

VRIJHEIDSBEPERKENDE EN -BEROVENDE MAATREGELEN

MODULE 1: BELEID

1.1. Algemeen beleid VBM

TK	De organisatie beschikt over een uitgeschreven beleid m.b.t. de aanpak rond vrijheidsbeperkende en -berovende maatregelen.
TK	<p>Het beleid m.b.t. de aanpak rond vrijheidsbeperkende en -berovende maatregelen bevat minimum de volgende elementen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – De gehanteerde definities van vrijheidsbeperkende en -berovende maatregelen. – <u>De beschrijving van het gevoerde preventieve beleid t.a.v. de toepassing van vrijheidsbeperkende en -berovende maatregelen, met minimaal:</u> <ul style="list-style-type: none"> • De waarden van waaruit iedere zorggebruiker wordt benaderd. • De wijze waarop de organisatie de fysieke en psychische integriteit van de cliënten en hulpverleners poogt te garanderen. • De preventieve acties die de organisatie onderneemt om de toepassing en de duur van vrijheidsberovende maatregelen te minimaliseren. • De wijze waarop het personeel wordt gevormd en bijgeschoold inzake communicatie en de-escalatie. • Een beschrijving van de cliëntgroepen met een verhoogd risico. • De wijze waarop een risico-inschatting wordt gedaan bij groepen zorggebruikers met een verhoogd risico. – <u>De beschrijving van het doordacht gebruik van vrijheidsbeperkende en -berovende maatregelen, met minimaal:</u> <ul style="list-style-type: none"> • De toepassing van de verschillende vrijheidsberovende maatregelen, bij voorkeur doelgroepspecifiek. • De manier waarop wordt geborgd dat de vrijheidsberovende maatregelen proportioneel worden toegepast. • Een beschrijving van de verschillende alternatieven op vrijheidsberovende maatregelen. • De wijze waarop de maatregel geëvalueerd wordt. • De wijze waarop aan nazorg wordt gedaan voor zorggebruikers na kritische incidenten, waaronder afzondering, fixatie en fysieke interventies. • De wijze waarop nazorg voor medezorggebruikers wordt georganiseerd. • De wijze waarop nazorg voor familie/context wordt georganiseerd. • De wijze waarop nazorg voor personeel wordt georganiseerd. • De wijze waarop er met de zorggebruiker gecommuniceerd wordt voor en tijdens de maatregel en welke informatie gegeven wordt. • De wijze waarop ouders geïnformeerd worden bij het gebruik van vrijheidsberovende maatregelen bij minderjarigen. • Indien de organisatie beschikt over een machtiging voor gedwongen opnames: de wijze waarop zorggebruikers onder gedwongen statuut worden onthaald in de organisatie. – <u>De periodieke opvolging en evaluatie van het gevoerde beleid, met minimaal:</u> <ul style="list-style-type: none"> • De evaluatie van de geldende afdelingsregels vanuit het perspectief van de mogelijke vrijheidsbeperkende impact van de maatregelen op de zorggebruikers. • De registratie van de toepassing van vrijheidsberovende maatregelen. • De verwerking, feedback en gebruik van de geregistreerde gegevens over vrijheidsberovende maatregelen.

	<ul style="list-style-type: none"> • De verwerking, feedback en gebruik van de verzamelde gegevens over de ervaring en beleving van zorggebruikers en familie/context over VBM (bv. vanuit tevredenheidsmetingen, nabesprekingen, ervaringsdeskundigen,...). • Deze cijfers en gegevens worden regelmatig teruggekoppeld naar zowel het directie- en bestuursniveau, als naar de werkvloer.
TK	De afdeling heeft een beleid over de wijze waarop intensief omgegaan wordt met zorggebruikers met een verhoogd risicoprofiel.
TK	Op de afdeling wordt een beleid gevoerd waarbij er naar gestreefd wordt dat er steeds een medewerker beschikbaar en bereikbaar is voor de zorggebruiker.
SP	De 'Multidisciplinaire Richtlijn voor de preventie en toepassing van afzondering en fixatie in de residentiële geestelijke gezondheidszorg' is actief geïmplementeerd en geïntegreerd in het beleid m.b.t. de aanpak rond vrijheidsbepenkende en -berovende maatregelen.
TK	De organisatie voert een beleid waarbij afzonderingen en fixaties zo weinig mogelijk toegepast worden. Bij de uitzonderlijke toepassing gebeurt dit op een doordachte manier in communicatie met de zorggebruiker.
Aanb	De organisatie voert een VBM-beleid dat geregeld in vraag wordt gesteld. De zorggebruikers worden hierbij actief betrokken.

