen met de huisarts en andere zorgverleners om relevante informatie uit te wisselen en op die manier continuïteit van zorg te verlenen.
- Er werden door de klachtindiener een aantal mogelijke medicatiefouten vermeld:
 - Door wijziging in het medicatieschema werd een foutieve dosis van een bepaalde medicatie toegediend.
 - Medicatie die werd voorgeschreven door de huisarts van het ziekenhuis werd tijdens de opname nooit toegediend.
- Volgens de klachtindiener werd de regelgeving niet gevolgd rond toepassing van afzondering en fixatie:
 - Onvoldoende toezicht en persoonlijk contact.
 - Gebrek aan privacy.
 - Camerabeelden zichtbaar voor patiënten en bezoekers.
 - Geen mogelijkheid tot hygiënische zorgen.
 - Onvoldoende aanbieden van voedsel tijdens fixatie.
 - Oproepsysteem niet bereikbaar tijdens fixatie.
 - Geen controle van parameters tijdens fixatie.
 - Geen tussentijdse evaluatie van langdurige afzondering.
 - Geen evaluatiegesprek na stopzetting van de maatregelen.
 - Afzondering wordt toegepast als strafmaatregel.
- Volgens de klachtindiener gebeurden er bij het opvragen van het dossier een aantal fouten:
 - Het dossier werd niet bezorgd aan de ouders (vertrouwenspersoon).
 - Het dossier werd te laat bezorgd.
 - Het dossier was onvolledig.

Het doel van het inspectiebezoek was:

- Ter plaatse nagaan of er een reëel of potentieel risico bestaat voor de kwaliteit van zorg / patiënt-veiligheid met betrekking tot de elementen uit de klacht die binnen de bevoegdheid van het Departement Zorg vallen.
- Nagaan op welke manier de voorziening zicht verwerft op deze risico's en welke initiatieven genomen zijn om ze te beheersen/eliminieren.

De opdracht van Zorginspectie is de nodige relevante gegevens verzamelen voor de afdeling ELGEZ, die het dossier verder opvolgt.

1.4.2 Werkwijze

Het inspectiebezoek vond onaangekondigd plaats op 03/06/2015 tussen 09u00 en 17u00.

Voorafgaand aan de inspectie ter plaatse, werden door de inspecteurs volgende elementen nagekeken:

- klachtenmail van klachtindiener aan ELGEZ;
- website van het ziekenhuis.

De vaststellingen, gedaan tijdens dit inspectiebezoek, zijn gebaseerd op:

- voorafgaand telefonisch contact met de klachtindiener;
- rondgang op afdelingen HIC en afdeling Intensieve Dienst;
- gesprekken (zie titelblad);
- inzage in patiëntendossiers op afdeling HIC;
- inzage in volgende documenten:
 - therapieschema van afdeling HIC;
 - onthaalbrochure van afdeling HIC;
 - procedure “inzage en afschrift van het cliëntendossier”;
 - procedure “gebruik van de alarmbepers bij agressie”;
 - visietekst suïcidepreventie;
 - procedure “suïcidepreventie-nazorgbeleid”;
 - procedure “detectie en behandeling van suïcidaal gedrag”;
 - procedure “verhoogd toezicht”;
 - beleid inzake gebruik van signaleringsplan;
 - procedure “camerabewaking binnen PC Ariadne”
 - procedure “afzondering en fixatie van cliënten”
 - cijfergegevens rond afzondering en fixatie
 - procedure “beleid inzake omgaan met (bijna-)incidenten”
 - incidentanalyse m.b.t. de klacht

1.4.3 Verslag

Na een inleidend eerste hoofdstuk worden de resultaten van het onderzoek in hoofdstuk 3 weergegeven volgens 4 thema's (thema behandeling, thema medicatie, thema vrijheidsbeperkende maatregelen en thema patiëntenrechten). Elk thema vermeldt de verwachtingen uit het PZ-referentiekader en de gecontroleerde regelgeving/richtlijnen (indien van toepassing), een omschrijving van de gevolgde werkwijze en vervolgens een weergave van de inspectievaststellingen rond het betreffende onderwerp. Tenslotte wordt een algemene conclusie beschreven in hoofdstuk 4.

2 SITUERING

Het ziekenhuis beschikt over volgende erkenningen van de Vlaamse overheid:

Bedden

A (d+n)	a(d)	a(n)	T (d+n)	t(d)	t(n)	Sp psycho	Totaal
60	4	1	69	28	1	22	185

Functies

Ziekenhuisapothek

Het ziekenhuis heeft een machtiging voor gedwongen opname.

Tijdens de inspectie werd een bezoek gebracht aan:

- Afdeling HIC
- Afdeling Intensieve Dienst (controle infrastructuur afzonderingskamer)

3 ONDERZOEK

3.1 BEHANDELING

3.1.1 Behandeltraject mobiel team

Werkwijze

In het dossier werd gezocht naar de reden van stopzetting van de begeleiding door het mobiele team en naar de betrokkenheid van de patiënt hierbij.

Vaststellingen

Volgens de gesprekspartner tijdens de inspectie werd de begeleiding door het mobiele team stopgezet aangezien de vooropgestelde begeleidingsperiode van 4 weken was bereikt (9/10/24 t.e.m. 30/10/24). Volgens de notities in het dossier werd er tijdens het laatste gesprek van de begeleiding op 30/10/24 aan de patiënt voorgesteld om ambulante hulp te zoeken bij een therapeut of psycholoog en contact op te nemen met de huisarts. Volgens de notities weigerde de patiënt dit voorstel. Aangezien de medewerkers van het mobiel team bezorgd waren rond de suïcidaliteit bij de patiënt, werd contact opgenomen met de huisarts van de klachtindiener en vervolgens met de politie. De politie nam contact op met het parket die de spoedprocedure voor gedwongen opname inzette.

3.1.2 Therapieaanbod

Verwachtingen uit referentiekader psychiatrische ziekenhuizen

Er is een duidelijk therapieaanbod. De patiënten worden geïnformeerd over dit aanbod: het wordt bij voorkeur in een weekschema aan de patiënten bezorgd.

Naast individuele therapie wordt ook groepstherapie georganiseerd (efficiëntere inzet van personeel, kan psychologisch gunstig en motiverend zijn voor de patiënten).

Werkwijze

Op de afdeling HIC werd het therapieschema opgevraagd en er werd nagevraagd of dit een algemeen schema is of op maat van de patiënt wordt opgemaakt. Daarnaast werd gevraagd hoe het therapieschema wordt gecommuniceerd aan de patiënten.

Vaststellingen

Uit gesprek en uit het therapieschema blijkt dat op afdeling HIC wordt gewerkt met een algemeen therapieschema dat geldig is voor alle patiënten. Het therapieschema verandert elke week en hangt uit in de gang tegenover het therapielokaal. Op maandag wordt het therapieschema overlopen tijdens het “forum” waarop alle patiënten verwacht worden.

De informatie uit gesprek is in tegenspraak met de informatie in de onthaalbrochure van de afdeling. In deze brochure staat vermeld dat er een individueel therapieschema wordt opgemaakt dat aansluit op de persoonlijke interesses en mogelijkheden van de patiënt.

3.1.3 Onvoldoende opvolging verwondingen

Verwachtingen uit referentiekader psychiatrische ziekenhuizen

Op elke verpleegeenheid dient men per patiënt te beschikken over een gepersonaliseerd en geïntegreerd verpleegkundig dossier dat deel uitmaakt van het patiëntendossier en dat als basis dient voor de zorgenplanning en de uitvoering ervan, evenals voor een adequate informatiedoorstroming. Het verpleegkundig dossier moet onder meer omvatten:

- a) de basisgegevens over de patiënt en zijn verzorging, zoals
 - de identificatiegegevens;
 - de verzorgingsbehoeften van de patiënt;
 - het verzorgingsplan, met aanduiding van de uitvoering ervan;
 - de evaluatie van de verstrekte zorgen;
- b) de gegevens die noodzakelijk zijn om de continuïteit van de verzorging te kunnen verzekeren;
- c) de registratie van alle observaties en handeling uitgevoerd door de verpleegkundige (cfr. KB van 18/06/90 art. 3).

In het medisch dossier moet een nauwkeurige beschrijving van de geestelijke en de lichamelijke toestand gegeven worden bij de opname, de toegepaste behandeling vermeld en de verdere evolutie geschetst. Dit dossier wordt achter slot bewaard.

Verwachtingen uit regelgeving/richtlijnen

De patiënt heeft ten opzichte van de beroepsbeoefenaar recht op een zorgvuldig bijgehouden en veilig bewaard patiëntendossier.

Werkwijze

In het dossier van de klachtindiener werd gezocht naar notities over observaties en opvolging van opgelopen verwondingen.

Vaststellingen

In het dossier van de klachtindiener stond op verschillende momenten genoteerd dat de patiënt pijn had aan de pols en vroeg om een radiografie. Er werd door de arts van de afdeling voorgesteld om pijnmedicatie te starten maar dit voorstel werd volgens de notities in het dossier telkens geweigerd door de patiënt.

