

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	Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Camillus
Adres	Beukenlaan 20, 9051 Gent
Telefoon	09 222 58 94
E-mail	info@karus.be
Website	http://www.karus.be
Erkenningsnummer	930

INRICHTENDE MACHT

Naam	Karus
Juridische vorm	vzw
Adres	Caritasstraat 76, 9090 Melle
Telefoon	09 210 69 69

UITBATINGSPLAATS

Naam	Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Camillus
Adres	Beukenlaan 20, 9051 Gent

OPDRACHT

Nummer	O-2018-MAPU-0458
Datum	05/12/2018
Inspecteurs	Michaëla Daelemans Kurt Lievens Jimmy Swalens

VERSLAG

Nummer	V-2018-MIDA-009
Datum	15/01/2019
Datum laatste vaststelling	15/01/2019

INSPECTIEBEZOEK

Soort	Aangekondigd bezoek op 14/01/2019 van 9u00 tot 16u00
-------	--

INHOUDSOPGAVE

1.	Inspectiemethodiek.....	3
1.1	Toezicht door Zorginspectie	3
1.2	Aanleiding tot dit inspectiebezoek	3
1.3	Toepassingsgebieden en definities	4
1.4	Inspectieproces.....	5
1.5	Rapportering	6
1.6	Samenstelling van het inspectieteam	6
1.7	Inspectieplan.....	7
2.	Situering van de voorziening	8
2.1	Directiecomité	8
2.2	Erkennings situatie en machtiging gedwongen opname.....	8
2.3	Organisatie van de zorg	8
3.	Vaststellingen.....	10
3.1	Thema behandeling	10
3.2	Thema vrijheidsbeperkende maatregelen – agressiebeleid	17
3.3	Thema detectie en behandeling van suïcidaal gedrag.....	28

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
- PZ Sint-Camillus, Gent
- Medisch Centrum Sint-Jozef, Bilzen
- PZ Onzelievevrouw, Brugge
- OPZC Rekem
- PZ Sint-Alexius, Grimbergen
- UPC-Z.ORG KU Leuven
- ZNA PZ Stuivenberg, Antwerpen.

1.3 TOEPASSINGSGBIEDEN EN DEFINITIES

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

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

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

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

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

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

- **Algemene vaststellingen (AV)**

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

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

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

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

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

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

- **Sterke Punten (SP)**

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

- **Aanbevelingen (Aanb)**

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

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

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

1.4 INSPECTIEPROCES

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

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

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

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

Vanuit een 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:

- Cadans – H1
- Contact – H2
- Crisis – H3
- Vennen 2
- Vennen 3
- Kasteel – unit 1 en 2
- Centrum moeder en baby

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 25/02/2019 om 10u in lokaal 0.24 van het Ellipsgebouw te Brussel.

1.6 SAMENSTELLING VAN HET INSPECTIETEAM

Michaëla Daelemans	Hoofdinspecteur
Kurt Lievens	Inspecteur
Jimmy Swalens	Inspecteur

1.7 INSPECTIEPLAN

Maandag 14 januari 2019						
	Michaëla Daelemans		Jimmy Swalens		Kurt Lievens	
9u – 9u30	Inleidend gesprek (inspectieteam – ziekenhuis)					
9u30 – 12u	Afdelingsbezoek m.b.t. thema behandeling		Afdelingsbezoeken m.b.t. thema VBM	Afdelingsbezoeken m.b.t. thema suïcidepreventie & agressiebeleid		
	11u-12u	Gesprek met verantwoordelijke(n) m.b.t. thema behandeling				
12u – 13u	Middagmaal + overleg inspecteurs					
13u – 15u	Afdelingsbezoeken m.b.t. thema behandeling		Afdelingsbezoeken m.b.t. thema VBM		13u-14u	Gesprek met verantwoordelijke(n) m.b.t. thema suïcidepreventie & agressiebeleid
			14u-15u	Gesprek met verantwoordelijke(n) m.b.t. thema VBM	Afdelingsbezoeken m.b.t. thema suïcidepreventie & agressiebeleid	
15u – 15u30	Overleg tussen inspecteurs					
15u30 – 16u	Terugkoppeling van de vaststellingen over de 3 thema's met directie en verantwoordelijken					

2. SITUERING VAN DE VOORZIENING

2.1 DIRECTIECOMITÉ

Algemeen directeur	Herman Roose
Zorgdirecteur	Jan Steel
Hoofddarts	Remi Spiers
Financieel-administratief directeur	Tim Frederick

2.2 ERKENNINGSSITUATIE EN MACHTIGING GEDWONGEN OPNAME

De inrichtende machten van het Psychiatrisch Centrum Caritas te Melle en het Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Camillus te Sint-Denijs-Westrem zijn gefusioneerd. Het is de bedoeling dat beide ziekenhuizen op 1 januari 2020 fuseren tot "Karus"; in afwachting blijven beide ziekenhuizen onder hun oorspronkelijke erkenningsnummer actief. In de nieuwe structuur van Karus zal PC Caritas "campus Melle" worden en wordt PZ Sint-Camillus "campus Gent".

Momenteel heeft het psychiatrisch ziekenhuis Sint-Camillus vanuit de Vlaamse overheid een erkenning voor:

A	a(d)	T	t(d)	t(n)	totaal
116	6	42	16	2	182

+ functie ziekenhuisapotheek.

In het kader van het plaatselijke project Artikel 107 zijn 18 T-bedden en 2 A-bedden (inbegrepen in bovenstaande cijfers) gedeactiveerd.

Het ziekenhuis heeft een revalidatie-overeenkomst voor het Centrum moeder en baby (6 bedden).

Het ziekenhuis heeft een machtiging voor gedwongen opname.

Gezien het fusieproces werd de externe audit door NIAZ uitgesteld tot 2021 (deze was voor PZ Sint-Camillus aanvankelijk gepland voor 2017).

2.3 ORGANISATIE VAN DE ZORG

Het behandelaanbod van PZ Sint-Camillus bestaat uit volgende zorgprogramma's:

- Crisiszorg:
Afdeling Crisis – H3 biedt zorg en intensieve behandeling aan mensen met een acute psychiatrische problematiek die in crisis zijn.
- Angst- en stemmingsproblematiek:
Afdeling Vennen 3 is een open opname- en behandelafdeling voor mensen met depressieve klachten, al

dan niet met angstproblemen (veralgemeende angst, fobie, dwang, paniek ...). Zowel residentiële behandeling (met soms aanvullend onlinehulpverlening), dagtherapie als vervolgzorg en ambulante begeleiding zijn mogelijk.

- **Persoonlijkheidsproblematiek:**
Het zorgprogramma voor persoonlijkheidsproblematiek heeft naast een residentieel programma Cadans – H1 ook ambulante begeleiding.
- **Psychosezorg:**
Afdeling Contact – H2 begeleidt mensen met psychotische klachten die een ernstig falen van contact met de realiteit, zichzelf en anderen ervaren, of klachten hebben vanuit een overdreven emotioneel schommelen (een bipolaire problematiek). Er is een residentieel aanbod, een dagprogramma en ambulante begeleiding.
- **Ouderenpsychiatrie:**
Afdeling Vennen 2 biedt een zorgprogramma voor mensen vanaf 60 jaar met een psychische problematiek.
- **Centrum moeder en baby (CMB) biedt zorg en behandeling voor moeders die na de bevalling worden geconfronteerd met psychische problemen die het hechtingsproces met de baby onder druk zetten, zoals:**
 - depressie
 - angststoornis en obsessief-compulsieve stoornis
 - aanpassingsstoornis
 - bipolaire stoornis
 - psychose.
- **Verslavingszorg:**
 - alcohol- en/of medicatie-unit: Kasteel 1
 - drugunit: Kasteel 2
 - crisis- en oriëntatie-unit: Kasteel 3.
- **Dagcentrum 't CoZijn is drie dagen per week open en biedt activiteiten voor volwassenen met een (langdurige) gestabiliseerde psychische kwetsbaarheid die ondersteuning nodig hebben bij hun persoonlijk herstel.**

Elke afdeling wordt aangestuurd door een beleidstrio bestaande uit een beleidsarts, een therapeutisch verantwoordelijke en een hoofdverpleegkundige.

