

Derde meerjarige programma
kwaliteit en patiëntveiligheid

2018-2022

**BEGELEIDENDE NOTA
MEERJARIGE PROGRAMMA 2018-2022**

Januari 2018

INHOUD

1.	INLEIDING	1
2.	VISIE VAN DE FOD VOLKSGEZONDHEID	2
3.	VISIE OP GEMEENSCHAPSGERICHTE ZORG.....	4
4.	ALGEMEEN KADER.....	6
5.	GENERIEKE THEMA'S.....	8
5.1	Wat wordt gevraagd voor informatieoverdracht?.....	8
5.2	Wat wordt gevraagd voor patiëntenparticipatie?.....	9
5.3	Wat wordt gevraagd voor leiderschap, strategie en beleid?	10
6.	SPECIFIEKE THEMA'S.....	12
6.1	Medicamenteuze zorg	12
6.2	Somatische zorg	13
6.3	Vrijheidsbeperkende maatregelen	14
6.4	Auto-agressie.....	15
6.5	Agressie	17
6.6	Wegloopgedrag.....	18
6.7	Valincidenten.....	19
7.	VEILIGHEIDSMANAGEMENT.....	21
7.1	Comité patiëntveiligheid.....	21
7.2	Ziekenhuisbreed meld-en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten	21
7.3	Classificatie van incidenten (WHO-taxonomie).....	22
7.4	Retrospectieve incidentanalyse	23
7.5	Proactieve risicoanalyse	23
7.6	Veiligheidscultuurmeting	24
7.7	Wat wordt gevraagd voor veiligheidsmanagement ?.....	24
8.	DANKWOORD	26
9.	BIJLAGE: VOORBEELDEN VAN ACTIES.....	27

1. INLEIDING

Om de coördinatie van de kwaliteit en patiëntveiligheid in Belgische ziekenhuizen progressief te bevorderen en te ondersteunen werd sinds juli 2007 een bijkomende financiering goedgekeurd in het onderdeel B4 van het budget van de financiële middelen.

Een eerste programma van vijf jaar werd ontwikkeld in 2007 en was gebaseerd op 3 pijlers: structuur, proces en resultaat (cf. triade van Donabedian). Tussen 2013 en 2017 namen de ziekenhuizen deel aan een tweede programma dat sterk geënt was op de accrediteringsvereisten van de *Joint Commision Intenational* (JCI) en het Nederlands Instituut voor Kwaliteit van de Zorg (NIAZ).

Zowel het eerste als het tweede programma werd aangeboden aan de algemene, de psychiatrische en de Sp-ziekenhuizen.

Vanaf 2018 wordt, voor de algemene ziekenhuizen, een *Pay for Performance programma* (P4P) ingevoerd. Voor de psychiatrische ziekenhuizen wordt een derde meerjarige programma geïntroduceerd. De Sp-ziekenhuizen vallen onder een andere regeling. De financiering van de Vlaamse Sp-ziekenhuizen werd door de zesde staatshervorming overgeheveld naar de Vlaamse regio waardoor een derde programma op federaal niveau voor deze ziekenhuizen niet meer van toepassing kan zijn. De Franstalige Sp-ziekenhuizen kregen een specifiek statuut waardoor ze vanaf 2018 kunnen deelnemen aan het derde programma kwaliteit en patiëntveiligheid voor de psychiatrische ziekenhuizen.

Het derde meerjarige programma kwaliteit en patiëntveiligheid werd, zoals de twee vorige programma's, gefaseerd uitgewerkt en de psychiatrische ziekenhuizen (inclusief de Sp-ziekenhuizen met een specifiek statuut) kunnen, op basis van jaarlijkse contracten, deelnemen.

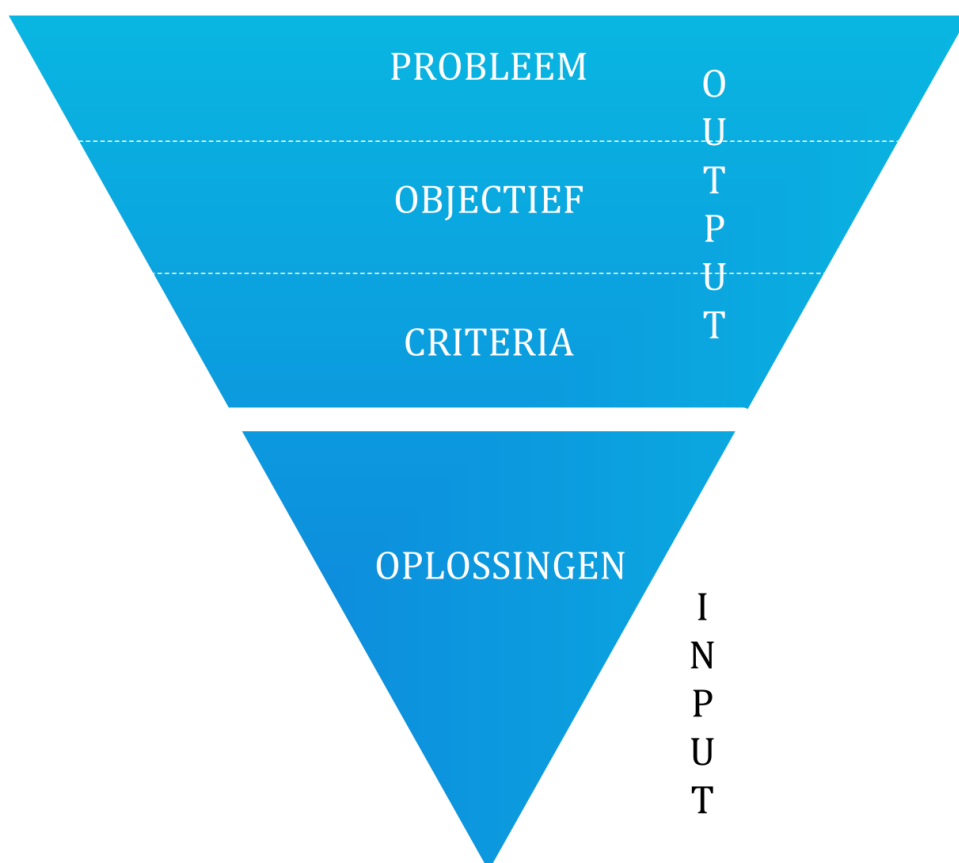
Deze begeleidende nota licht de inhoud van het derde meerjarige programma kwaliteit en patiëntveiligheid voor de psychiatrische ziekenhuizen toe dat start op 1 januari 2018 en afloopt op 31 december 2022.

2. VISIE VAN DE FOD VOLKSGEZONDHEID

Voor het operationaliseren van het meerjarenplannen heeft de FOD Volksgezondheid zich laten inspireren door een model van outputmanagement zoals beschreven in het boek 'Leidinggeven zonder bevelen' van Filip Vandendriessche en Jef Clement (2006)¹. Via dit model wordt inzicht verkregen in de factoren die een belangrijke rol spelen bij het invoeren van veranderingen. Cruciaal inzicht hierbij is dat een oplossing aan kracht wint wanneer ze niet alleen een doel dient maar ook een maatschappelijk aanvaard probleem oplost. De slaagkans van een operationeel plan zoals het derde meerjarige programma is aanzienlijk groter wanneer het uitgaat van doelen en niet van oplossingen. Om veranderingen op een duurzame manier door te voeren worden vier niveaus onderscheiden (figuur 1).

1. het probleem;
2. het te bereiken doel;
3. de criteria waaraan de oplossing moet voldoen;
4. de oplossing.

Figuur 1: Vier niveaus om een probleem op te lossen



¹ F. Vandendriessche, J. Clement, 2006. Leidinggeven zonder bevelen. De Outputmanager. Een praktijkboek over leidinggeven vanuit visie. Uitgeverij Lannoo, nv, Tielt en Scriptum Uitgeverij, Schiedam.

In *people management* termen zijn de niveaus 1 tot en met 3 het werkgebied van de manager. Niveau 4 is het domein van de medewerker die aldus zijn expertise en zijn ervaring kan aanwenden om zelf oplossingen te bedenken. Indien de manager het probleem, het doel en de criteria duidelijk heeft gesteld kan de medewerker in alle vrijheid zijn eigen oplossingen uitwerken.

Als dit model van outputmanagement toegepast wordt op het meerjarige programma kwaliteit en patiëntveiligheid dan kan gesteld worden dat 'probleem', 'doel' en 'criteria' behoren tot de verantwoordelijkheid van het ziekenhuismanagement en de FOD Volksgezondheid en dat de 'oplossing' in handen ligt van de ziekenhuismedewerker omdat die als geen ander het werkveld kent. Om de oplossing te bereiken, kan de ziekenhuismedewerker indien nodig rekenen op de steun van het ziekenhuismanagement en de FOD Volksgezondheid.

De FOD Volksgezondheid heeft criteria geformuleerd (niveau 3) en wil hiermee richtinggevend zijn op outputvlak en tegelijk maximaal een beroep doen op de autonomie van elke zorginstelling.

Dit meerjarige programma werd ontwikkeld door de FOD Volksgezondheid, meer bepaald door de Cel Kwaliteit en Patiëntveiligheid, in nauwe samenwerking met de Dienst Psychosociale Gezondheidszorg. Daarnaast werden ook de netwerken van kwaliteitscoördinatoren zeer intensief betrokken, zowel langs Nederlandstalige als langs Franstalige zijde. Aan de hand van een literatuurstudie werden de belangrijkste thema's met betrekking tot patiëntveiligheid en kwaliteit in de psychiatrische ziekenhuizen geselecteerd. Door feedback van de netwerken van kwaliteitscoördinatoren werden een aantal thema's toegevoegd en een schematische voorstelling van het derde meerjarige programma ontwikkeld. Zij hebben eveneens een lijst met mogelijke acties, die kunnen ondernomen worden om aan de criteria te voldoen, opgesteld. Door de kwaliteitscoördinatoren nauw te betrekken bij de uitwerking werden thema's gekozen die relevant en kenmerkend zijn voor de psychiatrische ziekenhuizen, zoals agressie, zelfverwondend gedrag en vrijheidsbeperkende maatregelen.

Voor de psychiatrische ziekenhuizen is het derde meerjarige programma een echte opportuniteit aangezien het specifiek voor en in samenwerking met hen werd ontwikkeld.

3. VISIE OP GEMEENSCHAPSGERICHTE ZORG

De hervorming van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) heeft als doel een meer gemeenschapsgerichte zorg door het bestaande zorgaanbod beter af te stemmen op de noden en behoeften van personen met psychische problemen en dit zoveel als mogelijk in de eigen leefomgeving van de cliënt. Men beoogt een geleidelijke evolutie van een aanbod gestuurde, hoofdzakelijk residentiële, GGZ naar een vraag gestuurde, meer gedifferentieerde GGZ. Via netwerken tussen de voorzieningen worden zorgcircuits gerealiseerd². Op deze manier wordt een volledig GGZ-aanbod voorzien voor een specifieke leeftijdsdoelgroep van personen met psychische problemen. De verschillende partners van het zorgcircuit binnen een netwerk worden beter op elkaar afgestemd.

Een gemeenschapsgerichte zorg steunt op volgende pijlers (thema's): herstelvisie, patiënt- en familieparticipatie en continuïteit van de zorg. De thema's patiënt- en familieparticipatie en continuïteit van de zorg zijn kernelementen (generieke thema's) binnen het derde meerjarige programma.

Het opnemen van deze visie in het derde meerjarige programma heeft als doel het thema "kwaliteit en patiëntveiligheid" te integreren in het netwerk. De hervorming van de GGZ beoogt immers een evolutie van een organisatie-denken naar een netwerk-denken, waarbij patiënt- en familieparticipatie en continuïteit van de zorg niet mogen eindigen bij het ontslag van de patiënt uit het ziekenhuis. Het ziekenhuis en de andere actoren binnen een netwerk zorgen samen voor een efficiënte opvolging van patiënten, verzekeren de continuïteit van de zorg en staan in voor een beter aanbod en kwaliteit van de zorg.

