

DEPARTEMENT
WELZIJN
VOLKSGEZONDHEID &
GEZIN

Zorginspectie
Koning Albert II-laan 35 bus 31
1030 Brussel
T 02 553 34 34
F 02 553 34 35
www.departementwvg.be
www.zorginspectie.be

////////////////////////////////////

BELEIDSRAPPORT

VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN BIJ KINDEREN EN JONGEREN IN
KINDERPSYCHIATRISCHE AFDELINGEN VAN ALGEMENE EN PSYCHIATRISCHE
ZIEKENHUIZEN

////////////////////////////////////

COLOFON

Verantwoordelijke uitgever

Karine Moykens, Secretaris-generaal
Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Koning Albert II-laan 35 bus 30
1030 Brussel

Samenstelling

Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin
Zorginspectie

Depotnummer

D/2017/3241/289

Uitgave

oktober 2017

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	5
2.	Managementsamenvatting	7
3.	Definities	11
4.	Referenties.....	13
5.	Uitgangspunten	15
6.	Doelgroep	17
7.	Inspectiemethodiek	18
7.1	Vorbereiding.....	18
7.2	Plaatsbezoeken.....	18
7.3	Inspectieverslagen.....	18
7.4	Beleidsrapport	19
8.	Bezochte afdelingen	20
9.	Preventief beleid.....	23
9.1.	De-escalatie	24
9.1.1	Gebruik van signaleringsplannen.....	24
9.1.2	Infrastructuur.....	27
9.1.3	Personeel	29
9.1.4	Debriefing	34
9.1.5	Psycho-educatie.....	36
9.2.	Patiëntenervaringen	37
9.2.1	Contact met de buitenwereld.....	37
9.2.2	Informereren.....	38
9.2.3	Metten van ervaringen van patiënten	41
9.3.	Betrokkenheid van patiënten	42
9.3.1	Betrokkenheid bij het eigen behandelplan	42
9.3.2	Beleidsbetrokkenheid	45
10	Vrijheidsbeperkende maatregelen	47
10.1	Onvrijwillige opnames	49
10.2	Afdelingsregels	51
10.3	Afzondering en separatie	54
10.3.1	Cijfers en procedure	54
10.3.2	Afzondering en separatie in de praktijk.....	62
10.3.3	Infrastructuur van de afzonderingsruimte	69

10.4	Fixatie	73
11	Verbeterbeleid.....	83
11.1	Verzamelen van gegevens.....	83
11.2	Analyse van cijfermateriaal en evaluatie van het gevoerde beleid	85
12	Conclusies	90
13	Aanbevelingen	93



1. INLEIDING

In meerdere sectoren waarbinnen Zorginspectie toezicht uitoefent, worden de inspecteurs geregeld geconfronteerd met het gebruik van allerlei vormen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Dergelijke maatregelen hebben een grote impact op de kwaliteit van leven van diegene op wie ze worden toegepast. Daarnaast houden deze maatregelen ook risico's in voor betrokken medewerkers, die bovendien gevolgen kunnen ervaren van het uitvoeren van dergelijke handelingen. Het is dan ook niet te verwonderen dat rond dit thema een grote maatschappelijke bekommernis bestaat, met regelmatige belangstelling in de actualiteit.

Ondermeer omwille van deze redenen koos minister Vandeuren ervoor om in zijn beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin 2015-2016 een concrete actie hierrond op te nemen: "Met betrekking tot vrijheidsberovende maatregelen zal een thematische inspectie opgezet worden in de verschillende betrokken sectoren." In uitvoering hiervan koos Zorginspectie voor een **sectoroverschrijdende inspectieronde** die over meerdere jaren zal uitgerold worden. Deze inspectieronde focust niet enkel op vrijheidsberovende maatregelen (gedefinieerd als het ontnemen van iemands bewegingsvrijheid, bv. door af te zonderen of te fixeren), maar wil het onderwerp verbreden naar vrijheidsbeperkende maatregelen (nl. alle (therapeutische) maatregelen die een beperking van iemands keuzevrijheid en/of bewegingsvrijheid inhouden, inclusief beperkingen qua contact met de buitenwereld).

Bij de uitwerking van de inspectieronde 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).

Het gebruik van vrijheidsbeperking omhelst zo'n breed spectrum aan praktijken dat het momenteel nog niet mogelijk is om dit geheel te vatten in eenzelfde inspectie-instrument voor alle sectoren. Daarom maakte Zorginspectie een kernset aan onderwerpen op, die moeten toelaten om op hoofdlijnen een sectoroverstijgend beeld te schetsen van het gebruik van vrijheidsbeperking, aangevuld met vaststellingen uit de sectorspecifieke benaderingen. Hieronder de grote lijnen van deze kernset:

- Wat houdt de aanpak van de organisatie inzake het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen in? Wordt ingezet op preventie van vrijheidsbeperkende maatregelen?
- Op welke manier wordt de gebruiker betrokken bij het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen?
- Hoe worden medewerkers ondersteund bij het voorkomen van en het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen?
- Laat de infrastructuur toe om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen in een voor de gebruiker veilige omgeving?
- Wordt de praktijk rond het voorkomen en het gebruik van vrijheidsbeperkende maatregelen ondersteund door een transparante kwaliteitszorg?
- Wordt het beleid op vlak van vrijheidsbeperkende maatregelen op een professionele manier geëvalueerd door de organisatie?

Het meerjarenplan binnen de thematische sectoroverschrijdende inspectieronde ziet er als volgt uit.

- In een eerste fase richten we ons op de doelgroep minderjarigen in psychiatrische afdelingen van algemene en psychiatrische ziekenhuizen.
- In volgende fases zal Zorginspectie het thema vrijheidsbeperkende maatregelen opnemen of verder uitdiepen binnen het toezicht in andere zorgvormen (jeugd- en gehandicaptenzorg, volwassenen-psychiatrie,...).

Via deze sectoroverschrijdende inspectieronde wil Zorginspectie een bijdrage leveren en een stimulans geven aan een breed te voeren kwaliteitsbeleid ten aanzien van vrijheidsbeperkende maatregelen.

Voorliggend beleidsrapport handelt over de eerste fase van de thematische sectoroverschrijdende inspectieronde, met name de inspecties in kinderpsychiatrische diensten in algemene en psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen. Hierbij werden ook de afdelingen voor forensische kinderpsychiatrie bezocht, waar jongeren worden opgenomen die vanuit een complexe psychiatrische problematiek grensoverschrijdend of delictgedrag vertonen.

Voorafgaand aan deze inspecties in kinderpsychiatrie formuleerden we volgende doelstellingen:

- zicht krijgen op dit belangrijk deelaspect van de kwaliteit van zorg;
- knelpunten objectiveren;
- nagaan welke good practices inspirerend kunnen werken;
- de sector ondersteunen in zijn verbeterbeleid;
- rapporteren aan sector en burgers;
- input geven voor eventuele aanpassingen aan het referentiekader voor de ziekenhuizen over het onderwerp vrijheidsbeperkende maatregelen;
- input geven voor de opmaak van een sectoroverschrijdend referentiekader over dit onderwerp.

De definities die we hanteerden, onze referenties en uitgangspunten en onze inspectiemethodiek zijn te vinden in de volgende hoofdstukken van dit rapport, alsook een beschrijving van de geïnspecteerde doelgroep.

Bij de uitwerking van ons inspectietraject hebben we maximaal afgestemd met de collega's van het agentschap Zorg en Gezondheid. Daarnaast hebben we ook andere stakeholders betrokken, zoals het Vlaams Patiëntenplatform en uiteraard de sector zelf, die we zo goed mogelijk hebben geïnformeerd, zowel via onze website (<https://www.departementwvg.be/home-zorginspectie-organisaties-vrijheidsbeperkende-maatregelen-in-ziekenhuizen>) als door een communicatiemoment in oktober 2016.

2. MANAGEMENTSAMENVATTING

In uitvoering van de beleidsbrief WVG 2015-2016 van minister Vandeurzen zet Zorginspectie binnen een meerjarenplan een **sectoroverschrijdende inspectieronde** op rond vrijheidsbeperkende maatregelen, met name alle maatregelen die een beperking van iemands keuzevrijheid en/of bewegingsvrijheid inhouden.

Zorg- en hulpverlening wil maximaal inzetten op het ondersteunen en begeleiden van patiënten naar herstel. Zeker in een residentiële context zijn ook regels en afspraken nodig. Die afspraken en regels brengen - soms ernstige - beperkingen van de individuele vrijheden met zich mee.

Vrijheidsbeperkende maatregelen gaan van afdelingsafspraken rond gezamenlijke maaltijden over beperkingen in contact met de buitenwereld tot vrijheidsberoving als uitzonderlijke noodmaatregel. Ze bestaan dus in verschillende graden.

Vrijheidsberoving houdt in dat de patiënt de vrijheid wordt ontnomen om te bewegen, door hem onder te brengen in een ruimte waarvan de deur wordt afgesloten (= afzonderings- of separatuieruimte) of door het gebruik van fixatie(materiaal).

Vanuit internationaal oogpunt is het de doelstelling om vrijheidsberovende maatregelen zo min mogelijk en zo kort mogelijk te hanteren. Vrijheidsberoving mag enkel als laatste noodmaatregel toegepast worden: alleen bij acuut en ernstig gevaar voor de patiënt of voor anderen en als er geen alternatieven overblijven.

Vrijheidsberoving mag dus niet als straf, sanctie, als preventieve maatregel, groeps- of standaardmaatregel toegepast worden. Bovendien moet vrijheidsberoving altijd in een beveiligde omgeving en onder strikt toezicht gebeuren: in een veilig ingerichte ruimte met minstens om het half uur visueel toezicht en minstens om het uur persoonlijk contact.

In een eerste fase binnen deze sectoroverschrijdende inspectieronde richtte Zorginspectie zich op de doelgroep **minderjarigen in psychiatrische afdelingen**. In een periode van 4 maanden (eind 2016-begin 2017) werden alle afdelingen voor kinderpsychiatrie in algemene en psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen bezocht, inclusief de afdelingen voor forensische kinderpsychiatrie.

Bij de inspecties in kinderpsychiatrische diensten kunnen drie grote luiken worden onderscheiden.

- Ten eerste nam Zorginspectie het preventief beleid onder de loep, door een aantal factoren na te gaan die passen binnen preventie en de-escalatie van conflicten, waardoor vrijheidsbeperking kan voorkomen worden.
- Vervolgens werden verschillende vormen van vrijheidsbeperkende maatregelen bekeken: niet enkel afzondering en/of separatie en fixatie, maar ook onvrijwillige opnames en meer impliciete vrijheidsbeperkingen die eigen zijn aan afdelingsregels.
- Tot slot ging Zorginspectie het verbeterbeleid van de afdelingen na, door in te zoomen op de evaluatie door de ziekenhuisdiensten van hun eigen praktijk.

De inspectievaststellingen en –conclusies die hieronder volgen, worden onderverdeeld in dezelfde drie luiken.

Op het vlak van **preventief beleid** blijkt dat heel wat initiatieven werden genomen die een beperking van het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen ondersteunen. Daarnaast is er nog verbeterruimte op tal van aspecten.

- Niet op alle afdelingen maakt men gebruik van signaleringsplannen.
- Niet op alle afdelingen beschikt men over voldoende mogelijkheden om een preventief beleid van de-escalatie infrastructureel te ondersteunen.
- Er werden grote verschillen vastgesteld in de nachtelijke bestafling van de verschillende afdelingen.
- Psychologische opvang van medewerkers na incidenten kreeg de voorbije jaren in alle ziekenhuizen aandacht.

- Op de grote meerderheid van de afdelingen gebeurt debriefing steeds met de patiënt zelf, met medepatiënten en met het team.
- Terwijl therapie sessies agressieregulatie en zelfcontrole voor patiënten op het merendeel van de afdelingen georganiseerd worden, is het aanbod van psycho-educatie voor ouders over omgaan met moeilijk gedrag minder aanwezig.
- Dagelijks bezoek is op een kwart van de afdelingen mogelijk, terwijl dagelijks contact via telefoon of sociale media op de meerderheid van de afdelingen mogelijk is.
- De meerderheid van de afdelingen beschikt over schriftelijke informatie over vrijheidsbeperkende leefregels die van toepassing zijn en over afzonderingen en/of separaties.
- Terwijl de grote meerderheid van de bevroegde patiënten aangaf op de hoogte te zijn van zijn of haar behandelplan, was slechts de helft van de bevroegde patiënten aanwezig op een multidisciplinaire bespreking van het behandelplan. De helft van de bevroegde patiënten gaf aan dat hun ouders aanwezig waren op een multidisciplinaire bespreking van het behandelplan.
- Driekwart van de afdelingen betrekken patiënten op één of meerdere manieren bij het beleid van de afdeling.

Wanneer we inzoomen op het beleid en de praktijk van **vrijheidsbeperkende maatregelen**, komen volgende inspectievaststellingen naar voren.

- Er werden grote verschillen opgemerkt in de mate van dwang die gehanteerd wordt in het dagelijks leven op afdelingen, ook tussen afdelingen met eenzelfde patiëntendoelgroep. Sommige patiënten vinden dat er te veel afspraken zijn, op andere afdelingen geven patiënten aan dat er veel vrijheid is in de regels. Vrijheidsberoving is op sommige afdelingen niet enkel een noodmaatregel maar is soms ook een standaardmaatregel in vooraf omschreven omstandigheden, zoals systematische opsluiting tijdens sommige momenten overdag of gedurende de volledige nacht.
- Er zijn tijdens de inspectieronde meerdere knelpunten opgedoken over de definities van afzondering en separatie. Verder zijn er tegenstrijdige visies op het begrip vrijheidsberoving. De verschillende benamingen van afzonderings- en separatieruimtes laten ook ruimte voor interpretatie. Mede door het gebrek aan eenduidige definities zijn de cijfergegevens van afdelingen niet vergelijkbaar.
- In driekwart van de procedures blijkt dat afzondering en separatie niet enkel bij acuut en ernstig gevaar worden toegepast. In een derde van de procedures zijn de indicaties voor mechanische fixatie niet beperkt tot acuut en ernstig gevaar. De helft van de procedures over medicamenteuze fixatie is onvoldoende uitgewerkt.
- De doelstelling om afzondering en separatie zo min mogelijk en zo kort mogelijk toe te passen, wordt in de praktijk nog onvoldoende gehaald. Ook wat dit aspect betreft zijn er grote verschillen tussen afdelingen vastgesteld. Uit de controles van patiëntendossiers blijkt dat nog te vaak wordt afgezonderd en gesepareerd om andere redenen dan acuut en ernstig gevaar. Verder blijkt dat de beslissing tot afzondering of separatie vaak door medewerkers genomen wordt en dat de arts niet (van bij het begin) betrokken is. De veiligheid tijdens afzondering/separatie is onvoldoende gegarandeerd vermits het toezicht niet sluitend gebeurt: zowel visueel toezicht als persoonlijk contact en contact met de arts gebeuren niet overal systematisch. Er zijn verder niet op alle afdelingen voldoende garanties dat er zo kort mogelijk wordt afgezonderd en gesepareerd. Wanneer het toezicht door persoonlijk contact en contact met de arts onvoldoende frequent gebeurt, kan er niet gegarandeerd worden dat de maatregel zo snel mogelijk wordt beëindigd.
- Uit de controles bleek dat niet steeds voldoende notities gevonden worden in het patiëntendossier, bv. over de indicatie voor afzondering of separatie. Garanties over goede zorg zijn enkel mogelijk op basis van gedetailleerde dossiernotities over alle aspecten van de vrijheidsberovende maatregel, ook het uitgevoerde toezicht.

- De toepassing van fysieke interventie als alternatief voor afzondering of separatie (het immobiliseren van de persoon tot de zelfcontrole herwonnen is) verschilt sterk tussen afdelingen en naargelang hun doelgroep. De techniek wordt meer toegepast bij een jongere doelgroep en minder bij de forensische doelgroep.
- De praktijk van afzonderen, separeren en fixeren voldoet niet aan een aantal doelstellingen uit (inter)nationale richtlijnen: de combinatie van afzondering / separatie en mechanische fixatie komt in de praktijk voor; afzondering / separatie en mechanische fixatie wordt ook voor patiënten jonger dan 12 jaar toegelaten.
- Ook op het vlak van infrastructuur bestaan grote verschillen tussen afdelingen. Een aantal afdelingen hebben een variatie aan ruimtes voor verschillende gradaties van vrijheidsbeperking, andere afdelingen gebruiken één en dezelfde ruimte met open en gesloten deur. Er zijn grote verschillen in de inrichting van afzonderings- en separatieruimtes; de veiligheid is niet in alle ruimtes gegarandeerd. Op sommige afdelingen is de onveiligheid van de infrastructuur een beïnvloedende factor voor het toepassen van mechanische fixatie.

Rond het **verbeterbeleid** dat afdelingen en organisaties voeren, werden volgende bevindingen opgelijst.

- Niet alle afdelingen hebben voldoende cijfergegevens om hun beleid te kunnen evalueren.
- De evaluatie van leefregels gebeurt vaker door medewerkers dan door patiënten. Een minderheid van de afdelingen deed een evaluatie van leefregels met familie/naasten.
- Alle afdelingen organiseerden een tevredenheidsmeting of meting van ervaringen bij medewerkers. Meer dan de helft van de afdelingen peilde naar ervaringen bij patiënten, minder dan de helft van de afdelingen informeerde naar de ervaringen van familie/naasten.
- Nog niet alle afdelingen gebruiken de methodiek van incidentanalyses om hun beleid te evalueren.

Globaal gezien meent Zorginspectie dat enkel een multifactoriële/multimethodische aanpak het aantal vrijheidsberovende maatregelen kan terugdringen, zodat het nemen van dergelijke maatregelen beperkt wordt tot uitzonderlijke omstandigheden waarin maximaal wordt gewaakt over kwaliteit van zorg en veiligheid van patiënten en medewerkers.

Om het uitgangspunt “zo min mogelijk, zo kort mogelijk en altijd in veilige omstandigheden” te kunnen waarborgen, lijkt eensgezindheid nodig onder alle stakeholders rond een aantal doelstellingen voor de toekomst.

- Afdelingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie voeren een geïntegreerd preventief beleid van agressiepreventie en de-escalatie.
- Patiënten hebben een centrale plaats in de zorg: “Nothing about the patient without the patient”. Het kind of de jongere krijgt meer regie bij de volledige behandeling, dus ook bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Context en steunfiguren worden actief betrokken.
- Rechtsregels en kwaliteitseisen over dwang en vrijheidsbeperkende maatregelen zijn duidelijk. Een noodzakelijke voorwaarde hierbij is het hanteren van heldere en eenduidige definities en het verzamelen van correcte en vergelijkbare cijfers.
- De rechten van minderjarigen zoals ze geformuleerd zijn in het decreet betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp (juridisch niet van toepassing in de sector van de kinder- en jeugdpsychiatrie), worden gegarandeerd tijdens een opname in kinderpsychiatrie.
- Vrijheidsberoving kan enkel bij acuut en ernstig gevaar en als laatste redmiddel, als andere maatregelen niks uithalen. Een vrijheidsberovende maatregel gebeurt zo min mogelijk en zo kort mogelijk en in verhouding met het gevaar.
- Vrijheidsberovende maatregelen moeten steeds in veilige omstandigheden gebeuren: in een veilig ingerichte ruimte met minstens om het half uur visueel toezicht en minstens om het uur persoonlijk contact.

- Er wordt geen combinatie toegepast van afzondering / separatie met mechanische fixatie.
- Afdelingen zijn transparant over hun visie op vrijheidsbeperking, hun preventieve aanpak, de resultaten op het vlak van vrijheidsbeperking, het daaromtrent gevoerde kwaliteitsbeleid; ten aanzien van patiënten en hun familie/naasten, de voorzieningen en sectoren waarmee ze samenwerken, de overheid, ...
- Vrijheidsbeperkende maatregelen krijgen aandacht op alle beleidsniveaus, zowel binnen de zorgorganisaties als binnen de overheid.



3. DEFINITIES

Vóór de start van de inspectieronde werd transparant gecommuniceerd welke definities zouden worden gehanteerd bij de inspectiebezoeken en in de verslaggeving. De definities die voor de inspectieronde gekozen werden, waren in ons land al in gebruik, soms met aanvullingen die met de sectorvertegenwoordigers werden afgestemd. Aanvankelijk werd één en dezelfde definitie gebruikt voor het verblijf van een patiënt in een kamer met afgesloten deur, namelijk het begrip afzondering. In extremis voegde Zorginspectie de definitie van separatie toe, op vraag van Zorgnet-Icuro. Volgende definities werden vooropgesteld:

- Van **dwang** is sprake wanneer iemand tegen zijn wil wordt genoodzaakt iets te doen of te laten.
- **Vrijheidsbeperkende maatregelen** zijn alle (therapeutische) maatregelen die een beperking van de keuzevrijheid en/of de bewegingsvrijheid van de patiënt inhouden, inclusief beperkingen qua contact met de buitenwereld.
- **Vrijheidsberovende maatregelen** zijn alle (therapeutische) maatregelen die een beperking van de bewegingsvrijheid van de patiënt inhouden. Vrijheidsberoving is het ontnemen van de vrijheid om te bewegen (een sterke ruimtelijke inperking van bewegingsvrijheid), bv. door opsluiting (bv. tijdens afzondering) of door het gebruik van fixatiemateriaal.

De begrippen **vrijheidsberoving en vrijheidsbeperking** onderscheiden zich van elkaar in graad of intensiteit, maar verschillen niet fundamenteel. Vrijheidsbeperking is breder omschreven en omvat alle vormen van vrijheidsberoving.

- **Gedwongen opname:** Het wettelijke kader voor gedwongen opname in Vlaanderen wordt geschetst door de federale wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke van 26 juni 1990. Deze wet bepaalt dat enkel geesteszieken voor gedwongen opname in aanmerking komen, wanneer hun toestand dit vereist en er geen alternatieven mogelijk zijn. De persoon hoort een ernstige bedreiging of gevaar te vormen voor zichzelf en/of voor anderen, en kan enkel gedwongen opgenomen worden wanneer geen alternatieven voorhanden zijn. Belangrijk bij dit alles is dat vooralsnog enkel de gedwongen opname wettelijk geregeld is, maar niet de gedwongen behandeling. Een procedure tot gedwongen opname van een minderjarige kan zowel via de jeugdrechter als via de procureur des Konings opgestart worden. Deze laatste wordt ingeschakeld wanneer een dringende opname vereist is.
- **Afzondering** is het geheel van maatregelen dat genomen wordt om een patiënt onder te brengen in een daartoe speciaal voorziene afzonderingskamer, al dan niet met fixatie, indien de 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.
 - **Fysieke interventie:** direct lichamelijk contact dat de bewegingsvrijheid van een persoon beperkt, verhindert of belemmert met als doel de fysieke en/of psychische integriteit van de persoon zelf of andere personen te vrijwaren. Het gaat over een interventie waarbij de persoon door meerdere hulpverleners op een deskundige (veilige en humane) wijze vastgehouden wordt om de bewegingsvrijheid sterk of volledig te beperken. Het kan gaan over het immobiliseren van de persoon (tot de zelfcontrole herwonnen is) of over op een fysiek gecontroleerde wijze de persoon (zich te laten) verplaatsen (bv. om uit de leefruimte te verwijderen of om naar de afzonderingskamer te brengen). Andere termen die worden gebruikt: manuele interventie, holding.

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

4. REFERENTIES

Momenteel is nog geen specifiek referentiekader voorhanden over vrijheidsbepalende maatregelen voor de ziekenhuizen. We hopen dat onze inspectievaststellingen input kunnen geven voor de verdere uitwerking van dit luik, zowel voor de algemene als voor de psychiatrische ziekenhuizen.

Bij de ontwikkeling van haar inspectie-instrument hanteerde Zorginspectie een aantal (inter)nationale richtlijnen, die ook werden gecommuniceerd aan de sector.

- Advies van de Hoge GezondheidsRaad, Omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwanginterventies in de geestelijke gezondheidszorg, juni 2016
www.health.belgium.be/nl/advies-9193-dwanginterventie
- NICE guideline, Violence and Agression: short-term management in mental health, health and community settings, mei 2015
www.nice.org.uk/guidance/ng10
- CPT (European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment), the use of restraints in psychiatric institutions, juni 2012
<http://www.cpt.coe.int/en/working-documents/CPT-2012-28-eng.pdf>
Revised CPT-standards, Means of restraint in psychiatric establishments for adults, maart 2017
<https://rm.coe.int/16807001c3>
- Safewards
www.safewards.net
- 6 kernstrategieën van NASMHPD (National Association of State Mental Health Program Directors, USA): “Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use”
<http://www.nasmhpd.org/sites/default/files/Consolidated%20Six%20Core%20Strategies%20Document.pdf>

Daarnaast vonden we ook inspiratie in wetgeving of aanbevelingen.

- Decreet betreffende de Rechtspositie van de Minderjarige in de Integrale Jeugdhulp (juridisch niet van toepassing in de sector van de kinder- en jeugdpsychiatrie)
<http://wvg.vlaanderen.be/rechtspositie/02-algemeen/index.htm>
- Decreet van 17 oktober 2003 betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen
<http://www.codex.vlaanderen.be/Zoeken/Document.aspx?DID=1011700¶m=inhoud>
- Standpunt over het gebruik van dwangmaatregelen in de geestelijke gezondheidszorg van het Vlaams Patiëntenplatform, maart 2017
[http://vlaamspatiëntenplatform.be/_plugin/ckfinder/userfiles/files/2017_04_13%20Standpunt%20over%20het%20gebruik%20van%20dwangmaatregelen%20in%20de%20geestelijke%20gezondheidszorg%20-%20definitief\(1\).pdf](http://vlaamspatiëntenplatform.be/_plugin/ckfinder/userfiles/files/2017_04_13%20Standpunt%20over%20het%20gebruik%20van%20dwangmaatregelen%20in%20de%20geestelijke%20gezondheidszorg%20-%20definitief(1).pdf)
- United Nations Convention on the Rights of the Child, die België ondertekende (1990) en ratificeerde (1991)
<http://indicators.ohchr.org/>
- UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, die België ondertekende (2007) en ratificeerde (2009)
<http://indicators.ohchr.org/>
- Kinderrechtenforum, kinderen, vrijheidsbepalende en vrijheidsberoving, november 2007
http://kinderrechtencoalitie.be/sites/default/files/wysiwyg/Kinderrechtenfora/vrijheidsberoving_en_vrijheidsbepalende.pdf
- Kinderrechtencommissariaat, dossier checklist kinderen in afzondering, mei 2006
<http://www.kinderrechtencommissariaat.be/publications/detail/checklist-kinderen-in-afzondering>

- Kinderrechtencommissariaat, binnen(ste) buiten, rechtswaarborgen voor minderjarigen in detentie doorgelicht, april 2010
<http://www.kinderrechtencommissariaat.be/publications/detail/binnen-ste-buiten>
- EACH Charter, Europees handvest van de rechten van het gehospitaliseerde kind, Leiden 1998
<http://www.each-for-sick-children.org/>
- Council of Europe, Children's Rights
<http://www.coe.int/en/web/children/children-corner>
- Council of Europe, guidelines on child-friendly health care, september 2011
<https://rm.coe.int/168046cccf>
- Best practices rondom dwangreductie in de geestelijke gezondheidszorg, een inventariserend onderzoek naar best practices bij de reductie van dwang, december 2011
http://www.ggznederland.nl/uploads/assets/asset_927058.pdf.

5. UITGANGSPUNTEN

Zoals reeds in de inleiding aangegeven, wilden we tijdens de inspecties niet enkel kijken naar vrijheidsbeperkende maatregelen op zich, maar ook naar de wijze waarop deze ingebed zijn in een breder kwaliteitsbeleid, dat gericht is op een adequate aanpak van vrijheidsbeperkende maatregelen. Zo onderscheiden we drie grote luiken: preventie van vrijheidsbeperkende maatregelen, de concrete praktijk ervan en de wijze waarop de voorziening de praktijk evalueert en verbetert.

Zorginspectie ging hierbij uit van het advies van de Hoge Gezondheidsraad rond dwanginterventie: vrijheidsbeperking gebeurt zo min 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.

Specifiek m.b.t. afzondering/separatie en mechanische fixatie omschreven we vanuit het basisprincipe 'zo min mogelijk, zo kort mogelijk en steeds in veilige omstandigheden' een aantal uitgangspunten, op basis van de (inter)nationale richtlijnen die hierboven ook werden vermeld.

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

Dit uitgangspunt wordt beschreven in volgende richtlijnen:

- Advies van de Hoge Gezondheidsraad rond dwanginterventie, III Uitgangspunten;
- DRM, artikel 28 § 3;
- NICE, recommendation 1.4.5;
- Revised CPT standards, general principle 1.4.

De indicaties voor de afzondering en separatie dienen in detail genoteerd te worden in het dossier.

Dit uitgangspunt wordt beschreven in volgende richtlijnen:

- Advies van de Hoge Gezondheidsraad rond dwanginterventie, V Na de preventie: de dwanginterventies;
- NICE, recommendation 1.4.48;
- Revised CPT standards, 11.1 Recording and reporting of instances of means of restraint.

Notities in het dossier tonen aan dat er minstens om de 30 minuten verhoogd toezicht is op de patiënt in afzondering of separatie.

Verschillende richtlijnen vermelden dat er permanent toezicht op de patiënt in afzondering zou moeten zijn:

- Advies van de Hoge Gezondheidsraad rond dwanginterventie, V Na de preventie: de dwanginterventies;
- NICE, recommendation 1.4.50;
- Revised CPT standards, Supervision 7.

De NICE-richtlijn stelt in recommendation 1.4.11 dat elke 30-60 minuten observatie nodig is bij elke patiënt die is opgenomen op een afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis.

Rekening houdend met al deze richtlijnen heeft Zorginspectie een minimumfrequentie van verhoogd toezicht op de patiënt in afzondering of separatie om de 30 minuten vooropgesteld tijdens deze inspectieronde.

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.

Dit uitgangspunt wordt beschreven in volgende richtlijn:

- Advies van de Hoge Gezondheidsraad rond dwanginterventie, V Na de preventie: de dwanginterventies.

Twee richtlijnen stellen dat er permanent toezicht moet zijn op de patiënt in afzondering:

- NICE, recommendation 1.4.50;
- Revised CPT standards, 7. Supervision.

Notities in het dossier tonen het dagelijks persoonlijk contact door een arts bij patiënten in afzondering of separatie aan.

Dit uitgangspunt wordt beschreven in volgende richtlijnen:

- Advies van de Hoge Gezondheidsraad rond dwanginterventie, V Na de preventie: de dwanginterventies;
- NICE, recommendation 1.7.24;
- Revised CPT standards, 2. Authorisation en 4.2 Duration.

Er wordt geen gebruik gemaakt van de combinatie van afzondering/separatie en mechanische fixatie.

Dit uitgangspunt wordt beschreven in volgende richtlijnen:

- Advies van de Hoge Gezondheidsraad rond dwanginterventie, V Na de preventie: de dwanginterventies;
- CPT and Revised CPT standards, 6. Concurrent use of different means of restraints.

Afzondering, separatie en mechanische fixatie worden niet toegepast bij patiënten jonger dan 12 jaar.

Dit uitgangspunt wordt beschreven in volgende richtlijnen:

- NICE, recommendation 1.7.26;
- CPT, 8. Minors and use of restraint.

6. DOELGROEP

De inspectieronde vond plaats in alle afdelingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie (ook K-afdelingen genoemd) in algemene en psychiatrische ziekenhuizen in Vlaanderen¹, met inbegrip van de forensische K-afdelingen. Hieronder een overzicht van de verschillende bedden en plaatsen die hier voorkomen.

- K-bedden (“grote K”): neuropsychiatrie voor dag- en nachtverpleging voor observatie en behandeling van jonge patiënten;
- k-plaatsen (“kleine k”): neuropsychiatrie hetzij voor dagverpleging, hetzij voor nachtverpleging voor observatie en behandeling van jonge patiënten;
- forensische K-bedden (“For K”): specifieke plaatsen opgericht d.m.v. pilootprojecten met als doelstelling het creëren van een specifiek aanbod van intensieve klinische behandeling voor justitiële jongeren met een psychiatrische problematiek. Deze plaatsen zijn bedoeld voor minderjarigen vanaf 12 jaar die het voorwerp uitmaken van een maatregel van de jeugdrechtbank omwille van een als misdrijf omschreven feit (MOF) of een verontrustende opvoedingssituatie (VOS) én met een kinder- en jeugdpsychiatrische diagnosestelling of een gedwongen opname krachtens de wet van 26 juni 1990 betreffende de bescherming van de persoon van de geesteszieke (GO);
- crisisbedden: naast de reguliere crisisbedden zijn er ook specifieke crisisbedden binnen het forensisch zorgtraject, nl. de justitiële crisisbedden;
- A-bedden (“grote A”): neuropsychiatrie voor dag- en nachtverpleging voor observatie en behandeling van volwassen patiënten (= 15 jaar of ouder);
- bedden binnen een RIZIV-revalidatieconventie: voor de behandeling van frequent optredend ernstig probleemgedrag bij personen met een reeds gestelde diagnose autismespectrumstoornis die functioneren op het niveau van een matige tot ernstige verstandelijke beperking.

De afdelingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie worden gekenmerkt door een grote variatie in hun erkenningsgegevens. Meerdere combinaties van bedden met een verschillend erkentingsstype komen voor. Er zijn 6 afdelingen met enkel forensische K-bedden; daarnaast zijn er 6 afdelingen die gemengd zijn qua doelgroep en zowel beschikken over forensische K-bedden als over andere bedden en/of plaatsen.

