**Beschrijving van de indicator**

# Incidentie van de fixatiemaatregelen in residentiële diensten

**Wijzigingen in vergelijking met de voorgaande versie**

*Niet van toepassing.*

## Inhoud

1 Doelstelling die door de Raad wordt nagestreefd ..... 2
2 Motivatie voor de keuze van de indicator ..... 2
3 Beschrijving van de indicator ..... 2
4 Teller en noemer ..... 4
5 Domein ..... 4
6 Communicatie/Verslag ..... 5
7 Interpretatie van de resultaten ..... 5
8 Referenties ..... 5
9 Bijlagen ..... 5

# 1 Doelstelling die door de Raad wordt nagestreefd

In de nabije toekomst benchmarken psychiatrische ziekenhuisdiensten zich met elkaar voor wat betreft de toepassing van dwangmaatregelen.
De overheid krijgt hierdoor eveneens een beeld van de toepassing van dwangmaatregelen en kan, na installatie van een praktijkrichtlijn, een trend hierin opvolgen.

# 2 Motivatie voor de keuze van de indicator

In literatuur wordt als preventiestrategie voor het toepassen van dwangmaatregelen onder meer de nood aan een systematische datacollectie beschreven in functie van communicatie aan betrokkenen en het opzetten van een continue verbetercyclus.
Vaak wordt er verwezen naar volgende indicatoren:

- aantal afzonderingen en fixaties
- duur van afzondering / fixatie
- aantal afgezonderde en gefixeerde patiënten

De omzendbrief van Weckx (1990) legt eveneens bij elke maatregel tot afzondering een verplichte registratie op van onder meer datum en uur van ingang en opheffing van de maatregel.

# 3 Beschrijving van de indicator

| Type indicator | Resultaatsindicator |
|---|---|
| Beschrijving | De term “fixatie” wordt begrepen als: Het geheel van maatregelen inzake gebruik en aanbrengen van fixatie- en beschermingsmiddelen, waarbij het gehele lichaam of een deel ervan geïmmobiliseerd wordt (Codeer handleiding MPG, MT 13.05). De fixatiemaatregel heeft als doel om een patiënt, van wie het gedrag als gevaarlijk wordt beschouwd of slecht aangepast is aan de situatie, in veiligheid te brengen.<br>NB. We houden hier geen rekening met de fixaties voor orthopedische of functionele redenen. |

## 3.k Incidentie fixatiemaatregelen

De incidentie van de fixatiemaatregelen drukt de mate uit waarin fixatiemaatregelen genomen worden.
Vergelijkbaarheid wordt bekomen door het aantal maatregelen te delen door het aantal verpleegdagen. Hierdoor vervagen verschillen als grootte van een instelling alsook verschillen in bezettingsgraad.
De leesbaarheid van de indicator wordt verhoogd door de vermenigvuldiging met een factor 1000. Hierdoor wordt het aantal decimalen beperkt.

De referteperiode is de periode waarop de gegevens van teller en noemer betrekking hebben. Deze wordt bij afspraak vastgelegd. Doorgaans zal dit het voorbije kalenderjaar zijn.

Opmerking:
Omdat het weinig waarschijnlijk is dat fixatiemaatregelen genomen worden bij patiënten in partiële hospitalisatie, worden best enkel de verpleegdagen gerealiseerd in residentiële hospitalisatie meegenomen. Dit zijn de diensten A, T en K (exclusief forensische kinderpsychiatrische dienst, zgn. For-K). Het is zinvol om hierbinnen een onderscheid te maken tussen de diensten A en T enerzijds en de dienst K anderzijds. Allereerst omwille van twee duidelijk te onderscheiden categorieën op basis van leeftijd, nl. ‘volwassenen/ouderen’ en ‘kinderen/adolescenten’. Dit sluit aan bij de bijzondere aandacht voor de rechtspositie van minderjarigen in nationale en internationale wetgeving en verdragen.. Verder is het onderscheid zinvol omdat niet alle instellingen over een K-dienst beschikken.