De netwerkcoördinator, die hierin een cruciale rol speelt, stuurt een netwerk aan. Deze heeft kennis van de middelen en de structuren binnen het netwerk en faciliteert de samenwerking tussen de verschillende actoren binnen eenzelfde netwerk.

Met het derde meerjarige programma wil de FOD de ziekenhuizen stimuleren om een strategisch plan te ontwikkelen m.b.t. gemeenschapsgerichte zorg, waarbij de focus wordt gelegd op patiënt- en familieparticipatie en continuïteit van de zorg. Het strategisch plan van een instelling is gebaseerd op deze van het netwerk waartoe de instelling behoort. Dit wil zeggen dat er op het (bestaand) strategisch plan van het netwerk verder wordt gewerkt en deze wordt aangepast aan de eigen instelling. Daarnaast wordt aangemoedigd om op een systematische manier samen te

² Een **zorgcircuit** omvat het volledige GGZ-aanbod afgestemd op de specifieke behoeften van een leeftijdsdoelgroep. Het voorziet in alle mogelijke zorgmodules voor personen met psychische problemen behorend tot een specifieke leeftijdsgroep: kinderen en jongeren, (jong)volwassenen of ouderen. Elk zorgcircuit wordt georganiseerd door samenwerking tussen zorgaanbieders. Die samenwerking wordt geconsolideerd in een **zorgnetwerk**: dit is een netwerk van zorgaanbieders die samen één of meerdere zorgcircuits realiseren.

werken met de verschillende actoren binnen het netwerk (en de netwerkcoördinatoren) om een continuïteit van de zorg te waarborgen en patiënt- en familieparticipatie te stimuleren.

4. ALGEMEEN KADER

Het derde meerjarige programma kwaliteit en patiëntveiligheid start op 1 januari 2018, loopt af op 31 december 2022 en omvat vijf jaarlijkse contracten.

Verschillende elementen bouwen gedeeltelijk verder op activiteiten uit vorige jaren maar ook nieuwe onderwerpen, die specifiek zijn voor de psychiatrische ziekenhuizen en die verband houden met de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg, worden naar voor geschoven.

Analoog aan het tweede meerjarige programma werd een onderscheid gemaakt tussen generieke en specifieke thema's.

De specifieke thema's werden gekozen op basis van een literatuuronderzoek naar de meest voorkomende veiligheidsincidenten in de psychiatrische ziekenhuizen. Daarnaast werd samengewerkt en afgestemd met het netwerk Psychiatrische ziekenhuizen en Qualpsy. Deze bottom-up benadering zorgt ervoor dat de inhoud van het derde meerjarige programma overeenstemt met de prioriteiten op het gebied van kwaliteit en patiëntveiligheid in de psychiatrische ziekenhuizen.

De **generieke thema's** zijn (1) informatieoverdracht, (2) patiëntenparticipatie en (3) leiderschap, strategie en beleid. De **specifieke thema's** worden gegroepeerd in twee pijlers: veilige zorgprocessen (=pijler A) en klinisch risicomanagement (= pijler B). **Veilige zorgprocessen** zijn processen en procedures die een kwalitatieve en veilige zorg waarborgen. De hulpverlener weet precies wat van hem/haar verwacht wordt en de patiënt staat centraal. Veilige zorgprocessen anticiperen eveneens op thema's van pijler B, **klinisch risicomanagement**. Veilige zorgprocessen kunnen namelijk risico's en risicogedrag voorkomen. Door een goed uitgewerkt klinisch risicomanagement, hebben hulpverleners handvaten om preventief op te treden en adequaat om te gaan met risicogedrag. De literatuur toont aan dat de risico's die meest voorkomende incidenten veroorzaken auto-agressie, agressie, wegloupgedrag en vallen zijn.

De specifieke thema's van pijler A, veilige zorgprocessen, zijn:

1. Medicamenteuze zorg
2. Somatische zorg
3. Vrijheidsbeperkende maatregelen

De specifieke thema's van pijler B, klinisch risicomanagement, zijn:

1. Auto-agressie (suicide/ zelfverwondend gedrag)
2. Agressie
3. Weglopgedrag
4. Valincidenten

Een derde pijler, **veiligheidsmanagement** (= pijler C), overkoepelt zowel de specifieke als de generieke thema's. Pijler C omvat de veiligheidscultuur, proactieve risicoanalyse, opleiding en continu verbeteren, melden, analyseren en leren. Deze pijler is een voortzetting van het veiligheidsmanagementsysteem uit voorgaande meerjarige programma's.

In figuur 2 wordt een schematische voorstelling of matrix van het derde meerjarige programma, met de verschillende pijlers en thema's, afgebeeld. Aan de hand van deze matrix in het verband tussen de generieke en specifieke thema's eveneens zichtbaar.

Figuur 2: Schematische voorstelling van het derde meerjarige programma

C: VEILIGHEIDSMANAGEMENT: veiligheidscultuur; proactieve risicoanalyse; opleiding en continu verbeteren; melden, analyseren en leren					
			Informatie-overdracht	Participatie patiënt	Leiderschap, strategie en beleid
A: VEILIGE ZORGPROCESSEN	medicamenteuze zorg	criterium A 1	criterium A 4	criterium A 7	
	somatische zorg	criterium A 2	criterium A 5	criterium A 8	
	vrijheidsbeperkende maatregelen	criterium A 3	criterium A 6	criterium A 9	
B: KLINISCH RISICO-MANAGEMENT	auto-agressie (suicide/automutilatie)	criterium B 1	criterium B 5	criterium B 9	
	agressie	criterium B 2	criterium B 6	criterium B 10	
	wegloopgedrag	criterium B 3	criterium B 7	criterium B 11	
	valincidenten	criterium B 4	criterium B 8	criterium B 12	

Er wordt een onderscheid gemaakt tussen verplichte en niet-verplichte thema's. De **verplichte thema's** zijn het veiligheidsmanagement enerzijds en de medicamenteuze zorg anderzijds. Voor de **niet-verplichte thema's** kiest het ziekenhuis één thema uit veilige zorgprocessen (= pijler A) en één thema uit klinisch risicomanagement (= pijler B).

5. GENERIEKE THEMA'S

De generieke thema's zijn:

1. Informatieoverdracht
2. Patiënt- en familieparticipatie
3. Leiderschap, strategie en beleid

Na de beschrijving van het thema wordt ingegaan op wat van de ziekenhuizen tegen 2022 wordt gevraagd. De elementen zullen jaarlijks expliciet worden bevraagd.

5.1 Wat wordt gevraagd voor informatieoverdracht?

Een efficiënte samenwerking tussen patiënt en zorgverlener enerzijds en tussen zorgverleners anderzijds is een essentiële voorwaarde om de continuïteit van de zorg te garanderen. De uitwisseling van patiënteninformatie doorheen het hele zorgproces (waaronder opname, shiftwisseling, transfer binnen of buiten het ziekenhuis, patiëntenrondes en ontslag), is daar een belangrijk onderdeel van.³

Aangezien interventies/processen doorgaans starten na een mondelinge (bv. briefing) of schriftelijke (bv. ontslagformulier) verslaggeving, is een optimale communicatie in de gezondheidszorg essentieel. Een slechte of gebrekkige communicatie tussen zorgverleners en/of tussen zorgverleners en patiënt en zijn/haar omgeving, is een belangrijke oorzaak van patiëntveiligheidsincidenten. Onderzoek toont namelijk aan dat in 70% van de incidenten, communicatiefouten aan de basis liggen van patiëntveiligheidsincidenten^{4,5}.

Een efficiënte informatieoverdracht is een grote uitdaging in de gezondheidszorg, niet alleen voor het ziekenhuis maar ook voor andere, transmurale, zorgactoren. De communicatie verloopt zowel interdisciplinair als multidisciplinair en verschillende methodes worden daarbij gebruikt (mondeling, schriftelijk, elektronisch of een combinatie van methodes).

Gedurende de volledige looptijd van het derde meerjarige programma (2018-2022):

- wordt aan de ziekenhuizen gevraagd om jaarlijks te rapporteren over de criteria gekoppeld aan de specifieke thema's (zie hoofdstuk 6: specifieke thema's);

³ Flemming, D., Paul, M., & Hübner, U. (2014). Building a common ground on the clinical case: design, implementation and evaluation of an information model for a Handover EHR. *Studies in health technology and informatics*, 201, 167-174.

⁴ Health Canada. (2007). The working conditions of nurses: Confronting the challenges. *Strengthening the Policy-Research Connection*, 13, 1- 46. Geraadpleegd op 12 februari 2018 van http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-eng.pdf

⁵ Lang, A., & Edwards, N. (2006). *Safety in home care: Broadening the patient safety agenda to include home care services. Report for the Canadian Patient Safety Institute*. Geraadpleegd op 12 februari 2018 van <http://www.patientsafetyinstitute.ca/>

- zal de cel kwaliteit en patiëntveiligheid elementen bevragen die belangrijk zijn voor informatieoverdracht en om na te gaan of eventueel bijkomende initiatieven ter ondersteuning moeten worden genomen en voor welke doelgroepen. De bevroegde thema's gaan onder andere over:
 - het multidisciplinair overleg
 - het (elektronisch) patiëntendossier
 - de informatieoverdracht bij opname, shiftwisseling, transfert en ontslag
 - de debriefing en analyse op teamniveau van (ernstige) incidenten
 - de risicotaxatie, incl. de identificatie van mogelijke triggers (zelfverwondend gedrag, medicatie,...)

5.2 Wat wordt gevraagd voor patiëntenparticipatie?

Patiëntenparticipatie in de geestelijke gezondheidszorg wordt omschreven als de actieve deelname aan activiteiten (planning, evaluatie, hulpverlening, onderzoek, training, etc.) en inspraak in besluitvorming, waarbij men vertrekt van de ervaringsdeskundigheid van de patiënt en samenwerkt met zorgverleners. Patiëntenparticipatie kan zich zowel op het individuele als het collectieve niveau situeren⁶.

Patiëntenparticipatie heeft betrekking op de rechten en mogelijkheden van de patiënt om een invloed uit te oefenen op en betrokken te worden bij de besluitvorming van zijn/haar zorg. Dit wordt bekomen door zowel de voorkeuren, het potentieel en de ervaringsdeskundigheid van de patiënten te combineren met de vakkennis van de hulpverlener. Wanneer patiëntenparticipatie zich op het collectieve niveau bevindt, trachten patiënten, of de organisaties die patiënten vertegenwoordigen, bij te dragen tot de vormgeving van de gezondheids- en sociale zorg. En dit door middel van actieve betrokkenheid aan activiteiten op het individuele-, organisatorische- en beleidsniveau.

Patiëntenparticipatie leidt tot een kwaliteitsverbetering van de (geestelijke) gezondheidszorg doordat de noden van de patiënt worden geïncorporeerd in de zorg. Bovendien wordt empowerment van de patiënten gestimuleerd, zijn/haar betrokkenheid verhoogd en leert de patiënt om te gaan met zijn/haar ziekte en zijn/haar competenties te gebruiken^{7,8,9}.

Er kan een spanningsveld ontstaan tussen acties die de patiëntveiligheid bevorderen en de autonomie van patiënten. Maatregelen zoals vrijheidsbeperking kunnen op het eerste gezicht de

⁶ Tambuyzer, E., Gelders, C., Spruytte, N., Jacob, B. & Van Audenhove, C. (2010). Participatie van patiënten en mantelzorgers in de therapeutische projecten. Geraadpleegd op 14 februari 2018 van <https://lirias.kuleuven.be/handle/123456789/287355>

⁷ Hickey, G., & Kipping, C. (1998). Exploring the concept of user involvement in mental health through a participation continuum. *Journal of clinical nursing*, 7(1), 83-88.

⁸ LUCAS – K.U. Leuven (2010). Een starterskit voor betere GGZ: visie en methodieken. Geraadpleegd op 14 februari 2018 van <http://www.psy107.be>

⁹ World Health Organization. (2010). User empowerment in mental health: a statement by the WHO Regional Office for Europe-empowerment is not a destination, but a journey. Geraadpleegd op 14 februari 2018 van <http://apps.who.int>

bewegingsvrijheid van patiënten beperken, terwijl ze eigenlijk bedoeld zijn om de veiligheid van de patiënt en zijn omgeving te waarborgen¹⁰.