3. VASTSTELLINGEN

3.1 THEMA BEHANDELING

3.1.1 Situering

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

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

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

3.1.2 Beleid

- Het ziekenhuis beschikt over een uitgeschreven opnameprocedure en uitgeschreven in- en exclusiecriteria. Het beleid met betrekking tot wachtlijsten is geëxpliciteerd (bv. wie krijgt voorrang, hoe wordt dit bepaald, ...). **(AV)**
- Binnen de organisatie zijn er duidelijke afspraken over het opstellen van een behandelplan en over de minimumfrequentie inzake geplande contacten met de verschillende disciplines van het behandelteam. Hierin staat beschreven binnen welke termijn een behandelplan moet opgemaakt worden en wat de inhoud van een behandelplan moet zijn. **(AV)**

Over sommige aspecten van de behandeling en de dossiervorming zijn er geen organisatiebrede of afdelingsgebonden afspraken en is de praktijk op afdelingsniveau erg wisselend: **(TK)**

- Op sommige afdelingen worden gegevens van gesprekken in het patiëntendossier stelselmatig genoteerd terwijl men op andere afdelingen aangeeft dat het probleem van niet-noteren al langere tijd gekend is;
 - Niet op elke afdeling wordt gebruik gemaakt van een individueel therapieschema voor patiënten;
 - Hoe intakegegevens worden genoteerd, verschilt tussen afdelingen (bv. al of niet iets noteren als er geen bijzonderheden zijn, plaats van noteren);
 - Er zijn grote verschillen tussen afdelingen in de mate van betrokkenheid van patiënten en naasten bij het eigen behandeltraject.
- Het ziekenhuis heeft een uitgeschreven beleid rond (psycho)diagnostiek. **(AV)**
 - Het ziekenhuis heeft een beleid rond uitkomstenmetingen; er wordt verwacht dat bij alle patiënten uitkomstenmetingen gebeuren. In het verleden werd één instrument gekozen voor alle patiënten, de Tool voor UitkomstenMeting (TUM). Tot 2015 werden de geaggregeerde resultaten van de TUM ziekenhuis-

breed verwerkt. Sindsdien hebben afdelingen verschillende instrumenten voor hun specifieke patiëntengroepen gekozen. De resultaten van de uitkomstenmetingen worden nu gebruikt op individueel patiëntniveau. **(AV)**

- Het ziekenhuis heeft zelf geen aanbod m.b.t. ECT-behandelingen; ECT wordt aangeboden door samenwerking met het UZ Gent. Er is een algemene samenwerkingsovereenkomst met UZ Gent en een specifieke ECT-procedure die de verschillende stappen van transfer en informeren van de patiënt beschrijft. **(AV)**
- Het ziekenhuis heeft geen ziekenhuisbrede KOPP-werking. **(TK)** Recent werd een afdelingsoverstijgende werkgroep KOPP heropgestart, maar deze werkgroep is nog niet samen gekomen. Op sommige afdelingen is er een KOPP-referentiepersoon.
- Patiënten worden via de algemene onthaalbrochure en de website van het ziekenhuis geïnformeerd over patiëntenrechten. **(AV)**
Het ziekenhuis beschikt over volgende procedures: klachten, vrije keuze beroepsbeoefenaar, weigeren behandeling en inzage dossier. **(AV)** Het ziekenhuis heeft geen procedures over: second opinion en ontslag tegen medisch advies. **(TK)**
- Men beschikt over verschillende informed consent formulieren in het EPD: voor bloedafname bij minderjarigen, bloedanalyses voor HIV- en HEP-diagnostiek, psychodiagnostisch onderzoek, opvragen en doorgeven van informatie aan derden, familiegesprek, cliëntenoverleg, inzage in dossier tijdens audits, gebruik van foto- of filmmateriaal. **(AV)**
- Het ziekenhuis heeft een ontslagprocedure uitgeschreven. **(AV)**
- Het ziekenhuis heeft schriftelijke afspraken over de opmaak van ontslagbrieven. De termijn voor het versturen van de voorlopige ontslagbrief bedraagt 2 dagen, en voor het versturen van de definitieve ontslagbrief 7 dagen. **(AV)**

3.1.3 Medewerkers

- Het ziekenhuis heeft een document dat de medische permanentie regelt; hierin staat de regeling i.v.m. een permanent oproepbare arts beschreven. **(AV)**
- 3/5 psychiaters en 15/15 psychologen volg(d)en een langdurige psychotherapeutische opleiding. **(SP)**
- Het ziekenhuis voorziet op al zijn afdelingen intervisie / supervisie. **(AV)**
- De hoofdarts heeft zicht op alle vormingen van de artsen. **(AV)**
- Uit vergaderverslagen en uit toelichting tijdens de dossiersteekproef blijkt dat de continuïteit van het behandelaanbod bij afwezigheid van therapeuten onvoldoende is geregeld. **(TK)**

3.1.4 Middelen

- Het ziekenhuis maakt gebruik van een elektronisch patiëntendossier (OBASI). **(AV)** Er wordt gebruik gemaakt van een gestructureerd intake-document waarin informatie snel kan gevonden worden. Informatie die later in het behandeltraject wordt bekomen, noteert men vaak in de observaties. Hierdoor is de dossiervorming op dit vlak weinig gebruiksvriendelijk; het is niet makkelijk om basisinformatie op te zoeken wanneer patiënten een lange tijd zijn opgenomen, van afdeling veranderen of worden heropgenomen. We bevelen aan om een gebruiksvriendelijker manier van informatie noteren te ontwikkelen; zo kan informatie efficiënter gedeeld worden en kan vermeden worden dat informatie niet teruggevonden wordt en patiënten steeds met dezelfde vragen worden geconfronteerd. **(Aanb)**
- 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, voldoende aandacht voor patiëntenrechten, klachtenprocedure en ombudsfunctie). **(AV)**
- Elke dienst 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 **(SP)**:
 - er loopt een continue exitbevraging bij patiënten,
 - patiënten worden geïnterviewd tijdens interne audits,
 - patiënten worden uitgenodigd om (bijna)-incidenten te melden en soms uitgenodigd voor incidentanalyses,
 - patiënten worden actief betrokken bij het beleid van medicatieverificatie,
 - patiënten worden om advies gevraagd bij opmaak van nieuwe procedures, bv. over patiëntidentificatie,
 - de inzet van ervaringsdeskundigen (15-tal vrijwilligers) voor verschillende taken (groepsactiviteiten, getuigenissen, advies over beleidsthema's),
 - op alle afdelingen worden de therapieprogramma's minstens jaarlijks door patiënten geëvalueerd,
 - op sommige afdelingen gebeuren er systematisch patiëntenvergaderingen: voorbeelden hiervan zijn de jaarlijkse spiegelbijeenkomst met (ex-)patiënten van Kasteel en de maandelijks patiëntenvergadering "Samen voor Beter" op Vennen 2,
 - patiënten kunnen bemerkingen ook via een brievenbus aan het team communiceren.
- Het ziekenhuis kon aantonen dat leefregels van afdelingen de voorbije 5 jaar door patiënten geëvalueerd werden. **(AV)**

- In het ziekenhuis zijn er verschillende initiatieven om familie/naasten bij het beleid te betrekken: **(AV)**
 - er loopt een continue enquête bij familie en naasten,
 - er worden binnen verschillende zorgprogramma's familie-avonden georganiseerd, bv. maandelijkse familie-avonden op Cadans – H1, tweemaandelijks familie-avonden op CMB, vier familie-avonden per jaar op Contact – H2,
 - er is een afdelingsoverschrijdende werkgroep familiebetrokkenheid.
- We bevelen aan om afdelingsregels regelmatig te evalueren met familie/naasten. **(Aanb)**

