

Rapport proefmeting intersectoraal register VBM in psychiatrische ziekenhuisdiensten en vergunde zorgaanbieders aan personen met een handicap.

Peter Cosemans
dr. Eric Noorthoorn
Bart Thomas
Katrijn Ossaer

Februari, 2021

Some is not a number;
Soon is not a time.
– Don Berwick (IHI), 2014

Inhoud

Samenvatting.....	5
Achtergrond.....	5
Doel.....	5
Methode	5
Resultaten.....	7
Aanbevelingen	8
Inleiding	9
Opdracht	10
Eenduidig begrippenkader	10
Afzonderen	11
Fixatie.....	11
Gedwongen vocht en/of voeding toediening.....	12
Toestemming	12
Situationele en structurele maatregelen.....	13
Kwaliteitscheck	13
Uitgangspunten bij de registratie	16
Rekensystematiek.....	17
Typen interventies	20
Aanpak	20
Ethische goedkeuring	20
Selectie van afdelingen	21
Startvergaderingen & terugkomdag.....	21
Registratie vrijheidsbeperkende maatregelen	22
Resultaten	22
Beschrijving van de steekproef.....	23
Resultaten startvergadering	23
Thema 1: Definities vrijheidsbeperkende maatregelen	23
Afzonderen en fixatie	24
Onderscheid tussen structurele en situationele maatregelen	24
Toestemming voor toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen	25
Thema 2: Registratie vrijheidsbeperkende maatregelen.....	25
Thema 3: Terugkoppeling gegevens van registratie vrijheidsbeperkende maatregelen.....	26
Resultaten focusgroep bespreking terugkomdag.....	27
Waarom wel registreren?.....	27
Waarom Niet registeren?	28
Wat zijn belangrijke randvoorwaarden?.....	28

Terugrapportage van de uitkomsten op verzoek van de voorzieningen.	29
Besluit.....	30
Beperkingen:.....	32
Aanbevelingen	33
Literatuur	37
Bijlagen	38

Samenvatting

Achtergrond

De toepassing van vrijheidsbeperkende en vrijheidsberovende maatregelen is bijzonder actueel in de Vlaamse zorgvoorzieningen. In 2016 – 2017 heeft de Vlaamse zorginspectie thematische inspecties rond de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen gehouden op kinderpsychiatrische ziekenhuisdiensten, gemeenschapsinstellingen, OOC, proeftuinen en vergunde zorgaanbieders voor personen met een handicap. Deze inspecties hebben aangetoond dat de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen niet altijd in overeenstemming is met het internationale basisprincipe “Zo min mogelijk, zo kort mogelijk en altijd veilig”, onder meer door het ontbreken van een éénvormig begrippenkader en een onvolledige registratie. De publicatie van de beleidsrapporten en de grote media aandacht in 2018 was de directe aanleiding om een Vlaams register te ontwikkelen. Dit rapport is een verslag van het testen van een ontwerp van register in de volwassenen psychiatrie en vergunde zorgaanbieders voor personen met een handicap. Het rapport is een vervolg op het testen van het register in voorzieningen voor kinder- en jeugdpsychiatrie en brede jeugdhulp in 2019.

Doel

Het doel van het project was het ontwikkelen van een intersectorale en minimale gegevensset over de toepassing van de meest voorkomende vrijheidsbeperkende maatregelen in de zorg- en welzijnssector. Deze gegevensset dient haalbaar te zijn voor de praktijk alsook inhoudelijk betrouwbaar en valide. Het doel van dit onderzoek was vervolgens de haalbaarheid en de inhoudelijke validiteit van dit intersectorale, minimale register te onderzoeken.

Methode

Het onderzoek is in vier fasen uitgevoerd:

1. Op basis van de eerste proefmeting werd in 2019 het voorstel van register geactualiseerd. In het voorstel van register dient per vrijheidsbeperkende maatregel aangegeven te worden of deze structureel of situationeel van aard is, daarnaast werd ook een kwaliteitscheck geïntegreerd waarin aangegeven dient te worden of de opvolggegevens en reden van toepassing van deze maatregel geregistreerd zijn in het individuele patiënten of cliëntendossier.
2. In fase twee is een rekentool ontwikkeld en verdeeld onder de instellingen. Deze tool bevatte een invoerscherm en berekende standaard uitkomsten, waarmee de

voorzieningen direct feedback kregen op de registraties van vrijheidsbeperkende maatregelen. Voorafgaand aan de verdeling van de rekentool zijn startvergaderingen georganiseerd om inzicht te krijgen in de dagelijkse praktijk. Met behulp van kwalitatieve focusgesprekken bij de deelnemende organisaties werd geïnventariseerd welke interventies werden toegepast in welke situaties.

3. Ten derde werd gedurende één maand alle vrijheidsbeperkende maatregelen van tenminste één afdeling of leefgroep aan de hand van dit register bijkomend verzameld bij de deelnemende voorzieningen.
4. Ten slotte werden de resultaten van deze proefmeting en wat de belangrijke randvoorwaarden zijn om een intersectoraal register te implementeren, besproken op een terugkomdag. De uitkomsten van de terugkomdag zijn een belangrijke onderbouwing van de aanbevelingen van dit rapport.

Het intersectorale en minimale register werd onderworpen aan een proefmeting van 14/09/2020 tot en met 14/10/2020. De deelnemende voorzieningen registreerden alle vrijheidsbeperkende maatregelen van minimaal één afdeling of leefgroep volgens het nieuwe register op papier en elektronisch. De gegevens werden vervolgens geaggregeerd op het niveau van de voorziening, waardoor de gegevens niet meer identificeerbaar waren op het niveau van de deelnemende patiënt en/of cliënt. De geaggregeerde gegevens werden vervolgens verzameld in een afzonderlijke database. Aan de hand van een beschrijvende statistiek werden de gegevens geanalyseerd. Om een vergelijking tussen de voorziening mogelijk te maken werden volgende indicatoren berekend:

- aantal interventies per 100 opnamedagen,
- aantal patiënten of cliënten met een interventie per het totale aantal patiënten- of cliëntengroep;
- de totale duurtijd van vrijheidsbeperkende maatregelen in verhouding tot de totale opnameduur.

Deze indicatoren zorgen ervoor dat cijfers tussen instellingen vergelijkbaar zijn. Door te werken met deze indicatoren worden de uitkomsten gestandaardiseerd. Zij worden daarmee onafhankelijk van de omvang van de instelling.

Deze proefregistratie stond niet in functie van een valide en betrouwbare meting rond de toepassing van alle vrijheidsbeperkende maatregelen. De proefregistratie is gebaseerd op een steekproefmeting van een beperkt aantal voorzieningen, voor een registratieperiode van één maand. De resultaten van deze proefmetingen geven geen volledig beeld van de toepassing van de vrijheidsbeperkingen maatregelen. De proefmeting was vooral gericht op het testen van een

standaard rekenwijze van registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen. In dit onderzoek werd de inhoudelijke validiteit van dit register zelf getoetst. Meten we wat we willen meten? Wat vindt de praktijk daarvan, de mensen op de werkvloer? Komen er zinnige en betekenisvolle cijfers uit naar voren?

Resultaten

In de focusgesprekken tijdens de startvergaderingen en de terugkomdag hebben voorzieningen aangegeven dat een betrouwbaar minimaal register rond de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen erg zinvol is. Naast het krijgen van feedback over de praktijk van vrijheidsbeperkende maatregelen vinden voorzieningen het ook zinvol om praktijkervaring uit te wisselen aan de hand van een betrouwbaar register. De voorzieningen vroegen meer verduidelijking ten aanzien van de grondslag voor het registreren van vrijheidsbeperkende maatregelen en afstemming tussen de reeds bestaande registraties.

De voorzieningen gaven aan dat het begrippenkader zoals bepaald door de Vlaamse overheid in overleg met de sectoren over het algemeen goed aansloot bij de dagelijkse praktijk. Een aantal concepten uit het begrippenkader waaronder medicamenteuze fixatie, mechanische fixatie en onderscheid tussen structurele en situationele maatregelen zijn voor de voorzieningen niet helder.

In de proefmeting zijn 37 voorzieningen geïnccludeerd (15 Geestelijke Gezondheidszorg en 22 Vergunde Zorgaanbieders voor Personen met een Handicap). De proefmeting werd uitgevoerd voor de periode van een maand. In totaal verbleven in de meetperiode 1246 patiënten of cliënten in één van de deelnemende afdelingen of leefgroepen (881 Geestelijke Gezondheidszorg en 365 Vergunde Zorgaanbieders voor Personen met een Handicap). Zowel in Geestelijke Gezondheidszorg als bij de Vergunde Zorgaanbieders voor Personen met een Handicap zijn vrijheidsbeperkende maatregelen vastgesteld aan de hand van de intersectorale gegevensset, welke door de deelnemende voorzieningen werden herkend.

Waar de definities van de maatregelen door de deelnemers aan het onderzoek vanuit beide sectoren als bruikbaar en herkenbaar werden benoemd, zien we grote empirische verschillen tussen Geestelijke Gezondheidszorg en Vergunde Zorgaanbieders voor Personen met een Handicap. Dit is te verklaren door de verschillen in hoeveelheden aan situationele, individuele en structurele maatregelen in beide sectoren.

Dit betekent dat het wellicht verstandig is per sector een andere wijze van registratie van VBM en interpretatie toe te passen.

Aanbevelingen

Het is aan te bevelen om voor de verschillende sectoren de verwachtingen van de Vlaamse overheid ten aanzien van het registreren van vrijheidsbeperkende maatregelen te verduidelijken. Het is daarenboven noodzakelijk voor geestelijke gezondheidszorg om afstemming te zoeken in het kader van de reeds bestaande registratieverplichtingen zoals bepaald door de omzendbrief Weckx (1990), de Federale Raad voor de Kwaliteit van de Verpleegkundige activiteit (FRKVA) en de IPAG gegevens voor de Vlaamse overheid.

In het kader van een valide en betrouwbare registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt aanbevolen om enkel situationele maatregelen continu registreren. Om toch zicht te blijven hebben op het gebruik van structurele maatregelen zou kunnen gewerkt worden met een steekproefsgewijze registratie van deze maatregelen. Er is nood aan bijkomende verduidelijking van definities met betrekking tot mechanische fixatie en het gebruik van specifieke materialen. Het onderscheid tussen “acute” en “chronisch gebruik” van medicatie is niet duidelijk. Veel duidelijkere terminologie is “medicatie met een korte werkingsduur” (cfr. Ingrijpmedicatie)” en “medicatie met een lange werkingsduur (> 4dagen)”.