1.2. Registratie en analyse	
TK	<p>De organisatie heeft zicht op de toepassing van vrijheidsberovende maatregelen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Er is recent en gedetailleerd cijfermateriaal voorhanden – zowel globale cijfers als op afdelingsniveau – met minimaal: <ul style="list-style-type: none"> • Het aantal afzonderingen, het aantal zorggebruikers dat afgezonderd wordt, de gemiddelde duur, de reden van afzondering; • Het aantal fixaties, het aantal zorggebruikers dat gefixeerd wordt, de gemiddelde duur, de reden van fixatie; • Het aantal afzonderingen met fixatie; • Het aantal zorggebruikers met medicamenteuze fixatie; • Het aantal gedwongen opnames. – Deze cijfers en gegevens worden periodiek geanalyseerd. – Eventuele verbeterprojecten worden opgestart.
TK	De organisatie registreert de reden en de duur van de fixaties en afzonderingen.
TK	De organisatie registreert de toepassing van het acuut gebruik van medicamenteuze fixatie, met oog op vrijheidsberoving.
TK	De organisatie registreert de toepassing van fysieke interventie als alternatief voor afzondering (= immobiliseren van de persoon tot de zelfcontrole herwonnen is) en de reden.
TK	De organisatie registreert alle vrijheidsberovende maatregelen en voert minstens jaarlijks een analyse uit van het gebruik van deze maatregelen: type, tijdstippen, omstandigheden. Iedere afdeling ontvangt een jaarlijks rapport over het gebruik van de vrijheidsberovende maatregelen op de eigen afdeling.
TK	Per afdeling is er minstens 1 maal per jaar een analyse en evaluatie van de toepassing van fixatiemaatregelen.
TK	Per afdeling is er minstens 1 maal per jaar een analyse en evaluatie van de toepassing van afzonderingen.
NC	De voorkeur gaat uit naar de registratie op elektronische wijze. Indien het afzonderingsregister niet elektronisch wordt bewaard, worden de registratieformulieren van afzonderingen bewaard in een daarvoor speciaal voorzien register, met vaste bladen (op afdelingsniveau). Hierbij wordt er zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de gegevens die verworven zijn in het patiëntendossier.

MODULE 2: PROCEDURES

2.1. Algemeen

TK	De organisatie beschikt over een procedure die het subsidiair gebruik van vrijheidsberovende maatregelen beschrijft (<i>de toepassing van meer ingrijpende maatregelen enkel wanneer minder ingrijpende maatregelen niet de beoogde vrijwaring van de integriteit van de zorggebruiker of anderen garandeert</i>).
TK	De organisatie beschikt over een procedure over het gebruik van een camera in de afzonderingskamer.

2.2. Opleiding

TK	Het zorgpersoneel neemt binnen het jaar na aanwerving deel aan een vorming inzake communicatie, preventie van agressie en agressiehantering.
Aanb	Iedereen die in contact komt met zorggebruikers neemt binnen het jaar na aanwerving deel aan een vorming inzake communicatie, preventie van agressie, en agressiehantering.
TK	Al het zorgpersoneel volgt minstens om de twee jaar een opfrissingsvorming inzake communicatie, preventie van agressie, de-escalatie van situaties en/of agressiehantering.
TK	Het zorgpersoneel dat instaat voor fysieke interventies volgt jaarlijks een aangepaste opfrissingsvorming.
TK	Het zorgpersoneel van de afdeling oefent minstens 1 maal per jaar op het correct gebruik van elke fixatiemaatregel die op de afdeling wordt toegepast.
TK	De artsen volgen om de 4 jaar minimum 4 uren vorming m.b.t. de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen (medicamenteuze fixatie, de-escalerende technieken, preventie van agressie,...).