Een aantal onderwerpen werden nagegaan via dossiersteekproeven:

- In 10 ingekeken dossiers van patiënten die minstens 2 maanden waren opgenomen, werden er anamnesegegevens nagegaan (er werd gecontroleerd of er info werd genoteerd over (minderjarige) kinderen, info over middelengebruik, info over het medicatiegebruik voor de opname en info over somatische aandoeningen). **(AV)**
 - In 9 van de 10 gecontroleerde dossiers werd informatie gevonden over middelengebruik,
 - In 8 van de 10 dossiers was er informatie genoteerd over somatische aandoeningen,
 - In minder dan 75% van de gecontroleerde dossiers, 6 van de 10 dossiers, werd informatie gevonden over kinderen in het gezin van de patiënt (1/5 afdeling Kasteel, 5/5 afdeling Contact – H2), **(TK)**
 - In minder dan 75% van de gecontroleerde dossiers, 5 van de 10 dossiers, was er informatie genoteerd over het medicatiegebruik voor opname (0/5 afdeling Kasteel, 5/5 afdeling Contact – H2). **(TK)**
- In alle 10 gecontroleerde dossiers was een behandelplan (minimaal omschrijving werkhypothese en doelstellingen) aanwezig. **(AV)**
- Op de meeste afdelingen is de verwachte termijn voor het opstellen van het behandelplan 14 dagen. **(AV)** In 7 van de 10 gecontroleerde dossiers werd deze doelstelling niet gehaald. **(TK)** In de gecontroleerde dossiers werden volgende termijnen gevonden: 3 weken (1 maal), 4 weken (2 maal), 5 weken (1 maal), 8 weken (1 maal), 11 weken (2 maal).
- De verwachte termijn voor de eerste evaluatie van het behandelplan verschilt tussen afdelingen; de meeste afdelingen verwachten dit na 4 weken, terwijl enkele afdelingen een langere termijn formuleren, gaande van 6 tot 10 weken. **(AV)**
De eerste evaluatie van behandelplan werd nagegaan in 8 dossiers (voor 2 dossiers was dit niet van toepassing omdat het behandelplan pas kort voor de inspectie was opgesteld). In 5 van de 8 gecontroleerde dossiers gebeurde een evaluatie van het behandelplan binnen de (vooropgestelde) termijn van 4 weken. **(TK)**
- De multidisciplinariteit van de eerste behandelplanevaluatie kon in 4 van de 8 dossiers met een behandelplanevaluatie vastgesteld worden. **(AV)** Op afdeling Contact – H2 worden verslagen van teamvergaderingen gemaakt waarin de aanwezigen genoteerd worden. Deze verslagen worden niet in de patiëntendossiers bewaard. Op afdeling Kasteel worden geen aanwezigen genoteerd van de teamvergaderingen en kon dit aspect niet aangetoond worden. **(TK)**

- In minder dan 75% van de gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat de patiënt betrokken wordt bij zijn behandelplan. **(TK)**
 - In 3 van de 10 gecontroleerde dossiers met een behandelplan kon aangetoond worden dat de patiënt betrokken was bij de opmaak van het behandelplan.
 - In 4 van de 8 gecontroleerde dossiers met een evaluatie van het behandelplan kon aangetoond worden dat de patiënt betrokken was bij de evaluatie van het behandelplan.

- In minder dan 75% van de gecontroleerde dossiers (6 van de 10) konden datums van contacten met een psychiater gevonden worden in de voorbije maand. **(TK)** (1/5 afdeling Kasteel, 5/5 afdeling Contact – H2).
Over alle contacten werden notities gevonden. **(AV)**

- In minder dan 75% van de gecontroleerde dossiers (5 van de 10) konden datums van contacten met een psycholoog gevonden worden in de voorbije maand. **(TK)** (1/5 afdeling Kasteel, 4/5 afdeling Contact – H2).
Over alle contacten werden notities gevonden. **(AV)**

- In minder dan 75% van de gecontroleerde patiëntendossiers (5 van 10, 0/5 afdeling Kasteel, 5/5 afdeling Contact – H2) werden actuele individuele wekschema's gevonden die een overzicht geven van de geplande behandelingen en gesprekken. **(TK)** Op afdeling Kasteel worden geen individuele therapie-schema's opgemaakt per patiënt: alle patiënten volgen eenzelfde therapieaanbod.

- Er werden in 6 van de 10 gecontroleerde dossiers gegevens van uitkomstenmonitoring gevonden (2/5 afdeling Kasteel, 4/5 afdeling Contact – H2). **(AV)**

- In 8 van de 10 gecontroleerde dossiers was informatie over de huisarts te vinden (de naam van de huisarts). **(AV)** Er kon niet aangetoond worden welke patiënten contact met de huisarts weigerden of welke patiënten geen huisarts hebben: dit wordt niet eenduidig genoteerd in het patiëntendossier. **(TK)**

- In alle 8 dossiers met informatie over de huisarts kon aangetoond worden dat er communicatie was met de huisarts. **(AV)** In de 2 andere dossiers was er geen communicatie met de huisarts maar kon niet nagegaan worden of de reden hiervoor was dat patiënten contact met de huisarts weigeren.

- In minder dan 75% (6 van de 9 dossiers, 2/5 afdeling Kasteel, 4/4 afdeling Contact – H2) van de gecontroleerde dossiers was de voorbije maand informatie genoteerd over gesprekken met de context (familie of naasten). **(TK)** Dossiers van patiënten zonder familie of naasten werden niet gecontroleerd.

- Er werden 10 dossiers bekeken van patiënten die minstens een week op ontslag waren. In alle 10 dossiers kon aangetoond worden dat een ontslagbrief werd opgemaakt. **(AV)**

3.1.6 Resultaten

- Het ziekenhuis verzamelt (cijfer)gegevens om de eigen processen en resultaten te bewaken, en heeft zicht op het eigen handelen. **(AV)**
 - Het ziekenhuis heeft zicht op de wachttijden voor opname op de verschillende afdelingen.
 - Er loopt een continue exitenquête bij patiënten.
 - De meest recente medewerkerstevredenheidsmeting gebeurde in 2015; een nieuwe meting is gepland voor 2019.
 - Het ziekenhuis verzamelt sinds geruime tijd tal van indicatoren in een balanced score card. Een heel aantal hiervan zijn indicatoren voor elke afdeling binnen het thema behandeling die via jaarlijkse dossieraudits worden verzameld. Sinds 2016 worden de Belgian Meaningful Use Criteria for Mental Healthcare Hospitals (BMUC) als toetsingscriteria gebruikt. Voorbeelden van deze cijfergegevens zijn het % gerealiseerde nazorgplannen, het % geplande therapiesessies dat doorging, % ontslagbrieven verstuurd binnen 2 en 7 dagen, inhoud van behandelplannen, ...
 - Elke afdeling heeft in een jaaroverzicht een hele set aan cijfergegevens (40-tal bladzijden) én een veiligheidsrapport.
 - Per afdeling zijn de resultaten van de interne audits opgelijst en beschreven.
 - Het ziekenhuis heeft cijfergegevens over uitkomstenmonitoring: in 2015 werden ziekenhuisbrede cijfers over TUM (Tool voor Uitkomstenmanagement) bijgehouden.

