

# DEPARTEMENT WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID & GEZIN

## Zorginspectie

Koning Albert II-laan 35 bus 31

1030 BRUSSEL

T 02 553 34 34

[contact.zorginspectie@vlaanderen.be](mailto:contact.zorginspectie@vlaanderen.be)

[www.zorginspectie.be](http://www.zorginspectie.be)

## INSPECTIEVERSLAG SUÏCIDEPREVENTIE

### INSPECTIEPUNT

|                  |                              |
|------------------|------------------------------|
| Naam             | Imeldaziekenhuis             |
| Adres            | Imeldalaan 9, 2820 Bonheiden |
| Erkenningsnummer | 689                          |

### INRICHTENDE MACHT

|                 |                              |
|-----------------|------------------------------|
| Naam            | Imelda                       |
| Juridische vorm | VZW                          |
| Adres           | Imeldalaan 9, 2820 Bonheiden |

### UITBATINGSPLAATS

|       |                              |
|-------|------------------------------|
| Naam  | Imeldaziekenhuis             |
| Adres | Imeldalaan 9, 2820 Bonheiden |

### INSPECTIEBEZOEK

|                            |   |
|----------------------------|---|
| Bezoek                     | Onaangekondigde inspectie op 05/08/2021 (09:00 - 13:30) |
| Datum laatste vaststelling | 05/08/2021  |
| Verslagnummer              | V-2021-XXXX-0002  |
| Inspecteur                 | XXXX  |

|                  |  |
|------------------|--|
| Gesprekspartners | 1 hoofdverpleegkundige<br>1 adjunct hoofdverpleegkundige<br>1 kwaliteitscoördinator<br>1 zorgcoördinator<br>1 directeur verpleging en paramedische diensten<br>1 medisch directeur |
|------------------|--|

# INHOUD

|   |          |
|---|----------|
| <b>1 Inleiding .....</b>                    | <b>3</b> |
| 1.1 Toezicht door Zorginspectie.....        | 3        |
| 1.2 Aanleiding tot dit inspectiebezoek..... | 3        |
| 1.3 Inspectieproces .....                   | 4        |
| 1.4 Rapportering .....                      | 4        |
| <b>2 Situering.....</b>                     | <b>5</b> |
| <b>3 Vaststellingen .....</b>               | <b>6</b> |
| 3.1 Achtergrond .....                       | 6        |
| 3.2 Beleid .....                            | 6        |
| 3.3 Dossiers.....                           | 9        |

# 1 INLEIDING

## 1.1 TOEZICHT DOOR ZORGINSPECTIE

### Situering Zorginspectie

Zorginspectie maakt deel uit van het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin van de Vlaamse overheid en is bevoegd voor het toezicht op:

- voorzieningen die door het Departement of door de andere agentschappen van het beleidsdomein Welzijn, Volksgezondheid en Gezin erkend, vergund, geattesteerd of gesubsidieerd worden;
- persoonlijke budgetten en hulpmiddelen toegekend aan personen met een handicap;
- personen of organisaties waarvan redelijkerwijze kan worden vermoed dat ze als zorgverlener, hulpverlener of voorziening optreden.

De Vlaamse overheid heeft ervoor gekozen om de inspectiefunctie te scheiden van de vergunnings-, erkennings- en subsidiëeringsfunctie. De functiescheiding tussen inspecteren en rapporteren enerzijds en beslissen over de gevolgen anderzijds, maakt dat Zorginspectie haar opdracht zo objectief, onpartijdig en onafhankelijk mogelijk kan vervullen.

### Wat is de opdracht van Zorginspectie?

De kernopdrachten van Zorginspectie zijn:

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

Hierdoor wil Zorginspectie een bijdrage leveren aan:

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

### Hoe werkt Zorginspectie?

Zorginspectie voert haar inspectiebezoeken uit en stelt haar inspectieverslagen op conform de bepalingen van het decreet van 19 januari 2018 houdende het overheidstoezicht in het kader van het gezondheids- en welzijnsbeleid.

Bij het opstellen en het verspreiden van haar verslagen houdt Zorginspectie rekening met de privacy van alle betrokken partijen. Meer informatie over de toepasselijke regels is te vinden op de website van de Gegevensbeschermingsautoriteit: [www.gegevensbeschermingsautoriteit.be](http://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be).

Meer informatie is te vinden op onze website: [www.zorginspectie.be](http://www.zorginspectie.be).

## 1.2 AANLEIDING TOT DIT INSPECTIEBEZOEK

De "Multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag" werd door het Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP) gelanceerd op 30/3/2017; via een ministeriële omzendbrief dd. 4/7/2017 werden alle voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg geïnformeerd dat de toepassing van deze richtlijn vanaf het najaar van 2017 deel zou uitmaken van het toezicht door Zorginspectie.