## 4 Teller en noemer

**Indicator**

**Incidentie van de fixatiemaatregelen in residentiële diensten A en T**

| | |
|---|---|
| **Teller** | Totaal aantal fixaties (voor diensten A en T) in de referteperiode x 1000 |
| **Noemer** | Totaal aantal verpleegdagen (in diensten A en T) in de referteperiode |
| | Aantal fixaties per 1000 verpleegdagen in de referteperiode |

**Indicator**

**Incidentie van de fixatiemaatregelen in residentiële dienst K**

| | |
|---|---|
| **Teller** | Totaal aantal fixaties (voor dienst K) in de referteperiode x 1000 |
| **Noemer** | Totaal aantal verpleegdagen (in dienst K) in de referteperiode |
| | Aantal fixaties per 1000 verpleegdagen (in dienst K) in de referteperiode |

## 5 Domein

☒ Zorgkwaliteit ☒ Veiligheid van de patiënt ☐ Tevredenheid Patiënt

☐ Tevredenheid Personeel

## 6 Communicatie/Verslag

| | |
|---|---|
| Verantwoordelijke | Directeur Verpleegkundig Departement |
| Communicatiewijze | Via Excel-bestand FRKVA |
| Doelstelling van de rapportering | Geanonimiseerde nationale benchmark |
| Periodiciteit | jaarlijks |
| Datum van de opstarting | 2012 |

## 7 Interpretatie van de resultaten

Hoe vaak wordt overgegaan tot fixatie in verhouding tot het aantal verpleegdagen van de instelling.
De indicator maakt benchmark met andere zorginstellingen mogelijk. Door het aantal gerealiseerde verpleegdagen in de noemer te plaatsen, vervagen immers enkele belangrijke kenmerken waarin zorginstellingen van elkaar kunnen verschillen, namelijk 1. het aantal erkende bedden en 2. de bezettingsgraad van deze bedden.
Tevens is een interne benchmark in tijdsperspectief mogelijk.

## 8 Referenties

Delaney, K.R. (2006). Evidence Base for Practice : Reduction of restraint and seclusion use during child and adolescent psychiatric inpatient treatment. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 3(1), 19-30

Délégué général aux droits de l'enfant, Fédération Wallonie-Bruxelles (2012). Rapport relatif aux mises en isolement des enfants.
www.dgde.cfwb.be/fileadmin/sites/dgde/upload/dgde_super_editor/dgde_editor/documents/groupes_de_travail/isolement/rapport_relatif_aux_mises_en_isolement_des_enfants.pdf.

Haimowitz, S., Urff, J. & Huckshorn, K.A. (2006). Restraint and Seclusion: A Risk Management Guide. www.nasmhpd.org.

Huckshorn, K. (2004). Reducing seclusion restraint in mental health use settings: core strategies for prevention. Journal of psychosocial nursing and mental health services, 42 (9), 22-33

Kinderrechtencommissariaat, Vlaams Parlement (2006). Dossier: Checklist kinderen in afzondering. www.kinderrechten.be/IUSR/documents/volwassenen/dossier_afzondering/KRC06_Afzondering_screen.pdf.

Livingstone, A. (2007). Creating safety: Adressing seclusion practices. Victorian quality council & Chief psychiatrist's quality assurance committee.

Mental Health Commission (2012). The use of seclusion, mechanical means of bodily restraint and physical restraint in approved centres: acivities report 2010.

Omzendbrief van de h. H. Weckx, Gemeenschapsminister van Volksgezondheid en Brusselse aangelegenheden, dd 24/10/90.

Scanlan, J.N. (2011). Interventions to reduce the use of seclusion and restraint in inpatient psychiatric settings: What we know so far, a review of the literature. International Journal of Social Psychiatry, 56(4), 412-423

Smith, G.M., Davis, R.H., Bixler, E.O., Lin, H., Altenor, A., Altenor, R.J., Hardentstine, B.D. & Kopchick, G.A. (2005). Pennsylvania State Hospital System's seclusion and restraint reduction program, Psychiatric Services, 56 (9), 1115 – 1122

Van der Merwe, M., Bowers, L., Jones, J., Muir-Cochrane, E. & Tziggili, M. (2009). Seclusion: a literature review. Report from the conflict and containment reduction research programme. Department of mental health and learning disability, City University London.

Wagner, L. (2001). JCAHO Restraint and seclusion standards.

# 9 Bijlagen

/