Gedurende de volledige looptijd van het derde meerjarige programma (2018-2022)

- wordt aan de ziekenhuizen gevraagd om jaarlijks te rapporteren over de criteria gekoppeld aan de specifieke thema's (zie hoofdstuk 6: specifieke thema's);
- zal de cel kwaliteit en patiëntveiligheid elementen bevragen die belangrijk zijn voor patiëntempowerment en om na te gaan of eventueel bijkomende initiatieven ter ondersteuning moeten worden genomen en voor welke doelgroepen. De bevroegde thema's gaan over:
 - het responsabiliseren van patiënten over de eigen rol in het individueel zorgtraject;
 - het aanbieden van educatie, aangepast aan de noden en de behoeften van de patiënt;
 - het informeren van de patiënt over zijn/haar zorg, aangepast aan de noden en de behoeften van de patiënt;
 - het informeren van de omgeving van de patiënt, mits geïnformeerde toestemming, over de zorg van de patiënt;
 - de mogelijkheid voor patiënten om in de eigen taal te kunnen communiceren met de zorgverstrekkers;
 - in acht nemen van en de zorg aanpassen in functie van specifieke zorgbehoeften van de patiënt;
 - het opstellen van een signaalkaart/crisiskaart samen met de patiënt (en naasten);
 - debriefing en analyse op teamniveau van (ernstige) incidenten;
 - het stimuleren van patiënten, mantelzorgers en familie om alert te zijn op veiligheidsrisico's;
 - het samenwerken van ziekenhuizen met patiëntenorganisaties en met organisaties van mantelzorgers/familieleden;
 - een (periodieke) vertegenwoordiging en/of structurele communicatie van en met patiënten of patiëntenverenigingen in de raden van bestuur;
 - het betrekken van patiënten of patiëntenverenigingen bij zorgprocessen.

5.3 Wat wordt gevraagd voor leiderschap, strategie en beleid?

Leiderschap omvat de houding en het gedrag, op basis van de missie en visie, van alle personen binnen de organisatie die een richtinggevende verantwoordelijkheid hebben. Hieronder vallen alle leden van de directie, managers, teamleiders, enz. . Zij hebben een voorbeeldrol voor anderen binnen de organisatie en zijn de inspirerende en drijvende kracht achter de continue verbetering

¹⁰ Bowers, L., N., Crowhurst, N., Alexander, J., Callaghan, P., Eales, S., Guy, S., et al. (2002). Safety and security policies on psychiatric acute admission wards: Results from a London-wide survey. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 427-433.

binnen een organisatie. Leidinggevendens voeren hun taak op zo'n manier uit dat de medewerkers zich ook betrokken en aangesproken voelen om hun verantwoordelijkheid op te nemen¹¹.

Aan de hand van de strategie en het beleid tracht men de missie en visie te vertalen naar de doelstellingen van de organisatie en de acties die ondernomen moeten worden om deze doelstellingen te bereiken. Het beleid en de strategie worden dus geformuleerd in concrete en meetbare termen.

Gedurende de volledige looptijd van het derde meerjarige programma (2018-2022):

- wordt aan de ziekenhuizen gevraagd om jaarlijks te rapporteren over de criteria gekoppeld aan de specifieke thema's;
- zal de cel kwaliteit en patiëntveiligheid elementen bevragen die cruciaal zijn voor leiderschap, strategie en beleid om na te gaan of eventueel bijkomende initiatieven ter ondersteuning moeten worden genomen en voor welke doelgroepen. De bevroagde thema's gaan over:
 - de mate waarin het intern auditsysteem, indien aanwezig, wordt gebruikt als een sturingsinstrument voor het management om na te gaan in hoeverre in de instelling afwijkingen bestaan tussen de doelstellingen en de realiteit;
 - de mate waarin interne audits en de resultaten ervan worden gebruikt om verbetermaatregelen te nemen;
 - de mate waarin klinisch leiderschap wordt versterkt;
 - de mate waarin geborgd wordt dat alle medewerkers op alle niveaus verantwoordelijkheid opnemen voor kwaliteitsvolle en veilige zorg;
 - de mate waarin (ver)nieuw(d)e processen systematisch proactief geëvalueerd worden op mogelijke patiëntveiligheidsrisico's;
 - de mate waarin stappen worden gezet om te komen tot een Enterprise Risk Managementsysteem, een beheersplan met alle risico's waarmee een ziekenhuis kan worden geconfronteerd.

¹¹ INK-managementmodel. Geraadpleegd op 20 februari van <http://www.ink.nl/model/ink-managementmodel>.

6. SPECIFIEKE THEMA'S

In dit hoofdstuk wordt verder ingegaan op de specifieke thema's, die worden opgedeeld in twee pijlers: veilige zorgprocessen (=pijler A) en klinisch risicomanagement (= pijler B).

Achtereenvolgens wordt de definitie van elk thema, de strategische objectieven en de criteria voor het meerjarige programma 2018-2022 besproken. De criteria zijn zowel gerelateerd aan een specifiek thema, als aan een generieke thema's. Aan de hand van de matrix (figuur 2 op pagina 7) wordt duidelijk hoe de generieke thema's geïntegreerd zijn in de specifieke thema's. Bijvoorbeeld, voor het specifieke thema 'medicamenteuze zorg' wordt een criterium voor elk generiek thema bepaald (criterium A1, A4 en A7). In bijlage 1 worden per criterium mogelijke acties voorgesteld.

6.1 Medicamenteuze zorg

Definitie van medicamenteuze zorg

Medicamenteuze zorg omvat het totaal van door verschillende zorgverleners te ondernemen activiteiten, die nodig zijn om op het juiste moment het juiste geneesmiddel in de juiste vorm en dosering aan de juiste patiënt te geven. Hiertoe behoren ook de benodigde voorlichting aan en begeleiding van de patiënt en zijn familie of mantelzorgers¹².

Strategisch objectief tegen 2022 voor medicamenteuze zorg

Medicamenteuze zorg is een prioritair aandachtspunt in het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid van de instelling waarbinnen alle betrokken actoren hun verantwoordelijkheid opnemen, inclusief de patiënt en zijn familie.

Criteria voor medicamenteuze zorg

In figuur 3 worden de criteria voor medicamenteuze zorg geëxpliciteerd. In bijlage 1 worden per criterium mogelijke acties voorgesteld.

Figuur 3: Criteria voor medicamenteuze zorg

Medicamenteuze zorg	
Informatieoverdracht	Criterium A 1: De informatieoverdracht van de medicamenteuze zorg zodanig organiseren dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.
Patiëntenparticipatie	Criterium A 4: De participatie van de patiënt en zijn/haar familie aan de medicamenteuze zorg, naargelang hun behoeften en mogelijkheden, zodanig organiseren dat de patiënt hierover grondig

¹² Farmaceutische zorg door arts en apotheker. Geraadpleegd op 20 februari 2018 van https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Farmaceutische_zorg.pdf

	geïnformeerd is, actief kan bijdragen en in alle omstandigheden zelf autonoom en gepast kan handelen.
Leiderschap, strategie en beleid	Criterion A 7: Een strategie en beleid over medicamenteuze zorg ontwikkelen zodanig dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.

6.2 Somatische zorg

Definitie van somatische zorg

Somatische screening bevordert de preventie en tijdige herkenning en behandeling van somatische problemen. In zestig procent van de overlijdens bij mensen met een psychiatrische aandoening, gaat het over behandelbare ziektes, zoals cardiovasculaire aandoeningen, diabetes en hypertensie¹³. Deze groep heeft een verhoogd risico op somatische aandoeningen door een hogere prevalentie van risicofactoren, waaronder roken, verminderde lichamelijke activiteit, iatrogene effecten van psychofarmaca (cf. het metabool syndroom)¹⁴. Echter, onderzoek toont aan dat de somatische zorg bij mensen met een psychiatrische aandoening van een mindere kwaliteit is, waardoor het risico op onderdiagnose en onderbehandeling verhoogt^{15,16}. Symptomen worden vaak verward met psychiatrische aandoeningen en somatisch onderzoek wordt niet systematisch uitgevoerd^{17,18}.

Strategisch objectief tegen 2022 voor somatische zorg

Somatische zorg is een prioritair aandachtspunt in het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid van de instelling waarbinnen alle betrokken actoren hun verantwoordelijkheid opnemen, inclusief de patiënt en zijn familie.

Criteria voor somatische zorg

In figuur 4 worden de criteria voor somatische zorg geëxpliciteerd. In bijlage 1 worden per criterium mogelijke acties voorgesteld.

Figuur 4: Criteria voor somatische zorg

¹³ Cook J. (2011). Physical wellness: an integral feature of recovery. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 34: 271-2.

¹⁴ Thornicroft G. (2011). Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *Br J Psychiatry*, 199: 441-2.

¹⁵ De Hert, M., Correll, C. U., Bobes, J., Cetkovich-Bakmas, M. A. R. C. E. L. O., Cohen, D. A. N., Asai, I., ... & Newcomer, J. W. (2011). Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World psychiatry*, 10(1), 52-77.

¹⁶ Van Alphen C, Ammeraal M, Blanke C, Boonstra H, Boumans R, Bruggeman S, Casteley FL, et al. (2012). Multidisciplinaire richtlijn Schizofrenie. Utrecht: De Tijdstroom.

¹⁷ Crul, B.V.M., Rijkse W.P. (2005). Psychisch blijkt toch somatisch. *Medisch Contact*, 48: 1940-2.

¹⁸ Crul, B.V.M., Rijkse W.P. (2006). Psychiater gaat óók over de somatiek. *Medisch Contact*, 37: 1458-61.

Somatische zorg	
Informatieoverdracht	Criterion A 2: De informatieoverdracht van de somatische zorg zodanig organiseren dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.
Patiëntenparticipatie	Criterion A 5: De participatie van de patiënt en zijn/haar familie aan de somatische zorg, naargelang hun behoeften en mogelijkheden, zodanig organiseren dat de patiënt hierover grondig geïnformeerd is, actief kan bijdragen en in alle omstandigheden zelf autonoom en gepast kan handelen.
Leiderschap, strategie en beleid	Criterion A 8: Een strategie en beleid over somatische zorg ontwikkelen zodanig dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.

6.3 Vrijheidsbeperkende maatregelen

Definitie van vrijheidsbeperkende maatregelen^{19, 20, 21}

Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn alle therapeutische maatregelen die een beperking van de keuzevrijheid en/of de bewegingsvrijheid van de patiënt inhouden tijdens de psychiatrische zorg, naast of binnen het wettelijk kader van de gedwongen opname.

Elke zorgverlener waakt erover dat dergelijke maatregelen worden toegepast onder de best mogelijke omstandigheden voor de patiënt en binnen de geldende wetgeving betreffende de rechten van de patiënt. Met de grootste aandacht wordt getracht de toestemming van de patiënt te bekomen, gebruik makend van passende overlegmethodieken.

Vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen enkel en alleen genomen worden indien de toestand van de patiënt dit vereist en andere geschikte vormen van (vrijwillige) behandeling/zorg uitgeput zijn. Een vrijheidsbeperkende maatregel kan een dwangmaatregel zijn of worden, waarbij zonder toestemming van de patiënt gehandeld wordt.

Ook al zijn de maatregelen bedoeld om de integriteit van de patiënt en/of anderen te bewaren, zij kunnen aanleiding geven tot een negatief zelfbeeld, verwardheid, onrust, angst, depressie en agressie.

Daarnaast kan het beperken van de bewegingsvrijheid leiden tot fysieke schade zoals decubitus, spieratrofie, incontinentie, hartstilstand, verstikking,

¹⁹ *Toolkit GGZ – Zorg zelf voor minder vrijheidsbeperkende maatregelen in de GGZ*, Vilans, kenniscentrum voor de langdurende zorg, in samenwerking met het Trimbos-instituut, kenniscentrum GGz en verslavingszorg, Juni 2012.

²⁰ CNO (College of Nurses of Ontario), *Practice standard "Restraints"*, juni 2009.