Uit de notities van een consultatie bij de huisarts van PC Ariadne bleek dat deze arts een radiografie niet nodig achtte en werd voorgesteld om pijnmedicatie op te starten. De opstart van medicatie werd volgens de notities in het dossier opnieuw geweigerd door de patiënt en er werd vermeld dat de patiënt bleef aandringen op een radiografie. De voorgestelde medicatie werd als "indien nodig" in het medicatieschema opgenomen maar werd nooit toegediend.

3.1.4 Verhoogd toezicht bij suïciderisico

Verwachtingen uit regelgeving/richtlijnen

Bespreek suïcidaliteit regelmatig en wees extra waakzaam tijdens veranderingen (of hiaten) in het zorgtraject. Volg suïcidaliteit goed op: herbeveel en herbespreek het regelmatig, in het bijzonder bij veranderingen in het klinisch beeld. Wees ook extra waakzaam tijdens transformatiemomenten in het zorgtraject.

Zorg voor een goede informatie-overdracht en goede samenwerkingsafspraken met de huisarts, andere hulpverleners en zorgvoorzieningen om de (na)zorg voor suïcidale personen te continueren en versterken.

Gezien het verhoogde risico op zelfdoding in de volgende situaties, dien je de aanwezigheid van zelfmoordgedachten (opnieuw) actief te bevragen:

- Wanneer je signalen opmerkt dat het minder goed gaat met de persoon.
- Bij transitiemomenten (bv. ontslag na een opname, bij overgang van residentiële naar ambulante behandeling,...).
- Wanneer risicofactoren toenemen of beschermende factoren afnemen.
- Bij andere mogelijk ingrijpende (toekomstige) veranderingen (bv. ontslag, verlies van een dierbare,...).

Wanneer iemand zelfmoordgedachten heeft, dien je de suïcidaliteit zo snel mogelijk te exploreren.

- Gebruik geen screeningsinstrumenten voor het inschatten van het risico en deel personen niet in in suïciderisiconiveaus. Dit is onvoldoende betrouwbaar en kan een vals gevoel van veiligheid geven.

Bespreek suïcidaliteit regelmatig, want het suïcidaal proces kan sterk fluctueren.

- Bij doorverwijzing of ontslag:
- Bespreek met de persoon en de naasten welke vervolgzorg het meest geschikt is.
- Informeer hen ook over waar de persoon terecht kan in geval van crisis.
- Zorg voor een degelijke informatieoverdracht naar de volgende hulpverlener.
- Voorzie follow-up contact indien haalbaar.

Het is aan te bevelen om samen met de betrokkene een Safety Plan op te stellen. Als het Safety Plan niet kan worden gebruikt, zorg dan dat de verschillende werkingsmechanismen op een andere manier verzekerd worden. Voorzie een kopie van het Safety Plan in het patiëntendossier.

Werkwijze

De procedure suïcidepreventie en de procedure verhoogd toezicht werden opgevraagd en gecontroleerd op een aantal elementen.

In het dossier van de klachtindiener werd gezocht naar een inschatting van het suïciderisico bij opname, gedurende het verblijf op de afdeling en bij ontslag.

Er werd nagegaan of, in geval van verhoogd risico op suïcide, het verhoogd toezicht werd toegepast volgens de procedure van het ziekenhuis.

Vaststellingen

Uit het dossier van de klachtindiener bleek dat het suïciderisico werd ingeschat:

- bij opname;
- op meerdere momenten (3) tijdens de opname (van 8/11/24 t.e.m. 21/11/24);
- bij ontslag.

Volgens de procedure beslist de behandelende arts over de frequentie van het verhoogd toezicht bij de verschillende risiconiveaus van suïcidaliteit.

Uit de notities in het dossier van de klachtindiener blijkt dat er bij opname een suïciderisico niveau S3 werd toegekend. In de laatste dagen van de opname werd dit aangepast naar niveau S2.

In het dossier van de klachtindiener werd niet genoteerd hoe vaak het verhoogd toezicht bij niveau S3 moest gebeuren volgens de arts. Uit gesprek blijkt dat op afdeling HIC het verhoogd toezicht bij niveau S3 om het half uur moet gebeuren en bij niveau S2 om het uur.

Er kon worden aangetoond in het dossier van de klachtindiener dat het verhoogd toezicht werd toegepast volgens de mondelinge afspraak op de afdeling.

Volgens de procedure dient er samen met de patiënt een signaleringsplan opgemaakt te worden bij patiënten met verhoogd risico op suïcide. Indien de opmaak van een signaleringsplan (nog) niet mogelijk is moet er een safetyplan worden opgesteld.

Er kon niet worden aangetoond dat er voor de klachtindiener een signaleringsplan of safetyplan werd opgemaakt.

3.1.5 Noodoproep voor dringende bijstand

Verwachtingen uit referentiekader psychiatrische ziekenhuizen

Er zijn binnen de instelling voorzieningen getroffen zodat medewerkers adequaat kunnen reageren op agressie. Bijvoorbeeld agressiehantering, alarmprocedure, collegiale ondersteuning, samenwerking met politie,

De instelling beschikt over een intern alarmsysteem. Dit systeem zorgt ervoor dat medewerkers in geval van nood alarm kunnen slaan of persoonlijke assistentie kunnen inroepen. De medewerkers weten hoe zij assistentie moeten inroepen bij (dreigende) agressie.

Werkwijze

De werkwijze bij nood aan dringende bijstand werd nagevraagd. Daarnaast werd de procedure opgevraagd en gecontroleerd op een aantal elementen.

In het dossier van de klachtindiener werd gezocht naar notities rond het niet werken van een noodoproep waardoor geen dringende bijstand kon verleend worden. Er werd nagegaan of het defect werd geregistreerd in het incidentmeldsysteem, of er een analyse gebeurde en of er verbeteracties uitgevoerd werden.

Vaststellingen

Bij nood aan dringende hulp zijn er twee mogelijkheden om dringende bijstand op te roepen:

- Elke medewerker heeft een draagbare telefoon die voorzien is van een rode knop waarmee bijstand van de nabijgelegen afdelingen kan worden opgeroepen.
- Op de afdelingen HIC en Intensieve Dienst beschikt men daarnaast over een rode knop in de verpleegpost die eveneens kan gebruikt worden in acute noodsituaties en waarbij medewerkers van alle afdelingen en een aantal stafmedewerkers alarm krijgen.

In het dossier van de klachtindiener stond vermeld dat de noodknop in de verpleegpost niet werkte op het moment dat er nood was aan dringende hulp, zoals vermeld werd door de klachtindiener. Uit de notities in het dossier van de patiënt stond vermeld dat na het oproepen via de noodknop de patiënt even terug rustiger werd. Volgens de notities volgde daarna een nieuwe escalatie waarbij dringende bijstand werd opgeroepen via de draagbare telefoon (=tweede mogelijkheid om dringende bijstand op te roepen en kwam dringende hulp van de nabijgelegen afdelingen ter plaatse).

Uit dossiercontrole bleek dat de noodzakelijke hulpverlening hierdoor niet in het gedrang kwam aangezien er gebruik gemaakt werd van de tweede mogelijkheid om dringende bijstand op te roepen (draagbare telefoon).

Het defect van de rode knop in de verpleegpost werd geregistreerd in het incidentmeldsysteem. Er kon aangetoond worden dat dit incident werd geanalyseerd. Volgende verbeteracties werden opgezet:

- Een bijkomend aantal extra personen ontvangen de alarmoproep bij acute noodsituaties.
- Het systeem zal maandelijks getest worden (dit werd ook toegevoegd aan de procedure).

3.1.6 Communicatie tussen hulpverleners

Verwachtingen uit referentiekader psychiatrische ziekenhuizen

Bij ontslag wordt een voorlopige ontslagbrief aan de huisarts opgestuurd. Deze bevat o.a. het medicatieschema.

De ontslagbrieven worden tijdig verstuurd.

De huisarts en/of verwijzende arts wordt op de hoogte gesteld van de opname, het ontslag en de geplande vervolgzorg.

Het ontslag van de patiënt kan pas effectief worden indien ook deze nazorg (op korte termijn) op een goede manier is afgesproken.

- Er is een afspraak gemaakt met de ambulante hulpverlening.
- Goede informatieoverdracht aan de huisarts en andere verwijzers (aanwezige problematiek, de ingestelde medicatie, opgestarte nazorgbehandeling, medicatiebeleid, ...).
- Zo nodig het maken van veiligheidsafspraken met het sociale netwerk (familie, ...).

Verwachtingen uit regelgeving/richtlijnen

De gezondheidszorgbeoefenaar heeft toegang tot persoonsgegevens betreffende de gezondheid van de patiënt die worden bijgehouden en bewaard door andere gezondheidszorgbeoefenaars op voorwaarde dat de patiënt voorafgaand zijn geïnformeerde toestemming tot deze toegang gaf. De patiënt kan bij het verlenen van de in het eerste lid bedoelde toestemming bepaalde gezondheidszorgbeoefenaars uitsluiten. De Koning kan nadere regels bepalen voor de in het eerste lid bedoelde toestemming.

De gezondheidszorgbeoefenaar deelt, mits toestemming van de patiënt, aan een ander behandelend gezondheidszorgbeoefenaar door de patiënt aangewezen om hetzij de diagnose, hetzij de behandeling voort te zetten of te vervolledigen, alle daaromtrent nuttige of noodzakelijke informatie mee.