In de voorbije jaren heeft Zorginspectie dit thema, op basis van deze multidisciplinaire richtlijn, bevestigd in een aantal GGZ-voorzieningen.

Zorginspectie kiest ervoor om dit thema ook de komende jaren op te nemen, gezien de relevantie voor kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid.

### 1.3 INSPECTIEPROCES

Tijdens deze inspectie werd de focus gelegd op detectie en behandeling van suïcidaal gedrag bij meerderjarigen.

Het inspectiebezoek gebeurde onaangekondigd. Bij het begin van de inspectie werd bepaald op welke afdeling de inspectie betrekking zou hebben (zie verder).

Een aantal aspecten m.b.t. het beleid op het vlak van suïcidepreventie werd beoordeeld op basis van schriftelijke procedures en/of beleidsdocumenten, tijdens een gesprek met één of meerdere medewerker(s).

Daarnaast werd een praktijktoets uitgevoerd in een steekproef van dossiers.

Op het einde van het inspectiebezoek gebeurde een korte terugkoppeling naar de verantwoordelijke(n) van de voorziening.

### 1.4 RAPPORTERING

De inspectieverslagen worden op een gestandaardiseerde manier opgemaakt en bevatten objectief aantoonbare vaststellingen. Die vaststellingen zijn gebaseerd op informatie uit de geraadpleegde documenten en op de bevindingen van de inspectie ter plaatse (nl. informatie verkregen tijdens de gesprekken met medewerkers en steekproeven van zorggebruikersdossiers).

In functie van overzichtelijkheid en leesbaarheid worden de vaststellingen hoofdzakelijk in tabelvorm weergegeven. In het inspectieverslag kan de voorziening de elementen identificeren waarrond verbeteracties zijn aangegeven.

Binnen 30 dagen na het inspectiebezoek ontvangt de voorziening het ontwerpverslag. Daarbij wordt de mogelijkheid geboden om – gedurende een periode van 14 kalenderdagen – schriftelijk te reageren op onjuistheden in het ontwerp van het inspectieverslag.

In het kader van actieve openbaarheid publiceert Zorginspectie alle inspectieverslagen op haar website **[www.zorginspectie.be](http://www.zorginspectie.be)**. Publicatie van inspectieverslagen bevordert de transparantie over inspectieresultaten en draagt bij tot de maatschappelijke aandacht voor kwaliteit en veiligheid van zorg in de geestelijke gezondheidszorg. We moedigen de voorzieningen ook aan om open en actief te communiceren over hun toezichtresultaten en bijhorende verbeteracties.

Elk definitief inspectieverslag wordt ook aan Zorg en Gezondheid bezorgd, het agentschap dat instaat voor de verdere opvolging van de vaststellingen.

Meer informatie over deze inspecties en over Zorginspectie is te vinden op **[www.zorginspectie.be](http://www.zorginspectie.be)**.

## 2 SITUERING

Op de bezochte campus zijn volgende afdelingen actief met een zorgaanbod voor meerderjarige psychiatrische patiënten:

- PAAZ

De inspectie had betrekking op volgende afdeling:

- PAAZ

### 3 VASTSTELLINGEN

#### 3.1 ACHTERGROND

De "Multidisciplinaire richtlijn (MDR) voor de detectie en behandeling van suïcidaal gedrag", die sinds het na-jaar van 2017 deel uitmaakt van het toezicht door Zorginspectie, geeft aan dat suïcidale gedachten en gedrag bij elke persoon binnen de geestelijke gezondheidszorg moeten bevestigd worden.

Volgens de MDR is er beperkt wetenschappelijk bewijs voor de validiteit, betrouwbaarheid of bruikbaarheid van een risicoformulering op basis van gradaties en wordt aanbevolen om een gewogen besluitvorming te maken voor de risicoformulering.

Suïciderisico fluctueert bij eenzelfde persoon over de tijd. De MDR geeft dan ook aan dat het belangrijk is dit op verschillende momenten te herbevestigen, in het bijzonder bij transfermomenten of ontslag.

Volgens de MDR is het bovendien aangewezen dat er bij een verhoogd risico een beschrijving is van mogelijke acties of interventies gekoppeld aan alarmsignalen bij cliënten.

Niet enkel het uitgeschreven beleid werd getoetst aan bovenstaande uitgangspunten, ook de concrete praktijk werd nagegaan d.m.v. dossiersteekproeven.