- De beschikbare (cijfer)gegevens worden benut om processen en resultaten te evalueren en verbeterpunten te detecteren op afdelingsniveau. De cijfergegevens van afdelingen worden besproken op een jaarlijks overleg tussen directie en het beleidstrio van de afdelingen. De link tussen het verbeterbeleid en de verzamelde (cijfer)gegevens is niet zo duidelijk aantoonbaar op andere beleidsniveaus. **(AV)**

Het ziekenhuis kan niet aantonen dat de beschikbare cijfergegevens over behandeling besproken worden op niveau van de Raad van Bestuur en dat de beschikbare cijfergegevens over het versturen van ontslagbrieven het voorbije jaar op de medische staf werden besproken. **(TK)**

- Verbeteracties worden opgezet voor gekende verbeterpunten. **(AV)**
 - Elke afdeling heeft een kwaliteitsverbeteringsplan waarin ziekenhuisbrede en optionele indicatoren worden beschreven met actiepunten en tussentijdse evaluaties.
 - Voor 2019 werden volgende ziekenhuisbrede doelstellingen m.b.t. het thema "behandeling" afgesproken:
 - Patiënten- en familieparticipatie,
 - Kwaliteitsvol en veilig elektronisch patiëntendossier,
 - Een opleidingsbeleidsplan op afdelingsniveau,
 - Kwaliteitsvolle en veilige informatieoverdracht.

3.1.7 Samenvatting

Over heel aspecten binnen het thema behandeling is een ziekenhuisbreed beleid uitgewerkt, maar over een aantal aspecten ontbreken een uitgewerkt beleid en/of de formele afspraken. Voorbeelden hiervan zijn de ontbrekende afspraken over het noteren van gegevens van gesprekken in het patiëntendossier en over de opmaak van individuele therapieweekschema's voor patiënten, de ontbrekende procedures over second opinion en ontslag tegen medisch advies en het ontbreken van een beleid voor KOPP.

Tijdens de dossiersteekproeven bleek er een verschil in praktijk tussen de verschillende afdelingen, bv. in de systematiek van noteren van intakegegevens, in de notities over contacten met de psychiater en de psycholoog en in de aanwezigheid van uitkomstenmetingen. De eigen vooropgestelde termijn voor opmaak van een behandelplan wordt in de meerderheid van de gecontroleerde dossiers niet gehaald.

Uit de dossiersteekproeven bleek nog onvoldoende de systematische betrokkenheid van patiënten en naasten bij het eigen behandeltraject.

In alle gecontroleerde dossiers van ontslagen patiënten werd een ontslagbrief gevonden.

Er worden al meerdere jaren heel wat cijfergegevens verzameld over het thema behandeling, o.a. via dossieraudits.

De cijfergegevens over het thema behandeling krijgen nog niet op alle beleidsniveaus de nodige aandacht: er werd niet aangetoond dat deze gegevens op de Raad van Bestuur en de medische staf besproken worden.

Zowel in de beleidsplannen op afdelingsniveau, als in het algemeen beleidsplan van het ziekenhuis zijn er verschillende verbeteracties over het thema behandeling opgenomen.

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 en strategie preventie vrijheidsbeperkende maatregelen
 - Procedure "gebruik van de afzonderingskamer in volwassenzorg"
 - Procedure "gebruik van de toezichtkamer (separatie) in de volwassenzorg"
 - Mechanische fixatie van een hulpvrager in de afzonderingskamer.
- In het ziekenhuis zijn de vrijheidsbeperkende maatregelen verblijf op gesloten afdeling, afzondering, separatie en fixatie gecentraliseerd op één afdeling, Crisis – H3. **(AV)**
- Volgende gezochte elementen zijn beschreven in de procedure voor afzondering: **(AV)**
 - De definitie van afzondering
 - Afzondering gebeurt zo weinig mogelijk
 - Indicaties, tegenindicaties
 - Alternatieven
 - Wie mag uitvoeren?
 - Visueel toezicht en toezicht door middel van betreden afzonderingskamer
 - Frequentie van evaluatie van de maatregel
 - Welke notities in het dossier/register.
- Volgende bemerkingen kunnen gemaakt worden bij de procedure voor afzondering. **(TK)**
 - De vermelding dat afzondering maar zo kort als mogelijk mag duren ontbreekt.
 - De vermelding van de eindverantwoordelijkheid van de arts binnen de zorgelijke voor afzondering ontbreekt.
 - Het toezicht is onvoldoende omschreven:
 - De frequentie van visueel toezicht 's nachts (22u-6u) ontbreekt.
 - De frequentie van effectief binnen gaan 's nachts (22u-6u) is onvoldoende frequent: 3 maal per nacht.
- Volgende gezochte elementen zijn beschreven in de procedure voor separatie in een toezichtkamer: **(AV)**
 - De definitie van de toezichtkamer (= afzonderingskamer waarin verhoogd comfort kan toegestaan worden)
 - Indicaties, tegenindicaties

- Alternatieven
 - Wie mag uitvoeren?
 - Visueel toezicht en toezicht door middel van betreden toezichtkamer
 - Frequentie van evaluatie van de maatregel
 - Welke notities in het dossier/register.
- Volgende bemerkingen kunnen gemaakt worden bij de procedure separatie in een toezichtkamer: **(TK)**
 - Het begrip separatie dat in het ziekenhuis gehanteerd wordt, komt niet overeen met de definitie die op het moment van de inspectie sectorbreed wordt gehanteerd ("*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.*") Het ziekenhuis gebruikt het begrip separatie voor een verblijf met gesloten deur in de afzonderingskamer/tatami wanneer een patiënt hier om andere redenen dan acuut en ernstig gevaar wordt naartoe gebracht en waarbij de patiënt meer mogelijkheden (bv. een boek, hobbymateriaal) worden geboden dan bij een afzondering.
 - De vermelding dat separatie maar zo kort als mogelijk mag duren ontbreekt.
 - De vermelding van de eindverantwoordelijkheid van de arts binnen de zorgequipe voor separatie ontbreekt.
 - Volgende redenen voor separatie, verschillend van acuut en ernstig gevaar, worden vermeld in de procedure:
 - Als beschermings- en therapeutische maatregel bij:
 - Een toestandbeeld met afname van het realiteitsbesef en controleverlies (vb. psychose, intoxicatie, angstaanval, frustratie)
 - Eetstoornissen
 - Risico op acting-out gedrag met mogelijk gevaar voor de patiënt en / of zijn omgeving (bv. automutilatie, suïcidaliteit, middelenmisbruik)
 - In het gedrang komen van de integriteit van de patiënt in relatie met zijn omgeving.
 - Afspraken m.b.t. toezichtkamer zoals vermeld in het individueel behandelplan (bv. grensoverschrijdend gedrag).
 - Het toezicht is onvoldoende omschreven:
 - De frequentie van visueel toezicht 's nachts (22u-6u) ontbreekt.
 - De frequentie van effectief binnen gaan 's nachts (22u-6u) is onvoldoende frequent: 3 maal per nacht.
 - Het ziekenhuis had zichzelf als doelstelling gegeven om de procedure "gebruik van de toezichtkamer (separatie) in de volwassenzorg" in gebruik te nemen op 1/1/2019. Op het moment van inspectie was deze procedure nog niet operationeel.
 - Volgende elementen zijn beschreven in de procedure voor fixatie: **(AV)**
 - De definitie van fixatie
 - Fixatie gebeurt zo weinig
 - Indicaties, tegenindicaties

- Alternatieven
 - Wie mag uitvoeren?
 - Toezicht: frequentie en vorm
 - Frequentie van evaluatie van de maatregel
 - Welke notities in het dossier.
- Volgende elementen ontbreken in de procedure voor fixatie: **(TK)**
 - Fixatie duurt zo kort mogelijk
 - Eindverantwoordelijkheid binnen de zorgelijke voor fixatie
 - Een procedure m.b.t. medicamenteuze fixatie/dwangmedicatie ontbreekt (terwijl dit wel gebeurt).
 - Het ziekenhuis voorziet een mobiel oproepsysteem voor patiënten die mechanisch gefixeerd zijn en daardoor het vaste oproepsysteem niet kunnen bereiken. In de procedure staat niet beschreven dat het mobiel oproepsysteem moet geplaatst worden bij de start van een mechanische fixatie.
 - Er is geen informatie beschikbaar voor patiënten over het VBM-beleid van het ziekenhuis. **(TK)**
 - Het ziekenhuis heeft de brochure "van gedwongen opname tot nazorg" ter beschikking voor patiënten en hun familie, waarin informatie staat over enkel procedures en hun rechten. **(AV)**
 - Volgende beleidsteksten over agressiebeleid zijn uitgewerkt: **(AV)**
 - Visie en strategie preventie vrijheidsbepurende maatregelen
 - Crisisontwikkelingsmodel.

