

# 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](mailto:contact@zorginspectie.be)

## INSPECTIEVERSLAG PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS

### INSPECTIEPUNT

Naam	P.C. Dr. Guislain
Adres	Fr. Ferrerlaan 88a, 9000 Gent
Telefoon	09 216 33 11
E-mail	<a href="mailto:pc.dr.guislain@fracarita.org">pc.dr.guislain@fracarita.org</a>
Website	<a href="https://www.guislain.be/">https://www.guislain.be/</a>
Erkenningsnummer	900

### INRICHTENDE MACHT

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

### UITBATINGSPLAATS

Naam en adres	Campus Dr. Guislain, Fr. Ferrerlaan 88a, 9000 Gent Campus Sint-Alfons, Sint-Juliaanstraat 1, 9000 Gent
---------------	---

### OPDRACHT

Nummer	O-2018-MAPU-0463
Datum	5/12/2018
Inspecteurs	Koenraad Fierens (hoofdinspecteur) Lindsay Vissenaekens (inspecteur) Veerle Meeus (inspecteur)

### VERSLAG

Nummer	V-2019-KOFI-0016
Datum	17/5/2019
Datum laatste vaststelling	14/5/2019

### INSPECTIEBEZOEK

Soort	Aangekondigd bezoek op 9/5/2019 (9u - 15u45) en op 14/5/2019 (9u - 15u30)
-------	---

# INHOUDSOPGAVE

<b>1</b>	<b>Inspectiemethodiek.....</b>	<b>3</b>
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
<b>2</b>	<b>Situering van de voorziening .....</b>	<b>8</b>
2.1	Directiecomité .....	8
2.2	Erkennings situatie en machtiging gedwongen opname.....	8
2.3	Organisatie van de zorg .....	8
<b>3</b>	<b>Vaststellingen.....</b>	<b>10</b>
3.1	Thema behandeling .....	10
3.2	Thema vrijheidsbeperkende maatregelen – agressiebeleid .....	17
3.3	Thema detectie en behandeling van suïcidaal gedrag.....	27

# 1 INSPECTIEMETHODIEK

## 1.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

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

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

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

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

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

## 1.2 AANLEIDING TOT DIT INSPECTIEBEZOEK

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

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

Het gaat om volgende 11 ziekenhuizen:

- PC Ariadne, Lede
- Asster, Sint-Truiden / Melveren
- PC Dr. Guislain, Gent
- PZ Heilige Familie, Kortrijk
- PZ Sint-Camillus, Gent
- Medisch Centrum Sint-Jozef, Bilzen
- PZ Onzelievevrouw, Brugge
- OPZC Rekem
- PZ Sint-Alexius, Grimbergen
- UPC KU Leuven, Kortenberg / 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 minimum aantal dossiers (streefwaarde 5) getoetst op dezelfde aspecten.

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

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

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

- **Algemene vaststellingen (AV)**

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

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

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

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

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

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

- **Sterke Punten (SP)**

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

- **Aanbevelingen (Aanb)**

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

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

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 twee dagen het psychiatrisch ziekenhuis, op vooraf aangekondigde data. 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 risicoanalyse na het doornemen van de zelfevaluatiedocumenten en andere voorbereidende informatie selecteerde het inspectieteam een aantal afdelingen.

Volgende afdelingen werden tijdens de inspectie bezocht:

- MOTU (campus Dr. Guislain)
- WADIS (campus Dr. Guislain)
- VADEM (campus Dr. Guislain)
- Crisiszorg (campus Dr. Guislain)
- KEDRON (campus Sint-Alfons)
- OPNAME 3 (campus Sint-Alfons)
- De Steiger (campus Sint Alfons)

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 was gepland op 13/06/2019 en bleek, in gezamenlijk akkoord tussen Zorginspectie en het ziekenhuis, niet nodig.

## 1.6 SAMENSTELLING VAN HET INSPECTIETEAM

Koenraad Fierens	Hoofdinspecteur
Lindsay Vissenaekens	Inspecteur
Veerle Meeus	Inspecteur

## 1.7 INSPECTIEPLAN

<b>Donderdag 9/5/2019 (campus Dr. Guislain)</b>						
	<b>Koenraad Fierens</b>		<b>Lindsay Vissenaekens</b>		<b>Veerle Meeus</b>	
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 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					

<b>Dinsdag 14/5/2019 (campus Sint-Alfons)</b>						
	<b>Koenraad Fierens</b>		<b>Lindsay Vissenaekens</b>		<b>Veerle Meeus</b>	
9u – 12u	9u-10u	Gesprek met verantwoordelijke(n) m.b.t. thema behandeling	Afdelingsbezoeken m.b.t. thema VBM		Afdelingsbezoeken m.b.t. thema suïcidepreventie & agressiebeleid	
	Afdelingsbezoek m.b.t. thema behandeling					
12u – 13u	Middagmaal + overleg inspecteurs					
13u – 15u	Afdelingsbezoek m.b.t. thema behandeling		Afdelingsbezoek m.b.t. thema VBM		13-14u	Gesprek met verantwoordelijken m.b.t. thema suïcidepreventiebeleid
					Afdelingsbezoek m.b.t. thema suïcidepreventie & agressiebeleid	
15u – 15u30	Overleg tussen inspecteurs					
15u30 – 16u	Terugkoppeling van de vaststellingen over de 3 thema's met directie en verantwoordelijken					

## 2 SITUERING VAN DE VOORZIENING

### 2.1 DIRECTIECOMITÉ

Algemeen directeur	Marc Jans
Directeur patiëntenzorg	Karline Vermeulen
Directeur HR & Organisatie	Hannes Decraene
Hoofddarts	vacant

### 2.2 ERKENNINGSSITUATIE EN MACHTIGING GEDWONGEN OPNAME

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

A	a(d)	a(n)	T	t(d)	t(n)	Sp psych	Tg	K	k(d)	k(n)	Totaal
70	15	5	117	36	1	27	20	15	3	2	311

+ functie ziekenhuisapotheek.

In het kader van het plaatselijke project Artikel 107 zijn 20 T-bedden, 3 Tg-bedden, 1 tn-bed en 4 an-bedden (inbegrepen in bovenstaande cijfers) gedeactiveerd.

Het ziekenhuis heeft een machtiging voor gedwongen opname.

PC Dr. Guislain startte in 2017 een deelaccrediteringstraject (cluster dubbeldiagnose) met NIAZ-QMentum. In de loop van dit traject besliste het ziekenhuis eind 2018 om de accreditering uit te breiden naar het ganse ziekenhuis.

### 2.3 ORGANISATIE VAN DE ZORG

Het PC Dr. Guislain biedt psychiatrische zorg aan kinderen, ouderen en volwassenen in verschillende afdelingen verspreid over drie campussen in Gent. Alle opname-afdelingen beschikken over de mogelijkheid tot partiële hospitalisatie (dag of nacht).