2.3. Onthaal van de zorggebruiker

TK	In het kader van het onthaalproces worden de zorggebruikers geïnformeerd over de huis- en afdelingsregels, inclusief het gevoerde vrijheidsbeperkende beleid met bijzondere aandacht voor privacy. Bij minderjarigen en in geval van wilsonbekwaamheid wordt de familie/context hierover eveneens geïnformeerd.
Aanb	In het kader van het onthaalproces wordt de familie/context geïnformeerd over de huis- en afdelingsregels, inclusief het gevoerde vrijheidsbeperkende beleid.

2.4. Anamnese en opmaak signalerings- en crisisplan

TK	Tijdens de onthaalfase worden de risicofactoren van de zorggebruiker, samen met de zorggebruiker in beeld gebracht.
TK	Na de onthaalfase wordt in samenspraak met iedere zorggebruiker met enig risico op agressie of suicide een signalerings- en crisisplan opgemaakt. <u>Dit signaleringsplan bevat minstens volgende aspecten:</u> <ul style="list-style-type: none"> – De concrete omschrijving van signalen of vroege voortekenen; – De mogelijke acties of stabiliserende maatregelen in de verschillende fasen; – Wat de zorggebruiker of zijn omgeving kan doen; – Wat de hulpverleners kunnen doen.
TK	De risico-analyse wordt periodiek geherevalueerd.
Aanb	Familieleden en vertrouwenspersonen worden betrokken bij de opmaak en uitvoering van een signalerings-en crisisplan, tenzij de zorggebruiker hiervoor geen toestemming geeft. Bij minderjarigen wordt hiervoor rekening gehouden met het oordeelvermogen van de minderjarige.
Aanb	Na de onthaalfase wordt in samenspraak met iedere zorggebruiker een signalerings- en/of crisisplan opgemaakt.

2.5. Specifieke procedures voor verschillende vormen van vrijheidsberovende maatregelen	
2.5.1. Afzondering	
TK	Het gebruik van afzonderingskamers voor het opvangen van plaatstekort is niet toegelaten.
TK	Het gebruik van afzonderingskamers voor het opvangen van bestaafingsproblemen/personeelstekort is niet toegelaten.
TK	Afzonderen kan niet worden uitgevoerd als standaardprocedure (<i>bv. bij gedwongen opname</i>).
TK	<p><u>Voor de toepassing van afzondering worden minimaal volgende aspecten in een procedure beschreven:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – De indicatie is beperkt tot onmiddellijk gevaar voor zichzelf of voor anderen. – De uitvoering dient te gebeuren door minstens 2 personeelsleden, waarvan minstens 1 verpleegkundige die de verantwoordelijkheid draagt; – De psychiater is de eindverantwoordelijke en dient dan ook betrokken te zijn in de beslissing. Dit dient te blijken uit het dossier. – Slechts in heel uitzonderlijke situaties (= heel acute crisissen waarbij er geen tijd voor overleg is) kan de beslissing door de aanwezige personeelsleden genomen worden. In deze situaties dient de psychiater de afzondering te bevestigen binnen het uur na aanvang van de afzondering. – De evaluatie van de actuele noden van de zorggebruiker. – De aanwezigheid van een oproepsysteem zodat de zorggebruiker steeds contact kan leggen met personeelsleden. – Bij het instellen van de afzondering worden er afspraken gemaakt over de beëindiging. – Het medisch toezicht bij de zorggebruikers tijdens afzondering gebeurt minstens bij de start van elke afzondering (of zo snel mogelijk erna) en daarna minstens elke 24 uur. – Het verhoogd toezicht gebeurt minstens om de 30 minuten. Het bezoek tijdens een afzondering gebeurt minstens om het uur. De motivering voor elke afwijking van deze frequentie wordt uitvoerig beschreven in het dossier. – Voor het bezoek tijdens afzondering moeten minimum 2 personeelsleden beschikbaar zijn. Wanneer het bezoek tijdens afzondering slechts door één personeelslid wordt uitgevoerd, moet er minstens één personeelslid zich in de onmiddellijke nabijheid van de afzonderingskamer te bevinden. De personeelsleden die het toezicht uitvoeren hebben hiertoe een specifieke vorming gevolgd. – In het dossier worden volgende elementen genoteerd: toezicht, evaluatie en follow-up. – Minimaal bij de wisseling van de shift wordt de afzondering geëvalueerd. – Aandacht voor de privacy van de zorggebruiker. – Mogelijkheden qua communicatie met de buitenwereld tijdens afzondering. – Communicatie met de zorggebruiker vlak voor en tijdens afzondering. – De wijze waarop de ouders van een minderjarige worden verwittigd (<i>tenzij tegenindicatie</i>). – Nabespreking van de maatregel met het team, de zorggebruiker, mede-zorggebruikers en met de familie/context (<i>indien mogelijk en met toestemming van de zorggebruiker</i>) met verslaggeving in het dossier.
NC	<p><u>Elke afzondering wordt geregistreerd in het patiëntendossier (afzonderingsregister) met minimaal volgende gegevens:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Datum en uur van ingang en opheffing van de maatregel; – Naam en handtekening van de arts onder wiens verantwoordelijkheid deze maatregel moet getroffen worden; – Naam en handtekening van de verantwoordelijk verpleegkundige; – Reden en indicatie voor de maatregel; – Extra toegediende medicatie en dwangmedicatie;