In het kader van de fusie met PC Caritas is een nieuwe visietekst in voorbereiding.

- De beleidsteksten betreffende omgang met agressie bevatten alle gezochte elementen. **(AV)**
- Het ontbreekt in de beleidsteksten aan duidelijke afspraken rond het systematisch bevragen of inschatten van het agressierisico (wie op welk moment en op welke manier), alsook over het opstellen van signaleringsplannen inzake agressie. **(TK)** Uit gesprek blijkt dat het ziekenhuis van plan is om agressie op een meer systematische manier (aan de hand van checklists) te bevragen, en om een signalerings- of crisisplan op te stellen van zodra zich een incident voordoet.

3.2.3 Medewerkers

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

Afdeling	Weeknacht	Weekenddag	Weekendnacht
Cadans – H1	1	1	1
Crisis – H3	2	3	2
Vennen 3	1	1	1
Vennen 2	1	1	1
Centrum moeder en baby	1	1	0 *

- * In het Centrum moeder en baby (waar maximaal 6 moeders met hun baby verblijven) is tijdens weeknachten een kinderverzorgster aanwezig. Verder kan men een beroep doen op de verpleegkundige van de naastgelegen afdeling Vennen 2. In de nacht van vrijdag op zaterdag en die van zaterdag op zondag (wanneer een aantal patiënten op weekend zijn), neemt de verpleegkundige van Vennen 2 de permanentie waar voor het Centrum moeder en baby, waar op dat moment geen andere hulpverleners aanwezig zijn.
- In geval van nood kan volgens de medewerkers extra hulp opgeroepen worden door een noodknop in te duwen. Van alle afdelingen (behalve van het Centrum moeder en baby, waar de baby's niet alleen gelaten mogen worden) komt er dan bijstand.
Er zijn in totaal (op alle afdelingen) steeds minstens 3 personen beschikbaar binnen 15 minuten. Er is steeds minstens 1 verpleegkundige beschikbaar. **(AV)**
- Van de verpleegkundigen wordt verwacht dat ze jaarlijks een vorming rond interventietechnieken volgen, en tweejaarlijks een vorming over de-escalatie (crisisontwikkelingsmodel). **(AV)**
- Alle verpleegkundigen volgden de voorbije 2 jaar een opleiding rond agressie en vrijheidsbeperkende maatregelen. **(AV)** Andere zorgmedewerkers kregen geen vorming rond deze onderwerpen; hetzelfde geldt voor de artsen. **(TK)**
in de ontwerp teksten voor het vernieuwde beleid is wel voorzien om op korte termijn alle zorgmedewerkers minstens tweejaarlijks een verplichte vorming rond agressiepreventie te laten volgen, **(AV)** met uitzondering van de artsen **(TK)**. Ook niet-zorgmedewerkers zullen een aangepaste vorming moeten volgen.
- Tijdens de inscholing van nieuwe medewerkers komt omgaan met agressie en het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen aan bod. **(AV)**
- Het ziekenhuis heeft een procedure "opvang na een schokkende gebeurtenis", waarin beschreven staat hoe personeelsleden moeten opgevangen worden na ernstige incidenten.
Er wordt een onderscheid gemaakt tussen onmiddellijke opvang, opvang en acties binnen de week, en opvang en acties na de eerste week. Er is geen specifiek opvangteam: de verantwoordelijkheid voor de

opvang van personeelsleden ligt bij het volledige beleidstrio (psychiater, therapeutisch verantwoorde-lijke, afdelingsverantwoordelijke), en de verantwoordelijkheid voor de concrete opvang is vastgelegd voor de verschillende soorten medewerkers (verpleegkundigen, therapeuten, schoonmaakpersoneel, enz...) **(AV)**, behalve voor artsen **(Aanb)**.

3.2.4 Middelen

- Afdeling Crisis – H3 is de enige gesloten afdeling van het ziekenhuis. **(AV)**
- De crisisafdeling H3 is de enige afdeling met 3 kamers geschikt voor afzondering **(AV)**: 2 afzonderingskamers en 1 tatami (een kamer die lijkt op de afzonderingskamer met het verschil dat de muren zijn afgewerkt met een zacht aanvoelend materiaal, in plaats van een bed een verhoogde matras aanwezig is en een zachte zetel). De vroegere afzonderingskamer van Kasteel wordt al verscheidene jaren niet meer gebruikt voor afzondering; deze ruimte wordt nu als patiëntenkamer gebruikt.
- Andere afdelingen kunnen gebruik maken van de afzonderingskamers op de crisisafdeling. Wanneer dit gebeurt, wordt de zorg van de patiënt overgedragen aan de crisisafdeling. **(AV)**
- Er is weinig infrastructuur voorhanden om de-escalatie mogelijk te maken: **(AV)**

Naam afdeling	Aantal een-persoonskamers	Aantal twee-persoonskamers	Aantal meer-persoonskamers (>2)	Aantal time-outkamers / comfortrooms	Andere infra-structurele mogelijkheden
Cadans – H1	17	5	0	0	/
Contact – H2	15	5	0	0	/
Crisis – H3	16	0	0	0	/
Vennen 2	7	5	0	0	/
Vennen 3	8	8	0	0	/
Centrum moeder en baby	6	0	0	0	afgesloten tuin
Kasteel 1	14	3	0	0	/
Kasteel 2	8	2	0	0	/
Kasteel 3	5	0	0	0	afgesloten terras

- Er werd tijdens de inspectie 1 afzonderingskamer bezocht. Er werden geen problemen i.v.m. de infrastructuur vastgesteld. De andere afzonderingskamer en tatami waren in gebruik en werden niet geïnspecteerd. **(AV)**
- De crisisafdeling beschikt over 16 bedden en 3 kamers voor patiënten in afzondering. Het gebeurt dat er soms meer dan 16 patiënten opgenomen zijn op de afdeling, wanneer men inschat dat een patiënt of patiënten langdurig in afzondering gaan verblijven. **(TK)** De afzonderingskamer mag niet als patiëntenkamer gebruikt worden.