- VADEM (campus Dr. Guislain): opnamedienst psychosezorg
- OPNAME 3 (campus Sint-Alfons): opname- en behandelingsafdeling afhankelijkheidsproblematiek (alcohol en/of medicatie)
- MOTU (campus Dr. Guislain): behandelafdeling voor volwassen personen met een psychotische problematiek
- WADIS (campus Dr. Guislain): behandelafdeling voor volwassen personen met een psychotische problematiek



- CRISISZORG (campus Dr. Guislain): opnameafdeling voor volwassenen die een ernstige psychiatrische crisis doormaken
- DE KEDRON (campus Sint-Alfons): opnamedienst ouderenpsychiatrie
- FIORETTI (campus De Deyne): opnamedienst voor kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking en een bijkomende psychiatrische stoornis
- DE STEIGER (campus Sint-Alfons): opnamedienst voor jongvolwassenen en volwassenen met een verstandelijke beperking en bijkomende psychiatrische stoornissen en/of gedragsproblemen
  - ➔ De afdelingen VADEM, MOTU en WADIS vormen samen het intern circuit psychozorg ARCHIPEL.
  - ➔ De cluster dubbeldiagnose (psychiatrische problematiek en verstandelijke beperking) situeert zich binnen de afdelingen Fioretti en De Steiger, met tevens een outreachteam.
    - SKIPI: mobiele crisiszorg voor volwassenen met verstandelijke beperking.
    - Het mobiel Outreachteam 'Outreach De Steiger' voor (jong)volwassen personen met een verstandelijke beperking en bijkomende gedrags- en/of psychische problemen maakt deel uit van de mobiele teams van het netwerk Het Pakt (functie 2).
    - Het Outreachteam voor kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking en een bijkomende psychiatrische stoornis is ingekanteld in het mobiele CARE-team van het netwerk Radar.
- Op campus Dr. Guislain is een PVT (DE KLIP) gesitueerd. Een tweede PVT bevindt zich op campus Lorkenstraat.
- Het ziekenhuis maakt deel uit van MOBIL-team (PAKT).

#### Aansturing van de zorg:

Het algemeen zorgbeleid wordt aangestuurd door het therapeutisch ziekenhuiscomité, bestaande uit de hoofdarts, de directeur patiëntenzorg en de staf therapeutisch beleid (psycholoog/orthopedagoog). Het operationele zorgbeleid wordt overzien door een beleidsarts en een zorgmanager, bijgestaan door een doelgroep-psycholoog. De aansturing op de afdelingen wordt verzekerd door een kernteam, samengesteld uit een afdelingspsychiater, een afdelingshoofd en een afdelingspsycholoog (orthopedagoog). Ook per cluster wordt intervisie/supervisie structureel georganiseerd.

## 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. Het ziekenhuis beschikt over uitgeschreven in- en exclusiecriteria. Het beleid met betrekking tot wachtlijsten is geëxpliciteerd (bv. wie krijgt voorrang, hoe wordt dit bepaald, ...). **(AV)**
- Alle afdelingen van het ziekenhuis beschikken over een uitgeschreven opnamebeleid, dat gelinkt is met het algemene ziekenhuisopnamebeleid. **(AV)**
- Voor elke afdeling zijn er formele afspraken over het opstellen van een behandelplan. **(AV)**  
Hierin staat onder meer beschreven binnen welke termijn een behandelplan dient opgemaakt te worden, hoe de patiënt betrokken dient te worden en wat de frequentie van de multidisciplinaire evaluatie van het behandelplan is.  
De afdelingen beschikken over een uitgeschreven opnamebeleid maar volgende aspecten ontbreken hierin: de modaliteiten voor transfer naar andere diensten bij overbezetting op de eigen dienst, hoe naasten betrokken dienen te worden, de verwachte minimumfrequentie voor geplande contacten met de verschillende disciplines van het behandelteam. **(TK)** Hierbij merken we op dat het betrekken van de context wel meermaals voorkomt in andere documenten (bv. visietekst, functiebeschrijving,...) maar dat de wijze waarop dit moet gebeuren onvoldoende duidelijk beschreven is.
- Het ziekenhuis heeft een uitgeschreven beleid rond (psycho)diagnostiek. **(AV)**
- De toetsing van de hulpverleningsmethodieken op afdelingen gebeurt aan de hand van recente wetenschappelijke inzichten of richtlijnen. **(AV)**
- Het ziekenhuis heeft een uitgeschreven beleid rond uitkomstenmetingen. Dit ROM-beleid heeft een solide wetenschappelijke onderbouw en is ook organisatorisch sterk gestructureerd (o.m. projectgroep ROM, klinische ROM-groep, dienst ROM & Diagnostiek,...). **(SP)**

Op het moment van de inspectie is de implementatie aan de gang, waardoor de verzameling van de gegevens onvolledig is en de bespreking van de resultaten van de zorguitkomstmetingen nog niet geïntegreerd. **(TK)** Nog niet op alle afdelingen worden in dit kader systematisch gegevens verzameld over de resultaten. Ook de analyse en terugkoppeling van de gegevens gebeurt vooralsnog beperkt en situeert zich vooral op centraal niveau. Vooral de psychologen en stafmedewerkers zijn actief bezig met uitkomstenmetingen; de inbreng van de psychiaters hierin is vooralsnog onvoldoende.

- Het ziekenhuis heeft zelf geen eigen aanbod m.b.t. ECT-behandelingen maar heeft een samenwerkingsovereenkomst met het UZ Gent, waarvoor een gedetailleerde procedure is uitgeschreven. **(AV)** We bevelen aan om de correcte toepassing van deze richtlijnen systematisch op te volgen. **(Aanb)**
- In het PC Dr. Guislain is geen ziekenhuisbrede KOPP-werking. **(TK)** Enkel op de afdeling Opname 3 bestaat er een gestructureerd aanbod.
- Patiënten worden via verschillende kanalen (bv. de onthaalbrochure, informatiefolders op de afdelingen, de ziekenhuiswebsite, toelichting door ombudspersoon op de afdelingen) geïnformeerd over patiëntenrechten. **(AV)**
- Het ziekenhuis beschikt over volgende procedures: klachten, vrije keuze beroepsbeoefenaar, weigeren behandeling, inzage dossier, ontslag tegen medisch advies. **(AV)**  
Het ziekenhuis heeft geen procedure over "second opinion". **(TK)**
- Men beschikt over een aantal informed consentformulieren, bv. ECT voor familie, ECT voor de patiënt en eHealth. **(AV)** We bevelen aan om te bekijken hoe dit aanbod kan uitgebreid worden (bv. leefregels, therapeutisch gebeuren,...). **(Aanb)**
- Het ziekenhuis heeft geen algemene ontslagprocedure; de afdelingen werken met specifieke ontslagprocedures, aangepast aan de doelgroep en het therapeutisch concept. **(AV)**
- Er bestaan verschillende systemen om ontslagbrieven te maken. De meeste artsen maken hun ontslagbrief rechtstreeks in Obasi op, maar sommige psychiaters doen dit via een voice-recorder of een Word-document buiten Obasi en voegen het bestand daarna pas toe in Obasi. Het ziekenhuis heeft geen sluitende schriftelijke afspraken over de opmaak van ontslagbrieven. De termijn voor versturen is niet bindend vastgelegd en de minimaal verwachte inhoudelijke elementen zijn niet geëxpliciteerd. **(TK)**