²¹ APA, American Psychiatric Association's Committee on Patient Safety. *SAFE MD. Practical Applications and Approaches to Safe Psychiatric Practice*, 2009.

Vormen van vrijheidsbeperkende maatregelen (structureel of situationeel) zijn onder andere:

- alle vormen van regelgeving in kader van de therapie,
- dwangbehandeling,
- medicatie onder dwang,
- verplicht geldbeheer,
- beperking van het uitgaan en het bezoek,
- afzondering,
- fixatiemaatregelen,
- verbod op gevaarlijke voorwerpen, toxische stoffen, het gebruik van een GSM, ...
- enz...

Strategisch objectief tegen 2022 voor vrijheidsbeperkende maatregelen

Vrijheidsbeperkende maatregelen zijn een prioritair aandachtspunt in het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid van de instelling waarbinnen alle betrokken actoren hun verantwoordelijkheid opnemen, inclusief de patiënt en zijn familie.

Criteria voor vrijheidsbeperkende maatregelen

In figuur 5 worden de criteria voor vrijheidsbeperkende maatregelen geëxpliciteerd. In bijlage 1 worden per criterium mogelijke acties voorgesteld.

Figuur 5: Criteria voor vrijheidsbeperkende maatregelen

Vrijheidsbeperkende maatregelen	
Informatieoverdracht	Criterion A 3: De informatieoverdracht m.b.t. vrijheidsbeperkende maatregelen zodanig organiseren dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.
Patiëntenparticipatie	Criterion A 6: De participatie van de patiënt en zijn/haar familie m.b.t. de preventie van en nazorg bij vrijheidsbeperkende maatregelen zodanig organiseren dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.
Leiderschap, strategie en beleid	Criterion A 9: Een strategie en beleid over vrijheidsbeperkende maatregelen ontwikkelen zodanig dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.

6.4 Auto-agressie

Definitie van auto-agressie

Het concept “auto-agressie” omvat in het kader van dit programma zowel zelfverwondend gedrag als poging tot suïcide en suïcide.

Opzettelijk zelfverwondend gedrag (ZVG) wordt gedefinieerd als “*sociaal onaanvaardbaar gedrag waarbij een persoon zichzelf opzettelijk en op een directe manier een fysiek letsel toebrengt zonder de intentie zichzelf van het leven te benemen*”²².

Suicide is “een daad met fatale afloop die de overledene in de wetenschap of de verwachting van een potentiële fatale afloop heeft geïnitieerd en uitgevoerd met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen”²³.

Suicidepoging is “een niet-habitueel gedrag zonder dodelijke afloop dat de persoon initieert en uitvoert met de verwachting of het risico om te overlijden of lichamelijke schade te veroorzaken en met als doel gewenste veranderingen te bewerkstelligen”²⁴.

Personen met een psychiatrische stoornis zijn een risicogroep wat betreft het ontwikkelen van zelfmoordgedachten²⁵, en personen die opgenomen worden in een psychiatrisch ziekenhuis hebben tot tien keer meer kans om te overlijden door suicide²⁶.

Strategisch objectief tegen 2022 voor auto-agressie

Auto-agressie is een prioritair aandachtspunt in het kwaliteits-en patiëntveiligheidsbeleid van de instelling waarbinnen alle betrokken actoren hun verantwoordelijkheid opnemen, inclusief de patiënt en zijn familie.

Criteria voor auto-agressie

In figuur 6 worden de criteria voor auto-agressie geëxpliciteerd. In bijlage 1 worden per criterium mogelijke acties voorgesteld.

Figuur 6: Criteria voor auto-agressie

Auto-agressie	
Informatieoverdracht	Criterium B 1: De informatieoverdracht m.b.t. auto-agressie bij patiënten zodanig organiseren dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.

²² Claes, L., Vandereycken, W. & Vertommen, H. (2007). Self-injury in female versus male psychiatric patients: A comparison of characteristics, psychopathology and aggression regulation. *Personality and Individual Differences*, 42, 611-621.

²³ De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J., Kerkhof, A., & Bille-Brahe, U. (2004). Definitions of suicidal behaviour. In D. De Leo, A. Bille-Brahe, A. Kerkhof, & A. Schmidtke (Eds.), *Suicidal Behaviour: Theories and Research Findings* (pp. 14–39). Göttingen: Hogrefe & Huber.

²⁴ De Leo, D., Burgis, S., Bertolote, J., Kerkhof, A., & Bille-Brahe, U. (2004). Definitions of suicidal behaviour. In D. De Leo, A. Bille-Brahe, A. Kerkhof, & A. Schmidtke (Eds.), *Suicidal Behaviour: Theories and Research Findings* (pp. 14–39). Göttingen: Hogrefe & Huber.

²⁵ Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395–405.

²⁶ OESO. (2014). Improving quality measurement and data collection for mental health. In Making mental health count.

Patiëntenparticipatie	Criterion B 5: De participatie van de patiënt en zijn/haar familie aan de preventie van en nazorg bij auto-agressie zodanig organiseren dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.
Leiderschap, strategie en beleid	Criterion B 9: Een strategie en beleid over auto-agressie ontwikkelen zodanig dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.

6.5 Agressie

Definitie van agressie

Agressie kan gedefinieerd worden als het fysieke of verbale gedrag van een persoon, dat dreigend is of daadwerkelijk schade aanricht aan het slachtoffer of aan een object. Dit kan tot uiting komen in een daad, een gebaar of een poging die bij het slachtoffer een gegronde angst op verwonding uitlokt. Deze verwonding kan fysisch of psychologisch van aard zijn²⁷.

Agressie is binnen de geestelijke gezondheidszorg één van de meest voorkomende incidenten die de veiligheid van patiënten in het gedrang brengt. Patiënten in de geestelijke gezondheidszorg vormen dus een zeer kwetsbare groep voor de gevolgen van agressie. En dit zowel als slachtoffer, dader of getuige. Naast agressie tussen patiënten onderling, wordt het agressieve gedrag van de patiënt voornamelijk gericht op het personeel²⁸, met name op het verpleegkundig personeel²⁹.

Hoewel agressie een gegeven is binnen de geestelijke gezondheidszorg, moet benadrukt worden dat de meerderheid van de patiënten geen agressief gedrag vertoont³⁰.

Strategisch objectief tegen 2022 voor agressie

Agressie is een prioritair aandachtspunt in het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid van de instelling waarbinnen alle betrokken actoren hun verantwoordelijkheid opnemen, inclusief de patiënt en zijn familie.

Criteria voor agressie

In figuur 7 worden de criteria voor agressie geëxpliciteerd. In bijlage 1 worden per criterium mogelijke acties voorgesteld.

Figuur 7: Criteria voor agressie

²⁷ National Institute for Health and Care excellence. *Violence and aggression: short-term management in mental health, health and community settings*. 2015. Geraadpleegd op 25 februari 2018 van <https://www.nice.org.uk/guidance/ng1>.

²⁸ Foster, C., Bowers, L., & Nijman, H. (2007). Aggressive behaviour on acute psychiatric wards: prevalence, severity and management. *Journal of Advanced Nursing*, 58, 140-149.

²⁹ Nicholls, T.L., Brink, J., Greaves, C., Lussier, P., & Verdun-Jones, S. (2009). Forensic psychiatric inpatients and aggression: An exploration of incidence, prevalence, severity, and interventions by gender. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 23-30.

³⁰ Rocca, P., Villari, V., & Bogetto, F. (2006). Managing the aggressive and violent patient in the psychiatric emergency. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30, 586-598.

Agressie	
Informatieoverdracht	Criterion B 2: De informatieoverdracht m.b.t. agressie zodanig organiseren dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.
Patiëntenparticipatie	Criterion B 6: De participatie van de patiënt en zijn/haar familie aan de preventie van en nazorg bij agressie zodanig organiseren dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.
Leiderschap, strategie en beleid	Criterion B 10: Een strategie en beleid over agressie ontwikkelen zodanig dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.

6.6 Wegloopgedrag

Definitie van wegloopgedrag

Wegloopgedrag (*absconding*) is een veel voorkomend probleem voor patiëntveiligheid binnen de geestelijke gezondheidszorg. Patiënten kunnen een gevaar vormen voor zichzelf of voor anderen, door het gevaar op zelfverwondend gedrag, suïcide, geweld, agressie en zelfverwaarlozing³¹. Het wordt gedefinieerd als het gedrag waarbij een patiënt de afdeling verlaat zonder toestemming of waarbij afspraken rond verloftermijn worden geschonden³². Wegloopgedrag kan in verschillende situaties voorkomen: op een gesloten afdeling, op een open afdeling of tijdens een begeleid verlof en tijdens een acute of langetermijnopname.

In tegenstelling tot patiënten die wegloopgedrag vertonen, hebben patiënten die ronddolen (*wandering*) niet steeds als doel de instelling zonder toestemming te verlaten of de afspraken rond verloftermijn te schenden. Ronddolen wordt gedefinieerd als de voortbeweging van patiënten die een cognitieve beperking hebben (die een invloed heeft op het geheugen, beoordelingsvermogen en ruimtelijke oriëntatie) en wiens gedrag al dan niet doelgericht is³³.

Strategisch objectief tegen 2022 voor wegloopgedrag

Wegloopgedrag is een prioritair aandachtspunt in het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid van de instelling waarbinnen alle betrokken actoren hun verantwoordelijkheid opnemen, inclusief de patiënt en zijn familie.

³¹ Brickell, T. A., Nicholls, T. L., Procyshyn, R. M., McLean, C., Dempster, R. J., Lavoie, J. A. A., Sahlstrom, K. J., Tomita, T. M., & Wang, E. (2009). *Patient safety in mental health*. Edmonton, Alberta: Canadian Patient Safety Institute and Ontario Hospital Association.

³² Scobie, S., Minghella, E., Dale, C., Thomson, R., Lelliott, P., & Hill, K. (2006). *With safety in mind: Mental health services and patient safety. Patient safety observatory report 2*. National Patient Safety Agency.

³³ Lai, C. K., & Arthur, D. G. (2003). Wandering behaviour in people with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 173-182.

Criteria voor weglooptgedrag

In figuur 8 worden de criteria voor weglooptgedrag geëxpliciteerd. In bijlage 1 worden per criterium mogelijke acties voorgesteld.

Figuur 8: Criteria voor weglooptgedrag

Weglooptgedrag	
Informatieoverdracht	Criterium B 3: De informatieoverdracht m.b.t. weglooptgedrag zodanig organiseren dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.
Patiëntenparticipatie	Criterium B 7: De participatie van de patiënt en zijn/haar familie aan de preventie van en nazorg bij weglooptgedrag zodanig organiseren dat de patiëntveiligheid en kwaliteit en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.
Leiderschap, strategie en beleid	Criterium B 11: Een strategie en beleid over weglooptgedrag ontwikkelen zodanig dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.

6.7 Valincidenten

Definitie van valincidenten

Een valincident wordt gedefinieerd als iedere ongeplande beweging waarbij de patiënt op de grond, tegen een muur of tegen een ander steunvlak terechtkomt³⁴.

Een oudere leeftijd, boven de 65 jaar, is de voornaamste risicofactor voor valincidenten³⁵. Bovendien ligt het valpercentage en het aantal val-gerelateerde verwondingen hoger bij psychogeriatrische patiënten in vergelijking met ouderen in andere gezondheidszorginstellingen.

Hoewel minder dan één val van 10 resulteert in een letsel, vereist een vijfde van de valincidenten medische aandacht. Ze worden eveneens in verband gelegd met een verhoogde morbiditeit en mortaliteit. Om die reden vormen zij een ernstig veiligheidsprobleem binnen de geestelijke gezondheidszorg³⁶.

Het is belangrijk om aan te geven dat de meeste valincidenten voorspelbaar en vermijdbaar zijn, maar bepaalde factoren staan een volledige preventie van vallen in de weg³⁷. Zo is het niet wenselijk om de autonomie en bewegingsvrijheid van de patiënt in het gedrang te brengen.