Het register betreft een minimaal register en dient bij voorkeur geïntegreerd te worden in het elektronisch dossier volgens het “only once registratie principe”. Daardoor hebben de individuele voorzieningen de mogelijkheid om bijkomende variabelen in functie van het eigen beleid te registreren in het eigen elektronisch dossier. Het is aan te bevelen om geen individuele gegevens centraal te verzamelen maar wel geaggregeerde samenvattende tabellen. Deze gegevens zijn losgekoppeld van identificeerbare patiënt- of cliëntgegevens. Het is aan de Vlaamse overheid om in overleg met de betrokken stakeholders te bepalen of en hoe, waar en wanneer geaggregeerde gegevens worden overgemaakt.

Een registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen is pas zinvol wanneer de resultaten teruggekoppeld worden naar de dagelijkse praktijk. Om zinvolle en betrouwbare vergelijkingen tussen voorzieningen mogelijk te maken is het belangrijk om naast een betrouwbare en systematische registratie ook andere factoren zoals diagnose, type handicap, aantal ligdagen in de voorziening en regio mee in rekening te brengen.

Inleiding

Het debat over de toepassing van vrijheidsbeperkende en vrijheidsberovende maatregelen (VBM) in zorgvoorzieningen is bijzonder actueel. In tegenstelling tot de meeste Scandinavische, Angelsaksische landen evenals Duitsland en Nederland is voor de toepassing van deze maatregelen in België geen omvattend wettelijk kader beschikbaar.

In uitvoering van het Vlaamse beleid met betrekking tot de toepassing van VBM worden sinds 2016 thematische inspecties gehouden in de verschillende sectoren en voorzieningen waar minderjarigen worden opgenomen. Naast kinderpsychiatrische afdelingen in psychiatrische en algemene ziekenhuizen in 2016 – 2017, kregen ook de gemeenschapsinstellingen voor minderjarigen, het Vlaams detentiecentrum, OOC's, proeftuinen en gehandicaptenzorg een thematische inspectie met betrekking tot de toepassing van VBM. Deze inspecties vormden in eerste instantie de aanleiding om te willen komen tot een Vlaams en eenduidig register van VBM, zowel in de (forensische) jeugdhulp, de psychiatrie als in de zorg voor mensen met een (verstandelijke) handicap.

De inspecties toonden aan dat de toepassing van VBM niet altijd in overeenstemming is met het internationale basisprincipe “Zo min mogelijk, zo kort mogelijk en altijd veilig”. De inspecties lieten zien dat vrijheidsbeperkende en vrijheidsberovende maatregelen (1) regelmatig werden toegepast in de kinderpsychiatrische afdelingen, zorgaanbieders voor personen met een handicap en gemeenschapsinstellingen. In OOC's en proeftuinen kwam de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen beperkt voor. Daarnaast stelde Zorginspectie (2) vast dat de registratie van vrijheidsbeperkende en vrijheidsberovende maatregelen niet sluitend is ondermeer door het ontbreken van een éénvormig begrippenkader en door onvolledige registraties. De veiligheid (3) tijdens de toepassing van deze maatregelen is niet altijd gegarandeerd door een gebrek aan toezicht en infrastructurele tekortkomingen. Tot slot is er nog (4) een grote marge aan verbeterruimte op het vlak van preventie met betrekking tot de toepassing van deze maatregelen [1, 2, 3].

De Vlaamse Regering heeft in 2018 in het kader van het VIA 5 akkoord een subsidie toegekend aan VIVO vzw – Icobra voor het project ‘omgaan met agressie’ met als doelstelling om de brede jeugdhulpveld gericht te ondersteunen en begeleiden in het omgaan met de toenemende problematiek van agressie op de werkvloer[Zie bijlage 1]. Het onderhavig project maakte deel uit van deze subsidie.

Het project ‘omgaan met agressie’ heeft als doelstelling het brede jeugdhulpveld gericht te ondersteunen en te begeleiden in het omgaan met de toenemende problematiek van agressie op de werkvloer en bevat de realisatie van de verschillende opdrachten waaronder:

1. voorzieningen ondersteunen in het opzetten en uitvoeren van een (preventief) agressiebeleid;
2. voorzieningen ondersteunen in het realiseren van een positief leefklimaat en het introduceren van methodieken van herstelgericht werken;
3. voorzieningen ondersteunen in het gebruik van de tool 'Iedereen veerkrachtig door Agressieazorg';
4. in overleg met alle relevante stakeholders een wetenschappelijk onderbouwde gegevensset ontwikkelen die toelaat zicht te krijgen op de redenen voor het nemen van vrijheids-beperkende maatregelen, alsook op de aard de frequentie en de duur van die maatregelen;
5. bijdragen tot informatieverspreiding en competentieversterking rond agressiebeheersing.

Opdracht

De Vlaamse overheid heeft voor de ontwikkeling van de wetenschappelijk onderbouwde gegevensset een project subsidie voor de periode van twee jaar verleend. Het doel van het project was het ontwikkelen van een intersectorale en minimale gegevensset over de toepassing van de meest voorkomende vrijheidsbeperkende maatregelen in de zorg- en de welzijnssector, onafhankelijk van de juridische status van de patiënt of cliënt. Deze gegevensset dient haalbaar te zijn voor de praktijk alsook inhoudelijk betrouwbaar en valide.

Organisaties kunnen aan de hand van de geregistreerde gegevens hun eigen praktijk met betrekking tot het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen nauwkeurig opvolgen. Op basis van deze gegevens kunnen voorzieningen leren uit de eigen praktijk en op basis daarvan verbetertrajecten uitzetten. Bijgevolg vormt deze gegevensset een belangrijke bron om kwaliteit van zorg met betrekking tot de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen continu op te volgen. De minimale en intersectorale gegevensset VBM schrijft voor welke informatie er minimaal moet worden verzameld en op welke manier. Daarnaast hebben organisaties de mogelijkheid, als ze dat zelf wensen, om bijkomende items te registreren die niet tot de minimale gegevensset behoren en hierin ook te bepalen op welke wijze zij informatie willen genereren. Zo kunnen organisaties zelf de vorm kiezen die het beste aansluit bij hun eigen werkwijze, softwareprogramma's en processen.

Eenduidig begrippenkader

In het kader van het kwaliteitsvol toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen werd door de Vlaamse Overheid, in afstemming met het werkveld, een éénduidig begrippenkader opgesteld,

geldend voor Geestelijke Gezondheidszorg evenals voor de Vergunde Zorgaanbieders voor Personen met een Handicap, en brede jeugdhulp. Het gemeenschappelijk deel van dit begrippenkader, de stam, wordt als basis gebruikt voor deze gegevensset.

Afzonderen

Afzondering is het verblijf van een zorggebruiker in een daartoe speciaal voorziene individuele afzonderingskamer, hetzij in een andere individuele ruimte, welke de zorggebruiker niet zelfstandig kan verlaten. In het kader van een uniforme registratie kunnen zorggebruikers in drie types van kamers afgezonderd worden:

- a) Een afzonderingskamer: dit is een specifiek veilig ingerichte, hoog beveiligde ruimte, welke de zorggebruiker niet zelfstandig kan verlaten.
- b) Een andere kamer: Dit is niet de afzonderingskamer of eigen kamer maar een kamer die de zorggebruiker niet zelfstandig kan verlaten.
- c) Een verblijf op de eigen kamer, waarbij de zorggebruiker zijn kamer niet zelfstandig kan verlaten.

Voor het minimaal en intersectoraal register valt onder “afzondering” alle maatregelen waarbij een patiënt of cliënt niet uit eigen initiatief de individuele kamer of ruimte kan verlaten. Als gevolg valt het compartimenteren van een cliënt of patiënt onder deze definitie (Afzondering in een andere kamer). Zorggebruikers die opgenomen zijn op een gesloten afdeling, vallen niet onder de definitie van afzondering.

Fixatie

Onder fixatie wordt verstaan elke handeling of elk gebruik van materiaal of medicatie die de bewegingsvrijheid van een persoon beperkt, verhindert of belemmert, waarbij de persoon niet zelfstandig zijn bewegingsvrijheid kan herwinnen. Fixatie kan op drie wijzen worden toegepast:

- a) Fysieke interventie : fixatie door middel van een interventie waarbij de zorggebruiker door één of meerdere hulpverleners op een fysieke wijze vastgehouden of geïmmobiliseerd wordt of waarbij de zorggebruiker op een fysiek gecontroleerde wijze verplaatst wordt of zich laat verplaatsen.
- b) Mechanische fixatie, fixatie door middel van het aanwenden van mechanische hulpmiddelen bevestigd aan of in de directe omgeving van de zorggebruiker, welke niet zelfstandig door de zorggebruiker kunnen verwijderd worden. Ergonomische hulpmiddelen bevestigd aan of in de directe omgeving van de zorggebruiker, en die niet zelfstandig door de zorggebruiker kunnen verwijderd worden, worden niet

beschouwd als mechanische fixatie tenzij deze hulpmiddelen buiten hun oorspronkelijke doelstelling gebruikt worden.

- c) Medicamenteuze fixatie : fixatie door middel van het acuut en chronisch gebruik van medicatie .Voor het minimaal en intersectoraal register vrijheidsbeperkende maatregelen wordt het onderscheid gemaakt tussen kortwerkende medicatie van maximaal 3 dagen (of ingrijpmedicatie) en langwerkende medicatie met een werkingsduur van meer dan 3 dagen. Onder kortwerkende medicamenteuze fixatie (of ingrijpmedicatie) wordt “Rapid tranquilisation” verstaan met als doel op korte termijn agressie en agressief gedrag te reduceren zodat verdere escalatie kan worden voorkomen. (Bak e.a., 2019). Medicamenteuze fixatie dient enkel geregistreerd te worden wanneer de zorggebruiker geen toestemming geeft. In dit register maken we een onderscheid tussen:
- i) kortwerkende psychotrope medicatie, of ingrijpmedicatie. Het betreft parenterale of intra musculaire medicatietoediening met een directe en korte (maximaal drie dagen) werkingsduur.
 - ii) langwerkende psychotrope depotmedicatie (werkingsduur langer dan drie dagen).