### 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)**
- Alle psychiaters volg(d)en een langdurige psychotherapeutische opleiding. **(SP)** Van de klinisch psychologen hebben 64% een psychotherapeutische opleiding doorlopen en is 21% daarmee bezig. Psychologen die zich specialiseren in diagnostiek, bekwamen zich binnen dit specifieke domein. **(AV)**

- Het ziekenhuis voorziet voor al zijn zorgverleners intervisie / supervisie. **(AV)**
- De hoofdarts heeft geen zicht op alle gevolgde vormingen van de artsen, enkel van de geaccrediteerde opleidingen. **(TK)**  
Opmerking: op het moment van de inspectie is er geen hoofdarts (aanwerving is lopend) in het PC Dr. Guislain. Vanuit de artsenberoepsgroep (Medische Raad) worden inspanningen geleverd om deze lacune tijdelijk op te vullen.
- De continuïteit van het behandelaanbod is voldoende geregeld bij afwezigheid van therapeuten. **(AV)**

### 3.1.4 Middelen

- Het ziekenhuis werkt sinds november 2018 in het elektronisch patiëntendossier Obasi. Voordien werd het EPD in Regas gebruikt. Het ziekenhuis organiseerde reeds heel wat vorming rond het gebruik van het nieuwe EPD, met inbegrip van een training voor referentiemedewerkers, en blijft, afgaande op de geplande acties, hierin investeren. **(AV)**  
Op het moment van de inspectie worden nog niet alle functionaliteiten van Obasi optimaal benut en is het, voor sommige gegevens of activiteiten, niet voor alle medewerkers volledig duidelijk wat waar door wie moet geschreven worden. **(TK)** Eenzelfde soort informatie kan soms niet genoteerd worden, of kan een neerslag op verschillende plaatsen krijgen, afhankelijk van de medewerker (discipline) of afdeling. Tijdens de dossiercheck op de afdelingen bevestigde de zoektocht naar sommige gegevens deze inconsistenties.
- Het patiëntendossier is voor wat betreft de disciplinegebonden neerslag van overleg, gesprek, onderzoek, observaties) toegankelijk voor alle hulpverleners die rechtstreeks bij de zorg voor de patiënt betrokken zijn. **(AV)**  
Op vlak van toegankelijkheid (leesrecht) van het EPD bestaat verbetermogelijkheid. **(TK)** Het medicatie-beheersysteem (Infomedic) is alleen toegankelijk voor verpleegkundigen, apotheker en artsen. ROM-resultaten kunnen enkel via de login van de psychologen bekeken worden.  
We bevelen aan om te bekijken hoe de ROM-projectmanager en de zorgmanagers, mits het respecteren van de regels betreffende confidentialiteit, een voor hun opdracht relevante toegang tot het EPD kunnen verkrijgen. **(Aanb)**
- Elke afdeling beschikt over een folder waarin de relevante aspecten over de werking worden toegelicht. **(AV)** We bevelen aan om voor het ziekenhuis een algemene informatiebrochure op te maken met daarin een beschrijving van de dienstverlening (o.a. hoe opname gebeurt), de inhoud van de aangeboden zorg (welke afdelingen voor welke doelgroepen er zijn), voldoende aandacht voor patiëntenrechten, klachtenprocedure en ombudsfunctie. **(Aanb)**
- Er is een aanbod van activiteiten 's avonds en tijdens weekends. **(AV)**

### 3.1.5 Processen

- In het ziekenhuis zijn er meerdere initiatieven om patiënten bij het beleid te betrekken **(SP)**: bv. participatie in de zorgstrategische planning, interviews met patiënten als bron voor de interne audit, resultaten van afdelingsspecifieke interne audits als bron in de zorgstrategische planning en het ziekenhuisbeleid, interviews ter voorbereiding van de opstart van dienst zorgvragen, Comité Hospitalier: ontmoetingsmoment directie en patiëntengroep binnen de cluster psychozorg, input van ervaringsdeskundigen bij initiatieven betreffende herstelgerichte zorg en vanaf 2019 participatie ervaringsdeskundige in het lokaal ethisch comité, jaarlijkse deelname aan de Vlaamse Patiëntenpeiling.  
Het ziekenhuis kon aantonen dat leefregels van afdelingen de voorbije 5 jaar door patiënten geëvalueerd werden.
- We bevelen aan om familie/naasten meer te betrekken bij het beleid van het ziekenhuis. Dit zit reeds geïntegreerd in het plan herstelondersteunende zorg dat opstart in 2019. We bevelen aan om afdelingsregels regelmatig te evalueren met familie/naasten. **(Aanb)**

Een aantal onderwerpen werden nagegaan via dossiersteekproeven:

- In 20 ingekeken dossiers (10 van elke campus) van patiënten die minstens 2 maanden waren opgenomen, werden er anamnesegegevens nagegaan (er werd gecontroleerd of er info werd genoteerd over (minderjarige) kinderen, info over middelengebruik, info over het medicatiegebruik voor de opname en info over somatische aandoeningen).  
In de 20 gecontroleerde dossiers werd in 17 dossiers informatie gevonden over kinderen in het gezin van de patiënt, in 18 dossiers informatie over middelengebruik, in 18 dossiers informatie over het medicatiegebruik voor opname en in alle 20 dossiers informatie over somatische problemen. **(AV)**
- In alle 20 gecontroleerde dossiers was een behandelplan (minimaal omschrijving werkhypothese en doelstellingen) aanwezig. **(AV)**
- In de gecontroleerde afdelingen is de verwachte termijn bij het opstellen van het behandelplan 2 weken.  
In 14 van de 20 dossiers werd deze doelstelling gehaald. Geen enkele afdeling scoorde opvallend beter of slechter dan een andere. **(AV)**  
In 6 dossiers werd de eigen doelstelling niet gehaald. **(TK)** De overschrijdende periodes tussen opname en opmaak eerste behandelplan bedroegen: 16d, 18d, 20d, 27d, 30d en 41d.
- Op de gecontroleerde afdelingen is de verwachte termijn voor de eerste evaluatie van het behandelplan 2 maanden.  
18 van de 20 gecontroleerde dossiers voldeden aan deze eigen vooropgestelde termijn. **(AV)**  
In 1 dossier werd de termijn met 5 dagen overschreden.  
In 1 dossier werd geen evaluatie van het behandelplan gevonden.
- De multidisciplinariteit van de eerste behandelplanevaluatie kon in 15 van de 19 dossiers vastgesteld worden. **(AV)**
- De patiënt wordt systematisch betrokken bij zijn behandelplan. **(AV)**