3.1.6.1 Communicatie met de huisarts

Werkwijze

In het dossier van de klachtindiener werd gezocht of de huisarts op de hoogte gebracht werd van de opname, of er contact werd opgenomen met de huisarts tijdens de opname en of er een ontslagbrief werd verstuurd aan de huisarts.

Deze ontslagbrief werd gecontroleerd op aanwezigheid van informatie over volgende onderwerpen:

- een beschrijving van de evolutie/verloop van het traject;
- informatie over afzondering en fixatie tijdens de opname;
- informatie rond suïcidaliteit;
- informatie over de nodige nazorg/verdere verwijzing;
- medicatie(schema).

Vaststellingen

Op datum van 12/11/2024 (de eerste werkdag na opname) werd een opnamebrief opgemaakt, maar er kan niet worden aangetoond dat deze opnamebrief werd verstuurd naar de huisarts. Uit gesprek blijkt dat deze opnamebrief werd verzonden via CoZo maar dat deze brief op vraag van de klachtindiener werd verwijderd vermits deze brief volgens de klachtindiener foutieve informatie zou bevatten.

Een tweede opnamebrief werd aantoonbaar verstuurd naar de huisarts op 12/12/2024.

Uit notities in het dossier bleek dat er tijdens de opname telefonisch contact werd opgenomen met de huisarts door een arts van de afdeling.

Het dossier bevat een ontslagbrief die werd verstuurd naar de huisarts.

Deze ontslagbrief bevat een beschrijving van het verloop van de opname, het medicatieschema bij ontslag, informatie over verdere nazorg en informatie over suïcidaliteit.

Het medicatieschema in de ontslagbrief komt overeen met het medicatieschema bij het einde van de opname.

In de ontslagbrief staat niet vermeld dat de patiënt tijdens de opname werd afgezonderd en gefixeerd.

3.1.6.2 Communicatie met de behandelende psycholoog

Werkwijze

In het dossier van de klachtindiener werd nagegaan of er tijdens de opname contact werd genomen met de behandelende psycholoog.

Vaststellingen

Aan de hand van controle van het dossier van de klachtindiener kon niet worden aangetoond dat er contact werd opgenomen met de behandelende psycholoog tijdens de opname. De naam van de behandelende psycholoog was genoteerd bij de contactpersonen.

3.1.7 **Gesprekken met zorgverleners**

Verwachtingen uit referentiekader psychiatrische ziekenhuizen

Gesprekken met een psychiater maken deel uit van het behandelplan (niet enkel op vraag, of tijdens zaalronde). Deze gebeuren op momenten die vooraf kenbaar gemaakt worden aan de patiënt.

De voortgangstoetsing is goed georganiseerd (wie, frequentie, wijze waarop plan wordt bijgesteld, betrokkenheid team, patiënt, familie,... is bepaald).

Verwachtingen uit regelgeving/richtlijnen

De gezondheidszorgbeoefenaar neemt in voorkomend geval en binnen zijn bevoegdheid minstens volgende gegevens op in het patiëntendossier:

7° de weergave van overleggesprekken met de patiënt, andere gezondheidszorgbeoefenaars of derden;

Werkwijze

Op de afdeling HIC werden de afspraken betreffende de gesprekken van de patiënt met een psychiater en een psycholoog bevestigd.

In het dossier van de klachtindiener werd gezocht naar notities van individuele gesprekken met een psychiater en een psycholoog tijdens de opname.

Vaststellingen

Volgens het beleid van deze afdeling is de minimale frequentie van een gesprek tussen de patiënt en een psychiater wekelijks (tijdens de toer). Daarnaast kan er steeds een gesprek aangevraagd worden door de patiënt. Bij patiënten in afzondering is er dagelijks een gesprek met de psychiater.

Volgens het beleid van het ziekenhuis wordt verwacht dat de psychiater minstens 2-wekelijks een individueel gesprek heeft met elke patiënt.

In het dossier van de klachtindiener kon aan de hand van notities worden aangetoond dat er 10 individuele gesprekken waren met een psychiater gedurende de 2 weken van opname: 8 gesprekken tijdens afzondering (minstens 1 gesprek per dag van afzondering) en 2 gesprekken buiten de afzondering.

Daarnaast werd vermeld in het dossier dat 1 gesprek met de psychiater werd geweigerd door de patiënt. De dag voor ontslag was er een familiegesprek waarop de psychiater eveneens aanwezig was.

Volgens het beleid van de afdeling is de minimale frequentie van een gesprek tussen de patiënt en een psycholoog niet vastgelegd. Uit gesprek blijkt dat de psycholoog van de afdeling HIC tracht om elke patiënt wekelijks te spreken.

Volgens het beleid van het ziekenhuis wordt verwacht dat de psycholoog minstens maandelijks een individueel gesprek heeft met elke patiënt.

In het dossier kon aan de hand van notities worden aangetoond dat er 1 individueel gesprek was met een psycholoog en dat er daarnaast een gesprek met de psycholoog werd geweigerd door de patiënt. De dag voor ontslag was er een familiegesprek waarop de psycholoog eveneens aanwezig was.

Volgens de klachtindiener vond er slechts 1 gesprek plaats met de psycholoog en 1 met de psychiater, wat niet overeen komt met de vaststellingen uit de dossiercontrole.

3.2 MEDICATIE

3.2.1 Medicatie-incidenten

Verwachtingen uit referentiekader psychiatrische ziekenhuizen

De verantwoordelijke verpleegkundige moet ten alle tijden een algemeen overzicht hebben van het medicatieschema van zijn / haar patiënten.

Het medicatievoorschrift is correct, actueel en volledig.

Een voorschrift is onvolledig indien één van de volgende elementen ontbreekt of niet correct is:

- patiëntenidentificatie (naam, voornaam en geboortedatum, of naam, voornaam en uniek patiëntennummer);
- correcte naam van het geneesmiddel (merknaam of generische naam);
- dosis van het geneesmiddel;
- bereidingswijze (indien van toepassing);
- toedieningswijze van het geneesmiddel (indien de vorm niet éénzijdig de toedieningswijze bepaalt of indien de toedieningswijze niet duidelijk af te leiden is);
- frequentie en/of tijdstip van toedienen van het geneesmiddel;
- begin- en stopdatum (indien van toepassing);
- schriftelijke of elektronische aanduiding voor het stoppen van het geneesmiddel;
- naam en voornaam van de arts (voluit geschreven) of naam en uniek identificatienummer (ordnummer of RIZIV-nummer);
- elektronische of schriftelijke handtekening van de voorschrijvende arts;
- datum van het voorschrift.

Voor elke medicatietoediening is een medisch order terug te vinden. Technisch verpleegkundige prestaties met aanduiding B2 en toevertrouwde medische handelingen worden opgedragen d.m.v.:

- een gevalideerd medisch order (schriftelijk of elektronisch);
- een mondeling geformuleerd medisch order (mits schriftelijke bevestiging achteraf);
- een staand order.

Medicatie wordt toegediend aan de hand van het medicatieschema, dat een onderdeel is van het patiëntendossier.

Indien men medicatie op voorhand klaarzet, wordt er nog een controle gedaan voor het toedienen.

De registratie van medicatiefouten gebeurt binnen het algemene veiligheidsincidentenmeldingssysteem.

Naast de registratie van de medicatiefouten gebeurt er ook een analyse van deze fouten. De afleverende apotheker wordt hierbij nauw betrokken.

De resultaten van deze analyse worden teruggekoppeld (via jaarverslag, MFC, Q-handboek, dienstvergaderingen...).

Er is een structuur die fouten en bijna-incidenten i.v.m. medicatiedistributie verzamelt, analyseert, en, op basis hiervan, verbeteracties voorstelt. De apotheker neemt hieraan actief deel.

Na een regelmatige externe evaluatie van de werking van de apotheek en de medicatiedistributie in het ziekenhuis (bv. door de overheid, via intercollegiale toetsing of door privéorganisaties), moet kunnen aangetoond worden dat benoemde knelpunten het voorwerp uitmaken van analyse en verbeteracties en dat deze verbeteracties tot daadwerkelijke verbetering aanleiding gaven.

Volgende cijfergegevens kunnen voorgelegd worden tijdens de inspectie:

- Aantal geregistreerde incidenten in verband met de medicatiedistributie in de apotheek.
- Aantal geregistreerde incidenten in verband met de medicatiedistributie buiten de apotheek.
- Aantal keer dat een grondige analyse a.d.h.v. een internationaal gevalideerde werkwijze (bv. SIRE, PRISMA, HFMEA) werd gemaakt van een gemeld incident het voorbije jaar.

Het aantal medicatie-incidenten wordt opgevolgd, geëvalueerd en waar nodig bijgestuurd.

Werkwijze

De procedure voor het melden van medicatie-incidenten werd opgevraagd en nagekeken op aanwezigheid van een aantal elementen. Daarnaast werden de cijfergegevens van melding van medicatie-incidenten en de hieraan gekoppelde analyses en verbeteracties opgevraagd voor de periode van 01/04/2024 t.e.m. 31/03/2025.