#### 3.2 BELEID

Tijdens de inspectie werd de schriftelijke procedure m.b.t. het gevoerde suïcidepreventiebeleid opgevraagd voor de geselecteerde afdeling. Op basis hiervan en op basis van een gesprek met een medewerker werden onderstaande elementen gescoord voor de betreffende afdeling.

|  |     |
|--|-----|
| Is er voor de afdeling in kwestie een uitgeschreven suïcidepreventiebeleid van kracht (van toepassing op meerderjarigen)?  | ja  |
| Schriftelijke afspraken m.b.t. detectie en (her)bevestigen van suïcidaliteit   |     |
| ▪ Zijn er schriftelijke afspraken over het bevestigen van suïcidale gedachten en gedrag?   | ja  |
| ▪ Omvatten die afspraken dat suïcidale gedachten en gedrag systematisch bij de start van elke opname moet worden bevestigd?  | ja  |
| ▪ Zijn er schriftelijke afspraken vastgelegd over het systematisch herbevestigen van suïcidale gedachten en gedrag bij de zorggebruikers?  | ja  |
| ▪ Omvatten die afspraken dat bij elk ontslag uit de voorziening (vanop deze afdeling) een herbevestiging van suïcidale gedachten en gedrag gebeurt?  | nee |
| Schriftelijke afspraken m.b.t. interventies bij verhoogde suïcidaliteit  |     |
| ▪ Zijn er schriftelijke afspraken over interventies bij verhoogde suïcidaliteit?   | ja  |
| ▪ Werkt de voorziening met safety plannen m.b.t. suïcidaliteit?  | ja  |
| ▪ Zijn er schriftelijke afspraken rond het bevorderen van de veiligheid van de omgeving? (bv. kamer dicht bij verpleegpost, toezichtmomenten, veilige kamer, gesloten afdeling, afgeven riem, medicatie-inname onder toezicht, depot-medicatie, afsluiting medicatievoorraad, ...) | ja  |

| Schriftelijke afspraken over de vervolgzorg voor suïcidale personen  |     |
|--|-----|
| ▪ Zijn er schriftelijke afspraken over informatieoverdracht over suïcidaliteit naar vervolgzorg?                           | nee |
| ▪ Zijn er schriftelijke afspraken over het geven van informatie aan zorggebruikers over waar ze terecht kunnen bij crisis? | ja  |
| ▪ Zijn er schriftelijke afspraken over follow-up contacten?  | nee |
| Schriftelijke afspraken na een suïcidepoging   |     |
| ▪ Zijn er schriftelijke afspraken over de evaluatie van elke suïcidepoging?  | ja  |
| ▪ Zijn er schriftelijke afspraken over de opvang van naasten na een suïcidepoging?   | ja  |
| ▪ Zijn er schriftelijke afspraken over de opvang van andere zorggebruikers na een suïcidepoging?                           | ja  |
| ▪ Zijn er schriftelijke afspraken over de opvang van hulpverleners na een suïcidepoging? (bv. zelfzorg, intervisie, ...)   | ja  |
| Schriftelijke afspraken na een suïcide   |     |
| ▪ Zijn er schriftelijke afspraken over de evaluatie van elke suïcide?  | ja  |
| ▪ Zijn er schriftelijke afspraken over de opvang van nabestaanden na een suïcide?  | ja  |
| ▪ Zijn er schriftelijke afspraken over de opvang van andere zorggebruikers van de afdeling na een suïcide?                 | ja  |
| ▪ Zijn er schriftelijke afspraken over het de opvang van hulpverleners na een suïcide? (bv. zelfzorg, intervisie, ...)     | ja  |
| Schriftelijke afspraken m.b.t. vorming over detectie en behandeling van suïcidaal gedrag                                   |     |
| ▪ Beschrijft het beleid hoe de basisvorming suïcidepreventie georganiseerd wordt ?   | nee |
| ▪ Is vorming rond suïcidepreventie onderdeel van de inscholing van nieuwe medewerkers?                                     | nee |
| ▪ Omvat het beleid verwachtingen m.b.t. herhaling minimaal elke 36 maand?  | nee |
| Schriftelijke afspraken m.b.t. documenteren, registreren en evalueren  |     |
| ▪ Zijn er schriftelijke afspraken dat de suïciderisico-inschattingen gedocumenteerd moeten worden in het dossier?          | ja  |
| ▪ Zijn er schriftelijke afspraken waar de suïciderisico-inschattingen van zorggebruikers gedocumenteerd worden?            | ja  |
| ▪ Zijn er schriftelijke afspraken dat suïcidepogingen geregistreerd worden?  | ja  |
| ▪ Zijn er schriftelijke afspraken waar suïcidepogingen moeten geregistreerd worden?  | ja  |