- De patiënt heeft inspraak bij de opmaak van het behandelplan. Van de 20 dossiers met een behandelplan, kon in 19 dossiers aangetoond worden dat de patiënt betrokken was bij de opmaak van het behandelplan.
- De patiënt heeft inspraak bij de evaluatie van het behandelplan. Van de 19 dossiers met een evaluatie van het behandelplan, kon in 17 dossiers aangetoond worden dat de patiënt betrokken was bij de evaluatie van het behandelplan.
- Er zijn in 17 van de 20 gecontroleerde dossiers datums van contacten in de voorbije maand met een psychiater genoteerd. Over alle contacten werden notities in het dossier gevonden. **(AV)**
- Er zijn in 19 van de 20 gecontroleerde dossiers datums van contacten in de voorbije maand met een psycholoog genoteerd. Over alle contacten werden notities in het dossier gevonden. **(AV)**
- Er werden in alle 20 gecontroleerde dossiers actuele individuele wekschema's gevonden die een overzicht geven van de geplande behandelingen. **(AV)** We bevelen aan om de geplande (individuele) gesprekken met psychiater of psycholoog ook op het patiëntgebonden wekschema de noteren. **(Aanb)**
- In minder dan de helft van de patiëntendossiers (8 van de 20) werden uitkomstenmonitoringgegevens gevonden. **(TK)**
- In 19 van de 20 gecontroleerde dossiers was informatie over de huisarts te vinden (de naam van de huisarts, het feit dat de patiënt geen huisarts heeft of geen toestemming geeft voor contactname met de huisarts). **(AV)**
- In 15 van de 19 gecontroleerde dossiers van patiënten met een huisarts kon aangetoond worden dat er communicatie was met de huisarts. **(AV)** Dossiers van patiënten die contact met de huisarts weigerden, werden niet gecontroleerd.
- In minder dan 75% van de gecontroleerde dossiers (13 van de 20) was de voorbije maand informatie genoteerd over gesprekken met de context (familie of naasten). **(TK)** Dossiers van patiënten zonder familie of naasten en dossiers van patiënten die bezwaar hadden tegen contact werden niet gecontroleerd.
- Er werden 20 dossiers (10 op elke campus) bekeken van patiënten die minstens een week op ontslag waren. In al deze 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 meerdere aspecten van het eigen handelen. **(AV)** Enkele voorbeelden illustreren dit:
  - Het ziekenhuis heeft zicht op de wachttijden voor opname op de verschillende afdelingen.
  - Er gebeuren systematische patiënttevredenheidsbevragingen.
  - De laatste medewerkerstevredenheidsmeting gebeurde in 2018.

- Het ziekenhuis verzamelt sinds kort cijfergegevens over uitkomstenmonitoring, maar het gebruik van deze data zit nog in de opstartfase. Op sommige afdelingen werd eerder al, niet systematisch, gebruik gemaakt van eigen meetinstrumenten.
- Er worden nog onvoldoende (cijfer)gegevens verzameld om een volledig zicht te hebben op het eigen handelen en zo alle processen en resultaten te kunnen bewaken, te kunnen evalueren en zo nodig bij te sturen. **(TK)**
  - Het ziekenhuis heeft onvoldoende zicht op de implementatie van gemaakte afspraken (bv. het aandeel dossiers met behandelplan en het behalen van de verwachte termijn, frequentie van evaluatie van behandelplan, frequentie van multidisciplinaire patiëntenbesprekingen, aandeel patiëntbetrokkenheid bij behandelplannen, frequentie van patiëntencontacten van de verschillende teamleden, inbreng van de context,...)
  - Het ziekenhuis heeft via een steekproef een gedeeltelijk zicht op het (tijdig) versturen van ontslagbrieven, maar het beschikt niet over cijfergegevens die een volledig beeld geven over het versturen van ontslagbrieven. Bovendien is er ten aanzien van de ontslagbrief geen expliciete verwachting. Het is noodzakelijk om de termijn voor versturen van een ontslagbrief SMART te formuleren, de minimale inhoud te bepalen, en deze verwachtingen bindend te maken door goedkeuring in het directiecomité en in de Medische Raad.
- De beschikbare (cijfer)gegevens worden benut om processen en resultaten te evalueren en verbeterpunten te detecteren. **(AV)** Het ziekenhuis kon, voor het thema behandeling, verschillende overlegverslagen alsook verbeteractiviteiten en projecten aantonen binnen onderstaande domeinen:
  - Verbetervoorstellen op basis van klachtelelementen.
  - Verbeteracties op basis van tevredenheidsmetingen bij patiënten of verwijzers.
  - Verbeteracties op basis van tevredenheidsmetingen bij medewerkers.
  - Eerste besprekingen met analyse van uitkomstenmetingen (gedeeltelijk).
  - Gebruik van de resultaten van interne audits.
  - Acties volgend op de monitoring van verschillende indicatoren.
- Er bestaat nog verbetermogelijkheid om de beschikbare (cijfer)gegevens beter te benutten om processen en resultaten te evalueren en verbeterpunten te detecteren. **(TK)**
  - Het ziekenhuis kan niet aantonen dat beschikbare cijfergegevens systematisch besproken worden op niveau van de afdelingen.
  - Terugkoppeling van outcome-monitoring die leidt tot feedbackgestuurde zorg. **(Aanb)**

We merken hierbij op dat het ziekenhuis door de verdere implementatie van het ROM-project een antwoord wil bieden op deze lacunes.

### 3.1.7 Samenvatting

De verwachtingen betreffende het behandeltraject zijn uitgeschreven. Een aantal aspecten hierin kunnen nog beter geëxpliciteerd worden. Het optimale gebruik van het nieuwe EPD Obasi moet verder gestimuleerd worden door het uitschrijven van gedetailleerde afspraken en vorming voor de medewerkers. Het ziekenhuis kan

vervolgens de correcte naleving van de afspraken rond het behandeltraject cijfermatig monitoren en desgevallend bijsturen.

Uit de dossiersteekproeven bleek dat de praktijk rond behandeling over het algemeen goed verloopt. In alle gecontroleerde dossiers werd een behandelplan gevonden en in een meerderheid van de dossiers was dit behandelplan ook geëvalueerd. Ook de gezochte anamnestiche gegevens konden in bijna alle dossiers getoond worden. Therapeuten noteren hun activiteiten en observaties in het EPD, maar niet steeds op eenzelfde plaats wat het terugvinden van deze notities kan bemoeilijken.

De participatie van patiënten aan beleidsmatige aspecten van het ziekenhuis en de cluster/afdeling is opvallend. Patiënten worden ook betrokken bij de opmaak en evaluatie van hun eigen behandelplan.

De aantoonbare betrokkenheid van de context (familie/naasten) is eerder beperkt.

De procedure betreffende de opmaak en het versturen van ontslagbrieven moet verfijnd worden. De aanwezigheid van een ontslagbrief werd aangetoond in alle gecontroleerde dossiers, maar omdat de verwachte termijn voor het versturen niet bepaald is, kan het ziekenhuis op dat aspect geen zicht verwerven.

Het ziekenhuis verzamelt heel wat cijfers om een beeld te krijgen van de eigen werking. De beschikbare gegevens worden ook besproken en leiden tot concrete verbeteracties.