In het dossier van de klachtindiener werd gezocht naar notities over een mogelijk foutieve toediening van medicatie.

Vervolgens werd in het medicatieschema nagegaan welke dosis van 1 van de toegediende medicijnen effectief werd toegediend.

Indien er bij controle van het dossier een medicatie-incident werd vastgesteld, werd nagegaan of het incident werd geregistreerd in het incidentmeldsysteem.

Vaststellingen

In de procedure “Beleid inzake omgaan met (bijna-)incidenten” wordt onder het hoofdstuk “werkwijze voor het melden van (bijna-)incidenten” vermeld dat er verwacht wordt van medewerkers dat er zeker een melding wordt gemaakt van cliëntgerichte incidenttypes zoals medicatie-gerelateerde incidenten.

Uit notities in het dossier bleek dat er op de afdeling HIC een bijna-incident was met 1 van de toegediende medicijnen, zoals vermeld werd door de klachtindiener. De dosis van het medicament was recent gewijzigd door de arts, maar bij toediening werd nog de vorige dosis aangeboden aan de patiënt. Wanneer de patiënt aangaf dat de dosis recent werd gewijzigd door de arts, werd de dosis nagekeken in het medicatieschema en hieruit bleek dat de dosis inderdaad in tussentijd gewijzigd werd door de arts.

Volgens de toedieningsregistratie werd de aangepaste dosis (0,25 comprimé) toegediend.

Dit incident werd niet geregistreerd in het incidentmeldsysteem als bijna-incident.

Cijfergegevens betreffende medicatie-incidenten (van kwartaal 2 van 2024 t.e.m. kwartaal 1 van 2025):

Afdeling	Aantal meldingen
Sp-psychogeriatric	10
Ithaca	17
HIC	6
Intensieve Dienst	0
Limani	5
Totaal	38

Er kon worden aangetoond dat naar aanleiding van analyses van medicatie-incidenten meerdere verbeteracties werden opgestart o.a.:

- Extra nazicht van methadon bij vertrek in apotheek en bij ontvangst op de afdeling.
- Checklist opname/transfer met info thuismedicatie niet onafgewerkt laten liggen.
- Medicatieverificatie bij opname moet sneller afgewerkt worden.
- Het beleid inzake look-alike & sound-alike medicatie werd verduidelijkt.

3.3 VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

Verwachtingen uit referentiekader psychiatrische ziekenhuizen

Er is een uitgeschreven preventiebeleid omtrent afzondering en fixatie voor de hele voorziening, met waar nodig enkele aanpassingen voor specifieke afdelingen of doelgroepen. Het preventiebeleid omvat de gehanteerde definities van vrijheidsbeperkende en -berovende maatregelen, een expliciete missie en concrete doelstellingen inzake de preventie van afzondering en fixatie.

De voorziening ontwikkelt en implementeert alternatieven voor afzondering en fixatie, alsook preventieve middelen voor escalatie, agressie, afzondering en fixatie

Alle vrijheidsberovende maatregelen (afzonderingen, mechanische fixaties en fysieke interventies) worden geregistreerd.

Er wordt minstens jaarlijks een analyse uitgevoerd van vrijheidsberovende maatregelen (zowel globale cijfers als op afdelingsniveau). Iedere afdeling ontvangt een jaarlijks rapport over het gebruik van vrijheidsberovende maatregelen op de eigen afdeling. Indien nodig, wordt het preventiebeleid en de procedures bijgestuurd.

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

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

Indien gebruik wordt gemaakt van een camera, wordt voldaan aan volgende vereisten:

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

(Leef)regels zijn doordacht. Ze zorgen ervoor dat het dagdagelijkse beleid duidelijk is voor de zorgvrager. - Algemeen geldende regels worden tot een minimum beperkt, en waar mogelijk wordt ingezet op individuele afspraken.

Licht bij opname de zorggebruiker en zijn vertegenwoordiger en (mits toestemming van de zorggebruiker) zijn naasten in over de algemene regels en individuele afspraken die van toepassing zijn. Ga hierbij in dialoog.

Na de onthaalfase wordt er, in geval van een positieve risico-inschatting, een signaleringsplan opgemaakt, rekening houdend met de geldende kwetsbaarheden en/of risico's.

- Het signaleringsplan wordt opgesteld in samenwerking met de zorggebruiker en bij voorkeur (tenzij de zorggebruiker hiervoor geen toestemming geeft) zijn naasten. Indien de zorggebruiker niet wenst mee te werken aan de opmaak van het signaleringsplan, wordt dit genoteerd in het patiëntendossier.
- Een signaleringsplan omvat minimaal de volgende elementen: persoonlijke triggers voor emotionele spanning, vroege signalen van toegenomen spanning en coping strategieën.
- Het signaleringsplan wordt samen met de zorggebruiker en naaste (tenzij zorggebruiker hiervoor geen toestemming geeft) herbekeken nadat er zich een crisis heeft voorgedaan. Indien nodig wordt de inhoud aangepast, met het oog op toekomstige preventie van crisis en/of dwangmaatregelen.

Het plan is steeds toegankelijk, zowel voor de zorggebruiker zelf als voor de hulpverleners.

Ga met elke zorggebruiker, met een verhoogd agressie of suïciderisico, in dialoog over welke eventuele voorkeuren of afkeuren hij heeft omtrent het gebruik van verschillende vormen van afzonderen of fixeren.

Houdt hierbij rekening met de mogelijkheden en ontwikkelingsleeftijd van de zorggebruiker en betrek indien nodig de vertegenwoordiger en/of de naaste. Noteer de voorkeuren of afkeuren in het patiëntendossier.

Communiceer naar de zorggebruiker dat afzonderen en fixeren enkel zal gebruikt worden als beschermende veiligheidsmaatregel, indien er zich een zeer gevaarlijke situatie zou voordoen en er geen andere opties overblijven.

Er zijn procedures voor de toepassing van vrijheidsberovende maatregelen. Deze procedures zijn gedetailleerd en helder uitgeschreven en voldoen aan de hieronder omschreven verwachtingen.

Er is een procedure over het gebruik van een camera in de afzonderingskamer.

Vrijheidsberovende maatregelen worden enkel gebruikt als zeer uitzonderlijke veiligheidsmaatregel, in geval van een ernstig en acuut gevaar voor de fysieke en/of psychische integriteit van de zorggebruiker of andere personen, voor zover alternatieven niet (langer) volstaan.

Vrijheidsberovende maatregelen worden niet gebruikt omwille van een andere reden dan ernstig en acuut gevaar (bv. als middel van machtsvertoon, een straf of sanctie, omwille van een tekort aan personeel, als behandeling, als pedagogische maatregel).

Afzondering en mechanische fixatie worden niet uitgevoerd als standaardprocedure (bv. bij een gedwongen opname, bij start opname of bij positieve drugtest).

Overwegen en beslissen tot afzondering of fixatie gebeurt door een arts in overleg met andere leden van het behandelteam, nadat de arts de zorggebruiker heeft onderzocht. Indien dit niet tijdig realiseerbaar is, wordt de beslissing genomen door verpleegkundigen in onderling overleg. In deze situaties dient de arts de afzondering of fixatie (telefonisch) te bevestigen binnen het uur na aanvang van de maatregel.

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

- a) De mate van dwang en de ernst van de maatregel zijn in verhouding met het gevaar:

- Kies de minst ingrijpende maatregel, met de minste impact op de autonomie en psychische en fysieke integriteit van de zorggebruiker;
- Vermijd het gelijktijdig toepassen van meerdere vormen van dwang. Dit kan enkel als laatste redmiddel in uiterst uitzonderlijke en uiterst gevaarlijke situaties overwogen worden.
- b) Blijf ook tijdens het toepassen nagaan of de maatregel de beste optie is om het gevaar te doen wijken in de huidige situaties. Blijf op zoek gaan naar minder ingrijpende alternatieven.

Noteer in het patiëntendossier het volgende, voor alle soorten maatregelen:

- het type maatregel (en in uitzonderlijke gevallen een eventuele combinatie van maatregelen);
- onder welke omstandigheden, de aanleiding/reden, uitgeprobeerde alternatieven;
- het tijdstip van begin en einde;
- naam en handtekening van de arts die de maatregel heeft opgestart of bevestigd;
- naam en handtekening van de verantwoordelijk verpleegkundige;
- eventuele verwondingen bij de zorggebruiker;
- tijdstippen van en observaties tijdens het toezicht;
- mate van toestemming van de zorggebruiker;
- extra toegediende medicatie en dwangmedicatie;
- verslaggeving van de nabespreking;
- communicatie naar naasten toe en de gemaakte afspraken mits toestemming van de zorggebruiker.

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

- Zorg ervoor dat de zorggebruiker maximaal en zo autonoom mogelijk kan voldoen aan zijn noden en basisbehoeften zoals dorst, honger, persoonlijke hygiëne en toiletbehoeften;
- Zorg dat de zorggebruiker steeds gekleed is. Ga niet standaard over tot het ontnemen van de eigen kledij en/of kledingaccessoires. Doe dit enkel op specifieke indicatie van zeer ernstig gevaar van de fysieke integriteit van de zorggebruiker.