³⁴ Centrum voor Ziekenhuis- en Verplegingswetenschap – K.U.Leuven. (2004) Klinische performantie – indicatoren voor het kwaliteitsbeleid van de Vlaamse algemene ziekenhuizen.

³⁵ Scobie, S., Minghella, E., Dale, C., Thomson, R., Lelliott, P., & Hill, K. (2006). *With safety in mind: Mental health services and patient safety. Patient safety observatory report 2*. National Patient Safety Agency.

³⁶ Gillespie, L. D., Gillespie, W. J., Robertson, M. C., Lamb, S. E., Cumming, R. G., & Rowe, B. H. (2008). Interventions for preventing falls in the elderly (review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 1-112.

³⁷ McMurdo, M. E. T., & Harper, J. R. (2004). Institutional falls: Quality not quantity. *Age and Ageing*, 33, 399-404.

Strategisch objectief tegen 2022 voor valincidenten

Valincidenten zijn een prioritair aandachtspunt in het kwaliteits- en patiëntveiligheidsbeleid van de instelling waarbinnen alle betrokken actoren hun verantwoordelijkheid opnemen, inclusief de patiënt en zijn familie.

Criteria voor valincidenten

In figuur 9 worden de criteria voor valincidenten geëxpliciteerd. In bijlage 1 worden per criterium mogelijke acties voorgesteld.

Figuur 9: Criteria voor valincidenten

Valincidenten	
Informatieoverdracht	criterium B 4: De informatieoverdracht m.b.t. valincidenten bij patiënten zodanig organiseren dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.
Patiëntenparticipatie	criterium B 8: De participatie van de patiënt en zijn/haar familie aan de preventie van valincidenten zodanig organiseren dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.
Leiderschap, strategie en beleid	criterium B 12: Een strategie en beleid over valincidenten ontwikkelen zodanig dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.

7. VEILIGHEIDSMANAGEMENT

7.1 Comité patiëntveiligheid

In het kader van Veiligheidsmanagement (VMS) en het contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid', verzekert het multidisciplinaire Comité Patiëntveiligheid de coördinatie van projecten. Het Comité Patiëntveiligheid, of een andere gelijkwaardige structuur, staat mee in voor het bepalen, opvolgen en verbeteren van het patiëntveiligheidsbeleid en, daarmee samenhangend, de kwaliteit van de zorg in het ziekenhuis.

Het Comité Patiëntveiligheid, of een andere gelijkwaardige structuur, heeft onder meer de volgende verantwoordelijkheden:

- ontwikkelen van een patiëntveiligheidsbeleid op het strategisch niveau;
- de directie adviseren en aanbevelingen formuleren over te ondernemen acties om patiëntveiligheid te verbeteren;
- coördineren en opvolgen van verbeteracties op basis van geanalyseerde incidenten, bijna-incidenten of onveilige situaties;
- ziekenhuismedewerkers stimuleren en ondersteunen bij het melden van incidenten, bijna-incidenten of onveilige situaties;
- coördineren en bewaken van de opgestelde verbeteringsacties na analyse van incidenten;
- ziekenhuismedewerkers informeren over de resultaten van de doorgevoerde verbeteracties.

Een moeilijkheid ligt in het feit dat dit comité niet verplicht is en dat de structuur, de rol en de doelstellingen ervan niet duidelijk zijn gedefinieerd, zoals bijvoorbeeld voor de Comité voor ziekenhuishygiëne of het Transfusie Comité.

7.2 Ziekenhuisbreed meld-en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten

In het kader van het eerste meerjarige programma (2007–2012) werd de nadruk gelegd op het ontwikkelen van een VMS (1e pijler van het contract). Vanaf het derde contractjaar (2010) werd aan de ziekenhuizen expliciet gevraagd om een ziekenhuisbreed meld- en leersysteem voor incidenten en bijna-incidenten te implementeren.

Het gevraagde meld- en leersysteem kan ontwikkeld zijn (of worden) door het ziekenhuis, door een externe partij of door een commerciële firma. In alle gevallen dient het meld- en leersysteem te voldoen aan de criteria zoals gedefinieerd door de Federale Werkgroep Patiëntveiligheid in maart 2009. In november 2012 werden de criteria geactualiseerd. De geactualiseerde criteria zijn terug te vinden als bijlage op

https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/criteria_meld_en_leersysteem_november_2012_def.pdf.

In het meld- en leersysteem moet de mogelijkheid om anoniem te melden voorzien worden en incidenten worden, na analyse, bij voorkeur geanonimiseerd. Overeenkomstig overweging 26 van de *General Data Protection Regulation* zijn de gegevensbeschermingsbeginselen niet van toepassing op anonieme gegevens, namelijk gegevens die geen betrekking hebben op een geïdentificeerde of identificeerbare natuurlijke persoon of op persoonsgegevens die zodanig anoniem zijn gemaakt dat de betrokkene niet of niet meer identificeerbaar is.

7.3 Classificatie van incidenten (WHO-taxonomie)

Aan de ziekenhuizen wordt gevraagd om in het meld- en leersysteem de mogelijkheid te voorzien om incidenten te classificeren volgens de *International Classification for Patient Safety* van de WHO (ICPS)³⁸. De toepassing van deze uniforme en wijd verspreide taxonomie tracht zoveel als mogelijk consistentie en uitwisselbaarheid van gegevens te garanderen, zodat aggregatie binnen verschillende afdelingen of diensten van éénzelfde ziekenhuis en tussen ziekenhuizen onderling op termijn mogelijk wordt. Het streefdoel hierbij is leren van elkaar om zelf te verbeteren. Een volledige classificatie van een incident is niet altijd zinvol en zeker niet altijd nodig. Daarom werd door de strategische werkgroep patiëntveiligheid een minimale dataset bepaald met vier hoofdcategorieën. Bij elke incidentmelding moeten dus minimaal de volgende categorieën gecodeerd worden: incidenttype, incidentkarakteristieken, gevolgen voor de patiënt en gevolgen voor de organisatie.

Aggregatie van data over incidentmeldingen is echter alleen maar mogelijk indien aan de volgende vier voorwaarden wordt voldaan:

1. Elektronisch melden moet mogelijk zijn.
2. De vier categorieën uit de minimale dataset moeten geïntegreerd zijn in het meldformulier van het ziekenhuis.
3. Incidentmeldingen moeten tot op het diepste niveau worden gecodeerd (door de melder).
4. Het XML-exportmodel, aangeboden door de FOD-Volksgezondheid in 2010, moet geïntegreerd zijn in de ziekenhuissoftware.

De bedoeling van een export is dat incidentmeldingen van verschillende ziekenhuizen op een volledig geanonimiseerde wijze kunnen worden geaggregeerd om een gezamenlijke leermogelijkheid te bekomen:

- Een ziekenhuis kan zich op het vlak van haar incidentmeldingspatroon vergelijken met de groep.

³⁸ De ICPS is een conceptueel raamwerk bestaande uit 10 grote klassen, 48 sleutelconcepten en ongeveer 700 begrippen. De oorspronkelijke versie van de ICPS, ontwikkeld door de World Alliance for Patient Safety (www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/en/), en werd door de federale 'ad hoc werkgroep taxonomie' aangepast aan de Belgische situatie en naar de drie landstalen vertaald.

- Op een geaggregeerde database kan statistische analyse gebeuren. Dit kan ondermeer leiden tot het herkennen van specifieke aandachtspunten die op een hoger niveau kunnen worden aangepakt.

Ter ondersteuning van deze codering organiseert de FOD Volksgezondheid jaarlijks een workshop taxonomie. De presentaties van deze opleidingen zijn terug te vinden op de website <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/kwaliteit-van-zorg/patientveiligheid-3>.

7.4 Retrospectieve incidentanalyse

Sedert 2008, in het kader van het contract 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid', moedigt de FOD Volksgezondheid de ziekenhuizen aan om (bijna) incidenten op een retrospectieve manier te analyseren.

Door een patiëntveiligheidsincident retrospectief te analyseren worden alle bijdragende factoren die tot het incident hebben geleid geïdentificeerd en is het de bedoeling om blijvende verbeteringen te implementeren. Retrospectieve analysemethodes zijn gebaseerd op het "systeemdenken". Het gaat dus niet over het zoeken van "schuldigen", maar wel over het zoeken naar onvolkomenheden in het systeem (basisoorzaken). Verschillende methodes kunnen hiervoor gebruikt worden. Er bestaan verschillende retrospectieve analysemethodes, waaronder PRISMA en SIRE.

Ter ondersteuning van deze analyse, organiseert de FOD Volksgezondheid jaarlijks een workshop retrospectieve analysemethodes. De presentaties van deze opleidingen zijn terug te vinden op de website <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/kwaliteit-van-zorg/patientveiligheid-3>.

7.5 Proactieve risicoanalyse

Sedert 2011 moedigt de FOD Volksgezondheid de ziekenhuizen aan proactieve risicoanalyses uit te voeren over thema's die betrekking hebben op patiëntveiligheid. Een proactieve analyse laat toe om potentiële risico's op te sporen en te voorkomen voordat deze ontstaan. Alle manieren waarop het proces kan falen ('*failure modes*' of 'faalwijzen') worden systematisch benoemd en beoordeeld op hun potentiële effect. Vervolgens worden maatregelen genomen die de kans op het ontstaan van deze faalwijzen kunnen verminderen of het effect ervan kunnen beperken.

Ter ondersteuning van deze analyse, organiseert de FOD Volksgezondheid jaarlijks een workshop HFMEA. De presentaties van deze opleidingen zijn terug te vinden op de website <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/kwaliteit-van-zorg/patientveiligheid-3>.

7.6 Veiligheidscultuurmeting

Veiligheidscultuur heeft de afgelopen 10 jaar sterk aan belang gewonnen in de Belgische ziekenhuizen. In het kader van het federale meerjarenprogramma 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid' (2007-2012 en 2013-2017) werden reeds drie nationale metingen van veiligheidscultuur uitgevoerd in de acute, psychiatrische en gespecialiseerde ziekenhuizen aan de hand van het vertaalde en gevalideerde instrument de 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' (HSPSC) van het AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*). Met dit instrument wordt gepeild naar de percepties van ziekenhuismedewerkers op 12 aspecten of dimensies van veiligheidscultuur. De UHasselt organiseerde telkens een benchmarkonderzoek met een feedback rapport voor de ziekenhuizen.

Voor de psychiatrische ziekenhuizen wordt het meerjarenprogramma verdergezet (2018-2022) en wordt gevraagd om in 2019 een vierde meting van veiligheidscultuur uit te voeren. Psychiatrische ziekenhuizen die een veiligheidscultuurmeting hebben uitgevoerd in 2017 of 2018, worden vrijgesteld voor de meting in het contract van 2019, maar kunnen indien zij dit wensen een nieuwe meting in 2019 uitvoeren.

Ziekenhuizen worden opnieuw uitgenodigd om na afloop van de veiligheidscultuurmeting de resultaten over te maken aan de UHasselt voor vrijblijvende deelname in het benchmark onderzoek. Ziekenhuizen krijgen in het benchmarkrapport zicht op de evolutie van de veiligheidscultuur in het ziekenhuis (trending resultaten) en kunnen zich op basis van een unieke en anonieme ziekenhuiscode positioneren t.o.v. de andere deelnemende ziekenhuizen.

Alle informatie aangaande de veiligheidscultuurmeting en de feedbackrapporten worden beschikbaar gesteld via de website <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/organisatie-van-de-gezondheidszorg/kwaliteit-van-zorg/patientveiligheid-1>.

7.7 Wat wordt gevraagd voor veiligheidsmanagement ?

Gedurende de volledige looptijd van het derde meerjarige programma (2018-2022) wordt verwacht dat:

- een comité patiëntveiligheid aanwezig is en bovengenoemde taken en rollen op zich neemt (zie 7.1);
- (bijna) incidenten gerelateerd aan het verplichte thema medicamenteuze zorg en de twee gekozen thema's worden gemeld, geclassificeerd volgens de WHO-taxonomie en geanalyseerd;
- de verbeteracties naar aanleiding van incidentanalyses procesmatig worden opgevolgd en besproken met de betrokken zorgverleners en de directie;
- er drie proactieve risico analyses worden uitgevoerd in de looptijd van vijf jaar, waarvan 1 over medicamenteuze zorg en twee andere over de vrij gekozen thema's/ander deelaspect van medicamenteuze zorg;
- opleidingen worden georganiseerd voor het personeel;

- een veiligheidscultuurmeting wordt uitgevoerd in 2019 (tenzij werd uitgevoerd in 2017 of 2018).