De verdere uitrol van het ROM-project zal een meerwaarde betekenen op het vlak van objectivering van de behaalde resultaten binnen het therapeutisch gebeuren. Analyse van de data kan bijdragen tot een onderbouwde verbetering van de behandelingen, zowel voor de verschillende doelgroepen als voor de individuele patiënten (feedback gestuurde zorg).



## 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)**
  - Richtlijnen vrijheidsbeperkende maatregelen en agressiebeheersingsbeleid
  - Protocol afzonderen
  - Protocol fixatie
  - Beleidsdocument PTV-technieken
  - Protocol dwangmedicatie en medicamenteuze fixatie
  - Handleiding voor fixatie op De Kedron
- Volgende gezochte elementen zijn beschreven in de procedure voor afzondering/separatie: **(AV)**
  - De definitie van afzondering
  - De definitie van separatie
  - Afzondering/separatie gebeurt zo weinig mogelijk
  - Afzondering/separatie gebeurt zo kort mogelijk
  - Indicaties
  - Alternatieven
  - Eindverantwoordelijkheid van de arts binnen de zorgelijke voor afzondering/separatie
  - Wie mag uitvoeren
  - Toezicht tijdens afzondering/separatie
  - Frequentie van evaluatie van de maatregel
  - Welke notities in het dossier / register
- Het ziekenhuis geeft aan dat mechanische fixatie tijdens afzondering gebruikt wordt op volgende afdelingen: Crisiszorg, De Steiger en Fioretti. **(AV)**
- Mechanische fixatie wordt niet alleen tijdens afzondering toegepast, maar ook buiten de afzonderingskamer op afdelingen De Kedron en afdeling De Steiger: 3-punts en 5-puntsfixatie in bed, geriatrische stoel, verpleegdeken, voorzettafel, relaxzetel met broekjesriem en bedsponden. **(AV)**
- Volgende elementen zijn beschreven in de procedure voor fixatie: **(AV)**
  - De definitie van fixatie
  - Fixatie gebeurt zo weinig mogelijk
  - Fixatie gebeurt zo kort mogelijk

- Indicaties
  - Alternatieven
  - Eindverantwoordelijkheid binnen de zorgelijke voor fixatie
  - Wie mag uitvoeren?
  - Toezicht: frequentie en vorm
  - Frequentie van evaluatie van de maatregel
  - Welke notities in het dossier
- In de onthaalbrochures van de afdelingen staat informatie over VBM voor patiënten. **(AV)**  
Hierin staat niet vermeld dat afzondering gepaard gaat met een afgesloten deur. **(TK)**  
Afdeling De Kedron heeft een aparte brochure over mechanische fixatie bij kwetsbare personen. **(SP)**
  - Het ziekenhuis heeft specifieke informatie voor gedwongen opnames: zowel voor gedwongen opgenomen patiënten als voor hun familie geeft de brochure "van gedwongen opname tot nazorg" informatie over de procedure en hun rechten. **(AV)**
  - Volgende beleidsteksten en procedures over agressiebeleid zijn uitgewerkt: **(AV)**
    - Richtlijnen vrijheidsbeperkende maatregelen en agressiebeheersingsbeleid
    - Beleidsdocument "Geweldloos omgaan met agressie: GOMA"
    - Procedure: Agressie: registratie EPD – Melden incidenten
    - Procedure: Aanvragen interventiedienst
    - Protocol: Signaleringsplannen
    - Procedure: Schokkende gebeurtenissen
  - De beleidsteksten betreffende omgang met agressie bevatten alle gezochte elementen. **(AV)**
  - Het agressiebeleid beschrijft wanneer een agressie-risicoinschatting moet gebeuren: "Tijdens de onthaalfase van de patiënt en zijn context moeten de risicofactoren waaronder agressie in beeld gebracht worden. Dit moet genoteerd worden in het EPD onder het luik "opnamegegevens – psychisch functioneren". De risico-inschatting moet vervolgens regelmatig geëvalueerd worden op teambespreking en genoteerd worden onder het luik "Trajectplan – Team – Besluiten". **(AV)**
  - Binnen het agressiebeleid maakt het ziekenhuis gebruik van signaleringsplannen die volgens het protocol signaleringsplannen "kunnen worden opgesteld bij patiënten die in het verleden geweld hebben gebruikt (naar zichzelf, anderen of materiaal)". **(AV)**
  - Het signaleringsplan dat in het ziekenhuis gebruikt wordt omvat de gezochte aspecten (omschrijving van signalen, acties voor de patiënt, acties voor de omgeving of hulpverleners) en moet samen met de patiënt opgesteld worden. **(AV)**

### 3.2.3 Medewerkers

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

Afdeling	Weeknacht	Weekenddag	Weekendnacht
Crisis zorg	2	3	2
Vadem	1	2	1
Wadis	1	2	1
Opname 3	1	2	1
De Kedron	1	2	1
De Steiger	1	3	1

- In geval van nood kan volgens de medewerkers per campus volgende extra hulp opgeroepen worden op de afdelingen: overdag van alle afdelingen minstens 1 medewerker en 's nachts van alle afdelingen minstens 1 medewerker en de mobiele waak. Er zijn in totaal (op alle afdelingen) steeds minstens 3 personen beschikbaar binnen 15 minuten. Er is steeds minstens 1 verpleegkundige beschikbaar. **(AV)**
- Tijdens de inscholing van nieuwe zorgmedewerkers komt omgaan met agressie en vrijheidsbeperkende maatregelen aan bod. **(AV)** Twee keer per jaar wordt een vorming GOMA (geweldloos omgaan met agressie) georganiseerd. Deze neemt twee dagen in beslag en is verplicht te volgen tijdens het eerste jaar van de tewerkstelling.
- Ook zorgmedewerkers die al langer in dienst zijn moeten verplicht om de drie jaar een terugkomnamiddag GOMA volgen. Deze namiddagen worden 4 à 5 keer per jaar georganiseerd. Daarnaast moeten alle zorgmedewerkers 2 keer per jaar de PTV-opleiding volgen. Deze wordt twee keer per jaar georganiseerd. De PTV-trainers (interne referentiemedewerkers) volgen verplicht één keer per jaar (6u) opleiding. Aan onthaalmedewerkers, medewerkers van de huishoudelijke dienst, technische dienst en tuindienst en vrijwilligers wordt de GOMA-opleiding ook (een of twee keer per jaar) aangeboden. Dit is niet verplicht maar er is grote belangstelling. **(AV)**
- De opleiding i.v.m. signaleringsplannen wordt één keer per jaar voor alle zorgmedewerkers georganiseerd en is niet verplicht. **(AV)**
- Alle verpleeg- en zorgkundigen van afdelingen De Steiger, De Kedron en Crisiszorg volgen verplicht twee keer per jaar de heropfrissingscursus fixatietechnieken. Hiervoor worden op deze afdelingen verschillende vormingsmomenten voorzien door de referentiepersonen van de afdeling. **(AV)**
- De voorbije twee jaar volgde meer dan 75% van de medewerkers een vorming rond omgaan met agressie en VBM. **(AV)** Ten aanzien van artsen werden recent verwachtingen opgesteld en vorming gepland. **(AV)**
- Het ziekenhuis heeft een gefaseerd aanbod om personeelsleden op te vangen na ernstige incidenten, namelijk: in eerste instantie is de leidinggevende de spilfiguur om de vinger aan de pols te houden en