Gedwongen vocht en/of voeding toediening

Dit betreft toediening van vocht of voeding via de natuurlijke en niet-natuurlijke weg gepaard gaande met dwang. De voeding of het vocht worden gedwongen oraal, per sonde of met infusen toegediend. In lijn met medicamenteuze fixatie is het toedienen van gedwongen vocht of voeding verplicht om vast te leggen. Het is een zeldzame maatregel die doorgaans bij jonge mensen of kinderen wordt toegepast ondermeer, maar niet uitsluitend, in het kader van een behandeling van anorexia nervosa.

Toestemming

De mate van toestemming, of de mate waarin de maatregel er is op vraag van de zorggebruiker dient geregistreerd te worden bij elke afzondering of fixatie. Iedere toediening van medicatie onder (1) fysiek verzet; (2) zichtbaar en merkbaar verbaal verzet of (3) geen toestemming maar ook geen verzet is verplicht om vast te leggen.

Toestemming wordt geregistreerd door middel van vijf categorieën:

- a) Eigen vraag: het initiatief voor het nemen van een vrijheidsbeperkende maatregel gaat uit van de zorggebruiker.

- b) Toestemming: het initiatief voor het nemen van een vrijheidsbeperkende maatregel gaat uit van de hulpverlener en de zorggebruiker stemt hiermee in.
- c) Verzet: Het initiatief voor het nemen van een vrijheidsbeperkende maatregel gaat uit van de hulpverlener, maar de zorggebruiker geeft geen toestemming of verzet zich merkbaar (verbaal en/of fysiek) tegen de interventie.
- d) Geen toestemming: Zorggebruiker kan geen toestemming geven en verzet zich niet. Het initiatief voor het nemen van een vrijheidsbeperkende maatregel gaat uit van de hulpverlener.
- e) Geen toestemming en geen zichtbaar verzet: zorggebruiker geeft geen toestemming, maar toont ook geen zichtbaar verzet. Het initiatief voor het nemen van een vrijheidsbeperkende maatregel gaat uit van de hulpverlener: de zorggebruiker is in de mogelijkheid om zich te verzetten of te toe te stemmen, maar geeft geen toestemming en toont ook geen zichtbaar verzet.

Situationele en structurele maatregelen

De toepassing van een afzondering of fixatie is “situationeel” als deze interventie het gevolg is van een bepaalde en onvoorziene situatie (bv. agressie incident, onveilige situatie, gedrag dat agressie oproept). De toepassing van een afzondering of fixatie is “structureel” als deze interventie het gevolg is van een collectieve maatregel (bv. ’s nachts sluiten van alle kamers) ofwel een individuele, voorzienbare interventie betreft die opgenomen is in een actueel (be)handelplan (bv. Inbouwen van vaste kamermomenten). Voor ‘structureel collectieve’ en ‘structureel individuele, voorzienbare maatregelen’ is er nog geen omschrijving opgenomen in het intersectoraal begrippenkader. Daarom wordt hier een voorlopige omschrijving gehanteerd.

Kwaliteitscheck

Voor de Q-check of kwaliteitscheck dient aangegeven te worden of in het (elektronisch) patiënten of cliënten dossier de reden van toepassing van vrijheidsbeperkende maatregel net als het toezicht geregistreerd staan. Dit is van toepassing voor “afzondering” , “fixatie” en “medicamenteuze fixatie”.

Methodologie

In de gegevensset worden vrijheidsbeperkende maatregelen geregistreerd die de bewegingsvrijheid van de zorggebruiker beperken. De volgende maatregelen worden geregistreerd: afzonderen, mechanische fixatie, fysieke interventie, medicamenteuze fixatie,

tegen de wil toegediend vocht of voeding. Figuur 1 toont de schematische weergave van vrijheidsbeperkende maatregelen. Voor de registratie van afzondering en fixatie dient aangegeven te worden of deze interventie het gevolg is van een bepaalde situatie (situationeel) of kadert in een collectieve of individuele, voorzienbare structurele interventie (structureel)^{1,2}. De toepassing van een afzondering of fixatie is “situationeel” als deze interventie het gevolg is van een bepaalde en onvoorziene situatie (bv. agressie incident, onveilige situatie, gedrag dat agressie oproept). De toepassing van een afzondering of fixatie is “structureel” als deze interventie het gevolg is van een collectieve maatregel zoals het ’s nachts sluiten van alle kamers ofwel een individuele, voorzienbare interventie betreft die opgenomen is in een actueel (be-)handelplan zoals het inbouwen van vaste kamermomenten. Voor ‘structureel collectieve’ en ‘structureel individuele, voorzienbare maatregelen’ is er nog geen omschrijving opgenomen in het intersectoraal begrippenkader.

¹ In de intersectorale stam van definities m.b.t. vrijheidsbeperkende maatregelen zijn geen definities opgenomen m.b.t. structurele en situationele vrijheidsbeperkende interventies. In de toekomst kunnen deze definities alsnog opgenomen worden na bespreking met de verschillende stakeholders. Naar aanleiding van de eerste proefregistratie van dit register in de kinderspsychiatrische voorzieningen en ‘brede jeugdhulp’ (2019) werd voorgesteld om een onderscheid te maken tussen structurele en situationele maatregelen.

² Naar de toekomst zal nog onderzocht worden hoe de registratielast kan beperkt worden voor ‘structurele’ maatregelen. In het kader van proefmetingen is het wel belangrijk om aan te geven dat een interventie deel uitmaakt van een structurele dan wel een situationele maatregel.

Figuur 1: schematische weergave van het intersectorale register vrijheidsbeperkende maatregelen

Interventie			Toestemming van toepassing					Q-Check		Registratie in intersectorale gegevensset VBM
	Soort interventie incidenteel / Structureel	Eigen Vraag	Met Toestemming	Verzet	Geen toestemming	Geen verzet / geen toestemming	Reden van toepassing VBM in (elektronisch) dossier	Toezicht bij toepassing VBM in (elektronisch) dossier		
Afzonderen	Afzonderen in afzonderingskamer	X	X	X	X	X	X	X	Altijd	
	Afzonderen in andere kamer		X	X	X	X	X	X	Altijd	
		Afzonderen eigen kamer		X	X	X	X		X	Altijd
Fixatie	Mechanisch	X	X	X	X	X	X	X	Altijd	
	Fysieke interventie	X	X	X	X	X	X	X	Altijd (> 5% geen verplaatsing)	
Medicamenteuze fixatie	Kortwerkend			X	X	X	X	X	Alleen fysiek verzet of geen verzet en/of geen toestemming	
	Langwerkend			X	X	X	X	X	Alleen fysiek verzet of geen verzet en/of geen toestemming	
Vocht/voeding				X	X	X	X		Alleen fysiek verzet of geen verzet en/of geen toestemming	

Uitgangspunten bij de registratie

Als eerste is een handleiding opgesteld in samenwerking met bij het project betrokken actoren, voorzieningen uit de jeugdhulp, de geestelijke gezondheidszorg, Zorgnet – Icuuro, het Vlaams Welzijnsverbond, de federatie sociale ondernemingen SOM, het Agentschap Zorg en Gezondheid, het Agentschap Opgroeien, het Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, het steunpunt SAM, het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, en tenslotte een vertegenwoordiging van het Steunpunt Welzijn, Volksgezondheid en Gezin. De handleiding beschrijft de definities van vrijheidsbeperkende maatregelen en de wijze waarop cijfers berekend kunnen worden. Uitgangspunt van de handleiding was de stam zoals afgesproken met de Vlaamse overheid. Op basis van gesprekken met de praktijk is deze stam aangepast en verfijnd. De centrale begrippen zijn behouden, maar aangepast aan wat in de praktijk aan maatregelen werden toegepast. Iedere toepassing van afzondering, fixatie, medicamenteuze fixatie, gedwongen toediening van vocht en voeding dient afzonderlijk geregistreerd te worden in een individueel register, ongeacht het motief of de reden van de toepassing van deze maatregel. Wanneer gelijktijdig meerdere maatregelen genomen worden, dienen deze afzonderlijk geregistreerd te worden. Voor elke vrijheidsbeperkende maatregel dient de mate van toestemming van de patiënt of cliënt geregistreerd te worden.

In het register wordt een onderscheid gemaakt in functie van het type afzondering, fixatie, medicamenteuze fixatie, toestemming, structurele of situationele maatregel en een kwaliteitscheck:

1. De verschillende types van afzondering zijn 1) in afzonderingskamer, 2) niet in de afzonderingskamer 3) eigen kamer.
2. De verschillende types van fixaties zijn 1) mechanische fixatie, 2) fysieke interventie.
3. De verschillende types van medicamenteuze fixatie zijn 1) Kortwerkende medicamenteuze fixatie, 2) Langwerkende medicamenteuze fixatie > 4dagen.
4. De verschillende vormen van toestemming: 1) op eigen vraag; 2) met toestemming; 3) verbaal of fysiek verzet; 4) patiënt / cliënt kan geen toestemming geven en 5) patiënt/cliënt geeft geen toestemming, maar verzet zich ook niet. .
5. Gedwongen toediening van vocht en voeding.
6. Structurele of situationele maatregelen: 1) situationele maatregel, 2) collectief structurele maatregel en 3) individueel structurele maatregel.

De maatregel is 'situationeel' wanneer de maatregel het gevolg is van een onvoorzienbare gebeurtenis (bv. agressie incident). De toepassing van een afzondering

of fixatie is ‘structureel’ als deze interventie het gevolg is van een collectieve maatregel (bv ’s nachts sluiten van alle kamers) ofwel een individuele, voorzienbare interventie betreft die opgenomen is in een actueel (be)handelplan (bv. Inbouwen van vaste kamermomenten, met de deur op slot). Voor ‘structureel collectieve’ en ‘structureel individuele, voorzienbare maatregelen’ is er nog geen omschrijving opgenomen in het intersectoraal begrippenkader. Dit onderscheid is in dit onderzoek bij de tweede proefmeting toegevoegd aan het register, omdat bij de eerste proefmeting in de jeugdzorg in 2019 naar voren kwam dat vrijheidsbeperkende maatregelen gepland en ongepland zijn. In dit vervolg onderzoek wordt voorgesteld om de opdeling te hanteren van situationeel en collectief of individueel structureel om na te herkennen welke maatregelen planbaar waren en welke niet.

7. In een kwaliteitscheck wordt in het dossier gekeken of er een aanleiding voor de interventie is beschreven. In het register wordt vastgelegd dat deze is genoteerd.