8.DANKWOORD

Aan de ontwikkeling van het derde meerjarige programma 'coördinatie kwaliteit en patiëntveiligheid voor de psychiatrische ziekenhuizen' is een lange voorbereidingstijd voorafgegaan. Er werd samengewerkt met kwaliteitscoördinatoren en medewerkers patiëntveiligheid uit de psychiatrische ziekenhuizen en met de Dienst Psychosociale Gezondheidszorg van de FOD Volksgezondheid. Het QS-team wenst hen uitdrukkelijk te bedanken.

9. BIJLAGE: VOORBEELDEN VAN ACTIES

Onderstaande acties zijn slechts voorbeelden van mogelijke acties die kunnen ondernomen worden om aan de criteria te voldoen. Ze dienen als inspiratiebron en zijn geen verplichting. De mogelijke acties werden geformuleerd door het netwerk van psychiatrische ziekenhuizen en Qualpsy.

Medicamenteuze zorg

Criterion A1

De informatieoverdracht van de medicamenteuze zorg zodanig organiseren dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.

1. Er wordt bij opname, transfert en ontslag een medicatiereview samen met de patiënt voorzien, waarna het medicatieschema aangepast kan worden.
2. Er wordt, o.a. in het patiëntendossier, een medicatieschema opgesteld waarbij in geval van aanpassing de reden wordt genoteerd.
3. Het medicatieschema wordt periodiek geanalyseerd, geëvalueerd en aangepast. Er is hierbij aandacht voor polyfarmacie.
4. Er vindt één of meerdere malen een overleg plaats tussen artsen, officina-apotheken en ziekenhuisapothek voor de medicatiereview.
5. Er is een klinisch informatiesysteem aanwezig.
6. De *patient status at a glance* techniek wordt toegepast: de belangrijkste informatie over de patiënt wordt duidelijk zichtbaar afgebeeld in het patiëntendossier/bord aanwezig in de overleg ruimte.
7. Bij het voorschrijven van medicatie wordt er in het elektronisch patiëntendossier de triggers voorzien (allergieën, bijwerkingen medicatie, enz.).
8. Het patiëntendossier bevat een overzicht van de medicatie die de patiënt nam voor de opname. Dit overzicht is toegankelijk voor de behandelende artsen en ziekenhuisapotheker in het ziekenhuis.
9. Er wordt systematisch voorzien in de identificatie van patiënten die risico lopen op bijwerkingen (co-morbiditeit, hoge dosis antipsychotica, ...).

Criterion A4

De participatie van de patiënt en zijn/haar familie aan de medicamenteuze zorg, naargelang hun behoeften en mogelijkheden, zodanig organiseren dat de patiënt hierover grondig geïnformeerd is, actief kan bijdragen en in alle omstandigheden zelf autonoom en gepast kan handelen.

1. Het ziekenhuis stimuleert de patiënt tot zelfzorg en eigen verantwoordelijkheid m.b.t. beheer van zijn/haar medicatie (klaarzetten, beheren, inname). Er is bijzondere aandacht voor therapietrouw.
2. De patiënt en de familie (indien de patiënt toestemming geeft) zijn, voor de eerste toediening of bij aanpassing, geïnformeerd over zijn/haar medicamenteuze behandeling (individueel of via ateliers in groep).
3. De patiënt en de familie (indien de patiënt toestemming geeft) zijn, voor de eerste toediening of bij aanpassing, geïnformeerd over de bijwerkingen van de medicamenteuze behandeling.
4. Er zijn opleidingsprogramma's over medicatie voorzien voor de patiënt.
5. Bij ontslag wordt het medicatieschema meegegeven aan de patiënt en, indien de patiënt hiermee akkoord gaat, aan de huisarts om continuïteit van de zorg te waarborgen.
6. De patiënt (en zijn/haar familie) heeft toegang tot de protocollen, richtlijnen, doseringsaanbevelingen, controlelijsten en/of voorgedrukte voorschriften van hoog-risico medicatie.
7. Er wordt een beleid ontwikkeld voor medicatie in eigen beheer tijdens de opname.
8. Indien de patiënt de medicatie zelf toedient, wordt dit aangegeven in het dossier van de patiënt.
9. De patiënt kan een actieve bijdrage leveren aan het beleid omtrent medicatie.
10. De patiënt en zijn/haar familie kunnen een veiligheidsincident m.b.t. medicamenteuze zorg aangeven.
11. Na het plaatsvinden van een incident m.b.t. medicamenteuze zorg, kan de patiënt deelnemen aan de analyse ervan.
12. Patiënten en familie ontvangen informatie over hun medicatie: informatie over het product en dosering (Bv. flyer, onthaalbrochure, patiëntintranet, psycho-educatiesessies, persoonlijke gesprekken, ...).
13. Er is bijzondere aandacht voor hoog-risicomedicatie. Ook alle wijzingen worden met de patiënt besproken.

criterium A7

Een strategie en beleid over medicamenteuze zorg ontwikkelen zodanig dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.

1. De dubbele controle bij het klaarzetten van de medicatie wordt gesystematiseerd.
2. Er is een systematische evaluatie aanwezig van de toepassing van het protocol van het klaarmaken van de medicatie.
3. De identificatie van de patiënt voor de toediening van de medicatie wordt gesystematiseerd.

4. Het personeel en de hulpverleners respecteren de planning van de (voor)bereiding, bedeling en toediening van medicatie, zodat het medicatiebeheer veilig kan verlopen in elke fase van het proces.
5. Er is een procedure uitgeschreven waarbij nauwkeurig uitgeschreven is hoe medicatie (inclusief hoog-risicomedicatie) gecontroleerd wordt, van bij levering t.e.m. toediening.
6. Er worden op regelmatige basis veiligheidsrondes/audit m.b.t. medicamenteuze zorg georganiseerd.
7. Alle risico's m.b.t. hoog-risico medicatie, worden proactief in kaart gebracht.
8. Er zijn zorgprotocols waar nuttig (vb. opvolging lithium, clozapine, ...).

Somatische zorg

criterium A2

De informatieoverdracht van de somatische zorg zodanig organiseren dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.

1. Er is bij opname een routineonderzoek in functie van dubbeldiagnose/ bijkomende fysieke problemen.
2. Het intake-onderzoek gaat systematisch volgende zaken na: somatische problematiek, risicofactoren metabool syndroom, obesitas, intoxicatie, roken, allergieën, ... Er is na 72 uur eventueel, op indicatie, een tweede screening.
3. Bij opname, ontslag en op geregelde tijdstippen tijdens het verblijf is er een evaluatie van de medicatie.
4. Bij langverblijf is er een jaarlijkse screening.
5. Er is een somatische screening om de X tijd: opvolging gewicht, bloeddruk, pols, glycemie, pijn, bewustzijn ... Indien dit zorgwekkend blijkt te zijn, wordt dit besproken in het multidisciplinair team.
6. Er gebeurt een screening van de fysieke gezondheid (metabool syndroom) binnen 72u na opname, o.a. met resultaten van bloedwaarden. Op die manier kan metabole problematiek gediagnosticeerd worden.
7. De informatie m.b.t. somatische zorg wordt geregistreerd en een opvolging gedurende de hospitalisatie wordt verzekerd.
8. Opvolgplanning staat vermeld in het behandelplan van de patiënt en dit vanuit het standaardbehandelplan met minimale criteria voor opvolging.
9. Er is een specifiek labo screening in functie van specifieke medicatie.
10. Er wordt gebruik gemaakt van klinische informatiesystemen.
11. Er is een informatie-uitwisseling over de fysieke gezondheid tussen de hulpverleners binnen het ziekenhuis en de huisarts.
12. Problematiek metabool syndroom wordt opgenomen in de ontslagbrief.

13. Problematiek metabool syndroom wordt bij transfer en ontslag doorgegeven.

criterium A5

De participatie van de patiënt en zijn/haar familie aan de somatische zorg, naargelang hun behoeften en mogelijkheden, zodanig organiseren dat de patiënt hierover grondig geïnformeerd is, actief kan bijdragen en in alle omstandigheden zelf autonoom en gepast kan handelen.

1. De patiënt is mede verantwoordelijk voor zijn/haar somatische zorg.
2. De patiënt wordt geïnformeerd m.b.t. somatische zorg en het m.b.t. medicatie.
3. Het belang van metabole/somatische screening wordt toegelicht in functie van het herstel, de behandeling.
4. Er worden ateliers voorzien omtrent gezonde leefstijl /gezonde voeding.
5. Zowel bij intake als systematisch tijdens verblijf worden met de patiënt doelstellingen besproken m.b.t. gewicht/fysieke gezondheid.

criterium A8

Een strategie en beleid over somatische zorg ontwikkelen zodanig dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.

1. Er is een procedure uitgeschreven m.b.t. de routineonderzoeken die moeten uitgevoerd worden bij opname.
2. Er is een procedure uitgeschreven m.b.t. de opvolging van de fysieke gezondheid.
3. Er is een procedure uitgeschreven voor de labo screening in functie van specifieke medicatie (lithium, mao remmers, anticoagulantia, neuroleptica, ...).

Vrijheidsbeperkende maatregelen (VBM)

criterium A3

De informatieoverdracht m.b.t. vrijheidsbeperkende maatregelen zodanig organiseren dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.

1. Er is de mogelijkheid tot het inschakelen van een consultfunctie in complexe zorgsituaties in functie van het doorbreken van een escalatiecyclus.
2. Er is een actueel interdisciplinair behandelplan aanwezig met vermelding van de evaluatiedatum.
3. Per verpleegshift is er een unieke verantwoordelijke voor patiënten met een verhoogd toezicht.
4. Belang van referentiepersonen per afdeling.

5. Er is een afdelingsspecifieke evaluatie met betrekking tot vrijheidsbeperking, zowel structureel als situationeel.
9. Er is een registratiesysteem waarbij alle VBM worden genoteerd (tijd, duur, reden, controles op geregelde tijdstippen incl. beschrijving toestand patiënt, ...).
10. Er worden initiatieven ondernomen ter bestrijding van stigma. Het ziekenhuis onderneemt actie om de beeldvorming in de samenleving over het gebruik van VBM realistisch voor te stellen. Bv. informatie op website, in onthaalbrochure, flyers, op patiënten-intranet, etc.
11. In geval van afzondering in een aparte isolatiekamer en/of fixatie dient er steeds met het multidisciplinair een nabespreking te komen om de casus te analyseren: was interventie terecht, is ze correct uitgevoerd, mogelijkheden om reden VBM bij deze patiënten te vermijden in toekomst, heeft de VBM zijn gewenste doel bereikt, ...
12. Er wordt op vaste tijdstippen een analyse uitgevoerd m.b.t. VBM (incl. feedback van patiënten en familie), o.m. door een intern jaarrapport, met cijfers (type, tijdstippen), reden, omstandigheden, eventuele verbeteracties. Er is bovendien een terugkoppeling naar de werkvloer (alle afdelingen). De analyse moet zowel op ziekenhuisniveau als per afdeling gebeuren.
13. Alle mogelijke situaties waarbij VBM kan worden toegepast, worden proactief in kaart gebracht om transparantie van de informatie te bekomen.
14. De dwangmedicatie wordt geregistreerd en gemonitord.

criterium A6

De participatie van de patiënt en zijn/haar familie m.b.t. de preventie van en nazorg bij vrijheidsbeperkende maatregelen zodanig organiseren dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.