¹ Er is één afdeling die zich in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest bevindt maar erkend is door de Vlaamse overheid, aangezien het om een Nederlandstalig ziekenhuis gaat.

7. INSPECTIEMETHODIEK

7.1 VOORBEREIDING

In een eerste fase (zomer 2016) werd d.m.v. een webapplicatie een bevraging op afstand georganiseerd. Op deze manier wou Zorginspectie enerzijds een globale kijk krijgen op het thema, anderzijds wilden we zo de moeilijkheid van het onaangekondigd inspecteren ondervangen en gegevens opvragen die niet bij elke medewerker van de afdeling gekend zijn.

Tijdens de maand september 2016 werden proefinspecties uitgevoerd in twee ziekenhuizen. Op onze vraag naar kandidaten voor een proefinspectie kwamen er veel positieve reacties. Er werden 2 locaties gekozen, op basis van de aangeleverde gegevens in de webapplicatie. In beide ziekenhuizen werd zowel een K-afdeling als een forensische K-afdeling bezocht. We ontvingen veel feedback na de proefinspecties, zowel van de deelnemende afdelingen en directies, als van betrokken inspecteurs. Na een gezamenlijke evaluatie (proefziekenhuizen en Zorginspectie) werden aanpassingen aangebracht aan het inspectieproces, het inspectie-instrument en het inspectieverslag.

7.2 PLAATSBEZOEKEN

De inspectiebezoeken liepen van december 2016 tot en met maart 2017.

De inspecties ter plaatse waren onaangekondigd; de keuze voor onaangekondigd inspecteren heeft als meerwaarde dat we beter zicht krijgen op de dagelijks geleverde zorg. We waren daarbij niet enkel geïnteresseerd in vrijheidsberovende en vrijheidsbeperkende maatregelen, maar ook in het preventief beleid en het verbeterbeleid dat gevoerd wordt. Patiënten en medewerkers werden over de inspectieronde ingelicht m.b.v. informatiefolders die op de website van Zorginspectie beschikbaar waren en overhandigd werden op de inspectiedag.

In elke afdeling kwam gedurende maximaal 1 dag 1 inspecteur langs. De inspectiebezoeken werden zo georganiseerd dat in elke campus steeds een arts-inspecteur deel uitmaakte van het inspectieteam.

De patiëntenbevragingen, die deel uitmaakten van de inspectie ter plaatse, werden zo georganiseerd dat enkel jongeren vanaf 6 jaar bevragd werden wanneer zij zich vrijwillig kandidaat stelden en het team geen tegenindicaties zag voor dit interview. Tijdens deze gesprekken konden niet altijd alle vragen aan bod komen: sommige patiënten waren nog maar pas opgenomen en konden niet elke vraag beantwoorden, sommige vragen waren niet van toepassing op jongeren in daghospitalisatie,...

7.3 INSPECTIEVERSLAGEN

Per campus werd een verslag opgemaakt waarin de vaststellingen per bezochte afdeling werden beschreven. Die vaststellingen zijn gebaseerd op meerdere informatiebronnen: de online bevraging vooraf, het bezoek aan de afdeling, de gesprekken met medewerkers en patiënten, de opgevraagde procedures, de inzage in dossiers en registers, het inkijken van cijfergegevens en vergaderverslagen.

Het verslag werd afgerond met een conclusie die afdelingsoverschrijdend werd geformuleerd.

Er werd gebruik gemaakt van een gestandaardiseerd inspectie-instrument en inspectieverslag om een gestandaardiseerde beoordeling te ondersteunen. Deze methodiek heeft tot gevolg dat er in het individuele inspectieverslag weinig mogelijkheid is voor ruimere context en andere topics dan de gekozen inspectieonderwerpen.

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

De individuele inspectieverslagen werden gepubliceerd op de website van Zorginspectie na afronding van het inspectietraject, samen met de publicatie van dit beleidsrapport.

7.4 BELEIDSRAPPORT

Dit beleidsrapport werd opgemaakt op basis van de geaggregeerde inspectiegegevens. In het beleidsrapport wordt tevens een bredere context omschreven die de vaststellingen in de individuele verslagen beter kunnen kaderen. Om deze reden werd gekozen om de publicatie van de individuele inspectieverslagen te laten samen gaan met de bekendmaking van het beleidsrapport.

Na de inleidende hoofdstukken in dit beleidsrapport wordt dieper ingegaan op de vaststellingen van de inspectieronde.

- In het hoofdstuk “bezochte afdelingen” worden alle afdelingen opgesomd met een aantal van hun kenmerken.
- In het hoofdstuk “preventief beleid” komen een aantal factoren aan bod die passen binnen een breder beleid van preventie en de-escalatie van conflicten. Binnen dit hoofdstuk worden de aspecten de-escalatie (het gebruik van signaleringsplannen, de infrastructuur, personeelsaspecten en debriefing), patiëntenervaringen (contact met de buitenwereld, informeren, meten van ervaringen bij patiënten) en betrokkenheid van patiënten (betrokkenheid bij het eigen behandelplan en beleidsbetrokkenheid) beschreven.
- In het hoofdstuk “vrijheidsbeperkende maatregelen” komen verschillende vormen van vrijheidsbeperkende maatregelen aan bod: onvrijwillige opnames, de vrijheidsbeperkingen die door de afdelingsregels worden opgelegd, vrijheidsberoving door afzondering, separatie en fixatie.
- In het hoofdstuk “verbeterbeleid” worden evaluaties van leefregels, evaluatie van ervaringen, incidentanalyses en analyse van cijfermateriaal en evaluatie van het gevoerde beleid beschreven.

Bij elk besproken onderwerp wordt in het luik “achtergrond” een overzicht gegeven van de toepasselijke richtlijnen en wetgeving (in een kader), daarna volgen de aanbevelingen en de passages uit het decreet betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp. Hoewel dit decreet juridisch niet van toepassing is in de sector van de kinder- en jeugdpsychiatrie, zijn de rechten die in het decreet worden beschreven wel relevant voor deze sector. Vervolgens wordt in de “werkwijze” beschreven hoe de controle van dit aspect praktisch werd uitgevoerd, waarna de verzamelde gegevens worden weergegeven onder “vaststellingen”. Elk onderwerp wordt afgerond met een onderdeel “conclusies en reflecties”.

Afsluitend omschrijft Zorginspectie in de laatste hoofdstukken haar globale conclusies en aanbevelingen.

8. BEZOCHTE AFDELINGEN

Tijdens deze inspectieronde bezochten we 36 afdelingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie op 19 campussen van 17 ziekenhuizen, waarvan 25 afdelingen deel uitmaken van een psychiatrisch ziekenhuis (PZ) en 11 afdelingen deel zijn van een algemeen ziekenhuis (AZ).

In ZNA campus Middelheim werden 8 van de 11 afdelingen bezocht. De 3 afdelingen voor dagtherapie, UKJA G, UKJA H en UKJA K, werden er niet bezocht omwille van haalbaarheid i.f.v. inspectietijd.

De grootte van de afdelingen varieert sterk: de kleinste afdelingen tellen 4 bedden, de grootste afdeling 37. Het aantal leefgroepen op een afdeling varieert tussen 1 en 4. In totaal zijn er 74 leefgroepen. De begrippen "afdeling" en "leefgroep" zijn niet strikt van elkaar te onderscheiden: sommige ziekenhuizen hanteren de naam "afdeling" voor een unit van 8 bedden, terwijl andere ziekenhuizen een unit van dezelfde grootte een leefgroep noemen.

Op basis van de informatie die de ziekenhuizen ons gaven, tellen we in totaal 382 K-bedden, 151 k-plaatsen (daarvan werden er 23 niet bezocht), 69 For K-bedden en 7 crisisbedden.

Onderstaande tabel biedt een overzicht van de bezochte afdelingen, het aantal bedden of plaatsen met het erkenningstype, het aantal leefgroepen en de leeftijdscategorie van de patiëntendoelgroep. De justitiële crisisbedden werden in deze tabel bij de forensische K-bedden meegeteld.

Ziekenhuis (campus)	AZ/PZ	Afdeling	Aantal bedden per type erkenning	Aantal leefgroepen	Leeftijdscategorie
UZ Brussel	AZ	Paika	15 K 5 k	3	0 - 17 jaar
ZNA campus Middelheim Antwerpen	AZ	UKJA A en B	16 K	2	12 - 18 jaar
		UKJA C en D	16 K	2	12 - 18 jaar
		UKJA E en F	8 K 8 For K	2	12 - 18 jaar
		UKJA J	8 K	1	2 - 6 jaar
		UKJA L	9 K	1	10 - 18 jaar
ZNA campus Hoge Beuken Antwerpen	AZ	Kinderen	24 K 8 k	4	6 - 12 jaar
UZ Gent	AZ	Kinder- en jeugdpsychiatrie	15 K 5 k	2	6 - 18 jaar
AZ Nikolaas Sint-Niklaas	AZ	Kinder- en jeugdpsychiatrie	17 K 3 k	3	6 - 18 jaar
Jessa Ziekenhuis Hasselt	AZ	Centrum voor kinderpsychiatrie	20 k	3	3 - 18 jaar

AZ Sint-Lucas Brugge	AZ	Kinder- en jeugdpsychiatrie	25 K	3	3 - 18 jaar
UPC Z.ORG KU Leuven campus Kortenberg	PZ	De Kade	10 K 10 k	1	14 - 18 jaar
		Beaufort	10 K 3 For K	2	12 - 18 jaar
		Fordulas	8 For K	1	12 - 18 jaar
		GAUZZ	4 bedden binnen een RIZIV-conventie	1	11 - 18 jaar
UPC Z.ORG KU Leuven campus Gasthuisberg	PZ	LUK	8 K	1	4 - 15 jaar
		MPK Kortverblijf	16 K	2	6 - 14 jaar
		MPK Therapeutisch verblijf	16 K	2	6 - 15 jaar
		MPK dagbehandeling	15 k	2	0 - 16 jaar
OPZ Geel	PZ	Reguliere K	15 K 4 k	2	5 - 14 jaar
		For K	7 For K	1	12 - 18 jaar
		Crisisunit	1 K 2 For K 1 A	1	12 - 18 jaar
MC Sint-Jozef Bilzen	PZ	K-Delta	25 K 10 k 2 crisis	4	6 - 18 jaar
KPC Genk	PZ	KPC Genk	15 K 12 k	3	0 - 18 jaar
PZ Asster campus Melveren Sint-Truiden	PZ	SPIKA 1	13 K 5 k	3	6 - 18 jaar
		SPIKA 2	2 K 3 For K	1	12 - 18 jaar
		SPIKA 3	8 For K	1	12 - 18 jaar
PC Dr. Guislain Gent	PZ	Fioretti	15 K 5 k 1 crisis	2	8 - 15 jaar
PC Caritas Melle	PZ	De Branding	10 For K	2	12 - 18 jaar

		De Kaap	24 K 8 k	4	6 - 18 jaar
Alexianen Zorggroep Tienen	PZ	Pathways	15 K 5 k 2 For K 2 crisis	3	12 - 18 jaar
PZ Heilige Familie Kortrijk	PZ	Patio	8 For K	1	12 - 18 jaar
		De Korbeel	24 K 6 k 2 For K	3	0 - 18 jaar
Kliniek Sint-Jozef Pittem	PZ	Jeugd kortverblijf	5 K 5 A 2 crisis	1	14 - 18 jaar
		Jeugd behandeling	15 K 7 k	3	14 - 18 jaar
PC Gent-Sleidinge Campus Sleidinge	PZ	Yidam	8 For K	1	12 - 18 jaar

In de 36 bezochte afdelingen worden variabele leeftijdsgroepen opgenomen, er zijn slechts 2 afdelingen die als doelgroep de leeftijden tussen 0 en 18 jaar omschrijven. 20 afdelingen nemen patiënten op die jonger zijn dan 12 jaar, 16 afdelingen definiëren een minimumleeftijd van 12 jaar voor hun doelgroep.

In 2015 verbleven op alle bezochte afdelingen samen 4734 patiënten, met een totaal van 154.948 opnamedagen. Van de 20 afdelingen die patiënten jonger dan 12 jaar opnemen, beschikken er 19 afdelingen over opnamecijfers van 2015 van patiënten jonger dan 12 jaar. In totaal ging het in 2015 om 908 patiënten jonger dan 12 jaar.

Wanneer we de niet-bezochte afdeling voor dagtherapie voor jonge kinderen van ZNA campus Middelheim meetellen, zijn er in totaal 21 afdelingen die kinderen jonger dan 12 jaar opnemen en zijn er in 2015 936 patiënten jonger dan 12 jaar opgenomen.

Tijdens de inspectiebezoeken verbleven er in totaal 526 patiënten op de bezochte afdelingen, onder wie 514 minderjarigen en 159 patiënten jonger dan 12 jaar. Er waren van het totaal 114 patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter, daarvan waren er 38 patiënten opgenomen op afdelingen met enkel forensische K-bedden. Twee afdelingen hadden geen cijfers over het aantal patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter.

Een patiëntenbevraging werd bij 192 (36%) van de opgenomen patiënten gedaan. Niet alle onderwerpen waren op alle patiënten van toepassing, sommige patiënten konden niet aanwezig zijn tijdens het volledige interview. Enkel patiënten van 6 jaar of ouder werden geïnterviewd.

9. PREVENTIEF BELEID

Er is een brede consensus dat vrijheidsbeperkende interventies een beter preventief kader moeten krijgen en dat vrijheidsberoving enkel zeer uitzonderlijk en kortdurend kan gebruikt worden in een kwalitatief hoogstaande en patiëntgerichte zorg.

In de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) lezen we: “Recente studies tonen aan dat betekenisvolle vermindering van dwanginterventies mee kan bekomen worden door een vastberaden engagement van het management op elk mogelijk bestuursniveau (overheid, voorzieningsbestuur, afdelingsbeleid) om de attitudes ten opzichte van conflict en conflictbeheersing te veranderen. Dit beleid is gekenmerkt door zes specifieke componenten:

- stimuleren van de aandacht voor participatieve behandelplanning met nadruk op “empowerment” van de patiënt;
- duidelijk en effectief leiderschap in de behandeling installeren;
- een vormingsbeleid, toegespitst op conflict en conflictbeheersing, uitwerken;
- optimaliseren van de patiënt-personeel verhouding;
- verplichte dataregistratie voor alle dwanginterventies (prevalentie, omstandigheden, veiligheid, effect);
- debriefing en post-incident reviewprocedures. Hier moet aandacht gegeven worden aan:
 - de fysieke en psychologische impact op alle betrokkenen (ook op toevallige getuigen van het incident);
 - verbetering van preventieve acties;
 - het gebruik van voldoende alternatieven voorafgaand aan de beslissing tot dwanginterventie;
 - aanbevelingen voor het management om veiligheid te bevorderen;
 - continue vorming over acute ingrijpmedicatie (elders in dit rapport wordt dit ook crisismedicatie genoemd).

Waar nodig moeten architecturale ingrepen worden uitgevoerd met de bedoeling een transparante en duidelijke behandelomgeving te scheppen.”

Uit het Safewards-model leren we dat er een hele reeks beïnvloedende factoren zijn die aanleiding kunnen geven tot conflicten en uiteindelijk escalaties: de interne structuur van de afdeling, de fysieke omgeving van de afdeling en het ziekenhuis, het leven buiten het ziekenhuis, het contact tussen patiënten, individuele patiëntenkenmerken, wet- en regelgeving.

De beperking van vrijheidsberoving tot uitzonderlijke en kortdurende interventies is enkel mogelijk wanneer er gekozen wordt voor een breder beleid van preventie via een multifactoriële aanpak. Ingrepen in de interactie tussen omgeving, patiënt en hulpverlener blijken effectief in de preventie en de-escalatie van conflicten.

Daarbij is het belangrijk om aandacht te hebben voor ingrepen op verschillende niveaus; voorbeelden hiervan zijn:

- Inspraak van patiënten, hun familie en naasten in de zorg is een belangrijk basisaspect voor kwaliteitsvolle zorg: niet enkel de betrokkenheid bij de individuele behandeling, maar breder gezien ook de participatie op de verschillende beleidsniveaus van de organisatie.
- Het verbeteren van patiëntenervaringen: de leefregels die gehanteerd worden, waaronder de mogelijkheden tot contact met buitenwereld, kunnen een effect hebben op het ontstaan en de preventie van conflicten. De aandacht voor ervaringen van patiënten is een belangrijke voorwaarde tot verbetering.
- De bestaffing en de infrastructuur, die het gebruik van alternatieven en de mogelijkheden qua de-escalatie kunnen beïnvloeden.
- Een aanbod van psycho-educatie of therapiesessies over de-escalatie, agressiebeheersing, zelfcontrole en regulatievaardigheden voor patiënten en hun ouders/naasten.

- Het gebruik van signaleringsplannen.
- Een vormingsbeleid dat gericht is op preventie van conflict, agressiepreventie en de-escalatie, op het gebruik van alternatieven en op het veilig uitvoeren van interventies.
- De opvang na incidenten waarbij debriefing met alle betrokkenen (patiënt, medepatiënten en medewerkers) en een analyse van het incident belangrijke facetten zijn.

9.1. DE-ESCALATIE

9.1.1 Gebruik van signaleringsplannen

Achtergrond

Een signaleringsplan of een individueel de-escalatieplan is een hulpmiddel om in een vroeg stadium een dreigende terugval van de patiënt te herkennen en te voorkomen. Het omschrijft wat de patiënt, zijn omgeving en hulpverleners kunnen doen om een crisissituatie te vermijden. De patiënt leert met behulp van zijn signaleringsplan zijn gedrag onder controle te krijgen doordat hij vroeg herkenning krijgt van zijn waarschuwingssignalen.

Volgende richtlijnen verwijzen naar individuele risicoscreening en risicomanagement van en door patiënten, en de hulpmiddelen hiervoor:

NICE	<p>1.2.3 Use crisis and risk management plans and strategies to reduce the need for restrictive interventions.</p> <p>1.2.10 Carry out the risk assessment with the service user and, if they agree, their carer. If this finds that the service user could become violent or aggressive, set out approaches that address:</p> <ul style="list-style-type: none"> - service user-related domains in the framework (see recommendation 1.2.7) - contexts in which violence and aggression tend to occur - usual manifestations and factors likely to be associated with the development of violence and aggression - primary prevention strategies that focus on improving quality of life and meeting the service user's needs - symptoms or feelings that may lead to violence and aggression, such as anxiety, agitation, disappointment, jealousy and anger, and secondary prevention strategies focusing on these symptoms or feelings - de-escalation techniques that have worked effectively in the past - restrictive interventions that have worked effectively in the past, when they are most likely to be necessary and how potential harm or discomfort can be minimised. <p>1.2.13 Regularly review risk assessments and risk management plans. The regularity of the review should depend on the assessment of the level of risk. Base the care plan on accurate and thorough risk assessments.</p> <p>1.3.16 Encourage service users to recognise their own triggers and early warning signs of violence and aggression and other vulnerabilities, and to discuss and negotiate their wishes should they become agitated. Include this information in care plans and advance statements and give a copy to the service user.</p>
HGR	<p>p. 16: Ga bij elke patiënt na wat zijn of haar manier is om rustig te worden en gebruik deze kennis om in de toekomst sneller, effectiever en zonder noodzaak tot een dwanginterventie in te grijpen. Maak ruimte voor het bespreken van behandel-alternatieven en laat ruimte om deze afgesproken alternatieven ook daadwerkelijk te testen. Betrek zo veel als mogelijk de eerste lijn (in het bijzonder de huisarts) in deze crisisplannen en behandelalternatieven.</p>

Safewards	<p>Calm Down Methods: Maybe it might be better sometimes to use the patient's own strengths and usual coping mechanisms to help them calm down. This initiative suggests a range of alternatives and provides the means to make them available to patients where possible.</p> <p>Conflict and Containment Plan: As a supplement to the nursing assessment on admission, and only for patients who have a known history of conflict behaviour on the ward, a 'C & C assessment' will be completed. The additional information secured will be used to contribute a conflict and containment reduction element to the care plan. For those who cannot cooperate on admission, the C & C assessment will be completed on day three or day five of the admission. The assessment topics on the "C & C assessment" are designed to help with:</p> <ul style="list-style-type: none"> - The identification of triggers to conflict behaviours, for example the behaviours of other patients, the staff, potential stressful events outside hospital, etc. - The patients preferences about containment use and what should be avoided.
Six Core Strategies	<p>Strategy Four: Use of Seclusion and Restraint (S/R) reduction tools:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Has the facility implemented the use of a trauma history assessment that identifies persons at risk for re-traumatization and addresses signs and symptoms related to untreated trauma sequelae? - Has the facility implemented a de-escalation tool or safety planning assessment that includes the identification of individual triggers and personally chosen and effective emotional self management interventions? - Has the facility created a way that individual safety planning or de-escalation information is readily available in a crisis and is integrated in the treatment plan?

Het Vlaams Patiëntenplatform formuleerde hieromtrent volgende aanbevelingen:

- Stel tijdens heldere periodes signaleringsplannen en crisisplannen op met de patiënt zodat er vroeger ingegrepen kan worden.
- Bekijk met elke opgenomen patiënt: "Wat is jouw manier om kalm te worden?" (persoonlijke coping-stijl).
- Neem rustig de tijd om te proberen begrijpen waarom de persoon zo ontredderd en verward is, vooraleer over te gaan tot de dwangmaatregel.

Werkwijze

Tijdens de inspectie werd op de afdeling gevraagd of men er gebruik maakt van signaleringsplannen.

Desgevallend werd het gebruikte signaleringsplan beoordeeld. Volgende 4 aspecten werden bekeken:

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

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

Vaststellingen

32 (88.9%) van de 36 afdelingen geven aan dat ze **een signaleringsplan gebruiken**.

Op 23 afdelingen (= 71.8% van het aantal afdelingen waar een signaleringsplan gebruikt wordt en 63.9% van het totaal aantal afdelingen) bevatte het signaleringsplan de **4 gecontroleerde onderdelen**.

Op 9 afdelingen (= 28.1% van het aantal afdelingen waar een signaleringsplan gebruikt wordt en 25.0% van het totaal aantal afdelingen) **ontbreken één of meerdere onderdelen** in het signaleringsplan.

- Bij 7 van de 9 ontbreekt een concrete omschrijving van signalen of vroege voortekenen.
- Bij 7 van de 9 ontbreken de mogelijke acties/stabiliserende maatregelen in verschillende fasen.
- Bij 6 van de 9 ontbreekt wat de patiënt kan doen.
- Bij 6 van de 9 ontbreekt wat hulpverleners kunnen doen.

Op 31 van de 32 afdelingen die een signaleringsplan gebruiken, werden **patiëntendossiers gecontroleerd** m.b.t. signaleringsplannen; op 1 van die 32 afdelingen was geen enkele patiënt langer dan een maand opge-

nommen. In totaal werden 150 dossiers gecontroleerd, waarvan 85 (56.7%) een signaleringsplan bevatten.

Op 12 (38.7%) van de 31 afdelingen bevatten alle gecontroleerde dossiers een signaleringsplan. Op 10 (32.3%) van de 31 afdelingen bevatten alle gecontroleerde dossiers een signaleringsplan met de 4 gecontroleerde elementen.

Conclusies en reflecties

In veel gevallen nemen spanningen geleidelijk toe totdat ze in een agressieve uitbarsting tot ontlading komen. Mede vanuit de wetenschap dat het vroegtijdig doorbreken van een negatieve spiraal escalaties voorkomt, kan het gebruik van signaleringsplannen een belangrijk instrument zijn in het terugdringen van vrijheidsberovende maatregelen.

Een signaleringsplan wordt ingezet om terugval van een patiënt te voorkomen en op tijd, voordat er sprake is van terugval, adequate hulp te starten. Het plan wordt samen met de patiënt opgesteld en ordent de signalen die de patiënt geeft wanneer hij zich goed voelt, dan wel wanneer hij dreigt in crisis te gaan of zich in een crisis bevindt. Bij het opstellen van signaleringsplannen gaat men uit van de fasering in de crisis, die per patiënt uniform verloopt. Het doel is om de patiënt zo snel mogelijk terug te brengen tot fase 0. Bovendien hebben veel patiënten baat bij duidelijkheid over welke stappen de professional zal zetten in geval van naderende crisis en vormt een signaleringsplan tevens een soort sociaal contract dat ondersteunend kan werken ten aanzien van de werkrelatie. Ook als het niet komt tot een concreet plan, kan deze methodiek de gevoeligheid voor belangrijke signalen wel vergroten.²

² Best practices rondom dwangreductie in de geestelijke gezondheidszorg, een inventariserend onderzoek naar best practices bij de reductie van dwang, Yolande Voskes, Justine Theunissen en Guy Widdershoven, december 2011

Het zou interessant zijn mocht er onderzoek opgezet worden naar het effect van het gebruik van signaleringsplannen op conflictpreventie en op het aantal vrijheidsberovende maatregelen.

Een aantal studies tonen een afname van het aantal of de ernst van agressie-incidenten, het aantal separaties en het aantal afzonderingen na het invoeren van een signaleringsplan.³

Tijdens onze inspecties gaven veel kinderspsychiatrische afdelingen aan dat ze gestart waren met het gebruik van signaleringsplannen, naar aanleiding van deze inspectieronde. De graad van implementatie was erg divers: waar op sommige afdelingen alle patiëntendossiers reeds een signaleringsplan bevatten, zijn er een aantal afdelingen waar het instrument nog helemaal niet werd gebruikt.

Op de bezochte afdelingen leven **verschillende visies** over het gebruik van signaleringsplannen. Op sommige afdelingen is men van mening dat de opmaak van signaleringsplannen enkel nuttig is voor patiënten met een gekend risico op agressie. Op andere afdelingen worden signaleringsplannen niet enkel gebruikt voor agressiepreventie, maar als een instrument om te detecteren wanneer en hoe men kan zien dat het slechter gaat met de patiënt.

Deze diverse visies vinden we ook in de verschillende richtlijnen terug. Sommige richtlijnen (HGR) stellen voor om bij elke patiënt een signaleringsplan op te maken, andere richtlijnen (NICE, Safewards) focussen op risicopatiënten, waarbij bij elke patiënt een risicotaxatie dient te gebeuren; in de Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use wordt een combinatie van beide opties aanbevolen.

9.1.2 Infrastructuur

Achtergrond

Aanpassing van de infrastructuur is één van de factoren binnen een multifactoriële aanpak die het preventief beleid mee kan ondersteunen. Het beschikken over verschillende ruimtes die specifiek ingericht zijn, kan een de-escalerend beleid met een breed gamma van alternatieve maatregelen bekrachtigen.

NICE	1.2.7 Improve or optimise the physical environment (for example, use unlocked doors whenever possible, enhance the décor, simplify the ward layout and ensure easy access to outside spaces and privacy). Anticipate that restricting a service user's liberty and freedom of movement (for example, not allowing service users to leave the building) can be a trigger for violence and aggression.
	1.3.14 Separate agitated service users from others (using quiet areas of the ward, bedrooms, comfort rooms, gardens or other available spaces) to aid de-escalation, ensuring that staff do not become isolated.
	1.3.20 Use a designated area or room to reduce emotional arousal or agitation and support the service user to become calm. In services where seclusion is practised, do not routinely use the seclusion room for this purpose because the service user may perceive this as threatening.
	1.7.13 Offer the child or young person the opportunity to move away from the situation in which the violence or aggression is occurring, for example to a quiet room or area
Safewards	Open doors: In the context of Tighten wraparound security; Maximise door visibility; Adequate staff numbers; One exit only; Secure garden area
Six core strategies	Strategy Four: Use of Seclusion and Restraint (S/R) reduction tools:

³ Management of Inpatient Aggression in Forensic Mental Health Nursing. The application of the Early Recognition Method, Fluttert, 2010

Inperken voorkomen in de residentiële zorg voor kinderen: Individuele Proactieve AgressiehanteringsMethode (IPAM), Marije Valenkamp en Fop Verheij, 2011

	Has the facility: a. Implemented communication techniques/conflict mediation procedures? b. Reduced environmental signs of overt/covert coercion? c. Made environment of care changes (use of comfort rooms & sensory rooms)?
--	--

Werkwijze

In de bevraging vooraf werd aan het ziekenhuis gevraagd welke infrastructuur kan gebruikt worden om agressie te vermijden: eenpersoonskamers, time-outkamers, comfortrooms,

De infrastructuur werd tijdens het afdelingsbezoek bekeken.

Vaststellingen

Het aantal mogelijkheden voor de-escalatie op het vlak van infrastructuur werd op alle afdelingen bekeken; er werd nagegaan of:

- alle patiëntenkamers eenpersoonskamers zijn;
- de afdeling beschikt over een buitenruimte zoals een tuin of terras;
- de afdeling gebruik kan maken van een ruimte met open deur voor de-escalatie;
- er een sport- en/of ontspanningsruimte is.

Op 26 (76.5%) van de 34 afdelingen met patiëntenkamers zijn **alle patiëntenkamers eenpersoonskamers**. De twee afdelingen voor dagbehandeling hebben geen patiëntenkamers; deze vraag werd er als niet van toepassing beoordeeld. Eén afdeling beschikt enkel over tweepersoonskamers, vijf afdelingen hebben zowel eenpersoonskamers als tweepersoonskamers, twee afdelingen hebben zowel eenpersoons-, tweepersoons- als meerpersoonskamers.

33 (91.7%) van de 36 bezochte afdelingen beschikken over een **terras/tuin**. Het aantal buitenruimtes per afdeling varieert tussen 1 en 4; op sommige afdelingen heeft elke leefgroep een eigen tuin.

27 (75.0%) van de 36 bezochte afdelingen kunnen gebruik maken van een **ruimte met open deur voor de-escalatie of time-out**. Het aantal ruimtes per afdeling varieert tussen 1 en 4. Er zijn in totaal 48 ruimtes die (ook) gebruikt kunnen worden met open deur.

18 (50.0%) van de 36 bezochte afdelingen beschikken over een **sportzaal en/of ontspanningsruimte**.

Wanneer we de combinatie van infrastructurele mogelijkheden bekijken voor de 34 afdelingen waar patiënten overnachten, stellen we het volgende vast:

- 9 (26.5%) afdelingen beschikken over de 4 gecontroleerde mogelijkheden;
- 18 (52.9%) afdelingen hebben 3 gecontroleerde mogelijkheden;
- 4 (11.8%) afdelingen hebben 2 mogelijkheden;
- 2 (5.9%) afdelingen hebben 1 mogelijkheid;
- 1 (2.9%) afdeling heeft geen enkele van de gecontroleerde infrastructurele mogelijkheden.

Conclusies en reflecties

Niet op alle afdelingen beschikt men over voldoende mogelijkheden om een preventief beleid van de-escalatie infrastructureel te ondersteunen. Op meerdere afdelingen waren er plannen voor de bouw van comfortruimtes; de inrichting ervan werd meermaals in samenspraak met patiënten uitgetekend.

Tijdens de patiëntenbevragingen gaven patiënten meerdere malen aan dat ze op de afdeling een “opgesloten” gevoel ervaren.

Sommige afdelingen kampen met structurele beperkingen; zo zijn er niet overal mogelijkheden om een aangepast terras of een tuin te voorzien. Andere afdelingen beschikken wel over de infrastructuur, maar maken hier niet ten volle gebruik van, bv. vanuit veiligheidsbepaalingen. Zo zagen we op sommige afdelingen dat

de deur naar het terras of de tuin steeds afgesloten was en door patiënten enkel onder toezicht mocht gebruikt worden; ook i.v.m. ontspanningsruimtes werden zulke beperkingen opgemerkt.