3.2.5 Processen

- Er werden 9 registraties en bijhorende patiëntendossiers ingekeken van patiënten in afzondering, voor een totale duur van 954 uren en 4 minuten. **(AV)**
- 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 redenen voor afzondering in de gecontroleerde dossiers:
 - In het elektronisch afzonderingsregister kan als reden een categorie uit een standaardlijst aangeduid worden; daarnaast wordt in het patiëntendossier de reden voor afzondering omstandig omschreven. **(AV)**
 - Bij 4 van de 9 gecontroleerde dossiers waren de redenen voor afzondering onvoldoende omstandig omschreven om het gevaarsaspect (acuut en ernstig gevaar voor zichzelf of anderen) te beoordelen. **(TK)**
- Er werd gekeken naar het toezicht tijdens afzondering:
 - Bij 8 van de 9 gecontroleerde afzonderingen kon aangetoond worden dat er minstens om de 30 minuten visueel toezicht was op de patiënt. **(AV)** Geen enkele periode zonder notities over visueel toezicht was langer dan 60 minuten.
 - In 9 van de 9 gecontroleerde afzonderingen waren er het eerste uur van de afzondering elk kwartier notities aanwezig over het toezicht. **(SP)**
 - Bij 8 van de 9 gecontroleerde afzonderingen kon niet aangetoond worden dat er minstens om de 60 minuten toezicht gebeurde door binnen te gaan bij de patiënt in afzondering. **(TK)** Bij 7 van de 8 afzonderingen waarbij er niet elk uur notities waren over binnengaan in de afzonderingskamer duurden 34 periodes zelfs langer dan 120 minuten (met een maximale duur van 12 uren en 30 minuten zonder notities over binnengaan). Het ging hierbij vooral over periodes waar patiënten sliepen, o.a. tijdens de nachten. Van 1 afzondering waarbij er niet elk uur notities waren over binnengaan in de afzonderingskamer werden periodes langer dan 2 uur niet geteld omwille van de lange duurtijd van de afzondering (23 dagen).
 - Er kan uit de notities niet steeds afgeleid worden op welke manier het toezicht gebeurt (via camera, door een raampje of door binnen te gaan in de afzonderingskamer). **(TK)**
- In 3 van de 6 afzonderingen van langer dan 24u waren er geen notities over dagelijks contact van de patiënt met een arts. **(TK)** In 1 dossier was er zelfs gedurende 4 dagen geen enkele notitie te vinden over een contact van de patiënt met een arts.
- Het ziekenhuis geeft aan dat volgende controles gebeuren: lichaamscontrole, kamercontrole, bagagecontrole, drugscreening. **(AV)** Hierbij kunnen een aantal opmerkingen gemaakt worden: **(TK)**
 - Voor lichaamscontrole, kamercontrole en bagagecontrole is er geen procedure.
 - Voor drugscreening is er enkel een procedure voor Kasteel 2 en 3, terwijl dergelijke controles ook op andere afdelingen gebeuren.
 - Deze procedure voor drugscreening beschrijft lichaamscontrole als standaardmaatregel bij een drugstesting.
 - In de drugscreeningsprocedure van Kasteel 2 en 3 staat beschreven dat urinecontroles naakt gebeuren in het bijzijn van een medewerker. Deze medewerker controleert of de patiënt geen valse

monsters of verdunningsproducten op het lichaam heeft. Deze procedure laat toe dat patiënten zich moeten uitkleden in het bijzijn van een medewerker van het andere geslacht.

- Om de praktijk van het agressiebeleid te toetsen, werden 17 dossiers ingekeken van patiënten die minstens een week opgenomen waren. **(AV)** In minder dan 75% van de gecontroleerde dossiers (8 van de 17) werd informatie over potentiële agressie gevonden. **(TK)**

De mate waarin informatie over potentiële agressie te vinden was, verschilde vrij sterk van afdeling tot afdeling:

- Op afdeling Vennen 3 werd in 1 van de 5 gecontroleerde dossiers informatie over agressie gevonden. In het sjabloon voor het verpleegkundig intakegesprek staat dit aspect nochtans vermeld, maar als uit het intakegesprek blijkt dat er niets relevant te vermelden valt, wordt dit niet als dusdanig aangeduid in het dossier. Daardoor is niet duidelijk of dit aspect al dan niet bevraagd werd.
 - Op afdeling Cadans – H1 werd in 4 van de 5 gecontroleerde dossiers informatie over potentiële agressie gevonden.
 - In het Centrum moeder en baby bevatten 3 van de 6 dossiers informatie over agressie.
- Ook het gebruik van signalerings- of crisisplannen verschilt sterk van afdeling tot afdeling. Op afdeling Cadans – H1 was voor alle patiënten een crisisplan opgemaakt (waar agressie-aspecten deel van uitmaken bij patiënten waarvoor dat relevant is); op afdeling Vennen 3 werd in geen enkel gecontroleerd dossier een crisis- of signaleringsplan opgemaakt, en in het Centrum moeder & baby was er 1 dossier met een crisisplan waarin aspecten m.b.t. agressie waren opgenomen. **(AV)**

De crisis- of signaleringsplannen worden niet in het dossier bewaard. **(TK)** Soms zijn de plannen enkel in het bezit van de patiënt, en soms wordt een kopie bijgehouden in een apart tekstverwerkingsbestand op de server (buiten het patiëntendossier) of op de eigen computer van de individuele begeleider.

Deze werkwijze houdt een aantal risico's in:

- crisisplannen die als tekstverwerkingsbestand op de server worden bewaard, zijn niet even sterk beveiligd als dossiergegevens;
- de plannen bevatten elementen die van belang zijn voor de hulpverleners (bv. door hen te ondernemen acties bij bepaalde signalen), die zij te allen tijde vlot moeten kunnen raadplegen; dit kan niet als enkel de patiënt een exemplaar in zijn bezit heeft, en wordt bemoeilijkt als de informatie buiten het dossier wordt bijgehouden (het bleek tijdens de dossiercontrole vaak moeilijk om na te gaan of en waar een kopie bewaard werd);
- bij verlies van het signaleringsplan dreigt veel werk verloren te gaan als geen kopie beschikbaar is;
- het is onduidelijk wat met de eventueel aanwezige kopie gebeurt bij het beëindigen van de opname; daardoor is niet gegarandeerd dat men bij een gebeurlijke heropname kan vertrekken van het eerder opgemaakte signaleringsplan.

3.2.6 Resultaten

- Het ziekenhuis heeft volgende recente cijfergegevens over VBM (2018): **(AV)**

Aantal afzonderingen	194
Aantal patiënten afgezonderd	75
Gemiddelde duur afzondering	46,52
Aantal afzonderingen met fixatie	62
Gemiddelde duur mechanische fixatie	21u4min

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

Aantal agressie-incidenten	238 (waarvan 190 op crisisafdeling H3)
Aantal analyses van agressie-incidenten	7
Aantal arbeidsongevallen door agressie-incidenten	1

- Men heeft d.m.v. de geregistreerde cijfergegevens zicht op volgende gegevens: **(AV)**
 - De primaire reden van afzondering
 - Betrokkenheid van de arts bij het besluit tot afzondering
 - Geslacht en leeftijd van de patiënt in afzondering
 - Aantal afzonderingen per patiënt
 - Aantal afzonderingen per type kamer
 - Aantal afzonderingen met een gedwongen statuut t.o.v. vrij statuut
 - Aantal afzonderingen per maand
 - Het tijdstip van afzondering
 - Welke preventieve maatregelen gedaan werden
 - Welke interventie er nodig geweest is voor de afzondering
 - Details over (aantal en) aard van de agressie-incidenten
- Er werden meerdere knelpunten vastgesteld over de cijfergegevens van vrijheidsbeperkende maatregelen. **(TK)**
 - De cijfers zijn deels gebaseerd op registratiefouten:
 - De kortste afzondering heeft een negatieve duurtijd (-41,79 dagen), wat aanduidt dat het moment van start en/of einde niet correct geregistreerd werd; dit heeft invloed op andere cijfers met betrekking tot duurtijd (bv. gemiddelden).
 - Volgens de cijfers vonden 61 afzonderingen plaats in de afzonderingskamer, 28 in de tatami, 90 op een onbekende locatie en 15 op de eigen kamer. Het hoge aantal afzonderingen waarvoor de locatie onbekend is en het feit dat volgens de cijfers 15 afzonderingen op de kamer

plaats vonden terwijl alle gesprekspartners stellen dat dit nooit gebeurt, wijst op onzorgvuldige registratie.