Het verhoogd toezicht gebeurt minstens om de 30 minuten. Toezicht in fysieke aanwezigheid gebeurt minstens om het uur. Bij het afwijken van deze frequentie wordt de motivering in het dossier beschreven.

Bij afzondering: Evalueer bij het verhoogd toezicht in fysieke aanwezigheid het effect van de maatregel (niveau van agitatie, agressie en gewelddadig gedrag, vitale functies van een persoon in afzondering, effect van de afzondering).

Bij fixatie: Evalueer bij het verhoogd toezicht in fysieke aanwezigheid het effect van de maatregel (bewustzijn, bloeddruk, bewegingsbereik van ledematen, of gebruikte materialen niet te strak zitten, of er een verandering van houding is, niveau van agitatie, agressie, gewelddadig gedrag, effect van fixatie). Bij afwijking wordt de motivering in het dossier beschreven.

Evalueer bij het verhoogd toezicht in fysieke aanwezigheid het effect van de maatregel (bewustzijn, bloeddruk, bewegingsbereik van ledematen, of gebruikte materialen niet te strak zitten, of er een verandering van houding is, niveau van agitatie, agressie, gewelddadig gedrag, effect van fixatie). Bij afwijking wordt de motivering in het dossier beschreven.

De maximale tijdsduur van afzondering is in regel 24 uur. Na 24 uur kan een afzondering enkel gecontinueerd worden na overleg met een zorgpersoneelslid1 die niet tot de eigen afdeling behoort. Neerslag van dit overleg in het patiëntendossier.

De tijdsduur van fixatie die in regel gerespecteerd dient te worden, en zoveel mogelijk ingekort wordt: in regel niet langer dan 15 minuten.

Overweeg afzondering zonder mechanische fixatie als alternatief voor verlengd mechanisch fixeren.

De maximale tijdsduur van mechanische fixatie is in regel 24 uur. Na 24 uur kan een mechanische fixatie enkel gecontinueerd worden na overleg met een zorgpersoneelslid2 dat niet tot de eigen afdeling behoort. Neerslag van dit overleg in het patiëntendossier.

Na het beëindigen van de maatregel wordt er, van zodra de zorggebruiker ertoe in staat is, een nabespreking met de zorggebruiker en desgevallend zijn vertegenwoordiger uitgevoerd. Betrek een andere naaste voor zover de zorggebruiker dit wenst.

Het acuut gebruik van ingrijpmedicatie, met het oog op vrijheidsberoving:

- mag alleen gebruikt worden voor een persoon in acute agitatie met acuut gevaar voor zichzelf en/of anderen;
- het voorschrift is altijd in het kader van een korte termijn strategie om onmiddellijk gevaar te neutraliseren;
- elke toediening van acute ingrijpmedicatie vereist een medisch order. De toediening gebeurt door een arts of een verpleegkundige.

3.3.1 Communicatie afdelingsregels

Werkwijze

Het document met afdelingsregels werd opgevraagd. Er werd gevraagd hoe deze regels worden gecommuniceerd naar patiënten.

Vaststellingen

De afdelingsregels staan beschreven in de onthaalbrochure van de afdeling. Deze brochure wordt bij opname aan elke patiënt overhandigd. De afdelingsregels gelden voor alle patiënten. In de brochure staat vermeld dat er indien nodig ook individuele afspraken kunnen gemaakt worden die enkel van toepassing zijn voor een bepaalde patiënt.

Uit de dossiercontrole is het niet duidelijk of de klachtindiener de onthaalbrochure heeft gekregen en of er duiding werd gegeven rond de afdelingsregels.

3.3.2 Toepassing van afzondering en fixatie

3.3.2.1 Dossier klachtindiener

Werkwijze

De procedures rond afzondering en fixatie werden opgevraagd en gecontroleerd op een aantal elementen.

In het dossier van de klachtindiener werden de afzonderingsregistraties gecontroleerd van de twee periodes van afzondering en fixatie gedurende de opname. In de notities werd gekeken naar reden, duur, verantwoordelijke voor de beslissing, omstandigheden, toezicht, evaluatie en nabespreking met de patiënt.

Er werd gecontroleerd of er een signaleringsplan kon aangetoond worden in het dossier van de klachtindiener.

Er werd nagegaan of er in het dossier van de klachtindiener informatie kon gevonden worden over volgende klachtelementen tijdens de uitvoering van afzondering en fixatie:

- Onvoldoende toezicht en persoonlijk contact.
- Geen mogelijkheid tot hygiënische zorgen.
- Onvoldoende aanbieden van voedsel tijdens fixatie.
- Geen controle van parameters tijdens fixatie.
- Geen tussentijdse evaluatie tijdens de langdurige afzondering.
- Geen evaluatiegesprek na stopzetting van de maatregelen.
- Afzondering wordt toegepast als strafmaatregel.

Vaststellingen

In beide gecontroleerde registraties werden volgende zaken vermeld:

- het type maatregel;
- het tijdstip van begin en einde;
- de verantwoordelijke arts en verpleegkundige;
- de reden voor afzondering;
- de mate van toestemming van de patiënt;
- de extra toegediende medicatie.

De eerste afzondering duurde 38u48min, waarvan 20u18min met fixatie.

De tweede afzondering duurde 23u, waarvan 4u40min met fixatie.

Er kon worden aangetoond dat het in beide gevallen ging om afzondering omwille van acuut gevaar voor zichzelf of anderen.

Beide periodes van afzondering werden gestart in combinatie met fixatie. Er werd geen extra motivatie gevonden voor het gebruik van fixatie bovenop de toepassing van afzondering bij de start van de maatregel. Volgens het referentiekader dient het gelijktijdig toepassen van meerdere vormen van dwang vermeden te worden. Het gelijktijdig toepassen kan enkel als laatste redmiddel in uiterst uitzonderlijke en uiterst gevaarlijke situaties overwogen te worden.

Uit de notities van de observaties tijdens de eerste afzondering bleek wel dat de patiënt bij losmaken van de fixatie zich trachtte te stranguleren.

Volgens de registraties in het afzonderingsregister werden bij beide maatregelen alternatieven geboden vóór de maatregel: bij de eerste maatregel stond "Extra toezicht en nabijheid, politie is weggegaan zodat patiënt kon kalmeren" vermeld, bij de tweede maatregel stond "Extra toezicht en nabijheid, gesprek" vermeld.

Er kon niet worden aangetoond dat er een signaleringsplan (met mogelijke alternatieven voor afzondering en/of fixatie) werd opgemaakt voor (en in samenspraak met) de patiënt.

Tijdens beide afzonderingen werd medicatie toegediend.

Voor alle medicatie die werd toegediend kon een medisch order worden gevonden.

Volgens het referentiekader dient het verhoogd toezicht tijdens afzondering en fixatie minstens om de 30 minuten te gebeuren. Toezicht in fysieke aanwezigheid dient minstens elk uur te gebeuren. Bij het afwijken van deze frequentie moet de motivering in het dossier beschreven worden.

Er kon worden aangetoond dat er minstens om het half uur toezicht was op de patiënt tijdens afzondering en fixatie, maar er kon niet worden aangetoond dat er elk uur toezicht was in fysieke aanwezigheid. Er kon geen motivatie gevonden worden in het dossier voor het afwijken van de frequentie voor het toezicht in fysieke aanwezigheid.

Volgende overschrijdingen bij het toezicht in fysieke aanwezigheid werden vastgesteld:

- Bij de eerste afzondering: 11 x 1,5u en 1 x 2u.
- Bij de tweede afzondering: 1 x 1,5u, 2 x 2 u, 1 x 3u, 1 x 6,5 u.

In de procedure "afzondering en fixatie van cliënten" van PC Ariadne wordt beschreven hoe het toezicht op een patiënt in afzondering moet gebeuren. In deze procedure wordt een onderscheid gemaakt tussen het toezicht overdag en 's nachts:

- Overdag: minimaal een visuele controle om de 30 minuten via de monitor en om het uur controle bij de cliënt zelf.
- 's Nachts: indien de cliënt wakker is, elke 30 minuten (afwisselend via monitor en in de kamer). Indien de cliënt slaapt, elke 30 minuten via de monitor en 4 keer per nacht in de kamer (tijdens toermomenten).

Uit de notities van het verhoogd toezicht kon worden vastgesteld dat er overdag niet telkens om het uur werd binnen gegaan in de afzonderingskamer en de eigen procedure dus niet steeds gevolgd werd.

Volgens het referentiekader is de maximale tijdsduur voor afzondering 24 uur. Na 24 uur kan een afzondering enkel gecontinueerd worden na overleg met een zorgpersoneelslid die niet tot de eigen afdeling behoort. In de procedure van PC Ariadne staat beschreven dat bij afzonderingen of fixaties die langer dan 24u duren, overleg moet gebeuren met een zorgmedewerker van een andere afdeling. Meer concreet dient dit te gebeuren tussen leden van het kernteam van de afdelingen HIC, Intensieve Dienst en Sp omdat deze afdelingen beschikken over een afzonderingsruimte. In afwezigheid van het kernteam tijdens de avond en weekendmomenten valt deze evaluatietask bij de verpleegkundigen van de afdeling, in overleg met de arts van wacht.