Rekensystematiek

De vrijheidsbeperkende maatregelen kunnen discontinu toegepast worden en wisselen elkaar af. In het kader van het verwerken van de gegevens worden twee rekeneenheden gebruikt

- 1) Interventie: een aaneengesloten tijdseenheid waarbinnen een vrijheidsbeperking plaatsvindt. Een interventie wordt bepaald door de tijd waarop de beperking startte en werd beëindigd (kortweg vanaf het moment dat de deur van de afzondering dicht ging en weer werd geopend). Verblijf van de patiënt in de voorruimte van de afzonderingskamer of bezoekmomenten tellen niet als onderbreking van een afzonderingsepisode. De interventie eindigt als de patiënt de afzonderingskamer verlaat en langer dan 15 minuten naar de afdeling gaat.
- 2) Maatregel: een serie van één of meer interventies die gelijklopend of aansluitend zijn, al dan niet onderbroken voor een periode van niet langer dan 24 uur ten opzichte van de laatste interventie (bv. een persoon wordt afgezonderd in de afzonderingskamer, gelijktijdig met de afzondering wordt een fysieke fixatie toegepast).

Voor de verwerking van het register worden naast de telling van de unieke interventies, het aantal gestarte maatregelen en duurtijd van de maatregel berekend. De rekenregels worden uitgebreid toegelicht in de handleiding in het onderdeel ‘tellers en noemers’. [Zie bijlage 3].

In de verwerking van de gegevens is er een onderscheid tussen een unieke interventie, een maatregel en de duur van een maatregel. Deze manier van tellen laat toe om nauwkeurig naast

het aantal en duur van de interventies ook het aantal en duurtijd van de maatregelen te kennen. Het onderscheid tussen maatregelen en interventies wordt gemaakt omdat uit onderzoek blijkt dat besluitvorming over de toepassing van vrijheidsbeperkingen vaak plaatsvindt op het niveau van een maatregel, over meerdere dagen (Janssen et al, 2011).

De duur van de interventies en de maatregelen wordt uitgerekend in uren. Dit zijn de uren dat de patiënt of cliënt effectief een vrijheidsbeperkende maatregel heeft ondergaan. De totale duurtijd van interventies en vrijheidsbeperkende maatregelen wordt opgeteld. Een voorbeeld: een persoon verblijft 2u in een afzonderingskamer, waarvan 1uur met fixatie. Dit is een totale duurtijd van vrijheidsbeperkende maatregelen van 3uur. Dit is één maatregel met twee interventies. De totale duurtijd van deze maatregel is 3 uur. De toegepaste interventies worden afgezet tegen het aantal ligdagen van een voorziening en het aantal opnames. De duur van de interventies werden gecategoriseerd in 5 duurgroepen, minder dan een uur, 1 tot 4 uur, 4 tot 12 uur, 12 tot 24 uur en meer dan 24 uur. De duur van de maatregelen wordt gecategoriseerd in 5 duurgroepen, van een dag, 1 tot 7 dagen, 7 dagen tot 3 weken, 3 weken tot 3 maanden en meer dan 3 maanden.

In functie van de standaardisering van de verwerking en analyses van de geregistreerde vrijheidsbeperkende maatregelen over de voorzieningen en tussen de verschillende sectoren is een rekentool ontwikkeld met behulp van visual basic in Excel. Deze rekentool zorgt voor een standaard invoer en een standaard bewerking van de uitkomsten in tabellen. Op deze manier krijgen voorziening onmiddellijk feedback over hun registraties. Daarnaast berekent deze tool geaggregeerde data die vervolgens opgenomen worden in een intersectorale database.

Op basis van deze intersectorale database worden frequenties en indicatoren berekend zoals besproken in Tabel 1. De totalen die in dit rapport worden beschreven zijn hierop gebaseerd. Door middel van deze getrapte analyse is het mogelijk de Exceltool in de toekomst binnen de voorzieningen te implementeren en Vlaamse totalen te berekenen zonder naar de patiënt herleidbare gegevens naar een centrale database te sturen. Om de correctheid van deze manier van verwerken te controleren, werden de individuele gegevens ook geanalyseerd met SPSS.

Tabel 1: inhoud standaard tabellen

	Tabel	Teller	Noemer	Betekenis
1	Algemene informatie			Bevat achtergrond informatie met tellers en noemers voor de volgende tabellen.
2	Aantal interventies per categorie van toestemming	Aantal interventies per type vrijheidsbeperkende maatregel in functie van de categorie van toestemming		Interventies verdeeld over eigen verzoek, toestemming, geen toestemming geen verzet, kan geen toestemming geven en verbaal of fysiek verzet
3	Interventies per 100 opnamedagen	Aantal Interventies	Aantal opnamedagen. Het aantal opnamedagen is gelijk aan (aantal bedden * aantal dagen) / bedbezettingsgraad	Dit is een internationaal vergelijkbaar cijfer. Dit geeft de mate weer waarin vrijheidsbeperkende interventies voorkomen in het dagelijkse werk.
4	Aantal patiënten met een interventie	Ondergaan interventie	Totaal aantal opgenomen patiënten of cliënten. Het gaat hierbij om het aantal unieke personen die gedurende de registratie periode één of meerdere keren werden opgenomen.	Is een internationaal relevant cijfer, welke een vergelijking toelaat met de meeste Noord Europese landen. Dit cijfer geeft het beleid van de voorziening weer met betrekking tot de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen.
5	Duurtijd vrijheidsbeperken de maatregelen ten opzichte van de totale opnameduur	Totale duur in uren van de toegepaste vrijheid beperkende interventies.	Het aantal uren per 1000 opname uren, Het aantal opname uren is gelijk aan (aantal bedden * aantal dagen*24) / bedbezettingsgraad	Geeft zicht op de totale duur per maatregelen en geeft vooral zicht op het aspect 'substitutie'.
6	Duur van de interventies in categorieën	Geeft de aantallen als verhouding weer van het aantal interventies op het totaal aantal interventies per duurcategorie 1. 0 – 1 uur 2. 1 – 4 uur 3. 4 – 12 uur 4. 12 – 24 uur 5. Meer dan 24 uur	Het aantal interventies.	Dit cijfer geeft weer het aantal, duurtijd en extreme duurtijd van de verschillende interventies. Interventies met een extreme duurtijd gaan vaak over zeer zieke patiënten die incidenteel binnen een voorziening opgenomen zijn.
7	Duur van de maatregelen in categorieën	Deze tabel geeft de aantallen en de verhouding weer van het aantal maatregelen op het aantal maatregelen per duurcategorie: 1. Minder dan een dag 2. Een dag tot 7 dagen 3. 7 dagen tot 3 weken 4. 3 tot 6 weken 5. Zes weken tot 3 maanden 6. Meer dan 3 maanden	Het aantal maatregelen. Maatregelen zijn een serie van één of meer interventies die niet langer dan 24 uur worden onderbroken zonder enige vrijheidsbeperking.	Dit cijfer is een belangrijke indicator van extreme duurtijd. Dit cijfer is niet enkel te verklaren door de ernst van de pathologie, maar soms ook door de context waarin de patiënt of cliënt zich bevindt. Het is vaak te verklaren door het gebruiken van structurele maatregelen zowel op collectiefniveau (voor de hele groep van patiënten of cliënten) of individueel niveau (enkel voor de persoon).

Typen interventies

Er kunnen 3 typen vrijheidsbeperkende maatregelen worden onderscheiden. Het meest voorkomend zijn de structurele individuele maatregelen. Deze maatregelen worden, doorgaans volgens behandelplan, iedere dag volgens een vaste regelmaat toegepast. Deze maatregelen worden individueel bepaald. Deze interventies worden zowel in de Geestelijke Gezondheidszorg als in de Vergunde Zorgaanbieders voor Personen met een Handicap toegepast. Daarnaast zijn er ook collectief structurele maatregelen. Dit zijn maatregelen die voor alle patiënten in een voorziening gelden. Deze collectieve maatregelen worden enkel in Vergunde Zorgaanbieders voor Personen met een Handicap beperkt toegepast. Als derde kunnen de situationele maatregelen worden onderscheiden. Deze worden alleen toegepast direct volgend op een gevaarlijke situatie.

Aanpak

De ontwikkeling van een wetenschappelijk onderbouwde intersectorale en minimale gegevensset voor de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in geestelijke gezondheidszorg, voorzieningen voor personen met een handicap en brede jeugdhulp is opgenomen in de VIA 5 opdracht “omgaan met agressie”. Een projectgroep werd opgericht [Zie bijlage 2] om in overleg met alle relevante stakeholders een dergelijke gegevensset te ontwikkelen en te implementeren in de zorg. De gegevensset werd in 2019 eerst uitgetest in brede de jeugdhulp en kinder- en jeugdpsychiatrie. In 2020 werd het register vervolgens getest bij volwassenen in de Geestelijke Gezondheidszorg en de Vergunde Zorgaanbieders voor Personen met een Handicap toegepast. Voorafgaand aan deze test werden 5 regionale startvergaderingen gehouden waarin toelichting werd gegeven over het opzet en de huidige werkwijze van de deelnemende organisaties. De resultaten van deze startvergadering zijn opgenomen in dit rapport.

Ethische goedkeuring

Deze studie maakt gebruik van gepseudonimiseerde cliëntengegevens waaronder administratieve gegevens en gegevens over de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Om deze reden hebben wij in het kader van de eerste proefmeting in 2019 aan het Sociaal Maatschappelijk Ethisch Comité van KU Leuven navraag gedaan naar de noodzaak van een ethische goedkeuring [Zie bijlage 12]. In haar antwoord op 28/03/2019 concludeert het SMEC dat deze studie onder de experimentenwet valt omwille van de kwetsbare populatie en

het gebruik van gecodeerde data. Bijgevolg is een ethische goedkeuring door een Ethisch comité noodzakelijk [Zie bijlage 13]. Bij de centrale ethische commissie van UZ Gent werd op 27 februari 2020 een aanvraag ingediend voor een ethische goedkeuring voor de studie rond de registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen in Geestelijke Gezondheidszorg en Vergunde Zorgaanbieders voor personen met een Handicap voorzieningen. De ethische commissie van UZ Gent heeft op 3 augustus 2020 een positief advies geformuleerd [Zie bijlage 18]. Deze studie is geregistreerd met Belgisch Registratienummer B6702020000439. Gelet op het gebruik van gepseudonimiseerde gegevens is er steeds een geïnformeerde toestemming nodig van patiënt of cliënt. Deze toestemming kan gegeven worden door de patiënt of cliënt zelf. Indien patiënt of cliënt wilsonbekwaam is kunnen de wettelijke vertegenwoordigers toestemming geven. .