- Uitgebreide cijfergegevens van 2017 waren niet ter beschikking vóór de inspectie maar werden op het einde van de inspectiedag gevonden en aangeleverd.
 - Slechts na het afsluiten van een kalenderjaar wordt een rapport opgemaakt van het aantal afzonderingen. Het is op de afdelingen niet mogelijk om tussentijds het aantal afzonderingen op te volgen.
 - Er zijn geen cijfers beschikbaar over de interne transfers naar de crisisafdeling (indicatie gesloten afdeling of indicatie afzondering).
 - Er gebeuren geen interne audits m.b.t.de kwaliteit van registraties over afzonderingen. **(Aanb)**
- In 2018 werden tijdens de voorstelling van het medisch jaarverslag de cijfers over agressie-incidenten toegelicht op een vergadering van de Raad van Bestuur. **(AV)**
De (cijfer)gegevens over VBM worden onvoldoende benut om processen en resultaten te evalueren en verbeterpunten te detecteren. **(TK)**
 - De uitgebreide cijfergegevens van 2017 werden in 2018 niet besproken en geanalyseerd omdat ze niet voorhanden waren.
 - Een analyse van de cijfers kon enkel aangetoond worden voor de cijfergegevens van 2016 op afdelingsniveau. Het ontbreekt aan analyses op directieniveau en niveau Raad van Bestuur.
 - Verbeteracties omtrent vrijheidsbeperkende maatregelen en agressie kunnen dan ook weinig gelinkt worden aan verzamelde cijfergegevens. **(AV)** Toch waren er de voorbije jaren enkele verbeteracties op afdeling Crisis – H3:
 - 2017-2019: Op een goede manier met agressie omgaan: zowel op preventief vlak als op vlak van adequaat reageren op verbale en/of fysieke agressie.
 - 2016-2017:
 - De agressieregistratie wordt aangepast zodat het meer een beleidsinstrument wordt.
 - We bieden goede, kwalitatieve zorg aan, aan mensen in afzondering
 - Op een goede manier met agressie omgaan: zowel op preventief vlak als op vlak van adequaat reageren op verbale en/ of fysieke agressie.

In het algemeen beleidsplan 2019-2022 staat gepaste vrijheidsbeperkende maatregelen en infrastructuur vermeld als één van de hoofdlijnen binnen veilige zorg.
 - De visietekst “Visie en strategie preventie vrijheidsbeperkende maatregelen” eindigt met een tabel waarin het ziekenhuis een analyse maakt op zowel beleidsniveau als op afdelingsniveau wat ze reeds gerealiseerd hebben en op welke punten ze verbetering wensen. **(AV)** Deze verbeterwensen moeten nog uitgewerkt worden in smart geformuleerde verbeteracties.

3.2.7 Samenvatting

Het begrip separatie dat in het ziekenhuis gehanteerd wordt, komt niet overeen met de definitie die op het moment van de inspectie sectorbreed wordt gehanteerd. Het ziekenhuis gebruikt het begrip separatie voor een verblijf met gesloten deur in de afzonderingskamer/tatami wanneer een patiënt hier om andere redenen dan acuut en ernstig gevaar wordt naartoe gebracht en waarbij de patiënt meer mogelijkheden (bv. een boek, hobby materiaal) worden geboden. Volgens de richtlijnen is verblijf van een patiënt in een ruimte met afgesloten deur enkel toegestaan bij een indicatie van acuut gevaar.

Er ontbreken een aantal procedures over controles die bij patiënten worden uitgevoerd. Er is ook nood aan duidelijker afspraken m.b.t. het agressiepreventiebeleid.

Tijdens dossiercontroles werden volgende knelpunten vastgesteld.

- De acute gevaarsituatie is bij afzondering niet in alle dossiers voldoende omstandig omschreven.
- Er wordt niet frequent genoeg binnengegaan in de afzonderingskamer, in het bijzonder tijdens de nacht als patiënten slapen.
- Er kan uit de notities niet steeds afgeleid worden op welke manier het toezicht gebeurt.

Er is nog verbetering mogelijk bij het verzamelen, bespreken en analyseren van de cijfergegevens over vrijheidsbeperkende maatregelen, waardoor deze cijfers ook gebruikt kunnen worden om processen en resultaten op te volgen, te evalueren en zo nodig verbeteracties op te zetten.

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

- Op het moment van de inspectie is het suïcidepreventiebeleid in volle herwerking. In 2018 werd – in het licht van de fusie met PC Caritas en rekening houdend met de MDR – gewerkt aan een nieuwe (fusieziekenhuisbrede) visie. Men streeft er naar deze binnenkort te finaliseren en begin februari 2019 te starten met de implementatie. Een aantal elementen moeten nog via procedures geoperationaliseerd worden.

(AV)

De geldigheidsdatum van de (meeste) vroeger geldende procedures is halfweg 2018 verlopen. Aangezien het nieuwe beleid nog moet gefinaliseerd en geïmplementeerd worden, is het op het moment van de inspectie dus niet duidelijk welke werkwijze precies verwacht wordt van de medewerkers. **(TK)**

- Voor het beoordelen van de beleidsteksten werd hieronder uitgegaan van de teksten die de basis zullen vormen voor het nieuwe suïcidepreventiebeleid. **(AV)**
- Dit beleid staat beschreven in volgende documenten: **(AV)**
 - Visietekst "Visie en strategie suïcidepreventie" (volgens het document geldig sinds 1/1/2019, in de praktijk nog niet geïmplementeerd),
 - Procedure bij suïcide (geldig sinds 1/6/2016).
- Het beleid beschrijft: **(AV)**
 - De visie op suïcide, suïcidepreventie en het omgaan met suïcidale personen.
 - De stappen en afspraken bij opname, behandeling en vervolgzorg voor suïcidale personen.
 - De stappen en afspraken na een suïcide van een patiënt, met vermelding wie verantwoordelijk is.
 - Hoe de basisvorming suïcidepreventie georganiseerd wordt.

- Welke infrastructurele en medicatiegebonden maatregelen er zijn om de zorgomgeving suïcideveilig te maken.
 - Hoe en waar het suïciderisico, suïcidepogingen en suïcides van patiënten geregistreerd worden.
 - Hoe, wanneer en door wie het suïcidepreventiebeleid geëvalueerd zal worden.
- In de documenten ontbreekt volgend aspect uit de multidisciplinaire richtlijn: **(TK)**
 - De stappen en afspraken na een suïcidepoging van een patiënt (bv. opvang medepatiënten, opvang medewerkers, ...), met vermelding wie verantwoordelijk is.

We bevelen aan meer gedetailleerd te omschrijven hoe en waar het suïciderisico van patiënten moet gedocumenteerd worden in het elektronisch patiëntendossier; de huidige formulering "in het IDD" laat immers veel mogelijkheden toe, wat mogelijk tot verschillen leidt van afdeling tot afdeling en van hulpverlener tot hulpverlener, met mogelijke communicatieproblemen tot gevolg. **(Aanb)**

- Volgens de beleidsdocumenten van het ziekenhuis: **(AV)**
 - Moet het suïciderisico bij elke patiënt ingeschat worden bij intake en/of opname.
 - Moeten acties ondernomen worden indien een verhoogd suïciderisico ingeschat wordt. Volgende acties zijn beschreven: frequenter bevragen van suïcidaliteit, de context inlichten, ondersteunende gesprekken verhogen, betrokkenheid op het dagelijks leven ondersteunen en concretiseren, inspelen op noden van de patiënt, context betrekken bij de invulling van de vrije tijd, verhoogd toezicht, gebruik van safetyplannen, uitgaansmogelijkheden beperken, potentieel gevaarlijke voorwerpen wegnemen, extra controle bij inname van medicatie, ...
 - Moet de systematische herevaluatie van het suïciderisico – afhankelijk van de ernst van het risico – gebeuren om de maand, om de week of dagelijks.
- Volgende aspecten ontbreken in het nieuwe suïcidepreventiebeleid: **(TK)**
 - De nood aan een inhoudelijke argumentatie voor de risico-inschatting (gewogen besluitvorming uit MDR) in het dossier.
 - De systematische herevaluatie van het suïciderisico bij patiënten met suïciderisico 10 ("geen belasting").