9.1.3 Personeel

Achtergrond

Bestaffing

NICE	<p>1.4.2 Health and social care provider organisations should:</p> <ul style="list-style-type: none"> - define staff/patient ratios for each inpatient psychiatric ward and the numbers of staff required to undertake restrictive interventions - ensure that restrictive interventions are used only if there are sufficient numbers of trained staff available - ensure the safety of staff during the use of restrictive interventions, including techniques to avoid injuries from needles during rapid tranquillisation.
Safewards	<p>More staff in evening:</p> <p>Increased staffing levels in the evening: Several papers report a variation in rates of self harm during the day, with a peak in the evening (20:00-23:00). It is unclear why this is the case, however if staff were made aware that this is a difficult time for some patients, and were available to support patients experiencing difficult feelings this may reduce the episodes of self harm.</p>
HGR	<p>p. 10: Er moet worden voorzien in een aangepaste personeelsnorm voor patiënten die verpleegd worden met gebruik van een dwanginterventie, met andere woorden in een acute en/of intensieve zorgsituatie. De berekening van deze personeelsnorm op de afdeling houdt rekening met (i) de wettelijke minimumnorm, (ii) de actuele bedbezetting en (iii) de actuele zorgzwaarte. Dit impliceert een actief en dynamisch personeelsbeheer voor elke afdeling die deze acute en intensieve zorg levert.</p> <p>p. 22: De mogelijkheid moet voorzien worden dat de patiënt niet alleen gelaten wordt (1-op-1-begeleiding) als hij/zij dit wenst en als het zinvol en haalbaar wordt geacht.</p>
CPT 2012	<p>p. 15: Qualified staff should be continuously present whenever patients are subjected to restraints.</p>

Vorming

NICE	<p>1.2.1 Health and social care provider organisations should train staff who work in services in which restrictive interventions may be used in psychosocial methods to avoid or minimise restrictive interventions.</p> <p>1.3.12 Health and social care provider organisations should give staff training in de-escalation that enables them to:</p> <ul style="list-style-type: none"> - recognise the early signs of agitation, irritation, anger and aggression - understand the likely causes of aggression or violence, both generally and for each service user - use techniques for distraction and calming, and ways to encourage relaxation - recognise the importance of personal space - respond to a service user's anger in an appropriate, measured and reasonable way and avoid provocation.
------	---

	<p>1.4.1 Health and social care provider organisations should train staff working in inpatient psychiatric settings to undertake restrictive interventions and understand the risks involved in their use, including the side-effect profiles of the medication recommended for rapid tranquillisation in this guideline, and to communicate these risks to service users.</p>
	<p>1.7.1 Child and adolescent mental health services (CAMHS) should ensure that staff are trained in the management of violence and aggression using a training programme designed specifically for staff working with children and young people. Training programmes should include the use of psychosocial methods to avoid or minimise restrictive interventions whenever possible.</p>
	<p>1.7.2 CAMHS should have a clear and consistently enforced policy about managing antisocial behaviour and ensure that staff are trained in psychosocial and behavioural techniques for managing the behaviour.</p>
CPT 2017	<p>3.1 Staff should be properly trained before taking part in the practical application of means of restraint.</p>
	<p>3.2 When recourse is had to physical (manual) restraint, staff should be specially trained in holding techniques that minimise the risk of injury.</p>
HGR	<p>p. 10: Vorming moet gericht zijn op preventie van conflict en op alternatieven voor dwanginterventies. Vorming moet gericht zijn op het veilig uitvoeren van interventies.</p>
Six Core Strategies	<p>Strategy one: leadership towards organizational change: Has leadership addressed staff culture issues, training needs and attitudes? (See Workforce Development.) Leadership will assure for staff training and development in knowledge, skills and abilities, including choice of training program for S/R application techniques and will include Human Resources (HR).</p>
	<p>Strategy three: Workforce development: Has the facility assured for education/training for staff at all levels in theory and approaches including:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Experiences of consumers and staff b. Common assumptions and myths c. Trauma Informed Care d. Neurobiological Effects of Trauma e. Public Health Prevention Model f. Performance Improvement Principles g. S/R Reduction Core Strategies as appropriate h. Risk for Violence i. Medical/Physical Risk Factor for Injury or Death j. Use of Safety Planning Tools or Advance Directives k. Core Skills in Building Therapeutic and Person Based Relationships l. Safe Restraint application procedures including continuous face-to-face monitoring while a person is in restraint m. Non-confrontational limit setting

Psychologische opvang van medewerkers

NICE	<p>1.4.55 After using a restrictive intervention, and when the risks of harm have been contained, conduct an immediate post-incident debrief, including a nurse and a doctor, to identify and address physical harm to service users or staff, ongoing risks and the emotional impact on service users and staff, including witnesses.</p>
------	--

	1.4.60 Ensure that all staff involved in the incident have the opportunity to discuss their experience with staff who were not involved.
	1.4.61 Discuss the incident with service users, witnesses and staff involved only after they have recovered their composure and aim to: <ul style="list-style-type: none"> - acknowledge the emotional responses to the incident and assess whether there is a need for emotional support for any trauma experienced - promote relaxation and feelings of safety - support a return to normal patterns of activity
Safewards	Debrief Staff: Peer support program for staff - Following incidents of violence and aggression staff are supported by peer support workers who enable staff to speak about their experience and gain emotional support.

Het Vlaams Patiëntenplatform formuleerde over dit onderwerp volgende aanbevelingen:

- Zorg dat er indien nodig ook 's nachts iemand beschikbaar is om te praten.
- Voer één-op-één-gesprekken zodat men vanzelf rustig wordt.

Werkwijze

Tijdens de inspectie werd de nachtelijke bestaffing bevestigd bij medewerkers alsook de mogelijkheid om 's nachts bij noodgevallen extra hulp van collega's in te roepen.

Het inscholingsprogramma voor nieuwe medewerkers werd opgevraagd.

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

- agressiepreventie of de-escalatie;
- signaleringsplannen;
- het inoefenen van afzonderingstechnieken (dit onderwerp werd als niet van toepassing beschouwd indien niet werd afgezonderd op de afdeling).

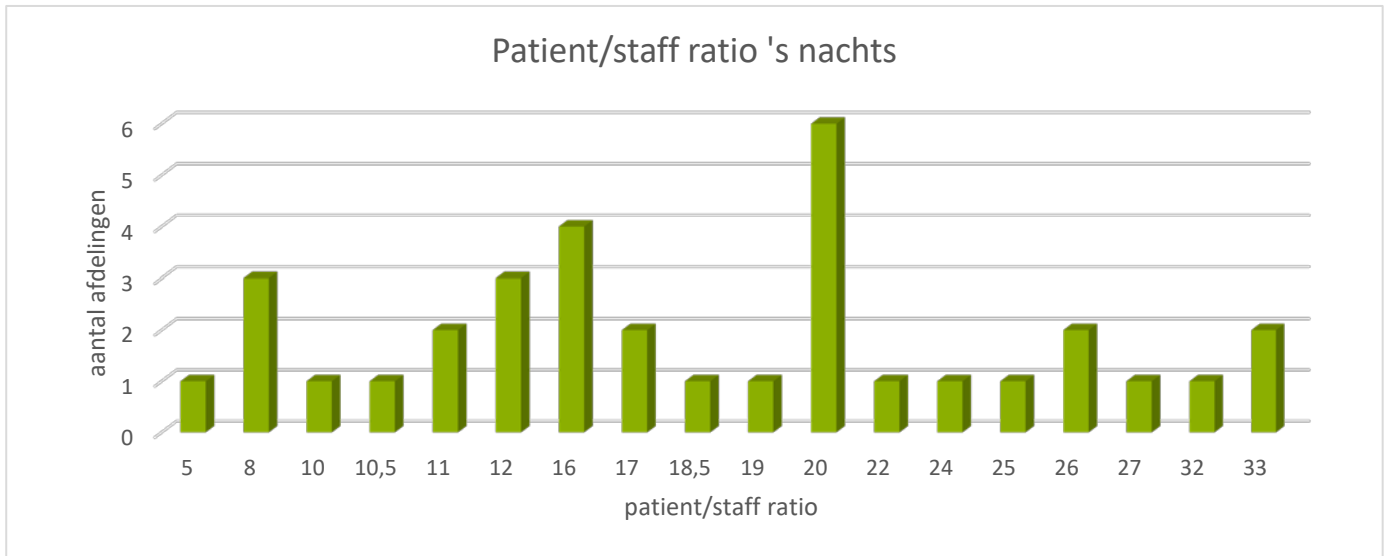
Er werd nagevraagd of er specifieke psychologische opvang is voor medewerkers na ernstige incidenten.

In de onlinebevraging vooraf werd het aantal arbeidsongevallen na agressie-incidenten en het aantal tussenkomsten na incidenten van het specifiek team in 2015 opgevraagd.

Vaststellingen

Van de 36 bezochte afdelingen waren er 2 afdelingen met enkel dagbehandelingen, waar de vraag over nachtelijke bestaffing als niet van toepassing werd beschouwd. Op de 34 afdelingen waar patiënten overnachten, varieerde de **bestaffing tijdens de nacht** van 2 medewerkers voor 1 afdeling tot 1 medewerker voor 2 afdelingen.

Aangezien de grootte van de afdelingen sterk varieert – de kleinste afdelingen tellen 4 bedden terwijl de grootste afdeling 37 bedden telt – werd getracht deze verschillen in rekening te brengen. Wanneer we de verhouding berekenen van het aantal bedden op de afdeling (wat overeenkomt met het aantal patiënten dat maximaal kan aanwezig zijn tijdens de nacht) t.o.v. het aantal nachtmedewerkers, dan maken we een inschatting van de patient-staff ratio tijdens de nacht. De patient-staff ratio varieert op de afdelingen tussen 5 en 33, wat betekent dat de bestaffing tijdens de nacht varieert tussen 1 medewerker voor 5 patiënten tot 1 medewerker voor 33 patiënten.



In de cijfers die we verzamelden tijdens deze inspectieronde zien we geen verband tussen de nachtelijke bestaffing en de doelgroep: de patient-staff ratio tijdens de nacht varieert even sterk op forensische als op niet-forensische afdelingen en op afdelingen in een ziekenhuis met en zonder machtiging voor gedwongen opname.

Op 34 afdelingen waar patiënten overnachten, werd nagevraagd of men 's nachts in geval van nood kan **beroep doen op extra hulp**. Op 32 (94.1%) van deze 34 afdelingen kan in noodgevallen binnen de 15 minuten beroep gedaan worden op extra hulp en kunnen er zo steeds minstens 3 medewerkers binnen de 15 minuten aanwezig zijn bij nood. Twee afdelingen (5.9%) kunnen niet binnen de 15 minuten beroep doen op extra hulp; op deze afdelingen zijn telkens 2 personeelsleden aanwezig.

Op alle afdelingen is er bij noodgevallen steeds binnen de 15 minuten minstens één beschikbare medewerker die verpleegkundige is.

Het **inscholingsprogramma** voor nieuwe medewerkers werd op alle 36 afdelingen opgevraagd. Op 4 (11.1%) van de 36 afdelingen bevat het inscholingsprogramma de drie bevroegde onderwerpen. Op 32 (88.9%) afdelingen ontbreekt één of meerdere van de gecontroleerde onderwerpen:

- op 32 (88.9%) afdelingen voorziet het inscholingsprogramma niet in een vorming over het gebruik van signaleringsplannen;
- op 3 (8.3 %) afdelingen was agressiepreventie niet als onderwerp opgenomen tijdens de inscholing van nieuwe medewerkers;
- op 1 (2.9%) van de 34 afdelingen waar men afzondert en/of separeert ontbrak het inoefenen van afzonderingstechnieken tijdens de inscholing.

Op alle 36 afdelingen is er specifieke **psychologische opvang** voorzien voor medewerkers **na ernstige incidenten**.

27 (75.0%) van de 36 afdelingen beschikken over cijfers op afdelingsniveau over **agressie-incidenten**. Op deze afdelingen werden in 2015 in totaal 1.488 agressie-incidenten en 46 arbeidsongevallen door agressie-incidenten geregistreerd. In 2015 werden op de afdelingen 90 tussenkomsten geregistreerd van het specifiek team voor medewerkers na ernstige incidenten.

Conclusies en reflecties

Bestaffing

Er werden grote verschillen vastgesteld in de nachtelijke bestaffing van de verschillende afdelingen.

Op een aantal afdelingen bestaat het beleid er in om patiënten die 's avonds in afzondering of separatie gaan, systematisch te laten overnachten in de afzonderings- of separatieruimte. Nachtelijke bestaffing kan hierbij een beïnvloedende factor zijn.

In richtlijnen wordt aanbevolen om vrijheidsberovende maatregelen in te perken door de preventie van conflicten d.m.v. voldoende aanwezigheid op de afdelingen om vroege signalen op te merken bij patiënten en de omgeving. In de NICE-richtlijn worden bv. voor alle opgenomen patiënten om de 30 à 60 minuten observatiemomenten aanbevolen.

Vanuit de sector komt de vraag om afdelingen die patiënten met een hoger risicoprofiel opnemen, hoger te bestafferen, waarbij een aantal afdelingen zouden kunnen fungeren als "high intensive care units".

Naast een bestaffing in functie van zorgzwaarte en risicoprofiel van de patiëntendoelgroep, wordt de personeelsinzet best ook afgestemd op risicomomenten voor conflicten, bv. hogere bestaffing in de avondshift als preventieve maatregel omdat er op de afdeling dan meer incidenten zijn.

Het is dan ook belangrijk om de risicomomenten van de eigen afdeling te kennen: onder meer daarom is het nodig om voldoende informatie te verzamelen en een diepgaande analyse te maken van de verzamelde cijfergegevens over incidenten.

Vorming

Tijdens deze inspectieronde werd de bevraging over dit onderwerp om praktische redenen ingeperkt tot de inscholing van nieuwe medewerkers. Expertise-opbouw en vorming is uiteraard voor elke medewerker een basisvereiste.

Op de meerderheid van de afdelingen ontbrak vorming over vroegsignalering in het inscholingsprogramma voor nieuwe medewerkers. Als reden hiervoor wijzen we op het feit dat heel wat afdelingen nog maar enkele maanden gestart waren met de implementatie van signaleringsplannen: de bestaande teams kregen vorming in dit verband, maar het onderwerp was nog niet opgenomen in de programma's voor inscholing van nieuwe medewerkers.

Tijdens de inspectiebezoeken kwam regelmatig aan bod dat medewerkers de **methodiek van geweldloos verzet** of de **Non-Violent Resistance-methodiek (NVR)** hanteren of dat afdelingen bezig waren om deze methodiek in te voeren. NVR is een systematische aanpak die ouders, leerkrachten en hulpverleners helpt bij de aanpak van agressie en zelfverwendend gedrag op een geweldloze manier en d.m.v. de-escalerende technieken. Non-Violent Resistance is een methodiek die agressie en andere externaliserende symptomen van jeugdigen vermindert, teams tijdens confrontaties krachtiger en zelfverzekerder maakt, en samenwerking binnen het team, met ouders en met jeugdigen vergroot.⁴

De methodiek van NVR werd tijdens deze inspectieronde niet systematisch bevroegd, maar lijkt zijn ingang gevonden te hebben op heel wat afdelingen en belangrijke mogelijkheden te bieden in het terugdringen van agressie.

Psychologische opvang van medewerkers

Psychologische opvang van medewerkers na incidenten kreeg de voorbije jaren in alle ziekenhuizen aandacht; dit bleek ook tijdens deze inspectieronde.

Medewerkers lopen vanwege het agressieve gedrag van patiënten regelmatig fysieke letsels en/of traumatische ervaringen op. Ook wordt agressie in verband gebracht met ziekte en personeelsverloop.

⁴ <https://www.kenniscentrum-kjp.nl/>

Een traumatische ervaring van een personeelslid (second victim) heeft verder invloed op de attitude en het gedrag naar patiënten. Zo is het mogelijk dat een medewerker na een incident van fysieke agressie vanuit een onveiligheidsgevoel sneller preventief zal gaan afzonderen.

9.1.4 Debriefing

Achtergrond

Hoewel ingrijpende interventies zoveel mogelijk moeten worden vermeden, zijn ze soms onafwendbaar. Dit soort gebeurtenissen kan een traumatiserend effect hebben, vooral voor de patiënt maar ook voor hulpverleners. Ook bij de andere kinderen in de leefomgeving roept de agressie dikwijls angst op, vaak gerelateerd aan eerdere traumatische ervaringen. Daarnaast is het een bekend fenomeen dat de agressie van het ene kind ook bij andere kinderen agressie oproept.

Vanuit deze achtergrond heeft debriefing meerdere doelstellingen:

- vragen hoe de patiënt deze ingrepen heeft ervaren en of er suggesties zijn om dit soort situaties in de toekomst te voorkomen;
- uitzoeken welke mechanismen werkbaar zouden kunnen zijn;
- lessen trekken voor de toekomst;
- een verontschuldiging aanbieden (vanwege hulpverleners): uitleg dat de hulpverleners het naar vinden dat ze tot dit soort ingrepen hebben moeten komen, maar dat het ingrijpen tot doel had de algemene veiligheid van de afdeling te waarborgen.

NICE	<p>1.4.55 After using a restrictive intervention, and when the risks of harm have been contained, conduct an immediate post-incident debrief, including a nurse and a doctor, to identify and address physical harm to service users or staff, ongoing risks and the emotional impact on service users and staff, including witnesses.</p> <p>1.4.58 Ensure that the service user involved has the opportunity to discuss the incident in a supportive environment with a member of staff or an advocate or carer. Offer the service user the opportunity to write their perspective of the event in the notes.</p> <p>1.4.59 Ensure that any other service users who may have seen or heard the incident are given the opportunity to discuss it so that they can understand what has happened.</p> <p>1.4.60 Ensure that all staff involved in the incident have the opportunity to discuss their experience with staff who were not involved.</p> <p>1.4.61 Discuss the incident with service users, witnesses and staff involved only after they have recovered their composure and aim to:</p> <ul style="list-style-type: none"> - acknowledge the emotional responses to the incident and assess whether there is a need for emotional support for any trauma experienced - promote relaxation and feelings of safety - support a return to normal patterns of activity - ensure that everyone involved in the service user's care, including their carers, has been informed of the event, if the service user agrees.
Safewards	<p>Reassurance: Following the occurrence of a potentially anxiety provoking incident on the ward every patient should be spoken to, either alone or in small groups, to ask them their understanding of what has happened, what effect it has had on them and to give them an explanation as to what has happened. If not all patients have witnessed the incident or heard of it in some way, then only those who have could be spoken to.</p>

	Debrief the patient: The day after any significant containment incident on the ward (specifically, a manual restraint, a coerced IM injection, seclusion, or transfer to Psychiatric Intensive Care or use of an Intensive or Extra Care Area or equivalent) the Nurse in Charge, after consulting the nursing notes/records, is to approach the patient involved and: (i) Apologise. Explain that the staff are sorry it got to that point, and that it was not the outcome the staff wanted, but the staff goal is to keep everyone safe. (ii) Ask how the patient perceived matters and what happened, and ask for suggestions on how the same outcome can be avoided in future.
CPT 2017	8. Once the means of restraint have been removed, it is essential that a debriefing of the patient take place, to explain the reasons for the restraint, reduce the psychological trauma of the experience and restore the doctor-patient relationship.
Six Core strategies	<p>Strategy six: Debriefing Techniques:</p> <p>This core strategy recognizes the usefulness of a thorough analysis of every seclusion or restraint (S/R) event. It values the fact that reducing the use of S/R occurs through knowledge gained from a rigorous analysis of S/R events and the use of this knowledge to inform policy, procedures, and practices to avoid repeats in the future. A secondary goal of this intervention is to attempt to mitigate, to the extent possible, the adverse and potentially traumatizing effects of a S/R event for involved staff and consumers and for all witnesses to the event. Recommended debriefing activities include two - an immediate post-event acute analysis and the more formal problem analysis with the treatment team. Using the steps in root cause analysis (RCA) is recommended.</p> <p>For facilities that treat kids and who use holds frequently, the use of full debriefing procedures for each event may not be manageable. These facilities need to discriminate their use of holds and target multiple holds on same children, identify same staff member involvement in these events so as to note training needs and explore holds that last longer than usual.</p>
HGR	<p>p. 22: Na afloop van de afzondering organiseert een teamlid een debriefing met de patiënt zodat deze kan spreken over zijn ervaring en om manieren te vinden om herhaling te vermijden.</p> <p>p. 22: Het team moet ook een debriefing kunnen houden over de controle en de evaluatie van het incident.</p>

Het Vlaams Patiëntenplatform formuleerde over dit onderwerp volgende aanbevelingen:

- Communiceer met de patiënt nadat de dwangmaatregel afgelopen is. Organiseer een nabespreking over hoe dit ervaren werd en waarom dit gebeurd is. Dit is een cruciale vorm van nazorg, die toont dat dit bespreekbaar is en niet onder de mat geveegd wordt. Het kan ook belangrijk zijn voor een herstel van de relatie tussen de patiënt en zijn zorgverleners.
- Vergeet ook de medepatiënten niet: vertel hen (met respect van de privacy) wat er aan de hand is en waarom er dwangmaatregelen gebruikt worden.
- Communiceer waar nodig ook met familieleden, medepatiënten,

Werkwijze

Tijdens inspectie werd bij medewerkers en patiënten bevraagd of er steeds een debriefing is na ernstige agressie-incidenten en of deze debriefing gebeurt met het team, met de patiënt en/of medepatiënten.

Vaststellingen

Voor één afdeling werd debriefing met patiënten en medepatiënten als niet haalbaar beschouwd gezien de beperkingen van de doelgroep (ernstige mentale handicap in combinatie met ernstige vorm van autisme) en is debriefing met de 3 groepen daar dus niet van toepassing. Debriefing met de drie groepen kon daardoor slechts op 35 afdelingen beoordeeld worden.

Op 27 (77.1%) van de 35 afdelingen gebeurt er **na ernstige agressie-incidenten steeds debriefing met het team, met de patiënt en met medepatiënten.**

Debriefing **met het team** gebeurt steeds op 34 (94.4%) van de 36 afdelingen.

Debriefing **met de patiënt** gebeurt steeds op 32 (91.4%) van de 35 afdelingen.

Debriefing **met medepatiënten** gebeurt steeds op 29 (82.9%) van de 35 afdelingen.

Conclusies en reflecties

Tijdens deze inspectieronde zagen we dat op de grote meerderheid van de afdelingen debriefing steeds plaats vindt met de drie groepen: met de patiënt zelf, met medepatiënten en met het team.

9.1.5 Psycho-educatie

Achtergrond

NICE	<p>1.2.12 Consider offering service users with a history of violence or aggression psychological help to develop greater self-control and techniques for self-soothing.</p> <p>1.7.5 Collaborate with those who have parental responsibility when managing violence and aggression in children and young people.</p> <p>1.7.11 Consider offering children and young people with a history of violence or aggression psychological help to develop greater self-control and techniques for self-soothing.</p> <p>1.7.12 Offer support and age-appropriate interventions (including parent training programmes) in line with the NICE guideline on antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people to parents of children and young people whose behaviour is violent or aggressive.</p> <p>1.3.19 Use emotional regulation and self-management techniques to control verbal and non-verbal expressions of anxiety or frustration (for example, body posture and eye contact) when carrying out de-escalation.</p>
Safewards	<p>No-react: Training sessions on how not to respond angrily or in fear. The key to emotional regulation is through the handling of verbal abuse. Stress inoculation, anxiety management, anger control, fear control. Exposure to a video of someone shouting abuse at you. Pre identification of hurtful insults and a plan on how to respond to each one - identify your own known vulnerabilities.</p> <p>Family interventions: If there are tensions and stresses at home, work with the whole family unit to resolve them.</p>
Six Core Strategies	<p>Strategy three: Workforce development. This strategy is implemented through intensive and ongoing staff training and education and HRD activities. It includes S/R application training and vendor choice, the adequate provision of treatment activities that offer choices to the people we serve and that are designed to teach illness and emotional self-management of symptoms and individual triggers that lead to loss of control.</p> <p>Strategy four: Use of S/R reduction tools:</p> <ul style="list-style-type: none"> - This strategy relies heavily on the concept of individualized treatment It includes the use of assessment tools to identify risk for violence and S/R history; the use of an universal trauma assessment; tools to identify persons with high risk factors for death and injury; the use of de-escalation surveys or safety plans; the use of person-first, non-discriminatory language in speech and written documents; environmental changes to include comfort and sensory rooms; sensory modulation interventions; and other meaningful treatment activities designed to teach people emotional self-management skills. - Has the facility implemented a de-escalation tool or safety planning assessment that includes the identification of individual triggers and personally chosen and effective emotional self management interventions?

HGR	p. 12: psycho-educatie en informatiebronnen moeten altijd aangeduid worden en toegankelijk gemaakt.
-----	---

Werkwijze

Tijdens het inspectiebezoek werd gevraagd om aan te tonen of er in het behandelaanbod voor patiënten therapie sessies worden georganiseerd over agressie beheersing, relaxatie, zelfcontrole of regulatievaardigheden. Verder werd de vraag gesteld of er voor ouders van patiënten sessies psycho-educatie voorzien zijn over omgaan met moeilijk gedrag, agressiepreventie en de-escalatie.

Vaststellingen

Voor één afdeling werden deze therapie sessies voor patiënten als niet van toepassing geacht voor de patiëntendoelgroep (ernstige mentale handicap in combinatie met ernstige vorm van autisme). Op 30 (85.7%) van de andere 35 afdelingen kon aangetoond worden dat **therapie sessies** voor patiënten georganiseerd worden over **agressie beheersing, relaxatie, zelfcontrole of regulatievaardigheden**.

Op 17 (47.2%) van alle 36 afdelingen kon aangetoond worden dat sessies **psycho-educatie voor ouders** georganiseerd worden over omgaan met moeilijk gedrag, agressiepreventie en de-escalatie.

Conclusies en reflecties

Terwijl therapie sessies voor patiënten op het merendeel van de afdelingen georganiseerd worden, is het aanbod van psycho-educatie voor ouders minder aanwezig. Psycho-educatie van familieleden van patiënten kan o.a. bestaan uit een training over het herkennen van voortekenen om zo herval en noodsituaties te vermijden.

9.2. PATIËNTENERVARINGEN

9.2.1 Contact met de buitenwereld

Achtergrond

NICE	1.7.16 Do not use punishments, such as removing contact with parents or carers or access to social interaction, withholding nutrition or fluids, or corporal punishment, to force compliance.
Children's rights	If you are separated from your parents, or from one of them, you have the right to see them regularly, unless this is not in your interests.
Guidelines on child-friendly health care	Where children have repeated or long-term contact with health services, for example with complex illness, head injury rehabilitation or severe mental health problems, it is imperative that they maintain contact with their families and their friends and that their education or future health is not impaired through a prolonged stay in hospital.

In het Decreet betreffende de Rechtspositie van de Minderjarige in de Integrale Jeugdhulp (DRM) zijn rond dit onderwerp volgende elementen te vinden:

- Art. 14: Als jeugdhulpverlening de minderjarige scheidt van zijn ouder of opvoedingsverantwoordelijke, heeft de minderjarige recht op informatie over en op regelmatig persoonlijk en rechtstreeks contact met die persoon, tenzij dit in strijd is met het belang van de minderjarige, zoals omschreven in artikel 5, of met een rechterlijke beslissing.
- Art. 28: Lichamelijke straffen, geestelijk geweld, onthouding van maaltijden en, behoudens andersluidende rechterlijke beslissing, onthouding van bezoekrecht, zijn verboden.

Werkwijze

Patiënten werden tijdens de inspectie bevroegd over de mogelijkheden die er zijn qua contact met de buitenwereld. Daarnaast werd de onthaalbrochure opgevraagd, alsook het document waarin de leefregels beschreven staan. Indien niet alle informatie in deze documenten werd teruggevonden of bij onduidelijkheden werden medewerkers bijkomend bevroegd.

Vaststellingen

Twee van de 36 afdelingen zijn afdelingen voor dagbehandeling waar deze vraag als niet van toepassing wordt beschouwd aangezien de patiënten er elke dag naar huis gaan. Op 28 (82.4%) van de 34 afdelingen waar patiënten overnachten, is er **dagelijks contact mogelijk met familie en vrienden**.

Op al deze afdelingen ging het om de mogelijkheid om dagelijks **contact** te hebben met de buitenwereld **via telefoon of sociale media**.

Dagelijks bezoek ontvangen is op 9 (26.5%) van de 34 afdelingen mogelijk.

Er werden 182 patiënten bevroegd over de contactmogelijkheden met de buitenwereld. 166 (91.2%) van de patiënten gaven aan dat dagelijks contact mogelijk is met familie en vrienden.

Conclusies en reflecties

Dagelijks bezoek is op een kwart van de afdelingen mogelijk, terwijl dagelijks contact via telefoon of sociale media op de meerderheid van de afdelingen mogelijk is.

In sommige brochures werden nog **andere beperkingen over bezoekmogelijkheden** gelezen: bezoek kan enkel als het vooraf is aangemeld of enkel vooraf gepland bezoek is mogelijk, er mag enkel bezoek komen van personen waarvoor vooraf een toestemming werd gegeven (soms door toestemming van de jeugdrechter, maar soms stellen afdelingen ook een beperking van toestemming door de ouders voorop).

Op weekend gaan is vaak aan een standaardprocedure onderhevig en wordt weinig op maat van de patiënt ingevuld: bv. eerste weekend niet of erg beperkt.

Bovendien bestaan grote verschillen in weekendregelingen tussen forensische afdelingen en de andere kinderpsychiatrische afdelingen: de weekendregeling van forensische afdelingen is vaak veel beperkender, de weekendplanning moet soms vooraf volledig uitgewerkt zijn, ...

Vanuit de interviews met patiënten kwamen volgende bekommernissen naar voor m.b.t. contactmogelijkheden: men zou meer contact willen (bv. langer dan 10 minuten bellen per dag, WIFI/4G, meer GSM-momenten en minder kamermomenten) en er is de vraag om al vroeger op weekend te kunnen gaan, nl. vanaf vrijdagavond i.p.v. vanaf zaterdagmiddag 13u.

O.a. financiële aspecten blijken voor ziekenhuizen soms een drempel om een soepele weekendregeling op maat van de patiënt toe te passen.

9.2.2 Informeren

Achtergrond

Safewards	Clear mutual expectations: Some of the difficult and challenging behaviours exhibited by patients are due in part to lack of clarity about how they are expected to behave, or lack of consistency between the ward staff about what those expectations are. These expectations work both ways, and just as the staff have expectations of patients, patients have expectations of the staff. Clarifying these relationships allows the staff to be consistent, and the patients to understand their obligations and those of staff. Communication between the two will be eased, and clarity in the social environment will assist patients to think more clearly, and experience less irritation and frustration. Lowered stress and anxiety help to reduce symptoms and aid patients' recovery.
-----------	---

	<p>Clear mutual expectations: Get your mutual expectations printed as a laminated poster to the ward, to your specified design with your specified content. Please hang this in a prominent and public space where it can be read by patients and staff. Some wards like to have more than one copy. Smaller copies can also be put up in patient bedrooms and/or included in welcome packs.</p>
	<p>Admission Messages: The admitting nurse to convey the following messages to newly arrived patients, in their own words:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PURPOSE - What the ward is for (keeping everyone safe, treating mental illness, assessing what help is needed, giving physical healthcare and help with everyday living); - PARTNERSHIP - The staff want to work with patients to help and support them, and their help is needed to do this; - SUPERVISION - Everyone has to watch over each other to keep all safe and well - MUTUAL SUPPORT - Everyone here supports and helps each other to get better and ready to go home - EXPECTATIONS - Bullying, abuse, drug or alcohol use and theft not tolerated, as these make people mental illness worse and get in the way of us helping each other [if the ward has a poster of mutual expectations, these can be shown to the new patient and explained to him/her - AVAILABILITY - Let the staff know if you are scared or upset; if you or someone else needs urgent help, shout; and if you need something from the nursing staff and can't find someone available on the ward, please knock at the office door (but do be aware that sometimes things get very busy, and nurses are not usually available during handover).
CPT 2017	1.7: patients should be provided with relevant information on the establishment's restraint policy.
HGR	p. 12: psycho-educatie en informatiebronnen moeten altijd aangeduid worden en toegankelijk gemaakt.
Guidelines on child-friendly health care	At each stage of the pathway, children, according to their age and maturity, and their families should be fully informed and involved. Children should be encouraged to exercise their right to participate in the decisions being made about their health or condition. Such involvement is particularly important in the cases of long-term conditions so that children are fully prepared to play an active role in managing their condition.
	Participation means that children have the right to be informed, consulted and heard, to give their opinions independently from their parents and to have their opinions taken into account.
	Meaningful participation requires children and families to be fully informed about the issues they are considering in order to improve the quality of their decision making.

In het Decreet betreffende de Rechtspositie van de Minderjarige in de Integrale Jeugdhulp (DRM) zijn rond dit onderwerp volgende elementen te vinden:

- Art. 11: De minderjarige heeft recht op duidelijke, toereikende en voor hem begrijpelijke informatie over de jeugdhulp en over alle zaken die daarmee verband houden, inzonderheid leefregels en afspraken.
- Art. 28: De procedures van jeugdhulpvoorzieningen om tot tijdelijke afzondering of tijdelijke vrijheidsbeperking over te gaan, zijn duidelijk omschreven in het huishoudelijk reglement en worden duidelijk meegedeeld. Als gebruik wordt gemaakt van een beveiligingskamer, beschrijft het huishoudelijk reglement in elk geval: de inrichting en het gebruik van de beveiligingskamer, het beveiligingsdossier, de duur van de beveiliging en het toezicht.

Het Vlaams Patiëntenplatform formuleerde over dit onderwerp volgende aanbevelingen:

- Informeer alle opgenomen patiënten tijdig over de procedures voor isolatie en fixatie: onder welke omstandigheden neemt men deze maatregelen, hoe verloopt dit, hoe lang zal dit duren, ...
- Communiceer met de patiënt over de isolatie vooraleer hier effectief toe overgegaan wordt. Vertel wat er gaat gebeuren en waarom.
- Bij wilsonbekwame patiënten: overleg met zijn/haar vertegenwoordiger vooraleer over te gaan tot dwanginterventies: Bv. “Gaaf u akkoord dat we medicatie inspuiten?”; “Gaaf u akkoord dat we overgaan tot isolatie?”.

Werkwijze

Tijdens de inspectie werden de (vrijheidsbeperkende) leefregels bevroagd bij personeelsleden en patiënten, en werden de infobrochures ingekeken. Telkens werd een antwoord gezocht op volgende vragen:

- Welke leefregels zijn er die invloed hebben op de vrijheid van patiënten?
 - Hebben patiënten overdag vrije toegang tot hun patiëntenkamer?
 - Worden patiëntenkamers tijdens de nacht van buiten af op slot gedaan?
 - Gaan de patiëntenkamers op sommige momenten overdag van buiten af op slot als patiënten er in verblijven?
 - Moeten patiënten op sommige momenten van de dag verplicht op de kamer blijven (met open deur)?
- Welke informatie is er over deze leefregels voor patiënten?

Aan patiënten werd bovendien gevraagd of ze geïnformeerd waren over de maatregelen die bij ernstige agressie-incidenten worden genomen.