Selectie van afdelingen

De gegevensset werd in 2020 voor een tweede keer uitgetest voorzieningen voor volwassenen in de Geestelijke Gezondheidszorg en Vergunde Zorgaanbieders voor Personen met een Handicap. Deelname aan de tweede proefmeting was op basis van vrijwilligheid. 32 voorzieningen hebben deelgenomen aan deze proefmeting. Tabel 2 laat zien hoe dit over het land verspreid is.

Tabel 2: Selectie en verdeling over de regio's van de deelnemende organisaties

Type voorzieningen	Antwerpen	Limburg	Oost Vlaanderen	Vlaams Brabant	West Vlaanderen	Eindtotaal
Algemene ziekenhuizen met een psychiatrische afdeling	1	0	1	1	1	3
Psychiatrisch ziekenhuizen	2	1	2	1	4	11
Vergunde Zorgaanbieders voor Personen met een Handicap	4	1	3	3	7	18
Eindtotaal	7	2	6	5	11	32

Startvergaderingen & terugkomdag

De kandidaat voorzieningen en de leden van de projectgroep werden uitgenodigd op één van de vijf regionale startvergaderingen in Antwerpen (GZA – PAAZ sint Vincentius), Gent (UZ Gent), Jette (AZ Jan Portaels), Brugge (VZW Uniek) of St. Truiden (Psychiatrisch ziekenhuis Asster). Deze startvergaderingen bestonden uit drie delen. Naast het verduidelijken van de gehanteerde definities in dit register werd in het tweede deel door middel van focusgesprekken dieper ingegaan op de toepassing, de registratie en feedback van vrijheidsbeperkende maatregelen in de voorzieningen.

In het derde deel werden praktische afspraken gemaakt met betrekking tot de registratieperiode, informed consent en de wijze van registreren. De resultaten werden op 28/1/2021 aan de hand van focusgroepen teruggekoppeld aan de deelnemende voorzieningen om na te gaan in hoeverre zij zich hierin herkenden..

Registratie vrijheidsbeperkende maatregelen

Bij de initiële planning van de tweede proefmeting was de registratieperiode voorzien van april 2020 tot en met juni 2020. Gedurende deze periode hadden de voorzieningen de mogelijkheid om de registratieperiode van één maand te planning in functie van de eigen werkzaamheden. Door de COVID-crisis en de impact op de dagelijkse werking van de voorziening werd deze registratieperiode verlaet naar september – oktober 2020. De registratieperiode liep van 14/09/2020 tot en met 14/10/2020. Tijdens deze periode registreerden de deelnemende voorzieningen gedurende 30 dagen alle vrijheidsbeperkende maatregelen bijkomend op papier en vervolgens elektronisch in een aan hen ter beschikking gestelde Excel tool [Bijlage 7]. Naast de registratie van iedere maatregel in het individueel patiënten of cliëntendossier dient in het kader van deze proefmeting iedere toepassing van afzondering, fixatie, medicamenteuze fixatie, gedwongen toediening van vocht en voeding bijkomend afzonderlijk geregistreerd te worden in een individueel registratie, ongeacht het motief of de reden van de toepassing van deze maatregel. Wanneer gelijktijdig meerdere maatregelen genomen worden, dienen deze afzonderlijk geregistreerd te worden. Voor elke vrijheidsbeperkende maatregel dient de mate van toestemming van de patiënt of cliënt geregistreerd te worden.

Resultaten

Met de tweede proefregistratie van het intersectorale en minimale register vrijheidsbeperkende maatregelen werd de haalbaarheid en methodologie van dit register getest in een beperkt aantal voorzieningen van Geestelijke Gezondheidszorg en Vergunde Zorgaanbieders voor Personen met een Handicap. In tegenstelling tot de eerste proefmeting, zijn in de tweede proefmeting enkel patiënten en cliënten ouder dan 18 jaar opgenomen. De proefregistratie werd niet gehouden in functie van een valide en betrouwbare meting rond de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in 2020, maar wel om de inhoudelijke validiteit en de methodologie van dit intersectorale en minimale register zelf te onderzoeken. Daarom focust dit rapport niet op de cijfers rond de concrete toepassing van VBM, maar wel op de resultaten uit de startvergaderingen en de terugkomdag. De cijfers werden wel teruggekoppeld naar de deelnemende voorzieningen gezien deze voor hen deel uitmaakten van het testen van de validiteit van het register.

Beschrijving van de steekproef.

De tweede proefmeting werd georganiseerd in 15 Geestelijke Gezondheidszorg voorzieningen (psychiatrische ziekenhuizen en algemene ziekenhuizen met een psychiatrische afdeling) en 24 Vergunde zorgaanbieders voor Personen met een Handicap.

In deze meetperiode werden gedurende één maand alle vrijheidsbeperkende maatregelen van tenminste één afdeling of leefgroep bijkomend op papier geregistreerd. In totaal zijn 858 (504 + 354) bedden geïncludeerd in deze steekproef. In de meetperiode waren 1246 personen opgenomen op de deelnemende afdelingen leefgroepen (881 Geestelijke Gezondheidszorg – 365 in Vergunde Zorgaanbieders voor Personen met een Handicap).

Resultaten startvergadering

Naar aanleiding van de proefregistratie werd per regio een startvergadering georganiseerd. Alle voorzieningen die zich kandidaat stelden, nodigden we hierop uit. De samenstelling van de regionale startvergadering is weergegeven in tabel 2 en pagina 19.

We organiseerden vijf regionale startvergadering op volgende locaties (1) AZ Jan Portaels (Vlaams Brabant); (2) GZA PAAZ Vincentius (Antwerpen); (3) Psychiatrische ziekenhuis Asster(Limburg) ; (4) UZ Gent (Gent) en (5) VZW Uniek (Brugge).

We behandelden vier thema's tijdens de startvergadering doormiddel van focusgesprekken . Naast algemene vragen, bedenkingen en verwachtingen, bespraken we de gehanteerde definities vrijheidsbeperkende maatregelen in de toepassing in de dagelijkse praktijk. Vervolgens behandelden we het registreren van vrijheidsbeperkende maatregelen en het terugkoppelen van deze gegevens naar medewerkers en leidinggevenden. Per onderdeel volgt een samenvatting met de belangrijkste aandachtspunten per thema.

Thema 1: Definities vrijheidsbeperkende maatregelen

De Vlaamse overheid heeft in samenspraak met de verschillende sectoren een 'intersectorale' stam van definities vrijheidsbeperkende maatregelen opgesteld. Per sector is er de mogelijkheid om deze intersectorale stam aan te vullen en te specificeren met sectorspecifieke definities, die dan ook intersectoraal bekrachtigd worden. De meeste voorzieningen geven aan dat zowel afzonderen, fixaties als medicamenteuze fixaties in de dagelijkse praktijk worden toegepast. Tussen de twee sectoren zijn er wel verschillen zowel op het vlak van frequentie als op het vlak van aanleiding voor het toepassen van deze maatregelen (zie: onderscheid tussen structurele en situationele maatregelen). In de sector van de Vergunde Zorgaanbieders voor Personen met een

Handicap zijn er nog onduidelijkheden rond afzondering, mechanische en medicamenteuze fixatie. (Zie onderdeel afzonderen en fixatie).

Afzonderen en fixatie

In de praktijk wordt een onderscheid gemaakt tussen afzonderingen (in een afzonderingskamer) en andere vormen van afzondering. In de Geestelijke Gezondheidszorg voorzieningen wordt afgezonderd in een afzonderingskamer. In Vergunde Zorgaanbieders voor Personen met een Handicap worden andere vormen gehanteerd zoals compartimentering en afzonderingen op patiënten-/cliëntenkamers. Een tweetal voorzieningen bespraken in de startvergaderingen dat in bepaalde situaties een cliënt niet wordt toegelaten in de leefgroep. Deze persoon is bijvoorbeeld in de tuin en de toegang tot de leefgroep wordt afgesloten. Het is niet duidelijk of dit onder afzonderen valt. Een aantal Vergunde Zorgaanbieders voor Personen met een Handicap vragen naar criteria waaraan een afzonderingskamer moet voldoen.

In Geestelijke Gezondheidszorg voorzieningen worden mechanische fixaties voornamelijk toegepast tijdens afzonderingen in een afzonderingskamer. In Vergunde Zorgaanbieders voor Personen met een Handicap worden mechanische fixaties ook toegepast in functie van valpreventie en ergonomische ondersteuning (vooral bij personen met neuro-motorische beperkingen zoals het gebruik van “staplanken”). Vergunde Zorgaanbieders voor Personen met een Handicap ervaren onduidelijkheid rond ‘medicamenteuze fixatie’. Het is in de praktijk niet altijd duidelijk wat dit inhoudt.

Onderscheid tussen structurele en situationele maatregelen

Vooraf in Vergunde zorgaanbieders voor Personen met een Handicap is er in de praktijk een onderscheid te maken tussen ‘structurele’ en ‘situationele’ maatregelen. Structurele maatregelen zijn maatregelen die structureel in de leefgroep of organisatie plaatsvinden omwille van de doelgroep of in het kader van het bewaken van een veilige omgeving. Het sluiten van individuele kamers, verplichte kamermomenten tijdens de dag met gesloten deur worden als voorbeelden gegeven. Situationele maatregelen zijn vrijheidsbeperkende maatregelen die genomen worden naar aanleiding van een situatie waarbij de veiligheid niet meer gegarandeerd kan worden (bv afzonderen bij agressie). Deze maatregelen worden individueel toegepast. In de ‘intersectorale definities’ wordt dit onderscheid niet gemaakt. De Vergunde zorgaanbieders voor Personen met een Handicap maken de inschatting dat het aantal structurele maatregelen hoger zal liggen dan het aantal situationele maatregelen. In de

startvergaderingen gaven Vergunde zorgaanbieders voor Personen met een Handicap aan dat het goed is om structurele maatregelen zichtbaar te maken, zodat de toepassing van deze maatregelen geëvalueerd kan worden.