heeft hiertoe ook ondersteunende richtlijnen. Hij wordt hierbij centraal ondersteund door de stafmedewerker HR. In tweede instantie is er de zorgmanager die eerstdaags na het incident langs gaat op de afdeling om het team te beluisteren en bijkomend te ondersteunen. Indien er ingeschat wordt dat de impact groot is, kan de leidinggevende externe ondersteuning inschakelen voor een groepsgebesprek (arbeidsgeneeskundige dienst) en mogelijke verdere begeleiding inschakelen voor de getroffen(e)n. Na de periode van eerste opvang, zal bij patiëntveiligheidsincidenten met een grote impact (vaak het geval bij agressie) het centrale analyseteam ondersteuning bieden aan het afdelingsteam een methodische analyse en de daaruit voortvloeiende verbeteracties. Een en ander staat beschreven in de procedure 'Schokkende gebeurtenissen'. **(AV)**

- Het afgelopen jaar werd er 6 keer een beroep gedaan op de arbeidsgeneeskundige dienst specifiek in functie van de opvang na agressie-incidenten. **(AV)**

### 3.2.4 Middelen

- Er zijn 4 gesloten afdelingen: Crisiszorg, De Steiger, De Kedron en Fioretti. Op afdeling Wadis kan een deel van de afdeling (10 bedden) gesloten worden indien nodig ("deur op maat"). Ook op Opname 3 is een deel van de afdeling gesloten. **(AV)**
- Er zijn 8 afzonderingskamers in het ziekenhuis, op volgende afdelingen: **(AV)**

Naam afdeling	Aantal afzonderingskamers
Crisiszorg	3
Vadem	1 *
De Steiger	3
Fioretti	1

\* medewerkers van het ziekenhuis geven aan dat deze enkel gebruikt wordt door de afdeling crisiszorg indien nodig

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

Naam afdeling	Aantal eenpersoonskamers	Aantal tweepersoonskamers	Aantal meerpersoonskamers (>2)	Aantal time-outkamers / comfortrooms	Andere infrastructuurmogelijkheden
Crisiszorg	18	1	0	1 comfortroom	1 rooming in kamer
Wadis	14	7	0		
Vadem	15	8	0		Ontspanningsruimte, tuin
Motu	0	8	2		-
Opname 3	35	2	0	1 rustkamer	
De Kedron	14	8	0	1 extra 1 persoonskamer om tot rust te komen	Aparte rustige zithoek

De Steiger	33	1	0	In gebruik: 1 beveiligde kamer; In opbouw: 2 beveiligde kamers, 1 herstelkamer en 1 comfortroom	
Fioretti	15	0	0	2 comfortrooms + 2 herstelkamers	

- Er werden tijdens de inspectie 6 afzonderingskamers bezocht op de afdelingen De Steiger, Vadem en Crisiszorg (1 afzonderingskamer van afdeling Crisiszorg was in gebruik op het moment van inspectie en afdeling Fioretti werd niet bezocht). Er werden geen problemen i.v.m. de infrastructuur vastgesteld. **(AV)**
- Er werd tijdens de inspectie 1 andere ruimte voor gebruik met afgesloten deur bezocht op de afdeling De Steiger: een beveiligde kamer. Een beveiligde kamer is een gewone patiëntenkamer met camera, waar het bed en de tafel verankerd zijn in de vloer en waar de kasten afgesloten kunnen worden. Deze ruimte is niet in orde qua veiligheid inzake automutilatie/verhanging (klink aan de deur van de sanitaire cel, gewoon bed dat niet gesloten is tot de grond); er is ook geen klok aanwezig in de ruimte. **(TK)**
- Separatie gebeurt in de patiëntenkamers. Wanneer we ervan uitgaan dat afzondering en separatie enkel mogen toegepast worden in gevaarsituaties en in een beveiligde omgeving, dan is bij separatie in een patiëntenkamer niet voldaan aan de basisvoorwaarden op het vlak van veiligheid (de kamer is niet veilig ingericht en er is geen toezicht via camera/kijkvenster mogelijk). **(TK)**

### 3.2.5 Processen

- Er werden 10 registraties en bijhorende patiëntendossiers ingekeken van patiënten in afzondering (met een totale duur van 151u 16min). **(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:
  - De redenen voor afzondering waren in alle gecontroleerde dossiers omstandig omschreven. **(AV)**  
In het elektronisch afzonderingsregister kan als reden uit een standaardlijst een categorie aangeduid worden; daarnaast wordt in het luik "beschrijving" en in het luik "observaties" de reden voor afzondering omstandig omschreven. **(AV)**
  - In 9 van de 10 gecontroleerde dossiers kon aangetoond worden dat afzondering gebeurde op basis van een gevaarsituatie (acuut en ernstig gevaar voor zichzelf of anderen). **(AV)**
  - In 1 van de 10 gecontroleerde dossiers was een andere reden dan acuut en ernstig gevaar de reden tot afzondering (preventieve maatregel: intoxicatie, wankel op de benen en gevaar om van de trap te vallen). **(TK)**

- Er werd gekeken naar het toezicht tijdens afzondering: **(TK)**
  - Bij geen van de 10 afzonderingen (die langer dan 30 minuten duurden) kon aangetoond worden dat er minstens om de 30 minuten visueel toezicht is op de patiënt.  
9 periodes zonder notities over visueel toezicht waren zelfs langer dan 60 minuten, met een maximale duur van 4 uur zonder notities over toezicht.
  - Bij 9 van de 10 afzonderingen (die langer dan 60 minuten duurden) kon niet aangetoond worden dat er minstens om de 60 minuten een medewerker binnen gaat bij de patiënt in afzondering.  
20 periodes zonder notities over binnengaan waren zelfs langer dan 120 minuten, met een maximale duur van 14 uur zonder notities over binnengaan. Het ging hierbij vooral om periodes tijdens de nacht.
  - 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).
  