|  |    |
|--|----|
| ▪ Zijn er schriftelijke afspraken dat ook suïcidepogingen buiten het domein moeten geregistreerd worden? | ja |
| ▪ Zijn er schriftelijke afspraken dat suïcides geregistreerd worden?                                     | ja |
| ▪ Zijn er schriftelijke afspraken waar suïcides moeten geregistreerd worden?                             | ja |
| ▪ Zijn er schriftelijke afspraken dat ook suïcides buiten het domein moeten geregistreerd worden?        | ja |
| ▪ Beschrijft het beleid wanneer het suïcidepreventiebeleid geëvalueerd wordt?                            | ja |
| ▪ Beschrijft het beleid door wie het suïcidepreventiebeleid geëvalueerd wordt?                           | ja |
| Beleid rond infrastructurele en medicatiegebonden preventiemaatregelen (bij residentiële voorzieningen)  |    |
| ▪ Zijn er infrastructurele maatregelen om de zorgomgeving suïcideveilig te maken?                        | ja |
| ▪ Zijn er medicatiegebonden maatregelen om de zorgomgeving suïcideveilig te maken?                       | ja |



### 3.3 DOSSIERS

Voor de geselecteerde afdeling werden een aantal afgesloten dossiers gecontroleerd van zorggebruikers die recent ontslagen werden uit het ziekenhuis na een verblijf op de betreffende afdeling.

De gekozen dossiers hadden steeds betrekking op meerderjarige zorggebruikers die minstens 10 dagen waren opgenomen op de afdeling, en die minstens een week voor de inspectie waren ontslagen.

|  |    |
|--|----|
| Aantal gecontroleerde afgesloten dossiers  | 10 |
| Aantal gecontroleerde dossiers waarin minstens één bevraging van suïcidale gedachten en gedrag aantoonbaar was | 10 |
| Aantal dossiers waarin een bevraging van suïcidale gedachten en gedrag bij opname aantoonbaar was (*)          | 10 |
| Aantal dossiers waarin er bij ontslag een (her)bevraging van suïcidale gedachten en gedrag aantoonbaar was (*) | 9  |

Op de bezochte afdeling werden een aantal actieve (nog lopende) dossiers gecontroleerd van zorggebruikers die op het moment van de inspectie minstens 3 dagen waren opgenomen op de afdeling, en waarbij in de loop van de opname op de afdeling sprake was (geweest) van een verhoogd suïciderisico.

De gecontroleerde elementen werden zowel in het elektronisch patiëntendossier (EPD) als in eventuele papieren gedeeltes van het dossier gezocht (weliswaar niet in de persoonlijke notities van de betrokken hulpverleners; het is immers de bedoeling dat deze informatie toegankelijk is voor alle betrokken hulpverleners, met het oog op het bevorderen van de onderlinge communicatie, evaluatie en bijsturing).

|  |     |
|--|-----|
| Aantal gecontroleerde lopende dossiers (waarin sprake was van een verhoogd suïcide-risico)   | 5   |
| Aantal gecontroleerde dossiers waarin bij de eerste verhoogde risico-inschatting tijdens het verblijf op de afdeling een inhoudelijke argumentatie werd gevonden (bv. de huidige suïcidale intentie, historiek van suïcidale gedachten en gedrag, risicofactoren, beschermende factoren) | 4   |
| Gemiddeld aantal dagen tussen de meest recente bevraging van suïcidale gedachten en gedrag en de datum van de inspectie  | 2.6 |
| Mediaan van het aantal dagen tussen de meest recente bevraging van suïcidale gedachten en gedrag en de datum van de inspectie  | 1   |
| Aantal gecontroleerde dossiers waarbij acties of interventies konden aangetoond worden   | 2   |
| <i>Ter informatie: soort acties of interventies die in deze dossiers werden gevonden</i>   |     |
| Aantal dossiers met een safety-plan - intern genaamd: houvastplan  | 1   |
| Aantal hiervan waarbij de betrokkenheid van de zorggebruiker bij het opstellen van het plan kon aangetoond worden  | 0   |

(\*) door Zorginspectie geoperationaliseerd als:  
binnen de 3 dagen na opname, binnen de 7 dagen vóór ontslag

|  |          |
|--|----------|
| <i>Aantal dossiers waarin sprake was van maatregelen om de veiligheid van de omgeving te bevorderen (bv. kamer dicht bij de verpleegpost, toezichtmomenten, veilige kamer, gesloten afdeling, afgeven riem, medicatie-inname onder toezicht, depot-medicatie, afsluiting medicatievoorraad, ...)</i> | <i>0</i> |
| <i>Aantal dossiers waarin andere acties of interventies konden aangetoond worden</i>   | <i>2</i> |