Toestemming voor toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen

Het vragen van toestemming, wanneer een vrijheidsbeperkende maatregel genomen wordt, is zowel in Vergunde zorgaanbieders voor Personen met een Handicap als Geestelijke Gezondheidszorg voorzieningen niet eenvoudig. Men ervaart een contradictie in het vragen van toestemming. Patiënten of cliënten kunnen hun toestemming weigeren en alsnog vrijheidsbeperkende maatregelen ondergaan. Daarnaast is het vragen van toestemming in acute situaties niet mogelijk. Vandaar dat meestal op het moment dat de hulpverleners de beslissing nemen om een vrijheidsbeperkende maatregel, zoals een afzondering, toe te passen er geen toestemming van de cliënt of patiënt gevraagd wordt. Zowel Geestelijke Gezondheidszorg voorzieningen als Vergunde zorgaanbieders voor Personen met een Handicap maken hierover op voorhand afspraken. In de Vergunde zorgaanbieders voor Personen met een Handicap wordt hiervoor het handelingsplan gebruikt. Dit plan wordt afgestemd met de cliënt en de context. Hierin kan de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen opgenomen worden.

Dit handelingsplan wordt goedgekeurd door de cliënt en/of de context en de hulpverleners. Er wordt opgemerkt dat cliënten vaak handelingsonbekwaam zijn waardoor er een toestemming moet zijn van de wettelijk vertegenwoordiger. In Geestelijke Gezondheidszorg voorzieningen wordt een signaleringsplan opgemaakt. Hierin kan vooraf opgenomen worden dat in bepaalde situaties een vrijheidsbeperkende maatregel kan opgestart worden. Dit signaleringsplan wordt samen met de patiënt opgemaakt.

Thema 2: Registratie vrijheidsbeperkende maatregelen

Elke voorziening registreert de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in het patiënten- of cliëntendossier. Naast de gevraagde parameters voor het Vlaamse register Vrijheidsbeperkende maatregelen worden per organisatie specifieke gegevens geregistreerd zoals de reden van toepassing, de observaties, eventuele preventieve acties en de duurtijd. De reden wordt geregistreerd aan de hand van keuzelijstjes en tekstvakken. In tekstvakken wordt het gevaar criterium beschreven.

In Geestelijke Gezondheidszorg voorzieningen is de reden voor toepassing van afzondering terug te brengen tot acuut gevaar voor zichzelf of anderen. Andere redenen zoals het verstoren

van het therapeutisch klimaat of storen van de omgeving zijn geen valabele redenen om vrijheidsbeperkende maatregelen toe te passen.

De Vergunde zorgaanbieders voor Personen met een Handicap registreren systematisch de situationele maatregelen. De structurele maatregelen worden niet bijkomend geregistreerd omdat deze opgenomen zijn in individuele handelingsplannen. Geestelijke Gezondheidszorg voorzieningen registreren alle vrijheidsbeperkende maatregelen.

Medicamenteuze fixatie is niet altijd makkelijk te registreren o.w.v. het onderscheid tussen acuut en chronisch gebruik van medicamenteuze fixatie dat in de praktijk niet altijd makkelijk te maken is. Bepaalde medicatie wordt langdurig gegeven en staat genoteerd in het medicatieschema en/of het handelingsplan. Deze medicatie kan een invloed hebben op het gedrag van cliënten, maar wordt daarom niet altijd gegeven als medicamenteuze fixatie.

Andere vrijheidsbeperkende maatregelen zoals het beperken van GSM gebruik wordt niet systematisch per maatregel geregistreerd. Een aantal voorzieningen registreren deze maatregelen wel in het dossier om het bewustzijn rond deze maatregelen te verhogen.

[Thema 3: Terugkoppeling gegevens van registratie vrijheidsbeperkende maatregelen](#)

De meeste voorzieningen koppelen de gegevens terug naar medewerkers, leidinggevende en preventieadviseurs. Zowel in Geestelijke Gezondheidszorg voorzieningen als in de Vergunde Zorgaanbieders voor Personen met een Handicap is er ervaring in verzamelen, analyseren en bespreken van gegevens met betrekking tot het toepassen van vrijheidsbeperkende maatregelen. Het niveau van terugkoppelen verschilt. Er zijn voorzieningen die enkel terugkoppelen op het niveau van het management. Maar er zijn ook voorzieningen die de gegevens terugkoppelen naar werkgroepen, afdelingen of leefgroepen. Een aantal voorzieningen gebruiken deze gegevens om een dialoog op te starten. De cijfergegevens worden als ‘eyeopener’ gebruikt. Andere voorzieningen nemen deze cijfers op in jaarverslagen en gebruiken deze cijfers als basis om audits uit te voeren en beleidsplannen uit te werken.

De terugkoppeling naar patiënten, cliënten en hun context wordt georganiseerd in het kader van een bespreking van een individuele vrijheidsbeperkende maatregel. Er is niet zoveel ervaring om patiënten, cliënten en de context te betrekken in het evalueren van vrijheidsbeperkende maatregelen op de afdeling, leefgroep of organisatie. Een aantal Geestelijke Gezondheidszorg voorzieningen zetten ervarings-deskundigen in, onder meer rond de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen in de voorziening.

Resultaten focusgroep bespreking terugkomdag

Naar aanleiding van de tweede proefmeting werd een digitale terugkomdag georganiseerd op 28/1/2021. Naast het terugkoppelen en bespreken van de resultaten werden focusgesprekken gehouden. Tijdens de focusgesprekken werd gevraagd om een top 3 op te maken van “Waarom wel registreren”, “Waarom niet registreren?”, en “Wat zijn belangrijke randvoorwaarden?”. Aan de hand van deze vragen werd getracht een beeld te krijgen van de ervaringen met het register zoals beleefd door de medewerkers binnen de voorzieningen. Vond men het bruikbaar voor het beschrijven van de eigen cijfers en om de cijfers te delen met anderen. Er was vooral aandacht voor de betekenis van het register in de praktijk en hoe implementatie van in de toekomst werd gezien. Vooraf kan gemeld worden dat de deelname goed was met 47 medewerkers uit alle 39 voorzieningen. Deze deelname illustreert de gedragenheid van het register binnen de voorzieningen. Om de deelnemers de ruimte te geven allen een bijdrage te leveren werd gewerkt met break-out rooms binnen de organisatie van de virtuele bijeenkomst. De vragen werden in drie rondes met de deelnemers doorgenomen.

Waarom wel registreren?

De belangrijkste reden voor het registreren van vrijheidsbeperkende maatregelen was dat het een instrument is voor zelfreflectie. Het feit dat men direct de resultaten van de eigen instelling terugziet in de tool werd gezien als een belangrijk handvat daarin. De deelnemers vroegen om een aanvulling van de eigen bevindingen met uitkomsten vanuit de eigen sector in Vlaanderen. De onderzoekers hebben op basis van dit verzoek de uitkomsten gezet naast de uitkomsten van iedere instelling en deze in de afronding van de rapportage naar de voorzieningen verzonden. In de discussie kwam verder naar voren dat de voorzieningen het niet als een controle instrument hanteren voor de individuele zorgverlening, maar dat men het wel het nut ziet voor het ondersteunen van het voorziening specifieke beleid met betrekking tot vrijheidsbeperkende maatregelen.

Door gebruik te maken van een intersectoraal register waren deelnemers erover eens dat het een gemeenschappelijke taal faciliteert. Deze gemeenschappelijke taal is helpend en ondersteunend om de resultaten tussen de voorzieningen toe te lichten en praktijkvoorbeelden met elkaar uit te wisselen. Deze praktijkvoorbeelden zijn gebaseerd op een gemeenschappelijke dataset en kunnen geduid worden op basis van de juiste context- en achtergrond gegevens. Die vergelijking met de context wordt in de tool direct gerapporteerd in het vierde tabblad van de rekentool.

Waarom niet registreren?

De deelnemende voorzieningen gaven aan dat het registreren van vrijheidsbeperkende maatregelen zinvol is om een zicht te krijgen op de praktijk. Men vond de cijfers helder en bruikbaar om van elkaar te kunnen leren. Daarbij werd benoemd dat het belangrijk dat de registraties zinvol zijn voor de dagelijkse praktijk en dat de administratie van vrijheidsbeperkende maatregelen niet ten koste mag gaan van de dagelijkse zorgverlening. In dat kader geven de deelnemende voorzieningen aan dat het niet zinvol is om alle structurele maatregelen continue te registreren.

Beter is een alternatieve wijze van registratie uit te werken voor structurele maatregelen zodat de registratielast beperkt blijft, maar er toch een goed zicht op het gebruik van deze vrijheidsbeperkende maatregelen. Over de precieze invulling was geen consensus. Dat kon enkele dagen per jaar zijn, maar ook langer. Men vond het wel zinvol de situationele maatregelen continue vast te leggen.

Wat zijn belangrijke randvoorwaarden?

Als belangrijke randvoorwaarde gaven de voorzieningen aan dat eenvoud van het register en een “only once registratie” van belang zijn. Naast kennis & vaardigheden met betrekking tot het omgaan met vrijheidsbeperkende maatregelen zoals momenteel vormgegeven in Vlaamse richtlijn ontwikkelingen moet het registreren van vrijheidsbeperkende maatregelen éénvoudig en transparant zijn. Dit wil zeggen dat de medewerkers moeten weten wat geregistreerd moet worden, wanneer en hoe. Naar de mening van de deelnemers dient het register een meerwaarde te hebben voor de praktijk (voor cliënt, zorgverlener en zorgproces). Er zullen structuren ontwikkeld moeten worden waardoor de cijfers in lerende netwerken tussen vergelijkbare partijen met elkaar gedeeld kunnen worden. Zoals binnen kaders van de recente High en Intensive care, tussen Geestelijke Gezondheidszorg voorzieningen uit regio's en tussen Vergunde zorgaanbieders voor Personen met een Handicap. Enkel een rapportage te zijn in het kader van inspectie en verantwoording wordt niet als zinvol ervaren. Daarnaast dient de doelstelling van het register vooraf helder te zijn. Het zou geen instrument voor “blaming & shaming” mogen zijn, wel een instrument om te leren uit de cijfergegevens en te leren van praktijkvoorbeelden.

Terugrapportage van de uitkomsten op verzoek van de voorzieningen.

Na productie van het eindrapport zijn de eigen cijfers naast de sector specifieke Vlaamse cijfers gezet in de terugrapportage aan de voorzieningen. Een Vergunde zorgaanbieder voor Personen met een Handicap kon zien in hoeverre de eigen cijfers zich verhouden tot de Vlaamse cijfers binnen de eigen sector. Een Geestelijke Gezondheidszorg instelling kon eveneens zien in hoeverre de eigen cijfers zich verhouden tot de Vlaamse cijfers in de Geestelijke Gezondheidszorg.