3.3.3 Medewerkers

- Tot op het moment van de inspectie werd de vorming rond suïcidepreventie als volgt georganiseerd:
 - De (toenmalige) stafmedewerker kwaliteit en een referentieverpleegkundige organiseerden 1 of 2 keer per jaar een opleiding voor nieuwe verpleegkundigen. Deze vorming duurde 3 keer een half dagdeel. **(AV)**
 - Elke verpleegkundige kon zelf het initiatief nemen om later opnieuw aan te sluiten bij de georganiseerde vormingen voor nieuwkomers. **(AV)** Er was evenwel geen opgelegde herhaalfrequentie van kracht. **(TK)**
 - Andere zorgmedewerkers kregen geen opleiding terzake aangeboden. **(TK)**
- Minder dan de helft van de medewerkers volgde de voorbije 3 jaar een opleiding inzake suïcidepreventie (i.e. enkel de nieuwe verpleegkundigen, geen andere zorgmedewerkers dan verpleegkundigen en geen artsen). **(TK)**

- Het nieuwe vormingsbeleid zal er als volgt uitzien: **(AV)**
 - Twee keer per jaar wordt een basisvorming suïcidepreventie georganiseerd die verplicht is voor nieuwkomers (verpleegkundigen en andere zorgmedewerkers).
 - Alle zorgmedewerkers zullen driejaarlijks een opfrissing moeten volgen.
- Ten aanzien van artsen gelden ook in het nieuwe beleid geen verwachtingen inzake vorming rond suïcidepreventie. **(TK)** Nieuwe artsen-specialisten in opleiding krijgen wel het aanbod om vorming te volgen.

3.3.4 Middelen

- Het ziekenhuis heeft slechts in beperkte mate zicht op de risico's qua veiligheid op vlak van infrastructuur. **(TK)** In 2018 gebeurden op de meeste afdelingen (Cadans – H1, Contact – H2, Crisis – H3, Centrum moeder en baby, Vennen 2, Vennen 3) wel veiligheidsrondes, maar risico's inzake suïcidaliteit kregen hierbij slechts in geringe mate aandacht.
- Medewerkers kunnen via het overzichtsscherm van het elektronisch patiëntendossier te allen tijde zien bij welke patiënten het suïciderisico al dan niet werd bevraagd. Via een cijfercode heeft men ook direct een beeld van patiënten met een verhoogd risico. **(SP)** De codes die kunnen aangeduid worden, zijn nog niet gebaseerd op het nieuwe suïcidepreventiebeleid.
Om de (voor bepaalde risiconiveaus) 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 de drie afdelingen die rond het thema "suïcidepreventie" werden bezocht, kon via het overzichtsscherm van het EPD worden vastgesteld dat er voor alle patiënten een inschatting van het suïciderisico was gebeurd. **(AV)**
- In 16 dossiers van patiënten die minstens een maand opgenomen waren, werden meer details gezocht. **(AV)**
- In alle gecontroleerde dossiers vonden we een eerste suïciderisico-inschatting op de dag van de opname. **(SP)** Meestal wordt suïcidaliteit zowel in het verpleegkundige intakegesprek bevraagd als in het opnamegesprek met de arts.
- In minder dan 75% van de dossiers (8 van de 16) werd een tweede risico-inschatting gevonden. **(TK)** Op het vlak van (dossiervorming over) de herevaluaties van het suïciderisico werden enkele verbeterpunten vastgesteld:
 - Als de suïciderisico-inschatting in de loop van de behandeling wijzigt, wordt de risicoscore niet altijd aangepast in het dossier.
 - Als de risicoscore in de loop van de opname toch werd gewijzigd (onder "aandachtspunten"), kan makkelijk (de datum van) een tweede risico-inschatting worden vastgesteld; in andere gevallen is het niet evident om te achterhalen of en wanneer het suïciderisico voor het laatst opnieuw werd ingeschat: ofwel wordt dit (vooral wanneer het risico niet wijzigde) niet genoteerd in het dossier,

ofwel gebeurt dit onder "observaties", tussen alle andere onderwerpen van alle verschillende disciplines, wat het bijzonder moeilijk maakt om de informatie terug te vinden.

We bevelen aan specifieke invulvelden te voorzien voor het noteren van de (her)evaluatie van het suïciderisico. **(Aanb)** Op die manier:

- zal de informatie makkelijker teruggevonden kunnen worden in het dossier;
 - kan de informatie automatisch geïntegreerd worden in ontslagbrieven;
 - ontstaan opportuniteiten om automatisch data te genereren aan de hand waarvan bepaalde elementen uit het suïcidepreventiebeleid (bv. frequentie van herevaluatie, evolutie van het suïciderisico) kunnen gemonitord worden.
- In minder dan 75% van de gecontroleerde dossiers (5 van de 16) werd een suïciderisico-inschatting gevonden die dateerde van minder dan een maand voor de inspectie. **(TK)**
 - Alle gevonden risico-inschattingen werden in het dossier inhoudelijk onderbouwd, en waren dus niet beperkt tot een cijfercode. **(AV)**
 - In 10 van de 16 dossiers was een verhoogd risico genoteerd. In elk van die dossiers waren ook acties beschreven (waarvan 4 keer een signalerings- of crisisplan opgesteld). **(AV)**

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.
 - Aantal suïcides tijdens de behandeling.
 - Aantal incidentanalyses van suïcidepogingen.
Het ziekenhuis doet een incidentanalyse van elke suïcidepoging, en dit aan de hand van verschillende modellen: een format dat is ingebouwd in het EPD, het bow-tie-model of het Prisma-model.
- Er worden onvoldoende cijfergegevens verzameld om een volledig zicht te hebben op het eigen handelen en zo de processen en resultaten te kunnen bewaken, te kunnen evalueren en zo nodig bij te sturen: **(TK)**
 - Er wordt geen onderscheid gemaakt tussen suïcidepogingen van patiënten intra- en extramuros, en men heeft ook geen volledig zicht op pogingen die extramuros gebeuren (alhoewel dit procedureel gezien wel moet geregistreerd worden);
 - Men heeft geen zicht op details m.b.t. de suïcidepogingen (bv. tijdstip, methode, suïciderisico dat op dat moment was ingeschat, maatregelen die waren ingesteld, ...)
 - Hoewel op regelmatige momenten dossieraudits worden gedaan om een aantal verschillende aspecten te controleren, kan niet aangetoond worden dat deze cijfergegevens gebruikt worden om het beleid te evalueren en bij te sturen.
- Verbeteracties omtrent de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag kunnen dan ook weinig gelinkt worden aan verzamelde cijfergegevens. Toch waren er de voorbije jaren enkele verbeteracties: **(AV)**

- In de beleidsplannen op afdelingsniveau is voor 2017 een ziekenhuisbrede doelstelling omschreven over de inhoud van het elektronisch patiëntendossier. Inschatting van het suïciderisico is één van de omschreven meetpunten.
- In het algemeen beleidsplan 2019-2022 staat risicotaxatie voor suïcide en agressie vermeld als één van de hoofdlijnen binnen veilige zorg.
- Het suïcidepreventiebeleid werd volledig gereviseerd naar aanleiding van Zorginspectie-audit in 2014 en vervolgens naar aanleiding van de MDR van het VLESP.
- De incidentanalyses van suïcidepogingen leidden regelmatig tot verbeteracties.

3.3.7 Samenvatting

Op het moment van de inspecties is het niet duidelijk wat procedureel verwacht wordt van de medewerkers inzake de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag: het nieuwe suïcidepreventiebeleid is nog niet gefinaliseerd, terwijl de geldigheidsdatum van de vroegere procedures is verlopen.

In de praktijk wordt het suïciderisico systematisch ingeschat op de dag van opname, en gedocumenteerd in het dossier. Latere herevaluaties van het suïciderisico gebeuren minder systematisch, of worden in elk geval minder goed genoteerd in de patiëntendossier.

De voorbije jaren kregen haast uitsluitend nieuwe verpleegkundigen vorming rond suïcidepreventie. Dat zal binnenkort veranderen: voor de verschillende categorieën medewerkers (met uitzondering van de artsen) wordt vorming en regelmatige heropfrissing verplicht.

Het ziekenhuis heeft onvoldoende zicht op de infrastructurele risico's inzake suïcide. Er worden daarnaast ook weinig (cijfer)gegevens gebruikt om het handelen inzake detectie en behandeling van suïcidaal gedrag te evalueren en bij te sturen.

Verbeterpunten situeren zich vooral op het vlak van het implementeren van een nieuw beleid, vorming van medewerkers, en het destilleren van verbeterpunten uit incident-analyses.