- In minder dan 75% van de gecontroleerde dossiers (4 van de 10) waren er notities die aantonen dat er systematisch persoonlijk contact van de arts is met elke patiënt in afzondering. **(TK)**
  
- In alle afzonderingen langer dan 24u waren er notities over dagelijks contact van de patiënt met een arts. **(AV)**
  
- Er werden 5 registraties en bijhorend patiëntendossier ingekeken van 1 patiënt in separatie (met een totale duur van 44u 30min). **(AV)**  
Alle gecontroleerde registraties bevatten de wettelijk verplichte gegevens (identificatie van de patiënt, datum, begin- en einduur van separatie, reden van separatie, naam of handtekening van de verantwoordelijke arts en verpleegkundige). **(AV)**
  
- Er werd gekeken naar de redenen voor separatie in de gecontroleerde registraties:
  - De redenen voor separatie waren in alle gecontroleerde dossiers omstandig omschreven. **(AV)**
  - In de 5 gecontroleerde registraties (van eenzelfde patiënt) bleek de keuze voor separatie bij deze patiënt een doordachte keuze als alternatief voor afzondering in de afzonderingskamer. De maatregel werd uitvoerig besproken en regelmatig geëvalueerd in team en werd ook besproken met de patiënt, die akkoord ging met de maatregel. Separatie gebeurde ook niet standaard elke nacht en er werden verschillende alternatieven uitprobeerde. **(AV)**
  
- Er werd gekeken naar het toezicht tijdens separatie: **(TK)**
  - Bij 2 van de 5 separaties (die langer dan 30 minuten duurden) kon niet aangetoond worden dat er minstens om de 30 minuten visueel toezicht is op de patiënt.  
1 periode zonder notities over visueel toezicht was zelfs langer dan 60 minuten: 1,5 uur.
  - Bij 1 van de 5 separaties (die langer dan 60 minuten duurden) kon niet aangetoond worden dat er minstens om de 60 minuten een medewerker binnen gaat bij de patiënt in separatie.
  
- In minder dan 75% van de gecontroleerde dossiers (2 van de 5) waren er notities die aantonen dat er systematisch persoonlijk contact van de arts is met elke patiënt in separatie. **(TK)**

- Het ziekenhuis geeft aan dat volgende controles gebeuren: kamercontrole, bagagecontrole, drugscreening. De werkwijze van deze controles is beschreven in procedures. **(AV)**
- Om de praktijk van het agressiebeleid te toetsen, werden 27 dossiers ingekeken van patiënten die minstens een week opgenomen waren. In 20 gevallen was er een agressierisico-inschatting bij opname aanwezig. **(AV)**
- Aangezien het ziekenhuisbrede agressiebeleid voorschrijft dat een risico-inschatting regelmatig geëvalueerd moet worden tijdens een teambespreking (iedere patiënt wordt om de 5 à 6 weken multidisciplinair besproken) werd ook nagegaan of dit gebeurde tijdens de laatste teambespreking van de patiënt voor de inspectie. In 25 van de 27 dossiers werd een risico-inschatting gevonden, gemaakt tijdens de laatste teambespreking. **(SP)**
- In 5 dossiers van de 27 ingekeken dossiers was er een signaleringsplan opgemaakt. Er kon aangetoond worden dat signaleringsplannen opgesteld werden samen met de patiënt en volgende aspecten bevatten: omschrijving van signalen, acties voor de patiënt en acties voor zijn omgeving of de hulpverlening. **(AV)**

### 3.2.6 Resultaten

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

Aantal afzonderingen/separaties	492
Aantal patiënten afgezonderd/gesepareerd	197
Aantal afzonderingen met fixatie	4
Aantal mechanische fixaties	150 (tot november 2018)
Aantal agressie-incidenten	63 (van 1/1/2018 tot 6/11/2018 in Regas)
Aantal analyses van agressie-incidenten	27
Arbeidsongevallen door agressie-incidenten	20

- Sinds de opstart van Obasi heeft men d.m.v. de geregistreerde cijfergegevens zicht op: **(AV)**
  - Aantal afzonderingen/separaties
  - Aantal patiënten afgezonderd/gesepareerd
  - Aantal patiënten met gedwongen statuut in afzondering
  - De reden van afzondering/separatie
  - De duur van een afzondering/separatie in uur
  - Het tijdstip van afzondering/separatie: dag of nacht
  - Aantal afzonderingen met interventie van de noodploeg/politie
  - Betrokkenheid van de arts bij het besluit tot afzondering/separatie
  - Het gebruik van mechanische fixatie tijdens afzondering
  - Leeftijd van de patiënt in afzondering
  - Geslacht van de patiënt in afzondering



- Er gebeurde in 2018 een interne audit over de kwaliteit van de registraties over afzonderingen. **(SP)**
- Volgende bemerkingen kunnen gemaakt worden over de aangeleverde cijfers: **(TK)**
  - Discontinue afzonderingen (afzonderingen waarbij de patiënt op verschillende momenten in de leefgroep mag verblijven) worden soms als 1 afzondering geteld, waardoor het aantal afzonderingen een onderschatting is en de gemiddelde duur van afzondering een overschatting.
  - Bij controle van de afzonderingsregisters bleek dat het beginuur van afzondering soms verschillend was van het beginuur van de registraties van het toezicht (eerste registratie van toezicht vroeger dan beginuur van afzondering of omgekeerd). Het is daardoor niet duidelijk of de duur van afzondering in het analyserapport correct is.
  - Men heeft sinds de opstart van Obasi tijdelijk geen zicht op het aantal patiënten die mechanisch gefixeerd werden of op de gemiddelde duur van mechanische fixatie.
- Er worden onvoldoende (cijfer)gegevens verzameld om een volledig zicht te hebben op het eigen handelen en zo de processen en resultaten van het agressiebeleid te kunnen bewaken, te kunnen evalueren en zo nodig bij te sturen. **(TK)**
  - Niet alle agressie-incidenten worden op structurele wijze (bv. het via incidentmeldsysteem) geregistreerd. Er is een onderregistratie.
  - Sinds het gebruik van OBASI (26/11/2018) zijn er nog geen rapporten met details (aantal en aard van) over agressie-incidenten beschikbaar op:
    - Ziekenhuisniveau
    - Afdelingsniveau
- De (cijfer)gegevens worden benut om processen en resultaten te evalueren en verbeterpunten te detecteren. **(AV)**
  - In 2018 werd een analyserapport over VBM opgemaakt.
  - Het ziekenhuis kan aantonen dat de cijfers rond afzondering, separatie, mechanische fixatie en agressie-incidenten besproken worden op niveau van de Raad van Bestuur, op niveau van directie en op niveau van de afdelingen.
  - In 2018 werd een analyse over agressie-incidenten opgemaakt.
- Verschillende verbeteracties werden opgezet voor gekende verbeterpunten: **(AV)**
  - Het vormingsaanbod werd volledig herwerkt en uitgebreid
  - Het oprichten van een werkgroep signaleringsplannen
  - Afbouw van het aantal afzonderingskamers (van 14 naar 8) en opbouw alternatieve ruimtes (herstelkamer, comfortroom, beveiligde kamer)
  - Interne audit rond toepassing procedures afzondering

### 3.2.7 Samenvatting

De procedures voor afzondering en fixatie bevatten alle gezochte elementen en zijn inhoudelijk in lijn met de richtlijnen.

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

- 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).
- Er zijn niet steeds om het half uur notities over het toezicht op de patiënt in afzondering en separatie.
- Er wordt niet steeds frequent genoeg binnengegaan in de afzonderingskamer.