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

Vaststellingen

Op alle 36 afdelingen gelden er algemene leefregels, d.w.z. afspraken die voor alle patiënten gelden. Alle afdelingen hebben een **brochure** waarin deze leefregels worden toegelicht.

Op 31 (86.1%) van de 36 afdelingen zijn één of meerdere **vrijheidsbeperkende leefregels** van toepassing. 20 (64.5%) van de 31 afdelingen waar één of meerdere vrijheidsbeperkende leefregels van toepassing zijn, beschrijven al deze leefregels in hun **schriftelijke informatie**.

Er werden 192 **patiënten** bevroagd over de **informatie** die ze kregen **over de afdelingsregels**; 173 (90.1%) van hen gaven aan dat de regels voor hen duidelijk waren.

26 (76.5%) van de 34 afdelingen waar de voorbije 3 jaar **afzonderingen en/of separaties** werden uitgevoerd, beschikken over **schriftelijke informatie** hierover voor patiënten en familie. In 15 (57.7%) documenten ontbreekt de informatie dat afzondering en/of separatie gepaard gaat met een afgesloten deur; in 11 (42.3%) documenten vonden we deze informatie wel terug.

159 (83.2%) van de 191 bevroagde **patiënten** gaven aan dat ze informatie hadden gekregen over welke **maatregelen** getroffen worden **bij ernstige agressie-incidenten**.

Conclusies en reflecties

De meerderheid van de afdelingen beschikt over schriftelijke informatie over vrijheidsbeperkende leefregels die van toepassing zijn en over afzonderingen en/of separaties. Op 60% van de afdelingen die afzonderen en/of separeren is de informatie over afzonderingen en/of separaties onvolledig.

Uit de gesprekken met kinderen en jongeren kwamen volgende opmerkingen naar boven rond de informatie over leefregels en de informatie over maatregelen bij ernstige agressie-incidenten: patiënten schrikken soms van de handelingen tijdens een afzondering; jongeren die in crisis worden opgenomen, worden niet steeds bij

opname geïnformeerd over de leefregels; er is vraag naar meer informatie wanneer er aanpassingen gebeuren van de leefregels.

Veel afdelingen gaven tijdens de inspecties aan dat ze mondelinge informatie geven over afzondering tijdens de rondleiding op de dienst waarbij men de time-outruimte en/of afzonderingsruimte toont (deze rondleidingen gebeuren vaak vóór de opname of op de eerste opnamedag).

Daarnaast geven veel ziekenhuizen aan dat ze worstelen met de vraag hoeveel informatie ze best geven rond afzonderen: “Moeten we de informatie rond afzondering opnemen in de infobrochure als afzondering zo weinig wordt toegepast?” Daarbij gaan afdelingen er van uit dat die informatie afschrikwekkend kan zijn of traumatiserend.

9.2.3 Meten van ervaringen van patiënten

Achtergrond

NICE	1.2.3 Have routine outcome monitoring, including quality of life and service user experience
Safewards	Discharge messages: On the day of their discharge, each patient is to be asked if they would write a card for display on a special public notice board on the ward. The card should say what they liked about the ward, the staff and what went on in the ward during their stay. It should also include what would be their most positive and helpful piece of advice for new patients.
Six Core Strategies	Strategy five: Has the facility implemented consumer satisfaction surveys, discussed results with staff, and used results to direct revisions in service provision? In children’s programs satisfaction surveys would also be geared to families.
Guidelines on child-friendly health care	Feeling safe, secure and comfortable should be part of the child’s therapeutic process. This requires staff to be “child-friendly” and both culturally and clinically competent. Health care should be provided in a “child-friendly” environment, and separately from adults where appropriate. Fear, discomfort and pain should be recognised, assessed and managed using age-appropriate interventions.

Werkwijze

Tijdens inspectie werd gevraagd of er in het verleden een meting van ervaringen van patiënten op deze afdeling had plaatsgevonden, in welk jaar dit voor het laatst gebeurde en via welke methodiek. Ook werd verslaggeving van deze meting opgevraagd.

Vaststellingen

Op 2 afdelingen was een patiëntenbevraging niet mogelijk door de kenmerken van de doelgroep, omwille van een ernstige mentale handicap of de jonge leeftijd. Op 23 (67.6%) van de 34 andere afdelingen kon aangetoond worden dat er de voorbije 5 jaar een **evaluatie** gebeurde **van de ervaringen van patiënten**.

Conclusies en reflecties

De meerderheid van de afdelingen evalueerden ervaringen van patiënten.

Op sommige afdelingen klonk de vraag naar specifieke instrumenten voor bevraging van kinderen. Niet elke afdeling maakt gebruik van een specifiek instrument. Soms gebeuren evaluaties op een eerder informele manier en wordt bij ontslag aan patiënten gevraagd wat ze van de opname vonden.

Ook het probleem van lage respons op bevragingen kwam op sommige afdelingen aan bod.

9.3. BETROKKENHEID VAN PATIËNTEN

9.3.1 Betrokkenheid bij het eigen behandelplan

Achtergrond

NICE	<p>Person-centred care p. 7:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Treatment and care should take into account individual needs and preferences. Service users should have the opportunity to make informed decisions about their care and treatment, in partnership with their healthcare professionals. • If the service user is under 16, their family or carers should also be given information and support to help the child or young person to make decisions about their treatment. <p>1.1.6 Involve service users in all decisions about their care and treatment, and develop care and risk management plans jointly with them.</p> <p>1.1.7 Check whether service users have made advance decisions or advance statements about the use of restrictive interventions, and whether a decision-maker has been appointed for them, as soon as possible (for example, during admission to an inpatient psychiatric unit) and take this information into account when making decisions about care.</p> <p>1.1.8 If a service user has not made any advance decisions or statements about the use of restrictive interventions, encourage them to do so as soon as possible (for example, during admission to an inpatient psychiatric unit). Ensure that service users understand the main side-effect profiles of the medications recommended in this guideline for rapid tranquillisation (see recommendation 1.4.37) so that they can make an informed choice.</p> <p>1.1.10 Ensure that carers are involved in decision-making whenever possible, if the service user agrees, and that carers are involved in decision-making for all service users who lack mental capacity, in accordance with the Mental Capacity Act 2005.</p> <p>1.7.7 Involve the child or young person in making decisions about their care whenever possible.</p>
Six Core Strategies	<p>Strategy five: Consumer roles in inpatient settings:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Has the facility integrated consumer choices at every opportunity? For children's treatment programs this also focuses on family member choices. - Has the facility educated staff as to the importance and need to involve consumers at all operational levels, both through respectful inclusion in operations decisions as appropriate and in the consistent attention to the provision of choices?
HGR	<p>p. 12: betrek alle relevante personen in het diagnostische proces, de therapeutische planning, het gebruik van personen en middelen buiten de eigen voorziening.</p>

Guidelines on child-friendly health care	<p>Participation</p> <p>It is an established principle that a child who is capable of forming his or her own views has the right to express those views freely in all matters affecting himself or herself, the views of the child being given due weight in accordance with the child's age and maturity.</p> <p>In the health field, this principle has two dimensions:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. When a child, according to law, is able to consent to an intervention, the intervention may only be carried out after the child has given his or her free and informed consent. When, according to law, the child does not have the capacity to consent to an intervention, the opinion of the child shall be taken into account as an increasingly determining factor in proportion to his or her age and degree of maturity. Children should be given appropriate information beforehand. ii. Children should also be considered as active members of society, and not as mere passive subjects of decisions taken by adults. This implies, taking into consideration their age and degree of maturity, their being informed and consulted, and given the opportunity to take part in social decision-making processes on health care issues, including the assessment, planning and improvement of health care services.
	<p>Participation means that children have the right to be informed, consulted and heard, to give their opinions independently from their parents and to have their opinions taken into account. It implies the recognition of children as active stakeholders and describes the process by which they take part in decision making. The level of child participation depends both on his or her age, evolving capacities, maturity and on the importance of the decision to be taken.</p>
	<p>Meaningful participation requires children and families to be fully informed about the issues they are considering in order to improve the quality of their decision making. This requires relevant information to be presented in ways appropriate to the level of development and capacity of the child. Participation should be exercised at three levels:</p> <ol style="list-style-type: none"> i. individual decision making, whether this be lifestyle choices or involvement in medical decision making. Implementation will require accessible information, clinical staff able to communicate with children and measures for mediation when differences occur; ii. children should be given the opportunity to provide feedback on their experience after they have used services. Implementation will require the development of assessment of both patient-reported outcome and patient-reported experience and different methods of involving them in the process (individually and with peers); iii. with increasing maturity and capacity, children should be involved in the policy/planning process for the services they use. Implementation will require appropriate training/learning opportunities to enable them to participate in this process, for example understanding priority setting.

In het Decreet betreffende de Rechtspositie van de Minderjarige in de Integrale Jeugdhulp (DRM) zijn rond dit onderwerp volgende elementen te vinden:

- Art. 16: Onverminderd de procedureregels voor het verlenen van gerechtelijke jeugdhulp, heeft de minderjarige recht op participatie bij de totstandkoming en de uitvoering van de jeugdhulp die hem wordt verleend.
- Art. 17: Onverminderd de procedureregels voor het verlenen van gerechtelijke jeugdhulp, heeft de minderjarige recht op een periodieke evaluatie van de jeugdhulpverlening die hij krijgt, in verhouding tot de duur van die hulpverlening. Hij heeft recht op participatie bij die evaluatie.

Het Vlaams Patiëntenplatform formuleerde over dit onderwerp volgende aanbevelingen:

- Stimuleer open communicatie en inspraak.
- Stimuleer een onderhandelingsklimaat i.p.v. een klimaat van "beheersing" in de zorgverlening.

- Creëer een warme, helpende omgeving: hanteer “professionele nabijheid” i.p.v. “professionele afstand”.
- Zorg ervoor dat vertrouwenspersonen en de vertegenwoordiger van de patiënt betrokken kunnen worden. Zorg bovendien voor een goede dialoog met de eerstelijnszorg (bv. huisarts als vertrouwensfiguur).

Werkwijze

Aan patiënten werd gevraagd of ze een behandelplan hadden, of ze aanwezig waren op een multidisciplinaire teambespreking van het behandelplan en/of hun ouders aanwezig waren op een multidisciplinaire teambespreking van het behandelplan.

Vaststellingen

Op 2 afdelingen was een patiëntenbevraging niet mogelijk door de kenmerken van de doelgroep, omwille van een ernstige mentale handicap of de jonge leeftijd. Op de resterende 34 afdelingen werden patiënten bevroegd over hun aanwezigheid bij de multidisciplinaire teambesprekingen van het behandelplan.

Er werden in totaal 173 patiënten bevroegd.

154 (89%) gaven aan **op de hoogte te zijn van hun behandelplan.**

79 (51.3%) van de bevroegde **patiënten** waren **aanwezig op een multidisciplinaire teambespreking van hun behandelplan.**

93 (53.8%) van de 173 bevroegde patiënten gaven aan dat hun **ouders aanwezig waren op een multidisciplinaire teambespreking van hun behandelplan.**

Op 13 (38.2%) van de 34 afdelingen gaven alle bevroegde patiënten aan dat ze aanwezig waren op de multidisciplinaire teambespreking van het behandelplan.

Op 12 (35.3%) van de 34 afdelingen gaf geen enkele patiënt aan aanwezig geweest te zijn op een multidisciplinaire teambespreking van het behandelplan.

Conclusies en reflecties

Terwijl de grote meerderheid van de bevroegde patiënten aangaf op de hoogte te zijn van zijn of haar behandelplan, was slechts de helft van de bevroegde patiënten aanwezig op een multidisciplinaire bespreking van het behandelplan. De helft van de bevroegde patiënten gaf aan dat hun ouders aanwezig waren op een multidisciplinaire bespreking van het behandelplan.

Patiënten dienen actief betrokken te worden bij hun zorg. De aanwezigheid op de multidisciplinaire bespreking van het behandelplan is slechts één van de mogelijke modaliteiten om te betrokkenheid van patiënten bij hun eigen behandeltraject te realiseren.

Sommige afdelingen geven aan dat de context van een interdisciplinaire behandelplanbespreking (waar een grote groep professionelen aanwezig zijn) niet per se de beste participatiemethodiek is voor alle patiënten (gevoel van veiligheid, vertrouwen, mogelijkheden tot diepgang, ...).

Betrokkenheid bij het behandelplan kan ook op andere manieren gebeuren, zoals tijdens:

- een intake met de jongere en ouders/context waar gewerkt wordt naar consensus rond de opname-doelstelling;
- overlegmomenten van de arts met de patiënt en met de familie om de verdere behandeldoelen en behandelplanning af te spreken;
- gesprekken met therapeuten of individueel begeleiders: bv. overleg met de patiënt rond de behandeldoelen en de behandelplanning waarbij er voor en na de teambespreking transparante communicatie is;
- gezinstherapie.

Ook de opmaak van een signaleringsplan kan een middel zijn om de betrokkenheid bij de eigen zorg te verhogen. Zo kan in overleg met de patiënt beschreven worden voor welke maatregelen deze kiest bij ernstige crisissen (medicamenteus versus afzondering/separatie versus fysieke interventie).

9.3.2 Beleidsbetrokkenheid

Achtergrond

Six Core Strategies	<p>Strategy five: consumer roles in inpatient settings: This strategy involves the full and formal inclusion of consumers, children, families and external advocates in various roles and at all levels in the organization to assist in the reduction of seclusion and restraint. It includes consumers of services and advocates in event oversight, monitoring, debriefing interviews, and peer support services as well as mandates significant roles in key facility committees.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Has the facility integrated consumer choices at every opportunity? For children’s treatment programs this also focuses on family member choices. - Has the facility used vacant FTE’s to create full or part-time roles for older adolescent/adult consumers such as: <ul style="list-style-type: none"> a. Director of Advocacy Services b. Peer Specialists c. Drop-In Center Director d. Community Consumers - Has the facility educated staff as to the importance and need to involve consumers at all operational levels, both through respectful inclusion in operations decisions as appropriate and in the consistent attention to the provision of choices?
NICE	<p>1.2.3 Involve and empower service users and their carers</p> <p>1.2.4 Health and social care provider organisations should collate, analyse and synthesise all data about violent events and the use of restrictive interventions, and involve service users in the process.</p> <p>1.2.5 Health and social care provider organisations should develop a service user experience monitoring unit, or equivalent service user group, led by service users and including staff, to report and analyse data on violence and aggression and the use of restrictive interventions.</p>
Guidelines on child-friendly health care	<p>Meaningful participation requires children and families to be fully informed about the issues they are considering in order to improve the quality of their decision making. This requires relevant information to be presented in ways appropriate to the level of development and capacity of the child. Participation should be exercised at three levels:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. individual decision making, whether this be lifestyle choices or involvement in medical decision making. Implementation will require accessible information, clinical staff able to communicate with children and measures for mediation when differences occur; ii. children should be given the opportunity to provide feedback on their experience after they have used services. Implementation will require the development of assessment of both patient-reported outcome and patient-reported experience and different methods of involving them in the process (individually and with peers); iii. with increasing maturity and capacity, children should be involved in the policy/planning process for the services they use. Implementation will require appropriate training/learning opportunities to enable them to participate in this process, for example understanding priority setting.

In het Decreet betreffende de Rechtspositie van de Minderjarige in de Integrale Jeugdhulp (DRM) is rond dit onderwerp het volgende te vinden:

- Art. 19: De jeugdhulpvoorzieningen beschikken over een regeling met betrekking tot de inspraak van de minderjarige. Die inspraakregeling voldoet ten minste aan de volgende eisen:
 - 1° er is een inspraakorgaan of een inspraakprocedure;
 - 2° indien mogelijk en in elk geval bij semi-residentiële of residentiële jeugdhulpverlening die gemiddeld ten minste zes maanden bedraagt, gebeurt de inspraak collectief;
 - 3° elke minderjarige aan wie de jeugdhulpvoorziening jeugdhulpverlening aanbiedt, kan participeren aan de inspraak;
 - 4° de jeugdhulpvoorziening biedt haar medewerking om de inspraak te realiseren.

Werkwijze

Aan de organisatie werd gevraagd om d.m.v. verslaggeving aan te tonen dat patiënten betrokken worden bij de beleidsmatige aspecten van de zorg.

Vaststellingen

Op 2 afdelingen was beleidsbetrokkenheid van patiënten niet mogelijk door de kenmerken van de doelgroep, omwille van een ernstige mentale handicap of de jonge leeftijd. Op 25 (73.5%) van de resterende 34 afdelingen worden **patiënten** op één of meerdere manieren **beleidsmatig betrokken** bij de organisatie van de zorg.

Bij 9 (26.5%) van de 34 afdelingen is er beleidsbetrokkenheid via een **patiëntenraad op organisatieniveau** (in 5 ziekenhuizen).

Op 23 (67.6%) van de 34 afdelingen is er een **participatie van patiënten in het beleid op afdelingsniveau** (bv. d.m.v. inspraak in de afdelingsregels).

Op 3 (8.8%) van de 34 afdelingen is een **ervaringsdeskundige** ingeschakeld in het beleid van de afdeling.

Op 7 (20.6%) van de 34 afdelingen zijn er **andere initiatieven** dan de hierboven opgenoemde om patiënten beleidsmatig te betrekken, zoals het gebruik van een logboek, het schrijven van een brief aan het team door patiënten, een schriftelijke weekevaluatie en een schriftelijke evaluatie bij ontslag.

Conclusies en reflecties

“Nothing about the patient without the patient” of een organisatie van de zorg die patiënt- en familiegeoriënteerd is, gaat veel verder dan de betrokkenheid van de patiënt bij het eigen behandeltraject.

Zo zou vanuit die visie de participatie van patiënten op alle beleidsniveaus moeten doorgetrokken worden, van afdelingsniveau tot in projectgroepen en kwaliteitscommissies, bij directie en Raad van Bestuur.

Tijdens deze inspectieronde bleek dat driekwart van de afdelingen patiënten op één of meerdere manieren beleidsmatig bij de organisatie van de zorg op afdelingsniveau betrekken. Patiëntenparticipatie op de hogere beleidsniveaus werd tijdens deze inspecties nergens vermeld.

Sommige ziekenhuizen hebben een patiëntenraad, maar vaak participeert de afdeling voor kinder- en jeugdpsychiatrie daar niet aan.

10 VRIJHEIDSBEPERKENDE MAATREGELEN

De begrippen vrijheidsberoving en vrijheidsbeperking onderscheiden zich van elkaar in graad of intensiteit, maar verschillen niet fundamenteel. Vrijheidsbeperking is breder omschreven en omvat alle vormen van vrijheidsberoving.

Klassieke dwanginterventies zijn afzondering of manuele (de patiënt met meerdere hulpverleners vasthouden en zo in zijn bewegingsvrijheid beperken) of mechanische fixatie (de patiënt met mechanische hulpmiddelen zoals riemen, bandjes etc., in zijn bewegingsvrijheid beperken), het toedienen van medicatie of voeding onder dwang, de gedwongen opname en de verplichte behandeling thuis. Minder sprekende voorbeelden zijn de opname op een gesloten afdeling, de afdelingsregel die niet toelaat om op weekend te gaan tijdens observatie, enz. (Advies HGR, p. 7)

HGR	<p>p. 9:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alleen een ernstige gevaarsituatie bij een wilsonbekwame patiënt waarbij elke mogelijke alternatieve vrijwillige interventie faalt of onhaalbaar is (laatste redmiddel), kan een dwanginterventie rechtvaardigen. Een dwanginterventie is nooit standaard psychiatrische zorg. - Als uitzonderlijk een dwanginterventie wordt overwogen, wordt de patiënt en/of de vertegenwoordiger van de patiënt maximaal betrokken. - Wanneer een dwanginterventie overwogen wordt, dient het mogelijke fysieke en psychische lijden dat kan veroorzaakt worden door deze maatregel, op voorhand ingeschat te worden en afgewogen ten opzichte van het gevaar waarvoor de dwanginterventie gebruikt wordt. - Wanneer een dwanginterventie overwogen wordt, dient het mogelijke risico op verwikkelingen voor de patiënt door het toepassen van een dwanginterventie ingeschat te worden - Als uitzonderlijk een dwanginterventie wordt toegepast, wordt met de patiënt en/of vertegenwoordiger van de patiënt overlegd over het type dwanginterventie en de manier waarop deze wordt toegepast (bv. voorkeur voor medicatietoediening of afzondering of afzondering samen met familielid of hulpverlener,...). - Als uitzonderlijk een dwanginterventie wordt toegepast is dit altijd de minst restrictieve interventie voor de kortst mogelijke duur. - Een dwanginterventie kan niet automatisch gepaard gaan met de toepassing van een bijkomende dwanginterventie zoals afzondering, fixatie of een gedwongen behandeling. - Elke dwanginterventie wordt snel na de toepassing ervan geëvalueerd op zijn effect op het uitlokkende symptoom. De context voor de evaluatie van een dwanginterventie is altijd participatief. Dit betekent een actieve betrokkenheid van patiënt, familie en mantelzorgers. - Patiënten met een hoog risico op confrontatie met dwanginterventies moeten de mogelijkheid krijgen om crisisplannen en zelfbindingsafspraken te maken.
CPT 2017	<p>1.4. Patients should only be restrained as a measure of last resort (ultimo ratio) to prevent imminent harm to themselves or others and restraints should always be used for the shortest possible time. When the emergency situation resulting in the application of restraint ceases to exist, the patient should be released immediately.</p> <p>1.5. Means of restraint are security measures and have no therapeutic justification.</p> <p>1.6. Means of restraint should never be used as punishment, for the mere convenience of staff, because of staff shortages or to replace proper care or treatment.</p> <hr/> <p>2. Every resort to means of restraint should always be expressly ordered by a doctor after an individual assessment, or immediately brought to the attention of a doctor with a view to seeking his/her approval. To this end, the doctor should examine the patient concerned as soon as possible. No blanket authorisation should be accepted.</p> <hr/> <p>4.1. The duration of the use of means of mechanical restraint and seclusion should be for the shortest possible time (usually minutes rather than hours), and should always be terminated when the underlying</p>

	<p>reasons for their use have ceased. Applying mechanical restraint for days on end cannot have any justification and could, in the CPT's view, amount to ill-treatment.</p> <p>4.2. If, exceptionally, for compelling reasons, recourse is had to mechanical restraint or seclusion of a patient for more than a period of hours, the measure should be reviewed by a doctor at short intervals. Consideration should also be given in such cases and where there is repetitive use of means of restraint to the involvement of a second doctor and the transfer of the patient concerned to a more specialised psychiatric establishment.</p> <p>5. In cases where the use of restraint is considered, preference should be given to the least restrictive and least dangerous restraint measure. When choosing among available restraint measures, factors such as the patient's opinion (including any preferences expressed in advance) and previous experience should as far as possible be taken into account.</p> <p>9. Patients may sometimes ask to be subjected to means of restraint. In most cases, such requests for "care" suggest that the patients' needs are not being met and that other therapeutic measures should be explored. If a patient is nevertheless subjected to any form of restraint at his/her own request, the restraint measure should be terminated as soon as the patient asks to be released.</p>
CPT 2012	<p>p. 16: Physical restraint should never last any longer than it takes to stop or prevent acute dangerous situations, usually not more than a few minutes. If recourse is had to mechanical restraint and seclusion, the maximum duration should ordinarily not exceed 6 hours.</p> <p>p. 16: Mechanical restraint and seclusion should under no circumstances exceed 24 hours.</p> <p>p. 16: Regardless of the time requirements stated here, repetitive use of restraint of the same patients should always initiate a reassessment of the patient's care and treatment, including the need to transfer the patient to a better staffed and more specialised unit as well as a review by independent experts.</p> <p>p. 16: All deviations from the time limits stated above should be reported to the relevant supervisory body.</p> <p>p. 17: Restraint lasting for days on end amounts, in the view of the CPT, to ill-treatment. If patients in psychiatric institutions are secluded or mechanically restrained for more than 24 hours, immediate measures should be taken to end the use of restraint. Such measures should include having the patient moved to a better staffed and more specialised unit, reassessment of diagnosis and treatment as well as review by independent experts.</p>
NICE	<p>1.4.5 Use a restrictive intervention only if de-escalation and other preventive strategies, including p.r.n. medication, have failed and there is potential for harm to the service user or other people if no action is taken. Continue to attempt de-escalation throughout a restrictive intervention.</p> <p>1.4.6 Do not use restrictive interventions to punish, inflict pain, suffering or humiliation, or establish dominance.</p> <p>1.4.7 Ensure that the techniques and methods used to restrict a service user:</p> <ul style="list-style-type: none"> - are proportionate to the risk and potential seriousness of harm - are the least restrictive option to meet the need - are used for no longer than necessary - take account of the service user's preferences, if known and it is possible to do so - take account of the service user's physical health, degree of frailty and developmental age. <p>1.4.11 Staff in inpatient psychiatric wards (including general adult wards, older adult wards, psychiatric intensive care units and forensic wards) should use the following definitions for levels of observation, unless a locally agreed policy states otherwise.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Low-level intermittent observation: the baseline level of observation in a specified psychiatric setting. The frequency of observation is once every 30–60 minutes.

	- High-level intermittent observation: usually used if a service user is at risk of becoming violent or aggressive but does not represent an immediate risk. The frequency of observation is once every 15–30 minutes.
	1.7.14 Use restrictive interventions only if all attempts to defuse the situation have failed and the child or young person becomes aggressive or violent.
	1.7.15 When restrictive interventions are used, monitor the child or young person's wellbeing closely and continuously, and ensure their physical and emotional comfort.
	1.7.16 Do not use punishments, such as removing contact with parents or carers or access to social interaction, withholding nutrition or fluids, or corporal punishment, to force compliance.

10.1 ONVRIJWILLIGE OPNAMES

Achtergrond

Onvrijwillige opnames van minderjarigen als gerechtelijke maatregel komen regelmatig voor in Vlaanderen. Voor minderjarigen gebeuren opnames door beslissing van de jeugdrechter niet enkel binnen het wettelijke kader voor gedwongen opname dat wordt geschetst door de federale wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke van 26 juni 1990, maar kan het ook gaan om opnames die de jeugdrechter beslist omwille van “misdrijf omschreven feiten” (MOF) of omwille van een “Verontrustende OpvoedingsSituatie” (VOS). Het Vlaams Patiëntenplatform formuleerde over gedwongen opnames volgende aanbevelingen:

- Uit onze workshop bleek ook dat patiëntenvertegenwoordigers algemeen bekeken vinden dat er te snel wordt overgegaan tot gedwongen opname.
- Voorkom het samenvallen van gedwongen opname met gedwongen behandeling: dwangmaatregelen kunnen nooit tot de standaardprocedure behoren. Een gesprek met een psychiater/psycholoog vlak na de start van de gedwongen opname zou wél onderdeel van de standaardprocedure moeten zijn.
- Geef patiënten inspraak in de keuze van de instelling waarbinnen de persoon gedwongen opgenomen wordt.
- Informeer patiënten over hun rechten en bijstand hierbij van bij de start van gedwongen opname (bv. brochure “Van gedwongen opname tot nazorg”).
- Bij spoedprocedure in het kader van een gedwongen opname: zorg voor een snellere inzage van de patiënt in het persoonlijk dossier.
- Zorg ervoor dat patiënten hun advocaat kunnen spreken vóór de start van de zitting bij de vrederechter. De brochure met tips voor advocaten moet ruimer bekend gemaakt worden.
- Laat ombudsdiensten een grotere bemiddelende rol spelen.
- Verkort de wettelijk bepaalde maximum observatietermijn van 40 dagen. Zorg ervoor dat deze termijn meer op maat gesneden wordt van de individuele patiënt.
- Optimaliseer de Wet op de Bescherming van de Persoon van de Geesteszieken.

Werkwijze

In de online bevraging tijdens de zomer 2016 werden cijfers opgevraagd over het aantal opnames in 2015 op de verschillende K-afdelingen. Naast het totaal aantal opnames werd ook het aantal opnames door beslissing van de jeugdrechter opgevraagd.

Tijdens de inspecties werd op elke afdeling het totaal aantal opgenomen patiënten nagegaan, en bekeken hoeveel patiënten daarvan werden opgenomen door beslissing van de jeugdrechter.

Daarnaast werden in het jaarlijks rapport van Zorginspectie over gedwongen opnames in Vlaanderen de gegevens over machtiging van ziekenhuizen voor gedwongen opname en de registratiegegevens over gedwongen opnames van minderjarigen in 2015 bekeken.

Vaststellingen

22 van de 36 bezochte afdelingen behoren tot een ziekenhuis met een machtiging voor gedwongen opname. Gedwongen opnames zijn enkel mogelijk in een ziekenhuis dat een machtiging daartoe heeft.

In **2015** waren er **144 gedwongen opnames van minderjarigen**⁵ in de Vlaamse ziekenhuizen op een totaal van 5.012 gedwongen opnames; 2.9% van het totaal aantal gedwongen opnames waren dus gedwongen opnames van minderjarigen. 78 (54.2%) van deze gedwongen opnames bij minderjarigen vonden plaats in een ziekenhuis dat beschikt over een afdeling voor kinder- en jeugdpsychiatrie, 66 (45.8%) van deze gedwongen opnames gebeurden in een ziekenhuis dat niet beschikt over een afdeling voor kinder- en jeugdpsychiatrie.⁶

De online bevraging leverde cijfers op van 27 van de 36 afdelingen over het **aantal patiënten** dat in 2015 werd **opgenomen door beslissing van de jeugdrechter**. 8 afdelingen beschikten niet over deze cijfers, 1 afdeling was in 2015 nog niet opgestart. In totaal werden in 2015 op deze 27 afdelingen 413 patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter.

Tijdens de inspectiebezoeken verbleven er in totaal 526 patiënten op de bezochte afdelingen, waarvan in totaal 114 patiënten waren opgenomen door beslissing van de jeugdrechter. Twee van de 36 bezochte afdelingen hadden geen cijfers over het aantal patiënten opgenomen door beslissing van de jeugdrechter.

Conclusies en reflecties

Ziekenhuizen met een machtiging voor gedwongen opname hebben een opnameverplichting. In die ziekenhuizen kregen we te horen dat:

- men er van uit gaat dat het gemiddeld zorgprofiel van patiënten die gedwongen worden opgenomen, hoger is dan het gemiddeld zorgprofiel van de vrijwillig opgenomen patiënten;
- het risico op conflicten en agressie groter is wanneer de patiënt niet gemotiveerd is voor een opname;
- er extra financiering voorzien is voor ziekenhuizen met een machtiging gedwongen opname, maar dat deze ontoereikend is om de bestaande op te trekken in functie van zorgzwaarte, wat een gevoel van ongelijke berechtiging doet ontstaan bij die ziekenhuizen.

Niet alle ziekenhuizen met een machtiging voor gedwongen opname hebben een afdeling voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Al deze ziekenhuizen zijn wel verplicht om minderjarigen op te nemen. Op deze manier komen minderjarigen terecht op een afdeling voor volwassenen. Nochtans wordt breed aanvaard dat opnames van minderjarigen op psychiatrische afdelingen voor volwassenen dienen vermeden te worden, alsook de omgekeerde situatie (gedwongen opnames van volwassenen op afdelingen voor minderjarigen).

⁵ 0-12 jaar: 1; 13-14 jaar: 26; 15-17 jaar: 117

⁶ Rapport gedwongen opnames in Vlaanderen 2015 (Zorginspectie). Dit rapport is momenteel nog in opmaak. Het bevat enkel cijfers over opnames binnen het wettelijke kader voor gedwongen opname dat wordt geschetst door de federale wet op de bescherming van de persoon van de geesteszieke van 26 juni 1990.

10.2 AFDELINGSREGELS

Achtergrond

NICE	<p>1.2.7 Anticipate the impact of the regulatory process on each service user, for example, being formally detained, having leave refused, having a failed detention appeal or being in a very restricted environment such as a low-, medium- or high-secure hospital.</p> <p>1.2.7 Improve or optimise the physical environment (for example, use unlocked doors whenever possible, enhance the décor, simplify the ward layout and ensure easy access to outside spaces and privacy). Anticipate that restricting a service user's liberty and freedom of movement (for example, not allowing service users to leave the building) can be a trigger for violence and aggression.</p> <p>1.2.7 Anticipate that restricting a service user's liberty and freedom of movement (for example, not allowing service users to leave the building) can be a trigger for violence and aggression.</p> <p>1.3.1 Health and social care provider organisations should have an operational policy on the searching of service users, their belongings and the environment in which they are accommodated, and the searching of carers and visitors. The policy should address:</p> <ul style="list-style-type: none"> - the reasons for carrying out a search, ensuring that the decision to search is proportionate to the risks - the searching of service users detained under the Mental Health Act 1983 who lack mental capacity - the rationale for repeated searching of service users, carers or visitors, for example those who misuse drugs or alcohol - the legal grounds for, and the methods used when, undertaking a search without consent, including when the person physically resists searching - which staff members are allowed to undertake searching and in which contexts - who and what can be searched, including persons, clothing, possessions and environments - the storage, return and disposal of drugs or alcohol - how to manage any firearms or other weapons carried by service users, including when to call the police - links to other related policies such as those on drugs and alcohol, and on police liaison. <p>1.3.2 Develop and share a clear and easily understandable summary of the policy on searching, for use across the organisation for all service users, carers or visitors who may be searched.</p> <p>1.7.16 Do not use punishments, such as removing contact with parents or carers or access to social interaction, withholding nutrition or fluids, or corporal punishment, to force compliance.</p>
Six Core Strategies	<p>Strategy three: Workforce development:</p> <p>Has the facility encourage staff to explore unit “rules” with an eye to analyzing these for logic and necessity? Most inpatient facilities have historical rules that are habits or patterns of behavior that are not congruent with a non-coercive, recovery facilitating environment, for instance rules such as putting people who self abuse in non lethal ways in restraint, or putting people who are intrusive only in restraint.</p>
Safewards	<p>Clear mutual expectations: Decide which the staff as a whole feel should be included, what should be added, and what should be changed and how. At this point staff should consider together whether some rules are trivial or unnecessary – perhaps such as limits on when hot drinks are available or how many patients can have, etc. Ask each other “who are we to say no?”</p> <p>hold a community meeting with the staff and patients, circulate the list of suggestions, and agree with the patients present what should be included in the commitments of staff and patients, as well as which are the most important.</p>

Werkwijze

Tijdens deze inspectieronde hebben we niet gekeken naar het aspect open of gesloten afdelingen, vermits dit aspect op afdelingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie genuanceerd wordt ingevuld. Aangezien de patiënten minderjarigen zijn, werken alle afdelingen in meer of mindere mate met een inperking van de bewegingsvrijheid als het gaat over het verlaten van de afdeling.