Besluit

In 2020 werd het intersectorale en minimale register voor de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen voor een tweede keer uitgetest in voorzieningen voor volwassenen in geestelijke gezondheidszorg en vergunde zorgaanbieders voor personen met een handicap. In deze gegevensset worden minimale gegevens met betrekking tot de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen geregistreerd die de bewegingsvrijheid van de zorggebruiker beperken. Volgende minimale gegevens worden geregistreerd: afzonderen, mechanische fixatie, fysieke interventie, medicamenteuze fixatie, tegen de wil toegediend vocht of voeding. Figuur 1 (P.16) toont de schematische weergave van vrijheidsbeperkende maatregelen. Voor de registratie van afzondering en fixatie dient aangegeven te worden of deze interventie het gevolg is van een bepaalde situatie (situationeel) of kadert in een collectieve of individuele, voorzienbare structurele interventie (structureel). Het ontwerp van minimaal register is opgenomen in bijlage 6 (Intersectoraal register VBM v2.3). De registratieperiode van de tweede proefmeting liep van 14/9/2020 tot en met 14/10/2020. De deelnemende voorzieningen registreerden bijkomend alle vrijheidsbeperkende maatregelen op papier volgens het nieuwe register [Zie Bijlage 4]. In deze studie verbleven tijdens de meetperiode 1246 personen op deelnemende afdelingen of leefgroepen in Vergunde zorgaanbieders voor Personen met een Handicap en Geestelijke Gezondheidszorg voorzieningen. 1022 personen konden in de studie worden geïncludeerd. Patiënten / cliënten of hun vertegenwoordigers moesten een informed consent ondertekenen voor deelname aan deze studie.

De proefregistratie werd niet uitgevoerd met de intentie om een volledige meting te hebben rond de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Bijgevolg zijn de kwantitatieve resultaten van het register van vrijheidsbeperkende maatregelen niet representatief voor de verschillende voorzieningen en sectoren en werden ze niet opgenomen in dit rapport.

We kunnen wel zeggen dat de resultaten grote verschillen tonen in registratie tussen de sectoren Geestelijke Gezondheidszorg en Vergunde zorgaanbieders voor Personen met een Handicap. Dit is te verklaren door de hoeveelheid aan individuele structurele maatregelen. De geobserveerde verschillen betekenen dat het wellicht verstandig is per sector een andere wijze van registratie van VBM en van interpretatie te bepalen. Dit werd bevestigd door de deelnemers aan de afrondende terugkomdag.

Op de startvergaderingen gaven voorzieningen aan dat een betrouwbaar minimaal register rond de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen zinvol is. De deelnemende voorzieningen registreerden tot dan vooral de situationele vrijheidsbeperkende maatregelen en koppelen deze

gegevens terug naar medewerkers en organisatie. De gegevens worden gebruikt als een reflectie op het eigen handelen en worden opgenomen in jaarverslagen en beleidsplannen.

In overleg met de verschillende sectoren heeft de Vlaamse overheid een intersectorale stam van definities voor vrijheidsbeperkende maatregelen afgesproken. Deze definities worden gehanteerd in het register. De deelnemende voorzieningen gaven in de startvergadering aan dat deze set van definities goed aansluit bij de dagelijkse praktijk. Toch gaven de deelnemende voorzieningen zowel in de startvergadering als bij de terugkomdag aan dat in de definities geen onderscheid gemaakt is tussen structurele maatregelen en situationele maatregelen. Situationele maatregelen worden iedere keer dat ze voorkwamen vastgelegd. Structurele maatregelen werden in tegenstelling tot de situationele maatregelen meestal niet afzonderlijk geregistreerd. Structurele maatregelen kunnen zowel collectief van aard zijn (bv. leefregels, grensregels) als individueel. Deze maatregelen worden opgenomen in een handelingsplan of maken voorwerp uit van een vonnis. Vooral Vergunde zorgaanbieders voor Personen met een Handicap geven aan vaak gebruik te maken van structurele maatregelen. Zowel Geestelijke Gezondheidszorg als Vergunde zorgaanbieders voor Personen met een Handicap voorzieningen geven aan dat op het ogenblik van de toepassing van VBM er geen toestemming aan de cliënt of patiënt gevraagd wordt. De verschillende voorzieningen geven aan op voorhand hierover afspraken te maken aan de hand van een risico inschatting of deze maatregelen op te nemen in het handelingsplan wat goedgekeurd wordt door cliënt en/of zijn context.

In de terugkomdagen is aandacht besteed aan de haalbaarheid en inhoudelijke validiteit van het intersectorale, minimale register. De inhoudelijk haalbaarheid werd algemeen gedeeld in de laatste terugkomdag. Duidelijk was dat er een onderscheid werd ervaren tussen de registratie van situationele en structurele maatregelen. Situationeel zou continue vastgelegd moeten worden, structureel steekproefsgewijs. De technische haalbaarheid moet verder ontwikkeld en onderzocht worden, om een only once registratie ook technisch vorm te geven. Zoals nu uitgevoerd vond men het haalbaar en informatief, maar te uitgebreid en arbeidsintensief.

Voor inhoudsvaliditeit is meer onderzoek nodig door met de voorzieningen gegevens te delen en te bespreken. Daarnaast is een controle onderzoek nodig waarbij een verband onderzocht (Cohen's Kappa) wordt tussen het register en de notities in het individueel patiënten of cliëntendossier. Dit verband geeft zicht op de mate waarin de zorgverstrekkers die registreren het begrippenkader goed begrijpen. In de terugkomdag werd door de deelnemers het nut van een benchmark op een collegiale en veilige wijze gesteund.

Beperkingen:

Met deze proefregistratie van het intersectorale en minimale register vrijheidsbeperkende maatregelen werd de haalbaarheid en methodologie van dit register voor een tweede keer getest in een beperkt aantal voorzieningen voor de zorg voor volwassenen. In het onderzoek bij kinderpsychiatrische ziekenhuisdiensten en brede jeugdhulp was deze het eerst getest. Nu werd het getest onder volwassenen.

De proefregistratie werd niet uitgevoerd met de intentie om een volledige meting te hebben rond de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Bijgevolg zijn de kwantitatieve resultaten van het register van vrijheidsbeperkende maatregelen niet representatief voor de verschillende voorzieningen en sectoren. De resultaten hebben alleen betekenis voor de bruikbaarheid van het meetinstrument.

Deze studie maakt gebruik van een registratie waarin de verschillende vrijheidsbeperkende interventies bijkomend geregistreerd werden, eerst op papier. Vervolgens werden de gegevens ingevoerd in een Excel tool. Een correctie op de data was nodig om een aantal registratiefouten te corrigeren (bv. langere duurtijd dan de registratieperiode, begin- en einddatum van de interventie lagen ver uit elkaar, einddatum en -uur lagen voor de begindatum en -uur, een patiënt met meerdere afzonderingen op hetzelfde moment). Deze registratiefouten kunnen een grote vertekening hebben op de uiteindelijke resultaten. Gebruik van de Excel tool vraagt daarom begeleiding en correctie van gegevens ‘onder water’. Daartoe is kennis van visual basic programmeren en kennis en inzicht in de structuur van de data wenselijk.

De reden van toepassing van een vrijheidsbeperkende maatregel is in dit register niet opgenomen. De verklaring is dat het bijzonder moeilijk is om een generieke consensus tussen de verschillende sectoren te vinden over de verschillende redenen voor toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. In het intersectorale register wordt verwezen naar het individuele patiënt- of cliëntendossier waar de reden voor toepassing van de vrijheidsbeperkende maatregel (omstandig) moet worden omschreven. Momenteel is dit aspect in ontwikkeling in het kader van een studie van Steunpunt WVG (EF64) in opdracht van de Vlaamse Overheid.

In Geestelijke Gezondheidszorg voorzieningen worden mechanische fixaties voornamelijk toegepast tijdens afzonderingen in een afzonderingskamer. In Vergunde zorgaanbieders voor Personen met een Handicap worden mechanische fixaties ook toegepast in functie van valpreventie en ergonomische ondersteuning (vooral bij personen met neuro-motorische beperkingen, een voorbeeld is het gebruik van “staplanken”). Dit geeft mogelijks ook kleuring aan de huidige cijfers. Het is de vraag of dit type interventies beschouwd moeten worden als

vrijheidsbeperkend, dan wel eerder als beschermend vanuit een somatische indicatie. Het vergt nog enige discussie om aan te scherpen of dit type interventies onder een registratieplicht zouden moeten vallen. In verschillende andere landen is dat niet het geval (Janssen et al, 2011).

Aanbevelingen

In tegenstelling tot de meeste Scandinavische, Angelsaksische landen evenals Duitsland en Nederland heeft Vlaanderen geen omvattend wettelijk kader voor het gebruik en de registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen. Op basis van deze studie over de haalbaarheid van een intersectoraal register is het aanbevolen om in samenspraak met de diverse sectoren, stakeholders en de Vlaamse administratie te bepalen of en op welke wijze dit register in de dagelijkse praktijk geïmplementeerd kan worden. Hierbij kan verduidelijking gegeven worden omtrent de gehanteerde definities (bv. medicamenteuze fixatie, mechanische fixatie) en wijze van registratie (continue registratie, steekproefsgewijze registratie, combinatie van beiden).

Bij implementatie van een intersectoraal register wordt aanbevolen om per sector te bepalen hoe structurele en situationele maatregelen geregistreerd dienen te worden. Voor Geestelijke Gezondheidszorg voorzieningen is er momenteel een registratieverplichting met betrekking tot de toepassing van afzondering in een afzonderingskamer zoals bepaald in de omzendbrief Weckx³ (1990). Het is aan te bevelen dat de Vlaamse overheid duidelijkheid creëert over hoe de registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen bij Geestelijke Gezondheidszorg voorzieningen zich verhoudt tot deze omzendbrief. Het ontwikkelde intersectorale register is qua opzet breder en meer specifiek dan de registratieverplichting in de omzendbrief. Een

3De eerste prospectieve studies/onderzoeken over VBM in GGZ is gehouden eind de jaren tachtig, in zes verschillende psychiatrische centra in Vlaanderen. Een twintigtal afdelingen hebben via een uniform registratie formulier en dito terminologie 15 maanden geregistreerd. Dit onderzoek is breed gecommuniceerd naar de sector in een druk bijgewoonde studiedag op 16 nov. 1990 in UZ Gent.

In samenspraak met de inspectie en het kabinet van Gemeenschap Minister Weckx is de omzendbrief van 24 okt 1990 op die dag ook officieel gelanceerd met als reden 'bij gebrek aan een precieze en aangepaste wetgeving op dit vlak in België'.

In 1993 is in opdracht van Minister. W. Demeester-Demeyer een eerste onderzoek/ evaluatie gebeurd van deze omzendbrief, onderzoek van de gedragscodes en een toetsing van de registratie en verwerking van gegevens. Alsook een eerste aanzet om de architectonische voorwaarden van een afzonderingskamer te bepalen.(Gebruik van isoleer-,fixeer- en andere dwangmaatregelen in Vlaamse psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuizen, feb.1995, B. Thomas UZ Gent ,VVG)

Binnen de GGZ heeft de omzendbrief Weckx bijna kracht van wet gekregen en is in alle instellingen toegepast.

Ieder ZH heeft zijn eigen ontwikkeling gemaakt, voldoende geregistreerd maar beperkt onderzocht en gebruikt als beleidsinstrument om kwalitatieve zorg te ondersteunen.

Ook werd vastgesteld dat VBM niet exclusief in de GGZ voor kwam. Ook ouderen zorg ,jeugdopvang, bijzonder onderwijs en zelfs gevangeniswezen worden VBM toegepast.

vergelijking tussen omzendbrief en het intersectoraal en minimaal register is gemaakt in tabel 11.

Tabel 11: Vergelijking registratie VBM ifv Omzendbrief Weckx en Intersectoraal en minimaal register vrijheidsbeperkende maatregelen

Omzendbrief Weckx	Intersectoraal register Vrijheidsbeperkende maatregelen
Enkel gegevens omtrent afzondering in een afzonderingskamer	Registreren van volgende vrijheidsbeperkende maatregelen 1. Afzonderingen (in eigen kamer, andere kamer of afzonderingskamer) 2. Fixatie (fysiek of mechanisch) 3. Medicatie (snelwerkend of langwerkend) 4. Toediening van voeding 5. Mate van toestemming van cliënt 6. Structurele en situationele maatregelen
Enkel ten behoeve van verantwoording en opvolging maar niet voor kwaliteitsdoeleinden	Centrale doelstelling van het register is het bewaken en eventueel verbeteren van kwaliteit van zorg mbt de toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen. Beschikbare gegevens kunnen gebruikt worden om van elkaar te leren en maatschappelijke verantwoording af te leggen.
Gegevens maken onderdeel uit van een register.	De gegevens voor het intersectorale register vrijheidsbeperkende maatregelen zijn gebaseerd op die uit het (elektronisch) patiënten / cliëntendossier.

In het kader van een valide en betrouwbare registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen wordt op grond van de uitkomsten van de terugkomdagen voorgesteld om enkel de situationele maatregelen continu te registreren. Om toch zicht te blijven hebben op het gebruik van structurele maatregelen zou kunnen gewerkt worden aan de hand van een steekproefsgewijze registratie naar analogie van de ‘drie dagen meting in ouderenzorg’ (Vlaams indicatorenproject Woonzorgcentra: Kwaliteitsindicatoren 2018 deel 1, onderdeel fysieke fixatie). Een optimale duurtijd van deze registratie dient verder onderzocht te worden.

De aan de terugkomdagen deelnemende voorzieningen hebben aangegeven dat de centrale stam van definities vrijheidsbeperkende maatregelen goed aansluit bij de dagelijkse praktijk. Het gebruik van specifieke materialen zoals een triptrapstoel of spijlenbed, dan wel compartimentering hebben we voor deze proefmeting opgenomen onder de categorie mechanische fixatie respectievelijk afzondering in een andere kamer. Dat betekent dat alle beperkingen in de bewegingsvrijheid van de patiënt in beeld worden gebracht. Het volgende punt waarover in de startvergaderingen discussie was, is de term medicamenteuze fixatie. Het

onderscheid tussen “acuut” en “chronisch gebruik” van medicatie was niet duidelijk. Daartoe zijn bij aanvang van de tweede proefmeting deskundigen geconsulteerd. Deze vonden het veel duidelijker om onderscheid te maken tussen medicatie met een korte werkingsduur (maximaal 4 dagen) en medicatie met een werkingsduur van meer dan 4 dagen zoals bepaald in het ontworpen register. Het is op deze wijze dat de registratie van medicamenteuze fixatie in de tweede proefmeting is geoperationaliseerd. Het is aanbevolen om de intersectorale definities verder af te stemmen in functie van de sectoren zodat de definities voldoende helder en duidelijk zijn rond medicamenteuze fixatie, mechanische fixatie, structurele maatregelen, situationele maatregelen.

Het register betreft een minimaal register en dient bij voorkeur geïntegreerd te worden in het elektronisch dossier volgens het ‘only once registratie principe’. Daardoor hebben de individuele voorzieningen de mogelijkheid om bijkomende variabelen in functie van het eigen beleid te registreren (bv. reden van vrijheidsbeperkende maatregel, ondersteuning van medewerkers, ...). In de tweede proefmeting werd aangetoond dat op basis van geaggregeerde gegevens betekenisvolle resultaten berekend kunnen worden zonder dat hiervoor de gegevens terug te herleiden zijn naar de individuele patiënt of cliënt. Hierdoor is de privacy van de zorgvrager gegarandeerd. Deze geaggregeerde gegevens zouden voorzieningen aan de hand van ‘datamining’ kunnen verzamelen vanuit hun elektronische dossiers. Op de wijze kan tegemoet gekomen worden aan het only-once registratieprincipe

Om zicht te krijgen op de verschillende redenen voor toepassing van vrijheidsbeperkende maatregelen dient in overleg met de verschillende sectoren betekenisvolle en éénduidige redenen afgestemd te worden. Het onderzoek vanuit Steunpunt WVG naar de ontwikkeling van een multidisciplinaire richtlijn vrijheidsbeperkende maatregelen kan hierin belangrijke aanknopingspunten aanreiken.

Een registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen is pas zinvol wanneer deze resultaten teruggekoppeld worden naar de dagelijkse praktijk. Hoe een instelling dit organiseert is afhankelijk van de lokale situatie. De terugkoppeling dient minimaal georganiseerd te worden op het niveau van de individuele organisatie en afdeling.

Daarnaast zijn de deelnemende voorzieningen vragende partij om netwerkbijeenkomsten tussen verschillende voorzieningen/organisaties te organiseren om de toepassing van

vrijheidsbeperkende maatregelen te bespreken. Hoe dit het beste op een standaard wijze kan worden uitgevoerd vraagt verder onderzoek in samenwerking met de verschillende sectoren.

Echter, om zinvolle en betrouwbare vergelijkingen tussen de voorzieningen te maken is het in de toekomst belangrijk om naast een betrouwbare en systematische registratie van vrijheidsbeperkende maatregelen ook andere factoren zoals bijvoorbeeld diagnose, doelpopulatie, bedbezetting en regio mee in rekening te brengen (case-mix correctie). Verder wetenschappelijk onderzoek hieromtrent is noodzakelijk. Zowel ten aanzien van aspecten zoals de redenen van de maatregelen als ten aanzien van het uitbreiden van het formele begrippenkader met de begrippen situationeel, collectief en individueel structurele maatregelen.

Literatuur

1. Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Zorginspectie, Vrijheidsbeperkende maatregelen bij jongeren in de gemeenschapsinstellingen en het Vlaams detentiecentrum, Brussel, oktober 2018
https://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/documenten/Rapport_VBM_GI_2018.pdf.
2. Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Zorginspectie, Beleidsrapport Vrijheidsbeperkende maatregelen in de Onthaal-, Oriëntatie en Observatie Centra en de proeftuinen van Jongerenwelzijn, Brussel, Juni 2018.
<https://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/documenten/Beleidsrapport%20VBM%20in%20de%20OOOC%20en%20proeftuinen.pdf>
3. Departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, Zorginspectie, Beleidsrapport Vrijheidsbeperkende maatregelen bij kinderen en jongeren in kinderpsychiatrische afdelingen van algemene en psychiatrische ziekenhuizen, Brussel Oktober 2017.
https://www.departementwvg.be/sites/default/files/media/documenten/2017_Zorginspectie_beleidsrapport_VBM.pdf
4. Janssen WA, van de Sande R, Noorthoorn EO, Nijman HL, Bowers L, Mulder CL, Smit A, Widdershoven GA, Steinert T. Methodological issues in monitoring the use of coercive measures. *Int J Law Psychiatry*. 2011 Nov-Dec;34(6):429-38.
5. Noorthoorn E, Lepping P, Janssen W, Hoogendoorn A, Nijman H, Widdershoven G, Steinert T. One-year incidence and prevalence of seclusion: Dutch findings in an international perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015 Dec;50(12):1857-69. doi: 10.1007/s00127-015-1094-2. Epub 2015 Jul 19. Erratum in: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015 Dec;50(12):1871-2.
6. Vlaams indicatorenproject Woonzorgcentra: Kwaliteitsindicatoren 2018 deel 1, onderdeel fysieke fixatie.
7. Omzendbrief Weckx
8. Thomas B.; Onderzoek “gebruik van isoleer-, fixeer en andere dwangmaatregelen in Vlaamse Psychiatrische ziekenhuizen en Psychiatrische afdelingen van Algemene ziekenhuizen., 1995, onderzoeksproject in opdracht van mevr. W. Demeester De Meyer Gemeenschapsminister van Begroting, Gezondheidsinstellingen, Welzijn en Gezin.

Bijlagen

1. Besluit van de Vlaamse regering
2. Samenstelling projectgroep
3. Handleiding intersectoraal en minimaal register vrijheidsbeperkende maatregelen
4. Definities vrijheidsbeperkende maatregelen
5. Initieel projectplan
6. Intersectoraal register VBM v2.3 met logo
7. Advies Ethisch Comité UZ Gent
8. Verslag startvergadering
9. Brief aan SMEC i.v.m. ethische goedkeuring
10. Email SMEC d.d. 28/03/2019 betreffende “Aanvraag ethische goedkeuring
"Ontwikkeling van minimale en intersectorale gegevensset afzonderen en fixatie in
geestelijke gezondheidszorg en voorzieningen uit integrale jeugdhulp”"
11. Brief aan EC UZ Gent Volwassenen
12. Aanvraagformulier document A Ethisch Commissie UZ Gent
13. Nederlandstalig informatie- en toestemmingsformulier
14. Projectoproep “proefdraaien nieuw register Vrijheidsbeperkende maatregelen in
residentiële geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen en bij vergunde
zorgaanbieders die ondersteuning bieden aan meerderjarige personen met een
handicap” 21/11/2019
15. Attentie voor deelnemers tweede proefmeting
16. Finaal register VBM