	<ul style="list-style-type: none"> – Follow-up gegevens (<i>waaruit het toezicht en de observatie blijkt</i>); – De mate van toestemming van de zorggebruiker: eigen vraag, met toestemming, verzet, zorggebruiker kon toestemming niet geven.
TK	Het gebruik van speciale (scheurvrije) kledij is geen standaardprocedure en moet gemotiveerd worden.
2.5.2. Verplaatsing naar afzonderingskamer	
TK	Er wordt maximaal gestreefd naar de vrijwillige medewerking van de zorggebruiker voor de verplaatsing i.f.v. een afzondering.
Aanb	Tijdens het transport i.f.v. een afzondering, wordt de privacy van de zorggebruiker maximaal gewaarborgd, rekening houdend met het traject dat moet worden afgelegd.
2.5.3. Mechanische fixatie	
TK	Elke afdeling beschikt over een handleiding over het correct gebruik van elke mechanische fixatiemaatregel die op de afdeling wordt toegepast.
TK	<p><u>Voor de toepassing van mechanische fixatie worden volgende minimale aspecten in de procedure beschreven:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – De indicatie is beperkt tot onmiddellijk gevaar voor zichzelf of voor anderen. – In geval van mechanische fixatie bij afzondering: de bijkomende verantwoording van het gebruik van deze fixatie bovenop de toepassing van afzondering. – De psychiater is de eindverantwoordelijke en dient dan ook betrokken te zijn in de beslissing tot mechanische fixatie. Dit dient te blijken uit het dossier. Slechts in heel uitzonderlijke situaties (= <i>heel acute crisissen waarbij er geen tijd voor overleg is</i>) kan de beslissing door de aanwezige zorgpersoneelsleden genomen worden. In deze situaties dient de psychiater de mechanische fixatie te bevestigen binnen het uur na de aanvang van de mechanische fixatie. – In het dossier worden volgende elementen genoteerd: type, tijdstippen, omstandigheden, monitoring van gezondheidstoestand. – Minimale frequentie van evaluatie. – Nabespreking van de maatregel met het team en de zorggebruiker. – Verhoogd toezicht (cfr. afzondering). – Communicatie met de zorggebruiker vlak voor en tijdens de toepassing van de maatregel. – De wijze waarop de ouders van een minderjarige worden verwittigd. – Evaluatie van de actuele noden van de zorggebruiker. – Aanwezigheid van een bereikbaar oproepsysteem. – Bij het instellen van de maatregel worden afspraken gemaakt met de zorggebruiker over de beëindiging ervan.
TK	Mechanische fixatie kan niet worden uitgevoerd als standaardprocedure.
Aanb	Er is een nabespreking met de zorggebruiker en met familie/context (<i>indien mogelijk en mits toestemming van de zorggebruiker</i>) inzake de toegepaste maatregel.
TK	Het gebruik van een fixatiemaatregel wordt geregistreerd.
TK	De mate van toestemming wordt geregistreerd in het patiëntendossier: eigen vraag, met toestemming, verzet, zorggebruiker kon toestemming niet geven.
TK	Tijdens de mechanische fixatie wordt er verhoogd toezicht op de zorggebruiker uitgeoefend (cfr. afzondering).
2.5.4. Fysieke interventies	
TK	Fysieke interventies worden enkel toegepast wanneer er een onmiddellijk en onafwendbaar gevaar bestaat voor zorggebruiker of anderen.
TK	Fysieke interventies worden enkel uitgevoerd door personeel dat hiertoe een aangepaste vorming heeft genoten.
TK	Elke fysieke interventie moet luchtwegen, ademhaling en circulatie vrijwaren.
TK	Tijdens de fysieke interventie is 1 hulpverlener steeds in communicatie met de persoon met als enige bedoeling om voortdurend te proberen een de-escalatie op gang te brengen. Deze hulpverlener controleert ook steeds de ademhaling.