Tijdens de inspectie werden de (vrijheidsbeperkende) leefregels bevestigd bij personeelsleden en werden de infobrochures ingekeken in functie van de vraag welke leefregels worden toegepast die invloed hebben op de vrijheid van patiënten.

Er werd bevestigd welke controles er gebeuren op de afdelingen. Volgende controles werden nagevraagd:

- lichaamscontroles
- kamercontroles
- bagagecontroles
- postcontroles
- drugscontroles.

Daarnaast werd nagegaan of er procedures opgemaakt zijn voor de verschillende controles die er gebeuren.

Tijdens de interviews met patiënten werd de vraag gesteld naar wat het beleid is van de afdeling als patiënten een therapiesessie niet willen volgen.

Vaststellingen

Op alle 36 afdelingen gelden er algemene leefregels, d.w.z. afspraken die voor alle patiënten van toepassing zijn. Op 31 (86.1%) van de 36 afdelingen houden deze leefregels in min of meerdere mate een vrijheidsbeperking in, tot zelfs vrijheidsberoving.

- **Nachtelijke opsluiting;** hiermee wordt de afdelingsregel bedoeld waarbij tijdens de nacht patiënten systematisch worden opgesloten in de patiëntenkamer.
Op 5 (13.9%) van de 36 afdelingen verblijven alle patiënten tijdens de nacht in een patiëntenkamer die van buitenaf wordt afgesloten (en waarbij de kamer niet kan geopend worden door de patiënt). Op 1 afdeling gaat het om een deel van de patiënten dat bij de start van de opname 's nachts wordt opgesloten.
Op 4 van de 6 forensische afdelingen (afdelingen met enkel For-K bedden) is er nachtelijke opsluiting van de patiënten; op de andere 2 forensische afdelingen worden de kamerdeuren 's nachts niet systematisch afgesloten.
- **Systematische opsluiting overdag;** hiermee wordt een afdelingsregel bedoeld waarbij alle patiënten tijdens bepaalde momenten van de dag opgesloten worden op hun kamer.
Op 4 (11.1%) van de 36 afdelingen is er systematische opsluiting overdag.
Op 3 van de 6 forensische afdelingen (afdelingen met enkel For-K bedden) is er systematische opsluiting overdag van de patiënten; op 3 van de 6 forensische afdelingen komt geen systematische opsluiting overdag voor.
- 3 van de 6 forensische **afdelingen sluiten patiënten zowel 's nachts als tijdens bepaalde momenten van de dag systematisch op** in de patiëntenkamer.
- Op 29 (80.6%) van de 36 afdelingen is er een afdelingsregel die stelt dat patiënten op bepaalde momenten van de dag **verplicht op de kamer moeten blijven (met open deur)**.
- Op 3 (8.3%) van de 36 afdelingen zijn er **beperkingen i.v.m. toegang tot de eigen patiëntenkamer overdag**.

Tijdens de interviews met patiënten werd de vraag gesteld naar wat het beleid is van de afdeling **als patiënten een therapiesessie niet willen volgen**. Op 22 afdelingen worden patiënten dan naar hun kamer verwezen, meestal met een vervangtaak. Op 16 afdelingen voeren medewerkers gesprekken om de patiënt te proberen overtuigen om toch therapie te volgen. Op 2 afdelingen is therapie verplicht, op 1 afdeling moet de patiënt de therapie bijwonen waarbij hij passief kan toekijken, op 4 afdelingen moeten patiënten bij weigering naar de time-outruimte of rustruimte gaan, op 3 afdelingen krijgt de patiënt slechte punten bij de evaluatie/beloningssysteem met gevolgen (bv. minder op weekend).

Op alle 36 afdelingen werd nagevraagd of er (soms) **lichaamscontroles, kamercontroles, bagagecontroles, postcontroles of drugscontroles** gebeuren bij patiënten, met volgende resultaten:

- op 3 (8.3%) van de 36 afdelingen gebeurt geen enkele van de 5 bevroegde controles;
- op 4 (11.1%) afdelingen gebeuren alle 5 deze controles;
- op 19 (52.8%) afdelingen gebeuren lichaamscontroles. 10 (52.6%) van deze 19 afdelingen hebben hierover een procedure opgesteld;
- op 27 (75.0%) afdelingen gebeuren kamercontroles. 21 (77.8%) van deze 27 afdelingen hebben hierover een procedure opgemaakt;
- op 26 (72.2%) afdelingen gebeuren bagagecontroles. 17 (65.4%) van deze 26 afdelingen hebben hierover een procedure uitgeschreven;
- op 6 (16.7%) afdelingen gebeuren postcontroles. 2 (33.3%) van deze 6 afdelingen hebben een procedure over postcontroles;
- op 28 (77.8%) afdelingen gebeuren drugscreenings. 21 (75.0%) van deze 28 afdelingen hebben een procedure opgemaakt over drugscontroles.

Van de 33 afdelingen die controles uitvoeren, zijn er 18 (54.5%) die voor elke controle die ze uitvoeren een procedure hebben uitgeschreven en 7 afdelingen (21.2%) die geen enkele procedure kunnen voorleggen over de controles die ze uitvoeren.

Conclusies en reflecties

Er zijn grote verschillen tussen afdelingen in de mate waarin de afdelingsregels vrijheidsbeperkingen inhouden. Die grote verschillen bestaan evenzeer tussen afdelingen met eenzelfde patiëntendoelgroep, zoals de forensische afdelingen. Tijdens de patiëntenbevestigingen beschreven sommige patiënten, die reeds op meerdere afdelingen verbleven, spontaan deze grote onderlinge diversiteit.

Er werden grote verschillen opgemerkt tussen de mate van dwang die gehanteerd wordt in het dagdagelijkse leven op afdelingen. Dit kwam ook naar voren tijdens de interviews met patiënten bij de vraag naar wat het beleid is als patiënten een therapiesessie niet willen volgen.

In de brochures waren er, naast de hierboven opgesomde onderwerpen die we voor alle afdelingen beoordeelden, nog heel wat andere vrijheidsbeperkingen beschreven. Die andere onderwerpen zijn divers: straffen en belonen, regels rond wat patiënten moeten eten, kledijregels, restricties i.v.m. vriendschappen en relaties, beperkingen over persoonlijke gesprekken tussen patiënten met soms zelfs een verbod om bepaalde onderwerpen onderling te bespreken, vaste weekplanningen voor bad en douche, strikte TV-momenten, beperkingen qua meenemen van persoonlijke spullen, het verbieden van meebrengen van etenswaren door familie, ...

Vrijheidsbeperking in afdelingsregels was een onderwerp dat bij patiënten veel reacties teweegbracht. Patiënten ervoeren een grote diversiteit. Vaak terugkerende opmerkingen gingen over het te veel aan regels en het opgesloten gevoel dat patiënten ervaren. Op andere afdelingen gaven patiënten evenwel aan dat er veel vrijheid was in de regels. Sommige patiënten ervoeren in de weekplanning te weinig therapiemomenten en te veel vrije momenten. Daarnaast was het feit dat medewerkers de afdelingsregels verschillend toepassen een vaak aangebracht knelpunt. Verder kwam ook naar voren dat medewerkers zich soms zelf niet aan de

afdelingsregels houden (bv. kledijregels voor patiënten). Ook de noodzaak van betere informatie als regels worden aangepast, kwam ter sprake.

Algemene afdelingsregels zijn vaak een bron van spanningen en conflicten. De vraag stelt zich of algemene afdelingsregels niet in tegenspraak zijn met een individuele benadering van patiënten. Uit het Safewards-model leren we dat er een hele reeks beïnvloedende factoren zijn die aanleiding kunnen geven tot conflicten en uiteindelijk escalaties. Het model geeft inzicht in de dynamische relaties tussen dwang en de wijze waarop dit soms ook weer nieuwe conflictsituaties kan oproepen. In het advies van de HGR lezen we dat over dit model een gerandomiseerd klinisch onderzoek werd uitgevoerd met een duidelijk conflictreducerende uitkomst.

Ook controles kunnen een bron van spanningen en conflicten zijn, gezien hun grote impact op de privacy van patiënten. Het beleid inzake controles verschilt tussen afdelingen, alsook de frequentie waarmee controles worden uitgevoerd.

10.3 AFZONDERING EN SEPARATIE

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.

10.3.1 Cijfers en procedure

Achtergrond

NICE	1.7.26 Do not seclude a child in a locked room, including their own bedroom.
	1.4.49 Ensure that seclusion lasts for the shortest time possible. Review the need for seclusion at least every 2 hours and tell the service user that these reviews will take place.
	1.4.50 Set out an observation schedule for service users in seclusion. Allocate a suitably trained member of staff to carry out the observation, which should be within eyesight as a minimum.
	1.7.24 Decisions about whether to seclude a child or young person should be approved by a senior doctor and reviewed by a multidisciplinary team at the earliest opportunity.
HGR	p. 22: Afzondering mag enkel worden toegepast onder medisch toezicht en moet schriftelijk worden vastgelegd. De arts onderzoekt de patiënt bij het begin van de afzondering om zijn klinische toestand te beoordelen. Hij brengt de patiënt op de hoogte van de beslissing tot de procedure. Als het behandelende team het besluit tot afzondering dringend genomen heeft, moet de arts zo snel mogelijk op de hoogte worden gebracht om de beslissing goed te keuren en de situatie opnieuw te bekijken zodra dit mogelijk is.
	p. 22: De mogelijkheid moet voorzien worden dat de patient niet alleen gelaten wordt (1-op-1-begeleiding) als hij/zij dit wenst en als het zinvol en haalbaar wordt geacht.
	p. 23: Alle bepalingen in verband met de afzondering (met of zonder fixatie) moeten het voorwerp zijn van een algemeen beleid van de betrokken instelling. Die bepalingen moeten zijn opgenomen in een protocol dat alle zorgverleners van de betreffende instelling kunnen raadplegen. Dit protocol moet regelmatig worden geüpdatet.

CPT 2012	p. 17: Minors below 16 years of age should in principle never be subjected to means of restraint. The risks and consequences are indeed more serious taking into account the vulnerability of minors. In extreme cases where it is necessary to intervene physically to avoid harm to self or others, the only acceptable intervention is the use of physical restraint, that is, staff holding the minor until he or she calms down.
CPT 2017	7. Supervision: Every patient who is subjected to mechanical restraint or seclusion should be subjected to continuous supervision. In the case of mechanical restraint, a qualified member of staff should be permanently present in the room in order to maintain a therapeutic alliance with the patient and provide him/her with assistance. If patients are held in seclusion, the staff member may be outside the patient's room (or in an adjacent room with a connecting window), provided that the patient can fully see the staff member and the latter can continuously observe and hear the patient. Clearly, video surveillance cannot replace continuous staff presence.
Six Core Strategies	Strategy one: leadership towards organizational change: Has the facility developed a facility S/R policy statement that includes beliefs to guide use and is congruent with mission, vision, values and recovery principles? As above, this statement would include statements such as S/R is not treatment but a safety measure of last resort; that S/R indicates treatment failure; and facility's commitment to reduction/elimination etc. There are examples of policy statements available to review.

In het Decreet betreffende de Rechtspositie van de Minderjarige in de Integrale Jeugdhulp (DRM) is rond dit onderwerp het volgende te vinden:

- Art. 28: Tijdelijke afzondering of tijdelijke vrijheidsbeperking is alleen mogelijk indien en zolang als het gedrag van de minderjarige:
 - 1° risico's inhoudt voor zijn eigen fysieke integriteit, of;
 - 2° risico's inhoudt voor de fysieke integriteit van medebewoners of personeelsleden of materieelvernierend werkt.

Het Vlaams Patiëntenplatform formuleerde over dit onderwerp volgende aanbeveling:

- Verplicht een nauwkeurige registratie over het voorkomen en de toepassing van dwangmaatregelen.

Bovendien voegde het Vlaams Patiëntenplatform een aantal aanbevelingen toe om trauma's en desoriëntatie ten gevolge van fixatie en/of isolatie te voorkomen:

- Laat mensen hun eigen kleding aanhouden.
- Geef mensen de kans om zelf naar de isolatieruimte te gaan, i.p.v. hen fysiek te dwingen.
- Respecteer de privacy:
 - Wees respectvol bij omkleden en persoonlijke verzorging. Laat zeker geen personen van het andere geslacht aanwezig zijn.
 - Klop op de deur vooraleer je een isolatieruimte betreedt.
- Voorkom desoriëntatie:
 - Beperk afzondering in de tijd en communiceer duidelijk wanneer de afzondering zal eindigen.
 - Tracht structuur te voorzien.
 - Laat mensen hun eigen spullen houden.
- Sociaal contact:
 - Neem geen communicatiemiddelen af (bv. GSM).
 - Laat mensen niet alleen tijdens een isolatie en zorg ervoor dat ze met iemand kunnen praten. Schakel bv. familie of vrijwilligers in om aanwezig te zijn in de isolatieruimte (cf. Nederland). De "rangorde" van aanwezigen is volgens patiëntenvertegenwoordigers als volgt: iemand die de persoon zelf kiest, een getrainde ervaringsdeskundige, personeel.

- Moet de deur van een afzonderingsruimte altijd afgesloten zijn? Agressie wordt soms opgewekt doordat de deur gesloten is. Alternatief: gewone eenpersoonskamer met toilet.
- Communicatie tijdens de isolatie en/of fixatie
 - Maak communicatie mogelijk: bv. via briefwisseling met familie of naasten, of met de GSM of smart-phone. Neem dit toestel dan ook niet af.
 - Bezorg “pen en papier”: op die manier kan men zijn gedachten structureren, ervaringen weergeven, een bezigheid zoeken. Nadien kunnen deze neergeschreven gedachten ook bijgehouden worden.
 - Leg uit wat je doet, waarom je dit doet, ...
 - Breng de naastbetrokkenen van de patiënt eerlijk op de hoogte van noodzakelijke informatie. Weeg de privacywetgeving af t.o.v. het welbevinden van patiënt en familie. Bv. vertel niet dat de patiënt “naar een apart kamertje gebracht is om rustig te worden” wanneer het eigenlijk om isolatie met fixatie gaat.
 - Benut meer behandelalternatieven zodat dwanginterventies echt de laatste optie zijn.
 - Hanteer richtlijnen voor de toepassing van dwangmaatregelen.

Werkwijze

De cijfers van 2015 m.b.t. afzondering en separatie werden voor alle afdelingen opgevraagd. Deze cijfers werden besproken tijdens de inspectiebezoeken ter plaatse.

Tijdens de inspectie werd bovendien de procedure/visietekst voor afzondering en separatie opgevraagd en werd met een medewerker van de afdeling het in de praktijk gevoerde beleid besproken.

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

- de definitie van afzondering en separatie (= minstens afgesloten deur van de kamer vernoemd);
- de doelstelling dat afzondering en/of separatie zo weinig mogelijk mag worden toegepast;
- de vermelding dat de maatregel zo kort mogelijk dient te duren;
- het principe van proportionaliteit: minst ingrijpende maatregel/graduele aanpak/gefaseerde manier;
- indicaties en/of tegenindicaties;
- de alternatieve maatregelen;
- wie van het team de eindverantwoordelijkheid draagt voor de maatregel;
- wie de maatregel mag uitvoeren;
- toezicht: frequentie en vorm;
 - de omschrijving dat minstens om de 30 minuten visueel toezicht dient te gebeuren op de patiënt in afzondering of separatie
 - de omschrijving dat er minstens om de 60 minuten persoonlijk contact moet zijn door binnen gaan van een medewerker bij de patiënt in afzondering of separatie
- de frequentie van evaluatie van de maatregel;
- welke notities nodig zijn in het dossier.

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

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

Vaststellingen

33 (91.7%) van de 36 afdelingen gaven aan dat er de **voorbij 3 jaar afzonderingen** werden uitgevoerd.

16 (44.4%) van de 36 afdelingen gaven aan dat er de **voorbij 3 jaar separaties** werden uitgevoerd.

Wanneer we naar de combinatie van toepassing van afzondering en separatie kijken, dan krijgen we volgend beeld:

- 34 (94.4%) afdelingen pasten de voorbij 3 jaar **afzondering en/of separatie** toe;
- 15 (41.7%) afdelingen pasten de voorbij 3 jaar zowel afzondering als separatie toe;
- 18 (50.0%) afdelingen pasten de voorbij 3 jaar enkel afzondering, maar geen separatie toe;
- 1 (2.8%) afdeling paste de voorbij 3 jaar geen afzondering, maar enkel separatie toe;
- 2 (5.6%) afdelingen pasten de voorbij 3 jaar noch separatie, noch afzondering toe.

Terwijl 16 van de 36 afdelingen separaties uitvoeren, waren er op 11 van deze afdelingen (ook) **separaties in de patiëntenkamer** overdag. Dit cijfer is verschillend van de 4 afdelingen met systematische opsluiting van patiënten overdag, omdat het bij deze vraag over separatie gaat om individuele maatregelen van opsluiting in de patiëntenkamer. In deze vraag over separatie als individuele maatregel werd dus ook de systematische opsluiting 's nachts niet meegeteld.

18 (90.0%) van de 20 afdelingen die **patiënten jonger dan 12 jaar** opnemen, laten afzondering en/of separatie toe bij patiënten jonger dan 12 jaar. 2 (10.0%) van deze 20 afdelingen passen noch afzondering, noch separatie toe.

In **2015** werden op alle afdelingen samen cijfergegevens verzameld over in totaal **3.342 afzonderingen en separaties**. Deze afzonderingen en separaties gebeurden bij **692 (14.6%) patiënten** van de in totaal 4.734 patiënten die in 2015 werden opgenomen. Deze afzonderingen kwamen voor op 33 van de 36 afdelingen (2 afdelingen doen noch afzonderingen, noch separaties en 1 afdeling werd opgestart na 2015).

In de cijfergegevens over 2015 werden van dit totale aantal 2.893 afzonderingen geteld en 255 separaties. Vier afdelingen beschikten niet over detailcijfers, waardoor de som van deze cijfers niet gelijk is aan het totaal.

Het is belangrijk om een aantal **bependingen van het beschikbare cijfermateriaal** voor ogen te houden.

- Alle afdelingen die afzonderen, verzamelen cijfers over deze afzonderingen.
- Van de 16 afdelingen waar separaties gebeuren, zijn er 11 die over separaties cijfers verzamelen en 5 die geen cijfers hebben over separaties.
- Van de 11 afdelingen die cijfers over separaties verzamelen, zijn er 3 die geen onderscheid maken in hun cijfermateriaal tussen afzondering en separatie, waardoor er op deze afdelingen geen precieze cijfers voorhanden zijn, noch over afzondering, noch over separatie.
- Nachtelijke opsluitingen en systematische opsluitingen overdag zijn voor geen enkele afdeling meegeteld in de cijfergegevens over separatie.
- Bij 15 (44.1%) van de 34 afdelingen die afzonderen en/of separeren werden andere registratieproblemen opgemerkt in de cijferverzameling:
 - Er zijn 9 afdelingen die aan onderregistratie doen.
 - Er zijn 6 afdelingen waarvan de cijfers onvolledig zijn, met andere woorden hier worden niet alle maatregelen meegeteld (bv. de separaties die gebeuren in patiëntenkamers ontbreken in de cijfergegevens).
 - Daarnaast zijn er 3 afdelingen die meerdere afzonderingen als één maatregel tellen wanneer er in het behandelplan één medisch order wordt gegeven voor meerdere onderbroken afzonderingsmaatregelen (bv. meerdere nachten na elkaar in afzondering of separatie en overdag in de leefgroep).

- Daarnaast zijn er 6 afdelingen waar een overregistratie werd vastgesteld. Op deze afdelingen is het verblijf in een time-outruimte met open deur meegeteld in de separatiecijfers.

Alle 34 afdelingen waar afzondering en/of separatie wordt toegepast (33 afdelingen passen afzondering toe, 16 afdelingen passen separatie toe), hebben over deze vrijheidsberovende maatregelen een **procedure** opgemaakt. Het gaat hierbij niet om 34 verschillende procedures, want vaak hebben afdelingen op eenzelfde campus één en dezelfde procedure.

Op 11 (32.4%) van de 34 afdelingen waar afzondering en/of separatie wordt toegepast bevat de procedure **alle gecontroleerde onderwerpen**. Op 23 (67.6%) afdelingen ontbrak in de procedure dus één of meerdere onderwerpen.

- Op alle afdelingen zijn de **indicaties** beschreven in de procedure.
- Op alle afdelingen is beschreven in de procedure wie van het team de **eindverantwoordelijkheid** draagt voor de maatregel.
- Op 3 (9.1%) van de 33 afdelingen waar afzondering wordt toegepast, ontbreekt in de procedure de **definitie van afzondering**.
- Op 4 (25.0%) van de 16 afdelingen waar separatie gebeurt, ontbreekt in de procedure de **definitie van separatie**.
- Op 3 (8.8%) van de 34 afdelingen ontbreekt in de procedure de doelstelling dat afzondering en/of separatie **zo weinig mogelijk** mag worden toegepast.
- Op 1 (2.9%) van de 34 afdelingen ontbreekt in de procedure dat de maatregel **zo kort mogelijk** dient te duren.
- Op 2 (5.9%) van de 34 afdelingen ontbreekt in de procedure het principe van **proportionaliteit**.
- Op 2 (5.9%) van de 34 afdelingen ontbreken in de procedure de **alternatieve maatregelen**.
- Op 1 (2.9%) van de 34 afdelingen ontbreekt in de procedure de omschrijving **wie** de maatregel **mag uitvoeren**.
- Op 4 (11.8%) van de 34 afdelingen ontbreekt in de procedure de omschrijving dat **om de 30 minuten visueel toezicht** dient te gebeuren.
- Op 15 (44.1%) van de 34 afdelingen ontbreekt in de procedure de omschrijving dat er **elk uur persoonlijk contact** moet zijn met de patiënt.
- Op 14 (41.2%) van de 34 afdelingen ontbreekt in de procedure de omschrijving hoe de **evaluatie** van de afzondering / separatiemaatregel dient te gebeuren.
- Op 2 (5.9%) van de 34 afdelingen ontbreekt in de procedure wat dient genoteerd te worden in het **dossier/register**.

Naast de volledigheid van de procedure werd de inhoud van de **procedure** vergeleken met een aantal **richtlijnen**. Op 6 (17.6%) van de 34 afdelingen waar afzondering en/of separatie wordt toegepast was de procedure volledig in lijn met de richtlijnen. Op 28 (82.4%) afdelingen was de procedure bijgevolg niet in lijn met één of meerdere van de gecontroleerde richtlijnen.

- Van de 20 afdelingen die zowel kinderen opnemen die ouder zijn dan 12 jaar als -12-jarigen, zijn er 18 afdelingen die afzonderen en/of separeren. Op die 18 afdelingen wordt in de procedure geen onderscheid gemaakt tussen **patiënten jonger dan 12 jaar** en andere patiënten.
- Op 25 (73.5%) afdelingen zijn de **indicaties** in de procedure voor afzondering en/of separatie **niet beperkt tot acuut en ernstig gevaar**:
 - Op 5 (14.7%) afdelingen wordt in de procedure bij de indicaties voor bepaalde omstandigheden een afzondering/separatie als **standaardmaatregel** (als hulpmiddel in de standaardzorg) omschreven.

Volgende omschrijvingen kwamen voor: “bij de start van een gedwongen opname”, “bij wachten op voorleiding bij de jeugdrechter na een agressie-incident”;

- Op 16 (47.1%) afdelingen wordt in de procedure bij de indicaties afzondering/separatie als **preventieve maatregel** vermeld, bv. “bij gevoel van spanning”, “bij dreiging van wegloopgedrag”, “bij verbale agressie”, “patiënt blijft dreigend naar hulpverleners”, “ontwrichtend naar de groep”, “patiënt blijft de voorgeschreven medicatie weigeren”, “bij suïcidedreiging”, “bij toenemend controleverlies”;
- Op 6 (17.6%) afdelingen wordt in de procedure **sanctie en/of overlast** als een indicatie voor afzondering/separatie omschreven;
- Op 17 (50.0%) afdelingen wordt in de procedure de mogelijkheid voorzien om afzondering en/of separatie **op eigen vraag van de patiënt** uit te voeren;
- Op 19 (55.9%) afdelingen worden in de procedure nog tal van **andere** indicaties opgesomd, zoals “controleverlies”, “individueel behandelplan”, “motorische en/of psychische onrust”, “verminderen van prikkels”, “bewegingsdrang”, “beveiliging”, “tot rust komen”, “verhoogde observatie”, “therapeutisch”.

Incidenties afzondering en separatie

De incidentiecijfers zijn gebaseerd op het aangeleverde cijfermateriaal van de afdelingen, waarbij we de hierboven beschreven beperkingen van dit cijfermateriaal mee in rekening moeten brengen.

De mate waarin afzonderings- en separatiemaatregelen worden genomen, kan worden uitgedrukt d.m.v. incidentie. Volgende definitie werd gehanteerd:

incidentie van de afzonderings- en separatiemaatregelen 2015 = totaal aantal afzonderings- en separatiemaatregelen in 2015 / totaal aantal opnamedagen 2015

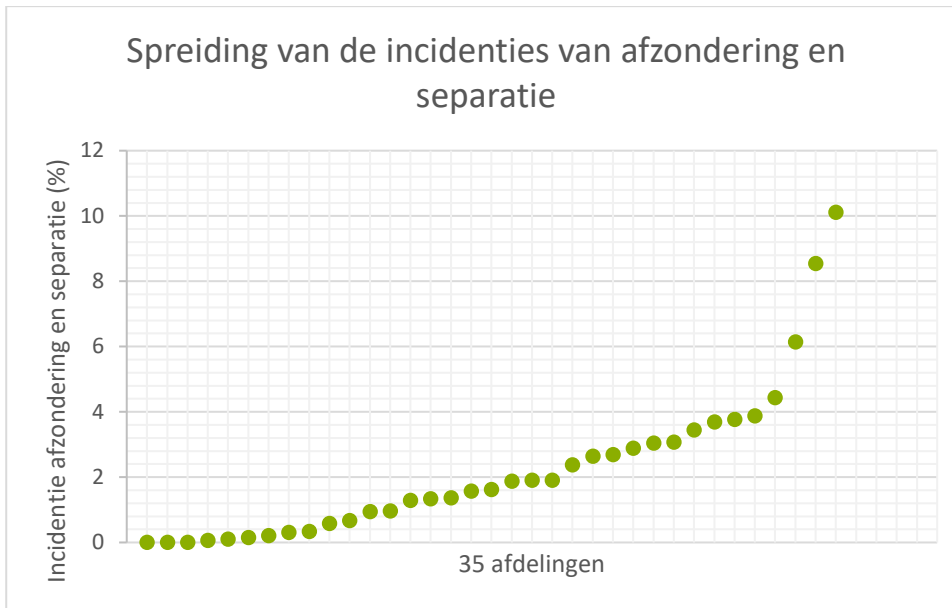
INCIDENTIE = aantal afzonderingen en separaties / 100 opnamedagen.

Voor 35 afdelingen beschikken we over cijfermateriaal m.b.t. afzondering of separatie in 2015 (1 afdeling was nog niet geopend in 2015). In combinatie met het aantal opnamedagen voor 2015 kunnen we de incidenties voor afzondering en separatie berekenen.

De incidentie van afzondering en separatie was in 2015 voor deze 35 afdelingen kinder- en jeugdpsychiatrie samen 2.2%. Concreet betekent dit dat er in 2015 op 154.948 opnamedagen 3.342 afzonderingen en separaties gebeurden, of dat er tijdens 100 opnamedagen doorsnee 2.2 maatregelen tot afzondering of separatie werden genomen.

De incidentiecijfers variëren tussen de afdelingen van 0 tot 10.1% (het gemiddelde = 2.2%, de mediaan = 1.6%). Als de incidentie op een afdeling 10% bedraagt, betekent dit dat tijdens 100 opnamedagen 10 maatregelen tot afzondering of separatie worden genomen.

Bij controle van de incidentiecijfers t.o.v. de registratieproblemen bleken de cijfers identiek. Wanneer we de incidenties enkel voor de 19 afdelingen zonder registratieproblemen berekenen, dan bekomen we dezelfde cijfers, tussen 0 en 10.1%.



Het percentage patiënten die worden afgezonderd of gesepareerd kunnen we uitdrukken d.m.v. de cumulatieve incidentie. Volgende definitie werd gehanteerd:

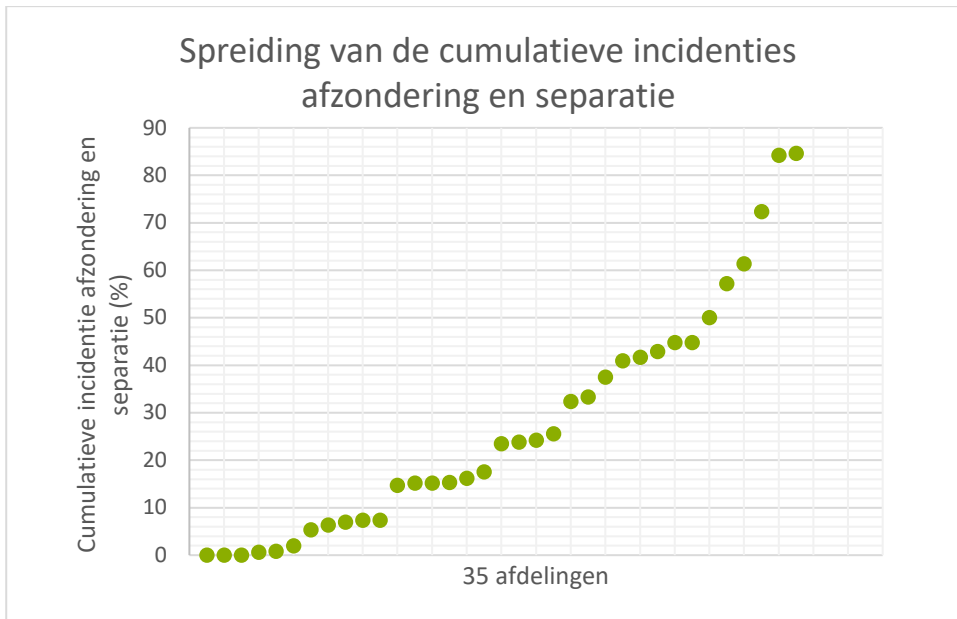
cumulatieve incidentie van de afgezonderde /gesepareerde patiënten 2015 = totaal aantal patiënten afgezonderd of gesepareerd in 2015 / totaal aantal patiënten opgenomen in 2015.

CUMULATIEVE INCIDENTIE = % afgezonderde en gesepareerde patiënten.

De cumulatieve incidentie van afzondering en separatie was voor de 35 afdelingen kinder- en jeugdpsychiatrie samen in 2015 14.6%. Concreet betekent dit dat in 2015 692 patiënten of 14.6% van de in totaal 4.734 opgenomen patiënten werden afgezonderd of gesepareerd.

De cumulatieve incidentiecijfers variëren tussen de afdelingen van 0 tot 84% (het gemiddelde = 27.3%, de mediaan = 23.4%). Concreet betekent dit dat er in 2015 op een afdeling tussen 0 en 84% van de patiënten tijdens hun opname werd afgezonderd of gesepareerd.

Het zou interessant zijn om de verschillen in incidentie naargelang de patiëntendoelgroep en/of zorgwaarte te onderzoeken. Dit is op dit moment niet mogelijk, omwille van meerdere redenen: de voornaamste reden is dat de kwaliteit van de cijfers onvoldoende gegarandeerd is om verdere inhoudelijke analyses op te maken; verder zijn de erkenningsgegevens niet eenvoudig terug te brengen tot de patiëntendoelgroep, zijn er meerdere afdelingen met gemengde doelgroepen, is het aantal afdelingen met een forensische doelgroep veel kleiner en zijn er grote verschillen in opnameduur tussen de afdelingen. Al deze factoren kunnen op zich de cijfers vertekenen, waardoor de betekenis van de verschillen niet meer duidelijk is; zijn ze te wijten aan de verschillen in doelgroep of aan andere beïnvloedende factoren?



Conclusies en reflecties

Alle afdelingen, op 2 uitzonderingen na, passen afzondering en/of separatie toe. 90% van de afdelingen die patiënten jonger dan 12 jaar opnemen, laten afzondering en/of separatie toe bij patiënten jonger dan 12 jaar.