De eerste afzondering duurde langer dan 24 uur. Er kon niet worden aangetoond dat er overleg was met een zorgpersoneelslid van een andere afdeling om na te gaan of verdere afzondering nog verantwoord was. De gecontroleerde afzondering vond plaats binnen de 6 maanden na publicatie van het nieuwe referentiekader. Aangezien voorzieningen 6 maanden tijd krijgen om zich te conformeren aan de geactualiseerde module vrijheidsbeperkende maatregelen wordt deze vaststelling nog niet als inbreuk beoordeeld.

Volgens het referentiekader dient, zowel bij afzondering als bij fixatie, bij het toezicht in fysieke aanwezigheid het effect van de maatregel geëvalueerd te worden. Voor beide maatregelen gaat het over een evaluatie van het niveau van agitatie, agressie, gewelddadig gedrag en het effect van de maatregel. Bij fixatie moet daarnaast o.a. het volgende gebeuren: controle van de bloeddruk, evaluatie van het bewegingsbereik van de ledematen en nagaan of het gebruikte materiaal niet te strak zit.

Volgens de procedure van het ziekenhuis moeten bij een patiënt die gefixeerd is twee maal per dag de parameters genomen worden.

In de registraties van beide afzonderingen met fixatie kon op verschillende momenten worden aangetoond dat het effect van de fixatie werd geëvalueerd, maar dit kon niet voor elk toezicht in fysieke aanwezigheid worden aangetoond, noch voor het effect van de afzondering, noch voor het effect van de fixatie.

Uit de notities van het verhoogd toezicht bleek dat de patiënt op verschillende momenten heel onrustig was en trachtte het fixatiemateriaal los te krijgen.

Er kon niet worden aangetoond dat er tijdens fixatie parameters werden gecontroleerd.

Voor beide afzonderingen kon worden aangetoond dat de arts contact had met de patiënt in afzondering. Tijdens de eerste afzondering had de arts 6 keer contact met de patiënt in afzondering, tijdens de tweede afzondering was dit 2 keer het geval.

Uit de notities van de observaties bleek dat tijdens beide afzonderingen de eigen kledij van de patiënt werd vervangen door scheurvrije kledij omwille van poging tot strangulatie met de eigen kledij. Bij de eerste afzondering werd volgens de notities de scheurvrije T-shirt geweigerd door de patiënt en werd enkel de scheurvrije broek aangedaan.

Volgens de klachtindiener werd er tijdens het verblijf in de afzonderingsruimte geen gelegenheid gegeven tot hygiënische zorgen (wassen, tanden poetsen). Voor beide periodes in afzonderingen kon er niet aangetoond worden dat er enige mogelijkheid werd gegeven tot hygiënische zorgen.

Uit de notities bleek ook dat gedurende de periode dat de patiënt gefixeerd werd, op de momenten dat de patiënt aangaf naar het toilet te moeten gaan, een bedpan werd aangeboden. Telkens werd de bedpan geweigerd door de patiënt. Er werd niet geprobeerd om de fixatie los te maken zodat de patiënt naar het toilet zou kunnen gaan.

Volgens de klachtindiener werd tijdens de periode van fixatie nauwelijks eten aangeboden.

In de notities van het verhoogd toezicht kon worden aangetoond dat op verschillende momenten voedsel werd aangeboden, maar dat dit meerdere keren geweigerd werd door de patiënt.

Er kon niet worden aangetoond dat er na de eerste afzondering een evaluatiegesprek heeft plaatsgevonden. Uit de notities van observaties bleek dat de patiënt misnoegd was tijdens het verblijf op de afdeling en dat de communicatie heel moeilijk verliep. Volgens de gesprekspartner tijdens de inspectie gebeurde hierdoor mogelijk geen nabespreking.

Na de tweede afzondering was er met de patiënt een nabespreking van de situatie die vooraf ging aan de afzondering en werden afspraken gemaakt rond “kamerregime”.

Volgens de klachtindiener werd er tijdens de periode van “kamerregime” een document met afspraken en mogelijke activiteiten overhandigd. In dit document zou volgens de klachtindiener afzondering als strafmaatregel genoteerd zijn.

Volgens het referentiekader kunnen vrijheidsberovende maatregelen niet gebruikt worden omwille van een andere reden dan ernstig en acuut gevaar bv. als straf of sanctie.

Het document werd door de klachtindiener bezorgd aan Zorginspectie en bevat volgende afspraken:

- “ Bij niet correcte inname van medicatie → EBK (extra beveiligde kamer = afzonderingskamer) en inspuiting”
- “Bij weigering/aarzeling bij gemaakte afspraken → EBK”

Uit gesprek met medewerkers op de afdeling blijkt dat er basisafspraken zijn voor patiënten met “kamerregime”. Deze basisafspraken houden in dat de patiënt op de kamer moet blijven (deur van de kamer gaat niet op slot), dat de patiënt moet bellen als deze iets nodig heeft en dat de medewerkers om het uur toezicht moeten doen op de kamer. Naast deze basisafspraken kunnen er indien nodig extra afspraken gemaakt worden voor een bepaalde patiënt.

De afspraken die vermeld worden op het hierboven genoemde document werden effectief opgemaakt binnen het team, wat betekent dat afzondering als strafmaatregel indien nodig wordt toegepast. Deze maatregel werd uiteindelijk nooit toegepast bij de klachtindiener.

3.3.2.2 Overige dossiers

Werkwijze

In een steekproef van dossiers van patiënten die werden afgezonderd, werden de notities bekeken over reden, duur, verantwoordelijke voor de beslissing, omstandigheden, toezicht en nabespreking met de patiënt.

Vaststellingen

Er werden 4 afzonderingen gecontroleerd

aantal afzonderingen met fixatie	3
aantal met start (uur en datum) vermeld	4
aantal met einde (uur en datum) vermeld	4
aantal met verantwoordelijke beslissing tot afzondering vermeld	4
aantal met verantwoordelijke arts vermeld	4
aantal met verantwoordelijke verpleegkundige vermeld	4
aantal met verslag van de aanleiding/motivering	4
aantal met reden vermeld	4
Aantal met als reden acuut gevaar voor zichzelf of anderen	4
aantal met informatie over toestemming of weigering bij start afzondering	4
aantal met informatie over graad van medewerking tijdens verloop van overbrenging	4
aantal met elke 30 minuten notities over toezicht en toestand	3
aantal met niet elke 30 minuten notities over toezicht en toestand	1
aantal overschrijdingen	1
maximale overschrijding tussen twee toezichtmomenten	2u
aantal met elk uur persoonlijk contact	0
aantal met niet elk uur persoonlijk contact maar met motivering voor andere frequentie van persoonlijk contact	0
aantal met niet elk uur persoonlijk contact	4
Aantal overschrijdingen	15
Duurtijd overschrijdingen tussen twee momenten van persoonlijk contact: 3 x 1,5u, 2 x 2u, 2 x 2,5u, 2 x 3u, 1 x 3,5u, 3 x 4u, 1 x 6u, 1 x 7u	
aantal langer dan 24u	0
aantal met verslag van de nabespreking met de zorggebruiker	3

3.3.3 Infrastructuur afzonderingskamers

Werkwijze

De infrastructuur van de afzonderingskamers van de afdelingen HIC en Intensieve Dienst werden bekeken. Verschillende aspecten van veiligheid, privacy en comfort werden in deze afzonderingsruimtes bekeken.

Er werden volgende klachtelementen rond de afzonderingsruimtes nagegaan:

- Gebrek aan privacy.
- Geen mogelijkheid tot hygiënische zorgen.
- Oproepsysteem niet bereikbaar tijdens fixatie.
- Camerabeelden zichtbaar voor patiënten en bezoekers.

Vaststellingen

De eerste afzondering van de klachtindiener gebeurde in een afzonderingsruimte van de afdeling Intensieve Dienst aangezien beide afzonderingsruimtes van de afdeling HIC bezet waren op dat moment.

Om deze reden werden zowel de afzonderingsruimtes van afdeling HIC als de afzonderingsruimtes van afdeling Intensieve Dienst gecontroleerd.

Beide afdelingen beschikken elk over 2 afzonderingsruimtes.

Er kon worden vastgesteld dat alle 4 gecontroleerde ruimtes voldeden aan de vereiste criteria rond veiligheid: alle ruimtes beschikken over een verankerd bed, scheurvrij linnen, een brandvrije matras, rookdetectie, mogelijkheden tot visueel toezicht (kijkraam en camera), een oproepsysteem dat ook bereikbaar is voor gefixeerde patiënten, een deur die naar buiten open draait en vlak uitgevoerde vloeren en wanden.

Er kon worden vastgesteld dat alle 4 gecontroleerde ruimtes voldeden aan de vereiste criteria over comfort: alle ruimtes zijn voldoende groot en beschikken over daglicht, verduistermogelijkheden, een toilet in de afzonderingsruimte en een tijdsaanduiding die ook zichtbaar is voor gefixeerde patiënten.

Voor elke afzonderingsruimte is er een wastafel en douche in het sas.

Wat betreft privacy is er voor de 4 afzonderingskamers geen inkijk mogelijk voor onbevoegden.