TK	Een fysieke interventie kan enkel toegepast worden door het gebruik van veilige technieken zowel voor de zorggebruiker als medewerker.
TK	Na iedere fysieke interventie is er een nabespreking op afdelingsniveau met alle betrokken hulpverleners.
TK	Na iedere fysieke interventie is er een nabespreking met de betrokken zorggebruiker(s), mede-zorggebruikers en betrokken hulpverleners (<i>indien de zorggebruiker dit wenst</i>).
2.5.5. Medicamenteuze fixatie	
TK	Het acuut gebruik van medicamenteuze fixatie, met het oog op vrijheidsberoving: <ul style="list-style-type: none"> – Mag alleen gebruikt worden voor een persoon in acute agitatie met acuut gevaar voor zichzelf en/of anderen. – Het voorschrift is altijd in het kader van een korte termijn strategie om onmiddellijk gevaar te neutraliseren.
TK	Er is een procedure voor het gebruik van medicamenteuze fixatie.
TK	Elke medicamenteuze fixatie vereist een medisch order. De toediening gebeurt door een arts of een verpleegkundige.
Aanb	Orale toediening heeft steeds de voorkeur over intramusculaire of intraveneuze toediening.
TK	Het toepassen van medicamenteuze fixatie voor het opvangen van bestaffingsproblemen/personeelstekort is niet toegelaten.

2.6. Vrijheidsbeperkende maatregelen (zonder vrijheidsberoving)	
TK	De toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen die geen vrijheidsberovende maatregelen zijn, moeten passen in het behandelplan.
TK	De toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen die geen vrijheidsberovende maatregelen zijn, worden genoteerd in het patiëntendossier.
TK	De geldende afdelingsregels worden minstens jaarlijks geëvalueerd.
TK	Zorggebruikers worden betrokken bij de evaluatie van de geldende afdelingsregels.
Aanb	Familie/context wordt betrokken bij de evaluatie van de geldende afdelingsregels.

2.7. Bepalingen specifiek voor minderjarigen	
TK	De ouders van de minderjarige worden geïnformeerd. Dit wordt genoteerd in het patiëntendossier.

MODULE 3: MIDDELEN

3.1. Architectuur

Aanb	De ruimten in de afdeling zijn aangenaam en huiselijk ingericht met een openheid naar de buitenwereld.
Aanb	Binnen de ruimten van de afdeling is er plaats voor de privacy van de zorggebruikers.
Aanb	De organisatie beschikt over een aantal comfortrooms of rustkamers.
TK	<u>Voor crisisafdelingen:</u> <ul style="list-style-type: none"> – De route naar de afzonderingskamer is geschikt voor brancardgebruik en is zo gedimensioneerd dat een brancard tweezijdig kan begeleid worden door personeel (min. 1,80 m breed). – De route naar de afzonderingskamer is vrij van hindernissen die gevaarlijke situaties met zich kunnen meebrengen en kent geen hoogteverschillen zoals drempels of trappen.
TK	Indien op de route naar de afzonderingskamer een lift wordt gebruikt, moet deze voldoende ruimte bieden aan de brancard en begeleiding.

3.2. Infrastructuur afzonderingskamer

NC	De afzonderingskamer voldoet aan de veiligheidsvoorwaarden (o.m. brandgevaar) en garandeert privacy en comfort.
NC	<u>Indien een afdeling een afzonderingskamer heeft waarborgt deze de veiligheid van de zorggebruiker en het personeel:</u> <ul style="list-style-type: none"> – De afzonderingskamer is voldoende groot, zodat er twee personeelsleden kunnen aanwezig zijn tijdens de verzorging van de zorggebruiker. – De deur van de afzonderingskamer is voldoende breed, zodat er twee personeelsleden een zorggebruiker kunnen begeleiden naar de afzonderingskamer. – De afzonderingskamer is voorzien van een sas dat voldoende ruim is. – De deuren gaan naar buiten open. – De deuren zijn brandveilig, de afzonderingskamer bevat een systeem van branddetectie. – De afzonderingskamer is voorzien van een bereikbaar oproepsysteem (<i>ook voor de gefixeerde zorggebruiker</i>). De zorggebruiker moet steeds contact kunnen maken met de zorgverlener. – Indien er een bed is, is het veilig: verankerd in de grond, brandvrije matras en scheurvast linnen. – Een zorggebruiker kan de vaste inrichting en voorwerpen niet gebruiken om zichzelf te verwonden, het personeel te bedreigen of de infrastructuur te beschadigen. – De vloeren, wanden en plafonds in de afzonderingskamer worden vlak uitgevoerd zodat zij geen uitstekende delen bevatten waaraan de zorggebruiker zich kan verwonden of hem houvast bieden. – Er is een visuele observatiemogelijkheid van de afzonderingskamer: kijkraam en camera.
TK	<u>De afzonderingskamer garandeert een menswaardig verblijf:</u> <ul style="list-style-type: none"> – De privacy van de zorggebruiker is gewaarborgd. – Inkijk op de afzonderingskamer van buitenaf of door andere zorggebruikers is niet mogelijk. – De geluidsisolatie in de afzonderingskamer is dusdanig uitgevoerd zodat geluidshinder in de overige verblijfsruimte voldoende wordt tegengegaan. – De afzonderingskamer beschikt over daglicht. Het raam kan niet open, er is geen inkijk en er is een verduistermogelijkheid. – De afzonderingskamer (of het sas) is voorzien van een toilet.

	<ul style="list-style-type: none"> – Het sas van de afzonderingskamer is voorzien van een lavabo. – In het sas of in de buurt van de afzonderingskamer is er mogelijkheid tot douchen. – De afzonderingskamer beschikt over klimaatregeling. – Vanuit de afzonderingskamer is een klok zichtbaar (<i>ook voor gefixeerde zorggebruikers</i>). – De afzonderingskamer wordt zodanig geventileerd dat er geen geuroverlast ontstaat.
TK	De camerabewaking van de afzonderingskamer bestrijkt de hele kamer.
TK	Er wordt geen herkenbaar beeldmateriaal gemaakt van omkleden, gebruik van toilet, handelingen voor hygiëne (<i>bv. gepixelde beelden</i>).
NC	De toezichtmonitor van de camera dient zo geplaatst te zijn dat zorggebruikers of bezoekers het scherm niet kunnen zien.
Aanb	De organisatie past nieuwe ontwikkelingen toe in de afzonderingskamer (<i>bv. communicatiepaneel met apps, audiovisuele middelen</i>).
Aanb	De afzonderingskamer biedt uitzicht op buiten.
TK	Bij brand moeten de deuren uit het slot vallen en van binnenuit geopend kunnen worden.