1. De patiënt wordt bij opname systematisch geïnformeerd omtrent het beleid van VBM, over de VBM die kunnen worden toegepast en onder welke omstandigheden, de alternatieven en wat hij kan doen om dit te vermijden of hiermee om te gaan.
2. De patiënt wordt bij opname systematisch geïnformeerd omtrent de patiëntenrechten.
3. Er wordt op een systematische manier gepolst naar de beleving van patiënten en hun familie t.o.v. de toegepaste VBM (bv via tevredenheidsmetingen, nabesprekingen, ervaringsdeskundigen).
4. Advance statement: de patiënten geven een verklaring m.b.t. voorkeuren bij ernstig risicogedrag met escalatie.
5. Naasten worden betrokken in elke fase van zorg (preventie, VBM, nazorg,...).
6. Er is een systematische nabespreking na iedere toepassing van VBM met de patiënt in functie van herstel en preventie. Dit wordt eveneens in het zorgdossier vermeld.
7. Ervaringsdeskundigen worden ingezet.
8. De patiënten en naasten kunnen participeren aan de beleidsvoering m.b.t. VBM.

9. Er wordt samen met de patiënt een crisisplan opgesteld.
10. Incidenten m.b.t VBM worden met de patiënt geanalyseerd.
11. Het aanbod van de dagbesteding in het gesloten circuit wordt uitgewerkt.
12. Er wordt samen met de patiënt een stappenplan uitgewerkt rond de afbouw van isolatie/fixatie.
13. In de mate van het mogelijke wordt er gewerkt met gefaseerde opbouw: comfortroom/ herstelkamer/afzondering op de afdeling.
14. De familie wordt gecontacteerd bij het toepassen van VBM.

criterium A9

Een strategie en beleid over vrijheidsbeperkende maatregelen ontwikkelen zodanig dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.

1. Er is een procedure aanwezig voor VBM.
2. Er is een procedure aanwezig over de opvang van medewerkers na moeilijke incidenten.
3. Er is een visietekst m.b.t. VBM waarin minstens het subsidiariteits- en proportionaliteitsprincipe in vervat zit. Alle mogelijke VBM die gebruikt worden in de instelling worden hierin omschreven.
4. Er zijn concrete procedures, incl. een gedragscode, uitgeschreven m.b.t. VBM. Er is een goed systeem ontwikkeld m.b.t. verspreiding van informatie onder de medewerkers.
5. Er is een actueel beleid m.b.t. VBM hetgeen alle preventieniveaus bevat en multidisciplinaire vorm krijgt.
6. Systematisch opvolging/ monitoring met trendanalyse en aanbevelingen.
7. Het beleid wordt geëvalueerd aan de hand van casus specifieke incidenten. Wanneer geargumenteed afwijken van het beleid en wanneer beleid aanpassen?
8. Proactief analyseren van beleid fixatie in afzondering: hoe dit tot het absolute minimum beperken?
9. Alternatieven voor vrijheidsbeperking aftoetsen aan patiëntveiligheid: berekend risico (*positive risktaking*) of beleid gestuurde cultuur naar beperking VBM die de veiligheid niet meer kan garanderen?
10. Risico's van VBM worden in kaart gebracht.

Auto-agressie

criterium B1

De informatieoverdracht m.b.t. auto-agressie bij patiënten zodanig organiseren dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.

Algemeen:

1. Vanaf de intake is er een risicotaxatie voorzien, incl. het identificeren van mogelijke triggers. De risicotaxatie wordt op een duidelijke manier gecommuniceerd naar alle betrokken hulpverleners.
2. De risicotaxatie wordt meegenomen in het behandelplan.
3. Patiënten met risico op auto-agressie worden in beeld gebracht door middel van een systematische screening/assessment en aan de hand van een goede anamnese en hetero-anamnese. Deze risicotaxatie brengt ook de specifieke zorgbehoeften van de patiënt in beeld. De risicotaxatie wordt op een duidelijke manier gecommuniceerd naar elke hulpverlener en is meteen oproepbaar (bv. via EPD).
4. Bij interne transfer is er een gedetailleerde informatieoverdracht voorzien m.b.t. het risico op auto-agressie.
5. Het risico op auto-agressie wordt bij overdrachtmomenten geëvalueerd.
6. Er is een actueel interdisciplinair behandelplan aanwezig met de vermelding van de evaluatiedatum.
7. Er is een klinische ladder crisispreventie aanwezig (expertfunctie binnen organisatie).
8. Op teamniveau wordt na elke (poging tot) auto-agressie een evaluatie gemaakt m.b.t. noodzakelijkheid aanpassen het behandelplan.
9. Er wordt na een auto-agressie-incident steeds een debriefing/*defusing*/interview georganiseerd voor de betrokken medewerkers.
10. Er gebeurt ook een analyse op teamniveau: is de situatie juist aangepakt, kon er nog iets anders gedaan worden, wat kunnen we doen in de toekomst om dergelijke incidenten te voorkomen/beperken, moet behandelplan bijgesteld worden, herstelgesprekken nodig (met patiënt en zijn slachtoffer(s)), ...
11. Elke suïcidepoging wordt zichtbaar genoteerd in het zorgdossier.
12. Bij ontslag is er een briefing van de hulpverleners die verder instaan voor de zorg m.b.t. het risico op auto-agressie (mits geïnformeerde toestemming van de patiënt).
13. Het risico op auto-agressie wordt standaard opgenomen in de ontslagbrief naar de huisarts.
14. Er is een nazorgcontact binnen 2 weken na ontslag (bv. poliklinisch).
15. Er is een tweezijdige informatie-uitwisseling tussen patiënt en hulpverlener.

Acties m.b.t. zelfverwondend gedrag:

16. Beschikbaarheid van infobrochure m.b.t. zelfbeschadigend gedrag voor context van jongere met zelfverwondend gedrag.
17. Er is de mogelijkheid tot het inschakelen van een consultfunctie in complexe zorgsituaties i.f.v. doorbreken escalatiecyclus.

Acties m.b.t. suicide:

18. Er gebeurt een assessment bij suïcidale patiënten bij iedere belangrijke verandering van setting (opname, transfer, ontslag, weekend).
19. Er is een klinische ladder voor suïcidepreventie aanwezig (expertfunctie binnen organisatie).

criterium B5

De participatie van de patiënt en zijn/haar familie aan de preventie van en nazorg bij auto-agressie zodanig organiseren dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.

1. Er wordt een therapeutisch contract aangegaan met de patiënt waarbij de verplichtingen, zorgverlener en -vrager worden verduidelijkt.
2. De specifieke zorgbehoeften van de patiënt worden in beeld gebracht.
3. Opmaak en regelmatige evaluatie van signaleringsplan of crisisplan samen met cliënt.
4. Indien er sprake is van risico op auto-agressie wordt samen met de patiënt (en naasten) een signaalkaart/crisiskaart opgesteld, met aandacht voor triggers en coping mechanismen.
5. De signaalkaart bevat per fase minimaal de persoonlijke signalen, interventies voor de patiënt zelf, interventies door de omgeving.
6. Er wordt na een auto-agressie-incident een stappenplan met afspraken opgesteld. De signaalkaart/crisiskaart wordt indien nodig aangepast samen met de patiënt.
7. Bij ontslag is er een briefing van de familie die verder instaat voor de zorg m.b.t. het risico op auto-agressie. (mits geïnformeerde toestemming van de patiënt).
8. Er zijn richtlijnen m.b.t. de communicatie over dit soort incidenten met de familie.
9. Er worden ervaringsdeskundigen ingezet.
10. De risicoanalyse van de suïcidepreventie wordt samen met ervaringswerkers uitgevoerd.
11. Het veiligheidsplan m.b.t. suïcidaliteit wordt met de suïcidale patiënt besproken.
12. Er worden crisisgesprekken aangeboden.
13. Er wordt na een incident informatie en nazorg aangeboden aan de familie.
14. Het perspectief van de patiënt wordt opgenomen bij de analyse van een auto-agressie-incident.
15. Patiënten en naasten krijgen de mogelijkheid tot het participeren in de beleidsvoering m.b.t. auto-agressie.
16. Het suïcidepreventiebeleid van een afdeling wordt samen met de patiënten geëvalueerd.
17. De patiënten worden betrokken bij het beleid rond automutilatie (lange mouwen of niet, verzorgingsmomenten ...).
18. Er wordt i.s.m. de cliënt een signaleringsplan opgemaakt en eventuele bijgestuurd.

Criterion B9

Een strategie en beleid over auto-agressie ontwikkelen zodanig dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.

Algemeen:

1. Er is een procedure en kennis over de procedure m.b.t. de opvang van medewerkers na moeilijke incidenten. De betrokken medewerkers bij een ernstig incident krijgen automatisch nazorg aangeboden. Zij bepalen zelf of ze hier gebruik van willen maken.
2. De instelling neemt maatregelen om de veiligheid op werkplekken, werkomgeving en inrichting van gebouwen te vergroten.
3. Er worden maatregelen getroffen om de veiligheid bij werkprocessen te vergroten.
4. Er zijn richtlijnen m.b.t. het handelen bij een onrustwekkende verdwijning van patiënt met risico op auto-agressie.
5. De instelling voorziet in een veiligheidsplan op niveau van de organisatie, o.m. om risico op auto-agressie te minimaliseren op vlak van infrastructuur (architectonisch, omgevingsvariabelen, beschikbaarheid suïcidemiddelen, controle op de afdeling van gevaarlijke materialen).
6. Systematisch opvolging/ monitoring van auto-agressie-incident met trendanalyse en aanbevelingen.

Acties m.b.t. suïcide:

7. Er is een richtlijn en stroomdiagram aangaande patiënten met een suïciderisico.
8. Er is een richtlijn voor de aanpak van patiënten met suïciderisico die behandeladvies weigeren.
9. De organisatie monitort het aantal suïcides met trendanalyse en aanbevelingen.
10. Er is een procedure die omschrijft welke de te nemen beschermende maatregelen kunnen zijn n.a.v. de graad van het risico (bv. suïcidechecklist verhoogd toezicht, kamercontrole, in welke omstandigheden overgaan tot VMB).
11. Er is een ziekenhuisbreed protocol als een onderdeel van een algemene aanpak van zelfmoordpreventie in de continuïteit van zorg.

Acties m.b.t. zelfverwondend gedrag:

12. Er is een procedure die omschrijft welke de te nemen beschermende maatregelen kunnen zijn n.a.v. de graad van het risico (bv. in welke omstandigheden overgaan tot VMB).

Agressie

criterium B2

De informatieoverdracht m.b.t. agressie zodanig organiseren dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.

1. Vanaf de intake is er een risicotaxatie voorzien, incl. het identificeren van mogelijke triggers. Risico op agressie wordt ingeschat a.d.h.v. gevalideerde meetschalen. De risicotaxatie wordt op een duidelijke manier gecommuniceerd naar alle betrokken hulpverleners.
2. De risicotaxatie wordt meegenomen in het behandelplan (a.d.h.v. meetinstrumenten bv. *Brøset Violence Checklist*).
3. Er wordt na een ernstig agressie-incident (graad te bepalen n.a.v. impact op patiënt en/of medewerker) steeds een debriefing/*defusing*/interview georganiseerd voor de betrokken medewerkers.
4. Betrokken medewerkers bij een zwaar agressie-incident krijgen automatisch nazorg aangeboden. Zij bepalen zelf of ze hier gebruik van willen maken.
5. Er gebeurt ook een analyse op teamniveau: is de situatie juist aangepakt, kon er nog iets anders gedaan worden, wat kunnen we doen in de toekomst om dergelijke incidenten te voorkomen/beperken, moet behandelplan bijgesteld worden, herstelgesprekken nodig (met patiënt en zijn slachtoffer(s)), ...
6. Bij interne transfer is er een gedetailleerde informatieoverdracht voorzien m.b.t. het risico op agressie.
7. Bij ontslag is er een briefing van de hulpverleners die verder instaan voor de zorg m.b.t. het risico op agressie (mits geïnformeerde toestemming van de patiënt).
8. De gedragsregels (en mogelijke gevolgen) m.b.t. agressie zijn duidelijk omschreven in het huisreglement en/of de onthaalbrochure.
9. Evaluatie signaalkaart bij overdrachtsmomenten.
10. Aanwezigheid van een actueel interdisciplinair behandelplan met vermelding van evaluatiedatum.
11. Crisisplan wordt, indien akkoord patiënt, meegedeeld aan familieleden en andere zorgverleners.
12. Mogelijkheid inschakeling consultfunctie in complexe zorgsituaties in functie van het doorbreken escalatiecyclus.
13. Belang van referentiepersonen per afdeling.
14. Per verpleegshift unieke verantwoordelijke verhoogd toezichtpatiënten.
15. Aanwezigheid klinische ladder crisispreventie (expertfunctie binnen organisatie).
16. Er wordt na een ernstig agressie-incident (graad te bepalen n.a.v. impact op patiënt en/of medewerker) steeds een debriefing/*defusing*/interview georganiseerd voor de betrokken medewerkers.