De twee afzonderingskamers van afdeling HIC zijn van elkaar gescheiden door een gang en beschikken elk over een sas waardoor geluidshinder tot een minimum beperkt wordt.

De twee afzonderingskamers van de afdeling Intensieve Dienst bevinden zich naast elkaar waardoor geluidshinder in de afzonderingsruimte mogelijk is, zoals ook vermeld werd door de klachtindiener.

Tijdens de controle werd opgemerkt dat in 3 van de 4 gecontroleerde afzonderingskamers het fixatiemateriaal en veiligheidskledij klaar lagen voor gebruik, op het bed in de afzonderingskamer.

De camerabeelden bestrijken de volledige kamer en er zijn gepixelde beelden van het toilet.

Volgens de procedure van het ziekenhuis worden de camerabeelden 30 dagen bewaard.

Volgens het referentiekader mag er geen herkenbaar beeldmateriaal worden opgeslagen van omkleden, gebruik van toilet en handelingen voor hygiëne. Bij beide afzonderingen van de klachtindiener werd telkens overgaan van de eigen kledij naar veiligheidskledij, waarbij de beelden van het omkleden niet gepixeld werden: er werd herkenbaar beeldmateriaal opgeslagen.

Op de afdeling Intensieve Dienst is de toezichtsmonitor van de camera zo geplaatst dat patiënten en bezoekers het scherm niet kunnen zien.

Op de afdeling HIC zijn er vier schermen voor de verschillende camera's op de afdeling. Per scherm kan een camera gekozen worden. Twee van de vier schermen zijn zichtbaar vanop de gang van de afdeling. Deze schermen zijn voorzien van een privacy filter waardoor het onmogelijk is om herkenbare beelden te bekijken door onbevoegden van op de gang.

3.3.4 Cijfergegevens vrijheidsbeperkende maatregelen

Werkwijze

Tijdens de inspectie werden de beschikbare cijfergegevens over vrijheidsbeperkende maatregelen opgevraagd voor de periode van 01/04/2024 t.e.m. 31/03/2025.

Vaststellingen

Cijfergegevens betreffende vrijheidsbeperkende maatregelen (van kwartaal 2 van 2024 t.e.m. kwartaal 1 van 2025):

Afdeling	Aantal afzonderingen	Aantal fixatie
HIC	168	45
Intensieve Dienst	92	28
Sp-psychogeriatric	11	1
Totaal	271	74

3.4 PATIËNTENRECHTEN

3.4.1 Inzage en afschrift van het dossier

Verwachtingen uit regelgeving/richtlijnen

De patiënt heeft recht op inzage in het hem betreffend patiëntendossier.

Aan het verzoek van de patiënt tot inzage in het hem betreffend patiëntendossier wordt onverwijld en ten laatste binnen 15 dagen na ontvangst ervan gevolg gegeven. Gegevens die betrekking hebben op derden zijn van het recht op inzage uitgesloten.

De patiënt heeft recht op afschrift van het geheel of een gedeelte van het hem betreffend patiëntendossier, volgens dezelfde regels als hierboven vermeld bij recht tot inzage.

De patiënt heeft het recht om het inzage-recht en het recht op afschrift te laten uitoefenen via een vertrouwenspersoon.

De gezondheidszorgbeoefenaar neemt in voorkomend geval en binnen zijn bevoegdheid minstens volgende gegevens op in het patiëntendossier:

- 18° de vermelding dat in toepassing van de artikelen 7, § 2, en 8, § 3, van de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, informatie, met akkoord van de patiënt, werd meegedeeld aan een vertrouwenspersoon of aan de patiënt in aanwezigheid van een vertrouwenspersoon evenals de identiteit van deze vertrouwenspersoon;
- 21° het verzoek van de patiënt in toepassing van artikel 9, § 2, van voornoemde wet van 22 augustus 2002 om zich te laten bijstaan door of zijn inzage-recht uit te oefenen via een door hem aangewezen vertrouwenspersoon evenals de identiteit van deze vertrouwenspersoon;

Werkwijze

De procedures rond inzage en afschrift van het dossier werden opgevraagd. Deze procedures werden gecontroleerd op een aantal elementen uit de wet betreffende de rechten van de patiënt.

In het dossier van de klachtindiener werd gezocht naar informatie over een vertrouwenspersoon, de datum van verzoek tot inzage/afschrijving van het dossier en de datum van afleveren van het afschrift. Daarnaast werd nagegaan of het afgeleverde afschrift het volledige dossier omvatte.

Vaststellingen

Er is een procedure over inzage in het dossier: "inzage en afschrift van het cliëntdossier".

De procedure rond inzage in het dossier bevat volgende elementen uit de wet betreffende de rechten van de patiënt:

- De vraag tot inzage kan zowel mondeling als schriftelijk gesteld worden.
- De termijn tussen ontvangst van verzoek en voorleggen van het dossier is niet langer dan 15 dagen.

- Gegevens die betrekking hebben op derden zijn uitgesloten van het recht op inzage.

Er is een procedure over afschrift van het dossier: “inzage en afschrift van het cliëntdossier”.

De procedure rond het opvragen van een afschrift van het dossier bevat volgende elementen uit de wet betreffende de rechten van de patiënt:

- De vraag tot afschrift kan zowel mondeling als schriftelijk gesteld worden.
- Het afschrift is gratis (minstens het eerste).
- De termijn tussen ontvangst van verzoek en voorleggen van het afschrift van het dossier is niet langer dan 15 dagen.
- Gegevens die betrekking hebben op derden zijn uitgesloten van het recht op afschrift.

In het dossier van de klachtindiener kon geen informatie gevonden worden over het aanduiden van een vertrouwenspersoon. Aangezien de ouders niet officieel werden aangewezen als vertrouwenspersoon en de patiënt in staat is om zelf zijn rechten uit te oefenen, moet de patiënt zelf de vraag stellen tot inzage of afschrift van het dossier.

In het dossier kon worden vastgesteld dat het afschrift werd afgeleverd binnen de wettelijke termijn van 15 dagen.

Het afgeleverde afschrift omvat het volledige elektronische patiëntendossier met uitzondering van de bijlagen die worden vermeld op het einde van het afschrift. Volgende bijlagen werden niet verstuurd naar de patiënt: 2 opnamebrieven, verpleegkundige ontslagbrief, voorlopige en definitieve ontslagbrief, verhoogd toezicht suïciderisico.

3.4.2 Klachtbehandeling

Verwachtingen uit referentiekader psychiatrische ziekenhuizen

Klachten, incidenten en gegevens uit patiëntenbevragingen worden op ziekenhuisniveau samen geanalyseerd met het oog op het voeren van een verbeterbeleid.

Werkwijze

Er werd gevraagd aan het ziekenhuis hoe men omging met de klacht die werd ingediend bij de ombudsdienst, of men kon aantonen of de klacht werd geanalyseerd en of er naar aanleiding van de klacht verbeteracties werden opgezet.

Vaststellingen

De klachtindiener diende de klacht, zoals gemeld aan het Departement Zorg ook in bij de externe ombudsdienst van het ziekenhuis. Er vonden meerdere (telefonische) gesprekken plaats met de externe ombudspersoon, directie en stafleden van het ziekenhuis.

Tijdens de inspectie werd gevraagd welke acties het ziekenhuis had ondernomen naar aanleiding van deze klacht. Het ziekenhuis toonde aan dat de klacht werd besproken en geanalyseerd. Volgende verbeteracties werden opgezet naar aanleiding van de analyse:

- Initialiseren van vorming voor medewerkers m.b.t. autismespectrumstoornissen (ASS). De eerste vorming vond plaats in april 2025 i.s.m. Autisme Vlaanderen.
- Een ervaringsmedewerker met ASS werd aangeworven op de afdeling HIC (gestart januari 2025).
- Communicatie rond therapiefiches zal herbekeken worden.
- Sneller herevalueren van afzondering.

- De procedure van afzondering en fixatie werd aangepast: bewaken van de waardigheid van de patiënt tijdens afzondering werd toegevoegd als aandachtspunt.
- Streven naar meer fixatievrije afzonderingen. Proefschrift rond alternatieven voor fixatievrij afzonderen zal worden gemaakt voor een masteropleiding verpleegkunde.
- De visie van de directie rond het gebruik van de afzonderingskamer wordt verduidelijkt: EBK wordt niet binnen een sanctionerend beleid gehanteerd. Er werden gesprekken aangegaan met het betrokken kernteam en de psycholoog.
- Evaluatie van het beleid voor het gebruik van bedpan tijdens fixatie.