Er werd een analyserapport opgemaakt per afdeling met tal van gegevens. Deze (cijfer)gegevens worden benut om processen en resultaten te evalueren en verbeterpunten te detecteren, en worden besproken op de verschillende niveaus binnen de organisatie.

Verschillende verbeteracties werden opgezet voor gekende verbeterpunten.

## 3.3 THEMA DETECTIE EN BEHANDELING VAN SUÏCIDAAL GEDRAG

### 3.3.1 Situering

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

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

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

### 3.3.2 Beleid

- Het ziekenhuis beschikt over een uitgeschreven ziekenhuisbreed suïcidepreventiebeleid. **(AV)**  
Dit beleid staat beschreven in volgend document: Protocol Suïcidepreventie.  
Dit 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 of suïcidepoging 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 wordt.
  
- Volgens het "Protocol Suïcidepreventie" moet(en) **(AV)**
  - Het suïciderisico bij elke patiënt ingeschat worden op moment van opname door de begeleider verantwoordelijk voor de opname. Daarnaast moet tijdens de eerste dag van de opname de arts het risico op suïcide herevalueren.
  - Acties ondernomen worden indien een verhoogd suïciderisico ingeschat wordt. Volgende acties bij een matig of verhoogd risico zijn o.a. beschreven: gebruik van signaleringsplannen, verhoogd contact, arts verwittigen, neurobiologische interventies, online tools aanreiken ... .

- De systematische (her)evaluatie van het suïciderisico moet gebeuren bij kritische momenten in de behandeling (bv. transitiemomenten), in crisissituaties en bij onverwachte veranderingen in het klinisch beeld.
- Volgende aspecten ontbreken in het suïcidepreventiebeleid: **(TK)**
  - De nood aan een inhoudelijke argumentatie voor de risico-inschatting (gewogen besluitvorming uit de MDR).

### 3.3.3 Medewerkers

- Tijdens de inscholing van nieuwe medewerkers komt het suïcidepreventiebeleid aan bod. **(AV)** Sinds januari 2019 moet elke nieuwe medewerker verplicht de basisvorming volgen a.d.h.v. de e-learning modules van VLESP.
- Van januari 2016 tot maart 2018 werd in het P.C. Dr. Guislain de tweedaagse training "Hoe spreken over suïcidaliteit helpt: omgaan met suïcidaliteit van cliënten in de geestelijke gezondheidszorg - psychiatrie" 25 keer georganiseerd voor de medewerkers in de zorg voor volwassenen en ouderen. In 2018 volgden de medewerkers in de zorg voor kinderen en jongeren de basisvorming suïcidepreventie, gegeven door het CGG Eclips. **(AV)**
- Tegen juni 2019 zullen er per doelgroep (volwassenen, ouderen, jongeren) interne trainers opgeleid zijn om de basisvorming suïcidepreventie te geven. **(AV)**
- De opleiding i.v.m. signaleringsplannen wordt één keer per jaar voor alle zorgmedewerkers georganiseerd en is niet verplicht. **(AV)**
- Daarnaast worden op afdelingen intervisiemomenten voorzien zodat hulpverleners die geconfronteerd worden met suïcidale personen hun ervaringen kunnen bespreken met collega's. **(AV)**
- Van alle zorgmedewerkers wordt verwacht dat ze om de 3 jaar een vorming over suïcidepreventie (e-learning tool SP-reflex van het VLESP en een doelgroepspecifieke verdiepende sessie) volgen. Meer dan 75% van de zorgmedewerkers volgde de voorbije 3 jaar een vorming over suïcide. Op één na volgden alle artsen de online vormingsmodules SP-reflex van het VLESP. **(AV)**

### 3.3.4 Middelen

- Het ziekenhuis heeft zicht op de risico's qua veiligheid op vlak van infrastructuur: er gebeurde in april 2019 een veiligheidsronde van alle afdelingen. Eenvoudig op te lossen knelpunten werden reeds aangepakt. **(AV)**
- Medewerkers hebben een duidelijk overzicht van patiënten met een verhoogd suïciderisico via het startscherm van het elektronisch dossier: naast elke patiëntnaam staat het ingeschatte suïciderisico (met bijhorende kleurcode). In hetzelfde overzicht is met een uitroepingsteken ook aangeduid of voor de betreffende patiënt een signaleringsplan werd opgesteld. **(SP)**

### 3.3.5 Processen

- Er werden 26 dossiers bekeken van patiënten die minstens een maand opgenomen waren. In alle dossiers werd een suïciderisico-inschatting gevonden. **(AV)**
- In 22 van de 26 gecontroleerde dossiers vonden we een eerste suïciderisico-inschatting binnen de week na opname. **(AV)** In 25 dossiers was er in de laatste maand voor de inspectie een herevaluatie (verschillend van de eerste) terug te vinden. **(AV)**
- Bij 14 van de 26 risico-inschattingen was deze inschatting inhoudelijk onderbouwd. **(TK)**
- In 3 van de 26 dossiers was een verhoogd risico genoteerd, waarbij in al deze gevallen acties (signaleringsplan opgesteld, verhoogd toezicht om de 30 minuten, beperkt materiaal op de kamer, wekelijkse bevraging door psycholoog, extra consult bij psychiater, ...) gekoppeld waren. **(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 inschatting van het suïciderisico.
  - Aantal patiënten met een verhoogd suïciderisico.
  - Aantal patiënten onder verhoogd toezicht.
  - Aantal patiënten met een suïcidepoging tijdens de behandeling (intra muros en extra muros)
  - Aantal suïcides tijdens de behandeling (intra muros en extra muros).
  - Aantal incidentanalyses van suïcidepogingen.
- De (cijfer)gegevens worden benut om processen en resultaten te evalueren en verbeterpunten te detecteren. **(AV)**
  - Het ziekenhuis kan aantonen dat de cijfers rond suïcidebeleid besproken worden op niveau van de directie, niveau van de Raad van Bestuur en op niveau van de afdelingen.
  - Het ziekenhuis doet een uitgebreide methodische incidentanalyse van alle suïcidepogingen. In 2018 waren dit er 5.
- Verbeteracties worden opgezet voor gekende verbeterpunten. Voorbeelden hiervan zijn aanpak van knelpunten uit veiligheidsrondes, de verfijning en implementatie van het protocol, oprichten Werkgroep Signaleringsplannen, ... **(AV)**

### 3.3.7 Samenvatting

Het ziekenhuis is sinds enige tijd bezig met het aanpassen van het beleid inzake suïcidepreventie. Er gebeurde recent een analyse van de infrastructurele risico's op een aantal afdelingen en deze worden ook aangepakt.

Uit de dossiercontrole bleek dat bijna in alle dossiers initiële risico-inschattingen, herevaluaties en bijhorende acties werden gevonden. Bij patiënten met een verhoogd risico worden systematisch de nodige acties ondernomen. De inhoudelijke argumentatie voor de risico-inschatting (gewogen besluitvorming uit MDR) kan evenwel beter.

De voorbije jaren werden verschillende verbeteracties opgezet voor gekende verbeterpunten.