17. Risico op agressie wordt opgenomen in ontslagbrief.
18. Bij ontslag is er een briefing van de hulpverleners die verder instaan voor de zorg m.b.t. het risico op agressie. (mits geïnformeerde toestemming van de patiënt).
19. Er gebeurt ook een analyse op teamniveau: is de situatie juist aangepakt, kon er nog iets anders gedaan worden, wat kunnen we doen in de toekomst om dergelijke incidenten te voorkomen/beperken, moet behandelplan bijgesteld worden, herstelgesprekken nodig (met patiënt en zijn slachtoffer(s)), ...

criterium B6

De participatie van de patiënt en zijn/haar familie aan de preventie van en nazorg bij agressie zodanig organiseren dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.

1. Bij ontslag is er een briefing van de familie die verder instaat voor de zorg m.b.t. het risico op agressie. (mits geïnformeerde toestemming van de patiënt).
2. Indien er sprake is van een agressierisico wordt samen met de patiënt aan de hand van de *Early Recognition Method* een vroeg-signaleringsplan opgesteld, met aandacht voor triggers en coping mechanismes.
3. Er wordt na een agressie-incident een stappenplan met afspraken opgesteld. De signaalkaart/crisiskaart wordt indien nodig aangepast met de patiënt.
4. Er wordt een presentiegericht werkklimaat uitgewerkt.
5. Het aanbod aan gestructureerde/betekenisvolle activiteiten in het gesloten circuit wordt uitgewerkt (waaronder fysieke activiteit).
6. Er wordt een actueel geïndividualiseerd signaleringsplan met betrokkenheid van patiënt, naasten en hulpverleners uitgewerkt. Hierbij worden verschillende fases beschreven met per fase minimaal: persoonlijke signalen, interventies voor patiënt zelf, interventies door omgeving.
7. De triggers voor agressie worden beoordeeld met als doel de triggers te minimaliseren en individuele copingstrategieën op te maken samen met de patiënt?.
8. Ervaringsdeskundigen worden ingezet.
9. Patiënten en naasten kunnen participeren in de beleidsvoering m.b.t. veiligheid.
10. Het perspectief van de patiënt wordt geïntegreerd bij de incidentanalyse na een ernstig agressie incident.
11. Er wordt een contract opgemaakt tussen patiënt en de hulpverleners, waarbij de verplichtingen van alle partijen en de mogelijke alternatieven in geval van escalatie van geweld worden verduidelijkt.

criterium B10

Een strategie en beleid over agressie ontwikkelen zodanig dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.

1. De instelling neemt maatregelen om de veiligheid op werkplekken, werkomgeving en inrichting van gebouwen te vergroten.
2. Er worden maatregelen getroffen om de veiligheid bij werkprocessen te vergroten.
3. Er is een systematische opvolging/monitoring met trendanalyse en aanbevelingen.
4. Er is een integraal crisispreventiebeleid aanwezig met aandacht voor alle niveaus van preventie, bottom-up vormgeving van beleid d.m.v. participatie van medewerkers (validatie aanwezige expertise) en d.m.v. participatie van patiënten en naasten.
5. Betrokken medewerkers bij een zwaar agressie-incident krijgen automatisch nazorg aangeboden. Zij bepalen zelf of ze hier gebruik van willen maken.
6. Er is een plan aanwezig voor 1st, 2nd, 3th victim.
7. Er is een procedure die omschrijft welke de te nemen beschermende maatregelen kunnen zijn n.a.v. de graad van het risico (bv. in welke omstandigheden overgaan tot vrijheid beperkende maatregelen).
8. Er zijn richtlijnen m.b.t. de communicatie over agressie-incidenten met de familie.
9. Er is een procedure aanwezig voor bijstand van politie (welke agressie-incidenten moeten aan de politie worden gemeld).
10. Aanwezigheid en kennis van procedure opvang medewerkers na moeilijke incidenten.
11. Er zijn richtlijnen m.b.t. het handelen bij een onrustwekkende verdwijning van patiënt met risico op agressie.
12. De gedragsregels (en mogelijke gevolgen) m.b.t. agressie zijn duidelijk omschreven in het huisreglement en/of de onthaalbrochure.

Weglooptgedrag

Criterion B3

De informatieoverdracht m.b.t. wegloupedrag zodanig organiseren dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.

1. Er wordt systematisch een risicoassessment bij opname uitgevoerd.
2. Er is een mogelijkheid tot inschakeling van een consultfunctie in complexe zorgsituaties in functie van het doorbreken van de escalatiecyclus.
3. Er is een actueel interdisciplinair behandelplan met vermelding van evaluatiedatum aanwezig.
4. Er is een document van onrustwekkende verdwijning aanwezig in het elektronisch patiëntendossier.
5. Per verpleegshift is er een unieke verantwoordelijke voor patiënten met verhoogd toezicht.
6. Er is een samenwerkingsakkoord met de politie.
7. Het risico op wegloupedrag wordt geëvalueerd bij overdrachtsmomenten.

8. Bij patiënten met risico op wegloupedrag, wordt op voorhand een gedetailleerde steekkaart m.b.t. persoonsbeschrijving, etc. opgesteld.
9. Bij interne transfer is er een gedetailleerde informatieoverdracht voorzien m.b.t. weglouprisiko.

Criterion B 7

De participatie van de patiënt en zijn/haar familie aan de preventie van en nazorg bij wegloupedrag zodanig organiseren dat de patiëntveiligheid en kwaliteit en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.

1. Indien er sprake is van risico op weglopen wordt samen met de patiënt en naasten een signaalkaart/crisiskaart opgesteld, met aandacht voor triggers en coping mechanismen. Er worden duidelijke afspraken genoteerd. Deze worden steeds geëvalueerd en bijgesteld indien nodig (zeker na een fugue).
2. De patiënt wordt geïnformeerd over de voorwaarden bij hospitalisatie.
3. Ervaringsdeskundigen worden ingezet.
4. Patiënten en naasten kunnen participeren in beleidsvoering m.b.t. veiligheid.
5. Er worden individuele uitgangsafspraken gemaakt op maat van de unieke patiënt, waarbij uitgangspasjes het individueel statuut weergeven.
6. Na ontvluchting volgt een evaluatie met de patiënt en relevante derden.

Criterion B 11

Een strategie en beleid over wegloupedrag ontwikkelen zodanig dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.

1. Er is een visietekst m.b.t. omgaan met wegloupedrag. Daarbij moet steeds de inschatting gemaakt worden wat de gevolgen/risico's van het wegloupedrag kunnen zijn (bijkomend risico op suïcide, op agressie, op overlijden door bv. verwardheid, ...).
2. Er zijn binnen de instellingen mogelijkheden om patiënten met acuut risico op wegloupedrag, gecombineerd met risicofactoren als suïcide en ernstige agressie, tijdelijk onder te brengen op een gesloten afdeling. Indien dit niet mogelijk is, zijn er SLA's (*Service Level Agreement*) met andere instellingen die deze zorg kunnen bieden.
3. Voor bepaalde patiënten met wegloupedrag (bv. personen met dementie) is een *track-and-trace* systeem voorhanden.
4. Er zijn structurele afspraken met de lokale politie m.b.t. het omgaan met patiënten die een fugue plegen. Hierbij wordt ook voorzien in de educatie van de politie m.b.t. psychiatrische aandoeningen.
5. Er zijn richtlijnen m.b.t. de communicatie over dit soort incidenten met de familie.
6. Er is een procedure aanwezig voor de signalisatie van onrustwekkende verdwijningen.

7. Er is een klinische ladder crisispreventie aanwezig (expertfunctie binnen organisatie).
8. Er is een procedure gedwongen opname aanwezig.
9. Er is een eenduidige procedure aanwezig met duidelijk onderscheid onrustwekkende verdwijning, ontvluchting, ontvluchting in combinatie met juridisch statuut.
10. Er is een protocol werken met derden (in functie van gesloten zorgeenheden).
11. Er is een procedure opvang medewerkers na moeilijke incidenten aanwezig.
12. Er is een integraal crisispreventiebeleid met aandacht voor alle niveaus van preventie - bottom up vormgeving van beleid d.m.v. participatie medewerkers (validatie aanwezige expertise) en d.m.v. participatie patiënten en naasten.
13. Er is een systematisch opvolging/ monitoring met trendanalyse en aanbevelingen.
- 14.

Valincidenten

criterium B4

De informatieoverdracht m.b.t. valincidenten bij patiënten zodanig organiseren dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.

1. Evaluatie van de medicatie om het risico op vallen te identificeren.
2. Bij intake wordt systematisch gepolst naar risicofactoren m.b.t. vallen: leeftijd, somatische aandoeningen (bv. orthostatische hypotensie, zichtproblemen, urinaire incontinentie, Parkinson, diabetes, verminderd evenwicht, verminderde mobiliteit/ spierkracht, voetproblemen, ...), nevenwerkingen medicatie, valangst, antecedenten, cognitie.
3. Opsporing van valrisico aan de hand van gevalideerde methoden (bv. *Tinetti test, Four Test Balance Scale, Time Up & Go Test, Timed Chair Stand Test, ...*).
4. Bij interne transfer is er een gedetailleerde informatieoverdracht voorzien m.b.t. valrisico.
5. Per verpleegshift is er een unieke verantwoordelijke aanwezig voor het verhoogd toezicht van patiënten.
6. Voor patiënten met valrisico worden aangepaste interventies voorzien: bv. oefenprogramma's m.b.t. evenwicht, mobiliteit en spierkracht, lenigheid, ..., extra hulpmiddelen, controle oogarts – aanpassen bril, juist schoeisel, gebruik toiletstoel, aanpassen dieet, etc. .
7. Er is een waarschuwingssysteem dat vallen detecteert.
8. Bij ontslag is er een briefing van de hulpverleners die verder instaan voor de zorg m.b.t. valrisico (mits geïnformeerde toestemming van de patiënt).
9. Risico op vallen, indien van toepassing, wordt opgenomen in de ontslagbrief.

criterium B8

De participatie van de patiënt en zijn/haar familie aan de preventie van valincidenten zodanig organiseren dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.

1. Er is een structurele voorlichting/educatie, incl. risicofactoren, voorzien voor risicopatiënten en hun familie.
2. Er zijn richtlijnen m.b.t. de communicatie over dit soort incidenten met de familie.
3. Bij ontslag is er een briefing van de familie die verder instaat voor de zorg m.b.t. valrisico (mits geïnformeerde toestemming van de patiënt).
4. Valincidenten worden geanalyseerd samen met de patiënt.
5. Gepaste maatregelen worden besproken samen met de patiënt en de directe omgeving.

 criterium B12

Een strategie en beleid over valincidenten ontwikkelen zodanig dat de patiëntveiligheid en kwaliteit optimaal gewaarborgd is.

1. Er zijn procedures ontwikkeld m.b.t. preventie van valincidenten, incl. vorming en sensibilisering van en opvolging door medewerkers (bv. aandacht voor schoeisel, evaluatie van omgeving en gedrag, aandacht voor wijzigingen medicatie of bijkomende somatische aandoeningen).
2. De omgeving wordt geanalyseerd en aangepast om het risico op vallen te verminderen.
3. Er zijn richtlijnen m.b.t. een veilige infrastructuur om valincidenten te vermijden (bv. beperken obstakels, geen losse kabels, aandacht voor opstelling loophulpmiddelen, verzorgingskarren, geen gevaarlijke vloeroppervlakken of drempels, aangepaste verlichting, antislipmateriaal in badkamers, duidelijke signalisatie, ...).