4 CONCLUSIE

In deze afrondende conclusie worden vaststellingen en werkpunten vermeld. De werkpunten worden aangegeven met een van volgende classificaties:

- **Inbreuk** bij niet-naleving van regelgeving of van geformaliseerde afspraken.
 - **Aandachtspunt** bij een aandachtspunt wordt aandacht gevraagd voor bijsturing van de werking van de voorziening in functie van de verbetering van de kwaliteit van zorg aan de zorggebruiker.
- Volgens de notities in het dossier van de klachtindiener werd de klachtindiener betrokken bij de stopzetting van de begeleiding door het mobiele team.
 - Uit gesprek en uit het getoonde therapieschema blijkt dat er een algemeen therapieaanbod is op de afdeling HIC. Dit is in tegenspraak met de informatie in de onthaalbrochure van de afdeling (**aandachtspunt**): de brochure vermeldt dat er een individueel therapieschema wordt opgemaakt dat aansluit bij de persoonlijke interesses en mogelijkheden van de patiënt. Het therapieschema wordt gecommuniceerd aan de patiënten via een affiche die uithangt in de gang tegenover het therapielokaal en via de wekelijkse patiëntenbespreking “forum”.
 - Volgens de notities in het dossier van de klachtindiener werden de opgelopen verwondingen opgevolgd door de arts en werd een behandeling voorgesteld aan de patiënt.
 - Volgens de notities in het dossier van de klachtindiener werd het verhoogd toezicht tijdens het verhoogd suïciderisico toegepast volgens de procedure van het ziekenhuis bij niveau S3.
 - Volgens de procedure van het ziekenhuis moet bij een verhoogd suïciderisico samen met de patiënt een signaleringsplan opgemaakt worden. Indien dit niet mogelijk is, moet minstens een safetyplan opgesteld worden. Er kon niet aangetoond worden dat er voor de klachtindiener, in het kader van het suïciderisico, een signaleringsplan of safetyplan werd opgemaakt (**aandachtspunt**).
 - De noodknop in de verpleegpost werkte niet op het moment dat er nood was aan dringende hulp, zoals vermeld werd door de klachtindiener. Door de 2^{de} mogelijkheid tot oproepen van dringende bijstand via de draagbare telefoon te gebruiken, kon er toch dringende bijstand verleend worden. Het defect van de noodknop werd gemeld in het incidentmeldsysteem en na analyse werden verbeteracties opgezet.
 - Hoewel er volgens de klachtindiener tijdens de opname beperkt contact werd opgenomen met de huisarts, kon er tijdens de dossiercontrole aangetoond worden dat:
 - er een opnamebrief werd verstuurd aan de huisarts;
 - er telefonisch contact werd genomen met de huisarts door een arts van PC Ariadne tijdens de opname;
 - er een ontslagbrief werd verstuurd aan de huisarts.
 - De gezondheidszorgbeoefenaar moet alle nuttige en noodzakelijke informatie meedelen aan een ander behandelend gezondheidszorgbeoefenaar om de behandeling te kunnen voortzetten of te vervolledigen. In de ontslagbrief van de klachtindiener aan de huisarts kon niet aangetoond worden dat informatie m.b.t. de afzondering en fixatie aanwezig was. Hierdoor werd niet alle nuttige informatie voor verdere opvolging van de patiënt doorgegeven aan de huisarts (**inbreuk**).
 - Volgens de klachtindiener vond er slechts 1 gesprek plaats met de psychiater en 1 gesprek met de psycholoog. Dit komt niet overeen met de notities in het dossier van de klachtindiener: hierin werden gedurende de opname 10 gesprekken met de psychiater en 1 gesprek met de psycholoog gevonden. Daarnaast waren er ook notities van een familiegesprek waarop zowel de psychiater als de psycholoog aanwezig waren.

- Volgens de klachtindiener werd de verkeerde dosis van een bepaalde medicatie toegediend. Uit de dossiercontrole bleek dat er een bijna-incident was met deze medicatie, maar dat na controle van het medicatieschema de correcte dosis werd toegediend.
- Het referentiekader verwacht dat medicatiefouten geregistreerd worden in het algemene veiligheidsincidentenmeldingssysteem. Uit de dossiercontrole van de klachtindiener bleek dat het (bijna)medicatie-incident niet werd gemeld in het incidentmeldsysteem (**inbreuk**). Daarnaast is het ook een verwachting in de eigen procedure dat alle (bijna-)medicatie-incidenten gemeld worden in het incidentmeldsysteem.
- Afdelingsregels worden gecommuniceerd aan de patiënten via de onthaalbrochure. Uit de dossiercontrole is niet duidelijk of de klachtindiener de onthaalbrochure heeft ontvangen.
- Bij dossiercontrole van de klachtindiener werden op het vlak van afzondering en fixatie volgende zaken vastgesteld die niet in overeenstemming zijn met het referentiekader (**inbreuk**):
 - o Er kon niet aangetoond worden dat er een signaleringsplan (met mogelijke alternatieven voor afzondering en/of fixatie) werd opgemaakt voor (en in samenspraak met) de patiënt.
 - o Er kon niet worden aangetoond dat er elk uur toezicht was in fysieke aanwezigheid tijdens de periodes van afzondering en fixatie. Voor het afwijken van de frequentie van toezicht in fysieke aanwezigheid kon geen motivatie gevonden worden in het dossier, zoals verwacht wordt in het referentiekader.
 - o De procedure van het ziekenhuis komt niet overeen met de verwachtingen in het referentiekader betreffende het toezicht tijdens afzondering en fixatie (toezicht in fysieke aanwezigheid om het uur): ‘s Nachts moet er volgens de procedure, indien de cliënt slaapt, om de 30 minuten een controle gebeuren via de monitor en 4 keer per nacht (tijdens de toermomenten) via toezicht in fysieke aanwezigheid.
 - o Er kon niet worden aangetoond dat bij elk toezicht in fysieke aanwezigheid het effect van de afzonderingsmaatregel en/of het effect van de fixatiemaatregel geëvalueerd werd.
 - o Er kon niet worden aangetoond dat er parameters werden gecontroleerd tijdens de fixatie.
 - o Er kon niet worden aangetoond dat er na het beëindigen van de eerste afzonderingsperiode een nabespreking met de klachtindiener plaatsvond. In het dossier kon geen reden/motivatie gevonden worden waarom er geen evaluatie van de maatregel met de klachtindiener was gebeurd.
 - o Uit een document met afspraken rond “kamerregime”, dat aan de klachtindiener werd overhandigd, blijkt dat bij het niet volgen van deze afspraken, afzondering als straf zou toegepast worden. Tijdens de inspectie werd bevestigd dat deze afspraken effectief binnen het team werden opgemaakt. Afzondering mag enkel gebruikt worden als een zeer uitzonderlijke veiligheidsmaatregel, in geval van een ernstig en acuut gevaar voor de fysieke en/of psychische integriteit van de zorggebruiker of andere personen, voor zover alternatieven niet (langer) volstaan.
- Bij controle van het dossier van de klachtindiener tijdens beide periodes van afzondering en fixatie kon niet aangetoond worden dat er enige mogelijkheid werd gegeven tot hygiënische zorgen, noch dat werd geprobeerd om de fixatie los te maken zodat de patiënt naar het toilet zou kunnen gaan. Er werd aan de patiënt tijdens de periodes van fixatie enkel de mogelijkheid geboden om gebruik te maken van een bedpan (**aandachtspunt**).
- Bij controle van 4 dossiers van patiënten die werden afgezonderd, werden op het vlak van afzondering en fixatie volgende zaken vastgesteld die niet in overeenstemming zijn met het referentiekader (**inbreuk**):
 - o In 1 van de 4 gecontroleerde dossiers konden niet elke 30 minuten notities over toezicht en toestand gevonden worden.

- In alle 4 gecontroleerde dossiers kon niet aangetoond worden dat er elk uur persoonlijk contact was met de patiënt in afzondering. Er kon in geen enkel van deze dossiers een motivering voor de andere frequentie van persoonlijk contact gevonden worden.
- In 1 van de 4 gecontroleerde dossiers kon geen verslag van de nabespreking van de maatregel met de zorggebruiker gevonden worden.
- De infrastructuur van de gecontroleerde afzonderingskamers op de afdelingen HIC en Intensieve Dienst voldoet aan de vereiste criteria voor veiligheid en comfort. Wat betreft privacy is er geen inkijk mogelijk, maar door de aangrenzende ligging van de afzonderingskamers op de afdeling Intensieve Dienst kan er mogelijk wel geluidshinder zijn.
- Er wordt gebruik gemaakt van een camera in de afzonderingskamer. Hierbij wordt niet aan alle vereisten van het referentiekader voldaan (**inbreuk**):
 - Volgens de procedure van het ziekenhuis worden de camerabeelden 30 dagen bewaard. Volgens het referentiekader mag er geen herkenbaar beeldmateriaal worden opgeslagen van omkleden, gebruik van toilet en handelingen voor hygiëne. Enkel de beelden van het toilet zijn gepixeld. Aangezien bij beide afzonderingen van de klachtindiener telkens werd overgegaan van de eigen kledij naar veiligheidskledij werd er wel herkenbaar beeldmateriaal opgeslagen van omkleden omdat die beelden niet gepixeld zijn.
- Het afgeleverde afschrift omvatte niet het volledige patiëntendossier (**inbreuk**). De bijlagen, waarnaar werd verwezen in het afschrift, werden niet bezorgd aan de aanvrager.

Het ziekenhuis heeft naar aanleiding van de klacht volgende stappen ondernomen:

- Er vonden meerdere gesprekken plaats met de klachtindiener.
- Er werd een analyse uitgevoerd van de klacht.
- Er werden verbeteracties opgezet die werden opgenomen in het beleidsplan en het jaaractieplan van het ziekenhuis.

De opvolging van alle vaststellingen uit het inspectieverslag zal gebeuren door de afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg.