



Inspectieverslag

PZ Sint-Franciscus

Velzeke – Zottegem

Erkenning nieuwbouw

Inhoud

1	Inleiding	3
1.1	Toepassingsgebieden.....	3
1.2	Inspectieproces.....	3
1.3	Inspecteur	4
2	Situering van de instelling	5
3	Vaststellingen.....	6
3.1	Situering.....	6
3.2	Beleid en strategie	6
3.3	Medewerkers	7
3.4	Middelen	9
3.5	Processen	11

1 Inleiding

In het inspectieverslag worden na de situering, de resultaten van de inspectie van de nieuwbouw en het gerenoveerde dagcentrum weergegeven.

Er wordt een periode van 14 kalenderdagen voorzien om opmerkingen en bedenkingen bij de bevindingen in het rapport d.m.v. een gemotiveerde reactienota te formuleren.

1.1 Toepassingsgebieden

Kwaliteit van zorg

- Toetsing van de federale erkenningsnormen;
- Evaluatie van het kwaliteitsbeleid i.f.v. het kwaliteitsdecreet.

1.2 Inspectieproces

PZ Sint Franciscus is erkend voor 163 bedden, waarvan:

- 30 A bedden (d en n)
- 60 T bedden (d en n)
- 43 t plaatsen (d)
- 5 t bedden (n)
- 25 Sp bedden psychogeriatric

De meest recente audit dateert van oktober 2008.

Op 4 juni 2012 deed het ziekenhuis een aanvraag tot voorlopige erkenning, na de verhuis naar de nieuwbouw. Op 26 februari 2013 werd de voorlopige erkenning toegekend voor de bedden in de nieuwbouw.

Het inspectiebezoek gebeurde, onaangekondigd, op 22 april 2013 van 09u00 tot 16u30.

Tijdens de inspectie werden documenten opgevraagd. Volgende documenten werden ter plaatse ontvangen:

- Visietekst per afdeling (in opmaak)
- Personeelsoverzichten van de afdeling Sp psychogeriatric
- Brandweerverslag
- Procedure time out of separatie
- Procedure fixatie
- Procedure afzondering
- Registratiecijfers over afzondering.
- Weekschema's therapie
- Suïcidepreventie-protocol, checklist suïcidepreventieplan en het Non suïcidecontract

De vaststellingen in het auditverslag zijn gebaseerd op informatie uit de geraadpleegde documenten, op informatie verkregen tijdens de interviews, observaties tijdens de rondgang van de afdelingen en steekproeven (van bv. patiëntendossiers, afzonderingsregister).

Er werd tijdens de inspectie gesproken met:

- De algemeen directeur
- De hoofdgeneesheer
- De verpleegkundig en paramedisch directeur
- De stafmedewerker patiëntenzorg
- De (hoofd)verpleegkundigen en psycholoog / therapeuten van verschillende afdelingen en het dagcentrum.

Alle afdelingen werden bezocht. Het patiëntendossier en de afzonderingsfiches werden op de verschillende afdelingen beoordeeld. Er werden in totaal 8 patiëntendossiers en 53 afzonderingsfiches ingekeken.

1.3 Inspecteur

Tania Vandommele

Inspecteur Zorginspectie

2 Situering van de instelling

Naam:	PZ Sint Franciscus Velzeke
Adres:	Penitentenlaan 9
Gemeente:	9620 Velzeke - Zottegem
Telefoon:	09 364 46 47
Fax:	09 364 46 50
Erkenningsnummer:	911
E-mail:	Info@pzsfsz.be
Website :	http://www.sint-franciscus.be

Inrichtende macht

Psychiatrisch Ziekenhuis Sint-Franciscus V.Z.W.

Directiecomité

Dhr. Himpe John	Algemeen directeur
Dr. Eeckhout Chris	Hoofdgeneesheer
Mevr. Oosterlinck Ann	Verpleegkundig en paramedisch directeur

3 Vaststellingen

3.1 Situering

De nieuwbouw met twee blokken werd sinds 2012 in gebruik genomen en omvat 120 residentiële bedden, verdeeld over volgende afdelingen:

BLOK A:

- Verslavingszorg (afdeling ontwenning en oriëntatietraining)
- Sp psychogeriatric

BLOK B:

- AZAS (afdeling acute zorg en angst- en stemmingsstoornissen)
- WORE (afdeling woonactivatie en rehabilitatie)
- Psychosezorg

De afdeling AZAS is een afdeling met een open en een gesloten gedeelte. Het gesloten gedeelte is de opnamedienst of “acute zorg” en telt 1 leefgroep van maximaal 7 patiënten. Het open gedeelte omvat 2 leefgroepen binnen de werking “angst- en stemmingsstoornissen”.

Het gerenoveerde dagcentrum is aan de overkant van de straat gevestigd.

3.2 Beleid en strategie

- Zorgprogramma's of afdelingen worden aangestuurd door een kernteam, bestaande uit het afdelingshoofd, de psychiater en de psycholoog. Het kernteam overlegt viermaal per jaar met de directie om het beleid te bespreken.
- Er zijn beknopte visieteksten per afdeling te vinden op de website van het ziekenhuis. Uitgebreide en wetenschappelijk onderbouwde visieteksten en richtlijnen zijn in opmaak.
- Er is geen algemeen, medisch, verpleegkundig of paramedisch jaarverslag op ziekenhuisniveau. Ook op afdelingsniveau worden geen jaarverslagen opgemaakt. **(TK)**
- Sommige patiënten verblijven meerdere jaren in het ziekenhuis bij gebrek aan doorverwijsmogelijkheden. Soms maakt men gebruik van een korte opname in een ander ziekenhuis als time-out. Sinds de vorige inspectie zijn de exclusiecriteria verscherpt en worden ze strikter toegepast wanneer nieuwe patiënten zich aanbieden. Er zijn nog geen formele afspraken met verwijzers over terugverwijzen na opnames. **(TK)** Er gaat geen gestructureerd, niet patiëntgebonden overleg door met andere instellingen waarmee samenwerking mogelijk is en waarnaar wordt doorverwezen (bv. PVT). **(TK)** Het ziekenhuis heeft een beperkte poliklinische activiteit met mogelijkheid tot follow up door twee van de vier psychiaters.
- Er is geen protocol m.b.t. E.C.T., uit te voeren in een ander ziekenhuis. Het ziekenhuis dient hierover een procedure te ontwikkelen. Deze opmerking werd reeds geformuleerd in

het vorige auditverslag¹ in 2008. Intussen was er overleg met het UZ Gent opgestart maar dit is weer afgebroken omdat er geen ECT meer doorgaat. Met de instellingen waar momenteel naar verwezen wordt, is er geen structureel overleg hierover. **(TK)**

- Het suïcideprotocol met stroomdiagram dateert van 31 juli 2008. Er is geen evaluatiedatum op het document voorzien.
Suïciderisico wordt ingeschat door de psycholoog, toegewezen verpleegkundige of de arts en gebeurt aan de hand van een gevalideerd meetinstrument (Beck Depression Inventory, Beck Suïcide Intent Scale en Beck Hopelessness Scale). Mogelijke (psychotherapeutische) acties worden naargelang de ernst beschreven en aangeduid in de checklist suïcidepreventieplan. Daarnaast wordt er bijkomend gewerkt met een non suïcidecontract. **(SP)**
Toepassing van het verhoogd toezicht kon op moment van de inspectie niet beoordeeld worden.
In het vorige verslag werd aangegeven dat er geen vorming gebeurde over suïcidepreventie. Dit werd nog steeds niet georganiseerd. **(TK)**
- Op de afdeling psychozorg worden sinds 2010 indicatoren opgevolgd om de kwaliteit van de zorg te objectiveren (aantal teamvergaderingen, aanwezige disciplines,...)
Daarnaast gebeuren er ook patiëntenbevragingen. Dit leidde al tot verbeteracties (opmaak psycho-educatiepakket, inclusie en exclusiecriteria, doelstellingsvergaderingen..). **(SP)**

3.3 Medewerkers

- Er zijn in totaal vier psychiaters werkzaam in het ziekenhuis (samen 2.1 VTE). Alle psychiaters zijn ingeschakeld in het dagcentrum. Twee van de psychiaters houden beperkt consultaties in het gebouw van het dagcentrum.
- Er zijn in totaal zeven psychologen werkzaam in het ziekenhuis (samen 6.6 VTE)
- De personeelsequipe van Sp Psychogeriatric telt op de dag van inspectie:
 - 4 VTE bachelors in de verpleging
 - 5.3 VTE gegradueerde verpleegkundigen
 - 5.85 VTE zorgkundigen
 - 1 VTE logistieke medewerker
 - 0.8 VTE kinesist
 - 1 VTE ergotherapeut
 - 0.4 VTE sociale dienst
 - 0.3 VTE psycholoogEr is geen normatief tekort (totaal aantal personeel). De kwalificaties van het aanwezige personeel voldoen niet volledig: er is een kwalitatief tekort van 3.3 VTE bachelors in de verpleging. **(NC)**
- Niet op alle afdelingen is er 's nachts een verpleegkundige toegewezen; tijdens de nacht worden er vier verpleegkundigen ingezet voor het toezicht op vijf afdelingen. Dit knelpunt werd bij de audit in 2008 al beschreven.
Er is één verpleegkundige voor het toezicht op de afdeling psychozorg én de afdeling WORE (samen 40 bedden) die op dezelfde verdieping gelegen zijn. **(NC)**
Dit houdt risico's in naar patiëntveiligheid:

¹ Verslagnummer 2008/004/IT/PZ

- De verpleegkundige kent de patiënten van de andere afdeling niet. Patiënten die een crisismoment meemaken kunnen onvoldoende opgevangen worden door een verpleegkundige die niet of maar beperkt op de hoogte is van de toestand.
- De verpleegkundige dient medicatie toe aan patiënten die door haar / hem niet gekend zijn. Patiënten dragen geen identificatiebandjes. Het checken van de identiteit van de patiënt voor toediening van medicatie kan niet op sluitende wijze gebeuren.
- Elke nacht verblijft er een patiënt in de isoleercel op WORE. Deze patiënt wordt gefixeerd met een vijf-punts-fixatie. Het verhoogde toezicht op een afgezonderde, gefixeerde toezicht kan niet gegarandeerd worden. Het directe toezicht in de kamer gebeurt bij afwezigheid van een tweede verpleegkundige niet of te weinig frequent.

Er zijn ook risico's voor de veiligheid van het personeel: Uit veiligheidsoverwegingen dient het toezicht of de zorg in een isoleercel te gebeuren door twee verpleegkundigen samen. Dit wordt ook zo beschreven in de procedure maar kan in praktijk niet consequent toegepast worden.

- In het dagcentrum staat het multidisciplinair team onder leiding van een afdelingshoofd, een maatschappelijk werker. Normaliter dient er per dienst een hoofdverpleegkundige aangeduid te zijn maar het ziekenhuis kreeg bij de opvolging van de vorige audit de toestemming om de verantwoordelijkheid in handen te laten van de huidige verantwoordelijke (met een gekwalificeerde paramedische achtergrond) op voorwaarde dat:
 1. zij een opleiding genoten heeft m.b.t. geestelijke gezondheidszorg;
 2. zij een opleiding genoten heeft m.b.t. leiding geven;
 3. zij expertise opgebouwd heeft m.b.t. geestelijke gezondheidszorg.
 4. er ten allen tijde bewaakt wordt dat de kwaliteit van de verpleegkundige zorgverlening gegarandeerd is (onder toezicht en verantwoordelijkheid van de verpleegkundig directeur).

Het ziekenhuis gaf tijdens de opvolging aan dat de eerste drie voorwaarden voldaan zijn.

Door de lange afwezigheid van een verpleegkundig directeur (anderhalf jaar) kon de vierde voorwaarde (= toezicht op de kwaliteit van de verpleegkundige zorgverlening door de verpleegkundig directeur) onvoldoende gegarandeerd worden. **(NC)**

- Deze taak werd niet overgenomen door de stafmedewerker patiëntenzorg tijdens de afwezigheid van de verpleegkundig directeur;
- Er gaan geen systematische gesprekken door met de hoofdverantwoordelijke van het dagcentrum. Enkel de laatste maanden zijn er gesprekken geweest met het kernteam in functie van specifieke problemen (ongenoegen personeel);
- Er worden geen indicatoren in functie van de kwaliteit opgevolgd;
- Er gaan geen evaluatiegesprekken door met de personeelsleden;
- Momenteel is er een nieuwe verpleegkundig directeur aangeworven. Zij heeft haar bureau in een ander gebouw, niet in de nabijheid van het dagcentrum. Dit kan het toezicht bijkomend bemoeilijken.

3.4 Middelen

- Er is een brandweerverslag en een brandveiligheidsattest van de burgemeester van 6 augustus 2012 voor het nieuwe gebouw met verblijfsafdelingen en voor het gerenoveerde gebouw waar het dagcentrum, bureaus en consultatieruimtes gelegen zijn.
- De afdelingen kennen een aantal troeven: **(SP)**
 - Afdelingen in de nieuwbouw zijn opgebouwd rond leefgroepen van een tiental patiënten. Deze beschikken telkens over een grote leefruimte met zithoek, eetzaal en open keuken. Samen eten gebeurt in de leefgroep.
 - Op de afdeling AZAS zijn er enkel eenpersoonskamers.
 - De kamers en de sanitaire cellen zijn rolstoeltoegankelijk.
 - Elke kamer heeft een eigen badkamer met toilet en douche. Daarnaast heeft elke afdeling een ruime gemeenschappelijke badkamer. Op twee afdelingen is er een hoog-laag-bad voorzien.
 - Er is voor elke afdeling een binnentuin of terras. Ook de patiënten van de gesloten afdeling kunnen gebruik maken van een aparte binnentuin.
 - Er zijn aparte gesprekslokalen voorzien aansluitend aan de afdelingen.
 - De therapieruimtes zijn groot en functioneel ingericht. Zo is er bv. een keuken met aangrenzend lokaal om samen te eten.
 - Een gedeelte van de afdeling verslavingszorg kan gesloten worden (één leefgroep waar ook patiënten met het syndroom van Korsakov verzorgd worden).
- Volgende knelpunten op het vlak van infrastructuur werden opgemerkt: **(TK)**
 - De centrale verpleegposten laten weinig visueel toezicht mogelijk. Bij de afdeling AZAS is er bv. enkel toezicht op de leefruimte van het gesloten gedeelte.
 - Bij gebrek aan andere mogelijkheden, worden patiënten mogelijk onnodig in de afzonderingskamers geplaatst:
 - Er zijn geen gewone patiëntenkamers waar cameratoezicht mogelijk is in functie van verhoogd toezicht in het kader van suïcidepreventie.
 - Er is geen prikkelarme kamer meer waardoor op WORE een patiënt elke nacht in de afzonderingskamer slaapt, terwijl in het verleden een prikkelarme kamer volstond.
 - Time outs gaan soms ook door in de afzonderingskamer bij gebrek aan een aparte ruimte. Op sommige afdelingen wordt dit geregistreerd als afzondering terwijl dit op andere afdelingen niet geregistreerd wordt.
 - Er zijn tal van risicopunten op verhangings (bv. deurklinken, bel met koord in de sanitaire cellen, kranen, ...)
 - Er is geen internet op de kamers of in de leefruimte beschikbaar.
- De afzonderingskamers werden bekeken op de afdeling AZAS en de afdeling verslavingszorg:
 - Het bed is verankerd en zonder spijlen.
 - De lakens van de afzonderingskamer zijn scheurvrij en brandvertragend.
 - Er is een sas aanwezig voor de beide afzonderingskamers samen op AZAS; De douche bevindt zich in het sas.
 - Het toilet bevindt zich in de afzonderingskamer en de bediening van de spoelknop kan zo ingesteld worden dat dit enkel door de verpleegkundige vanuit het sas kan gebeuren.
 - Beide afzonderingskamers op AZAS beschikken over twee ingangdeuren met raam zodat de veiligheid van het personeel kan gegarandeerd zijn bij het binnenkomen (volledig zicht op de kamer).

- Er is een ventilatiesysteem met temperatuurregeling dat bediend wordt vanuit het sas.
- Ramen zijn beveiligd.
- Er is voldoende daglicht via het grote raam en een klok om oriëntatie in de tijd mogelijk te maken.
- Er is een beloproepsysteem aan het bed en aan de muur.

Volgende knelpunten zijn vastgesteld: **(TK)**

- De douche cel in het sas bevat nog risicopunten voor verhänging (kranen, belkoord, ..)
- De bel in de cel kan uitgeschakeld worden door de verpleegkundige.
- Er is geen branddetector in de kamers zelf; enkel in het sas.
- Er is geen auditieve bewaking mogelijk (enkel visueel toezicht via de camera en geen rechtstreeks auditieve controle vanuit de verpleegpost)
- Patiënten dragen specifieke aangepaste kledij bestaande uit een broek en vestje. In de isoleercel op AZAS ligt enkel het vestje klaar.
- Op verslavingszorg is de douche niet aansluitend aan de isoleercel.
- We bevelen aan om tijdens een brandoefening de evacuatie van afgezonderde patiënten te evalueren en de evacuatie van deze patiënten specifiek te beschrijven in de procedure.

3.5 Processen

Patiëntendossier

- Momenteel zit men in de overgangsfase van een versnipperd papieren dossier naar een elektronisch geïntegreerd multidisciplinair dossier. Ook verslagen van teamoverleg kunnen in het elektronisch dossier genoteerd worden met de afgesproken doelstellingen en handelingen per discipline. **(SP)**
Op AZAS werkt men al met het elektronisch dossier. Op andere afdelingen werkt men met gemengde dossiers (papier en elektronisch) of volledig met een papieren dossier.
- Alle betrokken disciplines hebben leesrecht in het volledig elektronisch dossier. Elke gebruiker heeft een eigen login.
- Momenteel hebben verpleegkundigen niet steeds zicht op aparte papieren dossiers die niet op de afdeling zelf bewaard worden (psycholoog, maatschappelijk werker). **(TK)**
- Niet alle teamleden noteren even uitvoerig in het patiëntendossier **(TK)** (bv. geen notities over gesprekken met de familie door de arts of psycholoog, geen observaties van enkele therapeuten op verslavingszorg).
Op de afdeling AZAS noteren de teamleden erg uitgebreid. **(SP)**

Multidisciplinaire werking

- Een behandelplan met expliciete doelstellingen voor de opname wordt niet steeds genoteerd in het dossier (bv. op AZAS en verslavingszorg). **(NC)** Op AZAS zijn er wel opdrachten per discipline beschreven bij de verslagen van het teamoverleg.
- Tijdens het tweemaandelijks teamoverleg op AZAS komen een drietal patiënten, nieuwe opnames en crisisproblemen aan bod. In praktijk worden patiënten onvoldoende frequent multidisciplinair besproken. **(TK)** Bij een patiënt die één jaar was opgenomen op AZAS waren er slechts 3 besprekingen terug te vinden in het dossier.
- De mondelinge briefing wordt op AZAS regelmatig bijgewoond door de psycholoog en de therapeuten. Ze verloopt gestructureerd aan de hand van de observaties die de vorige dag in het dossier werden gemaakt door de verschillende disciplines. **(SP)**

Communicatie met patiënt en familie

- Patiënten en familie worden slechts beperkt betrokken bij de zorg. Patiëntenbevragingen op de afdeling psychozorg bevestigen dat ook patiënten dit zo ervaren.
Er zijn beperkte initiatieven aanwezig:
 - Bij de intake worden de door de patiënt geformuleerde behandel doelstellingen expliciet besproken. Op de afdeling psychozorg worden deze opnieuw geëvalueerd na drie weken en na drie maanden.
 - Patiënten op AZAS hebben wekelijks een gesprek met de psychiater en de psycholoog waarvan een verslag in het dossier genoteerd wordt.
 - Op het dagcentrum wordt de familie systematisch betrokken. Een van de therapeuten is systeemtherapeut. Voor psychosepatiënten en hun familie zijn er infosessies in samenwerking met Similes.

Er is ruimte voor verbetering:

- Patiënten of familie nemen geen deel aan multidisciplinaire overlegmomenten.
- Familiegesprekken met psychiater en psycholoog zijn niet steeds structureel ingebed in de werking maar gaan vooral door op vraag van de familie of bij expliciete problemen.
- Er is geen actief aanbod van KOPP-begeleiding dat opgestart wordt vanuit het ziekenhuis. Bestaande begeleidingen bij opname worden wel verdergezet.
- Psycho-educatie voor familieleden gaat niet systematisch door zodat niet iedereen de kans krijgt om een avond bij te wonen. Momenteel worden initiatieven opgestart vanuit AZAS en verslavingszorg en wordt er in samenwerking met een firma een pakket samengesteld op de afdeling psychosezorg.
- Familie wordt niet steeds gewaarschuwd van een vrijheidsbeperkende maatregel (fixatie en/of afzondering)

We bevelen aan om de familiebetrokkenheid niet enkel vanuit individuele zorg te benaderen, maar om deze betrokkenheid ook structureel beleidsmatig te overwegen (bv bevraging van tevredenheid bij familieleden van patiënten, opstarten van een familieraad, advisering van patiëntenverenigingen aan beleidsniveau...).

Medicatie

- Medicatie wordt 's nachts voor 24u klaar gezet. Er werden in de klaargezette medicatie pillen zonder verpakking opgemerkt waardoor controle onmogelijk is. **(TK)**
- In de afdelingsvoorraad werden verknipte blisters aangetroffen waardoor controle van de vervaldatum onmogelijk is. **(TK)**
- Er is geen afdelingsvoorraad van verdovende medicatie. Deze wordt enkel op naam voorgeschreven.

Afzonderingsbeleid

- De procedure "vrijheidsbeperkende maatregel: isolatie (met of zonder fixatie)" dateert van 24/04/2012.
Verbetermogelijkheden zijn: **(TK)**
 - Er zijn geen (contra)indicaties voor isolatie beschreven
 - Het verhoogde toezicht op een patiënt in de isoleercel dient om te half uur te gebeuren volgens de procedure maar er staat niet uitgeschreven welke aspecten geobserveerd moeten worden (bloeddruk, pols, temperatuur, vochtinname, emotionele toestand, doorbloeding extremiteiten en wisselhouding bij fixatie, ...). Er is eveneens niet gespecificeerd op welke manier het toezicht dient te gebeuren: enkel toezicht via camera volstaat niet.
 - Er is binnen de procedure geen specifieke evaluatie van de fixatiemaatregel voorzien.
- Er werden 15 fiches uit het afzonderingsregister van AZAS en verslavingszorg ingekeken.
 - Op alle fiches waren datum en uur van begin en einde van de afzondering genoteerd.
 - Op alle fiches was de reden voor isolatie vermeld.
 - Op 6/15 fiches was de handtekening van de arts niet genoteerd bij start en / of beëindiging van de maatregel. **(TK)**
 - Op 8/15 fiches was de handtekening van de verpleegkundige niet genoteerd bij start en / of beëindiging van de maatregel. **(TK)**
 - Op geen enkele fiche was de opnamedatum vermeld **(TK)**

- Bij 11/15 patiënten werd de familie niet verwittigd over de genomen maatregel. **(TK)**
- 9 van de 15 patiënten werden gefixeerd tijdens de isolatie (=60%) De reden van deze fixatie werd niet specifiek genoteerd. **(TK)**
- De toediening van medicatie wordt op de fiches genoteerd. Dosis of toedieningsweg (4x) was niet steeds genoteerd. **(TK)**
- Isolatie en fixatie gebeurt soms op vraag van de patiënt. Bij nazicht van de 38 meest recente isolaties op WORE bleek dat deze allemaal dezelfde patiënt betroffen, bij gebrek aan een prikkelarme kamer en kennis over alternatieven. **(TK)** We bevelen aan om samen met de patiënt en gespecialiseerde instanties (waar overleg mee gepland is) te zoeken naar waardige alternatieven (prikkelarme kamer, verzwaringsdeken, snoezelapparatuur), gezien de risico's die inherent verbonden zijn aan fixatie.
- Toezicht op patiënten in afzondering wordt genoteerd op een observatieblad. Toezicht gebeurt niet steeds om het half uur en blijft soms erg vaag. Er wordt nooit expliciet genoteerd wanneer toezicht via camera of door rechtstreeks contact gebeurd is. Wanneer men 's nachts binnen gaat in de afzonderingskamer, dient men de nachtverpleegkundige van de andere afdeling te roepen; op dit moment is er geen toezicht op deze afdeling. **(TK)**
- Registratiecijfers over afzonderingen worden jaarlijks verzameld. Deze cijfers worden niet steeds teruggekoppeld naar de medewerkers op de afdelingen. Er werden nog geen verbeteracties opgestart. **(TK)**
 - Er wordt op sommige afdelingen veel gefixeerd tijdens de isolaties (42 % op PZ, 53 % op AZAS en 85% op WORE).
 - Op sommige afdelingen wordt er frequent langer dan 24 uur geïsoleerd (39 % op AZAS en 40 % op WORE).
 - De cijfers zijn niet volledig betrouwbaar en vergelijkbaar omdat er geen uniforme afspraken bestaan over het registreren bij time out of bij het tijdelijk opheffen van de maatregel (laten doorlopen of nieuwe nummer?).

Fixatiebeleid

- De procedure fixatie dateert van 29/07/2009 en is enkel van toepassing op de dienst Sp psychogeriatricie.
Verbetermogelijkheden zijn: **(TK)**
 - Er zijn geen duidelijke tegenindicaties uitgeschreven.
 - Er is onvoldoende aandacht voor alternatieven (o.a. preventieve maatregelen) in de procedure, terwijl een aantal in praktijk wel gekend zijn.
 - Er is onvoldoende aandacht voor onderliggende oorzaken voor probleemgedrag
 - In praktijk zijn de gebruikte indicaties te breed (plukgedrag, potomanie, ...)
 - De betrokkenheid die van de arts gevraagd wordt, is niet duidelijk omschreven Men werkt dit best verder gedetailleerd uit (beslissingsbekwaamheid berust op een klinisch oordeel van de arts, handtekening arts bij de start, bedside overleg met de arts, wanneer arts verwittigen tijdens de maatregel ...).
 - In de procedure staat valpreventie en onrust vermeld als indicaties voor fixatie. Bij nazicht van dossiers en uit gesprek bleek valpreventie en onrust een frequent voorkomende reden voor fixatie met Zweedse gordel. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat vrijheidsbeperking de kans op vallen niet automatisch doet dalen en dat de kans op ernstige letsels groter is bij valincidenten met fixatie. Verder moet men de noodzaak van fixatie bij deze indicatie afwegen tegen de nadelen (gezondheidsrisico's) van fixatie (o.a. immobilisatie). Fixatie met lendengordel kan onrust doen toenemen.
 - Er is niet voor alle gebruikte materialen een gebruiksaanwijzing met aandachtspunten (bv. steeds minimum driepuntfixatie bij Zweedse gordel

- diagonaal, gordels in verschillende maten, 30° positionering ter voorkomen van slikpneumonie en verstikking).
- Materialen zijn niet gelinkt aan indicaties en tegenindicaties.
 - Er werden op Sp psychogeriatric vier dossiers ingekeken van gefixeerde patiënten:
 - De reden voor fixatie was steeds vermeld. In $\frac{3}{4}$ dossiers werd er gefixeerd wegens valpreventie en / of onrust.
 - In de ingekeken dossiers waren geen alternatieven voorgesteld of genoteerd (4/4). **(TK)**
 - De beslissing tot fixatie gebeurt steeds in overleg binnen het verpleegkundige team. Er is niet steeds overleg met de patiënt en familie (3/4 dossiers) **(TK)**
 - De frequentie van het toezicht gebeurt niet zoals beschreven in de procedure. Verhoogd toezicht kan aan de hand van het dossier niet aangetoond worden (4/4 dossiers). **(TK)**
 - Evalueren van de maatregel gebeurt niet steeds of onvoldoende. Er was geen verslag van de evaluaties terug te vinden in de dossiers. Eén patiënt werd reeds meer dan vier maanden dagelijks gefixeerd en er was maar één aanduiding van evaluatie van de maatregel genoteerd. Bij een andere patiënt was er geen evaluatie van de maatregel. **(TK)**
 - Fixatie wordt niet geregistreerd en de cijfers worden niet teruggekoppeld naar de afdeling. **(TK)**

Handhygiëne

- Tijdens het bezoek werd de persoonlijke handhygiëne van het personeel beoordeeld. Van de 10 gecontroleerde personeelsleden waren er 4 niet in orde. 3 van de 4 mensen droegen ringen en een horloge; één iemand droeg lange mouwen.