Er zijn tijdens de inspectieronde meerdere vragen opgedoken over de **definities** van afzondering en separatie. Enerzijds komt de vraag naar boven of de opdeling niet artificieel is, want het gaat in se om dezelfde handeling. Afhankelijk van het label dat de dienst geeft aan de ruimte, komt deze handeling in een andere categorie terecht. Anderzijds stellen sommige afdelingen dat separatie een mildere vorm van vrijheidsberoving inhoudt en voorbehouden is voor andere indicaties dan gevaar, waarbij minder toezicht nodig is.

Verder zijn er tegenstrijdige visies op het begrip vrijheidsberoving. Zo werd op één van de afdelingen de visie gevolgd dat als een jongere op vraag meegaat naar de separatieluimte, dit als “met toestemming van de jongere” wordt beschouwd. Dan werd dat op die afdeling ook niet als separatie beschouwd en werd dit niet genoteerd in het dossier en gebeurde er geen toezicht.

In driekwart van de procedures blijkt dat afzondering en separatie **niet enkel bij gevaar** worden toegepast. Volgens nationale en internationale richtlijnen is acuut en ernstig gevaar de enige mogelijke reden voor afzondering of separatie.

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 (er is geen cameratoezicht mogelijk en de kamer is niet veilig ingericht). Dezelfde veiligheidsbepaalding bestaat bij opsluiting in de patiëntenkamers overdag en 's nachts als afdelingsregel.

Het beschikbare cijfermateriaal over afzondering en separatie is onvoldoende volledig om precies zicht te krijgen op de frequentie van voorkomen. Een uniforme manier van registreren en het hanteren van dezelfde definitie is een noodzakelijke voorwaarde om **cijfermateriaal te gebruiken voor een permanente evaluatie van het gevoerde beleid**. Hierbij is het doen dalen van cijfers geen doelstelling op zich; het doel is wel om afzondering en separatie te beperken tot het strikt noodzakelijke.

Sommige afdelingen zien al jaren een daling van het aantal afzonderingen en/of separaties doordat ze qua preventief beleid al ver geëvolueerd zijn en hun beleid opvolgen aan de hand van verzamelde cijfergegevens.

Andere afdelingen hebben nog heel wat verbeterruimte door meer in te zetten op preventief beleid en door het eigen beleid voortdurend te evalueren d.m.v. cijfermateriaal.

Uit cijfers van afdelingen blijkt dat een kleine groep van de jongeren verantwoordelijk is voor een groot deel van de afzonderingen. Het kan niet de bedoeling zijn dat afdelingen patiënten met een grotere kans op incidenten weren in hun opnamebeleid. In Nederland noemt men dit fenomeen “de glazen opnamedeur”, waarbij men een sterke selectie van patiënten doet om tegemoet te komen aan de verwachting geen afzonderingen te hebben.

De praktijk voldoet niet aan de **richtlijnen die stellen dat afzondering en separatie onder 12 jaar niet is toegelaten** (NICE). In de CPT-richtlijn is de leeftijdsgrens 16 jaar. De afdelingen die kinderen jonger dan 12 jaar opnemen, gaven telkens opnieuw aan dat zij deze richtlijn niet haalbaar beschouwen binnen de huidige context. We stellen ons de vraag of we voor de jongere patiënten de doelstelling kunnen formuleren van “geen eenzame opsluiting”. Hierbij zou de aanwezigheid van een andere (medewerker, ervaringsdeskundige, familie) kunnen vooropgesteld worden. Dit is bovendien één van de adviezen van de Hoge Gezondheidsraad: “De mogelijkheid moet voorzien worden dat de patiënt niet alleen gelaten wordt (1-op-1-begeleiding) als hij/zij dit wenst en als het zinvol en haalbaar wordt geacht.”

Over de indicatie “afzondering of separatie op eigen vraag van de patiënt” is er tegenstrijdigheid in de verschillende richtlijnen. Over dit onderwerp is een duidelijk standpunt nodig in het referentiekader. Een voorwaarde hierbij zou kunnen zijn dat deze maatregel beschreven staat in een vooraf met de patiënt opgemaakt signaleringsplan.

10.3.2 Afzondering en separatie in de praktijk

Achtergrond

NICE	1.4.48 Record the use of seclusion in accordance with the Mental Health Act 1983 Code of Practice.
	1.4.50 Set out an observation schedule for service users in seclusion. Allocate a suitably trained member of staff to carry out the observation, which should be within eyesight as a minimum.
	1.7.24 Decisions about whether to seclude a child or young person should be approved by a senior doctor and reviewed by a multidisciplinary team at the earliest opportunity.
HGR	p. 10: Registratiesystemen moeten verplicht worden en als basis dienen voor veiligheids- en kwaliteitsmonitoring.
	p. 22: Er moet een register worden ingevuld. Net zoals bij de werkwijze in het kader van in observatiestelling volgens de wet van 1990, moet ook hier een register worden ingevuld met de identiteit van de patiënt, de begin- en einddatum van de maatregel, de redenen en de aard van de afzondering (met of zonder fixatie).
	p. 23: <ul style="list-style-type: none"> • De controle moet intensief en van dichtbij gebeuren. • De verpleegkundige moet 1x/u. een visuele controle uitvoeren. Zodra de patiënt wakker is, vindt er persoonlijk contact plaats. • De arts moet de patiënt minimaal 1x/dag onderzoeken. • De fysieke en de psychische aspecten worden doorlopend gecontroleerd, eventueel met behulp van camerabewaking. Elk contact met de patiënt moet worden gedocumenteerd in het dossier.
CPT 2017	11.1. A specific register should be established to record all instances of recourse to means of restraint (including chemical restraint). This should supplement the records contained within the patient’s personal medical file. The entries in the register should include the time at which the measure began and ended; the circumstances of the case; the reasons for resorting to the measure;

the name of the doctor who ordered or approved it; and an account of any injuries sustained by patients or staff.

Werkwijze

Op alle afdelingen werden patiëntendossiers gecontroleerd van een steekproef van patiënten in afzondering en separatie tijdens het voorbije jaar. Er werd nagegaan of de notities minstens volgende basisgegevens bevatten:

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

Er werd daarnaast gekeken naar de omschrijving van de reden voor de afzondering of separatie, naar de duur van de afzondering of separatie, naar de eventuele extra maatregelen tijdens afzondering of separatie en naar de notities over toezicht tijdens de afzondering of separatie (zowel visueel toezicht als persoonlijk contact).

Vaststellingen

Op 2 van de 36 afdelingen worden geen afzonderingen of separaties toegepast en op één afdeling waren er geen afzonderingen of separaties het voorbije jaar; op een andere afdeling waar enkel gesepareerd werd, waren er geen notities over separaties. Op de 32 resterende afdelingen waar het voorbije jaar afzonderingen en/of separaties gebeurden, werd een **dossiercontrole** over afzondering en/of separatie gedaan. Waar mogelijk werden de gegevens over de dossiercontrole voor afzondering en separatie apart beschreven. Op een aantal afdelingen was uit de notities niet af te leiden of het over afzondering of separatie ging en zijn de dossiergegevens samengeteld.

Er werden in totaal 312 patiëntendossiers gecontroleerd van patiënten in afzondering of separatie. Het aantal gecontroleerde dossiers van afzondering en separatie varieerde per afdeling tussen 5 en 18, uitgezonderd op 2 afdelingen waar het laatste jaar slechts 1 afzondering plaatsvond. Hiervan waren er 244 dossiers over afzondering, 26 over separatie en 42 waarbij het onderscheid niet duidelijk was.

In onderstaande tabel zijn de gedetailleerde cijfers over de **ontbrekende gegevens** weergegeven:

	Afzondering	Separatie	Afzondering of separatie	Totaal = afzondering + separatie
Aantal gecontroleerd	244	26	42	312
Aantal volledige notities	233 (95.5%)	26 (100.0%)	39 (92.9%)	298 (95.5%)
Aantal onvolledige notities	11 (4.5%)	0	3 (7.1%)	14 (4.5%)
Ontbrekende elementen				
Identificatie patiënt	0	0	0	0
Datum	0	0	0	0
Beginuur	1 (0.4%)	0	0	1 (0.3%)

Einduur	3 (1.2%)	0	3 (7.1%)	6 (1.9%)
Reden	1 (0.4%)	0	0	1 (0.3%)
Identificatie arts	2 (0.8%)	0	0	2 (0.6%)
Identificatie verpleegkundige	4 (1.6%)	0	0	4 (1.3%)

Bij controle van de patiëntendossiers op een aantal **basisgegevens**, bleken er 298 (95.5%) van de 312 in totaal gecontroleerde dossiers volledig (bevatten alle gecontroleerde basisgegevens):

- 233 (95.5%) van de 244 afzonderingsdossiers waren volledig;
- 26 (100.0%) van de 26 separatiedossiers waren volledig;
- 39 (92.9%) van de 42 dossiers waarbij het onderscheid tussen afzondering en separatie niet duidelijk is, waren volledig.

Van de 14 (4.5%) dossiers van afzondering of separatie met ontbrekende gegevens was er 1 (0.3%) dossier zonder beginuur en waren er 6 (1.9%) dossiers zonder einduur. Verder ontbrak in 1 (0.3%) dossier de reden van afzondering of separatie, in 2 (0.6%) dossiers de identificatie van de arts en in 4 (1.3%) dossiers de identificatie van de verpleegkundige.

Van de 32 afdelingen waar het voorbije jaar afzonderingen en/of separaties werden toegepast, waren er 24 (75%) afdelingen waar alle gecontroleerde dossiers alle basisgegevens bevatten.

In onderstaande tabel zijn de detailgegevens over de notities van de verschillende **redenen** voor de maatregelen weergegeven:

	Afzondering	Separatie	Afzondering of separatie	Totaal = afzondering + separatie
Aantal gecontroleerd	244	26	42	312 (100%)
Aantal zonder reden	1 (0.4%)	0	0	1 (0.3%)
Aantal omwille van acuut en ernstig gevaar	157 (64.3%)	12 (46.2%)	27 (64.3%)	196 (62.8%)
Aantal met andere redenen dan acuut en ernstig gevaar	86 (35.2%)	14 (53.8%)	15 (35.7%)	115 (36.9%)
Aantal per soort andere reden dan acuut en ernstig gevaar				
Eigen vraag	7 (2.9%)	1 (3.8%)	0	8 (2.5%)
Overlast	35 (14.3%)	4 (15.4%)	6 (14.3%)	45 (14.4%)
Sanctie	8 (3.3%)	2 (7.7%)	4 (9.5%)	14 (4.5%)
Procedure	10 (4.1%)	1 (3.8%)	0	11 (3.5%)
Varia	26 (10.7%)	6 (23.1%)	5 (11.9%)	37 (11.9%)

Bij nazicht van de notities over de **reden van afzondering of separatie**, bleek in 196 (62.8%) van de 312 dossiers uit de notities dat de maatregel werd genomen omwille van **acuut en ernstig gevaar**:

- 157 (64.3%) van de 244 afzonderingsdossiers;
- 12 (46.2%) van de 26 separatiedossiers;
- 27 (64.3%) van de 42 dossiers waarbij het onderscheid tussen afzondering en separatie niet duidelijk is.

In 1 (0.3%) dossier van afzondering werd geen reden teruggevonden.

Van de 115 dossiers van afzondering of separatie waarbij **andere redenen** werden teruggevonden **dan acuut en ernstig gevaar** waren 8 (2.5%) maatregelen op "eigen vraag", 45 (14.4%) keer werd "overlast" als reden genoteerd in het register, in 14 (4.5%) gevallen ging het om afzondering of separatie als "sanctie", 11 (3.5%) keer ging het om een maatregel die genomen werd volgens de "procedure" en 37 (11.9%) keer werd in de notities over de reden van de maatregel een omschrijving terug gevonden die niet onder de groepen "eigen vraag", "overlast", "sanctie" of "procedure" pasten; deze omschrijvingen werden onder "varia" geteld. Voorbeelden van de tekst in de notities zijn: "volgens signaleringsplan", "therapeutische redenen", "preventief", "weglooptgedrag", "realiteitsverlies", "emotionele blokkage", "begrenzen", "prikkelarm bij psychose", "samenwerking niet mogelijk", "verdriet met totale ontreding", "destructie materiaal", "lage bestaffing 's nachts".

Op 3 (9.4%) van de 32 afdelingen was de reden voor afzondering of separatie in alle gecontroleerde dossiers acuut en ernstig gevaar.

Van de 312 gecontroleerde dossiers werd **de duur van de afzondering of separatie** nagegaan. In onderstaande tabel zijn de cijfers over de duur van deze maatregelen weergegeven:

	Afzondering	Separatie	Afzondering of separatie	Totaal = afzonde- ring + separatie
Aantal gecontroleerd	244	26	42	312 (100%)
Aantal zonder begin- of einduur	4 (1.6%)	0	3 (7.1%)	7 (2.2%)
Korter dan 1 uur	103 (42.2%)	18 (69.2%)	25 (59.5%)	146 (46.8%)
Van 1 tot 6 uur	54 (22.1%)	1 (3.8%)	11 (26.2%)	66 (21.2%)
Van 6 tot 12 uur	29 (11.9%)	4 (15.4%)	3 (7.1%)	36 (11.5%)
Van 12 tot 24 uur	44 (18.0%)	2 (7.7%)	0	46 (14.7%)
24 uur of langer	10 (4.1%)	1 (3.8%)	0	11 (3.5%)

Van de 312 gecontroleerde dossiers waren er 7 (2.2%) dossiers zonder begin- of einduur van de maatregel. 146 (46.8%) keer ging het om een afzondering of separatie met een duur van korter dan 1 uur. In 66 (21.2%) dossiers ging het om een afzondering of separatie met een duur van 1 tot 6 uur en 36 (11.5%) keer om een afzondering of separatie met een duur tussen de 6 en 12 uur. 46 (14.7%) afzonderingen of separaties hadden een duur van 12 tot 24 uur en in 11 (3.5%) dossiers ging het om een afzondering met een duur van 24 uur of langer.

Deze cijfers zijn geen beeld van de gemiddelde duur van het totaal van alle afzonderingen: het aantal hierboven beschreven dossiers is beperkt tot de 312 gecontroleerde maatregelen. De dossiersteekproef was er niet op gericht om uitspraken te doen over de gemiddelde duur van alle maatregelen.

Het **toezicht**, zowel het visueel toezicht als het toezicht d.m.v. direct contact, werd niet gecontroleerd in dossiers over afzonderingen en separaties die 30 minuten of korter duurden (aangezien een minimumfrequentie om de 30 minuten werd vooropgesteld van verhoogd toezicht op de patiënt in afzondering of separatie).

In de dossiers van afzonderingen en separaties die langer dan 30 minuten duurden, werd in de notities het **toezicht d.m.v. visuele controle** nagegaan (cameratoezicht of toezicht via een raampje).

Van de dossiers van afzonderingen en separaties die langer dan 60 minuten duurden, werden zowel notities van het visueel toezicht als notities over het **toezicht d.m.v. persoonlijk contact** nagegaan (toezicht waarbij een medewerker binnen gaat in de afzonderingsruimte).

Onderstaande tabel toont de vaststellingen over de **notities van het toezicht** in de gecontroleerde dossiers:

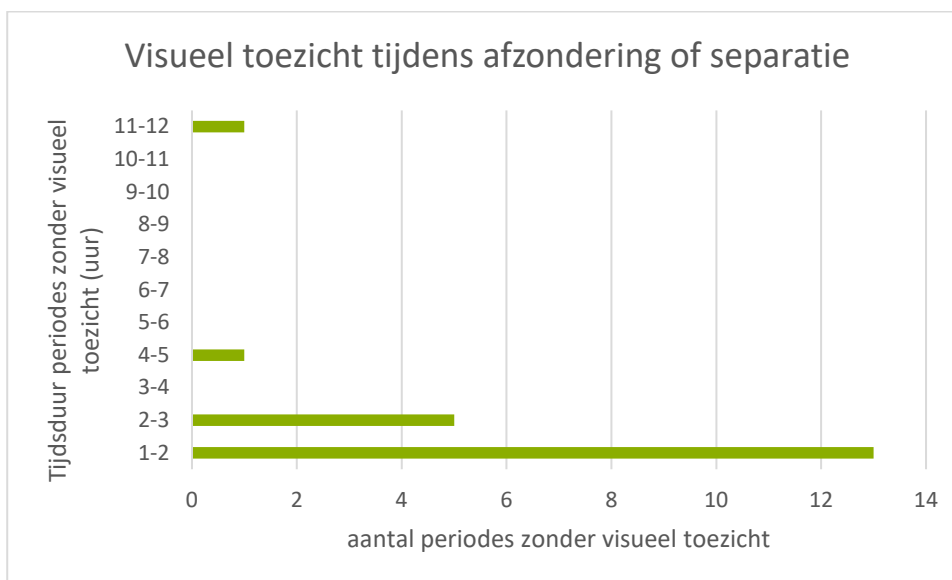
	Afzondering	Separatie	Afzondering of separatie	Totaal = afzondering + separatie
Aantal langer dan 30 minuten	169 (100%)	11 (100%)	27 (100%)	207 (100%)
Aantal met visueel toezicht elk half uur	114 (67.4%)	7 (63.6%)	22 (81.5%)	143 (69.1%)
Aantal langer dan 60 minuten	131 (100%)	8 (100%)	12 (100%)	151 (100%)
Aantal met visueel toezicht elk uur	105 (80.2%)	7 (87.5%)	12 (100%)	124 (82.1%)
Aantal met persoonlijk contact elk uur	26 (19.8%)	0 (0%)	7 (58.3%)	33 (21.9%)
Aantal langer dan 120 minuten	100 (100%)	8 (100%)	3 (100%)	111 (100%)
Aantal met persoonlijk contact elke 2 uur	22 (22.0%)	4 (50%)	0 (0%)	26 (23.4%)

Er waren 207 afzonderingen of separaties met een duur langer dan 30 minuten. Daarvan waren er 143 (69.1%) afzonderingen of separaties waarbij uit de notities bleek dat er **om de 30 minuten** een **visueel toezicht** gebeurde.

Op 10 (31.3%) van de 32 afdelingen met dossiers over afzonderingen en/of separaties die langer dan 30 minuten duren, waren er voor alle gecontroleerde dossiers notities over visueel toezicht elk half uur.

Er waren 151 afzonderingen of separaties met een duur langer dan 60 minuten.

Bij 124 (82.1%) van deze 151 afzonderingen of separaties waren er notities die aantoonde dat er **elk uur visueel toezicht** gebeurde. Bij 27 (17.9%) afzonderingen of separaties waren er tijdsperiodes van langer dan 60 minuten zonder notities over visueel toezicht. In totaal waren er 31 tijdsperiodes van langer dan 60 minuten zonder notities over visueel toezicht tijdens deze 27 afzonderingen of separaties. Op één campus (en voor 11 van de 27 afzonderingen of separaties) werden de notities over toezicht tijdens afzondering niet bewaard, de vaststellingen rond visueel toezicht in de dossiers van afzondering op deze campus werden niet meegerekend. Voor de 16 resterende afzonderingen of separaties variëren de tijdsperiodes zonder notities over visueel toezicht tussen 1u 04min en 11 uur. De meerderheid van tijdsperiodes situeren zich onder de 3 uur.

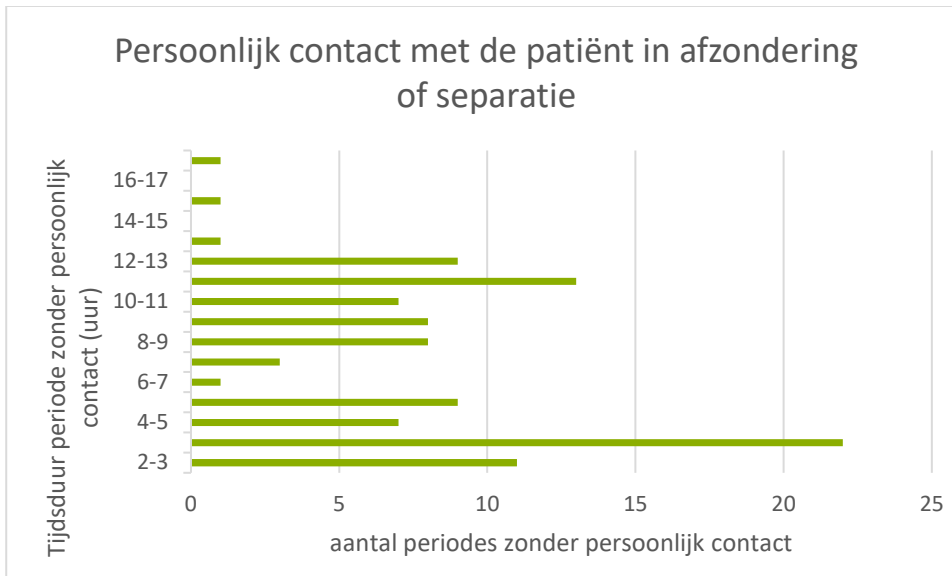


Bij 33 (21.9%) van de 151 afzonderingen of separaties met een duur langer dan 60 minuten waren er notities waaruit bleek dat er **elk uur persoonlijk contact** was geweest van een medewerker met de patiënt in afzondering of tijdens separatie.

Op 2 (6.5%) van de 31 afdelingen met dossiers over afzonderingen en/of separaties die langer dan 60 minuten duren, waren er voor alle gecontroleerde dossiers notities over persoonlijk contact elk uur.

Er waren 111 van 312 afzonderingen met een duur langer dan 120 minuten.

Bij 26 (23.4%) afzonderingen of separaties met een duur langer dan 120 minuten waren er notities waaruit bleek dat er minstens **elke 2 uur persoonlijk contact** was met de patiënt in afzondering of tijdens separatie. Bij 85 (76.6%) afzonderingen of separaties waren er tijdsperiodes van langer dan 120 minuten zonder notities over persoonlijk contact. In totaal waren er 129 tijdsperiodes van langer dan 120 minuten zonder notities over persoonlijk contact tijdens deze 85 afzonderingen of separaties. Op één campus (en voor 18 van de 85 afzonderingen of separaties) werden de notities over toezicht tijdens afzondering niet bewaard, de vaststellingen rond persoonlijk contact in de dossiers van afzondering op deze campus werden niet meegerekend. Voor de resterende 67 afzonderingen of separaties variëren de tijdsperiodes zonder notities over persoonlijk contact tussen 2u 15min en 17 uur.



Een specifieke vorm van toezicht die nagegaan werd, was het **persoonlijk contact van een arts met de patiënt** tijdens afzondering of separatie.

In onderstaande tabel worden de cijfers weergegeven over de notities van het persoonlijk contact van een arts met de patiënt in de verschillende gecontroleerde dossiers:

	Afzonderingen	Separaties	Afzondering of separatie	Totaal = afzondering + separatie
Aantal langer dan 60 minuten	131	8	12	151
Aantal met persoonlijk contact arts	25 (19.1%)	2 (25.0%)	3 (25.0%)	30 (19.9%)
Aantal langer dan 24 uur	10	1	0	11
Aantal met dagelijks persoonlijk contact arts	4 (40%)	0	0	4 (36.4%)

Van de 151 afzonderingen of separaties met een duur langer dan 60 minuten, waren er 30 (19.9%) met notities over persoonlijk contact van een arts met de patiënt tijdens of net voor de afzondering.

Van de 11 afzonderingen of separaties die langer dan 24 uur duurden, waren er 4 (36.4%) met notities over dagelijks persoonlijk contact van een arts met de patiënt.

Conclusies en reflecties

De doelstelling om afzondering en separatie **zo min mogelijk en zo kort mogelijk** toe te passen, wordt in de praktijk nog **onvoldoende gehaald**, al blijken er ook op dit vlak grote verschillen tussen afdelingen.

Uit de controles van de dossiers blijkt dat nog te vaak wordt afgezonderd en gesepareerd om andere redenen dan acuut en ernstig gevaar.

Er zijn verder onvoldoende garanties dat er zo kort mogelijk wordt afgezonderd en gesepareerd. Wanneer het toezicht door persoonlijk contact en contact met de arts onvoldoende frequent gebeurt, kan er niet gegarandeerd worden dat de maatregel zo snel mogelijk wordt beëindigd.

Op een aantal afdelingen bestaat het beleid er in om patiënten die 's avonds in afzondering of separatie gaan, te laten overnachten in de afzonderings- of separatieluimte. Daarnaast geven medewerkers aan dat ze 's nachts niet binnen gaan in de ruimtes als patiënten slapen. De lange tijdsperiodes zonder persoonlijk contact zijn niet enkel terug te brengen tot het niet verstoren van de nachtrust. Meermaals werd opgemerkt dat ook de periode van briefing tussen de nachtmedewerker(s) en de ochtendshift een periode inhield zonder toezicht. Bovendien is de veiligheid onvoldoende gegarandeerd wanneer het toezicht niet sluitend gebeurt: zowel visueel toezicht als persoonlijk contact en contact met de arts zijn noodzakelijk om de veiligheid te garanderen. Hierbij denken we aan het tijdig opmerken van bijwerkingen van crisismedicatie, verminderd bewustzijn of andere problemen.

In een aantal richtlijnen wordt het belang benadrukt van het **onderzoek van de patiënt door een arts bij het begin van een afzondering / separatie**. Uit onze vaststellingen blijkt dat de beslissing tot afzondering of separatie nu nog te vaak een beslissing is waar artsen niet van bij het begin betrokken zijn. De meeste afzonderingen worden opgestart door medewerkers, waarbij de arts achteraf (telefonisch) op de hoogte wordt gesteld. Bij een minderheid van de afzonderingen en separaties was er persoonlijk contact van een arts met de patiënt.

Hoewel men in de praktijk vaak aangeeft dat het toezicht weliswaar gebeurt, maar dat dit niet steeds wordt genoteerd in het dossier of register, kan men geen garanties leveren over goede zorg en zorgcontinuïteit zonder gedetailleerde notities over alle aspecten van de vrijheidsberovende maatregel, ook het uitgevoerde toezicht.

In sommige richtlijnen worden extra maatregelen beschreven wanneer een afzondering of separatie langer duurt dan een bepaalde periode. Voorbeelden van extra maatregelen zijn de evaluatie door een medisch team, het betrekken van externe expertise en mogelijke transfer naar een high intensive care unit. Volgens de CPT-richtlijn (2012) is er na 6 uur en bij een tweede afzondering/separatie binnen de 24 uur een medische herevaluatie nodig door 2 artsen. Een afzondering of separatie mag volgens dezelfde richtlijn nooit langer dan 24 uur duren.

10.3.3 Infrastructuur van de afzonderingsruimte

Achtergrond

NICE	1.4.47 Services that use seclusion should have a designated seclusion room that: <ul style="list-style-type: none"> - allows staff to clearly observe and communicate with the service user - is well insulated and ventilated, with temperature controls outside the room - has access to toilet and washing facilities - has furniture, windows and doors that can withstand damage.
HGR	De afzondering vindt plaats onder optimale veiligheidsvoorwaarden voor de patiënt en het zorgteam. Er wordt gecontroleerd dat er zich geen gevaarlijke voorwerpen in de kamer of in het bezit van de patiënt bevinden. De patiënt krijgt alle vereiste informatie over het doel, de aard, de duur en de omstandigheden van de afzondering. De afzonderingsomstandigheden moeten voldoen aan bepaalde criteria: Er moeten minimale oriëntatiemiddelen worden ingesteld en beoordeeld, namelijk aanwezigheid van licht en/of muziek, aanduiding van het juiste uur en de juiste datum op een uurwerk. De afzonderingsruimte moet voldoen aan de hygiënische basisregels in verband met de afmetingen (min. 9m ²) en de inrichting. De veiligheid van de patiënt en van het team is de grootste prioriteit. Meubelen moeten die veiligheid garanderen (bed, toilet, water);
CPT 2017	3.8: As regards seclusion, the room in which patients are placed should be specially designed for that specific purpose. In particular, it should ensure the safety of the patient and provide a calming environment for the patient concerned.

Het Vlaams Patiëntenplatform formuleerde over dit onderwerp volgende aanbevelingen:

- De isolatieruimte moet knus en proper zijn.
- Zorg voor een aangename temperatuur.
- Moet de deur van een afzonderingsruimte altijd afgesloten zijn? Agressie wordt soms opgewekt doordat de deur gesloten is. Alternatief: gewone eenpersoonskamer met toilet.
- Camera's hebben een nadelig effect. Het kan belangrijk zijn voor de veiligheid, maar is ook zeer dehumaniserend en onrespectvol bij uitkleden en wassen.
- Voorzie een klok.
- Zorg voor natuurlijke lichtinval (bv. via een raam).
- Denk na over manieren om "de buitenwereld" binnen te laten: moet een isolatieruimte volledig geluiddicht zijn?

Werkwijze

Alle ruimtes die gebruikt worden voor afzondering en separatie werden gecontroleerd. Patiëntenkamers die gebruikt worden voor separatie werden op het vlak van infrastructuur niet bekeken in deze inspectieronde. Patiëntenkamers kunnen niet voldoen aan de veiligheidsverwachtingen die gesteld worden aan ruimtes voor afzondering en separatie.

Een ruimte die specifiek ingericht is voor gebruik met gesloten deur werd gedefinieerd als een afzonderingsruimte. Een ruimte die gebruikt wordt met afgesloten deur, maar hiervoor niet specifiek is ingericht, werd gedefinieerd als een separatieruimte.

Volgende aspecten van de infrastructuur werden gecontroleerd:

- risico op automutilatie/verhanging (bv. scherpe hoeken, bedrading die kan los gemaakt worden, materiaal dat onvoldoende vast is bevestigd) ;
- rookdetectie;
- een beloproepsysteem dat steeds bereikbaar is (ook voor gefixeerde patiënten indien mechanische fixatie wordt toegepast);
- de mogelijkheid tot visueel toezicht;
- een (aan de doelgroep aangepaste) klok (bv. een zandlopersysteem of een aflopend blokkensysteem);
- voldoende privacy;
- daglicht.

Vaststellingen

In totaal zijn er voor alle bezochte afdelingen samen 52 afzonderingsruimtes en 12 separatieruimtes. Sommige ruimtes worden door meerdere afdelingen gebruikt. Bij de controle van infrastructuur voor separatie werden de patiëntenkamers buiten beschouwing gelaten.

Afzonderingsruimtes werden niet bezocht wanneer er een patiënt verbleef of tijdens verbouwwerken. Van 48 (92.3%) van de 52 afzonderingsruimtes werd de inrichting gecontroleerd.

In onderstaande tabel worden de cijfers weergegeven over de infrastructuur van de gecontroleerde afzonderings- en separatieruimtes.

	Afzonderingsruimtes	Separatieruimtes
Totaal aantal	52	12
Aantal gecontroleerd	48	11
Aantal volledig in orde	18 (37.5%)	2 (18.2%)
Aantal in orde op vlak van		
Risico zelfverwonding	36 (75.0%)	5 (45.5%)
Rookdetectie	48 (100.0%)	11 (100.0%)
Visueel toezicht	48 (100.0%)	9 (81.8%)
Beloproep	35 (72.9%)	5 (45.5%)
Klok	33 (68.8%)	6 (54.5%)
Privacy	44 (91.7%)	4 (36.4%)
Daglicht	46 (95.8%)	10 (90.9%)

18 (37.5%) van de 48 gecontroleerde afzonderingskamers waren volledig in orde. Volgende vaststellingen werden gedaan.

- 36 (75.0%) van de 48 gecontroleerde afzonderingsruimtes werden als **veilig** beoordeeld voor **auto-mutilatie en verhangings**.
- Alle afzonderingsruimtes beschikken over **rookdetectie**.
- In alle afzonderingsruimtes kan **visueel toezicht** gehouden worden (via camera of door een raampje).
- 35 (72.9%) van de 48 afzonderingsruimtes beschikken over een **beloproepsysteem** dat **steeds bereikbaar** is voor de afgezonderde patiënten. In 6 (12.5%) afzonderingsruimtes was er geen beloproepsysteem, terwijl in 7 (14.6%) afzonderingsruimtes het beloproepsysteem niet bereikbaar was voor een gefixeerde patiënt.
- In 33 (68.8%) van de 48 afzonderingsruimtes was er een **tijdsaanduiding** die **afgestemd** was **op de doelgroep**. In 15 afzonderingsruimtes was er een probleem met de klok. Volgende problemen werden vastgesteld (sommige ruimtes kenden meerdere problemen, waardoor de som van de onderstaande cijfers hoger is dan 15).
 - in 1 ruimte was er geen klok;
 - in 8 ruimtes was de klok niet aangepast aan de patiëntendoelgroep (dit kwam voor op afdelingen waar kinderen verblijven die nog geen klok kunnen lezen omwille van de leeftijd of omwille van een mentale beperking, voor die doelgroep wordt verwacht dat men een aangepaste tijdsaanduiding voorziet);
 - in 2 ruimtes was de klok defect op de dag van de inspectie;
 - in 5 ruimtes bleek de klok niet zichtbaar. Dit probleem werd opgemerkt wanneer de klok niet zichtbaar was voor een gefixeerde patiënt, in het geval dat de klok niet zichtbaar was zonder extra verlichting, of omdat de klok zich in de gang bevond en niet zichtbaar was als de deur van het sas gesloten werd.
- In 44 (91.7%) van de 48 ruimtes was de **privacy** voldoende beschermd. Bij 4 afzonderingsruimtes was er inblik in de ruimte door voorbijgangers in de gang of van buitenaf.
- In 46 (95.8%) van de 48 afzonderingsruimtes was er **daglicht**.

Van 11 (91.7%) van de 12 **separatieruimtes** werd de inrichting gecontroleerd. 2 (18.2%) van de 11 gecontroleerde separatieruimtes waren volledig in orde. Volgende vaststellingen werden gedaan.

- 5 (45.5%) van de 11 gecontroleerde separatieruimtes werden als **veilig** beoordeeld voor **automutilatie en verhangning**.
- Alle separatieruimtes beschikken over **rookdetectie**.
- In 9 (81.8%) van de 11 separatieruimtes kan **visueel toezicht** gehouden worden (via camera of door een raampje).
- 5 (45.5%) van de 11 separatieruimtes beschikken over een **beloproepsysteem** dat **steeds bereikbaar** is voor de gesepareerde patiënten. In 5 separatieruimtes was er geen beloproepsysteem, terwijl in 1 separatieruimte het beloproepsysteem niet bereikbaar was voor een gefixeerde patiënt.
- In 6 (54.5%) van de 11 separatieruimtes was er een **tijdsaanduiding** die afgestemd was op de doelgroep. In 2 separatieruimtes was er geen klok, in 2 separatieruimtes was de klok niet aangepast aan de doelgroep en in 1 separatieruimte was de klok niet zichtbaar.
- In 4 (36.4%) van de 11 ruimtes was de **privacy** voldoende beschermd. Bij 7 separatieruimtes was er inijk in de separatieruimte door voorbijgangers in de gang of van buitenaf.
- In 10 (90.9%) van de 11 separatieruimtes was er **daglicht**.

30 (50.8%) van 59 afzonderings- en separatieruimtes zijn in orde voor alle vier de gecontroleerde criteria die belangrijk zijn voor de veiligheid van patiënten; rookdetectie, risico op automutilatie en verhangning, mogelijkheid tot visueel toezicht en beschikbaarheid van een beloproepsysteem dat steeds bereikbaar is.

Conclusies en reflecties

De benaming van de ruimtes op de verschillende afdelingen is niet eenduidig; de huidig gehanteerde **definitie** laat ook ruimte voor interpretatie.

Afzonderingsruimtes zijn gedefinieerd als ruimtes die specifiek zijn ingericht voor gebruik met gesloten deur. Separatieruimtes zijn ruimtes die gebruikt worden met gesloten deur, maar die hiervoor niet specifiek zijn ingericht. Afdelingen geven vaak een eigen invulling aan het begrip “specifiek ingericht”. De term afzonderingsruimte wordt op sommige afdelingen enkel gebruikt voor die ruimte waar tijdens afzondering mechanische fixatie kan worden toegepast. Voor beide soorten ruimtes zijn een veelheid aan termen in gebruik: afzonderingskamer, isolatiekamer, PAR (prikkelarme ruimte), iso, time-outruimte, rustkamer, ...

De **veiligheid** is niet gegarandeerd in de helft van de ruimtes waar wordt afgezonderd en gesepareerd. De veiligheid van de separatieruimtes scoort minder goed dan die van de afzonderingsruimtes.

Er zijn grote verschillen in de **inrichting van afzonderings- en separatieruimtes**; we zagen ruimtes met een vast geankerd bed en ruimtes met zachte wanden en een zitzak. In één ziekenhuis werden de afzonderingskamers recent heringericht en uitgerust met een touchscreen dat patiënten kunnen bedienen om muziek te luisteren, de verlichting aan te passen, intercom te gebruiken naar de medewerkers en te telefoneren naar familie of vrienden.

Op sommige afdelingen is de onveiligheid van de infrastructuur een beïnvloedende factor voor het toepassen van mechanische fixatie, m.a.w. mechanische fixatie wordt er gebruikt omdat de afzonderings- of separatieruimte niet voldoende veilig is.

Er blijven in de ziekenhuizen en bij medewerkers veel onduidelijkheden over de geldende eisen i.v.m. infrastructuur. Zo wordt gewag gemaakt van de veronderstelling dat een afzonderingskamer moet beschikken over een vast verankerd bed en komen er regelmatig vragen van ziekenhuizen over het aantal afzonderingskamers waarover ze wettelijk dienen te beschikken en over de locatie van deze ruimtes (mag men deze ruimtes centraliseren op een crisisafdeling?).

Een aantal afdelingen hebben een **variatie** aan ruimtes voor verschillende gradaties van vrijheidsbeperking, andere afdelingen gebruiken één en dezelfde ruimte met open en gesloten deur.

Heel wat ziekenhuizen hebben de voorbije jaren hun aantal afzonderingsruimtes bewust beperkt. Sommige ziekenhuizen hebben daarbij gekozen voor één centraal blok, waarbij ze aangeven dat de afstand een bijkomende remmende factor kan zijn in het gebruik van de afzonderingskamer. Sommige afdelingen hebben hun afzonderingsruimte de voorbije jaren afgeschaft en omgevormd tot een ruimte voor gebruik met open deur.

10.4 FIXATIE

Fixatie is elke handeling of gebruik van materiaal die de bewegingsvrijheid beperkt en niet gemakkelijk kan worden verwijderd door de patiënt.

- **Fysieke interventie:** direct lichamelijk contact dat de bewegingsvrijheid van een persoon beperkt, verhindert of belemmert met als doel de fysieke en/of psychische integriteit van de persoon zelf of andere personen te vrijwaren. Het gaat over een interventie waarbij de persoon door meerdere hulpverleners op een deskundige (veilige en humane) wijze vastgehouden wordt om de bewegingsvrijheid sterk of volledig te beperken. Het kan gaan over het immobiliseren van de persoon (tot de zelfcontrole herwonnen is) of over op een fysiek gecontroleerde wijze de persoon (zich te laten) verplaatsen (bv. om uit de leefruimte te verwijderen of om naar de afzonderingskamer te brengen). Andere termen die worden gebruikt: manuele interventie, holding.
- **Mechanische fixatie** is het aanwenden van mechanische hulpmiddelen, met uitzondering van ergonomische hulpmiddelen, bevestigd aan of in de directe omgeving van de patiënt die de bewegingsvrijheid van de patiënt beperken en die door de patiënt zelf niet kunnen worden opgeheven of verwijderd.
- **Medicamenteuze fixatie** (ook chemische fixatie genoemd) is het (acuut of chronisch) gebruik van neuroleptische, anxiolytische, sedatieve of hypnotische medicatie om het gedrag te controleren of te beheersen.

Rond het onderwerp medicatie en vrijheidsbeperking zijn verschillende begrippen gangbaar.

- **Dwangmedicatie** is het toedienen van medicatie zonder toestemming van de patiënt.
- **Medicamenteuze fixatie:** zie hierboven.
- **Crisismedicatie** is medicatie die toegediend wordt in een crisissituatie.

Er is weinig tot geen zicht op het gebruik van medicamenteuze fixatie bij kinderen en jongeren. Dit is een zeer complex onderwerp, om meerdere redenen. Op basis van de definitie over medicamenteuze fixatie kan van een welbepaald geneesmiddel enkel geoordeeld worden dat het om medicamenteuze fixatie gaat wanneer ook de doelstelling van de toediening gekend is. Aangezien alle neuroleptische, anxiolytische, sedatieve of hypnotische medicatie ook andere indicaties hebben dan gedragscontrole, is het quasi onmogelijk om de indicatie van de toediening op een eenduidige en objectieveerbare manier te beoordelen. Bovendien is de individuele medicamenteuze therapie onderdeel van het medisch handelen, terwijl Zorginspectie niet bevoegd is voor het toezicht op het medisch handelen.

Daarom werd het onderwerp medicamenteuze fixatie beperkt tot het bevragen van het gevoerde beleid en de eventuele procedure. Daarnaast werd in de dossiers van afzondering en separatie nagegaan of er als bijkomende maatregel crisismedicatie werd toegediend.

Achtergrond

NICE	1.4.29 Do not routinely use manual restraint for more than 10 minutes.
	1.4.30 Consider rapid tranquillisation or seclusion as alternatives to prolonged manual restraint (longer than 10 minutes)

	1.4.31 Ensure that the level of force applied during manual restraint is justifiable, appropriate, reasonable, proportionate to the situation and applied for the shortest time possible.
	1.7.11 If possible, allocate a staff member who is the same sex as the child or young person to carry out manual restraint.
	1.7.18 Do not use mechanical restraint in children.
	1.4.35 Use mechanical restraint only as a last resort and for the purpose of: - managing extreme violence directed at other people or - limiting self-injurious behaviour of extremely high frequency or intensity.
HGR	p. 23: De fixatie moet zo veel mogelijk worden vermeden en als ze onvermijdelijk is, moet ze zo kort mogelijk zijn.
	p. 24: Een combinatie van fixatie en afzondering is niet toegelaten. Patiënt beslist mee in ofwel de voorkeur voor fixatie ofwel voor afzondering.
CPT 2012	p. 17: Minors below 16 years of age should in principle never be subjected to means of restraint. The risks and consequences are indeed more serious taking into account the vulnerability of minors. In extreme cases where it is necessary to intervene physically to avoid harm to self or others, the only acceptable intervention is the use of physical restraint, that is, staff holding the minor until he or she calms down.
	p. 9: The CPT recommended that physical restraint should be tried before recourse is had to more drastic measures.
CPT 2017	6. Concurrent use of different types of restraint Sometimes seclusion, mechanical or physical restraint may be combined with chemical restraint. Such a practice may only be justified if it is likely to reduce the duration of the application of restraint or if it is deemed necessary to prevent serious harm to the patient or others.

Het Vlaams Patiëntenplatform vermeldde hierrond het volgende:

- Bovenop de (vermoedelijk) veelvuldige toepassing van dwangmaatregelen, is België één van de enige Westerse landen waar het toegestaan is om meerdere dwanginterventies tegelijk toe te passen (bv. afzondering en mechanische fixatie tegelijkertijd). In de meeste andere Westerse landen is slechts één dwangmaatregel tegelijk toegestaan.

Bovendien formuleerde het Vlaams Patiëntenplatform over dit onderwerp volgende aanbevelingen:

- Geef patiënten informatie over de medicatie die ze toegediend krijgen.
- Geef patiënten inspraak over de soort medicatie die ze toegediend krijgen.
- Weigeren van medicatie mag nooit standaard leiden tot isolatie en fixatie.
- Overweeg om psychoses soms te laten uitdoven i.p.v. ze abrupt te beëindigen met dwangmedicatie.
- Tracht dwangmedicatie te vermijden via goede communicatie.

Werkwijze

Beleidsdocumenten en de cijfers van 2015 m.b.t. fixatie werden in het kader van de inspectie opgevraagd en besproken.

Tijdens inspectie werd de procedure/visietekst voor fixatie opgevraagd. Bovendien werd aan medewerkers gevraagd of fysieke interventie (het immobiliseren van de persoon tot de zelfcontrole herwonnen is) gebruikt werd als alternatief voor afzondering of separatie. Fysieke overheersing tijdens een afzonderings- of separatiemaatregel werd hierbij niet beoordeeld als een beleid met toepassing van fysieke interventie.

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

- de definitie van fixatie (mechanische fixatie, fysieke interventie en medicamenteuze fixatie: indien toegepast);

- zo weinig mogelijk;
- zo kort mogelijk;
- indicaties en/of tegenindicaties;
- alternatieven;
- eindverantwoordelijke;
- wie mag uitvoeren;
- toezicht: frequentie en vorm;
- frequentie van evaluatie van de fixatiemaatregel;
- notities in het dossier;
- indien medicamenteuze fixatie wordt toegepast:
 - enkel met medisch order;
 - toediening enkel door arts of verpleegkundige.

Vervolgens werd nagegaan of de procedure conform is met volgende richtlijnen:

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

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

Er werd tijdens het bezoek aan de afdeling nagevraagd of men beschikt over een wikkeldeken. Een wikkeldeken wordt niet als een mechanisch fixatiemiddel beschouwd omdat dit door de patiënt zelf kan losgemaakt worden en zo kan beschouwd worden als een alternatief voor mechanische fixatie.

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

Vaststellingen

Cijfers en procedure

Op de afdelingen is het toegepaste beleid m.b.t. fixatie erg verscheiden.

In onderstaande tabel worden de cijfers weergegeven van het aantal afdelingen in functie van hun toepassingen van fixatie:

Mechanische fixatie	Medicamenteuze fixatie	Fysieke interventie	Aantal afdelingen
Ja	Ja	Ja	8
Ja	Ja	Nee	7
Ja	Nee	Ja	2
Ja	Nee	Nee	3
Nee	Ja	Ja	6
Nee	Ja	Nee	2
Nee	Nee	Ja	3
Nee	Nee	Nee	5

5 (13.9%) van de 36 afdelingen geven aan noch mechanische fixatie, noch medicamenteuze fixatie, noch fysieke interventie toe te passen. 8 (22.3%) afdelingen geven aan zowel mechanische fixatie, als medicamenteuze fixatie als fysieke interventie toe te passen.

Voor de 5 afdelingen die noch mechanische fixatie, noch medicamenteuze fixatie, noch fysieke interventie toe passen, werd de procedure voor fixatie als niet van toepassing beoordeeld.

Van de 31 resterende afdelingen die enige vorm van fixatie toepassen, hebben er 26 (83.9%) een **procedure over fixatie** opgemaakt. Het gaat hierbij niet om 26 verschillende procedures, want vaak hebben afdelingen op eenzelfde campus één en dezelfde procedure.

Van de 20 afdelingen die mechanische fixatie toepassen, is er 1 afdeling die geen procedure hierover heeft uitgeschreven. Dit is de afdeling die mechanische fixatie toepast, maar niet in combinatie met afzondering en/of separatie. Op 1 afdeling wordt geen mechanische fixatie meer toegepast, maar staat mechanische fixatie wel nog beschreven in de procedure.

Van de 23 afdelingen die medicamenteuze fixatie uitvoeren, hebben er 22 (95.7%) een procedure over fixatie.

Op 11 (42.3%) van de 26 afdelingen die enige vorm van fixatie toepassen en hierover een procedure hebben opgemaakt, bevat de procedure **alle gecontroleerde onderwerpen**.

Op de 15 (57.7%) overige afdelingen ontbreekt in de procedure één of meerdere onderwerpen.

- Op 11 (42.3%) van de 26 afdelingen die enige vorm van fixatie toepassen en hierover een procedure hebben opgemaakt, ontbreekt de **definitie van fixatie**.
- Op geen enkele van de 20 afdelingen met een procedure over mechanisch fixatie ontbreekt de doelstelling dat mechanische fixatie **zo weinig mogelijk** mag worden toegepast.
- Op 1 (5.0%) van de 20 afdelingen met een procedure over mechanisch fixatie ontbreekt dat de maatregel **zo kort mogelijk** dient te duren.
- Op geen enkele van de 20 afdelingen met een procedure over mechanisch fixatie ontbreken de **indicaties**.
- Op geen enkele van de 20 afdelingen met een procedure over mechanisch fixatie ontbreken de **alternatieve maatregelen**.
- Op geen enkele van de 20 afdelingen met een procedure over mechanisch fixatie ontbreekt wie van het team de **eindverantwoordelijkheid** draagt voor de maatregel.
- Op 1 (5.0%) van de 20 afdelingen met een procedure over mechanisch fixatie ontbreekt de omschrijving **wie** de maatregel **mag uitvoeren**.
- Op 3 (15.0%) van de 20 afdelingen met een procedure over mechanisch fixatie ontbreekt de omschrijving over het **verhoogd toezicht**.
- Op 8 (40.0%) van de 20 afdelingen met een procedure over mechanisch fixatie ontbreekt hoe de **evaluatie** van de maatregel moet gebeuren
- Op 3 (15.0%) van de 20 afdelingen met een procedure over mechanisch fixatie ontbreekt wat moet genoteerd worden in het **dossier/register**.
- Op 8 (36.4%) van de 22 afdelingen die medicamenteuze fixatie uitvoeren en hierover een procedure hebben opgemaakt, ontbreekt in de procedure de beschrijving van de noodzaak van een **medisch order**.
- Op 11 (50.0%) van de 22 afdelingen die medicamenteuze fixatie uitvoeren en hierover een procedure hebben opgemaakt, ontbreekt dat de **toediening** door een verpleegkundige of arts dient te gebeuren.

Op 8 (36.4%) van de 22 afdelingen die medicamenteuze fixatie uitvoeren en hierover een procedure hebben opgemaakt, ontbreekt zowel het aspect over het medisch order als wie de toediening mag uitvoeren. Op 11

(50.0%) van de 22 afdelingen die medicamenteuze fixatie uitvoeren en hierover een procedure hebben opgesteld, is de procedure volledig.

Het aantal ontbrekende items in de procedure varieert van 2 tot 8.

Naast de volledigheid van de procedure werd de inhoud van de **procedure** vergeleken met een aantal **richtlijnen**.

Op 6 (23.1%) van de 26 afdelingen die enige vorm van fixatie toepassen en hierover een procedure hebben opgesteld, was de procedure volledig **in lijn met de richtlijnen**.

Op de 20 afdelingen die mechanische fixatie toepassen en hierover een procedure hebben opgesteld, was geen enkele in lijn met één of meerdere van de gecontroleerde richtlijnen.

- Op alle 20 afdelingen wordt in de procedure de **combinatie van afzondering/separatie en mechanische fixatie** beschreven.
- Op 3 (42.9%) van de 7 afdelingen die zowel kinderen ouder als jonger dan 12 opnemen en mechanische fixatie toepassen, ontbreekt in de procedure de **leeftijdsgrens van 12 jaar** voor mechanische fixatie.
- Op 6 (30.0%) van de 20 afdelingen zijn in de procedure over mechanische fixatie de **indicaties** voor mechanische fixatie **niet beperkt tot acuut en ernstig gevaar**.
 - Op 3 (15.0%) van de 20 afdelingen wordt in de procedure bij de indicaties een **preventieve maatregel** omschreven bv. “verhoogd valrisico”, “kans op ernstige zelfverwonding”, “motorische onrust”,...
 - Op 3 afdelingen (15.0%) wordt **sanctie en/of overlast** als een indicatie omschreven in de procedure.
 - Op 2 (10.0%) van de 20 afdelingen wordt in de procedure de mogelijkheid voorzien om mechanische fixatie **op eigen vraag van de patiënt** uit te voeren.
 - Op 5 (25.0%) van de 20 afdelingen worden in de procedures nog andere indicaties opgesomd: “wils onbekwaam”, “therapeutisch”, “zorgen die enkel kunnen toegediend worden met mechanische fixatie”, “begeleiding zonder fixatie is te arbeidsintensief in verhouding tot de bezetting”.

In geen enkele procedure wordt mechanische fixatie als standaardmaatregel (mechanische fixatie als hulpmiddel in de standaardzorg) omschreven.

Mechanische fixatie in de praktijk

Van de 36 afdelingen geven 20 (55.6%) afdelingen aan mechanische fixatie uit te voeren. 16 (44.4%) van de 36 afdelingen passen nooit mechanische fixatie toe.

Van de 20 afdelingen die mechanische fixatie toepassen, zijn er 19 (95%) die mechanische fixatie enkel uitvoeren tijdens afzondering of separatie.

7 (35.0%) van de 20 afdelingen die patiënten jonger dan 12 jaar opnemen, laten mechanische fixatie toe bij patiënten jonger dan 12 jaar.

Bij de afdelingen met forensische K-bedden is het aandeel dat mechanische fixaties uitvoert hoger. 11 (91.7%) van de 12 afdelingen met forensische K-bedden passen mechanische fixatie toe. Alle 6 afdelingen (100%) met enkel forensische K-bedden passen mechanische fixatie toe.

Van de 20 afdelingen die aangeven mechanische fixatie toe te passen, beschikken er 18 over cijfers van 2015 (één afdeling was nog niet geopend in 2015, een andere afdeling registreerde geen cijfers over mechanische fixatie).

Voor de 18 afdelingen die over cijfers van 2015 beschikken, tellen we 265 mechanische fixaties bij 56 patiënten.

Incidenties mechanische fixatie

De incidentiecijfers zijn gebaseerd op het aangeleverde cijfermateriaal van de afdelingen, waarbij we de mogelijke beperkingen van dit cijfermateriaal mee in rekening moeten brengen.

De mate waarin mechanisch gefixeerd wordt, kunnen we uitdrukken d.m.v. de incidentie. Volgende definitie werd gehanteerd:

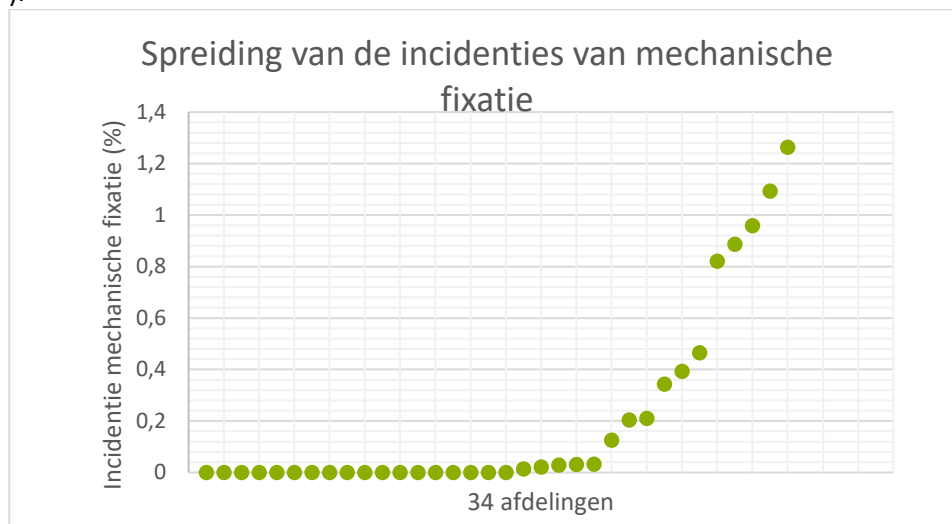
incidentie van mechanische fixatie in 2015 = aantal mechanische fixaties in 2015 / totaal aantal opnamedagen 2015

INCIDENTIE = aantal mechanische fixaties / 100 opnamedagen.

We beschikken voor 34 afdelingen over cijfers over mechanische fixatie in 2015; één afdeling was nog niet geopend in 2015 en een andere afdeling verzamelt geen cijfers over mechanische fixatie. In combinatie met het aantal opnamedagen voor 2015 kunnen we de incidenties voor mechanische fixatie berekenen.

De incidentie van mechanische fixatie was in 2015 voor deze afdelingen kinder- en jeugdpsychiatrie samen 0.17% (265 mechanische fixaties / 154.948 opnamedagen). Concreet betekent dit dat tijdens 1000 opnamedagen doorsnee 2 maatregelen tot mechanische fixatie worden genomen.

De incidentiecijfers variëren tussen de 34 afdelingen van 0 tot 1.3% (het gemiddelde = 0.2%, de mediaan = 0%).



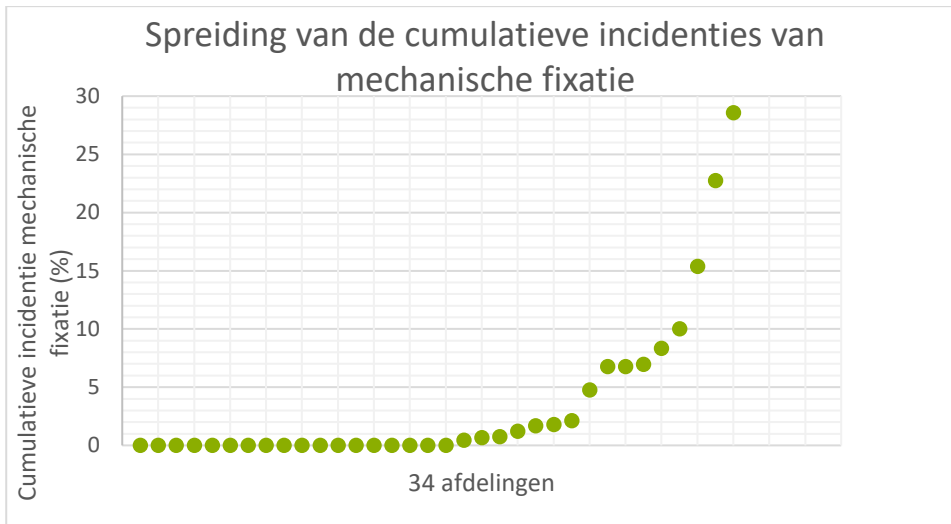
Het percentage patiënten dat mechanisch wordt gefixeerd, kunnen we uitdrukken d.m.v. de cumulatieve incidentie. Volgende definitie werd gehanteerd:

cumulatieve incidentie van de mechanisch gefixeerde patiënten 2015 = totaal aantal patiënten mechanisch gefixeerd in 2015 / totaal aantal patiënten opgenomen in 2015

CUMULATIEVE INCIDENTIE = % mechanisch gefixeerde patiënten.

De cumulatieve incidentie van mechanische fixatie was in 2015 voor deze afdelingen kinder- en jeugdpsychiatrie samen 1.2%. Concreet betekent dit dat in 2015 56 patiënten of 1.18% van de in totaal 4.734 opgenomen patiënten mechanisch werden gefixeerd.

De cumulatieve incidentiecijfers variëren tussen de 34 afdelingen van 0 tot 28,6% (het gemiddelde = 3.5%, de mediaan = 0%). Concreet betekent dit dat er in 2015 op een afdeling tussen 0 en 28.6% van de patiënten tijdens hun opname mechanisch werd gefixeerd.



In de dossiers over afzonderingen en separaties werd nagegaan of er als **bijkomende maatregel** mechanische fixatie werd toegepast.

In onderstaande tabel worden de cijfers weergegeven over mechanische fixatie in de verschillende gecontroleerde dossiers:

	Afzondering	Separatie	Afzondering of separatie	Totaal = afzondering + separatie
Aantal gecontroleerd	244	26	42	312
Met notities over mechanische fixatie	26 (10.7%)	1 (3.8%)	0	27 (8.7%)

In 27 (8.7%) van de 312 gecontroleerde dossiers werden notities gevonden waaruit blijkt dat er ook mechanische fixatie werd toegepast.

Terwijl er 20 afdelingen mechanische fixatie toepassen, zijn er 22 afdelingen die beschikken over **fixatiemateriaal**.

Alle 22 afdelingen beschikken over **polsbanden** en **enkelbanden**.

19 (86.3%) van de 22 afdelingen beschikken over een **lendengordel**. Daarnaast zijn er nog 3 afdelingen die over een borstgordel beschikken i.p.v. een lendengordel; 1 afdeling heeft naast de lendengordel ook een schoudergordel.

Van de 36 afdelingen beschikken er 18 (50.0%) over een **wikkeldeken**. 10 afdelingen hebben een wikkeldeken en passen geen mechanische fixatie toe. Van de 20 afdelingen die mechanische fixatie toepassen, beschikken er 8 (40.0%) over een wikkeldeken en 12 (60.0%) niet.

Op 13 van de 20 afdelingen die mechanische fixatie toepassen, werden **patiëntendossiers** gecontroleerd van patiënten waarbij mechanische fixatie werd toegepast. Op 5 afdelingen werden geen dossierchecks uitgevoerd omdat er geen mechanische fixatie werd toegepast tijdens de voorbije 12 maanden, terwijl op 2 afdelingen geen dossierchecks gebeurden omdat er geen of foutieve notities beschikbaar waren.

Er werden in totaal 39 patiëntendossiers gecontroleerd. 1 (2.6%) van de 39 gecontroleerde dossiers ging over een patiënt jonger dan 12 jaar.

Alle 39 dossiers bevatten notities over de tijdsduur van mechanische fixatie.

In 1 (2.6%) dossier was er geen informatie over de gebruikte fixatiemiddelen.

Medicatie in de praktijk

23 (63.9%) van de 36 afdelingen gaven in de bevraging aan medicamenteuze fixatie toe te passen.

In onderstaande tabel worden de cijfers weergegeven over toediening van crisismedicatie in de verschillende gecontroleerde dossiers:

	Afzondering	Separatie	Afzondering of separatie	Totaal = afzondering + separatie
Aantal gecontroleerd	244	26	42	312
Met crisismedicatie	48 (19.7%)	4 (15.4%)	5 (11.9)	57 (18.3%)

In 57 (18.3%) van de 312 gecontroleerde dossiers werden notities gevonden waaruit blijkt dat er crisismedicatie werd gebruikt tijdens afzondering of separatie.

Tijdens de interviews met patiënten werd de vraag gesteld wat het beleid is als patiënten medicatie niet willen nemen. Uit de antwoorden die patiënten gaven, bleken grote verschillen in de mate van dwang die gehanteerd wordt bij de toediening van medicatie.

Op 15 afdelingen volgt dan een gesprek met de arts en/of de begeleiding volgt waarin men probeert de patiënt te overtuigen. Op 9 afdelingen moet de patiënt zich naar zijn/haar kamer begeven. Op 6 afdelingen is medicatie innemen verplicht en gebeurt inname onder toezicht; op 5 afdelingen is medicatie innemen niet verplicht. Op 3 afdelingen leidt het niet innemen van medicatie tot slechte punten bij de evaluatie of heeft dit gevolgen via het beloningsstelsel (zoals bv. minder GSM-tijd of geen sigaretten). Op 2 afdelingen worden ouders verwittigd. Op 2 afdelingen worden patiënten naar de afzonderingskamer of de separatiekamer verwezen, op 1 afdeling gaan patiënten naar de time-outruimte. Op 1 afdeling wordt de medicatie intramusculair toegediend terwijl de patiënt zich in de afzonderingskamer bevindt.

Fysieke interventie of holding in de praktijk

Op 19 (52.8%) van de 36 afdelingen geven medewerkers aan dat ze fysieke interventie toepassen als één van de alternatieve maatregelen voor afzondering en/of separatie.

14 (70.0%) van de 20 afdelingen die patiënten jonger dan 12 jaar opnemen, passen fysieke interventie toe als één van de alternatieve maatregelen voor afzondering en/of separatie.

5 (31.3%) van de 16 afdelingen die enkel patiënten vanaf 12 jaar opnemen, passen fysieke interventie toe als één van de alternatieve maatregelen voor afzondering en/of separatie.

3 (25.0%) van de 12 afdelingen met forensische K-bedden passen fysieke interventie toe als één van de alternatieve maatregelen voor afzondering en/of separatie.

Conclusies en reflecties

Mechanische fixatie

Mechanische fixatie wordt nog te vaak toegepast in vergelijking met de richtlijnen.

- In een derde van de procedures zijn de indicaties voor mechanische fixatie niet beperkt tot acuut en ernstig gevaar, wat niet in lijn is met de richtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad, CPT en NICE.
- Op meer dan de helft van de bezochte afdelingen wordt de combinatie van afzondering/separatie en mechanische fixatie toegepast, wat niet in lijn is met de richtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad en CPT.
- Minder dan de helft van de afdelingen die kinderen jonger dan 12 jaar opnemen, laten mechanische fixatie toe bij deze jongere patiënten. Dit is in strijd met de richtlijnen van NICE; CPT legt de leeftijds-grens voor mechanische fixatie op 16 jaar.

In de huidig gehanteerde definitie van afzondering is de mogelijkheid van mechanische fixatie voorzien: '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.' Deze definitie is niet in lijn met de richtlijnen van de Hoge Gezondheidsraad en CPT die de combinatie van afzondering/separatie en mechanische fixatie verbieden.

De redenen voor mechanische fixatie situeren zich op twee vlakken: enerzijds de veiligheid van de patiënt, anderzijds de veiligheid van de medewerkers. Patiënten worden regelmatig mechanisch gefixeerd vanuit de bezorgdheid om de veiligheid van medewerkers. Het gebruik van een wikkeldeken als onderdeel van de afzonderingstechnieken zou hierop een antwoord kunnen bieden.

De cijfergegevens over mechanische fixatie die door afdelingen verzameld worden, bevatten zelden informatie over de duur en de reden van deze maatregel.

Medicatie

Er zijn veel interpretaties en discussies over de verschillende begrippen en definities (bv. dwangmedicatie, chemische fixatie, medicamenteuze of farmacologische fixatie, farmacologische sedatie, ...).

De helft van de procedures over medicamenteuze fixatie is onvoldoende uitgewerkt.

Er worden geen cijfergegevens verzameld over medicamenteuze fixatie en over dwangmedicatie.

In de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad wordt de Verklaring van Madrid, 1997 van de World Psychiatric Association geciteerd: "Er mag geen enkele behandeling worden gegeven tegen de wil van de patiënt, tenzij niet geven van deze behandeling het leven van de patiënt en/of zijn omgeving in gevaar kan brengen. De behandeling moet altijd in het belang van de patiënt zijn."

Het doel van een dwangbehandeling in een psychiatrische context is dus om in een dringende situatie de patiënt te kalmeren of zelfs te verdoven, het risico voor hemzelf of voor andere personen te verminderen en de onrust en de agressiviteit zo veel mogelijk te doen afnemen.⁷

Belangrijke elementen in dit kader:

- De patiënt moet lijden aan een psychiatrische aandoening.
- De toestand van de patiënt houdt een reëel risico in voor zijn eigen gezondheid en voor die van anderen.
- Er is geen enkel minder ingrijpend interventiemiddel om de gepaste zorg toe te dienen.
- Er wordt rekening gehouden met de mening van de betrokkene.
- De dwangbehandeling moet schriftelijk worden vastgelegd en moet ook met regelmatige tussenpozen opnieuw worden beoordeeld.⁸

Fysieke interventie

Fysieke interventie is een techniek die kan gebruikt worden tijdens de opstart van een afzonderings- of separatiemaatregel en als alternatief voor afzondering of separatie.

⁷ Advies van de Hoge GezondheidsRaad, Omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwanginterventies in de geestelijke gezondheidszorg, juni 2016

⁸ Advies van de Hoge GezondheidsRaad, Omgaan met conflict, conflictbeheersing en dwanginterventies in de geestelijke gezondheidszorg, juni 2016

De toepassing van fysieke interventie als alternatief voor afzondering of separatie verschilt sterk tussen afdelingen en naargelang hun doelgroep. De techniek wordt meer toegepast bij een jongere doelgroep en minder bij de forensische doelgroep.

De NICE-richtlijn beveelt een maximale duur van 10 minuten aan voor fysieke interventie en geeft verder aan dat fysieke interventie door een medewerker van hetzelfde geslacht zou moeten gebeuren.

11 VERBETERBELEID

11.1 VERZAMELEN VAN GEGEVENS

Achtergrond

NICE	<p>1.2.3 Have routine outcome monitoring, including quality of life and service user experience</p> <p>1.4.57 Advise the service user experience monitoring unit, or equivalent service user group, to start a formal external post-incident review.</p> <p>1.4.62 The service user experience monitoring unit or equivalent service user group should undertake a formal external post-incident review as soon as possible and no later than 72 hours after the incident.</p> <p>1.4.63 The service user experience monitoring unit or equivalent service user group should give a report to the ward that is based on the formal external post-incident review.</p>
Six Core strategies	<p>Strategy three: Workforce development:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Has the facility encourage staff to explore unit “rules” with an eye to analyzing these for logic and necessity? Most inpatient facilities have historical rules that are habits or patterns of behavior that are not congruent with a non-coercive, recovery facilitating environment, for instance rules such as putting people who self abuse in non lethal ways in restraint, or putting people who are intrusive only in restraint. - Has the facility addressed staff empowerment issues? For example do staff have input into rules and regulations? Does the facility allow staff to suspend “rules” within defined limits to avoid incidents? <p>Strategy five: Consumer roles in inpatient settings: Has the facility implemented consumer satisfaction surveys, discussed results with staff, and used results to direct revisions in service provision? In children’s programs satisfaction surveys would also be geared to families.</p>
Safewards	<p>Containment review: Introduce routine monitoring systems - as a tool for assessing levels of C&C and reflecting on variations within hospitals and improve reviews and local policy making. Some US interventions have publicised this type of info in an effort to encourage competition between wards to reduce containment use. Perhaps prescribed structured reviews or review documents to be completed at handover or at ward rounds - containment reviews, or avoidance planning, crisis management, crisis plans, safety review. Alternatively could be a hospital wide review committee. Link to debriefing (staff). External drive to hold it formally, and expose reasoning to view in the eyes of others, are both likely to be important elements. mandating within the ward - it probably already is but doesn't happen.</p> <p>Clear mutual expectations: Decide which the staff as a whole feel should be included, what should be added, and what should be changed and how. At this point staff should consider together whether some rules are trivial or unnecessary – perhaps such as limits on when hot drinks are available or how many patients can have, etc. Ask each other “who are we to say no?” hold a community meeting with the staff and patients, circulate the list of suggestions, and agree with the patients present what should be included in the commitments of staff and patients, as well as which are the most important.</p> <p>Discharge messages: On the day of their discharge, each patient is to be asked if they would write a card for display on a special public notice board on the ward. The card should say what they liked about the ward, the staff and what went on in the ward during their stay. It should also include what would be their most positive and helpful piece of advice for new patients.</p>

Werkwijze

In de bevraging vooraf werden de cijfergegevens opgevraagd over agressie-incidenten, afzonderingen, separaties en (mechanische) fixaties. Deze cijfers werden tijdens de inspecties besproken.

In de bevraging vooraf werd nagevraagd of de voorbije 5 jaar een evaluatie van de leefregels gebeurde en met wie. Tijdens de inspectie werd verslaggeving van deze evaluaties opgevraagd.

In de bevraging vooraf werd nagevraagd of er de voorbije 5 jaar evaluaties gebeurden van de ervaringen van patiënten, familie/naasten en van medewerkers. Daarnaast werd het percentage medewerkers opgevraagd dat in 2015 een functioneringsgesprek had gekregen. Tijdens de inspectie werd verslaggeving van deze evaluaties opgevraagd.

Er werd gevraagd of er interne audits gebeuren over de kwaliteit van de dossiers bij afzondering en/of separatie. De verslaggeving hierover werd opgevraagd.

Vaststellingen

27 (75.0%) van de 36 afdelingen beschikken over **cijfers** op afdelingsniveau **over agressie-incidenten**.

30 (88.2%) van de 34 afdelingen die afzondering en/of separatie toepassen beschikken over **cijfers** op afdelingsniveau **over afzonderingen en/of separaties**. Eén afdeling past separatie toe maar beschikt niet over cijfergegevens. Drie afdelingen hebben geen cijfers op afdelingsniveau en beschikken enkel over geaggregeerde cijfers op dienstniveau.

Zoals hoger vermeld (10.3.1) werden bij 15 (44.1%) van de 34 afdelingen die afzonderen en/of separeren registratieproblemen opgemerkt in de cijferverzameling:

- Er zijn 9 afdelingen die aan onderregistratie doen.
Er zijn 6 afdelingen waarvan de registratie onvolledig is, met andere woorden hier worden niet alle maatregelen meegeteld (bv. de separaties in patiëntenkamers ontbreken in de cijfergegevens).
Daarnaast zijn er 3 afdelingen die meerdere afzonderingen als één maatregel tellen wanneer er in het behandelplan één medisch order wordt gegeven voor meerdere onderbroken afzonderingsmaatregelen (bv. meerdere nachten na elkaar in afzondering of separatie en overdag in de leefgroep).
- Daarnaast zijn er 6 afdelingen waar een overregistratie werd vastgesteld. Op deze afdelingen is het verblijf in een time-outruimte met open deur meegeteld in de separatiecijfers.

19 (95.0%) van de 20 afdelingen die mechanische fixatie toepassen, hebben **cijfers over mechanische fixatie** op afdelingsniveau.

Op 28 (77.8%) van de 36 afdelingen kon aangetoond worden dat de **leefregels** de voorbije 5 jaar **geëvalueerd** werden **door medewerkers**.

Op 23 (63.9%) van de 34 afdelingen kon aangetoond worden dat de **leefregels** de voorbije 5 jaar **geëvalueerd** werden **door patiënten**. Op twee afdelingen werd dit als niet haalbaar beoordeeld door de kenmerken van de patiëntendoelgroep.

Op 5 (13.9%) van de 36 afdelingen kon aangetoond worden dat de **leefregels** de voorbije 5 jaar **geëvalueerd** werden **door familie/naasten**.

Op alle 36 (100.0%) afdelingen kon aangetoond worden dat er de voorbije 5 jaar een **meting** gebeurde van de **tevredenheid/ervaringen bij medewerkers**.

Het percentage medewerkers van de afdelingen dat in 2015 een functioneringsgesprek had, varieert tussen 20 en 100%.

Op 2 afdelingen was een tevredenheidsmeting bij patiënten niet mogelijk door de kenmerken van de doelgroep, omwille van een ernstige mentale handicap of de jonge leeftijd. Op 23 (67.6%) van de 34 andere afdelingen kon aangetoond worden dat er de voorbije 5 jaar een **evaluatie** gebeurde van de **ervaringen van patiënten**.

Op 17 (47.2%) van de 36 afdelingen kon aangetoond worden dat er de voorbije 5 jaar een **evaluatie** gebeurde van de **ervaringen van familie/naasten**.

Van de 34 afdelingen die afzonderen en/of separeren zijn er 11 (32.4%) die **interne audits** doen over de **kwali- teit van de dossiers** bij afzonderingen en/of separaties.

Conclusies en reflecties

Bij 40% van de afdelingen is de kwaliteit van het beschikbare cijfermateriaal over afzonderingen en separaties onvoldoende om het beleid te kunnen opvolgen en evalueren. Een goed registratiesysteem is onontbeerlijk voor veiligheids- en kwaliteitsmonitoring.

De evaluatie van leefregels door medewerkers gebeurt vaker dan de evaluatie door patiënten. Een minderheid van de afdelingen deed een evaluatie van leefregels door familie/naasten.

Alle afdelingen organiseerden een tevredenheidsmeting of meting van ervaringen bij medewerkers. Meer dan de helft van de afdelingen peilden naar ervaringen bij patiënten. Minder dan de helft van de afdelingen informeerde naar de ervaringen van familie/naasten.

11.2 ANALYSE VAN CIJFERMATERIAAL EN EVALUATIE VAN HET GEVOERDE BELEID

Achtergrond

NICE	<p>1.2.4 Health and social care provider organisations should collate, analyse and synthesise all data about violent events and the use of restrictive interventions, and involve service users in the process. The information should:</p> <ul style="list-style-type: none"> - be shared with the teams and services involved - be shared with the trust board or equivalent organisational governing body - be linked to the standards set in safeguarding procedures. <p>1.4.54 The trust board or equivalent governing body should ensure that it receives regular reports from each ward about violent incidents, the use of restrictive interventions, service users' experience of those interventions and the learning gained.</p> <p>1.4.56 Use the framework outlined in recommendation 1.2.7 to determine the factors that contributed to an incident that led to a restrictive intervention, identify any factors that can be addressed quickly to reduce the likelihood of a further incident and amend risk and care plans accordingly.</p> <p>1.7.25 Report all uses of seclusion to the trust board or equivalent governing body.</p>
Six Core Strategies	<p>Strategy one: Leadership toward organizational changes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - This first strategy is considered core to reducing the use of seclusion and restraint (S/R) through the consistent and continuous involvement of senior facility leadership (most specifically the CEO, CNO, and COO). <p>This intervention includes the elevation of oversight of every S/R event by senior management that includes the daily involvement of the CEO or COO in all S/R events (24/7) in order to investigate causality (antecedents), review and revise facility policy and procedures that</p>

	<p>may instigate conflicts, monitor and improve workforce development issues and involve administration with direct care staff in this important work.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Has the facility leadership developed an individualized facility-based S/R reduction action plan based on a performance improvement and prevention approach as the overall umbrella including the assignment of a S/R reduction or PI team; the creation of goals, objectives and action steps assigned to responsible individuals and noted due dates; and are there consistent reviews and revisions with senior executive oversight and review? - Has leadership reviewed and analyzed their S/R related data in an effort to discover critical details of events such as time of day, location, points of conflicts? Has leadership determined data driven hospital goals to reduce S/R? This objective is leaderships' commitment and intention to use and monitor real time data in the reduction efforts. - Use knowledge gained by event analysis to identify organizational problems, potential resolutions and ensure timely follow-up.
	<p>Strategy two: Use of data to inform practice: This core strategy suggests that successfully reducing the use of S/R requires the collection and use of data by facilities at the individual unit level. The facility/unit is encouraged to set improvement goals and comparatively monitor use and changes over time.</p>
	<p>Strategy six: Debriefing techniques: A formal debriefing that includes a rigorous analysis that occurs one to several days following the event and includes attendance by the involved staff, the treatment team including the attending physician, and a representative administration. It is recommended that this formal debriefing follow the steps in a root cause analysis (RCA) or a similar rigorous problem solving procedure to identify what went wrong, what knowledge was unknown or missed, what could have been done differently, and how to avoid in the future.</p>
CPT 2017	<p>1.7. Every psychiatric establishment should have a comprehensive, carefully developed policy on restraint. The involvement and support of both staff and management in elaborating the policy is essential. Such a policy should be aimed at preventing as far as possible the resort to means of restraint and should make clear which means of restraint may be used, under what circumstances they may be applied, the practical means of their application, the supervision required and the action to be taken once the measure is terminated.</p>
	<p>11.1. Experience has shown that detailed and accurate recording of instances of restraint can provide hospital management with an oversight of the extent of their occurrence and enable measures to be taken, where appropriate, to reduce their incidence.</p>
	<p>11.2. The frequency and duration of instances of restraint should be reported on a regular basis to a supervisory authority and/or a designated outside monitoring body (e.g. health-care inspectorate). This will facilitate a national or regional overview of existing restraint practices, with a view to implementing a strategy of limiting the frequency and duration of the use of means of restraint.</p>
HGR	<p>p. 10: registratiesystemen moeten verplicht worden en als basis dienen voor veiligheids- en kwaliteitsmonitoring</p>
	<p>p. 23: Alle bepalingen in verband met de afzondering (met of zonder fixatie) moeten het voorwerp zijn van een algemeen beleid van de betrokken instelling.</p>
Guidelines on child-friendly health care	<p>All interventions and systems have the potential to cause harm and/or adverse effects. Children are often at greater risk than adults due to their immaturity and less developed language and communication skills. Implementation will require the development of a coherent and comprehensive patient-safety policy framework, including a child-friendly reporting system for adverse events in order to learn from such incidents.</p>

Werkwijze

Tijdens het inspectiebezoek werd een voorbeeld opgevraagd van een incidentanalyse met verslaggeving van een ernstig agressie-incident. Hierbij werd nagegaan of er aandacht is voor verbeterpunten met oog op preventie in de toekomst.

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

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

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

- analyse van het beleid rond vrijheidsbeperkende maatregelen;
- cijfers rond agressie-incidenten;
- cijfers rond afzondering.

Vaststellingen

Op 21 (58.3%) van de 36 afdelingen kon men een **incidentanalyse** van een **ernstig agressie-incident** aantonen.

Er zijn 2 afdelingen die noch afzonderen, noch separeren, noch mechanisch fixeren. Voor deze afdelingen werd een analyserapport als niet van toepassing beoordeeld. Van de 34 afdelingen waar afzondering en/of separatie en/of mechanische fixatie wordt toegepast, zijn er 27 (79.4%) die een **analyserapport** konden aantonen.

In de analyserapporten werd nagegaan waarover cijfers werden verzameld en geanalyseerd. Alle 27 analyserapporten bevatten cijfers over het aantal afzonderingen en/of separaties en het aantal afgezonderde of gesepareerde patiënten. In 19 (70.4%) van de 27 analyserapporten zijn ook gegevens voorhanden over de reden en de duur van de maatregelen. In 4 analyserapporten ontbreekt informatie over zowel de reden als de duur van de afzonderingen/separaties. In 4 analyserapporten ontbreekt enkel informatie over de duur van de afzonderingen/separaties.

19 (55.9%) van de 34 afdelingen die afzonderen en/of separeren beschikken over een analyserapport dat naast het aantal afgezonderde of gesepareerde patiënten ook gegevens bevat over de reden en de duur van de maatregelen.

In 21 (77.8%) van de 27 analyserapporten (of op 61.8% van de afdelingen die afzonderen en/of separeren) beschrijft men **contextfactoren** van de afzondering en/of separatie of mechanische fixatie. Het aantal contextfactoren varieerde tussen 1 en 8.

Volgende contextfactoren werden teruggevonden: aantal dagen opgenomen, tijdstip van de dag, al of niet gedwongen opname, noodzaak tot oproepen van extra hulp, contact met de arts, toediening van medicatie, soort toegediende medicatie, leeftijd, geslacht, dag van de week, maand van het jaar, preventieve acties voordien genomen, politiebijstand, ernst van het incident, contactmogelijkheden met de patiënt, teamconsensus over de maatregel, bijkomende analyse van de reden, al of niet meer dan 7 dagen afzondering.

In 22 (81.5%) van de 27 analyserapporten worden **trends** over meerdere jaren weergegeven; het aantal jaren varieert tussen 2 en 14 jaar.

12 (44.4%) van de 27 analyserapporten bevatten zowel cijfers over het aantal afzonderingen en/of separaties, als over het aantal afgezonderde of gesepareerde patiënten, als gegevens over de duur en de reden, als contextfactoren en trends.

12 (35.3%) van de 34 afdelingen die afzonderen en/of separeren beschikken over een analyserapport dat naast het aantal afzonderingen en/of separaties en het aantal afgezonderde of gesepareerde patiënten, ook

gegevens bevat over de reden en de duur van de maatregelen, de contextfactoren en trends over meerdere jaren.

In onderstaande tabel worden de cijfers weergegeven over de bespreking van de verschillende cijfers op de drie beleidsniveaus:

	Aantal afdelingen met bespreking van de cijfers op afdelingsniveau / aantal afdelingen waar van toepassing (%)	Aantal afdelingen met bespreking van de cijfers op directieniveau / aantal afdelingen waar van toepassing (%)	Aantal afdelingen met bespreking van de cijfers op bestuursniveau / aantal afdelingen waar van toepassing (%)
Cijfers over agressie-incidenten	13/36 (36.1%)	16/36 (44.4%)	8/36 (22.2%)
Cijfers over afzondering en/of separatie	22/34 (64.7%)	22/34 (64.7%)	14/34 (41.2%)
Cijfers over mechanische fixatie	14/20 (70.0%)	13/20 (65.0%)	11/20 (55.0%)

Op 13 (36.1%) van de 36 afdelingen kon worden aangetoond dat de cijfers over agressie-incidenten besproken werden op afdelingsniveau.

Op 22 (64.7%) van de 34 afdelingen die afzondering en/of separatie toepassen, kon worden aangetoond dat de cijfers over afzondering en/of separatie besproken werden op afdelingsniveau.

Op 14 (70.0%) van de 20 afdelingen die mechanische fixatie toepassen, kon worden aangetoond dat de cijfers over mechanische fixatie besproken werden op afdelingsniveau.

Op 16 (44.4%) van de 36 afdelingen kon worden aangetoond dat de cijfers over agressie-incidenten besproken werden op directieniveau.

Op 22 (64.7%) van de 34 afdelingen die afzondering en/of separatie toepassen, kon worden aangetoond dat de cijfers over afzondering en/of separatie besproken werden op directieniveau.

Op 13 (65.0%) van de 20 afdelingen die mechanische fixatie toepassen, kon worden aangetoond dat de cijfers over mechanische fixatie besproken werden op directieniveau.

Op 8 (22.2%) van de 36 afdelingen kon worden aangetoond dat de cijfers over agressie-incidenten besproken werden op bestuursniveau.

Op 14 (41.2%) van de 34 afdelingen die afzondering en/of separatie toepassen, kon worden aangetoond dat de cijfers over afzondering en/of separatie besproken werden op bestuursniveau.

Op 11 (55.0%) van de 20 afdelingen die mechanische fixatie toepassen, kon worden aangetoond dat de cijfers over mechanische fixatie besproken werden op bestuursniveau.

Conclusies en reflecties

Nog niet alle afdelingen gebruiken de methodiek van incidentanalyses om hun beleid te evalueren.

80% van de afdelingen die afzonderen en/of separeren hebben een analyserapport opgemaakt op basis van het beschikbare cijfermateriaal; evenveel afdelingen volgen hun cijfers reeds meerdere jaren op. De helft van de afdelingen die afzonderen en/of separeren heeft een analyserapport dat niet enkel de frequentie van de maatregelen beschrijft, maar ook cijfers bevat over de redenen en de duur van de maatregelen.

Om analyses te kunnen uitvoeren die risicofactoren en risicomomenten beschrijven, moet men beschikken over gegevens die de context van de maatregelen beschrijven. 40% van de afdelingen die afzonderen en/of separeren, beschikken niet over cijfermateriaal dat hen toelaat om inhoudelijke analyses te maken. De beschikbare cijfers over agressie-incidenten worden minder frequent besproken op de verschillende beleidsniveaus dan de cijfers over de vrijheidsberovende maatregelen afzondering, separatie en mechanische fixatie. Het bespreken van cijfergegevens op afdelings- en directieniveau gebeurt vaker dan de bespreking ervan op niveau van Raad van Bestuur.

Het is volgens de richtlijnen nochtans belangrijk dat alle beleidsniveaus, ook het bestuursniveau, voldoende engagement tonen in een beleid dat leidt tot vermindering van vrijheidsbeperkende maatregelen. De registratie en monitoring van cijfergegevens is als alleenstaand initiatief onvoldoende om het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen te verminderen, maar het kan in combinatie met andere initiatieven, bv. op het vlak van preventief beleid, feedback geven over de resultaten van de aanpassingen in het beleid.

12 CONCLUSIES

Zorg- en hulpverlening wil maximaal inzetten op het ondersteunen en begeleiden van patiënten naar herstel. Zeker in een residentiële context zijn ook regels en afspraken nodig. Die afspraken en regels brengen - soms ernstige - beperkingen van de individuele vrijheden met zich mee.

Vrijheidsbeperkende maatregelen gaan van afdelingsafspraken rond gezamenlijke maaltijden over beperkingen in contact met de buitenwereld tot vrijheidsberoving als uitzonderlijke noodmaatregel. Vrijheidsberoving houdt in dat de patiënt de vrijheid wordt ontnomen om te bewegen, door hem onder te brengen in een ruimte waarvan de deur wordt afgesloten (= afzonderings- of separatuieruimte) of door het gebruik van fixatie(materiaal). Vanuit internationaal oogpunt is het de doelstelling om vrijheidsberovende maatregelen zo min mogelijk en zo kort mogelijk te hanteren.

We gaan er van uit dat enkel een multifactoriële/multimethodische aanpak het aantal vrijheidsberovende maatregelen kan terugdringen.

Tegelijkertijd hebben we voor ogen dat het dalen van de cijfers op zich geen doel is; het doel is om vrijheidsberovende maatregelen als uitzonderlijke maatregel te beschouwen. Het kan niet de bedoeling zijn om moeilijke jongeren te gaan weren die een groter risico op afzonderingen vertonen.

We gaan er ook van uit dat het aantal vrijheidsberovende maatregelen (op korte termijn) niet tot nul kan zakken. Vrijheidsberoving mag enkel als laatste noodmaatregel toegepast worden: alleen bij acuut en ernstig gevaar voor de patiënt of voor anderen en als er geen alternatieven overblijven. In sommige uitzonderlijke gevallen zal afzondering en separatie nog worden toegepast. Bovendien moet vrijheidsberoving altijd in een beveiligde omgeving en onder strikt toezicht gebeuren: in een veilig ingerichte ruimte met minstens om het half uur visueel toezicht en minstens om het uur persoonlijk contact.

Op het vlak van **preventief beleid** werden reeds heel wat initiatieven genomen die een beperking van het aantal vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen ondersteunen. Daarnaast is er nog heel wat verbetering op tal van aspecten die een preventief beleid kunnen ondersteunen of vorm geven.

- Niet op alle afdelingen maakt men gebruik van **signaleringsplannen**: de graad van implementatie was erg divers en op de bezochte afdelingen leven verschillende visies over het gebruik van signaleringsplannen.
- Niet op alle afdelingen beschikt men over voldoende mogelijkheden om een preventief beleid van de-escalatie **infrastructureel** te ondersteunen. Sommige afdelingen kampen met structurele beperkingen, andere afdelingen beschikken wel over de infrastructuur, maar maken hier nog niet ten volle gebruik van, bv. vanuit veiligheidsbepinningen.
- Er werden grote verschillen vastgesteld in de **nachtelijke bestaffing** van de verschillende afdelingen. Vanuit de sector komt de vraag naar een financiering van bestaffing in functie van zorgzwaarte en risico-profiel van patiëntenpopulaties.
- **Psychologische opvang van medewerkers na incidenten** kreeg de voorbije jaren in alle ziekenhuizen aandacht.
- Op de grote meerderheid van de afdelingen gebeurt **debriefing** steeds met de patiënt zelf, met medepatiënten en met het team.
- Terwijl **therapie sessies agressieregulatie** en zelfcontrole voor patiënten op het merendeel van de afdelingen georganiseerd worden, is het aanbod van **psycho-educatie** voor ouders over omgaan met moeilijk gedrag minder aanwezig.

- Dagelijks **bezoek** is op een kwart van de afdelingen mogelijk, terwijl dagelijks **contact** via telefoon of sociale media op de meerderheid van de afdelingen mogelijk is.
- De meerderheid van de afdelingen beschikt over **schriftelijke informatie** over vrijheidsbeperkende leefregels die van toepassing zijn en over afzonderingen en/of separaties.
- Terwijl de grote meerderheid van de bevroagde patiënten aangaf op de hoogte te zijn van zijn of haar **behandelplan**, was slechts de helft van de bevroagde patiënten aanwezig op een multidisciplinaire bespreking van het behandelplan. De helft van de bevroagde patiënten gaf aan dat hun ouders aanwezig waren op een multidisciplinaire bespreking van het behandelplan.
- Tijdens deze inspectieronde bleek dat driekwart van de afdelingen **patiënten** op één of meerdere manieren **beleidsmatig betrekken** op afdelingsniveau.

Wanneer we inzoomen op **het beleid en de praktijk van vrijheidsbeperkende maatregelen** op afdelingen, bekeken we enerzijds de vrijheidsberoving, zoals afzondering, separatie en mechanische fixatie; anderzijds keken we ook naar de meer impliciete vrijheidsbeperingen die eigen zijn aan afdelingsregels.

- Er werden grote **verschillen** opgemerkt tussen de mate van dwang die gehanteerd wordt in het dagelijkse leven op afdelingen. Sommige patiënten vinden dat er te veel afspraken zijn, op andere afdelingen geven patiënten aan dat er veel vrijheid is in de regels. Vrijheidsberoving is op sommige afdelingen niet enkel een noodmaatregel maar is soms ook een standaardmaatregel in vooraf omschreven omstandigheden, zoals systematische opsluiting tijdens sommige momenten overdag of gedurende de volledige nacht. De verschillen, bv. in afdelingsregels, bestaan evenzeer tussen afdelingen met eenzelfde patiëntendoelgroep, zoals de forensische afdelingen.
- Er zijn tijdens de inspectieronde meerdere knelpunten opgedoken over de **definities** over afzondering en separatie. Verder zijn er tegenstrijdige visies op het begrip vrijheidsberoving. De verschillende benamingen van afzonderings- en separatieruimtes laat ook ruimte voor interpretatie. Mede door het gebrek aan eenduidige definities zijn de cijfergegevens van afdelingen niet vergelijkbaar.
- In driekwart van de **procedures** blijkt dat afzondering en separatie niet enkel bij acuut en ernstig gevaar wordt toegepast. In een derde van de procedures zijn de indicaties voor mechanische fixatie niet beperkt tot acuut en ernstig gevaar. De helft van de procedures over medicamenteuze fixatie is onvoldoende uitgewerkt.
- De doelstelling om afzondering en separatie **zo min mogelijk en zo kort mogelijk** toe te passen, wordt in de praktijk nog onvoldoende gehaald. Ook wat dit aspect betreft zijn er grote verschillen tussen afdelingen vastgesteld. Uit de controles van de patiëntendossiers blijkt dat nog te vaak wordt afgezonderd en gesepareerd om andere redenen dan acuut en ernstig gevaar. Verder blijkt dat de beslissing tot afzondering of separatie vaak door medewerkers genomen wordt en dat de arts niet (van bij het begin) betrokken is. De veiligheid tijdens afzondering / separatie is onvoldoende gegarandeerd vermits het **toezicht** niet sluitend gebeurt: zowel visueel toezicht als persoonlijk contact en contact met de arts gebeuren niet overal systematisch. Er zijn verder niet op alle afdelingen voldoende garanties dat er zo kort mogelijk wordt afgezonderd en gesepareerd. Wanneer het toezicht door persoonlijk contact en contact met de arts onvoldoende frequent gebeurt, kan er niet gegarandeerd worden dat de maatregel zo snel mogelijk wordt beëindigd.
- Uit de controles bleek dat niet steeds voldoende notities gevonden worden in het patiëntendossier, bv. over de indicatie voor afzondering of separatie. Garanties over goede zorg zijn enkel mogelijk op basis van gedetailleerde **dossiernotities** over alle aspecten van de vrijheidsberovende maatregel, ook het uitgevoerde toezicht.

- De toepassing van **fysieke interventie** als alternatief voor afzondering of separatie verschilt sterk tussen afdelingen en naargelang hun doelgroep. De techniek wordt meer toegepast bij een jongere doelgroep en minder bij de forensische doelgroep.
- De praktijk van afzonderen, separeren en fixeren voldoet niet aan een aantal doelstellingen uit (inter)nationale **richtlijnen**.
 - Op meer dan de helft van de bezochte afdelingen wordt de **combinatie van afzondering/separatie en mechanische fixatie** toegepast. Mechanische fixatie wordt als mogelijke extra maatregel omschreven in de definitie van afzondering, terwijl dit niet in overeenstemming is met de richtlijnen die deze combinatie verbieden.
 - De praktijk voldoet niet aan de richtlijnen die stellen dat **afzondering en separatie onder 12 jaar niet is toegelaten**. 90% van de afdelingen die patiënten jonger dan 12 jaar opnemen, laten afzondering en/of separatie toe bij deze jongere patiënten.
 - Minder dan de helft van de afdelingen die kinderen **jonger dan 12 jaar** opnemen, laten **mechanische fixatie** toe bij deze jongere patiënten.
- Op het vlak van **infrastructuur** bestaan er grote verschillen tussen afdelingen. Een aantal afdelingen hebben een variatie aan ruimtes voor verschillende gradaties van vrijheidsbeperking, andere afdelingen gebruiken één en dezelfde ruimte met open en gesloten deur. Er zijn grote verschillen in de inrichting van afzonderings- en separatieruimtes; de veiligheid is niet in alle ruimtes gegarandeerd. Op sommige afdelingen is de onveiligheid van de infrastructuur een beïnvloedende factor voor het toepassen van mechanische fixatie. Patiëntenkamers, die op sommige afdelingen soms ook gebruikt worden voor separatie, voldoen niet aan de veiligheidsverwachtingen van ruimtes voor afzondering en separatie.

We bekeken meerdere onderwerpen van **het verbeterbeleid** dat afdelingen en organisaties voeren.

- Niet alle afdelingen hebben voldoende **cijfergegevens** om hun beleid te kunnen evalueren. Door een gebrek aan afspraken over wat en hoe geteld moet worden, geven de cijfergegevens die ziekenhuizen verzamelen over het aantal en de duur van diverse vrijheidsberovende maatregelen geen correct beeld van de praktijk.
 - Door registratieproblemen is de kwaliteit van het beschikbare cijfermateriaal over afzonderingen en separaties van 40% van de afdelingen onvoldoende om het beleid te kunnen opvolgen en evalueren.
 - De cijfergegevens over mechanische fixatie die door afdelingen verzameld worden, bevatten zelden informatie over de duur en de reden van deze maatregel.
 - Er worden geen cijfergegevens verzameld over medicamenteuze fixatie en over dwangmedicatie.
- 80% van de afdelingen die afzonderen en/of separeren hebben een analyserapport opgemaakt, op basis van het beschikbare cijfermateriaal.

Het bespreken van cijfergegevens over de vrijheidsberovende maatregelen afzondering, separatie en mechanische fixatie op afdelings- en directieniveau gebeurt vaker dan de bespreking ervan op niveau van Raad van Bestuur.
- De **evaluatie van leefregels** gebeurt vaker door medewerkers dan door patiënten. Een minderheid van de afdelingen deed een evaluatie van leefregels door familie/naasten.
- Alle afdelingen organiseerden een **tevredenheidsmeting of meting van ervaringen** bij medewerkers. Meer dan de helft van de afdelingen peilde naar ervaringen bij patiënten, minder dan de helft van de afdelingen informeerde naar de ervaringen van familie/naasten.
- Nog niet alle afdelingen gebruiken de methodiek van **incidentanalyses** om hun beleid te evalueren.

13 AANBEVELINGEN

Om het uitgangspunt “**zo min mogelijk, zo kort mogelijk en altijd in veilige omstandigheden**” te kunnen waarmaken, is eensgezindheid nodig onder alle stakeholders over dit te bereiken doel.

Om dit te bereiken, menen we vanuit Zorginspectie dat alle belanghebbenden volgende doelstellingen dienen te onderschrijven:

- Afdelingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie voeren een geïntegreerd **preventief beleid** van agressiepreventie en de-escalatie.
- **Patiënten** hebben een centrale plaats in de zorg: “Nothing about the patient without the patient”. Het kind of de jongere krijgt meer regie bij de volledige behandeling, dus ook bij het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Context en steunfiguren worden actief betrokken.
- **Rechtsregels en kwaliteitseisen** over dwang en vrijheidsbeperkende maatregelen zijn duidelijk. Een noodzakelijke voorwaarde hierbij is het hanteren van heldere en eenduidige definities en het verzamelen van correcte en vergelijkbare cijfers.
- De **rechten van minderjarigen** zoals ze geformuleerd zijn in het decreet betreffende de rechtspositie van de minderjarige in de integrale jeugdhulp, worden gegarandeerd tijdens een opname in kinderpsychiatrie.
- Vrijheidsberoving kan **enkel bij acuut en ernstig gevaar en als laatste redmiddel**, als andere maatregelen niks uithalen. Een vrijheidsberovende maatregel gebeurt zo min mogelijk en zo kort mogelijk en in verhouding met het gevaar.
- Vrijheidsberovende maatregelen moeten steeds in **veilige omstandigheden** gebeuren: in een veilig ingerichte ruimte met minstens om het half uur visueel toezicht en minstens om het uur persoonlijk contact.
- Er wordt **geen combinatie** toegepast van afzondering / separatie met mechanische fixatie.
- Afdelingen zijn **transparant** over hun visie op vrijheidsbeperking, hun preventieve aanpak, de resultaten op het vlak van vrijheidsbeperking, het daaromtrent gevoerde kwaliteitsbeleid; ten aanzien van patiënten en hun familie/naasten, de voorzieningen en sectoren waarmee ze samenwerken, de overheid, ...
- Vrijheidsbeperkende maatregelen krijgen aandacht op **alle beleidsniveaus**, zowel binnen de zorgorganisaties als binnen de overheid.